BAB 3

TINJAUAN KASUS

Dalam hal ini penulis menyajikan pengkajian data pada Ny.W dengan diagnosa medis abortus inkompletus dengan post di Rumah Sakit Muhammadiyah Surabaya. Pengkajian dilakukan mulai tanggal 25 Desember 2014, observasi dilakukan tanggal 25 Desember 2014.

3.1 Pengkajian Keperawatan

Pengkajian dilakukan tanggal 25 Desember 2014 pukul 09.30 WIB.

3.1.1 Pengumpulan Data

1. Identitas

   Nama Ny.W usia 36 tahun, Suku Madura, Bangsa Indonesia, pendidikan SMP, alamat Kapas Madya Surabaya, agama Islam, pekerjaan ibu rumah tangga. Nama suami Tn.N, usia 39 tahun, Suku Madura, Bangsa Indonesia, pendidikan SMP, alamat Kapas Madya Surabaya, agama Islam, pekerjaan swasta. MRS 25 Desember 2014 pukul 05.30 WIB, RM 07-69-XX.

2. Keluhan Utama

   Klien mengatakan nyeri di perut bagian bawah setelah kuretase

3. Riwayat Kesehatan/Penyakit Sekarang

   Klien datang ke Rumah Sakit Muhammadiyah Surabaya pada tanggal 25 Desember 2014 pukul 05.30 WIB dengan G4P300003 usia kehamilan 16 minggu dengan keluhan perutnya sakit, mules dan keluar darah sedikit-sedikit dari vagina pada tanggal 25 Desember 2014. Setelah dilakukan pemeriksaan,

klien di diagnosa Abortus Inkompletus. Klien di pasang infuse RL 500 cc 20 tetes/menit. Kemudian dokter memutuskan untuk melakukan kuretase. Sebelum dilakukan kuretase diruang bersalin, klien menunggu dokter menyiapkan semua persiapan sebelum kuretase, setelah itu klien dilakukan kuretase pukul 08.45 WIB. Klien mengeluh nyeri di perut bagian bawah setelah kuretase dengan skala nyeri 5-6.

4. Riwayat Kesehatan Penyakit Dahulu

   Klien mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit yang berhubungan dengan keguguran sebelumnya, klien tidak mempunyai riwayat pembedahan.

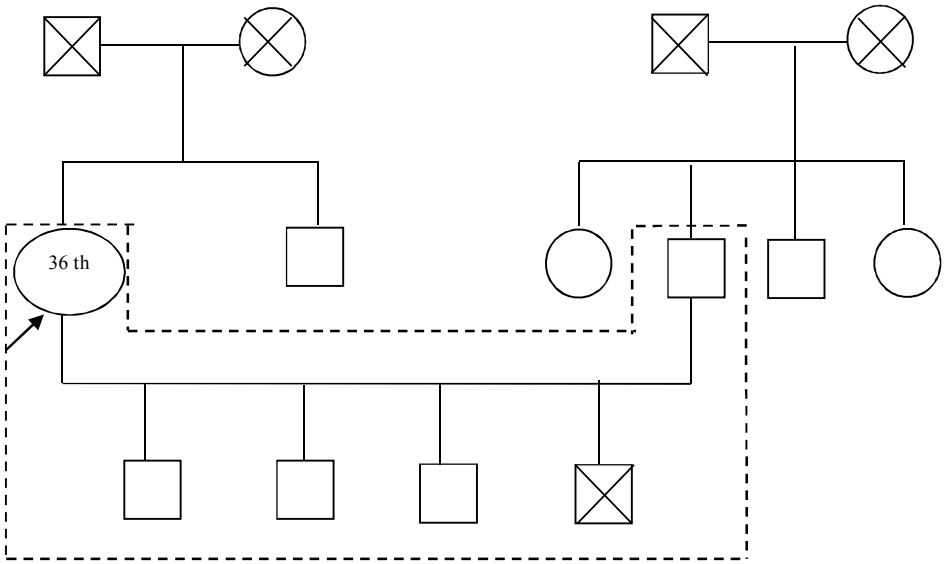
5. Riwayat Kesehatan Penyakit Keluarga

   Klien mengatakan dalam keluarganya tidak ada yang mengalami keguguran yang sama seperti yang dialami klien ataupun melahirkan kembar dan tidak ada anggota keluarga yang menderita penyakit menular (TBC, hepatitis, kusta, *rubella*) maupun menurun (DM, hipertensi, kanker, jantung).

6. Riwayat Psikososial

   Klien mengatakan sebelumnya sudah pernah melahirkan secara spontan/normal sebanyak 3 kali. Klien tidak mengalami perubahan emosi/mental, klien hanya merasa cemas dengan kondisinya post kuretase.

7. Genogram



Keterangan :

: Laki-laki

: Perempuan

: Klien

: Laki-laki meninggal

: Perempuan meninggal

: Tinggal serumah

8. Riwayat Obstetri

a. Riwayat Haid: Menarche usia 12 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 ± 15 tahun

c. Riwayat Kehamilan: Klien mengatakan hamil G4P300003, pada saat ini mengeluh nyeri di perut bagian bawah, HPHT : 15-08-2014 dan HPL : 22-5-2015

9. Riwayat KB

Klien mengatakan memakai KB pil tiap bulan setelah anak kedua berusia 16 bulan dan terakhir meminumnya tanggal 20 Agustus 2014.

10. Riwayat Kehamilan, Persalianan dan Nifas yang Lalu

Anak ke		Kehamilan		Persalinan			Anak		
No	Tahun	Umur Kehamilan	Penyulit	Jenis	Penolong	Penyulit	Jenis Kelamin	BB (gr)	PJ (cm)
1.	2001	Aterm	-	Normal	Bidan	-	Laki-laki	3300	45
2.	2004	Aterm	-	Normal	Bidan	-	Laki-laki	3500	49
3.	2009	Aterm	-	Normal	Bidan	-	Laki-laki	3300	46
4.	2014	16 minggu	Abortus	Kuretase	Dokter	-	-	-	-

11. Pola Fungsi Kesehatan

a. Pola Persepsi dan Tatalaksana Hidup Sehat

Klien mengatakan mengerti tentang hidup sehat, makan-makanan yang bergizi, menjaga kesehatan diri dan lingkungannya. Klien mengatakan memeriksa kehamilanya di bidan dekat rumahnya setiap bulan atau sekitar 4 kali melakukan ANC dan mendapatkan vitamin seperti folavit, penambah darah, asam mefenamat, hi-bone.

b. Pola Nutrisi dan Metabolisme

Sebelum Hamil : Klien mengatakan makan 3x/hari dengan porsi 1 piring habis dengan komposisi nasi, lauk, sayur, minum air putih ±2 liter/hari.

Selama Hamil : Di rumah sakit klien makan makanan yang di sediakan oleh rumah sakit, sehari 3x yang terdiri dari nasi, lauk, sayur, buah, minum air putih ± 1,5 liter/hari dan susu 1x/hari.

c. Pola Aktivitas dan Istirahat

Sebelum Hamil : Klien mengatakan sehari-harinya dirumah sebagai ibu rumah tangga seperti merawat anak, membersihkan rumah dan mengantarkan anak sekolah.

Selama Hamil : Klien mengatakan melakukan aktivitas seperti biasa dibantu oleh suami dan keluarganya. Pagi dan sore hari kadang-kadang berjalan di sekitar rumah

d. Pola Eliminasi

Sebelum Hamil : Klien mengatakan BAB 1x/hari, BAK 5-6x/hari, warna kuning jernih, bau khas.

Selama Hamil : Klien mengatakan BAB 1x/hari, BAK 4-6x/hari, warna kuning jernih, bau khas.

e. Pola Istirahat dan Tidur

Sebelum Hamil : Klien mengatakan dirumah sehari-hari istirahat malam 6-7 jam, tidur siang jarang.

Selama Hamil : Klien mengatakan istirahat siang ±1 jam, istirahat malam 5-6 jam.

f. Pola Hubungan dan Peran

Klien mengatakan di rumah hubungan dengan suami dan anaknya terjalin baik dan melaksanakan perannya sebagai ibu dengan baik. Di rumah sakit klien kooperatif terhadap perawat dan tenaga medis yang lain dengan menggunakan bahasa Indonesia.

g. Pola Sensori dan Kognitif

Sensori : Klien mengatakan tidak mengalami gangguan penglihatan, pendengaran, penciuman dan perabaan. Klien mengatakan nyeri di perut bagian bawah setelah kuretase.

Kognitif : Klien mengatakan kurang mengerti tentang penyakitnya. Klien sering bertanya kepada petugas dan mahasiswa tentang kondisinya. Klien juga bertanya tentang pantangan yang harus dilakukan setelah dilakukan kuretase.

h. Pola Persepsi dan Konsep Diri

Gambaran Diri : Klien mengatakan senang dan bangga dengan kehamilan keempatnya, namun saat ini klien tidak merasakan janin yang ada di kandungannya. Klien mengatakan cemas dengan kondisinya setelah dilakukan kuretase.

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

Ideal Diri : Klien berharap setelah tindakan kuretase kondisinya tetap sehat seperti biasanya.

Peran : Klien mengatakan perannya sebagai istri dan ibu maksimal merawat suami dan anaknya.

Identitas diri : Klien berjenis kelamin perempuan dengan G4P300003 usia kehamilan 16 minggu, berumur 36 tahun, pekerjaan sehari-hari adalah sebagai ibu rumah tangga.

i. Pola Reproduksi dan Seksual

Klien mengatakan setelah kehamilan anak keempat ini, klien akan kembali menggunakan alat kontrasepsi. Tidak ada perubahan dalam pola seksual hanya saja saat hamil posisinya lebih menghindari perut klien. Terakhir melakukan coitus pada hari keenam setelah haid.

j. Pola Penanggulangan Stress

Klien mengatakan bila ada masalah selalu membicarakan dengan orang terdekat yaitu suaminya. Cara yang dilakukan untuk mengatasinya klien dengan keluarga jalan-jalan bersama.

k. Pola Tata Nilai dan Kepercayaan

Klien mengatakan beragama Islam. Klien tampak gelisah tapi percaya bahwa setelah tindakan kuretase kondisinya tetap sehat. Selama klien di rumah sakit tetap menjalankan ibadahnya yaitu sholat dan berdoa.

3.1.2 Pemeriksaan Fisik

1. Status Kesehatan Umum (Tanggal 25 Desember 2014 pukul 09.30)

Keadaan umum lemah, akral hangat, kering, merah, kesadaran composmentis, observasi *vital sign* TD: 120/80 mmHg, Nadi: 84x/menit, Suhu: 36,4^{o} C, RR: 21 x/menit, BB/TB 65 kg/155 cm, skala nyeri 5-6.

2. Kepala

   Bentuk simetris, rambut hitam, bersih, kulit kepala bersih, tidak ada edema, tidak ada lesi, ekspresi wajah menyeringai.

3. Mata

   Simetris, konjungtiva merah muda, sklera 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, bersih, bibir lembab, 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 resonansi, 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 mamae, belum ada *colostrum*.

10. Abdomen

Umbilicus tidak menonjol, tidak terdapat pembesaran hepar maupun limpa, tidak kembung, dan nyeri di perut bagian bawah setelah kuretase.

11. Genetalia

Bersih dan tampak mengeluarkan darah warna merah ± 10 cc dalam 2 jam.

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. Terpasang infus RL 20 tetes/menit.

13. Integumen

Warna kulit kuning langsat, turgor kulit lembab, akral hangat, kering, merah, suhu 36,4°C. CRT < 2 detik

3.1.3 Pemeriksaan penunjang

Tanggal: 25 Desember 2014

HB	: 12,1 g/dl	(12,0-16,0 g/dl)
HbsAg	: Negatif	(Negatif)

3.1.4 Terapi

Tanggal: 25 Desember 2014

1. RL 500 cc 20 tetes/menit
2. Inj. Methergin 1 amp

3.1.5 Analisa data

Tanggal: 25 Desember 2014 pukul 09.30 WIB

Data 1

Data subyektif : Klien mengatakan nyeri di perut bagian bawa, P: Nyeri post kuretase, Q: Rasa nyeri mulas, R: Nyeri dirasakan di perut bagian bawah, S: Skala nyeri 5-6 (sedang), T: Nyeri terasa sepanjang waktu

Data obyektif : Klien tampak menyeringai, skala nyeri 5-6, hamil usia 16 minggu, fleks (+) warna merah ± 10 cc, TD : 120/80 mmHg S : 36,4 ˚C, N : 84x/menit, RR : 21x/menit.

Masalah : Nyeri akut

Kemungkinan penyebab : Trauma jaringan

Data 2

Data subyektif : Klien mengatakan cemas dengan kondisinya setelah dilakukan kuretase

Data obyektif : Klien tampak gelisah. TD : 120/80 mmHg S : 36,4 ˚C, N : 84x/menit, RR : 21x/menit.

Masalah : Cemas

Kemungkinan penyebab : Masalah kesehatan (post kuretase)

Data 3

Data subyektif : Klien mengatakan kurang mengerti tentang penyakitnya. Klien sering bertanya kepada petugas dan mahasiswa tentang kondisinya. Klien juga bertanya tentang pantangan yang harus dilakukan setelah dilakukan kuretase.

Data obyektif : Klien tampak cemas. Pendidikan klien SMP. Pekerjaan klien sebagai ibu rumah tangga.

Masalah : Kurang pengetahuan (kebutuhan belajar), mengenai penyakit, prognosis dan kebutuhan pengobatan

Kemungkinan penyebab : Tidak mengenal sumber informasi

3.2 Diagnosa Keperawatan

1. Nyeri akut berhubungan dengan trauma jaringan.
2. Cemas berhubungan dengan masalah kesehatan (post kuretase)
3. Kurang pengetahuan (kebutuhan belajar), mengenai penyakit, prognosis dan kebutuhan pengobatan berhubungan dengan tidak mengenal sumber informasi.

3.3 Intervensi Keperawatan

Tanggal: 25 Desember 2014

Diagnosa Keperawatan 1: Nyeri akut berhubungan dengan trauma jaringan

Tujuan : Setelah diberikan asuhan keperawatan dalam waktu 1x24 jam, nyeri klien dapat berkurang atau hilang.

Kriteria Hasil :

1. Klien tampak tenang
2. Klien mengatakan nyeri berkurang

3. Klien tahu dan mampu mendemonstrasikan cara mengontrol nyeri
4. Skala nyeri berkurang/hilang (skala 0-4)
5. TTV dalam batas normal
   a. Tekanan darah 60-90/90-130 mmHg
   b. Nadi 60-120 x/menit
   c. Suhu 36-37 ^{0}C
   d. Pernafasan 16-24 x/menit

Intervensi :

1. Observasi tanda-tanda vital.

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

   Rasional: Diharapkan dapat mengidentifikasi masalah yang timbul dan menentukan intervensi selanjutnya.
3. Lakukan pendekatan pada klien dan keluarga.

   Rasional: Dengan pendekatan pada klien dan keluarga diharapkan klien dan keluarga dapat kooperatif dalam melaksanakan tindakan keperawatan.
4. Anjurkan klien mengatur posisi yang nyaman sesuai posisi yang diinginkan pasien.

   Rasional: Diharapkan dapat membantu klien mengurangi nyerinya.
5. Ajarkan dan anjurkan pada klien untuk melakukan tehnik relaksasi (nafas panjang dan dikeluarkan secara perlahan).

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

6. Lakukan kolaborasi dengan tim medis dalam perawatan post kuretase.

   Rasional: Untuk perawatan post kuretase.

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.

Tanggal: 25 Desember 2014

Diagnosa Keperawatan 2: Cemas berhubungan dengan masalah kesehatan (post kuretase)

Tujuan : Setelah diberikan asuhan keperawatan dalam waktu 1x24 jam, diharapkan cemas klien berkurang atau hilang.

Kriteria hasil :

1. Ekspresi wajah rileks
2. Klien tahu cara mengatasi cemas
3. Klien mengungkapkan cemas berkurang/hilang
4. Tingkah laku tidak menunjukkan kecemasan
5. TTV dalam batas normal
   a. Tekanan darah 60-90/90-130 mmHg
   b. Nadi 60-120 x/menit
   c. Suhu 36-37 ^{0}C
   d. Pernafasan 16-24 x/menit

Intervensi :

1. Observasi perasaan cemas klien

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

2. Pantau respon verbal dan nonverbal ibu dan pasangan.

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

3. Anjurkan klien untuk berdoa atau beribadah sesuai kepercayaannya

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

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

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

5. Jelaskan prosedur perawatan post kuretase.

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

6. 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 tetulis, agar nantinya memungkinkan ibu untuk mengulang informasi akibat tingkat stress, ibu mungkin tidak dapat mengasimilasi informasi. Jawab yang jujur dapat meningkatkan pemahaman dengan lebih baik serta menurunkan rasa takut.

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

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

Tanggal: 25 Desember 2014

Diagnosa keperawatan 3: Kurang pengetahuan (kebutuhan belajar), mengenai penyakit, prognosis dan kebutuhan pengobatan berhubungan dengan tidak mengenal sumber informasi.

Tujuan : Setelah diberikan asuhan keperawatan dalam waktu 1x24 jam, diharapkan klien dapat memenuhi kebutuhan belajar secara mandiri, memahami penyakit dan pengobatan yang diberikan

Kriteria hasil :

1. Klien memahami regimen terapeutik dan perawatan post kuretase yang diberikan.
   a. Harus menjaga kodisinya dengan baik
   b. Tidak melakukan aktivitas yang terlalu berat
   c. Tidak melakukan hubungan intim untuk jangka waktu tertentu sampai keluhannya benar-benar hilang
   d. Meminum obat secara teratur. Obat yang diberikan biasanya adalah antibiotik dan penghilang rasa sakit
   e. Jika ternyata muncul keluhan, sakit yang terus berkepanjangan atau muncul perdarahan, segeralah memeriksakan diri ke dokter
2. Klien kooperatif terhadap tindakan pengobatan dan perawatan yang diberikan.
3. Klien taat terhadap program pengobatan dan perawatan yang diberikan

Intervensi :

1. Identifikasi dan ketahui persepsi (penyakitnya, kondisinya, pantangan yang harus dilakukan setelah dilakukan kuretase) klien terhadap ancaman/situasi. Dorong mengekspresikan dan jangan menolak perasaan marah, takut dan lain-lain. Orientasikan klien/keluarga terhadap 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.

2. Tentukan persepsi klien tentang kondisi kehamilan sekarang (mengalami abortus inkompletus dan telah dilakukan kuretase), tanyakan tentang pengalaman klien sendiri/sebelumnya.

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

3. 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.

4. Anjurkan ibu untuk tidak melakukan hubungan seksual dengan suami dulu.

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

5. Lakukan evaluasi 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

6. Berikan informasi yang jelas dan akurat dalam cara yang nyata, jawab pertayaan dengan jelas.

   Rasional: Membantu penilaian diagnose kanker, memberikan informasi yang diperlukan selama waktu menyerapnya

7. Berikan pedoman antisipasi pada klien (periksa teratur sesuai petunjuk yang diberikan, makan makanan yang bergizi, lebih banyak istirahat, iidak melakukan hubungan seksual dulu) tentang protokol pengobatan, hasil yang diharapkan, kemungkinan janin dapat dipertahankan. Bersikap jujur dengan klien.

   Rasional: Klien 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.

8. Perkiraan dan informasi dapat menurunkan kecemasan klien (segera kontrol bila terdapat hal-hal berikut seperti perdarahan, nyeri abdomen, perut mengeras dan sangat nyeri). Dorong kemandirian, perawatan diri, libatkan keluarga secara aktif dalam perawatan.

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

3.4 Implementasi Keperawatan

Diagnosa Keperawatan Pertama

Nyeri akut berhubungan dengan trauma jaringan

Tanggal 25 Desember 2014 pukul 09.30 WIB

1. Melakukan pendekatan pada klien dan keluarga

   Respon : Klien dan keluarga dapat kooperatif dengan memberikan respon yang baik

2. Mengobservasi *vital sign*

   Respon : TD : 120/80 mmHg S : 36,4 ˚C, N : 84x/menit, RR : 21x/menit

3. Mengkaji skala nyeri

   Respon : Klien mengatakan nyeri, skala nyeri 5-6

Pukul 10.00 WIB

1. Menganjurkan klien mengatur posisi yang nyaman sesuai posisi yang diinginkan pasien.

   Respon : Klien mengatur posisi keinginan pasien

2. Memotivasi ibu untuk lebih banyak istirahat minimal 8 jam sehari dan mengurangi aktivitas berat.

   Respon : Klien mengatakan akan istirahat 8 jam sehari dan tidak melakukan aktivitas berat.

Pukul 10.35 WIB

1. Mengobservasi *vital sign*

   Respon : TD : 120/70 mmHg S : 36,4 ˚C, N : 88x/menit, RR : 20x/menit

2. Mengganti infus RL, 20 tetes per menit.

   Respon : Tetesan lancar, tidak terjadi plebitis.

Pukul 11.00 WIB

1. Mengajarkan dan menganjurkan pada klien cara untuk mengurangi nyeri misalnya tarik nafas panjang dan dikeluarkan secara perlahan pada saat nyeri timbul.

   Respon : Klien mempraktekkan apa yang diajarkan pada saat nyeri timbul.

2. Menanyakan pada klien tentang penjelasan cara untuk mengurangi nyeri yang diberikan.

   Respon : Klien mengatakan mengerti tentang penjelasan yang diberikan.

Pukul 11.40 WIB

1. Menanyakan keadaan nyeri klien.

   Respon : Klien mengatakan masih sedikit nyeri.

2. Memberikan injeksi Methergin 1 amp IM

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

Pukul 12.15 WIB

1. Melakukan observasi *vital sign*

   Respon : Klien kooperatif, TD 120/70, Nadi 86 x/menit,Suhu 36,6°C, RR 20 x/ menit.

2. Memotivasi klien untuk lebih banyak istirahat minimal 8 jam sehari dan mengurangi aktivitas agak berat.

   Respon : Klien mengatakan akan istirahat 8 jam sehari dan tidak melakukan aktivitas berat.

Pukul 13.05 WIB

1. Melakukan observasi *vital sign*

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

2. Menyarankan klien dan suami untuk tidak melakukan hubungan seksual dulu (untuk jangka waktu tertentu sampai keluhannya benar-benar hilang seperti perdarahan, nyeri perut, perut mengeras dan sangat nyeri)

   Respon : Klien akan menuruti saran yang diberikan oleh perawat

Pukul 13.25 WIB

1. Menanyakan keadaan klien saat ini

   Respon : Klien mengatakan keadaannya sekarang sudah cukup membaik

2. Memotivasi ibu untuk lebih banyak istirahat minimal 8 jam sehari dan mengurangi aktivitas agak berat.

   Respon : Klien mengatakan akan istirahat 8 jam sehari dan tidak melakukan aktivitas berat.

Pukul 14.00 WIB

1. Menyiapkan klien pulang dan memberikan HE tentang nyeri akibat post kuretase.

   Respon : Klien mengatakan akan mempraktekan cara untuk mengurangi nyeri seperti tarik nafas panjang kemudian dikeluarkan secara perlahan apabila nyeri timbul.

2. Menganjurkan dirumah untuk minum obat yang sudah di resepkan oleh dokter. Memberi tahu klien segera kontrol bila terdapat hal-hal berikut:

a. Perdarahan

b. Nyeri perut.

c. Perut mengeras dan sangat nyeri.

Respon : Klien mengatakan akan teratur minum obat dan akan segera kontrol bila terdapat tanda-tanda tersebut.

Pukul 14.20 WIB

1. Klien pulang

   Respon : Klien dan keluarga kooperatif dan klien pulang.

Diagnosa Keperawatan Kedua

Cemas berhubungan dengan masalah kesehatan (post kuretase)

Tanggal 25 Desember 2014 pukul 09.30 WIB

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

   Respon : Klien bercerita tentang perasaanya saat terjadi perdarahan.

2. Menjelaskan kepada klien tentang prosedur perawatan post kuretase

   Respon : Klien mendengarkan dan mengerti tentang apa yang dijelaskan

Pukul 10.15 WIB

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

   Respon : Klien masih merasa cemas setelah dilakukan kuretase.

2. Memotivasi klien untuk tetap tenang dan tidak gelisah serta lebih banyak berdoa

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

Pukul 11.00 WIB

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

   Respon : Klien masih merasa sedikit cemas.

2. Mengingatkan ibu untuk segera kontrol bila terdapat hal-hal berikut ini:

   a. Perdarahan

   b. Nyeri perut.

   c. Perut mengeras dan sangat nyeri.

   Respon : Klien mengatakan akan teratur minum obat dan akan segera kontrol bila terdapat tanda-tanda tersebut.

Pukul 13.05 WIB

1. Mendiskusikan dengan klien tentang situasi dan kondisinya karena abortus inkompletus.

   Respon : Klien kooperatif dan serius dalam diskusi

2. Memotivasi klien untuk tetap tenang dan tidak gelisah serta lebih banyak berdoa.

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

Pukul 13.25 WIB

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

   Respon : Klien mengatakan perasaan cemasnya sudah berkurang.

2. Memberikan informasi secara tertulis tentang perawatan post kuretase

   a. Harus menjaga kodisinya dengan baik

   b. Tidak melakukan aktivitas yang terlalu berat

   c. Tidak melakukan hubungan intim untuk jangka waktu tertentu sampai keluhannya benar-benar hilang

d. Meminum obat secara teratur. Obat yang diberikan biasanya adalah antibiotik dan penghilang rasa sakit

e. Jika ternyata muncul keluhan, sakit yang terus berkepanjangan atau muncul perdarahan, segeralah memeriksakan diri ke dokter

Respon : Klien mengatakan akan membaca informasi yang diberikan dan menjaga kondisinya sesuai saran perawat.

3. Mempersiapkan klien pulang, memotivasi ibu untuk tetap tenang dan tidak gelisah. Apabila terjadi perdarahan sebaiknya cepat-cepat memeriksakan diri ke rumah sakit.

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

Pukul 14.20 WIB

1. Klien pulang

   Respon : Klien dan keluarga kooperatif dan klien pulang.

Diagnosa Keperawatan Ketiga

Kurang pengetahuan (kebutuhan belajar), mengenai penyakit, prognosis dan kebutuhan pengobatan berhubungan dengan tidak mengenal sumber informasi.

Tanggal 25 Desember 2014 pukul 09.30 WIB

1. Menanyakan perasaan klien dengan adanya penyakitnya, kondisinya, pantangan yang harus dilakukan setelah dilakukan kuretase.

   Respon : Klien mengatakan sangat tidak tahu cara terhadap perawatan yang harus dilakukan setelah dilakukan kuretase.

2. Memberikan informasi tentang hal-hal yang menyebabkan perdarahan dan perawatan yang harus dilakukan setelah dilakukan kuretase.

   Respon : Klien kooperatif, klien sudah memahami tentang bahaya perdarahan perawatan yang harus dilakukan setelah dilakukan kuretase.

Pukul 10.45 WIB

1. Mendiskusikan dengan klien dan suami tentang kondisi kehamilan sekarang (mengalami abortus inkompletus dan telah dilakukan kuretase).

   Respon : Klien dan keluarga kooperatif mendiskusikan kondisi klien.

2. Menganjurkan klien untuk banyak makan makanan yang bergizi untuk meningkatkan keadaan kesehatan ibu dan minum air minimal 2500 cc /hari serta membatasi aktivitas berat untuk pemulihan post kuretase.

   Respon : Klien mengatakan akan melakukan apa yang dianjurkan perawat

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

   a. Periksa teratur sesuai petunjuk yang diberikan.
   b. Makan makanan yang bergizi.
   c. Lebih banyak istirahat
   d. Tidak melakukan hubungan seksual dulu.

   Respon : Klien mengatakan akan mentaati petunjuk yang diberikan.

Pukul 12.15

1. Menyarankan klien dan suami untuk tidak melakukan hubungan seksual dulu (untuk jangka waktu tertentu sampai keluhannya benar-benar hilang seperti perdarahan, nyeri perut, perut mengeras dan sangat nyeri).

   Respon : Klien akan menuruti saran yang diberikan oleh perawat.

2. Menanyakan kembali tentang pemahaman klien tentang keadaan yang dialaminya.

   Respon : Klien mengatakan sudah paham tentang kondisi yang dialaminya.

Pukul 13.25 WIB

1. Menjelaskan kembali beberapa hal yang perlu ditaati oleh klien dan suami yaitu:
   a. Periksa teratur sesuai petunjuk yang diberikan.
   b. Makan makanan yang bergizi.
   c. Lebih banyak istirahat
   d. Tidak melakukan hubungan seksual dulu

   Respon : Klien kooperatif, klien mengatakan akan mentaati petunjuk yang diberikan.
2. Menanyakan perasaan klien dengan adanya perdarahan dan sakit pada perutnya setelah dilakukan kuretase.

   Respon : Klien mengatakan cemas sudah berkurang terhadap tindakan kuretase yang telah dilakukan.
3. Melakukan evaluasi sebelum klien pulang tentang pemahaman klien mengenai penjelasan yang sudah diberikan.

   Respon : Klien mampu memahami penjelasan yang sudah diberikan.

Pukul 14.00 WIB

1. Mempersiapkan klien pulang

   Respon : Klien dan suami kooperatif

2. Menganjurkan dirumah untuk minum obat yang sudah di resepkan oleh dokter. Memberi tahu klien segera kontrol bila terdapat hal-hal seperti perdarahan, nyeri perut., perut mengeras dan sangat nyeri.

   Respon : Klien mengatakan akan teratur minum obat dan akan segera kontrol bila terdapat tanda-tanda tersebut

Pukul 14.20 WIB

1. Klien pulang

   Respon : Klien dan keluarga kooperatif dan klien pulang.

3.5 Evaluasi Keperawatan

Diagnosa Keperawatan Pertama

Nyeri akut berhubungan dengan trauma jaringan.

Tanggal 25 Desember 2014 pukul 14.00 WIB

S : Klien mengatakan nyeri sudah berkurang

P: Nyeri post kuretase

Q: Rasa nyeri mulas

R: Nyeri dirasakan di perut bagian bawah

S: Skala nyeri 3-4

T: Nyeri terasa sepanjang waktu

O : Klien tampak tenang, skala nyeri 3-4, hamil usia 16 minggu, perdarahan pervagina sudah berkurang, tanda-tanda vital TD : 120/80, Nadi: 84 x/menit, Suhu : 36 °C , RR 20 x/menit

A : Masalah teratasi

P : Intervensi dihentikan klien pulang

Diagnosa Keperawatan Kedua

Cemas berhubungan dengan masalah kesehatan (post kuretase).

Tanggal 25 Desember 2014 pukul 14.00 WIB

S : Klien mengatakan perasaan cemasnya sudah berkurang atau hilang.

O : Klien tampak tenang/rileks, , tanda-tanda vital TD : 120/80, Nadi: 84 x/menit, Suhu : 36 °C , RR 20 x/menit.

A : Masalah teratasi

P : Intervensi dihentikan klien pulang.

Diagnosa Keperawatan Ketiga

Kurang pengetahuan (kebutuhan belajar), mengenai penyakit, prognosis dan kebutuhan pengobatan berhubungan dengan tidak mengenal sumber informasi.

Tanggal 25 Desember 2014 pukul 14.00 WIB

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

O : Klien tampak tenang dan kooperatif. Klien mampu menjawab pertanyaan evaluasi yang dilakukan.

A : Masalah teratasi

P : Intervensi dihentikan klien pulang