

BAB 3

TINJAUAN KASUS

Dalam hal ini penulis menyajikan data dari klien abortus insipiens di Ruang bersalin RS Muhammadiyah Surabaya. Pengkajian ini dilakukan mulai tanggal 19 Agustus 2015 sampai dilakukan intervensi dan implementasi tanggal 20 Agustus 2015.

3.1 Pengkajian Keperawatan

Pengkajian keperawatan dilakukan pada tanggal 19 Agustus 2015 pukul 19.00 wib dengan abortus insipiens.

3.1.1 Pengumpulan Data

1. Identitas

Nama Ny. N usia 19 tahun, suku Madura, bangsa Indonesia, pendidikan SMA, alamat Dukuh XXX 7/7 Surabaya, agama islam, pekerjaan ibu rumah tangga, tanggal MRS 19 Agustus 2015 pukul 17.30 wib, No RMK 08-XX-XX.

Nama suami TN. R usia 22 tahun, suku Madura, bangsa Indonesia, pendidikan SMA, alamat Dukuh XXX 7/7 Surabaya, agama islam, pekerjaan swasta.

2. Keluhan utama

Klien mengatakan keluar flek darah.

3. Riwayat kesehatan

a. Riwayat kesehatan yang lalu

Klien mengatakan tidak pernah mengalami flour albus, tidak keluar flek darah selama kehamilan, tidak mempunyai penyakit diabetes melitus, hipertensi, alergi makanan, penyakit jantung.

b. Riwayat kesehatan sekarang

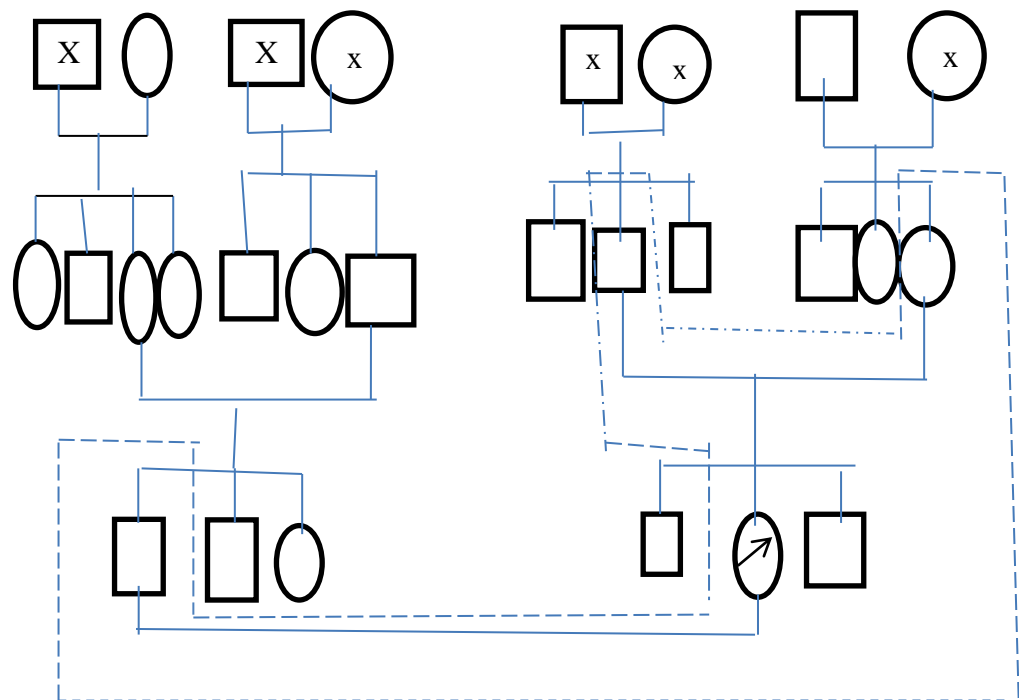
Klien datang dengan G1P000 dengan usia kehamilan 8 minggu. Klien mengatakan tanggal 18 Agustus 2015 periksa ke bidan di daerah tempat tinggal klien dengan keluhan muncul flek darah setelah berhubungan dengan suami dan ketika BAK kadang keluar gumpalan darah kecil-kecil sebesar biji kacang hijau. Setelah di periksa TFU tidak teraba, DJJ tidak terdeteksi lalu bidan menyarankan klien untuk cek lebih lanjut ke rumah sakit.

Tanggal 19 Agustus 2015 jam 09.30 wib klien periksa di RS Muhammadiyah Surabaya. Setelah dilakukan USG, dokter mengatakan janin klien sudah meninggal. Kemudian dokter menyarankan untuk rawat inap untuk di lakukan curret, tetapi klien pulang dahulu karena klien berfikir tidak terjadi apa-apa. Tetapi pada jam 17.30 wib klien datang lagi ke RS Muhammadiyah Surabaya karena keluar flek darah lebih banyak dari sebelumnya, klien di bawa ke kamar bersalin untuk rawat inap klien berada di kamar T6.

c. Riwayat kesehatan keluarga

Klien mengatakan didalam anggota keluarganya tidak ada yang mengalami perdarahan, hamil anak kembar, tidak pernah abortus, hamil mola, dan mengalami kuretase dan klien mengatakan di anggota keluarganya tidak ada yang mempunyai penyakit menular (TBC, Hepatitis) dan penyakit keturunan (Hipertensi dan Diabetes Mellitus).

Genogram



Gambar 3.1: genogram

Keterangan :

- | | | | |
|---|-------------|-------|-------------------|
| ○ | : perempuan | x | : meninggal |
| □ | : laki-laki | ----- | : tinggal serumah |
| ⊙ | : klien | ————— | : garis keluarga |

d. Riwayat psikologi

Klien mengatakan takut dengan kondisi kandungannya dan bayinya, dan klien takut akan dilakukan tindakan kuretase, klien memikirkan keadaan janinnya yang sudah meninggal. Klien dan keluarga merasa sedih karena kehilangan janinnya.

4. Riwayat obsentri

- a) Riwayat haid : menarche umur 13 tahun, siklus 28-30 hari, lamanya 5-7 hari, jumlah darah yang keluar banyak \pm 2-3 softex, encer, warna merah segar, bau amis, flour albus tidak pernah, kadang dismenorche kadang tidak dismenorche.
- b) Riwayat perkawinan : klien menikah 1 kali umur 19 tahun, lama menikah \pm 3,5 bulan umur suami 22 tahun
- c) Riwayat KB : klien mengatakan setelah menikah belum pernah menggunakan alat kontrasepsi apapun.
- d) Riwayat kehamilan : klien mengatakan belum imunisasi TT, usia kehamilan 8 minggu, HPHT Mei 2015, HPL Februari 2016, periksa kehamilan sebulan \pm 2-3 kali
- e) Riwayat kehamilan atau gravida : G1P000

5. Pola-pola fungsi kesehatan

- 1) Pola persepsi dan tata laksana hidup sehat

SMRS : Klien mengatakan selalu menjaga kesehatan dan lingkungannya. Klien mengatakan memeriksakan kehamilannya di bidan dekat di rumahnya setiap 2x

dalam sebulan, klien mandi 2 kali sehari, menggosok gigi 2 kali sehari.

MRS : Klien mengatakan selama di rumah sakit klien mengatakan tidak pernah mandi, tidak gosok gigi, hanya di seka 2x sehari.

2) Pola nutrisi dan metabolisme

SMRS : Klien mengatakan saat masa kehamilannya klien makan 3 kali sehari habis 1 porsi piring makan dengan menu nasi, lauk dan sayuran. Klien minum sehari \pm 5-8 gelas. Berat badan klien 53 kg dan tinggi badan 153 cm.

MRS : Klien mengatakan selama di kamar bersalin makanannya habis 1 porsi piring kecil, minum air putih \pm 1-1,5 botol 600 ml, dan klien terpasang infus RL 20 tetes per menit.

3) Pola aktivitas

SMRS : Klien mengatakan dirumah klien melakukan aktivitasnya tanpa bantuan orang lain.

MRS : Klien mengatakan di rumah sakit klien melakukan aktivitasnya di bantu keluarganya karena klien hanya tiduran.

4) Pola eliminasi

SMRS : Klien mengatakan BAK keluar gumpalan darah dan klien belum BAB pada hari ini.

MRS : Klien mengatakan BAK lancar, terkadang kuning jernih terkadang ada darahnya, klien mengatakan hari ini belum BAB.

5) Pola istirahat tidur

SMRS : Klien di rumah tidur malam $\pm 6-9$ jam, tidur siang $\pm 1-2$ jam.

MRS : Klien mengatakan selama dirumah sakit klien sering terbangun karena merasa takut karena memikirkan kandungannya yang akan di lakukan kuretase.

6) Pola sensori dan kognitif

Sensori : Klien mengatakan tidak mengalami gangguan penglihatan, pendengaran, penciuman, perabaan.

Klien terlihat menahan nyeri, nyeri hilang timbul, skala nyeri 5-7, nyeri seperti di tusuk-tusuk.

Kognitif : Klien mengatakan tidak mengerti dengan kondisi yang di alaminya, klien merasa takut dengan keadaan dirinya karena akan di lakukan kuretase. Klien merasa sedih akan kehilangan janinnya, klien sering bertanya kepada perawat tentang kondisinya.

7) Pola persepsi dan konsep diri

a. Gambaran diri : klien mengatakan sedih karena akan kehilangan janinnya. Dan klien merasa takut akan dilakukan kuretase.

- b. Harga diri : klien mengatakan tidak malu dengan bentuk tubuhnya saat hamil. Dan klien merasakan tidak enak dengan pasien sekitar karena kondisinya.
- c. Ideal diri : klien berharap hamil kembali, klien berharap tidak kuretase berjalan lancar dan klien selamat.
- d. Peran : klien mengatakan peran sebagai istri belum lengkap bagi suaminya karena belum bisa memberikan keturunan dan harus dirawat di rumah sakit.
- e. Identitas diri : klien berjenis kelamin perempuan berumur 19 tahun pekerjaan sehari-hari sebagai ibu rumah tangga, usia kehamilan 8 minggu.

8) Pola hubungan peran

Klien mengatakan hubungan dengan keluarga terjalin baik. Dan hubungan dengan perawat dan dokter terjalin baik.

9) Pola reproduksi dan seksual

Klien mengatakan hubungan seksual seminggu \pm 2-3 kali sebelum hamil, setelah hamil seminggu 1x dan keluar flek darah pervagina sebanyak \pm $\frac{1}{2}$ softex. Klien tidak berencana menggunakan alat kontrasepsi.

10) Pola penanggulangan stress

Klien mengatakan apabila ada masalah klien selalu bicara kepada suami dan orang tuanya.

11) Pola tata nilai dan kepercayaan

Klien mengatakan beragama islam dan beribadah namun jarang. Dan selama di rumah sakit klien tidak melakukan ibadah sholat dan mengaji.

3.1.2 Pemeriksaan fisik

a) Status kesehatan umum

Keadaan umum baik, akral hangat, kesadaran komposmentis, observasi vital sign TD : 100/70 mmHg, Nadi : 92x/menit, Suhu : 36°C, RR : 20x/menit, klien tampak takut.

b) Kepala

Bentuk simetris, rambut tampak kotor belum keramas, berbau kurang sedap, tidak ada ketombe, warna rambut hitam, tidak ada nyeri tekan.

c) Muka

Muka bulat tidak moonface, tidak odema, warna putih, ada bekas jerawat, ekspresi muka terlihat muram dan takut, tidak ada bekas luka, wajah terlihat menyeringai menahan nyeri, skala nyeri 5-7.

d) Mata

Mata simetris kanan kiri, konjungtiva merah muda, sklera putih tidak ikterus, kornea hitam, tidak terdapat kantung mata, pupil hitam dan bulat, tidak odema, tidak ada gangguan penglihatan.

e) Hidung

Hidung simetris kanan kiri, tidak ada luka, tidak ada sekret, tidak ada polip, tidak ada gerakan cuping hidung, tidak ada kelainan.

f) Telinga

Telinga simetris kanan kiri, tidak ada serumen atau benda asing, daun telinga bersih, tidak ada kelainan dan tidak ada gangguan pendengaran.

g) Mulut

Mukosa bibir kering, tidak stomatitis, gigi tidak karies, lidah pucat, gusi tidak berdarah.

h) Leher

Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada luka, terlihat bersih, tidak ada benjolan.

i) Dada

Betuk simetris, tidak ada luka, payudara tampak membesar dan bulat, tidak ada benjolan pada payudara, areola hyperpigmentasi, puting susu menonjol, kolostum belum keluar, tidak ada suara nafas tambahan, axilla tidak teraba benjolan, tidak nyeri.

j) Abdomen

Terlihat bulat, ada bekas luka, terasa nyeri di perut bagian bawah, tidak ada pergerakan janin, bising usus 10x per menit, DJJ tidak terdeteksi, TFU tidak teraba, tidak ada kontraksi,

k) Genetalia

Tampak mengeluarkan darah, terdapat gumpalan kecil-kecil sebesar biji kacang hijau $\pm \frac{1}{2}$ softex, tidak dilakukan Vagina

Toucher (VT) oleh perawat dan bidan tetapi dilakukan oleh dokter di poli.

l) Ektremitas

Tangan kiri terpasang infus RL, tangan kanan dapat di gerakkan, ektremitas bawah dapat di gerakkan, akral hangat, kuku tangan panjang dan di kuteks, kuku kaki pendek dan di kuteks, tidak ada varices, tungkai tidak odema.

m) Integumen

Kulit sawo matang, suhu 36°C, turgor kulit kembali < 2 detik, tidak odema, GCS 4.5.6.

n) Anus

Tidak ada hemoroid.

o) Punggung

Warna coklat, bentuk normal, tidak ada bekas luka, tidak ada nyeri

p) Muskuloskeletal

Tidak ada atrofi atau hiperatrofi, akral hangat, terpasang cairan infus RL 20 tetes per menit

3.1.3 Pemeriksaan Penunjang

Tanggal : 19 Agustus 2015 jam 18.30 wib
 Hb : 12,9 gram / dl (P : 11,5 – 16,0 gram/dl)
 Golongan darah : B
 HBS Ag : negatif
 USG : DJJ : negatif , CRL 1,96 – 8 mg dl , EDC 24.3.2016

3.1.4 Terapi

Infus RL 20 tetes per menit

Gastrul 3x1 tab

3.1.5 Analisa Data

Dari data yang di kumpulkan dapat di lakukan pengelompokan data sebagai berikut :

1. Data pertama (19 Agustus 2015)

Data subjektif :

Klien mengatakan nyeri di daerah perut bawah seperti di tusuk-tusuk

Data objektif :

1. Suhu 36°C, TD 110/80 mmHg, nadi 92x/menit, klien terlihat kesakitan sambil menghindari nyeri, sambil memegang perutnya, wajah menyeringai, terasa nyeri kalau di buat gerak, nyeri berkurang kalau dibuat terlentang, di perut bagian bawah, skala nyeri 5-7 sering muncul.

Masalah : gangguan rasa nyaman nyeri

Kemungkinan penyebab : kerusakan jaringan intra uteri

2. Data kedua (19 Agustus 2015)

a. Data subyektif :

- 1) Klien mengatakan takut dengan kondisi dirinya, klien takut dengan tindakan kuretase.

b. Data obyektif

1) Klien tampak gelisah, klien bertanya tentang kondisinya, suhu 36°C, TD : 110/80 mmHg, Nadi : 92x/menit

2) Wajah klien cemas

3) Klien tidak dapat tidur

Masalah : Cemas

Kemungkinan penyebab : tindakan kuretase

3. Data ketiga (19 Agustus 2015)

a. Data subjektif :

1) Klien banyak bertanya kepada petugas tentang kuretase.

b. Data objektif :

1) klien sering bertanya tentang tindakan kuretase kepada petugas kesehatan. Klien berpendidikan SMA.

Masalah : Kurang pengetahuan tindakan kuretase

Kemungkinan penyebab : kurang informasi

3.2 Diagnosa Keperawatan

- 1) Gangguan rasa nyaman nyeri berhubungan dengan kerusakan jaringan intra uteri ditandai dengan Klien mengatakan nyeri di daerah perut bawah seperti di tusuk-tusuk, Suhu 36°C, TD 110/80 mmHg, nadi 92x/menit, klien terlihat kesakitan sambil menghindari nyeri, sambil memegang perutnya, wajah menyeringai, terasa nyeri kalau di buat gerak, nyeri berkurang kalau dibuat terlentang, di perut bagian bawah, skala nyeri 5-7 sering muncul.

- 2) Cemas berhubungan dengan kurang pengetahuan tindakan kuretase di tandai dengan klien tampak gelisah, klien bertanya tentang kondisinya, suhu 36°C, TD : 110/80 mmHg, Nadi : 92x/menit, Wajah klien cemas, klien tidak dapat tidur.
- 3) Kurang pengetahuan tindakan kuretase berhubungan dengan kurang informasi di tandai dengan klien sering bertanya tentang tindakan kuretase kepada petugas kesehatan, klien berpendidikan SMA.

3.3 Rencana Keperawatan

3.3.1 Diagnosa Keperawatan Pertama (19 Agustus 2015)

Gangguan rasa nyaman nyeri berhubungan dengan kerusakan jaringan intra uteri ditandai dengan Klien mengatakan nyeri di daerah perut bawah seperti di tusuk-tusuk, Suhu 36°C, TD 110/80 mmHg, nadi 92x/menit, klien terlihat kesakitan sambil menghindari nyeri, sambil memegang perutnya, wajah menyeringai, terasa nyeri kalau di buat gerak, nyeri berkurang kalau dibuat terlentang, di perut bagian bawah, skala nyeri 5-7 sering muncul.

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 1 x 24 jam nyeri dapat teratasi dan terkontrol.

Kriteria Hasil :

- 1) Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan teknik non farmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan).

- 2) Melaporkan bahwa nyeri berkurang.
- 3) Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi, dan tanda nyeri).
- 4) Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang.

Rencana Tindakan :

- 1) Bina hubungan saling percaya antara perawat, klien dan keluarga klien.

Rasional : Untuk memudahkan perawat dalam melakukan asuhan keperawatan.

- 2) Observasi tanda-tanda vital klien.

Rasional : Untuk melihat perkembangan klien.

- 3) Ajarkan teknik distraksi dan relaksasi pada klien dengan nafas dalam dan bermain ponsel.

Rasional : Untuk mengalihkan rasa nyeri klien.

- 4) Bantu klien dan keluarga untuk mencari dan menemukan dukungan.

Rasional : Untuk mempercepat proses penyembuhan klien.

- 5) Tingkatkan istirahat klien.

Rasional : Untuk mempercepat proses penyembuhan klien.

- 6) Berikan lingkungan yang nyaman pada klien.

Rasional : Agar klien merasa nyaman.

- 7) Kolaborasi dengan tim medis untuk pemberian analgesik pada klien.

Rasional : Untuk mengatasi rasa nyeri klien.

3.3.2 Diagnosa Keperawatan Kedua (19 Agustus 2015)

Cemas berhubungan dengan kurang pengetahuan tindakan kuretase di tandai dengan klien tampak gelisah, klien bertanya tentang kondisinya, suhu 36°C, TD : 110/80 mmHg, Nadi : 92x/menit, Wajah klien cemas, klien tidak dapat tidur.

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 1x24 jam rasa cemas dapat teratasi.

Kriteria Hasil :

- 1) Klien dapat mengungkapkan secara verbal dan mengatakan perasaan tenang.
- 2) Klien mengetahui kondisinya
- 3) Klien dapat istirahat dengan tenang

Rencana Tindakan :

- 1) Bina hubungan saling percaya antara perawat, klien dan keluarga klien.

Rasional : Untuk memudahkan perawat dalam melakukan asuhan keperawatan.

- 2) Dorong keluarga untuk tinggal dengan klien.

Rasional : Agar klien merasa tenang dan tidak sendiri.

- 3) Menilai tanda-tanda verbal dan non verbal kecemasan klien.

Rasional : Untuk mengetahui tingkat kecemasan klien.

- 4) Anjurkan klien tentang penggunaan teknologi relaksasi.

Rasional : Untuk mengurangi rasa kecemasan klien.

- 5) Jelaskan tentang tindakan kuretase.

Rasional : Dengan menjelaskan tindakan tindakan kuretase di harapkan pengetahuan klien bertambah.

- 6) Berikan kesempatan pada klien untuk mengucapakan perasaannya.

Rasional : Memberikan peluang untuk klien untuk merelaksasikan pikiran.

- 7) Anjurkan klien untuk berdoa atau beribadah sesuai dengan kepercayaannya.

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

- 8) Observasi tanda-tanda vital klien.

Rasional : Untuk mengetahui perkembangan klien.

3.3.3 Diagnosa Keperawatan Ketiga (19 Agustus 2015)

Kurang pengetahuan tindakan kuretase berhubungan dengan kurang informasi di tandai dengan klien sering bertanya tentang tindakan kuretase kepada petugas kesehatan, klien berpendidikan SMA.

Tujuan : Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1x 24 jam di harapkan klien dapat memenuhi kebutuhan belajar mandiri, memahami penyakit dan pengobatan yang di berikan.

Kriteria Hasil :

- 1) Klien kooperatif terhadap tindakan pengobatan dan perawatan yang di berikan.
- 2) Klien memahami tata cara, prosedur perawatan yang di berikan

- 3) Klien taat terhadap program pengobatan dan perawatan yang di berikan.

Rencana Tindakan :

- 1) Berikan informasi yang jelas dan akurat tentang tindakan kuretase

Rasional : Membantu mengatasi kuretase, memberikan informasi yang di perlukan selama waktu menyerapnya.

- 2) Berikan pedoman antisipasi pada klien tentang prosedur pengobatan, hasil yang diharapkan, efek samping kuretase, penatalaksanaan tindakan setelah kuretase, bersikap jujur pada klien.

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

- 3) Orientasikan klien atau keluarga terhadap prosedur rutin dan aktifitas. Tingkatkan partisipasi bila mungkin.

Rasional : perkiraan dan informasi dapat menurunkan kecemasan klien.

3.4 Pelaksanaan Keperawatan

1) Diagnosa Keperawatan Pertama (19 Agustus 2015)

Gangguan rasa nyaman nyeri berhubungan dengan kerusakan jaringan intra uteri ditandai dengan klien mengatakan nyeri di daerah perut bawah seperti di tusuk-tusuk, suhu 36°C, tekanan darah 110/80 mmHg, nadi : 92x/menit, klien terlihat kesakitan sambil menghindari nyeri, sambil memegang perutnya, wajah menyeringai, nyeri kalau di buat gerak, nyeri berkurang kalau di buat terlentang, di perut bagian bawah, skala nyeri 5-7, sering muncul.

Tabel 3.1 Pelaksanaan Keperawatan Pada Diagnosa Keperawatan Pertama

Tanggal	Jam	Implementasi	Hasil
19 Agustus 2015	18.00 wib	Membina hubungan saling percaya dengan klien dan keluarga.	Klien dan keluarganya kooperatif untuk menjawab pertanyaan dan mendengarkan pertanyaan.
	18.45 wib	Mengobservasi tanda-tanda vital klien.	Klien kooperatif dengan tindakan keperawatan, suhu : 36,3°C, tekanan darah : 120/80 mmHg, Nadi 92x/menit, DJJ tidak terdeteksi, TFU tidak teraba.
	19.40 wib	1. Mengajarkan klien nafas dalam dan menyuruh	Klien kooperatif, klien bermain ponsel dan

		bermain ponsel. 2. Menyuruh klien untuk beristirahat	sambil berbaring
20 Agustus 2015	08.00 wib	Melakukan observasi vital sign.	Klien kooperatif dengan tindakan perawat, suhu 36,3°C, tekanan darah 120/80 mmHg. Nadi : 89 x/menit.
	08.15 wib	Mengganti cairan infus klien.	Klien kooperatif dengan tindakan keperawatan, cairan infus RL 20 tetes per menit.
	08.50 wib	1. Mengajak klien mengobrol sambil mengalihkan rasa nyeri klien. 2. Memberikan lingkungan yang nyaman dengan membuat ruangan merasa lebih dingin dan menutup tirai kamar.	Klien mengatakan tidak nyaman karena rasa nyerinya dan pasien berusaha mengalihkan dengan nafas dalam dan bermain ponsel miliknya.

2) Diagnosa Keperawatan Kedua (19 Agustus 2015)

Cemas berhubungan dengan kurang pengetahuan tindakan kuretase ditandai dengan klien tampak gelisah, klien bertanya tentang kondisinya, suhu 36°C, tekanan darah 110/80 mmHg, nadi : 92x/menit, wajah klien cemas

Tabel 3.2 Pelaksanaan Keperawatan Pada Diagnosa Keperawatan Kedua

Tgl	Jam	Implementasi	Hasil
19 Agustus 2015	18.45 wib	Mengobservasi tanda-tanda vital klien	Klien kooperatif dengan tindakan keperawatan, suhu 36,3° C, tekanan darah 120/80 mmHg, nadi 92x/menit, DJJ tidak terdeteksi, TFU tidak teraba.
	19.00 wib	Mengkaji faktor penyebab klien merasa takut	Klien bersedia menjawab pertanyaan perawat bahwa klien takut dengan tindakan kuretase.
20 Agustus 2015	08.00 wib	Mengobsevasi tanda-tanda vital klien.	Klien kooperatif dengan tindakan perawat, suhu 36,3°C, tekanan darah 120/80 mmHg, nadi 88x/menit.
	08.00 wib	1) mengganti cairan infus klien. 2) Mengkaji faktor ketakutan klien. 3) Memberi informasi tentang tindakan kuretase pada klien.	1) Klien kooperatif dengan tindakan perawat, cairan infus RL 20 tetes/menit. 2) Klien mengungkapkan rasa takutnya karena akan dilakukan tindakan kuretase. 3) Klien bersedia

			mendengarkan informasi yang diberikan perawat.
	10.00 wib	1) Memberikan dukungan kepada klien agar klien tidak takut tindakan kuretase. 2) Memberikan saran pada klien untuk nafas dalam agar klien merasa sedikit rileks.	Klien bersedia untuk melakukan apa yang perawat sarankan dan klien berdoa agar tindakan kuretasesnya lancar.
	10.15 wib	Mengantarkan klien ke ruangan kuretase.	Klien beranjak ke ruangan kuretase.

3) Diagnosa Keperawatan Ketiga (19 Agustus 2015)

Kurang pengetahuan tentang tindakan kuretase berhubungan dengan kurang informasi di tandai dengan klien sering bertanya tentang tindakan kuretase kepada petugas kesehatan, klien berpendidikan SMA.

Tabel 3.3 Pelaksanaan Keperawatan Pada Diagnosa Keperawatan Ketiga

Tgl	Jam	Implementasi	Hasil
19 Agustus 2015	18.45 wib	Mengobservasi tanda-tanda vital klien	Klien kooperatif dengan tindakan keperawatan, suhu 36,3° C, tekanan darah 120/80 mmHg, nadi 92x/menit,

			DJJ tidak terdeteksi, TFU tidak teraba.
20 Agustus 2015	08.00 wib	Mengobsevasi tanda-tanda vital klien.	Klien kooperatif dengan tindakan perawat, suhu 36,3°C, tekanan darah 120/80 mmHg, nadi 88x/menit.
	10.00 wib	<ol style="list-style-type: none"> 1) Memberikan dukungan kepada klien agar klien tidak takut tindakan kuretase. 2) Memberikan saran pada klien untuk nafas dalam agar klien merasa sedikit rileks. 3) Memberikan gambaran tentang proses kuretase kepada klien. 	Klien bersedia untuk melakukan apa yang perawat sarankan dan klien berdoa agar tindakan kuretasesnya lancar.

3.5 Evaluasi

3.5.1 Diagnosa Keperawatan Pertama

Gangguan rasa nyaman nyeri berhubungan dengan kerusakan jaringan intra uteri ditandai dengan klien mengatakan nyeri di daerah perut bawah seperti di tusuk-tusuk, Suhu 36°C, tekanan darah 110/80 mmHg, nadi : 92x/menit, klien terlihat kesakitan sambil menghindari nyeri, sambil memegang perutnya, wajah menyeringai, nyeri kalau di buat gerak, nyeri berkurang kalau di buat terlentang, di perut bagian bawah, skala nyeri 5-7, sering muncul.

Tanggal 19 Agustus 2015 jam 20.30 wib

S : klien mengatakan terasa nyeri.

O : Kondisi umum klien cukup, klien terlihat menahan sakit, sakit jika di buat bergerak, bagian perut bawah, skala nyeri 5-7, nyeri sering muncul, suhu 36°C, tekanan darah 110/80 mmHg, nadi 92x/menit.

A : masalah belum teratasi

P : intervensi dilanjutkan. (No 2, 3, 4, 5, 6, 7)

Tanggal 20 Agustus 2015 jam 08.00 wib

S : Klien mengatakan masih merasakan nyeri, sulit tidur.

O : Kondisi umum klien cukup, klien terlihat menahan nyeri, nyeri timbul jika dibuat bergerak, nyeri jika dibuat terlentang, nyeri bagian perut bawah, skala nyeri 5-7, nyeri sering muncul, vital sign suhu 36°C, tekanan darah 110/80 mmHg, nadi 89x/menit, klien bermain dengan ponselnya.

A : masalah belum teratasi.

P : intervensi dilanjutkan.(No 2, 3, 5, 6, 7)

3.5.2 Diagnosa Keperawatan Kedua

Cemas berhubungan dengan kurang pengetahuan ditandai dengan klien tampak gelisah, klien bertanya tentang kondisinya, suhu 36°C, tekanan darah 110/80 mmHg, nadi : 92x/menit, wajah klien cemas.

Tanggal 19 Agustus 2015 jam 20.30 wib

S : klien mengatakan takut dengan kondisi dirinya karena akan kuretase.

O : klien terlihat cemas, sering bertanya tentang kondisi dirinya, vital sign suhu 36°C, tekanan darah 12/80 mmHg, nadi 92x/menit, klien tampak tidak bisa tidur.

A : masalah belum teratasi.

P : lanjutkan intervensi. (No 2, 3, 4, 5, 6)

Tanggal 20 Agustus 2015 jam 08.00 wib

S : klien mengatakan rasa takut berkurang.

O : klien masih terlihat cemas, klien bersedia dilakukan kuretase, vital sign suhu 36°C, tekanan darah 110/80 mmHg, nadi 89x/menit, klien bertanya tentang kondisi dirinya dan tindakan kuretase.

A : masalah teratasi sebagian.

P : lanjutkan intervensi. (No 3, 4, 5, 6)

3.5.3. Diagnosa Keperawatan Ketiga

Kurang pengetahuan tentang tindakan kuretase berhubungan dengan kurang informasi di tandai dengan klien sering bertanya tentang tindakan kuretase kepada petugas kesehatan, klien berpendidikan SMA.

Tanggal 19 Agustus 2015 jam 20.30 wib

- S** : Klien mengatakan tidak mengerti tentang tindakan kuretase
- O** : Klien bertanya tentang tindakan kuretase, vital sign suhu 36°C, tekanan darah 12/80 mmHg, nadi 92x/menit,
- A** : Masalah belum teratasi
- P** : lanjutkan intervensi. (1, 2, 3)

Tanggal 20 Agustus 2015 jam 08.00 wib

- S** : Klien mengatakan sedikit mengerti dengan tindakan kuretase.
- O** : Klien terlihat masih bingung namun tetap tegar, vital sign suhu 36°C, tekanan darah 110/80 mmHg, nadi 89x/menit, klien bersedia dilakukan tindakan kuretase.
- A** : Masalah teratasi sebagian.
- P** : Pertahankan intervensi.

