

# **LAMAPIRAN**

## Lampiran 1. Surat Kesiediaan Membimbing

### **SURAT KESEDIAAN MEMBIMBING**

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Ns.Tutik Rahayu,M.Kep,Sp.Kep.Mat

NIDN : 0624027403

Pekerjaan : Dosen

Menyatakan bersedia menjadi pembimbing Karya Tulis Ilmiah atas nama mahasiswa Prodi DIII Keperawatan FIK Unissula Semarang, sebagai berikut :

Nama : Denik Erlina

NIM : 48901700017

Judul KTI : Asuhan Keperawatan Pada Ny. V dengan Abortus Inkomplet Di Ruang Flamboyan Rumah Sakit Umum Daerah Ungaran

Demikian surat keterangan ini dibuat dengan sesungguhnya untuk dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Semarang, 12 Mei 2020

Pembimbing



Ns. Tutik Rahayu,M.Kep,Sp.Kep.Mat

NIDN. 062402740

## Lampiran 2. Surat Keterangan Konsultasi

### SURAT KETERANGAN KONSULTASI

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Ns.Tutik Rahayu,M.Kep,Sp.Kep.Mat

NIDN : 0624027403

Pekerjaan : Dosen

Menyatakan bersedia menjadi pembimbing Karya Tulis Ilmiah atas nama mahasiswa Prodi DIII Keperawatan FIK Unissula Semarang, sebagai berikut :

Nama : Denik Erlina

NIM : 48901700017

Judul KTI : Asuhan Keperawatan Pada Ny. V dengan Abortus Inkomplet Di Ruang Flamboyan Rumah Sakit Umum Daerah Ungaran

Menyatakan bahwa mahasiwa seperti yang disebutkan di atas benar-benar telah melakukan konsultasi pada pembimbing KTI mulai tanggal 2 Maret 2020 sampai dengan 10 Mei 2020 Bertempat di prodi DIII Keperawatan FIK Unissula Semarang.

Demikian surat keterangan ini dibuat dengan sesungguhnya untuk dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Semarang, 12 Mei 2020

Pembimbing



Ns.Tutik Rahayu,M.Kep. Sp. Kep.Mat




NIDN. . 0624027403



Lampiran 3 Lembar Konsultasi

**LEMBAR KONSULTASI  
BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH  
MAHASISWA PRODI DIII KEPERAWATAN  
FIK UNISSULA  
2020**

**NAMA MAHASISWA** : Denik Erlina  
**NIM** : 48901700017  
**JUDUL KTI** : Asuhan Keperawatan Pada Ny. V dengan Abortus  
Inkomplet Di Ruang Flamboyan Rumah Sakit Umum Daerah Ungaran

**PEMBIMBING** : Ns.Tutik Rahayu,M.Kep,Sp.Kep.Mat

HARI/ TANGGAL	MATERI KONSULTASI	SARAN PEMBIMBING	TTD PEMBIMBING
15 April 2020	Konsul Askep Maternitas dan KTI Bab 1	Revisi di Bab 1 pendahuluan	
1 Mei 2020	Konsul KTI Bab 1 – 5	Revisi Bab 2 konsep abortus , Di perbaiki di pembahasan , disusun dari diagnosa keperawatan, data tujuan sampai intervensi	
7 Mei 2020	Konsul KTI Bab 1 – 5	ACC	

6 Juni 2020	Konsul KTI BAB 1 – 5 selesai siding	Menambahkan Diagnosa Keperawatan	
2 September 2020	Konsul KTI Bab 3 sesudah sidang	ACC	



## I. Identitas

### a. Identitas klien:

Nama : Ny. V  
Alamat : Ungaran, Hlogopakis  
Umur : 19 tahun  
Pekerjaan : Karyawan swasta  
Agama : Islam  
Suku Bangsa : Indonesia  
Jenis Kelamin : Perempuan

### b. Identitas Penanggung Jawab:

Nama : Ny. A  
Umur : 20 Tahun  
Jenis Kelamin : Perempuan  
Pendidikan : SMA  
Pekerjaan : Karyawan Swasta  
Alamat : Ungaran  
Hubungan dengan pasien : Saktara. pasien

## II. Keluhan Utama

Pasien mengatakan datang dengan keluhan pendarahan.

## III. Riwayat Kesehatan Sekarang

Pasien mengatakan sakit perut, lemas, pusing  
Nyeri pada bagian perut.

## IV. Persepsi dan Harapan klien sehubungan dengan kehamilan.

1. Mengapa Ibu datang ke klinik?  
klien mengatakan awalnya klien datang ke bidan lalu bidan menyarankan langsung datang ke RSUD.
2. Apakah kehamilan ini menimbulkan perubahan terhadap kehidupan sehari-hari?  
klien mengatakan sering nyeri perut, lemas, pusing dan merasa gampang capek.
3. Harapan apa yang Ibu inginkan selama masa kehamilan  
klien mengatakan berharap Ibu dan anak sehat semua.
4. Ibu tinggal dengan siapa.  
klien mengatakan tinggal dengan neneknya.



5. Siapa orang terpenting bagi Ibu.

Klien mengatakan klien dekat dengan keponaannya.

6. Rencana Melahirkan dimana.

Klien mengatakan ingin melahirkan di RS.

7. Apakah Ibu Merencanakan untuk Menyusui Bayinya.

Klien mengatakan akan menyusui bayinya.

8. Apakah Ibu Sudah dimuntiasi

Klien mengatakan kalau klien tidak tau dan lupa.

9. Apa Ibu Memelihara kucing? Siapa yang membersihkan kotoran kucingnya?

Klien mengatakan klien memelihara kucing, tetapi jarang membersihkan kotorannya.

V Kebutuhan Dasar khusus.

1. kenyamanan istirahat tidur.

a. Ketidaknyamanan

\* Apakah terjadi gangguan kenyamanan sejak terjadinya kehamilan.

Klien mengatakan Iya, klien merasa lemas sejak kehamilan.

\* Apa yang Ibu lakukan untuk mengatasi ketidaknyamanan

Klien mengatakan biasanya di buat tidur-tiduran.

\* Apakah hilang dengan pengobatan.

Klien mengatakan datang ke Dokter.

\* Apa yang perawat lakukan untuk menghilangkan rasa nyeri

b. Istirahat-tidur

\* Adakah gangguan untuk istirahat-tidur selama kehamilan

Klien mengatakan Iya, istirahat tidur kurang. kadang tiba-tiba terbangun di tengah malam. Sebelum hamil klien tidur dari jam 9 21.00 malam sampai jam 05.00 kini sejak hamil klien tidur ~~tidak~~ ~~tebi~~ bertukang dari 9 jam.

c. Hygiene prenatal.

• Jelaskan cara mandi.

Klien mengatakan mandi 1 kali sehari biasanya.

• Cara membersihkan gigi klien mengatakan menggosok.



ix Hasil pemeriksaan  
Pemeriksaan Fisik (Head to Toe).

1. Kesadaran.  
Compos mentis.

2. Penampakan.  
klien tampak Lemah,  
BB Sebelum hamil : 48 kg  
BB Sekarang : 53 kg

3. Vital sign.

1. TTV

TD : 100/70 mmHg

Gcs : 15.

S : 36 °C

Turgor : Normal.

N : 98 x/menit

RR : 22 x/menit

SpO<sub>2</sub> : 99

4. Kepala & Leher

Bentuk kepala mesocephal, tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, rambut panjang sedikit bergelombang, berwarna hitam, bersih

5. Mata

Bentuk mata simetris, konjungtiva tidak anemis, tidak ikterik, dan respon cahaya normal.

6. Hidung

Bentuk Hidung simetris, tidak ada secret, tidak terdapat luka, klien tidak terpasang O<sub>2</sub>.

7. Telinga.

Bentuk telinga simetris, tidak ada serumen dan pendengaran normal.

8. Mulut dan tengorokan

tidak ada kesulitan dan gangguan dalam bicara, gigi bersih, warna putih sedikit kekuningan, tidak ada nyeri di bagian mulut,

tidak ada kesulitan mengunyah dan menelan  
tidak ada benjolan di leher,

9.

## 9. Dada.

Jantung: Inspeksi : ~~tidak terdapat~~ Ictus cordis tak nampak

Palpasi : tidak ada nyeri tekan.

perkusi : Suara pekak.

Auskultasi: tidak terdapat suara jantung tambahan.

Paru-paru: Inspeksi: Pengambaran dada kanan dan kiri Seimbang

tidak ada penggunaan otot bantu nafas

Palpasi: tidak ada nyeri tekan dan krepitas

perkusi: bunyi sonor

Auskultasi: Suara veskuler.

vesal  
Fremitus  
terakhir

## 10. ABDOMEN

Inspeksi : tidak terdapat lesi, tidak terdapat distensi abdomen

Palpasi : tidak ada nyeri tekan.

perkusi : Bunyi timpani

Auskultasi : Bising usus 7 kali/menit

## 11. Genitalia

Genitalia Bersih, tidak ada tanda-tanda infeksi, klien.  
tidak terpasang kateter.

## 12. Ekstremitas Atas dan bawah.

a. Kuku bersih, tidak panjang, turgor kulit normal

tidak ada edema di ekstremitas bawah maupun atas.

Kulit berwarna Sawo matang, bersih.

b. tidak ada gangguan dalam mobilitasi

tidak menggunakan alat bantu.

c. tangan kanan terpasang infus tidak ada infeksi

tidak ada nyeri tekan berlebihan dibagian tusukan infus

## 13. Kulit

a. Kulit berwarna Sawo Matang, tidak lembab.

turgor kulit normal, tidak ada edema, tidak ada luka



giginya 3 kali sehari

• Kulit Ibu terlihat Normal tidak kering.

## 2. Keselamatan.

### a. Pergerakan.

\* klien mengatakan kaki terasa Ngilu saat mau digerakan.

### b. Penglihatan.

\* klien mengatakan tidak ada gangguan penglihatan  
klien bisa membaca tulisan dengan jarak 5-10 meter

### c. Pendengaran

Tidak ada gangguan pendengaran.

## 3. Cairan

### a. Apakah ada perbedaan jumlah cairan yang diminum selama kehamilan.

klien mengatakan minum seperti biasanya, minum 1500 sehari

### b. klien mengatakan klien menyukai minum air putih dan minum coklat.

## 4. Nutrisi

### a. Gigi dan mulut.

\* keadaan gigi klien bersih, klien mengatakan tidak ada yang berlubang.

\* klien tidak menggunakan gigi palsu.

### b. Apakah yang Ibu ketahui tentang berat badan Ibu?

klien mengatakan sebelum hamil Berat badan 48 kg dan sejak hamil BB Naik menjadi 53 kg.

### c. Nafsu makan.

• Apakah kehamilan menimbulkan perubahan cara makan Ibu?

\* klien mengatakan tidak ada perubahan dalam makan.

\* makanan utama klien Nasi, sayuran.

\* klien mengatakan Ada pantangan makanan seperti ikan yang amis - Alergi

### d. Diet.

klien mengatakan tidak Melakukan Diet.





Pemeriksaan Penunjang

Tanggal pemeriksaan : 04-3-2020 12:53:17

Nama test	Hasil	Satuan	N. Rujukan	Metode
<b>Hematologi</b>				
Darah lengkap :				ECLIA
Hemoglobin	L 9.9	g/dl	11.7-15.5	Flowcytometri
Leukosit	H 27.36	$10^3/\mu\text{L}$	3.6-11	Flowcytometri
Trombosit	244	$10^3/\mu\text{L}$	154-386	Flowcytometri
Hematokrit	L 27.8	%	35-47	Flowcytometri
Eritrosit	L 3.39	$10^6/\mu\text{L}$	3.8-5.2	Flowcytometri
M C V	82.0	fL	80-100	
M C H	29.2	Pg	26-34	
M C H C	35.6	g/dL	32-36	
Hitung Jenis (diff)				ECLIA
Eosinofil	0.1	%	0-3	Flowytometri
Basofil	0.1	%	0-1	Flowytometri
Neutrofil	H 90.0	%	28-78	Flowytometri
Limfosit	L 4.1	%	25-40	Flowytometri
Monosit	5.7	%	2-8	Flowcytometri
Colongan Darah	0			Aglutinase
Rhesus faktor	positif			Aglutinase
<b>IMUNOLOGI</b>				
HBsAg kualitatif	Negatif		Negatif	Chromatogi apt

Terapi

Nifedipine 30 mg

- Obat yang digunakan untuk mengelola angina, tekanan darah tinggi, fenomena Raynaud, dan persalinan prematur. dapat digunakan untuk mengobati tekanan darah tinggi yang parah pada kehamilan.



Analisa Data

Dulu / syoklogis + nyeri

No. Ajal/Hari	Data	Problem	Etiologi
1. Rabu 4-2 2010	DS: klien mengatakan Nyeri 2 hari yang lalu dan keluar darah dari hari Sabtu. skala 6 DO: klien tampak cemas TD: 100/70 mmHg N: 98 x/menit RR: 22 x/menit S: 36 °C DJJ: 148 x/m. Puka	Nyeri Akut	Agen pencedera fisiologis
2.	DS: klien mengatakan keluar darah banyak. DO: klien tampak cemas. Pandaranan: ± 100 cc Cairan: 1500 TD: 100/70 mmHg N: 98 x/m RR: 22 x/menit S: 36 °C	Resiko Defisit Volume Cairan	Penurunan Intake Cairan dan pengeluaran darah.
3.	DS: klien mengatakan kurang mengetahui awalnya dikira Menstruasi. keluar darah dari hari Sabtu. DO: -	Defisit pengetahuan tentang (spesifikkan)	ketidaktahuan menemukan sumber informasi

### Diagnosa keperawatan

1. Nyeri Akut b.d Agen pencedera fisiologis
2. Risiko Defisit volume cairan b.d penurunan intake cairan dan pengeluaran darah.
3. Defisit pengetahuan tentang (spesifikkan) b.d Ketidaktahuan menemukan sumber informasi

### INTERVENSI

Tgl	DX	Tujuan dan KH	Intervensi
Rabu 4-03-20	1. Nyeri akut b.d Agen Pencedera Fisiologis	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 24 jam diharapkan Nyeri dapat berkurang dengan kriteria hasil : 1. klien mampu menerapkan teknik penurunan nyeri non farmakologis (Nafas dalam) 2. Nyeri berkurang menjadi skala 3 3 TTV Normal	- Monitor tanda-tanda Vital - Observasi Nyeri secara komprehensif - Anjurkan pasien melakukan tindakan yang membantu meredakan nyeri, misal: Tingkatkan penggunaan teknik tarik nafas dalam dan Miring kiri - Beri tahu pada klien tentang kemajuan.
	2. Risiko Defisit volume cairan b.d Penurunan intake cairan dan pengeluaran darah.	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 24 jam diharapkan keseimbangan cairan adekuat dengan kriteria Hasil : 1. pola intake adekuat 2. Tidak ada tanda-tanda dehidrasi 3. TTV Normal	- Monitor TTV - Monitor triadangan Cairan (darah, Keringat,). Inspeksi turgor kulit dan membrane mukosa terhidrat ketegangan. - Anjurkan minum sedikit tapi sering - memonitor keras lambungnya uterus. Setelah lepasnya plasenta



<p>3. Defisit Pengetahuan tentang (spesifikasikan) k.d. ketidak tahuan Menemukan Sumber Informasi</p>	<p>Setelah dilakukan Asuhan Keperawatan selama 24 jam kurang pengetahuan teratasi dengan kriteria Hasil :  1. pasien dapat bersikap kooperatif  2. pasien mampu mengikuti petugas kesehatan.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Berikan Pemahaman tentang proses persalinan</li> <li>- Berikan penguatan terhadap mekanisme coping positif dan bantu relaksasi</li> <li>- Mengajarkan klien untuk mengelan saat perut kencang</li> <li>- Monitor ITV</li> </ul>
---	--	--

# Implementasi

Tgl	Dx. keperawatan	Implementasi	Respon klien
4-3-20		1. Monitor tanda-tanda vital	DS: -
08.00	1		DO: klien tampak kooperatif. TD: 100/70 mmHg N: 80x/ment S: 36 °C RR: 22 x/menit
08.30	1	2. Anjurkan klien melakukan tindakan yang membantu meredamkan nyeri. Tingkatkan teknik tarik nafas dalam dan miring kiri	DS: klien mengatakan nyeri dan pendarahan sejak hari Sabtu. P: Nyeri adanya pendarahan E: Nyeri seperti ditusuk-tusuk. R: Nyeri terjadi di bagian perut S: Skala nyeri 5 T: Nyeri hilang timbul DO: klien tampak kooperatif mengikuti tarik nafas dalam.
09.00	2	1. Monitor TTV	DS: klien kooperatif DO: - TD: 100/70 mmHg N: 80x/ment S: 36 °C RR: 22 x/menit
10.00	2	2. Monitor kehilangan cairan	DS: klien menyatakan tidak mual dan tidak muntah. DO: TD: 100/70 mmHg N: 80x/ment RR: 22 x/menit

GELATIK



11.30	2	3. Anjurkan minum sedikit tapi sering	<p>Ds: klien mengatakan mengerti apa yang di ajarkan perawat.</p> <p>Do: klien tampak mengerti dan mengikuti</p>
12.00	3	1 Monitor TTV	<p>Ds: -</p> <p>Do:</p> <p>TD: 100 / 70 mmHg</p> <p>N: 80 x/menit</p> <p>S: 36 °C</p> <p>RR: 22 x/menit</p>
13.30	3	2 - Berikan pemahaman tentang proses persalinan.	<p>Ds: klien mengatakan mampu mendengarkan dan mengikuti tentang informasi persalinan dari perawat.</p> <p>Do: klien tampak mengerti apa yang di jelaskan oleh perawat.</p>
14.00	3	3. Berikan penguatan terhadap mekanisme coping positif dan bantu relaksasi	<p>Ds: klien mengatakan mau mendengarkan apa yang diberikan oleh perawat</p> <p>Do: klien tampak mengikuti <del>dan</del> tentang coping positif dan relaksasi</p>



14.30	3	4. Mengajarkan klien untuk mengejan saat perut kencang	<p>Ds: klien menga takan sakit pada bagian perut, jalan lahir</p> <p>Do: klien tampak cemas, dan paham apa yang di ajarkan oleh perawat.</p>
Kamis 4/03 2020	1	1. Monitor TV	<p>Ds: -</p> <p>Do: TD: 100/80 mmHg N: 82 x/menit S: 36 °C RR: 22 x/menit</p>
08.30			
09.00	1.	2. Anjurkan klien melakukan tindakan tarik napas dalam	<p>Ds: klien mengat akan nyeri dan pendarahan</p> <p>P: Nyeri adanya pendarahan.</p> <p>Q: Nyeri seperti ditusuk-tusuk</p> <p>R: Nyeri terjadi dibagian perut</p> <p>S: Skala Nyeri 4</p> <p>T: Nyeri hilang timbul</p> <p>Do: klien tampak kooperatif mengi kuti tarik nafas dalam dan relaksasi</p>

10.00	1	3. Beritahu klien tentang kemajuan	<p>DS: klien mengatakan mengerti tentang kemajuan Nyeri</p> <p>DO: klien tampak kooperatif dan mengerti</p>
10.30	2	1- Monitor TTV	<p>DS:</p> <p>DO:</p> <p>TD: 100/80 mmhg</p> <p>N: 82 x/menit</p> <p>RR: 22 x/menit</p> <p>S: 36 °C</p>
11.00	2	2. Monitor - kehilangan cairan	<p>DS: klien mengat akan lemas, terasa capek dan tidak muat dan tidak muntah</p> <p>DO:</p> <p>TD: 100/80 mmhg</p> <p>N: 82 x/menit</p> <p>S: 36 °C</p> <p>RR: 22 x/menit</p>
12.00	2	3. Anjurkan Minum sedikit tetapi sering	<p>DS: klien mengatakan mengerti apa yang diajarkan perawat.</p> <p>DO: klien tampak mengerti dan mengikuti</p>



13.00	3	1. Monitor TTV	Ds: - Do: TD: 100/80 mmHg N: 82 x/menit RR: 22 x/menit S: 36 °C
14.00	3.	2. Berikan penguatan terhadap mekanisme coping positif dan bantu relaksasi	Ds: klien mengatakan mau mendengarkan dan mengikuti apa yang di anjurkan perawat. Do: klien tampak kooperatif.
Jumat 6-3 2020	1,2,3	Monitor TTV	Ds: klien kooperatif
07.30			Do: TD: 100/70 mmHg N: 82 x/menit RR: 22 x/menit S: 36 °C
08.00	1	Anjurkan klien melakukan tindakan tarik nafas dalam dan Relaksasi	Ds: klien mengatakan Nyeri dan pendarahan <del>P</del> P: Nyeri adanya pendarahan S: Nyeri seperti ditusuk-tusuk R: Nyeri dibagian Perut. S: skala Nyeri 3 T: Nyeri hilang timbul

			Do: klien tampak kooperatif dan melakukan teknik napas dalam.
08.30	2.	Monitor kehilangan cairan	<p>Ds: klien mengatakan tidak mual tidak muntah.</p> <p>Do:</p> <p>TD: 100/80 mmHg</p> <p>N: 82 x/menit</p> <p>S: 36 °C</p> <p>RR: 22 x/menit</p>
09.00	3	Berikan pemahaman tentang proses persalinan	<p>Ds: klien mengatakan sudah mengerti tentang informasi persalinan</p> <p>Do: klien tampak mengerti dan paham yang sudah di berikan oleh perawat.</p>

## EVALUASI

Jam	Diagnosa keperawatan	Evaluasi
9-3-20 10.00	Nyeri Akut b.d Agen Pencendera Fisiologis.	<p>S: klien mengatakan Nyeri pada jalan lahir dan pendarahan sejak hari Sabtu.</p> <p>CP: Nyeri adanya perbatasan</p> <p>Q: Nyeri seperti ditusuk-tusuk</p> <p>R: Nyeri terjadi di bagian perut.</p> <p>S: skala Nyeri 5</p> <p>T: Nyeri hilang timbul</p> <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi 1, 2, 3</p>
10.35	Risiko Defisit volume cairan b.d penurunan intake cairan dan pengeluaran darah.	<p>S: klien mengatakan tidak makan, tidak minum.</p> <p>O: klien tampak cemas, lemas</p> <p>TD: 100/70 mmHg</p> <p>N: 80 x/menit</p> <p>S: 36 °C</p> <p>RR: 22 x/menit</p> <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi - Anjurkan minum sedikit tapi sering.</p>
11.30	Defisit pengetahuan tentang (spesifik) b.d ketidak-tahuan menemukan sumber informasi	<p>S: klien lebih merasa lega. klien mengatakan akan mematuhi perintah agar lancar dan selamat</p>



		<p>O: Klien terlihat lebih tenang</p> <p>A: Masalah teratasi sebagian</p> <p>P: Dampingi klien.</p>
5-3-20	Nyeri akut b.d Agen Pencedera Fisiologis	<p>S: klien mengatakan Nyeri pada Jalan lahir dan perdarahan</p> <p>O: .</p> <p>P: Nyeri adanya perdarahan</p> <p>Q: Nyeri seperti ditusuk-tusuk</p> <p>R: Nyeri terjadi di bagian Perut</p> <p>S: skala Nyeri 3</p> <p>T: Nyeri hilang timbul</p> <p>A: Masalah teratasi sebagian.</p> <p>P: lanjutkan intervensi</p>
11.00		
12.00	Resiko Defisit volume cairan b.d penurunan intake cairan dan pengeluaran darah.	<p>S: klien mengatakan tidak makan, tidak muntah</p> <p>O: Klien lebih rileks</p> <p>TD: 100 / 20 mmHg</p> <p>N: 82 x / menit</p> <p>RR: 22 x / menit</p> <p>S: 36 °C</p> <p>A: Masalah teratasi sebagian</p> <p>P: hentikan intervensi</p>
14.00	Defisit pengetahuan tentang (spesifikkan) b.d ketidak-tahuan menemukan sumber informasi	<p>S: klien mengatakan sudah lega</p> <p>O: klien tampak lebih tenang, rileks.</p> <p>A: Masalah teratasi</p> <p>P: Hentikan intervensi</p>