

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. R DENGAN  
ABORTUS INKOMPLIT DI RUANG BAITUNNISA 2  
RUMAH SAKIT ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG**

Karya Tulis Ilmiah

diajukan sebagai salah satu persyaratan untuk  
memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan



Disusun Oleh :

**NILA**

NIM. 40901800069

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN  
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG  
SEMARANG**

**2021**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. R DENGAN  
ABORTUS INKOMPLIT DI RUANG BAITUNNISA 2  
RUMAH SAKIT ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG**

Karya Tulis Ilmiah



Disusun Oleh :

**NILA**

NIM. 40901800069

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN**

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN**

**UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG**

**SEMARANG**

**2021**

## SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

Saya yang bertanda tangan dibawah ini dengan sebenarnya mengatakan bahwa karya tulis ilmiah ini saya susun tanpa tindakan plagiarisme sesuai dengan ketentuan yang berlaku di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung. Jika kemudian hari saya melakukan tindakan plagiarisme, saya bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Universitas Islam Sultan Agung Semarang.

Semarang, 10 Juni 2021



## HALAMAN PERSETUJUAN

**Karya Tulis Ilmiah Berjudul :**

**Asuhan Keperawatan pada Ny. R dengan Abortus Inkomplit  
di Ruang Baitunnisa 2 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang.**

**Di susun Oleh :**

**Nama : Nila**

**Nim : 40901800069**

Telah disetujui untuk dipertahankan dihadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah  
Prodi  
DIII Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang  
pada:

Hari : Jum'at

Tanggal : 28 Mei 2021

Pembimbing



(Ns. Apriliani Yulianti W, M.Kep, Sp.Kep.Mat)

NIDN.06-1804-8901

## HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah ini telah dipertahankan dihadapan penguji Karya Tulis Ilmiah Prodi DIII Keperawatan FIK Unissulapadahari Kamis, Tanggal 10 Juni 2021 dan telah diperbaiki sesuai dengan masukan Tim penguji.

Semarang, 10 juni 2021

Penguji I

Ns. Hernandia Distinarista, M. Kep.

NIDN.06-0209-8503



(.....)

Penguji II

Ns. Tutik Rahayu, M. Kep.

Sp. Kep. Mat NIDN.06-2402-7403



(.....)

Penguji III

Ns. Apriliani Yulianti W, M. Kep.

Sp. Kep. Mat NIDN.06-1804-8901



(.....)

Mengetahui,

Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan



Iwan Ardian, SKM., M. Kep.

NIDN.062.208.7403

## MOTTO HIDUP

*Man jadda wa Jada*

“Barang siapa yang bersungguh- sungguh, maka dia akan mendapatkannya”

*Inna Ma'al 'Usri Yusra*

“Sesungguhnya, sesudah kesulitan itu ada kemudahan.”

“Jawaban dari sebuah keberhasilan adalah terus belajar dan tak kenal putus asa”.



## KATA PENGANTAR

*Assalamu'alaikum Wr.Wb.*

*Alhamdulillahirobbil 'alamin*, puji syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT karena atas berkat, rahmat dan karunia-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan pada Ny.R dengan Abortus Inkomplit di Ruang Baitunnisa 2 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang”. Karya Tulis Ilmiah ini disusun sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan program pendidikan ahli madya di Program Studi DIII Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.

Penyelesaian Karya Tulis Ilmiah ini tidak lepas dari bantuan, bimbingan dan arahan dari semua pihak secara langsung maupun tidak langsung. Oleh karena itu, pada kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih kepada :

1. Bapak Drs. H. Bedjo Santoso, MT., Ph.D, selaku Rektor Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
2. Bapak Iwan Ardian, SK.M, M.Kep, selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
3. Bapak Ns. Muh. Abdurrouf, M.Kep, selaku Ketua Program Studi Diploma III Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
4. Ibu Ns. Apriliani Y. W. M.Kep, Sp.Kep.Mat, selaku pembimbing Karya Tulis Ilmiah yang sudah sabar meluangkan waktu dan tenaganya serta memberi motivasi dan ilmu yang bermanfaat kepada penulis dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah.
5. Seluruh Dosen Pengajar dan Staff Karyawan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang yang telah memberikan bantuan kepada penulis saat penulis menempuh studi.
6. Kepala Ruang dan seluruh perawat diruang Baitunissa 2 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang yang telah mengizinkan penulis untuk mengambil kasus diruang tersebut.

7. Kepada Orangtua saya Bapak Nardi dan Ibu Sutami yang tidak pernah lelah memberi motivasi, dukungan, semangat, perhatian, dan kasih sayang serta mendoakan penulis sehingga dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini dengan baik.
8. Kepada rekan-rekan satu kelompok dosen bimbingan Nabila, Naelin, Rosita dan Rini yang selama ini membantu penulis dan senantiasa bertukar pikiran agar Karya Tulis Ilmiah ini terselesaikan tepat waktu.
9. Kepada Kakak Siti Marfu'ah, Muhammad Samsul rijal, Melati yang sudah menemani serta berjuang bersama hingga saat ini, yang mendengarkan keluh kesah penulis selama ini serta memberi dukungan sehingga Karya Tulis Ilmiah ini dapat terselesaikan dengan baik.
10. Kepada teman-teman prodi D-III Keperawatan angkatan 2018 dan semua pihak yang telah banyak membantu, memberi semangat dan motivasi dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini.

Penulis menyadari bahwa penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini masih banyak kekurangan dan jauh dari kata sempurna. Maka dengan kerendahan hati penulis mengharapkan kritik dan saran dari semua pihak demi kesempurnaan Karya Tulis Ilmiah ini. Harapan penulis semoga Karya Tulis Ilmiah ini dapat bermanfaat bagi kita semua

*Wassalamu;alaikum wr.wb*

Semarang, 28 Mei 2021



( Nila )



## DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL .....	i
SURATPERNYATAANBEBASPLAGIARISME	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
HALAMAN PERSETUJUAN .....	iv
HALAMANPENGESAHAN .....	v
MOTTO HIDUP.....	vi
KATA PENGANTAR .....	vii
DAFTAR ISI .....	ix
DAFTAR GAMBAR.....	xi
BAB 1 PENDAHULUAN .....	1
A. Latar Belakang .....	1
B. Tujuan Penulisan.....	3
1. Tujuan Umum.....	3
2. Tujuan Khusus .....	3
C. Manfaat Penulisan.....	3
1. Bagi Institusi Pendidikan .....	3
2. Bagi Instansi Kesehatan .....	3
3. Bagi Masyarakat .....	4
BAB II KONSEP DASAR .....	5
A. Konsep Dasar Abortus Inkomplit .....	5
1. Pengertian.....	5
2. Etiologi.....	5
3. Komplikasi .....	6
4. Pathways.....	8

5. Tujuan asuhan keperawatan abortus inkomplit .....	9
6. Adaptasi fisiologis dan psikologis .....	9
B. Konsep Asuhan Keperawatan Abortus Inkomplit .....	11
1. Pengkajian Keperawatan .....	11
2. Diagnosa dan Fokus Intervensi Keperawatan .....	14
<b>BAB III RESUME ASUHAN KEPERAWATAN.....</b>	<b>17</b>
A. Pengkajian Keperawatan .....	17
B. Analisa Data.....	20
C. Planning / Intervensi Keperawatan .....	21
D. Implementasi Keperawatan .....	22
E. Evaluasi .....	26
<b>BAB IV PEMBAHASAN.....</b>	<b>29</b>
A. Pengkajian.....	29
B. Diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi dan Evaluasi .....	29
1. Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisik .....	29
2. Ansietas berhubungan dengan krisis situasional .....	32
3. Risiko perdarahan di buktikan dengan komplikasi kehamilan.....	35
<b>BAB V PENUTUP.....</b>	<b>39</b>
A. Simpulan.....	39
B. Saran.....	40
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>41</b>
<b>LAMPIRAN .....</b>	<b>43</b>

## DAFTAR GAMBAR

**Gambar 2.1** Pathways abortus inkomplit..... 8



# BAB 1

## PENDAHULUAN

### A. Latar Belakang

Pada era saat ini kesehatan merupakan masalah penting bagi masyarakat, terutama bagi seorang wanita. Dalam kesehatan reproduksi, wanita harus lebih diutamakan karena wanita merupakan makhluk yang unik. Hamil dan melahirkan merupakan siklus kehidupan dari seorang wanita, salah satu komplikasi yang terjadi pada kehamilan, yaitu perdarahan, kejadian perdarahan sangat rentan ketika masih hamil muda (Trimester 1) yang sering dikaitkan dengan abortus. Dampak dari abortus yaitu menyebabkan kesakitan bahkan kematian yang dihadapi oleh ibu. Berdasarkan data dari Survey Demografi dan Kesehatan Ibu (SDKI, 2012), (Angka Kematian Ibu) AKI yang berkaitan dengan kehamilan, persalinan dan nifas sebesar 359 per 100.000 kelahiran hidup. Angka Kematian Ibu (AKI) di Provinsi Jawa Tengah pada tahun (2014) sebesar 111,16 per100.000, sedangkan Angka Kematian Ibu di Kabupaten Semarang pada tahun (2015) sebesar 120,34 per 100.000 kelahiran hidup (Di et al., 2017)

Penyebab dari kematian, yaitu perdarahan dari komplikasi yang disebabkan oleh keguguran(Maliana, 2016). Keguguran atau abortus yaitu berakhirnya kehamilan baik spontan ataupun disengaja, abortus terjadi sebelum 20 minggu pada hari pertama haid terakhir. Adapun definisi lainnya, yaitu kelahiran janin-neonatus yang kurang dari 500 gram. Namun berbagai negara memiliki aturan ataupun undang-undang yang berbeda-beda untuk melaporkan keguguran,kematian janin, dan juga kematian bayi(Çelik et al., 2018).Salah satu jenis abortus yaitu abortus inkomplit yang terjadi ketika sebagian hasil konsepsi telah keluar sebelum 20 minggu dan masih ada yang tertinggal dalam uterus (Pitriani, 2013).

Menurut *World Health Organization* (WHO) tahun 2014 berkembang. dalam jangka waktu satu tahun telah terjadi kejadian abortus sebanyak 4,2 juta pertahun di Asia Tenggara termasuk Indonesia. Di Indonesia sebanyak

10% sampai dengan 15% telah terjadi abortus spontan dari seluruh kehamilan. Sekitar 750.000 sampai dengan 1,5 juta telah terjadi abortus provokatus disetiap tahunnya(Heryanti, 2018).

Berdasarkan data dari Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang tahun (2013) menyatakan bahwa kejadian abortus Inkompletus sebanyak 23 orang dengan usia kurang dari 20 tahun atau lebih dari 35 tahun sejumlah 14 orang. Selain terjadi pada usia kurang dari 20 tahun atau lebih dari 35 tahun, abortus inkomplit juga terjadi pada multigravida sejumlah 23 orang dan ibu yang bekerja sejumlah 11 orang (Amalia & Sayono, 2015). Sedangkan berdasarkan data dari Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang pada 3 bulan terakhir, yaitu bulan Desember (2020) – Februari (2021) menyatakan bahwa kejadian abortus inkomplit sebanyak 17 Orang. Kejadian abortus mengakibatkan beberapa dampak,yaitu dampak fisik dan dampak psikologis. Dampak fisik meliputi perdarahan pervaginam, nyeri abdomen, kontraksi uterus,mungkin terjadi ketuban pecah sampai dengan keluarnya sebagian atau seluruh hasil konsepsi,sementara dampak psikologis yang muncul pada abortus inkomplit yaitu kekhawatiran atau kecemasan. Beberapa cara untuk mengatasi kejadian abortus inkomplit dapat dilakukan dengan cara teknik non farmakologis,misalnya manajemen nyeri, reduksi ansietas dan terapi relaksasi. Manajemen nyeri dapat dilakukan dengan cara tarik napas dalam, reduksi ansietas dan terapi relaksasi dilakukan dengan cara pengalihan perhatian(Anitasari, 2014).

Berdasarkan data dari Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang pada 3 bulan terakhir, yaitu bulan Desember (2020) – Februari (2021) menyatakan bahwa kejadian abortus inkomplit sebanyak 17 Orang.Peranperawatsangat penting dalam memberikan asuhan keperawatan kepada pasien dengan abortus inkomplit sesuai dengan kebutuhan. Berdasarkan hal tersebut maka penulis tertarik untuk mengambil topik karya tulis ilmiah (KTI) dengan judul “Asuhan Keperawatan pada Ny. R dengan Abortus Inkomplit di Ruang Baitunnisa 2 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang”.

## **B. Tujuan Penulisan**

### **1. Tujuan Umum**

Memberikan gambaran “Asuhan Keperawatan pada Ny. R dengan Abortus Inkomplit di Ruang Baitunnisa 2 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang”.

### **2. Tujuan Khusus**

- a. Melakukan pengkajian keperawatan pada Ny. R dengan abortus inkomplit di Ruang Baitunnisa 2 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang.
- b. Menegakkan prioritas masalah dan diagnosa keperawatan pada Ny.R dengan abortus inkomplit di Ruang Baitunnisa 2 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang
- c. Menentukan intervensi keperawatan pada Ny.R dengan abortus inkomplit di Ruang Baitunnisa 2 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang
- d. Melakukan implementasi keperawatan pada Ny. R dengan abortus inkomplit di Ruang Baitunnisa 2 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang.
- e. Melakukan evaluasi keperawatan yang telah dilakukan pada Ny. R dengan abortus inkomplit di Ruang Baitunnisa 2 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang.

## **C. Manfaat Penulisan**

### **1. Bagi Institusi Pendidikan**

Hasil karya ilmiah ini diharapkan bisa menambah referensi bagi departemen keperawatan maternitas tentang gambaran Asuhan Keperawatan pada pasien dengan abortus inkomplit.

### **2. Bagi Instansi Kesehatan**

Hasil karya ilmiah ini digunakan untuk meningkatkan keterampilan dalam memberikan asuhan keperawatan dengan abortus inkomplit dan

diharapkan bisa digunakan untuk menambah pengetahuan dan mutu pelayanan optimal tentang asuhan keperawatan tentang abortus inkomplit

### **3. Bagi Masyarakat**

Hasil karya ilmiah ini diharapkan dapat menambah pengetahuan masyarakat tentang abortus inkomplit.



## **BAB II**

### **KONSEP DASAR**

#### **A. Konsep Dasar Abortus Inkomplit**

##### **1. Pengertian**

Abortus atau yang sering dikenal dengan keguguran merupakan kematian janin dalam kandungan pada kehamilan yang usianya kurang dari 20 minggu atau berat janin kurang dari 500 gram, sedangkan menurut WHO/FIGO, abortus adalah usia kehamilan yang kurang dari 22 minggu berat janin tidak diketahui, salah satu abortus yang sering terjadi adalah abortus inkomplit. Abortus inkomplit merupakan Pengeluaran sebagian hasil konsepsi sebelum 20 minggu dengan masih ada sisa yang tertinggal di dalam uterus. Biasanya perdarahan yang terjadi pada abortus inkomplit ini banyak sekali disertai dengan kontraksi, kanalis servikalis dan tidak berhenti sebelum dilakukan tindakan kuretase untuk mengeluarkan hasil konsepsi (Sari & Prabowo, 2018).

Abortus Inkomplit adalah salah satu jenis keguguran yang ditandai dengan pengeluaran sebagian hasil konsepsi pada kehamilan sebelum usia 20 minggu dengan masih ada sisa yang tertinggal di dalam uterus (Ekasari & Natalia, 2019).

##### **2. Etiologi**

Menurut buku Protokol for High-Risk Pregnancies yang ditulis John T. Queenan, MD., pasien dengan abortus 50% tidak diketahui penyebabnya. Faktor-faktor yang menyebabkan abortus inkomplit (Duhita, 2014)

###### **a. Faktor fetal**

Keguguran pada hamil muda disebabkan abnormalitas zigot, atau plasenta. Selain itu abnormalitas pada kromosom, abnormalitas kromosom diturunkan dari gen kedua orang tuanya. Sekitar 95 % dari kelainan kromosom disebabkan oleh kegagalan gametogenesis. Autosomal trisomi adalah kelainan kromosom yang paling sering



ditemukan pada abortus trimester awal. Adanya riwayat abortus sebelumnya akan meningkatkan risiko fetalaneuploidy dari 1 % menjadi 2%. Kelainan monosomy X akan menyebabkan sindrom Turner, dimana biasanya mengalami keguguran dan kemungkinan kecil janin tidak akan bertahan sampai TM 3. Triploid sering dihubungkan dengan Mola Hidatidosa parsial. Janin dengan jumlah kromosom normal (Euploidy) (46 XY / XX) cenderung lebih lama daripada janin dengan Aneuploidy.

b. Faktor imunologi

Hubungan ibu dan janin bisa hancur oleh sel natural killer yang diaktivasi oleh kekebalan yang dibuat oleh sistem imun termasuk masalah hormon dan hiperkoagulabilitas darah yang disebabkan oleh peningkatan antibodi antikardiolipin yang mempunyai peran dalam merangsang keguguran. Faktor lainnya disebabkan karena rokok, obat-obatan, stres, diet, faktor lingkungan, dan infeksi.

c. Faktor Ibu

Faktor ibu yang dapat menyebabkan keguguran yaitu ibu yang mempunyai penyakit mendadak misalnya radang paru-paru, tipus perut, radang ginjal, malaria. Selain itu toksin, bakteri dan virus juga dapat menyebabkan kematian janin melalui plasenta.

### 3. Komplikasi

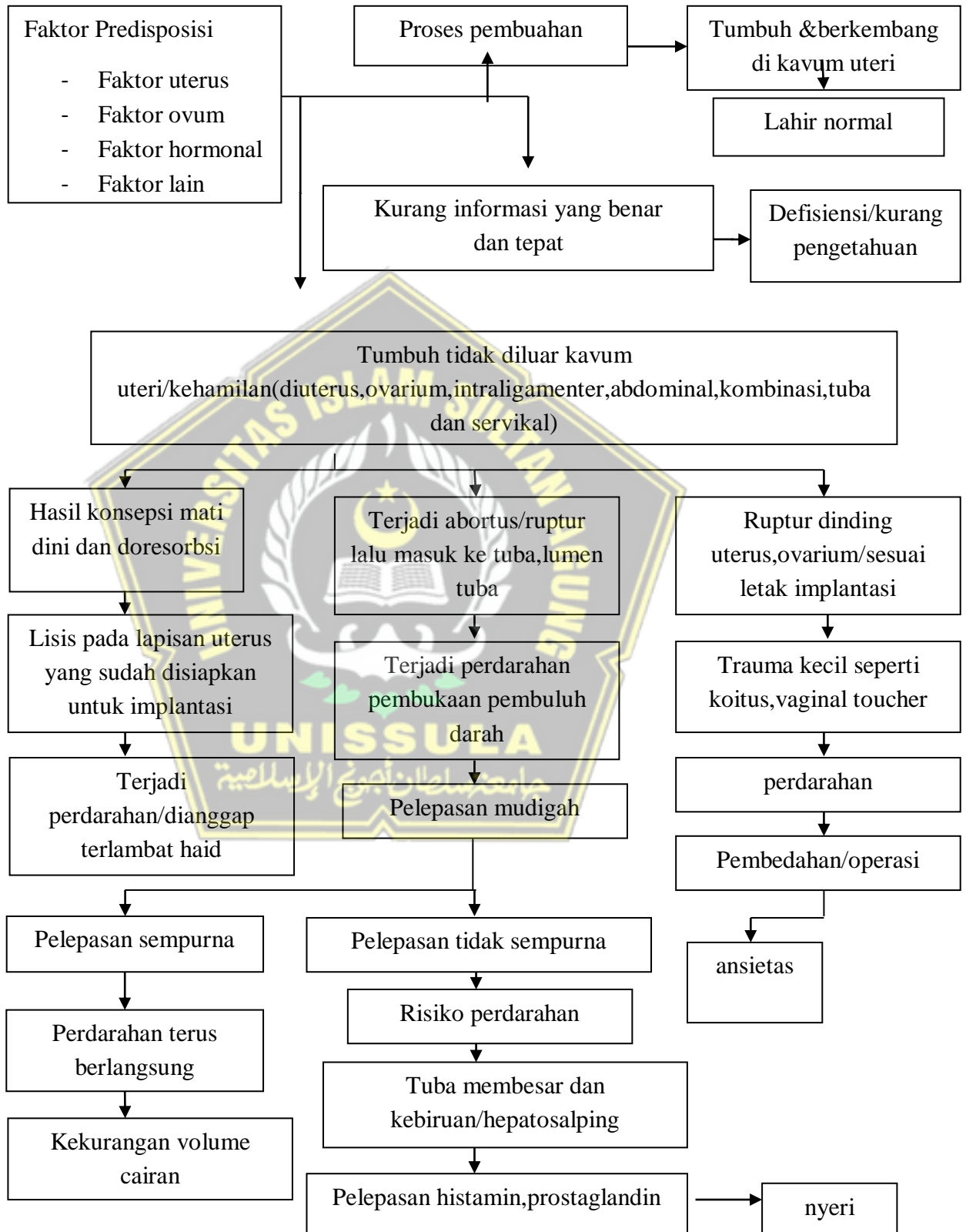
Komplikasi akibat abortus inkomplit antara lain : Perdarahan, Perforasi, syok, infeksi sampai dengan kematian. Perdarahan bisa dihentikan dengan cara melakukan tindakan kuret, yang tujuan untuk membersihkan jaringan yang tersisa di uterus. kemudian perforasi dapat terjadi terutama pada uterus dalam posisi hiperretrofleksi. saat terjadi perforasi laparotomi segera dilakukan untuk menentukan luasnya perlukaan yang terjadi. Selain itu infeksi genitalia eksterna yaitu staphylococci, sedangkan pada vagina ada lactobacili. Selain itu komplikasi dapat terjadi kematian, kematian ibu sekitar 60 hingga 70 %

disebabkan oleh perdarahan, abortus berkontribusi terhadap kematian sekitar 15 % (Leveno, 2016)



#### 4. Pathways

Pathways abortus inkomplit :



**Gambar 2.1** Pathways abortus inkomplit (Sumber : (Nurarif & Kusuma, 2013))

## 5. Tujuan asuhan keperawatan abortus inkomplit

Menurut (Anitasari, 2014) tujuan asuhan keperawatan pada kasus abortus inkomplit yaitu membantu ibu hamil dan keluarga melalui beberapa aspek, yaitu aspek fisik, psikologis, sosial, spiritual dan kultural sehingga dalam menghadapi masalah komplikasi kehamilan dapat teratasi secara holistik. Tujuan asuhan keperawatan ini untuk memberikan pemenuhan kebutuhan ibu yang mengalami keguguran agar tetap stabil baik dari segi fisik, psikis, dan mencegah komplikasi lebih lanjut yang membahayakan nyawa ibu. Selain itu mencegah terjadinya syok hipovolemik dan melakukan tindakan kuretase. Terkait dengan psikologis pasien abortus inkomplit, asuhan keperawatan bertujuan mengurangi kecemasan yang dialami, jika memungkinkan melibatkan keluarga untuk memberikan dukungan atau motivasi terhadap fase sebelum dilakukannya tindakan kuretase.

## 6. Adaptasi fisiologis dan psikologis

Adapun adaptasi fisiologis pada sistem reproduksi dan struktur terkait, antara lain:

### a. Uterus

Kehamilan yang usia kurang dari 3 bulan, maka tinggi fundus uteri diukur dengan jari belum dapat diraba dari luar. Jika palpasi kontraksi uterus teraba bulat dan keras artinya kontraksi uterus kuat dan baik, sedangkan teraba lunak maka kontraksi uterus lemah dan lembek. After pain, perut terasa mulas dan nyeri abdomen pada hari 1-3.

### b. Lochea

- 1) Rubra: 1-2 hari PP, darah, sel desidua, sel trofoblastik
- 2) Serosa: 3-4 hari, darah lama, serum, leukosit, sisa jaringan, darah menyembur, dan warna merah muda atau coklat
- 3) Sanguolenta : antara 5-9 hari, warna coklat sampai kuning
- 4) Alba : 10 hari ke atas, berisi leukosit, sel epitel, mukoservik dan bakteri/ kuman.

5) Purulenta : cairan seperti nanah dan berbau busuk.

Lochea pada abortus inkomplit darah yang keluar berwarna merah muda disertai lendir, konsistensi cair dan menggumpal baunya seperti darah menstruasi dan anyir.

c. Serviks

Seperti corong karena korpus uteri berkontraksi dan serviks tidak ada, seolah ada perbatasan antara korpus- serviks: terbentuk semacam cincin. Warna serviks merah kehitaman karena penuh dengan pembuluh darah.

d. Vagina dan perineum

Estrogen yang menurun berperan dalam penipisan mukosa vagina dan hilangnya rugae, Dispareunia sampai fungsi ovarium kembali normal.

e. Sistem Kardiovaskuler

Selama kehamilan secara normal volume darah untuk mengakomodasi penambahan aliran darah untuk mengakomodasi penambahan aliran darah yang diperlukan oleh plasenta dan pembuluh darah uterus. Volume darah yang keluar pada abortus kurang lebihnya 100cc/ per hari. Jika setelah postpartum hubungan shunt akan hilang dengan tiba-tiba, volume darah ibu relatif bertambah, sehingga beban kerja jantung hemokonsentrasi.

f. Sistem integumen

Suhu meningkat sampai 38 derajat, karena dehidrasi yang disebabkan darah yang keluar dari jalan lahir dan nyeri abdomen.

g. Sistem pencernaan

Dapat terjadi gangguan defekasi konstipasi karena penurunan tekanan otot abdomen, kurangnya cairan dan rasa takut nyeri yang dirasakan. (Rahayu, 2016)

Adapun adaptasi psikologis yang terjadi yaitu pada awal kehamilan wanita kadang merasa senang dan sedih. Biasanya dipengaruhi oleh mual, rasa lelah dan sering kencing. Perubahan itu sering menampilkan episode dengan penuh air mata dan sangat peka. Pada kehamilan sering terjadi kecemasan yang menyebabkan rasa tidak nyaman dari hamil sampai melahirkan. Reaksi psikologis dan emosional yang terjadi pada kehamilan yaitu ditunjukkan adanya kecemasan, ketakutan dan kepanikan karena kurang terpapar informasi. Selain itu juga terdapat kesedihan dan berduka, kesedihan dan berduka disebabkan perubahan psikologis dalam tubuh seseorang terutama wanita. Seorang wanita atau calon ibu akan lebih beresiko mengalami kesedihan atau kemurungan, karena ia muda mempunyai masalah kehilangan janin yang dikandungnya. Kemurungan atau kesedihan ini merupakan hal yang wajar, dan bahwa perasaan-perasaan ini akan hilang sendiri seiring berjalannya waktu (Apriza, et al., 2020)

## **B. Konsep Asuhan Keperawatan Abortus Inkomplit**

### **1. Pengkajian Keperawatan**

#### a. Identitas klien

Identitas ini meliputi : nama, umur, agama, suku, pendidikan, pekerjaan, alamat.

#### b. Data subjektif

Data subjektif adalah data yang didapat dari pasien sebagai suatu pendapat terhadap suatu situasi data klien. Data tersebut tidak dapat ditentukan oleh petugas kesehatan secara independen tapi melalui suatu interaksi atau komunikasi secara langsung dengan klien.

#### c. Alasan masuk Rumah Sakit

Untuk mengetahui alasan yang membuat pasien datang yang berhubungan dengan abortus inkomplit. Keluhan utama untuk

mengetahui masalah yang sedang dihadapi berkaitan dengan masa kehamilan, misalnya ada pengeluaran darah dari jalan lahir, pada kasus abortus biasa terjadi pengeluaran darah dari jalan lahir, badan terasa lemas, nyeri perut dan penglihatan kunang-kunang.

d. Riwayat penyakit sekarang

Ada tidaknya riwayat penyakit yang diderita sekarang

e. Riwayat penyakit dahulu

Untuk mengetahui kemungkinan adanya riwayat atau penyakit akut, dan kronis seperti jantung, DM, hipertensi, asma yang dapat mempengaruhi pada masa nifas ini.

f. Riwayat penyakit keluarga

Untuk mengetahui apakah keluarga ada yang menderita penyakit seperti asma, hepatitis, diabetes melitus serta penyakit menular seperti TBC dan hepatitis.

g. Riwayat menstruasi

Meliputi : haid pertama, siklus haid, lamanya haid, jumlah darah yang keluar, pernahkah mengalami nyeri haid.

h. Riwayat pernikahan

Untuk mengetahui status pernikahan, lamanya pernikahan, menikah atau tidak menikah, berapa kali perkawinan dan berapa jumlah anak yang dilahirkan.

i. Riwayat KB

Kaji apakah pasien pernah mengikuti KB kontrasepsi, jenis kontrasepsi, berapa lama pemakaian, rencana KB setelah kuret dan kontrasepsi apa yang digunakan.

j. Riwayat kehamilan sekarang

Untuk mengetahui selama masa kehamilan, apakah ibu terdapat penyakit, dan upaya yang dilakukan untuk mengatasi penyakit tersebut.

k. Pemeriksaan fisik (Head to Toe)

1) Status generalis

- a) Keadaan umum : Setelah dilakukan kuret biasanya hasil yang didapatkan sedang. Adapun tanda-tanda dari post kuret yaitu adanya nyeri, dan lemas.
- b) Kesadaran : komposmentis, apatis, somnolen, atau koma.

2) *Vital Sign*

- a) Tekanan darah, dilakukan pemeriksaan tekanan darah, sistolik 90-130mmHg dan diastolik 70-90mmHg, tekanan darah pada abortus normal atau menurun.
- b) Suhu tubuh, normalnya 36,5°-37,5°C.
- c) Nadi, untuk mengetahui denyut nadi pasien dilakukan pemeriksaan, normal nadi 60-100 x/ menit. Pada pasien yang mengalami keguguran biasanya denyut nadi normal, cepat dan lambat. (Irianti, 2014)
- d) Respirasi Rate, periksa frekuensi pernafasan yang dihitung dalam menit, normalnya 16-24 x/ menit. Pada kasus abortus biasanya didapatkan hasil pernafasan lebih lambat.

3) Tinggi Badan

Bila badan kurang dari 145 cm perlu diwaspadai kemungkinan ibu mempunyai panggul yang sempit.

4) Lingkar Lengan Atas

Normal LILA pada ibu hamil 2,35cm, jika kurang dari 2,35cm maka dianggap status gizi kurang.

5) Pemeriksaan kepala

Pemeriksaan kepala meliputi mata, hidung, mulut dan gigi, leher, rambut

6) Pemeriksaan dada

Ada tidaknya nyeri dada, pergerakan pernafasan, payudara membesar, areola ukuran lebih luas.

7) Pemeriksaan abdomen

Untuk mengetahui keadaan kontraksi uterus, TFU



## 8) Genetalia

Meliputi kebersihan, raba kulit didaerah selakangan, pada keadaan normal tidak teraba benjolan kelenjar.

## 9) Ektremitas

Untuk mengetahui apakah terdapat varises.

## 1. Pemeriksaan penunjang

Meliputi pemeriksaan tes kehamilan, laboratorium, dan pemeriksaan USG untuk mengetahui apakah jain asih hidup(Jannah, 2012)

## 2. Diagnosa dan Fokus Intervensi Keperawatan

Diagnosa dan Intervensi Keperawatan menurut(SDKI, 2017)

## a. Nyeri Akut (Diagnosa Aktual)

Diagnosa Aktual merupakan diagnosa yang sesuai dengan data-data klinik yang diperoleh dan menjelaskan masalah yang saat ini sedang terjadi (Nurhaliza,2019)

Definisi : pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan.

Tujuan dan kriteria hasil yang ditetapkan yaitu : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 8 jam, maka tingkat nyeri menurun,dengan kriteria hasil :keluhan nyeri menurun (skala 5 menjadi 3), meringis menurun, gelisahmenurun(SLKI, 2018)

Intervensi (SIKI, 2018)

- 1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri
- 2) Identifikasi skala nyeri
- 3) Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri
- 4) Ajarkan teknik non farmakologis

## b. Ansietas (Diagnosa Aktual)

Diagnosa Aktual merupakan diagnosa yang sesuai dengan data- data klinik yang diperoleh dan menjelaskan masalah yang saat ini sedang terjadi (Nurhaliza 2019)

Definisi : Kondisi emosi dan pengalaman subjektif individu terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik akibat antisipasi bahaya yang memungkinkan individu melakukan tindakan untuk menghadapi ancaman.

Tujuan dan kriteria hasil yang ditetapkan yaitu : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 8 jam, maka tingkat ansietas menurun, dengan kriteria hasil : verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun, perilaku gelisah menurun, perilaku tegang menurun (SLKI, 2018)

Intervensi (SIKI, 2018) :

- 1) Monitor tanda- tanda ansietas
- 2) Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien
- 3) Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan
- 4) Anjurkan mengambil posisi nyaman
- 5) Demonstrasikan dan latih tarik nafas dalam

c. Risiko Perdarahan

Diagnosa risiko merupakan diagnosa keperawatan yang menggambarkan penilaian klinis dimana individu atau kelompok lebih rentan mengalami masalah dibanding orang lain dalam situasi yang sama atau serupa (Purba, 2019)

Definisi : Berisiko mengalami kehilangan darah baik internal (terjadi di dalam tubuh) maupun eksternal (terjadi hingga keluar tubuh) (SDKI, 2017)

Tujuan dan kriteria hasil yang ditetapkan yaitu : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 8 jam, maka tingkat perdarahan menurun, dengan kriteria hasil : perdarahan vagina menurun (menjadi normal 80cc/perhari, tidak disertai gumpalan), membran mukosa

lembap , tekanan darah, nadi dan suhu tubuh tetap normal (SLKI, 2018)

Intervensi (SIKI, 2018) :

- 1) Monitor tanda dan gejala perdarahan
- 2) Monitor tanda-tanda vital
- 3) Pertahankan bedrest selama perdarahan
- 4) Anjurkan meningkatkan asupan makanan dan vitamin K



### **BAB III**

#### **RESUME ASUHAN KEPERAWATAN**

Bab ini akan memaparkan resume keperawatan “Asuhan keperawatan pada Ny.R dengan Abortus Inkomplit di Ruang Baitunnisa 2 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang” yang meliputi pengkajian, analisa data, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi, dan evaluasi. Pengkajian dilakukan pada tanggal 30 Januari 2021 selama 3 kali shift.

#### **A. Pengkajian Keperawatan**

Pengkajian dilakukan dengan cara allo dan autoanamnesa, serta dengan melihat data rekam medik pasien, pengkajian ini dilakukan pada tanggal 30 Januari 2021 pukul 14.00 WIB, dengan hasil sebagai berikut : nama pasien adalah Ny. R, umur 23 tahun, Status Obstetric G0P0A1. Pasien mengeluh nyeri perut bagian bawah, pasien mengatakan takut, cemas dan khawatir dengan kondisi yang dialami saat ini, pasien mengatakan darah keluar dari jalan lahir. Riwayat Kesehatan sekarang pasien datang ke IGD Rumah Sakit Islam Sultan Agung pada hari Sabtu, tanggal 30 Januari 2021 pukul 01.00 WIB, pasien mengatakan hamil 8 minggu dan keluar darah dari jalan lahir, awalnya darah yang keluar seperti darah menstruasi kemudian darah yang keluar menggumpal seperti hati ayam. pasien merasakan nyeri perut bagian bawah seperti di remas- remas. Masalah kehamilan perdarahan yang keluar dari jalan lahir berbentuk gumpalan-gumpalan, dan merasakan nyeri perut bagian bawah. Selama di rawat di Rumah Sakit pasien mendapatkan terapi distraksi relaksasi.

Riwayat menstruasi pasien mengatakan pertama kali menstruasi pada usia 14 tahun ketika sekolah SMP kelas 1, dengan siklus menstruasi 28 hari, dan lama menstruasi 4-5 hari, HPHT 3 Desember 2020, saat menstruasi pasien mengatakan nyeri perut (disminorea), dan pasien membiarkan nyeri yang dialaminya. Riwayat KB pasien mengatakan belum pernah KB, rencana mengikuti KB setelah melahirkan anak pertamanya.

Pemeriksaan fisik meliputi :Tanda-tanda Vital, dari pemeriksaan yang dilakukan didapatkan hasil diantaranya : Tekanan darah : 130/77 mmHg, Nadi : 93x/ menit, Suhu : 36° C, RR : 20 x/ menit. Keadaan umum: pasien komposmentis, Mata pasien tidak memiliki gangguan penglihatan, konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik,tidak ada pembesaran pupil. Hidung pasien tidak terdapat sinusitis,hidung bersih,lubang hidung simteris,tidak ada sekret. Telinga pasien, pada daun telinga berbentuk simetris, tidak ada lesi, massa, tidak ada serumen, fungsi pendengaran baik. Mulut dan gigi mukosa kering,tidak ada lesi, tidak ada stomatitis, bibir berwarna gelap, gigi tidak berlubang. Leher tidak ada pembesaran kelenjar limfe,tidak ada pembesaran kelenjar tiroid.

Thorax :Dada berbentuk simetris,pernafasan mengembang sama kanan dan kiri, tidak ada nyeri tekan, tidak ada lesi. Paru - Paru pasien pergerakan dinding dada sama kanan dan kiri, tidak ada edema, tidak ada sekret, frekuensi nafas 21x/menit,dengan irama reguler. PayudaraInspeksi: bentuk payudara simetris kanan dan kiri,areola berwarna coklat kehitaman ukuran lebih luas,putting tenggelam, Palpasi :tidak ada nyeri tekan,tidak ada pembengkakan, Colostrum : tidak ada. Abdomen pasien tidak ada lesi atau luka,terdapatlineaalba,tidak ada striae, terdengar bunyi thympani,frekuensi bising usus 12x/menit, DiastasisrectusAbdominis ;tidak ada, dan Fundusuteri : belum dapat diraba dari luar. Tidak terdapat lochea. Perineum keadaannya: utuh, tanda REEDA :tidak ada, kebersihan :bersih, tidak ada hemoroid. Pada pola eliminasi pasien tidak ada kesulitan BAK dan BAB,distensivesikaurinaria teraba lembek. Ekstremitas tidak ada varises, tanda homans (-).

Pengkajian kebutuhan khusus pasien, Oksigenasi:tidak ada keluhan sesak nafas, setelah melakukan aktivitas kadang-kadang pasien merasakan pusing. Nutrisi: pasien makan 2x sehari yaitu nasi,sayur dan lauk dengan porsi 1 piring sedang habis,tidak ada makanan pantangan. Cairan tidak terpenuhi, pasien hanya minum air putih 2 botol minuman besar sekitar 1,2 liter ,tidak ada pembatasan asupan cairan. Eliminasi tidak ada keluhan

keringat berlebih, pasien BAK sehari 4-5x warna kuning kemerahan campur darah yang keluar, pasien BAB sehari sebanyak 1x, konsistensi lunak, warna kuning kecoklatan, tidak ada keluhan BAK serta BAB. Kenyamanan pasien merasakan kurang nyaman dengan keadaan yang dialami, P : nyeri perut , Q : seperti diremas- remas, R : Perut bagian bawah, S : 5, T : nyeri yang dirasakan hilang timbul, Pasien tampak meringis kesakitan, pasien tampak gelisah, pasien sulit tidur.

Pemeriksaan fisik bayi : -

1. Pemeriksaan penunjang

( Sabtu, 30 Januari 2021 ) jam 01:38

**PEMERIKSAAN LABORATORIUM KLINIK**

<b>Pemeriksaan</b>	<b>Hasil</b>	<b>Nilai Rujukan</b>	<b>Satuan</b>	<b>Keterangan</b>
<b>HEMATOLOGI</b>				
Darah Rutin 1				
Hemoglobin	12.9	11.7 - 15.15	g/dL	
Hematokrit	38.6	33.0 - 45.0	%	
Leukosit	10.96	3.60 – 11.00	ribu/ $\mu$ L	
Trombosit	302	150 – 440	ribu/ $\mu$ L	

(Sabtu, 30 januari 2021) jam 16: 44

**HASIL PEMERIKSAAN LABORATORIUM KLINIK**

<b>Pemeriksaan</b>	<b>Hasil</b>	<b>Nilai Rujukan</b>	<b>Satuan</b>	<b>Keterangan</b>
<b>HEMATOLOGI</b>				
PPT	10.0	9.3 – 11.4	Detik	
PT	10.8	9.1 – 12.3	Detik	
PT (Kontrol)				

**APTT**

APTT	24.1	21.8 – 28.4	Detik
APTT (Kontrol)	27.0	21.0 – 28.4	Detik

### **Kimia Klinik**

Glukosa Darah	89	75 -100	Mg/dL
Sewaktu			

### **Imunologi**

HBSAg	Non	Non Reaktif
	Reaktif	

Terapi pengobatan yang didapatkan pasien selama dirawat di Rumah Sakit yaitu mendapatkan cairan infus Ringer Laktat (RL) 20 tpm . Selain itu pasien juga mendapatkan obat suppositoria berupa Cygest 1x 400 Mg/rectal. Kemudian juga mendapatkan obat oral berupa Folavit MCG 1000 (1x1), Kalnex tab 500mg (3x1), Methylergometrin (3x1), Cefadroxil (2x1), Asam Mefenamat (3x1), Ferofort (1x1).

### **B. Analisa Data**

Pada tanggal 30 Januari 2021 pukul 14.00 WIB, didapatkan data subjektif yang pertama yaitu pasien mengatakan nyeri perut bagian bawah rasanya seperti di remas- remas ,skala 5, terjadi secara hilang timbul. Sedangkan data objektifnya yaitu pasien tampak meringis kesakitan, pasien tampak gelisah, sulit tidur, Tekanan darah: 130/77 mmHg, Nadi: 93x/menit, Suhu :36°C, RR : 20 x/menit. Berdasarkan data tersebut penulis menegakkan diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik.

Data fokus yang kedua pada tanggal 30 januari 2021 pukul 14.00 WIB, didapatkan data subjektif yaitu pasien mengatakan takut, cemas dan khawatir dengan kondisi yang dialami saat ini, sedangkan data objektifnya yaitu pasien tampak gelisah, pasien tampak takut dan tegang, muka tampak

pucat. Berdasarkan data tersebut penulis menegakkan diagnosa ansietas berhubungan dengan krisis situasional.

Data fokus yang ketiga pada tanggal 30 Januari 2021 pukul 14.00 WIB didapatkan data subjektif yaitu pasien mengatakan darah keluar dari jalan lahir. Sedangkan data objektifnya yaitu pasien menggunakan pembalut yang terdapat darah, perdarahan pervagina  $\pm 100$ cc/hari. Berdasarkan data tersebut penulis menegakkan diagnosa risiko perdarahan dibukti kan dengan komplikasi kehamilan.

### C. **Planning / Intervensi Keperawatan**

Pada tanggal 30 Januari 2021, disusun intervensi keperawatan berdasarkan masing- masing diagnosa yang muncul. Diagnosa yang pertama yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik. Tujuan dan kriteria hasil yang ditetapkan yaitu : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 8 jam, maka tingkat nyeri menurun, dengan kriteria hasil : keluhan nyeri menurun (skala 5 menjadi 3), meringis menurun, gelisah menurun. Adapun intervensi yang dilakukan untuk diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik yaitu manajemen Nyeri dengan cara : 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas, 2. Identifikasi skala nyeri, 3. Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (Terapi murotal Arrahman), 4. Ajarkan teknik non farmakologis (Tarik Nafas dalam).

Diagnosa yang kedua yaitu ansietas berhubungan dengan krisis situasional. Tujuan dan kriteria hasil yang ditetapkan yaitu : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 8 jam, maka tingkat ansietas menurun, dengan kriteria hasil : verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun, perilaku gelisah menurun, perilaku tegang menurun. Intervensi yang ditetapkan yaitu : 1. Monitor tanda-tanda ansietas, 2. Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, 3. Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan, 4. Anjurkan mengambil posisi nyaman, 5. Demonstrasikan & Latih tarik nafas dalam.



Diagnosa yang ketiga yaitu risiko perdarahan dibuktikan dengan komplikasi kehamilan. Tujuan dan kriteria hasil yang ditetapkan yaitu : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 8 jam, maka tingkat perdarahan menurun, dengan kriteria hasil : perdarahan vagina menurun (menjadi normal 80cc/perhari, tidak disertai gumpalan), membran mukosa lembap, tekanan darah, nadi dan suhu tubuh tetap normal. Adapun intervensi yang ditetapkan yaitu : 1. Monitor tanda dan gejala perdarahan, 2. Monitor TTV, 3. Pertahankan bedrest selama perdarahan, 4. Anjurkan meningkatkan asupan makanan & Vitamin K.

#### **D. Implementasi Keperawatan**

Pada tanggal 30 Januari 2021 pukul 14.30 WIB, melakukan implementasi diagnosa pertama yaitu Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. Respon klien untuk data subjektif yaitu pasien mengatakan nyeri perut bagian bawah, sedangkan data objektifnya yaitu pasien tampak meringis kesakitan. Pukul 14.32 mengidentifikasi skala nyeri pasien. Respon pasien adalah pasien mengatakan skala nyeri 5 karena nyeri benar-benar mengganggu, sedangkan data objektif pasien tampak meringis kesakitan, gelisah. Pukul 14.35 Memberikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri, respon pasien mengatakan bersedia diberikan teknik non farmakologis untuk menurangi rasa nyeri, sedangkan data objektif pasien tampak meringis menahan nyeri. Pukul 14.55 Mengajarkan teknik non farmakologis ( Tarik Nafas dalam), respon pasien yaitu : klien mengatakan bersedia diajari oleh Mahasiswa, yaitu teknik untuk mengurangi nyeri, sedangkan data objektif klien mengikuti teknik tarik nafas dalam.

Pada tanggal 30 Januari 2021 pukul 15.00 WIB, melakukan implementasi diagnosa yang kedua ansietas berhubungan dengan krisis situasional yaitu dengan Memonitor tanda-tanda ansietas, Respon pasien yaitu pasien masih merasakan cemas, sedangkan pasien tampak gelisah, tegang. Pukul 15.03 Menganjurkan keluarga untuk tetap bersama

pasien, Respon pasien yaitu pasien mengatakan suami tetap menemani di Ruangan, sedangkan data objektif yang didapatkan suami berada disamping pasien. Pukul 15.05 Melatih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan, Respon pasien yaitu pasien ingin berlatih untuk mengurangi ketegangan, sedangkan data objektif pasien memejamkan mata dan rileks. Pukul 15.20 Menganjurkan mengambil posisi nyaman, Respon pasien yaitu pasien mengatakan posisinya sudah nyaman sedangkan data objektif pasien tampak nyaman. Pukul 15.25 Mendemonstrasikan & melatih tarik nafas dalam, Respon pasien yaitu pasien mengatakan paham ketika dilatih tarik nafas dalam, sedangkan data objektif pasien mengikuti latihan tarik nafas dalam.

Pada tanggal 30 Januari 2021 pukul 15.30 WIB, melakukan implementasi diagnosa yang ketiga dengan Memonitor tanda dan gejala perdarahan, Respon pasien yaitu pasien mengatakan darah keluar dari jalan lahir, sedangkan data objektif pembalut klien terdapat darah berwarna merah disertai gumpalan. Pukul 15.35 memonitor tanda-tanda vital, respon pasien yaitu pasien mengatakan bersedia untuk dipantau tanda-tanda vitalnya, sedangkan data objektif yang didapatkan Tekanan darah : 106/78mmHg, Nadi : 78x/menit, Suhu : 36°C, RR : 20x/menit. Pukul 15.40 Mempertahankan bedrest selama perdarahan, Respon pasien yaitu : pasien mengatakan bersedia mengikuti instruksi untuk bedrest, sedangkan data objektif pasien tetap berada dibed. Pukul 15.45 Menganjurkan meningkatkan asupan makanan & Vitamin K, Respon pasien yaitu pasien mengatakan bersedia untuk mengkonsumsi makanan dan vitamin K, sedangkan data objektif pasien kooperatif.

Pada tanggal 30 Januari 2021, pukul 21.15 WIB, melakukan diagnosa yang pertama, Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. Respon pasien untuk data subjektif yaitu pasien mengatakan masih merasakan nyeri perut bagian bawah, sedangkan data objektifnya yaitu pasien tampak meringis kesakitan. Pukul 21.17, mengidentifikasi skala nyeri pasien. Respon pasien adalah pasien

mengatakan skala nyeri 5 karena nyeri benar-benar mengganggu, sedangkan data objektif pasien tampak meringis kesakitan, gelisah. Pukul 21.20 Memberikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri, respon pasien mengatakan bersedia diberikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri, sedangkan data objektif pasien tampak sedikit lebih tenang. Pukul 21.35 Mengajarkan teknik non farmakologis ( Tarik Nafas dalam), respon pasien yaitu : pasien mengatakan bersedia diajari oleh Mahasiswa, yaitu teknik untuk mengurangi nyeri, sedangkan data objektif pasien mengikuti teknik tarik nafas dalam.

Pada tanggal 31 Januari 2021 pukul 06.15 WIB, melakukan implementasi diagnosa yang kedua ansietas berhubungan dengan krisis situasional yaitu dengan Memonitor tanda-tanda ansietas, Respon pasien yaitu pasien masih merasakan cemas menurun, sedangkan pasien tampak sedikit lebih tenang. Pukul 06.18 Menganjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, Respon pasien yaitu pasien mengatakan suami tetap menemani di Ruangan, sedangkan data objektif yang didapatkan suami berada disamping pasien. Pukul 06.20 Melatih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan, Respon pasien yaitu pasien ingin berlatih untuk mengurangi ketegangan, sedangkan data objektif pasien memejamkan mata dan rileks. Pukul 06.30 Menganjurkan mengambil posisi nyaman, Respon pasien yaitu pasien mengatakan posisinya sudah nyaman sedangkan data objektif pasien tampak nyaman. Pukul 06.35 Mendemonstrasikan & melatih tarik nafas dalam, Respon pasien yaitu pasien mengatakan paham ketika dilatih tarik nafas dalam, sedangkan data objektif pasien mengikuti latihan tarik nafas dalam.

Pada tanggal 31 Januari 2021 pukul 06.40 WIB, melakukan implementasi diagnosa yang ketiga dengan Memonitor tanda dan gejala perdarahan, Respon pasien yaitu pasien mengatakan darah keluar dari jalan lahir, sedangkan data objektif pembalut pasien terdapat darah berwarna merah disertai sedikit gumpalan. Pukul 06.42, memonitor tanda- tanda vital, respon pasien yaitu pasien mengatakan bersedia untuk dipantau tanda-tanda

vitalnya, sedangkan data objektif yang didapatkan Tekanan darah : 108/70mmHg, Nadi : 60x/menit, Suhu : 36,4°C, RR : 20x/menit. Pukul 06.45, Mempertahankan bedrest selama perdarahan, Respon pasien yaitu : pasien mengatakan bersedia mengikuti instruksi untuk bedrest, sedangkan data objektif pasien tetap berada dibed. Pukul 06.50, Menganjurkan meningkatkan asupan makanan & Vitamin K, Respon pasien yaitu pasien mengatakan bersedia untuk mengkonsumsi makanan dan vitamin K, sedangkan data objektif pasien kooperatif.

Pada tanggal 31 Januari 2021, pukul 09.00 WIB, melakukan diagnosa yang pertama, Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. Respon pasien untuk data subjektif yaitu pasien mengatakan nyeri perut bagian bawah berkurang, sedangkan data objektifnya yaitu pasien sedikit menahan nyeri. Pukul 09.03, mengidentifikasi skala nyeri pasien. Respon pasien adalah pasien mengatakan skala nyeri berkurang menjadi 4, sedangkan data objektif pasien sedikit merasa nyeri , nyeri hilang timbul . Pukul 09.05 Memberikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri, respon pasien mengatakan bersedia diberikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri, sedangkan data objektif pasien tampak sedikit lebih tenang. Pukul 09.20, Mengajarkan teknik non farmakologis ( Tarik Nafas dalam), respon pasien yaitu : pasien mengatakan bersedia diajari oleh Mahasiswa, yaitu teknik untuk mengurangi nyeri, sedangkan data objektif pasien mengikuti teknik tarik nafas dalam.

Pada tanggal 31 Januari 2021 pukul 09.25 WIB, melakukan implementasi diagnosa yang kedua ansietas berhubungan dengan krisis situasional yaitu dengan Memonitor tanda-tanda ansietas, Respon pasien yaitu pasien mengatakan sudah tidak cemas, pasien siap dilakukan kuret, sedangkan pasien terlihat lebih tenang. Pukul 09.28, Menganjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, Respon pasien yaitu pasien mengatakan suami tetap menemani di Ruangan, sedangkan data objektif yang didapatkan suami berada disamping klien. Pukul 09.30, Melatih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan, Respon pasien yaitu pasien ingin berlatih untuk

mengurangi ketegangan, sedangkan data objektif pasien memejamkan mata dan rileks. Pukul 09.50, Menganjurkan mengambil posisi nyaman, Respon pasien yaitu pasien mengatakan posisinya sudah nyaman sedangkan data objektif pasien tampak nyaman. Pukul 09.52, Mendemonstrasikan & melatih tarik nafas dalam, Respon pasien yaitu pasien mengatakan paham ketika dilatih tarik nafas dalam, sedangkan data objektif pasien mengikuti latihan tarik nafas dalam.

Pada tanggal 31 Januari 2021 pukul 10.00 WIB, melakukan implementasi diagnosa yang ketiga dengan Memonitor tanda dan gejala perdarahan, Respon pasien yaitu pasien mengatakan darah keluar dari jalan lahir, sedangkan data objektif pembalut pasien terdapat darah berwarna merah disertai sedikit gumpalan. Pukul 10.02, memonitor tanda- tanda vital, respon pasien yaitu pasien mengatakan bersedia untuk dipantau tanda-tanda vitalnya, sedangkan data objektif yang didapatkan Tekanan darah : 100/70mmHg, Nadi : 80x/menit, Suhu : 37°C, RR : 20x/menit. Pukul 10.05, Mempertahankan bedrest selama perdarahan, Respon pasien yaitu : pasien mengatakan bersedia mengikuti instruksi untuk bedrest, sedangkan data objektif pasien tetap berada dibed. Pukul 10.10, Menganjurkan meningkatkan asupan makanan & Vitamin K, Respon pasien yaitu pasien mengatakan bersedia untuk mengonsumsi makanan dan vitamin K, sedangkan data objektif pasien kooperatif.

#### **E. Evaluasi**

Evaluasi dilakukan pada tanggal 30 Januari 2021 pukul 14.30, evaluasi diagnosa pertama dalam perkembangannya pada data subjektif pasien mengatakan nyeri perut bagian bawah, P : nyeri perut, Q : seperti diremas – remas, R : perut bagian bawah, S: 5, T : nyeri yang dirasakan hilang timbul. Data objektifnya dalam perkembangannya pasien tampak meringis kesakitan, gelisah, Assesment dalam penilaian masalah belum teratasi, Planning dalam perencanaan lanjutkan intervensi.

Evaluasi dilakukan pada tanggal 30 Januari 2021 pukul 15.00, evaluasi diagnosa kedua dalam perkembangannya pada data subjektif pasien mengatakan cemas dengan kondisi yang dialami, data objektifnya pasien tampak tegang, dan gelisah, Assesment dalam penilaian masalah belum teratasi, Planning dalam perencanaan lanjutkan intervensi.

Evaluasi dilakukan pada tanggal 30 Januari 2021 pukul 15.30, evaluasi diagnosa ketiga dalam perkembangannya pada data subjektif pasien mengatakan keluar darah dari jalan lahir, data objektif pasien menggunakan pembalut terdapat darah disertai gumpalan, Tekanan darah : 106/78mmHg, Nadi : 78x/menit, Suhu : 36°C, RR : 20x/menit. Assesment dalam penilaian masalah belum teratasi, planning dalam perencanaan lanjutkan intervensi .

Evaluasi dilakukan pada tanggal 30 Januari 2021 pukul 21.15, evaluasi diagnosa yang pertama dalam perkembangannya pada data subjektif pasien mengatakan masih merasakan nyeri perut bagian bawah, P : nyeri perut, Q : seperti diremas –remas, R : perut bagian bawah, S: 5, T : nyeri yang dirasakan hilang timbul. Data objektif dalam perkembangannya pasien tampak meringis kesakitan, gelisah,. Assesment dalam penilaian masalah belum teratasi, planning dalam perencanaan lanjutkan intervensi.

Evaluasi dilakukan pada tanggal 31 Januari 2021 pukul 06.15, evaluasi diagnosa yang kedua dalam perkembangan pada data subjektif pasien merasakan cemas menurun, data objektif pasien sedikit lebih tenang, Assesment dalam penilaian masalah teratasi sebagian, masih dalam proses pencapaian tujuan, planning lanjutkan intervensi.

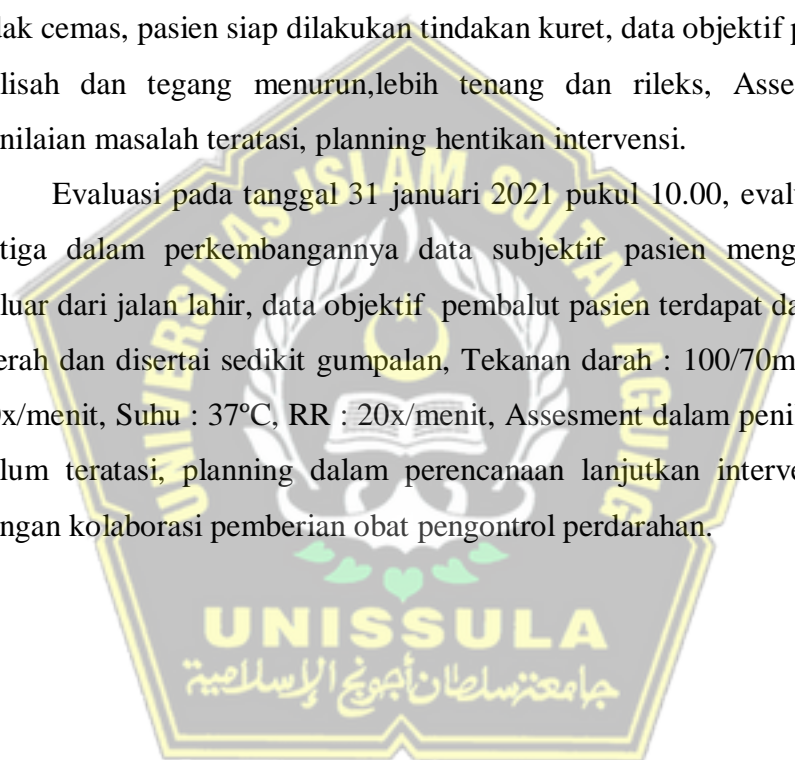
Evaluasi pada tanggal 31 Januari 2021 pukul 06.40, evaluasi diagnosa ketiga dalam perkembangannya pada data subjektif pasien mengatakan darah keluar dari jalan lahir, data objektif pasien menggunakan pembalut terdapat darah disertai sedikit gumpalan, Tekanan darah : 108/70mmHg, Nadi : 68x/menit, Suhu : 36,4°C, RR : 20x/menit, Assesment dalam penialain masalah belum teratasi, planning dalam perencanaan lanjutkan intervensi.

Evaluasi pada tanggal 31 Januari 2021 pukul 09.00, evaluasi diagnosa pertama dalam perkembangannya pada data subjektif pasien mengatakan

nyeri perut bagian bawah berkurang, P : nyeri perut, Q : seperti diremas – remas, R : perut bagian bawah, S: 4, T : nyeri yang dirasakan hilang timbul, data objektif pasien sedikit menahan nyeri, gelisah menurun. Assesment dalam penilaian masalah teratasi sebagian, proses pencapaian tujuan, planning dalam perencanaan lanjutkan intervensi, ditambah dengan kolaborasi pemberian analgetik.

Evaluasi pada tanggal 31 januari 2021 pukul 09.25, evaluasi diagnosa kedua dalam perkembangannya pada data subjektif pasien mengatakan sudah tidak cemas, pasien siap dilakukan tindakan kuret, data objektif pasien terlihat gelisah dan tegang menurun, lebih tenang dan rileks, Assesment dalam penilaian masalah teratasi, planning hentikan intervensi.

Evaluasi pada tanggal 31 januari 2021 pukul 10.00, evaluasi diagnosa ketiga dalam perkembangannya data subjektif pasien mengatakan darah keluar dari jalan lahir, data objektif pembalut pasien terdapat darah berwarna merah dan disertai sedikit gumpalan, Tekanan darah : 100/70mmHg, Nadi : 80x/menit, Suhu : 37°C, RR : 20x/menit, Assesment dalam penilaian masalah belum teratasi, planning dalam perencanaan lanjutkan intervensi, ditambah dengan kolaborasi pemberian obat pengontrol perdarahan.



## **BAB IV**

### **PEMBAHASAN**

Pada bab IV penulis akan memaparkan hasil analisa asuhan keperawatan pada Ny.R dengan abortus inkomplit yang disesuaikan dengan teori yang didapat. Asuhan keperawatan pada Ny. R dikelola selama 3 kali shift yaitu shift siang, malam, dan pagi pada tanggal 30 Januari sampai 31 Januari 2021.

Bab ini akan membahas tentang kekurangan dan hambatan yang didapat oleh penulis selama memberikan asuhan keperawatan pada Ny. R dengan abortus inkomplit serta memberikan tambahan referensi terutama pada tindakan yang dilakukan untuk mengatasi diagnosa keperawatan pada pasien Ny. R yang menjadi prioritas dengan memperhatikan aspek keperawatan yaitu pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi keperawatan. Berdasarkan pengkajian yang dilakukan pada pasien Ny. R dengan abortus inkomplit diruang Baitunnisa 2 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang didapatkan data sebagai berikut :

#### **A. Pengkajian**

Penulis menambahkan data- data di pengkajian yang belum terdokumentasi secara lengkap. Pada pengkajian pemeriksaan penunjang penulis tidak mencantumkan hasil USG dari pasien. Penulis hanya mencantumkan pemeriksaan penunjang berupa hasil laboratorium klinis.

#### **B. Diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi dan Evaluasi**

Adapun diagnosa keperawatan yang muncul pada Ny. R dengan abortus inkomplit adalah sebagai berikut :

##### **1. Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisik**

Menurut SDKI DPP PPNI (2017), nyeri akut merupakan pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan seksual atau fungsional, dengan orset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan. Diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik ditegaskan karena batasan karakteristik diagnosa ini sesuai dengan kondisi yang



dialami klien yaitu klien mengatakan nyeri perut bagian bawah, rasanya seperti diremas- remas , skala nyeri 5 hilang timbul, sedangkan data objektifnya klien tampak meringis kesakitan, gelisah, sulit tidur.

Tujuan keperawatan yang ditetapkan dari diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik adalah setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil keluhan nyeri menurun (skala 5 menjadi 3), gelisah menurun dan meringis menurun. Untuk mencapai tujuan tersebut ditegakkan intervensi keperawatan selama 3 kali shift adapun intervensinya yaitu Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas, Identifikasi skala nyeri, berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (Terapi murotal Ar-rahman), Ajarkan teknik non farmakologis (Tarik Nafas dalam).

Pemberian implementasi dari intervensi identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas, dan skala nyeri dilakukan agar nyeri akut bisa diminimalkan. Penulis melakukan implementasi sesuai dengan intervensi utama pada pasien nyeri yaitu teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri ( terapi murotal Ar-rahman). Menurut (Handa Gustiawan, 2019)murotal adalah rekaman suara Al-qur'an yang dilagukan oleh seorang qori' atau pembaca Al-qur'an. Terapi murotal yaitu terapi bacaan Al-qur'an yang merupakan terapi religi dimana seseorang dibacakan atau mendengarkan ayat- ayat Al-quran selama beberapa menit sehingga dapat memberikan dampak positif bagi tubuh seseorang. Ketika posisi tenang mendengarkan ayat-ayat Al-quran, sel-sel otak, urat saraf dan pembuluh darah akan merespon gelombang magnetik yang terdapat dalam ritme Al-quran dan mampu mengubah menjadi energi positif, dimana akan terjadi peningkatan aliran darah pada otak kiri dan kanan. Berdasarkan Jurnal dari(Apriliana, 2019)pemberian terapi murotal melalui media audio/ murotal dapat mempengaruhi respon nyeri seseorang, terapi murotal menghantarkan gelombang suara yang dapat mempengaruhi pergerakan cairan, partikel

sel- sel tubuh, sel kulit, sel jantung, sehingga mengaktifkan jalur pressure nyeri setelah itu terjadi perangsangan listrik di substansi grisea serebri dan neurotransmitteranalgesia akan terstimulasi (endorphin, enkhepalin, dinorpin) sehingga dapat mengurangi rasa nyeri. Menurut (Permana, 2021) di dalam surah Ar- rahman terdapat ayat yang diulang- ulang sehingga mampu memberikan penekanan/ penegasan alunan suara bagi pendengar, selain itu juga dapat mengalihkan perhatian dan berfungsi sebagai hypnosis, sehingga gelombang otak pasien akan menurun jika mendengarkannya, dalam keadaan ini otak mampu memproduksi hormon serotonin dan endorfin yang menyebabkan seseorang merasakan lebih nyaman, tenang, dan bahagia. Dalam melakukan terapi murotal surah Ar- rahman dapat dilakukan kepada pasien selama 15-25 menit.

Selain itu penulis mengajarkan teknik non farmakologis yaitu tarik napas dalam. Penulis memilih teknik tarik napas dalam karena dalam melakukan teknik tarik napas dalam tidak memerlukan sesuatu untuk memulainya. Menurut(Amita et al., 2018) terapi relaksasi napas dalam merupakan suatu bentuk asuhan keperawatan yang dilakukan dengan cara menahan inspirasi dan menghembuskan napas secara perlahan yang digunakan untuk mengurangi intensitas nyeri. Selain mengurangi intensitas nyeri terapi relaksasi napas dalam meningkatkan ventilasi paru dan oksigenasi darah, tujuan terapi relaksasi napas dalam ini untuk meningkatkan ventilasi alveoli, memelihara pertukaran gas mengurangi stres dan menurunkan skala nyeri.

Menurut (Priscilla et al., 2012) Prinsip utama yang mendasari pada penurunan nyeri menggunakan teknik relaksasi napas dalam yaitu terletak pada fisiologi system syaraf otonom, yang mana system syaraf otonom ini merupakan bagian system syaraf perifer yang mempertahankan homeostatis lingkungan internal. Ketika terjadi pelepasan bradikinin, prostaglandin dan substansiP, maka akan merangsang syaraf simpatis sehingga dapat menyebabkan vasokonstriksi yang dapat meningkatkan tonus otot menimbulkan berbagai efek seperti spasme otot yang akhirnya

menekan pembuluh darah, mengurangi aliran darah dan meningkatkan kecepatan metabolisme otot yang menimbulkan pengiriman impuls nyeri dari medulla spinalis ke otak dan diprepsikan sebagai nyeri.

Prosedur pelaksanaan dalam melakukan tarik napas dalam menurut (Puspitasari, Abdurrouf, & Isrovatiningrum, 2017) adalah dengan tarik napas dalam melalui hidung selama 3 hitungan, jaga mulut tetap tertutup kemudian hembuskan napas melalui mulut dengan bibir seperti meniup secara perlahan dan kuat, sehingga terbentuk suara hembusan tanpa mengembungkan pipi.

Evaluasi diagnosa pada tanggal 30 Januari 2021 pukul 21.15 WIB dilakukan evaluasi pada shift ketiga yaitu : diagnosa Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisik, klien masih merasakan nyeri perut bagian bawah, masih meringis kesakitan, gelisah. Untuk penilaian hasil masalah belum teratasi. Seharusnya penulis menambahkan intervensi yaitu kolaborasi pemberian obat analgesik untuk mengurangi rasa nyeri yang dirasakan klien.

## 2. **Ansietas berhubungan dengan krisis situasional**

Menurut SDKI DPP PPNI(2017) , ansietas merupakan kondisi emosi dan pengalam subjektif individu terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik akibat antisipasi bahaya yang memungkinkan individu melakukan tindakan untuk menghadapi ancaman.

Ansietas menurut (Mayor et al., 2018) menyatakan bahwa pengalaman subjektif dari seseorang yang membuat tidak nyaman selalu berkaitan dengan perasaan yang tidak berdaya dapat memberikan dampak yang mempengaruhi fungsi fisiologis dan psikologis. Sedangkan krisis situasional adalah respon terhadap peristiwa traumatic yang tidak dapat dihindari. Terjadi secara tiba-tiba dan mempunyai pengaruh besar terhadap perandaan identitas seseorang.

Pada pengkajian yang diperoleh, penulis menyimpulkan bahwa tingkat ansietas yang dialami oleh pasien merupakan ansietas tingkat sedang. Ansietas tingkat sedang menurut (Anissa & Ifdil, 2016) merupakan

tingkat kecemasan yang memungkinkan individu untuk berfokus pada hal yang penting dan mengesampingkan hal - hal lain yang bukan menjadi prioritas, sehinggasesorangmengalamiperhatian yang selektiftetapidapatmelakukansesuatu yang lebihterarah. Kecemasan tingkat sedang biasanya ditandai dengan keadaan mudah tersinggung, ketegangan otot sedang, tanda-tanda vital meningkat, mulai berkeringan, sering berkemih dan sakit kepala. Pada saat pasien mengalami ansietas pada tingkat sedang maka lapang persepsi pasien akan menyempit, namun masih dapat berfokus apabila diarahkan untuk melakukannya.

Diagnosa ansietas ditegakkan karena didapatkan data subjektif yaitu klien mengatakan takut ,cemas dan khawatir dengan kondisi yang dialami saat ini, sedangkan data objektifnya yaitu klien tampak gelisah, klien tampak takut dan tegang, muka tampak pucat. Pada dasarnya kecemasan merupakan hal yang wajar dialami oleh seseorang akan tetapi jika kecemasan ini tidak segera ditangani maka akan mengakibatkan hal yang tidak menyenangkan.

Pada diagnosa ansietas berhubungan dengan krisis situasional, tujuan keperawatan yang ditegakkan yaitu setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 8 jam, maka tingkat ansietasmenurun,dengankriteia hasil : verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun, perilaku gelisah menurun, perilaku tegang menurun. Intervensi yang ditetapkan yaitu : 1. Monitor tanda-tanda ansietas, 2. Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, 3. Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan,4. Anjurkan mengambil posisi nyaman, 5. Demonstrasikan & Latih tarik nafas dalam.

Penulis melakukan implementasi terhadap diagnosa ansietas berhubungan dengan krisis situasional. Pada saat mengalami ansietas atau cemas, tanda gejala yang muncul yaitu merasa bingung, merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi, sulit konsentrasi, tampak gelisah, tampak tegang, sulit tidur (SDKI, 2017). Maka dari itu penulis melakukan implementasi monitor tanda- tanda ansietas. Selanjutnya

penulis menganjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, tujuannya untuk memberikan dukungan mental, motivasi dan support kepada klien dalam menghadapi kondisi yang dialami.

Pemberian implementasi menggunakan nada suara lembut dengan irama lambat dilakukan penulis supaya dapat menyentuh hati orang yang diajak bicara. Jika sudah dapat menyentuh hati pasien maka akan terbina hubungan saling percaya dan pasien tidak ragu untuk mengungkapkan perasaannya.

Dalam memberikan implementasi menganjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi penulis fokus menggunakan teknik Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan yaitu dengan terapi relaksasi autogenik. Penulis memilih terapi relaksasi autogenik karena menurut (Rosida et al., 2019) terapi relaksasi autogenik merupakan terapi relaksasi yang berasal dari diri sendiri yang mampu membuat pikiran seseorang menjadi tenang dan damai. Terapi relaksasi autogenik ini memiliki kelebihan diantaranya membuat pasien tidak tegang, tidak perlu menggunakan media, dapat menurunkan ansietas, memberikan efek pada tekanan darah dan frekuensi nadi, meningkatkan motivasi, meningkatkan adaptasi koping dan dapat memperbaiki pola tidur. Sehingga dengan memberikan terapi relaksasi autogenik diharapkan kecemasan pasien dapat berkurang.

Menurut (Flow et al., 2017) menyebutkan bahwa terapi relaksasi autogenik dapat mengaktifkan kerja syaraf parasimpatetis. Keadaan yang rileks dapat menurunkan aktivitas dari amigdala, selain itu juga mengendurkan otot serta melatih mengaktifkan sistem kerja syaraf parasimpatetis. Penelitian terapi relaksasi otot autogenik ini terbukti dapat mengurangi kecemasan pada pasien pre operasi kuretase.

Menurut (Haruyama, 2011), Terapi relaksasi autogenik dapat melancarkan aliran darah dan dapat merangsang hormon endorfin (mengurangi rasa sakit saat memicu perasaan positif). Ketika seseorang melakukan terapi relaksasi autogenik, maka *beta-endorfin* akan keluar dan

ditangkap oleh reseptor di dalam *hypothalamus* dan *system limbik* yang berfungsi untuk mengatur kecemasan dan sebagai obat penenang alami.

Pada saat melakukan implementasi relaksasi autogenik, penulis meminta klien untuk memposisikan tubuhnya supaya lebih nyaman, fokus dan konsentrasi, memejamkan kedua mata dan tarik napas secara teratur, penulis mengalihkan perhatiannya dengan fokus terhadap sensasi berat menjadi ringan mulai dari kedua lengan, bahu, punggung, leher, kaki dan mensugestikan kepada klien “aku merasa damai dan tenang”.

Implementasi pemberian teknik distraksi untuk mengurangi kecemasan, penulis menggunakan teknik tarik napas dalam. Penulis mengajarkan teknik napas dalam karena menurut (Rokawie, Sulastri & Anita, 2017) terapi relaksasi napas dalam lebih mudah diterapkan dan dipelajari oleh para pasiennantinya. Selain itu menggunakan terapi relaksasi napas dalam lebih menguntungkan dibandingkan terapi relaksasi lainnya karena dapat menghemat waktu dan dana yang dikeluarkan. Pada pemberian teknik distraksi dan relaksasi, seharusnya penulis menggunakan relaksasi islami misalnya terapi dzikir dan musik religi karena pasien juga seorang muslim.

Pada tanggal 31 Januari 2021 pukul 09.25 WIB dilakukan evaluasi pada shift ketiga yaitu : Pada diagnosa ansietas berhubungan dengan krisis situasional klien tampak lebih tenang dan rileks, gelisah dan tegang menurun. Untuk hasil implementasi ansietas berhubungan dengan krisis situasional masalah teratasi.

### **3. Risiko perdarahan di buktikan dengan komplikasi kehamilan**

Menurut (SDKI, 2017) Risiko perdarahan merupakan Berisiko mengalami kehilangan darah baik internal (terjadi di dalam tubuh) maupun eksternal (terjadi hingga keluar tubuh). Sedangkan komplikasi menurut (Prawirohardjo 2010), komplikasi kehamilan meliputi : perdarahan, preeklampsia, nyeri hebat di daerah abdomen/pelvikum.

Alasan ditegakkan diagnosa risiko perdarahan dibuktikan dengan komplikasi kehamilan karena klien mengatakan darah keluar dari jalan

lahir. Sedangkan data objektifnya yaitu klien menggunakan pembalut yang terdapat darah, perdarahan pervagina  $\pm 100\text{cc/hari}$ .

Tujuan dan kriteria hasil yang ditetapkan yaitu : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 8 jam, maka tingkat perdarahan menurun,dengan kriteria hasil : perdarahan vagina menurun (menjadi normal 80cc/perhari,tidak disertai gumpalan), membran mukosa lembap , tekanan darah, nadi dan suhu tubuh tetap normal. Adapun intervensi yang ditetapkan yaitu : 1. Monitor tanda dan gejala perdarahan,2. Monitor TTV, 3. Pertahankan bedrest selama perdarahan, 4. Anjurkan meningkatkan asupan makanan & Vitamin K.

Penulis melakukan implementasi monitor tanda dan gejala perdarahan, adapun tanda dan gejala dari perdarahan yaitu ; darah berwarna merah terang karena darah kaya akan oksigen, pusing, gemeteran , sianosis, pucat. Menurut ( Soedarto 2012), tujuan dari tindakan tersebut unruk membantu klien mendapatkan penanganan sedini mungkin. Selain itu penulis memonitor Tanda- tanda vital, Tekanan darah untuk mengetahui atau mengukur batas normal tekanan darah antara sistolik 90-130mmHg diastolik 70-90mmHg, sedangkan tekanan darah pada diagnosa abortus normal atau menurun. Suhu untuk mengetahui suhu basal pada ibu,suhu badan yang normal  $36,5^{\circ}\text{-}37,5^{\circ}\text{C}$  ,sedangkan pada kasus abortus suhu badan normal atau meningkat. Nadi untuk mengetahui denyut nadi pasien, berdasarkan kasus abortus denyut nadi normal,cepat,kecil dan lambat . Respirasi untuk mengetahui frekuensi pernafasan yang dihitung dalam menit, sedangkan respirasi pada abortus cenderung lebih lambat(Irianti, 2014, hal. 77).

penulis melakukan implementasi selanjutnya yaitu mempertahankan bedrest selama perdarahan. Menurut ( yekti 2011) tujuan dari tindakan tersebut untuk membantu mempercepat penyembuhan, Istirahat di bed dapat mencegah terjadinya keletihan atau mencegah terjadinya penurunan keadaan pasien, sehingga istirahat atau

bedrest harus dilakukan untuk mempercepat proses penyembuhan, memulihkan energi pasien.

Penulis melakukan implemetasi, menganjurkan meningkatkan asupan makanan & Vitamin K. Menurut (Halder et al., 2019) Mengonsumsi makanan yang mengandung vitamin K dapat memberikan sejumlah manfaat diantaranya menjaga kesehatan tulang dan jantung. Vitamin K berperan untuk mencegah perdarahan dan sebagai kofaktor dalam aktivasi faktor koagulasi. Vitamin K ditemukan pada sayuran hijau seperti kubis, bayam, kangkung, selain ditemukan pada sayuran hijau vitamin dapat ditemukan pada buah- buahan seperti anggur, kiwi, dan alpukat.

Pada tanggal 31 Januari 2021 pukul 10.00 WIB, dilakukan evaluasi pada diagnosa ketiga yaitu risiko perdarahan dibuktikan dengan komplikasi kehamilan, klien mengatakan darah keluar dari jalan lahir, data objektif : pembalut klien terdapat darah berwarna merah dan disertai sedikit gumpalan, Tekanan darah : 100/70mmHg, nadi : 80x/menit, Suhu : 37°C, RR : 20x/menit, untuk penilaian hasil masalah belum teratasi, lanjutkan intervensi, seharusnya penulis juga menambahkan dengan kolaborasi pemberian obat pengontrol perdarahan.

Selain diagnosa diatas, pada kasus Ny. R dengan abortus inkomplit terdapat juga diagnosa berduka berhubungan dengan kematian keluarga atau orang yang berarti. Menurut (SDKI, 2017) Berduka merupakan respon psikososial yang ditunjukkan oleh klien akibat kehilangan (orang, objek, fungsi, status, bagian tubuh atau hubungan).

Tujuan dan kriteria hasil yang ditetapkan yaitu : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 8 jam, maka tingkat berduka membaik dengan kriteria hasil : Verbalisasi menerima kehilangan meningkat, verbalisasi harapan meningkat, verbalisasi perasaan sedih menurun, verbalisasi perasaan bersalah atau menyalahkan orang lain menurun.

Adapun Intervensi yang tegakkan yaitu Dukungan Emosional berupa : 1. Fasilitasi mengungkapkan perasaan cemas, marah atau sedih,



2. Lakukan sentuhan untuk memberikan dukungan (mis. Merangkul, menepuk –nepuk), 3. Anjurkan mengungkapkan perasaan yang dialami. Selain dukungan emosional terdapat intervensi dukungan spiritual, diantaranya : 1. Identifikasi harapan & kekuatan pasien, 2. Berikan kesempatan mengekspresikan perasaan tentang penyakit dan kematian, 3. Anjurkan berinteraksi dengan keluarga, teman, dan/ atau orang lain, 4. Ajarkan metode relaksasi, meditasi, dan imajinasi terbimbing.



## **BAB V**

### **PENUTUP**

#### **A. Simpulan**

1. Pengkajian keperawatan dilakukan dengan cara mengumpulkan data yang diperoleh dari wawancara menggunakan autoanamnesa dan alloanamnesa. Penulis melakukan pengkajian komprehensif sesuai dengan keadaan Ny. S dengan asuhan keperawatan abortus inkomplit.
2. Analisa data diperoleh mendukung untuk ditegakkannya suatu diagnosa keperawatan. Prioritas masalah atau diagnosa keperawatan utama yang Ny. R dengan abortus inkomplit adalah nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik. Sedangkan diagnosa keperawatan yang lainnya adalah ansietas berhubungan dengan krisis situasional dan risiko perdarahan dibuktikan dengan komplikasi kehamilan.
3. Rencana tindakan yang dilakukan untuk mencapai suatu hasil yang diharapkan. Pada langkah ini disusun perencanaan sesuai yang dibutuhkan oleh Ny. R salah satu contoh tindakan keperawatan untuk mengatasi nyeri secara non farmakologis yaitu dengan terapi murotal surah Ar-rahman. Sedangkan untuk ansietas secara non farmakologis dengan terapi relaksasi otot autogenik. Penulis melakukan intervensi keperawatan yang telah direncanakan sesuai dengan kebutuhan pasien.
4. Implementasi keperawatan dilakukan selama 3x shift yaitu shift malam, siang dan pagi sesuai dengan intervensi yang telah disusun pada masing-masing diagnosa keperawatan.
5. Catatan perkembangan untuk mengatasi kondisi klien. Salah satu evaluasi yang efektif yaitu pemberian terapi relaksasi otot autogenik yang mampu mengurangi ansietas atau kecemasan yang dialami pasien. Selama pelaksanaan asuhan keperawatan respon klien dan keluarga baik dan kooperatif. Klien mau melaksanakan apa yang dianjurkan oleh penulis, sehingga tidak mendapatkan hambatan.

## **B. Saran**

### **1. Institusi pendidikan**

Bagi departemen keperawatan maternitas agar bisa menambah referensi untuk lebih memperdalam lagi ilmu tentang abortus inkomplit baik premaunpunpost kuretase.

### **2. Instansi Kesehatan**

Bagi instansi kesehatan perlu meningkatkan mutu ketrampilan dalam memberikan asuhan keperawatan dengan abortus inkomplit dan diharapkan bisa digunakan untuk menambah pengetahuan mutu pelayanan optimal tentang asuhan keperawatan abortus inkomplit

### **3. Masyarakat**

Masyarakat perlu menambah pengetahuan tentang abortus inkomplit sehingga masyarakat dapat melakukan pencegahan komplikasi yang ditimbulkan dari abortus baik keluarga maupun diri sendiri.



## DAFTAR PUSTAKA

- Amalia, L. M., & Sayono. (2015). Faktor Risiko Kejadian Abortus (Studi di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang). *J. Kesehat. Masy. Indones.*, 10(1), 23–29.
- Amita, D., Fernalia, & Yulendasari, R. (2018). Pengaruh Teknik Relaksasi Nafas Dalam Terhadap Intensitas Nyeri pada Pasien Post Operasi Sectio Caesarea di Rumah Sakit Bengkulu. *Jurnal Kesehatan Holistik*, 12(1), 26–28. <http://ejournalmalahayati.ac.id/index.php/holistik/article/download/124/69>
- Anitasari, B. (2014). *Aplikasi Teori Keperawatan Need for Help Wiedenbach Dan Social Support Pada Kasus Abortus Inkomplit*.
- Apriliana, A. (2019). *Pengaruh Terapi Murotal Ar-Rahman Terhadap Penurunan Intensitas Nyeri pada Pasien Post Operasi Caesar di RSUD Prof. Dr. Margono Soekarjo Purwokerto*. 44(12), 2–8.
- Çelik, A., Yaman, H., Turan, S., Kara, A., Kara, F., Zhu, B., Qu, X., Tao, Y., Zhu, Z., Dhokia, V., Nassehi, A., Newman, S. T., Zheng, L., Neville, A., Gledhill, A., Johnston, D., Zhang, H., Xu, J. J., Wang, G., ... Dutta, D. (2018). faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Abortus Inkomplit RSIA Siti Khadijah 1 Makassar Tahun 2018. *Journal of Materials Processing Technology*, 1(1), 1–8. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cirp.2016.06.001>
- Di, A., Ungaran, R., & Tengah, J. (2017). *Faktor Resiko yang Berhubungan dengan Kejadian Abortus di RSUD Ungaran Jawa Tengah*. 6(13), 1–11.
- Duhita, F. (2014). *Asuhan Kehamilan Berdasarkan Bukti* (F. Husin (ed.); 1st ed.). Sagung Seto.
- Flow, P., Untuk, M., Self, P., & Concrete, C. (2017). *Efektivitas Relaksasi Autogenik untuk Menurunkan Kecemasan Pasien Pre Operasi Kuretase*.
- Halder, M., Petsophonsakul, P., Akbulut, A. C., Pavlic, A., Bohan, F., Anderson, E., Maresz, K., Kramann, R., & Schurgers, L. (2019). Vitamin K: Double bonds beyond coagulation insights into differences between vitamin K1 and K2 in health and disease. *International Journal of Molecular Sciences*, 20(4), 1–15. <https://doi.org/10.3390/ijms20040896>
- Handa Gustiawan. (2019). Perbedaan Pengaruh Terapi Murottal selama 15 Menit dan 25 Menit terhadap penurunan Skala Nyeri pada Pasien Pasca Bedah. *Ayan*, 8(5), 55.
- Heryanti, H. (2018). Hubungan Umur dan Paritas Ibu Hamil dengan Kejadian Abortus Inkomplit di Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang Tahun 2017. *JPP (Jurnal Kesehatan Poltekkes Palembang)*, 13(1), 21–27. <https://doi.org/10.36086/jpp.v13i1.83>
- Leveno, K. (2016). *Manual Williams Komplikasi Kehamilan* (23rd ed.).

Perpustakaan Nasional RI.

- Maliana, A. (2016). Faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian abortus inkomplit di ruang kebidanan rsud mayjend. hm. ryacudu kota bumi. *Jurnal Kesehatan*, VII(1), 17–25.
- Mayor, P. R. E. O., Meiza, A., Puspasari, D., Kardinah, N., VILDAYANTI, H., Puspitasari, I. M., Sinuraya, R. K., Ifdil, D. F. A. & Apriady, T., Yanis, A., & Yulistini, Y. (2018). the Relationship Karakteristik and Family Support With Anxiety Levels of Patients Pre Major Surgery. *Farmaka*, 5(1), 93. <https://doi.org/10.24198/JF.V16I1.17446>
- Permana, B. (2021). *The effectiveness of Al-Qur'an Murrotal Therapy on Reducing Pain among Postoperative Patients: A Systematic Review*. 7, 68–70.
- Pitriani, R. (2013). Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Abortus Inkomplit di Rumah Sakit Umum Daerah Arifin Achmad Provinsi Riau. *Jurnal Kesehatan Komunitas*, 2(2), 83–87. <https://doi.org/10.25311/keskom.vol2.iss2.50>
- Priscilla, V., Ningrum, D. C. R., & Fajria, L. (2012). Perbedaan Pengaruh Teknik Relaksasi Nafas Dalam dan Kompres Hangat Dalam Menurunkan Dismenore pada Remaja SMA Negeri 3 Padang. *NERS Jurnal Keperawatan*, 10(2), 187. <https://doi.org/10.25077/njk.8.2.187-195.2012>
- Purba, R. J. (2019). *Perkembangan Asuhan Keperawatan Keluarga Di Indonesia*. <https://doi.org/10.31227/osf.io/etzc3>
- Rosida, L., Imardiani, I., & Wahyudi, J. T. (2019). Pengaruh Terapi Relaksasi Autogenik Terhadap Kecemasan Pasien di Ruang Intensive Care Unit Rumah Sakit Pusri Palembang. *Indonesian Journal for Health Sciences*, 3(2), 52. <https://doi.org/10.24269/ijhs.v3i2.1842>
- SDKI. (2012). *Survey Demografi dan Kesehatan Indonesia*.
- SDKI. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik* (1st ed.). Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Indonesia.
- SIKI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan Keperawatan* (1st ed.). Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Indonesia.
- SLKI. (2018). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia: Definisi dan kriteria Hasil Keperawatan* (1st ed.). Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Indonesia.

**Lampiran1****SURAT KESEDIAAN MEMBIMBING**

Yang bertandatangan dibawah ini:

Nama : Ns. Apriliani Yulianti Wuriningsih ,Sp.Kep.Mat, M.Kep

NIDN : 0618048901

Pekerjaan :Dosen

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

Nama : Nila

NIM :40901800069

Judul KTI :Asuhan Keperawatan pada Ny.R dengan Abortus Inkomplit di Ruang Baitunnisa 2 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang.

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

Semarang, 25 Januari 2021

Pembimbing



Ns. Apriliani Yulianti Wuriningsih, Sp.Kep.Mat, M.Kep  
NIDN.0618048901

**Lampiran2****SURAT KETERANGAN KONSULTASI**

Yang bertandatangan dibawah ini:

Nama : Ns. Apriliani Yulianti Wuriningsih ,Sp.Kep.Mat, M.Kep

NIDN :0618048901

Pekerjaan :Dosen

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

Nama : Nila

NIM :40901800069

Judul KTI :Asuhan Keperawatan pada Ny.R dengan Abortus Inkomplit di Ruang Baitunnisa 2 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang.

Menyatakan bahwa mahasiswa seperti yang disebutkan diatas benar-benar telah melakukan konsultasi pada pembimbing KTI mulai tanggal 25 Januari 2021

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

Semarang, 25 Januari 2021

Pembimbing

  
Ns. Apriliani Yulianti Wuriningsih, Sp. Kep. Mat, M. Kep

NIDN.0618048901

## Lampiran 3

## LEMBAR KONSULTASIBIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH

## MAHASISWAPRODI DIII KEPERAWATAN


## FIKUNISSULA

2021


NAMAMAHASISWA : Nila

JUDUL KTI :Asuhan Keperawatan pada Ny.R dengan  
Abortus Inkomplit di Ruang Baitunnisa 2  
Rumah Sakit Islam Sultan Agung  
Semarang.

PEMBIMBING : Ns. Apriliani Yulianti Wuriningsih  
,Sp.Kep.Mat,M.Kep


HARI / TANGGAL	MATERI KONSULTASI	SARAN PEMBIMBING	TTDPEMBIMBING
Senin,25Januari 2021	Pembekalan	- Diskusi viagooglem eet - Konsul kasusyang ada diRumah SakitIslamSu ltan AgungSemarang	





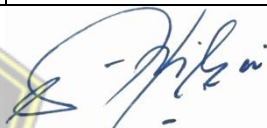




Kamis,27 Januari2021	Konsul mengaipasien	- Kalaumemangp asien terbatas 1pasien boleh dikelola maksimal2orang mahasiswa	
-------------------------	------------------------	--	---



		Catatan:diagnosa Prioritasnya dibedakan	
Senin,30 Januari2021	Konsul mengaikasus pasienabortus	- Kelolapasienmini mal 3 shiftdengan kasusyang terbaruyaitu abortusinkomplit, - ACCpasienkelolaa n	
Senin,12April 2021	KonsulAskep,KT I	- Revisiaskep - Keluhanutamad anKesehatansek arangperbaikila gi - Dataanalisa dataharusadapad apengkajian	
Jumat,16April2 021	Revisiaskep	Lanjutpenyusunan KTIBab 1-5	
Sabtu,22Mei202 1	KTI Bab 1-5 MelaluiGooglem eet	Revisiaskepdanrevi si KTI bab 1- 5,revisidikirime- mail - Perbaikikepanja ngan	

		<p>Dulubarusingk atan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tanda bacatitik setelahpember iantandakurun g</li> <li>- Penulisandafta rpustakadimen deley</li> <li>- Rapikanpenuli sandandenom orannya</li> <li>- Konsistendala mmembuat jarakantar alineayangme nlorok kekanan</li> <li>- Daftarpustaka sesuaikandeng an</li> </ul> <p>bukupanduan</p>	
Minggu,23Mei2021	RevisiBab1-5	- Lanjutkan revisiKTI	

Senin, 24 Mei 2021	Revisi KTI bab 1-5	Mengirim file KTI yang sudah direvisi	
Rabu, 26 Mei 2021	Revisi Bab 1-5	Pengumpulan file KTI untuk uji Turnitin	
Kamis, 27 Mei 2021	Bab 1-5	ACC KTI, persiapan ujian sidang dan Turnitin	
Senin, 31 Mei 2021	Revisi KTI	Revisi perbaikan KTI setelah sidang	
Senin, 7 Juni 2021	Mengecek Turnitin	Turnitin masih di atas 25%, maksimal harus 25%	
Rabu, 10 Juni 2021	Mengecek Turnitin	Turnitin 24%	
Kamis, 10 Juni 2021	Keseluruhan KTI	ACC	

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. “R” DENGAN  
ABORTUS INKOMPLIT G0P0A1 DI RUANG BAITUNNISA 2  
RUMAH SAKIT ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG**



Disusun Oleh :

Nila

NIM. 40901800069

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN**

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN**

**UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG**

**SEMARANG**

**2021**

## A. Pengkajian post natal

Nama Mahasiswa : Nila                      Tanggal :30 januari 2021                      jam : 14.00

RS/Puskesmas        : RSI Sultan Agung Semarang

### I. Identitas Pasien

1. Inisial Klien                      : Ny. R
2. Umur                                      : 23 Tahun
3. Status obstetric                      : GOP0A1

### II. Keluhan utama                      :

Pasien mengeluh nyeri perut bagian bawah, pasien mengatakan takut,cemas dan khawatir dengan kondisi yang dialami saat ini, dan pasien mengatakan darah keluar dari jalan lahir.

### III. Riwayat kesehatan sekarang        :

Pasien datang ke IGD Rumah Sakit Islam Sultan Agung pada hari Sabtu, tanggal 30 Januari 2021 pukul 01.00 WIB, pasien mengatakan hamil 8 minggu dan keluar darah dari jalan lahir, awalnya darah yang keluar seperti darah menstruasi kemudian darah yang keluar menggumpal seperti hati ayam pasien merasakan nyeri perut bagian bawah. Selama di rawat di Rumah Sakit pasien mendapatkan terapi distraksi relaksasi.

### IV. Masalah kehamilan                      :

perdarahan yang keluar dari jalan lahir berbentuk gumpalan-gumpalan,dan merasakan nyeri perut bagian bawah.

### V. Riwayat menstruasi                      :

Pasien mengatakan pertama kali menstruasi pada usia 14 tahun ketika sekolah SMP kelas 1, dengan siklus menstruasi 28hari, dan lama menstruasi 4-5 hari, HPHT 3 Desember 2020, saat menstruasi klien mengatakan nyeri perut (disminorea), dan pasien membiarkan nyeri yang dialaminya.

### VI. Riwayat KB                                      :

Pasien mengatakan belum pernah KB,rencana mengikuti KB setelah melahirkan anak pertamanya.

## VII. Pemeriksaan fisik (head to toe)

### 1. Tanda- Tanda Vital

- Tekanan darah : 130/77 mmHg
- Nadi : 93x/menit
- Suhu : 36°C
- RR : 20 x/menit

### 2. Keadaan Umum : Komposmentis

### 3. Kepala, leher

#### a. Mata

konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, tidak ada pembesaran pupil

#### b. Hidung

tidak terdapat sinusitis, hidung bersih, lubang hidung simetris, tidak ada sekret

#### c. Telinga

daun telinga simetris, tidak ada lesi, massa, tidak ada serumen, fungsi pendengaran baik

#### d. Mulut dan gigi

Mukosa kering, tidak ada lesi, tidak ada stomatitis, bibir berwarna gelap, gigi tidak berlubang

#### e. Leher

tidak ada pembesaran kelenjar limfe, tidak ada pembesaran kelenjar tiroid

### 4. Thorax

#### a. Dada

bentuk simetris, pernafasan mengembang sama kanan dan kiri, tidak ada nyeri tekan, tidak ada lesi

#### b. Paru-paru

pergerakan dinding dada simetris, tidak ada edema, tidak ada sekret, frekuensi nafas 21x/menit, dengan irama reguler

## 5. Payudara

- a. Inspeksi: bentuk payudara simetris kanan dan kiri, areola berwarna coklat kehitaman ukuran lebih luas, puting tenggelam
- b. Palpasi : tidak ada nyeri tekan, tidak ada pembengkakan
- c. Colostrum : tidak ada colostrum

## 6. Abdomen

Tidak ada lesi atau luka, terdapat linea alba, tidak ada striae, terdengar bunyi tympani, frekuensi bising usus 12x/menit,

- a. Keadaan : lembek
- b. Diastasis rectus abdominis : -
- c. Fundus uteri : belum dapat diraba dari luar

## 7. Lochea

- a. Jumlah : -
- b. Warna : -
- c. Konsistensi : -
- d. Bau : -

## 8. Perineum

- a. Keadaan : utuh
- b. Tanda REEDA : -
- c. Kebersihan : bersih
- d. Hemoroid : -

## 9. Eliminasi

Tidak ada kesulitan BAK dan BAB, distensi vesika urinaria teraba lembek

## 10. Ekstremitas

Tidak ada varises, tanda homans negatif

## VIII. Pengkajian kebutuhan khusus

## 1. Oksigenasi

Tidak ada keluhan sesak nafas, setelah melakukan aktivitas kadang-kadang klien merasakan pusing



## 2. Nutrisi

Pasien makan 2x sehari yaitu nasi, sayur dan lauk dengan porsi 1 piring sedang habis, tidak ada makanan pantangan

## 3. Cairan

Cairan tidak terpenuhi, Pasien minum air putih 2 botol minuman besar sekitar 1,2 liter air, tidak ada pembatasan asupan cairan.

## 4. Eliminasi

Tidak ada keluhan keringat berlebih, pasien BAK sehari 4-5 kali warna kuning kemerahan campur darah yang keluar, pasien BAB sehari 1 kali dengan konsistensi lunak, warna kuning kecoklatan, tidak ada keluhan BAK dan BAB

## 5. Kenyamanan

Pasien merasakan kurang nyaman dengan keadaan yang dialami.

P : nyeri perut

Q : seperti diremas- remas

R : Perut bagian bawah

S : 5

T : nyeri yang dirasakan hilang timbul

Pasien tampak meringis kesakitan, pasien tampak gelisah, pasien sulit tidur.

IX. Pemeriksaan fisik bayi (head to toe) : -

X. Pemeriksaan penunjang ( Sabtu, 30 Januari 2021 ) jam 01:38

### PEMERIKSAAN LABORATORIUM KLINIK

Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan	Satuan	Keterangan
<b>HEMATOLOGI</b>				
Darah Rutin 1				
Hemoglobin	12.9	11.7 - 15.15	g/dL	

Hematokrit	38.6	33.0 - 45.0	%
Leukosit	10.96	3.60 – 11.00	ribu/ $\mu$ L
Trombosit	302	150 - 440	ribu/ $\mu$ L

(Sabtu, 30 januari 2021) jam 16: 44

### HASIL PEMERIKSAAN LABORATORIUM KLINIK

Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan	Satuan	Keterangan
<b>HEMATOLOGI</b>				
PPT	10.0	9.3 – 11.4	Detik	
PT	10.8	9.1 – 12.3	Detik	
PT (Kontrol)				
<b>APTT</b>				
APTT	24.1	21.8 – 28.4	Detik	
APTT (Kontrol)	27.0	21.0 – 28.4	Detik	

### Kimia Klinik

Glukosa Darah Sewaktu	89	75 -100	Mg/dL
-----------------------	----	---------	-------

### Imunologi

HBSAg	Non Reaktif
-------	-------------

XI. Terapi pengobatan

a. Infus

Ringer Laktat (RL) 20 tpm

b. Suppositoria

- Cygest 1x 400 Mg/rectal

c. Oral

- Folavit MCG 1000 (1x1)

- Kalnex tab 500mg (3x1)

- Methylergometrin (3x1)

- Cefadroxil (2x1)

- Asam Mefenamat (3x1)

- Ferofort (1x1)

**B. Analisa Data**

Tgl / jam	Data Fokus	Problem	Etiologi	TTD
30-01-21 (14.00)	Ds : Pasien mengeluh nyeri perut bagian bawah P : nyeri perut Q : seperti diremas - remas R : perut bagian bawah S: 5 T : nyeri yang dirasakan hilang timbul Do : -pasien tampak meringis kesakitan	Nyeri Akut	Agen Pencedera Fisik	Nila

	<p>-pasien tampak gelisah</p> <p>- pasien sulit tidur</p> <p>-Tekanan darah: 130/77 mmHg</p> <p>-Nadi: 93x/menit</p> <p>-Suhu :36°C</p> <p>-RR : 20 x/menit</p>			
	<p>Ds : pasien mengatakan takut,cemas dan khawatir dengan kondisi yang dialami saat ini</p> <p>Do :</p> <p>-pasien tampak gelisah</p> <p>-pasien tampak takut dan tegang</p> <p>- muka tampak pucat</p>	Ansietas	Krisis situasional	Nilai
	<p>Ds: pasien mengatakan darah keluar dari jalan lahir.</p> <p>Do :</p> <p>-pasien menggunakan</p>	Risiko perdarahan	Komplikasi kehamilan	Nilai

	pembalut yang terdapat darah -perdarahan pervagina $\pm 100\text{cc/hari}$			
--	--	--	--	--

### C. Diagnosa Keperawatan & Prioritas Diagnosa

1. Nyeri Akut b.d Agen pencedera fisik d.d klien mengeluh nyeri, tampak meringis, gelisah
2. Ansietas b.d krisis situasional d.d merasa khawatir dengan kondisi yang dialami, tampak gelisah dan tegang
3. Risiko perdarahan d.d komplikasi kehamilan

### D. Planning / Intervensi

Tgl/jam	Diagnosa keperawatan	Tujuan & kriteria hasil	Planning	TTD
30 -01-21 (14.05)	Nyeri Akut b.d Agen pencedera fisik d.d klien mengeluh nyeri, tampak meringis, gelisah	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 8 jam, maka tingkat nyeri menurun, dengan kriteria hasil : -keluhan nyeri menurun (skala 5 menjadi 3) -meringis menurun -gelisah menurun	<b>Management Nyeri</b> a. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri b. Identifikasi skala nyeri c. Berikan teknik non farmakologis	Nilai

			<p>untuk mengurangi rasa nyeri(Terapi murotal Arrahman)</p> <p>d. Ajarkan teknik non farmakologis (Tarik Nafas dalam)</p>	
(14.10)	<p>Ansietas b.d krisis situasional d.d merasa khawatir dengan kondisi yang dialami,tampak gelisah dan tegang</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 8 jam, maka tingkat ansietas menurun,dengan kriteia hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun</li> <li>-perilaku gelisah menurun</li> <li>-perilaku tegang menurun</li> </ul>	<p><b>Reduksi Ansietas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Monitor tanda-tanda ansietas</li> <li>b. Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien</li> <li>c. Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan</li> </ul> <p><b>Terapi Relaksasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Anjurkan</li> </ul>	Nilai

			<p>mengambil posisi nyaman</p> <p>b. Demonstrasi &amp; Latihan tarik nafas dalam</p>	
30-01-21 (14.15)	<p>Risiko Perdarahan d.d komplikasi kehamilan</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 8 jam, maka tingkat perdarahan menurun, dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-perdarahan vagina menurun(menjadi normal</li> <li>80cc/perhari,tidak disertai gumpalan)</li> <li>-membran mukosa lembap</li> <li>-tekanan darah,nadi dan suhu tubuh tetap normal</li> </ul>	<p><b>Pencegahan perdarahan</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Monitor tanda dan gejala perdarahan</li> <li>b. Monitor TTV</li> <li>c. Pertahankan bedrest selama perdarahan</li> <li>d. Anjurkan meningkatkan asupan makanan &amp; Vitamin K</li> </ul>	Nilai

**E. Implementasi keperawatan (Dinas siang, Malam, Pagi )**

Tgl/ jam	Diagnosa keperawatan	Implementasi	Respon pasien	TTD
30-01-21 Dinas siang (14.30)	Nyeri Akut b.d Agen pencedera fisik d.d klien mengeluh nyeri,tampak meringis,gelisah	<p>a. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas</p> <p>b. Mengidentifikasi skala nyeri</p> <p>c. Memberikan teknik non farmakologis untuk mengurangi</p>	<p>Ds : pasien mengatakan nyeri perut bagian bawah</p> <p>Do : pasien tampak meringis kesakitan</p> <p>Ds : pasien mengatakan skala nyeri 5 karena nyeri benar-benar mengganggu</p> <p>Do : pasien tampak meringis kesakitan, gelisah</p> <p>Ds : pasien mengatakan bersedia diberikan teknik non farmakologis</p>	Nilai



		<p>rasa nyeri</p> <p>d. Mengajarkan teknik non farmakologis ( Tarik Nafas dalam)</p>	<p>untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p>Do : pasien tampak meringis menahan nyeri</p> <p>Ds : pasien mengatakan bersedia diajari oleh Mahasiswa,yaitu teknik untuk mengurangi nyeri</p> <p>Do : pasien mengikuti teknik tarik nafas dalam</p>	
(15.00)	<p>Ansietas b.d krisis situasional d.d merasa khawatir dengan kondisi yang dialami,tampak gelisah dan tegang</p>	<p>a. Memonitor tanda-tanda ansietas</p> <p>b. Menganjurkan keluarga untuk tetap</p>	<p>Ds : pasien masih merasakan cemas</p> <p>Do : pasien tampak gelisah,tegang</p> <p>Ds : pasien mengatakan</p>	Nilai

		bersama pasien	suami tetap menemani di Ruang Do : suami berada disamping pasien	
		c. Melatih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan	Ds : pasien ingin berlatih untuk mengurangi ketegangan Do : pasien memejamkan mata dan rileks	
		d. Menganjurkan mengambil posisi nyaman	Ds : pasien mengatakan posisinya sudah nyaman Do : pasien tampak nyaman	
		e. Mendemonstrasikan& melatih tarik nafas dalam	Ds : pasien mengatakan paham ketika dilatih tarik nafas dalam	

			Do : pasien mengikuti latihan tarik nafas dalam	
(15.30)	Risiko Perdarahan d.d komplikasi kehamilan	a. Memonitor tanda dan gejala perdarahan  b. Memonitor TTV	Ds : pasien mengatakan darah keluar dari jalan lahir  Do : pembedahan pasien terdapat darah berwarna merah disertai gumpalan  Ds : pasien mengatakan bersedia untuk dipantau tanda-tanda vitalnya  Do: -Tekanan darah : 106/78mmHg - Nadi : 78x/menit -Suhu : 36°C -RR : 20x/menit	Nilai

		<p>c. Mempertahankan bedrest selama perdarahan</p> <p>d. Menganjurkan meningkatkan asupan makanan &amp; Vitamin K</p>	<p>Ds : pasien mengatakan bersedia mengikuti instruksi untuk bedrest</p> <p>Do : pasien tetap berada dibed</p> <p>Ds : pasien mengatakan bersedia untuk mengkonsumsi makanan dan vitamin K</p> <p>Do : pasien kooperatif</p>	
30-01-21 Dinas Malam	Nyeri Akut b.d Agen pencedera fisik d.d klien mengeluh	a. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kulit, intensitas	Ds : pasien mengatakan masih merasakan nyeri	Nilai

(21.15)	nyeri,tampak meringis,gelisah	<p>b. Mengidentifikasi skala nyeri</p> <p>c. Memberikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</p>	<p>perut bagian bawah</p> <p>Do : pasien tampak meringis kesakitan</p> <p>Ds : pasien mengatakan skala nyeri 5 karena nyeri benar-benar mengganggu</p> <p>Do : pasien tampak meringis kesakitan,gelisah</p> <p>Ds : pasien mengatakan bersedia diberikan teknik non farmakologis untuk menurangi rasa nyeri</p> <p>Do : pasien tampak sedikit lebih tenang</p>	
---------	-------------------------------	---	--	--

		d. Mengajarkan teknik non farmakologis ( Tarik Nafas dalam)	Ds : klien mengatakan bersedia diajari oleh Mahasiswa,yaitu teknik untuk mengurangi nyeri Do : klien mengikuti teknik tarik nafas dalam	
31-01-21 (06.15)	Ansietas b.d krisis situasional d.d merasa khawatir dengan kondisi yang dialami,tampak gelisah dan tegang	a. Memonitor tanda-tanda ansietas b. Menganjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien	Ds :klien merasakan cemas menurun Do : klien sedikit lebih tenang  Ds : klien mengatakan suami tetap menemani di Ruangan Do : suami berada disamping klien  Ds : klien ingin	Nilai

		<p>c. Melatih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan</p> <p>d. Menganjurkan mengambil posisi nyaman</p> <p>e. Mendemonstrasikan &amp; Latih tarik nafas dalam</p>	<p>berlatih untuk mengurangi ketegangan</p> <p>Do : klien memejamkan mata dan rileks</p> <p>Ds : klien mengatakan posisinya sudah nyaman</p> <p>Do : klien tampak nyaman</p> <p>Ds : klien mengatakan paham ketika dilatih tarik nafas dalam</p> <p>Do : klien mengikuti latihan tarik nafas dalam</p>	
(06.30)	Risiko Perdarahan d.d komplikasi	a. Memonitor tanda dan gejala perdarahan	Ds :klien mengatakan darah keluar dari	Nilai

	kehamilan	<p>b. Memonitor TTV</p> <p>c. Mempertahankan bedrest selama perdarahan</p>	<p>jalan lahir</p> <p>Do : pembalut klien terdapat darah berwarna merah disertai sedikit gumpalan</p> <p>Ds : klien mengatakan bersedia untuk dipantau tanda-tanda vitalnya</p> <p>Do:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Tekanan darah : 108/70mmHg</li> <li>- Nadi : 68x/menit</li> <li>-Suhu : 36,4°C</li> <li>-RR : 20x/menit</li> </ul> <p>Ds : klien mengatakan bersedia mengikuti instruksi untuk bedrest</p> <p>Do : klien tetap</p>	
--	-----------	--	---	--



			berada dibed	
		d. Mengajukan meningkatkan asupan makanan & Vitamin K	Ds : klien mengatakan bersedia untuk mengkonsumsi makanan dan vitamin K Do : klien kooperatif	
31-01-21 Dinas Pagi (10.00)	Nyeri Akut b.d Agen pencedera fisik d.d klien mengeluh nyeri,tampak meringis,gelisah	a. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kulit, intensitas	Ds : klien mengatakan nyeri perut bagian bawah berkurang Do : klien sedikit menahan nyeri	Nilai
		b. Mengidentifikasi skala nyeri	Ds : klien mengatakan skala nyeri berkurang menjadi 4 Do : klien sedikit merasa	

			nyeri,nyeri hilang timbul	
		c. Memberikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri	Ds : klien mengatakan bersedia diberikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri Do : klien tampak sedikit lebih tenang dari sebelumnya	
		d. Mengajarkan teknik non farmakologis ( Tarik Nafas dalam)	Ds : klien mengatakan bersedia diajari oleh Mahasiswa,yaitu teknik untuk mengurangi nyeri Do : klien mengikuti teknik tarik nafas	

			dalam	
(10.30)	<p>Ansietas b.d krisis situasional d.d merasa khawatir dengan kondisi yang dialami,tampak gelisah dan tegang</p>	<p>a. Memonitor tanda- tanda ansietas</p> <p>b. Menganjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien</p> <p>c. Melatih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan</p>	<p>Ds : klien mengatakan sudah tidak cemas,klien siap dilakukan kuret</p> <p>Do : klien terlihat lebih tenang</p> <p>Ds : klien mengatakan suami tetap menemani di Ruangan</p> <p>Do : suami berada disamping klien</p> <p>Ds : klien ingin berlatih untuk mengurangi ketegangan</p> <p>Do : klien memejamkan mata dan rileks</p>	Nilai

		<p>d. Mengajukan mengambil posisi nyaman</p>	<p>Ds : klien mengatakan posisinya sudah nyaman</p> <p>Do : klien tampak nyaman</p>	
		<p>e. Mendemonstrasikan &amp; Latih tarik nafas dalam</p>	<p>Ds : klien mengatakan paham ketika dilatih tarik nafas dalam</p> <p>Do : klien mengikuti latihan tarik nafas dalam</p>	
(10.55)		<p>a. Memonitor tanda dan gejala perdarahan</p>	<p>Ds :klien mengatakan darah keluar dari jalan lahir</p> <p>Do : pembalut klien terdapat darah berwarna merah disertai sedikit gumpalan</p>	Nilai

		<p>b. Memonitor TTV</p>	<p>Ds : klien mengatakan bersedia untuk dipantau tanda-tanda vitalnya</p> <p>Do:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Tekanan darah : 100/70mmHg</li> <li>- Nadi : 80x/menit</li> <li>-Suhu : 37°C</li> <li>-RR : 20x/menit</li> </ul>	
		<p>c. Mempertahankan bedrest selama perdarahan</p>	<p>Ds : klien mengatakan bersedia mengikuti instruksi untuk bedrest</p> <p>Do : klien tetap berada dibed</p>	
		<p>d. menganjurkan</p>	<p>Ds : klien berkeinginan untuk mengkonsumsi</p>	

		meningkatkan asupan makanan & Vitamin K	makanan dan vitamin K Do : klien kooperatif	
--	--	---	--	--

### F. Evaluasi

Tgl/ jam	Diagnosa keperawatan	Catatan perkembangan	TTD
30-01- 21 (14.30)	Nyeri akut b.d agen pencedera fisik	S : klien mengatakan nyeri perut bagian bawah -P : nyeri perut -Q : seperti diremas -remas -R : perut bagian bawah -S: 5 -T : nyeri yang dirasakan hilang timbul O : klien tampak meringis kesakitan, gelisah A : masalah belum teratasi P : lanjutkan intervensi	Nila
30-01- 21 (15.00)	Ansietas b.d krisis situasional	S : klien mengatakan cemas dengan kondisi yang dialami O : klien tampak tegang, dan gelisah A : Masalah belum teratasi P : lanjutkan intervensi	Nila

30-01-21 (15.30)	Resiko perdarahan d.d komplikasi kehamilan	S : klien mengatakan keluar darah dari jalan lahir O : klien menggunakan pembalut terdapat darah disertai gumpalan -Tekanan darah : 106/78mmHg - Nadi : 78x/menit -Suhu : 36°C -RR : 20x/menit A : masalah belum teratasi P : lanjutkan intervensi	Nilai
30-01-21 (21.15)	Nyeri akut b.d agen pencedera fisik	S : klien mengatakan masih merasakan nyeri perut bagian bawah P : nyeri perut -Q : seperti diremas -remas -R : perut bagian bawah -S: 5 -T : nyeri yang dirasakan hilang timbul O : klien tampak meringis kesakitan, gelisah A : masalah belum teratasi P : lanjutkan intervensi	Nilai
31-01-21 (06.15)	Ansietas b.d krisis situasional	S :klien merasakan cemas menurun O: klien sedikit lebih tenang A : masalah teratasi sebagian, masih dalam proses pencapaian tujuan P : lanjutkan intervensi	Nilai
31-01-21	Resiko perdarahan	S :klien mengatakan darah keluar dari jalan lahir	Nilai

(06.30)	d.d komplikasi kehamilan	O : klien menggunakan pembalut terdapat darah disertai sedikit gumpalan -Tekanan darah : 108/70mmHg - Nadi : 68x/menit -Suhu : 36,4°C -RR : 20x/menit A : masalah belum teratasi P : lanjutkan intervensi	
31-01-21 (10.00)	Nyeri akut b.d agen pencedera fisik	S : klien mengatakan nyeri perut bagian bawah berkurang P : nyeri perut -Q : seperti diremas -remas -R : perut bagian bawah -S: 4 -T : nyeri yang dirasakan hilang timbul O: klien sedikit menahan nyeri,gelisah menurun. A: masalah teratasi sebagian,proses pencapaian tujuan P : lanjutkan intervensi, ditambah dengan kolaborasi pemberian analgetik	Nilai
31-01-21 (10.30)	Ansietas b.d krisis situasional	S : klien mengatakan sudah tidak cemas,klien siap dilakukan tindakan kuret O : klien terlihat gelisah dan tegang menurun,lebih tenang dan rileks A : masalah teratasi P : hentikan intervensi	Nilai



31-01-21 (10.55)	Resiko perdarahan d.d komplikasi kehamilan	<p>S : klien mengatakan darah keluar dari jalan lahir</p> <p>O: pembalut klien terdapat darah berwarna merah dan disertai sedikit gumpalan</p> <p>- Tekanan darah : 100/70mmHg</p> <p>- Nadi : 80x/menit</p> <p>-Suhu : 37°C</p> <p>-RR : 20x/menit</p> <p>A : masalah belum teratasi</p> <p>P : lanjutkan intervensi,ditambah dengan kolaborasi pemberian obat pengontrol perdarahan</p>	Nila
---------------------	--	---	------



