KARYA TULIS ILMIAH

ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. "V" DENGAN ABORTUS INKOMPLIT DI RUANG PERAWATAN ST. YOSEPH RUMAH SAKIT STELLA MARIS

DISUSUN OLEH:

AGUSTINA

E1514401002

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS

PROGRAM DIII KEPERAWATAN

MAKASSAR

2018

KARYA TULIS ILMIAH

ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. "V" DENGAN ABORTUS INKOMPLIT DI RUANG PERAWATAN ST. YOSEPH RUMAH SAKIT STELLA MARIS

DISUSUN OLEH:

AGUSTINA

E1514401002

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS

PROGRAM DIII KEPERAWATAN

MAKASSAR

2018

LEMBAR PERSETUJUAN

KARYA TULIS ILMIAH

Karya Tulis Ilmiah dengan judul " ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN NY "V" DENGAN ABORTUS INKOMPLIT Di RUANG PERAWATAN ST. YOSEPH II RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR" Telah disetujui oleh dosen pembimbing untuk diuji dan dipertanggungjawabkan di depan penguji.

Diajukan oleh :

Nama Mahasiswa : Agustina

NIM : E1514401002

Disetujui oleh :

Pembimbing I	Pembimbing II
(Matilda M.Paseno Ns.,M.Kes)	(Meyke Rosdiana, S.Kep.,Ns)
NIDN.0925107502	

Mengetahui,

Wakil Ketua I Bidang Akademik

(Henny Pongantung, Ns.,MSN)

NIDN : 0912106501

LEMBAR PENGESAHAN

PROGRAM D III KEPERAWATAN
STIK STELLA MARIS

Karya Tulis Ilmiah dengan judul " ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN NY "V" DENGAN ABORTUS INKOMPLIT Di RUANG PERAWATAN ST. YOSEPH II RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR" Telah di pertanggungjawabkan dan telah diuji dihadapan Tim Penguji yang dilaksanakan pada tanggal :

Hari/ Tanggal : Jumat 8 Juni 2018
Pukul : 12.30 – 13.15
Tempat : Kampus STIK Stella Maris Makassar

TIM PENGUJI :

1. Rosdewi, SKp.,MSN :

2. Penina Matheos,S.,ST :

3. Matilda M. Paseno, S.Kep.,Ns.,M.Kes :

Mengetahui
Ketua STIK Stella Maris

(Siprianus Abdu, S.Si.,Ns.,M.Kes)
NIDN : 0928027101

RIWAYT HIDUP

I. Identitas Pribadi

Nama	: Agustina
Tempat/Tanggal Lahir	: Sepang, 13 agustus 1997
Jenis Kelamin	: Perempuan
Agama	: Kristen Protestan
Alamat	: Jln. Rajawali lr.29

II. Identitas Orang Tua

Ayah/Ibu	: Tadius/ Levina
Agama	: Kristen Protestan
Pekerjaaan	: Petani/ IRT
Alamat	: Mamasa

III. Pendidikan Yang Ditempuh

SND. 029 Pongko	: Tahun 2003 – 2009
SMPN 1 Sesenapadang	: Tahun 2009 – 2012
SMKS Talenta Mamasa	: Tahun 2012 – 2015
STIK Stella Maris	: Tahun 2015 – 2018

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan Kehadirat Tuhan Yang Maha Esa atas berkat dan rahmat-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah dengan judul "ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY "V" DENGAN ABORTUS INKOMPLIT DI RUANG ST.YOSEPH II RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR".

Adapun maksud dan tujuan Karya Tulis Ilmiah ini disusun dalam rangka memenuhi persyaratan untuk dapat menyelesaikan studi pada ujian akhir bagi mahasiswa/i program DIII Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris. Dalam proses penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini, penulis banyak menemukan kesulitan dan hambatan namun berkat bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak serta kemauan, ketekunan, kesabaran penulis akhirnya Karya Tulis Ilmiah ini dapat terselesaikan tepat pada waktunya. Oleh karena itu pada kesempatan ini penulis ingin menyampaikan ucapan terimakasih yang sebesar – besarnya kepada :

1. Siprianus Abdu,S.Kep.,NS.,M.Kes, selaku Ketua STIK Stella Maris Makassar.
2. Dr. Thomas Soharto, selaku Direktur Rumah Sakit Stella Maris Makassar yang telah memberi izin melakukan praktek di Rumah Sakit Stella Maris Makassar yang berkenan memberi izin untuk melaksanakan praktek keperawatan di Rumah Sakit Stella Maris selama kurang lebih tiga tahun.
3. Henny Pongantung, Ns.,MSN, selaku Wakil Ketua I Bidang Akademik.
4. Mery Solon.,Ns.,M.Kes, selaku Ketua Program DIII Keperawatan STIK Stella Maris Makassar.
5. Matilda M.Paseno, Ns.,M.Kes, selaku Koordinator Praktek Program DIII Keperawatan STIK Stella Maris, sekaligus sebagai pembimbing I Karya Tulis Ilmiah.
6. Meyke Rosdiana, S.Kep.,Ns selaku pembimbing II Karya Tulis Ilmiah.

7. Kepada bagian, pembimbing klinik (CI) dan para pengawai di ruang perawatan ST. YOSEPH II Rumah Sakit Stella Maris Makassar yang telah membantu penulis dalam menyusun Karya Tulis Ilmiah ini.
8. Segenap Dosen dan Staf pengawai STIK Stella Maris yang telah membimbing, mendidik, dan memberi pengarahan selama penulis mengukuti pendidikan.
9. Kedua Orang Tua dan saudara/i, terima kasih atas dukungan dan doanya selama ini yang telah memberi semangat kepada penulis untuk menyelesaikan pendidikan dan penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
10. Teman – teman seangkatan 2015, terima kasih atas kekompakannya, bantuan, kritik, saran dan kerja sama yang baik dalam proses pngambilan kasus penyakit.

Penulis menyadari sepenuhnya Karya Tulis Ilmiah ini masih banyak kekurangan sehingga penulis sangat mengharapkan kritik dan saran dari semua pihak demi kesempurnaan Karya Tulis Ilmiah ini. Semoga Karya Tulis Ilmiah ini bermanfaat bagi penulis dan pembaca.

Makassar, Juni 2018

Agustina

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....i
HALAMAN JUDUL.....i
HALAMAN PENGESAHAN.....ii
RIWAYAT HIDUP.....iv
KATA PENGANTAR.....v
DAFTAR ISI.....vi
DAFTAR TABEL.....viii
BAB I PENDAHULUAN.....1
A. Latar Belakang.....1
B. Tujuan Penelitian.....3
C. Manfaat Penulisan.....3
D. Metode Penulisan.....4
E. Sistematika Penulisan.....5
BAB II TINJAUAN TEORITIS.....6
A. Konsep Dasar Medis.....6
1. Defenisi.....6
2. Klasifikasi Abortus.....6
3. Etiologi.....9
4. Patofisiologi.....11
5. Manifestasi Klinik.....12
6. Pemeriksaan Penunjang.....13
7. Komplikasi.....13
8. Penatalaksanaan Medic.....14
B. Konsep Dasar Keperawatan.....15
1. Pengkajian.....15
2. Diagnose Keperawatan.....17
3. Intervensi Keperawatan.....17
4. Discharge Planning.....22

BAB III TINJAUAN KASUS.....24
A. Pengamatan Kasus.....24
B. Pengkajian.....25
C. Analisa Data.....37
D. Diagnosa Keperawatan.....39
E. Intervensi Keperawatan.....40
F. Implementasi Keperawatan.....45
G. Evaluasi Keperawatan.....69
H. Daftar Obat.....75
BAB IV PEMBAHASAN KASUS.....79
A. Pengkajian.....79
B. Diagnosa Keperawatan.....81
C. Intervensi Keperawatan.....82
D. Implementasi Keperawatan.....83
E. Evaluasi Keperawatan.....85
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN.....86
A. Kesimpulan.....86
B. Saran.....88
DAFTAR PUSTAKA.....

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Riwayat Obstetri Yang Lalu.....25
Tabel 3.2 Analisa Data.....37
Tabel 3.3 Diagnosa Keperawatan.....39
Tabel 3.4 Rencana Keperawatan.....40
Tabel 3.5 Implementasi Keperawatan.....45
Tabel 3.6 Evaluasi Keperawatan.....69

18 – 24 bulan sebesar 13% dan jarak > 24 bulan sebesar 12,4 %.

Menurut Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) bahwa :"15-50%" kematian ibu disebabkan oleh abortus. Abortus berdampak perdarahan atau infeksi yang dapat menyebabkan kematian. Oleh karena itu, kematian ibu yang disebabkan abortus sering tidak dilaporkan dalam penyebab kematian ibu, tapi dilaporkan sebagai perdarahan atau sepsis. Dan berdasarkan studi WHO satu dari setiap empat kehamilan berakhir dengan abortus (BBC, 2016). Estimasi kejadian abortus tercatat oleh WHO sebanyak 40-50 juta, sama halnya dengan 125.000 abortus perhari. Hasil studi *Abortion Incidence and Service Avaibility in United States* pada tahun 2016 menyatakan tingkat abortus telah menurun secara signifikan sejak tahun 1990 di negara maju tapi tidak di negara berkembang (Sedgh G et al, 2016)..

Di Indonesia angka kematian ibu menurut Survey Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) pada tahun 2014 adalah sebesar 228 per 100.000 kelahiran hidup. Dari jumlah tersebut, kematian akibat abortus tercatat mencapai 30 persen. Angka ini telah mengalami penurunan namun belum mencapai target MDGs (*Millennium Development Goals*) sebesar 102 per 100.000 kelahiran hidup (BAPPENAS, 2011). Angka ini meningkat pada SDKI 2015 menjadi 359 per 100.000 kelahiran hidup. Angka tersebut masih belum sesuai dengan kesepakatan MDGs pada tahun 2015 yaitu 115 per 100.000 kelahiran hidup.

Menurut data dari MRO Rumah Sakit Stella Maris Makassar jumlah klien dengan abortus pada tahun 2015 adalah 80 orang (40,81%) pasien meninggal yakni 1 orang, pada tahun 2016 adalah 51 orang (26,02%), pada tahun 2017 adalah 65 orang (33,16%). Umur yang paling banyak masuk dengan abortus adalah umur 25-44 tahun.(Data MRO 2015 – 2017).

Berdasarkan jenisnya, abortus spontan dibagi menjadi abortus imminen, abortus insipien, abortus inkomplit, abortus komplit, missed

abortion dan abortus habitualis. Salah satu jenis abortus spontan yang menyebabkan terjadi pendarahan yang banyak adalah abortus inkomplit. Hal ini terjadi karena sebagian hasil konsepsi masih tertinggal di placenta. Sisa hasil konsepsi inilah yang harus segera ditangani agar tidak terjadi pendarahan yang lebih banyak karena jika tidak segera ditangani akan menyebabkan kematian.

Berdasarkan data diatas maka penulis tertarik untuk mengangkat kasus karya tulis ilmiah yang berjudul "Asuhan Keperawatan Pada Pasien Ny. "V" dengan ABORTUS INKOMPLIT DI RUANG PERAWATAN ST.YOSEPH II DI RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR".

B. Tujuan penulisan

1. Tujuan umum

   Mampu menerapkan asuhan keperawatan pada pasien abortus inkomplit

2. Tujuan khusus
   a. Melakukan pengkajian keperawatan pada obortus inkomplit.
   b. Merumuskan diagnosa pada pasien dengan abortus inkomplit.
   c. Menyusun rencana tindakan keperawatan pada pasien obortus inkomplit.
   d. Melaksanakan tindakan keperawatan berdasarkan intervensi keperawatan pada pasien absortus inkomplit.
   e. Melakukan evaluasi keperawatan pada pasien dengan abortus inkomplit

C. Manfaat penulisan

1. Rumah sakit

   Dapat menjadi bahan masukan untuk tenaga perawatan yang berkaitan dengan perawatan pada pasien abortus inkomplit

2. Institusi pendidikan

   Dapat digunakan sebagai sumber referensi bagi mahasiswa/ mahasiswi sekolah tinggi ilmu kesehatan stella maris untuk

memperoleh tambahan ilmu pengetahuan dan sumber informasi bagi mahasiswa dalam menerapkan keperawatan pada pasien obortus inkomplit

3. Keluarga pasien

   Dapat menambah pengetahuan keluarga dan pasien khususnya cara perawatan dan pencengahan terjadinya abortus inkomplit, serta keluarga ikut berpartisipasi dalam pendampingan dukungan spiritual bagi sang pasien.

4. Penulis

   Untuk menambah pengetahuan dan pengalaman nyata bagi penulis dan mengaplikasikan ilmu yang diperoleh selama pendidikan dan sebagai syarat pendidikan pada program DIII keperawatan.

D. Metode penulisan

Metode yang digunakan penulis dalam penulisan karya ilmiah ini adalah deskriptif dalam bentuk studi kasus yaitu:

1. Studi kepustakaan

   Memperoleh data dengan menggunakan berbagai macam referensi yang ada kaitannya dengan masalah yang dibahas dalam karya tulis ilmiah ini seperti buku, jurnal dan internet

2. Studi kasus

   Studi kasus ini menggunakan pendekatan proses keperawatan yang komprehensif meliputi: pengkajian, analisa data, penetapan diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan keperawatan dan evaluasi.

   Untuk menghimpun informasi dalam pengkajian data digunakan teknik:

   a. Observasi

      Pengalaman secara langsung kepada pasien selama perawatan

   b. Wawancara

      Mengadakan wawancara langsung kepada pasien dan keluarga

tentang penyakit yang dihadapi

c. Pemeriksaan fisik

Melakukan pemeriksaan langsung kepada pasien melalui inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi

E. Sistematika penulisan

Dalam penyusunan karya ilmiah ini disusun secara sistematis dalam 5 BAB yaitu : BAB I pendahuluan yang berisi tentang latar belakang, tujuan penulisan, manfaat penulisan, metode penulisan. BAB II yang terdiri dari konsep dasar medis, konsep dasar keperawatan, dalam konsep dasar keperawatan, dalam konsep dasar medis, membahas tentang pengertian, anatomi fisiologi, etiologi, patofisiologi, klasifikasi abortus inkomplit, manifestasi klinik, penatalaksanaan medis, test diagnostik dan komplikasi, konsep dasar keperawatan, membahas tentang pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi dan perencanaan pulang.

Pada BAB III pengamatan kasus menguraikan tentang pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi keperawatan, dan evaluasi serta daftar obat pasien.

BAB IV pembahasan antara tinjauan teoritis keperawatan dengan pengamatan kasus mulai dari pengkajin sampai dengan evaluasi, BAB V penutup yang berisi tentang kesimpulan dan keseluruhan pembahasan yang ada dalam karya ilmiah ini beserta saran yang dapat dianjurkan sebagai masukan yang dapat bermanfaat bagi tenaga kesehatan.

BAB I
PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Abortus merupakan salah satu masalah di dunia yang mempengaruhi kesehatan, kesakitan dan kematian ibu hamil. Abortus merupakan hasil kontrasepsi yang terjadi pada umur kehamilan < 20 minggu dan berat badan janin ≤ 500 gram. Dampak dari abortus bila tidak mendapat penanganan yang cepat dan tepat akan menambah angka kematian ibu yang disebabkan oleh komplikasi dari abortus yaitu dapat terjadi pendarahan, perforasi, infeksi dan syok (sujiyatini, 2009). Abortus dapat terjadi secara senggaja dan tidak senggaja. Abortus yang berlangsung tanpa tindakan di sebut abortus spontan, sedangkan abortus yang dilakukan dengan senggaja disebut abortus provokatus dan abortus yang berulang tiga kali secara berturut – turut disebut habilitualitas (Prawirahadjo, 2010).

Abortus bisa disebabkan oleh tiga faktor yaitu faktor maternal, faktor paternal dan faktor fetus (Mochtar, 2011). Faktor maternal dapat dibagi menjadi dua yaitu intrinsik meliputi umur ibu, tingkat pendidikan, jarak kehamilan, penyakit dan kelainan uterus dan faktor ekstrinsik meliputi status pekerjaan (Sinaga, 2012). Jarak kehamilan juga berperan menjadi salah satu faktor risiko yang dapat menyebabkan terjadinya abortus pada ibu hamil. Pada penelitian Maconochie dkk (2007) juga meneliti jarak kehamilan pada kasus abortus yaitu jarak kehamilan > 1 tahun sebesar 15%, jarak kehamilan 2 tahun sebesar 20% dan jarak kehamilan > 5 tahun sebesar 18%. Pada penelitian Battachaya dkk (2010) didapatkan jarak kehamilan pada ibu yang mengalami abortus, jarak < 6 bulan sebesar 10,3%, jarak 6 – 12 bulan sebesar 12,9%, jarak 12 – 18 bulan sebesar 12,5%, jarak

BAB II
TINJAUAN TEORITIS

A. KONSEP DASAR MEDIS

1. Pengertian

Abortus adalah berakhirnya kehamilan dengan pengeluaran hasil konsepsi sebelum janin dapat hidup diluar kandungan dengan usia gestasi kurang dari 20 minggu dan berat janin kurang dari 500 gram (Murray, 2012)

Abortus adalah berakhirnya suatu kehamilan (oleh akibat-akibat tertentu) pada atau sebelum kehamilan berusia 22 minggu atau buah kehamilan belum mampu untuk hidup di luar kandungan (Saifuddin,2010).

Abortus adalah berakhirnya kehamilan sebelum janin dapat hidup di luar kandungan dengan batasan kehamilan kurang dari 20 minggu atau berat janin kurang dari 500 gram.

2. Klasifikasi abortus

Klasifikasi abortus adalah sebagai berikut:

a. Abortus spontan

Abortus yang terjadi tanpa tindakan mekanis atau medis untuk mengosongkan uterus, maka abortus tersebut dinamai abortus spontan. Kata lain yang luas digunakan adalah keguguran (Miscarriage). Abortus spontan secara klinis dapat dibedakan antara abortus imminens, abortus insipiens, abortus inkompletus, abortus kompletus,missed abortion, abortus habilitualis, dan abortus septik.

1) Abortus immiens adalah peristiwa terjadiya pendarahan dari uterus pada kehamilan sebelum 20 minggu , saat hamil konsepsi masih dalam uterus tanpa adanya dilatasi serviks. Abortus inmminens dicurigai bila terdapat pengeluaran darah, atau pendarahan pervagina pada trimester pertama kehamilan. Suatu abortus imminens dapat atau tanpa disertai rasa mulas ringan, sama dengan menstruasi atau nyeri pinggang bawah. Perdarahan pada abortus imminens sering kali hanya sedikit namum berlangsung berlangsung beberapa hari atau minggu.
2) Abortus incipiens (keguguran berlangsung)
   Abortus insipiens adalah peristiwa pendarahan uterus pada kehamilan sebelum 20 minggu dengan hanya dilatasi serviks uterus yang meningkat tetapi hasil konsepsi masih dalam uterus. Dalam hal didapatkan rasa nyeri perut bagian bawah atau nyeri kolik uterus yang hebat.
3) Abortus inkompletus (keguguran tidak lengkap)
   Abortus inkompletus adalah pengeluaran hasil konsepsi pada kehamilan sebelum 20 minggu dengan masih adanya sisa yang tertinggal dalam uterus. Diagnosis abortus inkomplit apabila plasenta, seluruh atau sebagian, tertahan dalam uterus namun janin telah dilahirkan. Pendarahan biasanya menyertai abortus inkomplit dan dapat terjadi cukup berat pada kehamilan yang lebih lanjut. Embrio – janin dan plasenta cenderung dikeluarkan sekaligus pada abortus yang terjadi sebelum usia kehamilan 10 minggu.

4) Abortus kompletus

Pada abortus kompletus semua hasil konsepsi dikeluarkan. Pada penderita ditemukan pendarahan sedikit, ostium uteri telah menutup, dan uterus sudah banyak mengecil. Selain ini tidak ada lagi gejala kehamilan dan uji kehamilan menjadi negatif.

5) Missed abortion

Missed aborion adalah kematian janin berusia 20 minggu, tetapi janin mati itu tidak dikeluarkan selama 8 minggu atau lebih.

6) Abortus habitualis adalah abortus yang berulang dengan frekuensi lebih dari 3 kali. Pada umunya penderita tidak sukar hamil, tetapi kehamilannya berakhir sebelum 28 minggu.

7) Abortus septik adalah abortus infeksius berat disertai kuman atau toksin didalam peredaran darah atau peritoneum, infeksi dalam uterus atau sekitarnya dapat terjadi pada tiap abortus, tetapi biasanya ditemukan pada abortus inkompletus dan lebih sering ditemukan pada abortus buatan yang dikerjakan tanpa memperhatikan asepsis dan antisepsis.

b. Abortus provokatus

Abortus terinduksi adalah terminasi kehamilan secara medis atau bedah sebelum janin mampu hidup. Pada tahun 2000, total 857.475 abortus legal di laorkan ke centers for disiase control and prevention (2003). Sekitar 20% dari para wanita ini berusia 19 tahun atau kurang, dan sebagian besar berumur kurang dai 25 tahun, berkulit putih, dan belum menikah. Hampir 60% abortus terinduksi dilakukan sebelum usia genetasi 8

minggu, dan 88% sebelum minggu ke 12 kehamilan (Centers for Disease Control and prevention, 2000). Manuaba (2007), menambahkan abortus buatan adalah tindakan abortus yang disengaja dilakukan untuk menghilangkan kehamilan sebelum umur 28 minggu atau berat janin 500 gram. Abortus ini terbagi lagi menjadi:

1) Abortus teraupetik

   Abortus teraupetik ini adalah terminasi medis atau bedah suatu kehamilan sebelum janin dapat bertahan hidup untuk mencengah kecacatan yang berat atau permanen bagi ibu. Indikasi tindakan ini mencakup penyakit jantung persisten akibat dekompensasi jantung, penyakit vaskuler akibat hipertensi lanjut dan karsinoma invasif serviks.

2) Abortus krinimalis

   Abortus terjadi karena tindakan – tindakan yang tidak legal atau tidak berdasarkan indikasi medis

3) Unsafe aborsion

   Upaya untuk terminasi kehamilan muda dimana pelaksanaan tindakan tersebut tidak mempunyai cukup keahlian dan prosedur standar yang aman sehingga dapat membahayakan keselamatan jiwa pasien.

3. Etiologi

Faktor penyebab terjadinya abortus dibagi menjadi beberapa faktor yaitu :

a. Faktor pertumbuhan hasil konsepsi, kelainan pertumbuhan hasil konsepsi dapat menimbulkan kematian janin dan cacat bawaan yang dapat menyebabkan hasil konsepsi dikeluarkan, gangguan pertumbuhan hasil konsepsi dapat terjadi karena: faktor

kromosom terjadi sejak semula pertemuan kromosom, termasuk kromosam seks.

b. Faktor lingkungan endometrium terjadi karena endometrium belum siap untuk menerima implantasi hasil konsepsi. Selain itu juga karena gizi ibu yang kurang karena anemia atau terlalu pendeknya jarak kehamilan. Hal lain yang ikut mempengaruhi yaitu: pengaruh luar, infeksi endometrium, hasil konsepsi yang dipegaruhi oleh obat dan radiasi, faktor psikologis, kebiasaan ibu (merokok, alkohol, kecanduaan obat).
c. Kelainan plasenta

   Ada banyak hal yang mempengaruhi yaitu: infeksi pada plasenta, gangguan pembuluh darah, hipertensi.
d. Faktor maternal

   penyakit pada ibu penyakit infeksi seperti tifoid, malaria, pneumonia, sifilis
e. Trauma fisik pada ibu yang menyebabkan uterus berkontraksi , misalnya sangat terkejut, obat – obatan uterotonika, laparatomi, dan lain – lain. Dapat juga karena trauma langsung terhadap fenus : selapu janin rusak kerena trauma langsung karena instrumen , benda, obat – obatan.
f. Anemia
g. Penyakit menahun seperti hipertensi, penyakit ginjal, penyakit hati, dan diabetes melitus
h. Kelainan rahim
i. Usia ibu

   Usia juga dapat mempengaruhi kejadian abortus karena pada usia kurang dari 20 tahun belum matang alat reproduksi untuk hamil sehingga dapat merugikan kesehatan ibu maupun pertumbuhan dan perkembangan janin, sedangkan abortus yang

terjadi pada usia lebih dari 35 tahun disebabkan berkurangnya fungsi alat reproduksi, kelainan pada kromosom dan penyakit kronis.

j. Faktor janin

Menurut hertig dkk, pertumbuhan abnormal dari fenus sering menyebabkan abortus spontan. Menurut penyelidikan mereka, dari 1000 abortus spontan, maka 48,9% disebabkan karena ovum yang patologis; 3,2% disebabkan oleh kelainan letak embrio; dan 9,6% disebabkan oleh plasenta yang abnormal. Pada avum abnormal 6% diantaranya terdapat degenerasi hidatid vili.

Abortus spontan yang disebabkan oleh karena kelainan dari ovum berkurang kemungkinannya kalau kehamiln sudah lebih dari satu bulan, artinya makin muda kehamilan saat terjadi abortus makin besar kemungkinan disebabkan oleh kelainan ovum (50 – 80%).

k. Faktor paternal

Tidak banyak yang diketahui tentang faktor ayah dalam terjadinya abortus. Yang jelas, translokasi kromosom pada sperma dapat menyababkan abortus. Saat ini abnormalitas kromosom pada sperma berhubungan dengan abortus (carrel, 2003). Penyakit ayah: umur lanjut, penyakit kronis seperti TBC, anemia, dekompensasi kordis, malnutrisi, nefritis, keracunan (alkohol, nikotin), sinar rontgen, avitaminosis, (Mochtar, 2012)

4. Patofisiologi

Patofisiologi terjadinya abortus mulai dari terlepasnya sebagian atau seluruh jaringan plasenta, yang disebabkan perdarahan sehingga janin kekurangan nutrisi dan O2. Pengeluaran tersebut dapat terjadi spontan seluruhnya atau sebagian masih tertinggal, menyebabkan berbagai penyulit. Oleh karena itu abortus memberikan gejala umum sakit perut karena kontraksi rahim, terjadi

pendarahan, dan disertai pengeluaran atau seluruh atau sebagian hasil konsepsi.

Bentuk pendarahan bervariasi diantaranya: sedikit – sedikit dan berlangsung lama, sekaligus dalam jumlah besar dapat disertai gumpalan, akibat pendarahan dapat menimbulkan syok, nadi meningkat, tekanan darah menurun, tampak anemis dan daerah ujung (akral) dingin.

Pada kehamilan 14 minggu keatas, yang umumnya bila kantong ketuban pecah maka disusul dengan pengeluaran janin dan plasenta yang telah lengkap terbentuk. Perdarahan tidak banyak terjadi jika plasenta terlepas dengan lengkap.

5. Manifestasi klinik

   Adapun gejala – gejala dari abortus sebagai berikut:

   a. Tanda dan gejala abortus secara umum
      1) Wanita mengeluh perdarahan pervagina setelah mengalami haid terlambat juga sering terdapat rasa mulas dan keluhan nyeri pada perut bagian bawah.
      2) Tampak pucat, konjungtiva anemis
      3) Tanda syok bila perdarahan banyak
      4) Kontraksi uterus (+)
   b. Tanda dan gejala abortus inkomplit
      1) Perdarahan memanjang, sampai terjadi keadaan anemis.
      2) Perdarahan mendadak banyak menimbulkan keadaan gawat
      3) Terjadi infeksi ditandai suhu tinggi
      4) Dapat terjadi degenerasi ganas (kariokarsinoma)

6. Pemeriksaan penunjang
   a. Pemeriksaan USG (Ultrasonografi). Hal ini membantu dokter untuk memeriksa detak jantung janin dan menentukan apakah janin berkembang normal.
   b. Pemeriksaan darah. Jika mengalami keguguran, pengukuran hormon kehamilan, HCG beta, kadang – kadang bisa digunakan dalam menentukan apakah anda telah benar – benar melewati semua jaringan plasenta.
   c. Pemeriksaan jaringan. Jika telah melewati jaringan, dapat dikirim kelaboratorium untuk mengkomfirmasi bahwa keguguran telah terjadi dan bahwa gejala tidak berhubungan dengan penyebab lain dari perdarahan kehamilan.(Vicken Sepilian, 2008).
7. Komplikasi

   Komplikasi yang serius kebanyakan terjadi pada fase abortus yang tidak aman (unsafe abortion) walaupun kadang – kadang dijumpai juga pada abortus spontan. Komplikasi dapat berupa pendarahan, infeksi, syok akibat perdarahan dan infeksi sepsis.

   a. Perdarahan

      Perdarahan dapat diatasi dengan pengosongan uterus dari sisa – sisa hasil konsepsi dan jika perluh pemberian trasfusi darah. Kematian karena pendarahan dapat terjadi apabila pertolongan tidak diberikan pada waktunya.

   b. Perporasi

      Perporasi uterus pada curetase dapat terjadi terutama pada uterus dalam posisi hiperretrofleksi. Jika terjadi peristiwa ini penderita perlu diamati dengan teliti jika ada tanda bahaya, perlu segera dilakukan laparatomi, dan tergantung dari luas dan bentuk perporasi, penjahitan luka perporasi atau perlu histerektomi. Perporasi uterus pada abortus yang dikerjakan oleh seorang

awam menimbulkan persoalan gawat karena perlukaan uterus biasanya luas, mungkin pula terjadi pada kandung kemih atau usus. Dengan adanya dugaan atau kepastian terjadinya perporasi, laparatomi harus segera dilakukan untuk menentukan luasnya cedera, untuk selanjutnya mengambil tindakan – tindakan seperluhnya digunakan untuk mencegah komplikasi.

c. Infeksi

Infeksi dalam uterus dapat terjadi dalam setiap abortus tetapi biasanya didapatkan pada abortus inkomplet yang berkaitan erat dengan suatu abortus yang tidak aman (unsafe abortion).

d. Syok

Syok pada abortus bisa terjadi karena perdarahan (syok hemoragik) dan (syok endoseptik).

8. Penatalaksanaan Medik

a. Rujuk ke dr. SP.OG untuk penatalaksaan lanjutan

b. Bila ada tanda – tanda syok maka atasi dulu dengan pemberian cairan dan transfusi darah. Pemberian cairan pada penatalaksanaan syok hipovolemik :

1) Untuk memulikan status volume, pasang 2 jalur intavena, berikan 1 – 2 L Kristoloid seperti NACL 0,9% atau RL secara intavena selama 30 – 60 menit, sambil memantau tanda – tanda edema paru, dan teruskan pemberian cairan berdasarkan tanda vital.

2) Berikan komponen sel darah merah untuk mempertahankan hematokrit 30%

c. Keluarkan jaringan secepat mungkin dengan metode digital dan curetase.

d. Setelah itu berikan obat – obat uterotonika seperti metilergometrin maleat 3x1 tablet per hari selama 5 hari. Dan harus selalu dilakukan observasi pendarahan setelah dilakukan curetase.
e. Bila pasien demam, antibiotik broad spectrum diberikan sebelum curetase untuk mengurangi insiden postabortal endometritis dn PID. Sedangkan pada pasien yang tidak menunjukan gejala infeksi juga diberikan terapi profilasi antibiotik.

B. Konsep Dasar Keperawatan

Proses keperawatan adalah penerapan metode pemecahan masalah ilmiah kepada masalah – masalah kesehatan atau keperawatan secara sistemstis serta menilai hasilnya. Jadi proses keperawatan terdiri dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi.

1. Pengkajian
   a. Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan

      Biasanya wanita hamil akan memeriksakan dirinya ketika haidnya terjadi lambat sekurang – kurangnya satu bulan dan klien akan sering bertanya dan mencari informasi tentang bagaimana prosedur persalinan yang normal. Perlu dikaji apakah ibu perna mengkomsumsi minuman beralkohol, merokok dan substansi lain. Walaupun minum alkohol hanya sesekali tidak berbahaya, baik bagi ibu dan janin, sangat dianjurkan untuk tidak minum alkohol sama sekali.
   b. Pola Nutrisi dan Metabolik

      Jumlah tambahan kalori sangat dibutuhkan dan cairan pada masa ibu selesai aborsi. Karena ibu sempat kekurangan darah yang banyak. Maka dari itu untuk menghindari syok yang bisa saja semakin berat, maka kebutuhan nutrisi dan cairan sangat perlu diperhatikan.

c. Pola Eleminasi

Pada pola eleminasi pasien BAB satu kali perhari, konsistensi lunak, warna kuning bau khas feses.

d. Pola Aktivitas dan Latihan

Selama hamil pasien melakukan aktifitas mandiri, tetapi setelah diagnosa abortus, pasien bedrest selama beberapa hari, dan segala kebutuhan pasien dibantu oleh perawat dan keluarga.

e. Pola Tidur dan Istirahat

Tidak banyak perubahan yang signifikan, sebelum masuk rumah sakit , klien tidur 6 – 7 jam sehari, setelah masuk rumah sakit dan post kuretase klien tidur 5 – 6 jam sehari.

f. Pola persepsi sensori dan kognitif

Pada pengkajian awal dapat diketahui pendidikan pasien dan pemeriksaan selanjutnya, kelemahan pasien tidak banyak dipengaruhi penglihatan pasien.

g. Pola Persepsi dan Konsep Diri

Klien merasa sedih karena anak yang dikandungannya mengalami keguguran, padahal pasien ingin punya anak lagi.

h. Pola Peran dan Hubungan Sesama

Hubungan klien dengan keluarga baik dan hubungan klien dengan masyarakat juga baik.

i. Pola Reproduksi dan Seksualitas

Selama hamil melakukan hubungan seksual 1 – 2 minggu sekali, tetapi setelah diagnosa abortus, klien tidak melakukan hubungan seksual selama dalam perawatan dan pemulihan.

j. Mekanisme Koping dan Intoleransi Terhadap Stress

Jika ada masalah, klien selalu melakukan musyawara dengan suaminya dan keluarganya, pasien tidak mengambil keputusan sepihak.

k. Pola Sistem Nilai Kepercayaan

Klien beragama islam dan rajin beribadah dan hal ini sholat lima waktu.

2. Diagnosa Keperawatan
   a. Kekurangan volumen cairan berhubungan dengan pendarahan
   b. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan
   c. Nyeri akut berhubunan dengan kerusakan jaringan intra uteri
   d. Resiko infeksi dengan faktor resiko kondisi vulva lembab
   e. Ansietas berhubungan dengan kurangnya pengetahuan
   f. Resiko syok (hipofolemik) dengan faktor risiko perdarahan pervagina
3. Intervensi dan rasional
   a. Kekurangan volume cairan berhubungan dengan perdarahan

      Tujuan : Mempertahankan kesembangan volume cairan, intake dan output makan dan minum seimbang, dan monitor status hidrasi.

      Kriteria Hasil:

      1) Mempertahankan urine output sesuai dengan usia dan BB, BJ, urine normal, HT normal.
      2) Tekanan darah, nadi, suhu tubuh dalam batas normal.
      3) Tidak ada tanda dehidrasi, elastisitas turgor kulit baik, membrane mokosa lembab, tidak ada haus yang berlebihan

      Intervensi dan Rasional :

      1) Pertahankan catatan intake dan output yang akurat

         R : Catatan intake dan output yang baik dapat digunakan sebagai bahan pertimbangan medikasi tahap selanjutnya, agar tidak terjadi kelebihan maupun kekurangan cairan.

2) Monitor status hidrasi (kelembaban membrane mukosa, nadi adekuat, tekanan darah ortostatik), jika diperlukan

R : Dengan adanya status hidrasi diatas dapat berarti pasien masih mengalami dehidrasi yang berat.

3) Monitor Vital Sign

R : Sebagai kajian untuk mengetahui kajian umum pasien

4) Dorong masukan oral

R : Beri masukan oral sedikit tapi sering, agar kebutuhan cairan dan nutrisi dapat terpenuhi

5) Kolaborasi dokter pemberian cairan IV

R : Pemberian cairan IV sangat optimal membantu pemenuhan cairan tubuh.

b. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan, penurunan sirkulasi

Tujuan : Meningkatkan perawatan diri, aktivitas dapat ditoleransi dan manage energy

Kriteria Hasil :

1) Sirkulasi status baik
2) Mampu melakukan aktivitas sehari – hari (ADLs) secara mandiri
3) Tanda – tanda vital normal
4) Mampu berpindah: dengan atau tampa alat bantu

Intervensi dan Rasional

1) Kaji status sirkulasi

R : Dengan cara *finger prinf* dapat diketahui status sirkulasi pasien, sehingga perawat mampu menyesuaikan tindakan dengan hasil yang didapatkan.

2) Monitor Vital Sign

R : Sebagai kajian untuk mengetahui keadaan umum pasien

3) Bantu klien untuk mengidentifikasi aktivitas yang mampu dilakukan

R : Dapat memberi kesempatan pada klien dalam menentukan aktivitas mandiri dan aktivitas yang masih dibantu

4) Beri penguatan positif selama beraktivitas

R : Penguatan atau motivasi positif selama beraktivitas mampu menjadi penyemangat bagi klien dalam beraktifitas

c. Nyeri akut berhubungan dengan kerusakan jaringan intra uteri

Tujuan : Mengetahui tingkat nyeri, mengontrol nyeri, memberikan rasa nyaman.

Kriteria Hasil :

1) Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan teknik non farmakologi dalam mengurangi nyeri, mencari bantuan).
2) Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri.
3) Mampu mengenali skala nyeri (skala, intensitas, frekuensi, tanda nyeri).
4) Mengatakan rasa nyaman setelah yeri berkurang

Intervensi dan Rasional :

1) Kaji nyeri secara komprehensif

R : Menentukan skala nyeri, frekuensi, lokasi, kualitas, dan karakteristik nyeri.

2) Gunakan teknik komunikasi teraupetik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien

R : Dengan komunikasi teraupetik perawat mampu mengkajian kemampuan pasien dalam mengontrol nyeri

3) Ajarkan teknik non farmakologi

R : Dengan teknik relaksasi nafas dalam, pasien mampu mengurangi nyeri yang dirasakan

4) Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian medikasi analgesik

R : Pemberian medikasi analgesik merupakan pilihan paling baik dalam penanganan farmakologik

d. Resiko infeksi dengan faktor resiko kondisi vulva lembab

Tujuan : Mengetahui status imun, pengetahuan dalam mengontrol infeksi, mengontrol resiko yang akan terjadi

Kriteria hasil :

1) Klien bebas dari tanda dan gejala infeksi
2) Menunjukkan kemampuan untuk mencengah timbulnya infeksi
3) Jumlah leukosit dalam batas normal
4) Menunjukkan perilaku tetap sehat

Intervensi dan rasional :

1) Monitor tanda dan gejala infeksi sistemik dan lokal

R : Untuk mengetahui tanda dan gejala infeksi pada pasien dan sebagai bahan pengetahuan bagi keluarga dan pasien.

2) Monitor hasil WBC

R : Jika hasil laboratorium menunjukkan peningkatan WBC maka pasien masih mengalami infeksi.

3) Anjurkan cuci tangan sebelum dan sesudah melakukan kegiatan maupun tindakan keperawatan

R : Meguragi invasi bakteri baik dari perawat kepasien maupun dari pasien keperawat, dan dari pengunjung ke pasien

4) Beri perawatan kulit pada area vulva

R : Perawatan pada area infeksi dapat mengurangi penyebaran infeksi ke daerah lain.

5) Kolaborasi dokter dalam pemberian obat mengontrol dan mengurangi infeksi pada pasien.

e. Ansietas berhubungan dengan kurang pengetahuan

Tujuan : Menangani kecemasan secara mandiri, mengkaji tingkat kecemasan, mekanisme koping

Kriteria Hasil :

1) Klien mampu mengidentifikasi gejala cemas
2) Mengungkapkan teknik mengontrol cemas
3) Vital sign dalam batas normal
4) Mekanisme koping baik

Intervensi dan Rasional :

1) Gunakan pendekatan yang menyenangkan

R : Dengan pendekatan yang menyenangkan mampu menciptakan suasana yang tenang bagi pasien dan perawat

2) Temani pasien untuk memberi keamanan dan mengurangi takut

R : Dukungan penuh dengan sesering mungkin berada disamping pasien mampu mengurangi ketakutan yang dirasakan

3) Monitor vital sign

R : Jika dalam perasaan cemas maka nadi dan pernapasan sering kali meningkat

4) Dorong pasien mengungkapkan perasaan, ketakutan, persepsi

R :Perawat dengan muda mengidentifikasi penyebab kecemasan pasien dan mengidentifikasi gejala cemas

f. Resiko syok (hipofolemik) dengan faktor resiko perdarahan pervagina

Tujuan : Mencengah syok kelanjutan, manajemen syok

Kriteria hasil :

1) Tanda – tanda vital dalam batasan normal
2) Pemeriksaan laboratorium, Natrium, kalium dan klorida dalam batasan normal
3) Kalsium serum, magnesium dan PH darah dalam batas normal

Intervensi dan rasional :

1) Monitor status sirkulasi

R : Status sirkulasi yang baik menandakan syok berkurang

2) Pantau tanda vital

R : Nadi, nafas dan irama pernapasan dipertahankan dalam batas normal

3) Monitor tanda awal syok

R : Mengetahui lebih dini tanda syok sehingga dapat melakukan penanganan cepat dan tepat

4) Ajarkan keluarga mengenai tanda dan gejala syok

R : Selain mengajarkan mengenai tanda dan gejala, kita juga mengajarkan penanganan awal syok pada keluarga

5) Kolaborasi dokter dalam pemberian cairan yang tepat

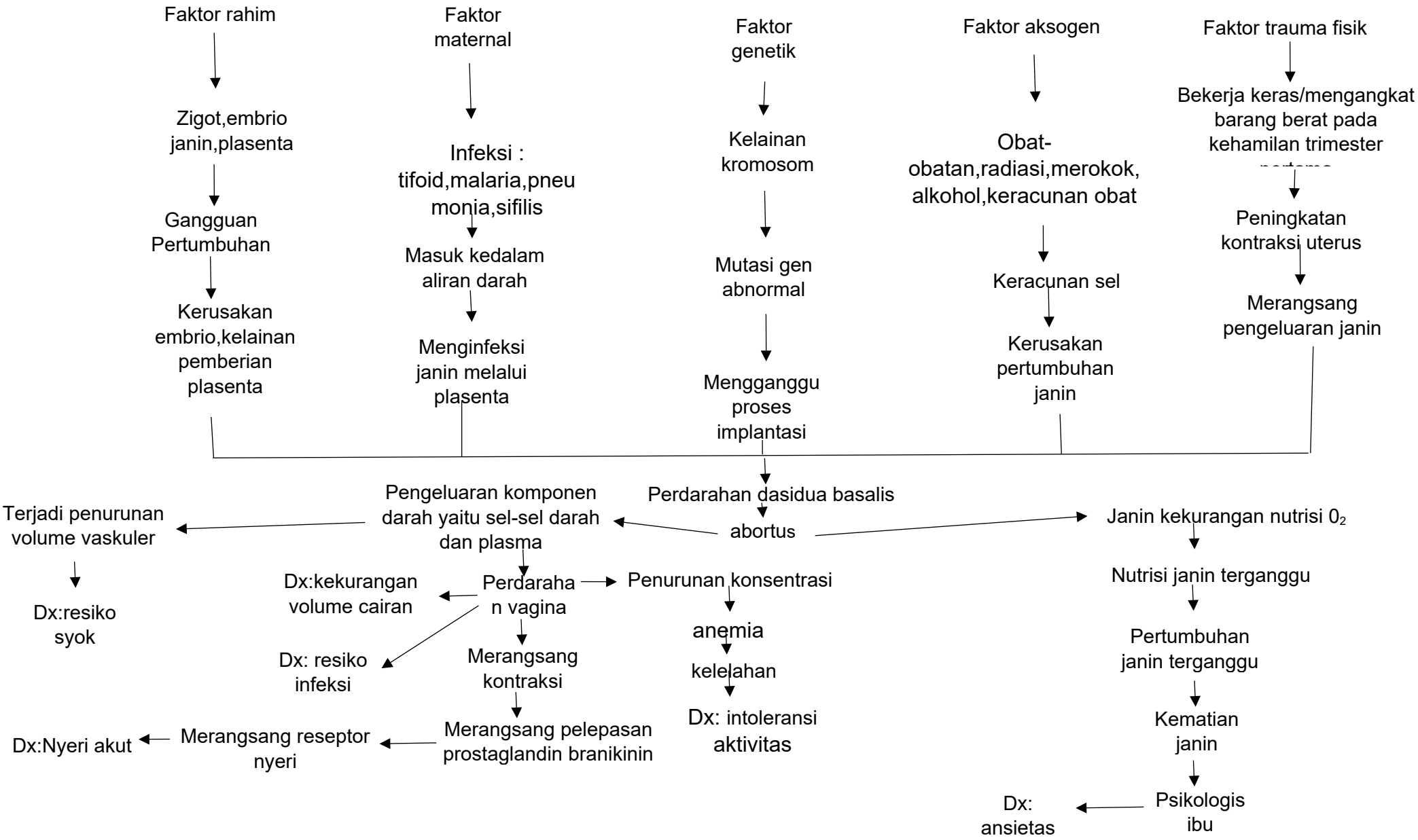
R : Pemberian cairan yang tepat mampu mengurangi syok berkelanjutan atau tidak memperparah syok.

4. Discharge planning

   Menurut Amin Huda Nurarif & Hardhi Kusuma (2015). Perencanaan lanjutan pada pasien abortus sebagai berikut :

   a. Dianjurkan, melakukan pemeriksaan TORCH (Cytomegalovirus, Toxoplasma, Rubella dan Herpes Virus)
   b. Dianjurkan memakai kontrasepsi
   c. Banyak istirahat – baring
   d. Mengkomsumsi makanan yang bergizi dan olaraga secara teratur
   e. Sampaikan informasi pada pasangan yang bersangkutan bahwa janin mati tak membahayakan kehidupan wanita tersebut sampai 3 minggu setelah kematian janin.
   f. Pemilihan cara persalinan apakah akan persalinan ditunggu secara spontan atau segera dilahiran dengan induksi persalinan harus dibahas dengan baik.
   g. Induksi persalinan dapat dilakukan dengan misoprostol 100 - 200µg 2dd 1 selama 2 hari
   h. Bila pasien menghendaki agar persalinan berlangsung secara spontan, maka harus sering dilakukan pemeriksaan faal hemostatis dan kadar fibrinogen.

PATOFLODIAGRAM



B. KAJIAN KEPERAWATAN ANTENATAL CARE

Nama mahasiswa yang mengkaji : Agustina Nim : E1514401002
Rumah Sakit : RS.STELLA MARIS
Tgl kunjungan(jam) :12-04-2018
Tgl pengkajian(jam) :12-04-2018

1. Identitas

a. Data Ibu(istri)

Nama ibu : Ny. V
Umur : 29 Tahun
Agama : Islam
Suku : Toraja
Pendidikan : SMP
Pekerjaan : IRT
Status perkawinan : Kawin
Perkawinan ke- : 1
Lama perkawinan : 10 Tahun
Alamat : Jl. Andalas

b. Data suami

Nama : Tn. F
Umur : 35 Tahun
Agama : Islam
Suku : Jawa
Pendidikan : SMA
Pekerjaan : Karyawan swasta
Status perkawinan : kawin
Perkawinan ke- : 1
Lama perkawinan : 10 Tahun
Alamat :Jl. Andalas

2. Riwayat Obstetri yang Lalu

No	Umur anak (tahun lahir)	Jenis kelamin	Usia kehamilan	Jenis persalinan	Penolong Persalinan	Tempat persalinan	Komplikasi persalinan	BBL/ PBL	Laktasi (ya/tdk)	Lama menyusu
1	?	-	2 bulan	Abortus	-	-	-	-	-	-
2	2012	L	9 Bulan	Bidan	Rs. Fatima	-	-	-	YA	7 bulan
3	2016	P	9 bulan	Dokter	Rs.Fatima	-	-	-	YA	9 bulan
4	2018	-	2 bulan	Dokter	Rs.Stella Maris	-	-	-	-	-

3. Riwayat obstetri saat ini
    a. Kunjungan ke : 1
    b. Alasan kunjungan : Klien mengatakan ada darah bergumpal-gumpal yang keluar dari jalan lahir.
    c. Keluhan : Pasien mengatakan keluar darah bergumpal-gumpal dari jalan lahir sejak satu hari yang lalu disertai nyeri diperut bagian bawah tembus belakang.
    d. Riwayat kehamilan : (G: IV P: II A: II)
        1) HPHT : 15 – 02 – 2018
        2) TP : 22 – 11 – 2018
        3) Usia kehamilan : ± 8 minggu
        4) Pergerakan janin pertama kali : Pasien mengatakan belum merasakan ada pergerakan janin.
        5) Kebiasaan saat hamil
            a) Makanan : Pasien mengatakan suka makan buah–buahan seperti buah mangga, jeruk dan apel.
            b) Obat – obatan : Pasien mengatakan selama hamil tidak pernah minum obat.
            c) Merokok : Pasien mengatakan selama hamil pasien tidak merokok
            d) Lain – lain : Pasien mengatakan suka minum minuman yang manis – manis seperti teh.
        6) Imunisasi TT : Belum pernah

4. Riwayat Reproduksi dan Genekologi
    a. Riwayat menstruasi
        1) Menarche : Pasien mengatakan haid pertama umur 11 tahun
        2) Siklus : Pasien mengatakan siklus haidnya 28 hari
        3) Lamanya : Pasien mengatakan haidnya 3 – 6 hari

4) Keluhan : Pasien mengatakan sering mengalami nyeri haid

b. Riwayat genekologi

1) Penyakit yang pernah diderita :

Pasien mengatakan pernah mengalami keguguran pada kehamilan pertama namun pasien mengatakan lupa waktunya

2) Keluhan : Keluar darah bergumpal – gumpal dari jalan lahir

c. Riwayat KB

1) Jenis KB yang pernah digunakan : KB suntik
2) Lamanya : 6 bulan
3) Keluhan : Pasien mengatakan 2 bulan tidak menstruasi
4) Terakhir menggunakan KB : Tahun 2012
5) Alasan berhenti : Pasien mengatakan tidak cocok karena haidnya tidak teratur

5. Pengkajian Pola Kesehatan

a) Pola Persepsi dan Pemeliharaan Kesehatan

1) Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan sebelum hamil kesehatan sangatlah penting karena itu pasien sering makan – makanan yang bergizi 3 kali sehari, pasien mengatakan jika sakit pasien membeli obat di apotik tetapi jika tidak ada perubahan pasien memeriksa kesehatannya kepuskesmas atau rumah sakit.

2) Keadaan saat hamil

Pasien mengatakan selama kehamilan yang ke 4 pasien belum pernah memeriksakan kehamilanya ke dokter maupun ke bidan, pasien mengatakan sejak 1 hari yang lalu darah keluar dari jalan lahir, pasien mengatakan darah yang keluar bergumpal – gumpal di sertai nyeri perut bagian bawah tembus belakang. Skala nyeri yang dirasakan pasien skala 7 seperti tertusuk – tusuk dirasakan 10 – 15 menit, pasien

mengatakan darah keluar dari jalan lahir dirasakan setelah mengangkat barang berat karena pindah rumah. Tampak ekspresi pasien meringis, tampak pasien memegang perut bagian bawah dan pinggangnya.

b) Pola Nutrisi dan Metabolik

1) Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan sebelum hamil pasien makan 3 kali sehari makan nasi, sayur, dan lauk biasanya menghabiskan 1 porsi makanan, pasien mengatakan minum ± 6 – 8 gelas/hari.

2) Keadaan saat hamil

Pasien mengatakan saat hamil pasien makan 3 kali sehari, pasien mengatakan suka makan buah – buahan, pasien mengatakan pola makan pasien masih sama saat belum hamil, pasien mengatakan minum ± 6 – 8 gelas/hari. Tampak pasien menghabiskan 1 porsi makanan dan minum ± 2 gelas air putih, tampak membran mukosa kering.

c) Pola Eleminasi

1) Keadaan sebelum hamil

Pasien mengatakan ia BAK ± 3–7 kali/hari berwarna kuning pekat berbau khas amoniak ± 1000 cc/hari, pasien mengatakan BAB lancar 1–2 kali sehari dengan konsistensi padat berwarna kecoklatan, pasien mengatakan tidak ada masalah pada saat BAB dan BAK.

2) Keadaan saat hamil

Pasien mengatakan pada saat hamil ia sering BAK kurang lebih 6–9 kali/ hari berwarna kuning berbau amoniak ± 400 cc/hari, pasien mengatakan BAB lancar 1–2 kali/hari berwarna kecoklatan dengan konsistensi padat. Pasien mengatakan

sejak keluar darah dari jalan lahir ia merasa nyeri pada saat BAK.

d) Pola Aktivitas dan Latihan

1) Keadaan sebelum hamil

Pasien mengatakan pasien seorang ibu rumah tangga, pasien mengatakan setiap harinya pasien mengurus anak dan suaminya dan melakukan pekerjaan seperti mencuci, menyapu, dan memasak.

2) Keadaan saat hamil

Pasien mengatakan selama hamil tugasnya sebagai ibu rumah tangga masih dijalankan setiap harinya, pasien mengatakan 2 hari terakhir ini pasien sering megangkat barang berat karena pasien pindah rumah, pasien mengatakan selama ada darah keluar dari jalan lahir pasien tidak beraktivitas.

e) Pola Tidur dan Istrahat

1) Keadaan sebelum hamil

Paien mengatakan pola tidur dan istrahatnya baik, pasien mengatakan tidur siang biasanya 1 jam dari jam 13.00 – 14.00 WITA dan tidur malam biasanya dari pukul 20.00–05.00 WITA.

2) Keadaan saat hamil

Pasien mengatakan selama hamil pola tidur dan istrahatnya baik, pasien mengatakan tidur siang biasanya 2 jam dari pukul 13.00 – 15.00 WITA dan tidur malam dari pukul 20.00 – 05.00 WITA, pasien mengatakan lebih banyak beristrahat karena sering merasa nyeri.

f) Pola Persepsi dan Kognitif

1) Keadaan sebelum hamil

Pasien mengatakan tidak megalami gangguan penglihatan dan pendengaran.

2) Keadaan saat hamil

Pasien mengatakan selama hamil tidak mengalami gangguan pendengaran dan penglihatan pasien mampu melihat tulisan dan nampu membaca papan nama perawat.

g) Pola Persepsi dan Konsep Diri

1) Keadaan sebelum hamil

Pasien mengatakan senang menjadi seorang istri bagi suaminya, pasien mengatakan senang menjadi ibu bagi anaknya dan melaksanakan tugasnya sebagai ibu rumah tangga dengan baik.

2) Keadaan saat sakit

Pasien mengatakan sejak sakit ia tidak lagi bekerja seperti biasanya megurus suami dan anaknya. Peran pasien digantikan oleh suaminya, pasien mengetahui kalau dia sedang hamil dan pasien sangat senang mengetahui kehamilannya, pasien mengatakan saat darah bergumpal – gumpal keluar dari jalan lahir pasien dan suaminya merasa ketakutan karena takut terjadi keguguran, pasien mengatakan merasa takut dan cemas ketika di putuskan untuk dikuret. Saat dikaji tampak ekspresi pasien kelihatan cemas, tampak pasien berkeringat, tampak pasien menagis, tampak wajah pasien tegang.

h) Pola Peran dan Hubungan dengan Sesama

1) Keadaan sebelum sakit

Pasien mengatakan tidak ada masalah dalam hubungannya, pasien mengatakan ramah dengan keluarga suaminya dan bersosialisasi dengan tetangga, di tempat pasien tinggal.

2) Keadaan saat hamil

Pasien mengatakan masih seperti keadaan sebelum ia hamil peran dan hubungannya dengan orang lain baik, pasien mengatakan sering kumpul-kumpul dengan tetangganya.

i) Pola Reproduksi dan Seksualitas

1) Keadaan sebelum hamil

Pasien mengatakan pertama kali haid pada usia 11 tahun, pasien mengatakan siklus haidnya 28 hari dan lama haidnya 3 – 6 hari,pasien mengatakan setiap menstruasi pasien merasa nyeri perut.

2) Keadaan sejak sakit

Pasien mengatakan selama hamil minggu kedua pasien mengalami keputihan selama 5 hari, saat di kaji pasien mengatakan ada darah keluar dari jalan lahir disertai gumpalan – gumpalan disertai lendir sejak 1 hari yang lalu disertai nyeri perut bagian bawah seperti tertusuk – tusuk. Tampak ada darah keluar dari jalan lahir, tampak darah yang keluar bergumpal – gumpal disertai lendir.

j) Pola Mekanisme Koping dan Intoleransi terhadap stress

1) Keadaan sebelum hamil

Pasien mengatakan setiap ada masalah pasien sealu bercerita kepada suaminya untuk mencari solusinya. Pasien mengatakan tidak pernah menyimpan masalahnya sendiri karena selalu berbagi kepada suaminya.

2) Keadaan saat hamil

Pasien mengatakan selama hamil ia selalu mengontrol emosinya karena pasien tau akan berpengaruh buruk untuk janinnya. Pasien mengatakan selalu berbagi masalah kepada suaminya. Pasien mengatakan selama darah keluar dari jalan lahir pasien merasa cemas dan takut.

k) Pola Sistem dan Nilai Keperayaan

1) Keadaan sebelum hamil

Pasien mengatakan ia beragama muslim, pasien mengatakan jarang sholat karena sibuk mengurus pekerjaan rumah.

2) Keadaan saat hamil

Pasien mengatakan sejak keluar darah dari jalan lahir pasien tidak pernah sholat, pasien mengatakan tidak bisa sholat karena merasa nyeri perut bagian bawah

6. Pemeriksaan Fisik

a. Pemeriksaan Tanda – Tanda Vital

1) Tekanan darah : 100 / 70 Mmhg
2) Denyut nadi : 80 x / menit
3) Pernapasan : 20 x / menit
4) Suhu tubuh : 36,5 ºC

b. Berat Badan / Tinggi Badan

1) Berat badan sebelum hamil : 45 kg
2) Berat badan sekarang : 45 kg
3) Kenaikan berat badan : -

c. Pemeriksaan Fisik

1) Kepala : Tidak ada benjolan, tampak bersih
2) Finger print : Kembali dalam 3 detik
3) Wajah : Tampak pucat

4) Mata : Pupil isokor kiri dan kanan,tampak cekung, tampak kantong mata berwarna hitam
   Palpebra : Tidak ada udema
   Sclera : Tidak ikterik
   Konjungtiva : Tidak tampak anemik
   Tekanan intra okuler : Kiri dan kanan sama
5) Hidung : Tidak ada sekret, septum simetris
6) Teliga :Membran timpani utuh dan menghasilkan cahaya, tidak ada alat bantu.
7) Mulut : Tampak mulut bersih dan tidak ada gigi palsu
   Leher : Tidak ada pembesaran dan tidak ada kaku kuduk
8) Dada : Tampak payudara bagian kiri dan kanan semetris
9) Abdomen :Tampak datar
   Palpasi adbomen dengan leopold
   Leopold I : Tidak dilakukan
   Leopold II : Tidak dilakukan
   Leopold III : Tidak dilakukan
   Leopold Iv : Tidak dilakukan
   Punctum maximum : Tidak dilakukan
   DJJ : Tidak dilakukan
10) Genetalia : Tampak kotor, tampak pasien menggunakan pembalut.
11) Anus : Tampak kotor
12) Punggung
   Bentuk tulang belakang :Tidak ada kelainan tulang belakang
   Nyeri ketuk ginjal : Tidak ada nyeri ketuk ginjal

7. Data Medik

a. Diagnosa Medik : Abortus Inkomplit

b. Keluhan utama :

Keluar darah dari jalan lahir sejak 1 hari yang lalu di sertai nyeri

c. Riwayat keluhan utama

Pasien mengatakan darah keluar dari jalan lahir dirasakan setelah pasien mengangkat barang berat karena pindah rumah. Pasien mengatakan sejak 1 hari yang lalu ada darah keluar dari jalan lahir, Pasien mengatakan darah yang keluar bergumpal – gumpal disertai lendir. Pasien mengatakan nyeri perut bagian bawah tembus kebelakang, nyeri yang dirasakan skala 7 seperti tertusuk – tusuk sekitar 10 – 15 menit.

d. Pemeriksaan diagnostik

1) Pemeriksaan USG *abdomen*

Kesan : Masih tampak sisa jaringan konsepsi pada cavum uteri (abortus inkomplit). Cairan bebas pada cavum douglasi, DD: PID.

2) Pemeriksaan Laboratorium

Nama/ umur : Ny. V/ 29 tahun

Rungan/ kamar : St. Yoseph II/ 2012

Parameter	Hasil	Flags	Satuan	Nilai normal
WBC	17.2	+	10^3/uL	[4.8 – 10.8]
RBC	3.9	-	10^3/uL	[4.7 – 6.1]
HGB	11.4	-	g/dl	[14 – 18]
HCT	31.00	-	%	[42 – 5]
MCV	80.3		fL	[80 – 99]
MCH	29.5		pg	[27 – 31]
MCHC	37		g/dL	[33 – 37]
PLT	235		10^3/uL	[150 – 450]
RDW – CV	12.0		%	[11.5 – 14.5]
PDW	9.1		fL	[9 – 13]
MPV	8.1		fL	[7.2 – 11.1]
P – LCR	10.9	-	%	[15 – 25]
NEUT %	82.9	+	%	[40 – 74]
LYM %	10.1	-	%	[19 – 48]
MXD %	7.0		%	[4 - 18]
NEUT #	14.3	+	10^3/uL	[1.5 – 7]
LYM #	1.7		10^3/uL	[1 – 3.7]
MXD #	1.2		10^3/uL	[0 – 1.2]

e. Terapi

1) Cairan RL 500 cc 28 tetes/ menit
2) Cefriaxone 1 gram/ 12 jam/ bolus IV
3) Bledstop 125 mg/3x1/ oral
4) Alprazolam 0,5 mg/ oral (pemberian satu kali)
5) Profenid supp 2x2/ rektal

Tanda Tangan Mahasiswa Yang Mengkaji

(Agustina)

C. ANALISA DATA

Nama / umur : Ny. V / 29 tahun

Ruangan/ kamar : St. Yoseph II/ 2012

NO	DATA	PENYEBAB	MASALAH
1	DS: - Pasien mengatakan darah keluar dari jalan lahir dialami sejak 1 hari yang lalu - Pasien mengatakan bergumpal – gumpal disertai lendir - Pasien mengatakan merasa pusing DO: - Tampak ada darah keluar dari jalan lahir - Tampak darah yang keluar bergumpal – gumpal di sertai lendir - Tampak pasien menggunakan pembalut - Tampak membran mukosa kering - Finger print kembali > 3 detik - TTV TD : 100/70 mmhg N : 80 x/menit S : 36.5 ºC P : 20 x/ menit - HGB 11.4 mg/dl	Faktor resiko kehilangan cairan aktif	Resiko kekurangan volume cairan

2	DS: - Pasien mengatakan nyeri perut bagian bawah tembus belakang - Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan seperti tertusuk – tusuk dengan skala nyeri 7 (berat) dirasakan 10 -15 menit DO: - Tampak pasien meringis kesakitan - Tampak pasien memegang perut bagian bawah dan pinggangnya - hasil USG: Kesan : masih tampak sisa jaringan konsepsi pada cavum uteri (abortus inkomplit) cairan bebas pada cavum douglasi, DD : PID	Agens cedera biologis	Akut akut
3	DS: - Pasien mengatakan sejak satu hari yang lalu darah keluar dari jalan lahir pasien merasa ketakutan karena takut keguguran - Pasien merasa takut dan cemas ketika diputuskan untuk diberikan tindakan kuret - Pasien mengatakan ada riwayat abortus pada kehamilan pertama DO: - Tampak ekspresi pasien saat dikaji kelihatan cemas - Tampak pasien berkeringat - Tampak pasien menagis - Tampak wajah pasien tegang	Perubahan besar (status kesehatan)	Ansietas

D. DIAGNOSA KEPERAWATAN

Nama / umur : Ny. V / 29 tahun

Ruangan/ kamar : St. Yoseph II/ 2012

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN
I	Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera biologis
II	Resiko kekurangan volume cairan dengan faktor resiko kehilangan cairan aktif
III	Ansietas berhubungan dengan perubahan besar (status kesehatan)

E. RENCANA KEPERAWATAN

Nama / umur : Ny. V / 29 tahun

Ruangan / kamar : St. Yoseph2 / 2012

TANGGAL	DIAGNOSA KEPERAWATAN	NURSING OUTCAMES CLASSIFICATION (NOC)	NURSING INTERVENSIONS CLASSIFIKATION (NIC)
12 – 04 – 2018	Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis ditandai dengan DS : - Pasien mengatakan nyeri perut bagian bawah tembus belakang - Pasien mengatakan nyeri dengan skala 7 seperti tertusuk – tusuk dirasakan 10 -15 menit DO: - Tampak pasien meringis kesakitan - Tampak pasien memegang perut bagian bawah dan pinggangnya	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan nyeri akut pasien dapat berkurang dengan kriteria hasil : Kontrol Nyeri : - Mengenal nyeri terjadi dipertahankan pada skala 4 (sering menunjukan) ditingkatkan ke skala 3 (kadang – kadang menunjukkan) - Menggambarkan faktor penyebab dipertahankan pada skala 4 (sering menunjukkan) ditingkatkan ke sksla 3 (kadang-	1. Manajemen nyeri - Lakukan pengkajian nyeri komprehensif yang meliputi lokasi, karakteristik, onset/ durasi, frekuensi, kualitas, intensitas atau beratnya nyeri dan faktor pencetus - Ajarkan teknik non farmakologi (seperti, relaksasi tarik napas dalam) - Dukung istirahat tidur yang adekuat untuk membantu penurunan nyeri 2. Monitor tanda – tanda vital (2210) - Monitor tekanan darah, nadi, suhu, dan status pernafasan dengan tepat

	- Tampak hasil USG: Kesan: masih tampak sisi jaringan kontrasepsi pada cavum uteri (abortus inkomplit) cairan bebas pada cavum douglasi, DD : PID	kadang menunjukkan) - Menggunakan tindakan pengurangan (nyeri) tanpa analgesik dipertahankan pada skala 4 (sering menunjukan) ditingkatkan ke skala 3 (kadang – kadang menunjukkan) - Menggunakan analgesik yang direkomendasikan dipertahankan pada skala 4 (sering menunjukan) ditingkatkan ke skala 3 (kadang – kadang menunjukan) - Melaporkan nyeri yang terkontrol dipertahankan pada skala 4 (sering menunjukkan) ditingkatkan ke skala 3 (kadang – kadang menunjukkan)	3. Pemberian Analgesik - Tentukan lokasi, karakteristik, kualitas dan keparahan nyeri sebelum mengobati pasien - Berikan analgesik sesuai waktu paruhnya, terutama pada nyeri yang berat
12 – 04 - 2018	Risiko kekurangan volume cairan dengan faktor resiko kehilangan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam	1. Monitor cairan - Tentukan faktor – faktor resiko yang

	cairan aktif DS : - Pasien mengatakan darah keluar dari jalan lahir - Pasien mengatakan darah bergumpal – gumpal disertai lendir sejak satu hari yang lalu DO: - Tampak ada darah keluar dari jalan lahir - Tampak darah yang keluar bergumpal – gumpal di sertai lendir - Tampak pasien menggunakan pembalut - Tampak membran mukosa kering - HGB 11.4 - Finger print kembali > 3 detik - TTV :	diharapkan resiko kekurangan volume cairan dapat teratasi dengan kriteria hasil : Keparahan kehilangan darah: - Tekanan darah dipertahankan pada skala 3 (cukup terganggu) ditingkatkan ke skala 4 (sedikit terganggu) - Kelembapan membran mukosa dipertahankan pada skala 3 (cukup terganggu) ditingkatkan ke skala 4 (sedikit terganggu) - Keseimbangan intake dan output dalam 24 jam dipertahankan pada skala 3 (cukup terganggu) ditingkatkan keskala 4 (sedikit terganggu)	mungkin menyebabkan ketidakseimbangan cairan - Monitor asupan dan pengeluaran 2. Manajemen cairan - Monitor tanda – tanda vital - Jaga intake / asupan yang adekuat dan catat output [pasien] - Dukung pasien dan keluarga untuk membantu dalam pemberian makan dengan baik - Berikan terapi IV, seperti yang ditentukan

12 – 04 – 2018	TD : 100 / 70 Mmhg N : 80 x/menit S : 36.5ºC P : 20 x/ menit Ansietas berhubungan dengan perubahan besar (status kesehatan) ditandai dengan : DS: - Pasien mengatakan sejak satu hari yang lalu darah keluar dari jalan lahir pasien merasa ketakutan karena takut keguguran - Pasien merasa takut dan cemas ketika diputuskan untuk diberikan tindakan kuret DO: - Tampak ekspresi pasien saat dikaji kelihatan cemas - Tampak pasien berkeringat	Setelah diberikan tinndakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan ansietas pasien dapat teratasi dengan kriteria hasil : Tingkat kecemasan : - Perasaan gelisa dipertahankan pada skala 2 (cukup berat) ditingkatkan ke skala 4 (ringan) - Rasa takut yang di sampaikan secara lisan dipertahankan pada skala 2 (cukup berat) ditingkatkan ke skala 4 (ringan) - Cemas disampaikan secara lisan dipertahankan pada skala 3 (sedang) ditingkatkan ke skala 4 (ringan)	1. Pengurangan kecemasan - Kaji tingkat kecemasan - Monitor tanda – tanda vital - Dorong keluarga untuk mendampingi klien - Bantu klien megidentifikasi situasi yang memicu kecemasan - Berikan informasi factual terkait diagnosis, perawatan, dan pragnosis 2. Teknik menenangkan - Intruksikan klien untuk menggunakan metode mengurangi kecemasan (misalnya, teknik nafas dalam, distraksi, visualisasi, meditasi, relaksasi otot progressif, dan mendengarkan musik dengan lembut)

	- Tampak pasien menagis - Tampak wajah pasien tegang	Tingkat rasa takut : - Berkeringat dipertahankan pada skala 2 (cukup berat) ditingkatkan ke skala 4 (ringan) - Wajah tegang dipertahankan pada skala 2 berat (cukup berat) ditingkatkan ke skala 4 (ringan) - Menagis dipertahankan pada skala 2 (cukup berat) ditingkatkan ke skala 4 (ringan) - Ketakutan dipertahankan pada skala 2 (cukup berat) ditingkatkan ke skala 4 (ringan)	jika diperluhkan - Berikan obat anti kecemasan jika diperluhkan

F. IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Nama / umur : Ny. V/ 29 tahun

Ruangan / kamar : ST. Yoseph II / 2012

TANGGAL	DP	WAKTU	IMPLEMENTASI KEPERAWATAN	NAMA PERAWAT
12 – 04 - 2018	I	07.00	Melakukan pengkajian nyeri komprehensif yang meliputi lokasi, karakteristik, onset/ durasi, frekuensi, kualitas, intensitas atau beratnya nyeri dan faktor pencetus H/ : - Pasien mengatakan nyeri perut bagian bawah tembus belakang - Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan berada pada skala 7 seperti tertusuk – tusuk dirasakan 10 – 15 menit - Tampak pasien meringis kesakitan	Agustina
	I	07.15	Megajarkan teknik non farmakologi (seperti, relaksasi nafas dalam) H/ : Tampak pasien melakukan apa yang diajarkan perawat	Agustina

	II	07.25	Menentukan faktor–faktor resiko yang mungkin menyebabkan ketidakseimbangan cairan H/ : Pasien mengatakan keluar darah dari jalan lahir bergumpal – gumpal sejak satu hari yang lalu kurang lebih 100 cc dan pasien sudah BAK ± 200 cc	Agustina
	II	08.00	Memberikan terapi IV, seperti yang telah di tentukan H/ : - Mengganti cairan RL 500 cc (28 tetes/ menit - Cairan masuk 500 cc	Agustina
	II	08.15	Memonitor asupan cairan H/ : Tampak pasien minum air putih 200 cc	Agustina & bidan M
	II	09.00	Memonitor output cairan H/ : - Pasien mengatakan sudah buang air kecil ± 200 cc - Tampak darah keluar dari jalan lahir bergumpal – gumpan	Agustina

			dan berwarna kehitaman	
	I,II,III	09.15	Mengobservasi tanda – tanda vital H/ : - TD : 110 /70 mmHg - N : 80 X / menit - S : 36,5 ºC - P : 20 x/ menit	Agustina
	III	09. 35	Mengkaji tingkat kecemasan H/ : - Tampak pasien gelisah - Tampak ekspresi pasien cemas	Agustina
	I	10.00	Kolaborasi dalam pemberian obat analgesik H/ : Profenid supp 2 /ekstra/rektal	Agustina
	I	10.15	Mendukung istrahat tidur yang adekuat untuk membantu penurunan nyeri H/ : Tampak pasien tidur	Agustina
	I,III	11.00	Mengajarkan teknik non farmakologi (seperti, relaksasi nafas dalam) H/ : Tampak pasien melakukan	Agustina

			teknik napas dalam	
	II	11.15	Memonitor asupan dan pengeluaran H/ : - Pasien mengatakan sudah buang air kecil ± 100 cc - Pasien mengatakan sudah minum air putih 200 cc	Agustina
	II	11.30	Mendukung pasien dan keluarga untuk membantu dalam pemberian makan dengan baik H/ : - Tampak keluarga pasien membantu dalam pemberian makanan - Tampak pasien menghabiskan makanan ½ makanan yang disedikan, air putih 100 cc	Agustina
	II	12.15	Memonitor intake cairan H/ : Sisa cairan 100 cc Mendorong keluarga untuk mendampingi klien	Agustina

	II	12.35	H/ : Tampak keluarga selalu berada disamping pasien	Agustina
	III	13.00	Membantu klien megidentifikasi situasi yang memicu kecemasan H/ : - Pasien mengatakan takut dan cemas untuk dilakukan tindakan curet - Tampak ekspresi pasien cemas	Agustina
	I	13.15	Mendukung istrahat tidur yang adekuat untuk membantu penurunan nyeri H/ : Tampak pasien tidur	Agustina
	I	13.35	Mengkaji tingkat kecemasan H/ : - Tampak pasien gelisah - Tampak ekspresi pasien cemas	Agustina
	II	14.00	Memberikan terapi IV, seperti yang telah di tentukan H/ : - Cairan RL 500 cc (28 tetes/menit - Cairan masuk 500 cc	Agustina

	II	14.15	Menentukan faktor – faktor resiko yang mungkin menyebabkan ketidakseimbangan cairan H/ : - Klien mengatakan keluar darah besgumpal – gumpal dari jalan lahir - Tampak darah keluar ± 100 cc dan menggumpal berwarna kehitaman dan berbau	Peronika
	I	14.35	Melakukan pengkajian nyeri komprehensif yang meliputi lokasi, karakteristik, onset/ durasi, frekuensi, kualitas, intensitas atau beratnya nyeri dan faktor pencetus H/ : - Pasien mengatakan nyeri perut tembus belakang Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan skala 7 seperti tertusuk – tusuk dirasakan selama 10 -15 menit - Tampak pasien meringis kesakitan	Peronika

			Memberikan informasi factual terkait diagnosis, perawatan, dan pragnosis H/ :	
	III	14.45	Pasien mengerti dan memahami tentang penyakit dan tindakan yang akan dilakukan yaitu tindakan curet	peronika
			Memonitor intke cairan H/ :	
	II	15.00	Pasien mengatakan sudah minum air putih ± 100 cc	Peronika
			Memonitor output cairan H/ :	
	II	15.30	Pasien mengatakan sudah buang air kecil kurang lebih ± 100 cc	Peronika
			Mengobservasi tanda – tanda vital H/ :	
	I, II, III	16.00	- TD : 110/ 70 mmHg - N : 80 x/ menit - S : 36,2 ºC - P : 20 x/ menit	Peronika
			Melakukan pengkajian nyeri komprehensif yang meliputi lokasi, karakteristik, onset/	
	I	16.15	durasi, frekuensi, kualitas, intensitas atau beratnya nyeri dan faktor pencetus	Peronika

			H/ : - Pasien mengatakan masih nyeri perut bagian bawah tembus belakang - Pasien mengatakan nyeri dirasakan skala 7 seperti tertusuk – tusuk - Tampak pasien meringis kesakitan Membantu klien megidentifikasi situasi yang memicu kecemasan	
	I,III	16.35	H/ : Pasien mengatakan lebih takut lagi ketika diputuskan untuk dilakukan tindakan curet Meginstruksikan pasien untuk menggunakan teknik relaksasi	Peronika
	II	16.45	H/ : Tampak melakukan teknik relaksi Memonitor asupan dan pengeluaran	Peronika
	II	17.00	H/ : Klien mengatakan sudah buang air kecil ± 200 cc Mengobservasi tanda – tanda vital	Peronika

	I,II,III	17.15	H/: - TD :110/ 80 mmHg - N : 79 x/ menit - S : 36,5 º C - P : 22 x/ menit Memberikan informasi factual terkait diagnosis, perawatan, dan pragnosis	Peronika
	III	17. 50	H/ : Pasien mengatakan mengerti dan memahami tentang penyakit dan tindakan yang akan dilakukan, tindakan curet	Peronika
	III	18.00	Melakukan pengkajian nyeri komprehensif yang meliputi lokasi, karakteristik, onset/ durasi, frekuensi, kualitas, intensitas atau beratnya nyeri dan faktor pencetus H/ : - Pasien mengatakan masih nyeri pada perut bagian bawah tenbus belakang - Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan skala 7 seperti tertusuk – tusuk dirasakan 10-15 menit Mengkaji tingkat kecemasan	Peronika

	I	18.15	H/ : - Tampak ekspresi pasien cemas - Tampak pasien kelitahan gelisah Menginstruksikan pasien untuk menggunakan teknik relaksasi	Peronika
	I,III	18.20	H/ : Tampak pasien melakukan apa yang diajarkan perawat Dukung pasien dan keluarga untuk membantu dalam pemberian makan dengan baik	Peronika
	II	19.00	H/ : Tampak pasien menghabiskan makanan ½ yang di sediakan dan teh hangat 100 cc Memantau cairan masuk H/ : Sisa cairan RL ± 150 cc	Peronika
	II	19.30	Memonitor output cairan H/ :	Peronika
	II	19.30	- Pasien mengatakan keluar darah bergumpal – gumpal dari jalan lahir di sertai lendir ± 50 cc - Pasien mengatakan	Peronika

	III	20.00	sudah BAK ± 200 cc Memberikan terapi IV, seperti yang ditentukan H/ : - Cairan RL 500 cc (28 tetes/ menit) - Cairan masuk 150 cc	Peronika
	II	20.30	Mendorong keluarga untuk mendampigi klien H/ : Tampak keluarga berada disamping klien	Peronika
	III	21.00	Membantu klien megidentifikasi situasi yang memicu kecemasan H/ : - Pasien mengatakan merasa takut dan cemas ketika di putuskan untuk diberikan tindakan curet - Tampak pasien merasa cemas Megobservasi tanda – tanda vital H/ : - TD : 110 / 70 mmHg - N : 80 x/ menit	Peronika

	I,III	21.30	- P : 20 x/ menit - S : 38 ºC Menganjurkan pasien untuk beristirahat H/ : Tampak pasien tidur	Peronika
	I	22.00	Memberikan terapi IV, seperti yang ditentukan H/ : - Cairan RL 500 cc (28 tetes/ menit)	Yolanda
	II	02.00	- Cairan masuk 500 cc	Yolanda
	I	05.00	Melakukan pengkajian nyeri komprehensif yang meliputi lokasi, karakteristik, onset/ durasi, frekuensi, kualitas, intensitas atau beratnya nyeri dan faktor pencetus H/ : - Pasien mengatakan masih nyeri pada perut bagian bawah tenbus belakang - Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan skala 6 seperti tertusuk – tusuk dirasakan 10-15 menit megobservasi tanda – tanda	Yolanda

	I,II,III	05.30	vital H/: - TD : 110/ 70 mmHg - N : 80 x/menit - S : 37,4 ºC - P : 20 x/menit	Yolanda
	I	06.00	Melakukan pengkajian nyeri komprehensif yang meliputi lokasi, karakteristik, onset/ durasi, frekuensi, kualitas, intensitas atau beratnya nyeri dan faktor pencetus H/ : - Pasien mengatakan masih nyeri pada perut bagian bawah tenbus belakang - Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan skala 6 seperti tertusuk – tusuk dirasakan 10-15 menit	Yolanda
	II	06.30	MenJaga intake/asupan yang adekuat dan catat output [pasien] H/ : CM : Cairan infus : 2000 cc Air putih : 400 cc Teh : 100 cc Jumlah : 2500 cc	Yolanda

			CK : Darah : 300 cc Urine : 1000 cc Jumlah :1300 cc Blance cairan CM – (CK + IWL) 2500 – (1300 + 675) = 2500 – 1975 = 525 cc	
13 – 04 - 2018	II	07.30	Memonitor output cairan H/ : - Pasien mengatakan darah masih keluar dari jalan lahir - Tampak darah keluar dari jalan lahir ± 100 cc	Agustina
	I	07.40	Melakukan pengkajian nyeri komprehensif yang meliputi lokasi, karakteristik, onset/ durasi, frekuensi, kualitas, intensitas atau beratnya nyeri dan faktor pencetus H/ : - Pasien mengatakan nyeri perut bagian bawah tembus belakang - Pasien mengatakan skala nyeri yang dirasakan berada pada skala 6 (sedang) seperti tertusuk – tusuk hilang timbul kurang	Agustina

			lebih 10 – 15 menit - Tampak pasien meringis kesakitan	
	III	07. 45	Mengkaji tingkat kecemasan H/ : - Tampak pasien cemas dan takut - Tampak pasien menangis	Agustina
	II	08.00	Memberikan terapi IV, seperti yang ditentukan H/ : - Cairan RL 500 cc (28 tetes/ menit) - Cairan yang masuk 500 cc	Agustina
	I,II,III	08.15	Mengobservasi tanda – tanda vital H/ : - TD 110 / 70 mmHg - N : 80 x/ menit - S : 36,2 ºC - P : 20 x/ menit	Agustina
	III	08.50	Membantu klien megidentifikasi situasi yang memicu kecemasan H/ : - Pasien mengatakan takut dan cemas	Agustina

			dilakukan tindakan kuret - Tampak ekspresi pasien cemas - Tampak pasien menangis - Tampak pasien gelisah	
	I,II,II	12. 30	Mengobservasi tanda – tanda H/ : - TD : 110 / 70 mmHg - N : 80x/ menit - S : 36,5 ºC - P : 20x/ menit	Agustina
	II	13.00	Memonitor cairan masuk dan keluar H/ : - Pasien mengatakan sudah BAK ± 200 cc - Pasien mengatakan masih ada darah keluar ± 50 cc	Agustina
	I	13.15	Pemberian obat H/: Cefriaxone 1 gram/12jam/ bolus IV	Agustina & bidan Ana
	I	13.35	Melakukan pengkajian nyeri komprehensif yang meliputi lokasi, karakteristik, onset/ durasi, frekuensi, kualitas,	Agustina

			intensitas atau beratnya H/ : - Pasien mengatakan masih sedikt nyeri pada perut bagian bawah dan pada vagina - Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan berada pada skala 4 – 6 (sedang) pasien mengatakan nyeri seperti tertusuk – tusuk	
	II	13.55	Menentukan faktor – faktor resiko yang mungkin menyebabkan ketidakseimbangan cairan H/ : - Pasien mengatakan masih ada darah keluar dari jalan lahir - Tampak masih ada darah yang keluar ± 30 cc - Tampak pasien menggunakan pembalut	Agustina
	II	14.00	Memberikan terapi IV, seperti yang ditentukan H/ : - Cairan RL 500 cc (28 tetes/ menit)	Kisma

			- Cairan masuk 500 cc Kolaborasi dalam pemberian obat analgesik H/ : Profenin supp 2/ekstra/rektal	
	II	14. 10	Mendukung istrahat tidur yang adekuat untuk membantu penurunan nyeri H/ :	Kisma
	I	14.15	Tampak pasien istrahat Menginstruksikan pasien untuk menggunakan teknik relaksasi H/ :	Kisma & Ana
	I,III	15.00	Tampak pasien melakukan teknik relaksasi Memonitor intake cairan H/ : Pasien mengatakan minum air putih ± 100 cc	Kisma
	II	15.30	Megobservasi tanda – tanda vital H/ : - TD : 110 / 80 mmHg	Kisma
	I II III	16.30	- N : 80x /menit - S : 36 , 5 ºC - P : 20 x / menit	Kisma

	II	16.30	Mendukung pasien dan keluarga untuk membantu dalam pemberian makan dengan baik H/ : Pasien mengatakan menghabiskan ½ bubur yng di sediakan dan air putih 1 gelas ± 100 cc	Kisma
	II	17.00	Memonitor asupan dan pengeluaran H/ : Klien mengatakan sudah buang air kecil ± 200 cc	Kisma
	II	17.15	Pemberian obat H/ : Bledstop 125 mg/ 3x1 (oral Memberikan terapi IV, seperti yang ditentukan H/ : - Cairan RL 500 cc (28 tetes/ menit) - Cairan masuk 500 cc	kisma
	II	20.15	Memonitor cairan yang keluar H/: Masih ada sisa – sisa darah yang keluar Mengobservsi tanda – tanda	Rinda

	I,II,III	21.00	vital H/ : - TD : 110/ 80 mmHg - N : 80 x/ menit - S : 36ºC - P : 22x/ menit Memonitor jumlah cairan yang keluar H/: Pasien mengatakan buang air kecil ± 200 cc	Rinda
	II	21.30	Melakukan pengkajian nyeri komprehensif yang meliputi lokasi, karakteristik, onset/ durasi, frekuensi, kualitas, intensitas atau beratnya nyeri dan faktor pencetus	Rinda
	I	22.00	H/ : - Pasien mngatakan nyeri perut bagian bawah mulai berkurang - Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan berada pada skala 6 seperti tertususk – tusuk - Tampak ekspresi pasien merigis Pemberian obat H/ :	Rinda

			Alprazolam 0,5 mg 1x pemberian/oral	
	II	22.10	Mengajarkan teknik non farmakolagi (relaksasi) H/ : Tampak pasien melakukan apa yang diajarkan perawat	Rinda & bidan Eta
	I,III	22.15	Pemberian obat H/: Cefriaxone 1 gram/12jam/bolus IV	Rinda
	II	01.00	Memberikan terapi IV, seperti yang ditentukan H/ : - Cairan RL 500 cc (28 tetes/ menit)	Rinda & Bidan Eta
	I III	02.00	- Cairan masuk 500 cc Memonitor asupan cairan H/ : Pasien mengatakan minum air putih 1 gelas ± 100 cc	Rinda
	II	05.00	Menjaga intake/asupan yang adekuat dan catat output [pasien] H/ :	Rinda
	II	06.00	CM : Cairan infus :2000 cc Air putih : 300 cc	Rinda

			Jumlah : 2200 cc CK Darah :180 cc Urin : 600 cc Jumlah : 680 cc Blance cairan CM – (CK + IWL) = 2200 – (780 + 675) =2200 – 1455 = 845 cc	
14 – 04 – 2018	II	07.00	Pemberian obat H/ : Bledstop 125 mg/ 3x1 (oral)	Agustina & bidan Kiki
	II	08.00	Memberikan terapi IV, seperti yang ditentukan H/ : - Cairan RL 500 (28 tetes/menit) - Cairan yang masuk 500 cc	Agustina
	I	08.15	Melakukan pengkajian nyeri komprehensif yang meliputi lokasi, karakteristik, onset/ durasi, frekuensi, kualitas, intensitas atau beratnya nyeri dan faktor pencetus H/ : - Pasien mengatakan masih sedikit merasakan nyeri perut bagian bawah dan vagina	Agustina

			- Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan seperti tertusuk- tusuk berada pada skala 2 (sedang) durasi 1–2 m - Tampak ekspresi wajah rileks	
	II	09.30	Memonitor caran yang keluar H/ : - Pasien mengatakan masih ada bercak – bercak darah yang keluar - Tampak masih ada bercak – bercak darah yang keluar - Tampak pasien menggunakan pembalut	Agustina
	I,II,III	09. 30	Mengobservasi tanda – tanda vital H/ : TD : 110 / 80 mmHg - N : 80x/ menit - S : 36,5 ºC - P : 20 x/ menit	Agustina
	III	10 .00	Mengkaji tingkat kecemasan H/ : - Pasien mengatakan masih sedikit cemas	Agustina

			karena takut hamil dan mengalami keguguran lagi - Tampak ekspresi pasien tidak tegang - Tampak ekspresi psien senyum	
	I II III	10.30	Mengobservasi tanda-tanda vital H/ : - TD : 110/ 80 mmHg - N : 80 x/menit - S : 36,5 ºC - P : 20 x/ menit	Agustina
	II	12.00	Pemberian obat H/: Bledstop 125 mg/ 3x1 (oral)	Agustina & Bidan Kiki
	II	12.15 13.00	Ceftriaxone 1 gram/12jam/bolus IV Pasien pulang	Agustina & bidan Kiki

G. EVALUASI KEPERAWATAN

Nama / umur : Ny. V / 29 tahun

Ruangan/ kamar : ST. Yosaph II/2012

TANGGAL	EVALUASI KEPERAWATAN	NAMA PERAWAT
12 – 04 –2018	DX : Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis S :	Agustina

	- Pasien mengatakan nyeri perut baian bawah tembus belakang - Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan skala 6 seperti tertusuk – tusuk dirasakan kurang lebih 10 – 15 menit O : - Tampak pasien meringis kesakitan - Tampak pasien memengang perut bagian bawah - Ttv TD : 110 / 70 mmHg N : 80x /menit S : 36ºC P : 20 x/ menit A : Nyeri masih dirasakan tapi sudah berkurang P : Lanjutkan intervensi - Lakukan pengkajian nyeri komprehensif yang meliputi lokasi, karakteristik, onset/ durasi, frekuensi, kualitas, intensitas atau beratnya nyeri dan faktor pencetus - Monitor tanda – tanda vital - Ajarkan teknik non farmakologi (seperti, relaksasi, terapi musik) - Kolaborasi dalam pemberian obat analgesik DX II : Resiko kekurangan volume cairan dengan faktor resiko kehilangan cairan aktif S : - Pasien mengatakan keluar darah bergumpal – gumpal dari jalan lahir - Pasien mengatakan kurang minum air putih hanya minum 4 – 5 gelas / hari	Agustina

	O : - Tampak ada darah keluar dari jalan lahir - Tampak darah yang keluar bergumpal – gumpal - Tampak pasien menggunkan pembalut - CM : Cairan infus : 2000 cc Air putih : 400 cc Teh : 100 cc Jumlah : 2500 cc CM : Darah : 300 cc Urine : 1000 cc Jumlah :1300 cc Blance cairan CM – (CK + IWL) 2500 – (1300 + 675) = 2500 – 1975 = 528 cc A : Resiko kekurangan volume cairan belum teratasi P : Lanjutkan intervensi - Tentukan faktor – faktor resiko yang mungkin menyebabkan ketidakseimbangan cairan - Monitor tanda – tanda vital - Monitor asupan dan pengeluaran - Jaga intake / asupan yang adekuat dan catat output [pasien] - Berikan terapi IV, seperti yang ditentukan DX III : Ansietas berhubungan dengan perubahan besar status kesehatan S : Pasien mengatakan lebih takut lagi ketika diputuskan untuk diberikan tindakan curet	Agustina

	O : Tampak pasien cemas dan takut A : Ansietas belum teratasi P : Lanjutkan intervensi - Monitor tanda – tanda vital - Bantu klien megidentifikasi situasi yang memicu kecemasan - Berikan obat anti kecemasan jika diperluhkan - Instruksikan pasien untuk melakukan teknik relaksasi	
13 – 04 –2018	Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis S : - pasien mengatakan nyeri perut bagian bawah dan berkurang - pasien mengatakan nyeri yang dirasakan skala 6 seperti tertusuk – tusuk dan dirasakan 6 – 10 menit O : - Tampak ekspresi pasien merigis - TTV TD : 110/80 mmHg N : 80 x/ i S : 36 ºC P : 20x/ i A : Nyeri masih dirasakan tapi sudah berkurang P : lanjutkan intervensi - Lakukan pengkajian nyeri komprehensif yang meliputi lokasi, karakteristik, onset/ durasi, frekuensi, kualitas, intensitas atau	Agustina

	beratnya nyeri dan faktor pencetus - Monitor tanda – tanda vital - Ajarkan teknik non farmakologi (seperti, relaksasi, terapi musik) - Kolaborasi dalam pemberian obat analgesik DX II : Resiko kekurangan volume cairan dengan faktor resiko kehilangan cairan aktif S : pasien mengatakan masih ada darah keluar dari jalan lahir O : - tampak masih ada darah yang keluar dari jalan lahir ± 30 cc - tampak pasien menggunakan pembalut - CM : Cairan infus :2000 cc Air putih : 300 cc Jumlah : 2300 cc CK Darah :180 cc Urin : 600 cc Jumlah : 690 cc Blance cairan CM – (CK + IWL) = 2300 – (780 + 675) =2300 – 1455 = 845 cc A : Resiko kekurangan volume cairan belum teratasi P : lanjutkan intervensi - Monitor tanda – tanda vital - Monitor asupan dan pengeluaran - Jaga intake / asupan yang adekuat dan catat output (pasien)	Agustina Agustina

	- Berikan terapi IV, seperti yang ditentukan DX III : ansietas berhubungan dengan perubahan besar status kesehatan S : Pasien mengatakan takut dan cemas untuk dilakukan kuret O : - Tampak pasien cemas - Tampak pasien gelisa - Tampak pasien menagis A : Ansietas belum teratasi P : Lanjutkan intervensi - Monitor tanda – tanda vital - Dorong keluarga untuk mendampingi klien - Bantu klien megidentifikasi situasi yang memicu kecemasan - Instruksikan pasien untuk menggunakan teknik relaksasi	
14 – 04 -2018	DX I : Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis S : Pasien mengatakan masih sedikit merasakan nyeri perut bagian bawah dan vagina Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan masih seperti tertusuk - tusuk berada pada skala 2 (ringan) dirasakan 1 – 2 menit O : Tampak ekspresi wajah rileks A : Nyeri masih dirasakan tapi nyeri sudah berkurang P : Stop intervensi DX II : Resiko kekurangan volume cairan dengan faktor resiko kehilangan cairan aktif S : Pasien mengatakan masih ada bercak–	Agustina Agustina

	bercak darah yang keluar O : - Tampak masih ada bercak – bercak darah yang keluar - Tampak pasien menggunakan pembalut A : Resiko kekurangan volume cairan teratasi P : stop intervensi DX III : ansietas berhubungan dengan perubahan besar status kesehatan S : Pasien mengatakan masih sedikit cemas karena takut hamil dan mengalami keguguran lagi O : - Tampak ekspresi pasien tidak tegang - Tampak ekspresi pasien senyum A : Ansietas teratasi P : stop intervensi	Agustina

H. DAFTAR PEMBERIAN OBAT

1. Ceftriaxone
   a. Klasifikasi / golongn obat : Antibiotik
   b. Dosis obat : 1 gram/12 jam
   c. Indikasi

Infeksi – infeksi berat yang disebabkan oleh bakteri gram positif maupun gram negatif yang resisten atau kebal terhadap antibiotika lain :

1) Infeksi saluran pernapasan
2) Infeksi saluran kemih
3) Infeksi gonore
4) Sepsis
5) Meningitis
6) Infeksi tulang atau jaringan lunak
7) Infeksi kulit

d. Kontaindikasi

1) Hipersensitif terhadap antibiotik *cephalosporin*
2) Hipersensifitas : hiperbilirubinemia neonatus, terutama mereka yang prematur. Neonatus <28 hari jika mereka menerima produk yang mengandung kalsium IV
3) Larutan intavena ceftriaxone mengandung lidokain
4) Kontraindikasi lidokain jika larutan lidokain digunakan sebagai per\larut dengan cefrtriaxone untuk injeksi intramuscular

e. Efek samping

1) Gangguan pencernaan : diare. Mual, muntah, stomatitis' glositis. Reaksi kulit : dermatiris, pruritis, urtikaria, edema, eritema multiforma, dan reaksi anafilaktik
2) Hematologi : eosinol,anemia hemolitik, trombositosis, leukopenia, granulositopenia.
3) Gangguan sistem syaraf pusat : sakit kepala
4) Efek samping lokal : iritasi akibat dari peradangan atau nyeri pada tempat yang diinjeksi.
5) Gangguan fungsi ginjal : untuk sementara terjadi peningkatan BUN
6) Gangguan fungsi hati

2. Blestop
   a. Klasifikasi / golongan obat : Alkoloid ergot semi sintesis
   b. Dasis : 125 mg/3x1/ oral
   c. Cara pemberian obat : Oral
   d. Mekanisme kerja dan cara fungsi obat

      Obat ini bekerja pada uterus menimbulkan kontraksi yang kuat efeknya lebih lama dari yang ditimbulkan oleh oksitosin dan juga dapat mengontrol pendarahan. Selain itu obat ini juga bekerja pada otot polos rahim secara langsung dapat meningkatkan tonus, frekuensi, amplitude dan ritme kontraksi rahim setelah melahirkan.
   e. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan adalah untuk mengontrol perdarahan yang terjadi pada pasien.
   f. Konta indikasi

      Wanita hamil, belum terjadi penurunan kepala tetapi persalinan telah memasuki stadium pertama dan kedua, hipertensi berat, toksemia hipersensitif, penyakit sumbatan pembuluh darah, sepsis, gangguan fungsi hati dan ginjal.
   g. Efek samping

      Hipertensi, mual muntah, sakit kepala, nyeri dada, dispnea, kram pada kaki, diare, dan gangguan serebrovaskular.
3. Alprazolam
   a. Klasifikasi / golongn obat : benzodiazepine
   b. Dosis : 0,5 mg/oral (pemberian satu kali)
   c. Indikasi
      1) Pengobatan gangguan kecemasan, termasuk gangguan cemas menyeluruh atau *generalized anxiety disorder* (GAD), gangguan cemas sosial atau *cocial anxiety disorder* (SAD)
      2) Pengobatan gangguan panik untuk pengobatan jangka panjang
      3) Mengobati mual – mual bahkan muntah akibat efek samping obat kemoterapi

4) Digunkan sebagai terapi kombinasi dalam pengobatan depresi
5) Mengatasi insomnia atau gangguan sulit tidur

d. Konta indikasi
1) Memiliki alergi atau reaksi hipersensitifas terhadap alprazolam, ataupun obat lain dalam golongan benzodiazepin, seperti librium, tranxene, valium, ativan, atau serax dan lain – lain.
2) Memiliki penyakit tertentu seperti glaukoma sudut sempit, *myasthenia gravis*, gangguan pernafasan, *sleep apnea sindrom*, gangguan fungsi hati dan ginjal berat, kondisi fobia dan obsesi, dan psikosis kronik.
3) Ibu menyusui dan juga ibu hamil terutama ibu hamil mudah trimester pertama
4) Anak – anak dan balita
5) Sedang menjalani pengobatan dengan obat anti jamur yang sedang mengandung *ketoconazole* dan atau i*traconazole*

e. Efek amping
1) Rasa ngantuk
2) Pusing atau melayang
3) Hipotensi atau tekanan darah rendah
4) Gangguan koordinasi dan keseimbangan
5) Kesulitan dalam berbicara
6) Meningkatkan gairah seksual

f. Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkuan adalah untuk mengontrok kecemasan pasien.

4. Profenid supp
1) Klasifikasi / golongan obat : Non Steroid Anti Inflamasi
2) Dosis : 2x2/rektal
3) Indikasi :

Untuk mengobati nyeri haid, radang sendi, osteoarthritis,perandangan pada tulang belakang, bengkk pada

sendi, perandangan setelah setelah cedera jaringan lunak, nyeri pencabutan gigi dan gout akut.

4) Mekanisme cara kerja obat : menghambat sintesis kimia menyebabkan rasa sakit
5) Alasan pemberian obat pada pasien yang bersangkutan :
   Pasien merasakan nyeri perut bagian bawah dengan skala 7
6) Kontra indikasi
   1) Ulkus peptikum aktif
   2) Riwayat ulkus peptikum berulang
   3) Dispepsia kronis/gangguan saluran cerna
   4) Asma atau alergi yang disebabkn oleh aspirin atau obat-obat anti radang non steroid
7) Efek samping
   1) Gangguan saluran pencernaan
   2) Sakit kepala
   3) Mengantuk
   4) Pusing
   5) Edema/bengkak

BAB III
TINJAUAN KASUS

A. Pengamatan Kasus

Pada tanggal 11 april 2018 jam 02.00 WITA, Ny. ‘V’ umur 29 tahun masuk RS. Stella Maris Makassar dengan diagnosa medik abortus incompletus. Klien mengatakan sejak 1 hari yang lalu keluar darah dari jalan lahir disertai gumpalan – gumpalan ± 150 cc disertai nyeri perut bagian bawah tembus belakang seperti tertusuk – tusuk sehingga keluarga memutuskan untuk membawah pasien ke RS untuk mendapatkan pertolongan.

Saat masuk RS Ny. ‘V’ langsung mendapat pertolongan infus RL 28 tetes per menit. Dan penulis langsung melakukan pengkajian. Saat dilakukan pengkajian didapatkan data keadaan umum tampak lemas, tampak sakit sedang, keadaan compos mentis, TD: 110/70 Mmhg, S: 36,5ºC (aksila), N: 80x/menit, P: 20x/ menit, dan dilakukan pemeriksaan Ultrasonografi pada tanggal 12 april 2018 jam 08.15 WITA, hasil USG: Masih tampak sisa jaringan konsepsi pada cavum uteri (abortus inkomplit). Cairan bebas pada cavum douglasi, DD: PID. Dilakukan curetase pada tanggal 13 april 2018 jam 10.00 WITA di ruang operasi. Obat yang diberikan selama di ruang operasi yaitu: oxytocin 1 amp, HGB: 11.4 gram/dl.

Dari data yang di dapatkan diatas maka diangkat diagnosa: nyeri akut berhubungan dengan agens cedera biologis, resiko kekurangan volume cairan dengan faktor resiko kehilangan volume cairan aktif, ansietas berhubungan dengan perubahan besar status kesehatan.

17.2 dan hasil pemeriksaan diagnostik USG didapatkan hasil Masih tampak sisa jaringan konsepsi pada cavum uteri (abortus inkomplit). Cairan bebas pada cavum douglasi, DD: PID.

Abortus dimulai dari terlepasnya sebagian atau seluruh jaringan plasenta, yang disebabkan perdarahan sehingga janin kekurangan nutrisi dan O2. Pengeluaran tersebut dapat terjadi spontan seluruhnya atau sebagian masih tertinggal. Oleh karena itu abortus memberikan gejala umum sakit perut karena kontraksi rahim yang merangsang pelepasan prostaglandin dan branikinin sehingga menimbulkan nyeri, sehingga terjadi perdarahan disertai pengeluaran atau seluruh atau sebagian hasil kontrasepsi. Bentuk perdarahan bervariasi : sedikit – sedikit berlangsung lama, sekaligus dalam jumlah besar yang disertai gumpalan, dan akibat dari pendarahan dapat menyebabkan syok,nadi meningkat, tekanan darah menurun, dan tampak anemis. Pada kehamilan ke 14 minggu keatas, umunya bila kantong ketuban pecah maka disusul dengan pengeluaran janin dengan pengeluaran janin dan plasenta yang telah lengkap terbentuk. Perdarahan tidak banyak jika plasenta terlepas dengan lengkap. Pada kasus Ny “V” juga ditemukan pasien mempunyai riwayat abortus sehingga menggangu psikologis ibu yang menyebabkan pasien merasa cemas.

Hasil pemeriksaan laboratorium juga didapatkan HGB dan HCT menurun disebabkan adanya perdarahan pevagina, dan WBC meningkat karena kemungkinan karena adanya infeksi ditandai dengan peningkatan suhu badan pada hari kedua di Rumah sakit. pemeriksaan USG didapatkan hasil Masih tampak sisa jaringan kontrasepsi pada cavum uteri (abortus inkomplit). Jika tidak segera dilakukan tindakan curetase maka akan terjadi pe ndarahan terus – menerus, anemia, kekurangan volume cairan dan dapat menyebabkan syok dan dapat terjadi infeksi pada rahim.

B. Diagnosa Keperawatan

Pada pengkajian penulis hanya mengangkat 3 diagnosa keperawatan berdasarkan manifestasi klinik yang di temukan pada pasien yaitu :

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis. Penulis mengangkat diagnosa sebagai prioritas karena didapatkan data – data dari pasien yaitu keadaan umum lemah, nyeri dengan skala 7 (nyeri berat) pada perut bagian bawah, dengan kualitas seperti tertusuk – tusuk, durasinya 10 – 15 menit yang menyebabkan pasien sulit beraktivitas.
2. Risiko kekurangan volume cairan dengan faktor resiko kehilangan cairan aktif. Penulis mengangkat diagnosa sebagai prioritas karena didapatkan data – data dari pasien yaitu terjadi pendarahan aktif dari jalan lahir berbentuk gumpalan darah, pasien juga kurang minum air putih 3 – 4 gelas perhari dan nafsu makan menurun.
3. Ansietas berhubungan dengan perubahan besar status kesehatan. Penulis mengangkat diagnosa sebagai prioritas karena di dapatkan data – data dari pasien yaitu pada anamneses pasien mengatakan takut ketika ada darah keluar dari jalan lahir, dan ketakutan bertambah ketika diinstruksikan akan dilakukan curete. Dari data objektif pasien tampak gelisah dan cemas pada saat dikaji.

Apabila dibandingkan dengan teori tahapan perumusan diagnosa ini terjadi kesenjangan yaitu dimana secara teoritis terdapat 6 diagnosa keperawatan yaitu : Kekurangan volumen cairan berhubungan dengan pendarahan, intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan, penurunan sirkulasi, nyeri akut berhubungan dengan kerusakan jaringan intra uteri, resiko infeksi berhubungan dengan kondisi vulva lembab, ansietas berhubungan dengan kurangnya pengetahuan, resiko syok (hipofolemik) berhubungan dengan perdarahan pervagina. Maka pada

kasus Ny “V" terdapat 3 diagnosa yang tidak diangkat oleh penulis dengan alasan bahwa pada saat pengkajian tidak ditemukan data yang mendukung untuk mengangkat diagnosa tersebut. Penulis tidak mengangkat diagnosa intoleransi aktivitas karena menurut penulis diagnosa ini tidak membahayakan nyawa pasien dan pada saat pengkajian pasien tampak lemah dan masih bisa beraktivitas seperti ke kamar mandi, sedangkan resiko infeksi penulis tidak mengangkat diagnosa tersebut karena pasien telah dilakukan tindakan kuret dan tidak ditemukan tanda-tanda infeksi pada pasien, dan untuk diagnosa resiko syok karena pada saat pengkajian pasien masih dalam kategori resiko kekurangan volume cairan dapat teratasi dengan pemberian cairan yang adekuat dengan tindakan curete maka tidak terjadi kekurang volume cairan dan resiko syok.

C. Perencanaan Keperawatan

Setelah melakukan proses pengkajian, menentukan masalah dan menegakkan diagnosa keperawatan, selanjutnya penulis menyusun rencana asuhan keperawatan yang bertujuan mengatasi masalah yang dialami pasien. Perencanaan yang dilakukan meliputi tindakan mandiri perawat, tindakan observasi, pendidikan kesehatan dan tindakan kolaboratif. Pada setiap diagnosa perawat memfokuskan intervensi sesuai dengan kondisi pasien.

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis. Dalam perencanaan tinjauan teoritis terdapat 6 intervensi, intevensi yang disusun oleh penulis yaitu : Memonitor tanda – tanda vital, melakukan pengkajian nyeri komprehensif yang meliputi lokasi, karakteristik, onset/ durasi, frekuensi, kualitas, intensitas atau beratnya nyeri dan faktor pencetus, mengajarkan teknik non farmakologi (seperti, relaksasi tarik napas dalam),men dukung

istirahat tidur yang adekuat untuk membantu penurunan nyeri, kolaborasi dalam pemberian obat analgesik.

2. Resiko kekurangan volume cairan dengan faktor resiko kehilangan cairan aktif. Dalam perencanaan tinjauan teoritis terdapat intervensi. Intervensi yang disusun penulis seperti tindakan mandiri perawat yaitu monitor intake dan output cairan. : Monitor tanda – tanda vital, jaga intake / asupan yang adekuat dan catat output (pasien), dukung pasien dan keluarga untuk membantu dalam pemberian makan dengan baik, berkolaborasi dengan dokter dalam pemberian cairan RL 28 tetes/menit, menganjurkan pasien untuk istirahat dan melakukan balance cairan.
3. Ansietas berhubungan dengan ancaman perubahan besar status kesehatan. Dalam perencanan tinjauan teoritis terdapat intervensi. Intervensi disusun oleh penulis seperti Kaji tingkat kecemasan, monitor tanda – tanda vital, dorong keluarga untuk mendampingi klien, bantu klien megidentifikasi situasi yang memicu kecemasan, instruksikan pasien untuk menggunakan teknik relaksasi, berikan informasi factual terkait diagnosis, perawatan, dan pragnosis, berikan obat anti kecemasan jika diperluhkan.

D. Pelaksanaan Keperawatan

Pada tahap ini penulis melakukan apa yang telah direncanakan oleh penulis sebelumnya selama 3 hari. Penulis melakukan kerja sama dengan pasien, keluarga, bidan, dokter, dan rekan – rekan mahasiswa. Pelaksanaan tindakan kasus ini adalah :

1. Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera biologis. Pada diagnosa ini penulis melaksanakan intervensi intervensi keperawatan dari hari pertama hingga hari ketiga untuk mengetahui dan memantau penurunan nyeri dari hari kehari. Adapun intervensi yang dilakukan oleh penulis yaitu : Memonitor tanda – tanda vital,

melakukan pengkajian nyeri komprehensif yang meliputi lokasi, karakteristik, onset/ durasi, frekuensi, kualitas, intensitas atau beratnya nyeri dan faktor pencetus, mengajarkan teknik non farmakologi (seperti, relaksasi tarik napas dalam), mendukung istirahat tidur yang adekuat untuk membantu penurunan nyeri, kolaborasi dalam pemberian obat analgesik.

2. Risiko kekurangan volume cairan dengan faktor resiko kehilangan cairan aktif. Pada diagnosa ini penulis melaksanakan intervensi keperawatan dari hari pertama hingga hari ketiga untuk mengetahui dan memantau ada tidaknya resiko kekurangan volume cairan dari hari pertama hingga hari ketiga. Adapun implementasi yang dilakukan oleh penulis yaitu : Monitor tanda – tanda vital, jaga intake / asupan yang adekuat dan catat output (pasien), dukung pasien dan keluarga untuk membantu dalam pemberian makan dengan baik, berkolaborasi dengan dokter dalam pemberian cairan RL 28 tetes/menit, menganjurkan pasien untuk istirahat dan melakukan balance cairan.
3. Ansietas behubungan dengan berubahan besar status kesehatan. Pada diagnosa ini penulis melaksanakan intervensi dari hari pertama hingga hari ketiga untuk mengetahui dan memantau penurunan ansietas dari hari ke hari. Adapun implementasi yang dilakukan oleh penulis yaitu Kaji tingkat kecemasan, monitor tanda – tanda vital, dorong keluarga untuk mendampingi klien, bantu klien megidentifikasi situasi yang memicu kecemasan, instruksikan pasien untuk menggunakan teknik relaksasi, berikan informasi factual terkait diagnosis, perawatan, dan pragnosis, berikan obat anti kecemasan jika diperluhkan.

E. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan yang telah dilaksanakan selama 3 hari (12 april – 14 april 2018) bahwa menilai perkembangan klien dan sejauh mana keberhasilan/ keefektifan dari implementasi yang diberikan. Adapun evaluasi penulis adalah sebagai berikut :

1. Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera biologis. Sampai pada hari ketiga perawatan nyeri telah menurun sampai keskala 2 dengan kategori nyeri ringan, karena nyeri sudah tidak menyebar, dan terasa seperti tertusuk – tusuk namun hanya sesekali, durasi nyeri pun berkurang 1 – 2 menit. Hal ini di perkuat dengan pernyataan klien yang menyebutkan skala nyeri dari 1 – 10, pasien mengatakan nyeri pada skala 2. Tanda – tanda vital dalam batas normal.
2. Resiko kekurangan volume cairan dengan faktor resiko kehilangan cairan aktif. Sampai pada hari ketiga perawatan telah efektif, karena tanda – tanda vital pasien dalam batas normal, masih mengalami perdarahan namun sudah dalam bentuk bercak – bercak darah. Pasien juga sudah ada nafsu makan dan pasien rajin minum air putih.
3. Ansietas berhubungan dengan perubahan besar status kesehatan. Sampai pada hari ketiga perawatan telah efektif kerena pasien mengatakan masih cemas karena takut hamil dan mengalami keguguran lagi. Namun, kecemasan pasien sudah tidak seperti diawal lagi, dimana pasien saat perawatan hari ketiga sudah terlihat senyum dan tenang.

BAB IV
PEMBAHASAN KASUS

Dalam bab ini, membahas tentang asuhan keperawatan pada pasien Ny. V dengan diagnosa abortus inkomplit diruang perawatan St. Yoseph II Di Rumah Sakit Stella Maris Makassar yang dilakukan penulis selama 3 hari yaitu dari tanggal 11 sampai 14 april 2018. Dalam pembahasan ini penulis menggunakan pendekatan proses keperawatan yaitu pada pengkajian, analisa data, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi dan evaluasi.

A. Pengkajian Keperawatan

Pasien Ny “V” umur 29 tahun masuk rumah sakit pada tanggal 11 april 2018 dengan diagnosa abortus inkompletus. Pasien Ny “V” mengatakan ada pelepasan darah dari jalan lahir setelah pasien mengangkat barang berat karena pasien pindah rumah, pasien mengatakan darah yang keluar bergumpal – gumpal dirasakan sejak 1 hari yang lalu disertai nyeri. Pada saat pengkajian pada tanggal 11 april 2018, pasien mengatakan merasa nyeri perut bagian bawah tembus belakang dengan kualitas nyeri seperti tertusuk – tusuk dan durasi 10 – 15 menit dan juga bersamaan dengan itu terjadi pendarahan pada jalan lahir berupa gumpalan – gumpalan darah, dengan terjadinya pendarahan terus – menerus pasien menjadi takut dan cemas, nafsu makan pasien juga berkurang, pasien hanya makan dari setengah porsi makanan dan minum ± 3 – 4 gelas sehari. Pasien mengatakan ada riwayat abortus pada kehamilan pertama. Observasi tanda – tanda vital didapatkan TD : 100/70 Mmhg, N : 80x/menit, S : 36,5 ºC, P : 20x/menit irama teratur, dan hasil pemeriksaan penunjang yaitu pemeriksaan laboratorium didapatkan hasil : HGB : 11.4 g/dl, HCT : 31,00 %,WBC

c. Ansietas berhubungan dengan perubahan besar status kesehatan

3. Intervensi Keperawatan

Berdasarkan masalah keperawatan yang telah ditemukan maka penulis menyusun intervensi keperawatan meliputi : tindakan mandiri perawat, tindakan observasi dan kolaborasi

a. Masalah keperawatan : Nyeri akut dengan dengan intervensi kaji karakteristik nyeri, observasi tanda – tanda vital, memberikan posisi yang nyaman, ajarkan teknik non farmakologi nafas dalam, kolaborasi dokter dalam pemberian obat anti nyeri (analgesic)
b. Masalah keperawatan : Resiko kekurangan volume cairan dengan intervensi tindakan observasi tanda – tanda vital, pantau warna, jumlah cairan yang keluar, pantau pendarahan, pertahankan keakuratan cairan dan haluaran, kolaborasi dengan dokter dalam pemberian terapi IV seperti yang telah ditentukan.
c. Masalah keperawatan : Ansietas dengan intervensi observasi tanda – tanda vital, pantau tanda dan gejala, beri penguatan positif kepada pasien etika pasien tidak mampu mengontrol kecemasan, sediakan lingkungan yang nyaman dan kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat untuk menurunkan kecemasan (anti depresi) jika perlu.

4. Perencanaan Keperawatan

Dari tindakan perencanaan yang disusun, penulis telahmelaksanakan rencana – rencana tersebut dan dalam pelaksanaan, penulis juga melibatkan klien, keluarga klien,rekan perawat, dan tim medis lainnya.

5. Evaluasi Keperawatan

1. Nyeri akut teratasi di tandai dengan : Pasien mengatakan nyeri berkurang, klien mengatakan nyeri skala 2 (ringan), tanda – tanda vital TD : 110/80 Mmhg, N : 80x/ menit, S : 36,5ºC, P : 20x/ menit.
2. Resiko kekurangan cairan teratasi ditandai dengan : Pasien mengatakan sering minum tapi sedikit ± 200 cc, observasi drah

yang keluar darah jalan lahir berkurang, tampak masih ada bercak – bercak darah yang keluar.

3. Ansietas belum teratasi ditandai dengan : pasien mengatakan masih sedikit cemas karena takut hamil dan mengalami keguguran lagi.

B. Saran

1. Rumah Sakit

   Diharapkan bagi rumah sakit dimana dalam hal ini perawat atau bidan untuk lebih meningkatkan edukasi kepada klien dan keluarga untuk menjaga kesehatan, mencengah abortus berulang kepada klien, perawatan antenatal yang baik dirumah serta menyarankan klien memanfaatkan fasilitas kesehatan untuk melakukan pemeriksaan kehamilan.

2. Mahasiswa/i

   Diharapkan bagi mahasiswa keperawatan hendaknya memberikan asuhan keperawatan dengan sungguh – sungguh dan betul – betul menerapkan teori dan keterampilan yang didapatkan selama perkuliahan sehingga dapat menjadi keterkaitan antara teori dan praktek. Dan diharapkan mengadakan pembaharuan melalui pendidikan yang lebih tinggi.

3. Institusi pendidikan

   Diharapkan pihak institusi/akademik untuk dapat memperbanyak jumlah referensi terkait dengan abortus terkhususnya abortus inkomplit di perpustakaan.

4. Pasien

   Diharapkan kepada klien utuk lebih berhati –hati dalam beraktivitas selama masa kehamilan. Segera melakukan pemeriksaan bila ada kelainan/tanda bahayanpada kehamilan agar tidak dapat membahayakan janin atau pun dirinya sendiri. Menyarankan kepada pasien untuk menghindari mengangkat barang berat pada awal kehamilan.

BAB V
PENUTUP

Setelah membahas teori dan melakukan pengkajian secara langsung serta menerapkan asuhan keperawatan pada Ny “V” umur 29 tahun dengan abortus inkomplit, maka penulis menarik kesimpulan dan memberikan saran sebagai berikut.

A. Kesimpulan

1. Pengkajian Keperawatan

   Dari hasil pengkajian yang dilakukan pada Ny “V” pada tanggal 12 april 2018 didapatkan data : pasien mengatakan sejak satu hari yang lalu keluar darah dari jalan lahir setelah pasien menggangkat barang berat karena pindah rumah darah yang keluar bergumpal – gumpal disertai lendir sehingga pasien memutuskan untuk dibawah kerumah sakit karena darah yang keluar semakin banyak. Pada saat pengkajian masih banyak darah yang keluar dari jalan lahir berwarna merah disertai darah yang menggumpal keluar dari jalan lahir, klien juga merasa nyeri perut bagian bawah tembus belakang, klien mengatakan nyeri tersebut seperti tertusuk – tusuk, dan nyeri yang dirasakan klien tepat diperut bagian bawah dan skala nyeri berada pada skala 7 (berat) dan nyeri hilang timbul. Lamanya nyeri ± 10 – 15 menit.

2. Diagnosa Keperawatan

   Setelah melakukan pengkajian diagnosa keperawatan yang diangkat pada pasien Ny. “V” adalah :

   a. Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera biologis
   b. Resiko kekurangan volume cairan dengan faktor resiko kehilangan cairan aktif

DAFTAR PUSTAKA

Bulechek, G. M., Butcher, H. K., Dochterman, J. M., & Wagner, C. M. (2013). *Nursing Intervention Classsification (NIC).* Jakarta: Mocomedia.

Hardi, K., Huda, A., & Nurarif. (2015). *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis & NANDA NIC NOC Jilid 1.* Jakarta: EGC.

Herdman, T. H., & Kamitsuur, S. (2015). *Diagnosis Keperawatan, Edisi 10.* Jakarta: 2015.

http://scholar.unand.ac.id/29781/2/Bab%201.pdf, Diakses tanggal 14 mei 2018.

http://repository.unissula.ac.id/6065/5/BAB%20I_1.pdf. Diakses tanggal 15 mei 2018.

Rukia, Ai Yeyeh & Yulianti, L.(2010). *Asuhan patologi kebidanan, Edisi* 4. Jakarta: TIM

Leveno, K. J. (2016). *Manual Williams Komplikasi Kehamilan.* Jakarta: EGC.

Mitayani. (2009). *Asuhan Keperawatan Maternitas.* Padang: Salemba Medika.

Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M. L., & Swanson, E. (2013). *Nursing Outcomes Classification (NOC).* Jakarta: MocoMedia.

MRO R.S Stella Maris Makassar. (2018). Data Pasien Rawat Inap Dengan abotrus inkomplit. Makassar R.S Stella Maris

Nugroh, T. (2011). *Asuhan Keperawatan Maternitas, Anak, Bedah, Penyakit Dalam.* Yogyakarta: Nuha Medika.

Nugroho, T. (2012). *Patologi Kebidanan.* Yogyakarta: Nuha Medika.

Sujiyatini, Mufdlilah, & Hidayat, A. (2009). *Asuhan Patologi Kebidanan Plus Contoh Asuhan Kebidanan.* Jogjakarta: Nuha Medika.

Valasta, G. Y., Pangemanan, D., & Gunanegara, R. F. (2014). Hubungan Abortus Inkomplit Dengan Faktor Risiko. *Http://repository.maranatha.edu/ 12683/9/1110120_journal.pdf*.Diakses Tanggal 15 mei 2018

LEMBAR KONSUL

Nama Mahasiswa : Agustina

Nim : E1514401002

Judul : ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY "V" DENGAN ABORTUS INKOMLIT DI RUANG PERAWTAN ST YOSEPH II DIRUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR

Pembimbing I : Matilda M.Paseno Ns.,M.Kes

NO	tanggal	Materi Konsul	Perbaikan	Paraf pembimbing
1.	14 Mei 2018	BAB I	- Pendahuluan	
2.	15 Mei 2018	BAB I	- Data WHO dan data dari Rumah sakit dan pengetikan tambahkan data dari MRO RS Stella Maris	
3.	18 Mei 2018	BAB II	- Pemeriksaan penunjang	
4.	22 Mei 2018	BAB IV	- Di pengkajian penjelasan tentang kasus dan kesenjangan yang terjadi antara teori dan kasus - pengetikan	
5.	24 Mei 2018	BAB IV	- Pembahasan dipengkajian sesuai kasus	

		BAB V	- Saran harus sesuai dengan manfaat penulisan - Pengetikan	
6.	25 Mei 2018	BAB IV	Pengkajian dijelaskan sesuai dengan fatofisiologi	
7.	28 Mei 2018		Acc Bab I, II, IV, dan V	

LEMBAR KONSUL

Nama Mahasiswa : Agustina

Nim : E1514401002

Judul : ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY "V" DENGAN ABORTUS INKOMLIT DI RUANG PERAWTAN ST YOSEPH II DIRUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR

Pembimbing II : Meyke Rosdiana S.Kep.,Ns

NO	tanggal	Materi Konsul	Perbaikan	Paraf pembimbing
1.	12 April 2018	Konsul judul	-	
2.	16 April 2018	BAB III	- Pengkajian	
3.	25 April 2018	BAB III	- Pengkajian - Analisa data - Rencana keperawatan	
4.	07 Mei 2018	BAB III	- Pengkajian - Diagnosa - Pengetikan menggunakan rata kiri kanan	
5.	19 Mei 2018	BAB III	- Pengkajian - Analisa data - Implementasi dan evaluasi	

6.	23 Mei 2018	BAB III	- Implementasi - Evaluasi	
7.	26 Mei 2018	BAB III	- Imlementasi - Pengetikan	
8.	30 Mei 2018	BAB III	ACC	