

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PRE DAN POST KURETASE
ABORTUS INKOMPLIT DENGAN IMPLEMENTASI
TEKNIK RELAKSASI NAFAS DALAM UNTUK
MENGURANGI NYERI AKUT DI RUANG
RAWAT INAP TERATAI
RSUD REJANG LEBONG
TAHUN 2023**



DISUSUN OLEH :

RISKIKA PUTRI ADELA
NIM. P00320120028

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES BENGKULU
JURUSAN KEPERAWATAN PROGRAM STUDI
KEPERAWATAN PROGRAM DIPLOMA TIGA
T.A 2022 - 2023**

LAPORAN KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PRE DAN POST KURETASE
ABORTUS INKOMPLIT DENGAN IMPLEMENTASI
TEKNIK RELAKSASI NAFAS DALAM UNTUK
MENGURANGI NYERI AKUT DI RUANG
RAWAT INAP TERATAI
RSUD REJANG LEBONG
TAHUN 2023**

**Diajukan sebagai syarat untuk memperoleh
Gelar Ahli Madya Keperawatan**



DISUSUN OLEH :

**RISNIKA PUTRI ADELA
NIM. P00320120028**

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES BENGKULU
JURUSAN KEPERAWATAN PROGRAM STUDI
KEPERAWATAN PROGRAM DIPLOMA TIGA
T.A 2022 - 2023**

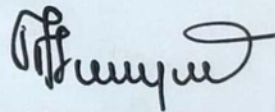
LEMBAR PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah Atas :
Nama : Riskika Putri Adela
Tempat, Tanggal Lahir : Curup, 07 Desember 2001
Nim : P00320120028
Judul Karya Tulis Ilmiah : Asuhan Keperawatan Pre Dan Post
Kuretase *Abortus Inkomplit* dengan
Implementasi Teknik Relaksasi Nafas
Dalam untuk mengurangi Nyeri Akut
Diruang Rawat Inap Teratai RSUD Rejang
Lebong

Kami setuju untuk diseminarkan pada tanggal 10 Juli 2023

Curup, 05 Juli 2023

Pembimbing



Yanti Sutriyanti, M.Kep
NIP: 197004071989112002

HALAMAN PENGESAHAN

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PRE DAN POST KURETASE ABORTUS
INKOMPLIT DENGAN IMPLEMENTASI TEKNIK RELAKSASI NAFAS
DALAM UNTUK MENGURANGI NYERI AKUT DIRUANG RAWAT
INAP TERATAI RSUD REJANG LEBONG TAHUN 2023**

Disusun oleh :

RISKIKA PUTRI ADELA

NIM. P00320120028

Telah diujikan di depan Penguji Karya Tulis Ilmiah Program Studi
Keperawatan Program Diploma Tiga Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes
Bengkulu

Pada Tanggal 10 Juli 2023, dan dinyatakan

L U L U S

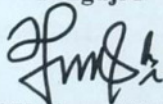
Ketua Penguji



Ns. Yossy Utario, M.Kep, Sp.Kep.An

Nip. 198202142002122001

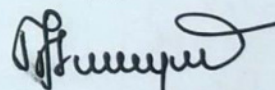
Penguji I



Ns. Fitrianti Yuliana Widiawati, S.Kep

NIP.198807012019022002

Penguji II



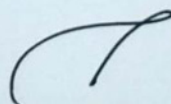
Yanti Sutrivanti M.Kep

NIP.197703112001122002

Karya Tulis Ilmiah ini telah memenuhi salah satu persyaratan
Untuk mencapai derajat Ahli Madya Keperawatan

Mengetahui,

**Ketua Program Studi Diploma III Keperawatan Curup
Jurusan Keperawatan
Poltekkes Kemenkes Bengkulu**



Ns. Derison Marsinova Bakara, S.Kep., M.Kep

NIP: 197112171991021001

**ASUHAN KEPERAWATAN PRE DAN POST KURETASE *ABORTUS*
INKOMPLIT DENGAN IMPLEMENTASI TEKNIK RELAKSASI
NAFAS DALAM UNTUK MENGURANGI NYERI AKUT
DIRUANG TERATAI RSUD REJANG LEBONG
TAHUN 2023**

ABSTRAK

Latar belakang : Abortus Inkomplit adalah pengeluaran hasil konsepsi pada kehamilan sebelum 20 minggu dengan masih adanya sisa yang tertinggal di dalam uterus. Masalah yang sering muncul di abortus inkomplit adalah nyeri. Nyeri adalah perasaan yang tidak nyaman yang sangat subyektif dan hanya orang yang mengalaminya yang dapat menjelaskan dan mengevaluasi perasaan tersebut
Tujuan : Untuk mengetahui asuhan keperawatan pada klien pre dan post kuretase *abortus inkomplit* meliputi pengkajian, diagnosa, intervensi dan implementasi terkhususnya teknik relaksasi nafas dalam untuk mengurangi nyeri akut serta evaluasi keperawatan.**Metode** : yaitu dengan teknik relaksasi nafas dalam untuk mengurangi nyeri akut pada pasien pre dan post kuretase abortus inkomplit **Hasil** : setelah dilakukan asuhan keperawatan 3x24 jam didapatkan hasil, keluhan nyeri menurun dari skala 6 menjadi 2 setelah diberikan terapi teknik relaksasi nafas dalam, tingkat ansietas menurun, risiko ketidakseimbangan cairan meningkat, intoleransi aktivitas menurun dan resiko infeksi menurun.**Kesimpulan** : Masalah keperawatan yang ada pada klien teratasi semua dan teknik relaksasi nafas dalam dapat mengurangi keluhan nyeri klien.

Kata Kunci: Abortus Inkomplit, Teknik relaksasi, Nyeri Akut

**PRE AND POST CURETAGE INCOMPLIT ABORTAGE NURSING WITH
IMPLEMENTATION OF DEEP BREATH RELAXATION TECHNIQUE
TO REDUCE ACUTE PAIN IN THE LOTUS ROOM
REJANG LEBONG HOSPITAL IN 2023**

ABSTRACT

Background: Incomplete abortion is the expulsion of the products of conception before 20 weeks of pregnancy with remnants left in the uterus. The problem that often arises in incomplete abortion is pain. Pain is an uncomfortable feeling that is very subjective and only those who experience it can explain and evaluate this feeling **Purpose:** To determine nursing care for pre and post curettage incomplete abortion clients including assessment, diagnosis, intervention and implementation, especially deep breathing relaxation techniques to reduce acute pain and nursing evaluation. **Method:** namely with deep breathing relaxation techniques to reduce acute pain in patients with incomplete pre and post curettage abortion **Results:** after 3x24 hours of nursing care the results were obtained, pain complaints decreased from a scale of 6 to 2 after being given deep breathing relaxation technique therapy, the level of anxiety decreased, the risk of fluid imbalance increased, activity intolerance decreased and the risk of infection decreased. **Conclusion:** Nursing problems that exist in clients are all resolved and deep breathing relaxation techniques can reduce client pain complaints.

Keywords: *incomplete abortion, relaxation technique, acute pain*

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Allah SWT yang telah memberikan rahmat dan karunia-nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan Pre dan Post kuretase *Abortus Inkomplit* dengan implementasi teknik relaksasi nafas dalam untuk mengurangi nyeri akut diruang teratai RSUD Rejang Lebong tahun 2023”

Penulisan Karya Tulis Ilmiah ini sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan program studi diploma III keperawatan. Dalam penyelesaian laporan tugas akhir ini penulis banyak mendapat bantuan baik materi maupun moril dari berbagai pihak, untuk itu penulis mengucapkan terima kasih kepada :

1. Eliana,SKM.,MPH Selaku Direktur Poltekes Kemenkes Bengkulu.
2. Ns.Septiyanti,S.Kep,M,Pd. Selaku Ketua Jurusan Keperawatan Poltekes Kemenkes Bengkulu.
3. Ns.Derison Marsinova Bakara,S.Kep.,M.Kep selaku Ketua Prodi Diploma III Keperawatan Curup Poltekes Kemenkes Bengkulu.
4. Ns.Misniarti, M.Kep. selaku dosen pembimbing Akademik yang dimana selama 3 tahun ini selalu memberikah motivasi dan membimbing.
5. Yanti Sutriyanti, M.Kep. Selaku Dosen Pembimbing yang telah menyediakan waktu, tenaga, dan pikiran untuk melakukan konsultasi dan mengarahkan penulis dengan memberikan saran-saran yang membangun dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.

6. Ns. Yossy Utario, M.Kep, Sp.Kep.An. Selaku ketua penguji yang telah menyediakan waktu menguji penulis dan memberikan arahan serta masukan yang bersifat membangun.
7. Ns.Fitrianti Yuliana Widiawati, S.Kep. Selaku penguji I yang telah menyediakan waktu menguji penulis dan memberikan arahan serta masukan yang bersifat membangun.
8. Seluruh Dosen dan Staf Prodi Diploma III Keperawatan Curup Poltekkes Kemenkes Bengkulu.
9. Teristimewa kepada kedua orang tua saya Bapak Remasidul dan Ibu Nila Juwita, S.pd yang saya sayangi serta seluruh keluarga besar saya yang telah memberikan dukungan motivasi, dan doa yang tiada henti sehingga dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
10. Rekan seperjuanganku yaitu Nadia Prasetya, Patri Yamonika dan Jelis Pranata yang selalu memberikan suport dan semangat semasa penulisan berlangsung.
11. Mohon saran dan kritikan untuk Karya Tulis Ilmiah Ini Saya ucapkan
Terima kasih

Curup, 2023

Penulis

RISKIKA PUTRI ADELA

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
LEMBAR PERSETUJUAN	iii
ABSTRAK	iv
KATA PENGANTAR	vii
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR TABEL.....	xi
DAFTAR GAMBAR	xii
DAFTAR BAGAN.....	xiii
DAFTAR LAMPIRAN	xiv
BAB I PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Tujuan Penulisan	5
1.4 Manfaat	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Konsep Dasar Pre dan Post Abortus Inkomplit	7
2.1.1 Definisi abortus inkomplit	7
2.1.2 Definisi pre dan post kuretase	8
2.1.3 Etiologi tindakan kuretase.....	10
2.1.4 Manifestasi Klinis	11
2.1.5 Anatomi Fisiologi Abortus Inkomplit.....	12
2.1.6 Patofisiologi	13
2.1.7 WOC Abortus Inkomplit.....	15
2.1.8 Pemeriksaan Penunjang	16
2.1.9 Penatalaksanaan Medis	16
2.1.10 Penatalaksanaan Keperawatan.....	17
2.2 Nyeri akut	18
2.2.1 Pengertian	18
2.2.2 Proses terjadi nyeri akut	18
2.2.3 Pengukuran Nyeri.....	19
2.3 Teknik nafas dalam mengatasi masalah nyeri akut	23
2.3.1 Pengertian teknik nafas dalam	23
2.3.2 Tujuan teknik nafas dalam	23
2.3.3 Manfaat Teknik nafas dalam.....	23
2.3.4 Evidence based teknik nafas dalam untuk mengatasi masalah nyeri akut	24
2.4 Asuhan Keperawatan.....	25
2.4.1 Pengkajian.....	25
2.4.2 Diagnosa Keperawatan	31

2.4.3 Intervensi Keperawatan	32
2.4.4 Implementasi Keperawatan	38
2.4.5 Evaluasi Keperawatan	39
BAB III METODE PENELITIAN	
3.1 Desain/Rancangan Studi Kasus	40
3.2 Subjek Studi Kasus	40
3.3 Fokus Studi Kasus	41
3.4 Definisi Operasional	41
3.5 Tempat dan waktu	42
3.6 Pengumpulan Data.....	43
3.7 Penyajian Data.....	44
3.8 Etika Penelitian.....	44
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	
4.1 Hasil	46
4.1.1 Pengkajian.....	46
4.1.2 Identitas Klien	46
4.1.3 Riwayat Keperawatan	47
4.1.4 Lembar Observasi	53
4.1.5 Penatalaksanaan	57
4.1.6 Analisa Data.....	58
4.1.7 Diagnosa Keperawatan.....	61
4.1.8 Perencanaan Keperawatan	62
4.1.9 Implementasi Keperawatan.....	69
4.1.9.1 Evaluasi Keperawatan.....	81
4.2 Pembahasan.....	96
4.2.1 Pengkajian Keperawatan.....	96
4.2.2 Diagnosa Keperawatan.....	98
4.2.3 Rencana Tindakan Keperawatan.....	99
4.2.4 Implementasi Keperawatan.....	100
4.2.5 Evaluasi Keperawatan.....	102
BAB V PENUTUP	
5.1 Kesimpulan	105
5.2 Saran.....	106
DAFTAR PUSTAKA	

DAFTAR TABEL

No	Judul	Halaman
2.1	Rencana Keperawatan Pre Kuretase Abortus Inkomplit	33
2.2	Rencana Keperawatan Post Kuretase Abortus Inkomplit	35
4.1	Pemenuhan Kebutuhan Nutrisi	51
4.2	Pola Aktivitas Dan Latihan	52
4.3	Pemeriksaan Fisik	54
4.4	Pemeriksaan Laboratorium	56
4.5	Penatalaksanaan Pre Kuretase	57
4.6	Penatalaksanaan Post Kuretase	57
4.7	Penatalaksanaan Perawatan Invansive Pre Dan Post	57
4.8	Analisa Data Pre Kuretase	58
4.9	Analisa Data Post Kuretase	59
4.10	Diagnosa Keperawatan Pre Kuretase	61
4.11	Diagnosa Keperawatan Post Kuretase	61
4.12	Rencana Tindakan Pre Kuretase	62
4.13	Rencana Tindakan Post Kuretase	66
4.14	Implementasi Pre Kuretase	69
4.15	Implementasi Post Kuretase	75
4.16	Evaluasi Pre Kuretase	81
4.17	Evaluasi Post Kuretase	85

DAFTAR GAMBAR

No	Judul	Halaman
2.1	Proses terjadinya implantasi abortus inkomplit	12
2.2	<i>Numeric rating scale</i>	20
2.3	<i>Verbal rating scale</i>	20
2.4	<i>Visual analog scale</i>	21
2.5	<i>Wong baker faces pain rating scale</i>	22

DAFTAR BAGAN

No	Judul	Halaman
2.1.6	Web of Caution (WOC) Abortus Inkomplit	16
4.1	Genogram	49

DAFTAR LAMPIRAN

No	Judul
1	Lembar Observasi
2	Lembar Konsul
3	Surat Pengambilan Kasus Tugas Akhir
4	Surat Selesai Dinas
5	Biodata
6	Pernyataan
7	Dokumentasi kegiatan
8	Jurnal
9	Hasil plagiarisme

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Keguguran atau abortus yaitu berakhirnya kehamilan baik spontan ataupun disengaja, abortus terjadi sebelum 20 minggu pada hari pertama haid terakhir. Salah satu jenis abortus yaitu abortus inkomplit yang terjadi ketika sebagian hasil konsepsi telah keluar sebelum 20 minggu dan masih ada yang tertinggal dalam uterus (Pitriani,2013) . Abortus inkomplit ini paling sering terjadi perdarahan. perdarahan tersebut dapat diatasi dengan pengosongan uterus dari sisa-sisa hasil konsepsi dan jika perlu pemberian transfusi darah.

Angka kematian maternal dan perinatal merupakan sebuah masalah besar khususnya di negara berkembang. Angka Kematian Ibu (AKI) diperkirakan 98- 99% dari 100.000 kelahiran hidup 240 per 100.000 terjadi di negara berkembang sedangkan di negara maju hanya 16 per 100.000 (WHO, 2014). Sebagian besar kematian tersebut masih dapat dicegah apabila mendapat pertolongan pertama yang adekuat (Jayani, 2017). Upaya pemerintah Indonesia untuk menurunkan AKI saat ini dilakukan melalui program Sustainable Developmental Goals (SDGs) dengan target pada tahun 2030 menurunkan AKI di bawah 70 per 100.000 kelahiran hidup (Kementerian Kesehatan, 2020). Berdasarkan data Dinas Kesehatan Provinsi Bengkulu, AKI dalam periode 2019-2020 mengalami penurunan 7 per 100.000 kelahiran hidup, pada tahun 2019 sebesar 100 per 100.000 kelahiran hidup menjadi 93 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2020 (Dinas kesehatan provinsi bengkulu, 2021). Salah satu penyebab utama kematian ibu

adalah perdarahan berupa komplikasi yang disebabkan abortus (Susiana, 2019).

Menurut World Health Organization (WHO) memperkirakan bahwa kasus abortus di seluruh dunia mencapai 21,6 juta, dan hampir semua kasus abortus ini terjadi di negara-negara berkembang. Kasus abortus di Asia Tenggara mencapai 4,2 juta pertahun, sedangkan frekuensi abortus spontan di Indonesia adalah 10-15 % dari 6 juta kehamilan 1,5 juta setiap tahunnya, dan 2500 orang diantaranya berakhir dengan kematian (Dhewi & Anwary, 2020)

RSUD dr. M. Yunus merupakan rumah sakit rujukan di provinsi Bengkulu. Berdasarkan data yang diperoleh dari catatan rekam medik di ruang CI mawar RSUD dr. M. Yunus Bengkulu pada tahun 2021 terdapat 258 kasus yakni dengan perincian kejadian abortus inkomplit 56,2% (Sari, Ismiatai, & Marleni, 2021). Berdasarkan data dari rekam medik RSUD Curup pada tahun 2020 terjadi abortus dengan 82 kasus . Berdasarkan hasil laporan tahunan ruang Teratai RSUD Curup tahun 2020 menyebutkan bahwa terdapat 63 kejadian abortus inkomplit dan pada tahun 2021 terdapat 30 kasus kemudia terjadi peningkatan pada tahun 2022 terdapat 45 kasus abortus inkomplit (Laporan ruang teratai RSUD Curup Tahun 2023).

Dampak dari abortus inkomplit dapat menimbulkan komplikasi pada ibu dan janin yang menyebabkan kematian. Dampak abortus yang dapat menyebabkan kematian antara lain karena perdarahan dan infeksi. Sisa hasil konsepsi inilah yang harus ditangani agar perdarahan berhenti. Abortus sering kali terjadi pada wanita hamil dan membawa dampak seperti kram atau nyeri

perut bagian bawah, pinggang terasa pegal, dan perdarahan pervaginaan biasanya terjadi secara mendadak atau berlangsung terus. Maka dari itu perlu penanganan, perhatian yang kuat dan akurat, sehingga bisa ditangani dengan cepat (Sari & Yulichati, 2015, dalam Oktavia 2022) Derajat nyeri yang dialami wanita sangat bervariasi. Nyeri yang disebabkan aborsi dikategorikan sebagai nyeri dengan intensitas yang moderat (nyeri sedang). Pasien merespon rasa nyeri dengan berbagai cara, misalnya berteriak, menangis, gelisah dan meringis.

Salah satu tindakan abortus inkomplit adalah kuretase dengan cara membersihkan hasil konsepsi memakai alat kuretase (sendok kerokan). Sebelum melakukan kuretase harus melakukan pemeriksaan dalam untuk menentukan letak uterus, keadaan serviks dan besarnya uterus gunanya untuk mencegah terjadinya bahaya kecelakaan misalnya perforasi. Tujuan kuretase untuk menghentikan perdarahan yang terjadi pada keguguran kehamilan dengan cara mengeluarkan hasil kehamilan yang telah gagal berkembang.

Masalah keperawatan terkait kenyamanan dan keamanan pada ibu yang mengalami abortus inkomplit antara lain yaitu nyeri akut pre kuretase dan post kuretase, sedangkan masalah keamanan yang dapat terjadi risiko cedera pada ibu yaitu perasaan tidak aman, rasa cemas yang tidak dapat dihindarkan pada ibu yang mengalami abortus inkomplit, ibu dapat mengalami depresi karena kehilangan janinnya dan merasa cemas akan keberlangsungan hidupnya (Rahayu, 2018).

Hasil penelitian menemukan bahwa adanya pengaruh terapi relaksasi

napas dalam yang signifikan terhadap nyeri akut pada pasien abortus inkomplit. Rohi melakukan penelitian di RSUD Mgr.Gabriel, menemukan bahwa pemberian terapi relaksasi napas dalam dilakukan sebanyak 2 kali dengan durasi 15-20 menit yang dilakukan secara rutin pada pasien post kuretase abortus inkomplit nyeri akut sebelum diberikan intervensi di skala nyeri 6 kemudian setelah diberikan intervensi skala nyeri berkurang menjadi 2 (Rohi 2022).

Hasil penelitian lainnya juga mengatakan adanya pengaruh setelah diberikan terapi teknik napas dalam terhadap masalah keperawatan nyeri akut karena sesuai dengan kriteria hasil yang peneliti tetapkan sebelumnya, yaitu: nyeri teratasi, dari indikator nyeri awal 3 (nyeri sedang) menjadi 1 (tidak nyeri), mampu melakukan pengendalian nyeri dengan melakukan tehnik relaksasi secara mandiri untuk mencapai kenyamanan (Rokmah 2021).

Hasil survey pada RSUD Rejang Lebong sering terjadi abortus inkomplit dengan masalah nyeri namun pemberian teknik relaksasi nafas dalam belum diberikan secara efektif karena kurangnya komunikasi terapeutik dalam mengadaptasikan nyeri akut. Berdasarkan latar belakang diatas peneliti tertarik untuk memberikan implementasi teknik relaksasi napas dalam untuk pasien yang mengalami pre dan post kuretase abortus inkomplit diruang teratai RSUD Rejang Lebong tahun 2023.

1.2 Rumusan Masalah

Data Abortus Inkomplit dengan tindakan kuretase di RSUD Rejang Lebong pada tahun 2022 terdapat 45 kasus. Masalah yang sering terjadi pada

ibu abortus inkomplit dengan masalah nyeri akut. Maka diberikan implementasi teknik relaksasi napas dalam. Rumusan masalah “Bagaimana penerapan Asuhan Keperawatan pasien yang mengalami pre dan post kuretase abortus inkomplit dengan implementasi teknik relaksasi napas dalam untuk mengurangi nyeri akut di Ruang Teratai RSUD Rejang Lebong tahun 2023?”

1.3 Tujuan Penulisan

1. Umum :

Menggambarkan asuhan keperawatan Pre dan Post Kuretase Abortus Inkomplit dengan pemberian teknik relaksasi nafas dalam untuk mengurangi nyeri akut di ruang teratai RSUD Rejang Lebong tahun 2023.

2. Khusus :

1. Dapat melakukan pengkajian pada ibu dengan *Pre dan Post Kuretase Abortus Inkomplit* di Ruang Teratai RSUD Curup.
2. Dapat menentukan diagnosis keperawatan pada ibu dengan dengan *Pre dan Post Kuretase Abortus Inkomplit* di Ruang Teratai RSUD Curup.
3. Dapat membuat rencana keperawatan pada ibu dengan dengan *Pre dan Post Kuretase Abortus Inkomplit* di Ruang Teratai RSUD Curup.
4. Dapat melaksanakan tindakan keperawatan pada ibu dengan dengan *Pre dan Post Kuretase Abortus Inkomplit* di Ruang Teratai RSUD Curup.
5. Dapat evaluasi keperawatan pada ibu dengan dengan *Pre dan Post Kuretase Abortus Inkomplit* di Ruang Teratai RSUD Curup

1.4 Manfaat

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan manfaat bagi berbagai pihak anatara lain:

1. Manfaat bagi klien

Klien dan keluarga mendapatkan pelayanan kesehatan yang berkualitas dan dapat memahami perawatan yang diajarkan perawat, sehingga dapat mengatasi dan mengaplikasikan perawatan ringan secara mandiri. Salah satunya yaitu penerapan terapi teknik relaksasi napas dalam mengatasi nyeri.

2. Manfaat bagi perawat

Sebagai bahan informasi mengenai Asuhan Keperawatan pada pasien Pre dan Post Kuretase Abortus Inkomplit sehingga dapat menambah wawasan dan meningkatkan mutu pelayanan perawat yang ada di Rumah Sakit.

3. Manfaat bagi institusi

a. Rumah Sakit

Hasil studi kasus ini, dapat menjadi referensi bagi pemberi pelayanan asuhan keperawatan pada pasien pre dan post kuretaase abortus inkomplit di RS.

b. Pendidikan

Diharapkan hasil studi ini digunakan sebagai masukan dan referensi yang nantinya akan berguna bagi mahasiswa/mahasiswi Poltekkes Kemenkes Bengkulu Kampus B Curup dalam melakukan penelitian tentang kejadian Pre dan Post Kuretase Abortus Inkomplit di RS.

BAB II

TINJAUAN KASUS

2.1 Konsep Dasar Pre dan Post Abortus Inkomplit

2.1.1 Definisi abortus inkomplit

Abortus inkomplit merupakan proses keluarnya beberapa hasil dari konsepsi di usia kehamilan dibawah 20 minggu yang terdapat pula sisa di bagian uterus. Sedangkan Afifah (2020). Abortus inkomplit ialah suatu gejala perdarahan di usia muda kehamilan yang dilihat dari sebagian konsepsi yang dikeluarkan melalui cavum uteri dan lewat kanalis servikalis, menjabarkan indikasi abortus inkomplit adalah dengan keluarnya hasil konsepsi yang jumlahnya sedikit lewat uterus dan membuat kemunculan dampak berupa gejala klinis (Pratiwi 2017), Abortus inkomplit adalah aborsi yang hanya berhasil sebagian. Kehamilan telah berakhir atau tidak ada janin yang akan berkembang, tetapi tubuh hanya mengeluarkan sebagian dari jaringan dan produk kehamilan. Wanita memiliki peluang yang jauh lebih tinggi untuk mengalami komplikasi klinis yang parah jika mereka menikah dibandingkan dengan mereka yang belum menikah (Zamrodah, 2016). Seperti yang sudah dijelaskan oleh beberapa ahli diatas mengenai abortus inkomplit, dapat disimpulkan bahwa pengertian abortus inkomplit adalah keluarnya sebagian hasil konsepsi dari cavum uteri, tetapi masih ada yang tertinggal dan bila

disertai dengan infeksi genitalia, abortus inkomplit disebut juga dengan abortus inkomplit infeksiosa

2.1.2 Definisi pre dan post kuretase

Pre kuretase merupakan tindakan sebelum dilakukannya kuret sedangkan post kuretase merupakan tindakan setelah kuret. Kuretase adalah cara membersihkan hasil konsepsi memakai alat kuretase (sendok kerokan). Sebelum melakukan kuretase, penolong harus melakukan pemeriksaan dalam untuk menentukan letak uterus, keadaan serviks dan besarnya uterus gunanya untuk mencegah terjadinya bahaya kecelakaan misalnya perforasi. Pendekatan transerviks pada abortus bedah mensyaratkan bahwa serviks mula mula harus dibuka (dilatasi) dan kemudian kehamilan di evakuasi dengan mengerok keluar secara mekanis isi (kuretase tajam), dengan mengisap keluar isi (kuretase hisap), atau keduanya. Namun paling sering digunakan adalah kuret hisap tapi memerlukan kanula kaku yang dihubungkan ke sumber vakum bertenaga listrik (Cunningham, et al, 2014).

b. Tujuan Kuretase

Menurut Damayanti (2014) bahwa tujuan kuretase dibagi menjadi dua, yaitu:

- 1) Kuret sebagai diagnostik suatu penyakit rahim Yaitu mengambil sedikit jaringan lapis lendir rahim, sehingga dapat diketahui penyebab dari perdarahan abnormal yang terjadi misalnya perdarahan pervaginam yang tidak teratur, perdarahan hebat, kecurigaan akan

kanker endometriosis atau kanker rahim, pemeriksaan kesuburan/fertilitas.

- 2) Kuret sebagai terapi bertujuan menghentikan perdarahan yang terjadi pada keguguran kehamilan dengan cara mengeluarkan hail kehamilan yang telah gagal berkembang, menghentikan perdarahan akibat mioma dan polip dari dalam rongga rahim, menghentikan perdarahan akibat gangguan hormone dengan cara mengeluarkan lapisan dalam rahim, mengeluarkan lapisan dalam rahim misalnya kasus keguguran, tertinggalnya sisa jaringan janin di dalam rahim setelah proses persalinan, hamil anggur, menghilangkan polip rahim.

c. Manfaat Kuretase

Kuretase ini memiliki beberapa manfaat tidak hanya untuk calon ibu atau wanita yang mengalami keguguran, namun juga beberapa hal lainnya untuk memeriksa masalah atau kesehatan pada rahim, diantaranya adalah:

- 1) Membersihkan rahim sesudah keguguran.
- 2) Mendiagnosa keadaan tertentu yang ada pada rahim.
- 3) Pendarahan pervaginam yang tidak teratur.
- 4) Membersihkan jaringan plasenta yang tersisa sesudah proses persalinan di kemudian hari.
- 5) Menghilangkan blighted ovum atau tidak ada janin dalam kandung telur.
- 6) Hamil anggur
- 7) Menghindari rahim tidak bisa kontraksi karena pembuluh darah pada rahim tidak menutup sehingga terjadi pendarahan.

- 8) Membersihkan sisa jaringan pada dinding rahim yang bisa menjadi tempat kuman berkembang biak dan timbul infeksi.

2.1.3 Etiologi tindakan kuretase

Salah satunya abortus inkomplit menurut Cunningham, dkk (2016), Norma dan Dwi (2013) etiologi terjadinya abortus adalah sebagai berikut:

- a. Infeksi

infeksi maternal dapat membawa resiko bagi janin yang sedang berkembang, terutama pada akhir trimester pertama atau awal trimester kedua. Tidak diketahui penyebab kematian janin secara pasti, janin yang terinfeksi ataukah toksin yang dihasilkan oleh mikroorganisme menjadi penyebabnya. Penyakit yang dapat menyebabkan abortus adalah virus misalnya rubella, sitomegalovirus, virus herpes simpleks, *varicella zoster vancinia*, campak, hepatitis, polio. Bakteri misalnya *salmonella typhi* dan parasite misalnya *toxoplasma gondii*, *plasmodium*.

- b. Trauma

Trauma adalah tekanan atau perlukaan yang ditimbulkan baik oleh benda tajam atau benda tumpul yang mencedarai janin maupun inu itu sendiri. Trauma yang biasanya terjadi pada ibu hamil ialah trauma minor. Trauma minor merupakan trauma yang ringan terjadi pada kehamilan, biasanya disebabkan karen jatuh, pukulan langsung ke perut dan kecelakaan kendaraan bermotor, hal ini menyebabkan memar, laterisasi dan konstusio.

Kasusnya jarang terjadi, umumnya abortus terjadi segera setelah trauma tersebut misalnya trauma akibat pembedahan pengangkatan ovarium yang mengandung korpus luteum gravidatum sebelum usia 8 minggu, pembedahan intraabominal dan operasi pada uterus pada saat hamil.

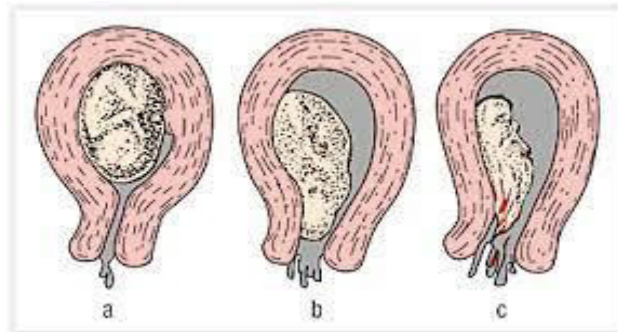
c. Kelainan Uterus

Kelainan uterus yang dapat menyebabkan abortus ialah hipoplasia uterus, miona (terutama mioma submukosa), serviks inkompeten atau retroflexio uteri gravididi incarceration.

2.1.4 Manifestasi Klinis

- 1) Amenorea
- 2) Sakit perut (mulas-mulas)
- 3) Perdarahan biasanya berupa stolsel (bekuan darah)
- 4) Bila terjadi pendarahan hebat ada tanda anemis
- 5) Jaringan teraba dalam kavum uteri atau kadang sudah menonjoldari ostium uteri.
- 6) Kram/Nyeri abdomen bagian bawah

2.1.5 Anatomi Fisiologi Abortus Inkomplit



Gambar 2.1 Tempat terjadinya implantasi hasil konsepsi

1. Uterus

Uterus merupakan organ muscular berbentuk buah pir, mempunyai panjang 7.5 cm dan leher 5 cm pada bagian atasnya. Dindingnya mempunyai tebal sekitar 1.25 cm. *Uterus* mempunyai tiga bagian yaitu *serviks*, Korpus uteri, dan kavum *uterus*. Lapisan otot rahim terdiri dari tiga lapisan yaitu, lapisan *peritoneum*, lapisan *miometrium* dan lapisan *endometrium* yang mempunyai kemampuan untuk tumbuh kembang sehingga dapat memelihara dan mempertahankan kehamilan selama Sembilan bulan. Uterus terletak di sebelah posterior kandung kemih dan dipertahankan posisinya dalam rongga pelvis oleh beberapa ligamen. Ligamentum teres terbentang anterior dan lateral disepanjang cincin internal inguinal dan turun disepanjang kanalis inguinalis, tempat bergabung dengan jaringan labia minora. Ligamentum latum adalah lipatan perineum yang memanjang dari dinding pelvis lateral dan membungkus tuba fallopi. Ligamentum uterosakral

memanjang secara posterior sampai ke sacrum.

2. Proses terjadinya abortus inkomplit

Salah satunya ada kelainan pertumbuhan hasil konsepsi. Kelainan hasil konsepsi inilah yang dapat menyebabkan kematian janin dan cacat bawaan yang menyebabkan hasil konsepsi dikeluarkan. Gangguan pertumbuhan hasil konsepsi dapat terjadi karena adanya faktor kromosom, gangguan terjadi sejak semula pertemuan kromosom, termasuk kromosom seks. Kemudian adanya faktor lingkungan endometrium, endometrium yang belum siap untuk menerima implantasi hasil konsepsi. Adapun pengaruh luar yaitu infeksi endometrium, hasil konsepsi terpengaruh oleh obat dan radiasi menyebabkan pertumbuhan hasil konsepsi terganggu.

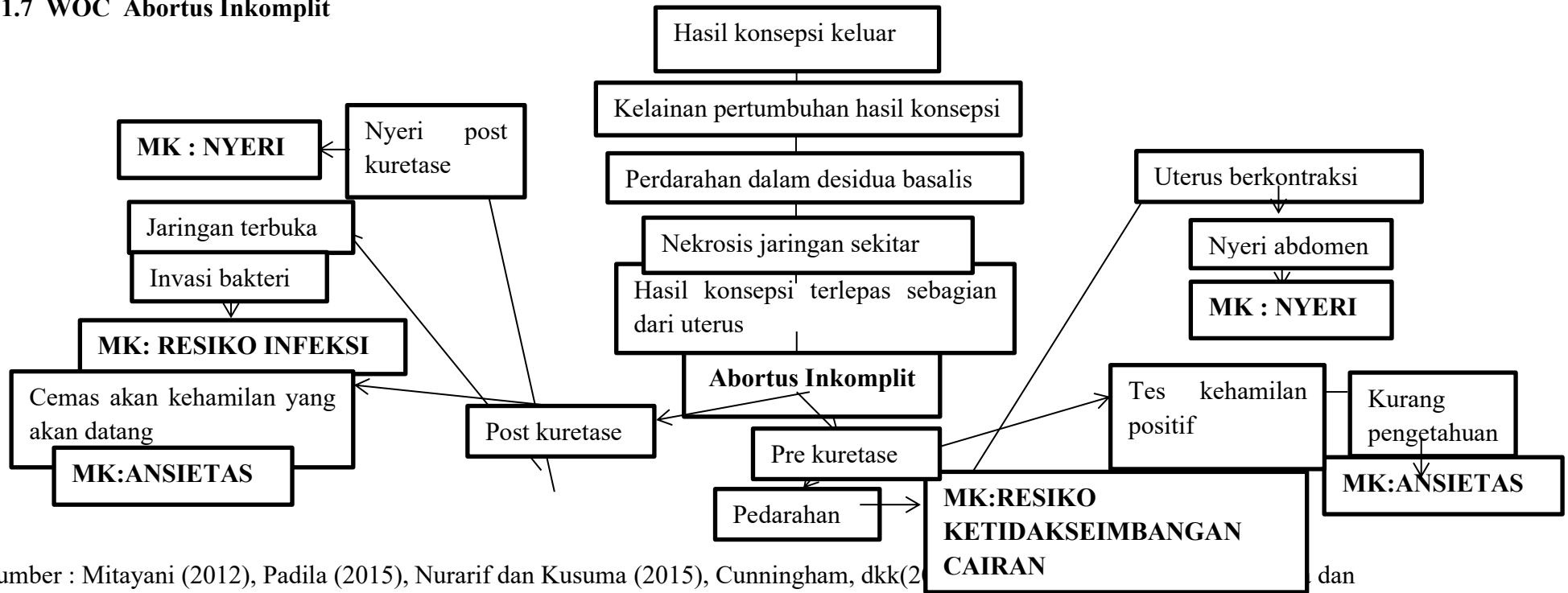
2.1.6 Patofisiologi

Menurut Sukarni dan Wahyu (2013) Patofisiologi terjadinya keguguran mulai dari terlepasnya sebagian atau seluruh jaringan hasil konsepsi, yang menyebabkan perdarahan sehingga janin kekurangan nutrisi dan O₂.. Pengeluaran tersebut dapat terjadi secara spontan seluruhnya atau sebagian masih tertinggal, yang menyebabkan berbagai penyulit. Oleh karena itu keguguran memberikan gejala umum sakit perut karena kontraksi rahim, terjadi perdarahan, dan disertai pengeluaran seluruh atau sebagian hasil konsepsi. Bentuk perdarahan bervariasi diantaranya: sedikit-sedikit dan berlangsung lama, sekaligus dalam jumlah besar dapat disertai gumpalan, akibat perdarahan, dapat menimbulkan

syok, nadi meningkat, tekanan darah turun, tampak anemis dan daerah ujung (akral dingin).

Pada awal abortus terjadilah perdarahan dalam desidua basalis kemudian diikuti oleh nekrosis jaringan disekitarnya. Hal tersebut menyebabkan hasil konsepsi terlepas sebagian atau seluruhnya, sehingga merupakan benda asing dalam uterus. Keadaan ini menyebabkan uterus berkontraksi untuk mengeluarkan isinya. Pada kehamilan kurang dari 8 minggu hasil konsepsi itu biasanya dikeluarkan seluruhnya karena villi koriales belum menembus desidua secara mendalam. Pada kehamilan antara 8 sampai 14 minggu villi koriales menembus desidua lebih dalam, sehingga umumnya hasil konsepsi tidak dilepaskan sempurna yang dapat menyebabkan perdarahan. Pada kehamilan 14 minggu ke atas umumnya yang dikeluarkan setelah ketuban pecah ialah janin, disusul beberapa waktu kemudian plasenta. Perdarahan tidak banyak jika plasenta segera terlepas dengan lengkap. Peristiwa abortus ini menyerupai persalinan dalam bentuk miniatur.

2.1.7 WOC Abortus Inkomplit



Sumber : Mitayani (2012), Padila (2015), Nurarif dan Kusuma (2015), Cunningham, dkk(2012), Dwi(2013), Sukarni dan Wahyu (2013) serta Doengoes dan Moorhouse(2001)

2.1.8 Pemeriksaan Penunjang

Menurut Nugroho (2011) abortus dapat diduga bila seorang wanita dalam masa reproduksi mengeluh tentang perdarahan pervagina setelah mengalami haid terlambat, sering pula terdapat rasa mulas. Kecurigaan tersebut dapat diperkuat dengan ditemukannya kehamilan muda pada pemeriksaan bimanual dan tes kehamilan secara biologis atau imunologis bilamana hal itu dikerjakan. Harus diperhatikan macam dan banyaknya perdarahan, pembukaan serviks dan adanya jaringan dalam kavum uterus atau vagina. pemeriksaan penunjang yang diperlukan pada penderita abortus :

- 1) Pemeriksaan ultrasonografi (USG)
- 2) Pemeriksaan vagina, kanalis servikalis terbuka dan jaringan dapatteraba dalam kavum uteri.
- 3) Pemeriksaan histerosalpingografi, untuk mengetahui adatidaknyamioma uterus submukosa dan anomalia kogenital.
- 4) Pemeriksaan laboratorium.

2.1.9 Penatalaksanaan Medis

Pre kuretase abortus inkomplit

- 1) Bila ada tanda-tanda syok maka atasi dulu dengan pemberian cairan dan tranfusi darah, untuk memulihkan keadaan umum
- 2) Bila terjadi pendarahan yang hebat, dianjurkan segera melakukan pengeluaran sisa hasil konsepsi secara manual agar jaringan yang mengganjal terjadinya kontraksi uteru segera dikeluarkan, kontaksi

uterus dapat berlangsung baik dan perdarahan bisa berhenti.

Post kuretase abortus inkomplit

- 1). Bila terjadi perdarahan hebat dan menunjukkan tanda-tanda infeksi parah maka perlu dilakukan tindakan medis oleh dokter.
- 2). Hasil konsepsi yang terperangkap pada serviks dapat dikeluarkan secepat mungkin dengan metode kuretase

2.1.10 Penatalaksanaan Keperawatan

Pre kuretase abortus inkomplit

- 1). Memposisikan pasien dengan nyaman
- 2). Anjurkan tirah baring
- 3). Hentikan perdarahan menggunakan tampon
- 4). Observasi TTV
- 5). Lakukan pengecekan laboratorium (HB)
- 6). Lakukan pengecekan golongan darah (Norma dan Dwi (2013))

Post kuretase abortus inkomplit

- 1). Periksa kembali tanda vital pasien, segera lakukan tindakan dan beri instruksi apabila terjadi kelainan dan komplikasi
- 2). Catat kondisi dan buat laporan tindakan
- 3). Buat instruksi pengobatan lanjutan dan pemantauan kondisi pasien
- 4). Beritahu kepada pasien dan keluaraganya bahwa tindakan telah selesai dilakukan tetapi pasien masih memerlukan perlakuan

- 5). Jelaskan pada petugas jenis perawatan yang masih diperlukan, lama perawatan dan kondisi yang diharapkan
- 6). Kaji dan kontrol nyeri post tindakan kuretase.

2.2 Nyeri akut

2.2.1 Pengertian

Nyeri merupakan sebuah pengalaman sensori serta emosional yang tidak menyenangkan yang berkaitan pada kerusakan jaringan, aktual maupun potensial atau menggambarkan suatu kerusakan yang sama. (Black&Hawks,2014).

Nyeri dalam kamus medis yaitu perasaan distress, kesakitan, ketidaknyamanan yang ditimbulkan dari stimulasi ujung saraf tertentu. Tujuan nyeri terutama untuk perlindungan, nyeri berperan sebagai suatu sinyal peringatan dari tubuh terhadap jaringan yang sedang mengalami kerusakan dan meminta individu untuk meredakan atau menghilangkan nyeri dari sumbernya. (Rosdahl & Kowaski, 2017).

2.2.2 Proses terjadi nyeri akut

Istilah yang digunakan untuk mendeskripsikan transmisi nyeri normal dan interpretasinya adalah nosisepsi. Nosisepsi merupakan sistem yang membawa informasi mengenai peradangan, kerusakan, atau ancaman kerusakan pada jaringan ke medulla spinalis dan otak. (Craven & Hirnle,2007 dalam Rosdahl & Kowalski,2017)

Nosisepsi memiliki empat fase:

1. Transduksi: sistem saraf yang mengubah stimulus nyeri dalam ujung saraf menjadi impuls.
2. Transmisi : impuls berjalan dari tempat awalnya ke otak
3. Persepsi : otak mengenali, mendefinisikan, dan berespons terhadap nyeri
4. Modulasi : tubuh mengaktivasi respons inhibitor yang diperlukan terhadap efek nyeri.

2.2.3 Pengukuran Nyeri

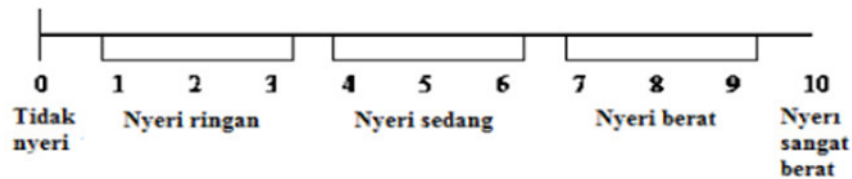
Intensitas nyeri adalah laporan mandiri tentang nyeri. Perawat bisa mendapatkan laporan mandiri ini dengan meminta klien untuk mengukur nyeri pada skala yang ada pada klien. Individu yang mengalami nyeri mungkin mendapatkan kesulitan untuk berkonsentrasi pada tugas mental dan merasa kesulitan untuk berespons terhadap skala yang harus mereka bayangkan. (Black & Hawks, 2014). Berikut jenis-jenis skala untuk pengukuran nyeri :

1. *Numeric Rating Scale* (NRS)

Numeric Rating Scale (NRS) ini didasarkan pada skala angka 1-10 untuk menggambarkan kualitas nyeri yang dirasakan pasien. NRS juga lebih efektif untuk mendeteksi penyebab nyeri akut ketimbang VAS dan VRS. Namun, kekurangannya adalah keterbatasan pilihan kata untuk menggambarkan rasa nyeri, tidak memungkinkan untuk membedakan tingkat nyeri dengan lebih teliti dan dianggap terdapat jarak yang sama antar kata yang menggambarkan efek analgesic. Skala

numeric dari 0 hingga 10, dibawah nol (0) merupakan keadaan tanpa atau bebas nyeri, sedangkan sepuluh (10) merupakan suatu nyeri yang sangat hebat.

Gambar 2.2 Numeric Rating Scale (NRS)

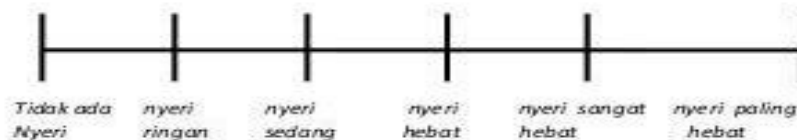


Sumber : (Yudiyanta,Khoirunnisa,& Novitasari,2015)

2. *Verbal Rating Scale (VRS)*

Skala ini memakai dua ujung yang sama seperti VAS atau skala reda nyeri. Skala verbal menggunakan kata-kata dan bukan garis atau angka untuk menggambarkan tingkat nyeri. Skala digunakan dapat berupa tidak ada nyeri, sedang, parah. Hilang atau redanya nyeri dapat dinyatakan sebagai sama sekali tidak hilang, sedikit berkurang, cukup berkurang, baik atau nyeri hilang sama sekali. Kekurangan skala ini membatasi pilihan kata klien sehingga skala ini tidak dapat membedakan berbagai tipe nyeri.

Gambar 2.3 Verbal Rating Scale (VRS)



Verbal Rating Scale (VRS)

Sumber : (Yudiyanta, Khoirunnisa, & Novitasari, 2015)

3. *Visual Analog Scale (VAS)*

Visual Analog Scale (VAS) adalah skala linear yang menggambarkan secara visual gradasi tingkat nyeri yang mungkin dialami seorang pasien. Rentang nyeri diwakili sebagai garis sepanjang 10 cm, dengan atau tanpa tanda pada tiap sentimeter. Tanda pada kedua ujung garis ini dapat berupa angka atau pernyataan deskriptif. Ujung yang satu mewakili tidak ada nyeri, sedangkan ujung yang lain mewakili rasa nyeri terparah yang mungkin terjadi. Skala dapat dibuat vertical atau horizontal. Digunakan pada klien anak > 8 tahun dan dewasa. Manfaat utama VAS adalah penggunaan sangat mudah dan sederhana. Namun, untuk periode pasca bedah, VAS tidak banyak bermanfaat karena VAS memerlukan koordinasi visual dan motoric serta kemampuan konsentrasi.

Gambar 2.4 Visual Analog Scale (VAS)



Sumber : (Yudiyanta, Khoirunnisa, & Novitasari, 2015)

1. *Wong Baker Faces Pain Rating Scale*

Skala nyeri ini tergolong mudah untuk dilakukan karena hanya dengan melihat ekspresi wajah pasien pada saat bertatap muka tanpa

kita menanyakan keluhannya. Skala nyeri ini adalah skala kesakitan yang dikembangkan oleh Donna Wong dan Connie Baker.

Skala ini menunjukkan serangkaian wajah mulai dari wajah gembira pada 0, “Tidak ada sakit hati” sampai wajah menangis di skala 10 yang menggambarkan “Sakit terburuk”. Pasien harus memilih wajah yang paling menggambarkan bagaimana perasaan mereka. Penilaian skala nyeri ini dianjurkan untuk usia 3 tahun ke atas. Tidak semua klien dapat memahami atau menghubungkan skala intensitas nyeri dalam bentuk angka. Klien ini mencakup anak-anak yang tidak mampu mengkomunikasikan ketidaknyamanan secara verbal, dan klien lansia dengan gangguan kognisi atau komunikasi sehingga untuk klien jenis ini menggunakan skala peringkat *Wong Baker FACES Pain Rating Scale*. Skala wajah mencantumkan skala angka dalam setiap ekspresi nyeri sehingga intensitas nyeri dapat di dokumentasikan oleh perawat.

Gambar 2.5 Wong Baker FACES



Sumber : (Doni, 2017)

2.3 Teknik nafas dalam untuk mengatasi masalah nyeri akut

2.3.1 Pengertian teknik nafas dalam

Terapi relaksasi nafas dalam merupakan pernafasan pada abdomen dengan frekuensi lambat serta perlahan, berirama, dan nyaman dengan cara memejamkan mata saat menarik nafas. Efek dari terapi ini ialah distraksi atau pengalihan perhatian. (Hartanti, dkk, 2016). Mekanisme relaksasi nafas dalam pada sistem pernafasan berupa suatu keadaan inspirasi dan ekspirasi pernafasan dengan frekuensi pernafasan menjadi 6-10 kali permenit sehingga terjadi peningkatan regangan kardiopulmonari. Terapi relaksasi nafas dalam dapat dilakukan secara mandiri, relatif mudah dilakukan dari pada terapi nonfarmakologis lainnya, tidak membutuhkan waktu lama untuk terapi.

2.3.2 Tujuan teknik nafas dalam

Relaksasi napas dalam bertujuan untuk mengontrol pertukaran gas agar menjadi efisien, mengurangi kinerja bernapas, meningkatkan inflasi alveolar maksimal, meningkatkan relaksasi otot, menghilangkan ansietas, menyingkirkan pola aktivitas otot-otot pernapasan yang tidak berguna, melambatkan frekuensi pernapasan, mengurangi udara yang terperangkap serta mengurangi kerja bernapas (Bruner & Suddart, 2013).

2.3.3 Manfaat teknik nafas dalam

Beberapa manfaat terapi relaksasi nafas dalam adalah sebagai berikut: (Wardani, 2015)

- a. Ketentraman hati
- b. Berkurangnya rasa cemas, khawatir dan gelisah
- c. Tekanan darah dan ketegangan jiwa menjadi rendah
- d. Detak jantung lebih rendah
- e. Mengurangi tekanan darah
- f. Meningkatkan keyakinan
- g. Kesehatan mental menjadi lebih baik

2.3.4 Evidence based teknik nafas dalam untuk mengatasi masalah nyeri akut

Berdasarkan penelitian yang dilakukan Rohi (2021) menemukan bahwa terdapat pengaruh terapi relaksasi napas dalam yang signifikan terhadap nyeri akut pada pasien abortus inkomplit RSUD Mgr.Gabriel. Pada tahun 2021, Rohi melakukan penelitian di RSUD Mgr.Gabriel, menemukan bahwa pemberian terapi relaksasi napas dalam dilakukan sebanyak 2 kali dengan durasi 15-20 menit yang dilakukan secara rutin pada pasien post kuretase abortus inkomplit bahwa dapat menurunkan tingkat nyeri dari skala nyeri 6 turun menjadi skala nyeri 2.

Hasil penelitian lainnya juga mengatakan adanya pengaruh setelah diberikan terapi teknik napas dalam terhadap masalah keperawatan nyeri akut karena sesuai dengan kriteria hasil yang peneliti tetapkan sebelumnya, yaitu: nyeri teratasi, dari indikator nyeri awal 3 (nyeri sedang) menjadi 1 (tidak nyeri), mampu melakukan pengendalian nyeri dengan melakukan tehnik relaksasi secara mandiri untuk mencapai kenyamanan (Rokmah

2021). Implementasi dilakukan oleh perawat yang pada dasarnya memberikan bantuan fisiologis dan psikologis untuk menciptakan kenyamanan bagi klien. Menjelaskan tentang penyebab nyeri bahwa nyeri yang dialami klien disebabkan oleh masih adanya sisa jaringan didalam rahim sehingga rahim berkontraksi untuk berusaha mengeluarkan sisa jaringan yang dianggap benda asing, mengobservasi skala nyeri (dengan skala 0- 10) mengajarkan dan anjurkan menggunakan tehnik pernapasan dan relaksasi, serta distraksi dengan menganjurkan pada klien untuk menarik nafas panjang melalui hidung dan mengeluarkan perlahan-lahan lewat mulut jika nyeri sedang berlangsung, menjelaskan pada klien tentang teknik distraksi yang bisa digunakan untuk mengurangi nyeri dan menganjurkan klien untuk istirahat yang cukup (Rahayu 2018).

2.4 Asuhan Keperawatan

Menurut Mitayani (2012), Nugroho (2011), Manuaba (2007) pengkajian asuhan keperawatan pada pasien dengan abortus inkomplit adalah:

2.4.1 Pengkajian

A. Riwayat Kesehatan

1. Identitas Klien

Identitas klien yang perlu dikaji meliputi nama, usia, alamat, agama, bahasa, status perkawinan, pendidikan, pekerjaan, golongan darah, tanggal masuk rumah sakit, dan diagnosa medis.

2. Keluhan Utama

Keluhan utama mengalami perdarahan kemudian yang dirasakan oleh klien abortus adalah rasa nyeri pada bagian abdomen,

3. Riwayat Kehamilan Sekarang

Riwayat kehamilan sekarang yang perlu dikaji adalah HPHT, tanyakan tentang kehamilan direncanakan atau tidak direncanakan, tanyakan apakah klien mengetahui bahwa dirinya sedang hamil atau tidak, tanyakan pernah tidak memeriksa kehamilannya, tanyakan apakah pernah mengalami perdarahan fleks sebelumnya.

4. Riwayat Kehamilan Sebelumnya

Riwayat kehamilan sebelumnya yang perlu dikaji adalah tanyakan pada klien bahwa kehamilan yang terjadi adalah kehamilan anak beberapa, tanyakan jenis persalihan yang pernah dialami oleh klien apakah partus normal atau dengan menggunakan prosedur SC, dan kaji pula apakah ada riwayat abortus pada kehamilan sebelumnya.

5. Riwayat Perdarahan

Perdarahan terjadi sedikit sedikit berupa fleks yang terjadi hanya sewaktu – waktu.

6. Riwayat Kesehatan Reproduksi

Riwayat kehatan reproduksi yang perlu dikaji adalah tentang siklus menstruasi, lamanya, banyaknya, sifat darah, bau, warna dan adanya dismenorhoe sekunder. Dismenorhoe sekunder menandakan adanya kelainan ginekologi seperti endometriosis.

7. Riwayat Seksual

Riwayat seksual yang perlu dikaji mengenai aktivitas seksual klien, jenis kontrasepsi yang digunakan sebelum hamil. Penggunaan kontrasepsi IUD seringkali menyebabkan endometriosis. Tanyakan pula kapan terakhir melakukan hubungan intim.

8. Riwayat Pemakaian Obat dan Faktor Lingkungan

Riwayat pemakaian obat yang perlu dikaji meliputi apakah klien menggunakan obat digitalis, atau tanyakan pula apakah klien mengkonsumsi napza. Kaji apakah klien merokok atau mengkonsumsi kafein. Nikotin atau kafein memberikan efek vasokonstriksi pada pembuluh darah yang menyebabkan kebutuhan nutrisi dan O₂ pada janin berkurang sehingga sering menyebabkan abortus. Kaji pekerjaan klien apakah sering membawa beban berat saat bekerja.

9. Pola Aktivitas Sehari-hari

Pola aktivitas sehari-hari yang perlu dikaji mengenai status nutrisi, kaji riwayat mual-muntah, BB sebelum hamil dan saat hamil. Kaji pula mengenai cairan dan elektrolit, eliminasi (BAB dan BAK), istirahat tidur dan hygiene.

10. Data Psikososial

Data psikososial yang perlu dikaji adalah orang terdekat dengan klien bagaimana pola komunikasi dalam keluarga, hal yang menjadi beban pikiran klien dan harga diri klien, identifikasi penyebab coping tidak efektif dan pantau perilaku agresif pasien.

11. Pengkajian Kesehatan Lain yang Perlu Dikaji

a. Sirkulasi

Pengkajian sirkulasi pada pasien dengan abortus terdapat perdarahan berupa fleks pervagina sehingga dapat menimbulkan syok bila perdarahan berkelanjutan, pasien tampak pucat, akral dingin, nadi teraba cepat dan kecil, pasien tampak meringis atau kesakitan karena nyeri.

b. Integritas ego

Integritas ego yang ditunjukkan pada klien abortus adalah labilitas emosional dari ketakutan, marah atau menarik diri. Pada pasien abortus kemungkinan terjadi pasien tampak lemah.

c. Nyeri/ Kenyamanan

Lokasi nyeri dan sifat nyeri, lakukan pengkajian PQRST

d. Keamanan

Pantau jalur parenteral yang beresiko terkena infeksi karena pemasangan infus atau kateter.

B. Pemeriksaan Fisik

Menurut Manuaba (2007) pemeriksaan fisik pada klien abortus adalah :

1. Tanda Tanda Vital

Meliputi pemeriksaan tekanan darah yang biasanya didapatkan peningkatan dari biasanya karena proses patologi kehamilan , nadi tidak melebihi 100x/menit, pernafasan terjadi peningkatan akibat reaksi tubuh terhadap nyeri

2. Muka

Pemeriksaan muka atau wajah terdapat chloasma gravidarum , konjungtiva anemis, kelopak mata cekung bila terjadi gangguan kebutuhan nutrisi akibat mual dan muntah.

3. Leher

Mengobservasi kelenjar tiroid, biasanya didapatkan sedikit pembesaran akibat hiperplasia kelenjar dan peningkatan vaskularitas tetapi perubahan ini tidak menyebabkan tiromegali yang signifikan seperti pada pasien hipotiroidisme. Observasi vena jugularis , biasanya tidak terjadi peningkatan pada vena jugularis kecuali pasien memiliki penyakit kardiovaskuler.

4. Pemeriksaan Payudara

Pemeriksaan payudara didapatkan hiperpigmentasi pada aerola mammae dan ketika dipalpasi payudara tegang – terasa sakit.

5. Pemeriksaan Paru –paru

Pemeriksaan paru-paru pada pasien abortus adalah observasi tanda-tanda sesak, nafas dangkal, nafas cepat, pernafasan tidak teratur. Observasi suara nafas (wheezing, ronchi, stridor), penyakit penyerta pada sistem pernafasan biasanya adalah penyebab terjadinya abortus ini disebabkan karena suplai O₂ dari ibu kurang untuk kebutuhan janin.

6. Pemeriksaan Jantung

Pemeriksaan jantung pada klien abortus biasanya didapatkan bunyi murmur pada jantung. Murmur terjadi karena tekanan darah ibu meningkat. Murmur dengan derajat 1/6 atau 2/6 umumnya dianggap ringan, tapi apabila derajat murmur melebihi 2/6 maka segera dilakukan pemeriksaan EKG. Periksa denyut jantung normalnya 60-100 kali/ menit, bila detak jantung kurang dari 60 kali/ menit maka klien mengalami bradikardi, bila detak jantung lebih dari 100 kali klien mengalami takikardi. Tekanan darah umumnya normal tidak boleh melebihi 140/90 mmHg

7. Pemeriksaan Abdomen

a. Inspeksi

Inspeksi abdomen biasanya terdapat linea alba-nigra, striae pada perut sedikit.

b. Palpasi

a) Terdapat nyeri tekan

b) Nyeri tekan sudut kostovertebralis (pielonefritis dapat ditandai dengan nyeri ahli panggul)

c) Tinggi Fundus Uteri :1/3 diatas simpisis

8. Sistem Reproduksi

a. Genitalia Ekterna Pemeriksaan genitalia eksterna pada klien abortus adanya lesi, perubahanwarna dan pembengkakan pada genitalia eksterna.

b. Genitalia Interna (inspekulum vagina)

- 1) Serviks : Ostium serviks dilatasi, adanya cairan, gumpalan darah, dan bagian janin. Tanda hegar yaitu serviks melunak, terjadi peningkatan hormon estrogen dan progesteron. Tanda chadwick yaitu warna kebiruan pada dinding vagina, akibat hipervaskularisasi.
- 2) Portio : Lunak
- 3) Inspekulp : Fleks (+)

9. Pemeriksaan Eksremitas

Pemeriksaan ekstremitas harus pengkajian refleks tendon dalam, pemeriksaan adanya edema tungkai dan pemeriksaan ukuran tangandan kaki.

C. Pemeriksaan Penunjang yang Diperlukan pada Penderita Abortus

1. Tes kehamilan (+).
2. Pemeriksaan dopler, DJJ tidak terdengar (-) bila dibawah 14 minggu
3. Pemeriksaan kadar fibrinogen atau test waktu pembekuan dan perdarahan pada misses abortion.

2.4.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah menganalisis data subjektif dan objektif untuk membuat diagnosa keperawatan. Diagnosa keperawatan merupakan proses perfikir kompleks tentang data yang dikumpulkan dari klien, keluarga, rekam medik, dan pemberi pelayanan kesehatan.

Proses diagnosa keperawatan dibagi menjadi kelompok interpretasi dan

menjamin keakuratan diagnosa dari proses keperawatan itu sendiri. Perumusan pernyataan diagnosa keperawatan memiliki beberapa syarat yaitu mempunyai pengetahuan yang dapat membedakan antara sesuatu yang aktual, resiko, dan potensial dalam diagnosa keperawatan (Sulistiyorini 2015). Berdasarkan manifestasi klinis dengan BBLR, maka diagnose yang muncul sesuai dengan SDKI, SIKI, SLKI 2018 sebagai berikut :

Pre kuretase :

1. Nyeri akut berhubungan dengan kontraksi otot uterus
2. Ansietas berhubungan dengan kehilangan janin
3. Resiko ketidakseimbangan cairan berhubungan dengan perdarahan.

Post kuretase

1. Nyeri berhubungan dengan post kuretase.
2. Ansietas berhubungan dengan kehamilan selanjutnya
3. Resiko infeksi berhubungan dengan post kuretase

2.4.3 Intervensi keperawatan

Perencanaan keperawatan adalah rencana keperawatan kepada klien sesuai dengan diagnosa yang ditegakkan sehingga kebutuhan klien dapat terpenuhi. Dalam teori perencanaan keperawatan dituliskan sesuai dengan rencana dan kriteria hasil berdasarkan Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) dan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI).

Perencanaan keperawatan dan disesuaikan dengan kondisi klien dan fasilitas yang ada, sehingga rencana tindakan dapat diselesaikan dengan

Spesifik, Measure, Arhievable, Rasional, Time (SMART) selanjutnya akan diuraikan rencana asuhan keperawatan dari diagnosa yang ditegakkan (SDKI, 2016).

Tabel .2.1 Rencana Keperawatan Pre Kuretase Abortus Inkomplit

No	Diagnosa keperawatan (SDKI,2017)	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI,2019)	Intervensi (SIKI,2018)
1.	Nyeri akut berhubungan dengan pencedera fisiologis	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama....x24 jam tingkat pengetahuan meningkat dengan kriteria hasil: 1. Keluhan nyeri menurun (5) 2. Meringis menurun (5) 3. Gelisah menurun (5) 4. Kesulitan tidur menurun (5) 5. Perasaan takut mengalami cedera berulang menurun (5) 6. Muntah menurun (5) 7. Mual menurun (5) 8. Frekuensi nadi membaik (5) 9. Pola nafas membaik (5) 10. Tekanan darah membaik (5)	SIKI : Manajemen nyeri I.08238 Observasi 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respons nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 9. Monitor efek samping penggunaan analgetic Terapeutik 1. Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (teknik relaksasi nafas dalam) 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 3. Fasilitas istirahat dan tidur 4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri

2	Anxietas berhubungan dengan kehilangan janin.	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama...x24 jam tingkat pengetahuan meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. perilaku sesuai anjuran meningkat (5) 2. verbalisasi minat dalam belajar meningkat (5) 3. kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topic meningkat (5) 4. kemampuan menggambarkan pengalaman sebelumnya sesuai topic meningkat (5) 5. perilaku sesuai dengan pengetahuan 	<p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri 3. Ajarkan teknik non farmakologis (teknik relaksasi nafas dalam) <p>Kolaborasi Kolaborasi pemberian analget</p> <p>Reduksi Anxietas</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. identifikasi saat tingkat anxietas berubah 2. identifikasi mengambil keputusan 3. monitor tanda-tanda anxietas <p>terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan 2. temani pasien untuk mengurangi kecemasan, 3. <i>jika memungkinkan</i> 4. pahami situasi yang membuat anxietas 5. dengarkan dengan penuh perhatian 6. gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan 7. motivasi mengidentifikasi situasi yang memacu kecemasan <p>edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. informasikan secara factual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis 2. anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, <i>jika perlu</i> 3. anjurkan melakukan kegiatan yang tidak kompetitif, <i>sesuai kebutuhan</i> 4. anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi
---	---	--	--

3.	Resiko ketidakseimbangan cairan berhubungan dengan perdarahan.	<p>asuhan keperawatan selama...x24 jam keseimbangan cairan meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Asupan cairan meningkat (5) 2. Haluran urin meningkat (5) 3. Kelembapan membran mukosa meningkat (5) 4. Asupan makanan meningkat (5) 	<p>Manajemen pendarahan</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi penyebab perdarahan 2. Monitor terjadinya perdarahan (sifat dan jumlah) 3. Monitor nilai hemaglobin dan hematokrit sebelum dan setelah kehilangan darah 4. Monitor tekanan darah dan parameter hemodinamik 5. Monitor intake dan output cairan <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Istirahatkan area yang mengalami perdarahan 2. Beri kompres dingin <i>jika perlu</i> 3. Tinggikan ekstermitas yang mengalami perdarahan 4. Pertahankan akses IV <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tanda-tanda perdarahan 2. anjurkan melaporkan jika menemukan tanda-tanda perdarahan 3. anjurkan membatasi aktivitas <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian cairan, <i>jika perlu</i> 2. Kolaborasi tranfusi darah, <i>jika perlu</i>
----	--	--	--

Tabel .2.2 Rencana Keperawatan Post Kuretase Abortus Inkomplit

No	Diagnosa keperawatan (SDKI,2017)	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI,2019)	Intervensi (SIKI,2018)
1.	Nyeri akut berhubungan dengan pencedera fisiologis	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama...x24 jam tingkat pengetahuan meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan nyeri menurun (5) 2. Meringis menurun (5) 	<p>SIKI : Manajemen nyeri I.08238</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respons nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan

		<p>3. Gelisah menurun (5)</p> <p>4. Kesulitan tidur menurun (5)</p> <p>5. Perasaan takut mengalami cedera berulang menurun (5)</p> <p>6. Muntah menurun (5)</p> <p>7. Mual menurun (5)</p> <p>8. Frekuensi nadi membaik (5)</p> <p>9. Pola nafas membaik (5)</p> <p>10. Tekanan darah membaik (5)</p>	<p>nyeri</p> <p>5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri</p> <p>6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri</p> <p>7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup</p> <p>8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberika</p> <p>9. Monitor efek samping penggunaan analgetik</p> <p>Terapeutik</p> <p>1. Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (teknik relaksasi nafas dalam)</p> <p>2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)</p> <p>3. Fasilitas istirahat dan tidur</p> <p>4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri</p> <p>Edukasi</p> <p>1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri</p> <p>2. Jelaskan strategi meredakan nyeri</p> <p>3. Ajarkan teknik non farmakologis (teknik relaksasi nafas dalam)</p> <p>Kolaborasi</p> <p>Kolaborasi pemberian analgetik</p>
2	Resiko infeksi berhubungan dengan post kuretase	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama....x24 jam integritas kulit dan jaringan nyeri berkurang dengan kriteria hasil:</p> <p>SLKI : Tingkat Infeksi L.14137</p> <p>1. Kemampuan mengikuti perintah meningkat (5)</p> <p>2. Gelisah menurun (5)</p> <p>3. Orientasi waktu, tempat dan orang</p>	<p>SIKI : Perawatan Kehamilan Resiko Tinggi I.14560</p> <p>Observasi</p> <p>1. Identifikasi faktor resiko kehamilan (mis. Diabetes, hipertensi, luus eritmatosus, herpes, hepatitis, HIV, epilepsi)</p> <p>2. Identifikasi riwayat obstetris (mis. Prematuritas, postmaturitas, preeclampsia, kehamilan multifetal, retardasi pertumbuhan intrauterine,</p>

		membaik (5)	<p>abrupsi, plasenta previa, ketuban pecah dini dan riwayat kelainan genetic keluarga)</p> <ol style="list-style-type: none"> Identifikasi social dan demografi (mis. Usia ibu, ras, kemiskinan, teralambat atau tidak ada perawatan prenatal, penganiayaan fisik, dan penyalahgunaan zat) Monitor status fisik dan psikososial selama kehamilan <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> Damping ibu saat merasa cemas Diskusikan ketidaknyamanan selama hamil Diskusikan persiapan persalinan dan kelahiran <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> Jelaskan resiko janin mengalami kelahiran premature Informasikan kemungkinan intervensi selama proses kelahiran (mis. Pemantauan janin elektronik intrapartum, induksi, perawatan SC) Ajarkan mengenali tanda bahaya (mis. Perubahan cairan ketuban, penurunan gerakan janin, kontraksi sebelum 37 minggu, sakit kepala, gangguan penglihatan, nyeri epigastrik, dan penambahan berat badan secara cepat dengan edema wajah) <p>Kolaborasi Kolaborasi dengan spesialis jika ditemukan tanda dan bahaya kehamilan</p>
3	Ansietas berhubungan dengan kehamilan selanjutnya	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama....x24 jam tingkat pengetahuan meningkat dengan kriteria hasil: <ol style="list-style-type: none"> perilaku sesuai anjuran meningkat (5) verbalisasi minat dalam belajar meningkat (5) 	<p>Reduksi Ansietas</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> identifikasi saat tingkat ansietas berubah identifikasi mengambil keputusan monitor tanda-tanda ansietas <p>terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan temani pasien untuk

		<ol style="list-style-type: none"> 3. kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topic meningkat (5) 4. kemampuan menggambarkan pengalaman sebelumnya sesuai topic meningkat (5) 5. perilaku sesuai dengan pengetahuan 	<p>mengurangi kecemasan, <i>jika memungkinkan</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 3. pahami situasi yang membuat ansietas dengarkan dengan penuh perhatian 4. gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan 5. motivasi mengidentifikasi situasi yang memacu kecemasan <p>edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. informasikan secara factual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis 2. anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, <i>jika perlu</i> 3. anjurkan melakukan kegiatan yang tidak kompetitif, <i>sesuai kebutuhan</i> 4. anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi
--	--	--	---

2.4.4 Implementasi Keperawatan

Pelaksanaan adalah realisasi rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Kegiatan dalam pelaksanaan juga meliputi pengumpulan data berkelanjutan, mengobservasi respon klien selama dan sesudah pelaksanaan tindakan, serta menilai data yang baru (Hidayat, 2016). Secara umum implementasi terdiri dari mengerjakan, mendelegasikan dan pencatatan. Proses implementasi terdiri dari: mengkaji klien kembali, menentukan kebutuhan bantuan perawat lain, mengimplementasikan strategi keperawatan dan mengkomunikasikan tindakan-tindakan keperawatan (Sumijatun, 2018). Tujuan dari implementasi pada asuhan keperawatan pre dan post kuretase abortus inkomplit ini adalah untuk melakukan intervensi sesuai dengan instruksi

keperawatan yang telah dibuat, kemudian mengakhiri langkah implementasi dengan mencatat aktivitas klien yang dilakukan serta respon klien yang dihasilkan.

2.4.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien (hasil yang diamati) dengan tujuan dan kriteria hasil yang anda buat pada tahap perencanaan (Hidayat, 2016). Dalam asuhan keperawatan pengukuran yang digunakan untuk tahap evaluasi yaitu meliputi persepektif historis, menghubungkan tindakan keperawatan dengan hasil, membuat kesimpulan tentang status masalah, mengumpulkan data, mempertimbangkan pencapaian tujuan, mengidentifikasi hasil yang diharapkan, mengimplementasikan strategi keperawatan dan mengkomunikasikan kembali tindakan keperawatan (Sumijatun, 2018). Perumusan evaluasi formatif ini meliputi 4 komponen yang dikenal dengan istilah SOAP, yakni subjektif, objektif, analisis data dan perencanaan. a) S (subjektif) : Data subjektif dari hasil keluhan Pasien, kecuali pada Pasien yang afasia b) O (objektif) : Data objektif dari hasil observasi yang dilakukan oleh perawat. c) A (analisis) : Masalah dan diagnosis keperawatan Pasien yang dianalisis atau dikaji dari data subjektif dan data objektif. d) P (perencanaan) : Perencanaan kembali tentang pengembangan tindakan keperawatan, baik yang sekarang maupun yang akan datang dengan tujuan memperbaiki keadaan kesehatan Pasien

BAB III

METODE PENELITIAN

3.1 Desain atau Rancangan Studi Kasus

Desain penelitian ini merupakan studi kasus, Studi kasus yang akan dilaksanakan menggunakan pendekatan asuhan keperawatan yang secara umum akan menggambarkan asuhan keperawatan pre dan post kuretase abortus inkomplit dengan implementasi teknik relaksasi nafas dalam untuk mengurangi nyeri akut pada pasien di RSUD Kabupaten Rejang Lebong. Gambaran penelitian ini meliputi data pengkajian, diagnosa, perencanaan (nursing plan), implementasi, dan evaluasi tersajikan dalam bentuk naratif, Tindakan menggambarkan pelayanan asuhan keperawatan yang diberikan pada klien dengan menerapkan evidence based practice Berdasarkan jurnal penelitian Rohi pemberian teknik relaksasi nafas dalam untuk mengurangi nyeri akut pada ibu agar dapat mengontrol diri ketika terjadi rasa nyeri atau tidak nyaman, stress fisik dan emosi. Sehingga diharapkan klien yang sudah diberi intervensi teknik relaksasi nafas dalam dapat menerima terapi tersebut secara baik untuk mengurangi nyeri akut ketika merasakan nyeri.

3.2 Subjek Studi Kasus

Subjek penelitian yang digunakan dalam penelitian adalah 1 orang pasien dengan masalah keperawatan pre dan post kuretase abortus inkomplit yang menjalani perawatan di Ruang teratai RSUD Curup, dengan minimal keperawatan selama 3 hari.

Kriteria subyek dalam penelitian ini adalah :

1. Kriteria inklusi

- a. Pasien Pre dan post kuretase abortus inkomplit pada ibu di ruang teratai RSUD Kabupaten Rejang Lebong.
- b. Pasien nyeri akut di ruang teratai RSUD Kabupaten Rejang Lebong.
- c. Pasien composmentis di ruang teratai RSUD Kabupaten Rejang Lebong.
- d. pasien tidak mengalami komplikasi pada saat kuretase abortus inkomplit di ruang teratai RSUD Kabupaten Rejang Lebong.
- e. keluarga menyetujui tindakan keperawatan yang akan dilakukan.

2. Kriteria eklusi

- a. Pasien yang mengalami pendarahan yang banyak
- b. Pasien dalam keadaan penurunan kesadaran.

3.3 Fokus Studi Kasus

Fokus studi kasus adalah menerapkan teknik relaksasi nafas dalam untuk membantu mengurangi nyeri akut pada pasien pre dan post kuretase abortus inkomplit di RSUD Kabupaten Rejang Lebong.

3.4 Definisi Operasional

- a. Abortus inkompit adalah suatu diagnosis yang ditetapkan berdasarkan diagnose dokter dan manifestasi, hasil pemeriksian fisik dan pemeriksaan USG.

- b. Nyeri adalah bentuk ketidaknyamanan baik sensori maupun emosional yang berhubungan dengan resiko atau aktualnya kerusakan jaringan tubuh, timbul ketika jaringan sedang rusak dan menyebabkan individu tersebut bereaksi untuk menghilangkan rasa nyeri. Perasaan nyeri berbeda pada setiap pasien yang dapat diukur dengan skala nyeri (*Numeric Rating Scale*).
- c. *Teknik relaksasi nafas dalam* atau distraksi merupakan pernafasan pada abdomen dengan frekuensi lambat serta perlahan, berirama, dan nyaman dengan cara memejamkan mata saat menarik nafas. Teknik nafas dalam ini dilakukan selama 15-20 menit . Efek dari terapi ini ialah distraksi atau pengalihan perhatian untuk mengurangi nyeri.
- d. Asuhan keperawatan pada studi kasus ini didefinisikan sebagai suatu proses keperawatan yang meliputi pengkajian, analisa data, diagnosa, intervensi, implementasi dan evaluasi keperawatan.

3.5 Tempat dan waktu

1. Tempat pengambilan kasus di RSUD Kabupaten Rejang Lebong di Ruang Teratai.
2. Waktu Pelaksanaan: Pembuatan proposal dimulai dari bulan Desember dan laporan Akhir bulan Mei.

3.6 Pengumpulan Data

A. Teknik Pengumpulan Data

a. Wawancara

Hasil anamnesis data berisikan identifikasi klien, keluhan utama, riwayat utama, riwayat penyakit sekarang, riwayat penyakit keluarga, riwayat kelahiran dan riwayat kehamilan. Data yang didapatkan dari wawancara bersumber dari keluarga dan perawat.

b. Observasi dan Pemeriksaan Fisik

Pengumpulan data ini menggunakan tehnik yang meliputi identifikasi, riwayat kesehatan, pengukuran skala nyeri, keadaan umum, pengkajian persistem, terapi obat dan meliputi inspeksi, palpasi, perkusi, auskultasi. Pemeriksaan fisik ini digunakan untuk memperoleh data yang lebih akurat terlihat keadaan klien yang diambil.

c. Studi Dokumentasi

Menggunakan dokumen yang berhubungan dengan judul Karya Tulis Ilmiah ini seperti catatan medis, catatan keperawatan, pemeriksaan USG dan laboratorium.

d. Instrument Pengumpulan Data

Alat atau instrumen pengumpulan data menggunakan format pengkajian asuhan keperawatan pada pasien abortus inkomplit.

3.7 Penyajian Data

Pada studi kasus ini peneliti menyajikan data secara tekstural atau narasi, disertai dengan ungkapan verbal dan respon subyek studi kasus yang merupakan data pendukung studi

3.8 Etika Penelitian

Peneliti akan mempertimbangkan etik dan legal penelitian untuk melindungi responden agar terhindar dari segala bahaya serta ketidaknyamanan fisik dan psikologis. *ethical clearance* mempertimbangkan hal-hal di bawah ini.

a. *Self Determinan*

Pada studi kasus ini, responden bebas dan berpartisipasi dalam penelitian tanpa ada paksaan.

b. Tanpa Nama (*Anonimity*)

Peneliti sudah menjaga kerahasiaan responden dengan cara tidak mencantumkan nama responden pada lembar pengumpulan data, peneliti hanya sudah memberi inisial sebagai pengganti identitas responden.

c. Kerahasiaan (*Confidentialy*)

Semua informasi yang di dapat dari responden tidak disebarluaskan ke orang lain dan hanya peneliti yang mengetahuinya dan di simpan di dalam laptop/email peneliti.

d. Asas kemanfaatan (*Beneficiency*)

Asas kemanfaatan harus memiliki tiga prinsip yaitu bebas penderitaan, bebas eksploitasi dan bebas resiko. Bebas penderitaan, selama pengkajian

keluarga sebagai responden tidak mengalami cedera pada saat dilakukannya pengkajian. Bebas eksploitasi keluarga sebagai responden sudah menerima informasi yang diberikan oleh peneliti dan responden akan menggunakan informasi dengan sebaik mungkin. Bebas resiko, selama kegiatan tanya jawab responden sudah mengetahui keuntungan menerima informasi untuk kedepannya

e. NonMaleficience

Peneliti tidak menyakiti dan membahayakan responden, serta memberikankenyamanan baik untuk responden.

f. NonMaleficience

Peneliti tidak menyakiti dan membahayakan responden, serta memberikankenyamanan baik untuk responden

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil

4.1.1 Pengkajian

Tempat praktek : Ruangan Teratai
No. Reg : 247023
Tanggal Pengkajian : 21 Juni 2023 Pukul : 14.20 WIB
Tanggal Masuk : 21 Juni 2023 Pukul : 11.15 WIB
Diagnosa Medis : Abortus Incomplete

4.1.2 Identitas Klien

1. Identitas diri klien

Nama Klien : Ny.D
Umur : 21 Tahun
Pendidikan : SMA
Status Perkawinan : Kawin
Alamat : Jalur Dua
Agama : Islam
Suku Bangsa : Rejang
Pekerjaan : IRT (Ibu Rumah Tangga)
Penanggung jawab
Nama Suami : Tn.E
Alamat : Jalur Dua
Umur : 20 Tahun

Pekerjaan : Petani

4.1.3 Riwayat Keperawatan

1. Data Riwayat Kesehatan

a. Keluhan Utama

Pre kuretase

Klien mengeluh nyeri dan kram dibagian perut bawah, dan keluhan perdarahan , keluar flek sejak 1 hari lalu , keluar gumpalan-gumpalan darah seperti jaringan dari jalan lahir sejak 3 jam lalu SMRS (sebelum masuk rumah sakit) G1P0A0 usia kehamilan 8 minggu.

P : Nyeri akibat abortus inkomplete

Q : Nyeri seperti ditusuk-tusuk

R : Nyeri bagian perut bawah

S : Skala nyeri 6

T : Hilang timbul 30 menit/sekali

Post kuretase

Keadaan umum klien 1 jam post kuretase dalam kondisi tirah baring dan lemas, masih dalam pengaruh obat anastesi. Setelah 6 jam post kuretase klien masih merasa nyeri akibat tindakan kuretase.

b. Riwayat kehamilan sekarang

Klien mengatakan riwayat kehamilan sekarang G1P0A0 usia kehamilan 8 minggu, klien mengatakan keluar gumpalan

darah seperti jaringan dengan rasa nyeri/kram dibagian perut bawah. Pada saat kehamilan klien mengatakan makan teratur dan tidak ada penggunaan obat-obatan tanpa sepengetahuan dari petugas kesehatan, BB sebelum hamil 50 kg, BB saat hamil 51 kg, tinggi badan 150 cm.

c. Riwayat kehamilan yang lalu

Klien mengatakan belum ada riwayat kehamilan lalu karena ini kehamilan pertama.

d. Riwayat persalinan dahulu

Klien mengatakan belum ada riwayat persalinan dahulu.

e. Riwayat kesehatan lalu

1) Riwayat Alergi

Klien mengatakan tidak memiliki riwayat alergi makanan ikan tongkol, udang dan sejenis seafood yang lainnya. Klien mengatakan tidak ada alergi obat seperti obat antibiotic yaitu ceftriaxone.

2) Riwayat kecelakaan

Klien mengatakan tidak memiliki riwayat trauma seperti jatuh atau terpeleset.

3) Riwayat dirawat RS

Klien mengatakan tidak memiliki riwayat dirawat di RS.

4) Riwayat Operasi

Klien mengatakan tidak memiliki riwayat operasi.

f. Riwayat kesehatan keluarga

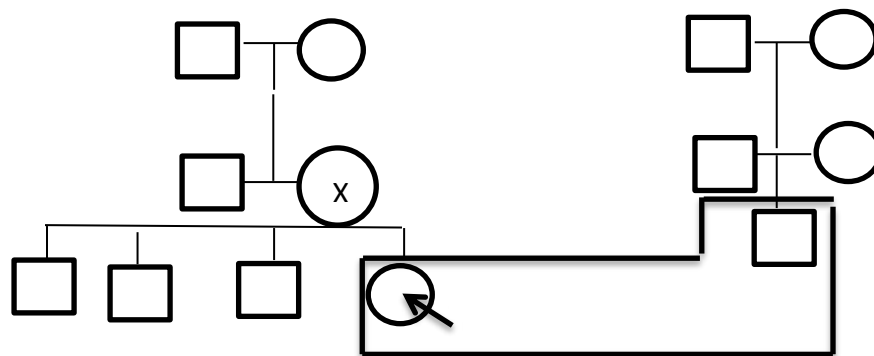
Klien mengatakan dalam keluarganya tidak ada yang mengalami perdarahan saat hamil dan tidak memiliki riwayat penyakit menular.

g. Riwayat kontrasepsi

Klien mengatakan sekarang tidak menggunakan KB.

h. Genogram

4.1 Genogram



Keterangan :

- : Laki-laki
 ○ : Perempuan
 ○ (with arrow) : Klien
 — : Tinggal serumah

Data Umum Maternitas :

a. Riwayat kehamilan

1. Menarche : Ny.D mengatakan umur 13 tahun mengalami menarche pertama kali.

2. Siklus : siklus haidnya Ny.D 30 hari
 3. Lama : Ny.D mengatakan lamanya haid 7 hari
 4. Banyaknya : Ny.D mengatakan haidnya tidak begitu banyak
 5. Teratur/tidak : Ny.D mengatakan haidnya teratur
 6. Disminore : Ny.D mengatakan tidak mengalami nyeri pada saat haid
-
- b. Kehamilan sekarang : direncanakan
 - c. Status Obsetrikus : G1P0A0
 - d. Usia Kehamilan : 8 minggu
 - e. HPHT : 15 april 2023
 - f. Taksiran Persalinan : tidak ada
 - g. Mengikuti kelas prenatal : tidak
 - h. Rencana KB : ada

Tabel 4.1 Pemenuhan Kebutuhan Nutrisi

No	Pemenuhan Kebutuhan	Sebelum di rawat	Pre kuretase	Post kuretase
1.	Nutrisi/cairan 1. MAKAN a. Frekuensi b. Banyaknya c. Jenis 2. MINUM a. Frekuensi b. Jenis	3x/hari 1 porsi Nasi+lauk pauk 9x/hari Air putih , air teh	Tidak berselara hanya diberi makanan ringan dan buah 10x/hari Air putih	Klien masih dalam keadaan puasa Pasien masih dalam keadaan puasa
2.	Eliminasi 1. BAK : a. Frekuensi b. Warna c. Keluhan 2. BAB a. Frekuensi b. Warna c. Keluhan	6x/hari Kuning jernih Tidak ada 2x/hari Kuning kecoklatan Tidak ada	5x/hari Kuning jernih Tidak ada Belum ada BAB Tidak ada Tidak ada	2x/hari Kuning jernih Tidak ada Belum ada BAB Tidak ada Tidak ada
3.	Pola istirahat dan tidur 1. Lama tidur siang 2. Lama tidur malam 3. Kebiasaan sebelum tidur 4. Keluhan	2-3 jam 7-8 jam Tidak ada Tidak ada	Tidak bisa tidur karena nyeri 3-4 jam Tidak ada Nyeri perut bagian bawah	Belum ada tidur Belum ada tidur Tidak ada Nyeri post kuret
4.	Personal Hygiene 1. Mandi a. Frekuensi b. Waktu 2. Oral hygiene a. Frekuensi b. Waktu 3. Cuci rambut a. Frekuensi b. Waktu	2x/hari Pagi dan sore 3x/hari Pagi, sore dan malam 1x/hari pagi	Di lap dengan kain basah Sore 1x/hari Sore Tidak ada	Dilap dengan tisu basah Pagi 1x/hari Pagi Tidak ada

5.	Vulva hygiene a. Frekuensi b. waktu	3x/hari Pagi, Sore, malam	1x/hari Sore	1x/hari pagi
6.	Aktivitas/istirahat a. Jenis pekerjaan b. Lama bekerja c. Hobby d. Kegiatan waktu luang	IRT Tidak menentu Memasak Tidak menentu	Klien tidak mampu melakukan aktivitas seperti biasa	Klien tidak mampu melakukan aktivitas seperti biasa, posisi klien hanya bedrest (tirah baring)
7.	Kebiasaan lain a. Minuman keras b. Penggunaan obat-obatan c. Psikotropika/narkotik	Tidak ada Tidak ada Tidak ada	Tidak ada Tidak ada Tidak ada	Tidak ada Tidak ada Tidak ada

Tabel 4.2 Pola Aktivitas Dan Latihan

Kemampuan perawatan diri	0	1	2	3	4
Makan/minum			✓		
Mandi		✓			
Toileting			✓		
Berpakaian		✓			
Mobilitas di tempat tidur		✓			
Berpindah/berjalan			✓		

Keterangan :

0 : Mandiri

3 : Alat bantu dan dibantu orang lain

1 : Alat bantu

4 : Tergantung total

2 : Dibantu orang lain

4.1.4 Lembar Observasi (ttv)

Pre kuretase (21 Juni 2023)

Jam	TD (mmHg)	HR (x/i)	RR (x/i)	T (° C)	URIN (cc)	P/V	Skala nyeri sebelum dilakukan terapi	Skala nyeri Setelah dilakukan terapi
15.00 wib	110/80 mmhg	95x/m	21x/m	36,7	50 cc	50 cc	5	5
16.00 wib	110/80 mmhg	93x/m	21x/m	36,6	-	20 cc	5	4
17.00 wib	120/80 mmhg	98x/m	20x/m	36,7	100 cc	30 cc	4	4
18.00 wib	110/90 mmhg	93x/m	21x/m	36,6	-	30 cc	4	3
19.00 wib	120/80 mmhg	95x/m	20x/m	36,7	50 cc	20 cc	3	3

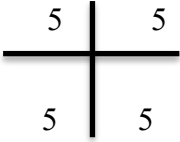

Post kuretase (22 Juni 2023)

Jam	TD (mmHg)	HR (x/i)	RR (x/i)	T (° C)	URIN (cc)	P/V	Skala nyeri sebelum dilakukan terapi	Skala nyeri setelah dilakukan terapi
13.00 wib	110/80 mmhg	82x/m	21x/m	36,7	50 cc	-	3	3
14.00 wib	110/80 mmhg	88x/m	21x/m	36,6	-	5 cc	3	2

4.3 Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan Fisik	Pre	Post
Wajah	Bersih , tidak terdapat cloasma gravidarum	Bersih, tidak terdapat cloasma gravidarum
Mata	Bentuk : Simetris Sclera : Anikterik Konjungtiva : An anemis Pupil : Isokor Kelainan : Tidak ada oedema	Bentuk : Simetris Sclera : Anikterik Konjungtiva : An anemis Pupil : Isokor Kelainan : tidak ada oedema
Hidung	Bentuk : Simetris Kebersihan : Bersih Polip : Tidak ada Napas tambahan : Tidak ada Kelainan : Tidak ada	Bentuk : Simetris Kebersihan : Bersih Polip : Tidak ada Napas tambahan: Tidak ada Kelainan : Tidak ada
Mulut	Gigi : Gigi lengkap, tidak terdapat caries/ karang gigi Mukosa bibi: Kering dan pucat Sianosis : Tidak ada sianosis Lidah : Sedikit kotor	Gigi : Gigi lengkap, tidak terdapat caries/ karang gigi Mukosa bibi: Kering dan pucat Sianosis : Tidak ada sianosis Lidah : Sedikit kotor
Leher	JVP : Tidak ada peningkatan vena jugularis KGB : Tidak ada kelenjar getah bening Thyroid : Tidak ada	JVP : Tidak ada peningkatan vena jugularis KGB : Tidak ada kelejar getah bening Thyroid : Tidak ada

	pembesaran Thyroid	pembesaran Thyroid
Paru-paru	<p>Inspeksi : Simetris, tidak ada pembengkakan</p> <p>Palpasi : Tidak ada kelainan</p> <p>Perkusi : Sonor</p> <p>Auskultasi : Irama teratur, tidak ada sumbatan bunyi paru vaskuler</p>	<p>Inspeksi : Simetris, tidak ada pembengkakan</p> <p>Palpasi : Tidak ada kelainan</p> <p>Perkusi : Sonor</p> <p>Auskultasi : Irama teratur, tidak ada sumbatan bunyi paru vaskuler</p>
Cardiovaskuler	<p>Inpeksi : Simetris antara kiri dan kanan, tidak ada bekas luka</p> <p>Palpasi : Tidak terdapat nyeri tekan</p> <p>Perkusi : Kanan atas ICS ke2 sinistra dan dekstra</p> <p>Bawah : apeks jantung di ICS ke 5 sejajar dengan midklavikula</p> <p>Auskultasi : Tidak ada bunyi tambahan dan teratur</p>	<p>Inpeksi : Simetris antara kiri dan kanan, tidak ada bekas luka</p> <p>Palpasi : Tidak terdapat nyeri tekan</p> <p>Perkusi : Kanan atas ICS ke 2 sinistra dan dekstra</p> <p>Bawah : apeks jantung di ICS ke 5 sejajar dengan midklavikula</p> <p>Auskultasi : Tidak ada bunyi tambahan dan teratur</p>
Payudara	<p>Bentuk : Simetris</p> <p>Aeorola : Bewarna gelap (Hyperpigmentasi)</p> <p>Benjolan/abnormal : Tidak ada pembengkakan</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bentuk : Simetris 2. Aeorola : Hyperpigmentasi 3. Putting susu : Menonjol
Abdomen	<p>Inspeksi : , tidak ada bekas operasi</p> <p>Palpasi : ada nyeri dibagian bawah perut</p>	<p>Inpeksi : Tidak ada pembesaran di abdomen,.</p> <p>Auskultasi : bising usus normal</p>

	Perkusi : Timpani Auskultasi : Bising usus normal	Palpasi : tidak ada nyeri Perkusi : Timpani
Genetalia	Vulva/vagina : terdapat perdarahan Varises : Tidak ada Pengeluaran : Cairan darah merah sebanyak 633 cc Kebersihan : kotor	Tidak terdapat pengeluaran darah Tidak ada tanda-tanda infeksi
Ektremitas	Ektremitas tidak ada oedema, tidak ada lecet, tidak ada luka, kekuatan otot kuat Kekuatan otot 	Ektremitas tidak ada oedema, tidak ada lecet, tidak ada luka, kekuatan otot sedikit lemah Kekuatan otot 

Pemeriksaan Penunjang

1. Pemeriksaan Laboratorium tanggal 21 Juni 2023

Table 4.4 Pemeriksaan Laboratorium Pre

Pemeriksaan	Nilai	Nilai Normal
Hemaglobin	12,2	W: 11,7-15,5
Hematocrit	33	W: 35-47
Leukosit	8.300	W: 3.600-11.000
Eritrosit	3,97	W: 3,8-5,2
Trombosit	229.000	150.000-440.000

4.1.5 Penatalaksanaan

1. Penatalaksanaan *Pre kuretase*

Table 4.5 Penatalaksanaan *Pre kuretase*

Tanggal	Obat	Fungsi Obat	Pemberian Obat	Dosis
21 Juni 2023	IVFD RL	Cairan Infus Ringer Laktat digunakan untuk menggantikan cairan yang hilang dan untuk membantu prosedur intravena tertentu.	IV line	500 cc gtt **/menit
21 Juni 2023	Inj Kalnex	Menghentikan perdarahan	IV line	500 mg/amp
21 Juni 2023	Inj Ceftriaxone	Untuk mencegah infeksi	IV line	1 vial

Laminaria tidak terpasang karena rahim sudah terbuka

2. Penatalaksanaan *Post kuretase*

Table 4.6 Penatalaksanaan *Post kuretase*

Tanggal	Obat	Fungsi Obat	Pemberian Obat	Dosis
22 Juni 2023	IVFD RL	Cairan Infus Ringer Laktat digunakan untuk menggantikan cairan yang hilang dan untuk membantu prosedur intravena tertentu.	IV line	500 cc gtt **/menit
22 Juni 2023	Inj ceftriaxone	Untuk mencegah infeksi	IV line	1 vial
22 Juni 2023	Cefixime	Untuk mengobati infeksi bakteri	Oral	200 mg 2x1 tab
22 Juni 2023	Asam mefenamat	Untuk meredakan nyeri dan memberi rasa nyaman	Oral	500 mg 3x1 tab

Table 4.7 Penatalaksanaan Perawatan invasive *Pre dan Post*

No	Perawatan Invasif	Tgl pemasangan	Tgl dilepaskan
1.	Infus	21 Juni 2023	22 Juni 2023

4.1.6 Analisa Data

Pre kuretase

Tabel 4.8 Analisa Data *Pre kuretase*

NO	ANALISA DATA	PENYEBAB	MASALAH
1.	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - klien mengeluh nyeri/kram bagian perut bawah , keluar gumpalan darah seperti jaringan dari jalan lahir <p>P : Nyeri akibat abortus inkomplete</p> <p>Q : Nyeri seperti ditusuk-tusuk</p> <p>R : Nyeri bagian perut bawah</p> <p>S : Skala nyeri 6</p> <p>T : Hilang timbul 30 menit/sekali</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - klien tampak meringis dan gelisah - TD :100/70 mmHg N : 103x/menit RR : 21x/menit 	Kontraksi rahim	Nyeri
2.	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien sangat khawatir dengan keadaan janinnya karena perdarahan - Klien belum mengetahui bagaimana prosedur dari tindakan kuretase <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak gelisah 	Kekhawatiran mengalami kegagalan (tindakan kuretase)	Ansietas

	- Klien bertanya tentang prosedur tindakan kuretase		
3.	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan keluar darah dari jalan lahir - Keluar gumpalan-gumpalan darah seperti jaringan <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak lemas - Keluar darah dari jalan lahir sebanyak 300cc pertama 	Perdarahan	Resiko ketidakseimbangan cairan

Post kuretase

Tabel 4.9 Analisa Data *Post kuretase*

NO	ANALISA DATA	PENYEBAB	MASALAH
1.	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan nyeri sesudah tindakan kuretase <p>Pemantauan setelah kuretase</p> <p>P : Nyeri akibat kuretase</p> <p>Q : Nyeri seperti dismenore</p> <p>R : Nyeri pada luka bekas kuretase</p> <p>S : Skala nyeri 3</p> <p>T : Hilang timbul saat bergerak</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak menahan nyeri - Gerakan tubuh pasien tampak berhati-hati dan 	Agen pencedera fisik (post kuretase)	Nyeri

	terbatas - TD : 100/70 mmHg N : 90x/menit RR : 21x/menit T : 36,8 °C		
2.	DS : - Klien mengatakan tubuhnya terasa lemas - Klien mengatakan belum dapat melakukan aktivitas secara mandiri DO : - Keadaan umum klien lemah - Klien dibantu oleh keluarga dalam aktivitas	Ketidacukupan energy untuk melakukan aktivitas	Intoleransi aktivitas
7.	DS : - Klien mengatakan takut perdarahan berulang DO : - Masih keluar darah setelah tindakan kuretase	Efek prosedur invasif	Risiko infeksi

4.1.7 Diagnosa keperawatan

Pre kuretase

Tabel 4.10 Diagnosa Keperawatan *Pre kuretase*

NO	DIAGNOSA	Tanggal Ditemukan	Tanggal Teratasi
1.	Nyeri berhubungan dengan kontraksi rahim	21 Juni 2023	22 Juni 2023
2.	Ansietas berhubungan dengan kekhawatiran mengalami kegagalan tindakan kuretase	21 juni 2023	22 juni 2023
3.	Resiko ketidakseimbangan cairan berhubungan dengan perdarahan	21 juni 2023	22 juni 2023

Post kuretase

Tabel 4.11 Diagnosa Keperawatan *Post kuretase*

NO	DIAGNOSA	Tanggal Ditemukan	Tanggal Teratasi
1.	Nyeri berhubungan dengan agen pencedera fisik (post kuretase)	22 juni 2023	23 juni 2023
2.	Intoleransi aktivitas berhubungan ketidakcukupan energy untuk melakukan aktivitas	22 juni 2023	23 juni 2023
3.	Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif	22 juni 2023	23 juni 2023

4.1.8 Perencanaan Keperawatan

Tabel 4.12 Rencana keperawatan pre kuretase

No	Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil (SLKI)	Intervensi keperawatan (SIKI)
1.	Nyeri akut berhubungan dengan Agen pencedera fisik	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 24 jam, maka nyeri berkurang dengan kriteria hasil : SLKI : Tingkat Nyeri L.08066 <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Gelisah menurun 	SIKI : Manajemen nyeri I.08238 Observasi <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respons nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan Terapeutik <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (teknik relaksasi nafas dalam) 2. Kontrol lingkungan yang

			<p>memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Fasilitas istirahat dan tidur 4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri 3. Ajarkan teknik non farmakologis (teknik relaksasi nafas dalam) <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
2.	<p>Ansietas berhubungan dengan kekhawatiran mengalami kegagalan</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam ansietas menurun dengan kriteria hasil :</p> <p>SLKI : Tingkat Ansietas L.09093</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun 2. Perilaku gelisah menurun 3. Perilaku tegang menurun 	<p>Intervensi utama</p> <p>SIKI : Persiapan Pembedahan I.14573</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kondisi umum pasien (mis. Kesadaran, jenis operasi, jenis anestesi, pengetahuan tentang operasi, kesiapan psikologis) 2. Monitor tekanan darah, nadi, pernapasan, suhu tubuh, BB, EKG <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ambil sampel darah untuk pemeriksaan kimia darah (mis. Darah lengkap, fungsi

			<p>ginjal, fungsi hati)</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Puasakan minimal 6 jam sebelum pembedahan 3. Bebaskan area kulit yang akan dioperasi dari rambut atau bulu tubuh 4. Mandikan dengan cairan antiseptik minimal 1 jam dan maksimal hari sebelum pembedahan 5. Pastikan kelengkapan dokumen-dokumen pra operasi (mis. Surat persetujuan operasi, hasil radiologi, hasil laboratorium) 6. Transfer ke kamar operasi dengan alat transfer yang sesuai (mis. kursi roda, tempat tidur) <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tentang prosedur, waktu dan lamanya operasi 2. Jelaskan waktu puasa dan pemberian obat premedikasi 3. Latih teknik terapi relaksasi nafas dalam 4. Anjurkan menghentikan obat antikoagulan 5. Ajarkan cara mandi dengan antiseptik <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian obat
--	--	--	--

			<p>sebelum pembedahan (mis. Antibiotik, antihipertensi, antidiabetik)</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Koordinasi dengan petugas gizi tentang jadwal puasa dan diet pasien 3. Kolaborasi dengan dokter bedah jika mengalami peningkatan suhu tubuh, hiperglikemia, hipoglikemia atau perburukan kondisi 4. Koordinasi dengan perawat kamar bedah
3.	Risiko ketidakseimbangan cairan berhubungan dengan perdarahan	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1 x24 jam keseimbangan cairan meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Asupan cairan meningkat (5) 2. Haluran urin meningkat (5) 3. Kelembapan membran mukosa meningkat (5) 4. Asupan makanan meningkat (5) 	<p>Manajemen perdarahan</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi penyebab perdarahan 2. Monitor terjadinya perdarahan (sifat dan jumlah) 3. Monitor nilai hemaglobin dan hematokrit sebelum dan setelah kehilangan darah 4. Monitor tekanan darah dan parameter hemodinamik <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Istirahatkan area yang mengalami perdarahan 2. Beri kompres dingin <i>jika perlu</i> 3. Tinggikan ekstermitas yang mengalami perdarahan 4. Pertahankan akses IV <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tanda-tanda perdarahan

			<p>2. anjurkan melaporkan jika menemukan tanda-tanda perdarahan</p> <p>3. anjurkan membatasi aktivitas</p> <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian cairan, <i>jika perlu</i> 2. Kolaborasi tranfusi darah, <i>jika perlu</i>
--	--	--	--

4.13 Tabel Rencana Keperawatan Post Kuretase

No	Diagnosa Keperawatan	tujuan dan kriteria hasil (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SLKI)
1.	Nyeri melahirkan berhubungan dengan luka operasi pada rahim	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 x 24 jam, maka nyeri berkurang dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Gelisah menurun 	<p>SIKI : Manajemen nyeri I.08238</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respons nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup

			<p>8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan</p> <p>9. Monitor efek samping penggunaan analgetik</p> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (teknik relaksasi nafas dalam) 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 3. Fasilitas istirahat dan tidur 4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri 3. Ajarkan teknik non farmakologis (teknik relaksasi nafas dalam) <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
2.	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakcukupan energy untuk melakukan aktivitas	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 x 24 jam, maka toleransi aktivitas meningkat dengan kriteria hasil : SLKI: Toleransi Aktivitas	<p>SIKI : Pemantauan Tanda Vital I.02060</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. monitor tekanan darah 2. monitor nadi 3. monitor pernapasan 4. identifikasi penyebab

		<p>L.05047</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari meningkat 2. keluhan lelah menurun 3. perasaan lemah menurun 	<p>perubahan tanda vital</p> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. atur interval sesuai kondisi pasien 2. dokumentasikan hasil pemantauan <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tujuan prosedur pemantauan 2. informasikan hasil pemantauan, <i>jika perlu</i>
3.	Risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 x 24 jam, maka luka kuretase membaik dengan kriteria hasil :</p> <p>SLKI : Tingkat Infeksi L.14137</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kebersihan badan meningkat 2. Nyeri menurun 3. Kadar sel darah putih membaik 	<p>SIKI : Pemberian Obat Oral I.03128</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kemungkinan alergi, interkasi dan kontraindikasi obat 2. Periksa tanggal kedaluwarsa obat 3. Monitor efek terapeutik obat <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan prinsip enam benar obat 2. Berikan obat oral sebelum dan setelah makan <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan penkes mengenai kebersihan diri (cuci tangan yang benar)

4.1.9 Implementasi Keperawatan

Nama Klien : Ny.D

Ruangan : Teratai

Umur : 21 Tahun

No.RM : 247623

Pre kuretase (hari ke-1)

4.14 Tabel Implementasi keperawatan pre kuretase

Tanggal	No. Dp	Jam	Implementasi	Respon Hasil	Paraf
Rabu , 21 Juni 2023	1	13.30	1. Menjelaskan obat yang akan diberikan	1. Klien mengerti atas penjelasan yang dijelaskan dan klien setuju pemberian obat	Riskika
	3	14.00	2. Memberikan obat kalnex 1 amp 50 mg melalui IV line untuk meredakan perdarahan	2. pemberian obat lancer tidak ada pembengkakan pada saat diberikan obat	Riskika
	1	14.30	3. mengkaji nyeri klien	3. Nyeri yang dirasakan terdapat pada bagian bawah abdomen, nyeri hilang timbul dalam jangka 30	

				menit/sekali, skala nyeri sedang yaitu 6 seperti diremas-remas dan mules	riskika
	2	14.40	4. Mengukur TTV klien (mengisi lembar observasi)	TD :100/80 mmHg N : 99x/menit RR : 20x/menit Perdarahan : 80 cc	riskika
	1	14.50	5. Mengobservasi reaksi klien terhadap rasa tidak nyaman	Klien tampak meringis dan gelisah	riskika
	1	15.00	6. Menjelaskan kepada klien tujuan dari terapi relaksasi teknik nafas dalam agar klien bisa beradaptasi dengan nyeri yang dirasakan nya.	Klien mengerti dengan penjelasan perawat Klien mengikuti instruksi dari perawat dan mencoba untuk melakukan teknik	riskika

			<p>7. Mengajarkan klien teknik relaksasi nafas dalam jika terasa nyeri</p>	<p>relaksasi nafas dalam sebanyak 5 kali</p> <ul style="list-style-type: none"> - Percobaan pertama masih belum terlaksana dengan baik karena pergerakan masih belum sesuai dengan sop - Percobaan kedua masih belum terlaksana dengan baik karena masih terasa nyeri pada bagian bawah abdomen - Percobaan ke 3-5 klien sudah bisa melakukan teknik relaksasi nafas dalam dengan benar dan baik yaitu pergerakan dada dan abdomen seirama saat klien menarik napas lewat hidung selama 3 detik dan membuang napas lewat mulut secara perlahan. 	
--	--	--	--	--	--

	1	16.00	8. Memonitor keberhasilan terapi relaksasi nafas dalam	Klien mengatakan lebih rileks dan dapat secara perlahan bisa beradaptasi dengan nyeri	
	1	16.00	9. mengobservasi skala nyeri	Setelah 1 jam diberikan terapi skala nyeri 5	
	1	16.00	10. menganjurkan klien untuk mengulang kembali teknik relaksasi nafas dalam saat merasakan nyeri	Klien bersedia dan mengulangi kembali teknik relaksasi nafas dalam pada saat nyeri	
	2	15.30	1. Memeriksa frekuensi nadi, pernapasan, suhu	1. N : 95x/menit RR : 21x/menit T : 36.7°C	Riskika
	3	16.15	2. Melakukan vulva hygiene	2. Vulva kotor dan masih keluar perdarahan sebanyak 20cc	Riskika
	2	16.30	3. Menjelaskan tentang prosedur, waktu dan lamanya operasi	3. Klien dan keluarga mengerti dengan penjelasan yang diberikan. Klien	riskika

	2	16.40	4. Menganjurkan keluarga klien untuk mendampingi klien keruangan operasi dan menunggu diluar ruang operasi	bertanya mengenai keselamatan diri 4. Keluarga klien ikut mendampingi klien keruangan operasi dan lien tampak lebih rileks dan tenang	riskika
Rabu , 21 juni 2023	1	17.00	1. Mengkaji skala nyeri klien	1. Setelah dilakukan pengulangan teknik relaksasi nafas dalam skala nyeri klien 4	riskika
	2	17.15	2. Mengisi lembar observasi	2. TD : 120/80 mmHg N : 98x/menit RR : 20x/menit T : 36.7°C	riskika
	3	17.30	3. Mempertahankan akses IV	3. Terpasang infus cairan RL 20gtt tetesan infus lancer tidak ada pembengkakan	riskika
	2	18.40	4. Memberi dukungan keluarga untuk selalu mendampingi klien	4. Suami dan ibu klien mendampingi klien	riskika

	1	19.00	5. Mengkaji skala nyeri klien	5. skala nyeri klien 3 setelah melakukan teknik relaksasi nafas dalam berulang	riskika
	3	19.30	6. Menganjurkan klien tirah baring	6. klien menegerti dan hanya bedrest saja	riskika
	3	20.00	7. Memonitor perdarahan	7. perdarahan masih keluar sebanyak 20cc	riskika

Post kuretase (hari ke 2)

4.15 Tabel Implementasi keperawatan post kuretase

Tanggal	No. Dp	Jam	Implementasi	Respon Hasil	Paraf
Kamis , 22 juni 2023	1	11.00	1. Mengkaji nyeri klien	1. Klien mengatakan nyeri pada daerah post kuretase, seperti ditusuk-tusuk, nyeri hilang timbul saat bergerak dengan skala nyeri ringan yaitu 3	riskika
	1	11.05	2. Mengidentifikasi respon nyeri non verbal	2. Muka klien tampak gelisah	riskika
	3	11.10	3. Memantau adanya keterbatasan klien dalam melakukan pergerakan	3. Klien hanya dalam posisi terlentang dan tidak banyak melakukan pergerakan	riskika
	1	11.30	4. Mengkaji penyebab nyeri	4. Klien mengatakan nyeri muncul jika bergerak	riskika
	1	11.40	5. Menjelaskan penyebab dan pemicu nyeri	5. Klien dan keluarga mengerti mengenai penyebab dan pemicu nyeri yang dirasakan klien	riskika
	1	11.45	6. Memberikan obat oral cefixime	6. Klien mengkonsumsi obat tersebut 1	

	1	11.50	7. Memberikan obat oral asam mefenamat	tablet dengan dosis 200 mg 7. Klien mengkonsumsi obat tersebut 1 tablet dengan dosis 500 mg	riskika
	2	12.20	8. Menganjurkan kepada keluarga untuk membantu klien dalam melakukan pergerakan dan aktivitas klien	8. Keluarga klien mengatakan selalu membantu klien dalam melakukan aktivitas nya.	perawat aflita
	2	12.35	9. Memberikan motivasi kepada klien untuk sabar dan tetap belajar melakukan mobilisasi agar cepat proses pemulihan dan menerapkan teknik relaksasi nafas dalam	9. Klien menyetujui dan akan mencoba melakukan pergerakan apabila rasa nyeri dapat ditahan.	
		13.00	10. Menganjurkan kembali untuk melakukan terapi relaksasi nafas dalam ketika merasa nyeri	10. Klien melakukan teknik nafas dalam secara perlahan dan berulang	Riskika

Kamis 22 juni 2023	3	13.20	1. Mengidentifikasi kondisi umum klien	1. Klien tampak lemas masih dalam pengaruh anestesi	Riskika
	1	13.25	2. Memonitor tanda vital	2. TD : 110/80 mmHg N : 84 x/menit RR : 21x/menit T : 36.7°C	Riskika
	3	13.40	3. Memonitor tanda dan gejala infeksi	3. Klien mengatakan nyeri dibagian abdomen bekas post kuretase, tidak ada bengkak, tidak ada kemerahan	Riskika
	3	13.45	4. Menjelaskan kepada pasien mengenai tanda dan gejala infeksi	4. Klien dan keluarga mengerti tanda dan gejala infeksi yang dirasakan	
	3	14.00	5. Memberikan obat Ceftriaxone 1 amp/1gr 500ml melalui IV line untuk mencegah infeksi	5. Diberikan injeksi ceftriaxone di infus RL pemberian obat lancer tidak ada pembengkakan	Riskika
	1	14.05	6. Mengobservasi skala nyeri	6. Setelah dilakukan terapi teknik nafas dalam skala nyeri 3 menjadi 2	Riskika
	2	14.10	7. menganjurkan klien untuk beristirahat	7. Klien mengatakan akan beristirahat	riskika

IMPLEMENTASI HARI KE-3 (Dirumah Klien)					
Jumat , 23 juni 2023	1	10.00	1. Memeriksa Tanda-tanda vital klien	1. TD : 120/80 mmHg N : 80x/menit R : 20x/menit T : 36,0°C	
	1	10.05	2. Menanyakan perkembangan nyeri yang dirasakan klien	2. Klien mengatakan nyeri pada daerah post kuretase seperti dismenore dan nyilu, skala nyeri 2 dan nyeri saat bergerak	
	1	10.10	3. Mengidentifikasi respon nyeri non verbal	3. Klien tampak meringis nya berkurang	
	3	10.15	4. Menanyakan obat oral asam mefenamat sudah dikonsumsi atau belum	4. Klien mengatakan sudah minum obat asam metenamat 1 tablet jam 08.00 sesuai dengan intruksi dokter	
	1	10.20	5. Menanyakan perasaan klien setelah diberikan terapi relaksasi nafas dalam	5. Klien mengatakan selalu menerapkan terapi tersebut setelah melakukan terapi perasaan klien menjadi lebih rileks	

	1	10.30	6. Mengingatkan klien untuk distraksi atau pengalihan (mis, menonton , mengobrol dengan orang lain , membaca buku) ketika terasa nyeri	6. Klien mengerti atas penjelasan yang diberikan	
	2	10.35	7. Mengidentifikasi pergerakan klien	7. Klien sudah mulai berjalan ke toilet secara mandiri	
	3	10.45	8. Memeriksa pengeluaran lokhea	8. Lokhea berwarna kemerahan	
	2	11.00	9. Mengingatkan klien untuk tidak mengangkat benda yang berat, dan melibatkan keluarga dalam beraktifitas yang berat	9. Klien mengatakan mobilisasi kadang dibantu oleh suaminya	
	3	11.10	10. Menganjurkan kepada klien untuk mengkonsumsi makanan tinggi protein	10. Klien mengatakan sudah mengkonsumsi telur dan sayur-sayuran	
	3	11.30	11. Memberi informasi untuk menjaga kebersihan diri seperti cara cuci tangan yang benar	11. klien menerima dan mengerti dengan penjelasan yang diberikan.	

			12. Menanyakan obat oral asam mefenamat sudah dikonsumsi atau belum	12. Klien sudah mengkonsumsi obat tersebut 1 tablet asam mefenamat jam 08.00	
--	--	--	---	--	--

4.1.10 Evaluasi keperawatan

Nama Klien : Ny.D

Ruangan : Teratai

Umur : 21 Tahun

No.RM : 247623

Diagnosa : Pre dan Post kuretase abortus inkomplit

Pre kuretase

4.16 Evaluasi Keperawatan Pre kuretase

No	Tanggal	No.DP	Jam	Evaluasi	Paraf
1	Rabu, 21 juni 2023	Nyeri berhubungan dengan agen pencedera fisik	14.00 WIB	S : - Klien mengatakan nyeri timbul setelah perdarahan - Klien mengeluh nyeri bagian perut bawah P : Nyeri akibat kontraksi rahim Q : Nyeri seperti ditusuk-tusuk R : Nyeri diperut dibagian perut bawah S : Skala nyeri sedang yaitu 6 T : Hilang timbul 30 menit/sekali O :	riskika

				<ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak meringis dan gelisah - TTV - TD : 100/80 mmHg N : 99 x/menit RR : 20 x/menit <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Kriteria Hasil</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>Keluhan nyeri, menurun</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Meringis menurun</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>Gelisah menurun</td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>P : intervensi dilanjutkan</p>	No	Kriteria Hasil	1	2	3	4	5	1.	Keluhan nyeri, menurun					✓	2.	Meringis menurun				✓		3.	Gelisah menurun			✓			
No	Kriteria Hasil	1	2	3	4	5																											
1.	Keluhan nyeri, menurun					✓																											
2.	Meringis menurun				✓																												
3.	Gelisah menurun			✓																													
2	Rabu, 21 juni 2023	Ansietas berhubungan dengan	16.00 WIB	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan khawatir dengan keselamatan diri - Klien mengatakan tidak mengetahui bagaimana prosedur dari 																													

		kekhawatiran mengalami kegagalan		<p>tindakan operasi</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak gelisah - N : 93x/menit RR : 21x/menit <p>A : Masalah teratasi</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Kriteria Hasil</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi, menurun</td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Perilaku tegang, menurun</td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>Gelisah menurun</td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>P : Intervensi Dihentikan</p>	No	Kriteria Hasil	1	2	3	4	5	1.	Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi, menurun		✓				2.	Perilaku tegang, menurun			✓			3.	Gelisah menurun			✓			Riskika
No	Kriteria Hasil	1	2	3	4	5																											
1.	Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi, menurun		✓																														
2.	Perilaku tegang, menurun			✓																													
3.	Gelisah menurun			✓																													

3	Rabu, 21 juni 2023	Resiko ketidakseimbang an cairan berhubungan dengan perdarahan	17.00 WIB	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengeluh perdarahan - Klien mengatakan keluar gumpalan-gumpalan darah seperti jaringan dengan rasa nyeri <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perdarahan pertama sebanyak 300 cc <p>A : Masalah belum teratasi</p> <table border="1" data-bbox="938 724 1744 975"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Kriteria Hasil</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>Nyeri</td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Gelisah</td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>P : Intervensi Dilanjutkan</p>	No	Kriteria Hasil	1	2	3	4	5	1.	Nyeri			✓			2.	Gelisah			✓			Riskika
No	Kriteria Hasil	1	2	3	4	5																				
1.	Nyeri			✓																						
2.	Gelisah			✓																						
4	Kamis, 22 juni 2023	Resiko ketidakseimbang an cairan	09.00 wib	<p>S:</p> <p>Klien mengatakan tidak ada lagi darah yang keluar dari vagina</p> <p>O:</p>																						

		berhubungan dengan perdarahan		<p>Sudah tidak ada perdarahan melalui vagina</p> <p>A: masalah teratasi</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Kriteria hasil</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>Nyeri</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Gelisah</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> </tr> </tbody> </table> <p>P: intervensi dihentikan</p>	No	Kriteria hasil	1	2	3	4	5	1.	Nyeri				✓		2.	Gelisah					✓	
No	Kriteria hasil	1	2	3	4	5																				
1.	Nyeri				✓																					
2.	Gelisah					✓																				

Post kuretase

4.17 Evaluasi Keperawatan Post kuretase

No	Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Jam	Evaluasi	Paraf
1	Kamis, 22 Juni 2023	Nyeri berhubungan dengan agen	13.00 WIB	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan nyeri pada daerah post kuretase 	

				<p>A : Masalah belum teratasi</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Kriteria Hasil</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>Keluhan nyeri</td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Meringis</td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>Gelisah</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>P : intervensi dilanjutkan</p>	No	Kriteria Hasil	1	2	3	4	5	1.	Keluhan nyeri			✓			2.	Meringis			✓			3.	Gelisah				✓		
No	Kriteria Hasil	1	2	3	4	5																											
1.	Keluhan nyeri			✓																													
2.	Meringis			✓																													
3.	Gelisah				✓																												
2	Kamis 22 juni 2023	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidacukupan energy untuk melakukan aktivitas	11.10	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan sulit melakukan pergerakan terutama dibagian dan perut - Klien mengatakan tidak dapat melakukan aktivitas secara mandiri <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak berhati-hati saat melakukan aktivitas 	Riskika																												

				<ul style="list-style-type: none"> - Klien selalu dibantu oleh keluarga dalam aktivitas - Klien sudah bisa menggerakkan tangan dan kaki <p>A : Masalah belum teratasi</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Kriteria Hasil</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>Pergerakan ekstremitas,</td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Nyeri</td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>Kecemasan</td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>4.</td> <td>Kelemahan fisik</td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>5.</td> <td>Gerakan terbatas</td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>P : Intervensi Dilanjutkan</p>	No	Kriteria Hasil	1	2	3	4	5	1.	Pergerakan ekstremitas,		✓				2.	Nyeri		✓				3.	Kecemasan			✓			4.	Kelemahan fisik		✓				5.	Gerakan terbatas		✓				
No	Kriteria Hasil	1	2	3	4	5																																									
1.	Pergerakan ekstremitas,		✓																																												
2.	Nyeri		✓																																												
3.	Kecemasan			✓																																											
4.	Kelemahan fisik		✓																																												
5.	Gerakan terbatas		✓																																												

3	Kamis 22 juni 2023	Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif	13.20	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan takut adanya infeksi <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tidak ada tanda-tanda infeksi seperti kemerahan, bengkak, panas, dan terasa nyeri dibagian post kuretase - Pemeriksaan laboratorium tanggal 21 juni 2023 Hb : 12, 2g/dL dan Leukosit 8.300 - Suhu : 36,7 °C - Nadi : 81x/menit <p>A : Masalah belum teratasi</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Kriteria Hasil</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>Kebersihan badan</td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Nyeri</td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	No	Kriteria Hasil	1	2	3	4	5	1.	Kebersihan badan		✓				2.	Nyeri		✓				riskika
No	Kriteria Hasil	1	2	3	4	5																				
1.	Kebersihan badan		✓																							
2.	Nyeri		✓																							

				P : Intervensi dilanjutkan	
EVALUASI HARI KE-3 (Dirumah klien)					
1	Jumat , 23 juni 2023	Nyeri berhubungan dengan agen pencedera fisik	10.00	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan masih merasakan nyeri saat bergerak terlalu aktif - Klien mengatakan nyeri sudah jarang dirasakan <p>P : Nyeri timbul pada saat bergerak aktif</p> <p>Q : Nyeri seperti mules</p> <p>R : Nyeri terdapat dibagian bawah abdomen</p> <p>S : Skala nyeri ringan yaitu 2</p> <p>T : Nyeri hilang timbul saat bergerak terlalu aktif</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak lebih rileks dan bisa mengontrol nyeri - Gerakkan tubuh pasien tampak berhati-hatidan 	riskika

				<p>terbatas</p> <ul style="list-style-type: none"> - TTV <p>TD : 120/80 mmHg</p> <p>N : 85x/menit</p> <p>RR : 20x/menit</p> <p>T : 36,5°C</p> <p>A : Masalah teratasi</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Kriteria Hasil</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>Keluhan nyeri, menurun</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Meringis menurun</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>Gelisah menurun</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> </tr> </tbody> </table> <p>P : intervensi dihentikan</p>	No	Kriteria Hasil	1	2	3	4	5	1.	Keluhan nyeri, menurun					✓	2.	Meringis menurun					✓	3.	Gelisah menurun					✓	
No	Kriteria Hasil	1	2	3	4	5																											
1.	Keluhan nyeri, menurun					✓																											
2.	Meringis menurun					✓																											
3.	Gelisah menurun					✓																											
2	Jumat , 23 juni 2023	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan	10.35	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan sudah bisa berjalan ke toilet secara 	riskika																												

		ketidakcukupn energy melakukan aktivitas		<p>mandiri</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan aktivitas yang berat masih dibantu oleh keluarga <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak berhati-hati saat melakukan aktivitas - Klien selalu dibantu oleh keluarga dalam aktivitas <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Kriteria Hasil</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>Pergerakan ekstremitas,</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Nyeri</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>Kecemasan</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> </tr> <tr> <td>4.</td> <td>Kelemahan fisik</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> </tr> <tr> <td>5.</td> <td>Gerakan terbatas</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> </tr> </tbody> </table>	No	Kriteria Hasil	1	2	3	4	5	1.	Pergerakan ekstremitas,					✓	2.	Nyeri				✓		3.	Kecemasan					✓	4.	Kelemahan fisik					✓	5.	Gerakan terbatas					✓	
No	Kriteria Hasil	1	2	3	4	5																																									
1.	Pergerakan ekstremitas,					✓																																									
2.	Nyeri				✓																																										
3.	Kecemasan					✓																																									
4.	Kelemahan fisik					✓																																									
5.	Gerakan terbatas					✓																																									

				P : Intervensi Dihentikan															
3	Jumat , 23 juni 2023	Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif	10.45	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan tidak ada tanda-tanda infeksi - Tidak ada kemerahan,bengkak dan tidak ada nyeri dibagian post kuretase <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tidak ada tanda-tanda infeksi seperti kemerahan, bengkak, panas, dan terasa nyeri dibagian post kuretase - Suhu : 36,5°C - Nadi : 82x/menit <p>A : Masalah teratasi</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 5%;">No</th> <th style="width: 60%;">Kriteria Hasil</th> <th style="width: 5%;">1</th> <th style="width: 5%;">2</th> <th style="width: 5%;">3</th> <th style="width: 5%;">4</th> <th style="width: 5%;">5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>Kebersihan badan</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">✓</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	No	Kriteria Hasil	1	2	3	4	5	1.	Kebersihan badan				✓		Riskika
No	Kriteria Hasil	1	2	3	4	5													
1.	Kebersihan badan				✓														

				2.	Nyeri				✓		
				P : Intervensi dihentikan							

Ringkasan Keluar (Klien Pulang)

Nama Pasien : Ny. D

Umur : 21 Tahun

Jenis Kelamin : Perempuan

Tempat praktek : Ruang Teratai

No. RM : 247023

Tanggal Masuk : 21 Juni 2023 Pukul : 11.15 WIB

Tanggal Pulang : 22 Juni 2023 Pukul : 16.30 WIB

Diagnosa Medis : G1P0A0 + abortus inkomplit

Keadaan pasien pulang : Keadaan sudah membaik

Tanda-Tanda Vital :

TD : 110/90 mmHg

RR : 21 x/menit

HR : 85x/menit

S : 36,6°C

Skala nyeri : 2

Pendidikan kesehatan :

1. Mengajarkan klien melakukan teknik relaksasi nafas dalam secara mandiri jika nyeri timbul.
2. Mengajarkan minum obat Cefixime 200 gr 2x1 perhari, dan

asam mefenamat 500 gr 3x1
perhari.

3. Menganjurkan makan yang banyak mengandung protein.

Obat yang dibawa pulang :

1. Cefixime 500 gr 2x1 perhari
2. Asam mefenamat 500 gr 3x1 perhari

4.2 Pembahasan

Setelah dilakukan perawatan pada Ny.D dengan diagnosa medis Pre dan Post Kuretase Abortus Inkomplit. Penerapan Asuhan Keperawatan pada ibu Pre dan Post kuretase abortus inkomplit diberikan secara komprehensif melalui proses pendekatan keperawatan berupa pengkajian keperawatan, analisa keperawatan, menentukan diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan khususnya penerapan teknik relaksasi nafas dalam dan Evaluasi keperawatan pada Ny.D dengan Pre dan Post Kuretase yang dilaksanakan tanggal 21 Juni 2023 – 23 Juni 2023, sehingga dapat diambil kesimpulan dan pemecahan masalah. Maka penulis akan membandingkan antara teori dan praktik hasil pelaksanaan asuhan keperawatan pada Ny.D dengan pre dan post kuretase *abortus inkomplit* diruang Teratai RSUD Rejang Lebong sebagai berikut :

4.2.1 Pengkajian Keperawatan

Pada kasus Ny.D dengan Pre dan Post Kuretase *Abortus Inkomplit* dilakukan pengkajian pada hari selasa 21 Juni 2023 pukul 14.20 WIB dengan metode wawancara, saat pengkajian ditemukan beberapa data yang ada pada klien. G1P0A0 usia kehamilan 8 minggu dengan keluhan nyeri dan kram dibagian perut bawah, keluhan perdarahan, keluar flek sejak 1 hari lalu kemudian keluar gumpalan-gumpalan darah seperti jaringan sejak 3 jam lalu SMRS perdarahan pertama keluar kurang lebih sebanyak 300cc.

Sesuai dengan teori (Pratiwi 2017), Abortus inkomplit ialah suatu gejala perdarahan di usia muda kehamilan yang dilihat dari sebagian konsepsi yang dikeluarkan melalui cavum uteri dan lewat kanalis servikalis, menjabarkan

indikasi abortus inkomplit adalah dengan keluarnya hasil konsepsi yang jumlahnya sedikit lewat uterus dan membuat kemunculan dampak berupa gejala klinis. Pada pengkajian data nyeri diungkapkan dengan PQRST, P= Provokate/faktor pencetus timbulnya nyeri, Q= Quality/kualitas yang diungkapkan oleh pasien. R= Region/lokasi dirasakan nyeri, S= Saver/tingkat keperahan biasanya digambarkan nyeri yang dirasakan sebagai nyeri ringan, sedang atau berat dan T= Timing/seberapa sering nyeri dirasakan. Pengukuran skala nyeri dapat menggunakan alat ukur NRS (*Numeric Rating Scale*). (Pratiwi 2017),

Pre kuretase kondisi Ny.D mengeluh nyeri bagian perut bawah seperti diremas-remas dan mules, keluar darah dari jalan lahir tiba-tiba bewarna, klien tampak gelisah dan cemas. Pada pemeriksaan hasil laboratorium seperti pemeriksaan hemoglobin 12,2 pada tanggal 21 Juni 2023 pemeriksaan fisik konjungtiva klien anememis.

Post kuretase, pada tanggal 22 Juni 2023 jam 10.00 wib klien dijemput dari ruang operasi akan dirawat diruangan teratai dan penulis langsung melakukan observasi keadaan umum klien. Klien tampak lemas masih dalam kondisi efek dari anestesi, terdapat luka post kuretase, pada bagian ekstremitas pergerakan terbatas dikarenakan adanya program perbatasan gerak Post kuretase setelah 6 jam diruang maternitas klien mengeluh nyeri pada luka post operasi dibagian abdomen bawah.

4.2.2 Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan teori pada saat menegakkan diagnosa yang mungkin timbul pada pasien Pre Dan Post kuretase abortus inkomplit yaitu (SDKI DPP PPN, 2017) : Pada saat pre kuretase diagnosa yang mungkin muncul yaitu 1). Nyeri berhubungan dengan agen pencedera fisik, 2). Ansietas berhubungan dengan mengalami kegagalan³). Resiko ketidakseimbangan berhubungan dengan perdarahan. Sedangkan di post kuretase diagnosa yang mungkin muncul yaitu 1). Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (post kuretase pada rahim), 2). Ansietas berhubungan dengan kehamila selanjutnya, 3).Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif.

Hasil analisa data pengkajian diagnosa keperawatan yang didapatkan klien Ny.D mendapatkan diagnosa pre kuretase 3 diagnosa keperawatan,

- 1) Nyeri berhubungan dengan adaptasi proses persalinan.
- 2). Ansietas berhubungan dengan kekhawatiran mengalami kegagalan
- 3). Resiko ketidakseimbangan cairan berhubungan dengan perdarahan.

Post kuretase 3 diagnosa keperawatan:

- 1). Nyeri berhubungan dengan agen pencedera fisik (post kuretase)
- 2). Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakcukupan energy melakukan aktivitas sehari-hari
- 3)Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif.

Berdasarkan diagnosa diatas tidak ada kesenjangan antara diagnosa teori dengan diagnosa yang muncul pada Ny.D

4.2.3 Rencana tindakan keperawatan

Tahap ketiga dari proses keperawatan adalah perencanaan, perencanaan tindakan keperawatan pada klien disusun setelah semua data terkumpul selesai dianalisis dan diprioritaskan. Langkah-langkah dalam perencanaan keperawatan terdiri dari: menegakkan diagnosa keperawatan, menentukan sasaran dan tujuan, menentukan kriteria dan evaluasi, menyusun intervensi dan tindakan keperawatan.

Rencana keperawatan yang terdapat pada teori yang sudah disusun. Pada diagnosa pre kuretase abortus inkomplit nyeri berhubungan dengan agen pencedera fisik, penulis melakukan rencana tindakan keperawatan yaitu salah satunya teknik relaksasi nafas dalam agar klien lebih rileks dan dapat secara perlahan bisa beradaptasi dengan nyeri dengan hasil keluhan nyeri menurun, meringis menurun dan gelisah menurun. Ansietas berhubungan dengan kekhawatiran mengalami kegagalan penulis melakukan tindakan keperawatan yaitu membina hubungan saling percaya dengan pasien dan keluarga serta memberikan informasi mengenai prosedur kuretase dengan hasil verbalisasi khaatir akibat kondisi yang dihadapi menurun, perilaku gelisah menurun dan perilaku tegang menurun. Pada diagnosa risiko ketidakseimbangan cairan penulis memberikan rencana tindakan dengan memonitor ttv dan perdarahan dengan hasil haluaran urin meningkat, asupan cairan meningkat.

Pada diagnosa post kuretase intoleransi aktivitas memantau adanya keterbatasan dalam melakukan pergerakan dan mengajarkan mobilisasi.

dengan hasil kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari meningkat , keluhan lelah menurun , perasaan lemah menurun. Pada diagnosa resiko infeksi mengidentifikasi kondisi umum klien serta keadaan post kuretase, menjelaskan kepada klien tanda-tanda infeksi serta pemberian obat pencegah infeksi dengan hasil kebersihan badan meningkat dan nyeri menurun.

4.2.4 Implementasi keperawatan

Pelaksanaan keperawatan merupakan perwujudan dari perencanaan keperawatan yang telah disusun. Proses pelaksanaan tindakan keperawatan dilakukan secara mandiri dan kolaborasi dengan tim kesehatan lainnya. Sebelum melakukan tindakan perlu meninjau kembali keadaan dan kebutuhan klien dengan mengacu pada diagnosa keperawatan.

Pelaksanaan tindakan keperawatan yang telah direncanakan tidak seluruhnya penulis dapat melakukan sendiri, penulis bekerja sama dengan perawat ruangan seperti pemeriksaan dalam, pemeriksaan lokhea, memantau klien dan pemantauan perkembangan mobilisasi klien, dikarenakan penulis sedang tidak dinas 24 jam. Setelah itu penulis bekerja sama dengan keluarga seperti untuk mengurangi kecemasan Ny. D setiap tindakan keluarganya Ny.D selalu mendampingi.

Pada Implementasi utama untuk menurunkan skala nyeri *Pre* dan *Post Kuretase abortus inkomplit* dengan cara terapi teknik relaksasi nafas dalam dan menjelaskan tentang penyebab nyeri bahwa nyeri yang dialami klien disebabkan oleh masih adanya sisa jaringan didalam rahim sehingga rahim

berkontraksi untuk berusaha mengeluarkan sisa jaringan yang dianggap benda asing, mengobservasi skala nyeri (dengan skala 0- 10) mengajarkan dan anjurkan menggunakan tehnik pernapasan dan relaksasi, serta distraksi dengan menganjurkan pada klien untuk menarik nafas panjang melalui hidung dan mengeluarkan perlahan-lahan lewat mulut jika nyeri sedang berlangsung, menjelaskan pada klien tentang teknik distraksi yang bisa digunakan untuk mengurangi nyeri dan menganjurkan klien untuk istirahat yang cukup (Rahayu 2018).

Teknik relaksasi dilakukan dengan cara klien menarik napas dalam melalui hidung selama 3 detik lalu menghembuskan napas dengan perlahan melalui mulut dilakukan secara berulang. Setelah dilakukannya teknik relaksasi nafas dalam adanya perubahan penurunan skala nyeri sebelum dan setelah diberikan teknik relaksasi nafas dalam. Pada implementasi ansietas klien merasa cemas akan dilakukan tindakan kuretase maka penulis memberi dukungan serta meminta keluarga untuk terus mendampingi klien saat akan dilakukan tindakan kuretase. Implementasi resiko ketidakseimbangan cairan penulis melakukan tindakan kolaborasi dengan petugas laboratorium dalam pemeriksaan hemoglobin. Implementasi intoleransi klien kesulitan mengubah dan mengatur posisinya karena takut untuk bergerak dalam melakukan implementasi penulis didampingi oleh perawat ruangan dan keluarga. Implementasi keperawatan resiko infeksi penulis melakukan tindakan keperawatan salah satunya yaitu melakukan kolaborasi dengan petugas laboratorium dalam pemeriksaan leukosit, hemoglobin, diff count,

trombosit yang dimana mendapatkan salah satu hasil pemeriksaan laboratorium leukosit dan pemeriksaan pengeluaran lochea yang dibantu oleh perawat ruangan, observasi keadaan luka kuretase. Selama melakukan implementasi, penulis menemukan faktor pendukung keberhasilan tindakan pada Ny.D yaitu pasien dan keluarga sangat kooperatif selama tindakan, kerjasama terjalin baik dengan perawat ruangan, data medis dari dokter dan catatan keperawatan didapatkan dengan baik sehingga pelaksanaan keperawatan dapat berjalan lancar. Selain itu pasien juga berada di ruangan yang bersih, bebas bau, dan memiliki akses bagi pasien/keluarga untuk dapat terapi teknik relaksasi nafas dalam sehingga terapi yang diberikan sangat efektif.

4.2.5 Evaluasi keperawatan

Menurut Nursalam (2016), evaluasi adalah suatu proses keperawatan mengukur respon klien terhadap tindakan keperawatan dan kemajuan klien kearah pencapaian tujuan. Evaluasi merupakan tahap akhir dari proses keperawatan yang digunakan sebagai alat untuk mengukur tingkat keberhasilan rencana keperawatan dalam memenuhi kebutuhan klien berdasarkan kriteria hasil yang ditentukan. Evaluasi keperawatan terbagi dibagi menjadi formatif dan sumatif.

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 hari perawatan pada Ny.D dengan pre dan post Kuretase Abortus Inkomplit dengan 6 diagnosa keperawatan, yaitu 3 diagnosa pre kuretase dapat teratasi pada tanggal 22 Juni

2023 dan 3 diagnosa keperawatan post Kuretase teratasi pada tanggal 23 Juni 2023.

Pada diagnosa pre kuretase nyeri berhubungan dengan kontraksi rahim masalah teratasi sebagian, diagnosa ansietas masalah teratasi dengan hasil klien tidak merasakan cemas dan tidak ada perilaku tegang, diagnosa risiko ketidakseimbangan cairan masalah teratasi dengan hasil perdarahan sedikit. Pada diagnosa post kuretase nyeri berhubungan dengan post kuretase hasil subjektifnya klien mengatakan masih merasakan nyeri saat bergerak terlalu aktif saja, klien mengatakan nyeri sudah jarang dirasakan dengan skala nyeri ringan yaitu 2. Diagnosa intoleransi berhubungan dengan nyeri dengan data subjektifnya klien mengatakan tubuhnya enakan, klien mengatakan sudah bisa berjalan, klien mengatakan dapat melakukan aktivitas secara mandiri.. Pada diagnosa Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasive dengan data subjektifnya klien mengatakan tidak ada kemerahan dan bengkak.

Setelah melihat perkembangan klien dokter memutuskan untuk klien dirawat jalan dan akhirnya klien pulang pada hari Rabu, 22 Juni 2023 pukul 16.30 WIB. Dan penulis melakukan observasi langsung kerumah pasien pada tanggal 23 Juni 2023.

BAB V

PENUTUP

5.1 Kesimpulan

Setelah dilakukan asuhan keperawatan pada Ny.D dengan pre dan post kuretase abortus inkomplit diruang inap teratai RSUD Curup kabupaten rejang lebong maka penulis menyimpulkan bahwa :

a. Pengkajian

Pre kuretase Ny.D mengeluh nyeri dibagian bawah abdomen keluar flek sejak 1 hari yang lalu dan keluar gumpalan-gumpalan darah seperti jaringan sebelum masuk rumah sakit dan perdarahan sebanyak 300cc 2 jam pertama . Setelah 6 jam post kuretase klien mengeluh nyeri pada post kuretase seperti dismenore mules klien hanya tirah baring kondisi lemas belum beraktivitas.

b. Diagnosa Keperawatan

Pre dan post *kuretase* abortus inkomplit 6 diagnosa keperawatan,

- 1) Nyeri berhubungan dengan kontraksi rahim.
- 2). Ansietas berhubungan dengan kekhawatiran mengalami kegagalan tindakan kuretase.
- 3). Resiko ketidakseimbangan cairan berhubungan dengan perdarahan.
- 4). Nyeri berhubungan dengan agen pencedera fisik (post kuretase)
- 5). Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakcukupa energy untuk melakukan aktivitas. .

6) Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif.

c. Intervensi Keperawatan

Intervensi pre kuretase bertujuan untuk menurunkan rasa nyeri serta agar klien bisa beradaptasi dengan nyeri dalam proses kuretase dengan hasil keluhan nyeri menurun, meringis menurun gelisah menurun, menurunkan kecemasan pada klien dengan hasil perilaku tenang menurun, mencegah terjadinya perdarahan. Intervensi post kuretase intoleransi aktivitas bertujuan pemulihan pada klien setelah post kuretase dengan hasil kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari meningkat keluhan lemah menurun. Resiko infeksi bertujuan untuk mencegah infeksi pada klien dengan hasil kebersihan badan meningkat dan nyeri menurun.

d. Implementasi

Memberikan teknik relaksasi nafas dalam, memonitor nyeri, perdarahan dan skala nyeri, memberikan support menghadapi kuretase, memonitor tanda-tanda vital ibu. Mengajarkan mobilisasi dan memantau perkembangan mobilisasi, pemantauan perubahan lochea dan tanda-tanda infeksi.

e. Evaluasi

Evaluasi yang dilakukan oleh peneliti pada klien selama 2 hari perawatan di rumah sakit dan 1 hari perawatan di rumah klien, mulai dari tanggal 21 Juni 2023 sampai tanggal 23 Juni 2023 oleh peneliti dan dibuat dalam bentuk SOAP. Semua rencana tindakan telah dilakukan

sesuai dengan rencana tindakan keperawatan. Pre kuretase 3 diagnosa , nyeri, ansietas dan resiko ketidakseimbangan cairan dengan hasil masalah teratasi. 3 diagnosa post kuretase nyeri, intoleransi aktivitas, resiko infeksi teratasi pada tanggal 23 juni 2023 dengan keluhan nyeri berkurang, aktivitas dan latihan klien sudah mandiri dan tidak ada tanda-tanda infeksi.

5.2 Saran

1. Bagi klien

Diharapkan klien dapat melakukan perawatan secara mandiri dirumah yaitu dapat melakukan teknik nafas dalam dengan benar..

2. Bagi keluarga

Peran keluarga sangat penting sebagai pendamping klien saat melakukan pre kuretase dan peran keluarga juga sangat penting untuk membantu perawatan mandiri klien dirumah.

3. Bagi peneliti

Hasil penelitian yang peneliti lakukan diharapkan dapat menjadi acuan dan menjadi bahan perbandingan antara teori dengan hasil praktik yang telah dilakukan.

4. Bagi Institusi Pendidikan

Diharapkan agar pendidikan dapat menyediakan, melengkapi dan memperbanyak referensi buku-buku kesehatan khususnya mengenai abortus inkomplit buku pengkajian dan pemeriksaan fisik pada pasien

dengan pre dan post kuretase abortus inkomplit , dan buku intervensi kesehatan diperpustakaan sebagai landasan teori bagi mahasiswa untuk memperoleh pengetahuan yang luas tentang keperawatan pasien dengan pre dan post kuretase abortus inkomplit .

DAFTAR PUSTAKA

- Afifah;, I. N. (2020) “Asuhan keperawatan abortus inkomplit post kuretase dengan fokus studi pengelolaan nyeri akut pada ny.y di rsud tidar kota magelang.”
- Black, J dan Hawks, J. 2014. Keperawatan Medikal Bedah: Manajemen Klinis untuk Hasil yang Diharapkan. Dialihbahasakan oleh Nampira R. Jakarta: Salemba Emban Patria.
- Cunningham, F.G., Gant, N.F., Leveno, K.J., Gilstrap, L.C., Hauth, J.C., & Wenstrom, K.D. (2014). *Obsetri Williams Edisi 22 Volume 2*. Jakarta: EGC
- Dhewi dan Anwary (2020) “Prosiding hasil-hasil penelitian tahun 2020 analisis faktor risiko abortus di klinik bidan praktek swasta hj. Gunarti banjarbaru,” *Jurnal Universitas Islam Kalimantan*, hal. 284–293.
- Doenges, M.E., Moorhouse, M.F. (2001). *Rencana Perawatan Meternal/bayi: Pedoman Untuk Perencanaan dan Dokumentasi Perawatan Klien*. Jakarta: Buku Kedokteran EGC
- Doni. 2017. Penilaian skala nyeri pasien, skala wajah (Wong-Baker Faces Pain Rating Scale) dan Skala Angka 0-10 (Comparative scale).
<http://bangsalsehat.blogspot.com/2017/06/penilaian-skala-nyeri-pasien-skala.html>.
- Hidayat, A. A (2016) & Pertami, Sumirah Budi. *Konsep Dasar Keperawatan*. Jakarta: Bumi Medika.
- Jayani, I. (2017a) “Tingkat anemia berhubungan dengan kejadian abortus pada ibu hamil,” *Jurnal Ilmiah Ilmu Kesehatan*, 5(1), hal. 59–68
- WHO (2014) “Human Reproduction Programme : Maternal Mortality,” Who, hal. 1–5
- Kementerian Kesehatan, 2020 (2020) *Pedoman nasional asuhan pasca keguguran yang komprehensif*, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Norma, N., dan Dwi, M. (2013). *Asuhan Kebidanan Patologi Teori dan Tinjau Kasus*. Yogyakarta: Nuha Medika
- Nugroho, Taufan. (2011). *Asuhan Keperawatan Maternitas, Anak, Bedah, Penyakit Dalam*. Yogyakarta: Nuha Medika
- Nurarif, H. K. (2015). *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis dan Nanda Nic-NOC*. (3, Ed.). Jogjakarta: Mediaction publishing
- OKTAVIA, F., Asmawati, A., Septiyanti, S., & Fitria, K. (2022). *Asuhan Keperawatan Pemenuhan Kebutuhan Rasa Aman Nyaman Pada Pasien*

Abortus Di Rumah Sakit Bhayangkara Bengkulu Tahun 2022 (Doctoral dissertation, Poltekkes Kemenkes Bengkulu).

- Pratiwi, I. (2017) “Asuhan keperawatan ny.s dengan nyeri akut pada abortus inkomplit pre & post kuretase di bagian kebidanan budi rahayu rsud tidar kota magelang.”
- Pitriani, R. (2013). Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Abortus Inkomplit di Rumah Sakit Umum Daerah Arifin Achmad Provinsi Riau. *Jurnal Kesehatan Komunitas*, 2(2), 83-87.
- Rohi, E. F. D. R., Bano, M., & Rua, Y. M. (2022). ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. EA U & NY. E. B YANG MENGALAMI ABORTUS INKOMPLIT DENGAN NYERI AKUT DI RUANG CEMPAKA RSUD MGR. GABRIEL MANEK, SVD ATAMBUA. *Jurnal Sahabat Keperawatan*, 4(01), 72-93.
- Rokhmah, E. S., Kartika, U., & Sulistyowati, R. (2018). Asuhan Keperawatan Pada Ny. T G2 P2 A1 Dengan Abortus Incomplete Di Ruang Flamboyan Rsud. Prof. Dr. Margono Soekarjo Purwokerto. *Journal of Nursing and Health*, 3(1), 18-26.
- Rosdahl, C. B. & Kowalski, M. T (2014). Buku Ajar Keperawatan Dasar. Edisi 10. Jakarta : EGC.
- Sari, T.O., Ismiatai, dan Marleni, W.A. (2015). Faktor –faktor yang Berhubungan Dengan Kejadian Abortus di RSUD dr. M. Yunus Bengkulu tahun 2014. *Jurnal Kesehatan Poltekkes Provinsi Bengkulu* 2(5) : 579-58. diakses melalui <https://faktoryangBerhubunganDenganKejadianAbortusdiRSUDdr.M.YunusBengkulutahun2014#>
- Sastrawinta, S., Martaadisoebrata, D., Wirakusumah, F.F., Bratakoesoema, D.S., Krisnadi, S.R., Mose, J.C., & Tobing, M.D.L. (2005). Ilmu Kesehatan Reproduksi Obstetri Patologi. Bandung: Buku Kedokteran EGC
- Sumijatun, 2018. *Diagnosis Keperawatan: Diagnosis Intervensi, Hasil*. Edisi X. Jakarta: EGC.
- Susiana, S. (2019) “Angka Kematian Ibu: Faktor Penyebab Dan Upaya Penanganannya.”
- Zamrodah, Y. (2016) “Faktor – faktor yang berhubungan dengan kejadian abortus inkomplit,” 15(2), hal. 1–23
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2017). Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia Jakarta: DPP PPNI.

Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2018). Standar Intervensi Keperawatan Indonesia. Jakarta: DPP PPNI.

Tim Pokja SLKI DPP PPNI. (2019). Standar Luaran Keperawatan Indonesia. Jakarta: DPP PPNI

Yudiyanta, Khoirunnisa, N., dan Novitasari, R.W. (2015). Assessment Nyeri. CDK-22, 42 (suppl. 3), 215. http://kalbemed.com/Portals/6/19_226Teknik-Assessment%20Nyeri.pdf.

SKALA PENGUKURAN NYERI

NUMERIC RATING SCALE (NRS)

Pre kuretase

**sebelum perlakuan*

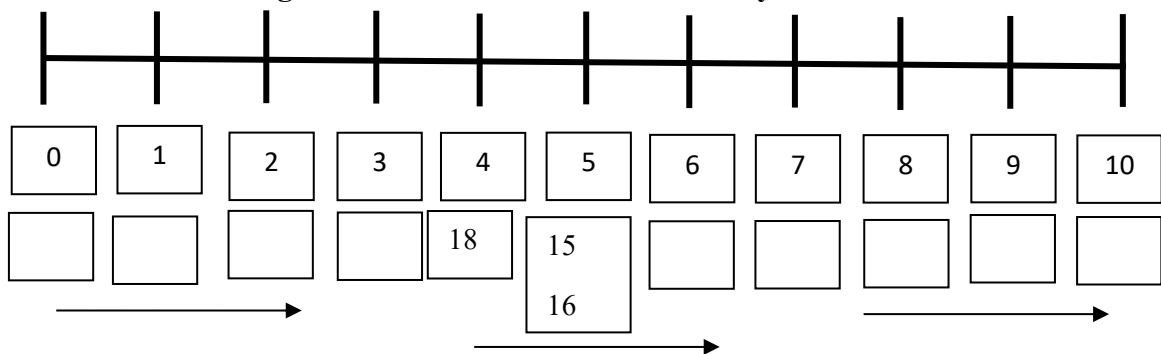
Nama (inisial) : Ny.D

Umur (saat ini) : 21 Tahun

Petunjuk Pengisian :

Berilah tanda (\checkmark) pada salah satu angka dibawah ini yang menggambarkan tingkat nyeri yang anda rasakan.

Semakin besar angka maka semakin berat keluhan nyeri.



Keterangan :

0 : Tidak nyeri

1-3 : Nyeri ringan : secara objektif klien dapat berkomunikasi dengan baik

4-6 : Nyeri sedang : secara objektif klien mendesis, menyeringai, dapat menunjukkan lokasi nyeri, dapat mendeskripsikannya, dapat mengikuti perintah dengan baik.

• 7-10 : Nyeri berat : secara objektif klien terkadang tidak dapat

mengikuti perintah tapi masih respon terhadap tindakan, dapat menunjukkan lokasi nyeri, tidak dapat mendeskripsikannya, tidak dapat diatasi dengan alih posisi nafas panjang.

SKALA PENGUKURAN NYERI

NUMERIC RATING SCALE (NRS)

Pre kuretase

**sesudah perlakuan*

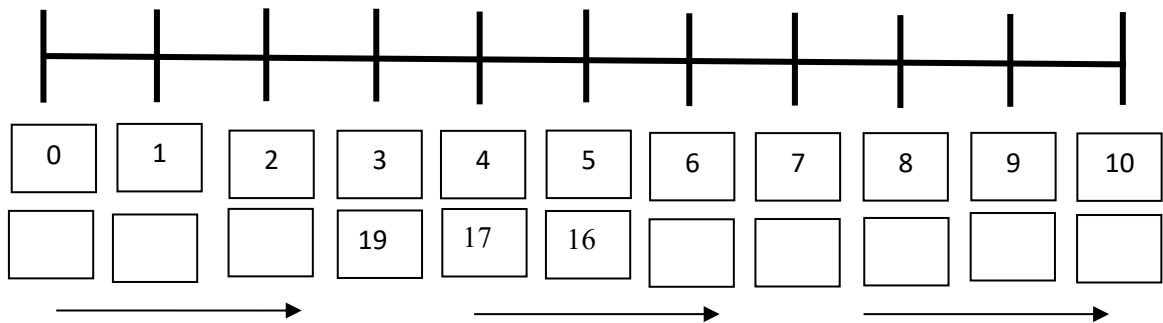
Nama (inisial) : Ny.D

Umur (saat ini) :21 Tahun

Petunjuk Pengisian :

Berilah tanda (\surd) pada salah satu angka dibawah ini yang menggambarkan tingkat nyeri yang anda rasakan.

Semakin besar angka maka semakin berat keluhan nyeri.



Keterangan :

0 : Tidak nyeri

1-3 : Nyeri ringan : secara objektif klien dapat berkomunikasi dengan baik

4-6 : Nyeri sedang : secara objektif klien mendesis, menyeringai, dapat menunjukkan lokasi nyeri, dapat mendeskripsikannya, dapat mengikuti perintah dengan baik.

7-10 : Nyeri berat : secara objektif klien terkadang tidak dapat mengikuti perintah tapi masih respon terhadap tindakan, dapat menunjukkan lokasi nyeri, tidak dapat mendeskripsikannya, tidak dapat diatasi dengan alih posisi nafas panjang.

SKALA PENGUKURAN NYERI

NUMERIC RATING SCALE (NRS)

Post kuretase

**sebelum perlakuan*

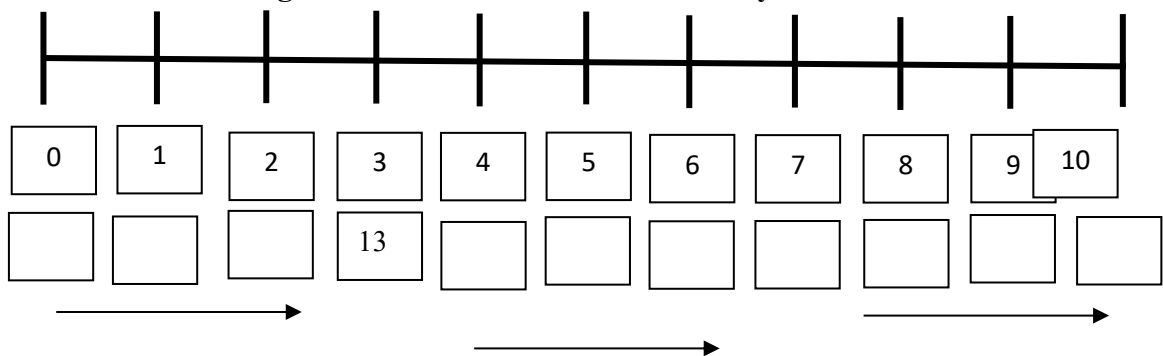
Nama (inisial) : Ny.D

Umur (saat ini) : 21 Tahun

Petunjuk Pengisian :

Berilah tanda (\surd) pada salah satu angka dibawah ini yang menggambarkan tingkat nyeri yang anda rasakan.

Semakin besar angka maka semakin berat keluhan nyeri.



Keterangan :

0 : Tidak nyeri

1-3 : Nyeri ringan : secara objektif klien dapat berkomunikasi dengan baik

4-6 : Nyeri sedang : secara objektif klien mendesis, menyeringai, dapat menunjukkan lokasi nyeri, dapat mendeskripsikannya, dapat mengikuti perintah dengan baik.

- 7-10 : Nyeri berat : secara objektif klien terkadang tidak dapat mengikuti perintah tapi masih respon terhadap tindakan, dapat menunjukkan lokasi nyeri, tidak dapat mendeskripsikannya, tidak dapat diatasi dengan alih posisi nafas panjang.

SKALA PENGUKURAN NYERI

NUMERIC RATING SCALE (NRS)

Post kuretase

**sebelum perlakuan*

Nama (inisial) : Ny.D

Umur (saat ini) : 21 Tahun

Petunjuk Pengisian :

Berilah tanda (\surd) pada salah satu angka dibawah ini yang menggambarkan tingkat nyeri yang anda rasakan.

Semakin besar angka maka semakin berat keluhan nyeri.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
		14								

Keterangan :

0 : Tidak nyeri

1-3 : Nyeri ringan : secara objektif klien dapat berkomunikasi dengan baik

4-6 : Nyeri sedang : secara objektif klien mendesis, menyeringai, dapat menunjukkan lokasi nyeri, dapat mendeskripsikannya, dapat mengikuti perintah dengan baik.


- 7-10 : Nyeri berat : secara objektif klien terkadang tidak dapat mengikuti perintah tapi masih respon terhadap tindakan, dapat menunjukkan lokasi nyeri, tidak dapat mendeskripsikannya, tidak dapat diatasi dengan alih posisi nafas panjang.










KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK
INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN BENGKULU
PROGRAM STUDI KEPERAWATAN CURUP




LEMBAR KONSULTASI
BIMBINGAN LAPORAN KARYA TULIS ILMIAH




NAMA MAHASISWA : Riskika Putri Adela
NIM : P0 0320120028
NAMA PEMBIMBING : Yanti Sutriyanti, M.Kep
JUDUL : Asuhan Keperawatan Pre dan Post kuretase
*Abortuss Inkompli*t dengan implementasi teknik
relaksasi nafas dalam untuk mengurangi nyeri
akut diruang teratai RSUD Rejang Lebong tahun
2023


NO	TANGGAL	REKOMENDASI PEMBIMBING	PARAF PEMBIMBING
1.	Senin 26 Desember 2022	<ul style="list-style-type: none">- ACC Judul KTI- Asuhan keperawatan pada pasien abortus imminens	 Yanti Sutriyanti, M.Kep
2.	Jumat 30 Desember 2022	<ul style="list-style-type: none">- BAB I- Latar belakang (informasi tentang abortus imminens)- Data ambil dari sumber yang jelas	

		<ul style="list-style-type: none"> - Faktor penyebab terjadi abortus imminens - Dampak dan kejadian abortus imminens (fisik&psikologis) - Jumlah kasus dengan abortus imminens di Indonesia, provinsi dan kabupaten - Rumusan masalah diperbaiki - Manfaat masukkan terapi - Daftar pustaka perbaiki 	 Yanti Sutriyanti, M.Kep
3.	Jumat 6 Januari 2023	<ul style="list-style-type: none"> - Tambahkan faktor-faktor abortus imminens - Pengertian abortus imminens - Masalah keperawatan abortus imminens - Implementasi abortus imminens - Rumusan masalah tambahkan data abortus imminens - Tambahkan penjelasan dalam upaya menangani 	 Yanti Sutriyanti, M.Kep
4.	Jumat 10 Maret 2023	<ul style="list-style-type: none"> - Tambahkan terapi untuk mengurangi kecemasan - Tahun terbaru - Dampak abortus imminens pada ibu dan anak - Perbaiki tujuan penulisan 	 Yanti Sutriyanti, M.Kep
5.	Jumat 17 Maret 2023	<ul style="list-style-type: none"> - Tambahkan isi penkes tegar - Perbaiki BAB I 	 Yanti Sutriyanti, M.Kep

		<ul style="list-style-type: none"> - Sesuaikan dengan topic untuk BAB II - Tambah materi kecemasan (pengertian, proses terjadi) 	
6.	Senin 17 April 2023	<ul style="list-style-type: none"> - Perbaiki table diagnosa - Cari dx prioritas - Cari jurnal utama 	 Yanti Sutriyanti, M.Kep
7.	Jumat 05 Mei 2023	<ul style="list-style-type: none"> - Ganti judul "Asuhan keperawatan pre dan post kuretase abortus inkomplit dengan implementasi teknik relaksasi nafas dalam untuk mengurangi nyeri akut di ruang teratai RSUD Rejang Lebong tahun 2023" - Acc judul - Acc jurnal 	 Yanti Sutriyanti, M.Kep
8.	Senin 08 Mei 2023	<ul style="list-style-type: none"> - BAB I - Penjelasan abortus inkomplit - Data provinsi dan kabupaten disatukan - Tambahkan jurnal penelitian lagi - Tambahkan teori teknik nafas dalam - Anatomi fisiologi sesuaikan - Pengertian kuretase - Pre da post penatalaksanaan - BAB III - Subjek penelitian (komplikasi, composmentis, nyeri , abortus inkomplit) - Perbaiki etika penelitian 	 Yanti Sutriyanti, M.Kep

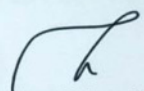
9.	Rabu 10 Mei 2023	<ul style="list-style-type: none"> - Tambahkan angka kejadian dan kematian tahu terbaru - Latar belakang tahun terbaru - Tambahkan data tahun 2021 - Tambahkan latar belakang kuretase - BAB II - Pre dan post kuretase abortus inkomplit - Dx pre dan post - Proses nyeri - Evidenced based sesuaikan - Jurnal internasional tambahkan 	 Yanti Sutriyanti, M.Kep
10	Kamis 11 Mei 2023	<ul style="list-style-type: none"> - Teknik prosedur hilangkan - Etiologi kuretase (judul) - Anatomi fisiologi perbaiki - Woc diperbaiki - BAB III sesuaikan 	 Yanti Sutriyanti, M.Kep
11	Jumat 12 Mei 2023	<ul style="list-style-type: none"> - ACC ujian seminar proposal - Siapkan ppt - Pelajari materi 	 Yanti Sutriyanti, M.Kep

12	Senin 26 Juni 2023	<ul style="list-style-type: none"> - Pemfis perbaiki - Tambahkan pemeriksaan wajah - Tambahkan keterangan laminaria - Penjelasan obat untuk implementasi - Jelaskan berapa banyak perdarahan - Spasi 1 	 Yanti Sutriyanti, M.Kep
13	Selasa 27 Juni 2023	<ul style="list-style-type: none"> - Dx sesuaikan (1,2,3) - BAB IV - Data pada teori dibandingkan dengan data dilapangan - Teori dahulu baru dilapangan - Implementasi dibahas sesuai urutan dx (1-6) - Tambahkan tanda abortus inkomplit - Tambahkan kolaborasi dx pada implementasi - Penjelasan pre dan post 	 Yanti Sutriyanti, M.Kep
14	Selasa 4 juli 2023	<ul style="list-style-type: none"> - BAB IV - Implementasi sesuaikan dosis obat - Jelaskan respon hasil - Implementasi sesuai evaluasi - Perbaiki pembahasan - Tambahkan evidenced based - BAB V - Perbaiki 	 Yanti Sutriyanti, M.Kep

15	Rabu 5 juli 2023	- ACC ujian hasil	 Yanti Sutriyanti, M.Kep
----	---------------------	-------------------	---

Mengetahui

Ketua Prodi Keperawatan Curup





Ns. Derison Marslnova Bakara, S.Kep., M.Kep
NIP: 197112171991021001




KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN BENGKULU
PROGRAM STUDI KEPERAWATAN CURUP

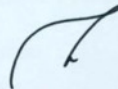
LEMBAR KONSULTASI REVISI
BIMBINGAN LAPORAN TUGAS AKHIR

NAMA MAHASISWA : Riskika Putri Adela
NIM : P0 0320120028
NAMA PENGUJI 1 : Ns. Yossy Utario, M.Kep, Sp.Kep.An
JUDUL : Asuhan Keperawatan Pre dan Post kuretase *Abortuss*
Inkomplit dengan implementasi teknik relaksasi nafas
dalam untuk mengurangi nyeri akut diruang teratai RSUD
Rejang Lebong tahun 2023

NO	TANGGAL	REKOMENDASI PEMBIMBING	PARAF PEMBIMBING
1.	Rabu 17 Mei 2023	<ul style="list-style-type: none">- Perbaiki penulisan- Tambahkan jurnal pendukung- Perbaiki BAB III definisi operasional	 Ns. Yossy Utario, M.Kep, Sp.Kep.An
2.	Selasa 13 Juni 2023	<ul style="list-style-type: none">- Acc perbaiki proposal	 Ns. Yossy Utario, M.Kep, Sp.Kep.An
3.	Senin 10 Juli 2023	<ul style="list-style-type: none">- Perbaiki rata kiri kanan- Perbaiki penulisan- Lembar observasi terapi- Perbaiki implementasi bab IV	 Ns. Yossy Utario, M.Kep, Sp.Kep.An

4.	Kamis 27 Juli 2023	- Acc perbaikan hasil	 Ns. Yossy Utario, M.Kep, Sp.Kep.An
----	-----------------------	-----------------------	--

Mengetahui
Ketua Prodi Keperawatan Curup



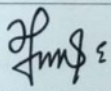
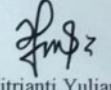
Ns. Derison Marsinova Bakara, S.Kep., M.Kep
NIP: 197112171991021001

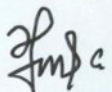
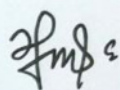


KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK
INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN BENGKULU
PROGRAM STUDI KEPERAWATAN CURUP

LEMBAR KONSULTASI REVISI
BIMBINGAN LAPORAN KARYA TULIS ILMIAH

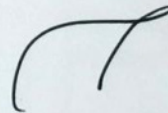
NAMA MAHASISWA : Riskika Putri Adela
NIM : P0 0320120028
NAMA PENGUJI 2 : Ns. Fitrianti Yuliana Widiawati, S.Kep
JUDUL : Asuhan Keperawatan Pre dan Post kuretase
Abortuss Inkomplit dengan implementasi teknik
relaksasi nafas dalam untuk mengurangi nyeri
akut diruang teratai RSUD Rejang Lebong tahun
2023

NO	TANGGAL	REKOMENDASI PEMBIMBING	PARAF PEMBIMBING
1.	Rabu 17 Mei 2023	<ul style="list-style-type: none">- Tambahkan lembar observasi post kuretase- Tambahkan format pengkajian- Tambahkan frekuensi waktu pada SOP	 Ns. Fitrianti Yuliana Widiawati, S.Kep
2.	Selasa 12 Juni 2023	<ul style="list-style-type: none">- Acc perbaikan proposal	 Ns. Fitrianti Yuliana Widiawati, S.Kep

3.	Selasa, 25 Juli 2023	<ul style="list-style-type: none">- Tambahkan resume pasien pulang- Perbaiki evaluasi	 Ns. Fitrianti Yuliana Widiawati, S.Kep
4.	Rabu, 26 Juli 2023	<ul style="list-style-type: none">- Pisahkan tabel diagnosa antara pre dan post- Acc perbaiki hasil	 Ns. Fitrianti Yuliana Widiawati, S.Kep

Mengetahui

Ketua Prodi Keperawatan Curup



Ns. Derison Marsinova Bakara, S.Kep., M.Kep
NIP: 197112171991021001



PEMERINTAH KABUPATEN REJANG LEBONG
RSUD KABUPATEN REJANG LEBONG

Jalan Jalur Dua Kelurahan Durian depan Kecamatan Merigi Kab. Kepahiang
Kode Pos 39371
e-mail : rsudecurup@yahoo.co.id

Nomor : 79 /RSUD – DIKLAT/2023 Merigi, 21 Juni 2023
Sifat : Biasa Kepada Yth :
Lampiran : - **Karu Teratai**
Perihal : Izin Pengambilan Kasus Tugas Akhir Di

RSUD Kabupaten Rejang Lebong

Sehubungan dengan Surat Dari Ketua Program Studi Keperawatan Program
Diploma Tiga Nomor: KH.03.01/227/6.2/2023 Tanggal 14 Juni 2023 , Perihal Izin
Pengambilan Kasus Tugas Akhir Mahasiswa

Nama : **RISKIKA PUTRI ADELA**
NPM : P00320120028
Program Studi : D.III Keperawatan
Waktu : 21 Juni s.d 27 Juni 2023
Judul : *Asuhan Pre dan Post Kuretase Abortus Inkomplit
Dengan Implementasi Teknik Relaksasi Nafas Dalam
Untuk Mengurangi Nyeri Akut di ruangan Teratai
RSUD Kabupaten Rejang Lebong Tahun 2023.*

Maka kami sangat mengharapkan bantuan dari Saudara untuk membantu yang
bersangkutan selama melaksanakan Izin Pengambilan Kasus Tugas Akhir dan
memberikan informasi, Atas perhatian dan kerja samanya diucapkan terima kasih.

Mengetahui KARU :



Efa Suzana, SKM. S.Tr. Keb

Direktur
RSUD Kabupaten Rejang Lebong



dr. RHEYCO VICTORIA, Sp.An
NIP. 19800911 200804 1 001



PEMERINTAH KABUPATEN REJANG LEBONG
RSUD KABUPATEN REJANG LEBONG

Jalan Jalur Dua Kelurahan Duman Depan Per. Mengi Kabupaten Kepahayang
Kode Pos 39371

Email rsudcurup@yahoo.co.id

Nomor : 110 /RSUD – DIKLAT/2023
Sifat : Biasa
Lampiran : -
Perihal : Surat Keterangan Selesai Melaksanakan
Izin penelitian di RSUD Kabupaten
Rejang lebong

Mengi, 03 Juli 2023
Kepada Yth,
Kaprosdi Keperawatan Curup
Di -
Curup

Sehubungan dengan Surat dari Poltekkes Kemenkes Bengkulu Nomor KH.03.01/227/6.2/2023 tanggal 14 Juni 2023, Perihal Surat Pengantar Permohonan izin penelitian atas nama Mahasiswa :

Nama : **RISIKIKA PUTRI ADELA**
NPM : P00320120028
Jurusan : D III Keperawatan
Waktu Penelitian : 21 Juni s.d 27 Juni 2023
Judul : ***Asuhan Pre Dan Post Kuretase Abortus
Inkomplit Dengan Implementasi Teknik
Relaksasi Nafas Dalam Untuk Mengurangi
Nyeri Akut di ruangan Teratai RSUD
Kabupaten Rejang Lebong Tahun 2023.***

Demikian Surat Keterangan ini kami buat untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya. Atas perhatian dan kerja samanya kami sampaikan terima kasih.

Direktur
RSUD Kabupaten Rejang Lebong


dr. RHEYCO VICTORIA, Sp.An
NIP. 19800914 200804 1 001

PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Riskika Putri Adela
NIM : P00320120028
Judul KTI : Asuhan Keperawatan Pre dan Post kuretase
Abortus Inkomplit dengan implementasi teknik
relaksasi nafas dalam untuk mengurangi nyeri akut
diruang teratai RSUD Rejang Lebong tahun 2023

Menyatakan dengan ini sebenar-benarnya bahwa karya tulis ilmiah ini adalah hasil karya saya dan bukan hasil penjiplakan dari hasil karya orang lain. Demikian pernyataan ini dan apabila kelak dikemudian hari terbukti dalam karya tulis ilmiah ada unsur penjiplakan, maka saya bersedia mempertanggungjawabkan sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

Curup, 2023
Penulis

RISIKIKA PUTRI ADELA

BIODATA

Nama : Riskika Putri Adela

Tempat tanggal lahir : Curup, 07 Desember 2001

Agama : Islam

Jenis kelamin : Perempuan

Alamat : Btn Airbang Blok O no 25

Riwayat pendidikan : 1. TK Mutiara
2. SDN 12 Selupu Rejang
3. SMPN 1 Curup Tengah
4. SMA 4 Rejang Lebong

Lampiran

No	Dokumentasi
	





ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.T G2 P2 A1 DENGAN ABORTUS INCOMPLETE DI RUANG FLAMBOYAN RSUD. PROF. Dr. MARGONO SOEKARJO PURWOKERTO

Evita Solikhatun Rokhmah¹

Politeknik Yakpermas Banyumas, Diploma III Keperawatan
Email : jurnalyakpermas@gmail.com

Umy Kartika²

Politeknik Yakpermas Banyumas, Diploma III Keperawatan
Email : jurnalyakpermas@gmail.com

Riyatin Sulistyowati³

Politeknik Yakpermas Banyumas, Diploma III Keperawatan
Email : jurnalyakpermas@gmail.com

ABSTRAK

Menurut data World Health Organization (WHO) presentase kemungkinan terjadinya abortus cukup tinggi. Sekitar 15-40% angka kejadian, diketahui pada ibu yang sudah dinyatakan positif hamil, dan 60-75% angka abortus terjadi sebelum usia kehamilan mencapai 12 minggu (Lestariningsih, 2008 dalam Elvira 2013). Dari presentase kemungkinan terjadinya abortus yang mencapai 15-40% dengan abortus incomplete 15-25%, abortus imminens 8-16,2%, abortus complete 4-13,5%) (Manuaba, 2002 dalam Pitriani, 2013). Tujuan mampu mengaplikasikan ilmu dan menerapkan asuhan keperawatan pada pasien dengan abortus di ruang RSUD. Prof. Dr. Margono Soekarjo Purwokerto secara komprehensif. Penulis mampu melakukan semua tindakan keperawatan sesuai dengan intervensi yang telah di susun sebelumnya. Dalam melakukan tindakan keperawatan untuk mengatasi masalah keperawatan nyeri akut penulis mendapatkan kemudahan karena pasien dan keluarga pasien kooperatif. Penulis tidak menemukan hambatan selama melakukan tindakan. Sebelum adanya tindakan curettage, nyeri tersebut akan tetap selalu ada.

Kata kunci: Asuhan Keperawatan, Abortus Incomplete.

ABSTRACT

According to data from the World Health Organization (WHO), the percentage of possible abortion is quite high. About 15-40% of the incidence rate is known in women who have tested positive for pregnancy, and 60-75% of the number of abortions occurs before the gestational age reaches 12 weeks (Lestariningsih, 2008 in Elvira 2013). From the percentage of probability of abortion reaching 15-40% with incomplete abortion 15-25%, imminent abortion 8-16.2%, complete abortion 4-13.5%) (Manuaba, 2002 in Pitriani, 2013). The goal is to be able to apply knowledge and apply nursing care to patients with abortions in the hospital room. Prof. Dr. Margono Soekarjo Purwokerto comprehensively. The author is able to perform all nursing actions in accordance with pre-arranged interventions. In taking nursing actions to overcome acute nursing problems, the writer finds it easy because the patient and the patient's family are cooperative. The author did not find obstacles during the action. Before curettage, the pain will always be there.

Keywords: Nursing Care, Incomplete Abortion.

PENDAHULUAN

Kehamilan adalah rangkaian peristiwa yang baru terjadi bila ovum dibuahi dan pembuahan ovum akhirnya berkembang sampai menjadi fetus yang aterm. Namun tidak jarang pada kehamilan sering

berakhir dengan abortus atau biasa disebut dengan keguguran (Sukarni & Wahyu, 2013).

Menurut data World Health Organization (WHO) presentase kemungkinan terjadinya abortus cukup tinggi. Sekitar 15-40% angka

kejadian, diketahui pada ibu yang sudah dinyatakan positif hamil, dan 60-75% angka abortus terjadi sebelum usia kehamilan mencapai 12 minggu (Lestariningsih, 2008 dalam Elvira 2013). Dari presentase kemungkinan terjadinya abortus yang mencapai 15-40% dengan abortus incomplete 15-25%, abortus imminens 8-16,2%, abortus complete 4-13,5%) (Manuaba, 2002 dalam Pitriani, 2013).

Angka kejadian abortus di Asia Tenggara adalah 4,2 juta pertahun termasuk Indonesia. Kejadian abortus di Indonesia setiap tahun terjadi 2 juta kasus pertahun. Ini artinya terjadi 43 kasus abortus per 100 kelahiran hidup. Sedangkan kejadian abortus di Jawa Tengah 60 kasus per bulan (Kasmini, 2010).

Berdasarkan survey di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Prof. Dr. Margono Soekarjo Purwokerto pada tahun 2013 sebanyak 327 ibu hamil (14,59%) dari 2241 ibu hamil (Octavianti, 2014).

Berdasarkan kejadian abortus membawa beberapa dampak kepada pasien seperti penelitian yang dilakukan oleh (Intaglia, 2010). Perilaku abortus membawa dampak psikologis yang sangat besar bagi pasien diantaranya munculnya perasaan kecewa, sedih, rasa bersalah serta krisis kepercayaan diri. Dampak negatif yang lebih jauh bisa teratasi karena dukungan sosial dari keluarga.

Berdasarkan latar belakang yang telah penulis uraikan tersebut, peran perawat sangat diperlukan dalam menangani masalah abortus secara lengkap untuk meminimalkan dampak yang terjadi akibat masalah abortus. Peran perawat ialah sebagai pelaksana, pendidik, pengelola

(peneliti, pembela, dan konselor). Perawat juga perlu melakukan pendidikan kesehatan kepada pasien dan keluarga pasien agar kehamilan selanjutnya tidak mengalami kasus yang sama. Oleh karena itu, penulis tertarik untuk menyusun Karya Tulis Ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan Abortus di RSUD. Prof. Dr. Margono Soekarjo Purwokerto”.

METODE PENELITIAN

Metode yang digunakan oleh penulis dalam mengumpulkan data adalah dengan wawancara pasien dan keluarga pasien, mengobservasi keadaan pasien dan melakukan pemeriksaan fisik secara lengkap head to toe, membaca buku rekam medis pasien serta mencari informasi tentang pasien dari perawat yang bertugas di Ruang Flamboyan RSUD. Prof. Dr. Margono Soekarjo Purwokerto

HASIL DAN PEMBAHASAN

Hasil asuhan keperawatan yang telah dikelola selama 3 hari, yang dilaksanakan mulai pada tanggal 5 April 2018 sampai dengan tanggal 7 April 2018, pada Ny.T G2P1A0 dengan Abortus Incomplete di Ruang Flamboyan RSUD. Prof. Dr. Margono Soekarjo Purwokerto. Adapun lingkup pembahasannya, meliputi: pengkajian, analisa data, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi dan evaluasi.

Penulis memprioritaskan nyeri akut menjadi masalah keperawatan utama karena nyeri adalah keluhan utama yang paling dirasakan pasien saat ini. Menurut

Hierarki Maslow kebutuhan dasar manusia terdiri dari kebutuhan fisiologis, keselamatan/kenyamanan, mencintai dan dicintai, harga diri, dan aktualisasi diri. Kebutuhan fisiologi merupakan kebutuhan primer yang menjadi syarat dasar bagi kelangsungan hidup manusia guna memelihara homeostasis tubuh (Asmadi, 2008). Jika nyeri tidak ditangani menyebabkan bahaya fisiologis dan psikologis bagi kesehatan dan pemulihannya. Dalam menentukan prioritas masalah terdapat beberapa urutan prioritas, diantaranya yaitu berdasarkan tingkat kegawatan yang dilatar belakangi dari prinsip pertolongan pertama yaitu dengan membagi prioritas diantaranya prioritas tinggi, sedang, dan rendah (Hidayat, 2012). Berdasarkan penjelasan diatas tersebut dapat diketahui bahwasanya diagnosa nyeri termasuk dalam tingkat kegawatan prioritas tinggi, nyeri harus segera ditangani karena jika nyeri tidak ditangani, maka dapat mengganggu aktivitas lain.

Penulis menyusun rencana keperawatan pada tanggal 5 April 2018 dengan tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan nyeri akut dapat teratasi dengan kriteria hasil (NOC) Nursing Outcome Classification, yaitu: Memperlihatkan pengendalian nyeri, dari 3 menjadi 5 menunjukkan tingkat nyeri dari sedang menjadi tidak ada dengan indikator sebagai berikut (sebutkan 1-5: sangat berat, berat, sedang, ringan, tidak ada); tanda-

tanda vital dalam batas normal (Wilkinson dan Ahern, 2012). Untuk bisa mencapai tujuan tersebut maka penulis membuat intervensi keperawatan: (1) kaji nyeri secara komprehensif meliputi lokasi, karakteristik, awitan dan durasi, frekuensi, kualitas, intensitas dan faktor predisposisi (Wilkinson & Ahern, 2012). (2) monitor tanda-tanda vital meliputi tekanan darah, nadi, dan respirasi (Wilkinson & Ahern, 2012). Tekanan darah dapat di ukur dengan menggunakan tensimeter nilai normal tekanan darah yaitu 120/80-140/80 mmHg, nadi dapat diukur dengan menggunakan stetoskop/ menggunakan tiga jari yang ditekan pada nadi selama 60 detik nilai normal nadi yaitu 60-100 x/menit, respirasi dapat dilakukan dengan menghitung jumlah pengembangan dada seseorang untuk menarik nafas dalam waktu satu menit nilai normal respirasi yaitu 16-20 x/menit, tujuan dilakukannya pengukuran tanda-tanda vital karena nyeri dapat menyebabkan gelisah serta perubahan tekanan darah, nadi, dan respirasi menjadi meningkat (Carpenito, 2009); (3) observasi isyarat non verbal ketidak nyamanan (Wilkinson & Ahern, 2012), tanda fisiologis dapat menunjukkan nyeri pada klien yang berupaya tidak mengeluh atau mengakui ketidaknyaman. Ekspresi wajah atau gerakan tubuh bahkan tidak terlihat seringkali lebih menunjukkan karakteristik nyeri dari pada pertanyaan yang akurat. Beberapa

ekspresi nonverbal (vokalisasi: menangis dan mendengkur, ekspresi wajah: meringis dan menutup mata atau mulut dengan rapat, gerakan tubuh: gelisah dan gerakan melindungi bagian tubuh, interaksi sosial: menghindari percakapan dan fokus hanya untuk menghilangkan nyeri) dapat menjadi karakteristik sumber nyeri (Potter & Perry, 2009); (4) ajarkan menggunakan teknik non farmakologis berupa relaksasi dan kompres hangat (Wilkinson & Ahern, 2012). Teknik relaksasi merupakan metode efektif untuk mengurangi rasa nyeri pada pasien, rileks sempurna yang dapat mengurangi ketegangan otot, rasa jenuh, kecemasan sehingga mencegah menghambatnya stimulus nyeri (Kusyati, 2006). Teknik relaksasi juga dapat meningkatkan perasaan kontrol pasien, memungkinkan keterlibatan aktif, mengurangi stres dan ansietas, meningkatkan mood dan meningkatkan ambang nyeri (Hidayat & Uliyah, 2012); (5) anjurkan istirahat, dengan beristirahat maka pasien dapat merasa lebih rileks dan nyaman karena jika nyeri terjadi dan pasien beraktivitas maka akan memperberat rasa nyeri (Wilkinson & Ahern, 2012); (6) ciptakan lingkungan yang tenang dan nyaman, pada lingkungan yang tenang dan nyaman akan tercipta kondisi yang memudahkan pasien untuk beristirahat dimana beristirahat dapat menciptakan kondisi yang rileks dan nyaman (Wilkinson & Ahern, 2012); (7)

kolaborasi pemberian analgetik (Wilkinson & Ahern, 2012) untuk hal ini pasien diberikan terapi peroral yaitu mefenamik 3 x 500 mg diberikan dalam 24 jam, tujuannya untuk mengurangi dan menghilangkan nyeri (Wilkinson & Ahern, 2012).

Implementasi yang dilakukan untuk diagnosa keperawatan nyeri akut berhubungan agen cedera biologis pada tanggal 5 - 7 April 2018, yaitu: Mengkaji nyeri pasien secara komprehensif, memonitor tanda-tanda vital, mengajarkan pasien menggunakan teknik non farmakologis yaitu nafas dalam, menganjurkan pasien beristirahat agar memberikan rasa aman dan nyaman, pasien terlihat berbaring dan mengatakan ingin beristirahat. Penulis juga melibatkan keluarga dalam memberi dukungan untuk pasien, mengobservasi isyarat non verbal ketidaknyamanan, melakukan teknik non farmakologi (kompres hangat) pada pinggang bagian belakang, pasien mengatakan lebih merasa nyaman setelah dilakukan kompres hangat, menciptakan lingkungan yang tenang dan nyaman, melakukan kolaborasi pemberian terapi oral mefenamik 3 x 500 mg dalam 24 jam, dilakukan tindakan curettage pada tanggal 6 April 2018 pukul 11.15 WIB di Instalasi Bedah Sentral (IBS) RSUD Prof. Dr. Margono Soekarjo Purwokerto.

Penulis mampu melakukan semua tindakan keperawatan sesuai dengan intervensi yang telah di susun sebelumnya. Dalam melakukan

tindakan keperawatan untuk mengatasi masalah keperawatan nyeri akut penulis mendapatkan kemudahan karena pasien dan keluarga pasien kooperatif. Penulis tidak menemukan hambatan selama melakukan tindakan. Sebelum adanya tindakan curettage, nyeri tersebut akan tetap selalu ada.

Evaluasi untuk diagnosa keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis dilakukan pada tanggal 7 April 2018 pukul 14.30 WIB. Pasien sudah dilakukan tindakan curettage pada tanggal 6 April 2018. Masalah keperawatan nyeri akut teratasi, karena sesuai dengan kriteria hasil yang penulis tetapkan sebelumnya, yaitu: nyeri teratasi, dari indikator nyeri awal 3 (nyeri sedang) menjadi 1 (tidak nyeri), mampu melakukan pengendalian nyeri dengan melakukan tehnik relaksasi secara mandiri untuk mencapai kenyamanan. Ekspresi ketidaknyamanan juga sudah tidak terlihat lagi pada pasien, pasien terlihat rileks dan tersenyum. Tanda-tanda vital dalam batas normal.

SIMPULAN

Simpulan yang penulis dapatkan dari kegiatan pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi, dan evaluasi keperawatan adalah:

1. Pengkajian dilakukan pada tanggal 5 April 2018, penulis melakukan pengkajian dengan wawancara secara langsung kepada pasien dan keluarga

pasien, melakukan pemeriksaan fisik dan membaca status pasien. Hasil pengkajian yang didapatkan pada Ny.T dengan keluhan utama yang paling dirasakan pada saat dikaji adalah nyeri pada pinggang bagian belakang, kualitas nyeri seperti diremas-remas, nyeri dirasakan hilang timbul, skala nyeri 6, dan nyeri disebabkan karena adanya kontraksi uterus hasil USG menunjukkan abortus incomplete.

2. Diagnosa keperawatan ditetapkan berdasarkan hasil analisa data yang didapatkan dari pengkajian. Diagnosa keperawatan yang muncul pada Ny.T ada 3 yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis, ansietas berhubungan dengan perubahan status kesehatan dan resiko infeksi.
3. Perencanaan tindakan keperawatan disusun oleh penulis terhadap Ny.T disesuaikan dengan masing-masing diagnosa keperawatan yang ditegakkan dan telah disusun sesuai dengan konsep dan teori.
4. Tindakan keperawatan yang dilakukan pada Ny.T disesuaikan dengan masalah yang muncul dan disesuaikan dengan kondisi pasien serta melibatkan seluruh anggota keluarga. Dari intervensi yang telah direncanakan, semua dapat terlaksana dengan baik karena Ny.T dan keluarga selalu kooperatif.
5. Setelah penulis melakukan asuhan keperawatan pada Ny.T dengan

abortus incomplete selama 3 hari maka dilakukan evaluasi dari masing-masing diagnosa. Dari masalah keperawatan yang muncul 2 masalah keperawatan teratasi yaitu: nyeri akut dan ansietas, sedangkan resiko infeksi belum teratasi.

SARAN

Sebagai bahan pertimbangan, penulis memberikan saran yang kiranya dapat bermanfaat dalam upaya meningkatkan mutu pelayanan asuhan keperawatan.

1. Dalam melakukan pengkajian perlunya kesiapan dalam penyusunan pertanyaan yang akan ditanyakan kepada pasien ataupun keluarga sehingga tidak mengalami kendala saat melakukan pengkajian.
2. Untuk merumuskan diagnosa keperawatan dan merencanakan asuhan keperawatan perlunya ketelitian dalam melakukan pengkajian kepada pasien, dengan melihat batasan karakteristik pada teori serta data pasien sehingga masalah yang muncul benar-benar masalah yang ada pada pasien.
3. Rencana keperawatan yang disusun sebaiknya sesuai dengan masalah pasien dan didasarkan pada teori dengan memperhatikan kebutuhan serta kemampuan pasien, dilakukan dengan bantuan ataupun secara mandiri oleh pasien dan keluarga untuk tercapainya indikator yang telah direncanakan.
4. Dalam melakukan tindakan keperawatan disesuaikan dengan intervensi yang telah disusun, dengan melibatkan anggota keluarga sehingga dapat tercipta komunikasi yang kooperatif, serta dengan keikutsertaan keluarga dalam melakukan implementasi keperawatan, keluarga diharapkan

mampu merawat pasien ketika di rumah.

5. Dalam melakukan evaluasi keperawatan sesuai dengan hasil implementasi yang telah dilakukan dan dengan melihat kriteria hasil sehingga dapat diketahui apa yang sudah direncanakan dan dapat tercapai atau tidak.
6. Perlunya melakukan preplanning pada pasien dengan abortus sebelum pasien pulang, dengan memberikan pendidikan kesehatan tentang cara perawatan pasca curettage di rumah. Serta diberikan pendidikan kesehatan yang bertujuan untuk mempersiapkan kehamilan berikutnya serta untuk mencegah terjadinya abortus pada kehamilan berikutnya.

UCAPAN TERIMA KASIH

Penulis banyak terimakasih kepada:

1. Bapak Ns. Roni Purnomo, M.Kep., selaku Direktur Akademi Keperawatan "YAKPERMAS" Banyumas.
2. Ibu Ns. Umy Kartika, M.Kep., selaku pembimbing I dan penguji II yang telah banyak memberikan bimbingan serta motivasi dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
3. Ibu Ns. Puji Indriyani, S.Pd., S.Kep., M.Kep., selaku penguji I yang banyak memberikan masukan dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.

4. Ibu P. Sulistyowati, M.Kep., selaku pembimbing II yang telah banyak memberikan bimbingan dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
5. Bapak dan Ibu dosen serta staf karyawan Akademi Keperawatan "YAKPERMAS" Banyumas.
6. Kepada kedua orang tua dan saudara-saudara tercinta yang telah banyak memberi dukungan dan doa.
7. Teman-teman seperjuangan khususnya kelas 3C, terima kasih atas semangat yang telah kalian berikan dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini.
8. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, yang telah mendukung dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.

DAFTAR PUSTAKA

- Alesandra Octavianti. (2014). Gambaran Angka Kejadian Abortus Spontan di RSUD. Prof. Dr. Margono Soekarjo Purwokerto Tahun 2013.. <http://repository.shb.ac.id>. [Diakses tanggal 11 November 2017]
- Asmadi. (2008). Konsep Dasar Perawatan. Jakarta: EGC.
- Carpenito, L. J. & Moyet. (2012). Buku Saku Diagnosis Keperawatan. Edisi 13. Jakarta: EGC.
- Depkes RI. (2013). Lima Momen Saat Praktek Membersihkan Tangan. [ISSN 2502-1524](http://e-</p></div><div data-bbox=)

- journal.unair.ac.id. Diakses pada tanggal 10 Mei 2018.
- Dinkes Provinsi Jawa Tengah. (2012). Prevalensi Abortus Provinsi Jawa Tengah. <http://www.depkes.go.id>. [Diakses tanggal 1 Oktober 2017].
- Elvira Junita, Asmah. (2013). Hubungan Umur Ibu Hamil Dengan Kejadian Abortus Di RSUD Rokan Hulu. <http://e-journal.upp.ac.id>. [Diakses tanggal 24 September 2016].
- Hardman, T & Kamitsuru, S. (2015). *Diagnosis Keperawatan Definisi & Klasifikasi*. Edisi 10. Jakarta: EGC.
- Hidayat, Aziz Alimul & Uliyah, Musrifatul. (2012). *Buku Saku Praktikum Kebutuhan Dasar Manusia*. Jakarta: EGC.
- Intaglia, Harsanti. (2010). *Dampak Psikologis Abortus*. <http://library.gunadarma.ac.id>. [Diakses tanggal 11 Oktober 2017]
- Hartini, Windari M. (2009). *Masalah Kehamilan dan Janin yang Sering Terjadi*. Yogyakarta: Elmaterra Publising.
- Kasmini, Ni Ketut. (2010). *Studi Diskriptif Faktor-Faktor Penyebab Abortus Inkompletus Pada Ibu Hamil Di RS Mardi Rahayu Kudus*. <http://akbidmr.ac.id>. [Diakses tanggal 27 September 2016].
- Kusyati, Eni. (2006). *Ketrampilan dan Prosedur Laboratorium*. Jakarta: EGC.
- Martaadisoebrata, Djamhoer & Tim Fakultas Kedokteran Universitas Padjadjaran. (2013). *Obstetri Patologis Ilmu Kesehatan Reproduksi*. Edisi 3. Jakarta: EGC
- Maryunani, Anik & Sari, Eka Puspita. (2013). *Asuhan Kegawat Daruratan Maternal dan Neonatal*. Jakarta: CV. Trans Info Media.
- Mitayani. (2013). *Asuhan Keperawatan Maternitas*. Jakarta: Salemba Medika.
- Mubarak, Wahit Iqbal & Chayatin, Nurul. (2007). *Buku Ajar Kebutuhan Dasar Manusia: Teori dan Aplikasi Dalam Praktek*. Jakarta: EGC.
- Nugroho, Taufan. (2010). *Kasus Emergency Perawat Untuk Kebidanan dan Keperawatan*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- (2010). *Buku Ajar Obstetri untuk Mahasiswa Kebidanan*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Nurarif, Amin Huda & Kusuma, H. (2015). *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis & NANDA NIC-NOC*. Jilid 1. Jakarta: Pediaction.
- Nursalam. (2011). *Manajemen Keperawatan Aplikasi dalam Praktek Keperawatan Profesional*. Jakarta: Salemba Medika.
- Pitriani, Risa. (2013). *Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Abortus Inkomplit di Rumah Sakit Umum Daerah Arifin Achmad Provinsi Riau*.

Evita Solikhatun Rokhmah : Asuhan Keperawatan Pada Ny.T G2 P2 A1 Dengan Abortus Incomplete Di Ruang Flamboyan Rsud. Prof. Dr. Margono Soekarjo Purwokerto

<http://jurnal.htp.ac.id>.

[Diakses tanggal 29 September 2017].

Potter, P. A. & Perry, A. G. (2009).

Buku Ajar Fundamental Keperawatan: Konsep, Proses, dan Praktik. Edisi 4. Volume 2. Jakarta: EGC.

Prawirohardjo, Sarwono. (2010).

Ilmu Kebidanan. Edisi 4. Jakarta: PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.

RSU Sejahtera Bakti dan Holistik.

(2015). Info Seputar Kuretase (curettage) <http://www.rs-sejahterabhakti.com> [Diakses tanggal 6 Mei 2017].

Sukarni, Icemi & Wahyu. (2013).

Buku Ajar Keperawatan Maternitas. Yogyakarta: Nuha Medika.

Wilkinson, Judith M. & Ahern,

Nancy R. (2012). Buku Saku Diagnosis Keperawatan: Diagnosis NANDA, Intervensi NIC, Kriteria Hasil NOC. Edisi 9. Jakarta: EGC.

Yarizq (2016). Info Seputar

Kuretase. <http://www.rs-sejahterabhakti.com>. [Diakses tanggal 8 Desember 2017].

ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. E. A. U & NY. E. B YANG MENGALAMI ABORTUS INKOMPLIT DENGAN NYERI AKUT DI RUANG CEMPAKA RSUD MGR. GABRIEL MANEK, SVD ATAMBUA

Elfrida Dana F. Riwoe Rohi ^{1,2)}, Matilde Bano ¹⁾, Yusfina Modesta Rua ²⁾

¹Mahasiswa Program Studi Keperawatan Universitas Timor, Indonesia

²Dosen Program Studi Keperawatan Universitas Timor, Indonesia

Informasi

*Corresponden Author:

Elfrida Dana F. Riwoe Rohi

; email:

elfrida.dana12@gmail.com

Submitted: 18 Januari 2022

Approved: 15 Februari 2022

Published: 28 Februari 2022

Copyright: © 2022 Rohi,

EDFR, et al.,

Ini adalah artikel open access yang didistribusikan dibawah Universitas Timor, memungkinkan untuk penggunaan, distribusi dan reproduksi dalam media apa pun, asalkan karya asli dikutip / disitasi dengan benar.

Kata kunci: Abortus Inkomplit, Asuhan Keperawatan, Nyeri Akut

ABSTRAK

Latar Belakang: Abortus Inkomplit adalah pengeluaran hasil konsepsi pada kehamilan sebelum 20 minggu dengan masih adanya sisa yang tertinggal di dalam uterus. Masalah yang sering muncul di abortus inkomplit adalah nyeri. Nyeri adalah perasaan yang tidak nyaman yang sangat subyektif dan hanya orang yang mengalaminya yang dapat menjelaskan dan mengevaluasi perasaan tersebut.

Tujuan: Tujuan penelitian ini adalah untuk melaksanakan asuhan keperawatan pada klien yang mengalami abortus inkomplit dengan nyeri akut di RSUD Mgr Gabriel Manek, SVD Atambua.

Metode: jenis metode penelitian yang digunakan adalah deskriptif dengan rancangan penelitian studi kasus.

Hasil: Hasil penelitian mendapatkan data bahwa ada perbedaan nyeri yaitu pada rentang respon nyeri dimana klien 1 skala nyeri 6 (sedang) dan klien 2 skala nyeri 3 (nyeri ringan) sehingga dilakukan intervensi dan implementasi mengajarkan teknik relaksasi napas dalam. Setelah diberikan teknik relaksasi klien 1 nyeri tidak berkurang sedangkan klien 2 nyeri berkurang.

Kesimpulan: Berdasarkan hasil penelitian studi kasus, didapatkan perbedaan yaitu pada tindakan teknik relaksasi napas dalam pada klien 1 nyeri tidak berkurang sedangkan pada klien 2 nyeri berkurang.

LATAR BELAKANG

Masalah kesehatan merupakan masalah penting yang dihadapi oleh masyarakat saat ini, apalagi yang menimpa kaum wanita. Kesehatan reproduksi wanita adalah hal yang

sangat perlu diperhatikan karena wanita itu makhluk yang unik. Wanita dalam siklus hidupnya mengalami tahap-tahap kehidupan, diantaranya hamil dan melahirkan. (Apriyanti, 2019).

Kehamilan merupakan peristiwa kodrati bagi perempuan, seorang perempuan akan mengalami perubahan dalam dirinya baik fisik maupun psikologis.(Rahmawati,2019). Salah satu komplikasi terbanyak pada kehamilan adalah terjadinya perdarahan. Kejadian perdarahan pada kehamilan muda sering dikaitkan dengan abortus. (Luthfiana,dkk.2017). Abortus merupakan pengeluaran hasil konsepsi pada usia kehamilan kurang dari 20 minggu atau berat janin kurang dari 500 gram. Salah satu jenis abortus yang sering dijumpai adalah abortus inkomplit. Abortus inkomplit merupakan pengeluaran hasil konsepsi pada kehamilan sebelum 20 minggu dengan masih adanya sisa yang tertinggal di dalam uterus. Berbagai gejala masalah yang sering muncul di abortus inkomplit adalah nyeri. (Apriyanti,2019). Nyeri merupakan perasaan yang tidak nyaman yang sangat subyektif dan hanya orang yang mengalaminya yang dapat menjelaskan dan mengevaluasi perasaan tersebut. (Susanto,dkk.2015)

Menurut World Health Organization (WHO) di perkirakan 4,2 juta abortus dilakukan setiap tahun Di Asia Tenggara dengan perincian 1,3 juta dilakukan Di Vietnam, di Indonesia 750.000 sampai 1,5 juta. Kasus abortus yang paling banyak terjadi Di Jakarta berdasarkan kelompok umur pada umur 15-19 tahun 3,8%, pada umur

20-24 tahun 5,8%, pada umur 25-29 tahun 5,8%, pada umur 30-34 tahun 5,7% (Purnawaningrum & Fibriana, 2017), sedangkan yang terjadi di kota kediri didapatkan data yaitu pada tahun 2015 terdapat 203 kejadian abortus dan pada tahun 2016 terdapat 227 kejadian abortus. Pada tahun 2015 terdapat 43 kejadian abortus inkomplit dan pada tahun 2016 terdapat 58 kejadian abortus inkomplit. Data yang di peroleh dari Ruang Rekam Medis RSUD Atambua pada tahun 2018 terdapat 207 kasus abortus, tahun 2019 ada 234 kasus dan tahun 2020 turun menjadi 153 kasus abortus.(Rekam Medis RSUD)

Dampak yang ditimbulkan oleh abortus inkomplit adalah perdarahan. perdarahan tersebut dapat diatasi dengan pengosongan uterus dari sisa-sisa hasil konsepsi dan jika perlu pemberian transfusi darah. Kematian karena perdarahan dapat terjadi apabila pertolongan telah diberikan pada waktunya. Jika terjadi peristiwa ini, maka penderita perlu diamati dengan teliti. Infeksi dalam uterus dapat terjadi dalam setiap abortus, tetapi biasanya didapatkan pada abortus inkomplit yang berkaitan erat dengan suatu abortus yang tidak aman. Nyeri adalah salah satu efek dari infeksi abortus inkomplit. Nyeri adalah pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan akibat dari kerusakan jaringan aktual atau potensial. (Susanto,dkk, 2015)

Oleh sebab itu Penanganan pada ibu dengan abortus sebaiknya segera

ke fasilitas kesehatan apabila terjadi perdarahan selama kehamilan, dan juga dianjurkan untuk istirahat total dan melakukan teknik relaksasi. Terapi intravena atau transfusi darah dapat dilakukan bila perlu dan penanganan pada abortus. (Mityani, 2009). Penanganan untuk nyeri bisa dilakukan dengan beberapa cara diantaranya adalah mengurangi faktor yang dapat menambah nyeri, modifikasi stimulus nyeri, pemberian obat analgesik. penanganan secara nonfarmakologi yang di berikan pada pasien yaitu: menganjurkan istirahat total, mengatur posisi yang nyaman dan mengajarkan teknik relaksasi napas dalam.(Alimul,2006).

Berdasarkan uraian permasalahan diatas maka penulis merasa tertarik untuk mengambil judul studi kasus tentang “ Asuhan Keperawatan Pada Ny. E. A. U & Ny. E. B yang Mengalami Abortus Inkomplit Dengan Nyeri Akut di Ruang Cempaka RSUD Mgr Gabriel Manek SVD, Atambua

METODE

Penelitian ini merupakan suatu studi kasus dalam bentuk asuhan keperawatan dengan tujuan untuk umum melaksanakan asuhan keperawatan pada klien yang mengalami abortus inkomplit dengan

nyeri akut di Ruang Cempaka RSUD Mgr Gabriel Manek SVD, dan tujuan khusus melaksanakan pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan serta evaluasi keperawatan pada klien yang mengalami abortus inkomplit dengan nyeri akut di Ruang Cempaka RSUD Mgr. Gabriel Manek, SVD Atambua. Studi kasus ini adalah mengeksplorasi masalah Asuhan Keperawatan pada Klien yang mengalami Abortus Inkomplit dengan Nyeri Akut di Ruang Cempaka RSUD Mgr Gabriel Manek SVD, Atambua. Partisipan dalam penelitian ini adalah 2 orang pasien yang dirawat dengan diagnose medis Abortus Inkomplit dan masalah keperawatan yang muncul berupa Nyeri Akut.

Pengumpulan data menggunakan format pengkajian yang sudah baku dengan cara: 1) Wawancara (hasil anmesis berisi tentang identitas, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang, dahulu, keluarg dll). Sumber data dari klien, keluarga, perawat dan lainnya); 2) Observasi dan pemeriksaan fisik (dengan pendekatan IPPA: Inspeksi, Palpasi, Perkusi, Auskultasi) pada sistem tubuh klien; dan 3) Studi dokumen dan angket (hasil dari pemeriksaan diagnosis dan data lain yang relevan).

HASIL DAN PEMBAHASAN

Pelaksanaan penelitian sejak tanggal 12 Agustus -12 September 2021 dilakukan proses keperawatan tentang abortus inkomplit dengan dengan masalah keperawatan nyeri akut di Ruang Cempaka RSUD Mgr. Gabriel Manek, SVD Atambua yang akan diuraikan sebagai berikut :

1. Pengkajian

Pengkajian perawatan dilakukan terhadap 2 orang klien yang mengalami sakit yang sama yaitu: Klien 1) Ny. E. A. U, umur : 41 Tahun, pendidikan Sarjana, pekerjaan Tenaga Kontrak, menikah, suku Dawan, masuk rumah sakit 10-10-2021, informasi diperoleh dari Suaminya. Dirawat dengan diagnosa Abortus Inkomplit. Klien 2) Ny. E. B, umur 29 tahun, pendidikan Sarjana, pekerjaan Guru, sudah menikah, suku Dawan, masuk rumah sakit : 14-10-2021 dengan diagnose Abortus Inkomplit. Informasi diperoleh dari Suaminya

Tabel 1. Riwayat Penyakit

Riwayat Penyakit	Klien 1	Klien 2
Keluhan Utama	Klien mengatakan nyeri pada daerah perut bagian bawah	Klien mengatakan nyeri pada daerah perut bagian bawah
Keluhan saat di kaji	Klien mengatakan : P : ada sisa jaringan, Q : nyeri seperti tertusuk-tusuk, R: pada daerah perut bagian bawah, S : 6 (nyeri sedang) T : nyeri hilang timbul dengan waktu 5-10 menit	Klien mengatakan : P : ada sisa jaringan, Q : nyeri seperti tertusuk-tusuk, R : pada daerah perut bawah, S : 3 (nyeri ringan) T :nyeri bertahapa dengan waktu 3-4 menit
Riwayat penyakit Sekarang	Klien mengatakan pada tanggal 10-10-2021 jam 06.00 wita, keluar darah dari jalan lahir, nyeri pada perut bagian bawah, dan pada saat itu juga suami klien langsung membawa klien ke rumah sakit. Jam 07.19 wita klien dan suami klien tiba di IGD dan langsung diberikan therapy : infus RL 20 tetes/menit, injeksi cefadroxil 2 x 1000 mg/iv dan gastrul 1 x 200 tablet/oral. setelah itu dilakukan tindakan oleh bidan VT : Vulva/vagina tidak ada kelainan, porsio tebal,	Klien mengatakan pada tanggal 14-10-2021 jam 18.30 wita, keluar darah merah segar dan gumpalan dari jalan lahir, nyeri di perut bagian bawah, selama terjadi perdarahan lewat jalan lahir klien di bawah ke puskesmas ponuuntuk berobatsampai di puskesmas klien di diberikan tindakan dengan memasang infus RL 20 tetes/menit dan obat oral asam Mefenamat 1 tablet/oral dan pasien mengeluh pusing dan darah yang keluar semakin banyak dan klien mengeluh

Riwayat Penyakit	Klien 1	Klien 2
	pembukaan 1cm, teraba sisa jaringan, kemudian di konsulkan ke Dr Ahli Spog yang di berikan injeksi antibiotik ceftriaxone 2 x 1000 mg/iv, rencana tindakan curetase, dan pada jam 8.30 wita klien dipindahkan ke ruangan cempaka. Pada jam 10.00 wita keluar jaringan dari jalan lahir, dilakukan VT oleh bidan Vulva/vagina tidak ada kelainana, porsio tebal, pembukaan 1cm, teraba sisa jaringan, perdarahan pervagina. Pasien dipuaskan untuk tindakan curetase.	pusing maka pada jam 19.30 wita klien diantar oleh bidan dan keluarga pasien ke rumah sakit dan tiba di IGD, therapy yang diberikan infus RL 20 tetes/menit, dan obat gastrul 1 tablet/oral rencana kuret tapi di tunda karena pasien HB 5,8.dilakukan VT : Vulva/vagina tidak ada kelainan, porsio tebal,pembukaan ujung jari, perdarahan pervagina. Pada jam 20.16 wita klien dipindahkan ke ruang cempaka. Melakukan konsultasi dengan dokter ahli Spog therapy rencana kuret di tunda karena HB pasien 5,8 g/dl. Pada tanggal 15-10-2021 klien mengatakan pada jam 06.00 wita keluar lagi darah merah segar dan gumpalan dari jalan lahir.
Riwayat penyakit dahulu	Klien mengatakan pernah USG di klinik dan dokter memberikan obat	Klien mengatakan setiap kali ke posyandu ibu bidan selalu memberikan vit c dan obat tambah darah

1) Perubahan Pola Kesehatan

Kebutuhan dasar	Klien 1	Klien 2
Pola nutrisi dan metabolik	Pada saat pengkajian klien mengatakan ia belum makan karena sedang puasa	Pada saat pengkajian klien mengatakan makan karena tapi sedikit
Pola eliminasi	Pada saat pengkajian klien mengatakan belum BAB, BAK frekuensi 2-3x, bau amoniak, warna kuning jernih	Pada saat pengkajian klien mengatakan belum BAB, BAK frekuensi 2x, bau amoniak, warna kuning jernih
Pola personal hygiene	pada saat di kaji klien Pada saat pengkajian belum mandi	Pada saat pengkajian pada saat dikaji klien belum mandi
Pola istirahat dan tidur	Pasien mengatakan sebelum masuk rumah sakit pasien istirahat baik .saat sakit Pada saat pengkajian klien mengatakan sulit tidur karena nyeri yang dialami	Pasien mengatakan sebelum masuk rumah sakit istirahatnya tidak terganggu dan saat sakit Pada saat pengkajian klien mengatakan sulit tidur karena nyeri yang dialami.
Pola aktivitas dan latihan	Pada saat pengkajian klien mengatakan sehari-hari ia di kantor kadang pulang sore karena sering ikut kegiatan di luar	Pada saat pengkajian klien mengatakan sehari-hari ia mengajar
Pola kebiasaan yang mempengaruhi kesehatan	Pada saat pengkajian klien mengatakan ia tidak merokok, tidak menggunakan narkoba dan tidak minum-minuman keras	Pada saat pengkajian klien mengatakan ia tidak merokok, tidak menggunakan narkoba dan tidak minum-minuman keras

2) Pemeriksaan fisik

Observasi	Klien 1	Klien 2
1. Status kesehatan umum klien	1. Keadaan/penampilan umum klien :keadaan umum lemah, kesadaran compos mentis, GCS: 15 E : 4 V : 5 M : 6 2. Tanda-tanda vital : Suhu : 37 °C Nadi : 80 x / menit RR : 20 x / menit Tekanan darah : 95/63 mmHg 3. Kepala a. Rambut Inspeksi : warna hitam, distribusi merata, kulit kepala bersih. Palpasi : tidak ada kerontokan rambut. b. Muka Inspeksi : ekspresi wajah tampak meringgis kesakitan	1. Keadaan/penampilan umum klien :Keadaan umum lemah, kesadaran compos mentis, GCS: 15 E : 4 V : 5 M : 6 2. Tanda-tanda vital : Suhu : 36° C Nadi : 99 x / menit RR : 20 x / menit Tekanan darah : 110/66 mmHg 3. Kepala a. Rambut Inspeksi : warna hitam, distribusi merata, kulit kepala bersih. Palpasi : tidak ada kerontokan rambut. b. Muka Inspeksi : ekspresi wajah tampak meringgis kesakitan

Observasi	Klien 1	Klien 2
	<p>Palpasi : tidak ada nyeri tekan dan udem.</p> <p>c. Mata Inspeksi : konjungtiva merah muda, pupil isokor, sklera anikterik. Palpasi : tidak ada nyeri tekan dan oedema pada mata</p> <p>d. Hidung Inspeksi : tidak ada polip, tidak ada sekresi. Palpasi : tidak ada nyeri tekan dan oedem pada hidung.</p> <p>e. Mulut Inspeksi : tidak ada luka, Mukosa bibir lembab, lidah bersih.</p> <p>f. Gigi Inspeksi : jumlah gigi utuh, ada karies, gusi merah muda.</p> <p>g. Telinga Inspeksi : bersih, tidak ada serumen Palpasi : tidak ada nyeri tekan dan tidak ada oedema</p>	<p>Palpasi : tidak ada nyeri tekan dan udem.</p> <p>c. Mata Inspeksi : konjungtiva merah muda, pupil isokor, sklera anikterik. Palpasi : tidak ada nyeri tekan dan oedema pada mata</p> <p>d. Hidung Inspeksi : tidak ada polip, tidak ada sekresi. Palapasi : tidak ada nyeri tekan dan oedema pada hidung</p> <p>e. Mulut Inspeksi : tidak ada luka, mukosa bibir lembab, lidah bersih</p> <p>f. Gigi Inspeksi : jumlah gigi utuh, ada karies, gusi merah muda.</p> <p>g. Telinga Inspeksi : bersih, tidak ada serumen Palapsi : tidak ada nyeri tekan, dan tidak ada oedema</p>
	<p>4. Abdomen Inspeksi : tampak memegang perut, tidak ada bekas operasi, skala nyeri 6 (nyeri sedang) Palapasi : leopold 1 : TFU : tidak teraba Auskultasi : timpani, bising usus normal 10 x / menit.</p> <p>5. Genetalia Inspeksi : keluar darah dari vagina , warna merah segar, ganti softek 3x, tidak ada oedema pada vagina. Palpasi : VT : Vulva/vagina tidak ada kelainan,porsio tebal, pembukaan 1 cm, terdapat sisa jaringan, tidak ada nyeri tekan pada vagina.</p> <p>6. Ekstremitas Inpeksi : jari kaki tangan lengkap, terpasang infus RL 20 tetes/menit ditangan kiri Palpasi : tidak ada nyeri tekan dan tidak ada oedem pada kaki dan tangan</p>	<p>4. Abdomen Inspeksi : tampak memegang perut, tidak ada operasi bekas, skala nyeri 3 (nyeri ringan) Palpasi : leopold I : TFU tidak teraba,nyeri tekan pada simpisis Auskultasi : timpani, bising usus normal 11 x / meni Inspeksi : tidak ada bekas oprasi, skala nyeri 3 (nyeri ringan) Palpasi : Leopold I : TFU tidak teraba,nyeri tekan pada simpisis, Auskultasi : timpani, bising usus normal 10 x / menit.</p> <p>5. Genetalia Inspeksi : keluar darah dari jalan lahir, warna merah segar, ganti softek 1x, tidak ada oedema pada vagina. Palpasi : VT : Vulva/vagina tidak ada kelainan, porsio tebal, tidak terdapat sisa jaringan, tidak ada nyeri tekan pada vagina.</p> <p>6. Ekstremitas Inpeksi : jari kaki tangan lengkap, ,terpasang infus RL 20 tetes/menit ditangan kiri</p>

Observasi	Klien 1	Klien 2
		Palpasi : tidak ada nyeri tekan dan tidak ada oedema pada kaki dan tangan

3) Hasil Pemeriksaan Penunjang

Klien 1	Klien 2
Tanggal 10-10-2021 Lekosit : 9,8 ribu/mm ³ normal : 4.0-12.0 Hemoglobin : 11.2 g/dl normal : 11.00-17.0 Hematokrit 40,7 % normal : 37-45 Trombosit : 338 ribu/uL normal : 150-450 PDW : 18.1 fL normal : 9-13 MCH : 24.4 pg normal : 26.0-34.0 MCHC : 29.6 % normal : 31.0-35.5 Eosinofil : 9 % normal : 1-3 Golongan darah : O Rh + Hcg test : Negatif (-) Hasil USG : ada sisa jaringan	Tanggal 13-08-2020 Lekosit : 13.0 ribu/mm ³ normal : 4.0-12.0 Hemoglobin : 9.1 g/dl normal : 11.0-17.0 PDW : 17.7 fL normal : 10.0-16.0 MPV : 8.6 fL normal : 7.0-11.0 MCHC : 31.7 % normal : 32-37 Eosinofil : 7 normal : 1-3 Golongan darah : B Rh + HbsAG : Negatif (-) Hcg test : Negatif (-) Hasil USG : tidak ada sisa jaringan

4) Terapi

Klien 1	Klien 2
Tanggal 10-10-2021 Infus Ringer Laktat 28 tetes / menit Injeksi Ceftriaxone 2 x 1000 mg / iv Gastrul 1x200 tablet/oral Paracetamol 4 x500mg/oral Ranitidine 2x50mg/iv Ondancentron 3 x 400 mg / iv Omeprasole 1x 100 gr / iv Metepenem 3 x 100 gr / iv Tindakan curetase Tanggal 10-10-2021 Persiapan sebelum curetase Infus Ringer Laktat 28 tetes / menit Injeksi Ceftriaxone 1 x 1000 mg / iv Injeksi odancentron 1 x 4 g / iv Post op kuret Infus Ringer Laktat 20 tetes / menit Cefadroxil 2 x 500 mg / oral Methylergometrine 3 x 1 tablet /oral Tablet tambah darah 2 x 1 tablet / oral Asam mefanamat 3 x 500 mg / oral	Tanggal 14-10-2021 Infus Ringer Laktat 20 tetes / menit Gastrul 1 tablet / oral Ceftriaxone 2 x 1 gr / iv Metronidazole 3 x 500 mg / iv Tanggal 15-10-2021 Infus Ringer Laktat 20 tetes / menit Ceftriaxone 2 x 1 mg / iv Tablet tambah darah 2 x 1 tablet / oral Persiapan kuret Post curet Tanggal 16-10-2021 Infus Ringer Laktat 20 tetes / menit Dexamatasone 1 ampil /iv Metronidazole 3 x 500 gr / iv Paracetamol drip 20 tetes / menit

2. Analisa Data dan Diagnosa Keperawatan

Analisa Data	Etiologi	Masalah
<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan nyeri pada daerah perut bagian bawah,ada sisa jaringan, rasanya seperti tertusuk, di area perut bagian bawah, skala nyeri 6 (nyeri sedang), nyerinya hilang timbul dengan waktu 5-10 menit. - Klien mengatakan keluar darah dari vagina warna merah segar, ganti softek 2x <p>DO</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keadaan umum : lemah ekspresi wajah tampak meringgis kesakitan, nyeri tekan pada daerah simpisis, skala nyeri 6 (nyeri sedang) klien tampak memegang perut, VT pembukaan ujung jari teraba sisa jaringan, porsio tebal, tidak ada nyeri tekan dan oedem pada vagina - Tanda-tanda vital : TD: 95/63 mmHg Suhu : 37°C Nadi : 99 x / menit RR : 20 x / menit 	<p style="text-align: center;">Klien 1</p> <p style="text-align: center;">Kelelahan</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Perdarahan</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Kontraksi uterus</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Agen pencedera fisik</p>	<p style="text-align: center;">Nyeri akut</p>
<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan nyeri pada daerah perut bagian bawah ada sisa jaringan, rasanya seperti tertusuk, perut bagian bawah, (nyeri ringan), hilang timbul dengan waktu 3 menit - Klien mengatakan keluar darah merah segar dari jalan lahir, ganti softek 1x <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keadaan umum : lemah, ekspresi wajah tampak meringgis kesakitan,nyeri 	<p style="text-align: center;">Klien 2</p> <p style="text-align: center;">Kelelahan</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Perdarahan</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Kontraksi uterus</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Agen pencedera fisik</p>	<p style="text-align: center;">Nyeri akut</p>

<p>tekan pada daerah simpisis, skala nyeri 3 (nyeri ringan), VT pembukaan ujung jari teraba sisa jaringan, porsio tebal tidak ada nyeri tekan dan oedem pada vagina, keluar jaringan</p> <p>- Tanda-tanda vital : TD: 110/66 mmHg Suhu : 36°C Nadi : 80 x / menit RR : 20 x / menit</p>		
Diagnosa Keperawatan	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik	

3. Perencanaan

Diagnosa Keperawatan	Intervensi
Klien 1	
<p>Nyeri akut berhubungan dengan agent pencedera fisik</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x 24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun <p>Gelisah menurun</p>	<p>Manajemen nyeri</p> <p>Tindakan</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 6. Monitor efek samping penggunaan analgesik <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri (misal terapi musik, terapi pijat, kompres hangat atau dingin) 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (misal suhu ruangan dan kebisingan) 3. Fasilitasi istirahat dan tidur 4. Pertimbangkan jenis nyeri dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri

	<ol style="list-style-type: none"> 3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 4. Anjurkan menggunakan analgesik secara tepat 5. Anjurkan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri <p>Kolaborasi Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</p>
Klien 2	
<p>Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x 24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun <p>Gelisah menurun</p>	<p>Manajemen Nyeri Tindakan Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 6. Monitor efek samping penggunaan analgesik <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri (misalnya terapi musik, terapi pijat, kompres hangat atau dingin) 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (misalnya suhu ruangan dan kebisingan) 3. Fasilitasi istirahat dan tidur 4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri 3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 4. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat 5. Ajarkan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri <p>Kolaborasi Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</p>

4. Pelaksanaan

Diagnosa Keperawatan	Hari/ tanggal Tanggal 10-10-2021	Hari / Tanggal Tanggal 11-10-2021
Klien 1		
	Pelaksanaan	Pelaksanaan
	<p>08.45 1. Mengkaji respon nyeri P, Q, R, S, T :</p> <p>P (Pemicu): adanya sisa jaringan Q (Qualiti): nyeri seperti tertusuk R (Region): perut bagian bawah S (Skala): 6 nyeri sedang T (Time): 5-10 menit</p> <p>1. Mengobservasi tanda-tanda vital : Keadaan umum lemah, ekspresi wajah tampak meringgis kesakitan, nyeri tekan tekan pada daerah simpisis, skala nyeri 6 (nyeri ringan), VT : vulva /vagina tidak ada kelainan, porsio tebal, pembukaan ujung jari teraba sisa jaringan, tidak ada nyeri tekan dan oedema pada vagina S : 36°C N : 86 x/menit RR :20x/menit TD:110/80 mmHg</p>	<p>08.00 1. Mengkaji respon nyeri P, Q, R, S, T :</p> <p>P (Pemicu: nyeri post curetasi Q (Qualiti): nyeri seperi tertusuk R (Region): perut bagian bawah S (Skala) : 1 (nyeri ringan) T (Time) : tidak menentu</p> <p>08.30 Mengobservasi tanda-tanda vital Keadaan umum: baik, wajah tampak rileks, tidak ada nyeri, pasien tidak memegang perut S : 36°C N : 80x/menit RR : 18/menit TD : 110/80 mmHg</p> <p>09.00 Melepas infus</p> <p>09.47 Klien keluar rumah sakit</p>

Diagnosa Keperawatan	Hari/ tanggal Tanggal 14-10-2021	Hari / Tanggal Tanggal 15-10-2021	Hari / Tanggal 16-10-2021
Klien 2			
	Pelaksanaan	Pelaksanaan	Pelaksanaan
Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik	20.16	06.45	08.00
	21.45	12.00	9.20
	13.00 Wita		

			13.20	<p>Q (Qualiti) : tertusuk-tusuk R (Region) : perut bagian bawah S (Skala) : 2 (nyeri ringan) T (Time) : hilang timbul</p> <p>g. Melakukan manajemen nyeri : h. Mengatur posisi semi fowler i. Mengobservasi tanda-tanda vital : keadaan umum : baik, ekspresi wajah rileks, tidak ada nyeri tekan, skala nyeri 0 (tidak ada) S : 36°C N : 80 x/menit RR : 18 x/menit TD : 100/80 mmHg</p>	
--	--	--	-------	--	--

5. Evaluasi

Diagnosa	Hari Ke 1 Tanggal 10-10-2021	Hari ke 2 Tanggal 11-10-2021
Klien 1		
Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik	<p>Jam 13.20 S : klien mengatakan nyeri perut bagian berkurang, nyeri yang dirasakan seperti tertusuk, dengan skala nyeri 3 (nyeri ringan) nyerinya hilang timbul dengan waktu yang tidak menentu O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keadaan umum lemah 2. Wajah tampak meringgis kesakitan 3. Nyeri tekan pada daerah simpisis 4. Skala nyeri 3 (nyeri ringan) 5. Klien tampak memegang perut <p>3. Tanda-tanda vital :</p>	<p>Jam 09.00 Wita S : klien mengatakan nyeri perut bagian tidak lagi O : keadaan umum : baik, ekspresi wajah rileks, tidak ada nyeri tekan, skala nyeri 0 (tidak ada), tidak tampak memegang perut Tanda-tanda vital: S : 36°C N : 80 x/menit RR : 18 x/menit TD : 110/80 mmHg</p> <p>A : masalah teratasi</p>

	S : 36,2°C N : 79 x/menit RR : 20 x/menit TD : 110/70 mmHg	P : intervensi dihentikan pasien pulang jam 09.47 wita	
Diagnosa	Hari Ke 1 Tanggal 14-10-2021	Hari ke 2 Tanggal 15-10-2021	Tanggal 16-10-2021
Klien 2			
Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik	<p>Jam 20.16</p> <p>S : klien mengatakan nyeri perut bagian bawah, nyeri seperti tertusuk-tusuk, dengan skala nyeri 3 (nyeri sedang) dengan waktu tidak menentu</p> <p>O : keadaan umum : lemah, ekspresi wajah tampak sedikit rileks, nyeri pada perut bagian bawah berkurang Skala nyeri 3 (nyeri sedang) Tanda-tanda vital : S : 36°C N : 80 x/menit RR : 20 x/menit TD : 100/70 mmHg</p> <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : intervensi dilanjutkan no 1, 2 dan 3</p>	<p>Jam 13.00</p> <p>S : klien mengatakan nyeri perut tidak dirasakan lagi</p> <p>O : keadaan umum : baik, ekspresi wajah rileks, tidak ada nyeri tekan, skala nyeri 2 (nyeri ringan) Tanda-tanda vital : S : 36,7°C N : 85 x/menit RR : 18 x/menit TD : 120/80 mmHg</p> <p>A : masalah teratasi sebagian</p> <p>P : intervensi 1,2 dan 3 dilanjutkan</p>	<p>Jam 13.00</p> <p>S : klien mengatakan tidak dirasakan lagi</p> <p>O : keadaan umum : baik, ekspresi wajah rileks, tidak ada nyeri tekan Skala nyeri 0 (tidak ada) Tanda-tanda vital : S : 36°C RR : 18 x/menit N : 86 x/menit TD : 120/80 mmHg</p> <p>A : masalah teratasi</p> <p>P : intervensi dihentikan dan pasien pulang</p>

PEMBAHASAN

Pengkajian keperawatan pada klien Ny. E. A. U dan Ny. E. B yang mengalami abortus inkompit dengan nyeri akut di RSUD Mgr. Gabriel Manek. SVD Atambua meliputi : identitas klien, status kesehatan saat ini, riwayat perjalanan penyakit, riwayat obstetri, riwayat keluarga berencana, riwayat kesehatan, riwayat lingkungan, aspek psikososial, kebutuhan dasar khusus, pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang dan terapi medis. Adapun fokus pengkajian pada yang dilakukan pada Ny. E. A. U dan Ny. E. B yaitu abortus inkomplit dengan nyeri akut. Data yang muncul pada klien Ny. E. B. yaitu : Klien mengatakan nyeri pada daerah perut bagian bawah, keluar darah dari vagina, warna merah segar, nyeri yang dirasakan seperti tertusuk dengan skala nyeri 6 (nyeri sedang) dan nyeri hilang timbul dengan durasi 5-10 menit, mengganti softek 3x. Sedangkan pada klien Ny. E. B data yang muncul nyeri pada daerah perut bagian bawah, keluar darah dari vagina, warna merah segar, nyeri yang dirasakan seperti tersayat-sayat, dengan skala nyeri 3 (nyeri ringan) nyeri dengan waktu yang tidak menentu, ganti softek 1x.

Berdasarkan Mitayani (2009) proses pengkajian keperawatan adalah pendekatan sistematis untuk mengumpulkan data dan menganalisisnya sehingga dapat diketahui masalah dan kebutuhan perawatan bagi klien. Sehingga dapat

di ketahui masalah dan kebutuhan perawatan bagi klien. Hal-hal yang perlu dikaji meliputi identitas klien, keluhan utama, riwayat kesehatan, riwayat seksual, riwayat pemakaian obat, pola aktivitas sehari-hari, pemeriksaan fisik, lebih lanjut menurut Taylor (2010). hal-hal yang perlu dikaji mengenai nyeri yaitu kaji jenis dan tingkat nyeri klien, kaji faktor yang dapat mengurangi atau memperberat lokasi, durasi, intensitas dan karakteristik nyeri.

Diagnosa keperawatan pada klien yang mengalami abortus inkomplit pada klien Ny. E. A. U dan klien Ny. E. B dengan nyeri perut yang berhubungan dengan agen pencedera fisik. Pada klien Ny. E. A. U klien mengatakan nyeri perut bagian bawah, keluar darah dari vagina, warna merah segar, nyeri dirasakan seperti tersusuk dengan skala nyeri 6 (nyeri sedang) dan nyeri hilang timbul dengan durasi 5-10 menit, ganti softek 3. Sedangkan pada klien Ny. E. B data klien mengatakan nyeri pada perut bagian bawah, keluar darah merah segar dari vagina, warna merah segar, nyeri yang dirasakan seperti tersayat-sayat, dengan skala nyeri 3 (nyeri ringan) dan nyeri hilang timbul dengan waktu yang tidak menentu, ganti softek 1x.

Berdasarkan SDKI DPP PPNI, (2016) diagnosa keperawatan pada klien dengan abortus inkomplit adalah : nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik. Berdasarkan fakta dan teori diatas, maka penulis dapat

menjelaskan bahwa diagnosa keperawatan pada klien Ny. E. A. U dan Ny. E. B yang ditegakkan sesuai dengan tanda dan gejala yang muncul adalah nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik.

Perencanaan keperawatan pada klien yang mengalami abortus inkomplit dengan nyeri akut di ruang cempaka RSUD Mgr. Gabriel Manek, SVD Atambua terdiri dari 3 perencanaan baik pada klien Ny. E. A. U maupun klien Ny. E. B meliputi : kaji respon nyeri dengan pendekatan P,Q,R,S,T, melakukan manajemen nyeri a. atur posisi semi fowler, b. ajarkan teknik distasi dan relaksasi napas dalam, c. manajemen lingkungan tenang batasi pengunjung dan istirahat pasien,d. tingkatkan pengetahuan tentang sebab nyeri dan menghubungkan berapa lama nyeri akan berlangsung, g. kolaborasi dengan tim medis dan observasi tanda-tanda vital (S,N,RR,TD).

Menurut SDKI DPP PPNI (2016)perencanaan keperawatan pada klien yang dengan abortus inkomplit terdapat 3 perencanaan tetapi pada kasus nyata yang digunakan 3 perencanaan pada kedua klien tersebut yaitu :kaji respon nyeri dengan pendekatan P,Q,R,S,T, melakukan manajemen nyeri a. atur posisi semi fowler, b. ajarkan teknik distasi dan relaksasi napas dalam, c. manajemen lingkungan tenang batasi pengunjung dan istirahat pasien, d. tingkatkan pengetahuan tentang sebab nyeri dan menghubungkan berapa lama nyeri akan berlangsung,

d. kolaborasi dengan tim medis dan observasi tanda-tanda vital (S,N,RR,TD).

Berdasarkan fakta dan teori tersebut diatas penulis dapat menjelaskan bahwa ada 3 perencanaan dan pada kasus nyata perencanaan yang digunakan 3 perencanaan tetapi pada manajemen nyeri dilakukan pada hanya pada poin a. atur posisi semi fowler, b. ajarkan teknik relaksasi napas dalam, d. kolaborasi dengan tim dokter.

Tindakan keperawatan pada klien yang mengalami abortus inkomplit dengan nyeri akut di ruang cempaka RSUD Mgr. Gabriel Manek, SVD Atambua pada klien Ny. E. A. U yaitu : pada jam 06.15 wita Mengkaji P, Q, R, S, T, skala nyeri 6, lokasi perut bagian bawah, karakteristik nyeri seperti tertusuk, durasi 5-10 menit. Jam 08.00 wita mengobservasi tanda-tanda vital S : 37°C N : 94x/menit RR : 20x/menit, TD 95/63 mmHg, Keadaan umum lemah, ekspresi wajah tampak meringgis kesakitan,nyeri tekan pada daerah simpisis, skala nyeri 6 (nyeri sedang), VT pembukaan ujung jari teraba sisa jaringan, porsio tebal, tidak ada nyeri tekan dan oedem pada vagina, jam 08.00 wita mengatur posisi semi fowler, mengajarkan teknik relaksasi napas dalam, jam 09.00 melakukan persiapan operasi, jam 09.05 wita melakukan pembersihan pada daerah simpisis, melayani injeksi odacentron 4 mg/iv, jam 09.20 wita melayani injeksi ceftriaxone 1000 mg/iv, jam 10.15 wita mengantar

pasien ke kamar operasi, jam 12.35 wita klien dipindahkan ke ruang anggrek, jam 13.00 wita melakukan observasi tanda-tanda vital Keadaan umum lemah, wajah tampak meringis kesakitan berkurang, nyeri tekan pada simpisis tidak lagi, klien tidak tampak memegang perut lagi S : 36^oC N : 86 x / menit RR : 20 x / menit TD : 100/80 mmHg. Sedangkan pada klien Ny. E. B tindakan yang dilakukan yaitu : jam 08.00 wita mengkaji respon nyeri P, Q, R, S T : Skala nyeri : 3 (nyeri ringan), lokasi : perut bagian bawah, karakteristik : nyeri seperti tersayat-sayat, durasi : tidak menentu, jam 09.10 wita Mengobservasi tanda-tanda vital hasil : keadaan umum : lemah, ekspresi wajah tampak meringis kesakitan, nyeri tekan pada daerah simpisis, skala nyeri 3 (nyeri ringan), VT pembukaan ujung jari teraba sisa jaringan, porsio tebal, tidak ada nyeri tekan dan oedem pada vagina S : 36^oC N : 80 x / menit RR : 20 x / menit TD : 110/66 mmHg. Jam 09.40 Wita mengajarkan teknik relaksasi napas dalam dengan cara menghirup oksigen/udara dari hidung dan menghembuskan kembali melalui mulut secara perlahan, mengatur posisi semifowler, Jam 11.00 Wita Pasien dialih rawat ke ruang anggrek.

Berdasarkan Mitayani (2009) pelaksanaan merupakan tindakan yang sesuai dengan yang telah direncanakan, mencakup tindakan mandiri dan kolaborasi. Tindakan mandiri adalah tindakan keperawatan berdasarkan analisis dan kesimpulan

perawat dan bukan atas petunjuk tenaga kesehatan lain. Tindakan kolaborasi adalah tindakan keperawatan yang didasarkan oleh hasil keputusan bersama dengan dokter atau petugas kesehatan lainnya.

Berdasarkan fakta dan teori tersebut diatas, maka penulis dapat menjelaskan bahwa tindakan keperawatan pada klien Ny. E. A. U dan Ny. E. B yang mengalami abortus inkomplit yang mengalami nyeri akut yang berhubungan dengan agen pencedera fisik tindakan mandiri yaitu : mengajarkan teknik relaksasi napas dalam, mengatur posisi semi fowler dan tindakan kolaborasi dengan dokter yaitu : obat parenteral dan memberikan obat parenteral.

Evaluasi keperawatan pada klien yang mengalami abortus inkomplit dengan nyeri akut pada Ny. E. A.U setelah diberikan asuhan keperawatan selama 2 hari klien mengatakan nyeri perut tidak dirasakan lagi, keadaan umum baik, ekspresi wajah rileks, tidak ada nyeri tekan pada simpisis, skala nyeri 0 , tanda-tanda vital S : 36 C, N : 80 x / menit, RR : 18 x / menit, TD : 110/80 mmHg. Evaluasi keperawatan pada klien 2 setelah diberikan asuhan keperawatan selama 3 hari didapatkan Ny. E. B klien mengatakan nyeri perut tidak dirasakan lagi, keadaan umum baik, ekspresi wajah rileks, tidak ada nyeri tekan pada simpisis, skala nyeri 0, tanda-tanda vital S : 36 C, N : 80 x / menit, Td : 120/80 mmHg.

Berdasarkan Mitayani (2009)

evaluasi merupakan perkembangan dari implementasi keperawatan dengan berpedoman kepada hasil dan tujuan yang hendak dicapai.

Berdasarkan fakta dan teori diatas, evaluasi pada klien yang mengalami

abortus inkomplit pada Ny. E. A. U dan Ny. E. B selama 2 perawatan tujuan tercapai yaitu nyeri tidak dirasakan lagi dengan skala nyeri 0 (tidak ada).

KESIMPULAN

Klien Ny. E. A. U. mengatakan nyeri perut bagian bawah, dirasakan seperti tertusuk dengan skala nyeri 6 (nyeri sedang) nyerinya hilang timbul dengan waktu 5-10 menit. Klien Ny. E. A.U Mrs tanggal 10 Oktober 2021 jam 06.00 wita. Data obyektif ditemukan keadaan umum lemah, nyeri tekan pada simpisis, wajah tampak meringis, skala nyeri 6 (nyeri sedang), tanda-tanda vital S : 37 C, N : 80 kali permenit, RR : 20 kali

permenit, TD : 95/63 mmHg. Klien Ny. E. B. mengatakan nyeri pada perut bawah, dirasakan seperti tersayat-sayat dengan skala nyeri 3 (nyeri ringan) nyerinya dengan waktu yang tidak menentu. Klien Ny. E. B Mrs tanggal 14 Oktober 2021 jam 19.30 wita. Data obyektif yang ditemukan keadaan umum lemah, nyeri tekan pada simpisis, skala nyeri 3 (nyeri ringan), tanda-tanda vital S : 36 C, N : 99 kali permenit, RR : 20 kali per menit, TD : 110/66 mmHg.

REFERENSI

Alimul, 2006. *Kebutuhan Darah Manusia Aplikasi Konsep Dan Proses Keperawatan Buku 1*. Jakarta : Salimba Medikal.

Amarayah, 2013. *Laporan Pendahuluan Abortus Inkomplit*.

Apriyanti, 2018. *Hubungan Anemia Dengan Kejadian Abortus Inkomplit Di RSUD Bangkinang*. Universitas Pahlawan Tuanku Tambusai.

Febriana dan Purwaningrum, 2017. *Faktor Resiko Kejadian Abortus*

Spontan. Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat.

Kurniyawan Hadi, 2016. *Narrative Review: Terapi Komplementer Alternatif Akupresur Dalam Menurunkan Nyeri*. Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember.

Mediawati,dkk, 2017. *Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Terhadap Kejadian Abortus Ikomplit Di RSUD Gambiran Kota Kediri*. Prodi DIV Kebidanan Kediri Poltekes Kemenkes Malang

- Mitayani, 2013. *Asuhan Keperawatan Maternitas*. Jakarta : Salimba Medikal.
- Nurarif Huda Amin, Kusuma Hardi, 2016. *Asuhan Keperawatan Praktis Berdasarkan Penerapan Diagnosa Nanda,Nic,Noc Dalam Berbagai Kasus jilid 1*. Jogjakarta
- Padila, 2014. *Keperawatan Maternitas*. Yogyakarta : Nuha Medika.
- Padila, 2015. *Asuhan Keperawatan Maternitas II*. Yogyakarta : Nuha Medika.
- Rahayu, 2018. *Model Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Abortus Inkomplit Menggunakan Pendekatan Need For Help Wiedenbach Dan Self Care Orem*. Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
- Sari Puspita dan Prabowo Yudho. 2018. *Buku Ajar Perdarahan Pada Kehamilan Trimester 1*. Program Studi Pendidikan Dokter Fakultas Kedokteran Universitas Lampung
- Susanto, dkk, 2015. *Buku Ajar Ilmu Keperawatan Dasar*. Jakarta : Salemba Medikal.
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016. *Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia* : Jakarta. Dewan Pengurus Pusat PPNI.
- Walyani,Purwoastuti, 2015. *Asuhan Keperawatan Kegawatdaruratan Maternal Dan Neonatal*. Yogyakarta : PUATAKABARUPRESS
- Wulandari dan Rahmawati, 2019. *Influence Of Physical And Phychological Of Pregnant Women Toward Health Status Of Mother And Body*. Universitas Islam Sultan Agung Indonesia

D3 Keperawatan Riskika Putri Adela (2)

by Riskika Putri Adela

Submission date: 27-Jul-2023 01:45PM (UTC+0700)

Submission ID: 2137463959

File name: D3_Keperawatan_Riskika_Putri_Adela_2.docx (46.03K)

Word count: 1401

Character count: 9456

4.2 Pembahasan

Setelah perawatan yang diberikan kepada Ny. D, yang didiagnosis dengan pre dan post kuretase aborsi inkomplit, Untuk mendapatkan kesimpulan yang tepat, asuhan keperawatan yang diberikan kepada ibu sebelum dan sesudah kuretase abortus inkomplit diberikan secara menyeluruh melalui proses pendekatan keperawatan, yang mencakup pengkajian keperawatan, analisis keperawatan, penentuan diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, dan implementasi keperawatan. Teknik relaksasi nafas dalam digunakan. Evaluasi keperawatan pada Ny. D dilakukan dari 21 Juni 2023 hingga 23 Juni 2023. Penulis akan membandingkan hasil pelaksanaan asuhan keperawatan pada Ny. D sebelum dan setelah kuretase abortus inkomplit di ruang Teratai RSUD Rejang Lebong, berdasarkan teori dan praktik.:

4.2.1 Pengkajian Keperawatan

Pada kasus Ny.D dengan Pre dan Post Kuretase Abortus Inkomplit dilakukan pengkajian pada hari Selasa 21 Juni 2023 pukul 14.20 WIB dengan metode wawancara, saat pengkajian ditemukan beberapa data yang ada pada klien. G1P0A0 usia kehamilan 8 minggu dengan keluhan nyeri dan kram dibagian perut bawah, keluhan perdarahan, keluar flek sejak 1 hari lalu kemudian keluar gumpalan-gumpalan darah seperti jaringan sejak 3 jam lalu SMRS perdarahan pertama keluar kurang lebih sebanyak 300cc.

Sesuai dengan teori (Pratiwi 2017), Perdarahan yang terjadi di usia muda kehamilan yang dikenal sebagai abortus inkomplit terjadi ketika sebagian konsepsi dikeluarkan melalui cavum uteri dan kanalis servikalis. Keluarnya hasil konsepsi yang sedikit melalui uterus dan menimbulkan gejala klinis merupakan indikasi abortus inkomplit. Pada pengkajian data nyeri diungkapkan dengan PQRST, P= Provokate/faktor pencetus timbulnya nyeri, Q= Quality/kualitas yang diungkapkan oleh pasien. R= Region/lokasi dirasakan nyeri, S= Saver/tingkat keparahan biasanya digambarkan nyeri yang dirasakan sebagai nyeri ringan, sedang atau berat dan T= Timing/seberapa sering nyeri dirasakan. Pengukuran skala nyeri dapat menggunakan alat ukur NRS (*Numeric Rating Scale*). (Pratiwi 2017),

Pre kuretase kondisi Ny.D mengeluh nyeri bagian perut bawah seperti diremas-remas dan mules, keluar darah dari jalan lahir tiba-tiba bewarna, klien tampak gelisah dan cemas. Pada pemeriksaan hasil laboratorium seperti pemeriksaan hemoglobin 12,2 pada tanggal 21 Juni 2023 pemeriksaan fisik konjungtiva klien an anemis.

Post kuretase, pada tanggal 22 Juni 2023 jam 10.00 wib klien dijemput dari ruang operasi akan dirawat diruangan teratai dan penulis langsung melakukan observasi keadaan umum klien. Klien tampak lemas masih dalam kondisi efek dari anestesi, terdapat luka post kuretase, pada bagian ekstremitas pergerakan terbatas dikarenakan adanya program perbatasan gerak Post kuretase setelah 6 jam diruang maternitas klien mengeluh nyeri pada luka post operasi dibagian abdomen bawah.

¹ 4.2.2 Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan teori pada saat menegakkan diagnosa yang mungkin timbul pada pasien Pre Dan Post kuretase abortus inkomplit yaitu (SDKI DPP PPN, 2017) : Pada saat pre kuretase diagnosa yang mungkin muncul yaitu 1). Nyeri berhubungan dengan ⁸ agen pencedera fisik, 2). Ansietas berhubungan dengan mengalami kegagalan ¹ 3).Resiko ketidakseimbangan berhubungan dengan perdarahan. Sedangkan di post kuretase diagnosa yang mungkin muncul yaitu 1). Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (post kuretase pada rahim), 2). Ansietas berhubungan dengan kehamila selanjutnya, 3).Resiko ² infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif.

Hasil analisis data dari penelitian diagnosa keperawatan klien Ny.D mendapatkan diagnosa pre kuretase ³ 3 diagnosa keperawatan,

- 1) Nyeri berhubungan dengan adaptasi proses persalinan.
- 2). Ansietas berhubungan dengan kekhawatiran mengalami kegagalan
- 3). Resiko ketidakseimbangan cairan berhubungan dengan perdarahan.

Diagnosa keperawatan setelah kuretase ketiga:

- 1).Nyeri terkait dengan pencedera fisik (post kuretase)
- 2). Intoleransi aktivitas dikaitkan dengan kekurangan energi untuk melakukan aktivitas sehari-hari, dan
- 3). risiko infeksi dikaitkan dengan efek prosedur invasif.

Berdasarkan diagnosa yang disebutkan di atas, tidak ada perbedaan antara diagnosa teori dan diagnosa yang terjadi pada Ny.D

¹**4.2.3 Rencana tindakan keperawatan**

Tahap ketiga dari proses keperawatan adalah perencanaan, perencanaan tindakan keperawatan pada klien disusun setelah semua data terkumpul selesai dianalisis dan diprioritaskan. Langkah-langkah dalam perencanaan keperawatan terdiri dari : menegakkan diagnosa keperawatan, menentukan sasaran dan tujuan, menentukan kriteria dan evaluasi, menyusun intervensi dan tindakan keperawatan.

Rencana keperawatan berdasarkan teori yang telah disusun sebelumnya Penulis membuat rencana tindakan keperawatan untuk klien yang didiagnosis dengan abortus inkomplit nyeri yang berhubungan dengan agen pencedera fisik sebelum kuretase, termasuk teknik relaksasi nafas dalam. Tujuannya adalah untuk membantu klien menjadi lebih santai dan secara bertahap beradaptasi dengan nyeri, dengan keluhan nyeri, meringis, dan gelisah berkurang. Ansietas berhubungan dengan kekhawatiran bahwa penulis gagal melakukan tindakan keperawatan, yaitu ⁷ membangun hubungan saling percaya dengan pasien dan keluarga serta memberikan informasi tentang prosedur kuretase dengan hasil verbalisasi khaatir, yang mengakibatkan penurunan kondisi yang dihadapi, perilaku gelisah, dan perilaku tegang.

Pada diagnosa risiko ketidakseimbangan cairan penulis memberikan rencana tindakan dengan memonitor ttv dan perdarahan dengan hasil haluaran urin meningkat, asupan cairan meningkat.

pemberian obat pencegah infeksi dengan hasil kebersihan badan meningkat dan nyeri menurun.

4.2.4 Implementasi keperawatan

Rencana keRencana keperawatan yang terdapat pada teori yang sudah disusun. Pada diagnosa pre kuretase abortus inkomplit nyeri berhubPerawatan yang direncanakan dengan cermat disebut pelaksanaan keperawatan. Tindakan keperawatan dilakukan secara mandiri dan bersama tim kesehatan lainnya. Sebelum melakukan tindakan, keadaan klien dan kebutuhannya harus dievaluasi dengan mempertimbangkan diagnosa keperawatan.

Penulis harus bekerja sama dengan perawat ruangan untuk melaksanakan tindakan keperawatan yang telah direncanakan secara keseluruhan; karena itu, mereka tidak dapat melakukannya secara mandiri. seperti pemeriksaan dalam, pemeriksaan lokhea, memantau klien dan pemantauan perkembangan mobilisasi klien, dikarenakan penulis sedang tidak dinas 24 jam. Setelah itu penulis bekerja sama dengan keluarga seperti untuk mengurangi kecemasan Ny. D setiap tindakan keluarganya Ny.D selalu mendampingi.

Rencana keperawatan yang terdapat pada teori yang sudah disusun. Pada diagnosa pre kuretase abortus inkomplit nyeri berhubUntuk mengurangi skala nyeri sebelum dan sesudah kuretase abortus inkomplit, terapi teknik relaksasi nafas dalam digunakan. Selain itu, dia menjelaskan tentang penyebab nyeri

klien bahwa sisa jaringan yang tersisa di dalam rahim menyebabkan kontraksi rahim untuk mengeluarkan sisa jaringan yang dianggap asing. Dia juga mengajarkan dan menyarankan teknik pernapasan dan relaksasi nafas dalam dan menganjurkan klien untuk istirahat yang cukup (Rahayu 2018).

Teknik relaksasi dilakukan dengan cara klien menarik napas dalam melalui hidung selama 3 detik lalu menghembuskan napas dengan perlahan melalui mulut dilakukan secara berulang. Setelah dilakukannya teknik relaksasi nafas dalam adanya perubahan penurunan ¹ skala nyeri sebelum dan setelah diberikan teknik relaksasi nafas dalam. Pada implementasi ansietas klien merasa cemas akan dilakukan tindakan kuretase maka penulis memberi dukungan serta meminta keluarga untuk terus mendampingi klien saat akan dilakukan tindakan kuretase. Implementasi resiko ketidakseimbangan cairan penulis melakukan tindakan kolaborasi dengan petugas laboratorium dalam pemeriksaan hemoglobin. Implementasi intoleransi ¹ klien kesulitan mengubah dan mengatur posisinya karena takut untuk bergerak dalam melakukan implementasi penulis didampingi oleh perawat ruangan dan keluarga. Implementasi keperawatan ¹ resiko infeksi penulis melakukan tindakan keperawatan salah satunya yaitu melakukan kolaborasi dengan petugas laboratorium dalam pemeriksaan leukosit, hemoglobin, diff count, trombosit yang dimana mendapatkan salah satu hasil pemeriksaan laboratorium leukosit dan pemeriksaan pengeluaran lochea yang dibantu oleh perawat ruangan, observasi keadaan luka kuretase. ¹ Rencana keperawatan yang terdapat pada teori yang sudah disusun. Pada diagnosa pre kuretase

abortus inkomplit nyeri berhubPenulis menemukan bahwa selama implementasi, beberapa faktor yang mendukung keberhasilan tindakan pada Ny.D adalah pasien dan keluarga sangat kooperatif selama tindakan; kerjasama yang baik dengan perawat ruangan; dan data medis dari dokter dan catatan keperawatan didapatkan dengan baik, yang memungkinkan pelaksanaan keperawatan berjalan lancar. Selain itu, terapi teknik relaksasi nafas dalam sangat efektif jika pasien berada di ruangan yang bersih, bebas bau, dan memiliki akses kepada pasien dan keluarga mereka.

4.2.5 Evaluasi keperawatan

Menurut Nursalam (2016) menyatakan bahwa evaluasi adalah proses keperawatan yang digunakan untuk mengukur respons klien terhadap tindakan keperawatan dan kemajuan klien dalam mencapai tujuan. Tahap akhir proses keperawatan, evaluasi, digunakan untuk mengukur tingkat keberhasilan rencana keperawatan dalam memenuhi kebutuhan klien. Itu dilakukan berdasarkan kriteria hasil. Proses evaluasi keperawatan dibagi menjadi formatif dan sumatif. Setelah tindakan keperawatan yang dilakukan selama tiga hari perawatan pada Ny. D, yang menjalani kuretase aborsi inkomplit sebelum dan setelahnya, dengan enam diagnosa keperawatan, yaitu 3 diagnosa pre kuretase dapat teratasi pada tanggal 22 Juni 2023 dan 3 diagnosa keperawatan post Kuretase teratasi pada tanggal 23 Juni 2023.

Pada diagnosa pre kuretase nyeri berhubungan dengan kontraksi rahim masalah teratasi sebagian, diagnosa ansietas masalah teratasi dengan hasil klien tidak merasakan cemas dan tidak ada perilaku tegang, diagnosa risiko

ketidakseimbangan cairan masalah teratasi dengan hasil perdarahan sedikit. Pada diagnosa post kuretase nyeri berhubungan dengan post kuretase hasil subjektifnya menunjukkan bahwa klien masih merasakan nyeri saat bergerak terlalu aktif saja, dan bahwa nyeri sudah jarang dirasakan dengan skala nyeri ringan yaitu 2. Diagnosa intoleransi terkait nyeri dengan data subjektifnya menunjukkan bahwa tubuhnya sudah enakan, klien sudah bisa berjalan, dan klien dapat melakukan aktivitas secara mandiri. klien mengatakan tidak ada kemerahan dan bengkak.

Setelah melihat perkembangan klien dokter memutuskan untuk klien dirawat jalan dan akhirnya klien pulang pada hari Rabu, 22 Juni 2023 pukul 16.30 WIB. Dan penulis melakukan observasi langsung kerumah pasien pada tanggal 23 Juni 2023.

D3 Keperawatan Riskika Putri Adela (2)

ORIGINALITY REPORT

30%

SIMILARITY INDEX

29%

INTERNET SOURCES

2%

PUBLICATIONS

2%

STUDENT PAPERS

PRIMARY SOURCES

1

repository.poltekkesbengkulu.ac.id

Internet Source

22%

2

repository.poltekkes-kaltim.ac.id

Internet Source

4%

3

putrapainan.wordpress.com

Internet Source

1%

4

yuniiazizaa.blogspot.com

Internet Source

1%

5

Helena Fira, Apriza Apriza, Nila Kusuma Wati. "PENGARUH TEKNIK RELAKSASI OTOT PROGRESIF TERHADAP PENURUNAN SKALA NYERI MENSTRUASI (DISMENORE) PADA REMAJA PUTRI DI DESA PULAU JAMBU", PREPOTIF : Jurnal Kesehatan Masyarakat, 2021

Publication

1%

6

Muyasaroh Muyasaroh, Mohammad Ahyan Yusuf S.. "Learning Strategy at The University of Muhammadiyah Gresik", TAMADDUN, 2017

Publication

1%

7

pt.scribd.com

Internet Source

1 %

8

repository.poltekkes-tjk.ac.id

Internet Source

1 %

Exclude quotes On

Exclude matches < 1%

Exclude bibliography On