**Asuhan Keperawatan Pada Ibu Dengan Abortus Imminens**

**Nur Sholiha1, Ira Sukyati2**

Akademi Keperawatan Pasar Rebo, Departemen Keperawatan Maternitas

Email; [nursholiha31@gmail.com](mailto:nursholiha31@gmail.com)

**Abstrak**

Abortus imminens yaitu terjadi perdarahan bercak yang menunjukan ancaman terhadap kelangsungan suatu kehamilan (Yeyeh, 2010). Tujuan dari penulisan Karya Tulis Ilmiah ini untuk mendapatkan pengalaman secara nyata dalam memberikan asuhan keperawatan pada ibu dengan abortus imminens. Metode penulisan dengan deskriptif naratif dengan teknik pengumpulan data melalui studi kasus dengan memberikan asuhan keperawatan. Angka kejadian abortus spontan sekitar 11 juta dari 208 juta kehamilan yang ada di dunia, hal tersebut hampir 90 % terjadi secara tidak aman, sehingga berkontribusi 11%-13% terhadap kematian maternal (Kemenkes RI, 2015). Hasil dari riview didapatkan : klien mengeluh lemas, klien mengeluh perdarahan seperti haid, klien mengatakan pusing, klien mengeluh nyeri dibagian perut bawah, klien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk, klien mengatakan skala nyeri 6, nyeri dirasakan menetap dan hilang timbul

**Kata kunci** : Abortus Imminens dan indikasi Abortus Imminens

***Abstract***

*Imminent abortion is spotting bleeding that shows a threat to the survival of a pregnancy (Yeyeh, 2010). The purpose of writing this journal is to get real experience in providing nursing care to mothers with imminent abortion. The method of this journal is descriptive narrative with data collection techniques through case studies by providing nursing care. The rate of spontaneous abortion is around 11 million out of 208 million pregnancies in the world, that is almost 90% occur unsafem thus contributing 11%-13% of maternal deaths (Ministry of Health, 2015). The results of this research is : patient who have imminent abortion get a weakness, patient complained have a bleeding such as menstruation, patients said dizzy, patient complained of pain in the lower abdomen, patients said pain like being stabbed, the patient said the scale of pain 6, pain felt settled and lost.*

***Keywords*** *: implantation abortion and indication of imminent abortion.*

**Pendahuluan**

Abortus adalah pengakhiran kehamilan, baik secara spontan maupun disengaja, sebelum 20 minggu berdasarkan hari pertama haid terakhir (Levano, 2015). Salah satu penyebab yang ditemukan pada abortus yaitu aneuploidy (Kelainan kromosom), infeksi, kelainan endokrin, penggunaan obat, faktor lingkungan, abnormalitas imunologi, kelainan uterus dan serviks inkompeten. Angka kejadian abortus spontan sekitar 11 juta dari 208 juta kehamilan yang ada di dunia, hal tersebut hampir 90 % terjadi secara tidak aman, sehingga berkontribusi 11%-13% terhadap kematian maternal (Kemenkes RI, 2015). Laporan dari *Autralian Consontum For Indonesian Studiens*, bahwa hasil penelitian yang dilakukan di 10 kota besar dan 6 kabupaten di Indonesia menunjukan terjadinya 43 kasus abortus per 100 kelahiran hidup (Diyah, 2017). Angka kematian karena abortus mencapai 2500 setiap tahunnya (SDKI,2017). Berdasarkan hasil data dari RSAU Dr.Esnawan Antariksa data abortus imminens dibulan November 2018 sebanyak 10,34% dari 87 pasien, pada bulan desember 2018 sebanyak 4,54% dari 66 pasien, pada bulan januari 2019 sebanyak 5,06% dari 79 pasien, pada bulan Februari 2019 sebanyak 10,52% dari 57 pasien. peran perawat sangat dibutuhkan pada ibu yang mengalami abortus yaitu pada aspek promotif peran perawat memberikan pendidikan kesehatan tentang bedrest (tirah baring) dengan tujuan untuk meningkatkan aliran darah ke uterus dan mengurangi perdarahan, serta mengkonsumsi makanan gizi seimbang dengan tujuan membantu proses pertumbuhan dan perkembangan janin dalam kandungan. Aspek preventif peran perawat adalah dengan mengobservasi terjadinya perdarahan dengan tujuan mencegah terjadinya syok hipovolemia dan tujuan membersihkan perineum yaitu mencegah terjadinya infeksi pada sistem reproduksi. Pada aspek kuratif peran perawat melakukan kolaborasi dengan dokter dalam memberikan obat uterotonik dengan tujuan menguatkan kehamilan serta penanganan akibat perdarahan, diberikan obat antibiotic dengan tujuan mencegah pertumbuhan bakteri pada sistem reproduksi akibat perdarahan dan tujuan dilakukan tindakan pemeriksaan diagnostik USG yaitu untuk menentukan apakah janin masih hidup. Pada aspek rehabilitative dengan melakukan istirahat cukup dan batasi aktivitas fisik berlebihan dengan tujuan pemulihan fisik akibat perdarahan.

**Pengertian**

Abortus imminens yaitu terjadi perdarahan bercak yang menunjukan ancaman terhadap kelangsungan suatu kehamilan (Yeyeh, 2010). Abortus imminens adalah perdarahan pervagina yang terjadi pada awal kehamilan diikuti nyeri perut seperti kram beberapa jam hingga beberapa hari (Leveno, 2015). Abortus imminens adalah perdarahan bercak yang menunjukan ancaman terhadap kelangsungan suatu kehamilan, dalam kondisi seperti ini kehamilan masih mungkin berlanjut atau dipertahankan (Padila, 2015). Berdasarkan uraian diatas dapat disimpulkan bahwa abortus imminens adalah bercak perdarahan yang berlangsung pada awal kehamilan diikuti keluhan nyeri perut seperti kram beberapa jam hingga beberapa hari, dalam kondisi seperti ini kehamilan masih dapat dilanjutkan atau dipertahankan.

**Etologi**

Menurut (Padila, 2015) pada umumnya abortus imminens disebabkan oleh kelainan pertumbuhan hasil konsepsi, biasanya menyebabkan abortus pada kehamilan sebelum usia 8 minggu. Faktor yang menyebabkan kelainan ini adalah : kelainan kromosom, terutama trimosoma dan monosoma x, lingkungan sekitar tempat implatasi kurang sempurna, pengaruh teratogen akibat radiasi, virus, obat-obatan tembakau dan alkohol, kelainan pada plasenta, misalnya endarteritis vili korialis karena hipertensi menahun, faktor maternal seperti pneumonia, typus, anemia berat, keracunan dan toksoplasmosis, kelainan traktus genetalia, seperti serviks inkompetensi, retroversi uteri, mioma uteri dan kelainan bawaan uterus.

**Patofisiologi**

Proses abortus imminens biasanya berlangsung secara spontan maupun sebagai komplikasi dari abortus provokatus kriminalis ataupun medisinalis. Proses terjadinya berawal dari perdrahan pada desidua basialis yang menyebabkan nekrosis jaringan diatasnya. Pada abortus immienes nekrosis yang terjadi tidak cukup dalam untuk menimbulkan pelepasan hasil konsepsi dari dinding uterus. Namun jika tidak segera ditangani, nekrosis dapat meluas hasil konseptus sehingga dapat berlanjut kepada abortus inkomplet atau komplet. Pada kehamilan antara 8 minggu sampai 14 minggu villi koriales menembus desidua lebih dalam sehingga umumnya plasenta tidak dilepaskan sempurna yang dapat menyebabkan banyak perdarahan. Pada kehamilan lebih dari 14 minggu umumnya yang mula-mula dikeluarkan setelah ketuban pecah adalah janin, disusul kemudian oleh plasenta yang telah lengkap terbentuk. Perdarahan tidak banyak jika plasenta segera terlepas dengan lengkap (Darma, 2015).

**Manifestasi Klinis**

Menurut (Padila, 2015) keluhan umum pasien abortus imminens yaitu terlambat haid atau aminore kurang dari 20 minggu, pada pemeriksaan fisik keadaan umum tampak lemah atau kesadaran menurun. tekanan darah menurun, denyut nadi normal atau cepat dan kecil. suhu tubuh normal atau meningkat, pendarahan pervagina, mungkin disertai keluarnya jaringan hasil konsepsi, rasa mulas atau kram perut didaerah atas simpisis sering disertai nyeri pinggang akibat kontraksi uterus.

**Penatalaksanaan Medik**

Menurut Padila (2015) tindakan keperawatan mandiri dan kolaborasi pada klien abortus imminens yaitu istirahat tirah baring, menganjurkan ibu hamil untuk tidak berhubungan seks dahulu selama 2 minggu, bersihkan vulva minimal 2 kali sehari dengan cairan antiseptic untuk mencegah infeksi, pemberian terapi preabor, asam mefenamat dan asam folat, advis dokter yaitu dengan pemberian progestron.

**Komplikasi**

Abortus imminens menurut Yeyeh (2010) dan Darma (2015) dapat berakhir pada abortus inkomplet yang memiliki komplikasi dapat mengancam keselamatan ibu karena perdarahan, perforasi, infeksi dan syok.

**Konsep Dasar Asuhan Keperawatan Abortus Imminens**

Menurut Kusuma (2009) Proses keperawatan pada pasien dengan abortus imminens sebagai berikut :

**Pengkajian**

Pada anamnesis yang dikaji adalah keluhan utama, riwayat penyakit sekarang dan riwayat terdahulu Riwayat kesehatan klien, yang terdiri atas : Riwayat penyakit sekarang, Riwayat pembedahan, Riwayat penyakit yang pernah dialami, Riwayat penyakit keluarga, Riwayat kehamilan, Riwayat seksual, Riwayat pemakaian obat, Pola aktivitas sehari-hari : kaji mengenai nutrisi, cairan dan elektrolit, eliminasi (BAB dan BAK), istirahat tidur, hygiene, ketergantungan baik sebelum dan saat sakit, Pemeriksaan Fisik

**Diagnosa Keperawatan**

Menurut Lowdermilk (2013) dan SDKI (2016) diagnosa keperawatan yang mungkin muncul adalah sebagai berikut :

1. Hipovolemia berhubungan dengan perdarahan yang berlebihan akibat keguguran, kehilangan cairan aktif
2. Nyeri akut berhubungan dengan kontraksi uterus
3. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan tirah baring, kelemahan

**Perencanaan Keperawatan**

Menurut Wilkinson (2011) perencanaan keperawatan yaitu :

1. Hipovolemia berhubungan dengan perdarahan yang berlebihan akibat keguguran, kehilangan cairan aktif

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan hipovolemia tidak terjadi

Kriteria hasil :

1. Tanda-tanda vital dalam batas normal : Tekanan darah siastole 110-120 MmHg, diastole 80-85 MmHg, Nadi 60-80 x/menit, Pernapasan 12-20 x/menit, Suhu 36,5˚c-37,5˚c.
2. Akral hangat, tidak keluar keringet dingin
3. Mukosa bibir lembab
4. Tugor kulit elastis
5. Perdarahan kurang dari 100cc.

**Perencanaan keperawatan :**

1. Mandiri :
2. Kaji perdarahan pervagina : warna, jumlah pembalut yang digunakan, derajat aliran dan banyaknya
3. Kaji adanya gumpalan darah
4. Kaji adanya tanda-tanda gelisah, taki kardia, hipertensi dan kepucatan
5. Observasi tanda-tanda vital
6. Kaji input dan output pasien
7. Kolaborasi :
8. Kolaborasi dengan dokter dalam monitor nilai HB dan Hematokrit klien
9. Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian cairan intravena
10. Nyeri akut berhubungan dengan kontraksi uterus

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan rasa nyeri berkurang

Kriteria hasil :

1. Mampu mengontrol nyeri (penyebab nyeri, mampu menggunakan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan)
2. Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri
3. Mampu mengenal nyeri (skala, intensitas, frekuensi dan tanda nyeri)
4. Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang
5. Tanda-tanda vital dalam batas normal : Tekanan darah siastole 110-120 MmHg, diastole 80-85 MmHg, Nadi 60-80 x/menit, Pernapasan 12-20 x/menit, Suhu 36,5˚c-37,5˚c.

**Perencanaan keperawatan :**

1. Mandiri :
2. Kaji rasa sakit dan karakteristik, termasuk kualitas waktu lokasi dan intensitas nyeri dengan menggunakan rentang intensitas pada skala 0-10
3. Berikan lingkungan yang nyaman pada pasien dalam ruangan
4. Observasi tanda-tanda vital
5. Lakukan tindakan yang membuat klien merasa nyaman seperti ganti posisi, teknik relaksasi
6. Kolaborasi :
7. Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat analgetik sesuai indikasi
8. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan tirah baring, kelemahan

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan klien dapat melakukan aktifitas sesuai dengan toleransinya

Kriteria hasil :

1. Berpartisipasi dalam aktivitas fisik tanpa disertai peningkatan tekanan darah, pernapasan dan nadi
2. Mampu melakukan aktivitas sehari-hari (ADLs) secara mandiri
3. Tanda-tanda vital dalam batas normal : Tekanan darah siastole 110-120 MmHg, diastole 80-85 MmHg, Nadi 60-80 x/menit, Pernapasan 12-20 x/menit, Suhu 36,5˚c-37,5˚c.

**Perencanaan keperawatan :**

1. Mandiri :
2. Anjurkan pasien agar bedrest
3. Observasi tekanan darah, nadi dan pernapasan
4. Beri informasi untuk tidak melakukan hubungan seksual selama pasien masih merasa nyeri dan belum siap
5. Anjurkan klien untuk tidak melakukan aktifitas fisik atau mengangkat beban yang cukup berat
6. Anjurkan klien untuk tetap rileks dalam menghadapi abortus
7. Bantu klien dalam aktivits perawatan diri : perineal hygiene.

**Implementasi Keperawatan**

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang diharapi ke status kesehatan yang lebih baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan (Suarni, 2017).

**Evaluasi Keperawatan**

Tahap evaluasi merupakan perbandingan yang sistematik dan terencana tentang kesehatan klien dengan tujuan yang telah ditetapkan, dilakukan berkesinambungan dengan melibatkan klien dan tenaga kesehatan lainnya. Evaluasi dalam keperawatan merupakan kegiatan dalam menilai tindakan keperawatan yang telah ditentukan, untuk mengetahui pemenuhan kebutuhan klien secara optimal dan mengukur hasil dari proses keperawatan (Suarni, 2017).

**Tinjauan Kasus**

**Pengkajian Keperawatan**

**Identitas Klien**

Klien bernama Ny. I usia 26 tahun, agama Islam dan suku bangsa jawa. Status perkawinann klien sudah menikah, lama perkawinan 9 bulan. Pendidikan klien Sekolah Menengah Atas (SMA), pekerjaan klien karyawan BUMN. Nama suami klien Tn.S usia 27 tahun, agama islam dan suku bangsa jawa. Pendidikan suami Sekolah Menengah Atas (SMA), dengan pekerjaan TNI/AU, klien beralamat di Jalan Surya No.523 Komplek Angkasa Halim.

**Resume**

Klien datang ke Poli Obstetri dan Ginekologi RSAU dr.Esnawan Antariksa pukul 10.00 WIB dengan keluhan keluar darah dari jalan lahir. Klien mengatakan sedang hamil 9 minggu. Hasil pemeriksaan fisik Ny.I yaitu : kesadaran composmentis, TD 126/80 mmHg, Nadi 88 kali/menit, RR 20 kali/menit, Suhu 36,3°C, konjungtiva ananemis, sklera anikterik, tidak teraba pembesaran kelenjar getah bening, dada simetris, mamae simetris, akral teraba hangat dan nadi teraba kuat. Diagnosa medis yaitu Abortus Imminens. Klien dipindahkan ke Ruang Nuri pukul 13.00 WIB, Pada saat dikaji klien mengeluh lemas, klien mengeluh perdarahan seperti haid, klien mengatakan pusing, klien mengeluh sesak dan cepat lelah saat beraktivitas, klien mengatakan aktivitas tergantungan oleh suami, klien mengatakan takut jika janin yang ada dikandungan tidak berkembang dengan baik, klien mengatakan takut keguguran lagi seperti kehamilan anak pertama, klien mengatakan tidak napsu makan, klien mengatakan bak 10 x/hari, klien mengatakan nyeri dibagian perut bawah, klien mengatakan nyeri seperti tertusuk-tusuk, klien mengatakan skala nyeri 6, nyeri dirasakan menetap dan hilang timbul. Klien tampak berbaring ditempat tidur, klien terpasang infus dan kateter, tampak bercak merah muda pada pembalut, vulva tampak lembab, tercium bau amis, hasil balance cairan yaitu (-120cc), hasil pemeriksaan tanda-tanda vital yaitu tekanan darah 127/80 mmhg, nadi 82x/menit, suhu 36˚c, pernapasan 20x/menit, kulit tampak pucat, klien terdengar suara bergetar saat menceritakan masa kehamilan pertama, klien tampak meringis kesakitan. Klien telah mendapatkan tindakan terapi cairan glukosa 5% + MgSO4/20 tpm, ultragestron (1x200mg), ceftriaxone (3x1gram), klien terpasang foley chateter. Berdasarkan uraian diatas masalah keperawatan yang muncul pada Ny I yaitu resiko hipovolemia, nyeri akut, anisetas, intoleransi aktivitas dan resiko infeksi.

1. Pengkajian fisik
2. Sistem Kardiovaskular/Sirkulasi Hasil pemeriksaan tanda-tanda vital yaitu Tekanan Darah 127/80 mmHg, Nadi 82 kali/menit dengan irama teratur dan denyut kuat. Tidak ada edema, pengisian kapiler <2 detik, konjungtiva ananemis dan sklera anikterik, klien mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit jantung.
3. Sistem pernapasan

Jalan nafas bersih, frekuensi pernafasan 20 kali/menit dengan irama teratur, klien mengatakan tidak sesak nafas. Klien mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit bronchitis, asma dan TBC. Klien terdengar suara nafas vesikuler/normal.

1. Sistem pencernaan

Klien tampak gigi tidak caries, tidak terdapat stomatitis, lidah tampak bersih. Klien mengatakan tidak menggunakan gigi palsu, klien tidak tercium bau mulut. Klien mengatakan mual dan tidak muntah, nafsu makan kurang dan rasa penuh diperut. Hasil penghitungan IMT klien yaitu 33,8 terkategori gemuk. Membrane mukosa tampak lembab, lingkar lengan atas klien 35,5 cm. klien mengatakan kebiasaan dalam BAB 1 kali sehari feses berwarna coklat, klien mengatakan tidak memiliki hemoroid.

1. Neurosensori

Status mental klien yaitu orientasi, klien tidak memakai kacamata dan alat bantu dengar. Klien tidak mengalami gangguan bicara. Klien mengeluh pusing.

1. Sistem endokrin

Saat perawatan tidak direncanakan oleh dokter untuk melakukan pemeriksaan gula darah sewaktu.

1. Sistem urogenital

Klien mengatakan BAK rutin 10 kali sehari, BAK terkontrol dengan jumlah urin 250cc berwarna kuning jernih. Klien mengatakan tidak merasa sakit pada waktu BAK, tidak terdapat distensi kandung kemih.

1. Sistem integument

Klien tampak tugor kulit elastis, warna kulit pucat , keadaan kulit baik dan bersih.

1. Sistem musculoskeletal

Klien mengatakan tidak mengalami kesulitan dalam bergerak, ekstremiras simetris, tidak terdapat oedema dan reflek patella +/+

1. Dada dan axilla

Klien tampak mamae membesar, aerola berwarna kecoklatan dan tidak ada kolostrum.

1. Perut/ abdomen
2. Inspeksi

Perut tampak tidak membesar, tidak tampak linea nigra, tidak tampak striae lividae dan luka insisi.

1. Palpasi

Tidak dapat dipalpasi leopold I sampai IV karena usia kandungan masih 9 minggu.

1. Auskultasi

Auskultasi tidak dapat dilakukan karena usia kehamilan 9 minggu

**Data Fokus**

**Data Subjektif :**

Klien mengeluh lemas, klien mengeluh perdarahan seperti haid, klien mengatakan pusing, klien mengeluh sesak dan cepat lelah saat beraktivitas, klien mengatakan aktivitas tergantungan oleh suami, klien mengatakan takut jika janin yang ada dikandungan tidak berkembang dengan baik, klien mengatakan takut keguguran lagi seperti kehamilan anak pertama, klien mengatakan tidak napsu makan, klien mengatakan bak 10 x/hari, klien mengatakan nyeri dibagian perut bawah, klien mengatakan nyeri seperti tertusuk-tusuk, klien mengatakan skala nyeri 6, nyeri dirasakan menetap dan hilang timbul

**Data Objektif :**

Klien tampak berbaring ditempat tidur, klien terpasang infus dan kateter, tampak bercak merah muda pada pembalut, vulva tampak lembab, tercium bau amis, hasil balance cairan yaitu (-120cc), hasil pemeriksaan tanda-tanda vital yaitu tekanan darah 127/80 mmhg, nadi 82x/menit, suhu 36˚c, pernapasan 20x/menit, kulit tampak pucat, klien terdengar suara bergetar saat menceritakan masa kehamilan pertama, klien tampak meringis kesakitan .

**Diagnosa Keperawatan**

1. Resiko hipovolemi berhubungan dengan kehilangan cairan aktif
2. Nyeri akut berhubungan dengan kontaksi uteri
3. Intolernasi aktivitas berhubungan dengan kelemahan fisik, tirah baring

**Perencanaan Keperawatan**

1. Resiko hipovolemi berhubungan dengan kehilangan cairan aktif

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan hipovolemia tidak terjadi

Kriteria hasil :

1. Tanda-tanda vital dalam batas normal : Tekanan darah siastole 110-120 MmHg, diastole 80-85 MmHg, Nadi 60-80 x/menit, Pernapasan 12-20 x/menit, Suhu 36,5˚c-37,5˚c.
2. Akral hangat, tidak keluar keringet dingin
3. Mukosa bibir lembab
4. Tugor kulit elastis
5. Perdarahan kurang dari 100cc.

**Perencanaan keperawatan :**

1. Mandiri :
2. Kaji perdarahan pervagina : warna, jumlah pembalut yang digunakan, derajat aliran dan banyaknya
3. Kaji adanya gumpalan darah
4. Kaji adanya tanda-tanda gelisah, taki kardia, hipertensi dan kepucatan
5. Observasi tanda-tanda vital
6. Kaji input dan output pasien
7. Kolaborasi :
8. Kolaborasi dengan dokter dalam monitor nilai HB dan Hematokrit klien
9. Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian cairan intravena

**Pelaksanaan Keperawatan**

Hari Rabu, 06 Maret 2019

Pukul 13.16 melakukan pemasangan infus cairan RS : klien mengatakan sakit saat disuntik, RO : klien telah terpasang infus cairan glukose + MgSo4 5 % per 20 tpm. Pukul 18.00 WIB memberikan obat utragestron 200mg via oral RS : klien mengatakan sudah meminum obatnya RO : obat utragestron 200mg telah diminum. Pukul 05.00 WIB mengobservasi tanda-tanda vital RS : - , RO tekanan darah 120/80 mmhg, nadi 76 x/menit, suhu 36,7˚c, pernapasan 18x/menit.

**Evaluasi**

Hari Rabu, 06 Maret 2019

Subjektif : klien mengatakan 4 kali ganti pembalut, klien mengatakan alirannya tidak deras, pasien mengatakan lemas, pusing sedikit berkurang. Objektif : klien tampak keluar darah berwarna merah tua sebanyak 10cc, tidak tampak gumpalan darah dalam pembalut, tekanan darah 113/78 Mmhg, nadi 65 X/Menit, suhu 36,8˚c, pernapasan 18x/Menit, hasil hematocrit 38% dan hemoglobin 12,1 g/dL. Analisa : Tujuan belum tercapai, masalah belum teratasi. Planning : Rencana tindakan dilanjutkan (1,2,3,4,5)

1. Nyeri akut berhubungan dengan kontraksi uterus

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan rasa nyeri berkurang

Kriteria hasil :

1. Mampu mengontrol nyeri (penyebab nyeri, mampu menggunakan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan)
2. Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri
3. Mampu mengenal nyeri (skala, intensitas, frekuensi dan tanda nyeri)
4. Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang
5. Tanda-tanda vital dalam batas normal : Tekanan darah sistole 110-120 MmHg, diastole 80-85 MmHg, Nadi 60-80 x/menit, Pernapasan 12-20 x/menit, Suhu 36,5˚c-37,5˚c.

**Perencanaan keperawatan :**

1. Mandiri :
2. Kaji rasa sakit dan karakteristik, termasuk kualitas waktu lokasi dan intensitas nyeri dengan menggunakan rentang intensitas pada skala 0-10
3. Berikan lingkungan yang nyaman pada pasien dalam ruangan
4. Observasi tanda-tanda vital
5. Lakukan tindakan yang membuat klien merasa nyaman seperti ganti posisi, teknik relaksasi
6. Kolaborasi :
7. Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat analgetik sesuai indikasi

**Pelaksanaan Keperawatan**

Hari Rabu, 06 Maret 2019

Pukul 14.05 WIB mengobservasi tanda-tanda vital pasien, RS : pasien mengatakan pusing, RO: Hasil pemeriksaan tanda-tanda vital yaitu tekanan darah 127/80 MmHg, nadi 100 x/menit, suhu 36˚c,pernapasan 20x/menit. Pukul 19.45 WIB mengkaji rasa sakit dan karakteristik, termasuk kualitas waktu, lokasi dan intensitas nyeri dengan menggunakan rentang intensitas pada skala 0-10 RS : pasien mengatakan nyeri berkurang 5, pasien mengatakan nyeri masih hilang timbul, nyeri dirasakan dibagian perut bawah RO : pasien tampak berbaring ditempat tidur, tidak tampak wajah meringis.

**Evaluasi**

Hari Rabu, 06 Maret 2019

Subjektif : klien mengatakan nyeri berkurang 5, pasien mengatakan nyeri masih hilang timbul, nyeri dirasakan dibagian perut bawah. Objektif : pasien tampak berbaring ditempat tidur, tidak tampak wajah meringis, tekanan darah 119/78 mmhg, nadi 63x/menit, suhu 36,7˚c, pernapasan 20x/menit. Analisa : Tujuan belum tercapai, masalah belum teratasi. Planning : Rencana tindakan keperawatan dilanjutkan (1,2,3,4)

1. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan tirah baring, kelemahan

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan klien dapat melakukan aktifitas sesuai dengan toleransinya

Kriteria hasil :

1. Berpartisipasi dalam aktivitas fisik tanpa disertai peningkatan tekanan darah, pernapasan dan nadi
2. Mampu melakukan aktivitas sehari-hari (ADLs) secara mandiri
3. Tanda-tanda vital dalam batas normal : Tekanan darah siastole 110-120 MmHg, diastole 80-85 MmHg, Nadi 60-80 x/menit, Pernapasan 12-20 x/menit, Suhu 36,5˚c-37,5˚c.

**Perencanaan keperawatan :**

1. Mandiri :
2. Anjurkan pasien agar bedrest
3. Observasi tekanan darah, nadi dan pernapasan
4. Beri informasi untuk tidak melakukan hubungan seksual selama pasien masih merasa nyeri dan belum siap
5. Anjurkan klien untuk tidak melakukan aktifitas fisik atau mengangkat beban yang cukup berat
6. Anjurkan klien untuk tetap rileks dalam menghadapi abortus
7. Bantu klien dalam aktivits perawatan diri : perineal hygiene.

**Pelaksanaan Keperawatan**

Hari Rabu, 06 Maret 2019

Pukul 14.10 WIB mengobservasi tekanan darah, nadi dan pernapasan RS : klien mengatakan pusing RO : tekanan darah 127/80 mmhg, nadi 82 x/menit, pernapasan 20 x/menit. Pukul 14.45 WIB menganjurkan pasien agar bedrest RS : - RO : klien tampak berbaring ditempat tidur dan terpasang kateter. Pukul 19.30 WIB mengkaji keluhan pasien RS : klien mengatakan badannya masih terasa lemas, pusing sedikit berkurang. RO : klien tampak berbaring lemas di tempat tidur.

**Evaluasi**

Hari Rabu, 06 Maret 2019

Subjektif : klien mengatakan aktivitas tergantungan oleh suami, klien mengatakan badannya masih terasa lemas, pusing sedikit berkurang. Objektif : tekanan darah 104/65 mmhg, nadi 70x/menit, pernapasan 18 x/menit, pasien tampak berbaring ditempat tidur, perineal hygiene dibantu. Analisa : tujuan belum tercapai, masalah belum teratasi. Planning : rencana tindakan keperawatan dilanjutkan (1,2,4,5,6).

**Kesimpulan**

Abortus imminens yaitu terjadi perdarahan bercak yang menunjukan ancaman terhadap kelangsungan suatu kehamilan. Masalah yang mungkin muncul resiko hipovolemi, nyeri akut, intolernasi aktivitas, tirah baring dan resiko infeksi. Tindakan mandiri yang dapat dilakukan yaitu Mampu mengontrol nyeri, anjurkan pasien agar bedrest Observasi tekanan darah, nadi dan pernapasan, beri informasi untuk tidak melakukan hubungan seksual. Bantu klien dalam aktivits perawatan diri : perineal hygiene.

**Daftar Pustaka**

Darma, Gde Kiki Sanjaya. (2015). Laporan Kasus Abortus Imminens Juni 2015 Faktor Resiko, Patogenesis dan Penatalaksanaan. Diambil pada 07 Mei 2019 pukul 19.17 WIB dari website <https://isainsmedis.id>

Diyah,Elisa. (2017). *Faktor risiko kejadian abortus spontan*. Diambil pada 01 Mei 2019 pukul 17.07 WIB dari website <https://journal.unnes.ac.id/sju/index.php/higeia>

Handono, Budi et al. (2009). *Abortus berulang*. Bandung : PT Refika Aditama

Hutahaean, Serri. (2009). *Asuhan Keperawatan Dalam Maternitas Dan Ginekologi.* Jakarta : TIM

Huliana, Mellyna. (2010). *Panduan Menjalani Kehamilan Sehat*. Jakarta : Puspa Swara.

Kusuma, Erika. (2009). *Asuhan Keperawatan Pada Ibu Abortus* . diambil pada 01 Mei 2019 pukul 19.19 WIB dari website [https://www.academia.edu/11316812/asuhan\_keperawatan\_pada\_ibu\_abortus](https://www.academia.edu/11316812/ASUHAN_KEPERAWATAN_PADA_IBU_ABORTUS)

Kusmiyati, Yuni et al .(2009). *Perawatan Ibu Hamil (Asuhan Ibu Hamil).* Yogyakarta : Penerbit Fitramaya.

Leveno, Kenneth J. (2015). *Manual komplikasi kehamilan Williams*. Jakarta : EGC.

Lowdermilk et al .(2013). *Buku Keperawatan Maternitas Edisi 8.* Elservier (Singapura) : Salemba Medika.

Padila. (2015). *Asuhan Keperawatan Maternitas II*. Yogyakarta : Nuha Medika

Suarni, Lisa. (2017). *Metodologi Keperawatan*. Yogyakarta : Pustaka Panasea

Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2016). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia : Definisi dan Indikator Diagnostik*. DPP PPNI, Jakarta Selatan

Wilkinson, Judith. (2011). *Buku Saku Diagnosa Keperawatan : Diagnosa NANDA, Intervensi NIC, Kriteria Hasil NOC.* Jakarta : EGC.

Yeyeh et al. (2010). *Asuhan kebidanan 4 patologi*. Jakarta : TIM