

## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### A. Konsep Dasar Abortus Imminens

##### 1. Pengertian

Abortus menurut (Saifuddin, 2010) yaitu berakhirnya suatu kehamilan (oleh karena akibat tertentu) pada atau sebelum kehamilan tersebut berusia 22 minggu atau buah kehamilan belum mampu untuk hidup diluar kandungan. Sedangkan menurut (Hardi Kususma, 2013) Abortus imminens adalah keguguran tingkat permulaan. Keguguran belum terjadi sehingga kehamilan dapat dipertahankan dengan cara (tirah baring, gunakan preparat progesteron, tidak berhubungan badan, evaluasi secara berkala dengan USG untuk melihat perkembangan janin.

Mitayani, 2011 mendefinisikan abortus imminens adalah peristiwa terjadinya perdarahan dari uterus pada kehamilan sebelum 20 minggu, saat hasil konsepsi masih dalam uterus tanpa adanya dilatasi serviks. Sedangkan menurut (Sarwono Prawirohardjo, 2009) abortus imminens ialah peristiwa terjadinya perdarahan dari uterus pada kehamilan sebelum 20 minggu, dimana hasil konsepsi masih dalam uterus, dan tanpa adanya dilatasi serviks.

## 2. Anatomi Fisiologi

Anatomi fisiologi organ reproduksi wanita dibagi menjadi dua, organ reproduksi luar (Genetalia luar) dan organ reproduksi dalam (Genetalian dalam).

### a. Organ reproduksi luar atau eksterna, meliputi :

#### 1) *Vulva*

Alat reproduksi bagian luar, tempat bermuaranya sistem urogenital. Dilingkari oleh labia mayora kebelakang menjadi satu dengan kommisura posterior dan perineum, dibawah kulit vulva terdapat jaringan lemak (mons veneris). Bagian media dari labia mayora ditemukan bibir kecil (labia minora) kearah perineum yang menjadi satu dan membentuk frenolum labiorum pudendi.

#### 2) *Mons Pubis Mons Veneris*

Mons pubis adalah bagian menonjol yang melingkar didepan simpisis pubis yang dibentuk oleh jaringan lemak dibawah kulit, meliputi daerah simpisis yang ditumbuhi rambut pada pubertas.

#### 3) *Labia mayora (bibir besar)*

Lipatan kulit yang menonjol secara longitudinal yang memanjang ke bawah dan ke belakang dari mons pubis dan membentuk batas lateral yang banyak mengandung saraf. Masing-masing labium mempunyai dua permukaan yaitu bagian luar mempunyai pigmen dan ditutupi oleh rambut keriting dan bagian dalam yang permukaannya licin karena dikelilingi oleh folikel sebacea.

#### 4) *Labia minora (bibir kecil)*

Lipatan kecil yang terdapat diantara labia mayora. Labia minora memanjang dari klitoris secara oblique ke bawah dan samping belakang sepanjang 4 cm disisi orifisium vagina. Ujung posterior labia minora bergabung pada garis median oleh lipatan kulit disebut frenolum.

#### 5) *Klitoris*

Tonjolan kecil yang melingkar berisi jaringan erektil yang sangat sensitif, terdapat di bawah kommissura labia anterior dan sebagian tersembunyi diantara ujung anterior labia minora, dan banyak mengandung saraf.

#### 6) *Vestibulum vagina*

Celah yang terletak diantara labia minora dan di belakang glans klitoris. Di dalamnya terdapat orifisium uretra 2,5 cm yang terletak di belakang glans klitoris diikuti dengan vagina yang merupakan muara duktus vestibularis mayor, liang senggama, kelenjar bartholini dan kelenjar skene kiri dan kanan.

#### 7) *Himen (selaput dara)*

Lapisan tipis yang menutupi sebagian liang senggama. Pada bagian tengah terdapat lubang tempat keluarnya menstruasi.

#### 8) *Orifisium vagina*

Celah yang terdapat di bawah belakang muara uretra, ukurannya tergantung pada himen, dan lipatan pinggir dalamnya berkontak

satu sama lainnya, orifisium vagina muncul sebagai celah di antara orifisium vagina.

9) *Bulbus vestibularis (bulbus vaginalis)*

Terdiri atas dua masa erektil dari masing-masing sisi orifisium vagina yang disebut pars intermedia, masing-masing masa lateralis memiliki panjang 2,5 cm.

10) *Glandula vestibularis mayor (Bartholini Gland)*

Terdiri atas dua bagian dengan warna merah kekuning-kuningan pada orifisium vaginalis ujung posterior dari masing-masing bulbus vestibuli dengan panjang duktus 2 cm.

b. Alat reproduksi dalam atau interna, meliputi :

1) *Vagina*

Merupakan penghubung antara genetalia eksterna dan genetalia interna. Bagian depan vagina berukuran 6,5 cm, sedangkan bagian belakang berukuran 9,5 cm.

2) *Rahim (uterus)*

Uterus pada orang dewasa merupakan organ tebal seperti buah alpukat atau peer yang sedikit gepeng, terletak dalam rongga pelvis antara rektum dan kandung kemih. Ukuran uterus adalah panjang 7-7,5 , lebar 5 cm, dan tebal 2,5 cm.

### 3) *Tuba fallopi*

Saluran telur yang mengangkut ovum dari ovarium ke kavum uteri, panjangnya  $\pm$  11-14 cm. Tuba fallopii bagian luar diliputi oleh peritoneum viseral yang merupakan bagian dari ligamentum latum.

### 4) *Ovarium*

Kelenjar yang terletak di kanan dan kiri uterus terikat oleh ligamentum uterus. Ovarium berhubungan dengan uterus melalui *ligamentum ovarii proprium* yang terletak pada lapisan belakang ligamentum latum. Sebagian besar ovarium terletak pada intra peritoneal dan tidak dilapisi oleh peritoneum.

### 5) *Peritoneum*

Peritoneum viseral menutupi sebagian besar alat genitalia interna, bagian yang tidak ditutupi peritoneum dinamakan retroperitoneal. Indung telur sebagian besar terletak intraperitoneal, hanya hilus ovarii letaknya ekstra peritoneal antara lipatan ligamentum latum.

## 3. Etiologi

Penyebab Abortus Imminens menurut Hanifah Wiknjosastro, 2006 sebagai berikut :

### a. Kelainan pertumbuhan hasil konsepsi

- 1) Kelainan kromosom : trisomi 18 atau trisomi 21, polip loidi (50-60%) dan kemungkinan pula kelainan kromosom seks.
- 2) Lingkungan kurang sehingga suplai zat makanan terganggu.

3) Pengaruh dari luar. radiasi, virus, obat-obatan.

b. Kelainan pada plasenta

Endarteritis dapat terjadi dalam villi korialis dan menyebabkan oksigenasi plasenta terganggu, sehingga menyebabkan gangguan pertumbuhan dan kematian janin. Keadaan ini dapat terjadi sejak kehamilan muda misalnya karena hipertensi menahun.

c. Penyakit ibu

1) Pneumonia akut, typhus abdominalis

2) Kronis : Toksoplasmosis

3) Gangguan endokrin, malnutrisi, keracunan obat, pengaruh toksin

d. Kelainan traktus genitalia

Mioma uteri, Retroversio uteri atau kelainan bawaan uterus dapat menyebabkan abortus

4. Patofisiologi

Abortus biasanya disertai dengan perdarahan didalam desidua basalis yang diikuti oleh kematian jaringan disekitarnya (nekrosis). Nekrosis jaringan sekitar desidua basalis menyebabkan terlepasnya hasil konsepsi sebagian atau seluruhnya, sehingga sebagian yang terlepas ini merupakan benda asing dalam uterus. Dengan adanya benda asing di dalam uterus sehingga menyebabkan uterus berkontraksi untuk mengeluarkan benda asing tersebut. Maka abortus memberi gejala umum berupa nyeri perut karena adanya kontraksi uterus disertai perdarahan dan pengeluaran seluruh atau sebagian hasil konsepsi (Sarwono,2009).

## 5. Manifestasi Klinik

Tanda dan gejala terjadinya Abortus Imminens menurut Saifudin, 2010 adalah sebagai berikut :

- a. Perdarahan sedikit/bercak.
- b. Kadang disertai rasa mulas/kontraksi.
- c. Periksa dalam belum ada pembukaan.
- d. Palpasi : tinggi fundus uteri sesuai usia kehamilan (uterus membesar sebagaimana usia kehamilan).
- e. Hasil tes kehamilan (+)/positif.

## 6. Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan abortus imminens menurut Maryunani, 2009 adalah sebagai berikut :

- a. Pemeriksaan USG menunjukkan :
  - 1) Buah kehamilan masih utuh, ada tanda kehidupan janin.
  - 2) Buah kehamilan tidak baik, janin mati.
  - 3) Tes kehamilan positif jika janin masih hidup dan negatif jika janin sudah mati.
  - 4) Pemeriksaan dopler atau USG untuk menentukan apakah janin masih hidup
  - 5) Pemeriksaan fibrinogen dalam darah pada missed abortion
- b. Pemeriksaan laboratorium :

Pemeriksaan labouraturium yang di lakukan pada pasien abortus imminens menurut Kusmiyati, 2009 adalah :

- 1) Tes urine.
- 2) Hemoglobin dan hematokrit.
- 3) Menghitung trombosit.
- 4) Kultur darah dan urine.

c. Pemeriksaan ginekologi

1) Inspeksi vulva

Perdarahan pervaginam ada atau tidak jaringan hasil konsepsi.

Tercium bau busuk dari vulva.

2) Inspekulo

Perdarahan dari cavum uteri, ostium uteri terbuka atau sudah tertutup, ada atau tidak jaringan keluar dari ostium, ada atau cairan atau jaringan berbau busuk dari ostium.

3) Colok vagina

Porsio masih terbuka atau sudah tertutup, teraba atau tidak jaringan dalam cavum uteri, besar uterus sesuai atau lebih kecil dari usia kehamilan, tidak nyeri saat porsio digoyang, tidak nyeri pada perabaan adneksa, cavum douglas tidak menonjol dan tidak nyeri. (Maryunani, 2009)

7. Komplikasi

Penyebab Abortus Imminens menurut Hanifa Wiknjosastro, 2006 sebagai berikut :

- a. Perdarahan (hemorrhage)
- b. Perforasi: sering terjadi diwaktu dilatasi dan kuretase yang dilakukan oleh tenaga yang tidak ahli seperti bidan dan dukun



- c. Infeksi dan tetanus
- d. Syock karena perdarahan banyak dan infeksi berat atau sepsis

#### 8. Penatalaksanaan Medik

Penatalaksanaan medis menurut Hanifa Wiknjosastro, 2006 sebagai berikut :

##### a. Farmakologi :

- 1) Kolaborasi dalam pemberian sedativa (untuk mengurangi rasa sakit dan rasa cemas), tokolisis dan progesteron, preparat hematimik (seperti sulfas ferosus/tablet besi)
- 2) Diit tinggi protein dan tambahan vitamin C

##### b. Non Farmakologi

###### 1) Tirah baring

Istirahat baring (bedrest), bertujuan untuk menambah aliran darah ke uterus dan mengurangi perangsangan mekanis. Pasien dianjurkan untuk istirahat baring. Apabila ibu dapat beristirahat dirumah, maka tidak perlu dirawat. Pasien perlu dirawat apabila perdarahan sudah terjadi beberapa hari, perdarahan berulang, atau tidak dapat beristirahat dirumah dengan baik misalnya tidak ada yang merawat dirumah atau ibu merasa sungkan bila dirumah hanya beristirahat saja. Perlu dijelaskan pada pasien dan keluarga, bahwa beristirahat baring dirumah atau dirumah sakit adalah sama saja pengaruhnya terhadap kehamilannya. Apabila akan terjadi abortus inkomplitus, dirawat dimanapun tidak dapat mencegahnya.

- 2) Periksa tanda-tanda vital (suhu, nadi, pernafasan)
- 3) Hindari intercourse
- 4) Bersihkan vulva minimal 2 kali sehari untuk mencegah infeksi terutama saat masih mengeluarkan cairan coklat.

#### 9. Hubungan seksual saat terjadi Abortus

Menurut (Suryani Manurung, 2011) pada dasarnya hubungan seksual selama kehamilan dapat dilakukan, dilakukan dengan hati-hati terutama pada kehamilan 32-36 minggu untuk menghindari terjadinya persalinan preterm. Hubungan seksual sebaiknya dibatasi atau tidak diperkenankan pada kasus: abortus imminens, riwayat persalinan prematur, dan ketuban pecah dini. Sedangkan menurut (Amru Sofian, 2012) hubungan seksual saat hamil diperbolehkan kecuali ada riwayat mengalami abortus/persalinan prematur, terdapat perdarahan pervaginam, pada minggu terakhir kehamilan, dan saat ketuban sudah pecah hubungan seksual dilarang karena dapat menyebabkan kontraksi uterus dan partus prematurus.

#### B. Konsep Asuhan Keperawatan

##### 1. Pengkajian keperawatan

###### a. Pengkajian

Pengkajian meliputi pengkajian biologis, psikologis, sosial, kultural dan spiritual. Identitas klien meliputi nama, umur, agama, pendidikan, pekerjaan, alamat, dan tanggal masuk rumah sakit.

b. Riwayat kesehatan

Riwayat kesehatan meliputi keluhan utama, seperti nyeri, kelemahan, dan perdarahan. Riwayat kesehatan sekarang seperti alasan masuk rumah sakit, keluhan saat dibawa kerumah sakit. Riwayat Kesehatan dahulu apakah mempunyai penyakit keturunan seperti DM, asma, Hipertensi,dll. Apakah memiliki alergi obat.

c. Riwayat obstetri dan ginekologi

Riwayat obstetri meliputi data tentang anak atau keturunannya. Riwayat ginekologi seperti menarche, siklus menstruasi, lama menstruasi, gangguan saat menstruasi, hari perkiraan haid terakhir, hari perkiraan lahir anak dalam kandungan, dan riwayat perkawinan.

d. Riwayat kehamilan sekarang

Riwayat kehamilan sekarang meliputi gangguan pada hamil muda, tempat pemeriksaan kehamilan, obat yang diberikan dan nutrisi saat hamil.

e. Riwayat kontrasepsi

Riwayat kontrasepsi meliputi apakah ibu menjadi aseptor, jenis kontrasepsi, lama penggunaan kontrasepsi, dan keluhan selama menjadi aseptor.

f. Pemenuhan kebutuhan dasar.

Pemenuhan kebutuhan dasar seperti nutrisi, eliminasi, oksigenasi, aktivitas dan istirahat, pola tidur dan seksualitas.

g. Pemeriksaan fisik.

Pemeriksaan fisik meliputi keadaan umum, mata, leher, dada/mamae, abdomen, genetalia dan ekstremitas.

2. Dampak terhadap kebutuhan dasar manusia

Pengkajian berdasarkan 11 pola kesehatan fungsional menurut Gordon's :

a. Riwayat keperawatan untuk pola persepsi kesehatan penanganan kesehatan

Menggambarkan pola pemahaman pasien tentang kesehatan dan kesejahteraan serta bagaimana kesehatan pasien diatur.

b. Riwayat keperawatan untuk pola nutrisi metabolik dan suplai gizi, meliputi pola konsumsi makanan dan cairan. Keadaan kulit, rambut, kuku, dan membrane mukosa, suhu tubuh, tinggi badan dan berat badan.

c. Riwayat keperawatan untuk pola eliminasi

Menggambarkan pola fungsi ekskresi (usus besar, kandung kemih, dan kulit) termasuk pola individu sehari-hari, perubahan atau gangguan dan metode yang digunakan untuk mengendalikan ekskresi.

d. Riwayat keperawatan untuk pola aktivitas dan latihan

Menggambarkan pada olahraga dan aktivitas, pengisian waktu senggang dan rekreasi termasuk aktivitas kehidupan sehari-hari, tipe dan kualitas olahraga dan faktor-faktor yang mempengaruhi pola aktivitas (seperti otot, saraf, respirasi dan sirkulasi).

- e. Riwayat keperawatan untuk pola istirahat dan tidur  
Menggambarkan pola tidur, istirahat, dan relaksasi serta setiap bantuan untuk merubah pola tersebut.
- f. Riwayat keperawatan untuk pola persepsi kognitif  
Menggambarkan pola persepsi sensori dan pola kognitif, meliputi keadekuatan bentuk sensori (penglihatan, pendengaran, perabaan, pengecapan, dan penghidu). Pelaporan mengenai persepsi nyeri dan kemampuan fungsi kognitif.
- g. Keperawatan untuk pola persepsi/konsep diri.  
Menggambarkan bagaimana seseorang memandang dirinya sendiri.
- h. Riwayat keperawatan untuk pola peran/hubungan  
Menggambarkan pola keterikatan peran dengan hubungan, meliputi persepsi terhadap peran utama dan tanggung jawab dalam situasi kehidupan saat ini.
- i. Riwayat keperawatan untuk pola seksualitas/reproduksi  
Menggambarkan kepuasan atau ketidakpuasan dalam seksualitas, termasuk status reproduksi wanita.
- j. Riwayat keperawatan untuk pola koping/toleransi stres  
Menggambarkan pola koping umum dan keefektifan ketrampilan koping dalam mentoleransi stres.
- k. Riwayat keperawatan untuk pola nilai/kepercayaan  
Menggambarkan pola nilai, tujuan atau kepercayaan (termasuk kepercayaan spiritual) yang mengarahkan pilihan dan keputusan gaya hidup.

## I. Pemeriksaan fisik

### 1) Keadaan umum

Bagaimana keadaan pasien saat dirumah sakit

### 2) Kesadaran dan vital sign

Bagaimana kesadaran, vital sign pasien (tekanan darah, nadi, respirasi dan suhu)

### 3) Tinggi dan berat badan pasien setelah masuk rumah sakit dan sebelumnya.

### 4) Muka dan kepala

#### a) Mata

Periksa konjungtiva anemis atau tidak, sklera ikterik atau tidak.

#### b) Muka

Apakah pucat atau tidak.

### 5) Leher

Adakah pembesaran kelenjar thyroid dan ada tidak nyeri telan.

### 6) Dada

Yang diperiksa adalah bentuk, kebersihan, ada kelainan puting atau tidak, areola, hiperpigmentasi atau ada kelainan lain, sedangkan untuk pemeriksaan palpasi ditemukan adanya nyeri tekan atau tidak, adakah benjolan, ASI/kolostrum keluar atau tidak.

### 7) Abdomen

Yang dilihat pada pemeriksaan abdomen yaitu bagaimana kebersihannya, adakah linea nigra, striae, adakah bekas luka

operasi. Pemeriksaan palpasi diperiksa tinggi fundus uteri sesuai dengan usia kehamilan, adakah kontraksi uterus, adakah penumpukan massa, distensi urin.

#### 8) Genetalia

Pada vagina periksa adanya pengeluaran darah, kebersihannya.

#### 9) Ekstremitas

Pada ekstremitas terpasang infus atau tidak, adakah oedema, adakah keterbatasan gerak, sedang pada pemeriksaan ekstremitas bawah adakah oedema, adakah nyeri tungkai (homan sign) dan adakah keterbatasan gerak.

### 3. Diagnosa keperawatan yang lazim muncul

Diagnosa yang muncul menurut Amin Huda dalam buku NANDA NIC NOC 2013, sebagai berikut :

- a) Nyeri akut berhubungan dengan agen injury biologi.
- b) Resiko perdarahan berhubungan dengan kelainan pertumbuhan hasil konsepsi.
- c) Resiko infeksi berhubungan dengan kondisi vulva lembab.
- d) Kekurangan volume cairan berhubungan dengan perdarahan.
- e) Resiko syok (hipovolemik) berhubungan dengan perdarahan pervaginam.
- f) Cemas berhubungan dengan ancaman kematian janin.
- g) Intoleransi aktivitas berhubungan dengan tirah baring.

#### 4. Intervensi

Perencanaan menurut Amin Huda dalam buku NANDA NIC NOC 2013, sebagai berikut :

##### a. Diagnosa 1: nyeri akut berhubungan dengan agen injury biologi

1) Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan rasa nyaman klien dapat terpenuhi dan nyeri berkurang dengan kriteria hasil rasa nyeri pada pasien berkurang, ekspresi wajah pasien tampak rileks, tanda-tanda vital dalam batas normal.

##### 2) Intervensi :

###### a) Lakukan pengkajian nyeri (PQRST)

Rasional: mengetahui karakteristik, lokasi, penyebab, durasi, dan kualitas nyeri.

###### b) Observasi reaksi non verbal dari ketidaknyamanan

Rasional: mengetahui reaksi non verbal seperti wajah klien saat nyeri.

###### c) Ajarkan teknik relaksasi non farmakologi

Rasional: mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam untuk mengurangi nyeri klien.

###### d) Kolaborasi pemberian analgetik

Rasional: memberikan analgetik untuk mrngurangi nyeri.

###### e) Monitor tanda-tanda vital

Rasional: tanda-tanda vital klien dalam batas normal.



b. Diagnosa 2: Resiko perdarahan berhubungan dengan kelainan pertumbuhan hasil konsepsi.

1) Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan resiko perdarah klien teratasi dengan kriteria hasil tanda-tanda vital dalam batas normal, hemoglobin dan hematokrit dalam batas normal, tidak ada tanda-tanda perdarahan.

2) Intervensi :

a) Monitor tanda-tanda perdarahan.

Rasional: mengetahui tanda perdarahan pada pasien.

b) Catat nilai hemoglobin dan hematokrit.

Rasional: mengetahui perbandingan sel darah merah dan volume darah.

c) Anjurkan untuk meningkatkan intake.

Rasional: untuk mengurangi resiko syok.

d) Identifikasi penyebab perdarahan.

Rasional: mengetahui penyebab perdarahan pasien.

e) Monitor tanda-tanda vital.

Rasional: tanda-tanda vital dalam batas normal.

f) Intruksikan untuk membatasi aktivitas.

Rasional: menghindari adanya perdarahan.

g) Monitor tanda-tanda syok.

Rasional: mengetahui tanda-tanda syok pada pasien.

c. Diagnosa 3: Resiko infeksi berhubungan dengan kondisi vulva lembab.

1) Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan resiko infeksi klien teratasi dengan kriteria hasil klien terbebas dari tanda dan gejala infeksi, menunjukkan kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi, leukosit dalam batas normal.

2) Intervensi :

a) Monitor tanda dan gejala infeksi sistemik dan lokal.

Rasional: mengetahui adanya gejala infeksi lokal atau meyeluruh.

b) Cuci tangan setiap sebelum dan sesudah tindakan keperawatan.

Rasional: menjaga kebersihan dan mencegah terjadinya infeksi pada pasien.

c) Tingkatkan intake nutrisi

Rasional: berikan intake protein yang adekuat agar dapat memperbaiki sel atau menyembuhkan luka.

d) Monitor hitung granulosit dan WBC

Rasional: mengetahui jumlah normal sel darah putih pasien.

e) Ajarkan cara menghindari infeksi.

Rasional: menjaga kebersihan diri untuk menghindari infeksi.

d. Diagnosa 4: Kekurangan volume cairan berhubungan dengan perdarahan.

1) Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan klien tidak mengalami kekurangan volume cairan dengan kriteria hasil

tanda-tanda vital dalam batas normal, tidak ada tanda-tanda dehidrasi (elastis turgor kulit baik, membran mukosa lembab, tidak ada rasa haus yang berlebih).

2) Intervensi :

a) Pertahankan catatan intake dan output yang adekuat.

Rasional: agar tidak terjadi kekurangan nutrisi dalam tubuh.

b) Monitor status hidrasi (kelembaban membran mukosa, nadi adekuat, tekanan darah ortostatik)

Rasional: mengetahui status dehidrasi pasien.

c) Monitor tanda-tanda vital

Rasional: tanda-tanda vital dalam batas normal.

d) Monitor masukan makanan/cairan dan hitung intake kalori harian.

Rasional: untuk mengetahui jumlah makanan/cairan yang masuk ketubuh.

e) Monitor status nutrisi

Rasional: mengetahui intake dan output pasien.

e. Diagnosa 5: Resiko syok (hipovolemik) berhubungan dengan perdarahan pervaginam.

1) Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan klien terhindar dari resiko syok dengan kriteria hasil nadi dalam batas yang diharapkan, irama jantung dalam batas normal, rekuensi nafas dalam batas normal, irama pernafasan dalam batas yang diharapkan.

2) Intervensi :

a) Monitor tanda inadekuat oksigenasi jaringan

Rasional: meghindari terjadinya kekurangan oksigen dalam jaringan tubuh pasien.

b) Monitor suhu dan pernafasan

Rasional: suhu dan pernafasan dalam batas normal dan tidak menunjukkan tanda-tanda syok.

c) Monitor input dan output.

Rasional: megetahui intake dan output pasien.

d) Pantau nilai labor (HB, HT, AGD, dan elektrolit)

Rasional: untuk mengetahui kadar sel darah merah dalam tubuh yang berfungsi sebagai pengangkut oksigen, untuk mengetahui perbandingan sel darah merah, analisa gas darah untuk mengevaluasi pertukaran oksigen dan karbondioksida dan untuk mengetahui status asam basa.

e) Ajarkan pada keluarga dan pasien tentang langkah untuk mengatasi gejala syok.

Rasional: agar keluarga dan pasien megetahui cara mengatasi syok.

f. Diagnosa 6: cemas berhubungan dengan ancaman kematian janin

- 1) Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan cemas klien berkurang dengan kriteria hasil pasien mampu mengidentifikasi dan mengungkapkan gejala cemas, ekspresi wajah klien tampak tenang, tanda-tanda vital dalam batas normal, dapat mengontrol cemas.

## 2) Intervensi :

## a) Gunakan pendekatan yang menenangkan

Rasional: memberikan ketenangan dan rasa nyaman untuk pasien.

## b) Dorong keluarga untuk menemani pasien

Rasional: agar rasa cemas pasien berkurang.

## c) Dengarkan dengan penuh perhatian

Rasional: mengurangi cemas pasien dan mengetahui sebab cemas pasien.

## d) Ajarkan teknik relaksasi untuk mengurangi cemas klien

Rasional: mengajarkan teknik nafas dalam atau relaksasi untuk mengurangi cemas pasien.

## e) Monitor tanda-tanda vital

Rasional: tanda-tanda vital klien dalam batas normal.

## g. Diagnosa 7: Intoleransi aktivitas berhubungan dengan tirah baring.

- 1) Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan klien dapat beraktivitas dengan normal/intoleransi klien teratasi dengan kriteria hasil tanda-tanda vital dalam batas normal, dapat mobilisasi atau aktivitas mandiri, mampu berpindah dengan atau tanpa bantuan alat dan orang lain.

## 2) Intervensi :

## a) Kaji kemampuan pasien dalam beraktivitas

Rasional: mengetahui kemampuan pasien dalam beraktivitas.

b) Bantu pasien untuk mengidentifikasi aktivitas yang mampu dilakukan.

Rasional: mengidentifikasi dan menentukan aktivitas yang boleh dilakukan.

c) Anjurkan keluarga untuk membantu pasien beraktivitas

Rasional: keluarga terlibat dalam membantu aktivitas pasien.

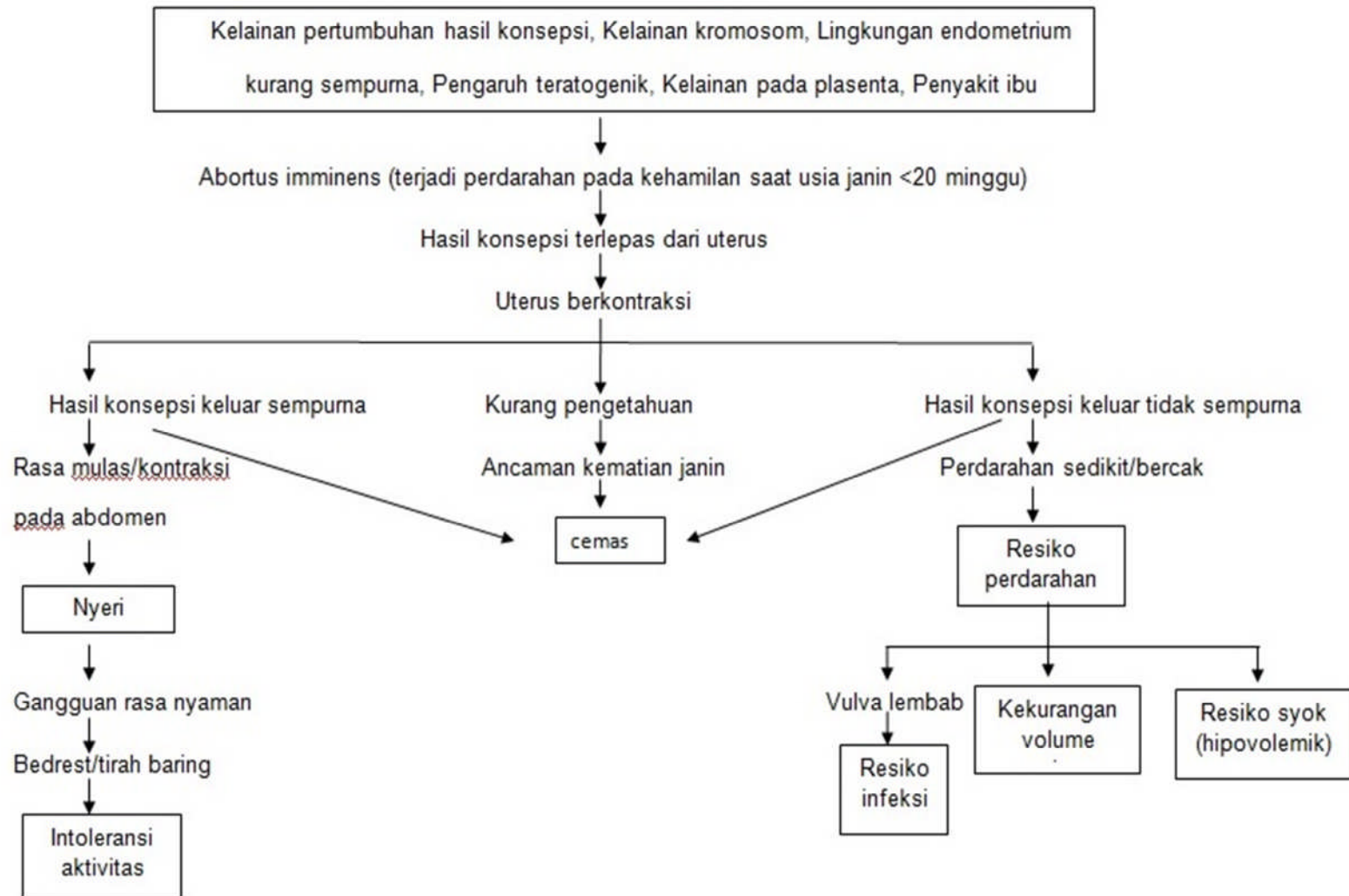
d) Monitor tanda-tanda vital

Rasional: tanda-tanda vital dalam batas normal.

e) Kolaborasi pemberian obat untuk kandungan

Rasional: kolaborasi pemberian obat penguat kandungan untuk pasien.

## C. Pathway



(Wiknjosastro, 2006)

