

**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 <sup>1,2)</sup>, Matilde Bano <sup>1)</sup>, Yusfina Modesta Rua <sup>2)</sup>

<sup>1</sup>Mahasiswa Program Studi Keperawatan Universitas Timor, Indonesia

<sup>2</sup>Dosen Program Studi Keperawatan Universitas Timor, Indonesia

**Informasi**

\*Corresponden Author:  
Elfrida Dana F. Riwoe Rohi  
; email:  
[elfrida.dana12@gmail.com](mailto: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, keluarga 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**

<b>Riwayat Penyakit</b>	<b>Klien 1</b>	<b>Klien 2</b>
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 Mefenamot 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

<b>Kebutuhan dasar</b>	<b>Klien 1</b>	<b>Klien 2</b>
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

<b>Observasi</b>	<b>Klien 1</b>	<b>Klien 2</b>
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 <sup>3</sup> 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 <sup>3</sup> 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"> <li>- 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.</li> <li>- Klien mengatakan keluar darah dari vagina warna merah segar, ganti softek 2x</li> </ul> <p>DO</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 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</li> <li>- Tanda-tanda vital :                      TD: 95/63 mmHg                      Suhu : 37°C                      Nadi : 99 x / menit                      RR : 20 x / menit</li> </ul>	<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"> <li>- 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</li> <li>- Klien mengatakan keluar darah merah segar dari jalan lahir, ganti softek 1x</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Keadaan umum : lemah, ekspresi wajah tampak meringgis kesakitan,nyeri</li> </ul>	<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>

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 - Tanda-tanda vital : TD: 110/66 mmHg Suhu : 36°C Nadi : 80 x / menit RR : 20 x / menit		
Diagnosa Keperawatan	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik	

### 3. Perencanaan

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

	<ol style="list-style-type: none"> <li>3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri</li> <li>4. Anjurkan menggunakan analgesik secara tepat</li> <li>5. Anjurkan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri</li> </ol> <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"> <li>1. Keluhan nyeri menurun</li> <li>2. Meringis menurun</li> </ol> <p>Gelisah menurun</p>	<p>Manajemen Nyeri Tindakan Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</li> <li>2. Identifikasi skala nyeri</li> <li>3. Identifikasi respon nyeri non verbal</li> <li>4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</li> <li>5. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri</li> <li>6. Monitor efek samping penggunaan analgesik</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berikan nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri (misalnya terapi musik, terapi pijat, kompres hangat atau dingin)</li> <li>2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (misalnya suhu ruangan dan kebisingan)</li> <li>3. Fasilitasi istirahat dan tidur</li> <li>4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri</li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri</li> <li>2. Jelaskan strategi meredakan nyeri</li> <li>3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri</li> <li>4. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat</li> <li>5. Ajarkan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri</li> </ol> <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
	08.45 1. Mengkaji respon nyeri P, Q, R, S, T :  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  08.55 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	08.00 1. Mengkaji respon nyeri P, Q, R, S, T : P (Pemicu: nyeri post curetasi Q (Qualiti): nyeri seperi tertusuk R (Region): perut bagian bawah S (Skala) : 1 (nyeri ringan) T (Time) : tidak menentu  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  09.00 Melepas infus  09.47 Klien keluar rumah sakit

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	
	1. Mengkaji respon nyeri P, Q, R, S, T : P (Pemicu) : nyeri akibat abortus Q (Qualiti) : seperti tertusuk R (Region) : perut bagian bawah S (Skala) : 3 (nyeri ringan) T (Time) : tidak menentu 2. : Mengkaji respon nyeri P, Q, R, S, T: P (pemicu) : nyeri akibat abortus Q (qualiti) : seperti tertusuk R (region) :perut bagian bawah S (Skala) : 2 (nyeri sedang) T (Time) : tidak menentu	a. Melakukan manajemen nyeri keperawatan: b. Mengajarkan teknik relaksasi napas dalam dengan cara menghembuskan kembali melalui mulut secara perlahan c. Mengatur posisi semi fowler d. Melakukan tindakan kolaborasi : e. Mengobservasi tanda-tanda vital : keadaan umum lemah, ekspresi wajah tampak meringgis kesakitan, nyeri pada perut bagian bawah, skala nyeri 3 (nyeri ringan), VT: vulva/vagina tidak ada kelainan, porsio tebal, pembukaan ujung jari, tidak teraba sisa jaringan, tidak ada nyeri tekan dan oedema pada vagina S : 36°C N : 60 x/menit RR : 20 x/menit TD : 114/70 mmHg f. Mengkaji respon nyeri P, Q, R, S, T: P (Pemicu) : nyeri akibat abortus	a. Mengkaji respon nyeri P, Q, R, S, T : P (Pemicu) : nyeri akibat abortus Q (Qualiti) : tertusuk R (Region) : perut bagian bawah S (Skala) : 1 (nyeri ringan) T (Time) : hilang timbul b. Melakukan manajemen nyeri : c. Mengatur posisi semi fowler d. Mengobservasi tanda-tanda vital : keadaan umum : baik, ekspresi wajah rileks, tidak ada nyeri tekan, skala nyeri 0 (tidak ada) S : 36°C N : 82 x/menit RR : 18 x/menit TD : 101/59 mmHg Jam 09.30 Wita Melepas infus Jam 10.15 Wita Pasien pulang

			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"> <li>Keadaan umum lemah</li> <li>Wajah tampak meringgis kesakitan</li> <li>Nyeri tekan pada daerah simpisis</li> <li>Skala nyeri 3 (nyeri ringan)</li> <li>Klien tampak memegang perut</li> </ol> <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	
<b>Diagnosa</b>	<b>Hari Ke 1 Tanggal 14-10-2021</b>	<b>Hari ke 2 Tanggal 15-10-2021</b>	<b>Tanggal 16-10-2021</b>
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</p> <p>Skala nyeri 3 (nyeri sedang)</p> <p>Tanda-tanda vital :</p> <p>S : 36°C</p> <p>N : 80 x/menit</p> <p>RR : 20 x/menit</p> <p>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)</p> <p>Tanda-tanda vital :</p> <p>S : 36,7°C</p> <p>N : 85 x/menit</p> <p>RR : 18 x/menit</p> <p>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</p> <p>Skala nyeri 0 (tidak ada)</p> <p>Tanda-tanda vital :</p> <p>S : 36°C</p> <p>RR : 18 x/menit</p> <p>N : 86 x/menit</p> <p>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 inkomplit 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 softex 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 softex 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 tertusuk dengan skala nyeri 6 (nyeri sedang) dan nyeri hilang timbul dengan durasi 5-10 menit, ganti softex 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 softex 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 ditegakan 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 : 36,2°C 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°C 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 Phychologycal Of Pregnant Women Toward Health Status Of Mother And Body*. Universitas Islam Sultan Agung Indonesia

JURNAL SAHABAT KEPERAWATAN