

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Kebutuhan manusia tidak hanya bersifat material saja tetapi juga perihal kesehatan, seperti sudah dijelaskan dalam Undang-Undang Kesehatan No 36 tahun 2009 pasal 1 bahwa kesehatan merupakan keadaan sejahtera dari badan, jiwa, dan sosial yang memungkinkan setiap orang hidup produktif secara sosial dan ekonomis. Kesehatan adalah elemen terpenting dalam kehidupan yang sangat di butuhkan oleh manusia, sesuai dengan isi dari Undang-Undang kesehatan nomor 36 pasal 4 yang berbunyi "setiap orang berhak atas kesehatan". Sehat sebagai hak hidup yang merupakan hak dasar yang tidak bisa diganggu gugat dalam keadaan apapun.

Kesehatan mencakup beberapa hal dan diantaranya tentang kesehatan reproduksi dan sudah dijelaskan menurut *World Health Organisation (WHO)* kesehatan sistem reproduksi adalah kesejahteraan fisik, mental, dan kesejahteraan sosial bukan hanya kondisi yang bebas dari penyakit atau kecacatan dalam segala aspek yang berhubungan dengan sistem reproduksi. Gangguan sistem reproduksi merupakan suatu permasalahan dalam kesehatan reproduksi yang dapat menimbulkan infeksi, gangguan menstruasi, keganasan pada alat reproduksi wanita, dan lain-lain (Yanti, 2008).

Hematoma pada masa nifas dapat digolongkan sebagai vulvar, vulvovaginal, paravaginal, atau retroperitoneal. Hematoma vulvar sering mengenai pada cabang

arteria pudenda, termasuk arteria rektalis inferior, arteria perinealis transversa, atau rami labialis posteriors. Gejala pertama yang sering dirasakan adalah nyeri hebat. Hematoma berukuran sedang dapat diserap secara spontan. Jaringan yang menutup hematoma dapat ruptur akibat nekrosis tekanan, dan dapat menyebabkan perdarahan hebat (Cunningham, 2013).

Berdasarkan hasil pencatatan dan pelaporan di RSUD. R. Syamsudin. SH Kota Sukabumi didapatkan bahwa jumlah pasien yang dilakukan insisi hematoma vulva ini terbilang langka. Pada hasil studi lapangan di RSUD. R. Syamsudin. SH Kota Sukabumi perbandingan dalam lima bulan terakhir pada periode 2017 sampai Februari 2018 didapatkan data tentang insisi hematoma vulva sebagai berikut:

Tabel 1.1
Angka Pasien Rawat Inap Penyakit Gangguan Reproduksi Wanita di Ruang Mawar Putih Kota Sukabumi Periode 2017-2018

No	Nama Penyakit	Distribusi	Persentase
1.	Post kuretase, sisa plsentia + anemia	101	34%
2.	Abortus inkomplit	58	19%
3.	Mioma uteri intramural + kista ovarium sinstra	41	14%
4.	Post episiotomi	39	13%
5.	Ket + anemia	36	12%
6.	HEG (Hiperemesis Gravidium)	9	3%
7.	Ca servik	5	2%
8.	Post insisi + evakuasi hematoma vulva	5	2%
9.	PEB	4	1%
10.	KPD	3	1%
Jumlah			100%

(Sumber: Laporan Ruangan Mawar Putih RSUD.R.Syamsudin.SH 2017-2018)

Tabel 1.1 menunjukkan bahwa tindakan insisi hematoma vulva terdapat di urutan kedelapan dengan nilai persentase 2% dari periode bulan Desember 2017 hingga periode bulan Februari 2018, dengan adanya laporan di atas menunjukkan bahwa kasus ini masih ditemukan walaupun terbilang jarang, karena kurangnya pengetahuan tentang tanda-tanda terjadinya hematom. Hal ini harus menjadi kewaspadaan bagi kaum wanita, karena jika dibiarkan dan tidak segera ditangani hematoma vulva ini akan semakin membesar dan menimbulkan rasa nyeri yang sangat membuat tidak nyaman.

Peran perawat yaitu memberikan rasa aman nyaman kepada klien dengan post insisi hematoma vulva, membantu agar kecemasan dan rasa nyeri yang dirasakan berkurang, mencegah terjadinya resiko infeksi, serta memberikan pengetahuan tentang penyakitnya. Sehingga berdasarkan uraian di atas penulis tertarik untuk mengangkat masalah tersebut dalam suatu karya tulis ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan Dengan Post Insisi dan Evakuasi Hematoma Vulva di Ruang Mawar Putih RSUD. R. Syamsudin. SH”.

B. Tujuan Penulisan

Dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini, penulis mengemukakan tujuan umum dan tujuan khusus :

1. Tujuan Umum

Untuk mendapatkan pengalaman secara nyata dalam memberikan asuhan keperawatan secara langsung pada klien dengan post insisi hematoma vulva

yang komprehensif meliputi aspek bio-psiko-sosial dan spiritual dengan pendekatan proses keperawatan.

2. Tujuan Khusus

Adapun tujuan khusus dari penulisan karya tulis ilmiah ini, agar penulis dapat:

- a. Mampu mendeskripsikan hasil pengkajian pada klien dengan post insisi hematoma vulva di RSUD. R. Syamsudin. SH.
- b. Mampu mendeskripsikan diagnosa keperawatan pada klien dengan post insisi hematoma vulva di RSUD. R. Syamsudin. SH.
- c. Mampu mendeskripsikan rencana asuhan keperawatan pada klien dengan post insisi hematoma vulva di RSUD. R. Syamsudin. SH.
- d. Mampu mendeskripsikan implementasi asuhan keperawatan pada klien dengan post insisi hematoma vulva di RSUD. R. Syamsudin. SH.
- e. Mampu mendeskripsikan evaluasi tindakan keperawatan yang telah diberikan pada klien dengan post insisi hematoma vulva di RSUD. R. Syamsudin. SH.
- f. Mampu membandingkan konsep dan kenyataan pada klien dengan insisi hematoma vulva di RSUD. R. Syamsudin. SH.

C. Metode Telaahan

1. Metode Deskriptif yang digunakan adalah pendekatan studi kasus melalui pendekatan proses keperawatan dengan langkah pengkajian, diagnose,

perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi dalam proses keperawatan post insisi hematoma vulva.

2. Teknik Pengumpulan Data

Menurut Nursalam (2008) teknik pengumpulan data terdiri atas:

a. Wawancara

Penulis melakukan wawancara dan tanya jawab dengan klien, keluarga, perawat sedang bertugas dan tim kesehatan lain yang terkait. Adapun hal-hal yang perlu diketahui oleh penulis yaitu asuhan keperawatan secara langsung dan komprehensif yang meliputi biologis, fisiologis, sosial dan spiritual.

b. Pengamatan atau observasi

Penulis melakukan observasi dan pengamatan langsung pada klien dan keluarga dengan memberikan asuhan keperawatan selama tiga hari.

c. Studi dokumentasi

Penulis melakukan studi dokumentasi dengan cara mencari data-data literature, catatan keperawatan, rekam medic dan catatan kesehatan klien yang menunjang pada penanganan masalah klien.

d. Pemeriksaan fisik

Penulis melakukan pemeriksaan fisik secara keseluruhan klien yang mempunyai masalah kesehatan dan keperawatan, berkaitan dengan keadaan fisik seluruh sistem tubuh dengan cara teknik inspeksi, palpasi, perkusi dan uskultasi.

e. Studi kepustakaan

Penulis melakukan studi kepustakaan terhadap berbagai buku atau literature keperawatan yang relevan dalam menunjang terhadap kasus dan data-data yang sudah diperoleh dari hasil wawancara, observasi, dan studi dokumentasi untuk membuat dokumentasi.

3. Sumber dan jenis data yang digunakan pada studi kasus ini yaitu :

a. Sumber data yang diambil pada studi kasus hematoma vulva menurut

Nursalam (2008) terdiri atas :

- 1) Klien adalah sumber data yang utama (primer) dan perawatan dapat menggali informasi yang sebenarnya mengenai kesehatan reproduksi klien.
- 2) Klien yang mengalami gangguan dalam berkomunikasi ataupun kesadaran yang menurun, datanya dapat diperoleh dari orangtua, suami/istri, anak, atau teman klien.
- 3) Catatan klien ditulis oleh tim kesehatan dan dapat dipergunakan sebagai sumber data dalam riwayat keperawatan.
- 4) Riwayat penyakit pada pemeriksaan fisik dan catatan perkembangan merupakan riwayat penyakit yang diperoleh dari terapis.
- 5) Konsultasi, kadang-kadang terapis memerlukan konsultasi dengan tim kesehatan spesialis, khususnya dalam menentukan diagnosis medis atau dalam merencanakan dan melakukan tindakan medis.

- 6) Hasil pemeriksaan diagnostik beberapa pemeriksaan laboratorium dan tes diagnostik dapat digunakan perawat sebagai data objektif yang disesuaikan dengan masalah kesehatan klien.
 - 7) Catatan medis dan anggota tim kesehatan lainnya, anggota tim kesehatan lain juga merupakan personal yang berhubungan dengan klien.
 - 8) Perawat lain yaitu jika klien adalah rujukan dari pelayanan kesehatan lain, maka perawat harus meminta data-data klien sebelumnya kepada perawat yang dulu merawatnya.
 - 9) Keputusan untuk memperoleh data dasar klien yang komprehensif, perawat dapat membaca literature yang berhubungan dengan masalah klien.
- b. Jenis Data dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah menurut Nursalam (2008) terbagi atas dua macam, yaitu :
- 1) Data objektif adalah data yang diobservasi dan diukur oleh perawat. Data ini di peroleh melalui kepekaan perawat (*senses*) selama melakukan pemeriksaan fisik melalui 2S (*sigh, smell*) dan HT (*hearing, touch/taste*).
 - 2) Data subjektif adalah data yang di dapatkan dari klien sebagai suatu pendapat terhadap suatu situasi kejadian.

4. Pengolahan Data

Pengolahan data dilakukan secara manual yaitu dengan cara mengklasifikasikan, mengidentifikasi, mendokumentasikan, dan mengverivikasikan, selanjutnya disajikan secara tekstual.

D. Sistematika Penulisan

Sistematika yang digunakan dalam karya tulis ilmiah ini terdiri atas empat bab, yaitu : pendahuluan, tinjauan teoritis, tinjauan kasus dan pembahasan, kesimpulan dan rekomendasi. Susunan penulisannya adalah sebagai berikut:

BAB I Pendahuluan. Bab ini menjelaskan tentang latar belakang, tujuan penulisan, metode telaahan, dan sistematika penulisan.

BAB II Tinjauan Teoritis. Bab ini menjelaskan tentang konsep dasar medis yang meliputi definisi, etiologi, anatomi fisiologi, patofisiologi, manifestasi klinis, pemeriksaan diagnostiok, manajemen medik, dan konsep dasar keperawatan meliputi pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

BAB III Tianjauan Kasus dan Pembahasan. Bab ini menjelaskan proses asuhan keperawatan, yang meliputi pengkajian keperawatan, dignosa keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi keperawatan, evaluasi keperawatan, dan catatan perkembangan. Sedangkan pembahasan

menjelaskan tentang perbedaan dan kesamaan antara teori dan kenyataan di ruang perawatan yang dibahas secara sistematis.

BAB IV Kesimpulan dan Rekomendasi. Bab ini berisi penutup dan menjelaskan tentang kesimpulan yang mengacu pada tujuan dan saran yang menekankan pada usulan yang sifatnya lebih operasional dari karya tulis ilmiah.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Penyakit Hematoma Vulva

1. Pengertian

Vulva atau pudenda meliputi seluruh struktur eksternal yang dapat dilihat mulai dari pubis sampai perineum, yaitu mons veneris, labia mayora dan labia minora, klistoris, selaput darah (*hymen*), vestibulum, muara utera, berbagai kelenjar, dan struktur vascular (Rachimhadi, 2012).

Hematoma perurperalis atau hematoma pada masa nifas ini terjadi karena ruptur pembuluh darah, khususnya pembuluh vena di balik kulit genitalia eksterna dan di bawah mukosa vagina. Pada kasus yang jarang dijumpai, peristiwa tersebut berlangsung selama kehamilan atau pada proses persalinan yang sangat awal dan adanya hematoma yang besar dapat merintangi kemajuan persalinan. Kerusakan pada pembuluh darah bisa menimbulkan nekrosis dan hematoma mungkin tidak terlihat selama beberapa hari. Kebanyakan hematoma berukuran kecil dan terletak tepat di bawah kulit perineum (Oxorn & Forte, 2010).

Sedangkan menurut Wiknjosastro (2010) hematoma vulva terjadi karena robeknya pembuluh darah terutama vena yang terletak di bawah kulit alat kelamin luar dan selaput lendir vagina. Hal ini dapat terjadi pada kala pengeluaran, atau setelah penjahitan luka robekan yang sembrono

atau pecahnya varises yang terdapat di dinding vagina dan vulva. Sering terjadi bahwa penjahitan episiotomi yang tidak sempurna atau robekan pada dinding vagina yang tidak dikenali merupakan sebab terjadinya hematoma.

Insisi dilakukan di titik tertinggi maksimum disertai evakuasi darah dan bekuan serta ligase titik-titik perdarahan. Rongga kemudian di-*obleterasi* dengan jahitan matras. Setelah hematoma dikeringkan sering tidak ditemukan titik-titik perdarahan. Pada kasus hematoma bukan rongga hematomanya yang di tampon selama 12-24 jam. Pada hematoma traktur genitalia, kehilangan darah hampir selalu jauh lebih besar dari pada yang di perkirakan secara klinis (Mochtar, 2012).



Source: E.R. Yeomans, B.L. Hoffman, L.C. Gilstrap III, F.G. Cunningham: Cunningham and Gilstrap's Operative Obstetrics, Third Edition: www.obgyn.mhmedical.com Copyright © McGraw-Hill Education. All rights reserved.

Gambar 2.1 Hematoma Vulva

Sumber : (<https://obgyn.mhmedical.com/Content.aspx?bookId>)

2. Etiologi

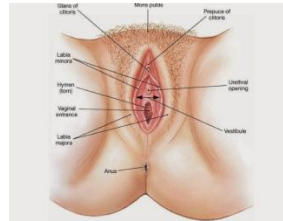
Menurut Cunningham (2013) faktor resiko yang berkaitan dengan hematoma vulva seperti nuliparitas, episiotomi, dan kelahiran dengan forceps. Pada kasus lain, hematoma dapat timbul setelah ruptur pembuluh darah tanpa adanya laserasi pada jaringan superfisial. Hematoma semacam ini dapat timbul pada kelahiran spontan atau dengan bantuan alat, dan perdarahan dapat timbul tertunda. Koagulopati seperti penyakit Von Willebrand merupakan penyebab paling jarang.

3. Anatomi Fisiologi

a. Sistem Reproduksi Wanita

Organ reproduksi wanita atau traktus genitalia terdiri dari alat/organ eksternal dan internal, berhubungan dengan rongga peritoneum dan sebagian besar terletak dalam rongga panggul. Seperti penjelasan yang diambil dari Anderson (2008) bahwa fungsi sistem reproduksi wanita dipengaruhi oleh hormon-hormon gonadotropin / steroid dari poros hormonal thalamus- hipotalamus- hipofisis- adrenal- *ovarium*. Berikut adalah bagian-bagian organ reproduksi wanita dalam Anderson (2008).

1) Organ Reproduksi Ekternal



Gambar 2.2 anatomi sistem reproduksi eksternal wanita
 Sumber : (<https://www.slideshare.net/hettyastri/anatomi-dan-fisiologi-reproduksi-wanita>)

a) Vulva

Vulva adalah organ reproduksi wanita bagian luar, mulai dari mons pubis, labia mayora, labia minora, klitoris, hymen, vestibulum, orifisium urethre externum dan kelenjar-kelenjar dinding vagina.

b) Mons pubis/mons veneris

Mons pubis dibentuk oleh lapisan lemak terdapat di bagian anterior symphysis mons pubis. Pada masa pubertas daerah ini mulai ditumbuhi rambut pubis.

c) Labia mayora

Labia mayora merupakan lapisan lemak lanjutan dari mons pubis kearah bawah dan belakang, banyak mengandung pleksus vena. Homolog embriologik dengan skrotum pada pria. Terdapat juga pembuluh darah dan glandula yang membentuk kromisura labialis posterior.

d) Labia minora

Lipatan jaringan tipis di balik labia mayora adalah labia minora, tidak mempunyai folikel rambut, terdapat pembuluh darah, otot polos dan ujung serabut saraf. Labia minora memanjang dari klitoris secara oblique ke bawah dan samping belakang sepanjang 4 cm disisi orifisium vagina.

e) Klitoris

Klitoris terdiri dari *caput/glans clitoridis* yang terletak di bagian superior vulva, dan *corpus clitoridis* yang tertanam di dalam dinding anterior vagina.

f) *Vestibulum*

Vestibulum adalah daerah dengan batas klitoris, batas bawah *fourchet* dan batas lateral labia minora. *Vestibulum* berasal dari sinus urogenital. Di dalam *vestibulum* terdapat 6 orificium, yaitu orificium urethrae externum, introitus vaginae, ductus glandular bartolini kanan-kiri dan duktus skene kanan-kiri. Antara *fourchet* dan vagin terdapat fossa navicularis.

g) *Introitus/orificium vagina*

Introitus/orificium vagina terletak di bagian bawah *vestibulum*. Pada gadis tertutup lapisan tipis bermukosa yaitu selaput darah/hymen, utuh tanpa robekan. *Hymen* normal terdapat

lubang kecil untuk aliran darah menstruasi, dapat berbentuk bulan sabit, bulat, oval, cribiformis, septum atau fimbriae. Akibat coitus atau trauma lain, *hymen* dapat robek dan bentuk tidak beraturan dengan robekan. Bentuk *hymen* postpartum disebut parous. *Corrunculae myrtiformis* adalah sisa-sisa selaput dara yang robek yang tampak pada wanita pernah melahirkan. *Hymen* yang abnormal, misalnya primer tidak berlubang (*hymen imperforate*) menutup total lubang vagina, dapat menyebabkan darah menstruasi terkumpul di rongga genetalia internal.

h) Vagina

Vagina merupakan rongga muskulomembranosa berbentuk tabung mulai dari arah pinggir bawah simphisis sampai ke promontorium, dan bagian depannya berukuran 6,5 cm sedangkan bagian belakang 9,5 cm. Dinding bagian belakang vagina lebih panjang dan membentuk fornix posterior, dibagi dalam 4 kuadran : fornix anterior, fornix posterior, dan fornixlateral kanan dan kiri. Vagina memiliki dinding ventral dan dinding dorsal yang elastis, bagian ini dilapisi epitel skuamosa berlapis yang berubah mengikuti siklus haid. Fungsi vagina adalah untuk mengeluarkan eksresi uterus pada haid, untuk jalan lahir dan untuk kopulasi (persetubuhan).

2) Organ Reproduksi Internal

a. Ovarium

Terdapat dua buah ovarium kiri dan kanan. Ovarium terdiri atas dua bagian yaitu korteks dan medulla. Bagian korteks merupakan tempat follikel-follikel. Bagian medulla merupakan bagian yang kaya akan pembuluh darah, limfe dan syaraf. Bagian paling luar dari korteks yang berupa lapisan tipis disebut dengan Tunica Albuginea. Pembuluh darah yang terdiri atas arteri dan vena ovarica.

b. Uterus

Uterus adalah suatu organ muscular berbentuk seperti buah pir, dilapisi peritoneum (serosa). Selama kehamilan berfungsi sebagai tempat implanasi, retensi dan nutrisi konseptus. Pada saat persalinan dengan adanya kontraksi dinding uterus dan pembukaan serviks uterus, isi konseptus dikeluarkan terdiri dari corpus, fundus, corni, isthmus dan serviks uteri. Penyokong utama uterus adalah diafragma felvis, muskulus levator ani dan fasi levator anni.

c. Salping / tuba falopi

Tuba falopi mempunyai panjang kurang lebih 11-14 cm, dan tuba falopi terdiri dari tuba kiri-kanan, berfungsi sebagai jalan transportasi ovum dari ovarium sampai vacuum uteri. Dinding

tuba terdiri tiga lapisan yaitu serosa, muscular (longitudinal dan sirkular) serta mukosa dengan epitel bersilia.

d. Serviks uteri

Serviks uteri yaitu ujung serviks yang menuju puncak vagina disebut portio. Hubungan antara cavum uteri dan canalis cervikalis disebut ostium uteri internum. Panjang serviks sekitar 2,5 – 3 cm. serviks utama disusun oleh jaringan ikat fibrosa serta sejumlah kecil serabut otot dan jaringan elastis. Muara sempit antara cavum uteri dan kanal endoservik (kanal di dalam serviks yang menghubungkan cavum uteri dengan vagina) disebut ostium interna. Muara sempit antara endoserviks dan vagina disebut ostium eksterna, suatu sirkular padawanita yang belum pernah melahirkan.



Gambar 2.3 anatomi sistem reproduksi internal wanita
 Sumber : (<https://dosenbiologi.com/manusia/alat-reproduksi-manusia>)

4. Patofisiologi

Dalam Sastrawinata, dkk (2011) Bratakoesoem menyebutkan bahwa perdarahan dapat terjadi dari pembuluh darah plasenta atau uterus yang membentuk hematoma di desidua, sehingga plasenta terdesak dan akhirnya terlepas. Perdarahan datang terus menerus karena otot uterus yang telah meregang oleh kehamilan tidak mampu lebih berkontraksi untuk menghentikan perdarahan. Akibatnya, hematoma retroplasenter akan bertambah besar, sehingga sebagian dan akhirnya seluruh plasenta terlepas dari dinding uterus. Sebagian darah akan menyelundup di bawah selaput ketuban keluar dari vagina, atau menembus selaput ketuban masuk ke dalam kantong ketuban, atau ekstrasvasasi diantara serabut-serabut otot uterus. Apabila ekstrasvasasinya berlangsung hebat, seluruh permukaan uterus akan berbecak biru atau ungu dan terasa sangat tegang dan nyeri. Pengenalan hematoma tergantung pada derajat hematoma (besar dan lamanya) serta keahlian operator. Hematoma mula-mula dapat berukuran kecil untuk kemudian bisa menjadi cepat membesar. Terdapatnya hematoma yang tampak kecil dari luar belum berarti bahwa bekuan darah didalamnya sedikit. Perdarahan dapat meluas ke sekitar vagina, dan darah dapat berkumpul di dalam ligamentum latum. Bila banyak darah yang terkumpul dalam hematoma, maka dapat timbul gejala syok dan anemia.

5. Manifestasi Klinis

Hematoma tidak selalu tampak dan bahkan terletak diantara jahitan, tapi tanda atau gejala biasanya seperti pada:

- a. Vagina dan vulva yaitu: tekanan pada perineum, vagina, uretra, kandung kemih atau rektum, nyeri berat, tegang, bengkak yang berflktuasi dan perubahan warna dari biru sampai biru kehitaman.
- b. Sementara pada ligament yang meluas, gejalanya adalah nyeri pada uterus bagian lateral, sensitif pada palpasi, nyeri pada panggul, terasa menonjol pada pemeriksaan rektum bagian atas dan distensi abdomen dan daerah jaringan yang teraba secara lateral berada di atas tepi panggul.

Gejala yang dialami klien dengan hematoma vulva tidak hanya seperti yang telah disebutkan di atas, ditambahkan oleh Oxorn (2010) yaitu bahwa gejala dari hematoma vulva adalah pemeriksaan internal mungkin tidak bisa ditoleransi karena menyebabkan nyeri yang tidak tertahan bagi ibu, serta pembengkakan yang berubah warna dan terisi darah, jaringan edema, tanda syok hipovolemik.

6. Pemeriksaan Diagnostik

Pemeriksaan yang dapat dilakukan pada pasien hematom vulva post partum, antara lain sebagai berikut:

- a. Pemeriksaan vulva: untuk menunjukkan keparahan dan luasnya konstusio, laserasi atau pembentukan hematoma.
- b. Pemeriksian pervaginam atau rektal: untuk mengidentifikasi laserasi atau hematuria vagina atau rektal. Pemeriksaan rektovagina dapat menunjukkan dalamnya laserasi vagina.
- c. Pemeriksaan abdomen: umumnya normal kecuali bila klien mempunyai riwayat trauma intra abdomen.
- d. Pemeriksaan laboratorium: biasanya terjadi penurunan nilai hemoglobin akibat perdarahan tersembunyi yang persisten.
- e. Foto ronsen pelvis atau abdomen biasanya dapat menunjukkan adanya keterkaitan cedera tulang atau udara bebas di dalam kavum peritoneum.

7. Manajemen Medik

Tindakan yang aktif tidak diperlukan bagi hematoma yang kecil dan yang tidak akan menjadi besar. Daerah hematoma harus dijaga agar tetap bersih dan karena nekrosis jaringan bisa diikuti oleh infeksi, pasien harus memperoleh preparat antibiotik. Hematoma yang besar dan yang dapat membesar membutuhkan terapi pembedahan. Luka tersebut dibuka, bekuan darah dikosongkan, dan jika ditemukan titik perdarahan, bagian ini diikat. Daerah bekas hematoma ditampon dengan kasa steril sementara di dalam vagina juga ditempatkan tampon untuk menekan. Tampon ini

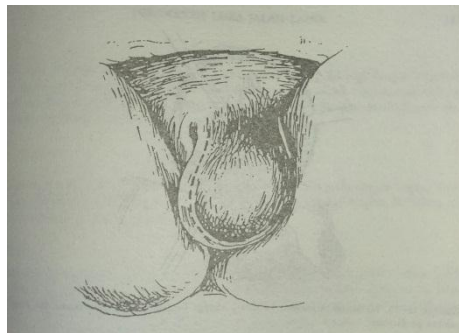
dibiarkan di tempat nya selama 24 hingga 48 jam. Antibiotic diberikan, transfusi darah dilakukan kalau perlu, dan pasien diobservasi dengan cermat untuk menjaga jika terjadi perdarahan yang baru. Sebuah *indwelling catheter* harus dipasang, karena ada kecenderungan terjadinya kembali perdarahan dan terbentuknya kembali hematoma, maka diperlukan pengamatan yang cermat. Kebanyakan kasus dapat sembuh dengan baik, tetapi sebelum luka tersebut sembuh dan perineum terlihat normal diperlukan waktu beberapa minggu (Oxorn & Forte, 2010).

Sedangkan menurut Wiknjosastro (2010) prinsip penanganan hematoma yang terjadi pada jalan lahir, tergantung pada lokasi dan besarnya hematoma. Pada hematoma yang kecil, tidak perlu dilakukan tindakan operatif, cukup dilakukan pengompresan daerah hematoma saja. Jika selama pengamatan hematoma menjadi semakin besar, lebih-lebih disertai dengan tanda-tanda anemia, pre syok, perlu segera dilakukan pengosongan dari hematoma tersebut. Jahitan luka dibuka kembali atau dilakukan sayatan sepanjang bagian hematoma yang paling renggang. Setelah itu seluruh beku dikeluarkan sampai kantong hematom kosong.

Tanda-tanda syok dapat dikaitkan dengan penurunan kadar hemoglobin yang cepat sehingga perlu dipertimbangkan telah terjadi perluasan ke ekrapertoneal. Perluasan hematoma yang secara akut dengan ukuran lebih dari 10 cm harus segera dilakukan insisi (intervensi pembedahan) dan evakuasi hematoma. Disertai ligase pembuluh darah

yang cedera. Kebanyakan hematoma memerlukan intervensi bedah yaitu insisi drainasi, dan pengikatan pembuluh darah, diikuti dengan tampon atau penjahitan bila jaringan tidak terlalu rapuh atau rusak. Seharusnya dilakukan dengan menggunakan anestesia yang sesuai.

Dalam penatalaksanaan dengan pembedahan perlu disiapkan dengan baik mulai dari persiapan sebelum operasi, intraoperasi, dan pemantauan lanjut setelah operasi. Persiapan sebelum operasi meliputi persiapan peralatan yang digunakan, ruangan operasi, operator bedah dengan keterampilan yang mahir, pencahayaan yang cukup, asisten teknis, anesthesia yang adekuat, dan medikasi pre-operatif. Tindakan anestesi dapat lokal, regional hingga umum. Medikasi pre-operatif seperti antibiotic profilaksis utamanya pada pasien dengan trauma yang melibatkan cedera traktus urinarius.



Gambar 2.4
Hematoma dan garis insisi

B. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan

Proses keperawatan merupakan cara yang sistematis yang dilakukan oleh perawat bersama klien dalam menentukan kebutuhan asuhan keperawatan dengan melakukan pengkajian, menentukan diagnosis, merencanakan tindakan yang akan dilakukan, melaksanakan tindakan serta mengevaluasi hasil asuhan yang telah diberikan dengan berfokus pada klien, berorientasi pada tujuan setiap tahap saing terjadi ketergantungan dan saling berhubungan (Hidayat, 2008).

Dalam asuhan keperawatan klien dengan gangguan sistem reproduksi, penulis menggunakan proses keperawatan yang terdiri dari 5 tahap yaitu pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi.

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan langkah pertama dari proses keperawatan dengan mengumpulkan data-data yang akurat dari klien. Sehingga akan diketahui berbagai permasalahan yang ada (Hidayat, 2008). Pengkajian keperawatan harus selalu dirancang sesuai kebutuhan klien. Apabila pada kondisi klien perawat dihadapkan pada klien yang menderita penyakit akut, perawat perlu membekali diri tentang kondisi gejala yang berhubungan dan perawat boleh memilih untuk hanya mengkaji sistem tubuh yang terlibat. Pengkajian keperawatan yang komprehensif biasanya akan dilakukan pada klien dalam kondisi lebih sehat, kemudian perawat mempelajari status kesehatan total klien (Mutaqqin, 2010).

Pengumpulan data merupakan kegiatan dalam menghimpun informasi (data-data) dari pasien yang meliputi unsur bio-psiko-sosio-spiritual yang komprehensif untuk mendapatkan data-data yang lengkap dan relevan, perawat membutuhkan dasar yang kuat dari berbagai disiplin ilmu, pengumpulan data meliputi :

1) Identitas

a) Identitas klien

Meliputi nama, umur, jenis kelamin, pendidikan, alamat, pekerjaan, agama, status perkawinan, suku bangsa, tanggal dan jam masuk rumah sakit, tanggal jam pengkajian, nomor rekam medis, ruangan dan diagnosa medis (Nursalam, 2013).

b) Identitas penanggung jawab

Identitas penanggung jawab meliputi nama, umur, jenis kelamin, suku bangsa, agama, pendidikan, pekerjaan, alamat dan hubungan dengan klien (Nursalam, 2013).

2) Riwayat Kesehatan

Riwayat kesehatan pada gangguan sistem reproduksi atas indikasi hematoma vulva sebagai berikut:

a) Keluhan utama

Keluhan utama yang dialami pada klien dengan post insisi hematoma vulva umumnya klien mengatakan nyeri pada daerah luka insisi (Nursalam, 2013).

b) Riwayat kesehatan sekarang

Riwayat kesehatan sekarang merupakan pengembangan dari keluhan utama dan data yang menyertai dengan menggunakan pendekatan PQRST, yaitu:

P (*Paliatif/Provokative*) merupakan hal atau faktor yang mencetuskan terjadinya penyakit, hal yang memperberat atau memperingan. Biasanya pada klien dengan post insisi hematoma vulva yaitu nyeri karena kerusakan jaringan.

Q (*Quality*) merupakan kualitas dari suatu keluhan yang dirasakan, biasanya dirasakan pada saat klien banyak bergerak, dan adanya nyeri tekan pada luka insisi.

R (*Region*) adalah daerah atau tempat dimana keluhan dirasakan. Rasa tidak nyaman atau nyeri dirasakan pada daerah vagina.

S (*Severity*) adalah derajat keganasan atau intensitas dari keluhan tersebut. Biasanya klien post insisi hematoma vulva merasan nyeri dengan skala 1-3 (0-5).

T (*Time*) adalah waktu dimana keluhan dirasakan, *time* juga menunjukan lamanya atau kekerapan, biasanya klien dengan post insisi hematoma vulva merasakan nyeri pada saat bergerak dan bila adanya tekanan.

c) Riwayat kesehatan yang lalu

Penyakit yang pernah diderita klien perlu di ketahuai sebelumnya karena mungkin ada kaitannya dengan penyakit sekarang. Riwayat kesehatan menjelaskan tentang riwayat perawatan di rumah sakit, alergi, penyakit sekarang seperti riwayat penyakit serupa dengan pengobatan yang dilakukan (Muttaqin, 2010).

d) Riwayat kesehatan keluarga

Riwayat kesehatan keluarga yang dikaji mengenai adanya riwayat obsetri dan ginekologi keluarga, pola kebiasaan kurang baik, penyakit keturunan dalam keluarga seperti, hipertensi, diabetes melitus, jantung, asma, serta penyakit infeksi seperti tuberculosis, hepatitis dan penyakit seksual yang diderita oleh keluarga (Muttaqin, 2010).

e) Genogram

Merupakan gambaran struktural keluarga klien, dan kondisi keluarga yang tinggal satu rumah.

3) Riwayat obsetri dan ginekologi

a) Riwayat obsetri

Bagian yang dikaji dalam riwayat obsetri adalah riwayat perkawinan dan kehamilan terdahulu, riwayat kawin, riwayat kehamilan (GPA), umur saat menikah, status sekarang.

b) Riwayat ginekologi

Hal yang dikaji pada riwayat ginekologi mengenai riwayat haid dan riwayat penggunaan alat kontrasepsi.

- 1) Riwayat haid hal yang dikaji adalah menarche, siklus, lama haid, menopause.
- 2) Riwayat keluarga berencana (KB)

Penggunaan alat kontrasepsi dan jenis alat kontrasepsi yang digunakan merupakan hal-hal yang dikaji pada riwayat ini.

- 3) Pola kebiasaan sehari-hari

Pola kebiasaan yang dikaji tidak hanya pola aktivitas sehari-hari pasien yang dilakukan di rumah sakit tetapi juga sebelum masuk rumah sakit juga yang dikaji meliputi pola nutrisi, pola eliminasi, pola istirahat tidur, pola *personal hygiene*, dan pola aktifitas serta olahraga.

- a) Pola nutrisi

Pola nutrisi menggambarkan konsumsi relatif terhadap kebutuhan metabolis dan suplai gizi. Pola nutrisi ini dikaji mengenai makanan pokok, frekuensi makan dan minum, jenis, jumlah, makanan *pantrangan* dan nafsu makan, serta diet yang diberikan.

b) Pola eliminasi

Pola eliminasi menggambarkan pola fungsi eksresi (usus besar, kandung kemih, dan kulit) termasuk pola individu sehari-hari, perubahan atau gangguan. Dikaji mengenai BAK dan BAB klien, pada BAK yang dikaji mengenai frekuensi berkemih, jumlah, warna, bau serta keluhan saat berkemih, sedangkan pada BAB yang dikaji mengenai frekuensi, konsistensi, warna dan bau serta keluhan-keluhan yang dirasakan.

c) Pola istirahat dan tidur

Menggambarkan pola tidur, istirahat dan relaksasi klien dan setiap bantuan untuk merubah pola tersebut. Pola tersebut dikaji pola tidur klien, mengenai waktu tidur, lama tidur, kebiasaan pengantar tidur, kebiasaan penggunaan obat tidur serta kesulitan dalam hal tidur.

d) Pola *personal hygiene*

Hal yang dikaji pada bagian ini mengenai kemampuan klien dalam memenuhi kebutuhan *personal hygiene*. Mandi, diisi berapa kali klien mandi dalam sehari, di lap atau di kamar mandi. Gosok gigi, diisi berapa kali klien menggosok gigi dalam sehari. Keramas, diisi berapa kali klien keramas dalam waktu 1 minggu. Potong kuku, diisi berapa kali klien potong kuku dalam waktu 1 minggu, kemudian hal terakhir yang dikaji

adalah saat menggunakan pakaian, klien mengganti pakaian dibantu atau mandiri.

e) Pola aktivitas dan olahraga

Dikaji perubahan pola aktivitas klien. Diisi dengan menggambarkan pola olahraga, aktivitas, pengisian waktu senggang, dan rekreasi. Termasuk aktivitas kehidupan sehari-hari, tipe kualitas olahraga, dan faktor-faktor yang mempengaruhi pola aktivitas.

4) Pemeriksaan Fisik

a) Keadaan umum

Keadaan umum yang dikaji mengenai tingkat kesadaran dan keadaan umum. Pada klien dengan post insisi hematoma vulva biasanya mengalami tingkat kesadaran penuh. Selain itu dikaji juga mengenai tanda-tanda vital klien biasanya tekanan darah klien dalam batas normal atau meningkat karena adanya nyeri dan denyut nadi dalam batas normal, repirasi, biasanya dalam batas normal, dan suhu meningkat jika adanya infeksi pada post insisi.

b) Sistem pernapasan

Data yang dikaji mengenai sistem pernapasan yaitu dengan cara inspeksi, palpasi, perkusi, auskultasi. Data yang dikaji meliputi frekuensi pernapasan teratur atau tidak, adanya nyeri

atau tidak, bunyi pernapas vesikuler atau ada suara tambahan, pola napas efektif atau tidak, apakah ada sputum, cuping hidung, kebiruan pada bibir, kebiruan pada kuku ekstermitas atas dan bawah, bentuk hidung, kebersihan, penciuman, peradangan, keluhan, bentuk dada dan pergerakan dada simetris atau tidak.

c) Sistem kardiovaskuler

Data yang dikaji meliputi: warna konjungtiva, ada tidaknya peningkatan JVP, bunyi jantung (S1, S2 irama), adanya keluhan nyeri dada dan pengukuran *capillary refill time* (CRT : normal kembali <2 detik), pada kasus insisi hematoma biasanya tidak ada gangguan di sistem kardiovaskuler.

d) Sistem persarapan

Data yang dikaji meliputi pemeriksaan dua belas saraf kranial. Klien biasanya mengalami rasa nyeri akibat tekanan atau hal yang memperberat daerah vagina.

e) Sistem pencernaan

Hal tersebut dikaji mulai dari mulut sampai anus. Pada sistem ini perlu dikaji adanya stomatitis jumlah gigi, caries, bau mulut, mukosa mulut, ada atau tidaknya pembesaran tonsil bentuk abdomen adanya datar, turgor kulit kembali lagi, adakah lesi pada daerah abdomen adanya massa, pada

aukultasi dapat diperiksa peristaltik usus. Pada klien post insisi hematoma vulva biasanya tidak mengalami gangguan sistem pencernaan.

f) Sistem integument

Dalam sistem integument perlu dikaji keadaan kulit (turgor, kebersihan, pigmentasi, tekstur, dan lesi), serta perlu dikaji kuku dan keadaan rambut, sekitar kulit, atau ekstermitas ada edema atau tidak. Pada klien dengan hematoma vulva didapatkan kerusakan integritas kulit karena adanya insisi pada vulva, sehingga perlu dikaji ada atau tidaknya tanda radang lesi di daerah luka, pengukuran suhu untuk mengetahui adanya infeksi.

g) Sistem reproduksi

Pada sistem reproduksi hal-hal yang perlu dikaji adalah kesimestrisan payudara kanan dan kiri, pembengkakan payudara, hiperpigmentasi puting susu dan areola mammae. Adanya tanda infeksi post insisi pada vulva dan adanya nyeri tekan pada daerah insisi (vulva).

h) Sistem urinaria

Sistem urinaria yang dikaji jika ada tindakan pembengkakan dan nyeri pada daerah pinggang, observasi dan palpasi pada daerah abdomen untuk mengkaji adanya retensio urin, ada

tidaknya nyeri tekan dan benjolan serta pengeluaran urin apakah ada nyeri pada waktu miksi atau tidak, warna urin dan jumlah urine. Pada klien post insisi hematoma vulva biasanya mengalami kesulitan pada saat berkemih, sehingga diajarkan klien menggunakan cateter.

i) Sistem endokrin

Pada sistem ini perlu dikaji adanya pembesaran kelenjar tiroid dan kelenjar getah bening. Pada umumnya klien post insisi hematoma vulva tidak mengalami pembesaran kelenjar tiroid atau kelenjar getah bening.

j) Sistem musculoskeletal

Pada klien post insisi hematoma vulva secara umum biasanya tidak mengalami gangguan, tapi perlu dikaji kekuatan otot ekstermitas, pada ekstermitas bawah dengan menilai kekuatan otot (5-0) biasanya ada keterbatasan gerak.

5) Data Psikososial

Meliputi konsep diri (persepsi, peran diri, identitas diri, ideal diri, dan harga diri). Data tersebut biasanya didapatkan gangguan konsep diri dikarenakan cemas yang dialami oleh pasien dengan post insisi hematom vulva.

6) Data Sosial dan Budaya

Data yang dikaji mengenai sosial dan budaya meliputi komunikasi dan interaksi klien dengan orang lain seperti dengan petugas kesehatan, keluarga klien, dan warga sekitar lingkungan klien.

7) Data Spiritual

Berdasarkan Potter & Perry (2006) disebutkan bahwa data spiritual yang dikaji meliputi kegiatan ibadah klien, keyakinan terhadap kondisi sekarang, keyakinan terhadap pelayanan kesehatan.

8) Data penunjang

Data yang akan dikaji pada pemeriksaan penunjang merupakan pemeriksaan vulva untuk menunjukkan keparahan dan luasnya kontusio, laserasi atau pembentukan hematoma. Pemeriksaan perpaginam atau rektal dilakukan untuk mengidentifikasi laserasi atau hematuria vagina atau rektal. Pemeriksaan speculum dapat menunjukkan dalamnya laserasi vagina. Pemeriksaan laboratorium dilakukan karena biasanya terjadi penurunan nilai hemoglobin akibat perdarahan tersembunyi yang persisten. Foto rontgen pelvis atau abdomen dapat menunjukkan adanya keterkaitan cedera tulang atau udara bebas di dalam kavum peritnieum. (Prayitno, 2014)

9) Terapi obat

Terapi obat yang diberikan kepada klien meliputi selama perawatan di rumah sakit seperti pencegahan perdarahan, serta

pencegahan darah tinggi dan membantu penambahan kebutuhan karbohidrat. Langkah pertama amoxicillin diberikan sebagai profilaksis. Lalu, pemberian futrolit infus dan di-kombinasikan dengan vitamin C untuk membantu penambahan peningkatan karbohidrat. Terakhir dofamet diberikan agar tekanan darah tetap normal.

10) Analisis data

Analisis data adalah kemampuan mengaitkan data dan menghubungkan data tersebut dengan konsep, teori, dan prinsip yang relevan untuk membuat kesimpulan dalam menentukan masalah kesehatan dan keperawatan klien (Setiadi, 2012).

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan hasil akhir dari pengkajian yang dirumuskan atas dasar interpretasi data yang tersedia. Diagnosis keperawatan menggambarkan respon manusia pada diri pasien terhadap perubahan-perubahan dalam dimensi-dimensi bio-psiko-sosial-spiritual. Diagnosis keperawatan dapat mengkomunikasikan kepada rekan sejawat atau tenaga kesehatan lainnya, dimana yang diberikan perawat kepada pasien berfokus pada kebutuhan individual pasien.

Pencatatan diagnosis keperawatan terdiri atas:

- a. Sebagai alat komunikasi tentang masalah pasien yang dialami pasien pada saat ini.
- b. Menunjukkan tanggung jawab perawat terhadap masalah yang diidentifikasi berdasarkan data.
- c. Mengidentifikasi pengembangan rencana intervensi keperawatan.

Diagnosa keperawatan dapat ditegakan jika data-data yang telah ada dianalisis. Diagnosa keperawatan sebenarnya merupakan kesimpulan dari masalah kesehatan yang dialami pasien.

Berikut ini yang merupakan komponen pada saat pencatatan diagnosa keperawatan adalah sebagai berikut:

P (Problem): Pernyataan tentang keadaan pasien atau masalah kesehatan yang aktual dan potensial yang memberi gambaran bahwa terapi keperawatan harus diberikan.

E (Etiologi): Komponen ini mengidentifikasi penyebab atau kemungkinan penyebab keadaan kesehatan pasien dan memberi arah pada terapi keperawatan yang diperlukan. Etiologi mencakup perilaku pasien, faktor-faktor yang mempengaruhi atau interaksi keduanya.

S (Symptom): Ciri tanda atau gejala berdasarkan data yang ditemukan. Tanda dan gejala harus spesifik dan berupa data subjektif dan objektif (Dinarti, 2009).

Diagnosis keperawatan yang mungkin muncul pada klien dengan post insisi hematoma vulva menurut Capernito (2007) dan aplikasi Nanda NIC-NOC pada Nurarif & Kusuma (2015) adalah :

- 1) Gangguan harga diri b.d masalah tentang ketidaknyamanan, perubahan femininitas, dan efek hubungan seksual,
- 2) Nyeri akut b.d kerusakan jaringan,
- 3) Defisit volume cairan b.d kehilangan volume cairan secara aktif, dan
- 4) Resiko infeksi b.d prosedur pembedahan

3. Intervensi Keperawatan

Proses perencanaan meliputi perumusan tujuan dan menentukan intervensi-intervensi yang tepat. Proses ini dimulai dengan membuat daftar semua masalah-masalah pasien dan mencari masukan dari pasien atau keluarganya tentang penentuan tujuan akhir yang dapat diterima dan dapat dicapai secara rasional. Pernyataan tujuan akhir harus dinyatakan dalam bentuk pernyataan yang dapat diukur, secara objektif menunjukkan perkembangan terhadap pemecahan masalah yang ditemukan. Bagian dari perencanaan keperawatan adalah menentukan intervensi yang digunakan perawat dengan melibatkan pasien dan keluarga untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan.

Intervensi dibuat untuk pasien secara individu. Bertambahnya informasi selama pengkajian dapat memberikan pertimbangan-pertimbangan khusus

seperti kultural, sosial, atau perkembangan status. Dengan mengetahui hal tersebut, perawat akan dapat memodifikasi intervensi sesuai kebutuhan pasien.

Terdapat dua jenis tindakan keperawatan menurut Baradero (2007) yaitu tindakan mandiri (*independent*) pada klien dengan post insisi hematoma vulva yaitu perawat menganjurkan pasien untuk istirahat dan menghindari mengangkat beban berat setelah insisi dilakukan. Perawat harus juga menerangkan kepada klien untuk segera melapor jika ada perdarahan atau infeksi.

Ada pula tindakan kolaborasi (*interdependen*) tindakan kolaboratif pada pasien dengan post insisi hematoma adalah pembedahan insisi hematom ditempat praktik dokter. Prosedur ini dilakukan karena proses ini dapat diikuti oleh leukhore yang berlangsung lama dan perdarahan uterus yang tidak teratur atau berlebihan. Uterus akan teraba lebih besar dan lebih lunak daripada keadaan normalnya keadaan ini mungkin disebabkan oleh kebocoran pembuluh darah yang mengalami nekrosis akibat tekanan yang lama.

Bobak (2005) menyebutkan terdapat enam faktor untuk memilih intervensi keperawatan, sebagai berikut:

- a. Karakteristik diagnosis keperawatan.
- b. Hasil yang diperkirakan.
- c. Dasar riset (pengetahuan keperawatan) untuk intervensi.
- d. Kemungkinan untuk dikerjakannya intervensi.

- e. Keberterimaan klien.
- f. Kompetensi perawat.

Selanjutnya pedoman penulisan kriteria hasil berdasarkan “SMART” dalam Nursalam (2008) :

S = Spesifik (tujuan harus spesifik dan tidak menimbulkan arti ganda).

M = Measurable (tujuan keperawatan harus bisa diukur, khususnya perilaku pasien : dapat dilihat, didengar, diraba, dirasakan).

A = Achievable (tujuan harus dicapai).

R = Realistic (tujuan harus dapat dipertanggungjawabkan secara ilmiah).

T = Time (tujuan keperawatan / waktu).

Diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada klien dengan post insisi hematoma vulva menurut Capernito (2007) dan aplikasi Nanda NIC-NOC pada Nurarif & Kusuma beserta tujuan dan rasionalnya:

1. Nyeri akut b.d kerusakan jaringan
 Tujuan: nyeri klien berkurang, hilang atau terkontrol.
 Kriteria hasil:
 - Klien mengatakan nyeri berkurang.
 - Klien mengatakan nyaman.
 - Skala nyeri berkurang.
 - Klien dapat beraktivitas tanpa merasa nyeri.
 - Ekspresi klien nyaman.

Tabel 2.1
Intervensi dan Rasional 1

Intervensi	Rasional
1.Kaji karakteristik nyeri, lokasi nyeri, frekuensi nyeri dan skala nyeri.	1.Mengetahui seberapa berat nyeri yang dialami pasien.
2.Observasi reaksi non-verbal dari ketidaknyamanan.	2. Reaksi nonverbal sangat mengidentifikasi adanya rasa nyeri yang dirasakan klien.
3.Inspeksi daerah kemaluan dan perineum klien. Perhatikan adanya edema vulva, nyeri tekan lokal dan purulent.	3. Menge-tahui adanya tanda-tanda peradangan di daerah kemaluan dan perineum klien.
4.Berikan kompres NaCl pada daerah vulva klien.	4.Memberikan anestesi lokal, meningkatkan vasokontraksi dan mengurangi edema vulva.
5. Ajarkan klien teknik mengontrol nyeri non farmakologi : relaksasi, distraksi, message	5. Mengurangi rasa nyeri secara non farmakologi.
6.Kolaborasi dalam pemberian obat analgetik.	6.Mengurangi nyeri secara farmakologi.

2. Defisit volume cairan b.d kehilangan cairan secara aktif
 Tujuan: tidak terjadi syok hipovolemik selama proses keperawatan.
 Kriteria hasil:
- TTV dalam batas normal.
 - Tidak terjadi penurunan kesadaran.
 - Tidak ada tanda-tanda dehidrasi, elastisitas turgor kulit baik, mukosa lembab, tidak ada rasa haus yang berlebihan.
 - Balance cairan dalam batas normal.
 - Nilai elektrolit, Hb, Hmt dalam batas normal.
 -

Tabel 2.2
Intervensi dan Rasional

Intervensi	Rasional
1. Monitor tanda-tanda vital sesuai indikasi.	1. Tanda-tanda vital dapat digunakan untuk mengidentifikasi adanya perubahan-perubahan yang terjadi pada pasien terutama untuk mengetahui adanya tanda-tanda syok hipovolemik.
2.Observasi terhadap tanda-tanda dehidrasi.	2.Dehidrasi merupakan awal terjadinya syok bila dehidrasi tidak ditangani dengan baik.

3. Anjurkan pasien untuk lebih banyak minum.	3. Peningkatan intake cairan dapat meningkatkan volume intravaskuler yang dapat meningkatkan perfusi jaringan.
4. Monitor intake dan output klien.	4. Membantu dalam menganalisis keseimbangan cairan dan derajat kekurangan cairan.
5. Kolaborasi dalam pemberian cairan intravena.	5. Memenuhi kebutuhan cairan dalam tubuh klien.
6. Kolaborasi dalam pemberian transfusi darah jika diperlukan.	6. Perdarahan yang terjadi secara terus menerus dapat menyebabkan terjadinya syok hipovolemik, maka transfusi darah sangat diperlukan untuk mencegah terjadinya syok.
7. Monitor hasil laboratorium Hb, Hmt, elektrolit.	7. Nilai Hb, Hmt, dan elektrolit di bawah batas normal dapat mengidentifikasi terjadinya syok hipovolemik pada klien.

3. Resiko infeksi b.d prosedur pembedahan

Tujuan: pasien tidak mengalami infeksi.

Kriteria hasil:

- Pasien bebas dari tanda-tanda gejala infeksi.
- Pasien menunjukkan kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi.
- TTV dan jumlah leukosit dalam batas normal.

Tabel 2.3
Intervensi dan Rasional

Intervensi	Rasional
1. Jelaskan pada klien tentang tanda-tanda terjadinya infeksi.	1. Pengetahuan yang memadai memungkinkan klien kooperatif terhadap tindakan keperawatan.
2. Monitor tanda-tanda vital sesuai indikasi.	2. Peningkatan suhu tubuh pasien mengidentifikasi telah terjadinya infeksi.
3. Observasi keadaan vulva klien. Perhatikan adanya edema vulva dan kaji adanya tanda-tanda infeksi pada daerah insisi.	3. Mengetahui adanya tanda-tanda peradangan di daerah kemaluan klien.

4.Observasi jumlah perdarahan.	4. Perdarahan yang banyak dapat menyebabkan pertahanan tubuh melemah akibat dari pengeluaran leukosit yang berlebihan.
5. Motivasi dan membantu klien dalam menjaga kebersihan diri.	5. Lingkungan yang lembab dan kebersihan diri yang kurang merupakan media yang baik bagi pertumbuhan kuman yang dapat meningkatkan resiko terjadinya infeksi.
6. Monitor hasil laboratorium klien.	6.Peningkatan nilai leukosit menandakan klien telah mengalami infeksi.
7.Kolaborasi dalam pemberian antibiotik.	7. Pemberian antibiotik yang tepat dapat membantu mencegah pertumbuhan kuman yang lebih progresif.

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi proses keperawatan terdiri dari rangkaian aktivitas keperawatan dari hari ke hari yang harus dilakukan dan didokumentasikan dengan cermat. Perawat melakukan pengawasan terhadap efektivitas intervensi yang dilakukan, dan juga menilai perkembangan pasien terhadap pencapaian tujuan atau hasil yang diharapkan. Bagian dari pengumpulan data ini dapat diketahui dengan evaluasi proses keperawatan.

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan langkah terakhir dari proses keperawatan dengan cara melakukan identifikasi sejauh mana tujuan dari rencana keperawatan tercapai atau tidak dalam melakukan evaluasi. Perawat harusnya memiliki pengetahuan dan kempuan menggambarkan kesimpulan tentang tujuan yang dicapai serta kemampuan dalam menghubungkan tindakan keperawatan pada kriteria hasil (Hidayat, 2006).

Evaluasi keperawatan dapat dibagi dua yaitu :

a) Evaluasi formatif

Evaluasi hasil atau formatif dilakukan setiap selesai melaksanakan tindakan. Evaluasi formatif berfokus pada aktivitas proses keperawatan dan hasil tindakan keperawatan. Evaluasi ini dilakukan segera setelah perawat mengimplementasikan perencanaan keperawatan guna mengidentifikasi tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan. Perumusan evaluasi formatif ini meliputi empat komponen yang dikenal dengan istilah SOAP, yakni subjektif (data berupa keluhan klien), objektif (data hasil pemeriksaan), analisis data (perbandingan data dengan teori), *planning* (perencanaan).

b) Evaluasi sumatif

Evaluasi hasil sumatif dilakukan dengan membandingkan respon klien pada tujuan khusus dan umum yang telah ditemukan. Evaluasi sumatif

adalah evaluasi yang dilakukan setelah semua aktifitas proses keperawatan selesai dilakukan. Evaluasi sumatif ini bertujuan menilai dan memonitor kualitas asuhan keperawatan yang telah diberikan. Metode yang dapat digunakan pada evaluasi jenis ini adalah melakukan wawancara pada akhir pelayanan, menanyakan respon klien dan keluarga terkait layanan keperawatan, mengadakan pertemuan pada akhir pelayanan.

Evaluasi dilakukan secara berkesinambungan dengan melibatkan klien dan tenaga kesehatan lainnya. Evaluasi hasil yang diharapkan dari setiap diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien dengan post insisi hematoma vulva adalah :

- (1) Nyeri teratasi dengan kriteria nyeri berkurang, klien tampak nyaman, skala nyeri berkurang dan klien dapat beraktifitas tanpa merasa nyeri.
- (2) Defisit volume cairan teratasi dengan kriteria ttv dalam batas normal, tidak terjadi penurunan kesadaran, tidak ada tanda-tanda dehidrasi, turgor kulit baik, nilai elektrolit dalam batas normal.
- (3) Resiko infeksi teratasi dengan kriteria tidak ada tanda-tanda infeksi, TTV dan jumlah leukosit dalam batas normal.

6. Catatan Perkembangan

Pada hari berikutnya evaluasi dituliskan dalam catatan perkembangan. Catatan perkembangan merupakan keadaan klien yang didasarkan kepada setiap masalah yang ditemukan pada klien. Pada teknik ini catatan perkembangan dapat menggunakan bentuk SOAPIER Muttaqin (2010) sebagai berikut :

S: Data subjektif

Perkembangan keadaan didasarkan pada apa yang dirasakan, dilakukan dan dikemukakan klien.

O: Data objektif

Perkembangan yang bisa diamati dan diukur oleh perawat atau tim kesehatan lain.

A: Analisis

Data subjektif dan objektif dinilai dan dianalisis, apakah perkembangan kearah perbaikan atau kemunduran. Hasil analisis dapat menguraikan sampai dimana masalah yang ada dapat diatasi atau adakah perkembangan masalah baru yang menimbulkan diagnosa keperawatan baru.

P: Perencanaan

Rencana penanganan klien dalam hal ini didasarkan pada hasil analisis di atas yang berisi melanjutkan rencana selanjutnya apabila keadaan

atau masalah belum teratasi dan membuat rencana baru apabila rencana awal tidak efektif.

I: Implementasi

Tindakan yang dilakukan berdasarkan rencana asuhan keperawatan yang telah disusun oleh perawat.

E: Evaluasi

Evaluasi terdiri dari penilaian sejauh mana tindakan dan evaluasi telah dilaksanakan dan sejauh mana masalah bisa teratasi.

R: *Reassessment*

Bila hasil evaluasi menunjukkan masalah belum teratasi, pengkajian ulang perlu dilakukan kembali melalui proses pengumpulan data subjektif dan objektif dan proses analisis.

BAB III

TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Laporan Kasus

1. Pengkajian

a. Pengumpulan Data

1) Identitas

a) Identitas klien

Nama : Ny.D
Umur : 29 tahun
Jenis kelamin : Perempuan
Pendidikan : SMA
Alamat : Jln.Tipar Gg.Purabaya RT006/003
Pekerjaan : Ibu rumah tangga
Agama : Islam
Status perkawinan : Menikah
Suku bangsa : Indonesia
Tanggal masuk RS : 24 Februari 2018
Tanggal pengkajian : 26 Februari 2018 (14.00 WIB)
No. Registrasi : 00094969
Ruangan : Mawar Putih
Dignosa medis : Hematoma Vulva

b) Penanggung jawab

Nama : Tn.A
Umur : 32 tahun
Jenis kelamin : Laki-laki
Suku bangsa : Indonesia
Agama : Islam
Pendidikan : SMA
Pekerjan : Pegawai swasta
Alamat : Jln.Tipar Gg.Purabaya rt006/003
Hubungan klien : Suami

2) Keluhan Kesehatan

a) Keluhan utama

Pasien mengatakan nyeri pada luka operasi

b) Riwayat penyakit sekarang

Pada tanggal 24 Februari 2018, klien dirawat inap di Ruang Mawar Putih, klien datang dengan keluhan mulas, keluaran lendir darah, klien juga mengatakan tidak adanya gerakan janin dari dua hari yang lalu. Kemudian klien memeriksakannya ke puskesmas terdekat untuk dilakukan pemeriksaan USG. Setelah dilakukan pemeriksaan USG dengan hasil janin sudah meninggal dalam kandungan maka klien di rujuk ke RS untuk dilakukan pemeriksaan lebih lanjut. Pada tanggal 25 Februari

2018 klien dilakukan pemeriksaan USG lanjutan, dan dinyatakan bayi sudah meninggal di dalam kandungan, selanjutnya ditindak lanjuti untuk kelahiran bayi di ruang VK dan terjadi hematoma vulva karena adanya trauma jalan lahir dan selanjutnya ditindak lanjuti proses insisi. Setelah dilakukan post insisi hematoma vulva klien mengeluh nyeri yang dirasakan seperti disayat benda tajam. Nyeri dirasakan dibagian vagina dengan skala nyeri 3 (0-5). Nyeri dirasakan pada saat bergerak/beraktifitas.

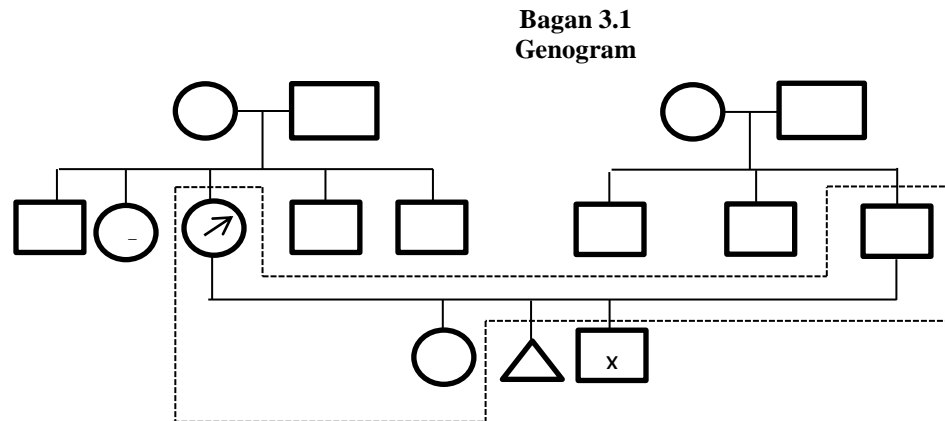
c) Riwayat kesehatan masa lalu

Klien mengatakan tidak pernah dirawat dan tidak memiliki penyakit lainnya.

d) Riwayat kesehatan keluarga

Klien mengatakan dalam keluarganya tidak ada yang menderita penyakit menular seperti TBC, hepatitis, penyakit menahun seperti kencing manis, dan darah tinggi.

e) Genogram



Keterangan:

○	Perempuan	-----	Tinggal Satu Rumah
□	Laki-laki	↗	Klien
△	Aborsi	X	Meninggal
┌	Garis Pernikahan	└	Garis Keturunan

Klien merupakan anak ke 3 dari 5 bersaudara yang terdiri atas 3 laki-laki dan 2 perempuan. Status klien sudah menikah dengan laki-laki dari 3 bersaudara. Klien tinggal satu rumah dengan suami dan anaknya.

3) Riwayat obsetri ginekologi

a) Riwayat obsetri

Status perkawinan : Menikah
 Usia saat kawin : 20 tahun
 Riwayat obsetri : P2A1H1

Tabel 3.1
Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas Ny.D

Hamil			Persalinan				Anak					Nifas
Ke	Uk	Penyakit	Tmpt	Jns	Pe-nolong	Pe-nyulit	L/P	BB	PB	Usia	ASI	Pe-nyulit
1	9 bln	-	PKM	N	Bidan	-	P	2,5 kg	50 cm	5 tahun	ya	-
2	2 bln	-										
3	9 bln	-	RS	N	Bidan	Janin meninggal di dalam kandu-ngan	L	2,8 kg	53 cm	-	-	-

b) Riwayat ginekologi

1) Riwayat menstruasi

Menarche : 12 tahun

Teratur/tidak : Tidak teratur

Lama : 5-8 hari

Jumlah : 1 hari habis 2 pembalut

Sifat darah : cair, kadang bergumpal kecil

Disminorhoe : hanya pada hari pertama setiap datang bulan

Fluor albus : ya, kadang-kadang, berwarna

2) Riwayat keluarga berencana

Alat kontrasepsi yang pernah dipakai klien adalah KB suntik 3 bulan sekali, masalah yang pernah dialami selama penggunaan alat kontrasepsi yaitu klien tidak mengalami menstruasi dan penambahan berat badan.

3) Pola kebiasaan sehari-hari

Tabel 3.2
Pola Kebiasaan Sehari-hari

No	Aktivitas	Sebelum Sakit	Ketika Sakit
a)	Pola Nutrisi a. Makan: Komposisi Frekuensi Selera makan Makanan pantangan b. Minuman: Jenis Jumlah per hari Minuman disukai Minuman pantangan	Nasi, lauk pauk 3x sehari Bagus Tidak ada Air putih 8-10 gelas/hari Air putih Tidak ada	Nasi, lauk pauk 3x sehari Berkurang Tidak ada Air putih 5-6 gelas/hari Air putih Tidak ada
b)	Pola Eliminasi a. Eliminasi BAK: Frekuensi Warna dan bau Kelainan b. Eliminasi BAB: Frekuensi Konsistensi Warna dan bau Kelainan	Tidak tentu Khas urin Tidak ada 1x sehari Padat, lembek Kuning, bau khas Tidak ada	Tidak tentu Khas urin Ada rasa nyeri 1x sehari lembek Kuning, bau khas Tidak ada
c.	Pola Istirahat tidur a. Lama tidur siang b. Lama tidur malam c. Kebiasaan pengantar tidur d. Kesulitan tidur e. Kebiasaan penggunaan obat tidur f. Keluhan	Jarang tidur siang 7 jam Berdoa Tidak ada Tidak ada Tidak ada	1 jam 8 jam Berdoa Tidak ada Tidak ada Tidak ada

d.	Personal Hygiene: a. Kebiasaan mandi b. Menggosok gigi c. Pemeliharaan rambut d. Pemeliharaan kuku e. Mengganti pakaian f. Masalah dalam hygiene	2x sehari 2x sehari 2x seminggu 1x seminggu 2x sehari Tidak ada	1x sehari 1x sehari Belum keramas Belum mengunting kuku 2x sehari Klien belum keramas dan belum mengunting kuku karena tidak mau
e.	Pola aktivitas dan olahraga a. Jenis pekerjaan b. Waktu bekerja c. Lama bekerja d. Jenis olahraga e. Frekuensi olahraga f. Kegiatan di waktu luang g. Keluhan	Ibu rumah tangga - - Jarang berolahraga - Menonton tv, bermain bersama anak Tidak ada	Istirahat di RS Istirahat di RS Istirahat di RS Istirahat di RS Istirahat di RS Mengobrol bersama teman kamar Tidak ada

4) Pemeriksaan fisik

a) Keadaan umum

Keadaan umum klien lemah, kesadaran compos mentis, GCS 15 (E₄M₆V₅) berbaring dengan posisi terlentang di tempat tidur, terpasang infus futrolit dan dikombinasi dengan Vit C 20 tetes/menit ditangan sebelah kiri sejak tanggal 25 Februari 2018, tidak terlihat adanya flebitis dan infeksi.

BB : 55 kg

TB : 150 cm

TD : 110/70 mmHg

Nadi : 88x/menit

Respirasi: 22x/menit

Suhu : 36,2°C

b) Sistem pernapasan

Bentuk hidung simetris, kebersihan hidung bersih, mukosa hidung lembab, tidak ada pengeluaran sekret, tidak ada nyeri tekan daerah sinus, tidak ada polip, tidak memiliki alergi, pergerakan dada ketika bernafas simetris kanan dan kiri, tidak ada kelainan pada leher, frekuensi nafas 22x/menit, nafas teratur, tidak tampak retraksi dinding dada, suara napas vesikuler.

c) Sistem kardiovaskuler

Tekanan darah: 110/70mmHg, nadi: 88x/menit, nadi teraba lemah irama teratur, bunyi jantung teratur dan regular, terdengar suara S1 dan S2, tidak terdapat suara tambahan, akral teraba hangat dan CRT kembali dalam 2 detik.

d) Sistem persyarafan

Pada pemeriksaan tingkat kesadaran dengan menggunakan GCS klien berada dalam GCS=15 E4M6V5, klien composmentis (sadar penuh), bentuk kepala normal proposional, tidak ada sakit kepala atau nyeri tekan pada kepala, tidak terdapat lesi. Berikut hasil pengkajian dua belas saraf kranial:

Nervus I (*olfactorius*)

Klien dapat membedakan bau freshcare dan minyak wangi.

Nervus II (*optikus*)

Klien dapat melihat jelas identitas perawat dalam jarak kurang lebih 30 cm, dan dapat membaca dengan menggunakan buku bacaan.

Nervus III (*oculomotorius*), Nervus IV (*throcotalis*),

Nervus VI (*abducentis*)

Klien mampu menggerakkan bola mata ke kiri dan ke kanan atas dan bawah, bentuk kedua pupil isokor, refleks pupil dapat miosis saat ada rangsangan cahaya dan kembali ke ukuran semula saat tidak ada cahaya, kelopak mata dapat membuka dan menutup.

Nervus V (*trigeminus*)

Klien mampu mengunyah makanan dengan baik, refleks menelan tidak ada gangguan, klien mampu mengatupkan gigi, dan menggerakkan rahang.

Nervus VII (*facialis*)

Klien dapat mengangkat alis, mengerutkan dahi dan klien mampu tersenyum.

Nervus VIII (*vestibulo-auditorius*)

Klien dapat mendengar gesekan tangan, klien mampu mendengar dengan baik dan mampu mendengar bunyi detak alroji pada jarak 10cm.

Nervus IX (*glosofaringeus*), Nervus X (*vagus*)

Klien dapat menelan dengan baik tanpa gangguan dan terdapat refleks gag.

Nervus XII (*hypoglosus*)

Klien dapat menjulurkan lidah, menggerakkan lidah ke segala arah.

e) Sistem pencernaan

Mulut tampak bersih, bentuk mulut simestris, mukosa bibir kering. Klien mengatakan selama sakit nafsu makan menurun, gusi berwarna merah muda tidak ada bengkak, gigi bersih dan tidak terdapat karies, tidak ada pembesaran tonsil, klien dapat menelan tanpa keluhan nyeri menelan, bentuk abdomen simestris, tidak terdapat nyeri tekan, paristaltik usus ketika di auskultrasi 7x/menit dan tidak terdapat tanda hemoroid pada daerah anus, tidak terdapat nyeri pada daerah rectum.

f) Sistem integument

Warna kulit kuning langsung, tidak terdapat sianosis, turgor kulit kering, kulit klien teraba lengket, akral teraba hangat, suhu 36,2°C, kuku pendek, tidak ada benjolan, tidak ada edema pada ekstermitas, CRT tidak kembali dalam 2 detik.

g) Sistem reproduksi

Payudara simetris kanan dan kiri, tidak terjadi pembengkakan payudara, tidak ada kelainan pada payudara. Lochea rubra, masih mengeluhkan nyeri di daerah vagina, dan kadang terasa gatal pada daerah vagina dan pada luka insisi, luka insisi terdapat di bagian sisi kanan vagina dengan jumlah delapan jaitan.

h) Sistem urinaria

Terpasang selang kateter dan warna urin kuning keruh. Pada saat dikaji ibu merasakan tidak nyaman saat berkemih. Urin yang tertampung di urin bag sebanyak 500cc.

i) Sistem endokrin

Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid dan tidak ada pembesaran kelenjar getah bening.

j) Sistem muskuloskeletal

Ektermitas atas:

Bentuk simestris, terpasang infus futrolit dengan kombinasi Vit C 20 tetes/menit ditangan sebelah kiri sejak 25 Februari 2018, kondisi bersih, tidak terlihat tanda flebitis dan infeksi. Akral hangat teraba, klien tampak berhati-hati saat bergerak, aktifitas klien sebagian dibantu, tidak ada edema, tidak ada lesi, tidak terdapat nyeri di ektermitas atas kekuatan otot 5 $\frac{5}{5}$

Ektermitas bawah:

Bentuk simestris, akral teraba hangat, tidak ada edema dan varises, tidak ada lesi, ada keterbatasan gerak karena nyeri di daerah vagina apabila terlalu banyak bergerak, kekuatan otot 5 $\frac{5}{5}$

5) Data Psikososial

a) Persepsi

Pada saat dilakukan pengkajian klien tampak berbicara baik, klien tampak cemas setelah dilakukan tindakan insisi hematoma vulva. Klien tidak mengerti tentang tindakan yang dilakukan pada persalinan yang dilakukannya saat ini, akan tetapi klien banyak mendapat dukungan moril dari orang-orang terdekat.

b) Peran diri

Peran diri klien dalam keluarga adalah sebagai istri dan ibu dari 1 orang anak dan klien sudah 9 tahun menikah.

c) Identitas diri

Klien adalah seorang perempuan, anak ke 3 dari 5 bersaudara. Klien berstatus sebagai ibu rumah tangga.

d) Harga diri

Klien menginginkan nyeri yang tidak terasa lagi. Klien berharap segera sembuh dan dapat segera pulang ke rumahnya.

6) Data Sosial dan Budaya

Klien dapat berkomunikasi dengan lancar dan berinteraksi dengan baik. Klien bersikap kooperatif dan dapat berhubungan dan berinteraksi dengan baik dengan petugas kesehatan maupun dengan keluarga selama dirawat di rumah sakit. Klien sering bersosialisasi dengan teman kamarnya dan klien juga termasuk orang yang selalu bersosialisasi dengan warga di lingkungan rumahnya. Klien juga banyak bertanya perihal masalah yang dialaminya dan cara perawatannya jika sudah pulang nanti.

7) Data Spiritual

Pada saat dikaji, klien mengatakan beragama Islam dan meyakini akan adanya Allah SWT, klien selalu menjalankan ibadah solat lima waktu, klien pun selalu berdoa akan kesembuhannya. Klien yakin akan pelayanan kesehatan yang diberikan dan dukungan keluarga saat ini agar cepat sembuh.

8) Data Penunjang

Tabel-tabel berikut ini merupakan data-data penunjang yang digunakan dalam proses asuhan keperawatan Ny.D pada kasus insisi hematoma vulva.

Tabel 3.3
Pemeriksaan Laboratorium

Pemeriksaan tanggal 24 Februari 2018

pukul 22:06 WIB

Jenis Pemeriksaan	Hasil	Normal	Satuan	Interpretasi
HEMATOLOGI				
Darah Rutin				
Hemoglobin	9,5	12-14	g/dl	Menurun
Leukosit	14.800	4.000-10.000	/ μ l	Meningkat
Hematokrit	30	37-47	%	Menurun
Eritrosit	3,9	3,8-6,2	/ μ l	Normal
Indeks Eritrosit				
MCV	78	80-100	/L	Menurun
MCH	24	26-34	pg	Menurun
MCHC	31	32-36	g/dl	Menurun
Trombosit	240.000	100.000-400.000	/ μ l	Normal
IMUNOSEROLOGI				
Anti HIV kualitatif	Non reaktif	Non reaktif		Normal
URINE				
Urin lengkap				
Kimia urine				

Warna	Kuning	Kuning		Normal
Kejernihan	Agak keruh	Jernih		-
pH	7.0	4.6-8.0		Normal
Berat jenis	1.010	1.005-1.03		-
Lekosit	Negative	Negative	sel/ μ l	Normal
Nitrit	Negative	Negative		Normal
Protein	Pos(++/100)	Negative	mg/dl	Meningkat
Glukosa	Negative	Negative	mg/dl	Normal
Keton	Negative	Negative	mg/dl	Normal
Urobilinogen	Negative	<1	mg/dl	Menurun
Bilirubin	Negative	Negative		Normal
Eritrosit	Pos(++/25)	Negative	sel/ μ l	Meningkat
Mikrokopis Urin				
Lekosit	2-3	<6	/LPB	Normal
Eritrosit	10-12	<3	/LPB	Meningkat
Epitel	+	1-15	/LPK	-
Silinder	Negative	Negative	/LPB	Normal
Kristal	Negatif	Negative	/LPB	Normal
Bakteri	Negative	Negative	/LPK	Normal
Lain-lain	Negative	Negative		Normal

Tabel 3.4
Jadwal Terapi Obat

No	Tgl	Nama Obat	Dosis	Cara	Pagi	Siang	Malam
1	26/2/18	Amoxicillin	500mg	oral	07.00	15.00	23.00
		Dofamet	250mg	oral	-	14.00	20.00
2	27/2/18	Amoxicillin	500mg	oral	07.00	-	-
		Dofamet	250mg	oral	07.00	13.00	-
3	28/2/18	dofamet	250mg	oral	-	13.00	19.00
		Amoxicillin	500mg	oral	09.00	17.00	-

Tabel 3.5
Analisa Data, Etiologi, Masalah

No	Data	Etiologi	Masalah
1.	<p>Ds:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengeluhkan nyeri pada daerah operasi (insisi). - Klien mengatakan nyeri yang dirasakan seperti di sayat benda tajam - Klien mengatakan nyeri dirasakan pada saat bergerak <p>Do:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak meringis saat mencoba bergerak - Klien tampak berhati-hati saat bergerak - Skala nyeri 3 (0-5) - Tanda-tanda vital: TD: 110/70 mmHg Nadi: 88x/menit Respirasi: 22x/menit Suhu : 36,2°C 	<p>Tindakan pembedahan</p> <p>↓</p> <p>Adanya luka insisi</p> <p>↓</p> <p>Terputusnya kontinuitas jaringan</p> <p>↓</p> <p>Adanya rasa nyeri</p> <p>↓</p> <p>Nyeri di transmisikan ke hipotalamus</p> <p>↓</p> <p>Nyeri</p>	Nyeri (akut)
2.	<p>Ds:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengeluh selalu merasa haus <p>Do:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Penurunan turgor kulit - Konsentrasi urine meningkat - Penurunan urine output - Lemas - Tanda-tanda vital: TD: 110/70 mmHg Nadi: 88x/menit Respirasi: 22x/menit Suhu : 36,2°C Urin : 500cc 	<p>Kehilangan cairan berlebih</p> <p>↓</p> <p>Dehidrasi</p> <p>↓</p> <p>Cairan ekstra seluler dan plasma</p> <p>↓</p> <p>Defisit voleme cairan</p>	Defisit voleme cairan
3.	<p>Ds:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengeluhkan rasa nyeri disertai gatal pada luka insisi nya <p>Do:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak kurang nyaman dengan gatal yang dirasakan - Terdapat luka insisi di daerah vaginanya 	<p>Tindakan pembedahan</p> <p>↓</p> <p>Terputusnya kontinuitas jaringan</p> <p>↓</p> <p>Hilangnya fungsi kulit sebagai proteksi</p> <p>↓</p> <p>Memungkinan masuknya mikroorganisme ke tubuh</p>	Resiko infeksi

	kuadran kanan - Tanda-tanda vita: TD: 110/70 mmHg Nadi: 88x/menit Respirasi: 22x/menit Suhu : 36,2°C	↓ Resiko infeksi	
--	---	---------------------	--

2. Diagnosa Keperawatan Berdasarkan Prioritas Masalah

Diagnosa keperawatan yang dialami Ny.D berdasarkan prioritas masalah adalah:

- 1) Nyeri akut b.d kerusakan jaringan
- 2) Defisit volume cairan b.d kehilangan volume cairan secara aktif
- 3) Resiko infeksi b.d prosedur pembedahan

3. Intervensi Keperawatan

Tabel 3.6
Intervensi Keperawatan

No	Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Perencanaan		
			Tujuan	Intervensi	Rasional
1	26-02-18	Nyeri akut b.d kerusakan jaringan	Tupan: Setelah dilakukan tindakan 3x24 jam masalah teratasi Tupen: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam masalah teratasi sebagian edngan kriteria hasil: -klien mengatakan nyeri berkurang -klien mengatakan nyaman -skala nyeri berkurang	1.Kaji karakteristik nyeri, lokasi nyeri, frekuensi nyeri dan skala nyeri. 2.Observasi reaksi non-verbal dari ketidaknyamanan. 3.Inspeksi daerah	1.Mengetahui seberapa berat nyeri yang dialami pasien. 2.Reaksi non-verbal sangat mengidentifikasi adanya rasa nyeri yang dirasakan klien. 3.Mengetahui adanya tanda-

			<p>Klien dapat beraktifitas tanpa merasa nyeri -ekspresi klien nyaman</p>	<p>kemaluan dan perinieum klien. Perhatikan adanya edema vulva, nyeri tekan local dan purulent.</p> <p>4.Berikan kompres Nacl pada daerah vulva klien.</p> <p>5.Ajarkan klien teknik mengontrol nyeri non farmakologi: relaksasi, distraksi, massage.</p> <p>6.Kolaborasi daam pemberian obat analgetik.</p>	<p>tanda peradangan di daerah kemaluan dan perineum klien.</p> <p>4.Memberikan anastesi local, meningkatkan vasokontraksi dan mengurangi edema vulva.</p> <p>5.Mengurangi rasa nyeri secara non farmakolofi.</p> <p>6.Mengurangi nyeri secara farmakologi</p>
2.	26-02-18	Defisit volume cairan b.d kehilangan volume cairan secara aktif	<p>Tupan: Setelah dilakukan tindakan 3x24 jam masalah teratasi</p> <p>Tupen: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam masalah teratasi sebagian dengan kriteria hasil: -TTV dalam batas normal -Tidak terjadi penurunan kesadaran -Tidak ada tanda-</p>	<p>1.Monitor tanda-tanda vital sesuai indikasi.</p> <p>2.Observasi terhadap tanda-tanda</p>	<p>1.Tanda-tanda vital dapat digunakan untuk mengidentifikasi adanya perubahan-perubahan yang terjadi pada pasien terutama untuk mengetahui adanya tanda-tanda syok hipovolemik.</p> <p>2.Dehidrasi merupakan awal terjadinya syok</p>

			<p>tanda dehidrasi, elastisitas turgor baik, membran mukosa lembab, tidak ada rasa haus yang berlebihan.</p> <p>-Balance cairan dalam batas normal</p> <p>-Nilai elektrolit, Hb, Hmt dalam batas normal</p>	<p>ehidrasi.</p> <p>3. Anjurkan pasien untuk lebih banyak minum.</p> <p>4. Monitor intake dan output klien.</p> <p>5. Kolaborasi dalam pemberian cairan intravena.</p> <p>6. Kolaborasi dalam pemberian transfuse darah jika diperlukan.</p> <p>7. Monitor hasil laboratorium Hb, Hmt, elektrolit.</p>	<p>bila dehidrasi tidak ditangani dengan baik.</p> <p>3. Peningkatan intake cairan dapat meningkatkan volume intravaskuler yang dapat meningkatkan perfusi jaringan.</p> <p>4. Membantu dalam mengalisa keseimbangan cairan dan derajat kekurangan cairan.</p> <p>5. Memenuhi kebutuhan cairan dalam tubuh klien.</p> <p>6. Perdarahan yang terjadi secara terus menerus dapat menyebabkan terjadinya syok hipovolemik, maka transfuse darah sangat diperlukan untuk mencegah terjadinya syok.</p> <p>7. Nilai Hb, Hmt dan elektrolit di bawah batas normal dapat mengidentifikasi</p>
--	--	--	---	--	--

					terjadinya syok hipovolemik pada klien.
3.	26-02-18	Resiko infeksi b.d prosedur pembedahan	<p>Tupan: Setelah dilakukan tindakan 3x24 jam masalah teratasi</p> <p>Tupen: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam masalah teratasi sebagian edngan kriteria hasil: -Pasien bebas dari tanda-tanda gejala infeksi -Pasien menunjukkan kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi -TTV dan jumlah leukosit dalam batas normal</p>	<p>1.Jelaskan pada klien tentang tanda-tanda terjadinya infeksi.</p> <p>2.Monitor tanda-tanda vital sesuai indikasi.</p> <p>3.Observasi keadaan vulva klien perhatikan adanya edema vulva dan kaji adanya tanda-tanda infeksi pada daerah insisi.</p> <p>4.Observasi jumlah perdarahan.</p> <p>5.Motivasi dan membantu klien dalam menjaga kebersihan diri.</p>	<p>1.Pengetahuan yang emmeadai memungkinkan klien kooperatif terhadap tindakan keperawatan.</p> <p>2.Peningkatan suhu tubuh pasien mengidentifikasi telah terjadinya infeksi.</p> <p>3.Mengetahui adanya tanda-tanda peradangan didaerah kemaluan klien.</p> <p>4.Perdarahan yang banyak dapat menyebabkan pertahanan tubuh melemah akibat dari pengeluaran leukosit yang berlebihan.</p> <p>5.Lingkungan yang lembab dan kebersihan diri yang kurang merupakan media yang baik bagi pertumbuhan kuman yang</p>

				6. Monitor hasil laboratorium klien. 7. Kolaborasi dalam pemberian antibiotik.	dapat meningkatkan resiko terjadinya infeksi. 6. Peningkatan nilai leukosit menandakan klien telah mengalami infeksi. 7. Pemberian antibiotik yang tepat dapat membantu mencegah pertumbuhan kuman yang lebih progresif.
--	--	--	--	---	--

4. Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

Tabel 3.7
Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

Dx	Hari, tgl, jam	Implementasi	Evaluasi	Paraf
1.	26 Feb 2018 14.00	1. Mengkaji karakteristik nyeri, lokasi nyeri, frekuensi nyeri dan skala nyeri. R/ skala nyeri 3 (0-5), nyeri pada daerah vagina, klien mengatakan nyeri dirasakan saat beraktivitas	S: Klien mengatakan masih merasakan nyeri pada daerah vagina nya. O: Klien mulai tampak tenang TD: 100/70mmHg S: 36,8 ^o c N: 78x/menit R: 19x/menit A: Masalah teratasi sebagian P: Intervensi di lanjutkan	Suci
	14.25	2. Memberikan kompres NaCl pada daerah vulva klien R/ mengurangi adanya pembengkakan dan kebersihan daerah vulva klien.		
	14.30	3. Mengajarkan klien teknik mengontrol nyeri		

		<p>non-farmakologi R/ klien mau dan mampu melakukan teknik relaksasi nafas dalam.</p> <p>4.Mengkolaborasi dalam pemberian obat analgetik R/ untuk mengurangi rasa nyeri secara farmakologi</p>		
2	<p>14.30</p> <p>14.45</p> <p>15.00</p>	<p>1.Memonitor tanda-tanda vital sesuai indikasi R/ TD: 100/70mmHg S: 36,8^oc N: 78x/menit R: 19x/menit</p> <p>2.Memonitor intake dan output klien R/ membantu mengetahui tingkat dehidrasi klien</p> <p>3.Menganjurkan klien untuk lebih banyak minum R/ membantu klien untuk mengurangi dehidrasinya</p>	<p>S: Klien mengatakan masih sering merasa haus. O: klien tampak lemas TD: 100/70mmHg S: 36,8^oc N: 78x/menit R: 19x/menit</p> <p>A: Masalah terastasi sebagian P: intervensi di lanjutkan</p>	Suci
3	<p>15.00</p> <p>15.50</p> <p>16.00</p> <p>16.40</p>	<p>1.Menjelaskan pada klien tentang tanda-tanda terjadinya infeksi R/ klien belum paham dan belum mengetahui tentang apa itu infeksi</p> <p>2.Memonitor tanda-tanda vital sesuai dengan indikasi R/ TD: 100/70mmHg S: 36,8^oc N: 78x/menit R: 19x/menit</p> <p>3.Mengobservasi keadaan vulva klien. Perhatikan adanya edema vulva dan kaji adanya infeksi pada daerah insisi R/ untuk mengetahui adanya tanda-tanda infeksi atau tidak</p> <p>4.Memotivasi dan membantu klien dalam</p>	<p>S: Klien mengatakan lega dan lebih tenang setelah mendapatkan informasi dari perawat O: klien nampak lega dan tenang. Klien memahami apa yang perawat informasikan TD: 100/70mmHg S: 36,8^oc N: 78x/menit R: 19x/menit</p> <p>A: Masalah teratasi sebagian P: Intervensi di lanjutkan</p>	Suci

		menjaga kebersihan diri R/ klien mau dan akan melakukan untuk menjaga kebersihan dirinya terutama pada daerah vagina nya.	
--	--	--	--

Tabel 3.8
Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

Dx	Hari,tgl,jam	Implementasi	Evaluasi	Paraf
1.	27 Feb 2018 16.00 16.25 16.30	1.Mengkaji karakteristik nyeri, lokasi nyeri, frekuensi nyeri dan skala nyeri. R/ skala nyeri 3 (0-5), nyeri pada daerah vagina, nyeri dirasakan ketika beraktifitas. 2.Memberikan kompres Nacl pada daerah vulva klien R/ mengurangi adanya pembengkakan dan kebersihan daerah vulva klien. 3.Mengajarkan klien teknik mengontrol nyeri non-farmakologi R/ klien mau dan mampu melakukan teknik relaksasi nafas dalam. 4.Mengkolaborasi dalam pemberian obat analgetik R/ untuk mengurangi rasa nyeri secara farmakologi	S: Klien mengatakan masih merasakan nyeri pada daerah vagina nya. O: Klien mulai tampak tenang TD: 100/70mmHg S: 37,8 ^o c N: 78x/menit R: 20x/menit A: Masalah teratasi sebagian P: Intervensi di lanjutkan	Suci
2	16.30 16.45	1.Memonitor tanda-tanda vital sesuai indikasi R/ TD: 100/70mmHg S: 37,8 ^o c N: 78x/menit R: 20x/menit 2.Memonitor intake dan output klien R/ membantu mengetahui tingkat dehidrasi klien	S: Klien mengatakan masih sering merasa haus. O: klien tampak lemas TD: 100/70mmHg S: 37,8 ^o c N: 78x/menit R: 20x/menit A: Masalah terastasi sebagian P: intervensi di lanjutkan	Suci

	17.00	3.Menganjurkan klien untuk lebih banyak minum R/ membantu klien untuk mengurangi dehidrasinya		
3	17.00	1.Menjelaskan pada klien tentang tanda-tanda terjadinya infeksi R/ klien belum paham dan belum mengetahui tentang apa itu infeksi	S: Klien mengatakan lega dan lebih tenang setelah mendapatkan informasi dari perawat O: klien nampak lega dan tenang. Klien memahami apa yang perawat informasikan	Suci
	17.50	2.Memonitor tanda-tanda vital sesuai dengan indikasi R/ TD: 100/70mmHg S: 37,8 ^o c N: 78x/menit R: 20x/menit	TD: 100/70mmHg S: 37,8 ^o c N: 78x/menit R: 20x/menit A: Masalah teratasi sebagian P: Intervensi di lanjutkan	
	18.00	3.Mengobservasi keadaan vulva klien. Perhatikan adanya edema vulva dan kaji adanya infeksi pada daerah insisi R/ untuk mengetahui adanya tanda-tanda infeksi atau tidak		
	18.40	4.Memotivasi dan membantu klien dalam menjaga kebersihan diri R/ klien mau dan akan melakukan untuk menjaga kebersihan dirinya terutama pada daerah vagina nya.		

5. Catatan Perkembangan

Berikut adalah catatan perkembangan klien selama 3 hari yang dilakukan pada tanggal 28 Februari hingga 5 Maret 2018.

Tabel 3.9
Catatan Perkembangan 1

Tanggal/jam	No.Dx	Catatan Perkembangan	Paraf
28 Feb 18	1	<p>S: Klien mengatakan nyerinya mulai berkurang O: TTV TD: 110/70 mmHg Nadi: 88x/menit Respirasi: 22x/menit Suhu : 36,2°C</p> <p>A: Masalah teratasi sebagian P: Intervensi dilanjutkan 1-4 I: Implementasi</p> <p>14.00 1. Mengkaji karakteristik nyeri R/ skala nyeri 2 (0-5)</p> <p>14.10 2. Memberikan kompres Nacl pada daerah vulva klien R/ mengurangi adanya edema pada daerah vulva</p> <p>14.15 3. Mengajarkan klien teknik relaksasi nafas dalam R/ klien melakukan teknik relaksasi nafas dalam dengan nyaman</p> <p>14.30 4. Mengkolaborasikan pemberian analgetik R/ obat sudah di berikan, amoxicillin (500mg) tablet</p> <p>E: Masalah teratasi sebagian (klien masih nampak berhati-hati jika akan melakukan aktifitas dan klien masih nampak menahan nyeri, ekspresi wajah meringis dengan skala nyeri 2 (0-5) R: -</p>	Suci
	2	<p>S: Klien mengatakan masih merasakan haus yang berlebih O: Klien masih nampak lemas TD: 110/70 mmHg Nadi: 88x/menit Respirasi: 22x/menit Suhu : 36,2°C</p> <p>A: Masalah teratasi sebagian P: Intervensi di lanjutkan 1-3 I: Implementasi</p> <p>14.35 1. Memonitor tanda-tanda vital sesuai indikasi R/ TD: 110/70 mmHg Nadi: 88x/menit Respirasi: 22x/menit Suhu : 36,2°C</p> <p>14.40 2. Memonitor intake dan output klien R/ mengetahui ada atau tidaknya dehidrasi</p> <p>14.40 3. Menganjurkan klien untuk lebih banyak minum</p>	Suci

		R/ untuk mengurangi adanya dehidrasi E: Masalah teratasi sebagian R: -	
14.45	3	S: Klien mulai mengetahui cara merawat luka insisinya O: Klien nampak lega dan mulai paham soal penyakitnya TTV : TD: 110/70 mmHg Nadi: 88x/menit Respirasi: 22x/menit Suhu : 36,2°C A: Masalah teratasi sebagian P: Intervensi dilanjutkan 1-4 I: Implementasi 1. Menjelaskan pada klien tentang-tanda-tanda infeksi R/ klien mulai faham tanda-tanda infeksi	Suci
15.00		2. Memonitor tanda-tanda vital R/ TD: 110/70 mmHg Nadi: 88x/menit Respirasi: 22x/menit Suhu : 36,2°C	
15.15		3. Mengobservasi keadaan vulva klien R/ tidak adanya tanda infeksi pada daerah vulva klien	
15.30		4. Memotivasi dan membantu klien dalam menjaga kebersihan diri R/ klien mau dan mampu untuk menjaga kebersihan dirinya. E: Masalah teratasi sebagian (klien pulang) R: -	

Tabel 3.10
Catatan Perkembangan 2

Tanggal/jam	Dx	Catatan Perkembangan	Paraf
3 Maret 18	1	S: Klien mengatakan nyerinya berkurang O: TTV TD: 110/70 mmHg Nadi: 78x/menit Respirasi: 18x/menit Suhu : 36,2°C A: Masalah teratasi sebagian P: Intervensi dilanjutkan 1-4 I: Implementasi 1. Mengkaji karakteristik nyeri R/ skala nyeri 2 (0-5)	Suci
13.00		2. Memberikan kompres NaCl pada daerah vulva klien R/ mengurangi adanya edema pada daerah vulva	
13.15			

13.20		3. Mengajarkan klien teknik relaksasi nafas dalam R/ klien melakukan teknik relaksasi nafas dalam dengan nyaman	
13.30		4. Mengkolaborasikan pemberian analgetik R/ obat sudah di minum, amoxicillin (500mg) tablet E: Masalah teratasi sebagian (<i>Home Visit</i>) R: -	
13.45	2	S: Klien mengatakan sudah tidak sering merasakan haus O: Klien masih nampak lemas TD: 110/70 mmHg Nadi: 78x/menit Respirasi: 18x/menit Suhu : 36,2°C A: Masalah teratasi sebagian P: Intervensi di lanjutkan 1-3 I: Implementasi 1. Memonitor tanda-tanda vital sesuai indikasi R/ TD: 110/70 mmHg Nadi: 78x/menit Respirasi: 18x/menit Suhu : 36,2°C	Suci
14.00		2. Memonitor intake dan output klien R/ mengetahui ada atau tidaknya dehidrasi	
14.15		3. Mengajarkan klien untuk lebih banyak minum R/ klien sudah melakukan dan bisa mengontrol rasa hausnya E: Masalah teratasi sebagian (<i>Home Visit</i>) R: -	
14.25	3	S: Klien mulai mengetahui cara mengatasi luka insisinya O: Klien nampak lega dan mulai paham soal penyakitnya TTV : TD: 110/70 mmHg Nadi: 78x/menit Respirasi: 18x/menit Suhu : 36,2°C A: Masalah teratasi sebagian P: Intervensi dilanjutkan 1-4 I: Implementasi 1. Menjelaskan pada klien tentang tanda-tanda infeksi R/ klien mulai paham tanda-tanda infeksi	Suci
15.00		2. Memonitor tanda-tanda vital R/ TD: 110/70 mmHg Nadi: 78x/menit Respirasi: 18x/menit Suhu : 36,2°C	

15.15		3. Mengobsevasi keadaan vulva klien R/ tidak adanya tanda infeksi pada daerah vulva klien	
15.30		4. Memotivasi dan membantu klien dalam menjaga kebersihan diri R/ klien mau dan mampu untuk menjaga kebersihan diri nya. E: Masalah teratasi (klien memngerti, mampu dan mau untuk merawat kebersihan dirinya terutama di daerah vaginanya). <i>Home visit</i> R: -	

Tabel 3.11
Catatan Perkebangn 3

Tanggal/jam	Dx	Catatan Perkembangan	Paraf
5 Maret 18	1	S: Klien mengatakan nyerinya berkurang O: TTV TD: 120/80 mmHg Nadi: 78x/menit Respirasi: 18x/menit Suhu : 36,2°C A: Masalah teratasi sebagian P: Intervensi dilanjutkan 1-4 I: Implementasi	Suci
14.00		1. Mengkaji karakteristik nyeri R/ skala nyeri 1 (0-5)	
14.15		2. Memberikan kompres Nacl pada daerah vulva klien R/ mengurangi adanya edema pada daerah vulva	
14.20		3. Mengajarkan klien teknik relaksasi nafas dalam R/ klien melakukan teknik relaksasi nafas dalam denngan nyaman	
14.30		4. Mengkolaborasikan pemberian analgetik R/ obat sudah di minum, amoxicillin (500mg) tablet E: Masalah teratasi sebagian (<i>Home Visit</i>) R: -	
14.45	2	S: Klien mengatakan sudah tidak merasakan haus berlebih O: Klien masih nampak baik dan tenang TD: 120/80 mmHg Nadi: 78x/menit Respirasi: 18x/menit Suhu : 36,2°C A: Masalah tertaasi sebagian P: Intervensi di lanjutkan 1-3 I: Implementasi	Suci
		1. Memonitor tanda-tanda vital sesuai indikasi R/ TD: 120/80 mmHg	

15.00		Nadi: 78x/menit Respirasi: 18x/menit Suhu : 36,2°C	
15.15		2. Memonitor intake dan output klien R/ mengetahui ada atau tidaknya dehidrasi 3. Menganjurkan klien untuk lebih banyak minum R/ klien sudah melakukan dan bisa mengontrol rasa hausnya E: Masalah teratasi (Klien mampu untuk mengontrol rasa hausnya). <i>Home visit</i> R: -	

B. Pembahasan

Pada tahap ini penulis akan menguraikan kesenjangan antara teori dengan tinjauan kasus pada Ny.D dengan post insisi hematoma vulva. Dalam melaksanakan asuhan keperawatan, penulis berusaha melakukan hal terbaik bagi klien. Meskipun ada hal-hal yang penulis temukan pada tinjauan teori, namun tidak terdapat pada tinjauan kasus, begitu juga sebaliknya penulis menggunakan pendekatan asuhan keperawatan sebagai kerangka acuan pembahasan yang akan dibahas satu persatu sesuai dengan tahapan-tahapan berikut.

1. Pengkajian

Teknik pengumpulan data yang digunakan penulis adalah dengan cara wawancara, observasi, pemeriksaan fisik, studi kepustakaan dan studi dokumentasi. Pada saat melakukan pengkajian melalui wawancara penulis juga mengkaji data melalui keluarga/data sekunder.

Kegiatan observasi pada Ny.D penulis lakukan pada saat dinas di ruangan selama 3 hari dan saat sudah kembali ke rumah selama 2 hari (*home visit*). Pemeriksaan fisik yang dilakukan penulis setiap pergantian jadwal. Pada saat dilakukan pemeriksaan fisik data yang diperoleh oleh penulis sesuai dengan apa yang disebutkan pada teori.

Dilanjutkan pada data psikososial Ny.D mengenai konsep diri (persepsi, peran diri, identitas diri, ideal diri, dan gangguan harga diri) dengan klien post insisi hematoma vulva biasanya didapatkan gangguan konsep diri dikarenakan merasa cemas terhadap gangguan harga diri, namun penulis hanya menemukan gangguan persepsi hal ini dikarenakan cemas dan tidak ditemukannya gangguan harga diri pada Ny.D. Studi kepustakaan mengenai kasus insisi hematoma vulva diperoleh melalui sumber di internet dan buku sumber yang relevan. Studi dokumentasi penulis lakukan selama memberi asuhan keperawatan kepada klien. Klien, keluarga maupun petugas ruangan sangat kooperatif saat dilakukan pengumpulan data.

Pada penegakan management medik Ny.D penulis menemukan kesenjangan antara teori dan kasus. Berdasarkan teori yang ditemukan tindakan insisi pada hematoma vulva akan dilakukan jika bekuan darah dan perluasan hematoma sudah mencapai 10 cm lebih (Wiknjosastro, 2010). Sedangkan, pada studi kasus ini tindakan insisi pada hematoma vulva akan dilakukan jika sudah adanya bekuan darah yang terlihat pada

saat kala pengeluaran janin yang menyebabkan terjadinya hematoma. Meskipun terdapat beberapa kesenjangan pada prinsipnya teori dan aplikasi praktikum sudah sesuai.

2. Diagnosa Keperawatan

Setelah pengumpulan data selesai, kemudian penulis menganalisis data untuk menentukan diagnosa keperawatan yang diperoleh dari tahap pengkajian. Diagnosa keperawatan yang tercantum pada tinjauan teoritis menurut Capernito (2007) dan aplikasi Nanda NIC-NOC pada Nurarif & Kusuma (2008) menyebutkan bahwa diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada klien dengan indikasi insisi hematoma vulva adalah :

- a. Gangguan harga diri b.d masalah tentang ketidaknyamanan, perubahan femininitas, dan efek hubungan seksual
- b. Nyeri akut b.d kerusakan jaringan
- c. Defisit volume cairan b.d kehilangan volume cairan secara aktif
- d. Resiko infeksi b.d prosedur pembedahan

Sedangkan diagnosa yang sesuai dengan Ny.D yaitu:

- a. Nyeri akut b.d kerusakan jaringan
- b. Defisit volume cairan b.d kehilangan volume cairan secara aktif
- c. Resiko infeksi b.d prosedur pembedahan

Dengan begitu penulis menemukan kesenjangan yaitu klien tidak mengalami gangguan harga diri, karena pada saat di kaji klien menyatakan bahwa tidak merasa akan adanya gangguan hubungan

seksual dan femininitasnya dan dapat disimpulkan bahwa klien tidak mengalami gangguan harga diri. Sementara menurut teori Capernito (2007) biasanya klien dengan post insisi hematoma vulva mengalami hal tersebut.

3. Perencanaan

Pada prinsipnya perencanaan yang disusun oleh penulis disesuaikan dengan tinjauan teoritis. Dalam penyusunan rencana asuhan keperawatan, penulis menyesuaikan dengan permasalahan yang ada, kemampuan klien, situasi dan kondisi serta sarana dan prasana yang ada di ruangan. Perencanaan tersebut disusun secara mandiri, kolaborasi dengan keluarga serta tim kesehatan lainnya. Perencanaan keperawatan ini disusun berdasarkan teori dari berbagai sumber buku dan internet yang menjadi acuan dalam rencana keperawatan post insisi hematoma vulva. Perbedaan respon dan permasalahan yang dialami pada klien dengan post insisi hematoma vulva menyebabkan penulis menyusun rencana keperawatan menyesuaikan dengan masalah yang dialami oleh klien.

4. Implementasi

Pelaksanaan asuhan keperawatan disesuaikan dengan perencanaan yang telah disusun, dimana pelaksanaan tindakan keperawatan dapat dilakukan secara mandiri dan kolaborasi. Jenis implementasi yang dilakukan adalah untuk mengatasi nyeri, mengkaji karakteristik nyeri,

melakukan kompres NaCl pada daerah insisi, melakukan teknik relaksasi nafas dalam dan memberikan terapi medis sesuai indikasi.

Untuk mengatasi defisit volume cairan penulis melakukan tindakan memonitor tanda-tanda vital klien, memonitor intake dan output dan juga menganjurkan klien untuk lebih banyak minum. Untuk mengatasi resiko terhadap terjadinya infeksi, menjelaskan pada klien tentang tanda-tanda terjadinya infeksi, memonitor tanda-tanda vital sesuai indikasi, mengobservasi keadaan vulva klien dan memotivasi juga membantu klien dalam menjaga kebersihan diri, menjelaskan program pengobatan yang didapat pasien selama ini seperti jadwal kontrol dan menjelaskan pentingnya menjaga kondisi tubuh. Proses implementasi ini tidak mengalami hambatan karena klien sangat kooperatif.

5. Evaluasi

Evaluasi merupakan tahap akhir dari proses keperawatan sebagai asuhan keperawatan yang diberikan. Hal-hal yang dievaluasi yaitu teratasi atau tidaknya masalah klien, mencapai tujuan dan ketepatan intervensi keperawatan. Cara mengevaluasi setiap diagnosa keperawatan adalah dengan cara observasi, melakukan pengukuran dan wawancara langsung pada klien dan keluarga. Setelah melakukan asuhan keperawatan pada Ny.D selama 5 hari dengan post insisi hematoma vulva, nyeri akut teratasi sebagian selama 5 hari, defisit volume cairan tertasi di hari ke-5 dan resiko infeksi tertasi di hari ke-4.

BAB IV

KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

A. Kesimpulan

Pelayanan perawatan profesional merupakan hal yang sangat penting dalam melaksanakan asuhan keperawatan pada klien dengan *post* insisi hematoma vulva. Pada kesempatan kali ini penulis melaksanakan asuhan keperawatan secara komprehensif yang meliputi aspek bio, psiko, sosial dan spiritual berdasarkan ilmu keperawatan sehingga penulis mampu melakukan pengkajian, membuat perencanaan, dan melaksanakan tindakan keperawatan yang berdasarkan tujuan yang diharapkan dan mampu mendokumentasikan dalam bentuk studi kasus. Berdasarkan pengertian menurut para ahli, penulis menyimpulkan bahwa *post* insisi hematoma vulva adalah pecahnya pembuluh darah vena yang menyebabkan pendarahan, yang dapat terjadi pada saat kehamilan berlangsung atau pada saat persalinan.

Setelah melakukan asuhan keperawatan pada Ny.D dengan *post* insisi hematoma vulva di ruang Mawar Putih RSUD. R. Syamsudin. SH pada tanggal 26 Februari 2018, penulis mendapatkan pengalaman dengan menerapkan konsep teoritis pada aplikasinya sehingga penulis menyimpulkan teori dan praktek tidak selalu sama dimana adanya keunikan klien dalam merespon terhadap masalah kesehatan. Pada bab ini penulis menyimpulkan

proses asuhan keperawatan dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan yaitu:

1. Pengkajian

Pada pengkajian yang dilakukan pada tanggal 26 Februari 2018 penulis tidak menemukan kesulitan karena klien dalam keadaan sadar atau composmentis dan tidak mengalami kesulitan berkomunikasi. Klien sangat kooperatif, keluhan utama klien adalah nyeri pada daerah vagina.

Kegiatan observasi penulis dilakukan selama 3 hari di rumah sakit dan saat sudah kembali ke rumah selama 2 hari (*home visite*). Pada studi kasus ini penulis menemukan beberap pemeriksaan yang terdapat pada teori dan tidak penulis temukan di lapangan. Meski demikian, secara garis besar pengkajian secara teori dan praktiknya telah sesuai.

2. Diagnosa Keperawatan

Setelah dianalisis, diagnosa keperawatan yang tercantum pada tinjauan teoritis menurut Capernito (2007) dan aplikasi Nanda NIC-NOC menyebutkan bahwa diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada klien dengan indikasi insisi hematoma vulva adalah :

- a. Gangguan harga diri b.d masalah tentang ketidaknyamanan, perubahan femininitas, dan efek hubungan seksual
- b. Nyeri akut b.d kerusakan jaringan
- c. Defisit volume cairan b.d kehilangan volume cairan secara aktif
- d. Resiko infeksi b.d prosedur pembedahan

Sedangkan berdasarkan hasil pengkajian penulis menemukan beberapa diagnosa keperawatan yang sesuai dengan Ny.D yaitu:

- a. Nyeri akut b.d kerusakan jaringan
- b. Defisit volume cairan b.d kehilangan volume cairan secara aktif
- c. Resiko infeksi b.d prosedur pembedahan

Dengan begitu penulis menemukan kesenjangan yaitu klien tidak mengalami gangguan harga diri, karena pada saat di kaji klien menyatakan bahwa tidak merasa akan adanya gangguan hubungan seksual dan femininitasnya dan dapat disimpulkan bahwa klien tidak mengalami gangguan harga diri, sementara menurut teori Caparrito (2007) biasanya klien dengan post insisi hematoma vulva mengalami hal tersebut.

3. Perencanaan

Rencana keperawatan yang disusun penulis pada dasarnya sama dengan yang terdapat pada tinjauan teoritis. Pada tahapan perencanaan, penulis tidak menemukan kesulitan karena dalam menyusun perencanaan keperawatan tersebut penulis dapat bekerja sama dengan klien dan keluarga, perawat ruangan dan tersedianya literature yang lengkap. Perencanaan ini penulis sesuaikan dengan teori dan sesuai dengan respon klien terhadap masalah keperawatan, penulis memfokuskan pada cara mengatasi nyeri, defisit volume cairan, mngurangi resiko infeksi dan

memberikan pendidikan kesehatan tentang kondisi yang berhubungan dengan kondisi klien.

4. Implementasi

Pada tahap implementasi asuhan keperawatan pada Ny.D, penulis melakukan perawatan berdasarkan perencanaan yang telah penulis susun sesuai dengan teori dan pengalaman studi di rumah sakit. Pada tahap ini penulis tidak dapat melakukan asuhan keperawatan selama 24 jam, dan juga penulis dapat berkolaborasi dengan perawat ruangan dan keluarga sehingga pemberian asuhan keperawatan dapat diberikan sesuai dengan tujuan dan intervensi yang telah ditemukan, dan implementasi dapat dilaksanakan sesuai dengan literature yang ada.

5. Evaluasi

Evaluasi adalah fase akhir dari proses keperawatan. Hal-hal yang dievaluasi adalah keakuratan, kelengkapan, dan kualitas data, teratasi atau tidaknya masalah klien, pencapaian tujuan serta ketepatan intervensi keperawatan. Setelah melakukan asuhan keperawatan pada Ny.D selama 5 hari, dari 3 diagnosa yang muncul pada Ny.D dengan post insisi hematoma vulva adalah nyeri akut teratasi sebagian selama 5 hari, defisit volume cairan tertasi di hari ke-5 dan resiko infeksi tertasi di hari ke-4. Diagnosa yang teratasi sebagian sebagai terapi dilanjutkan oleh klien di rumah serta mengikuti jadwal kontrol yang diberikan.

B. Rekomendasi

1. Pihak Praktisi

Selama penulis melakukan praktik di Ruang Mawar Putih RSUD. R. Syamsudin, SH, penulis tidak menemukan kekurangan-kekurangan yang berarti terhadap perawat maupun bidan yang berada di ruangan dan manajemen yang diterapkan ruangan cukup baik dan disiplin., penulis hanya memberikan masukan terhadap *PENKES* (Pendidikan Kesehatan) yang seharusnya dilakukan untuk menambah wawasan para pasien di rumah sakit berjalan sesuai yang sudah di aturkan. Penulis berharap para perawat dan bidan ruangan Mawar Putih dapat mempertahankan dan meningkatkan keterampilan serta pengetahuan dalam pemberian pelayanan kesehatan.

2. Pihak Institusi Pendidikan

Pada pihak institusi pendidikan untuk meningkatkan praktik laboratorium keperawatan maternitas lebih baik lagi, terutama pada pihak perpustakaan untuk menyediakan sumber-sumber yang dapat menunjang, seperti menyediakan buku-buku keperawatan maternitas tentang obstetri dan ginekologi terbaru terutama mengenai insisi dan hematoma vulva dan asuhan keperawatan pada klien dengan gangguan sistem reproduksi.