

Asuhan Keperawatan Pada Ny. L Dengan P₂A₀ Postpartum Dengan Robekan Perineum Grade IV di Rumah Sakit X, Indonesia

¹⁾Dedeh Sri Rahayu, ²⁾Wartinengsih

¹⁾Dosen Program Studi Pendidikan Ners, STIKes Budi Luhur Cimahi, Indonesia

²⁾Mahasiswa Program Studi Pendidikan Ners, STIKes Budi Luhur Cimahi

Abstrak

Angka Kematian Ibu masih tinggi penyebab Angka Kematian Ibu adalah fistula, hematoma, infeksi dan perdarahan, perdarahan ini menjadi salah satu penyebab dari robekan perineum atau rupture perineum. Perineum adalah daerah yang terletak antara vulva dan anus, panjangnya rata-rata 4 cm. Komplikasi dari rupture perineum adalah fistula, hematoma, infeksi dan perdarahan. Menurut laporan yang didapat dari Ruang Nifas Gedung C lantai 4 Rumah Sakit Umum Daerah Cibabat Cimahi, pada periode Juli-Desember 2016 angka partus spontan mencapai 41,37%. Asuhan keperawatan ini bertujuan mendapatkan pengalaman secara nyata dan penulis mampu dalam memberikan asuhan keperawatan dengan pendekatan proses keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi keperawatan. Laporan studi kasus ini menggunakan metode studi kasus. Untuk memperoleh data menggunakan teknik observasi, wawancara, pemeriksaan fisik. Hasil pengumpulan data didokumentasikan dalam bentuk studi kasus. Hasil studi kasus: Asuhan keperawatan yang dilakukan pada Ny.L selama 6 hari terhitung pada tanggal 21-26 Februari 2017 diperoleh diagnose keperawatan mengenai gangguan rasa nyaman nyeri, resiko infeksi, ansietas dan kurang pengetahuan. Tahap perencanaan penulis menyusun rencana tindakan sesuai dengan permasalahan yang ada, kemampuan, situasi dan kondisi. Tahap pelaksanaan tindakan yang dilakukan penulis sesuai dengan rencana yang telah disusun sebelumnya. Pada tahap evaluasi dari 4 diagnosis yang didapat semuanya teratasi, dalam implementasinya memerlukan kerja sama dengan perawat ruangan agar masalah klien dapat teratasi semuanya. Simpulan : Berdasarkan hasil penelitian studi kasus bahwa kasus post partum dengan rupture perineum perlu adanya penatalaksanaan yang dapat membantu percepatan kesembuhan luka dan tidak menyebabkan infeksi pada luka rupture perineum.

Kata kunci : Studi kasus, Rupture perineum

**The Nursing Care on “Mrs .L” Who Had P2A0 Postpartum With Rupture Perineum Grade IV
(The research was taken at X Hospital, Indonesia)**

Abstract

The mortality rate is still high cause of maternal mortality rate is fistula, hematoma, infection and bleeding, this bleeding became one of the cause of rupture perineum. Perineum is an area which lies between the vulva and the anus, in length on average 4 cm. A complication of rupture perineum is fistula, hematoma, infection and bleeding. According to a report obtained from the house floor postpartum unit C4 Cibabat Cimahi Hospital, in the period July-Desember 2016 a spontaneous delivery reached 41,37 %. The care of nursing aims to get the experience significantly and writer is able to provide the care of nursing the process of nursing which includes study, diagnose nursing, planning, implementation, and evaluation nursing. Report this case study used the method case study. Data was obtained by using a technique observation, interview, physical examination. The data were collected by documentation, the case study: care of nursing carried on Mrs. L for 6 days as 21-26 on February 2017 was obtained diagnose nursing a comfortable about the pain, the risk of infection, anxietas and less knowledge. The planning stage writer drawing up plans the act of producing conformity with the existing problems, the ability, the situation and the condition. In the implementation stage the act of one who done by the writer in accordance with plans which had been previous agenda. The evaluation of 4 diagnose obtained all measures, in implementation need cooperation with nurses room to encourage the problem can all clients measures. Based on the result of study the case that need the implementation for help the healing cuts and not cause infection on rupture perineum.

Keywords : Case study, Rupture perineum

Korespondensi:

Dedeh Sri Rahayu

Program Pendidikan Ners, STIKes Budi Luhur Cimahi, Indonesia

Jln. Kerkof no. 243, Leuwigajah, Cimahi

Mobile: 0813 9479 4008

Email: defizi2011@gmail.com

Pendahuluan

Seorang ibu setelah melahirkan disebut Postpartum atau masa nifas. Ini merupakan masa yang rawan bagi ibu. Sekitar 60% kematian ibu terjadi setelah melahirkan dan hampir dari 50% dari kematian pada masa nifas terjadi pada 24 jam pertama setelah persalinan, diantaranya disebabkan oleh komplikasi masa nifas. Komplikasi masa nifas diantaranya perdarahan. Dan salah satu penyebab perdarahan adalah robekan jalan lahir (ruptur perineum), robekan ini dapat terjadi bersamaan dengan atonia uterus.

Ruptur perineum dialami oleh 85% wanita yang melahirkan pereginam. Ruptur perineum perlu mendapatkan perhatian karena dapat menyebabkan disfungsi organ reproduksi wanita, sebagai sumber perdarahan atau jalan keluar masuknya infeksi, yang kemudian dapat menyebabkan kematian karena perdarahan atau sepsis (Chapman dalam Cahyanim 2009). Prevalensi ibu bersalin yang mengalami *rupture perineum* di Indonesia pada golongan umur 25-30 tahun yaitu 24 % sedang pada ibu bersalin usia 32-39 tahun sebesar 62 %.

Target Millennium Development Goals (MDGs) tahun 2015 adalah 102 per 100.000 kelahiran hidup. Berdasarkan (SDKI 2012), rata-rata angka kematian ibu (AKI) tercatat mencapai 359 per 100.000 kelahiran hidup. Rata-rata kematian ini jauh melonjak dibanding hasil SDKI 2007, yang mencapai 228 per 100.000 kelahiran hidup. Hasil Survey Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI) 2012 menunjukkan bahwa secara nasional Angka Kematian Ibu di Indonesia adalah 226/100.000 kelahiran hidup. Angka ini masih jauh dari target tujuan pembangunan milenium (Millennium Development Goals/MDGs), yakni hanya 102/100.000 kelahiran tahun 2015.

Berdasarkan data yang di dapat kasus klien dengan Postpartum Spontan menduduki peringkat pertama yaitu sebanyak 41,37% dibandingkan dengan kasus yang lainnya, Sedangkan angka kejadian rupture perineum di Jawa barat pada tahun 2014 adalah sebanyak 222 orang (52,36%). (*prosiding.Ippm.unisba*, 2017). Berdasarkan uraian dalam latar belakang di atas, maka rumusan masalahnya adalah “ Bagaimana Asuhan Keperawatan Pada Ny. L P2 A0 PP Dengan Robekan Perineum Grade IV Di Ruang Nifas Gedung C Lantai IV Rumah Sakit Umum Daerah Cibabat Cimahi ?”

Metode

Laporan tugas akhir menggunakan metode Proses keperawatan yang diterapkan kepada pasien, terdiri dari tahapan: pengkajian, analisa data, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi serta catatan perkembangan. Setelah melakukan pengkajian kepada pasien ny. L lalu data dikelompokan menjadi analisa data. Setelah itu peneliti menentukan diagnose keperawatan. Adapun diagnosa keperawatan yang didapatkan sebagai berikut:

1. Gangguan rasa nyaman nyeri berhubungan dengan terputusnya kontinuitas jaringan akibat proses persalinan yang lama
2. Resiko infeksi b.d luka episiotomy jalan lahir sampe anus dalam proses persalinan
3. Ansietas Ringan berhubungan dengan coping individu tidak baik
4. Kurang Pengetahuan tentang perawatan payudara berhubungan dengan kurangnya informasi tentang pendidikan kesehatan

Hasil

Tabel 1. Rencana Keperawatan, Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN	PERENCANAAN	IMPLEMENTASI	EVALUASI	Paraf		
TUJUAN	INTERVENSI	RASIONAL					
1	Gangguan rasa nyaman nyeri b.d terputusnya kontinuitas jaringan akibat proses persalinan	<p>TUPAN : Setelah dilakukan Asuhan Keperawatan selama 3 x 24 jam nyeri klien dapat teratasi</p> <p>TUPEN : Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1 x 6 jam nyeri klien dapat berkurang dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ekspresi wajah tidak meringis 2. Skala nyeri berkurang 4(0 – 10) 	<p>1. Kaji skala nyeri secara komprehensif (termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi)</p> <p>2. Observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan n</p> <p>3. Kaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi</p> <p>4. observasi tanda-tanda vital</p> <p>5. ajarkan teknik non farmakologi (relaksasi dan</p>	<p>1. Dengan melakukan pengkajian skala nyeri dapat membantu evaluasi derajat ketidaknyamanan</p> <p>2. Respon non verbal membantu mengevaluasi derajat nyeri dan perubahannya.</p> <p>3. Dapat mengetahui sumber nyeri dan dapat menentukan intervensi</p> <p>4. Untuk mengetahui keadaan umum klien</p> <p>5. relaksasi untuk mengurangi stimulasi nyeri, Distraksi merupakan pengalihan perhatian dengan</p>	<p>Jam 09.00</p> <p>1. Mengkaji tingkat nyeri (Skala Nyeri)</p> <p>2. Mengobservasi tanda – tanda Vital</p> <p>3. Mengajarkan teknik Distraksi</p> <p>1. Mengkaji tingkat nyeri (Skala Nyeri)</p> <p>2. Mengobservasi tanda – tanda Vital</p> <p>3. Mengajarkan teknik Distraksi</p> <p>1. TD 130 / 90 mmhg</p> <p>2. Ekspresi wajah masih suka meringis</p> <p>3. Skala nyeri 4 (0- 10)</p> <p>4. Luka jahitan di perineum grade IV</p> <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Pertahankan Intervensi no 1 - 3</p>	<p>Tanggal 22-2-2017</p> <p>S : klien mengatakan nyeri berkurang O :</p> <p>1. TD 130 / 90 mmhg</p> <p>2. Ekspresi wajah masih suka meringis</p> <p>3. Skala nyeri 4 (0- 10)</p> <p>4. Luka jahitan di perineum grade IV</p> <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Pertahankan Intervensi no 1 - 3</p>	Dedeh &Warti

			6. distraksi) berikan analgetik untuk mengurangi nyeri tingkatkan istirahat	6. membantu menurunkan rasa nyeri 6. analgetik menurunkan nyeri dan meningkatkan kenyamanan 7. Dengan istirahat dapat mengurangi nyeri dan meningkatkan kenyamanan	Jam 09.00	Tanggal	
2	Resiko infeksi b.d luka episiotomy jalan lahir sampe anus dalam proses persalinan	TUPAN : Setelah dilakukan Asuhan Keperawatan selama 5 x 24 jam masalah dapat teratasi TUPEN : Setelah dilakukan perawatan dalam 1 x 6 jam dengan kriteria hasil :	1. Pantau Tanda – tanda vital 2. Pantau gejala infeksi 3. Kaji faktor yang dapat yang dapat meningkatkan kerentanan terhadap infeksi 4. Pantau dan amati praktik personal hygiene untuk perlindungan terhadap infeksi 5. Ajarkan klien kebersihan dalam tentang cara mencuci tangan dengan benar 6. Beritahu klien bagaimana perawatan vulva hygiene 7. Kolaborasi dalam pemberian antibiotic	1. Tanda-tanda vital merupakan acuan untuk mengetahui Keluhan Utama pasien 2. Sebagai tanda proses penyakit 3. Untuk meminimalisir terjadinya luka yang menimbulkan infeksi 4. Kebersihan personal hygiene dapat mencegah infeksi 5. Meminimalisir kontak langsung dengan mikroorganisme 6. Agar bisa melakukan perawatan vulva hygiene dengan benar dan mempercepat penyembuhan mengurangi resiko infeksi 7. Antibiotic dapat menghambat pembentukan sel bakteri sehingga proses infeksi tidak terjadi	1. Mengobservasi Tanda-tanda vital 2. Memantau tanda dan gejala infeksi 3. Mengkaji faktor yang dapat meningkatkan kerentanan terhadap infeksi 4. Memantau kebersihan personal hygiene 5. Mengajarkan klien cara mencuci tangan dengan benar 6. Kolaborasi dengan dokter dalam memberikan obat antibiotic (Ceftriaxone)	22/2/2017 S : Klien mengatakan tidak ada tanda – tanda infeksi O : 1. Luka jahitan perineum tidak ada tanda – tanda infeksi 2. Tanda – tanda vital dalam batas normal TD : 130 / 90 mmhg	Dedeh &Warti
3	Ansietas ringan berhubungan dengan coping individu tidak baik	TUPAN : Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3 x 24 jam masalah teratasi TUPEN : Setelah diberikan asuhan keperawatan selama 1 x 6 jam masalah berkurang dengan kriteria hasil : Ekspresi wajah menunjukkan ketenangan	1. Kaji tingkat kecemasan klien 2. Beri kesempatan pada klien untuk mengungkapkan perasaannya 3. Gunakan pendekatan yang menenangkan 4. Temani pasien untuk memberikan keamanan dan mengurangi takut 5. Jelaskan semua prosedur dan apa yang dirasakan selama prosedur 6. Berikan informasi actual mengenai diagnosis dan prognosis	1. Mengetahui sejauh mana tingkat kecemasan tersebut 2. Ungkapkan perasaan dapat memberi rasa lega sehingga mengurangi kecemasan 3. Meningkatkan kenyamanan pasien yang bisa meminimalkan kecemasan 4. Meningkatkan kenyamanan pasien sehingga bisa mengurangi kecemasan 5. Meningkatkan sikap kooperatif dan mengurangi kecemasan dengan melibatkan pasien 6. Mengetahui apa yang diharapkan pasien dapat menurunkan ansietas	1. Mengkaji tingkat kecemasan 2. Memberi kesempatan pada klien untuk mengungkapkan perasaannya 3. Memberi rasa lega setelah mengungkapkan perasaannya O : 1. Ekspresi wajah menunjukkan ketenangan 2. Klien Nampak bisa tidur siang A : Masalah Teratasi P : Intervensi dihentikan	22-2-2017 S : Klien mengatakan sedikit lebih tenang dan lega setelah mengungkapkan perasaannya O : 1. Ekspresi wajah menunjukkan ketenangan 2. Klien Nampak bisa tidur siang A : Masalah Teratasi P : Intervensi dihentikan	Dedeh &Warti
4	Kurang Pengetahuan tentang perawatan payudara berhubungan dengan kurangnya pengetahuan	TUPAN : Setelah dilakukan Asuhan Keperawatan selama 3 x 24 jam pengetahuan	1. Berikan Pendidikan Kesehatan tentang perawatan payudara 2. Ajarkan teknik perawatan	1. Menambah pengetahuan dan sumber informasi mengenai perawatan payudara 2. Agar klien mampu melakukan	Jam 09.15	Tanggal	
					1. Memberikan Pendidikan Kesehatan tentang Perawatan payudara (breast care) 2. Melakukan	22-2-2017 S : Klien mengatakan sudah mengerti tentang perawatan payudara O :	Dedeh &Warti

informasi tentang pendidikan kesehatan	klien bertambah TUPEN : Setelah dilakukan Asuhan Keperawatan selama 1 x 6 jam pengetahuan klien bertambah dengan kriteria hasil :	payudara	perawatan sendiri berguna untuk menangani ketika ASI keluar tidak lancar	perawatan payudara	1. Klien mampu menjawab pertanyaan yang diajukan perawat 2. Klien mampu mengulang dan menjelaskan kembali apa yang sudah dijelaskan perawat 3. Klien mau melakukan perawatan payudara
	1. Klien dapat menjelaskan kembali tentang penjelasan yang sudah di berikan 2. Klien dapat mendemonstrasikan hal – hal yang sudah di berikan				A : Masalah teratasi P: Intervensi dihentikan

Tabel 2. Catatan Perkembangan

No	Dx.Keperawatan	Hari/Tanggal/Jam	Catatan Perkembangan	Paraf
1	Dx.I	Jumat , 24 Februari 2017 Jam 10.00	S : Klien mengatakan sedikit nyeri O : <ul style="list-style-type: none">• Ekspresi wajah klien tidak terlihat meringis• Skala nyeri 2 (0 – 10)• Tanda – tanda vital TD : 130 / 80 mmhg N : 87 x / menit S : 36,0 °C R : 16 x / menit A : gangguan rasa nyaman nyeri b.d terputusnya kontinuitas jaringan akibat proses persalinan P : <ul style="list-style-type: none">• Anjurkan klien untuk mengontrol jahitan• Anjurkan klien untuk terus memperhatikan jika ada tanda – tanda bahaya pada jahitan perineum• Anjurkan klien untuk memenuhi asupan nutrisi seperti telur, ikan dan ayam untuk mempercepat proses penyembuhan luka I : <ul style="list-style-type: none">• menganjurkan klien untuk mengontrol jahitan• menganjurkan klien untuk terus memperhatikan jika ada tanda – tanda bahaya pada jahitan perineum• menganjurkan klien untuk memenuhi asupan nutrisi seperti telur, ikan dan ayam untuk mempercepat proses penyembuhan luka E : <ul style="list-style-type: none">• Klien mengatakan nyeri hilang• Tanda – tanda vital dalam batas normal• Skala nyeri 1 R : Intervensi dihentikan	Dedeh & Warti nengsih

Pembahasan

Selama melakukan asuhan keperawatan pada Ny "L" dengan postpartum P2A0 dengan robekan perineum grade IV tersebut, melalui pendekatan proses keperawatan dengan tahap – tahap pengkajian, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi dan catatan perkembangan, penulis mendapatkan beberapa permasalahan diantaranya :

A. Tahap Pengkajian

1. Menurut teori klien P₂A₀ Postpartum luka robek di perineum grade IV akan mengalami keluhan utama nyeri. Kesamaan dengan teori pada saat pengkajian di lapangan bahwa klien mengeluh nyeri pada perineum
2. Menurut teori riwayat penyakit dahulu pada klien dengan Postpartum P₂A₀ dengan robekan perineum grade IV adalah penyakit kronis, hipertensi, DM, abortus dan penyakit kelamin. Sedangkan pada kenyataannya klien dengan P₂A₀ Postpartum luka robek di perineum grade IV mengatakan klien tidak mengalami penyakit kronis, hipertensi, DM, abortus dan penyakit kelamin, namun klien pernah melahirkan anak pertamanya dengan kehamilan premature, dengan usia kehamilan 7 bulan.
3. Menurut teori riwayat kehamilan, persalinan, dan nifas yang lalu pada klien dengan P₂A₀ Postpartum dengan robekan perineum grade IV adalah adanya riwayat abortus, riwayat persalinan dengan tindakan SC atau vakum serta besarnya berat badan bayi waktu dilahirkan. Sedangkan pada kenyataannya klien dengan P₂A₀ postpartum dengan robekan perineum grade IV adalah mengalami persalinan premature dengan usia kehamilan 7 bulan.
4. Menurut teori riwayat kegiatan sehari-hari pada klien dengan P₂A₀ postpartum dengan robekan perineum grade IV terdapat keluhan yang berhubungan dengan BAK. Kesamaan teori pada riwayat kegiatan sehari-hari pada klien dengan P₂A₀ postpartum dengan robekan perineum grade IV mengalami keluhan perih saat BAK.

B. Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan analisa keperawatan yang telah dirumuskan, diagnose keperawatan yang ditemukan pada kasus Ny "L" adalah :

1. Gangguan rasa nyaman nyeri berhubungan dengan terputusnya kontinuitas jaringan akibat proses persalinan.
Penulis mengangkat diagnosa diatas karena ditemukan data subjektif Klien mengatakan nyeri di luka jahitan di perineum sampe anus.
2. Resiko infeksi b.d luka episiotomy jalan lahir sampai anus dalam proses persalinan.
Penulis mengangkat diagnosa diatas karena ditemukan data subjektif Klien mengatakan bahwa ada jahitan di perineum sampai anus. Data objektif : Luka jahitan di perineum sampe anus 8 jahitan, suhu 36,1 °C , luka masih basah
3. Ansietas berhubungan dengan kopong individu tidak baik
Penulis mengangkat diagnosa diatas karena ditemukan data subjektif Klien mengatakan ingin cepat pulang, kangen ingin melihat anaknya.
4. Kurang Pengetahuan tentang perawatan payudara berhubungan dengan kurangnya informasi tentang pendidikan kesehatan
Penulis mengangkat diagnosa diatas karena ditemukan data subjektif klien mengatakan tidak tahu tentang perawatan payudara (breast Care).

Kesenjangan antara teori dan kenyataan dilapangan mengenai diagnose yang muncul pada klien adalah: Penulis tidak mengangkat diagnosa defisit perawatan diri berhubungan dengan kelelahan postpartum karena pada saat dilakukan pengkajian klien telah memasuki hari ke 3 postpartum dan aktivitas seperti mandi dan oral hygiene sudah dilakukan di rumah sakit yaitu 1x dalam sehari.

C. Tahap Perencanaan

Penulis menyusun perencanaan yang akan diimplementasikan pada klien Ny " L " berdasarkan diagnose prioritas adalah :

1. Gangguan rasa nyaman nyeri berhubungan dengan terputusnya kontinuitas jaringan akibat proses persalinan
Intervensi :
 - a. Kaji skala nyeri secara komprehensif (termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi)
Rasional : Dengan melakukan pengkajian skala nyeri dapat membantu evaluasi derajat ketidaknyamanan
 - b. Observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan
Rasional : Respon non verbal membantu mengevaluasi derajat nyeri dan perubahannya.
 - c. Kaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi
Rasional : Dapat mengetahui sumber nyeri dan dapat menentukan intervensi
 - d. Observasi tanda-tanda vital
Rasional : Untuk mengetahui keadaan umum klien
 - e. Ajarkan teknik non farmakologi (relaksasi dan distraksi)
Rasional : relaksasi untuk mengurangi stimulasi nyeri, Distraksi merupakan pengalihan perhatian dengan membantu menurunkan rasa nyeri
 - f. Berikan analgetik untuk mengurangi nyeri
Rasionalnya : analgetik menurunkan nyeri dan meningkatkan kenyamanan
 - g. Tingkatkan istirahat

- Rasional : Dengan istirahat dapat mengurangi nyeri dan meningkatkan kenyamanan
2. Resiko infeksi b.d luka episiotomy jalan lahir sampai anus dalam proses persalinan
- Intervensi :
- Pantau Tanda – tanda vital
Rasional : Tanda-tanda vital merupakan acuan untuk mengetahui Keluhan Utama pasien
 - Pantau gejala infeksi
Rasional : Sebagai tanda proses penyakit
 - Kaji faktor yang dapat yang dapat meningkatkan kerentanan terhadap infeksi
Rasional : Untuk meminimalisir terjadinya luka yang menimbulkan infeksi
 - Pantau dan amati praktik personal hygiene untuk perlindungan terhadap infeksi
Rasional : Kebersihan personal hygiene dapat mencegah infeksi
 - Ajarkan klien tentang cara mencuci tangan dengan benar
Rasional : Meminimalisir kontak langsung dengan mikroorganisme
 - Beritahu klien bagaimana perawatan vulva hygiene
Rasional : Agar bisa melakukan perawatan vulva hygiene dengan benar dan mempercepat penyembuhan mengurangi resiko infeksi
 - Kolaborasi dalam pemberian antibiotic
Rasional : Antibiotic dapat menghambat pembentukan sel bakteri sehingga proses infeksi tidak terjadi
3. Ansietas berhubungan dengan coping individu tidak baik
- Intervensi :
- Kaji tingkat kecemasan klien
Rasional : Mengetahui sejauh mana tingkat kecemasan tersebut
 - Beri kesempatan pada klien untuk mengungkapkan perasaannya
Rasional : Ungkapan perasaan dapat memberi rasa lega sehingga mengurangi kecemasan
 - Gunakan pendekatan yang menenangkan
Rasional : Meningkatkan kenyamanan pasien yang bisa meminimalkan kecemasan
 - Temani pasien untuk memberikan keamanan dan mengurangi takut
Rasional : Meningkatkan kenyamanan pasien sehingga bisa mengurangi kecemasan
 - Jelaskan semua prosedur dan apa yang dirasakan selama prosedur
Rasional : Meningkatkan sikap kooperatif dan mengurangi kecemasan dengan melibatkan pasien
 - Berikan informasi actual mengenai diagnosis dan prognosis
Rasional : Mengetahui apa yang diharapkan pasien dapat menurunkan ansietas
4. Kurang Pengetahuan tentang perawatan payudara berhubungan dengan kurangnya informasi tentang pendidikan kesehatan
- Intervensi :
- Berikan Pendidikan Kesehatan tentang perawatan payudara
Rasional : Menambah pengetahuan dan sumber informasi mengenai perawatan payudara
 - Ajarkan teknik perawatan payudara
Rasional : Agar klien mampu melakukan perawatan sendiri berguna untuk menangani ketika ASI keluar tidak lancar

D. Tahap Implementasi

Sedangkan implementasi yang dilakukan penulis sesuai rencana yang telah disusun sebelumnya. Adapun tindakan yang telah dilakukan oleh penulisnya adalah mengobservasi tanda-tanda vital, mengkaji skala nyeri, mengobservasi skala nyeri, melakukan pengkajian fisik, mengajarkan teknik non farmakologi yaitu relaksasi dan distraksi, melakukan tindakan perawatan payudara (breast care), memberikan pendidikan kesehatan mengenai perawatan payudara, memberikan pendidikan kesehatan mengenai perawatan luka perineum, mengajarkan klien mencuci tangan dengan benar, berkolaborasi dalam pemberian obat sesuai terapinya.

E. Tahap Evaluasi

Evaluasi dilakukan berdasarkan tujuan yang telah ditetapkan yang dapat dilihat dan diukur. Dan setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 6 hari terhitung pada tanggal 21 – 26 Februari 2017 masih terdapat diagnose yang belum teratasi yaitu Gangguan rasa nyaman nyeri berhubungan dengan terputusnya kontinuitas jaringan akibat proses persalinan. Tetapi setelah melakukan reassessment dan melakukan intervensi lanjutan di rumah, didapatkan hasil akhir teratasi.

Simpulan

Peneliti mampu melakukan pengkajian dan pada Ny."L" dengan P₂A₀ PP dengan robekan perineum grede IV, mampu merumuskan diagnose keperawatan sesuai dengan yaitu: Gangguan rasa nyaman nyeri berhubungan dengan terputusnya kontinuitas jaringan akibat proses persalinan yang lama, Resiko infeksi b.d luka episiotomy jalan lahir sampe anus dalam proses persalinan, Ansietas berhubungan dengan coping individu tidak baik, Kurang Pengetahuan tentang perawatan payudara berhubungan dengan kurangnya informasi tentang pendidikan kesehatan. Dan mampu membuat rencana keperawatan sesuai dengan masalah yang ditemukan pada Ny."L" P₂A₀ PP dengan robekan perineum grede IV dan menerapkan perencanaan ini sesuai dengan keadaan klien sehingga rencana dapat dilaksanakan dengan baik dan lancar. Peneliti juga mampu melaksanakan implementasi sesuai dengan perencanaan yang telah dibuat pada Ny."L" dengan P₂A₀ PP dengan robekan perineum grede IV, mampu mengevaluasi hasil dari tindakan keperawatan yang telah diberikan kepada Ny."L" dengan P₂A₀ PP dengan robekan perineum grede IV terhitung pada tanggal 21 februari sampai dengan 26 februari 2017 semua masalah teratas. Serta mampu mendokumentasikan hasil dari asuhan keperawatan yang telah dilakukan kepada Ny."L" dengan P₂A₀ PP dengan robekan perineum grede IV.

Diharapkan bagi Perawat RSUD X terhadap semua mahasiswa yang sedang melakukan praktik di RS lebih mengayomi dan mengajarkan dalam setiap melakukan tindakan agar menambah pengetahuan dan pengalaman bagi mahasiswa yang sedang melakukan praktik, adapun kelengkapan alat lebih lengkap lagi khususnya pada P₂A₀ PP dengan robekan perineum grede IV, sehingga dapat memberikan pelayanan yang lebih baik lagi. Selain itu, hasil dari penyusunan laporan studi kasus ini diharapkan institusi dapat menambah referensi buku mengenai rupture perineum. Dan dapat menjadi masukan untuk menambah referensi dan sumber informasi, maupun pengembangan dan sebagai bahan kepustakaan mengenai Asuhan Keperawatan Dengan P₂A₀ PP dengan robekan perineum grade IV, bagi mahasiswa program studi Keperawatan. Dan bagi peneliti selanjutnya diharapkan dapat melakukan penelitian studi kasus yang berhubungan dengan faktor – faktor robekan perineum lainnya serta dapat mengembangkan kembali dari studi kasus yang dibuat oleh penulis.

Daftar Pustaka

- Ambarwati,E.R, Wulandari,D. (2010). *Asuhan Kebidanan Nifas*. Yogyakarta : Nuha Medika
 Cunningham, FG., et al (2013). *Obstetri Wiliams (Wiliams Obstetri)*. Jakarta : EGC
 Damayanti, Erina.(2011). *Kehamilan Dan Persalinan yang Sehat & Menyenangkan Diatas Usia 30 Tahun*. Yogyakarta: Araska.
 Dewi, V. N. L, Sunarsih, T. (2011). *Asuhan Kebidanan Pada Ibu Nifas*. Jakarta : Salemba Medika
 Hilal Setyawan. 2012. <http://hilal-setyawan.blogspot.co.id/2012/01/konsep-penyembuhan-luka.html>
 Jannah,N.(2011).*Asuhan Kebidanan Ibu Nifas*.Jogjakarta : Aar-Ruzz Media
 Manuaba, dkk. (2012). *Ilmu Kebidanan Penyakit Kandungan dan KB Untuk Pendidikan Bidan*. Jakarta: EGC
 Mansur,H., & Budiarti,T. (2014).*Psikologi Ibu Dan Anak Untuk Kebidanan edisi 2*, Jakarta : Salemba medika
 Maritalia.(2012).*Asuhan Kebidanan Nifas dan Menyusui*. Jakarta : Trans info media.
 Hardi, K dan Amuin Huda, N. (2015). *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis Dan NANDA NIC-NOC, Jilid 3*. Jogjakarta : Medication Publishing
 Nursalam. (2008). *Proses Dan Dokumentasi Keperawatan Konsep Dan Praktek*.Jakarta : Salemba Medika.
 Prosiding.lppm.unisba.ac.id/index.php/kesehatan/article/download/1726/pdf. Diunduh pada tanggal 25 mei 2017
 Rahayu.(2012).*Asuhan Kebidanan Pada Masa Nifas*.Yogyakarta : Gosyen publishing
 Rukiyah, A.I, Yulianti, L. (2011). *Asuhan Kebidanan VI (Patologi Kebidanan)*. Jakarta : Trans Info Media
 Saleha, Siti. (2009). *Asuhan Kebidanan Pada Masa Nifas*. Jakarta: Salemba Medika
 Sari,E.P dan Rlmandini K.D.(2014).*Asuhan Kebidanan Pada Masa Nifas Dan Menyusui*.Jakarta:Trans info Media
 Smeltzer, Suzanne C. dan Bare, Brenda G. (2002). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunner and Suddarth (Edisi 8, Vol 1.2)*, Alih bahasa oleh Agung Waluyo (dkk). Jakarta : EGC
 Setiadi, A B.(2012).*Konsep & penulisan dokumentasi Asuhan Keperawatan : Teori dan praktik*.Yogyakarta :Graha Ilmu
 Sulistyawati, A. (2009). *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Pada Ibu Nifas*. Yogyakarta : Andi Offset Ums.2015. http://eprints.ums.ac.id/30905/2/Bab_I.pdf
 Usu.2015.<http://repository.usu.ac.id/bitstream/123456789/48389/5/Chapter%20I.pdf>