

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Konsep Post Partum**

##### **2.1.1 Pengertian Post Partum**

Masa post partum adalah periode setelah kelahiran plasenta yang berakhir ketika alat-alat kandungan kembali ke kondisi semula, yaitu sekitar 6 minggu atau 42 hari setelah melahirkan (Reinissa & Indrawati, 2019). Selama masa ini, ibu akan mengalami berbagai perubahan fisik, psikologis, dan spiritual. Perubahan fisik tersebut dapat mencakup ketidaknyamanan, seperti penurunan ukuran rahim (involusi), nyeri post partum, dan proses pemulihan tubuh setelah melahirkan. Selama masa post partum, ibu juga dapat menghadapi tantangan emosional seperti

stres, kecemasan, dan perasaan tidak stabil akibat perubahan hormon dan peran baru sebagai ibu.(Sulistyawati, 2022).

Secara umum, masa post partum terbagi menjadi tiga fase. Fase pertama adalah fase akut yang berlangsung selama 0–24 jam setelah persalinan, di mana risiko komplikasi seperti perdarahan postpartum, infeksi, dan gangguan tanda vital sangat tinggi sehingga memerlukan pemantauan intensif. Fase kedua adalah fase subakut, berlangsung dari hari ke-2 hingga minggu ke-2 pascapersalinan, di mana proses involusi uterus dan penyembuhan luka, baik pervaginam maupun insisi *caesarea*, berlangsung aktif. Fase ketiga adalah fase laten yang berlangsung dari minggu ke-2 hingga minggu ke-6, saat ibu

beradaptasi dengan kondisi tubuh yang semakin pulih dan mulai membentuk ikatan emosional dengan bayi (Kurniati et al., 2017).

### **2.1.2 Patofisiologi Post Partum**

Patofisiologi post partum dibagi menjadi adaptasi psikologis dan adaptasi fisiologis. Menurut (Nova & Zagoto, 2020), adaptasi psikologis yang terjadi pada masa nifas yaitu:

#### **a. Fase *taking in* (ketergantungan)**

Periode ini berlangsung dari hari pertama sampai hari kedua setelah melahirkan. Pada fase ini, ibu sedang berfokus terutama pada dirinya sendiri. Ibu akan berulang kali menceritakan proses persalinan yang dialaminya dari awal sampai akhir. Ibu perlu bicara tentang dirinya sendiri. Ketidaknyamanan fisik yang dialami ibu pada fase ini seperti rasa mules, nyeri pada jahitan, kurang tidur dan kelelahan

merupakan sesuatu yang tidak dapat dihindari. Hal tersebut membuat ibu perlu cukup istirahat untuk mencegah gangguan psikologis yang mungkin dialami, seperti mudah tersinggung, menangis. Hal ini membuat ibu cenderung menjadi pasif. Pada fase ini petugas kesehatan harus menggunakan pendekatan yang empatik agar ibu dapat melewati fase ini dengan baik.

b. Fase *taking hold* (ketergantungan, kemandirian)

Periode ini berlangsung 3-10 hari setelah melahirkan. Pada fase ini ibu timbul rasa khawatir akan ketidakmampuan dan rasa tanggung jawabnya dalam merawat bayi. Ibu mempunyai perasaan sangat sensitif sehingga mudah tersinggung dan gampang marah. Kita perlu berhati-hati menjaga komunikasi dengan ibu. Dukungan moral sangat diperlukan untuk menumbuhkan kepercayaan diri ibu.

c. Fase *letting go* (kemandirian)

Periode menerima tanggung jawab akan peran barunya. Fase ini berlangsung sepuluh hari setelah melahirkan. Ibu sudah mulai menyesuaikan diri dengan ketergantungan bayinya. Ibu memahami bahwa bayi butuh disusui sehingga siap terjaga untuk memenuhi kebutuhan bayinya. Keinginan untuk merawat diri dan bayinya sudah meningkat pada fase ini. Ibu akan lebih percaya diri dalam menjalani peran barunya. Pendidikan kesehatan yang kita berikan pada fase sebelumnya akan sangat berguna bagi ibu. Ibu lebih mandiri dalam memenuhi kebutuhan diri dan bayinya.

### 2.1.3 Klasifikasi Post Partum

Menurut Virginia & Winata, (2023) klasifikasi post partum secara umum dibagi menjadi tiga fase utama, yaitu:

a. Puerperium Dini (*Immediate Postpartum*)

Fase ini dimulai segera setelah plasenta lahir hingga 24 jam pertama setelah persalinan. Pada fase ini, perhatian utama adalah pemantauan tanda-tanda vital ibu, seperti tekanan darah, nadi, suhu, dan perdarahan. Selain itu, dilakukan juga pemeriksaan kontraksi rahim dan pengeluaran lochia (cairan yang keluar dari jalan lahir).

b. Puerperium Intermedial (*Early Postpartum*)

Fase ini berlangsung dari 24 jam setelah persalinan hingga satu minggu setelah persalinan. Pada fase ini, fokus perhatian adalah pada pemulihan organ reproduksi yang berangsur-angsur kembali ke kondisi sebelum hamil, serta memastikan tidak ada komplikasi seperti infeksi atau perdarahan berlebihan.

c. Puerperium Lanjut (*Late Postpartum*)

Fase ini dimulai setelah satu minggu setelah persalinan dan dapat berlangsung hingga 6 minggu atau lebih. Pada fase ini, fokus perhatian adalah pada pemulihan secara keseluruhan, termasuk pemulihan psikologis ibu, pemberian ASI, dan konseling KB.

## 2.2 Konsep Episiotomi

### 2.2.1 Pengertian Episiotomi

Episiotomi adalah tindakan insisi pada perineum yang menyebabkan terpotongnya selaput lendir vagina cincin selaput darah, jaringan pada septum rektovaginal, otot-otot dan pasia perineum dan

kulit sebelah depan perineum (Intiyaswati, 2020). Episiotomi yaitu tindakan dengan membuat sayatan antara vulva dan anus untuk memperbesar pintu vagina dan mencegah kerusakan jaringan lunak yang lebih hebat akibat daya regang yang melebihi kapasitas adaptasi atau elastisitas jaringan tersebut, agar fetus tidak mengalami disproporsi yang membuat kelahiran menjadi tertunda dan terjadi hipoksia pada bayi (Saadah & Haryani, 2022).

Episiotomi berhubungan langsung dengan proses pemulihan pada masa post partum. Luka yang ditimbulkan oleh sayatan episiotomi dapat menyebabkan ketidaknyamanan atau rasa sakit pada ibu setelah melahirkan. Penyembuhan luka episiotomi biasanya memerlukan waktu yang bervariasi, tergantung pada ukuran dan kedalaman sayatan serta perawatan yang diberikan. Perawatan yang tepat dan pengawasan terhadap luka episiotomi sangat penting untuk mencegah infeksi dan mempercepat proses penyembuhan (Afrida et al., 2020).

### **2.2.2 Etiologi**

- a. Menurut Dede Saputri (2022) etiologi dari janin adalah :
  1. Janin premature.
  2. Janin letak sungsang, letak defleksi.
  3. Bayi yang besar, Berat seorang bayi normal adalah antara 2.500-4.000 gram. Bayi besar (makrosomia) adalah bayi dengan berat badan diatas 4 kilogram.
- b. Menurut Dede Saputri (2022) etiologi dari Ibu adalah :

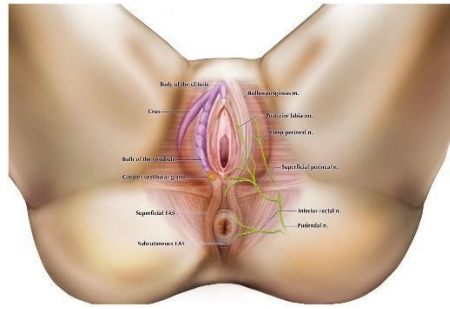
1. Primagravida, untuk keamanan dan memudahkan menjahit laserisasi kembali dilakukan episiotomi. Episiotomi dipertimbangkan pada multigravida dengan intoritus vaginae yang sempit.
2. Ada bekas episiotomi yang sudah diperbaiki.
3. Perineum kaku dan riwayat robekan perineum pada persalinan lalu.
4. Terjadi peregangan perineum yang berlebihan misalnya persalinan sungsang, persalinan cunam dan ekstraksi vakum.

### **2.2.3 Jenis-Jenis Episiotomi**

Menurut Ajeng Triyani (2020) jenis episiotomi dibagi menjadi dua yaitu :

#### **a. Episiotomi Median**

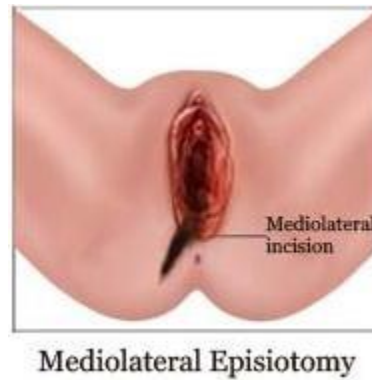
Episiotomi median merupakan jenis episiotomi yang paling mudah dilakukan dan diperbaiki. Episiotomi ini hampir tidak mengeluarkan darah. Setelah melahirkan terasa tidak sakit ketimbang jenis lainnya. Caranya dengan melakukan insisi rafe median perineum hampir mencapai sfingter ani dan panjang insisi ini paling sedikit 2-3 cm di atas septum rektovagina. Namun terkadang bisa terdapat robekan tingkat tiga bahkan sampai tingkat empat.



**Gambar 2.1** Episiotomi Median (Moloku et al., 2016).

b. Episiotomi Mediolateral

Insisi mediolateral lebih sering dipilih dalam praktik obstetri operatif karena dianggap lebih aman dibandingkan insisi median. Insisi ini bertujuan untuk mengurangi risiko robekan perineum derajat tiga dan empat yang dapat melibatkan sfingter ani dan rektum. Dengan arah insisi yang miring ke lateral, risiko cedera langsung pada rektum dapat diminimalkan. Namun, prosedur ini tetap memiliki beberapa kelemahan, seperti perdarahan yang lebih banyak akibat pemotongan jaringan vaskular yang lebih luas. Selain itu, penyembuhan luka episiotomi mediolateral cenderung lebih lama dibandingkan dengan insisi median, yang dapat menyebabkan rasa nyeri berkepanjangan bahkan setelah masa nifas berakhir. Faktor lain yang memengaruhi proses pemulihan meliputi teknik penjahitan, kebersihan luka, serta faktor individu seperti elastisitas jaringan dan status nutrisi ibu. Oleh karena itu, perawatan luka episiotomi yang optimal sangat diperlukan untuk mencegah infeksi, mengurangi nyeri, serta mempercepat penyembuhan jaringan perineum (Djami & Tjandra, 2019).



**Gambar 2.2** Mediolateral Episiotomy (Djami & Tjandra, 2019).

#### 2.2.4 Manifestasi klinis

Menurut Dede Saputri (2022) manifestasi klinis episiotomi yaitu:

a. Laserasi perineum

Biasanya terjadi sewaktu kepala janin dilahirkan, luas robekan didefinisikan berdasarkan kedalam robekan:

1. Derajat pertama (robekan mencapai kulit dan jaringan).
2. Derajat kedua (robekan mencapai otot-otot perineum).
3. Derajat ketiga (robekan berlanjut ke otot sfinger ari).
4. Derajat empat (robekan mencapai dinding rectum anterior).

b. Cedera Serviks

Terjadi jika serviks beretraksi melalui kepala janin yang keluar, laserasi serviks akibat persalinan terjadi pada sudut lateral ostium eksterna, kebanyakan dangkal dan perdarahan minimal.

c. Laserasi vagina

Sering menyertai robekan perineum, robekan vagina cenderung mencapai dinding lateral (sulsi) dan jika cukup dalam, dapat mencapai lavetor ani.

d. Nyeri pada luka episiotomi

e. Penurunan mobilitas fisik



- f. Kesulitan untuk duduk
- g. Kesulitan melakukan aktifitas sehari-hari
- h. Disfungsi seksual
- i. Terhambatnya bonding attachment
- j. Rentan terkena infeksi

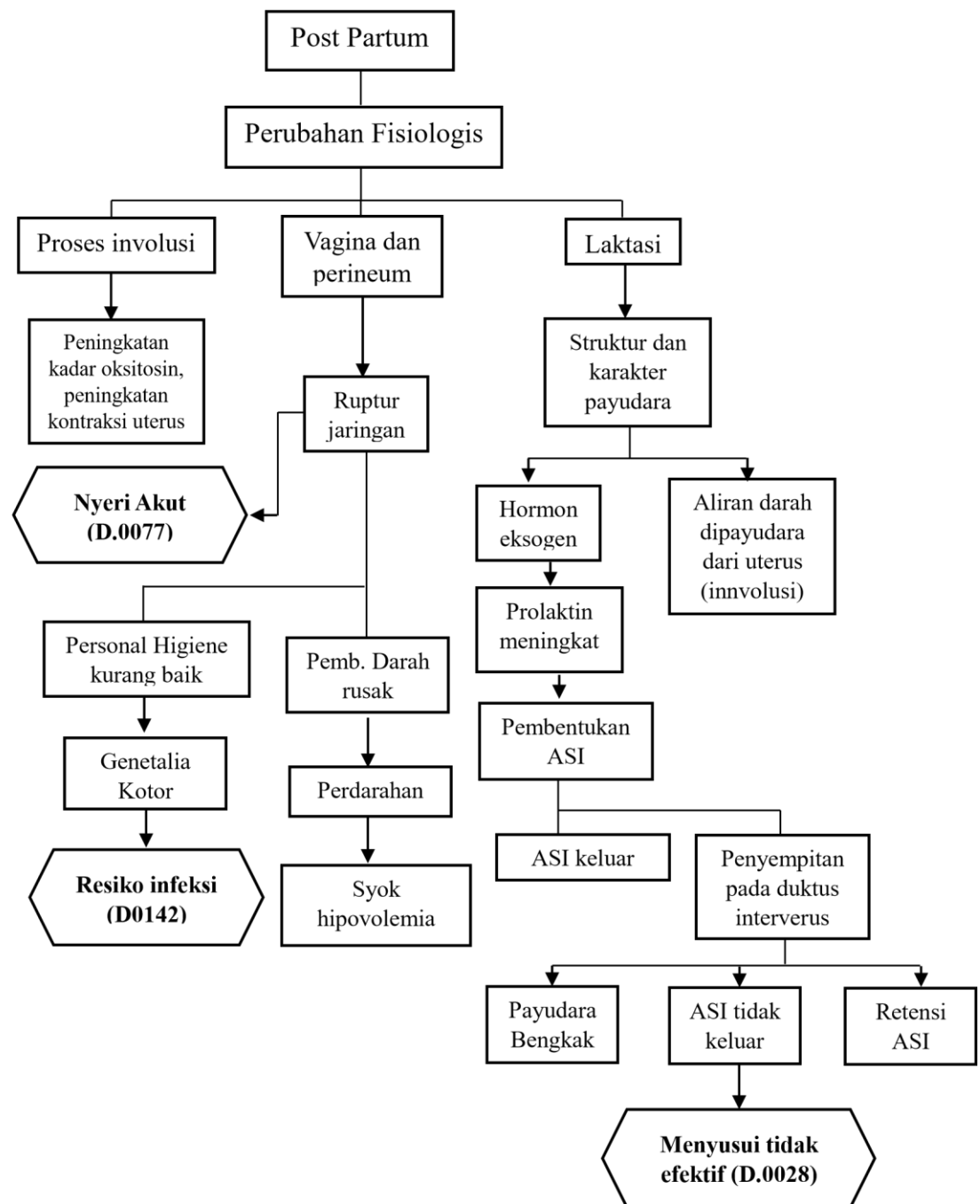
### **2.2.5 Patofisiologi**

Setelah persalinan, terjadi beberapa perubahan penting diantaranya makin meningkatnya pembentukan urin untuk mengurangi hemodilusi darah, terjadi penyerapan beberapa bahan tertentu melalui pembuluh darah vena sehingga terjadi peningkatan suhu badan sekitar 0,5 derajat celcius yang bukan merupakan keadaan yang patologis atau menyimpang pada hari pertama. Perlukaan karena persalinan merupakan tempat masuknya kuman ke dalam tubuh, sehingga menimbulkan infeksi pada kala nifas. Infeksi kala nifas adalah infeksi peradangan pada semua alat genetalia pada masa nifas oleh sebab apapun dengan ketentuan meningkatnya suhu badan melebihi 38 derajat celcius tanpa menghitung hari pertama dan berturut-turut selama dua hari (Ibrahim, 2020). Menurut Lestari & Purnamasari, (2024), Mekanisme terjadinya infeksi pada post partum adalah sebagai berikut:

- a. Manipulasi penolong: terlalu sering melakukan pemeriksaan dalam, alat yang dipakai kurang suci hama.
- b. Infeksi yang didapat di rumah sakit (nosokomial)
- c. Hubungan seks menjelang persalinan

- d. Sudah terdapat infeksi intrapartum: persalinan lama terlantar, ketuban pecah lebih dari enam jam, terdapat pusat infeksi dalam tubuh (*local infection*).

### 2.2.6 Pathway Post Partum Episiotomi



Bagan 2.1 Pathway Post Partum Episiotomi

Sumber: Lestari (2021)

### 2.2.7 Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan yang harus dilakukan pada Ibu post partum menurut

Riece Andrelassari (2022), antara lain:

- a. Pemeriksaan laboratorium (Darah) : Hemoglobin dan hematokrit 12-24 jam post partum (jika Hb < 10 g% dibutuhkan suplemen Fe), eritrosit, leukosit, trombosit.
- b. Pasien dengan dower cateter diperlukan kultur urine.

### 2.2.8 Faktor Resiko

Episiotomi adalah tindakan insisi pada perineum yang sering dilakukan untuk memfasilitasi proses persalinan. Namun, prosedur ini dapat meningkatkan risiko perdarahan postpartum. Beberapa faktor yang berkontribusi terhadap risiko tersebut antara lain anemia pada ibu, yang dapat memperburuk kondisi perdarahan pascapersalinan. Selain itu, episiotomi sendiri dapat menjadi faktor risiko perdarahan postpartum, terutama jika tidak ditangani dengan tepat (Anisa Ferdiana et al., 2023).

Selain risiko perdarahan postpartum, episiotomi juga dapat meningkatkan risiko infeksi postpartum. Infeksi luka episiotomi dapat terjadi akibat berbagai faktor, termasuk kebersihan yang kurang optimal, teknik penjahitan yang tidak tepat, serta kondisi kesehatan ibu yang mendasarinya. Faktor lain yang dapat memperburuk risiko infeksi adalah adanya diabetes gestasional, anemia, atau sistem imun yang lemah. Selain itu, lingkungan rumah sakit dan paparan terhadap bakteri nosokomial juga berkontribusi terhadap meningkatnya kemungkinan infeksi. Luka perineum akibat episiotomi yang tidak dirawat dengan baik dapat menjadi media pertumbuhan bakteri, yang berisiko menyebabkan komplikasi serius seperti endometritis atau sepsis postpartum (Lestari & Purnamasari, 2024).

### 2.2.9 Komplikasi

Menurut Nia et al., (2023) komplikasi luka episiotomi sebagai berikut:

a. Perdarahan

Karena tindakan episiotomi mengakibatkan terputusnya jaringan sehingga merusak pembuluh darah maka akan terjadi perdarahan selain itu juga bisa disebabkan karena tindakan episiotomi terlalu dini, sedangkan persalinan masih jauh, jika perdarahan merembes yang tidak diketahui akan menimbulkan hematoma lokal.

b. Dispareunia

Mungkin hanya bersifat sementara, karena takut, tetapi sekitar 5% dapat menjadi permanen.

c. Infeksi

Terputusnya jaringan pada tindakan episiotomi jika tidak dilakukan perawatan luka yang benar maka akan menyebabkan kuman mudah berkembang, selain itu resiko infeksi juga berhubungan dengan ketidaksterilan alat-alat yang digunakan dan adanya jahitan terbuka kembali.

d. Gangguan psikososial

Ibu pasca lahiran akan mengalami perubahan psikososial yang dapat berpengaruh pada integritas keluarga dan menghambat ikatan emosional antara bayi dan ibu, beberapa kondisi menunjukkan keamanan dan kesejahteraan ibu terancam.

e. Hematoma lokal

1. Perdarahan merembes yang tidak didasari dapat menimbulkan hematoma.
2. Hematoma dapat menjadi sumber : infeksi sekunder dan menyebabkan terjadi luka terbuka kembali.

#### **2.2.10 Penatalaksanaan**

Penatalaksanaan luka episiotomi pada ibu post partum merupakan langkah penting dalam mencegah komplikasi dan mempercepat proses penyembuhan. Salah satu tindakan utama yang dilakukan adalah penjahitan luka secara berlapis dengan teknik aseptik, untuk memastikan tepi luka menyatu sempurna dan tidak meninggalkan ruang kosong yang dapat diisi oleh bekuan darah atau menjadi tempat berkembangnya mikroorganisme penyebab infeksi. Ruang kosong ini dapat menghambat penyembuhan luka dan meningkatkan risiko terbentuknya hematoma atau infeksi sekunder. (Wiyani & Adawiah, 2018), dalam menangani ruptur perineum, prinsip yang harus diperhatikan adalah pertama, apabila terjadi perdarahan setelah bayi lahir, maka harus segera dipastikan apakah perdarahan tersebut berasal dari retensio plasenta atau plasenta yang tidak lahir secara lengkap. Jika plasenta sudah lahir sempurna dan kontraksi uterus berjalan baik, maka dapat dipastikan bahwa perdarahan berasal dari perlukaan jalan lahir, yang memerlukan penjahitan segera untuk menghentikan perdarahan dan mencegah infeksi.

Selain penjahitan, penatalaksanaan secara medis juga mencakup pemberian antibiotik untuk mencegah infeksi, pemberian analgesik untuk mengurangi rasa nyeri, serta edukasi kepada ibu tentang

perawatan luka secara mandiri, seperti menjaga kebersihan area perineum, mengganti pembalut secara teratur, dan cara cebok yang benar (dari depan ke belakang). Dalam penelitian ini, penatalaksanaan yang diteliti melibatkan intervensi tambahan berupa kompres air rebusan daun sirih (*Piper betle* L.) sebagai terapi alternatif yang bersifat alami dan memiliki efek penyembuhan. Daun sirih mengandung senyawa aktif seperti flavonoid, tanin, eugenol, dan saponin yang bersifat antiseptik, antiinflamasi, dan mempercepat regenerasi jaringan luka. Kompres daun sirih dilakukan dua kali sehari dengan suhu hangat, ditujukan untuk membersihkan area luka, mengurangi nyeri, menghambat pertumbuhan bakteri, serta mempercepat proses penyembuhan luka episiotomi. Dengan penggabungan pendekatan medis dan terapi komplementer ini, diharapkan dapat memberikan hasil yang lebih optimal dalam asuhan keperawatan pada ibu post partum episiotomi dengan risiko infeksi

(Sukmawati et al., 2021).

## **2.3 Konsep Risiko Infeksi**

### **2.3.1 Pengertian Risiko Infeksi**

Resiko infeksi merupakan keadaan dimana seorang individu berisiko terserang oleh agen patogenik dan oportunistik (virus, jamur, bakteri, protozoa, atau parasit lain) dari sumber-sumber eksternal, sumber-sumber eksogen dan endogen (Potter & Perry, 2005) dalam (Oktami, 2018).

### **2.3.2 Faktor Risiko Infeksi**

Menurut Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) PPNI

(2017), faktor risiko terjadinya infeksi adalah sebagai berikut :

- a. Penyakit kronis (mis, diabetes mellitus)
- b. Efek prosedur invasif
- c. Malnutrisi
- d. Peningkatan paparan organisme pathogen lingkungan
- e. Ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer : Kerusakan integritas kulit, merokok, gangguan peristaltik, ketuban pecah lama, ketuban pecah sebelum waktunya, penurunan kerja siliaris, perubahan sekresi pH, stasis cairan tubuh.
- f. Ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder : Imunosupresi, leukopenia, penurunan hemoglobin, supresi respon inflamasi, vaksinasi tidak adekuat.

### **2.3.3 Faktor Predisposisi**

Beberapa faktor yang mencetuskan risiko infeksi pada pasien menurut Potter & Perry (2005) dalam Oktami (2018) adalah:

- a. Agen  
Agen itu penyebab infeksi, yaitu mikroorganisme yang masuk bisa karena agennya sendiri atau karena toksin yang dilepas.
- b. Host  
Host itu yang terinfeksi, jadi biarpun ada agen, kalau tidak ada yang bisa dikenai, tidak ada infeksi. Host biasanya orang atau hewan yang sesuai dengan kebutuhan agen untuk bisa bertahan hidup atau berkembang biak.
- c. Environment (lingkungan)



Environment itu lingkungan di sekitar agen dan host, seperti suhu, kelembaban, sinar matahari, oksigen dan sebagainya, ada agen tertentu yang hanya bisa bertahan atau menginfeksi pada keadaan lingkungan yang tertentu juga.

### **2.3.4 Tanda dan Gejala**

Tanda dan gejala yang lazim terjadi, pada infeksi menurut (Smeltzer, 2002) dalam (Oktami, 2018) sebagai berikut :

a. Rubor

Rubor atau kemerahan merupakan hal yang pertama yang terlihat di daerah yang mengalami peradangan, saat reaksi peradangan timbul, terjadi pelebaran arteriola yang mensuplai darah ke daerah peradangan, sehingga lebih banyak darah mengalir ke mikrosirkulasi lokal dan kapiler meregang dengan cepat terisi penuh dengan darah, keadaan ini disebut hyperemia atau kongesti, menyebabkan warna merah lokal karena peradangan akut.

b. Calor

Calor terjadi bersamaan dengan kemerahan dari reaksi peradangan akut, calor disebabkan pula oleh sirkulasi darah yang meningkat, sebab darah yang memiliki suhu 37 derajat celcius disalurkan kepermukaan tubuh yang mengalami radang lebih banyak daripada ke daerah normal.

c. Tumor Pembengkakan sebagian disebabkan hiperemi dan sebagian besar ditimbulkan oleh pengiriman cairan dan sel-sel dari sirkulasi darah ke jaringan-jaringan interstitial.

d. Dolor

Perubahan pH lokal atau konsentrasi lokal ion-ion tertentu dapat merangsang ujung-ujung saraf, pengeluaran zat seperti histamine atau bioaktif lainnya dapat merangsang saraf, rasa sakit disebabkan pula oleh tekanan meninggi akibat pembengkakan jaringan yang meradang. 5) Fungsi Laesa Merupakan reaksi peradangan yang telah dikenal, akan tetapi belum diketahui secara mendalam mekanisme terganggunya fungsi jaringan yang meradang.

### **2.3.5 Penatalaksanaan Pencegahan Terjadinya Infeksi**

Menurut Alexandra (2015) dalam Rahman, dkk (2018)

Pelaksanaan pencegahan terjadinya infeksi antara lain :

- a. Jangan menyentuh daerah luka insisi dengan tangan
- b. Cuci tangan sebelum dan sesudah tindakan / perawatan luka
- c. Alat-alat perawatan luka yang akan digunakan harus dalam keadaan steril (bebas dari kuman)
- d. Bersihkan luka dengan menggunakan tehnik septik dan antiseptik dan setelah dibersihkan luka insisi ditutup kembali dengan verband
- e. Berikan terapi non farmakologis seperti kompres daun sirih untuk mempercepat proses penyembuhan luka.

### **2.3.6 Dampak Resiko Infeksi**

Dampak dari resiko infeksi jika tidak dilakukan pencegahan maka bisa mengakibatkan terjadinya infeksi, meningkatkan angka morbiditas (angka kesakitan), mortalitas (angka kematian), dan bertambah lama hari rawat di rumah sakit sehingga meningkatkan biaya perawatan (Murniasih, 2014)

## 2.4 Konsep Daun Sirih

### 2.4.1 Daun Sirih (*Piper betle* L.)

Daun sirih (*Piper betle* L.) merupakan salah satu tanaman herbal asli Indonesia yang telah lama digunakan dalam pengobatan tradisional. Tanaman ini termasuk dalam famili *Piperaceae* dan dikenal luas karena kandungan senyawa aktifnya yang bermanfaat dalam menjaga kesehatan tubuh. Daun sirih memiliki bentuk jantung, berwarna hijau mengilap, dan mengeluarkan aroma khas yang kuat. Secara tradisional, daun sirih digunakan untuk berbagai keperluan seperti antiseptik, penyegar mulut, penghilang bau badan, dan penghenti perdarahan ringan (Hermanto et al., 2023).

Kandungan kimia yang terdapat dalam daun sirih antara lain saponin, tanin, flavonoid, eugenol, dan minyak atsiri. Minyak atsiri dalam daun sirih mengandung senyawa-senyawa antimikroba seperti chavicol, eugenol, dan karvakrol yang berfungsi sebagai antibakteri dan antijamur. Senyawa-senyawa tersebut dapat menghambat pertumbuhan berbagai mikroorganisme patogen penyebab infeksi, sehingga menjadikan daun sirih sebagai bahan alami yang efektif dalam pencegahan dan pengobatan infeksi, khususnya di areaewanitaan maupun luka terbuka (Willianty et al., 2020).

Daun sirih memiliki sifat antiinflamasi dan antioksidan yang mampu mengurangi peradangan serta melindungi jaringan tubuh dari kerusakan akibat radikal bebas. Penggunaan daun sirih dalam bentuk rebusan, ekstrak, ataupun sediaan topikal telah terbukti membantu mempercepat penyembuhan luka serta menjaga kebersihan dan kesehatan kulit. Dalam konteks keperawatan maternitas, daun sirih sering

digunakan untuk perawatan pascapersalinan seperti membasuh area perineum guna mencegah infeksi dan mempercepat penyembuhan luka episiotomi (Aprita & Husanah, 2022).

#### **2.4.2 Manfaat Daun Sirih**

Daun sirih memiliki potensi besar sebagai agen alami dalam perawatan luka karena kandungan senyawa aktifnya yang bersifat antiseptik, antibakteri, antiinflamasi, dan astringen. Salah satu manfaat utama daun sirih adalah kemampuannya dalam mencegah infeksi luka, mempercepat proses penyembuhan jaringan, serta mengurangi peradangan yang terjadi pada area luka. Kandungan flavonoid dan tanin dalam daun sirih bekerja sebagai antioksidan yang melindungi sel dari kerusakan oksidatif, serta memperkuat dinding sel untuk mempercepat regenerasi jaringan (Sadiah et al., 2022).

Dalam praktik perawatan luka, terutama luka episiotomi pada ibu pascapersalinan, rebusan daun sirih sering digunakan untuk membasuh area perineum. Penggunaan ini bertujuan untuk menjaga kebersihan luka, mencegah masuknya mikroorganisme, serta mengurangi bau tidak sedap yang mungkin timbul dari cairan lochia. Selain itu, sifat astringen dari daun sirih juga membantu mempercepat proses penutupan luka dengan cara mempercepat kontraksi jaringan dan menghentikan perdarahan ringan (Purwaningsih & Ernawati, 2024).

Beberapa penelitian juga menunjukkan bahwa ekstrak daun sirih memiliki efektivitas yang sebanding dengan antiseptik medis dalam menghambat pertumbuhan bakteri seperti *Staphylococcus aureus* dan *Escherichia coli*, yang merupakan patogen umum penyebab infeksi luka. Oleh karena itu, penggunaan daun sirih sebagai bahan alami dalam

perawatan luka dinilai aman, ekonomis, dan ramah lingkungan, serta dapat menjadi pilihan pendamping dalam praktik keperawatan berbasis herbal yang terus berkembang saat ini (Bustanussalam et al., 2016).

#### **2.4.3 Mekanisme Kerja Daun Sirih dalam Proses Penyembuhan Luka**

Mekanisme kerja daun sirih dalam proses penyembuhan luka berkaitan erat dengan kandungan senyawa bioaktif di dalamnya yang berperan sebagai antiseptik, antibakteri, dan antiinflamasi. Ketika digunakan secara topikal, senyawa aktif seperti eugenol, chavicol, dan tanin yang terdapat dalam daun sirih bekerja secara sinergis untuk melindungi jaringan luka dari infeksi mikroorganisme dan mempercepat proses regenerasi sel. Eugenol, sebagai senyawa fenolik, memiliki sifat antimikroba yang mampu merusak membran sel bakteri dan menghambat enzim penting dalam metabolisme mikroba, sehingga menghambat pertumbuhan dan penyebaran infeksi (Laksmidara et al., 2022).

Senyawa tanin dalam daun sirih berfungsi sebagai astringen yang membantu menutup luka dengan cara mengendapkan protein jaringan sehingga membentuk lapisan pelindung di permukaan luka. Lapisan ini membantu mempercepat proses hemostasis (penghentian perdarahan) dan membatasi masuknya kuman dari lingkungan luar. Mekanisme ini sangat penting pada luka terbuka seperti luka episiotomi atau luka bekas operasi caesar, karena berfungsi sebagai pertahanan pertama tubuh terhadap invasi patogen (Sunani & Hendriani, 2023).

Mekanisme lainnya adalah aktivitas antiinflamasi dari flavonoid yang dapat mengurangi pelepasan mediator inflamasi seperti prostaglandin dan histamin. Dengan begitu, peradangan lokal di sekitar

luka dapat ditekan, mengurangi rasa nyeri, bengkak, dan kemerahan, serta menciptakan lingkungan yang kondusif untuk regenerasi jaringan. Antioksidan dalam daun sirih juga berperan dalam menetralkan radikal bebas yang dapat memperlambat proses penyembuhan (Turangan et al., 2024).

## **2.5 Konsep Kompres Air Rebusan Daun Sirih**

### **2.5.1 Pengertian**

Kompres air rebusan daun sirih adalah metode terapi alami yang menggunakan rebusan daun sirih (*Piper betle* L.) untuk mengompres luka perineum pada ibu post partum dengan episiotomi. Daun sirih mengandung flavonoid, tanin, saponin, dan minyak atsiri yang memiliki sifat antibakteri, antiinflamasi, dan mempercepat penyembuhan luka (Anggraini & Martini, 2021).

Menurut penelitian Girsang & Elfira, (2023), daun sirih efektif dalam menghambat pertumbuhan bakteri penyebab infeksi perineum dan mempercepat regenerasi jaringan luka (Girsang & Elfira, 2023).

### **2.5.2 Manfaat Kompres Daun Sirih**

Kompres daun sirih merupakan salah satu metode pemanfaatan tanaman herbal yang efektif untuk mempercepat penyembuhan luka dan mengurangi keluhan nyeri atau peradangan. Penggunaan kompres daun sirih dalam dunia keperawatan, khususnya pada perawatan pascapersalinan seperti luka episiotomi atau luka akibat tindakan operasi, terbukti memberikan banyak manfaat. Kandungan senyawa aktif seperti eugenol, tanin, flavonoid, dan minyak atsiri dalam daun sirih bekerja secara langsung pada permukaan kulit untuk menghambat pertumbuhan bakteri, mengurangi inflamasi, dan mempercepat

regenerasi jaringan yang rusak (Hermanto et al., 2023).

Kompres daun sirih juga memiliki efek menenangkan dan analgesik yang mampu meredakan nyeri lokal tanpa menimbulkan efek samping seperti pada penggunaan obat analgesik kimia. Selain itu, efek astringen dari tanin membantu mempercepat penutupan luka dengan cara mengerutkan jaringan dan mengurangi eksudat atau cairan luka, sehingga memperkecil risiko infeksi. Penggunaan kompres hangat dari rebusan daun sirih juga dapat memperlancar aliran darah ke area luka, mempercepat proses metabolisme sel, dan membantu mengurangi pembengkakan. Oleh karena itu, kompres daun sirih menjadi salah satu bentuk intervensi alami yang tidak hanya aman dan mudah dilakukan, tetapi juga efektif sebagai terapi pendamping dalam perawatan luka pada pasien (Supadmi et al., 2021).

### **2.5.3 Kelebihan dan Kekurangan Terapi**

#### **a. Kelebihan Terapi**

Kompres air rebusan daun sirih menggunakan bahan alami yang mudah diperoleh dan relatif murah, sehingga dapat diakses secara luas tanpa membebani biaya. Kandungan senyawa aktif seperti eugenol, tanin, dan flavonoid bekerja sinergis sebagai antiseptik, antiinflamasi, analgesik, dan astringen, sehingga dalam satu terapi dapat sekaligus mencegah infeksi, meredakan nyeri, mengurangi peradangan, dan mempercepat regenerasi jaringan luka. Selain itu, sifat hangat dan lembap dari kompres membantu meningkatkan sirkulasi darah di area perineum, memberikan kenyamanan pada ibu post partum, serta mendukung kesejahteraan psikologis karena metode ini dianggap “alami” dan minim efek samping sistemik (Maryati et al., 2023).

#### b. Kekurangan Terapi

Sebagai terapi tradisional, kompres daun sirih memerlukan persiapan rebusan harian yang memakan waktu dan memerlukan ketelitian dalam menjaga kebersihan alat dan suhu agar tetap optimal (40–45 °C). Jika suhu terlalu tinggi, dapat menimbulkan iritasi atau bahkan luka bakar ringan; jika terlalu rendah, efektivitas antiseptik dan astringen akan menurun. Selain itu, kompres daun sirih tidak menggantikan perlunya perawatan medis pada luka episiotomi derajat III–IV atau pada luka yang sudah terinfeksi berat, di mana intervensi bedah atau pemberian antibiotik sistemik tetap dibutuhkan

(Alfiana et al., 2022).

### 2.5.4 Indikasi dan Kontraindikasi

#### a. Indikasi

Penggunaan kompres daun sirih dalam perawatan luka perineum pada ibu post partum episiotomi direkomendasikan untuk kondisi tertentu. Indikasi utama meliputi ibu dengan luka episiotomi derajat I & II, yang mengalami risiko infeksi ringan, serta ibu yang ingin mempercepat proses penyembuhan luka dengan metode alami. Daun sirih memiliki efek antibakteri, antiinflamasi, dan astringen, yang dapat membantu mencegah infeksi, mengurangi nyeri, serta mempercepat regenerasi jaringan pada area luka (Friscila et al., 2024).

#### b. Kontraindikasi



Kompres daun sirih tidak dianjurkan untuk ibu dengan luka episiotomi derajat III & IV, karena luka yang lebih dalam memerlukan perawatan medis lebih lanjut untuk mencegah komplikasi. Selain itu, ibu yang mengalami tanda-tanda infeksi berat seperti nanah, bau tidak sedap, dan kemerahan luas di area luka sebaiknya tidak menggunakan terapi ini dan segera mendapatkan penanganan medis. Reaksi alergi terhadap daun sirih juga dapat menjadi kontraindikasi, terutama bagi ibu yang memiliki kulit sensitif atau riwayat dermatitis kontak (Girsang & Elfira, 2023).

### **2.5.5 Pemeriksaan Alergi dan Keamanan**

Sebelum terapi dimulai, perawat melakukan anamnesis riwayat alergi tumbuhan atau dermatitis kontak. Uji tempel sederhana dipakai dengan mengoleskan sedikit air rebusan daun sirih pada lengan bawah pasien selama 15–20 menit untuk memantau reaksi lokal (kemerahan, gatal, bengkak). Jika dalam satu jam tidak ditemukan reaksi, terapi dianggap aman dilanjutkan. Selama tiga hari perawatan, perawat memantau setiap sesi kompres untuk memastikan tidak ada tanda hipersensitivitas, serta memberi edukasi kepada ibu tentang indikasi penghentian terapi dan tindakan lanjutan jika muncul reaksi alergi atau infeksi (Ahmad et al., 2017)

### **2.5.6 Standar Operasional Prosedur (SOP)**

Perawatan luka perineum dengan kompres air rebusan daun sirih merupakan salah satu terapi komplementer yang bertujuan untuk mempercepat penyembuhan luka episiotomi dan mencegah infeksi. Kompres daun sirih dilakukan dua kali sehari, yaitu setelah mandi pagi dan sore selama 15–20 menit, menggunakan rebusan dari tujuh lembar

daun sirih dalam satu liter air bersih. Air rebusan digunakan saat masih hangat (40–45 °C) dan diaplikasikan langsung pada area luka perineum menggunakan kain kasa steril. Ibu juga diajarkan teknik cebok yang benar (dari depan ke belakang) dan pentingnya menjaga area perineum tetap kering. Sebelum tindakan, pasien diedukasi mengenai manfaat, prosedur, serta diberikan pemahaman mengenai faktor-faktor yang dapat mempercepat penyembuhan luka (Nurchella et al., 2024)

Perawatan luka perineum dengan kompres air rebusan daun sirih dimulai dengan menyiapkan tujuh lembar daun sirih hijau segar yang direbus dalam satu liter air bersih hingga mendidih selama 20 menit, kemudian disaring. Kompres diterapkan dua kali sehari, yakni pada pagi hari pukul 08.00–09.00 dan sore hari pukul 16.00–17.00, dengan durasi setiap sesi sekitar 15–20 menit. Rebusan yang masih hangat (40– 45 °C) dituangkan pada kain kasa steril, lalu dibalut lembut pada area luka dari arah depan ke belakang. Setelah setiap sesi kompres, area luka dikeringkan dengan handuk bersih secara menepuk lembut, dan ibu diinstruksikan untuk mengganti pembalut minimal tiga hingga empat kali sehari serta selalu mencuci tangan sebelum dan sesudah perawatan. Perawatan ini dilakukan sejak hari pertama hingga hari keempat pasca persalinan, sambil memantau tanda-tanda infeksi seperti peningkatan nyeri, keluarnya nanah, atau bau tidak sedap.

Menurut Noviasari et al (2023) SOP pada Penerapan Kompres Daun Sirih pada Ibu Post partum Sebagai berikut:

**Tabel 2. 1 Standar Operasional Prosedur**

Standar Operasional Prosedur
------------------------------

1. Pengertian	Kompres daun sirih adalah metode terapi alami yang menggunakan rebusan daun sirih ( <i>Piper betle</i> L.) untuk mengompres luka perineum pada ibu post partum dengan episiotomi. Daun sirih mengandung flavonoid, tanin, saponin, dan minyak atsiri yang memiliki sifat antibakteri, antiinflamasi, dan mempercepat penyembuhan luka (Anggraini & Martini, 2021).
2. Tujuan	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Mempercepat penyembuhan luka perineum.</li> <li>b. Mengurangi risiko infeksi pada luka perineum.</li> <li>c. Mengurangi nyeri dan peradangan pada area luka.</li> </ul>
3. Indikasi	Penggunaan kompres daun sirih dalam perawatan luka perineum pada ibu post partum episiotomi direkomendasikan untuk kondisi tertentu. Indikasi utama meliputi ibu dengan luka episiotomi derajat I & II, yang mengalami risiko infeksi ringan, serta ibu yang ingin mempercepat proses penyembuhan luka dengan metode alami .
4. Kontraindikasi	Kompres daun sirih tidak dianjurkan untuk ibu dengan luka episiotomi derajat III & IV, karena luka yang lebih dalam memerlukan perawatan medis lebih lanjut untuk mencegah komplikasi. Selain itu, ibu yang mengalami tanda-tanda infeksi berat seperti nanah, bau tidak sedap, dan kemerahan luas di area luka sebaiknya tidak menggunakan terapi ini dan segera mendapatkan penanganan medis
5. Alat dan Bahan	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Daun sirih segar.</li> <li>b. Air bersih.</li> <li>c. Panci untuk merebus.</li> <li>d. Kompres kain steril.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>e. Sarung tangan bersih.</li> <li>f. Handuk kering.</li> <li>g. Mangkuk bersih untuk air rebusan.</li> </ul>

6. Prosedur/Langkah Kerja	<p>a. Pra Terapi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Menyiapkan alat dan bahan yang diperlukan.</li> <li>2) Melakukan cuci tangan.</li> <li>3) Menggunakan sarung tangan bersih.</li> <li>4) Melakukan uji alergi (skin test): teteskan sedikit air rebusan daun sirih di kulit lengan bawah pasien, tunggu <math>\pm 10</math> menit untuk melihat reaksi alergi seperti kemerahan, gatal, atau ruam.</li> <li>5) Jelaskan prosedur, manfaat, dan dapatkan persetujuan tindakan dari pasien</li> <li>6) Melakukan pemeriksaan awal kondisi luka perineum, termasuk:             <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Menilai tampilan luka (misalnya kemerahan, bengkak, kelembaban, tanda infeksi seperti nanah atau bau tidak sedap),</li> <li>b) Menanyakan keluhan subjektif seperti rasa nyeri atau ketidaknyamanan,</li> <li>c) Mengamati adanya lochia dan memperkirakan jumlahnya.</li> </ol> </li> <li>7) Memperoleh persetujuan tindakan (<i>informed consent</i>) secara lisan dari pasien.</li> </ol> <p>b. Tindakan Terapi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Mencuci bersih daun sirih, lalu merebus dalam air hingga mendidih selama <math>\pm 10</math> menit.</li> <li>2) Membiarkan air rebusan daun sirih hingga mencapai suhu hangat yang aman.</li> <li>3) Merendam kain kompres steril ke dalam air rebusan hangat, kemudian memerasnya.</li> </ol>
---------------------------	--

	<ol style="list-style-type: none"> <li>4) Membantu pasien dalam posisi nyaman (litotomi atau miring).</li> <li>5) Mengompres area perineum dengan kain hangat selama 10–15 menit.</li> <li>6) Mengganti kompres jika sudah dingin.</li> <li>7) Setelah selesai, mengeringkan area perineum dengan handuk bersih.</li> </ol> <p>c. Cek Akhir (Pasca Terapi)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Evaluasi kembali luka (misalnya: berkurangnya nyeri, tidak ada nanah, luka mulai mengering)</li> <li>2) Lakukan evaluasi terhadap kemungkinan reaksi alergi terhadap terapi yang diberikan, seperti kemerahan, gatal, ruam, atau iritasi di area luka setelah pemberian kompres air rebusan daun sirih.</li> <li>3) Tanyakan respon pasien terhadap tindakan (nyaman, nyeri berkurang, atau ada keluhan lain)</li> <li>4) Cuci tangan kembali</li> <li>5) Rapikan dan bersihkan alat yang digunakan</li> </ol>
7. Dokumentasi	<ol style="list-style-type: none"> <li>a. Mencatat waktu pelaksanaan tindakan, termasuk tanggal dan jam.</li> <li>b. Mencatat kondisi luka perineum sebelum dan sesudah tindakan (misalnya: tampak kemerahan, bengkak, adanya eksudat, atau tidak).</li> <li>c. Mencatat respon subjektif pasien terhadap tindakan (misalnya: merasa nyaman, nyeri berkurang, atau keluhan lainnya).</li> <li>d. Mencatat jumlah dan lama kompres yang digunakan selama prosedur.</li> <li>e. Mencatat suhu air rebusan (pastikan hangat, tidak terlalu</li> </ol>

	panas). f. Mencatat adanya reaksi atau efek samping (misalnya: gatal, iritasi, atau reaksi alergi). g. Menyampaikan laporan tindakan secara lisan atau tertulis kepada perawat atau bidan yang bertugas selanjutnya untuk pemantauan lanjutan. h. Melampirkan dokumentasi dalam rekam medis pasien sebagai bagian dari asuhan keperawatan/post partum.
--	---

Sumber: (Nurchella et al., 2024).

## 2.6 Konsep Asuhan Keperawatan Post Partum Episiotomi

### 2.6.1 Pengkajian Keperawatan

Pengkajian keperawatan adalah tindakan yang dilaksanakan oleh perawat untuk mengumpulkan informasi yang berasal dari pasien, dengan membuat data dasar tentang pasien, dan mendokumentasikan catatan bagaimana respons kesehatan pasien. Oleh karena itu, dalam pengkajian harus bersifat komprehensif, sistematis, serta mengarah kepada masalah-masalah pasien, yang akan menjadi acuan atau dasar formulasi dalam penentuan diagnosa keperawatan (Yusri, 2020).

Jenis data yang dikumpulkan dibagi menjadi dua, yaitu data subjektif merupakan data ungkapan atau keluhan pasien secara langsung maupun tidak langsung dan data objektif merupakan data yang diperoleh secara langsung melalui observasi dan pemeriksaan pada pasien. Sumber data yang didapat yaitu data primer merupakan data yang didapat langsung dari pasien dan data sekunder merupakan data yang didapat dari keluarga, orang terdekat, dan orang lain yang tahu tentang status kesehatan pasien. Teknik pengumpulan data dilakukan dengan wawancara langsung pada pasien (Auto anamnesa) atau pada

keluarga/orang lain (Allo anamnesa) dan pemeriksaan fisik yang dilakukan secara sistematis, mulai dari kepala hingga kaki (*head to toe*) dengan pendekatan IPPA (Inspeksi, Palpasi, Perkusi, Auskultasi) serta melakukan observasi dengan melihat adanya tanda REEDA (Dede Saputri 2022:16). Pengkajian keperawatan menurut Mia Putrisari (2022), terdiri dari :

a. Identitas pasien

Identitas pasien terdiri dari nama, umur, suku bangsa, agama, Pendidikan, pekerjaan, no. register, tanggal masuk rumah sakit, hari dan tanggal pengkajian, waktu dan jam pengkajian, golongan darah, diagnosa medis, nomor telepon, status perkawinan, alamat rumah, alamat kantor.

b. Riwayat Kesehatan

1. Keluhan utama (*here and now*) : Keluhan yang paling dirasakan oleh pasien saat dikaji biasanya pasien akan mengeluh nyeri pada daerah luka perineum.
2. Riwayat kesehatan sekarang : Bagaimana kronologis dari awal keluhan sampai sebelum dikaji termasuk keluhan pada saat masuk Rumah Sakit/Puskesmas dan PQRST dari keluhan utama.

a) PQRST dari Keluhan Utama (Nyeri di Perineum) dan

Hubungannya dengan Risiko Infeksi

1) P (*Provocation/Palliation* – Pencetus atau Pereda Nyeri)

Provokasi: Nyeri bertambah saat duduk, berjalan, atau saat buang air kecil. Pasien juga merasa nyeri semakin meningkat saat luka terkena gesekan dari pakaian atau pembalut. Palliasi: Pasien merasa sedikit lebih nyaman

ketika berbaring dengan posisi miring dan setelah melakukan kompres hangat di area perineum. Namun, nyeri tidak sepenuhnya hilang.

2) Q (*Quality* – Kualitas Nyeri)

Pasien menggambarkan nyeri seperti rasa terbakar dan berdenyut pada area perineum. Nyeri ini semakin terasa ketika ada tekanan atau saat buang air kecil.

3) R (*Region/Radiation* – Lokasi dan Penyebaran Nyeri)

Nyeri terlokalisasi di area luka perineum dan tidak menyebar ke bagian tubuh lain. Namun, pasien juga merasakan sedikit ketidaknyamanan di sekitar panggul bagian bawah akibat nyeri perineum yang terus-menerus.

4) S (*Severity* – Skala Nyeri)

Pasien menilai nyeri pada skala 6 dari 10 pada saat istirahat dan meningkat menjadi 8 dari 10 saat duduk, berjalan, atau saat buang air kecil.

5) T (*Timing* – Waktu Terjadi dan Durasi Nyeri)

Nyeri mulai dirasakan sejak hari pertama setelah persalinan, tetapi semakin memburuk pada hari kedua dan ketiga. Nyeri berlangsung sepanjang hari, terutama setelah aktivitas yang melibatkan pergerakan tubuh bagian bawah.

b) Hubungan Nyeri dengan resiko infeksi

Nyeri yang semakin meningkat, terutama yang disertai dengan tanda-tanda inflamasi seperti kemerahan, bengkak, sensasi panas, dan keluarnya cairan dari luka episiotomi, menunjukkan kemungkinan adanya infeksi perineum. Infeksi



ini dapat terjadi akibat kurang optimalnya perawatan luka, kelembapan berlebih akibat penggunaan pembalut yang jarang diganti, atau kurangnya kebersihan area perineum setelah buang air kecil dan besar.

3. Riwayat kesehatan dahulu : Data ini diperlukan untuk melihat kemungkinan adanya riwayat penyakit akut atau kronis seperti diabetes mellitus, anemia, hipertensi, penyakit jantung. Kemudian pasien pernah/tidaknya dirawat di RS dan ada/tidaknya alergi terhadap obat-obatan tertentu.
4. Riwayat kesehatan keluarga : Fokus pada penyakit genetik dan menular.
5. Riwayat ginekologi dan obstetri
  - a) Riwayat ginekologi
    - 1) Riwayat menstruasi/ Haid : Kapan usia awal menarche, berapa lama siklus menstruasi pasien, dan adanya keluhan/tidak selama haid. Hari Pertama Haid Terakhir (HPHT) menjadi indikator penting dalam perhitungan usia kehamilan dan perkiraan persalinan. HPHT digunakan untuk menentukan usia gestasi dengan metode Naegele, yang memperkirakan taksiran persalinan dalam 280 hari atau 40 minggu sejak hari pertama siklus menstruasi terakhir.
    - 2) Riwayat perkawinan : Pasien menikah sejak usia berapa, lamanya pernikahan dan berapa kali menikah.
    - 3) Riwayat keluarga berencana (KB) : Jenis kontrasepsi apa yang pernah digunakan, lamanya penggunaan

kontrasepsi, apa alasan dilepas, bagaimana dukungan keluarga dan setelah melahirkan akan menggunakan kontrasepsi apa. Pemilihan metode KB pasca persalinan akan disesuaikan dengan kondisi kesehatan ibu, serta efektivitas dan efek samping yang mungkin timbul.

#### b) Riwayat obstetri

##### 1) Riwayat kehamilan sekarang

Primipara atau multipara, bila pasien mengalami abortus berapa kali terjadi, kapan hari pertama haid terakhir, kapan taksiran persalinan dan tanggal persalinan, apakah ada tanda bahaya atau penyulit selama kehamilan, ANC dilakukan dimana dan berapa kali, obat yang dikonsumsi termasuk jamu selama kehamilan, apakah sudah dilakukan imunisasi TT1 dan TT2, apakah pasien mempunyai kekhawatiran khusus, apakah ada komplikasi selama kehamilan seperti (perdarahan, preeklamsia, eklamsia, PMS, dll).

##### 2) Riwayat kehamilan lalu

Ditujukan untuk mengetahui pengalaman kehamilan sebelumnya apabila ibu pernah hamil. Hal ini meliputi jumlah kehamilan (gravida), jumlah kelahiran hidup (paritas), dan jumlah abortus yang pernah dialami. Informasi penting lainnya mencakup usia kehamilan saat persalinan terdahulu, jenis persalinan (normal, sesar, vakum), serta adanya komplikasi seperti preeklamsia, perdarahan, atau persalinan lama. Data mengenai jenis

kelamin dan berat badan bayi sebelumnya, serta kondisi bayi setelah lahir (cukup bulan atau prematur, sehat atau mengalami gangguan), memberikan gambaran umum terhadap risiko yang mungkin muncul pada kehamilan saat ini.

### 3) Riwayat Persalinan dulu

Pada bagian ini, informasi yang dikumpulkan meliputi jumlah persalinan yang telah dialami pasien, tempat persalinan (di rumah, klinik, puskesmas, atau rumah sakit), serta siapa yang membantu persalinan (bidan, dokter, atau tenaga non-medis). Jenis persalinan yang pernah dilakukan, apakah secara normal (pervaginam), melalui tindakan seperti vakum, forseps, atau melalui operasi sesar, juga perlu dicatat. Riwayat komplikasi yang terjadi selama persalinan terdahulu, seperti persalinan macet, perdarahan postpartum, infeksi, atau retensio plasenta, menjadi aspek penting untuk mengantisipasi risiko serupa pada persalinan yang akan datang. Selain itu, kondisi bayi saat lahir, termasuk berat badan lahir, skor Apgar, dan adanya kebutuhan resusitasi atau perawatan intensif, juga menjadi data pendukung dalam mengevaluasi pengalaman persalinan sebelumnya.

### 4) Riwayat Persalinan Sekarang

Riwayat persalinan saat ini mencakup keterangan mengenai kapan mulainya kontraksi, frekuensi dan kekuatan kontraksi, serta kondisi ketuban (pecah ketuban

dini, ketuban pecah spontan, atau ketuban pecah buatan). Informasi tentang fase persalinan, apakah pasien berada pada fase laten atau aktif, perlu dicatat. Penilaian pembukaan serviks, penurunan kepala janin, dan status posisi janin (presentasi) penting untuk diketahui. Selain itu, catatan tentang intervensi medis yang diberikan, seperti induksi persalinan, penggunaan alat bantu seperti vakum atau forseps, serta kebutuhan operasi sesar, harus dilengkapi. Data tentang adanya komplikasi selama persalinan seperti gawat janin, perdarahan, atau ketidakmampuan kemajuan persalinan, menjadi sangat penting dalam menentukan langkah-langkah manajemen selanjutnya.

5) Nifas yang lalu

Jumlah anak, tahun berapa ibu hamil, usia kandungan berapa bulan, ANC dilakukan dimana dan berapa kali, penyulit selama kehamilan, jenis persalinan yang pernah dilalui, dimana ibu bersalin, penyulit selama persalinan dan keadaan nifas yang lalu.

6) Riwayat yang sekarang

Mencakup waktu dimulainya masa nifas, jumlah dan lama perdarahan (lochia), serta keadaan luka jahitan seperti episiotomi atau luka operasi sesar. Tanda vital ibu seperti suhu tubuh, tekanan darah, dan denyut nadi perlu dimonitor untuk mendeteksi adanya tanda-tanda infeksi

atau komplikasi lainnya. Selain itu, kondisi psikologis ibu seperti tingkat stres dan kelelahan, serta pola istirahat dan nutrisi, menjadi indikator penting dalam proses pemulihan. Kualitas dan kuantitas ASI, serta kemampuan ibu dalam menyusui dengan benar, juga menjadi bagian dari penilaian pada masa nifas saat ini.

c. Pola Aktivitas sehari-hari

Pola aktivitas sehari-hari pasien sebelum masuk RS dan setelah masuk RS terdiri dari :

1. Makan dan minum : Biasanya pasien akan mengalami peningkatan nafsu makan karena adanya kebutuhan untuk menyusui bayinya
2. Eliminasi : Biasanya pengeluaran urine akan meningkat pada 2448 jam pertama, kemudian pasien akan mengalami kesulitan buang air besar (konstipasi) karena ketakutan akan rasa sakit dan takut jahitan terbuka.
3. Istirahat dan tidur : Biasanya terjadi perubahan karena kehadiran sang bayi dan nyeri akibat luka pada perineum.
4. *Personal hygiene* : Biasanya pasien membutuhkan bantuan untuk mandi karena kesulitan berjalan ke kamar mandi atau karena adanya luka post *sectio caesarea*, sebagian pasien kurang mengetahui bagaimana perawatan luka perineum/ *vulva hygiene*.
5. Pola aktivitas : Biasanya pada pasien post partum mobilisasi dilakukan secara bertahap meliputi miring kanan miring kiri, latihan duduk dan berjalan.

#### d. Pemeriksaan fisik

##### 1. Data Ibu

a) Keadaan umum : Kaji kesadaran ibu apakah compos mentis, apatis, delirium, somnolen, stupor, coma.

b) Tanda-tanda vital pada ibu post partum menurut Kumalasari (2015), Ratnawati (2018), Debora (2017), dan Obstetri Kedokteran UNPAD (1983), meliputi :

1) Normal : Biasanya suhu tubuh wanita inpartu tidak lebih dari 37,2 °C. Sesudah partus dapat naik kurang lebih 0,5°C dari keadaan normal, namun tidak akan melebihi 38°C. Nadi berkisar antara 60-80 denyutan per menit setelah partus dan dapat terjadi bradikardi. Pernapasan akan sedikit meningkat setelah partus kemudian kembali seperti keadaan semula. Pada beberapa kasus hipertensi post partum akan menghilang sendirinya.

2) Abnormal : Suhu tubuh akan meningkat, tekanan darah menurun, nadi meningkat, pernafasan meningkat dan terasa sesak, gelisah, kesadaran menurun.

c) Antropometri : Tinggi badan, berat badan sekarang dan sebelum hamil, indeks masa tubuh. Disaat melahirkan pasien mengalami kehilangan 5-6 kg berat badan dan 3-5 kg selama minggu pertama masa post partum.

##### d) Kepala

1) Rambut : Kepala yang sehat akan tampak bersih dan lembap, tidak ditemukan nodul, luka, iritasi ataupun

massa, dan ada tidaknya nyeri tekan pada bagian kepala. Pada bagian rambut, persebaran rambut normalnya merata dan tidak ada area yang tidak ditumbuhi rambut dikepala, diameter rambut umumnya tebal dan tidak mudah patah, rambut teraba lembab, tidak terlalu kering ataupun berminyak.

- 2) Wajah : Gerakan wajah simetris/tidak, ada udeum/tidak, pada pasien post partum biasanya tampak chloasma gravidarum yaitu bintik atau bercak kecokelatan di kulit wajah.
- 3) Mata : Pasien dapat membaca papan nama perawat dengan jelas atau tidak, konjungtiva berwarna merah cerah apabila pucat maka pasien mengalami anemia, sclera normalnya berwarna putih susu, kelopak mata terdapat edema atau tidak, gerakan bola mata normalnya dapat mengikuti gerakan ujung jari pemeriksa dan pupil isokor atau tidak.
- 4) Telinga : Telinga yang normal akan tampak simetris dan warna kulit sama dengan warna kulit lainnya, kebersihan telinga apakah ada serumen basah atau kering, dan ketika pasien diberikan pertanyaan apakah pasien mampu merespon suara perawat, apabila mampu maka pendengaran pasien dianggap baik.
- 5) Mulut : Keadaan bibir (sariawan/ sianosis/ pucat /bengkak), gusi (epulis/bengkak), gigi caries (karies biasanya meningkat pada ibu hamil karena

hipersalivasi), gigi berlubang, gigi ompong, gigi palsu, lidah (kotor/ pecah-pecah/ peradangan).

6) Leher : Ada tidaknya pembesaran kelenjar tiroid dan pembesaran kelenjar getah bening.

e) Dada

1) Pernafasan : Pergerakan nafas simetris/tidak, bunyi nafas (vesikuler, ronchi, wheezing).

2) Jantung : Bunyi jantung normal S1 dan S2 akan terdengar pada semua katup jantung dan reguler.

3) Payudara : Bagaimana kondisi payudara tampak bersih/ tidak, bentuk (tegang/ lembek dan menggantung), simetris/ tidak, putting susu (menonjol/ masuk kedalam), apakah terdapat pengeluaran kolostrum/ tidak, apakah terdapat pembengkakan dan nyeri/ tidak.

f) Perut : Apakah ada luka bekas operasi/ tidak, berapa panjang luka (cm), keadaan luka baik atau terjadi infeksi, luka parut ada atau tidak, striae (*lividae/albicans*), palpasi TFU lalu nilai konsistensinya (keras/lunak/boggy), posisi uterus, kontraksi uterus baik atau tidak, diastasis rektus abdominis, ada tidaknya distensi pada kandung kemih.

g) Ekstermitas

1) Ekstremitas atas : Bentuk simetris/tidak, normalnya tidak ada edema, nodul atau krepitasi pada sendi, jumlah jari lengkap/tidak, normalnya CRT



- 2) Ekstremitas bawah : Bentuk simetris/tidak, normalnya tidak ada edema, nodul atau krepitasi pada sendi, jumlah jari lengkap/tidak, normalnya CRT
- h) Genetalia: Vulva tertutup/ mengangah, vagina sempit dan teraba rugae/ longgar dan selaput lendir licin, bagaimana pengeluaran lochea apabila terdapat cairan keluar seperti nanah, kotor, dan berbau maka terjadi infeksi. Perineum utuh/berparut, bagaimana kondisi luka perineum bersih/tidak, berapa jumlah jahitannya, apa jenis jahitannya, bagaimana robekan perineum (derajat I, II, II, IV), ada tidaknya tanda REEDA. Pada laserasi perineum episiotomi kemerahan dianggap normal, namun bila ada rasa sakit yang lebih signifikan, diharuskan pengkajian lebih lanjut. Jika ada edema berlebihan dapat memperlambat penyembuhan luka.
- i) Data Psikologis: Kaji bagaimana emosi ibu, pola coping, pola komunikasi, konsep diri gambaran diri, peran diri, ideal diri, identitas diri, harga diri).
- 1) Data sosial : Bagaimana hubungan dengan keluarga dan tetangga, hubungan dengan tenaga kesehatan, dan hubungan dengan sesama pasien.
  - 2) Data spiritual : Kaji bagaimana keyakinan dan makna hidup, autoritas dan pembimbing, pengalaman dan emosi, persahabatan dan komunitas, ritual dan ibadah, dorongan dan pertubuhan.

- j) Data Penunjang: Pemeriksaan darah lengkap yang bertujuan untuk melihat ada atau tidaknya penanda infeksi, jenis bakteri penyebab, dan antibiotik yang sensitif terhadap bakteri tersebut

Setelah selesai melakukan pengkajian keperawatan kepada pasien, langkah selanjutnya yaitu membuat analisa data berdasarkan data subjektif dan objektif yang telah didapatkan, kemudian menentukan etiologi/penyebab sehingga muncul masalah keperawatan yang dapat dirumuskan menjadi diagnosa keperawatan (Leniwita dan

Anggraini, 2019)

#### **2.6.2 Analisa Data Keperawatan**

Analisis data keperawatan adalah proses memeriksa dan mengolah data pasien untuk menghasilkan kesimpulan dan rekomendasi keperawatan. Analisis data keperawatan dilakukan setelah perawat melakukan pengkajian keperawatan (Mardiani, 2019). Berikut adalah tabel analisa data keperawatan pada ibu post partum episiotomi dengan resiko infesi menurut Devi Sekar Saputri (2020:49):

**Tabel 2. 2 Analisa Data Keperawatan**

<b>Data</b>	<b>Etiologi</b>	<b>Masalah</b>
<b>DO:</b> 1. Luka perineum tampak kemerahan dan bengkak. 2. Area luka perineum tampak lembab. 3. Belum tampak tanda infeksi (tidak ada pus atau bau tidak sedap). 4. Lochea rubra sekitar $\pm 100$ cc. 5. Terdapat darah warna terang 6. Tidak menggunakan antiseptik atau teknik aseptik saat perawatan luka. 7. Pembalut tidak diganti secara berkala.	Luka perineum yang lembab. ↓ Kebersihan perineum kurang optimal (jarang ganti pembalut).	<b>Prioritas 1:</b> Risiko infeksi pada area luka perineum (D.0142).
<b>DO :</b> 1. Klien tampak meringis 2. Area episiotomi tampak bengkak dan kemerahan. 3. Pasien tampak meringis saat duduk atau berjalan. 4. Klien tampak tidak bebas saat bergerak 5. Verbalisasi nyeri (skala nyeri 5 dari 10). 6. Area luka terasa nyeri saat disentuh atau dibersihkan.	Episiotomi ↓ Trauma jaringan ↓ Inflamasi ↓ Rangsangan nyeri meningkat	<b>Prioritas 2:</b> Nyeri akut di area perineum akibat episiotomi (D.0077).
<b>Do:</b> 1. Berat badan bayi menurun dari berat	Kurangnya stimulasi payudara ↓	<b>Prioritas 3</b> Ketidakefektifan Menyusui (D.0029).

lahir. 2. Produksi ASI saat diperah kurang dari 10 mL. 3. Bayi tampak sering mencari payudara setelah menyusui. 4. Tidak ada tanda letdown reflex saat menyusui.	Kurangnya pelepasan hormon prolaktin & oksitosin ↓ Penurunan produksi ASI	
---	---	--

### 2.6.3 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan berfokus pada penilaian klinis terhadap respons individu, keluarga, atau komunitas terhadap masalah kesehatan aktual, potensial, atau risiko. Diagnosa keperawatan yang dikembangkan memberikan dasar untuk asuhan kepada pasien melalui tahap selanjutnya. Perawat harus mampu menggunakan keterampilan berpikir kritis dan pengambilan keputusan dalam mengembangkan diagnosa keperawatan (Sabrina, 2020).

Berikut ini adalah diagnosa keperawatan yang ditegaskan berdasarkan data subjektif dan objektif yang telah dikaji pada pasien yaitu:

1. Nyeri Akut diarea perineum akibat tindakan episiotomi (D.0077).
2. Risiko Infeksi yang berhubungan dengan adanya luka terbuka pada perineum akibat episiotomi (D.0142).
3. Menyusui Tidak Efektif yang berhubungan dengan frekuensi menyusui yang menurun. (D.0029).

### 2.6.4 Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan dilakukan untuk mengatasi masalah atau diagnosis yang telah ditetapkan melalui tindakan yang terencana, terarah,

dan berbasis bukti guna meningkatkan kualitas hidup serta mempercepat proses penyembuhan pasien (Sari, 2020).

Intervensi keperawatan adalah segala treatment yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (*outcome*) yang diharapkan (PPNI, 2018).

**Tabel 2. 3 Intervensi Keperawatan**

<b>No</b>	<b>SDKI</b>	<b>SLKI</b>	<b>SIKI</b>
1	<p>Risiko infeksi (D.0142)</p> <p>Definisi:</p> <p>kondisi ketika seseorang berisiko terinfeksi karena pertahanan tubuhnya tidak memadai. Ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer dapat disebabkan oleh kerusakan integritas kulit, seperti luka operasi, terpasang kateter, atau ketuban pecah.</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ...x..... jam diharapkan tingkat infeksi menurun. Dengan kriteria hasil (L.09097) :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tidak ada tanda-tanda infeksi (Demam, nyeri, kemerahan dan bengkak).</li> <li>2. Kadar sel darah putih membaik.</li> </ol>	<p><b>Pencegahan Infeksi ( I.14539 )</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik.</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien.</li> <li>2. Pertahankan tehnik aseptik pada pasien beresiko tinggi.</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi.</li> <li>2. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar.</li> <li>3. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka.</li> <li>4. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi.</li> <li>5. <b>Berikan kompres daun sirih</b></li> </ol>

			hangat pada area perineum untuk membantu mempercepat penyembuhan luka dan mencegah infeksi.
2	<p>Menyusui Tidak Efektif (D.0029)</p> <p>Definisi:</p> <p>Menyusui tidak efektif berhubungan dengan kurangnya produksi ASI, nyeri saat menyusui, atau teknik perlekatan bayi yang tidak adekuat, ditandai dengan bayi tampak rewel setelah menyusu, berat badan bayi tidak bertambah, serta refleks let-down yang tidak optimal.</p>	<p>Status Menyusui (L.03029)</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ...x..... jam Diharapkan status menyusui membaik,</p> <p>Dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perlekatan bayi pada payudara ibu membaik</li> <li>2. Kemampuan ibu memposisikan bayi dengan benar membaik</li> <li>3. Berat badan bayi membaik</li> <li>4. Tetesan/panacaran ASI membaik</li> <li>5. Suplai ASI adekuat</li> <li>6. Putting tidak lecet setelah 2 minggu membaik</li> </ol> <p>Kepercayaan ibu membaik</p>	<p>Edukasi Menyusui (I.12393)</p> <p><b>Observasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi</li> <li>2. Identifikasi tujuan atau keinginan menyusui</li> </ol> <p><b>Terapeutik:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan</li> <li>2. Dukung ibu untuk meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui</li> <li>3. Libatkan sistem pendukung</li> </ol> <p><b>Edukasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berikan konseling menyusui</li> </ol>

			<ol style="list-style-type: none"><li>2. Ajarkan empat posisi menyusui dan perlekatan dengan benar</li><li>3. Ajarkan perawatan payudara post</li></ol>
--	--	--	---



			<p>partum</p> <p>Monitoring Produksi ASI dan Pola Menyusui (I. 06054 – Pemantauan Laktasi)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memantau jumlah ASI yang dihasilkan sebelum dan sesudah konsumsi susu kedelai dalam 1 minggu pertama.</li> <li>2. Mengevaluasi efektivitas perlekatan bayi saat menyusui, apakah bayi tampak puas dan tidak rewel setelah menyusui.</li> <li>3. Mengevaluasi kepatuhan ibu dalam mengonsumsi susu kedelai, serta dampaknya terhadap pola menyusui dan produksi ASI. Menggunakan metode pemijatan payudara atau pijat oksitosin sebagai pendukung peningkatan ASI jika diperlukan.</li> </ol>
3	Nyeri Akut Definisi :	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ....x.... jam diharapkan tingkat nyeri menurun.	<p>Manajemen nyeri (I.08238)</p> <p><b>Observasi:</b></p>

	<p>Nyeri yang dirasakan setelah melahirkan dan menjalani tindakan episiotomi</p>	<p>Dengan kriteria hasil (L.08066) :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mengatakan keluhan nyeri menurun.</li> <li>2. Keluhan nyeri meringis menurun.</li> <li>3. Pasien menunjukkan sikap protektif menurun.</li> </ol> <p>Pasien tampak tidak gelisah</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</li> <li>2. Identifikasi skala nyeri</li> <li>3. Identifikasi respon nyeri non verbal</li> <li>4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</li> <li>5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri</li> <li>6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri</li> <li>7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup</li> <li>8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan</li> <li>9. Monitor efek samping penggunaan analgetik</li> </ol> <p><b>Terapeutik:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</li> </ol>
--	--	---	---

			<p>2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri</p> <p>3. Fasilitasi istirahat dan tidur</p> <p>4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri</p> <p><b>Edukasi:</b></p> <p>1. Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri</p> <p>2. Kelaskan strategi meredakan nyeri</p> <p>3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri</p> <p>4. Anjurkan menggunakan analgesik secara tepat</p> <p>5. Anjurkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p><b>Kolaborasi</b></p> <p>pemberian analgetik, jika perlu</p>
--	--	--	--

Sumber: (PPNI, 2018)

### **2.6.5 Implementasi Keperawatan**

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dari masalah status kesehatan yang dihadapi kestatus kesehatan yang baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Proses pelaksanaan tindakan keperawatan harus berpusat kepada kebutuhan pasien, faktor-faktor lain yang mempengaruhi kebutuhan keperawatan, strategi implementasi keperawatan, dan kegiatan komunikasi (Siregar, 2019).

Pelaksanaan tindakan keperawatan merupakan realisasi dari intervensi keperawatan yang mencakup perawatan langsung kepada pasien, perawat harus berinteraksi dengan pasien, dan ada keterlibatan aktif pasien dalam pelaksanaan tindakan keperawatan. Contoh : Perawat menginspeksi insisi atau robekan perineum, membersihkan area perineum secara teratur, dan mengajarkan pasien dan keluarga mengobservasi tanda abnormal pada perineum (Simamora, 2019).

Dalam upaya mempercepat penyembuhan luka episiotomi dan mencegah infeksi pada ibu post partum, penerapan kompres daun sirih dilakukan sebagai intervensi keperawatan berbasis terapi komplementer. Langkah pertama adalah memastikan kebersihan area perineum dengan membilasnya menggunakan air hangat sebelum tindakan. Selanjutnya, rebusan daun sirih dibuat dengan cara merebus 10-15 lembar daun sirih dalam 500 ml air selama 10-15 menit, kemudian disaring dan dibiarkan

hingga suhu hangat. Kain kasa steril dicelupkan ke dalam larutan tersebut dan diaplikasikan langsung pada area luka episiotomi selama 10-15 menit, sebanyak 2-3 kali sehari (Christina & Kurniyanti, 2018).

Kemudian, pasien diberikan edukasi mengenai pentingnya menjaga kebersihan perineum, termasuk teknik membersihkan area luka dari depan ke belakang untuk mencegah kontaminasi bakteri. Pasien juga diarahkan untuk mengganti pembalut setiap 4 jam, menggunakan pakaian dalam berbahan katun yang menyerap keringat, serta meningkatkan asupan protein dan vitamin C guna mendukung proses penyembuhan jaringan. Observasi dilakukan secara berkala untuk memantau tanda-tanda infeksi seperti kemerahan, bengkak, nyeri berlebihan, atau keluar cairan berbau tidak sedap. Jika ditemukan indikasi infeksi yang memburuk, maka dilakukan kolaborasi dengan dokter untuk pertimbangan pemberian antibiotik atau analgesik tambahan. Dengan penerapan ini, diharapkan ibu post partum dengan episiotomi dapat menjalani proses pemulihan yang lebih nyaman, terhindar dari infeksi, dan kembali beraktivitas dengan optimal.

(Maryamah et al., 2024).

#### **2.6.6 Evaluasi Keperawatan**

Evaluasi keperawatan adalah penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien (hasil yang diamati) dengan tujuan dan kriteria hasil yang sudah dibuat pada tahap perencanaan.

Tujuan dari evaluasi yaitu mengakhiri rencana tindakan keperawatan, memodifikasi rencana tindakan keperawatan serta meneruskan rencana tindakan keperawatan (Saroh, 2019).

Jenis-jenis evaluasi keperawatan dalam asuhan keperawatan menurut Yanti, (2021), antara lain:

- a. Evaluasi proses (formatif) : Evaluasi yang dilakukan setiap selesai tindakan, berorientasi pada etiologi, dilakukan secara terus-menerus sampai tujuan yang telah ditentukan tercapa.
- b. Evaluasi hasil (sumatif) : Evaluasi yang dilakukan setelah akhir tindakan keperawatan secara paripurna, berorientasi pada masalah keperawatan, menjelaskan keberhasilan/ketidakberhasilan, rekapitulasi dan kesimpulan status kesehatan pasien sesuai dengan kerangka waktu yang ditetapkan kemudian ditulis dalam catatan perkembangan.

Komponen format atau formula yang digunakan untuk memudahkan perawat dalam mengevaluasi atau memantau perkembangan pasien menurut Hartati dkk Yanti, (2021), yaitu menggunakan komponen Subjektif, Objektif, Analisis, *Planning*, Implementasi, Evaluasi, *Reassessment* (SOAPIER) :

- a. S (Subjektif) : Data berdasarkan keluhan yang diucapkan atau disampaikan oleh pasien yang masih dirasakan setelah dilakukan tindakan keperawatan.

- b. O (Objektif) : Data objektif adalah data berdasarkan hasil pengukuran atau hasil observasi secara langsung kepada pasien, dan yang dirasakan pasien setelah dilakukan tindakan keperawatan
- c. A (Analisis) : Interpretasi dari data subjektif dan data objektif , kemudian akan diambil kesimpulan bahwa masalah teratasi, teratasi Sebagian, atau masalah tidak teratasi.
- d. P (Planning) : Perencanaan keperawatan yang akan dilanjutkan, hentikan, modifikasi, atau ditambahkan dari rencana tindakan keperawatan yang telah ditentukan sebelumnya.
- e. I (Implementasi) : Implementasi adalah tindakan keperawatan yang dilakukan sesuai dengan instruksi yang telah teridentifikasi dalam komponen P (perencanaan).
- f. E (Evaluasi) : Evaluasi adalah respon pasien setelah dilakukan tindakan keperawatan.
- g. R (*Reassessment*) : *Reassessment* adalah pengkajian ulang yang dilakukan terhadap perencanaan setelah diketahui hasil evaluasi, apakah dari rencana tindakan perlu dilanjutkan, dimodifikasi, atau dihentikan.

Evaluasi keperawatan bertujuan untuk menilai efektivitas penerapan kompres daun sirih dalam mencegah risiko infeksi pada luka episiotomi ibu post partum. Evaluasi ini dilakukan secara berkala dengan mengamati perkembangan kondisi luka, kebersihan perineum, serta

kepatuhan pasien dalam menjalankan prosedur perawatan yang telah diberikan (Sukmawati et al., 2021).

Fokus utama dalam evaluasi ini adalah menilai adanya tandatanda infeksi, seperti kemerahan, bengkak, nyeri yang meningkat, eksudat berlebihan, atau bau tidak sedap pada luka episiotomi. Selain itu, evaluasi juga mencakup pemantauan suhu tubuh pasien, karena peningkatan suhu dapat menjadi indikasi adanya infeksi sistemik. Keberhasilan intervensi kompres daun sirih diukur dengan melihat apakah pasien mengalami perbaikan dalam proses penyembuhan luka dan apakah terjadi pengurangan gejala yang mengarah pada infeksi (Wulandari & Rahayuningsih, 2022).

Selain pengamatan fisik, evaluasi juga mencakup aspek edukasi dan kepatuhan pasien dalam menjaga kebersihan perineum. Hal ini melibatkan pemantauan frekuensi penggantian pembalut, cara membersihkan perineum, serta kepatuhan dalam menggunakan kompres daun sirih sesuai jadwal. Pasien yang memahami pentingnya kebersihan dan perawatan luka diharapkan memiliki risiko infeksi yang lebih rendah dibandingkan dengan pasien yang kurang patuh dalam menjalankan prosedur yang diberikan (Aprita & Husanah, 2022).

Jika dalam evaluasi ditemukan adanya tanda-tanda infeksi atau luka yang tidak menunjukkan kemajuan dalam proses penyembuhan,



maka perlu dilakukan intervensi tambahan atau kolaborasi dengan dokter untuk mempertimbangkan pemberian antibiotik atau terapi

lanjutan (Fichria et al., 2022).

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan tingkat infeksi pada ibu post partum dengan episiotomi dapat menurun. Kriteria yang diharapkan meliputi tidak adanya tandatanda infeksi seperti demam, nyeri, kemerahan, atau pembengkakan pada luka perineum. Selain itu, kadar sel darah putih diharapkan membaik dan kembali normal, serta luka perineum menunjukkan perbaikan tanpa adanya pengeluaran cairan abnormal. Pasien juga diharapkan melaporkan penurunan keluhan nyeri dan merasa lebih nyaman setelah penerapan kompres daun sirih.