

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Masa Nifas

2.1.1 Definisi Masa Nifas

Masa nifas (*puerperium*) berasal dari bahasa latin, yaitu *puer* artinya bayi dan *parous* artinya melahirkan atau berarti masalah setelah melahirkan. Masa nifas adalah suatu periode dalam minggu-minggu pertama setelah kelahiran. Lama periode ini sebagian besar menganggapnya antara 4 sampai 6 minggu sejak bayi lahir sampai organ-organ kembali seperti keadaan sebelum hamil. (Cunningham, 2012).

Definisi masa nifas yang diberikan oleh para ahli menunjukkan waktu atau periode masa nifas tersebut. Beberapa definisi diantaranya adalah sebagai berikut (Mansyur & Dahlan, 2014):

- a. Post partum adalah waktu yang diperlukan oleh ibu untuk memulihkan alat kandungannya ke keadaan semula dari melahirkan bayi setelah 2 jam pertama persalinan yang berlangsung antara 6 minggu (42 hari) (Prawirohadjo, 2006).
- b. Masa nifas (*puerperium*) dimulai setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil yang berlangsung selama 6 minggu (Saifuddin, 2007).
- c. Masa Nifas (*puerperium*) adalah masa setelah keluarnya plasenta

sampai alat-alat reproduksi pulih seperti sebelum hamil dan secara normal masa nifas berlangsung selama 6 minggu atau 40 hari (Ambarwati, 2010).

- d. Masa nifas adalah masa sesudah persalinan dan kelahiran bayi, plasenta serta selaput yang diperlukan untuk memulihkan kembali organ kandungan seperti sebelum hamil dengan waktu kurang lebih 6 minggu. (Saleha, 2009).
- e. Masa nifas adalah masa dimulai beberapa jam sesudah lahirnya plasenta sampai 6 minggu setelah melahirkan (Pusdiknakes, 2003).
- f. Periode postpartal adalah waktu penyerahan dari selaput dan plasenta (menandai akhir dari periode intrapartal) menjadi kembali ke saluran reproduksi wanita pada kondisi tidak hamil. Puerperium berlangsung sekitar 6 minggu (Varney, 2004).
- g. Masa nifas (puerperium) adalah masa yang dimulai setelah kelahiran plasenta hingga pulihnya kembali alat-alat reproduksi. Masa ini berlangsung kurang lebih selama 6 minggu.
- h. Masa nifas adalah jangka waktu 6 minggu yang dimulai setelah melahirkan bayi sampai pemulihannya kembali organ-organ reproduksi seperti sebelum kehamilan (Bobak, Lowdermilk & Jensen, 2005).

Dari berbagai definisi diatas, maka dapat kita simpulkan bahwa, selama periode waktu tersebut, seorang ibu nifas akan mengalami berbagai macam perubahan baik fisik, psikologis maupun sosial. Pada masa ini juga

dapat disebut sebagai masa kritis bagi ibu setelah melahirkan, karena sekitar 50% kematian ibu dapat terjadi dalam 24 jam pertama postpartum akibat perdarahan serta penyakit komplikasi yang terjadi pada saat kehamilan.

Oleh karena itu masa ini merupakan masa yang cukup penting bagi tenaga kesehatan untuk selalu melakukan pemantauan karena pelaksanaan yang kurang maksimal dapat menyebabkan ibu mengalami berbagai masalah, bahkan dapat berlanjut pada komplikasi masa nifas, seperti *sepsis puerpuralis*, perdarahan dll.

2.1.2 Tahapan Masa Nifas

Masa nifas yang dialami oleh ibu terbagi dalam 3 tahap, yaitu :

1. Tahap *Immediate puerperium* / Puerperium dini

Tahap ini adalah keadaan yang terjadi segera setelah persalinan sampai 24 jam sesudah persalinan (0-24 jam sesudah melahirkan). Keputihan yang ditandai dengan ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan. Pada masa ini sering terjadi masalah, misalnya perdarahan karena atonia uteri. Oleh karena itu, sebagai bidan harus dengan teratur harus melakukan pemeriksaan kontraksi uterus, pengeluaran lochea, tekanan darah, suhu dan keadaan umum ibu.

2. Tahap *Early puerperium*

Tahap ini adalah keadaan yang terjadi pada permulaan puerperium. Waktu 1 hari sesudah melahirkan sampai 7 hari (1 minggu pertama). Pada fase ini seorang bidan harus dapat memastikan involusi uteri

(proses pengecilan rahim) dalam keadaan normal, tidak ada perdarahan, lochea tidak berbau busuk, tidak demam, ibu mendapatkan makanan dan cairan, serta ibu dapat menyusui dengan baik.

3. Tahap *Late puerperium*

Tahap ini adalah 6 minggu sesudah melahirkan. Pada periode ini seorang bidan tetap melakukan perawatan dan pemeriksaan secara berkala serta konseling KB. Biasanya bidan yang ada di desa melakukan kunjungan rumah atau ibu yang datang memeriksa kesehatannya di posyandu atau puskesmas.

2.1.3 Lingkup Asuhan Kebidanan Dalam Masa Nifas

Adapun lingkup pelayanan kebidanan dalam masa nifas sebagai berikut (Pusdiknakes, 2003).

1. Pada masa kala IV hingga *early postpartum*, bidan harus melakukan observasi melekat bersama ibu dan bayi dalam beberapa saat untuk memastikan ibu dan bayi dalam posisi yang stabil serta tidak mengalami komplikasi.
2. Periksa fundus uteri tiap 15 menit pada jam pertama, 20-30 menit pada jam kedua postnatal, jika kontraksi tidak kuat.
3. Periksa tekanan darah, kandung kemih, nadi, perdarahan tiap 15 menit pada jam pertama dan tiap 30 menit pada jam kedua postnatal.
4. Anjurkan ibu minum untuk mencegah dehidrasi, bersihkan perineum, dan anjurkan untuk mengenakan pakaian bersih, biarkan ibu istirahat, beri posisi yang nyaman, dukung program *bounding attachment* dan

ASI eksklusif, ajarkan ibu dan keluarga untuk memeriksa fundus uteri dan perdarahan secara mandiri, beri konseling tentang gizi, perawatan payudara, serta kebersihan diri.

5. Memberikan dukungan secara berkesinambungan selama masa nifas sesuai dengan kebutuhan ibu untuk mengurangi ketegangan fisik dan psikologis selama masa nifas.
6. Bidan berperan sebagai promotor hubungan antara ibu dan bayi serta keluarga.
7. Mendorong ibu untuk menyusui ibunya dengan meningkatkan rasa nyaman ibu.
8. Mendeteksi komplikasi dan perlunya rujukan sesuai indikasi.
9. Memberikan konseling untuk ibu dan keluarganya mengenai cara mencegah perdarahan, mengenali tanda-tanda bahaya, menjaga gizi yang baik, serta mempraktekkan personal hygiene.
10. Melakukan manajemen asuhan dengan cara mengumpulkan data menetapkan diagnosa dan rencana tindakan asuhan serta melaksanakannya untuk mempercepat proses pemulihan, mencegah komplikasi dengan memenuhi kebutuhan ibu dan bayi selama periode nifas.
11. Memberikan asuhan kebidanan pada masa nifas dan menyusui secara profesional sesuai dengan standar kewenangan dan standar kompetensi bidan.

2.1.4 Tujuan Asuhan Kebidanan Dalam Masa Nifas

Asuhan atau pelayanan masa nifas memiliki tujuan yang pada akhirnya meningkatkan derajat kesehatan ibu dan bayi.:

1. Meningkatkan Kesejahteraan Fisik Dan Psikologi Ibu Dan Bayi

Dengan diberikannya asuhan, ibu akan mendapatkan fasilitas dan dukungan dalam upaya untuk menyesuaikan peran barunya sebagai ibu (pada kasus ibu dengan kelahiran anak pertama) dan pendampingan keluarga dalam membuat pola baru saat kelahiran anak kedua. Jika ibu dapat melewati masa ini dengan baik maka kesejahteraan fisik dan psikologis bayipun akan meningkat menjaga kesehatan ibu dan bayinya baik fisik maupun psikologis harus diberikan oleh tenaga kesehatan. Misalnya ibu dianjurkan untuk menjaga kebersihan seluruh tubuh, sedangkan bidan mengajarkan pada ibu bagaimana membersihkan daerah kelamin dengan sabun dan air, dengan memastikan bahwa ia mengerti untuk membersihkan daerah vulva terlebih dahulu, dari depan ke belakang dan setelah itu membersihkan daerah sekitar anus. Sarankan ibu untuk mencuci tangan dengan sabun dan air sebelum dan sesudah membersihkan daerah kelaminnya. Jika ibu mempunyai luka episiotomy atau laserasi pada perineum sarankan ibu untuk menghindari atau tidak menyentuh daerah luka.

2. Pencegahan, diagnosa dini, dan pengobatan komplikasi pada ibu nifas

Dengan diberikannya asuhan pada ibu nifas, kemungkinan munculnya permasalahan dan komplikasi akan lebih cepat terdeteksi sehingga penanganannya dapat lebih maksimal. Contohnya :

Tujuan perawatan masa nifas adalah untuk menghindari/mendeteksi adanya kemungkinan adanya pendarahan postpartum dan infeksi. Oleh karena itu, penolong persalinan sebaiknya tetap waspada sekurang-kurangnya 1 jam postpartum untuk mengatasi kemungkinan terjadinya komplikasi persalinan. Umumnya wanita sangat lemah setelah melahirkan, terlebih lagi jika persalinan berlangsung lama.

3. Merujuk ibu ke asuhan tenaga ahli jika diperlukan

Meskipun dan keluarga mengetahui ada permasalahan kesehatan pada ibu nifas yang memerlukan rujukan, namun tidak semua keputusan dapat diambil secara tepat. Misalnya mereka lebih memilih untuk tidak datang pada fasilitas pelayanan kesehatan karena pertimbangan tertentu, jika bidan senantiasa mendampingi pasien dan keluarga maka keputusan tepat dapat diambil sesuai dengan kondisi pasien sehingga kejadian mortalitas dapat dicegah.

Memberikan skrining secara komprehensif : Melaksanakan skrining secara komprehensif dengan mendeteksi masalah, mengobati, dan merujuk apabila terjadi komplikasi pada ibu maupun bayinya. Seorang bidan bertugas untuk melakukan pengawasan kala IV yang meliputi pemeriksaan plasenta, pengawasan Tinggi Fundus Uteri, pengawasan perdarahan, pengawasan konsistensi Rahim, dan pengawasan keadaan umum ibu. Bila ditemukan permasalahan, maka harus segera melakukan tindakan sesuai dengan standar pelayanan pada penatalaksanaan masa nifas.

4. Mendukung dan meningkatkan keyakinan ibu, serta memungkinkan ibu untuk mampu melaksanakan perannya dalam situasi keluarga dan budaya khusus

Pada saat memberikan asuhan nifas, keterampilan seorang bidan sangat dituntut untuk memberikan pendidikan kesehatan terhadap ibu dan keluarga. Keterampilan yang harus dikuasai oleh bidan, antara lain berupa materi pendidikan, teknik penyampaian, dan media yang digunakan, serta pendekatan psikologis yang efektif sesuai dengan budaya setempat. Hal tersebut sangat penting untuk diperhatikan karena banyak pihak yang beranggapan bahwa jika bayi telah lahir dengan selamat dan kondisi ibu dan bayi tidak ada cacat secara fisik maka sebuah pendampingan dianggap tidak perlu dilakukan. Padahal bagi para ibu (terutama ibu baru), saat menjalani peran barunya sangatlah berat sehingga membutuhkan sebuah pendampingan untuk kesehatan ibu dan bayi baik secara fisik maupun psikis.

5. Imunisasi ibu terhadap tetanus.

Dengan pemberian asuhan yang maksimal pada ibu nifas kejadian tetanus dapat dihindari, meskipun saat ini angka kejadian tetanus telah mengalami penurunan. Akan tetapi tetap memerlukan suatu tindakan untuk menghindari kejadian tetanus datang kembali.

6. Mendorong pelaksanaan metode yang sehat tentang pemberian makan anak, serta peningkatan pengembangan hubungan yang baik antara ibu dan anak. Saat bidan memberikan asuhan masa nifas, materi dan pemantauan

yang diberikan tidak hanya pada sebatas lingkup permasalahan ibu, tetapi bersifat menyeluruh terhadap ibu dan anak. Kesempatan untuk berkonsultasi tentang kesehatan termasuk kesehatan anak dan keluarga akan sangat terbuka. Bidan akan mengkaji pengetahuan ibu dan keluarga mengenai upaya mereka dalam rangka peningkatan kesehatan keluarga. Upaya peningkatan pola hubungan psikologis yang baik antara ibu dan anak.

Memberikan pendidikan kesehatan diri : Memberikan pelayanan kesehatan tentang perawatan diri, nutrisi, KB, menyusui, pemberian imunisasi kepada bayinya, dan perawatan bayi sehat. Ibu postpartum harus diberikan pendidikan mengenai pentingnya gizi antara lain kebutuhan gizi ibu menyusui.

Adapun tujuan umum dan khusus dari asuhan pada masa nifas adalah : (saifuddin, 2012).

1. Membantu ibu dan pasangannya selama masa transisi awal mengasuh anak
2. Menjaga kesehatan ibu dan bayinya, baik fisik maupun psikologis
3. Mencegah dan mendeteksi dini komplikasi pada ibu nifas.
4. Merujuk ke tenaga ahli bila diperlukan
5. Mendukung dan memperkuat keyakinan diri ibu dan memungkinkan melaksanakan peran sebagai orang tua.
6. Memberikan pelayanan KB

Asuhan yang diperlukan ibu dan bayinya selama masa nifas

sebaiknya didasarkan pada 3 prinsip utama :

1. Meningkatkan kesehatan fisik ibu dan bayi

Periode masa nifas yang dimulai setelah pengeluaran plasenta sampai dengan waktu yang diperlukan untuk memulihkan alat reproduksi seperti sediakala sekitar 6 minggu¹⁰

2. Memberikan penyuluhan mengenai pemberian ASI dan meningkatkan pengembangan hubungan yang baik antara ibu dan anak

3. Mendukung dan memperkuat kepercayaan diri ibu dan memperbolehkannya mengisi peran sebagai ibu khususnya dalam keluarga sendiri dalam situasi kebudayaannya

2.1.5 KEBIJAKAN PROGRAM NASIONAL MASA NIFAS

Pada kebijakan program nasional masa nifas paling sedikit 4 kali kunjungan yang dilakukan. Hal ini untuk menilai status ibu dan bayi baru lahir serta untuk mencegah, mendeteksi, dan menangani masalah-masalah yang terjadi antara lain sebagai berikut:

Tabel 2.1. Kebijakan Program Nasional Masa Nifas

KUNJUNGAN	WAKTU	TUJUAN
I	6-8 jam setelah persalinan	1. Mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri. 2. Mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan, rujuk jika perdarahan berlanjut. 3. Memberikan konseling pada ibu atau salah satu anggota keluarga mengenai bagaimana cara mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri. 4. Pemberian ASI awal

		5. Melakukan hubungan antara ibu dan bayi yang baru lahir. 6. Menjaga bayi tetap sehat dengan cara mencegah hypotermi 7. Jika petugas kesehatan menolong persalinan, ia harus tinggal dengan ibu dan bayi yang baru lahir selama 2 jam pertama setelah kelahiran atau sampai ibu dan bayinya dalam keadaan stabil.
II	6 hari setelah persalinan	1. Memastikan involusi uterus berjalan normal, uterus berkontraksi, fundus dibawah umbilicus, tidak ada perdarahan abnormal, tidak ada bau. 2. Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi, perdarahan. 3. Memastikan ibu mendapatkan cukup makanan, cairan, dan istirahat. 4. Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperlihatkan tanda-tanda penyulit. 5. Memberikan konseling pada ibu mengenai asuhan pada bayi, tali pusat, menjaga bayi tetap hangat dan merawat bayi sehari-hari.
III	2 minggu setelah persalinan	Sama seperti diatas (6 hari setelah persalinan)
IV	6 minggu Setelah persalinan	1. Menanyakan pada ibu tentang kesulitan-kesulitan yang ia atau bayi alami 2. Memberikan konseling KB secara dini.

(Sumber: Permenkes 2015)

2.2 Konsep Dasar Luka Perineum

2.2.1 Definisi Luka

Luka adalah bentuk kerusakan jaringan kulit yang bisa disebabkan hal, seperti sumber panas (bahan kimia, air panas, api, radiasi, dan listrik), hasil tindakan medis dan hasil tindakan operasi, maupun perubahan

fisiologi. Timbulnya luka dapat mengganggu fungsi dan struktur anatomi tubuh. (Purnama & dkk., 2014).

Menurut Bobak dkk. (2005), berdasarkan sifat kejadian, luka terbagi menjadi dua jenis, yaitu luka terbuka dan luka tertutup. Luka terbuka adalah keadaan luka dimana permukaan kulit atau selaput jaringan rusak yang disebabkan oleh kejadian sengaja (tindakan operasi) atau kejadian tidak sengaja (kecelakaan). Sedangkan, luka tertutup adalah keadaan luka dimana jaringan yang ada di permukaan tidak mengalami kerusakan, seperti keseleo, terkilir, patah tulang, dsb.

2.2.2 Definisi Luka Perineum

Menurut (Mochtar, 2012), luka perineum adalah perlukaan yang terjadi pada saat persalinan di bagian perineum. Adapun menurut (Wiknjastro, 2016), luka perineum adalah luka di bagian perineum dikarenakan adanya robekan jalan lahir yang bisa disebabkan oleh tindakan episiotomi atau kerusakan jaringan secara alami pada waktu melahirkan janin yang disebabkan oleh desakan kepala atau bahu janin. Sedangkan, menurut (Sriani, 2015), luka perineum adalah adanya robekan pada jalan lahir secara spontan ataupun dikarenakan tindakan episiotomi saat melahirkan janin. Kemudian, menurut Rahmania (2019), luka perineum adalah luka robekan yang terjadi di daerah perineum atau disengaja karena tindakan episiotomi untuk mempermudah kelahiran bayi. Robekan ini kerap kali terjadi pada hampir semua persalinan pertama,

namun tidak menutup kemungkinan bahwa robekan akan terjadi pada persalinan kedua dan seterusnya.

2.2.3 Jenis Luka Perineum

Berdasarkan definisi tersebut, terdapat 2 bentuk luka perineum, diantaranya:

2.2.3.1 Ruptur

Ruptur merupakan kerusakan jaringan secara alamiah di daerah perineum dikarenakan beberapa faktor seperti cara ibu meneran, keadaan perineum yang rapuh atau tidak elastis, posisi saat persalinan, maupun dorongan dari kepala atau bahu janin. Bentuk ruptur biasanya tidak teratur sehingga robekan dikarenakan ruptur sulit dilakukan penjahitan (Rukiyah, 2011). Adapun menurut Depkes (2010), ruptur perineum adalah robeknya atau koyaknya jaringan secara paksa karena persalinan.

2.2.3.2 Episiotomi

Episiotomi adalah suatu irisan bedah pada bagian perineum menggunakan gunting episiotomi guna memperlebar jalan lahir tepat saat kepala janin belum keluar. Tindakan ini merupakan tindakan sengaja pada perineum dan vagina saat fase meregang. Jika dilihat perineum kaku dan memiliki potensi untuk robek saat peregangan, ada baiknya dilakukan tindakan episiotomi. Tentunya tindakan episiotomi ini harus diberikan anestesi lokal terlebih dahulu. Insisi episiotomi dapat dilakukan di garis tengah atau di bagian medio-lateral perineum.

2.2.4 Etiologi Luka Perineum

Dikutip dari Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI), etiologi adalah cabang biologi yang berisi tentang penyebab suatu penyakit. Adapun menurut Wikipedia, etiologi merupakan salah satu studi yang mempelajari tentang penyebab dan asal mula sesuatu. Maka, dapat disimpulkan bahwa etiologi luka perineum adalah pembahasan mengenai penyebab-penyebab yang mengakibatkan terjadinya luka perineum, antara lain:

2.2.4.1 Etiologi Dari Maternal

1. Persalinan presipitatus

Persalinan ini adalah persalinan cepat/ singkat yang selesai kurang dari 3 jam karena his yang terlalu kuat. Pada persalinan ini, keadaan harus diawasi dengan cermat (Wiknjosastro, 2016).

2. Pasien yang terus meneran

3. Persalinan yang tergesa-gesa dengan dorongan fundus yang terlalukuat

4. Persalinan dengan tindakan seperti tindakan forcep.

5. Jarak kelahiran

Jarak kelahiran adalah rentang waktu antara kelahiran anaksekarang dengan kelahiran anak sebelumnya. Jarak kelahiran 2-3 tahun adalah jarak kelahiran yang lebih aman bagi ibu dan janin. Begitupun dengan jalan lahir yang mungkin pada persalinan sebelumnya mengalami robekan perineum derajat tiga atau derajat empat, sehingga,

dalam kasus ini, proses pemulihan belum sempurna dan berpotensi terjadi robekan perineum (Depkes, 2010).

6. Paritas

Pada primipara, keadaan perineum masih utuh dan elastis sehinggalebih beresiko untuk mengalami robekan perineum. Sedangkan pada multipara, keadaan perineum tidak utuh, longgar, dan lembek. (Wiknjosastro, 2016).

7. Perineum yang rapuh

2.2.4.2 ETIOLOGI DARI JANIN

1. Lingkar kepala janin
2. Berat badan janin
3. Presentasi defleksi

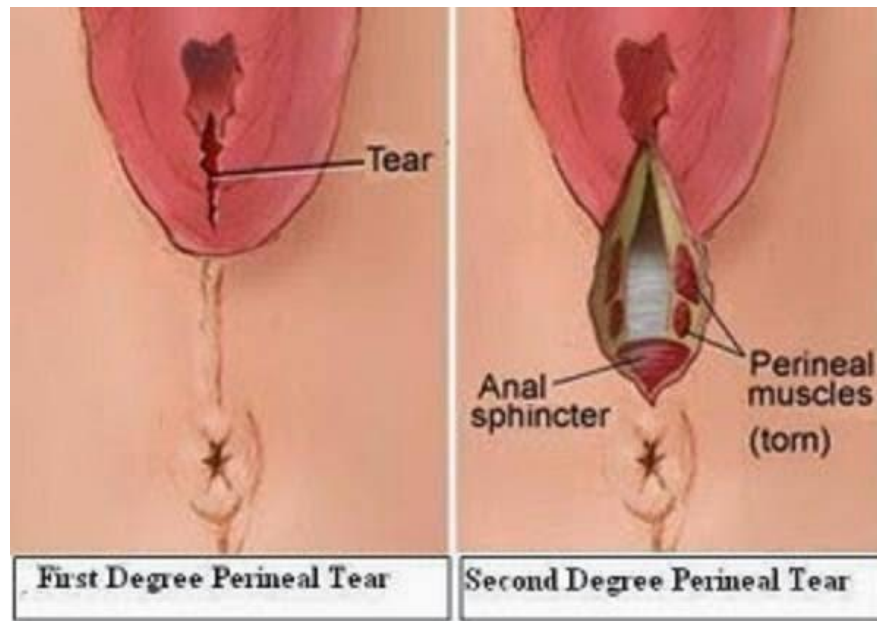
Yaitu defleksi ringan (presentasi puncak kepala), defleksi sedang (presentasi dahi), dan defleksi maksimal (presentasi muka).

4. Distosia bahu
5. Letak sungsang

2.2.5 Klasifikasi Derajat Luka Perineum

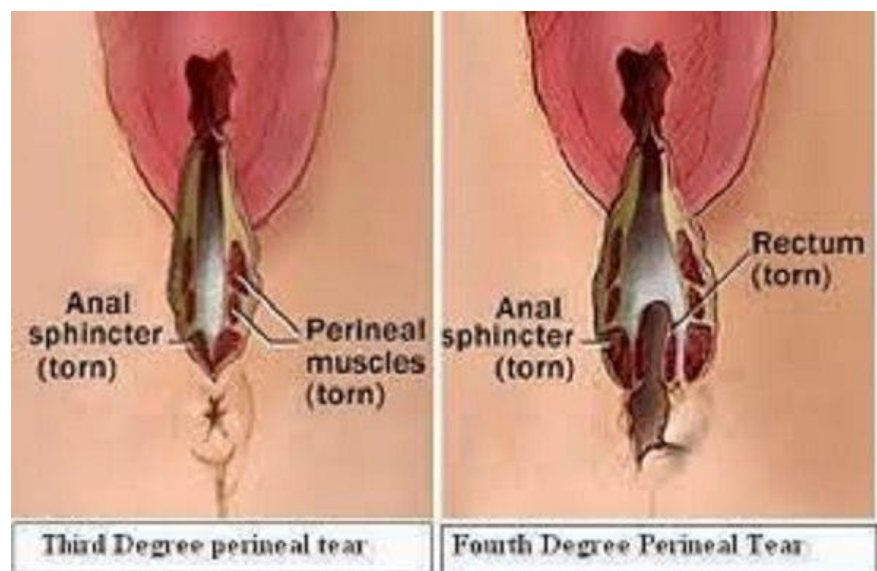
Dikutip dari (Wiknjosastro, 2016), klasifikasi derajat luka pada perineum ada empat, diantaranya:

Gambar 2.1 : Luka Perineum Derajat 1 dan 2



(Sumber: id.asianparent.com)

Gambar 2.2 : Luka Perineum Derajat 3 dan 4



(Sumber: id.asianparent.com)

a) Luka Perineum Derajat 1

Luka derajat 1 meliputi mukosa vagina dan kulit perineum yang berada tepat dibawahnya. Pada umumnya, luka derajat 1 ini tidak diperlukan penjahitan karena dapat sembuh dengan sendirinya.

b) Luka Perineum Derajat 2

Luka derajat 2 meliputi mukosa vagina, kulit perineum, dan otot perineum. Luka derajat 2 ini memerlukan tindakan penjahitan yang harus diberikan anestesi lokal terlebih dahulu.

c) Luka Perineum Derajat 3

Luka derajat 3 meliputi mukosa vagina, kulit perineum, otot perineum dan otot sfingterani eksternal.

d) Luka Perineum Derajat 4

Luka derajat 4 merupakan luka total di bagian perineum dan sfingter ani yang meluas hingga ke mukosa rektum dengan jarak yang berbeda-beda.

2.2.6 Fisiologi Penyembuhan Luka

Menurut Sjamsuhidajat (2004), penyembuhan luka dapat dibagi dalam beberapa fase:

a. Fase inflamasi/peradangan (24 jam pertama sampai 48 jam)

Setelah terjadi trauma pembuluh darah yang terputus pada luka akan menyebabkan perdarahan dan tubuh akan berusaha menghentikannya, pengerutan ujung pembuluh darah yang terputus (retraksi), reaksi hemostasis serta terjadi reaksi inflamasi (peradangan).

Respon peradangan adalah suatu reaksi normal yang merupakan hal yang penting untuk memastikan penyembuhan luka. Peradangan berfungsi mengisolasi jaringan yang rusak dan mengurangi penyebaran infeksi.

b. Fase proliferative (3-5 hari)

Fase ini adalah fase penyembuhan luka ditandai oleh sintesis kolagen. Sintesis kolagen dimulai dalam 24 jam setelah cedera dan akan mencapai puncaknya pada hari ke 5 sampai hari ke , kemudian akan berkurang secara perlahan-lahan. Kolagen disekresi oleh fibroblas sebagai tropokolagen imatur yang mengalami hidoksilasi (tergantung vitamin C) untuk menghasilkan polimer yang stabil. Proses fibroplasias yang penggantian parenkim yang tidak dapat beregenerasi dengan jaringan ikat. Pada fase proliferasi, serat-serat dibentuk dan dihancurkan kembali untuk menyesuaikan diri dengan tegangan pada luka yang cenderung mengerut, sehingga menyebabkan tarikan pada tepi luka. Fibroblast dan sel endotel vascular mulai berproliferasi dengan waktu 3-5 hari terbentuk jaringan granulasi yang merupakan tanda dari penyembuhan.

c. Fase maturasi (5 hari sampai berbulan-bulan)

Pada fase ini terjadi proses pematangan yang terjadi atas penyerapan kembali jaringan yang berlebih, pengerutan sesuai dengan gaya gravitasi dan akhirnya perupaan kembali jaringan yang baru terbentuk. fase ini dinyatakan berakhir jika semua tanda radang sudah hilang dan bias berlangsung berbulan-bulan. Tubuh berusaha menormalkan kembali semua yang abnormal karena proses penyembuhan.

Oedema dan sel radang diserap, sel mudah menjadi matang, kapiler baru menutup dan diserap kembali, kolagen yang berlebih diserap dan sisanya mengerut sesuai dengan regangan yang ada.

Adapun menurut Suryadi dkk., proses penyembuhan luka terbagi menjadi:

a. Fase Awal (Hemostasis dan Inflamasi)

Pada luka yang menembus epidermis, akan merusak pembuluh darah menyebabkan pendarahan. Untuk mengatasinya terjadilah proses hemostasis. Proses ini memerlukan peranan platelet dan fibrin. Pada pembuluh darah normal, terdapat produk endotel seperti prostacyclin untuk menghambat pembentukan bekuan darah. Ketika pembuluh darah pecah, proses pembekuan dimulai dari rangsangan collagen terhadap platelet. Platelet menempel dengan platelet lainnya dimediasi oleh protein fibrinogen dan faktor von Willebrand. Agregasi platelet bersama dengan eritrosit akan menutup kapiler untuk menghentikan pendarahan.

Saat platelet teraktivasi, membran fosfolipid berikatan dengan faktor pembekuan V, dan berinteraksi dengan faktor pembekuan X. Aktivitas protrombinase dimulai, memproduksi trombin secara eksponensial. Trombin kembali mengaktifkan platelet lain dan mengkatalisasi pembentukan fibrinogen menjadi fibrin. Fibrin berlekatan dengan sel darah merah membentuk bekuan darah dan menutup luka. Fibrin menjadi rangka untuk sel endotel, sel inflamasi dan fibroblast.

Fibronectin bersama dengan fibrin sebagai salah satu komponen rangka tersebut dihasilkan fibroblast dan sel epitel. Fibronectin berperan dalam membantu perlekatan sel dan mengatur perpindahan berbagai sel ke dalam luka. Rangka fibrin – fibronectin juga mengikat sitokin yang dihasilkan pada saat luka dan bertindak sebagai penyimpan faktor – faktor tersebut untuk proses penyembuhan.

Reaksi inflamasi adalah respon fisiologis normal tubuh dalam mengatasi luka. Inflamasi ditandai oleh rubor (kemerahan), tumor (pembengkakan), calor (hangat), dan dolor (nyeri). Tujuan dari reaksi inflamasi ini adalah untuk membunuh bakteri yang mengkontaminasi luka.

Pada awal terjadinya luka terjadi vasokonstriksi lokal pada arteri dan kapiler untuk membantu menghentikan pendarahan. Proses ini dimediasi oleh epinephrin, norepinephrin dan prostaglandin yang dikeluarkan oleh sel yang cedera. Setelah 10 – 15 menit pembuluh darah akan mengalami vasodilatasi yang dimediasi oleh serotonin, histamin, kinin, prostaglandin, leukotriene dan produk endotel. Hal ini yang menyebabkan lokasi luka tampak merah dan hangat.

Sel mast yang terdapat pada permukaan endotel mengeluarkan histamin dan serotonin yang menyebabkan vasodilatasi dan peningkatan permeabilitas vaskuler. Hal ini mengakibatkan plasma keluar dari intravaskuler ke ekstrasvaskuler. Leukosit berpindah ke jaringan yang luka melalui proses aktif yaitu diapedesis. Proses ini dimulai dengan leukosit menempel pada sel endotel yang melapisi kapiler dimediasi oleh selectin.

Kemudian leukosit semakin melekat akibat integrin yang terdapat pada permukaan leukosit dengan intercellular adhesion molecular (ICAM) pada sel endotel. Leukosit kemudian berpindah secara aktif dari sel endotel ke jaringan yang luka.

Agen kemotaktik seperti produk bakteri, complement factor, histamin, PGE₂, leukotriene dan platelet derived growth factor (PDGF) menstimulasi leukosit untuk berpindah dari sel endotel. Leukosit yang terdapat pada luka di dua hari pertama adalah neutrofil. Sel ini membuang jaringan mati dan bakteri dengan fagositosis. Netrofil juga mengeluarkan protease untuk mendegradasi matriks ekstraseluler yang tersisa. Setelah melaksanakan fungsi fagositosis, neutrofil akan difagositosis oleh makrofag atau mati. Meskipun neutrofil memiliki peran dalam mencegah infeksi, keberadaan neutrofil yang persisten pada luka dapat menyebabkan luka sulit untuk mengalami proses penyembuhan. Hal ini bisa menyebabkan luka akut berprogresi menjadi luka kronis.

Pada hari kedua / ketiga luka, monosit / makrofag masuk ke dalam luka melalui mediasi monocyte chemoattractant protein 1 (MCP-1). Makrofag sebagai sel yang sangat penting dalam penyembuhan luka memiliki fungsi fagositosis bakteri dan jaringan mati. Makrofag mensekresi proteinase untuk mendegradasi matriks ekstraseluler (ECM) dan penting untuk membuang material asing, merangsang pergerakan sel, dan mengatur pergantian ECM. Makrofag merupakan penghasil sitokin dan growth factor yang menstimulasi proliferasi fibroblast, produksi

kolagen, pembentukan pembuluh darah baru, dan proses penyembuhan lainnya.

Limfosit T muncul secara signifikan pada hari kelima luka sampai hari ketujuh. Limfosit mempengaruhi fibroblast dengan menghasilkan sitokin, seperti IL-2 dan fibroblast activating factor. Limfosit T juga menghasilkan interferon- γ (IFN- γ), yang menstimulasi makrofag untuk mengeluarkan sitokin seperti IL-1 dan TNF- α . Sel T memiliki peran dalam penyembuhan luka kronis

b. Fase Intermediate (Proliferasi)

Pada fase ini terjadi penurunan jumlah sel – sel inflamasi, tanda – tanda radang berkurang, munculnya sel fibroblast yang berproliferasi, pembentukan pembuluh darah baru, epitelialisasi dan kontraksi luka. Matriks fibrin yang dipenuhi platelet dan makrofag mengeluarkan growth factor yang mengaktifasi fibroblast. Fibroblast bermigrasi ke daerah luka dan mulai berproliferasi hingga jumlahnya lebih dominan dibandingkan sel radang pada daerah tersebut. Fase ini terjadi pada hari ketiga sampai hari kelima.

Dalam melakukan migrasi, fibroblast mengeluarkan matriks metalloproteinase (MMP) untuk memecah matriks yang menghalangi migrasi. Fungsi utama dari fibroblast adalah sintesis kolagen sebagai komponen utama ECM. Kolagen tipe I dan III adalah kolagen utama pembentuk ECM dan normalnya ada pada dermis manusia. Kolagen tipe III dan fibronectin dihasilkan fibroblast pada minggu pertama dan

kemudian kolagen tipe III digantikan dengan tipe I. Kolagen tersebut akan bertambah banyak dan menggantikan fibrin sebagai penyusun matriks utama pada luka.

Pembentukan pembuluh darah baru / angiogenesis adalah proses yang dirangsang oleh kebutuhan energi yang tinggi untuk proliferasi sel. Selain itu angiogenesis juga diperlukan untuk mengatur vaskularisasi yang rusak akibat luka dan distimulasi kondisi laktat yang tinggi, kadar pH yang asam, dan penurunan tekanan oksigen di jaringan.

Setelah trauma, sel endotel yang aktif karena terekspos berbagai substansi akan mendegradasi membran basal dari vena postkapiler, sehingga migrasi sel dapat terjadi antara celah tersebut. Migrasi sel endotel ke dalam luka diatur oleh fibroblast growth factor (FGF), platelet-derived growth factor (PDGF), dan transforming growth factor- β (TGF- β). Pembelahan dari sel endotel ini akan membentuk lumen. Kemudian deposisi dari membran basal akan menghasilkan maturasi kapiler.

Angiogenesis distimulasi dan diatur oleh berbagai sitokin yang kebanyakan dihasilkan oleh makrofag dan platelet. Tumor necrosis factor- α (TNF- α) yang dihasilkan makrofag merangsang angiogenesis dimulai dari akhir fase inflamasi. Heparin, yang bisa menstimulasi migrasi sel endotel kapiler, berikatan dengan berbagai faktor angiogenik lainnya. Vascular endothelial growth factor (VEGF) sebagai faktor angiogenik yang poten dihasilkan oleh keratinosit, makrofag dan fibroblast selama proses penyembuhan.

Pada fase ini terjadi pula epitelialisasi yaitu proses pembentukan kembali lapisan kulit yang rusak. Pada tepi luka, keratinosit akan berproliferasi setelah kontak dengan ECM dan kemudian bermigrasi dari membran basal ke permukaan yang baru terbentuk. Ketika bermigrasi, keratinosis akan menjadi pipih dan panjang dan juga membentuk tonjolan sitoplasma yang panjang. Pada ECM, mereka akan berikatan dengan kolagen tipe I dan bermigrasi menggunakan reseptor spesifik integrin. Kolagenase yang dikeluarkan keratinosit akan mendisosiasi sel dari matriks dermis dan membantu pergerakan dari matriks awal. Keratinosit juga mensintesis dan mensekresi MMP lainnya ketika bermigrasi.

Matriks fibrin awal akan digantikan oleh jaringan granulasi. Jaringan granulasi akan berperan sebagai perantara sel – sel untuk melakukan migrasi. Jaringan ini terdiri dari tiga sel yang berperan penting yaitu : fibroblast, makrofag dan sel endotel. Sel – sel ini akan menghasilkan ECM dan pembuluh darah baru sebagai sumber energi jaringan granulasi. Jaringan ini muncul pada hari keempat setelah luka. Fibroblast akan bekerja menghasilkan ECM untuk mengisi celah yang terjadi akibat luka dan sebagai perantara migrasi keratinosit. Matriks ini akan tampak jelas pada luka. Makrofag akan menghasilkan growth factor yang merangsang fibroblast berproliferasi. Makrofag juga akan merangsang sel endotel untuk membentuk pembuluh darah baru.

Kontraksi luka adalah gerakan centripetal dari tepi luka menuju arah tengah luka. Kontraksi luka maksimal berlanjut sampai hari ke-12

atau ke-15 tapi juga bisa berlanjut apabila luka tetap terbuka. Luka bergerak ke arah tengah dengan rata – rata 0,6 sampai 0,75 mm / hari. Kontraksi juga tergantung dari jaringan kulit sekitar yang longgar. Sel yang banyak ditemukan pada kontraksi luka adalah myofibroblast. Sel ini berasal dari fibroblast normal tapi mengandung mikrofilamen di sitoplasmanya

c. Fase Akhir (Remodelling)

Fase remodelling jaringan parut adalah fase terlama dari proses penyembuhan. Proses ini dimulai sekitar hari ke-21 hingga satu tahun. Pembentukan kolagen akan mulai menurun dan stabil. Meskipun jumlah kolagen sudah maksimal, kekuatan tahanan luka hanya 15 % dari kulit normal. Proses remodelling akan meningkatkan kekuatan tahanan luka secara drastis. Proses ini didasari pergantian dari kolagen tipe III menjadi kolagen tipe I. Peningkatan kekuatan terjadi secara signifikan pada minggu ketiga hingga minggu keenam setelah luka. Kekuatan tahanan luka maksimal akan mencapai 90% dari kekuatan kulit normal.

2.2.7 Fisiologis Penyembuhan Luka Perineum

Menurut Hamilton (2012), penyembuhan luka perineum adalah dimulainya proses perbaikan luka perineum dengan terbentuknya jaringan baru yang menutupi luka perineum dalam jangka waktu 7 hari postpartum. (Hamilton, 2012).

Adapun menurut Handayani (2020), penyembuhan luka perineum adalah terbentuknya jaringan baru di perineum pada hari ke-7 postpartum. (Handayani, 2020).

Teori serupa dari Winkjosastro (2016) mengungkapkan bahwa lama penyembuhan luka perineum secara fisiologis akan sembuh dalam 7 hari apabila tidak terjadi infeksi. (Winkjosastro, 2016).

2.2.8 Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Penyembuhan Luka Perineum

- a. Faktor gizi berupa protein
- b. Obat-obatan seperti steroid, antikoagulan, dan antibiotik
- c. Sifat genetik turunan
- d. Sarana prasarana
- e. Jenis terapi yang digunakan, apakah terapi tersebut merupakan terapi farmakologi atau terapi non-farmakologi
- f. Budaya, keyakinan, dan sikap atau pengetahuan
- g. Klasifikasi derajat luka perineum
- h. Pemberian anestesi lokal

2.2.9 Gangguan Penyembuhan Luka

Proses fisiologis yang kompleks dari penyembuhan luka dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor. Salah satu fase yang berkepanjangan dapat mempengaruhi hasil dari penyembuhan luka yaitu jaringan parut yang terbentuk. Penyembuhan luka dapat terganggu oleh penyebab dari dalam tubuh (endogen) atau dari luar tubuh (eksogen), penyebab tersebut antara lain kontaminasi bakteri atau benda asing, kekebalan tubuh yang

lemah, gangguan koagulasi, obat-obatan penekan sistem imun, paparan radiasi, dan beberapa faktor lain. Suplai darah juga mempengaruhi proses penyembuhan, dimana suplai darah pada ekstremitas bawah adalah yang paling sedikit pada tubuh dan suplai darah pada wajah serta tangan cukup tinggi. Usia pasien yang tua juga memperpanjang proses penyembuhan.

2.2.10 Patofisiologi Penyembuhan Luka

a. Jaringan Parut Hipertrofik dan Keloid

Jaringan parut yang terbentuk sebagai hasil akhir proses penyembuhan bergantung pada jumlah kolagen yang terbentuk. Normalnya pada fase remodelling akan terjadi keseimbangan antara pembentukan kolagen dan pemecahannya oleh enzim. Apabila kolagen yang terbentuk melebihi degradasinya akan terjadi jaringan parut hipertrofik atau keloid, sedangkan apabila pemecahan lebih tinggi dari pembentukan akan terjadi jaringan parut hipotrofik.

Jaringan parut dengan proliferasi kolagen yang berlebihan adalah jaringan parut hipertrofik dan keloid. Keloid adalah jaringan parut yang tumbuh melebihi batas awal luka, biasanya tidak mengalami regresi. Keloid ini lebih sering terjadi pada pasien dengan kulit gelap dan juga ada predisposisi genetik.

Jaringan parut hipertrofik adalah jaringan parut yang tumbuh tapi masih dalam batas luka awal dan biasanya sembuh secara spontan. Jaringan parut hipertrofik ini biasanya dapat dicegah, contohnya pada kasus luka bakar. Pada luka bakar, akan terjadi perpanjangan fase

inflamasi yang menyebabkan terjadinya proliferasi berlebih akibat aktivasi fibroblast yang tinggi. Sehingga usaha utama untuk melakukan pencegahan adalah dengan membantu fase inflamasi agar berlangsung lebih singkat. Pembentukan luka yang perpendikular juga akan tampak rata, sempit dengan pembentukan kolagen yang lebih sedikit dibandingkan luka yang paralel dengan serat otot

b. Luka Kronis

Abnormalitas dari fase – fase pada proses penyembuhan dapat mempengaruhi masa penyembuhan luka. Luka kronis didefinisikan sebagai luka akut yang disertai gangguan proses penyembuhan. Proteolisis yang berlebihan juga menyebabkan pemecahan jaringan ikat dan mengeluarkan produk yang merangsang sel inflamasi kembali aktif. Inflamasi yang berkepanjangan juga menambah kecenderungan penyembuhan luka menjadi lama.

2.2.11 Skala Ukur Penyembuhan Luka

Skala ukur yang digunakan adalah REEDA scale. Menurut Molazem (2014), REEDA merupakan singkatan dari lima faktor, diantaranya :

1. *Redness* (kemerahan), apakah tampak adanya kemerahan pada area penjahitan perineum
2. *Edema* (pembengkakan), apakah ada cairan yang menumpuk dan abnormal dalam jumlah besar di area luka jahitan perineum
3. *Ecchymosis* (bercak perdarahan), apakah ada bercak perdarahan

yang lebih lebar dari petekie (bintik merah keunguan berukuran bulat kecil dan tidak menonjol), membentuk bercak rata berwarna biru atau ungu, berbentuk bulat dan tidak beraturan.

4. *Discharge* (pengeluaran), apakah ada eksresi atau cairan yang keluar dari daerah luka
5. *Approximation* (penyatuan luka), apakah ada penyatuan atau kedekatan jaringan yang dijahit

Tabel 2.2 : Tabel REEDA scale

Tanda REEDA	SKOR			
	0	1	2	3
<i>Redness</i> (kemerahan)	Tidak ada	0,25 cm diluar kedua sisi luka	Antara 0,25-0,5 cm di luar kedua sisi luka	Lebih dari 0,5 cm di luar kedua sisi luka
<i>Edema</i> (pembengkakan)	Tidak ada	<1 cm dari luka insisi	1-2 cm dari luka insisi	>2 cm dari luka insisi
<i>Ecchymosis</i> (bercak perdarahan)	Tidak ada	Mencapai 0,25 cm di kedua sisi luka atau 0,5 cm di salah satu sisi luka	0,25-1 cm di kedua sisi luka atau 0,5-2 cm di salah satu sisi luka	>1 cm di kedua sisi luka atau >2 cm di salah satu sisi luka

<i>Discharge</i> (pengeluaran)	Tidak ada	Serum	Serosangui- neous	Berdarah, pulent
<i>Approximation</i> (penyatuan luka)	Tertutup	Kulit tampak terbuka < 3 cm	Kulit dan lemak subkutan tampak terpisah	Kulit subkutan dan fascia tampak terpisah kulit dan lemak

(Sumber: scribd.com)

Skoring REEDA

a) 0: jika penyembuhan luka baik

b) 1-5: jika penyembuhan luka kurang baik

c) >5: jika penyembuhan luka buruk

2.3 Konsep Dasar Perawatan Luka Perineum

2.3.1 Definisi Perawatan Luka Perineum

Perawatan luka perineum merupakan cara untuk membersihkan daerah vulva dan perineum pada ibu yang baru saja melahirkan. Perawatan ini juga merupakan pemenuhan kebutuhan untuk menyehatkan daerah atas paha yang dibatasi vulva dan anus setelah melahirkan.

Perawatan perineum ditujukan untuk mencegah infeksi pada organ-organ reproduksi khususnya di bagian perineum yang disebabkan oleh

masuknya mikroorganisme melalui vulva terbuka. Tak hanya itu, perawatan perineum juga berfungsi untuk mencegah adanya kontaminasi dari area rektum. Perawatan ini berfokus pada bagaimana melakukan penanganan dan pemeliharaan pada luka perineum. (Sujiyatini & dkk., 2011).

Ibu post partum dengan luka jahitan pada perineum harus melakukan perawatan dengan baik guna mencegah infeksi, menjaga kebersihan, serta mempercepat penyembuhan luka. Perawatan luka perineum ini bisa dilakukan dengan membasuh vagina menggunakan bahan antiseptik, non-antiseptik, hingga bahan tradisional. (Fiolen, 2013).

Dikutip dari Agusthin (2011), perawatan perineum menggunakan bahan antiseptik yaitu bahan yang mengandung povidone iodine seperti etakridin, rivanol, dan alkohol. Sedangkan, menggunakan bahan non-antiseptik yang bisa digunakan yaitu sabun mandi. Adapun yang menggunakan bahan tradisional yaitu dengan memanfaatkan tumbuhan alami yang ada di sekitar seperti salah satu contohnya adalah daun sirih.

2.3.2 Waktu Tepat Perawatan Luka Perineum

1. Saat mandi
2. Setelah buang air kecil
3. Setelah buang air besar

2.4 Konsep Dasar Daun Sirih

2.4.1 Klasifikasi Daun Sirih

Tabel 2.3 : Klasifikasi Tanaman Daun Sirih

Kingdom	Plantae
Sub Kingdom	Tracheobinta
Divisi	Spermatophyta
Sub Divisi	Angiospermae
Kelas	Dikotyledonaea
Ordo	Piperales
Famili	Piperaceae
Genus	Piper
Species	<i>Piper betle L.</i>

(Sumber: Wikipedia.org)

2.4.2 Deskripsi Daun Sirih

Gambar 2.3 : Daun Sirih



(Sumber: klikdokter.com)

Menurut Mugi Lestari (2014), karena tanaman daun sirih termasuk dalam famili *Piperaceae*, menyebabkan tanaman daun sirih hidup

merambat hingga bisa mencapai ketinggian kurang lebih 15 meter. Tanaman ini memiliki batang yang beruas berwarna coklat kehijauan berbentuk bulat yang kemudian akan tumbuh akar. Daun sirih berbentuk pipih seperti jantung, tangkainya berukuran agak panjang dengan tulang daun yang melengkung dimana bagian atasnya berbentuk meruncing. Bila disobek, daun sirih akan menghasilkan sedikit lendir dan terasa pahit getar.

Tanaman daun sirih memiliki ciri khas bau yang aromatis dan berasa pedas. Daun sirih memiliki panjang kira-kira 5-8 cm dan lebar sekitar 2-5 cm. Buah dari tanaman ini berbentuk bulat dan berwarna keabuan. Permukaan daun sirih berwarna hijau dan licin.

2.4.3 Syarat Tumbuh Daun Sirih

Pada dasarnya, tanaman daun sirih hidup subur di tanah yang gembur, yang tidak terlalu lembap, dan memerlukan cuaca tropika dengan cukup air. Tanaman ini dapat tumbuh dengan baik di area terbuka atau sedikit terlindung, tumbuh merambat, dan dapat diperbanyak dengan stek batang yang sudah agak tua yang terdiri dari 4-6 ruas.

2.4.4 Kandungan Daun Sirih

Ada banyak senyawa aktif dalam daun sirih yang dapat membantu proses penyembuhan seperti minyak atsiri dan tanin. Dikutip dari Mugi Lestari (2014) dan Sari Yona (2017), minyak atsiri yang terkandung di dalam daun sirih terdiri dari fenol dan chavicol. Chavicol sendiri merupakan senyawa kimia yang memiliki daya bakterisida lima kali lebih banyak dibandingkan fenol dimana chavicol merupakan komponen paling

banyak yang ada di dalam daun sirih. Chavicol inilah yang menyebabkan daun sirih berbau khas.

Minyak atsiri yang berfungsi sebagai anti bakteri bekerja dengan cara mengganggu proses terbentuknya membran sel atau dinding sel sehingga tidak berbentuk sempurna. Minyak atsiri juga mengandung eugenol, seskuiterpen, gula, diastase, pati, dan zat tamak yang memiliki fungsi sebagai antioksidan, fungisida, anti mikroba, dan anti kuman.

Adapula flavonoid di dalam minyak atsiri yang berfungsi sebagai antibakteri dengan antibakteri lima kali lebih banyak daripada fenol biasa terhadap *Staphylococcus aureus*, Estragol yang bersifat antibakteri khususnya pada *Shigella sp.*, Eugenol yang berguna untuk mematikan jamur *Candida albicans*, dan saponin yang memacu pembentukan kolagen, yaitu protein struktur yang berperan dalam proses penyembuhan luka.

Selain itu, daun sirih mengandung senyawa tanin yang dapat bekerja sebagai *astringen* untuk menghambat proses kerja enzim jamur dan menghambat pertumbuhan mikroorganisme.

2.4.5 Manfaat Daun Sirih

Daun sirih bermanfaat khususnya di daerah kewanitaannya biasanya berfungsi untuk mengencangkan organ kewanitaannya. Namun, pada umumnya, penggunaan daun sirih biasa digunakan untuk mencuci atau membersihkan organ intim dan biasa digunakan setelah melahirkan. Daun sirih juga

mampu mengatasi kekeringan pada organ genitalia. Selain itu, bau dan gatal-gatal di area kewanitaan dapat diatasi oleh daun sirih.

2.4.6 Perawatan Luka Perineum Dengan Air Rebusan Daun Sirih

Perebusan adalah suatu proses pemasakan suatu bahan hingga mendidih. Perebusan tanaman herbal pada umumnya dilakukan untuk proses terjadinya perpindahan senyawa-senyawa kimia aktif dari bahan yang direbus ke dalam air rebusan.

Menggunakan air rebusan daun sirih dalam perawatan luka perineum berguna untuk mencegah infeksi dan meningkatkan penyembuhan luka prosedur seperti mencuci tangan dengan bersih, membersihkan vulva dengan air bersih setelah buang air kecil dan buang air besar, lalu basuhkan air rebusan daun sirih tanpa dibasuh kembali oleh air bersih. Kemudian, keringkan dari arah depan ke arah belakang.

Cara pengolahan daun sirih sebelum dibasuhkan ke bagian perineum adalah dengan cara mengambil 4 lembar daun sirih yang dicampur dengan 2 gelas air lalu dipanaskan selama 15 menit. Lalu, tunggu hingga air mengendap dan kemudian bisa digunakan. Tindakan ini bisa dilakukan saat mandi ataupun setelah BAK dan BAB. (Damarini, 2013).

Menurut Debi Siregar, dkk. (2020), pengolahan daun sirih dilakukan 5 hari berturut-turut dengan 20 lembar daun sirih yang dicampur dengan 500 cc air bersih. Kemudian dipanaskan pada suhu 36°C selama 10 menit. Pemberian air rebusan daun sirih adalah 2 kali per hari.

Sedangkan menurut Wisdyana Saridewi, dkk. (2018), pengolahan daun sirih dilakukan 2-4 kali per hari dengan 10-20 lembar daun sirih yang dicampur dengan 2 liter air bersih dan dipanaskan selama 10 menit.

Adapun cara pemberian air rebusan daun sirih yang akan dilakukan oleh peneliti dalam penelitian ini antara lain:

1. Alat dan bahan

1. Daun sirih sebanyak 4lembar
2. Air bersih 600 cc untuk dididihkan bersama daun sirih
3. Gelas takar
4. Saringan
5. Panci dan kompor

2. Cara kerja

1. Daun sirih yang telah disediakan dibersihkan terlebih dahulu hingga bersih menggunakan air
2. Rebus daun sirih bersama air bersih 600 cc dengan panci selama 10 menit hingga air terlihat berkurang $\frac{1}{4}$ nya dari panci
3. Jika sudah, tunggu hingga air rebusan cukup hangat lalu saring
4. Tumpahkan air rebusan yang sudah hangat ke dalam ember
5. Cebokkan air rebusan untuk cebok tepat setelah vulva hygiene
6. Lakukan selama 2x/ hari saat pagi dan sore hari selama 7 hari berturut-turut