

**PENERAPAN AIR REBUSAN DAUN SIRIH UNTUK MENCEGAH
RISIKO INFEKSI LUKA JAHITAN PERINEUM PADA IBU POST
PARTUM**

KARYA TULIS ILMIAH

Diajukan Untuk Menyusun Karya Tulis Ilmiah

Program Studi D3 Keperawatan



Disusun Oleh:

Sarmila Tri Yuliana

NPM: 21.0601.0023

PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN

FAKULTAS ILMU KESEHATAN

UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH MAGELANG

2025

BAB 4

HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

4.1. Hasil Studi Kasus

Pada bab ini menyajikan ringkasan tentang studi kasus pada 2 responden Ny. A dan Ny. M dengan laserasi perineum. Asuhan keperawatan pada Ny. A dilakukan dengan menerapkan Air Rebusan Daun Sirih yang dilakukan pada tanggal 25 Mei 2025 sampai dengan 29 Mei 2025. Asuhan keperawatan pada Ny. M yang dilakukan pada tanggal 13 Juni 2025 sampai dengan 16 Juni 2025. Asuhan keperawatan yang dilakukan meliputi pengkajian, diagnosis keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, evaluasi keperawatan dan dokumentasi keperawatan di Desa Mejing Candimulyo Magelang. Dua responden dalam studi kasus ini adalah Ny. A dan Ny. M, satu responden akan dilakukan asuhan keperawatan dan diajarkan penerapan air rebusan daun sirih dengan cara dicebok selama 2 kali sehari dilakukan 4 kali dalam seminggu. Responden yang akan dilakukan asuhan keperawatan dan diajarkan penerapan air rebusan daun sirih adalah Ny. A

4.1.1. Hasil Studi Kasus Responden 1

4.1.1.1 Pengkajian Keperawatan

Berdasarkan hasil pengkajian pada tanggal 25 Mei 2025 yang didapatkan klien Ny. A, 23 tahun post partum hari ke dua dengan status obsterti P1A0 Alamat di Mejing. Klien bekerja sebagai seorang buruh, klien beragama Islam tinggal bersama suami dan anaknya. Klien mengatakan 2 jam setelah melahirkan anak pertamanya dan ibu masih merasa sakit pada luka jahitan perineum.

keluhan utama klien meliputi luka jahitan perinium klien terasa nyeri dan panas, kliem mengatakan tidak nyaman karena luka jahitan perineum panas

Riwayat penyakit sekarang klien mengatakan Riwayat penyakit sekarang haya merasakan luka bekas jahitan perinrum

Riwayat penyakit dahulu klien mengatakan tidak mempunyai penyakit Riwayat dahulu

4.1.1.2 Pengkajian 13 domain NANDA

Pengkajian dilakukan pada Ny. A tanggal 25 Mei 2025 diperoleh dengan hasil sebagai berikut :

Healthpromotion meliputi kesehatan umum Ny. A didapatkan tingkat kesadaran klien composmentis tekanan darah klien 110/80 mmHg, 70 kali per menit, suhu 36,2°C, respirasi 20 kali permenit,. Pemeriksaan fisik yang didapatkan yaitu hasil berat badan klien 50 kg, tinggi badan klien 152 cm, klien tidur siang hari karena malam hari sering terbangun. Dalam mengontrol kesehatan dan kehamilannya klien berobat ke puskesmas atau klinik terdekat, klien mengatakan jarang berolahraga juga mengatakan tidak merokok dan tidak minum alcohol.

Nutrition yaitu meliputi berat badan Ny. A 50 kg tinggi badan klien 152 dan IMT klien. *Clinical* meliputi rambut klien berwarna hitam, turgor kulit klien elastis, mukosa bibir lembab, konjungtiva pucat, diet meliputi nafsu makan klien tetap teratur dengan frekuensi makan 3 kali sehari. Energi meliputi, klien belum mampu melakukan aktifitas sehari – hari. Faktor penilaian status gizi klien baik, klien tidak memiliki masalah nutrisi, tidak ada masalah mengenai kemampuan menguyah dan menelan.

Elimiaation Ny. A meliputi BAK 4 kali dalam satu hari, bau khas urine, berwarna kuning jernih. Klien mengatakan BAB 2 kali dalam satu hari, klien tidak mengalami konstipasi. Turgor kulit elastis, warna kulit sawo matang.

Activity/Rest meliputi pola istirahat Ny. A tidur pukul 21.00 sampai 03.30 WIB. Klien mengalami gangguan tidur, saat malam hari klien sering terbangun karena merasakan nyeri dan panas klien tidak bisa langsung tidur karena tidak nyaman dengan kondisi perineumyang masih belum kering dengan jahitannya. Siang hari klien tidur 1-2 jam, klien tidak memiliki riwayat penyakit jantung, tidak ada edema ekstremitas. Klien mengatakan nyeri, pola tidurnya tidak teratur, dan aktivitas di siang hari menurun.

Perception/cognition Ny. A mengatakan kurang mengetahui cara mengatasi luka jahitan perineum.

Self perception meliputi, Ny. A merasa cemas dan mengatakan tidak nyaman karena perineumnya terasa nyeri dan panas dapat mengganggu aktivitas.

Role Relationship meliputi, status Ny. A menikah, orang terdekat klien adalah suami, klien tidak ada perubahan gaya hidup dan klien tidak ada perubahan peran.

Sexuality meliputi, menstruasi Ny. A klien mengatakan akan menggunakan kontrasepsi setelah persalinan, sebelumnya klien tidak memiliki masalah seksual

Coping Stress Ny. A mengatakan apabila mengalami stres selalu berdoa, klien mengatakan apabila bayi yang dilahirkan meninggal atau mengalami gangguan klien akan bersedih dan mencoba untuk menghihlaskan.

Life Principles Ny. A mengatakan tetap menjalankan ibadahnya, klien mengatakan mengikuti kegiatan pengajian, klien mengatakan prinsip hidup menjalani dengan rasa bersyukur.

Safety/Protectio Ny. A mengatakan tidak menggunakan alat bantu jalan, klien mengatakan ada selimut untuk mengatasi cuaca dingin.

Comfort Ny. A mengatakan P: jahitan jalan lahir Ketika bergerak atau duduk, Q : nyeri tumpul, R: dijahit di jalan lahir, S: 3, T: sekitar 5 menit setelah buat bergerak

Growth/development Ny. A mengatakan selama hamil BB klien naik menjadi 8 Kg dari BB sebelum hamil 50 Kg, BB sesudah hamil menjadi 58 Kg

4.1.1.3 Pemeriksaan fisik

1. Kepala

Inspeksi : Kepala tampak simetris, tidak ada deformitas. Rambut bersih dan terawat.

Palpasi : Tidak ada nyeri atau pembengkakan pada area kepala.

2. Mata

Inspeksi : Sklera tampak putih, konjungtiva tidak hiperemis.

Pupil : Reaktif terhadap cahaya, ukuran simetris (3 mm).

Visus : klien dapat melihat dengan jelas tanpa gangguan.

3. Telinga

Inspeksi : Tidak ada discharge atau kemerahan pada telinga.

Palpasi : Tidak ada nyeri saat palpasi pada area telinga.

4. Pipi

Inspeksi : Kulit tampak bersih, tidak ada ruam atau kemerahan.

Palpasi : Tidak ada nyeri atau pembengkakan.

5. Hidung

Inspeksi : Tidak ada pembengkakan atau discharge.

Permeabilitas : Kedua lubang hidung paten, tidak ada obstruksi.

6. Bibir

Inspeksi : Bibir tampak normal, tidak ada luka atau pembengkakan.

Palpasi : Tidak ada nyeri saat palpasi.

7. Mulut

Inspeksi : Mukosa mulut tampak basah, tidak ada lesi atau ulserasi.

Gigi : Gigi dalam kondisi baik, tidak ada karies yang terlihat

8. Leher

Inspeksi : Tidak ada pembengkakan

Palpasi : Kelenjar tiroid tidak membesar, tidak ada nyeri saat palpasi kelenjar getah bening.

9. Thorak

Inspeksi : Dada simetris, tidak ada jejas

Auskultasi : Suara napas normal, tidak ada wheezing atau ronki.

10. Abdomen

Inspeksi : Abdomen tampak datar, tidak ada pembengkakan.

Palpasi : Nyeri ringan pada area perineum, tidak ada nyeri pada kuadran abdomen lainnya.

Perkusi : Suara usus normal.

11. Ekstremitas

Inspeksi : Ekstremitas tampak simetris, tidak ada edema.

Palpasi : Suhu ekstremitas normal, tidak ada nyeri saat palpasi.

Gerakan: klien dapat menggerakkan ekstremitas dengan baik.

12. Genitalia

Inspeksi : Tidak ada pembengkakan atau kemerahan pada area genital.

Palpasi : Tidak ada nyeri saat palpasi.

13. Perineum

Inspeksi : Luka jahitan perineum tampak basah, sedikit kemerahan luka sedang.

Palpasi : Nyeri ringan saat palpasi pada area luka jahitan.

4.1.1.4 Analisa data

Analisa data pada tanggal 25 Mei 2025 pukul 08.00 WIB didapatkan data subjektif pasien mengatakan klien mengeluh luka jahitan perineum terasa panas dan sakit, data objektifnya tampak kemerahan, klien tampak merintih, TD : 110/80 mmHg, N: 77 x/menit, S: 36,2 °C, RR : 20 x/menit.

4.1.1.5 Diagnosis Keperawatan

Berdasarkan pengkajian keperawatan maka penulis melakukan analisis data dan merumuskan diagnosis keperawatan sesuai prioritas yang muncul yaitu, risiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasif. risiko infeksi jika tidak segera diatasi dapat menimbulkan kemerahan pada luka jahitan perineum efek membahayakan yang akan mengganggu proses penyembuhan. Hal ini terjadi karena risiko infeksi yang berkepanjangan dapat menimbulkan beberapa gangguan, baik pada aspek fisik maupun psikis klien

4.1.1.6 Intervensi Keperawatan

Rencana keperawatan yang dibuat pada tanggal 25 Mei 2025 pukul 08.00 WIB bertujuan untuk mengatasi masalah keperawatan yang muncul yaitu: risiko infeksi menurun dengan kriteria hasil, kemerahan menurun dari 5 ke 1, nyeri menurun dari 5 ke 1, cairan berbau busuk menurun 5 ke 1, letergi menurun 5 ke 1 (L. 14137).

Observasi monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik. Terapeutik cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan. Edukasi jelaskan tanda gejala infeksi, ajarkan cara mencuci tangan dengan benar, ajarkan cara memeriksa kondisi luka. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu Pencegahan Infeksi (I.14539)

4.1.1.7 Implementasi Keperawatan

Implementasi pada diagnosis resiko infeksi berhubungan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer (kerusakan integritas kulit) dilakukan sesuai dengan intervensi yang telah tertuang berdasarkan SIKI 2018. Implementasi yang dilakukan pada hari pertama yaitu dengan mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi, mengidentifikasi pengetahuan ibu tentang perawatan luka perineum dengan respon klien yaitu setelah diberi penjelasan terkait rebusan daun sirih, klien dapat menyebutkan kandungan, manfaat serta prosedur dalam pembuatan air daun sirih serta dapat mempraktikannya secara langsung. Kemudian mengobservasi area robekan perineum (jahitan) dengan hasil: *Redness*: terdapat kemerahan di kedua sisi laserasi kurang dari 0,5 cm (skor 2), *Edema*: terdapat pembengkakan pada perineum dan vulva < 1 cm (skor 1), *Ecchymosis*: terdapat bercak perdarahan 0,25- 1 cm pada kedua sisi (skor 2), *Discharge*: terdapat pengeluaran serosanguinus berupa cairan yang mengandung darah (skor 2), *Approximation*: terdapat jarak antara kulit dan lemak subkutan (skor 2). Kemudian memfasilitasi dalam perawatan perineum dengan melakukan pemberian air rebusan daun sirih untuk digunakan rutin setelah mandi pagi dan sore. Implementasi berikutnya yaitu mengedukasi untuk melakukan pembersihan area perineum secara teratur dan mengedukasi agar mempertahankan area perineum agar tetap kering dengan cara sering mengganti pembalut agar area genital tidak lembab, dan memonitor TTV dengan hasil TD : 110/90 mmHg, N : 80 x/menit, S : 36,1°C, RR : 20x/menit.

Pada hari kedua yaitu 26 Mei 2025 dilakukan implementasi lanjutan berupa mengobservasi area robekan perineum (jahitan) dengan hasil: *Redness*: terdapat kemerahan di kedua sisi laserasi kurang dari 0,5 cm (skor 1), *Edema*: terdapat pembengkakan pada perineum dan vulva < 1 cm (skor 1), *Ecchymosis*: terdapat bercak perdarahan 1 cm pada kedua sisi (skor 2), *Discharge*: terdapat pengeluaran berdarah (skor 2), *Approximation*: terdapat jarak antara kulit dan lemak subkutan (skor 2). Memonitor TTV dengan hasil diambang normal yaitu TD : 110/80 mmHg, N : 70 x/menit, S : 36,2°C, RR : 20x/menit.

Implementasi yang dilakukan pada hari ketiga yaitu 27 Mei 2025 yaitu mengobservasi area robekan perineum (jahitan) dengan hasil: *Redness*: tidak ada kemerahan diarea sekitar luka (skor 0), *Edema*: tidak ditemukan pembengkakan diarea sekitar luka (skor 0), *Ecchymosis*: terdapat bercak perdarahan kurang dari 0,25 cm pada kedua sisi (skor 1), *Discharge*: terdapat pengeluaran serosanguinus berupa cairan yang mengandung darah (skor 2), *Approximation*: terdapat jarak antara luka jahitan dengan kulit +/- 3 mm (skor 1). Kemudian memfasilitasi dalam perawatan perineum dengan melakukan pemberian air rebusan daun sirih untuk digunakan rutin setelah mandi pagi dan sore. Implementasi berikutnya yaitu mengedukasi untuk melakukan pembersihan area perineum secara teratur dan mengedukasi agar mempertahankan area perineum agar tetap kering dengan cara sering mengganti pembalut agar area genital tidak lembab, dan memonitor TTV dengan hasil TD : 110/80 mmHg, N : 75x/menit, S : 36°C, RR : 20x/menit.

Pada hari keempat yaitu 28 Mei 2025 dilakukan implementasi keperawatan yaitu mengobservasi area robekan perineum (jahitan) dengan hasil: *Redness*: tidak ada kemerahan diarea sekitar luka (skor 0), *Edema*: tidak ditemukan pembengkakan diarea sekitar luka (skor 0), *Ecchymosis*: terdapat bercak perdarahan diarea sekitar luka (skor 0), *Discharge*: tidak terdapat pengeluaran kecuali perdarahan pasca nifas (skor 0), *Approximation* tertutup (skor 0). Kemudian memfasilitasi dalam perawatan perineum dengan melakukan pemberian air rebusan daun sirih untuk digunakan rutin setelah mandi pagi dan sore. Implementasi berikutnya yaitu mengedukasi untuk melakukan pembersihan area perineum secara teratur dan mengedukasi agar mempertahankan area perineum agar tetap kering dengan cara sering mengganti pembalut agar area genital tidak lembab, dan memonitor TTV dengan hasil TD : 110/80 mmHg, N : 70 x/menit, S : 36,2°, RR : 22x/menit.

4.1.1.8 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi yang dilakukan selama 4 kali pertemuan dengan durasi 30 menit yaitu tindakan asuhan keperawatan dengan penerapan air rebusan daun sirih untuk mencegah risiko infeksi pada pasien setelah melahirkan normal diharapkan setelah dilakukan penerapan air rebusan daun sirih risiko infeksi menurun dan kualitas tidur

ibu dapat meningkat.

Pada tanggal 25 Mei 2025 pukul 08.30 WIB hasil evaluasi diagnosis keperawatan risiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasif yaitu S: klien mengatakan luka jahitan di perineum masih terasa sakit, O: klien tampak masih kesakitan, kemerahan 0,5 cm skor (2), pembekakan <1 cm skor (1), bercak bernanah 0,25 cm skor (2), pengeluaran skor (2), penyatuan luka skor (2), TD 110/90 mmHg, nadi 80 x/ menit, suhu 36,1°C, RR 22 x/ menit, skor REEDA pada evaluasi hari kedua 9. A masalah keperawatan masalah risiko infeksi efek prosedur invasive belum teratasi, P lanjutkan intervensi, mencatat keluhan pasien, memonitor tanda – tanda vital, mengajarkan kembali cara membuat air rebusan daun sirih

Pada tanggal 26 Mei 2025 pukul 08.30 WIB hasil evaluasi diagnosis keperawatan risiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasif S: klien mengatakan luka jahitan di perineum terasa panas dan sakit, O: klien tampak merintih, luka di jahitan perineum tampak: kemerahan 0,5 cm skor (1), pembekakan <1 cm (skor 1), bercak bernanah 1 cm pada kedua sisi skor (2), pengeluaran (skor 2), penyatuan luka skor (2), TD 110/80 mmHg, nadi 70 x/ menit, suhu 36,2°C, RR 20 x/menit, skor REEDA pada hari kedua yaitu 8 A: masalah keperawatan masalah risiko infeksi efek prosedur invasive belum teratasi, P: lanjutkan intervensi, mencatat keluhan pasien, memonitor tanda – tanda vital, mengajarkan cara membuat air rebusan daun sirih

Pada tanggal 27 Mei 2025 pukul 08.30 WIB hasil evaluasi diagnosis keperawatan resiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasif yaitu S: klien mengatakan luka jahitan perineum masih terasa sakit, O: klien tampak masih kesakitan, jahitan di perineum infeksi masih terlihat, kemerahan tidak ada skor (0), pembekakan tidak ada skor (0), bercak bernanah kurang dari 0,25 cm skor (1), pengeluaran skor (2), pengeluaran skor (1), penyatuan luka jarak antara kulit +/-3 mm skor (1) TD 110/80 mmHg, nadi 75 x/menit, suhu 36,0°C, RR 20x/ menit, skor REEDA pada hari ketiga yaitu 5 A masalah keperawatan risiko infeksi dibuktikan dengan efek Prosedur Invasive teratasi, P: lanjutkan Intervensi mencatat keluhan pasien, memonitor tanda – tanda vital, mengajarkan cara pembuatan air rebusan daun sirih

Pada tanggal 28 Mei 2025 pukul 08.30 WIB hasil evaluasi diagnosis keperawatan

risiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasif yaitu S: klien mengatakan luka jahitan perineum sudah tidak sakit lagi, O: klien tampak tenang, jahitan di perineum bersih dan tidak ada tanda-tanda infeksi kemerahan tidak ada skor (0), bembekakan tidak ada skor (0), bercak bernanah tidak ada skor (0), pengeluaran tidak ada (0), penyatuan luka tertutup skor (0), TD 110/80 mmHg, nadi 75 x/menit, suhu 36,0°C, RR 20x/ menit, skor REEDA pada hari keempat yaitu 0. A masalah keperawatan masalah keperawatan masalah risiko infeksi efek prosedur invasive teratasi, teratasi, P lanjutkan intervensi, mencatat keluhan pasien, memonitor tanda – tanda vital, mengajarkan cara pembuatan air rebusan daun sirih, pertahankan intervensi

4.1.2. Hasil Studi Kasus Responden 2

4.1.2.1 Pengkajian Keperawatan

Pada tanggal 13 Juni 2025 didapatkan pengkajian Ny. M perempuan 25 tahun, post partum hari ke dua dengan status observasi P1A0. Alamat Mejing Candimulyo, klien seorang ibu rumah tangga, klien beragama Islam tinggal bersama suami dan anaknya, klien mengatakan sulit tidur karena sering panas bekas luka jahitan perineum. Setiap malam terbangun karena setiap ganti posisi klien merasakan panas dan sakit

4.1.2.2 Pengkajian 13 Domain Nanda

Pengkajian dilakukan pada Ny. M tanggal 13 Juni 2025 diperoleh dengan hasil sebagai berikut :

Health Promotion

Kesehatan umum Ny. M dengan Tingkat kesadaran composmentis tekanan darah klien 110/90 mmHg, 75 kali per menit, suhu 36,0°C, respirasi 21 kali per menit, keluhan utama klien adalah setiap malam terbangun karena setiap ganti posisi tidur nyeri pada jahitan perineum dan hilang timbul, klien mengatakan sulit tidur karena merasakan nyeri, tidak nyaman karena luka jahitan perineum, klien mengatakan untuk melakukan aktifitas sehari – hari menjadi terbatas. Dalam mengontrol Kesehatan berobat ke puskesmas atau klinik terdekat, klien mengatakan jarang

berolahraga juga mengatakan mengatakan tidak merokok dan tidak minum alcohol.

Nutrition

Pada pengkajian ini didapatkan berat badan Ny. M 60 kg, dan tinggi badan 160 cm dan IMT klien 23,73. Clinical meliputi rambut klien berwarna hitam, turgor kulit Kembali cepat, mukosa bibir lembab konjungtiva anemis, diit meliputi frekuensi makan 3 kali sehari, energy meliputi klien belum mampu beratifitas sehari – hari. Faktor penelitian status gizi klien baik, klien tidak memiliki masalah nutrisi, tidak ada gangguan menelan dan menguyah.

Eliminasi

Pola pembuangan urine 5 kali sehari, urine berwarna kuning jernih, bau khas urine. Klien tidak memiliki riwayat kelainan kandung kemih. Frekuensi BAB 1 kali sehari, klien tidak mengalami konstipasi. Turgor kulit elastis, warna sawo matang, akral teraba hangat, suhu 36,5°C.

Activity/Rest

Pola istirahat Ny. M tidur pukul 21.00 sampai 04.00 WIB. Klien mengalami kesulitan tidur malam sering terbangun karena setiap pindah posisi tidur merasakan nyeri. Klien tidak memiliki Riwayat penyakit jantung, tidak ada edema *ektermis*. Klien mengatakan nyeeri, pola tidur tidak teratur, dan aktivitas sehari hari menjadi menurun.

Preception/Cognition

Ny. M mengatakan belum mengetahui cara perawatan luka jahitan perineum pasca persalinan normal.

Self Perception

Ny. M merasa cemas dan mengatakan tidak nyaman karena merasakan nyeri hilang timbul pada perineumnya dan mengganggu aktivitas.

Role Relationship

Status Ny. M menikah orang terdekat klien adalah suami, klien tidak ada perubahan gaya hidup dan klien tidak ada perubahan peran.

Sexuality

Pasien nifas hari ke 2, karakteristik darah nifas klien merah. Klien mengati pembalut sehari 4 kali. Tidak ada masalah atau disfungsi seksual. Klien

mengatakan setelah melahirkan anak pertama akan mengikuti program pil KB

Life Principles

Komunikasi klien dengan tetangga baik. Klien mengatakan sering mengikuti kegiatan keagamaan di sekitar rumah.

Safety/Protection

Klien mengatakan tidak ada alergi, tidak ada edema pada ekstremitas

Confort

Klien mengatakan merasa nyeri pada daerah perineum dan merasakan tidak nyaman. Klien mengatakan lemas dan pusing.

4.1.2.2 Diagnosis Keperawatan

Berdasarkan pengkajian keperawatan maka penulis melakukan analisis data dan merumuskan diagnosis keperawatan sesuai prioritas yang muncul yaitu. Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif. Risiko infeksi jika tidak segera diatasi dapat menimbulkan kemerahan pada luka jahitan perineum efek membahayakan yang akan mengganggu proses penyembuhan. Hal ini terjadi karena risiko infeksi yang berkepanjangan dapat menimbulkan beberapa gangguan, baik pada aspek fisik maupun psikis klien

4.1.2.3 Intervensi Keperawatan

Ny. M tidak diberikan intervensi penerapan air rebusan daun sirih karena merupakan pasien kontrol dalam karya tulis ilmiah ini. Sebagai subjek pembandingan, Ny. M tidak menerima perlakuan atau tindakan apapun yang berkaitan dengan intervensi penerapan air rebusan daun sirih maupun intervensi pencegahan risiko infeksi. Selama periode empat hari, Ny. M tidak mendapatkan perlakuan khusus dalam Upaya mengatasi keluhan risiko infeksi yang dialaminya. Evaluasi kondisi pencegahan risiko infeksi hanya dilakukan satu kali yaitu pengukuran skala REEDA (*Redness, Edema, Ecchymosis, Discharge, Approximation*) untuk menilai kemerahan, pembengkakan, memar, cairan yang keluar, dan kondisi tepi luka. Pada hari keempat. Pendekatan ini bertujuan untuk menjaga validitas hasil karya tulis ilmiah dengan membandingkan perbedaan Tingkat risiko infeksi antara kelompok yang mendapatkan intervensi penerapan air rebusan daun sirih dan kelompok yang tidak menerima intervensi apapun

4.1.2.4 Implementasi keperawatan

Yang dilakukan pada Ny. M adalah dengan monitor skala REEDA pada hari ke empat, dengan respon subjektif klien mengatakan luka jahitan di perineum terasa panas dan sakit. Respon subjektif dari klien menunjukkan adanya kemerahan di skitar luka jahitan perineum, serta keluhan pembekakan dan nyeri yang dirasakan. Hasil objektif dari pengukuran skala REEDA menunjukkan bahwa nilai kemerahan (*Redness*) adalah 2, pembengkakan (*Edema*) adalah 2, memar (*Ecchymosis*) adalah 1, cairan yang keluar (*Discharge*) adalah 0, dan kondisi tepi luka (*Approximation*) adalah 2, dengan total skor mencapai 7, yang mengidentifikasikan adanya risiko infeksi sedang, selama empat hari observasi tanpa implementasi, tidak tampak adanya perbaikan pada kondisi luka Ny. M yang menunjukkan bahwa keluhan masih berlanjut dengan intensitas yang sama. Sebagai bagian dari prinsip keadilan dalam pemberian asuhan keperawatan, setelah periode kontrol berakhir, namun setelah hari keempat Ny. M tetap diberikan penerapan air rebusan daun sirih selama 4 hari sebagai implemetasi pada hari ke 4,5,6,7.

4.1.2.5 Evaluasi Keperawatan

Evalusi keperawatan yang dilakukan Ny. M di hari ke empat sebagai berikut S : klien mengatakan luka jahitan perineum terasa panas dan sakit, O: klien tampak merintih, luka di jahitan perineum tampak kemerahan (*Redness*) 2, pembekakan (*Edema*) 2, memar (*Ecchymosis*) 1, cairan yang keluar (*Discharge*) 0, kondisi tepi luka (*Approximation*) 2 dengan total skor REEDA menjacai 7 penyembuhan luka buruk, A: masalah keperawatan resiko infeksi efek prosedur invasive belum teratasi, P: intervensi pencegahan risiko infeksi dilanjutkan dengan pemberian penerapan air rebusan daun sirih untuk mencegah risiko infeksi pada perineum

Jadi evaluasi yang didapat adalah dengan hasil skala REEDA selama 4 kali kunjungan masih tetap yaitu 7

4.2. PEMBAHASAN

Pada bab ini, akan melakukan uji efektifitas dengan menggunakan asuhan

keperawatan selama 4 hari yaitu pada tanggal 25 Mei sampai 29 Mei 2025 dengan klien Ny. A dan Ny. M di Desa Mejing Candimulyo kabupaten Magelang. Pada bagian ini penulis akan membahas mengenai kesamaan antara teori dengan data yang diperoleh selama melakukan asuhan keperawatan kepada Ny. A dan Ny. M dengan percepatan penyembuhan luka perineum menggunakan air rebusan daun sirih selama 4 hari di Wilayah Mejing Kabupaten Magelang dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan yang mencakup pengkajian, diagnosis keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan dengan hasil.

4.2.1. Pengkajian Responden

Pengkajian dilakukan pada Ny. A dan Ny. M dari tanggal 25 Mei – 29 Mei 2025 pengkajian yang dilakukan pada ibu post partum dari hari 2 sampai dengan hari ke 4 post partum diperoleh hasil terdapat tanda-tanda infeksi yang ditandai dengan adanya ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer yaitu kerusakan integritas kulit di area genital berupa luka perineum derajat 2 yang sudah dijahit. Hasil yang telah didapat dari observasi yaitu didapati kondisi luka dengan panjang ± 2 cm. Dengan skala nyeri 4 dan kondisi keadaan luka masih basah. Hal yang sama dikemukakan oleh Wiknjosastro (2020) bahwa robekan perineum terjadi hampir pada persalinan pertama namun tidak jarang juga terjadi pada persalinan berikutnya. Robekan perineum derajat 2 adalah robekan yang terjadi lebih dalam yaitu selain mengenai selaput lendir vagina juga mengenai muskulus perinei transversalis, tapi tidak mengenai sfingter ani. Luka perineum sepanjang ± 2 cm tampak masih basah, kemerahan, dan sedikit bengkak. Pasien mengeluh nyeri dengan skala 4 (sedang), terutama saat bergerak dan saat buang air kecil. (Wulandari, Sukmandari & Purnamayanthi, 2021).

Mengenai tahapan proses asuhan keperawatan resiko infeksi pada luka jahitan perineum menggunakan pengkajian 13 Domain NANDA yang berfokus pada pencegahan risiko infeksi menggunakan skala REEDA yang dilakukan sebelum dan sesudah tindakan asuhan keperawatan. Dari pengkajian asuhan keperawatan diperoleh hasil bahwa klien pertama skala REEDA nya 12 di hari ke 2 pasca

melahirkan dengan tekanan darah 110/80 mmHg, nadi 70 x/menit, suhu 36,2 °C, dan respirasi 20 x/menit. Keluhan utama klien adalah jahitan perineum terasa nyeri dan panas, klien mengatakan tidak nyaman karena luka jahitan perineum panas. Klien kedua dengan skala REEDA nya 7 di hari ke empat pasca melahirkan dengan tekanan darah 110/90 mmHg, nadi 75 x/menit, suhu 36,0 °C, respirasi 21 x/menit. Keluhan utama klien adalah setiap malam terbangun karena setiap ganti posisi tidur nyeri pada luka jahitan perineum dan klien mengatakan nyeri hilang timbul, klien mengatakan sulit tidur karena merasakan nyeri. Perbedaan skala REEDA pada klien pertama 12 dan pada klien ke kedua 7, dimana klien kedua hanya pasien kontrol dan tidak diberikan penerapan air rebusan daun sirih untuk mencegah risiko infeksi tetapi akan di berikan penerapan setelah hari ke 5,6,7,8.

Pengkajian yang dilakukan disini adalah pengkajian risiko infeksi yang sesuai dengan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI). Pengkajian dilakukan pada ibu *post partum* spontan hari kedua sampai dengan hari keempat, dengan menggunakan skala REEDA pada ibu *post partum* sebelum melakukan tindakan penerapan air rebusan daun sirih. Hasil pengkajian yang didapatkan pada klien pertama ibu post partum dengan risiko infeksi, pada klien pertama di skala REEDA 12 dan pada klien kedua di skala REEDA 7. Klien mengatakan sulit tidur karena karena anaknya menangis. Klien juga mengatakan tidak nyaman karena luka jahitan perineum. Klien mengatakan untuk melakukan aktifitas sehari – hari menjadi terbatas. Pengkajian pada ibu *post partum* untuk mengetahui klasifikasi pencegahan risiko infeksi pada klien sebelum diberikan penerapan air rebusan daun sirih. Dari hasil pembahasan yang ditemukan dari konsep sebelumnya, yang telah dilakukan dan diterapkan kepada klien sudah sesuai dengan konsep di atas, yaitu dengan melakukan pengkajian pencegahan risiko infeksi sebelum dan sesudah melakukan penerapan air rebusan daun sirih dengan cara mengukur skala REEDA (*Redness, Edema, Ecchymosis, Discharge, Approximation*)

Pengkajian selanjutnya yaitu terkait dengan monitor tanda-tanda vital. Perlu dilakukan tindakan untuk memonitor tanda-tanda vital karena setiap saat terjadi

perubahan tanda-tanda vital bagi ibu post partum. Tekanan darah yang tinggi pada ibu post partum dapat menambahkan terjadinya pre-eklamsia post partum. Respirasi, keadaan pernapasan selalu berhubungan dengan keadaan suhu dan denyut nadi. Bila suhu dan denyut nadi tidak normal, pernapasan juga akan mengikutinya. Nadi normal pada orang dewasa 60-80 x/menit sehabis melahirkan biasanya denyut nadi akan lebih cepat. Suhu badan pasca melahirkan (24 jam) akan naik sebagai akibat kerja keras waktu melahirkan, kehilangan cairan, dan kelelahan dan bisa menjadi indikator terjadinya resiko infeksi pada bagian perlukaan jalan lahir (Supadmi, 2021)

4.2.2. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan adalah penilaian perawat terhadap respon klien terhadap kondisi kesehatannya. Dalam kasus ini, diagnosis yang diambil adalah risiko infeksi yang berhubungan dengan prosedur invasif, yaitu luka jahitan perineum pada ibu postpartum. Luka akibat episiotomi atau robekan spontan menyebabkan kerusakan pada kulit, yang dapat menjadi jalur masuk mikroorganisme penyebab infeksi. Area perineum juga rentan terpapar urine, feses, dan lokia, sehingga membutuhkan perhatian khusus dalam perawatannya. Jika tidak dirawat dengan baik, proses penyembuhan dapat terhambat dan meningkatkan risiko infeksi. Oleh karena itu, penting bagi penulis untuk menyusun rencana asuhan keperawatan sejak awal guna mencegah komplikasi. Diagnosis ini merujuk pada SDKI D.0142. (Pitriani & Afni, 2019)

Penegakan diagnosis mengenai kemungkinan infeksi ini didasarkan pada informasi subjektif dan objektif yang diperoleh melalui evaluasi. Klien melaporkan merasakan nyeri dan sensasi panas di area perineum, sementara di sisi objektif, ditemukan kemerahan, pembengkakan, dan lokia rubra. Gejala-gejala ini menunjukkan bahwa luka pada perineum memiliki kemungkinan tinggi untuk terinfeksi. Kerusakan jaringan akibat episiotomi menciptakan celah bagi bakteri untuk masuk, terutama jika kebersihan tidak dijaga dengan baik. Informasi ini mendukung penetapan diagnosis sebagai langkah pencegahan. Hal ini sejalan dengan prinsip keperawatan yang fokus pada pencegahan sebelum masalah yang

lebih serius muncul. Diagnosis ini sangat penting untuk segera ditangani. (Rokhman et al., 2020)

Luka di perineum setelah melahirkan dapat menjadi awal dari infeksi karena letaknya yang dekat dengan anus dan saluran kemih. Jika ibu tidak menjaga kebersihan dengan baik, mikroorganisme dari tinja atau urin dapat dengan mudah berpindah ke lukanya. Selain itu, aktivitas sehari-hari seperti berjalan atau duduk dapat mengakibatkan gesekan yang memperlambat proses penyembuhan dan meningkatkan risiko terjadinya infeksi. Oleh karena itu, harus memberi perhatian khusus pada risiko infeksi di luka jahitan ketika menyusun rencana perawatan. Faktor-faktor tersebut menjadi alasan penting dalam mengonfirmasi diagnosis ini. Diagnosis ini juga membantu perawat dalam menentukan intervensi yang tepat dan fokus. Ini sejalan dengan peran krusial perawat dalam mencegah komplikasi. (Wahyuni et al., 2025)

Berdasarkan skala REEDA (*Redness, Edema, Ecchymosis, Discharge, Approximation*), luka yang menunjukkan kemerahan dan pembengkakan menandakan adanya gejala awal peradangan yang dapat berkembang menjadi infeksi jika tidak ditangani dengan baik. Dalam situasi ini, memanfaatkan skala REEDA untuk menilai seberapa besar risiko infeksi pada luka jahitan. Skor REEDA yang lebih tinggi menunjukkan kemungkinan infeksi yang lebih besar pada luka. Penilaian ini sangat penting untuk pemantauan harian pasien setelah melahirkan. Diagnosis ini juga mencakup hasil observasi dengan menggunakan skala tersebut untuk menguatkan data objektif. Oleh karena itu, penting untuk memahami skala ini. Ini akan membantu dalam menyusun diagnosis yang rasional. (Nurchella, 2024)

Risiko terjadinya infeksi dapat menyebabkan ketidaknyamanan serta kecemasan bagi ibu setelah melahirkan. Jika seorang ibu mengalami gejala seperti rasa sakit yang berlebihan atau keluarnya cairan tidak biasa dari lukanya, maka kecemasan yang dialaminya akan meningkat. Kecemasan ini dapat mengganggu proses menyusui dan juga menghalangi ibu untuk beristirahat, sehingga dapat memperlambat penyembuhan luka. Oleh karena itu, diagnosis ini penting tidak

hanya dari segi fisik, tetapi juga memengaruhi keadaan psikologis pasien. Penanganan infeksi yang benar dapat mempercepat proses pemulihan fisik dan mengurangi tingkat kecemasan. Pendekatan yang holistik sangat dibutuhkan untuk memastikan semua kebutuhan ibu tercukupi. (Anggraini et al., 2024)

Salah satu metode alami yang telah diteliti untuk menghindari infeksi pada luka perineum adalah dengan memanfaatkan air rebusan daun sirih. Daun sirih memiliki kandungan bahan antiseptik, yang berfungsi untuk mempercepat penyembuhan serta mencegah bakteri berkembang. Penggunaan air rebusan daun sirih sebagai penunjang terapi telah terbukti dapat mengurangi kemerahan dan pembengkakan pada luka. Langkah ini sesuai dengan tujuan diagnosis, yaitu untuk mencegah infeksi sebelum komplikasi terjadi. Selain itu, terapi ini mudah dilakukan di rumah dan aman untuk para ibu yang menyusui. Penelitian terbaru mendukung penerapan terapi ini dalam praktik keperawatan di masyarakat. Hal ini memungkinkan perawat untuk memberikan rekomendasi yang praktis dan efektif. (Maryamah, 2024)

Diagnosis ini dapat dihubungkan dengan kebutuhan fisiologis dalam teori Maslow. Ancaman infeksi berpotensi mengganggu kebutuhan dasar seperti kenyamanan, keamanan, dan kesehatan fisik. Apabila terjadi infeksi, ibu dapat mengalami gejala komplikasi seperti demam, abses, atau bahkan sepsis. Ini tentu saja dapat membahayakan kesehatan ibu dan memperpanjang proses penyembuhan. Oleh sebab itu, diagnosis ini berfungsi sebagai langkah pencegahan dan memerlukan perhatian yang serius. Keterkaitan antara diagnosis risiko infeksi dan kebutuhan dasar ini menekankan pentingnya penanganan yang cepat. (Rokhman et al., 2020)

Kesimpulannya, sangat penting untuk segera menangani diagnosis risiko infeksi pada ibu setelah melahirkan yang disebabkan oleh prosedur invasif. Melalui pengkajian yang tepat, penegakan diagnosis akan memudahkan perawat dalam merencanakan intervensi yang efisien. Mencegah infeksi adalah lebih baik daripada mengobatinya, karena hal ini dapat menghindarkan dari komplikasi yang serius. Peran perawat sangat signifikan dalam memberikan edukasi, memantau luka, serta memberikan terapi alami yang membantu proses penyembuhan. Diagnosis ini menjadi landasan dalam merancang asuhan keperawatan secara menyeluruh dan

yang berfokus pada kebutuhan pasien. Dengan kata lain, diagnosis risiko infeksi tidak hanya penting, tetapi juga krusial dalam menjaga keselamatan dan pemulihan ibu setelah melahirkan.

4.2.3. Intervensi Keperawatan

Prinsip intervensi keperawatan adalah tindakan yang dilakukan oleh perawat berdasarkan pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran keperawatan yang diharapkan (PPNI, 2018). Pada kasus ini, intervensi difokuskan untuk mencegah Tingkat Infeksi (SLKI L.14137) pada ibu *postpartum* dengan luka jahitan perineum. Setelah dilakukan tindakan selama empat kali kunjungan, ditargetkan terjadi penurunan gejala infeksi, ditandai dengan menurunnya kemerahan, nyeri, cairan berbau, dan letargi dari skala tinggi ke rendah. Tindakan keperawatan yang dilakukan meliputi: Intervensi keperawatan pada klien *postpartum* dengan luka jahitan perineum dalam penelitian ini dilakukan berdasarkan prinsip OTEK, yaitu Observasi, Terapi, Edukasi, dan Kolaborasi. Intervensi ini bertujuan untuk menurunkan risiko infeksi dan mempercepat penyembuhan luka dengan pendekatan alami menggunakan air rebusan daun sirih. Pada tahap observasi, perawat melakukan pemantauan terhadap tanda-tanda vital seperti suhu tubuh, tekanan darah, dan denyut nadi sebagai indikator awal adanya infeksi sistemik. Selain itu, pengkajian luka dilakukan menggunakan skala REEDA (*Redness, Edema, Ecchymosis, Discharge, Approximation*) untuk menilai kondisi luka secara objektif. Hasil pengkajian awal menunjukkan skor REEDA sebesar 12, yang mencerminkan tanda-tanda infeksi sedang. Hal ini menunjukkan bahwa perawatan yang diberikan mampu menurunkan risiko infeksi secara signifikan. Pada tahap terapi, klien diberikan tindakan pemberian air rebusan daun sirih untuk membersihkan area luka perineum. Air rebusan dibuat dengan merebus 20 lembar daun sirih dalam 500 ml air selama 10 menit, kemudian didinginkan dan digunakan untuk cebok sebanyak dua kali sehari secara rutin. Kandungan kavikol, flavonoid, dan eugenol dalam daun sirih bersifat antibakteri dan antiinflamasi, yang secara ilmiah dapat menghambat pertumbuhan bakteri patogen dan membantu regenerasi jaringan luka. Hasil dari terapi ini menunjukkan perbaikan yang nyata pada luka

klien. Temuan ini diperkuat oleh penelitian (L. Simamora et al., 2024) serta (Nurchella, 2024), yang menyimpulkan bahwa daun sirih efektif dalam menurunkan skor REEDA dan mempercepat penyembuhan luka episiotomy. Pada tahap edukasi, perawat memberikan informasi kepada klien tentang cara merawat luka secara mandiri menggunakan air rebusan daun sirih, serta pentingnya menjaga kebersihan area genital. Edukasi ini bertujuan untuk meningkatkan keterlibatan klien dalam perawatan mandiri di rumah. Edukasi yang diberikan meliputi cara pembuatan air rebusan, cara pemakaian yang benar, serta penjelasan tentang tanda-tanda infeksi yang perlu diwaspadai. Penelitian (Christina & Kurniyanti, 2023). mendukung bahwa edukasi yang baik dapat meningkatkan kepatuhan dan hasil perawatan luka. Pada tahap kolaborasi, perawat melakukan kerja sama dengan dokter bila ditemukan tanda infeksi berat seperti demam, keluarnya cairan purulen dari luka, atau luka yang tidak membaik. Kolaborasi ini dilakukan untuk memastikan klien mendapat penanganan lanjutan seperti pemberian antibiotik atau tindakan medis lainnya jika diperlukan.

Dengan pendekatan menyeluruh berdasarkan prinsip OTEK, serta didukung oleh bukti ilmiah dan evaluasi menggunakan skala REEDA, intervensi ini terbukti efektif dalam menurunkan risiko infeksi dan mendukung penyembuhan luka jahitan perineum pada klien postpartum.

Penelitian yang dilakukan oleh (Sari dan Andriani, 2020) bertujuan untuk mengetahui efektivitas air rebusan daun sirih dalam mencegah infeksi pada luka episiotomi pada ibu post partum. Penelitian ini menggunakan metode kuasi eksperimen dengan dua kelompok, yaitu kelompok perlakuan yang diberikan perawatan luka menggunakan air rebusan daun sirih dan kelompok kontrol yang menggunakan larutan antiseptik biasa. Hasil penelitian menunjukkan bahwa kelompok yang menggunakan air rebusan daun sirih mengalami penurunan lebih cepat pada gejala infeksi lokal seperti kemerahan, nyeri, dan bengkak dibandingkan kelompok kontrol. Hal ini membuktikan bahwa air rebusan daun sirih efektif sebagai antiseptik alami untuk mencegah infeksi luka jahitan perineum.

Menurut PPNI (2018) intervensi keperawatan yang ditegakkan dalam perawatan

perineum (I.14539) meliputi OTEK (observasi, terapeutik, edukasi, dan kolaborasi) identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi, identifikasi pengetahuan ibu tentang perawatan luka perineum pascapersalinan, fasilitasi dalam membersihkan perineum, pertahankan perineum tetap kering, bersihkan area perineum secara teratur, jelaskan prosedur perineal hygiene yang benar, jelaskan tanda-tanda infeksi pada perineum, anjurkan selalu menjaga area genital agar tidak lembab, ajarkan cara penggunaan pembalut. Jika dikaitkan dengan kasus nyata yang saat ini penulis lakukan kepada klien perlu adanya intervensi tambahan berupa Observasi area robekan perineum (jahitan) karena hal ini sangat penting dan utama dalam intervensi untuk kemudian diimplementasikan kepada klien (Menurut Milah, 2021).

Kesimpulan dari penerapan diatas bahwa apa yang sudah dilakukan ke klien sudah sesuai yaitu memberikan terapi farmakologis yaitu dengan penerapan air rebusan daun sirih untuk mencegah risiko infeksi pada luka jahitan perineum pada ibu *post partum*.

4.2.4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dari masalah status kesehatan yang dihadapi menuju status kesehatan sesuai kriteria hasil yang ditetapkan PPNI, (2018). Implementasi keperawatan dilakukan dengan cara memeriksa adanya tanda – tanda infeksi terlebih dahulu sebelum dan setelah menerapkan air rebusan daun sirih, pemberian air rebusan daun sirih dengan cara di cebok dilakukan pada pasien yang mengalami luka jahitan perineum, kedua pasien dilakukan implementasi dan diberikan pemberian air rebusan daun sirih selama 4 hari berturut-turut dan di evaluasi menggunakan lembar observasi.

Perawatan luka perineum menggunakan air rebusan daun sirih ini dilakukan 2 kali sehari yaitu setelah mandi pagi dan sore. Oleh karena itu, air rebusan daun sirih juga dibuat dua kali dalam sehari (untuk satu kali pakai). Perawatan luka dilakukan pada hari ke 2 sampai 4 pasca persalinan dengan cara menggunakan 20 lembar daun sirih, 10 lembar pagi hari dan 10 lembar sore hari yang direbus pada suhu 80°C

menit sampai mendidih, dan dicebokkan pada luka perineum ketika rebusan masih dalam keadaan hangat pada pagi dan sore hari, serta mengajarkan ibu cara cebok yang benar yaitu cebok dari depan ke belakang dan setelah cebok keringkan bagian luka menggunakan handuk bersih. Sebelum dilakukan perawatan luka juga klien diedukasi terkait dengan prosedur perawatan luka serta hal-hal yang dapat mempercepat penyembuhan luka yaitu dengan mempertahankan area sekitar perineum agar tetap kering.

Hasil implementasi tersebut berdasarkan hasil penelitian (Rostika, Choirunissa, & Rifiana, 2020) yang menjelaskan mekanisme umum tanaman daun sirih dalam penyembuhan luka jahitan perineum. Bahwa pengobatan untuk luka perineum dapat akologis maupun non farmakologis. Dengan farmakologis yaitu dengan memberikan obat antiseptik. Pengobatan antiseptik atau antibiotik untuk perawatan luka perineum saat ini cenderung dihindari. Beberapa antibiotik harus dihindari selama masa laktasi, karena jumlahnya sangat signifikan dan beresiko. Hal inilah yang menjadi alasan untuk menyarankan ibu nifas untuk menggunakan daun sirih sebagai obat yang mempercepat penyembuhan luka perineum. Hasil penelitian ini sejalan dengan teori bahwa penyembuhan luka perineum dapat menggunakan tradisional yaitu dengan rebusan air daun sirih dengan cara di cebok pada waktu pagi dan sore hari. Disamping mempercepat penyembuhan luka juga dapat menghilangkan bau darah yang keluar tidak amis (Yudhiarti, 2019). Juga sejalan dengan teori bahwa daun sirih mempunyai efek antibiotik, *arecoline* bermanfaat untuk merangsang saraf pusat untuk meningkatkan gerakan peristaltik sehingga sirkulasi darah pada luka menjadi lancar, oksigen menjadi lebih banyak, dengan demikian dapat mempengaruhi penyembuhan luka lebih cepat. Berdasarkan efek tersebut maka sirih dapat digunakan sebagai perawatan luka (Yudhiarti, 2019).

Hasil penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian (Yuliaswati, 2018). Yang menunjukkan bahwa terbukti penggunaan air rebusan daun sirih dapat mempercepat penyembuhan luka perinium. Juga sejalan dengan hasil penelitian (Mariati, 2018). Menunjukkan daun sirih lebih efektif dibandingkan dengan iodine dalam perawatan luka perineum pada masa pospartum. Juga penelitian

(Christiana, 2018). Air rebusan daun sirih efektif terhadap kecepatan penyembuhan luka perineum pada ibu nifas. Air rebusan daun sirih memiliki efek yang baik untuk menyembuhkan luka jahitan perineum pada ibu post partum, dari hal tersebut berkaitan dengan kandungan air rebusan daun sirih. Luka perineum umumnya mulai membaik sehari setelah pengobatan yang diikuti dengan membaiknya subjek seperti kemerahan dan panas menurun.

Berdasarkan hasil penelitian ini, maka upaya yang dapat dilakukan oleh penulis adalah alternatif penanganan non farmakologis kepada ibu nifas yang mengalami luka perineum dengan penggunaan air rebusan daun sirih dan memberikan konseling atau penyuluhan kepada ibu tentang cara melakukannya. Bagi ibu nifas yang mengalami luka perineum, untuk mengobati lukanya dengan cara alternatif yaitu dengan air rebusan daun sirih agar efektif maka harus dilakukan setiap hari selama empat hari pada waktu pagi dan sore hari setelah mandi.

4.2.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan adalah kegiatan yang terus menerus dilakukan untuk menentukan apakah rencana keperawatan efektif dan bagaimana rencana keperawatan dilanjutkan, merevisi rencana atau menghentikan rencana keperawatan. Penilaian adalah tahap yang menentukan apakah tujuan tercapai. Evaluasi selalu berkaitan dengan tujuan, apabila dalam penilaian ternyata tujuan tidak tercapai, maka perlu dicari penyebabnya. Tahapan ini perawat melakukan tindakan intelektual untuk melengkapi proses keperawatan yang menandakan seberapa jauh diagnosa keperawatan, rencana tindakan, dan pelaksanaannya sudah berhasil dicapai.

Hasil evaluasi keperawatan pada klien pertama yaitu Ny. A , dengan masalah risiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasif, selama 4 kali kunjungan di pagi hari. Masalah teratasi, hal ini dapat terjadi karena faktor pendukung dari klien dengan kooperatif melakukan semua implemetasi yang telah diberikan, tidak ada faktor penghambat selama melakukan tindakan, dengan kriteria hasil skala nyeri menurun dari (2) ke (5) yaitu pada skala 7 ke 3, keluhan nyeri menurun dari (2) ke (5), meringis menurun dari (2) ke (5).

Hasil evaluasi menunjukkan bahwa pada Ny. A, terjadi penurunan skor REEDA secara signifikan dari skala 9 menjadi skala 0. Penurunan tersebut mencerminkan berkurangnya kemerahan, pembengkakan, serta keluarnya sekret pada luka, dan menunjukkan penyatuan luka yang optimal. Pasien juga menyampaikan bahwa rasa nyeri sudah tidak dirasakan lagi dan luka terasa nyaman. Sebaliknya, pada Ny. M yang tidak menerima pemberian air rebusan daun sirih secara teratur, penurunan skor REEDA yakni tetap menjadi skor 7. Hal ini menunjukkan bahwa masih terdapat sedikit kemerahan dan tanda inflamasi meskipun kondisi luka mengalami perbaikan. Perbedaan hasil antara Ny. A dan Ny. M menunjukkan bahwa penerapan air rebusan daun sirih secara teratur efektif dalam mempercepat penyembuhan luka perineum dan menurunkan risiko infeksi. Efektivitas ini diperkuat oleh hasil penelitian (Rangkuti et al, 2024) yang menunjukkan bahwa air rebusan daun sirih memiliki efek antibakteri dan antiinflamasi yang mempercepat penyembuhan luka perineum. Penelitian serupa oleh (Karlina et al, 2023) juga membuktikan bahwa pemberian daun sirih menurunkan skor REEDA secara signifikan dalam waktu kurang dari lima hari. Dengan demikian, penggunaan rebusan daun sirih terbukti efektif sebagai intervensi keperawatan alami untuk mencegah risiko infeksi luka jahitan perineum pada ibu post partum.

Maka dapat disimpulkan bahwa pemberian asuhan keperawatan penerapan air rebusan daun sirih pada ibu post partum dapat menurunkan skala REEDA, setelah dilakukan terapi implementasi penerapan air rebusan daun sirih. Masalah teratasi, klien telah mencapai hasil yang ditentukan, hal ini dapat terjadi karena factor pendukung dari klien dengan kooperatif dengan melakukan semua implmentasi yang telah diberikan. Tidak ada penghambat selama kunjungan, baik itu kunjungan hari pertama sampau hari keempat

4.3 Keterbatasan

Selama melakukan tindakan penerapan air rebusan daun sirih kepada klien pertama, yaitu klien mengalami keterbatasan pada saat kunjungan hari pertama sampai kedua, dimana klien belum mampu melakukan tindakan penerapan air rebusan daun sirih dengan cara di cebok pada are perineum pada luka jahitan perineum. Pada saat penelitian yang dilakukan seharusnya perawat mengukur suhu menggunakan termometer, akan tetapi menggunakan termoter suhu badan.