

BAB II

TINJAUAN LITERATUR

A. Konsep Teori Luka Perineum

1. Definisi

Luka perineum adalah robekan yang terjadi di daerah perineum secara spontan atau sengaja digunting (*episiotomi*) untuk mempermudah kelahiran bayi. Robekan perineum terjadi pada hampir semua persalinan pertama dan tidak jarang juga pada persalinan berikutnya (Kasmiati, 2023) .

2. Bentuk Luka Perineum

Secara umum, luka perineum pada ibu post partum terbagi menjadi dua, yaitu :

a. *Ruptur Perineum* (Robekan Alamiah)

Merupakan robekan spontan yang terjadi akibat tekanan kepala atau bahu bayi saat persalinan. Robekan ini biasanya tidak teratur dan bisa meluas ke berbagai lapisan jaringan perineum.

b. *Episiotomi*

Merupakan sayatan bedah yang sengaja dilakukan pada perineum untuk memperbesar jalan lahir. *Episiotomi* dapat dilakukan secara *mediolateral* (di sisi kiri atau kanan) atau garis tengah (*midline*), tergantung pada indikasi medis. Sayatan ini lebih terkontrol dan dapat dijahit dengan lebih mudah dibandingkan dengan robekan spontan (Mulati, 2021).

Episiotomi adalah torehan yang dibuat pada perineum untuk memperbesar saluran keluar vagina. Adapun tipe episiotomi sebagai berikut :

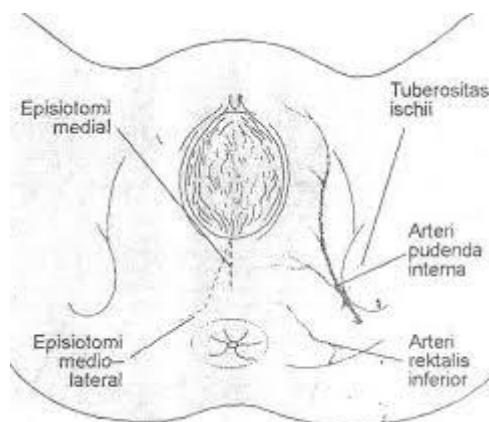
- 1) *Episiotomi Mediana Insisi medial* dibuat pada bidang anatomis dan cukup nyaman. Pada teknik ini insisi dimulai dari ujung terbawah introtus vagina sampai batas atas otot-otot sfingter ani. Keuntungan episiotomi yaitu lebih sedikit pendarahan karena sayatan dilakukan pada daerah yang mengandung sedikit pembuluh darah, mudah diperbaiki, penyembuhan lebih baik, dan jarang menimbulkan dispareuni.

2) *Episiotomi Mediolateral*

Merupakan jenis insisi yang mudah dilakukan sehingga paling sering digunakan. Pada teknik ini insisi dari bagian belakang introitus vagina menuju ke arah belakang dan samping. Arah insisi ini dapat dilakukan ke arah kanan ataupun kiri, tergantung pada kebiasaan orang yang melakukannya. Panjang insisi kira-kira 4 cm. Sayatan episiotomi mediolateralis sengaja dilakukan menjauhi otot sfingter ani untuk mencegah ruptur perineum tingkat III. Jumlah perdarahan akibat episiotomi mediolateralis lebih banyak karena sayatan dilakukan di daerah yang memiliki banyak pembuluh darah.

3) *Episiotomi Lateral*

Pada teknik ini insisi dilakukan ke arah lateral mulai dari kira-kira pada jam 3 atau jam 9 menurut jarum jam. Jenis insisi ini memiliki keuntungan insisi medial dan memberikan akselerasi lebih baik daripada insisi mediolateral. Insisi lateral dibuat ke arah bagian anus yang berwarna coklat. Teknik ini paling sering digunakan oleh dokter bedah yang berpengalaman.



Gambar 2.1 Tipe Episiotomi

3. Etologi Luka Perineum

Faktor-faktor yang menyebabkan luka jahitan perineum pada ibu nifas meliputi persalinan yang berlangsung sangat cepat (*partus presipitatus*) tanpa pengendalian dan bantuan yang memadai, ketidakmampuan ibu untuk menghentikan mengejan, serta penyelesaian persalinan yang tergesa-gesa dengan dorongan fundus uteri yang berlebihan.

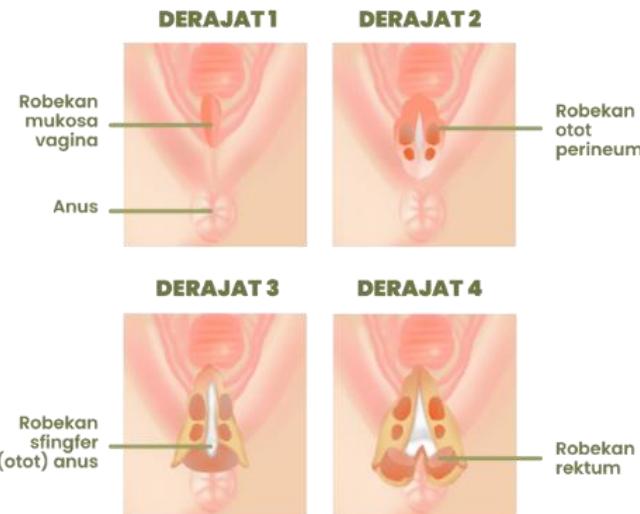
Selain itu, kondisi edema dan kerapuhan jaringan perineum, varises pada vulva yang melemahkan jaringan perineum, serta bentuk panggul yang sempit (*arkus pubis* dan pintu bawah panggul) yang menekan kepala bayi ke arah belakang juga berkontribusi.

Perluasan episiotomi juga termasuk faktor penyebab luka. Sedangkan faktor yang berasal dari janin antara lain adalah ukuran bayi yang besar, posisi kepala janin yang tidak normal, presentasi bokong, kesulitan saat ekstraksi dengan forceps, dan adanya distosia bahu (Ayuni & Yanti, 2022).

4. Klasifikasi Luka Perineum

Menurut (Mulati & Susilowati, 2018) Luka perineum dibedakan menjadi 4 derajat, yaitu :

- a. Luka perineum derajat 1 meliputi mukosa vagina, kulit perineum tepat dibawahnya. Umumnya robekan tingkat 1 dapat sembuh sendiri, penjahitan tidak diperlukan jika tidak perdarahan dan luka dapat menyatu dengan baik.
- b. Luka perineum derajat 2 meliputi mucosa vagina, kulit perineum dan otot perineum. Perbaikan luka dilakukan setelah diberi anestesi lokal kemudian otot-otot diafragma urogenitalis dihubungkan di garis tengah dengan jahitan dan kemudian luka pada vagina dan kulit perineum ditutupi dengan mengikuti sertakan jaringan - jaringan dibawahnya.
- c. Luka perineum derajat 3 meliputi mukosa vagina, kulit perineum, otot perineum dan otot spingterani eksternal. Pada laserasi partialis hanya ketiga yang robek hanyalah spingter.
- d. Luka perineum derajat 4 yaitu pada laserasi yang total *spingter recti* terpotong dan laserasi meluas sehingga dinding anterior rektum dengan jarak yang bervariasi



Gambar 2.2 Derajat Luka Perineum

5. Fisiologi Penyembuhan Luka

Menurut Arisanti (2016) secara umum, terdapat 3 fase penyembuhan luka yaitu :

1. Fase *Inflamasi* (Peradangan)

Fase ini dimulai segera setelah terjadinya luka dan berlangsung selama 3 hingga 7 hari. Tujuan utama fase inflamasi adalah untuk menghentikan perdarahan dan mencegah infeksi. Proses ini dimulai dengan vasokonstriksi pembuluh darah dan agregasi trombosit untuk membentuk bekuan darah. Selanjutnya, terjadi vasodilatasi dan peningkatan permeabilitas kapiler, memungkinkan sel-sel imun seperti neutrofil dan makrofag untuk memasuki area luka dan membersihkan debris serta patogen. Makrofag juga melepaskan sitokin yang merangsang proses penyembuhan lebih lanjut.

2. Fase *Proliferasi* (Pembentukan Jaringan Baru)

Fase ini berlangsung dari hari ketiga hingga sekitar dua minggu setelah cedera. Pada fase ini, tubuh mulai membangun jaringan baru untuk menggantikan jaringan yang rusak. Fibroblas berperan penting dengan memproduksi kolagen dan bahan matriks ekstraseluler lainnya. Pembuluh darah baru terbentuk dalam proses angiogenesis untuk menyediakan oksigen dan nutrisi ke area luka. Sel epitel juga bermigrasi

untuk menutup permukaan luka, dalam proses yang dikenal sebagai reepitelisasi.

3. Fase Maturasi (*Remodeling*)

Fase terakhir ini dimulai setelah fase proliferasi dan dapat berlangsung selama beberapa bulan hingga satu tahun. Pada fase ini, kolagen yang terbentuk selama fase proliferasi direorganisasi untuk meningkatkan kekuatan dan elastisitas jaringan. Pembuluh darah yang berlebihan diserap kembali, dan jaringan parut mulai terbentuk. Meskipun jaringan parut tidak akan sepenuhnya setara dengan jaringan asli dalam hal kekuatan dan elastisitas, proses ini penting untuk pemulihian fungsi jaringan.

6. Tipe Penyembuhan Luka

- a. *Primary Healing*. Jaringan yang hilang minimal, tepi luka dapat dirapatkan kembali melalui jahitan, klip atau plester.
- b. *Delayed Primary Healing*. Terjadi ketika luka terinfeksi atau terdapat benda asing yang menghambat penyembuhan.
- c. *Secondary Healing*. Proses penyembuhan tertunda dan hanya bisa terjadi melalui proses granulasi, kontraksi dan epitelisasi. Secondary healing menghasilkan scar (Aminuddin., et al 2020).

7. Faktor – Faktor Yang Mempengaruhi Penyembuhan Luka

Penyembuhan luka merupakan proses kompleks yang dipengaruhi oleh faktor internal (usia, nutrisi, nyeri, status gizi) dan faktor eksternal (kebersihan, perawatan luka, edukasi, mobilisasi). Pengelolaan faktor-faktor ini secara optimal dapat mempercepat proses penyembuhan luka perineum pada ibu post partum.

Adapun faktor umum dan lokal yang mempengaruhi penyembuhan luka diantaranya :

a. Faktor Umum

- 1) Usia.
- 2) Penyakit yang menyertai.
- 3) Vascularisasi.
- 4) Kegemukan.
- 5) Gangguan sensasi dan pergerakan.

- 6) Status Nutrisi.
 - 7) Status psikologis.
 - 8) Terapi radiasi.
 - 9) Obat-obat.
- b. Faktor Lokal
- 1) Kelembaban luka.
 - 2) Temperatur luka.
 - 3) Managemen luka.
 - 4) Tekanan, gesekan, dan tarikan.
 - 5) Benda asing.
 - 6) Infeksi luka (Aminuddin., et al 2020).

8. Perawatan Luka Perineum

Luka perineum adalah luka di area antara vagina dan anus yang sering terjadi akibat robekan atau sayatan (*episiotomy*) saat persalinan normal. Perawatan yang tepat sangat penting untuk mencegah infeksi, mempercepat penyembuhan, dan mengurangi ketidaknyamanan. Adapun cara perawatan luka perineum agar tidak terjadinya infeksi adalah :

1. Jaga Kebersihan Area Luka

Bersihkan area perineum dengan air hangat setiap kali selesai buang air kecil atau besar. Hindari penggunaan sabun yang mengandung bahan kimia keras karena dapat menyebabkan iritasi.

2. Tepuk-tepuk area luka dengan handuk bersih hingga kering, jangan digosok.

3. Gunakan Pembalut yang Tepat

Pilih pembalut tanpa pewangi dan ganti secara teratur untuk menjaga area tetap kering dan bersih. Hindari penggunaan tampon selama masa nifas karena dapat meningkatkan risiko infeksi.

4. Kompres Dingin

Untuk mengurangi nyeri dan bengkak, kompres area luka dengan es batu yang dibungkus kain selama 10–20 menit.

5. Sitz Bath

Duduklah di air hangat (sitz bath) selama 15–20 menit, 2–3 kali sehari, terutama setelah buang air besar. Cara ini membantu meredakan nyeri dan mempercepat penyembuhan.

6. Hindari Aktivitas Berat

Istirahat yang cukup dan hindari aktivitas fisik berat hingga luka sembuh. Gunakan bantal donat saat duduk untuk mengurangi tekanan pada area perineum.

7. Latihan Kegel

Lakukan latihan Kegel untuk memperkuat otot dasar panggul dan mempercepat pemulihian fungsi otot.

8. Perhatikan Pola Makan

Konsumsi makanan tinggi serat dan cukup cairan untuk mencegah sembelit. Jika perlu, gunakan pelunak feses sesuai anjuran dokter agar tidak mengejan terlalu keras saat buang air besar.

9. Rutin Ganti Pembalut

Ganti pembalut secara berkala dan selalu cuci tangan sebelum dan sesudah mengganti pembalut.

10. Perhatikan Tanda Infeksi

Tanda-tanda infeksi seperti nyeri hebat, bengkak, kemerahan, keluar nanah, atau demam. Jika muncul gejala tersebut, segera konsultasikan ke dokter untuk mendapatkan penanganan lebih lanjut.

9. Penilaian Skala REEDA

Skala REEDA adalah alat penilaian yang digunakan untuk mengukur tingkat penyembuhan luka perineum setelah persalinan. REEDA merupakan singkatan dari lima komponen yang dinilai, yaitu *Redness* (kemerahan), *Edema* (pembengkakan), *Ecchymosis* (memar atau bercak perdarahan), *Discharge* (pengeluaran cairan), dan *Approximation* (pendekatan atau perlekatan tepi luka). Setiap komponen diberi skor antara 0 sampai 3 berdasarkan tingkat keparahan tanda yang muncul di sekitar luka perineum.

Total skor REEDA berkisar antara 0 hingga 15, di mana skor yang lebih rendah menunjukkan penyembuhan luka yang baik, sedangkan skor yang lebih tinggi mengindikasikan trauma jaringan yang lebih berat dan

penyembuhan luka yang buruk. Penilaian ini biasanya dilakukan pada 7-10 hari pasca persalinan untuk memantau proses penyembuhan luka perineum (Purwoto *et al.*, 2022).

Tabel 2.1 Penilaian Skala REEDA

Nilai	<i>Redness</i> (Kemerahan)	<i>Edema</i> (Pembengkakan)	<i>Ecchymosis</i> (Bercak Perdarahan)	<i>Discharge</i> (Pengeluaran)	<i>Approximation</i> (Penyatuan Luka)
0	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada	Tertutup
1	Kurang dari 0,25cm pada kedua sisi laserasi	Pada perineum	<0,25 pada kedua sisi atau 0,5cm pada satu sisi	Serum	Jarak kulit 3mm atau kurang
2	Kurang dari 0,5cm pada kedua sisi laserasi	Pada perineum atau vulva, 1-2cm dari laserasi	0,25-1cm pada kedua sisi atau 0,5-2cm pada satu sisi	Darah	Terdapat jarak antara kulit & lemak subkutan
3	Lebih dari 0,5cm pada kedua sisi laserasi	Pada perineum atau vulva, >2cm dari laserasi	>1cm pada kedua sisi atau 2 cm pada satu sisi	Purulen	Terdapat jarak antara kulit, lemak subkutan dan fasia

Skoring skala REEDA :

Skor 0 = Penyembuhan luka baik (*good wound healing*)

Skor 1-5 = Penyembuhan luka kurang baik (*insufficient wound healing*)

Skor >5 = Penyembuhan luka buruk (*poor wound healing*)

Konsep Teori Post Partum

1. Definisi Post Partum

Masa nifas (*post partum/puerperium*) berasal dari bahasa latin yaitu dari kata "*Puer*" yang artinya bayi dan "*Parous*" yang berarti melahirkan. Masa nifas dimulai setelah 2 jam postpartum dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil, biasanya berlangsung selama 6 minggu atau 42 hari, namun secara keseluruhan baik secara fisiologis maupun psikologis akan pulih dalam waktu 3 bulan. Jika secara fisiologis sudah terjadi perubahan pada bentuk semula (sebelum hamil), tetapi secara psikologis masih terganggu maka dikatakan masa nifas tersebut belum berjalan dengan normal atau sempurna (Kasmiati, 2023).

2. Etiologi Post Partum

Etiologi post partum Dibagi menjadi 2 yaitu :

a. Post partum dini

Post partum dini adalah atonia uteri, laserasi jalan lahir, Robekan jalan lahir dan hematoma.

b. Post partum lambat

Post partum lambat adalah tertinggalnya sebagian plasenta, Ubinvolusi didaerah insersi plasenta dari luka bekas secsio Sesaria (Ny *et al.*, 2019).

3. Manifestasi Klinis

Menurut (Wulandari & Handayani 2020), tanda-tanda persalinan yaitu :

1. Penurunan Janin (*Lightening*)

Sekitar 2 minggu sebelum persalinan, bagian presentasi janin, terutama kepala, akan turun ke dalam rongga panggul. Hal ini menyebabkan ibu merasa lebih lega dalam bernapas karena tekanan pada diafragma berkurang. Namun, peningkatan tekanan pada kandung kemih menyebabkan ibu lebih sering buang air kecil.

2. Kontraksi Palsu (Persalinan Palsu)

Selama 4 hingga 8 minggu terakhir kehamilan, rahim mengalami kontraksi yang tidak teratur dan sporadis, dikenal sebagai kontraksi Braxton Hicks. Kontraksi ini dapat terasa nyeri ringan di bagian bawah perut dan punggung bawah, serta memberikan tekanan pada area sakroiliaka.

3. Perubahan Serviks

Menjelang persalinan, serviks mulai mengalami perubahan, seperti pelunakan akibat peningkatan kandungan air dan pelarutan kolagen. Serviks juga mengalami penipisan (*effacement*) dan pembukaan secara serentak, yang memungkinkan jalan lahir terbuka untuk proses persalinan. Selain itu, lendir serviks yang bercampur darah (*bloody show*) dapat keluar sebagai tanda bahwa persalinan akan segera dimulai.

4. Tahapan Masa Post Partum

Masa nifas dibagi dalam tiga tahap, yaitu (Maryunani, 2015) :

a. Puerperium dini (Periode *immediate postpartum*)

- 1) Masa segera setelah plasenta lahir sampai dengan 24 jam.
- 2) Masa segera setelah plasenta lahir sampai kepulihan dimana Ibu sudah diperbolehkan mobilisasi jalan.
- 3) Masa pulih atau kepulihan dimana Ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan-jalan.
- 4) Pada masa ini sering terdapat banyak masalah, misalnya perdarahan karena atonia uteri. Oleh karena itu, harus dengan teratur melakukan pemeriksaan kontraksi uterus, pengeluaran lokhea, tekanan darah, dan suhu.

b. Puerperium intermedial (Periode *early postpartum*)

- 1) Masa kepulihan menyeluruh alat-alat genitalia yang lamanya sekitar 6-8 minggu.
- 2) Pada masa ini, memastikan lokhea tidak berbau busuk, tidak demam, Ibu mendapatkan nutrisi yang cukup, dan Ibu dapat menyusui dengan baik.

c. Remote puerperium (Periode *Late postpartum*)

- 1) Waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna, terutama bila Ibu selama hamil maupun bersalin mempunyai komplikasi. Waktu untuk sehat sempurna bisa bermingguminggu, bulanan, dan tahunan.
- 2) Pada periode ini tetap melakukan perawatan dan konseling keluarga berencana.

5. Patofisiologi

Persalinan dengan episiotomi mengakibatkan terputusnya jaringan yang dapat menyebabkan menekan pembuluh syaraf sehingga timbul rasa nyeri dimana ibu akan merasa cemas sehingga takut BAB dan ini menyebabkan resti Ansietas. Terputusnya jaringan yang di sebabkan episiotomi akan tibil diagnosa gangguan integritas kulit dan jaringan karena terdapat luka jahitan di area perineumnya maka harus mendapatkan perawatan luka pada perineum, apabila tidak dirawat dengan baik kuman mudah berkembang

karena semakin besar mikroorganisme masuk ke dalam tubuh semakin besar resiko terjadi infeksi.

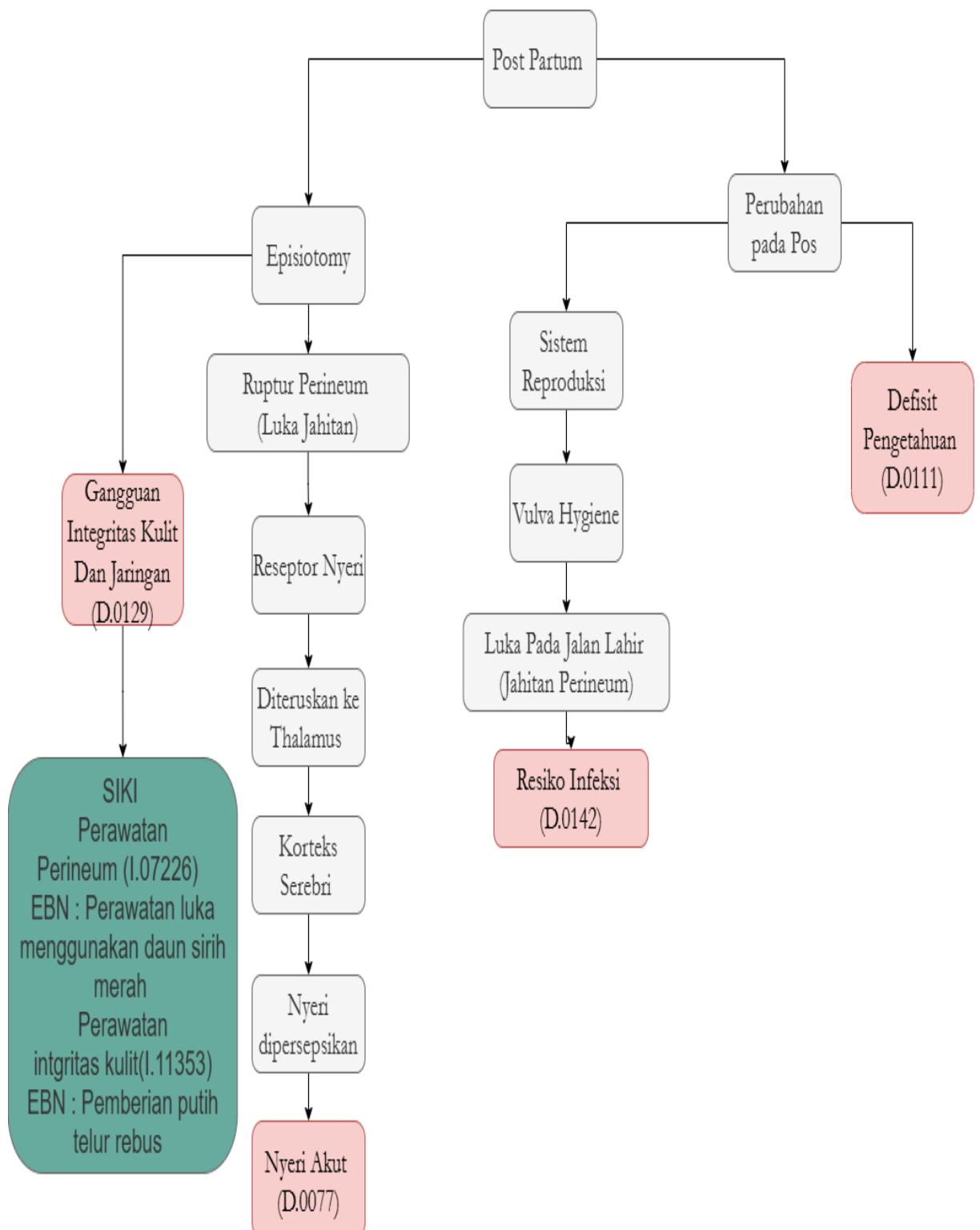
Ibu dengan persalinan dengan episiotomi setelah 6 minggu persalinan ibu berada dalam masa nifas. Saat masa nifas ibu mengalami perubahan fisiologis dan psikologis. Perubahan fisiologis pada ibu akan terjadi uterus kontraksi. Kontraksi uterus bisa adekuat dan tidak adekuat. Dikatakan adekuat apabila kontraksi uterus kuat dimana terjadi adanya perubahan involusi yaitu proses pengembalian uterus ke dalam bentuk normal yang dapat menyebabkan nyeri/mules, yang prosesnya mempengaruhi syaraf pada uterus.

Setelah melahirkan ibu mengeluarkan lochea yaitu merupakan ruptur dari sisa plasenta sehingga pada daerah vital kemungkinan terjadi resiko kuman mudah berkembang. Dikatakan tidak adekuat dikarenakan kontraksi uterus lemah akibatnya terjadi perdarahan yang dapat menyebabkan kekurangan volume cairan.

Pada ibu post partum sering mengalami nyeri pada bagian perineum, nyeri perineum bisa menjadi persoalan bagi ibu post partum karena akan menimbulkan gangguan ketidaknyamanan paska partum dan pasien merasa akan sulit untuk tidur dan sangat mengganggu pola istirahat tidurnya.(Fivi Novita, 2019).

6. Pathway

Gambar 2.3 Pathway Post Partum



Sumber : (Nur alinda, 2022 ; PPNI, 2017)

7. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan ibu dengan post partum adalah sebagai berikut :

1. Observasi ketat 2 jam post partum (adanya komplikasi pendarahan)
2. 6-8 jam pasca persalinan: istirahat dan tidur tenang. Usahakan miring kanan dan kiri.
3. Hari ke 1-2: memberikan KIE kebersihan diri, cara menyusui yang benar dan perawatan payudara, perubahan-perubahan yang terjadi pada masa nifas, pemberian informasi tentang senam nifas.
4. Hari ke 2: mulai latihan duduk.
5. Hari ke 3: diperkenankan latihan berdiri dan berjalan (Tania, 2020)

8. Komplikasi

Menurut Astuti dan Dinasti, (2022) komplikasi post partum terdiri dari:

1. Morbiditas
Kenaikan suhu $> 38^{\circ}\text{C}$ selama 10 hari pertama setelah melahirkan, tidak termasuk 24 jam pertama.
2. Infeksi
Infeksi bakterial genital selama atau setelah melahirkan. Tanda dan gejala termasuk suhu lebih dari 38°C , malaise, lochia, bau busuk dan nyeri di tempat infeksi.
3. Infeksi luka genital
Tanda dan gejalanya adalah nyeri lokal, demam, bengkak, lokal, radang tepi jahitan atau luka, erupsi purulen dan luka terpisah.
4. Endometrium
Tanda dan gejala meliputi peningkatan suhu yang menetap $>38^{\circ}\text{C}$, demam, takikardia, menggigil, nyeri tekan uterus menjalar kesamping, nyeri panggul pada pemeriksaan bimanual, sekret mungkin ringan dan tidak berbau atau sangat banyak, pembengkakan perut dan peningkatan darah putih.
5. Hematoma
Tanda dan gejala biasanya terjadi pada vulva atau vagina, nyeri hebat, pembengkakan yang kencang dan tidak teratur, dan jaringan tampak seperti memar.

6. Subinvolusi

Rahim tidak berkontraksi secara efektif selama periode postpartum. Penyebabnya antara lain sisa sisa plasenta atau selaput ketuban, fibroid, dan infeksi (awal postpartum). Tanda dan gejala termasuk peningkatan lokus yang tidak membaik atau terus terjadi, fundus uteri lunak, dan uterus yang naik di atas posisi yang diharapkan.

7. Perdarahan postpartum sekunder

Perdarahan berlebihan yang terjadi setelah 24 jam pertama setelah melahirkan. Penyebabnya termasuk subinvolusi, sisa fragmen plasenta atau membran, cedera yang tidak terdiagnosa, dan hematoma. Tanda dan gejala termasuk perdarahan, anemia dan, pada kasus yang parah, syok.

8. Tromboflebitis

Tanda dan gejala nyeri, nyeri tekan local flebitis.

9. Mastitis

Mastitis dapat terjadi kapan saja saat ibu menyusui, tetapi biasanya hanya terjadi pada hari ke-10 setelah melahirkan. Penyakit ini biasanya disebabkan oleh *Staphylococcus aureus*, dan ibu biasanya tidak dapat membedakannya dari gejala flu. Biasanya, klien mengalami demam dengan suhu tubuh $>38^{\circ}\text{C}$ atau lebih tinggi.

B. Konsep Teori Inovasi Penerapan Daun Sirih Merah Dan Putih Telur

Konsep Daun Sirih Merah

1. Pengertian Sirih Merah

Daun sirih merah (*Piper ornatum*) adalah tanaman merambat yang termasuk dalam famili *Piperaceae*, dikenal luas sebagai tanaman obat dengan berbagai manfaat. Ciri khas daun sirih merah meliputi bentuk bertangkai seperti jantung dengan bagian atas meruncing, permukaan atas berwarna hijau bercorak putih keabu-abuan, dan bagian bawah berwarna merah hati cerah. Daunnya berlendir, berasa pahit, dan beraroma khas sirih.

2. Morfologi Tanaman

Sirih merah merupakan tanaman merambat atau menjalar yang dapat mencapai panjang 5–10 meter. Batangnya bulat, berwarna hijau kemerah

hingga keunguan, beruas dengan panjang ruas sekitar 3–10 cm. Pada setiap buku batang tumbuh bakal akar dan satu daun. Batang bersulur, beralur, dan beruas-ruas dengan jarak antar ruas sekitar 5–10 cm. Batang berwarna hijau keunguan, bersifat lunak dan berkayu. Daun tunggal, bertangkai, berbentuk jantung (*ovate*) dengan bagian atas meruncing dan tepi rata. Panjang daun berkisar antara 6,1–20 cm dan lebar 4–9,4 cm. Permukaan atas daun rata sampai agak cembung, mengkilap dengan warna hijau bercampur garis merah muda atau pink keperakan, sedangkan permukaan bawah daun berwarna hijau kemerahan atau keunguan. Tangkai daun berwarna hijau kemerahan dengan panjang 2,1–6,2 cm.

Daun muda biasanya berbentuk menjantung atau membulat telur, sedangkan daun dewasa yang siap menghasilkan alat reproduksi cenderung berbentuk membulat telur hingga melonjong. Permukaan daun atas licin dan mengkilap, tidak berbulu, dengan pertulangan daun menyirip. Bagian bawah daun agak cekung dengan tulang daun menonjol. Sirih merah tumbuh baik di daerah teduh dengan suhu sejuk pada ketinggian 300–1000 meter di atas permukaan laut, dan membutuhkan cahaya matahari sekitar 60–75% untuk pertumbuhan optimal.



Gambar 2.4 Daun Sirih Merah

3. Kandungan Dan Efek Farmakologis Daun Sirih Merah

Daun sirih merah mengandung senyawa bioaktif yang memberikan efek farmakologis penting seperti antibakteri dan antiinflamasi yang berperan dalam proses penyembuhan luka termasuk luka perineum. Daun sirih merah mengandung senyawa bioaktif seperti *flavonoid*, *alkaloid*, *tanin-polifenol*, *steroid*, *terpenoid*, dan *saponin* yang berfungsi sebagai antioksidan, antiinflamasi, dan antibiotik alami. Kandungan ini menjadikan sirih merah efektif dalam aktivitas farmakologi seperti antibakteri, antiinflamasi,

antihiperglykemik, dan antioksidan. Tanaman ini awalnya dikenal sebagai tanaman hias karena keindahan daunnya, namun kemudian dikembangkan sebagai obat herbal untuk berbagai penyakit seperti hipertensi, radang, keputihan, diabetes, dan luka.

4. Perawatan Luka Dengan Daun Sirih Merah

Berdasarkan riset Damarini, Daun sirih merah mempunyai daya antiseptic dua kali lebih tinggi bila dibandingkan dengan daun sirih hijau karena kandungan kimia dalam daun sirih merah antara lain adalah minyak astiri, *hidroksikavikol, kavikol, kavibetol, alilprokatekol, karvakol, eugenol, pcymene, cineole, cariofelen, kadimen estragol, terpen, dan fenil propada*. Rostika juga menambahkan mengenai kesembuhan luka perineum pada responden yang menggunakan daun sirih cenderung lebih cepat sembuh dibandingkan dengan responden yang tidak menggunakan daun sirih, hal ini disebabkan karena kandungan kimia daun sirih yang dapat mempercepat proses penyembuhan luka perineum (Hasymi & Rahmayani, 2022).

5. Perawatan Luka Perineum Dengan Daun Sirih Merah

Cara perawatan luka dengan rebusan air daun sirih merah untuk luka perineum adalah sebagai berikut :

Alat dan Bahan

1. Daun sirih merah segar sebanyak 10 lembar (sekitar 25 gram jika daun besar)
2. Air bersih sekitar 100 ml untuk proses perendaman dan 2 liter untuk merebus (atau sesuai kebutuhan)
3. Panci untuk merebus
4. Mangkuk atau wadah tahan panas
5. Gelas ukur
6. Saringan
7. Sarung tangan (handscoons)
8. Hand sanitizer atau sabun untuk mencuci tangan

Cara Membuat dan Langkah Kerja:

1. Cuci tangan terlebih dahulu dengan sabun atau gunakan hand sanitizer, kemudian kenakan sarung tangan.
2. Cuci bersih daun sirih merah dengan air mengalir hingga kotoran hilang.

3. Rebus air hingga mendidih, lalu tuangkan sekitar 100 ml air mendidih ke dalam mangkuk atau wadah tahan panas.
4. Masukkan daun sirih merah ke dalam air mendidih tersebut, pastikan semua daun terendam.
5. Tutup mangkuk dan diamkan sampai air berubah warna menjadi coklat kehitaman dan dingin.
6. Setelah dingin, peras daun sirih merah dan saring air perasannya ke dalam gelas atau wadah bersih.
7. Pastikan suhu air rebusan sudah normal (hangat-hangat kuku), jangan digunakan jika masih panas karena dapat melukai luka perineum.
8. Gunakan air rebusan daun sirih merah tersebut untuk cebok luka perineum dengan cara membasuh dari depan ke belakang.
9. Lakukan perawatan ini sebanyak 2 kali sehari, pagi dan sore.
10. Satu kali rebusan hanya untuk satu kali cebok, buat rebusan baru setiap kali perawatan agar tetap higienis (Hasymi & Rahmayani, 2022).

Konsep Putih Telur

1. Pengertian Putih Telur

Putih telur adalah cairan bening yang terdapat di dalam telur, terdiri sekitar 90% air dan 10% protein terlarut, terutama albumin. Putih telur mengandung protein berkualitas tinggi dengan susunan asam amino esensial lengkap yang mudah diserap tubuh, menjadikannya sumber protein yang sangat baik. Protein utama dalam putih telur adalah *ovalbumin*, *ovotransferrin*, *lisisom*, dan beberapa protein minor lainnya. Selain sebagai sumber nutrisi, putih telur juga memiliki berbagai manfaat kesehatan seperti mempercepat penyembuhan luka, mendukung pembentukan otot, menurunkan berat badan, serta memiliki sifat antioksidan dan antibakteri alami.

2. Kandungan Putih Telur

Kandungan putih telur terdiri dari berbagai nutrisi penting diantaranya adalah *protein*, *lemak*, *karbohidrat*, *mineral*, *magnesium*, *kalsium*, *selenium*, dan vitamin B2, dan energi. Putih telur tidak mengandung kolesterol dan sangat rendah lemak, sehingga sering dijadikan pilihan sumber protein sehat untuk diet dan pemulihan kesehatan.

Mengkonsumsi putih telur, baik dalam bentuk rebus maupun kukus, efektif mempercepat penyembuhan luka, seperti luka jahitan post *sectio caesarea* maupun luka perineum pada ibu nifas. Hal ini karena protein putih telur berperan sebagai zat pembangun utama untuk memperbaiki dan menggantikan sel-sel yang rusak, serta mendukung sintesis kolagen yang sangat penting dalam proses penyembuhan luka.

3. Cara Kerja Putih Telur Dalam Penyembuhan Luka

Cara kerja putih telur dalam penyembuhan luka terutama terkait kandungan protein, khususnya albumin, yang berperan penting dalam proses regenerasi dan perbaikan jaringan tubuh yang rusak. Putih telur kaya akan protein albumin yang merupakan sumber asam amino penting untuk pertumbuhan dan perbaikan jaringan. Albumin ini menstimulasi fibroblast untuk memproduksi kolagen lebih banyak, sehingga kolagen mengisi daerah luka dan mempercepat pembentukan jaringan baru.

Protein dalam putih telur membantu membentuk jaringan baru dan mempercepat pemulihan jaringan sel yang rusak akibat luka. Albumin juga berperan mengatur tekanan osmotik darah dan merupakan sekitar 50% protein plasma yang penting pada tahap inflamasi penyembuhan luka. Selain albumin, putih telur mengandung zat seperti *ovomusin*, *ovotransferrin*, dan *enzim lisosom* yang meningkatkan aktivitas sel imun seperti *monosit*, *makrofag*, dan sel T, yang berperan dalam mengendalikan infeksi dan mempercepat proses penyembuhan (Yuliana & Fauziah, 2022).

4. Cara Mengkonsumsi Putih Telur Rebus Untuk Luka Perineum

Adapun cara dan pemberian putih telur pada ibu post partum dengan luka *episiotomy* adalah sebagai berikut :

Alat dan bahan :

1. Telur ayam segar
2. Panci dan kompor untuk merebus
3. Pisau dan wadah untuk memisahkan putih telur
4. Sendok dan piring bersih

Cara Pembuatan dan Pemberian :

1. Rebus telur ayam dengan cangkangnya dalam panci hingga matang sempurna (sekitar 10-15 menit).

2. Kupas kulit telur dengan hati-hati agar putih telur tidak rusak.
3. Pisahkan putih telur dari kuningnya, ambil putih telur saja untuk dikonsumsi.
4. Konsumsi putih telur rebus sebanyak 1-2 butir per hari, paling baik diberikan dua kali sehari, yaitu pagi dan sore hari.
5. Putih telur dapat dimakan langsung sebagai lauk atau cemilan tanpa tambahan minyak atau penggorengan agar tidak menambah lemak.
6. Pemberian dilakukan sejak ibu sudah melahirkan dan selama masa nifas (sekitar 6-7 hari) secara teratur (Hidayah *et al.*, 2023).

C. Konsep Teori Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

Pengkajian keperawatan merupakan catatan tentang hasil pengkajian yang dilaksanakan untuk mengumpulkan informasi dari pasien, membuat data dasar tentang pasien, dan membuat catatan tentang respons kesehatan pasien. Pengkajian yang komprehensif atau menyeluruh, sistematis dan logis akan mengarah dan mendukung pada identifikasi masalah-masalah pasien. Masalah yang ada ditegakkan dengan menggunakan data pengkajian sebagai dasar formulasi yang dinyatakan sebagai diagnosa keperawatan. Sehingga pengkajian memegang peranan penting untuk tahap proses keperawatan selanjutnya (Mashudi, 2021).

Dalam pengkajian keperawatan terdapat jenis data yang dapat diperoleh, yaitu:

a. Data Subjektif

Data subjektif diperoleh dari hasil pengkajian terhadap pasien dengan teknik wawancara, keluarga, konsultan, dan tenaga kesehatan lainnya serta riwayat keperawatan. Data ini berupa keluhan atau persepsi subjektif pasien terhadap status kesehatannya.

b. Data Objektif

Informasi data objektif diperoleh dari hasil observasi, pemeriksaan fisik, hasil pemeriksaan penunjang dan hasil laboratorium. Fokus dari pengkajian data objektif berupa status kesehatan, pola coping, fungsi status respons pasien terhadap terapi, risiko untuk masalah potensial, dukungan terhadap pasien. Karakteristik data yang diperoleh dari hasil

pengkajian seharusnya memiliki karakteristik yang lengkap, akurat, nyata dan relevan. Data yang lengkap mampu mengidentifikasi semua masalah keperawatan pada pasien.

Adapun teknik atau metode pengumpulan data dapat melalui hal-hal sebagai berikut.

1. Wawancara

Wawancara merupakan metode penting melalui wawancara, dengan teknik ini dapat digali data-data penting yang sangat mendukung dalam menentukan diagnosis.

2. Observasi

Observasi merupakan salah satu teknik dalam pengumpulan data, misalnya mengobservasi keadaan luka dan peradangan. Observasi dapat menggunakan pendengaran, penglihatan, rasa, sentuhan, rasa, maupun sensasi.

3. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik sangat penting dalam pengumpulan data. Ada 4 cara dalam pemeriksaan fisik yaitu : inspeksi, auskultasi, palpasi, dan perkusi. Pada saat pemeriksaan fisik sebaiknya dilakukan secara sistematis mulai dari kepala sampai kaki *head to toe*.

a. *Inspeksi*

Inspeksi adalah teknik pemeriksaan fisik yang dilakukan dengan cara mengamati atau melihat bagian tubuh pasien menggunakan indera penglihatan. Tujuannya adalah untuk menilai keadaan umum pasien, seperti warna kulit, bentuk tubuh, simetri anggota tubuh, adanya pembengkakan, atau lesi pada kulit. Inspeksi dapat dilakukan secara umum atau spesifik pada bagian tubuh tertentu.

b. *Palpasi*

Palpasi adalah teknik pemeriksaan fisik yang dilakukan dengan cara meraba atau menekan bagian tubuh pasien menggunakan tangan atau jari. Tujuannya adalah untuk menilai suhu, kelembapan, tekstur, konsistensi, ukuran, dan adanya massa atau pembengkakan pada jaringan tubuh. Palpasi dapat dilakukan dengan tekanan ringan hingga dalam, tergantung pada area yang diperiksa.

c. *Perkusi*

Perkusi adalah teknik pemeriksaan fisik yang dilakukan dengan cara mengetuk permukaan tubuh pasien menggunakan jari atau alat perkusi untuk menghasilkan suara. Suara yang dihasilkan membantu dalam menilai densitas, lokasi, dan ukuran struktur di bawah permukaan tubuh, seperti organ atau rongga tubuh. Perkusi sering digunakan untuk menilai kondisi paru-paru dan rongga perut.

d. *Auskultasi*

Auskultasi adalah teknik pemeriksaan fisik yang dilakukan dengan cara mendengarkan suara yang dihasilkan oleh tubuh pasien, seperti bunyi jantung, suara napas, atau bising usus. Pemeriksaan ini biasanya dilakukan menggunakan stetoskop. *Auskultasi* membantu dalam menilai fungsi organ tubuh dan mendeteksi adanya suara abnormal yang dapat menunjukkan kelainan atau penyakit.

Good assesment merupakan bagian penting dalam perawatan luka, yaitu melakukan pengkajian luka dengan baik dan tepat. Pengkajian yang dilakukan tidak hanya pengkajian luka saja, tetapi juga faktor lain yang menghambat penyembuhan luka. Melalui pengkajian yang baik dan tepat, kita akan mengetahui apakah luka dapat sembuh, bagaimana perawatan yang dibutuhkan, dan berapa lama waktu yang dibutuhkan untuk merawatnya.

a. Pengkajian pasien secara umum atau *general health assessment* yang dimulai dari identitas pasien, usia, berat badan dan perubahannya, riwayat penyakit dan penyakit yang menyertai, keluhan saat ini, vaskularisasi (menggunakan alat *vaskular doppler*), status nutrisi, gangguan sensasi atau pergerakan, status psikologis, terapi kanker (radiasi), dan obat-obatan.

b. Pengkajian lokal pada luka dan data diagnostik.

1) Riwayat luka (penyebab luka, waktu kejadian) dan karakteristik luka (tipe luka, tipe penyembuhan, lokasi, stadium luka, ukuran luka, eksudat/cairan luka, warna dasar luka, tepi luka, kulit sekitar luka, tanda infeksi dan nyeri). Penatalaksanaan luka adalah mengatasi penyebab kejadian luka sehingga penting dikaji penyebab luka dan kapan kejadiannya. Waktu kejadian menentukan tipe luka dan penyembuhannya.

- 2) *Good assessment* yaitu melakukan pengkajian luka dengan tepat dan lengkap.
- 3) Cara mempersiapkan dasar luka (*wound bed preparation*) sehingga mendukung penyembuhan luka.

Pemeriksaan fisik dilakukan dari kepala hingga kaki pada permukaan kulit. Inspeksi dilakukan untuk melihat karakteristik dan morfologi (bentuk) luka. Palpasi dilakukan sebagai bagian penting dalam menentukan morfologi dan mengkaji tekstur dan konsistensi luka (Arisanty 2016).

2. Diagnosis Keperawatan

Menurut Standart Diagnosis Keperawatan Indonesia, diagnosis keperawatan adalah penilaian klinis terhadap respons klien (individu, keluarga atau komunitas) terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya, baik yang sedang berlangsung aktual maupun potensial.

Masalah yang mungkin muncul Menurut Masalah yang mungkin muncul pada ibu Post Partum dengan komplikasi luka perineum menurut (TIM POKJA SDKI DPP PPNI, 2016) .

1. Nyeri akut (D.0077)
2. Kerusakan integritas kulit/jaringan (D.0129)
3. Resiko infeksi (D.0142)
4. Defisit pengetahuan (D.0111)

3. Intervensi Keperawatan

Tabel 2.2 Intervensi Keperawatan

No	Standar Diagnosis Keperawatan	Standar Luaran Keperawatan Indonesia	Standar Intervensi Keperawatan Indonesia
1.	Nyeri akut (D.0077)	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, diharapkan tingkat nyeri menurun, Dengan kriteria hasil:</p> <p>Tingkat nyeri menurun (L.08066)</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) Pasien mengatakan keluhan nyeri menurun. 2) Keluhan nyeri meringis menurun. 3) Pasien menunjukkan sikap protektif. 4) Pasien tampak tidak gelisah. 	<p>Manajemen Nyeri (L.08238)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, intensitas nyeri. 2. Identifikasi skala nyeri. 3. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperringan nyeri. 4. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri. <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Berikan teknik nonfarmakologis dan pemicu nyeri. 2. Fasilitasi istirahat dan tidur. <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri. 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri 3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri. 4. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri. <p>Kolaborasi</p> <p>Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu.</p>
2.	Gangguan Integritas kulit/jaringan (D.0129)	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, diharapkan gangguan integritas kulit dan jaringan dapat diatasi dengan kriteria hasil :</p>	<p>Perawatan integritas kulit (L.11353)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit (misalnya perubahan sirkulasi, perubahan

		<p>Integritas Kulit/dan jaringan (L.14125).</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tekstur kulit membaik. 2. Suhu kulit membaik 3. Sensasi pada kulit membaik. 4. pendarahan menurun 	<p>status nutrisi, dan penurunan mobilitas)</p> <p>Teraupetik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ubah posisi setiap 2 jam jika tirah baring. 2. Lakukan pemijatan pada area penonjolan, jika perlu. 3. Bersihkan perineal dengan air hangat, terutama saat periode diare. 4. Gunakan produk berbahan petroleum atau minyak pada kulit kering. 5. Gunakan produk berbahan ringan/alami dan hipoolergik pada kulit sensitif. 6. Hindari produk berbahan dasar berbahan dasar alkohol pada kulit kering. <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan menggunakan pelembab(mis, lotion, serum). 2. Anjurkan minum air yang cukup. 3. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi 4. Anjurkan meningkatkan asupan buah dan sayur. 5. Anjurkan menghindari terpapar suhu ekstrem. 6. Anjurkan mandi dan menggunakan sabun secukupnya. <p>Perawatan perineum (L.07226)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Inspeksi insisi atau robekan perineum (mis.episiotomi) <p>Teraupetik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fasilitasi dalam membersihkan perineum.
--	--	--	--

			<p>2. Pertahankan perineum tetap kering.</p> <p>3. Berikan posisi nyaman.</p> <p>4. Berikan kompres es, <i>jika perlu</i>.</p> <p>5. Bersihkan area perineum secara teratur.</p> <p>6. Berikan pembalut yang menyerap cairan.</p> <p>Edukasi</p> <p>1. Ajarkan pasien dan keluarga mengobservasi tanda abnormal pada perineum (mis.infeksi, kemerahan, pengeluaran cairan yang abnormal)</p> <p>Kolaborasi</p> <p>1. Kolaborasi pemberian antiinflamasi, <i>jika perlu</i>.</p> <p>2. Kolaborasi pemberian analgesik, <i>jika perlu</i></p>
3.	Resiko infeksi (D.0142)	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan tingkat infeksi menurun. Dengan kriteria hasil:</p> <p>Tingkat infeksi menurun (L.09097)</p> <p>1) Tidak ada tanda-tanda infeksi (Demam, nyeri, kemerahan dan bengkak).</p> <p>2) Kadar sel darah putih membaik.</p>	<p>Pencegahan infeksi (I.I4539)</p> <p>Observasi</p> <p>1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistematik.</p> <p>Teraupetik</p> <p>1. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan.</p> <p>2. Pertahankan teknik aseptik pada pasien.</p> <p>Edukasi</p> <p>1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi.</p> <p>2. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar.</p> <p>3. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka.</p> <p>4. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi</p>

			<p>Perawatan perineum (L.07225)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Inspeksi insisi atau robekan perineum. <p>Teraupetik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fasilitasi membersihkan perineum. 2. Pertahankan perineum tetap kering. 3. Berikan posisi nyaman. 4. Berikan kompres es jika perlu 5. Bersihkan area perineum secara teratur. 6. Berikan pembalut yang menyerap cairan. <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ajarkan pasien dan keluarga mengobservai tanda abnormal pada perineum (mis. Infeksi, kemerahan, pengeluaran cairan yang abnormal). <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi dalam pemberian antiinflamasi, jika perlu. 2. Kolaborasi pemberian analgesic, jika perlu
4.	<p>Defisit pengetahuan (D.0111)</p> <p>Pengetahuan meningkat. (L.12111)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Perilaku sesuai anjuran meningkat. 2) Verbalisasi minat dalam belajar meningkat. 3) Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik meningkat. 	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan pengetahuan meningkat. Dengan kriteria hasil :</p> <p>Pengetahuan meningkat. (L.12111)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Perilaku sesuai anjuran meningkat. 2) Verbalisasi minat dalam belajar meningkat. 3) Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik meningkat. 	<p>Edukasi kesehatan (I.12383)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi. 2. Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat. <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sediakan materi dan media <i>health promotion</i>

		<p>4) Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik meningkat.</p> <p>5) Perilaku sesuai dengan pengetahuan.</p> <p>6) Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun.</p> <p>7) Persepsi yang keliru menurun.</p>	<p>2. Jadwalkan <i>health promotion</i> sesuai kesepakatan.</p> <p>3. Berikan kesempatan untuk bertanya.</p> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan. 2. Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat. 3. Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat.
--	--	--	--

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah tahap pelaksanaan dari proses keperawatan, di mana perawat mulai menerapkan rencana tindakan keperawatan yang telah disusun untuk membantu klien mencapai tujuan kesehatan yang telah ditetapkan. Implementasi mencakup tindakan mandiri perawat, kolaboratif, dan ketergantungan sesuai dengan kebutuhan pasien. Menurut Potter & Perry (2017), implementasi keperawatan merupakan tahap di mana rencana tindakan yang telah disusun dilaksanakan untuk mencapai hasil yang diharapkan dari diagnosa keperawatan.

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan adalah tahap terakhir dalam proses keperawatan yang bertujuan untuk menilai sejauh mana tujuan asuhan keperawatan telah tercapai serta menentukan apakah rencana tindakan perlu dilanjutkan, diubah, atau dihentikan. Evaluasi dilakukan secara sistematis dan berkesinambungan untuk memastikan efektivitas intervensi yang telah diberikan kepada pasien.

Menurut Potter & Perry (2017), evaluasi keperawatan merupakan proses pengumpulan data yang berkelanjutan untuk menentukan apakah hasil yang diharapkan dari intervensi keperawatan telah tercapai.