

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep dasar seksio sesarea

1. Pengertian seksio sesarea

Seksio sesarea merupakan suatu prosedur medis yang dilakukan dalam bidang obstetri, di mana proses persalinan tidak dilakukan melalui jalan lahir seperti pada persalinan normal, melainkan melalui tindakan pembedahan yang melibatkan pembuatan sayatan pada dinding abdomen (perut) dan uterus (rahim) ibu untuk mengeluarkan janin, plasenta, serta selaput ketuban. Tindakan ini biasanya dipilih sebagai alternatif persalinan apabila kondisi ibu atau janin tidak memungkinkan untuk menjalani persalinan pervaginam secara aman, baik karena adanya komplikasi medis, kegagalan kemajuan persalinan, posisi janin yang tidak normal, maupun indikasi lainnya yang telah dipertimbangkan secara klinis oleh tenaga kesehatan. seksio sesarea bertujuan untuk menjaga keselamatan ibu dan bayi, serta meminimalkan risiko yang mungkin timbul apabila persalinan tetap dipaksakan melalui jalur normal (Amita dkk., 2018).

Ibu pasca operasi seksio sesarea adalah wanita yang melahirkan bayinya melalui prosedur bedah dengan membuat sayatan pada bagian dinding perut dan rahim. Enam minggu setelah itu setelah operasi, biasanya, organ reproduksi ibu akan kembali ke keadaan normal seperti pada kondisi sebelum kehamilan. Operasi seksio sesarea didefinisikan sebagai metode persalinan dengan membuat sayatan pada perut biasanya, organ reproduksi ibu akan kembali ke keadaan normal seperti pada kondisi sebelum dianggap berpotensi membahayakan kesehatan ibu atau bayi (April, 2023).

2. Klasifikasi seksio sesarea

Klasifikasi seksio sesarea menurut (Nina Herlina, 2024) adalah sebagai berikut :

a. Seksio sesarea abdomen –*Transperitonealis*

Seksio sesarea melalui abdomen dilakukan dengan metode transperitonealis, yaitu melalui lapisan peritoneum untuk mengakses rahim.

b. Seksio sesarea abdominalis

Seksio sesarea Abdominalis merupakan prosedur bedah untuk mengeluarkan bayi dari rahim ibu yang dilakukan melalui beberapa metode, tergantung pada arah sayatan pada rahim, sebagai berikut:

a) Sayatan Memanjang

Dilakukan dengan membuat insisi vertikal pada rahim.

b) Sayatan Melintang

Dilakukan dengan membuat insisi horizontal pada rahim.

c) Sayatan berbentuk huruf T

Dilakukan dengan membuat insisi horizontal pada rahim.

c. Seksio sesarea klasik

Teknik ini melibatkan sayatan vertikal sekitar 10 cm pada bagian korpus uteri. Meskipun metode ini jarang diterapkan karena berbagai kelemahan, dalam beberapa situasi, seperti operasi ulang dengan perlengketan organ yang signifikan, metode ini masih bisa dipertimbangkan.

d. Seksio sesarea Ismika

Proses ini dilakukan dengan membuat sayatan melintang berbentuk cekung (konkaf) pada area bawah rahim dengan panjang sekitar 10 cm.

a. Etiologi seksio sesarea

Etiologi seksio sesarea pada ibu dan janin Menurut (Rs & Babelan, 2024) adalah sebagai berikut :

1) Etiologi yang bersumber dari ibu

Faktor-faktor dari ibu yang menjadi alasan dilakukannya persalinan seksio sesarea meliputi panggul sempit, plasenta previa, khususnya pada kehamilan pertama (primigravida), solusio plasenta derajat satu sampai dua, komplikasi dalam kehamilan, serta kehamilan yang disertai dengan penyakit seperti gangguan jantung dan diabetes melitus.

2) Etiologi yang berasal dari janin

Faktor-faktor dari janin yang menjadi alasan dilakukannya persalinan Seksio sesarea meliputi kondisi gawat janin, presentasi janin yang tidak normal (malpresentasi), posisi janin yang tidak tepat (malposisi), prolaps tali pusat pada saat pembukaan serviks masih terbatas, serta kegagalan dalam penggunaan vakum atau forceps ekstraksi untuk membantu persalinan.

3. Komplikasi seksio sesarea

Komplikasi yang umum terjadi pada tindakan operasi seksio sesarea mencakup efek samping dari anestesi, kehilangan darah yang signifikan selama operasi, serta komplikasi-komplikasi lainnya. Beberapa di antaranya adalah endometritis (peradangan pada lapisan dalam rahim), tromboflebitis (gangguan pembekuan darah dalam vena), emboli (penyumbatan pada pembuluh darah paru-paru), serta perubahan bentuk dan posisi rahim yang tidak sempurna. Komplikasi yang berat yang dapat terjadi saat operasi sesar meliputi perdarahan yang disebabkan oleh atonia uteri, perluasan sayatan pada rahim, kesulitan dalam

pengeluaran plasenta, pembentukan hematoma pada ligamentum latum (ligamentum lebar), serta infeksi pada saluran genital, area sayatan, dan sistem kemih.(Sestu Iriami Mintaningtyas, 2023)

4. Risiko infeksi pada seksio sesarea

Pada Proses operasi seksio sesarea memiliki risiko infeksi yang tinggi karena melibatkan pembukaan jaringan tubuh, yang memudahkan mikroorganisme masuk ke dalam tubuh pasien. Infeksi terjadi akibat masuknya bakteri, virus, jamur, mikroplasma, atau protozoa ke dalam tubuh manusia. Tanda-tanda infeksi pasca operasi meliputi keluarnya nanah, peningkatan cairan dari luka, nyeri saat ditekan, kemerahan di sekitar luka, demam, serta peningkatan jumlah sel darah putih (Radiah dkk., 2021)

5. Faktor Risiko Infeksi

Factor risiko terjadinya infeksi menurut (Tim Pokja SDKI DPP PNI, 2017) Sebagai berikut :

- a. Efek prosedur invasive
- b. Peningkatan paparan organisme patogen lingkungan.
- c. Ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer: Kerusakan integritas kulit, ketuban pecah lama, ketuban pecah sebelum waktunya,
- d. Ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder: Penurunan hemoglobin, imununosupresi.

6. Faktor Predisposisi/Faktor Pencetus

Faktor-faktor yang berkontribusi pada peningkatan risiko infeksi pada pasien Menurut (Rita Elfianis S.P M.Sc, 2023) terdapat beberapa, yaitu:

a. Agen

Agen adalah faktor penyebab infeksi, berupa mikroorganisme yang masuk ke dalam tubuh. Infeksi dapat terjadi baik karena keberadaan mikroorganisme itu sendiri maupun akibat racun yang dihasilkannya.

b. Host (Inang)

Host adalah individu yang terinfeksi. Meskipun terdapat agen penyebab infeksi, infeksi tidak akan terjadi jika tidak ada inang yang rentan. Inang dapat berupa manusia atau hewan yang mendukung kelangsungan hidup dan perkembangan agen infeksi.

c. Lingkungan (Environment)

Lingkungan mencakup faktor-faktor di sekitar agen dan inang, meliputi suhu, kelembaban, cahaya matahari, serta ketersediaan oksigen. Beberapa jenis mikroorganisme hanya dapat bertahan hidup atau menyebabkan infeksi dalam kondisi lingkungan tertentu

7. Dampak risiko infeksi

Dampak yang dapat terjadi jika ibu setelah persalinan seksio sesarea berisiko mengalami infeksi pada luka seksio sesarea jika tidak segera mendapatkan penanganan, hal ini dapat menyebabkan kerusakan pada jaringan epidermis serta dermis. Selain itu, infeksi yang tidak ditangani dengan cepat juga berisiko menimbulkan gangguan pada sistem persarafan serta kerusakan pada jaringan seluler (Setiawati dkk., 2023).

8. Tanda dan gejala

Tanda dan Gejala yang lazim terjadi, pada risiko infeksi menurut (healthtrip, 2023) adalah sebagai berikut :

a. Demam

Salah satu tanda awal infeksi yang paling umum adalah kenaikan suhu tubuh $\geq 38^{\circ}\text{C}$ yang muncul lebih dari 24 jam setelah operasi. Demam menunjukkan adanya respons tubuh terhadap infeksi yang mungkin berasal dari luka operasi, rahim, atau saluran kemih.

b. Luka Operasi Mengalami Perubahan

Perubahan pada area bekas sayatan dapat terlihat dalam bentuk:

- 1) Kemerahan di sekitar luka
- 2) Bengkak atau pembengkakan jaringan sekitar luka
- 3) Nyeri tekan yang meningkat saat disentuh
- 4) Rasa panas di sekitar area insisi
- 5) Keluarnya cairan tidak normal dari luka (berwarna kuning, hijau, atau disertai bau tidak sedap)

Gejala ini menunjukkan kemungkinan adanya infeksi lokal di area insisi atau bahkan abses jika tidak segera ditangani.

c. Tanda-Tanda Sistemik

Selain demam, ibu juga bisa mengalami:

- 1) Malaise, yaitu rasa tidak enak badan secara umum
- 2) Menggigil
- 3) Lemas berlebihan
- 4) Penurunan nafsu makan

5) Sakit kepala

Ini semua merupakan respon tubuh terhadap infeksi yang sudah mulai menyebar secara sistemik.

d. Nyeri Perut Bagian Bawah

Jika infeksi terjadi di dalam rahim (misalnya endometritis), ibu akan merasakan nyeri terus-menerus pada perut bagian bawah, terutama jika disertai dengan keputihan abnormal atau perdarahan dari jalan lahir.

e. Keputihan Abnormal dan Bau Tak Sedap

Infeksi pada organ reproduksi atau jalan lahir dapat menyebabkan keputihan yang:

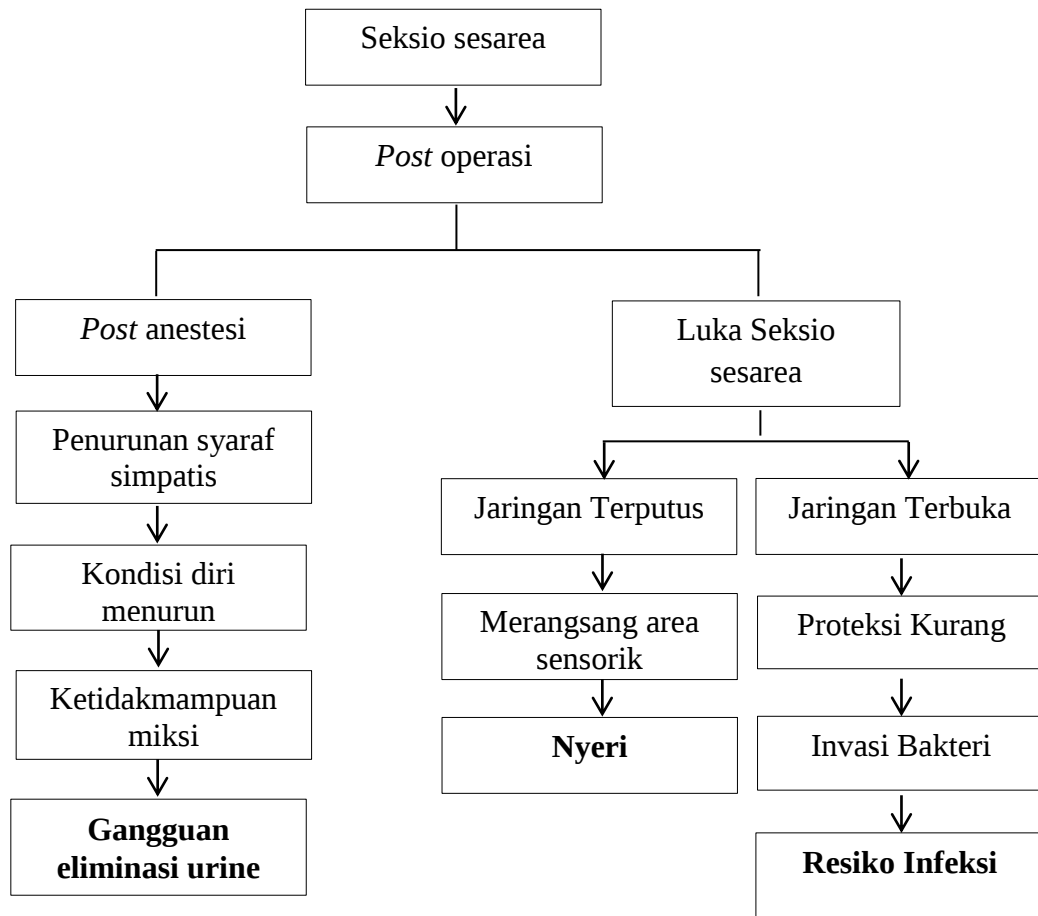
- 1) Berwarna kuning atau kehijauan
- 2) Berbau menyengat
- 3) Disertai nyeri atau gatal

f. Gangguan Buang Air Kecil

Jika terjadi infeksi saluran kemih, ibu bisa mengalami:

- 1) Nyeri saat buang air kecil
- 2) Frekuensi berkemih meningkat
- 3) Urine keruh atau berbau tajam

B. Problem tree



Gambar 1 *Problem tree* pada pasien dengan risiko infeksi akibat seksio sesarea

C. Asuhan keperawatan pada pasien risiko infeksi

1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian merupakan merupakan proses sistematis dalam mengumpulkan informasi guna mengevaluasi kondisi kesehatan dan fungsi pasien, baik yang sedang berlangsung maupun yang telah terjadi di masa lalu, serta untuk mengidentifikasi pola respons pasien dari waktu ke waktu. Pengkajian keperawatan menjadi tahap fundamental dalam seluruh proses keperawatan, dengan tujuan memperoleh informasi dan data pasien. Proses ini bertujuan untuk mengidentifikasi berbagai permasalahan, kebutuhan kesehatan, serta aspek

keperawatan pasien, mencakup kondisi fisik, mental, sosial, dan lingkungan(Hadinata, Dian, 2021).

1) Identitas Pasien

Identitas biasanya meliputi dari nama, usia, asal, suku bangsa, agama, pendidikan terakhir, pekerjaan, alamat, status perkawinan mulai dari usia perkawinan hingga jumlah perkawinan.

2) Status kesehatan saat ini

a) Keluhan Utama

Pada pasien *pasca* operasi seksio sesarea, keluhan utama yang biasanya muncul antara lain berupa demam, nyeri, kemerahan, bengkak, keluarnya nanah atau cairan lainnya dari luka dan bau tidak sedap pada area luka Seksio sesarea.

b) Riwayat persalinan sekarang

Pada pasien seksio sesarea kaji riwayat persalinan yang dialami sekarang.

c) Riwayat persalinan dahulu

Biasanya pada ibu seksio sesarea apabila telah mengalami persalinan pertama Seksio sesarea memiliki riwayat risiko infeksi luka operasi (Septiana & Sapitri, 2023).

3) Riwayat obstetri

a) Riwayat menstruasi

Pada ibu, hal-hal yang perlu ditanyakan meliputi usia menarche, pola siklus haid, durasi haid, adanya keluhan selama haid, serta tanggal hari pertama haid terakhir.

b) Riwayat perkawinan

Hal-hal yang perlu ditanyakan meliputi usia pernikahan, urutan pernikahan, dan usia saat pertama kali menikah.

c) Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas

Untuk memperoleh informasi mengenai kehamilan, persalinan, dan nifas, penting untuk mengetahui HPHT guna menentukan tafsiran partus (TP), jumlah pemeriksaan yang dilakukan selama kehamilan, status imunisasi TT, usia kehamilan saat persalinan, berat badan bayi saat lahir, jenis kelamin bayi, serta kondisi bayi saat lahir.

d) Riwayat penggunaan alat kontrasepsi

Tanyakan apakah ibu pernah menggunakan alat kontrasepsi, jenis alat kontrasepsi yang pernah digunakan, apakah ada keluhan selama menggunakan alat kontrasepsi, dan sejauh mana pengetahuannya tentang alat kontrasepsi.

4) Pola kebutuhan sehari-hari

a) Bernafas: Pada pasien seksio sesarea, tidak ada kesulitan dalam proses menarik maupun menghembuskan napas.

b) Makan dan minum: Pada pasien seksio sesarea, perlu ditanyakan jumlah kali makan sehari dan jumlah cairan yang diminum dalam sehari.

c) Eliminasi: Pada pasien seksio sesarea, pasien belum melakukan buang air besar (BAB), sedangkan buang air kecil (BAK) dilakukan dengan menggunakan kateter dower yang terhubung ke urine bag.

d) Istirahat dan tidur: Pasien seksio sesarea mengalami gangguan pola tidur dan istirahat karena adanya nyeri pasca pembedahan.

- e) Gerak dan aktivitas: Gangguan gerak dan aktivitas pada pasien seksio sesarea terjadi karena pengaruh anestesi yang masih ada setelah pembedahan.
- f) Kebersihan diri: Pasien seksio sesarea membutuhkan bantuan perawat dalam menjaga kebersihan diri karena pasien belum dapat melakukannya secara mandiri.
- g) Berpakaian: Pasien seksio sesarea biasanya mengganti pakaian dengan bantuan perawat.
- h) Rasa nyaman: Pasien seksio sesarea sering merasakan ketidaknyamanan setelah melahirkan.
- i) Konsep diri: Sebagai ibu seksio sesarea, pasien dapat merasa senang atau cemas dengan kehadiran anaknya dan berusaha merawatnya dengan baik.
- j) Sosial: Pasien seksio sesarea lebih banyak berinteraksi dengan perawat, dan ketergantungan ibu terhadap orang lain cenderung meningkat.
- k) Belajar: Kaji pengetahuan ibu mengenai perawatan pasca persalinan, khususnya untuk ibu Seksio sesarea, mencakup perawatan luka, perawatan payudara, kebersihan vulva, cara cebok yang benar, asupan nutrisi, kontrasepsi, seksualitas, serta hal-hal yang perlu diperhatikan setelah pembedahan. Selain itu, penting untuk menanyakan pengetahuan ibu tentang perawatan bayi, seperti cara memandikan bayi, merawat tali pusat, dan cara menyusui yang benar.

5) Data fokus pengkajian

Menurut Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia, dalam pengkajian ibu Seksio sesarea dengan risiko infeksi data fokus yang dikaji adalah mengkaji faktor penyebab mengapa pasien berisiko terjadi infeksi.

Faktor yang dapat menyebabkan risiko infeksi menurut (Tim Pokja SDKI DPP PNI, 2017), adalah sebagai berikut :

- a) Efek prosedur invasive
- b) Peningkatan paparan organisme patogen lingkungan.
- c) Ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer: Kerusakan integritas kulit, ketuban pecah lama, ketuban pecah sebelum waktunya,
- d) Ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder
- 6) Pemeriksaan fisik
 - a) Keadaan umum ibu, suhu, tekanan darah, respirasi, nadi, berat badan, tinggi badan, keadaan kulit.
 - b) Pemeriksaan kepala wajah: Konjuntiva dan sklera mata normal atau tidak.
 - c) Pemeriksaan leher: Ada tidaknya pembesaran kelenjar tiroid.
 - d) Pemeriksaan thorax: Ada tidaknya ronchi atau wheezing, bunyi jantung.
 - e) Pemeriksaan buah dada: Bentuk simetris atau tidak, kebersihan, pengeluaran (colostrum, ASI atau nanah), keadaan putting, ada tidaknya tanda dimpling/retraksi.
 - f) Pemeriksaan abdomen: Tinggi fundus uteri, bising usus, kontraksi, terdapat luka dan tanda-tanda infeksi disekitar luka operasi.
 - g) Pemeriksaan ekstremitas atas: ada tidaknya oedema, suhu akral, ekstremitas bawah: ada tidaknya oedema, suhu akral, simetris atau tidak, pemeriksaan refleks.
 - h) Genetalia: Menggunakan dower kateter.
 - i) Data penunjang: Pemeriksaan darah lengkap meliputi pemeriksaan hemoglobin keperawatan merupakan landasan utama dalam menyusun

rencana tindakan asuhan keperawatan. Diagnosa ini memiliki keterkaitan dengan diagnosis medis, karena proses pengumpulan data saat pengkajian keperawatan mengacu pada kondisi penyakit yang tercantum dalam diagnosis medis. Ketika perawat menetapkan diagnosa keperawatan, dokter akan menentukan diagnosis medis.(PPNI, 2023)

2. Diagnosis keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan landasan utama dalam menyusun rencana tindakan asuhan keperawatan. Diagnosa ini memiliki keterkaitan dengan diagnosis medis, karena proses pengumpulan data saat pengkajian keperawatan mengacu pada kondisi penyakit yang tercantum dalam diagnosis medis. Ketika perawat menetapkan diagnosa keperawatan, dokter akan menentukan diagnosis medis (PPNI, 2023) .

Diagnosa keperawatan merupakan penilaian klinis mengenai suatu respon pasien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Tujuan diagnosa keperawatan adalah untuk mengidentifikasi respon pasien, individu, keluarga, komunitas, terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (Tim Pokja SDKI DPP PNI, 2017)

1) Masalah Keperawatan

Risiko Infeksi : Berisiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik

a) Faktor risiko

(1) Efek prosedur invasive

(2) Ketidak adekuatan pertahanan tubuh primer: ketuban pecah sebelum waktunya

(3) Ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder: penurunan hemoglobin

b) Kondisi klinis terkait

(1) Tindakan invasive

(2) Ketuban pecah sebelum waktunya

(3) Peningkatan leukosit.

3. Analisa Data Keperawatan

Tabel 1 Analisa data Keperawatan pada pasien dengan risiko infeksi akibat seksio sesarea 2025

Data fokus	Analisa data	Masalah keperawatan
DS :	Seksio sesarea	Resiko infeksi (D.0142)
1) Pasien mengatakan luka Seksio sesarea terasa nyeri dengan skala nyeri 2 ringan	↓ Luka Seksio sesarea	
2) Pasien mengatakan tidak mengetahui cara merawat luka seksio sesarea	↓ Jaringan terbuka	
1) Pasien tampak terlihat lemah	↓ Proteksi kurang	
2) Keadaan luka seksio sesarea tidak tampak karena terbalut	↓ Invasi bakteri	
	↓ Resiko Infeksi (D.0142)	

1) Rumusan diagnosis keperawatan

Diagnosis keperawatan yang diangkat dalam penelitian studi kasus ini adalah Risiko Infeksi (D.0142) dibuktikan dengan luka operasi seksio sesarea (Tim Pokja SDKI DPP PNI, 2017).

4. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah segala pengobatan yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (outcome) yang diharapkan (Tim Pokja SIKI DPP PNI, 2018)

Tabel 2 Intervensi Keperawatan pada pasien dengan risiko infeksi akibat seksio sesarea 2025

Diagnosis keperawatan (SDKI)	Tujuan dan kriteria hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)
(1)	(2)	(3)
Risiko Infeksi dibuktikan dengan luka operasi seksio sesarea.	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 5 x 24 jam maka tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil : a. Kebersihan tangan meningkat b. Kebersihan badan Meningkat c. Nafsu makan Meningkat d. Kemerahan Menurun e. Nyeri menurun f. Bengkak menurun g. Cairan berbau busuk menurun	Intervensi utama (I.12406) A. Pencegahan infeksi Observasi a. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik Terapeutik a. Batasi jumlah pengunjung b. Berikan perawatan kulit pada area edema c. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien d. Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi Edukasi a. Jelaskan tanda dan gejala infeksi b. Ajarkan cara cuci tangan dengan benar c. Ajarkan memeriksa kondisi luka dan luka perasi d. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi e. Anjurkan meningkatkan asupan cairan Intervensi pendukung a. Perawatan Luka (I.14564) Observasi a. Memonitor karakteristik luka (mis.drainase,warna,ukuran,bau b. Memonitor tanda – tanda infeksi Terapeutik a. Lepaskan balutan dan plester secara perlahan b. Cukur rambut di sekitar daerah luka, <i>jika perlu</i> c. Bersihkan dengan cairan NaCl

-
- atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan
 - d. Bersihkan jaringan nekrotik
 - e. Berikan salep yang sesuai ke kulit/lesi, *jika perlu*
 - f. Pasang balutan sesuai jenis luka
 - g. Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka
 - h. Ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase
 - i. Jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien
 - j. Berikan diet dengan kalori 30-35 kkal/kgBB/hari dan protein 1,25-1,5 g/kgBB/hari
 - k. Berikan suplemen vitamin dan mineral (mis. vitamin A, vitamin C, Zinc, asam amino), sesuai indikasi
 - l. Berikan terapi TENS (stimulasi saraf transkutaneous), *jika perlu*
- Edukasi
- a. Jelaskan tanda dan gejala infeksi
 - b. Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein
 - c. Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri
- Kolaborasi
- a. Kolaborasi prosedur debridement (mis.enzimatik,bilogis,mekanis,a utolitik),*jika perlu*
 - b. Kolaborasi pemberian antibiotik,*jika perlu*
-

Sumber : (Tim Pokja SIKI DPP PNI, 2018)

5. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan serangkaian tindakan yang dilakukan oleh perawat untuk mendukung klien dalam mengatasi masalah kesehatan yang dialami, sehingga dapat mencapai keadaan kesehatan yang optimal. optimal sesuai dengan hasil yang diharapkan. Intervensi keperawatan mencakup pemberian bantuan dalam, pengobatan, tindakan yang dilakukan untuk

memperbaiki kondisi kesehatan, edukasi kepada klien dan keluarganya, serta upaya pencegahan terhadap potensi masalah kesehatan di masa depan. Pelaksanaan implementasi ini harus berorientasi kebutuhan pasien, dengan mempertimbangkan berbagai faktor yang mempengaruhi perawatan, serta didukung oleh strategi pelaksanaan yang efisien dan komunikasi yang efektif (Safitri, 2019).

6. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan proses untuk menilai perubahan kondisi pasien dengan membandingkan hasil yang diamati dengan tujuan dan kriteria yang telah ditentukan dalam rencana perawatan. Proses ini berfokus pada penilaian, tahapan yang dilalui, serta perbaikan yang diperlukan. Selama evaluasi, perawat menilai respons pasien terhadap intervensi yang diberikan untuk mengetahui apakah tujuan perawatan telah tercapai atau perlu penyesuaian lebih lanjut (Hadinata, Dian, 2021).

Evaluasi asuhan keperawatan bertujuan untuk memastikan bahwa pasien menerima layanan yang optimal, baik dari segi efektivitas maupun efisiensi, sehingga dapat memenuhi kebutuhannya dengan lebih baik. Dengan demikian, kepuasan pasien meningkat, begitu pula status kesehatannya. Efektivitas dan efisiensi dalam asuhan keperawatan mengacu pada pemberian layanan yang sesuai dengan kebutuhan pasien, kemampuannya, serta sumber daya yang tersedia. Selain itu, evaluasi juga bertujuan untuk mengukur sejauh mana pencapaian tujuan yang telah ditentukan..

Kriteria evaluasi untuk masalah risiko infeksi adalah tingkat infeksi menurun (L.14137) dengan kriteria hasil: kebersihan badan meningkat,

kemerahan menurun, nyeri menurun, kultur area luka membaik (Tim Pokja SLKI DPP PNI, 2022).

a. S : Subjektif

Pernyataan mengenai perasaan atau keluhan yang disampaikan oleh pasien atau keluarganya secara subjektif setelah mendapatkan perawatan.

b. O : Objektif

Hasil observasi tenaga kesehatan terhadap reaksi pasien selama dan setelah perawatan dilakukan.

c. A : Assessment

Analisis tenaga kesehatan yang membandingkan respons subjektif dan objektif pasien dengan tujuan serta kriteria hasil dalam rencana perawatan.

d. P : Planning

Rencana tindak lanjut yang dirumuskan berdasarkan hasil analisis sebelumnya, dengan evaluasi yang disesuaikan dengan masalah yang dihadapi pasien.