

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Prosedur Perawatan Luka Pada Ibu Post *Sectio Caesarea* Untuk Mencegah Risiko Infeksi**

##### **1. Definisi *sectio caesarea***

*Sectio caesarea* adalah suatu pembedahan yang dilakukan untuk melahirkan janin dengan membuka dinding perut serta dinding uterus untuk melahirkan janin dari dalam rahim (Padila, 2015).

*Sectio caesarea* yaitu suatu persalinan yang dibuat dimana janin yang dilahirkan dengan cara melalui suatu insisi pada dinding perut dan dinding rahim serta berat janin diatas 500 gram (Jitowiyono & Kristiyanasari, 2012).

##### **2. Definisi luka operasi**

Luka yang sering terjadi diarea kebidanan yaitu, luka episiotomi, luka bedah *sectio caesarea*, luka bedah abdomen karena kasus ginekologi, atau luka akibat komplikasi proses persalinan (Maryunani, 2014). Luka merupakan suatu keadaan yang mengakibatkan terputusnya kontinuitas jaringan. Penyebabnya bisa karena trauma, operasi, ischemia, dan tekanan (Ekaputra, 2013).

Luka adalah suatu keadaan dimana terputusnya kontinuitas jaringan tubuh yang dapat menyebabkan terganggunya fungsi tubuh dan mengakibatkan terganggunya aktivitas sehari – hari (Damayanti, Pitriani, & Ardhiyanti, 2015).

Luka Operasi yaitu luka akut yang dibuat oleh ahli bedah yang bertujuan untuk terapi atau rekonstruksi (Murtutik & Marjiyanto, 2013).

### **3. Definisi perawatan luka operasi post *sectio caesarea***

Perawatan luka pada pasien diawali dengan pembersihan luka selanjutnya tindakan yang dilakukan untuk merawat luka dan melakukan pembalutan yang bertujuan untuk mencegah infeksi silang serta mempercepat proses penyembuhan luka (Lusianah, Indaryani, & Suratun, 2012).

Perawatan pasca operasi adalah perawatan yang dilakukan untuk meningkatkan proses penyembuhan luka dan mengurangi rasa nyeri dengan cara merawat luka serta memperbaiki asupan makanan tinggi protein dan vitamin (Riyadi & Harmoko, 2012).

Perawatan luka post *sectio caesarea* menurut buku standar prosedur operasional tindakan keperawatan Politeknik Kesehatan Denpasar, (2013) yaitu dalam melakukan prosedur kerja dalam pemberian perawatan luka operasi post *section caesarea* dapat dibagi menjadi tiga tahap yaitu :

#### **a. Pra interaksi**

Dimana dalam tahap ini yang dilakukan adalah mengkaji kebutuhan ibu dalam perawatan luka operasi sc serta menyiapkan alat-alat perawatan.

#### **b. Interaksi**

Tahap interaksi ini dapat dibagi menjadi tiga tahap diantaranya :

##### **1) Tahap orientasi**

Pada tahap orientasi yang dilakukan yaitu mengucapkan salam, memperkenalkan diri perawat serta menyampaikan maksud dan tujuan dilakukannya perawatan luka.

## 2) Tahap kerja

Tindakan yang dilakukan pada tahap ini adalah mulai dari mencuci tangan, menggunakan alat pelindung diri (APD), membersihkan luka operasi dengan NaCl, sampai dengan tindakan terakhir yaitu merapikan pasien.

## 3) Tahap terminasi

Tahap terminasi merupakan fase dimana perawat mengakhiri tindakan, yang dilakukan perawat pada saat ini adalah mengevaluasi perasaan ibu serta membuat kontrak pertemuan selanjutnya.

## c. Post interaksi

Pada tahap ini yang dilakukan yaitu membersihkan alat-alat, mencuci tangan serta mendokumentasikan tindakan yang sudah dilakukan (Maternitas, 2013). Prosedur perawatan luka operasi post *section caesarea* secara lengkap terlampir di lampiran 3.

## **4. Tujuan perawatan luka post *sectio caesarea***

Tujuan dari perawatan luka menurut Maryunani, (2013) yaitu :

- a. Mencegah dan melindungi luka dari infeksi.
- b. Menyerap eksudat.
- c. Melindungi luka dari trauma.
- d. Mencegah cedera jaringan yang lebih lanjut.
- e. Meningkatkan penyembuhan luka dan memperoleh rasa nyaman.

## **5. Komplikasi proses penyembuhan luka post *sectio caesarea***

Proses penyembuhan luka yang tidak berjalan baik karna berbagai faktor penghambat akan menyebabkan suatu komplikasi, faktor yang bisa menjadi

penghambat suatu proses penyembuhan luka menurut (Damayanti et al., 2015) yaitu :

a. Vaskularisasi

Vaskularisasi dapat memengaruhi penyembuhan luka karena luka membutuhkan keadaan peredaran darah yang baik untuk pertumbuhan /perbaikan sel.

b. Anemia

Anemia dapat memperlambat suatu proses penyembuhan luka mengingat perbaikan sel membutuhkan kadar protekin yang cukup. Oleh sebab itu seseorang yang mengalami kekurangan kadar hemoglobin dalam darah akan mengalami suatu proses penyembuhan luka yang lama.

c. Usia

Kecepatan perbaikan sel berlangsung sejalan dengan pertumbuhan dan kematangan usia seseorang, proses penuaan dapat menurunkan sistem perbaikan sel sehingga dapat memperlambat proses penyembuhan luka *sectio caesarea*.

d. Penyakit lain

Penyakit dapat mempengaruhi proses penyembuhan luka, adanya suatu penyakit seperti diabetes mellitus dan ginjal dapat memperlambat proses penyembuhan luka.

e. Nutrisi

Nutrisi merupakan suatu unsur utama dalam membantu perbaikan suatu sel. Terutama karena kandungan zat gizi yang terdapat didalamnya, seperti vitamin A diperlukan untuk membantu proses apitelisasi atau penutupan luka serta sintesis kolagen, vitamin B kompleks merupakan sebagai kofaktor pada sistem enzim yang

mengandung metabolisme protein, karbohidrat, dan lemak. Vitamin C dapat berfungsi sebagai fibroblast serta dapat mencegah adanya suatu infeksi pada luka serta dapat membentuk kapiler-kapiler, dan vitamin K yang dapat membantu sistensis protombin serta berfungsi sebagai zat pembekuan darah.

f. Kegemukan, obat-obatan, merokok, dan stress, dapat mempengaruhi proses penyembuhan luka. Orang yang terlalu gemuk serta banyak mengonsumsi obat-obatan, merokok, atau stres akan mengalami proses penyembuhan luka yang lebih lama.

Komplikasi umum yang terjadi dalam penyembuhan luka Menurut (Sukma Wijaya, 2018) yaitu :

a Infeksi

Invasi bakteri dapat terjadi saat trauma saat pembedahan atau terjadi setelah pembedahan, gejala infeksi sering muncul sekitar dalam 2-7 hari setelah pembedahan. Gejala dari infeksi berupa kemerahan, nyeri, bengkak di sekeliling luka, peningkatan suhu, dan peningkatan sel darah putih. Suatu cairan luka atau eksudat yang banyak serta berbau dan berjenis purulen menandakan terjadinya suatu infeksi, infeksi yang tidak terkontrol serta tidak segera ditangani maka akan menyebabkan osteomyelitis, bakteremia, dan sepsis.

b Pendarahan (*Hemoragik*)

Pendarahan terjadi paling sering jika kondisi pasien lemah serta adanya penyakit penyerta oleh pasien seperti kelainan darah atau bisa karena malnutrisi seperti kekurangan vitamin K.

c Dehisen (*Dehiscense*)

Dehiscense yaitu terpisahnya lapisan kulit serta jaringan atau tepi luka tidak menyatu dengan tepi luka yang lain, komplikasi ini dapat terjadi pada hari ke 3 sampai dengan hari ke 11 setelah cendera.

d Eviserasi

Organ bagian dalam (viseral) dapat keluar dari permukaan luka yang terbuka ini disebut sebagai eviserasi.

**6. Risiko infeksi pada post *sectio caesarea***

Risiko infeksi merupakan berisiko mengalami suatu peningkatan terserang organisme patogenik yang dapat mengganggu kesehatan. Sedangkan Infeksi adalah invasi tubuh patogen atau mikroorganisme yang mampu menyebabkan sakit, suatu penyakit timbul jika patogen berkembang biak serta menyebabkan suatu perubahan pada jaringan normal (Potter & Perry, 2005).

**7. Faktor risiko infeksi post *sectio caesarea***

Faktor terjadinya risiko infeksi menurut Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia, (2016) yaitu sebagai berikut :

- a. Efek prosedur invasive.
- b. Peningkatan paparan organisme patogen lingkungan.
- c. Ketidak adekuatan pertahanan tubuh primer :

Kerusakan integritas kulit, ketuban pecah lama, ketuban pecah sebelum waktunya.

- d. Ketidak adekuatan pertahanan tubuh sekunder :

Penurunan hemoglobin, imununosupresi, supresi respon inflamasi.

## **8. Penyebab infeksi luka post *sectio caesarea***

Hasil pemeriksaan mikrobiologi dari hasil penelitian Wardoyo et al., (2014) penyebab infeksi luka operasi post *sectio caesarea* paling sering ditemukan yaitu disebabkan oleh bakteri E.coli. Menurut (Potter & Perry, 2005) infeksi luka operasi dapat disebabkan oleh beberapa faktor pencetus seperti agent merupakan penyebab infeksi seperti mikroorganisme yang masuk, serta host merupakan seseorang yang terinfeksi, dan Environment merupakan lingkungan di sekitar agent dan host seperti suhu, kelembaban, oksigen, sinar matahari, dan lainnya. Selisih waktu antara operasi dengan terjadinya ILO (infeksi luka operasi) rata-rata terjadi 3-11 hari.

## **9. Tanda dan gejala infeksi luka post *sectio caesarea***

Tanda gejala infeksi luka operasi menurut (Muttaqien et al., 2014) yaitu :

- a. Terdapat nyeri dan pus disekitar luka *sectio caesarea*.
- b. Terdapat kemerahan dan bengkak di sekeliling luka *sectio caesarea*.
- c. Terdapatnya peningkatan suhu tubuh.
- d. Terjadinya peningkatan sel darah putih.

Tanda dan gejala yang terjadi pada infeksi luka menurut (Smeltzer, 2002) yaitu :

### **a Rubor**

Rubor atau kemerahan yaitu hal pertama yang terlihat ketika mengalami peradangan, saat reaksi peradangan timbul terjadi pelebaran arteriola yang mensuplai darah ke tempat peradangan. Sehingga darah lebih banyak mengalir ke mikrosirkulasi lokal serta kapiler meregang dengan cepat terisi penuh dengan darah. Keadaan yang seperti ini disebut hyperemia yang menyebabkan warna merah lokal karena peradangan akut.

b Kalor

Kalor ini terjadinya bersamaan dengan kemerahan dari reaksi peradangan akut, kalor disebabkan oleh sirkulasi darah yang meningkat. Sebab darah yang memiliki suhu 37 derajat celcius akan disalurkan ke permukaan tubuh yang mengalami radang lebih banyak dari pada ke daerah yang normal.

c Dolor

Pengeluaran zat seperti histamin atau bioaktif dapat merangsang suatu saraf. Rasa sakit pula disebabkan oleh suatu tekanan meninggi akibat pembengkakan jaringan yang meradang.

d Tumor

Pembengkakan disebabkan oleh hiperemi dan juga sebagian besar ditimbulkan oleh pengiriman cairan serta sel-sel dari sirkulasi darah ke jaringan-jaringa interstitial.

e Functio Laesa

Function laesa merupakan reaksi dari suatu peradangan, tetapi secara mendalam belum diketahui mekanisme terganggunya fungsi jaringan yang meradang.

## **10. Dampak infeksi luka post *sectio caesarea***

Dampak jika ibu nifas mengalami suatu infeksi luka post *sectio caesarea* dan jika tidak segera ditangani dengan cepat akan mengakibatkan terjadinya kerusakan pada jaringan epidermis maupun dermis serta gangguan sistem persyarafan, dan kerusakan jaringan seluler (Hasanah & Wardayanti, 2015).

## **B. Konsep Asuhan Keperawatan Pada Pasien Post *Sectio Caesarea* Dengan Risiko Infeksi**

### **1. Pengkajian**

Pengkajian merupakan tahap awal dari proses keperawatan, serta data yang dikumpulkan secara sistematis yang digunakan untuk menentukan status kesehatan pasien saat ini. Pengkajian harus dilaksanakan secara komprehensif terkait dengan aspek biologis, psikologis, sosial dan spiritual (Kozier et al, 2011). Pengkajian keperawatan pada ibu post *sectio caesarea* menurut (Jitowiyono & Kristiyanasari, 2012) yaitu :

#### a. Identitas pasien

Meliputi nama, umur, pendidikan, suku bangsa, pekerjaan, agama, alamat, status perkawinan, ruang rawat, nomor medical record, diagnosa medik.

#### b. Keluhan utama.

Pada pasien post *sectio caesarea* keluhan utama yang timbul yaitu nyeri pada luka post operasi.

#### c. Riwayat persalinan sekarang

Pada pasien post *sectio caesarea* kaji riwayat persalinan yang dialami sekarang.

#### d. Riwayat menstruasi

Pada ibu, yang perlu ditanyakan adalah umur menarche, siklus haid, lama haid, apakah ada keluhan saat haid, hari pertama haid yang terakhir.

#### e. Riwayat perkawinan

Yang perlu ditanyakan yaitu usia perkawinan, usia pertama kali kawin.

f. Riwayan kehamilan, persalinan dan nifas

Untuk mendapatkan data kehamilan, persalinan dan nifas yang perlu diketahui yaitu HPHT untuk menentukan tafsiran partus (TP), berapa kali periksa saat hamil, apakah sudah imunisasi TT, umur kehamilan saat persalinan, berat bada anak saat lahir, jenis kelamin, keadaan anak saat lahir.

g. Riwayat penggunaan alat kontrasepsi

Tanyakan pada ibu apakah menggunakan alat kontrasepsi, alat kontrasepsi yang pernah digunakan, adakah keluhan saat menggunakan saat menggunakan alat kontrasepsi, pengetahuan tentang alat kontrasepsi.

h. Pola kebutuhan sehari-hari

- 1) Bernafas, pada pasien dengan post *sectio caesarea* tidak terjadi kesulitan dalam menarik nafas maupun saat menghembuskan nafas.
- 2) Makan dan minum, pada pasien post *sectio caesarea* tanyakan berapa kali makan sehari dan berapa banyak minum dalam satu hari.
- 3) Eliminasi, pada pasien post *sectio caesarea* pasien belum melakukan BAB, sedangkan BAK menggunakan dower kateter yang tertampung di urine bag.
- 4) Istirahat dan tidur, pada pasien post *section caesarea* terjadinya gangguan pada pola istirahat tidur, dikarenakan adanya nyeri pasca pembedahan.
- 5) Gerakan dan aktifitas, pada pasien post *sectio caesarea* terjadinya gangguan gerakan dan aktifitas oleh karena pengaruh anastesi pasca pembedahan.
- 6) Kebersihan diri, pada pasien post *sectio caesarea* kebersihan diri dibantu oleh perawat dikarenakan pasien belum bisa melakukannya secara mandiri.
- 7) Berpakaian, pada pasien post *sectio caesarea* biasanya mengganti pakaian dibantu oleh perawat.

- 8) Rasa nyaman, pada pasien post *section caesarea* akan mengalami ketidaknyamanan yang dirasakan pasca melahirkan.
- 9) Konsep diri, pada pasien post *sectio caesarea* seorang ibu, merasa senang atau minder dengan kehadiran anaknya, ibu akan berusaha merawat anaknya.
- 10) Sosial, pada ibu *sectio caesarea* lebih banyak berinteraksi dengan perawat dan tingkat ketergantungan ibu terhadap orang lain akan meningkat.
- 11) Belajar, kaji tingkat pengetahuan ibu tentang perawatan post partum terutama untuk ibu dengan *sectio caesarea* meliputi perawatan luka operasi, perawatan panyudara, kebersihan vulva atau cara cebok yang benar, nutrisi, KB, seksual, serta hal-hal yang yang perlu diperhatikan pasca pembedahan. Disamping itu juga perlu ditanyakan tentang perawatan bayi seperti, memandikan bayi, merawat tali pusat dan cara meneteki yang benar.
- 12) Data spiritual
  - Kaji kepercayaan ibu terhadap tuhan.
  - i. Data fokus pengkajian pada risiko infeksi
 

Dalam pengkajian ibu post *sectio caesarea* dengan risiko infeksi data fokus yang dikaji yaitu mengkaji faktor penyebab mengapa pasien berisiko terjadinya suatu infeksi. Menurut Tim Pokja SDKI (2016), faktor yang dapat menyebabkan risiko infeksi adalah :

    - 1) Efek prosedur invasive.
    - 2) Peningkatan paparan organisme patogen lingkungan.
    - 3) Ketidak adekuatan pertahanan tubuh primer :
 

Kerusakan integritas kulit, ketuban lama, ketuban pecah sebelum waktunya.
    - 4) Ketidak adekuatan pertahanan tubuh sekunder :

Penurunan hemoglobin, imununosupresi, supresi respon inflamasi.

j. Pemeriksaan fisik

- 1) Keadaan umum ibu, suhu, tekanan darah, respirasi, nadi, tinggi badan, berat badan, keadaan kulit.
- 2) Pemeriksaan kepala wajah : Konjuntiva dan sclera mata normal atau tidak.
- 3) Pemeriksaan leher : Ada tidaknya pembesaran kelenjar tiroid.
- 4) Pemeriksaan thorax : Ada tidaknya suara ronchi atau wheezing, bunyi jantung.
- 5) Pemeriksaan buah dada : Bentuk simetris atau tidak, kebersihan, pengeluaran (colostrum, ASI atau nanah), keadaan puting, ada tidaknya tanda dimpling/retraksi.
- 6) Pemeriksaan abdomen : Tinggi fundus uteri, bising usus kontraksi, terdapat luka dan tanda- tanda infeksi disekitar luka operasi.
- 7) Pemeriksaan ekstremitas atas : Ada tidaknya oedema, suhu akral, ekstremitas bawah : Ada tidaknya oedema, suhu akral, simetris atau tidak, pemeriksaan refleks.
- 8) Genetalia : Menggunakan dower kateter.
- 9) Data penunjang  
Pemeriksaan darah lengkap seperti pemeriksaan hemoglobin (Hb), Hematokrit (HCT), dan sel darah putih (WBC).

## **2. Diagnosa keperawatan**

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 PPNI, 2016).

Tabel 1  
Diagnosa Keperawatan Risiko Infeksi pada ibu post *sectio caesarea*

<b>Masalah Keperawatan</b>	<b>Faktor risiko</b>	<b>Kondisi klinis terkait</b>
<b>Risiko Infeksi</b> Definisi : Berisiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik.	1. Efek prosedur invasive 2. Ketidak adekuatan pertahanan tubuh primer : ketuban pecah sebelum waktunya 3. Ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder: penurunan hemoglobin	1. Tindakan invasive 2. Ketuban pecah sebelum waktunya 3. Peningkatan leukosit.

Sumber : (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016)

### 3. Perencanaan

Perencanaan adalah langkah berikutnya dalam proses keperawatan. Perawat menetapkan tujuan dan kriteria/hasil yang diharapkan bagi klien dan merencanakan intervensi keperawatan. Dari pernyataan tersebut diketahui bahwa membuat perencanaan perlu mempertimbangkan tujuan, kriteria yang diperkirakan/diharapkan, dan intervensi keperawatan (Andarmoyo, 2013). Rencana asuhan keperawatan disusun berdasarkan hasil perumusan diagnosa yang telah ditentukan, yaitu dengan menggunakan penerapan Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) dan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI). Berikut ini merupakan perencanaan keperawatan untuk pasien dengan masalah keperawatan risiko infeksi.

Tabel 2  
Intervensi Untuk Pasien Dengan Masalah Keperawatan Risiko Infeksi

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
(1)	(2)	(3)
<p><b>Risiko Infeksi</b> Definisi : Berisiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik.</p>	<p style="text-align: center;"><b>SLKI</b></p> <p>Setelah diberikan asuhan keperawatan selama ....x.... jam diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tidak adanya demam.</li> <li>2. Tidak terdapat nyeri pada luka operasi</li> <li>3. Tidak ada bengkak pada luka operasi sc</li> <li>4. Tidak terdapat cairan berbau busuk pada luka sc</li> <li>5. Kadar sel darah putih dalam batas normal.</li> </ol>	<p style="text-align: center;"><b>SIKI</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pencegahan infeksi :               <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Monitor tanda dan gejala infeksi.</li> <li>b. Batasi jumlah pengunjung.</li> <li>c. Jelaskan tanda gejala infeksi.</li> <li>d. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka operasi.</li> </ol> </li> <li>2. Perawatan luka :               <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Lepaskan balutan dan plester secara perlahan.</li> <li>b. Bersihkan dengan cairan NaCl sesuai kebutuhan.</li> <li>c. Pasang balutan sesuai jenis luka.</li> <li>d. Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka.</li> <li>e. Kolaborasi pemberian antibiotik, jika perlu.</li> </ol> </li> </ol>

(Sumber : Tim Pokja SLKI DPP PPNI, (2018), Tim Pokja SIKI DPP PPNI, (2018))

#### **4. Pelaksanaan**

Implementasi merupakan fase dimana perawat melaksanakan serta melakukan intervensi keperawatan yang sudah direncanakan. Implementasi yaitu terdiri dari melakukan serta mendokumentasikan tindakan yang merupakan tindakan dari keperawatan khusus yang diperlukan untuk melaksanakan suatu intervensi. Perawat melakukan serta mendelegasikan tindakan keperawatan untuk intervensi yang disusun dalam tahap perencanaan kemudian mengakhiri tahap implementasi dengan cara mencatat tindakan keperawatan serta respon pasien terhadap suatu tindakan tersebut (Kozier et al., 2011).

#### **5. Evaluasi**

Evaluasi merupakan fase kelima dan terakhir dalam proses keperawatan (Kozier et al., 2011). Evaluasi dapat berupa evaluasi struktur, proses dan hasil evaluasi terdiri dari evaluasi formatif yaitu evaluasi yang menghasilkan umpan balik selama program berlangsung. Sedangkan evaluasi sumatif yaitu evaluasi yang dilakukan setelah program selesai serta mendapatkan informasi efektifitas pengambilan keputusan, evaluasi asuhan keperawatan didokumentasikan dalam bentuk SOAP (subjektif, objektif, assesment, planning). Komponen SOAP yaitu S (Subjektif) merupakan dimana perawat menemui keluhan ibu yang masih dirasakan setelah dilakukan tindakan keperawatan, O (Objektif) yaitu data yang berdasarkan hasil pengukuran serta observasi perawat secara langsung pada ibu dan apa yang dirasakan ibu setelah tindakan keperawatan yang diberikan, A (Assesment) yaitu interpretasi dari data subjektif dan objektif untuk menentukan tindak lanjut serta penentuan apakah implementasi yang diberikan akan dilanjutkan atau sudah terlaksana dengan baik, P (Planing) merupakan perencanaan keperawatan yang

akan dilanjutkan, dihentikan, dimodifikasi, serta ditambah dari rencana tindakan keperawatan yang telah ditentukan sebelumnya (Achjar, 2010).

Tabel 3  
Evaluasi Keperawatan Gambaran Asuhan Keperawatan Prosedur Perawatan Luka Pada Ibu Post *Sectio Caesarea* Untuk Mencegah Risiko Infeksi

No	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi
(1)	(2)	(3)
1.	Risiko Infeksi: Berisiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik.	<p>S (Subjektif) Data yang diperoleh dari respon pasien secara verbal</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Pasien mengatakan tidak ada demam.</li> <li>b. Pasien mengatakan tidak ada bengkak pada luka operasinya.</li> </ul> <p>O (Objektif) Data yang diperoleh dari respon pasien secara non verbal atau melalui pengamatan perawat</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Tidak terdapat cairan berbau busuk pada luka sc pasien.</li> <li>b. Kadar sel darah putih dalam batas normal.</li> </ul> <p>A (Assesment) interpretasi dari data subjektif dan objektif untuk menentukan tindak lanjut serta penentuan apakah implementasi yang diberikan akan dilanjutkan atau sudah terlaksana dengan baik</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Tujuan tercapai apabila respon pasien sesuai dengan tujuan dan kriteria hasil.</li> <li>b. Tujuan belum tercapai apabila respon pasien tidak sesuai dengan tujuan yang telah ditentukan.</li> </ul> <p>P (Planing)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Pertahankan kondisi pasien apa bila tujuan tercapai.</li> <li>b. Lanjutkan intervensi apabila ada tujuan yang belum mampu di capai oleh pasien.</li> </ul>