

BAB II

TIJAUAN PUSTAKA

A. KONSEP PENGERTIAN *SECTIO CAESAREA*

1. *Sectio Caesarea*

Sectio caesarea merupakan tindakan medis yang diperlukan untuk membantu persalinan yang tidak bisa dilakukan secara normal akibat masalah kesehatan ibu dan kondisi bayi. Tindakan ini diartikan sebagai pembedahan untuk melahirkan janin dengan membuka dinding perut dan dinding uterus atau suatu histerotomi untuk melahirkan janin dari dalam rahim (Ayuningtiyas et al., 2018).

Sectio caesarea adalah pengeluaran janin dengan cara proses pembedahan dengan membuka dinding perut dan dinding uterus dalam waktu sekitar kurang lebih enam minggu organ-organ reproduksi akan kembali pada keadaan tidak hamil (Hartuti et al, 2019)

2. Etiologi

a. Indikasi pada ibu

Indikasi pada ibu, proses persalinan normal yang lama atau kegagalan proses persalinan normal (*distosia*), detak jantung janin lambat (*fetal distress*), komplikasi pre-eklamsi, putusnya tali pusat, risiko luka parah pada rahim, bayi dalam posisi sungsang, letak lintang bayi besar, masalah plasenta seperti plasenta previa, pernah mengalami masalah pada penyembuhan perineum, *distrosia*, *sectio caesarea* berulang, presentase bokong, hipertensi akibat kehamilan, kelahiran plasenta dan malpresentasi misalnya presentasi bahu.

b. Indikasi pada janin

Indikasi pada janin yang dilakukan operasi *sectio caesarea*, gawat janin, propalus funikuli (tali pusat penumpang), primigravida tua, kehamilan kembar, kehamilan dengan kelainan congenital, anomaly janin misalnya hidrosefalus. (Hartuti, et al, 2019).

3. Komplikasi

- a. Komplikasi pada ibu antar lain : syok, perdarahan, cedera pada organ lain, parut dalam rahim, infeksi puerperalis (nifas), trombopebitis gangguan jalan kencing.
- b. Komplikasi pada janin umumnya pada janin tidak terdapat komplikasi, tetapi perlu diwaspadai risiko morbiditas pernafasan mengikat pada bayi yang lahir melalui *sectio caesarea* sebelum usia gestasi 39 minggu (Potoh,2015).

4. Patofisiologi

Sectio Caesarea merupakan tindakan untuk melahirkan bayi dengan berat di atas 500 gr dengan sayatan pada dinding uterus yang masih utuh. Indikasi dilakukan tindakan ini yaitu distorsi kepala panggul, disfungsi uterus, distoria jaringan lunak, plasenta previa dll, untuk ibu. sedangkan untuk janin adalah gawat janin, janin besar dan letak lintang setelah dilakukan *Sectio Caesarea* ibu akan mengalami adaptasi *post partum* baik dari aspek kognitif berupa kurang pengetahuan. Akibat kurang informasi dan dari aspek fisiologi yaitu produksi oksitoksin yang tidak adekuat akan mengakibatkan ASI yang keluar hanya sedikit, luka dari insisi akan menjadi *postde entris* bagi kuman. Oleh karena itu perlu diberikan antibiotik dan perawatan luka dengan prinsip steril.

Sebelum dilakukan oprasi pasien perlu dilakukan anastesi bisa bersifat regional dan umum. Namun anastesi umum lebih banyak pengaruhnya terhadap janin maupun ibu. Sehingga kadang-kadang bayi lahir dalam keadaan upnoe yang tidak dapat diatasi dengan mudah. Akibatnya janin bisa mati, sedangkan pengaruhnya anastesi bagi ibu sendiri yaitu terhadap tonus uteri berupa atonia uteri sehingga darah banyak yang keluar. Untuk pengaruh terhadap nafas yaitu jalan nafas tidak efektif akibat secret yang berlebihan karena kerja otot nafas silia yang menutup. Anastesi ini juga mempengaruhi saluran pencernaan dengan menurunkan mobilitas usus (Aspiani,2017)

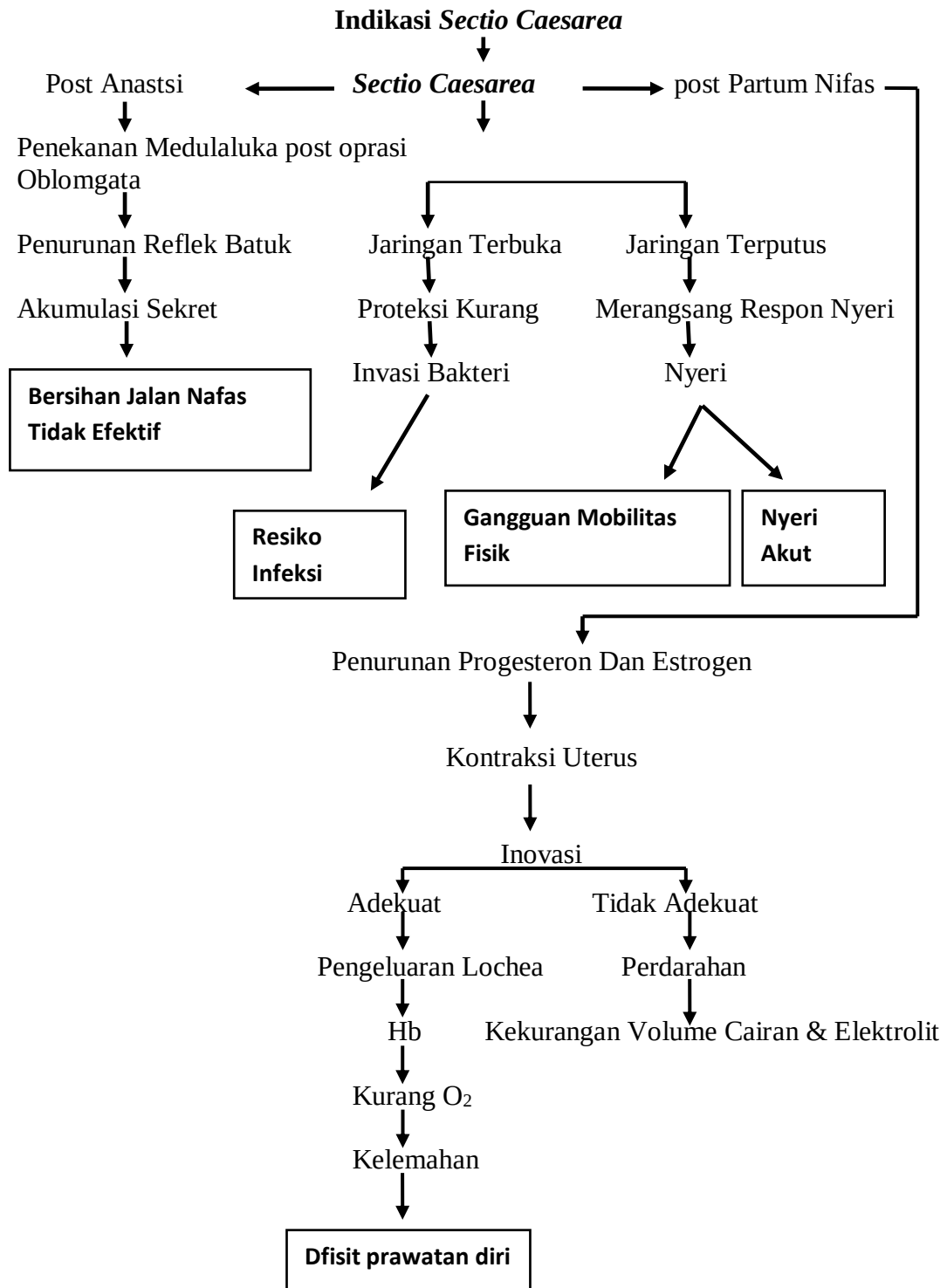
Insisi abdomen menyebabkan terputusnya jaringan kulit juga merupakan faktor yang dapat menyebabkan infeksi karena merupakan jalan masuk organisme dan insisi abdomen menyebabkan terputusnya pembuluh darah, yang jika tidak dirawat dengan baik akan menimbulkan masalah resiko infeksi (Kurnianingsih, 2012)

post sectio caesarea dapat didominasi oleh nyeri akibat insisi dan nyeri dari gas di usus halus. Rasa nyeri yang dirasakan biasanya membuat pasien merasa tidak nyaman karena pasien merasa sangat kesakitan. Ketidaknyamanan atau nyeri tersebut harus diatasi sesuai dengan manajemen nyeri, ketidaknyamanan merupakan kebutuhan dasar manusia yang harus dipenuhi (Megawahyuni, et al., 2018)

Rasa sakit akan membuat pasien enggan melakukan pergerakan. Saat pasien sadar dari anestesi umum atau regional mulai hilang akan menyebabkan rasa nyeri yang hebat. Hal ini yang akan mempengaruhi pelaksanaan mobilisasi dini yang kurang baik (Ruwayda, 2015).

Setelah persalinan *sectio caesarea*, ibu akan mengalami hambatan dalam bergerak yang disebabkan oleh tindakan pembedahan *sectio caesarea* yang mengakibatkan putusnya kontinuitas jaringan yang merangsang area sensorik yang menimbulkan rasa nyeri, sehingga ibu lebih memilih untuk tidak bergerak agar nyeri pada luka operasi tidak bertambah, yang membuat ibu tidak bisa melakukan *personal hygiene leaving* secara mandiri salah satunya yaitu kebutuhan *personal hygiene* seperti mandi (Atoy et al., 2019)

Gambar 2.1
Pathway post sectio caesarea



(Aspiani,2017: Nuhanif &Hardin, 2015)

5. Manifestasi klinis

Manifestasi klinis pada pasien *post sectio caesarea* adalah :

- a. Kehilangan darah selama prosedur pembedahan 600-800 ml
- b. Terpasang kateter : urine jernih dan pucat
- c. Abdomen lunak dan tidak ada distensi
- d. Ketidakmampuan untuk menghadapi situasi baru
- e. Balutan abdomen tampak sedikit noda
- f. Aliran lochea sedang dan bebas bekuan. Berlebihan dan banyak
(Aspiani, 2017)

6. Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan penunjang pada klien dengan tindakan *sectio caesarea* adalah :

- a. Hitung darah lengkap, golongan darah (ABO) dan percocokan silang, serta tes coombs
- b. Urinalis : menentukan kadar albumin/glukosa
- c. Kultur : mengidentifikasi adanya virus herpes simleks tipe II
- d. Pelvimetri : menentukan CPD
- e. Amniosentesis : mengkaji maturitas paru janin
- f. Ultrasonografi : melokalisasi plasenta menentukan pertumbuhan, kedudukan, dan presentasi janin
- g. Tes stres kontraksi atau tes non-stres : mengkaji respon janin terhadap gerakan/pola abnormal
- h. Pemantauan elektronik kontinu : memastikan status janin/aktivitas uterus (Aspiani, 2017)

B. Konsep Dasar Kebutuhan Manusia

Menurut Abraham Maslow mengemukakan teori hierarki kebutuhan yang menyatakan bahwa setiap manusia memiliki lima kebutuhan dasar, yaitu kebutuhan fisiologi : kebutuhan rasa aman dan perlindungan, kebutuhan rasa cinta, memiliki dan dimiliki, kebutuhan harga diri, serta kebutuhan aktualisasi diri (Uliyah & Hidayat, (2011)

Gambar 2.2
Hirarki Kebutuhan Dasar Manusia Maslow



Kebutuhan dasar manusia merupakan unsur-unsur yang dibutuhkan oleh manusia dalam mempertahankan keseimbangan fisiologis maupun psikologis yang bertujuan untuk mempertahankan kehidupan dan kesehatan. Teori Hierarki Maslow kebutuhan dasar manusia menyatakan bahwa setiap manusia memiliki lima kebutuhan dasar, yaitu kebutuhan fisiologis, keamanan, cinta, harga diri, aktualisasi diri.

Berdasarkan teori Abraham Maslow diatas, pada klien dengan *post sectio caesarea* mengalami gangguan kebutuhan dasar rasa aman dan perlindungan (bebas infeksi) yaitu resiko infeksi akibat dari prosedur invasi. Resiko infeksi merupakan keadaan dimana seseorang individu berisiko terserang oleh patogenik dan oportunistik (virus, jamur, bakteri, protozoa, atau parasit lain) dari sumber-sumber eksternal, sumber-sumber ekogen dan endogen (Potter & Perry).

Tanda dan gejala

Tanda dan Gejala yang lazim terjadi, pada infeksi menurut(Smeltzer) sebagai berikut :

a. Rubor

Rubor atau kemerahan merupakan hal yang pertama yang terlihat di daerah yang mengalami peradangan. Saat reaksi peradangan timbul, terjadi pelebaran arteriola yang mensuplai darah ke daerah peradangan. Sehingga lebih banyak darah mengalir ke mikrosirkulasi local dan kapiler meregang dengan cepat terisi penuh dengan darah. Keadaan ini disebut hyperemia atau kongesti, menyebabkan warna merah local karena peradangan akut.

b. Kalor

Kalor terjadi bersamaan dengan kemerahan dari reaksi peradangan akut. Kalor disebabkan pula oleh sirkulasi darah yang meningkat. Sebab darah yang memiliki suhu 37 derajat celcius disalurkan ke permukaan tubuh yang mengalami radang lebih banyak daripada ke daerah normal.

c. Dolor

Perubahan pH local atau konsentrasi local ion-ion tertentu dapat merangsang ujung-ujung saraf. Pengeluaran zat seperti histamine atau bioaktif lainnya dapat merangsang saraf. Rasa sakit disebabkan pula oleh tekanan meninggi akibat pembengkakan jaringan yang meradang.

d. Tumor

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

e. Functio Laesa

Merupakan reaksi peradangan yang telah dikenal. Akan tetapi belum diketahui secara mendalam mekanisme terganggunya fungsi jaringan yang meradang.

Asuhan keperawatan post *sectio caesarea* adalah suatu bentuk pelayanan keperawatan untuk mencegah terjadinya infeksi setelah dilakukan pembedahan dengan insisi pada dinding abdomen. Resiko infeksi yang dapat terjadi jika Manajemen perawatan luka yang dilakukan tidak sesuai Standar Operasional Prosedural(SOP) dan perawatan luka tidak secara aseptik, hal ini diperkuat oleh data dari catatan medis yang menunjukkan ada sekitar 15% kematian ibu nifas akibat infeksi (Daisyzi, 2018).

Pembersihan luka secara klasik menggunakan antiseptik seperti hydrogen peroxide, povidon iodine, acetic acid dan chlorodexadine dapat mengganggu proses penyembuhan dari tubuh karena kandungan antiseptic tersebut tidak hanya membunuh kuman, tapi juga membunuh leukosit yang dapat membunuh bakteri pathogen dan jaringan fibroblast yang membentuk jaringan kulit baru. Cara yang terbaik untuk membersihkan luka adalah dengan menggunakan cairan saline dan untuk luka yang sangat kotor menggunakan water pressure (Haris, 2009 dalam Suwanto, 2013). Cairan NaCl 0.9% juga merupakan cairan fisiologis yang efektif untuk perawatan luka karena sesuai dengan kandungan garam tubuh (Thomas, 2007 dalam suwanto, 2013).

Perawatan luka merupakan salah satu teknik yang harus dikuasai oleh perawat. Prinsip utama adalah manajemen perawatan luka adalah pengendalian infeksi karena infeksi menghambat proses penyembuhan luka sehingga menyebabkan angka morbiditas dan mortalitas bertambah besar (Potter, 1993 dalam Sumarsih dll, 2011).

C. Asuhan Keperawatan Pada Ibu *Post Sectio Caesarea*

Proses keperawatan adalah pendekatan sistematis dan terorganisir melalui 6 langkah dalam mengenali masalah-masalah klien, namun merupakan suatu metode pemecahan masalah baik secara episodik, maupun linier kemudian dapat dirumuskan diagnosa keperawatannya, dan cara pemecahan masalah. Proses keperawatan merupakan 5 tahapan penyelesaian masalah yang dilaksanakan berurutan dan berkesinambungan, terdiri dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi, dan evaluasi (Suarni&Apriyani,2017).

1. Pengkajian Asuhan Keperawatan

Pengkajian asuhan keperawatan merupakan tahap awal proses keperawatan. Merupakan suatu proses keperawatan dan merupakan suatu proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi status kesehatan klien (Suarni &Apriyani, 2017)

1. Pengkajian *Post Sectio Caesarea*

- a. Identitas pasien
- b. Keluhan utama

Pada ibu dengan kasus *post sectio caesarea* keluhan utama yang timbul yaitu nyeri pada luka 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 adalah usia perkawinan, perkawinan beberapa, usia pertama kali kawin.

f. Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas

Untuk mendapatkan data kehamilan, persalinan dan nifas perlu diketahui HPHT untuk menentukan tafsiran partus, berapa kali pemeriksaan saat hamil, apakah sudah imunisasi tetanus, umur kehamilan saat persalinan, berat badan anak saat lahir, jenis kelamin anak, keadaan anak saat lahir.

g. Riwayat penggunaan alat kontrasepsi

Tanyakan apakah ibu pernah menggunakan alat kontrasepsi, alat kontrasepsi yang pernah digunakan, adakah keluhan 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 *sectio caesarea* terjadi gangguan pada pola istirahat tidur dikarenakan adanya nyeri pasca pembedahan.
- 5) Gerak dan aktifitas, pada pasien post *sectio caesarea* terjadi gangguan gerak 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 *sectio 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 untuk merawat anaknya.
- 10) Sosial, pada *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, perawatan payudara, kebersihan vulva atau cara cebok yang benar, nutrisi, KB, seksual serta hal-hal yang perlu diperhatikan pasca pembedahan. Disamping itu perlu ditanyakan tentang perawatan bayi diantaranya, memandikan bayi, merawat tali pusat dan cara meneteki yang benar.

i. Pemeriksaan fisik

- 1) Keadaan umum ibu, suhu, tekanan darah, respirasi, nadi, berat badan, tinggi badan, keadaan kulit.
- 2) Pemeriksaan kepala wajah : Konjuntiva dan sklera mata normal atau tidak.
- 3) Pemeriksaan leher : Ada tidaknya pembesaran kelenjar tiroid.
- 4) Pemeriksaan thorax : Ada tidaknya ronchi atau wheezing, bunyi jantung.
- 5) Pemeriksaan buah dada : Bentuk simetris atau tidak, kebersihan, pengeluaran (colostrum, ASI atau nanah), keadaan putting, ada tidaknya tanda dimpling/retraksi.
- 6) Pemeriksaan abdomen : Tinggi fundus uteri, bising usus, kontraksi, terdapat lukadan 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.

j. Data penunjang

Pemeriksaan darah lengkap meliputi pemeriksaan hemoglobin, Hematokrit dan sel darah putih

k. Data fokus pengkajian

Data yang didapatkan saat pengkajian pada pasien dengan resiko infeksi yang ditandai dengan efek prosedur invasif (*sectio caesarea*) (Tim Pokja SDKI DPP PPNI,2016) :

faktor yang dapat menyebabkan risiko infeksi adalah :

- 1) Efek prosedur invasif
- 2) Peningkatan paparan organisme patogen lingkungan.
- 3) Ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer :

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

4) Ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder :

Penurunan hemoglobin, imununosupresi.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respon klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosa keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respon klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (Tim Prokja SDKI DPP PPNI, 2016).

3. Rencana Keperawatan

Rencana asuhan keperawatan adalah pengembangan strategi desain untuk mencegah, mengurangi, dan mengatasi masalah-masalah yang telah diidentifikasi dalam diagnosa keperawatan. Desain perencanaan menggambarkan sejauh mana anda mampu menetapkan cara menyelesaikan masalah dengan efektif dan efisien (Pertami.2015).

Tabel 2.1

Rencana Keperawatann Pada Pasien Dengan Gangguan Rasa Aman Pada Ibu *Post Sectio Caesarea*
(Berdasarkan Buku SDKI, SLKI, SIKI)

Diagnosa Keperawatan	SLKI	SIKI
1	2	3
Resiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasif	Tingkat infeksi (L. 14137) Kriteria hasil : - Kebersihan tangan meningkat - Kebersihan badan meningkat - Nyeri berkurang	Pencegahan infeksi (I.14137) Observasi - Monitor tanda dan gejala infeksi - Batasi jumlah pengunjung - Berikan perawatan kulit pada area edema - Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien - Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi Edukasi - Jelaskan tanda dan gejala infeksi - Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar - Ajarkan etika batuk - Anjurkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi - Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi - Anjurkan meningkatkan asupan cairan Kolaborasi - Kolaborasi pemberian imunisasi, <i>jika perlu</i>

		Perawatan luka (I. 14564) Observasi - Monitor karakteristik luka (mis, drainase, warna, ukuran, bau) - Monitor tanda-tanda - Lepaskan balurtan dan plester secara perlahan - Cukur rambut di daerah sekitar luka, <i>jika perlu</i> - Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih toksik, sesuai dengan kebutuhan - Bersihkan jaringan nekrotik - Berikan salep yang sesuai ke kulit/lesi, <i>jika perlu</i> - Pasang balutan sesuai jenis luka - Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka - Ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase - Jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai atau sesuai kondisi pasien - Berikan suplemen vitamin dan mineral (mis. Vit A, Vit C, Zinc, Asam Amino) sesuai indikasi - Berikan terapi TENS (stimulasi saraf transkutaneous), <i>jika perlu</i> Edukasi - Jelaskan tanda dan gejala infeksi - Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein - Anjarkan prosedur perawatan luka secara mandiri Kolaborasi - Kolaborasi prosedur debritlement (mis, enzimatik, biologis, mekanis, autolitik), <i>jika perlu</i>
--	--	---

		- Kolaborasi pemberian antibiotik, <i>jika perlu</i>
Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri	Mobilitas fisik (L.05042) Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x 24 jam maka mobilitas fisik membaik dengan kriteria hasil : - Pergerakan ekstremitas meningkat - Kekuatan otot meningkat - Nyeri menurun - Kecemasan menurun	Dukungan mobilisasi (I.05173) Observasi : - Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya - Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan - Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi - Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi Teraupetik : - Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. Pagar tempat tidur) - Fasilitasi pergerakan jika perlu - Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan Edukasi : - Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi - Anjurkan melakukan mobilisasi dini - Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis, berjalan dari tempat tidur ke kursi roda, berjalan dari tempat tidur ke kamar mandi, berjalan sesuai toleransi)
Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan	Perawatan diri (L.11103) Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam maka perawatan diri membaik dengan kriteria hasil : - Kemampuan mandi meningkat - Minat melakukan perawatan diri	Dukungan perawatan diri: Mandi (I.11352) Observasi - Identifikasi usia dan budaya dalam membantu kebersihan diri - Identifikasi jenis bantuan yang dibutuhkan - Monitor kebersihan tubuh (mis. Rambut ,mulut, kulit,

	meningkat - Melakukan perawatan diri meningkat	kuku) - Monitor integritas kulit Teraupetik - Sediakan peralatan mandi (mis, sabun, sikat gigi, shampo, pelembab kulit) - Sediakan lingkungan yang aman dan nyaman - Fasilitasi menggosok gigi, sesuai kebutuhan - Fasilitasi mandi, sesuai kebutuhan - Pertahankan kebersihan diri - Berikan bantuan sesuai kebutuhan diri - Berikan bantuan sesuai tingkat kemandirian Edukasi - Jelaskan manfaat mandi dan dampak tidak mandi terhadap kesehatan
--	---	--

4. Implementasi

Implementasi keperawatan merupakan serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang lebih baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan, tahap implementasi adalah pelaksanaan sesuai rencana yang sudah disusun pada tahap sebelumnya (Suarni & Apriyani, 2017)

5. Evaluasi

Evaluasi didefinisikan sebagai keputusan dari efektifitas asuhan keperawatan klien yang telah ditetapkan dengan respon perilaku klien yang tampil. Evaluasi dalam keperawatan merupakan kegiatan dalam menilai tindakan keperawatan yang telah ditentukan, untuk mengetahui pemenuhan kebutuhan klien secara optimal dan mengukur hasil dari proses keperawatan. Tahap evaluasi merupakan perbandingan yang sistematis dan terencana tentang kesehatan klien dengan tujuan yang telah ditetapkan, dilakukan berkesinambungan dengan melibatkan klien dan tenaga kesehatan lainnya (Suarni & Apriyani, 2017)