

## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### A. Konsep Anak

##### 1. Pengertian

Anak dapat di definisikan sebagai seseorang yang berusia kurang dari 18 tahun dan sedang dalam masa tumbuh kembang. Anak merupakan individu yang unik dan memiliki kebutuhan sesuai tahap perkembangannya, sebagai individu yang unik, anak mempunyai berbagai kebutuhan yang berbeda-beda antara kebutuhan anak satu dengan anak yang lain. Kebutuhan anak diantaranya yaitu, kebutuhan fisiologis, psikologis, sosial dan spiritual. Kebutuhan fisiologis seperti nutrisi, cairan, aktivitas, eliminasi, tidur dan lain sebagainya. Sedangkan kebutuhan psikologis, sosial, spiritual yang terlihat sesuai dengan tumbuh kembangnya (Damanik & Sitorus, 2020).

##### 2. Pertumbuhan dan Perkembangan

Pertumbuhan dan perkembang merupakan tahapan peristiwa berbeda yang dialami oleh anak, namun peristiwa ini berkaitan erat dan terjadi secara beriringan. Pertumbuhan (*growth*) didefinisikan sebagai bertambahnya jumlah dan ukuran sel pada seluruh bagian tubuh, contohnya peristiwa bertambahnya ukuran panjang dan berat badan anak. Sedangkan perkembangan (*development*) adalah bertambahnya fungsi tubuh secara kontinum yang mengacu pada perubahan secara

kualitatif terutama kematangan fungsi motorik halus, motorik kasar, bahasa, emosional dan sosial, perubahan yang terjadi pada anak dari aspek psikologis dan aspek sosial (Delianti *et al.*, 2023).

Terdapat beberapa tahapan-tahapan tumbuh kembang anak, dari tahap prenatal hingga postnatal, diantaranya :

a. Masa prenatal (masa janin dalam kandungan)

- 1) Masa zigot, yaitu masa sejak saat konsepsi sampai kehamilan berusia 2 minggu.
- 2) Masa embrio, yaitu sejak kehamilan berumur 2 minggu sampai sekitar 8-12 minggu. Sel telur yang telah dibuahi dengan cepat akan menjadi suatu organisme dan terbentuk sistem organ dalam tubuh.
- 3) Masa janin, yaitu sejak usia kehamilan sekitar 9-12 minggu sampai masa akhir kehamilan. Masa ini terdiri dari 2 periode yaitu, masa fetus dini, yaitu sejak umur kehamilan 9 minggu sampai trimester 2, pada masa ini terjadi percepatan pertumbuhan, alat tubuh telah terbentuk dan mulai berfungsi. Kemudian masa fetus lanjut, yaitu yang terjadi pada trimester akhir kehamilan, pada masa ini pertumbuhan berlangsung pesat disertai perkembangan fungsi organ.

b. Masa bayi (*infancy*)

Masa bayi terjadi pada individu yang berusia 0-11 bulan, masa ini terbagi menjadi 2 periode yaitu masa neonatal dan masa postnatal.

Masa neonatal terjadi pada umur 0-28 hari, pada masa ini bayi mengalami adaptasi terhadap lingkungan dan sistem organnya mulai berfungsi. Kemudian masa post neonatal terjadi pada umur 29 hari sampai 11 bulan, pada masa ini pertumbuhan terjadi sangat pesat dan proses pematangan berlangsung secara terus-menerus terutama meningkatnya fungsi sistem saraf.

c. Masa anak toddler (umur 1-3 tahun)

Pada masa ini kecepatan pertumbuhan mulai menurun dan terdapat kemajuan dalam perkembangan motorik kasar dan motorik halus serta fungsi ekskresi. Masa ini juga merupakan periode yang penting bagi anak karena pertumbuhan dan perkembangan yang terjadi pada masa toddler akan menentukan dan mempengaruhi tumbuh kembang anak selanjutnya.

d. Masa anak pra sekolah (umur 3-6 tahun)

Pertumbuhan pada masa ini berlangsung secara stabil, aktivitas jasmani bertambah seiring dengan meningkatnya ketrampilan dan proses berfikir. Pada masa ini anak mulai diperkenalkan pada lingkungan di luar rumah dan untuk sistem panca indra dan sistem reseptor penerima rangsangan serta proses memori sudah mulai siap sehingga anak mampu mulai belajar dengan baik.

e. Masa anak sekolah (6-12 tahun)

Pertumbuhan dan penambahan berat badan mulai melambat. Anak mulai sekolah dan mempunyai teman sehingga sosialisasinya

lebih luas. Pada masa ini anak mulai tertarik dengan lawan jenis.

f. Masa anak remaja (12-18 tahun)

Pada masa remaja awal pertumbuhan meningkat dengan pesat dan mencapai pada puncaknya. Karakteristik sekunder mulai tampak seperti perubahan suara pada anak laki-laki dan pertumbuhan payudara pada anak perempuan. Pada masa remaja tengah, pertumbuhan mulai melambat, karakteristik sekunder sudah tercapai dengan baik. Pada masa remaja akhir, anak sudah matang secara fisik dan pertumbuhan organ reproduksi sudah hampir komplet. Pada usia ini anak lebih banyak fokus kepada diri sendiri, mulai menjalin hubungan dengan lawan jenis dan status emosi sudah mulai stabil (Delianti *et al.*, 2023).

3. Kebutuhan Dasar Anak

Kebutuhan dasar anak untuk tumbuh kembang secara umum dikelompokkan menjadi 3 yaitu asuh, asih, asah.

- a. Kebutuhan fisik biomedis (asuh), meliputi pemberian nutrisi yang mencukupi sejak dalam kandungan, perawatan kesehatan dasar seperti imunisasi, kebersihan diri dan lingkungan untuk mengurangi resiko tertularnya berbagai penyakit infeksi.
- b. Kebutuhan emosi dan kasih sayang (asih), dapat dimulai sejak anak berada didalam kandungan untuk melakukan kontak psikologis antara ibu dan anak. Ikatan yang erat antara ibu anak berguna

untuk menentukan perilaku dan perkembangan anak baik secara fisik maupun mental.

- c. Kebutuhan stimulasi (asah), anak perlu distimulasi sedini mungkin untuk meningkatkan kemampuan sensorik, motorik, emosi-sosial, bicara, kognitif, kemandirian, kreativitas, kepemimpinan, moral dan spiritual anak (Delianti *et al.*, 2023).

#### 4. Sehat dan Sakit

Rentang sehat-sakit merupakan batasan yang dapat diberikan pelayanan keperawatan pada anak, dengan kondisi anak berada dalam status kesehatan yang meliputi sejahtera, sehat optimal, sehat, sakit, sakit kronis dan meninggal. Selama dalam batas rentang tersebut anak membutuhkan perawatan baik secara langsung langsung maupun tidak langsung. Apabila anak dalam rentang sehat maka upaya perawat untuk meningkatkan derajat kesehatan sampai pada taraf sejahteraan baik fisik, sosial maupun spiritual, begitu pula sebaliknya apabila anak dalam kondisi kritis atau meninggal maka perawat memberikan bantuan dan dukungan pada keluarga (Damanik & Sitorus, 2020).

#### 5. Hospitalisasi

Menurut *World Health Organization* (WHO) hospitalisasi adalah kondisi yang mengancam bagi anak karena stressor yang dihadapi selama di rumah sakit dapat menimbulkan perasaan tidak aman. Salah satu faktor stressor yang banyak dialami anak yaitu masuk ke dalam lingkungan baru, dan rasa ketidak berdayaan dalam kondisi sakit.

Dampak hospitalisasi pada anak diantaranya yaitu, kecemasan, ketakutan mengalami sakit atau cedera tubuh dan traumatik (Delianti *et al.*, 2023).

## 6. Filosofi Keperawatan Anak

Filosofi merupakan pandangan atau keyakinan yang dimiliki perawat dalam memberikan pelayanan keperawatan pada anak. Yang bertujuan untuk mencapai derajat kesehatan bagi anak sebagai suatu bagian dari sistem pelayanan kesehatan di keluarga. Keberhasilan pelayanan kesehatan dan kunci filosofi keperawatan anak, meliputi *family center care (FCC)* dan *Atraumatic care* (Damanik & Sitorus, 2020).

### a. *Family center care (FCC)*

*Family center care (FCC)* dapat didefinisikan sebagai filosofi perawatan yang berpusat pada keluarga, mengakui keluarga sebagai konstanta dalam kehidupan anak. Dengan melibatkan keluarga mampu memberikan hasil yang positif bagi keluarga dan anak untuk memenuhi kebutuhan orang tua dan anak.

Perawatan kepada anak dengan pendekatan kepada keluarga menjadikan anak merasa lebih aman dan lebih terbuka, hal pertama yang dilakukan ketika melakukan pendekatan dengan keluarga adalah menjelaskan terlebih dahulu kepada keluarga tentang apa yang akan dilakukan dan menjelaskan alasan dilakukannya tindakan tersebut dengan bahasa yang mudah dipahami dan selalu melibatkan keluarga selama proses perawatan.

b. *Atraumatic care*

*Atraumatic care* adalah kemampuan memberikan asuhan keperawatan yang terapeutik oleh individu melalui pelaksanaan intervensi keperawatan untuk membatasi atau mengurangi pengalaman yang tidak menyenangkan pada anak dan keluarga pada pelayanan kesehatan sangatlah diperlukan. Perawat difokuskan untuk memberikan asuhan keperawatan yang tidak menimbulkan trauma pada anak dan keluarga (Damanik & Sitorus, 2020).

## **B. Konsep Risiko Infeksi**

### 1. Definisi Risiko Infeksi

Risiko Infeksi ialah keadaan atau situasi yang berisiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017). Sedangkan menurut Lestari *et al.*, (2021) risiko infeksi merupakan rentang mengalami invasi dan multipikasi organisme patogenik yang dapat mengganggu kesehatan seseorang.

Infeksi adalah penyakit yang disebabkan oleh masuk dan berkembang biaknya mikroorganisme, penyakit infeksi terjadi ketika interaksi dengan mikroba menyebabkan kerusakan pada tubuh host dan kerusakan tersebut menimbulkan berbagai gejala dan tanda klinis (Novard, M., Suharti, Netti., Roslaili, 2019).

### 2. Faktor Risiko

Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017) terdapat beberapa faktor risiko penyebab infeksi yaitu :

a. Penyakit kronis

Penyakit kronis adalah kondisi kesehatan yang berlangsung lama dan seringkali berkembang secara perlahan. Individu yang memiliki penyakit kronis berisiko lebih tinggi terkena infeksi karena adanya perubahan dalam fungsi tubuh dan sistem kekebalan tubuh. Misalnya penderita diabetes, tingginya kadar gula darah dapat mengganggu fungsi sel-sel kekebalan tubuh, membuat tubuh lebih sulit mengalami infeksi.

b. Efek prosedur invasif,

Prosedur invasif menggunakan alat atau instrument yang masuk ke dalam tubuh yang dapat meningkatkan risiko infeksi. Misalnya tindakan pembedahan akan melukai tubuh ini memungkinkan mikroorganisme menjadi masuk ke dalam tubuh dan menyebabkan infeksi.

c. Malnutrisi

Kekurangan nutrisi membuat tubuh lebih rentan terhadap infeksi, nutrisi yang tidak adekuat juga dapat memperlambat proses penyembuhan luka dan meningkatkan risiko infeksi pada luka.

d. Peningkatan paparan organisme lingkungan

Lingkungan sangat berpengaruh terhadap peningkatan risiko infeksi, lingkungan yang kurang bersih dapat menjadi tempat berkembang biak bagi bakteri, virus dan parasit.

e. Ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer

Luka atau kondisi lain yang dapat merusak kulit dapat memudahkan masuknya patogen yang dapat menimbulkan infeksi, penurunan produksi sekresi juga dapat meningkatkan risiko infeksi.

f. Ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder

Pertahanan tubuh sekunder melibatkan respons imun yang lebih spesifik terhadap patogen, kondisi seperti kanker, HIV, penggunaan obat immunosupresan dapat melemahkan sistem kekebalan tubuh dan menjadikan tubuh kurang efektif dalam melawan infeksi.

3. Manifestasi Klinis Risiko Infeksi

Infeksi dapat menimbulkan gejala klinis ataupun mungkin asimtomatik. Manifestasi infeksi secara klinis dapat berlangsung dengan cara yang khas ataupun tidak khas. Pasien dengan infeksi yang khas menunjukkan semua gejala spesifik untuk penyakit tertentu. Manifestasi klinis infeksi biasanya digolongkan sebagai ringan, sedang, dan berat sesuai dengan penyakitnya (Joegijantoro, 2019).

Penyakit infeksi jarang memiliki manifestasi klinis secara khusus. Adapun tanda dan gejala infeksi pada luka yaitu kemerahan (*rubor*), ini terjadi pada area yang mengalami infeksi karena adanya peningkatan aliran darah ke area tersebut sehingga menimbulkan warna merah. Panas (*calor*), rasa panas pada daerah yang mengalami infeksi, ini terjadi karena tubuh mengkompensasi aliran darah lebih banyak ke area yang

mengalami infeksi untuk mengirim lebih banyak antibody untuk memerangi mikroorganisme penyebab infeksi. Bengkak (*tumor*), terjadi pembengkakan pada area yang terkena infeksi karena meningkatnya permeabilitas sel dan meningkatnya aliran darah. Nyeri (*dolor*), yaitu rasa nyeri pada area infeksi hal ini terjadi karena sel yang mengalami infeksi bereaksi mengeluarkan zat tertentu sehingga menimbulkan rasa nyeri. *Fungsio Laesa* yaitu perubahan fungsi jaringan yang mengalami infeksi (Kemenkes, 2022).

#### 4. Patofisiologi

Patogen, seperti bakteri virus jamur dan parasit dapat masuk ke dalam tubuh dengan berbagai cara, seperti inhalasi, konsumsi makanan atau air yang terkontaminasi, kontak langsung dengan kulit yang rusak dan lain sebagainya. Setelah masuk ke dalam tubuh patogen melekat dan berkembang pada permukaan jaringan tubuh, patogen kemudian menembus permukaan epitel dan mulai menyebar ke jaringan yang lebih dalam, beberapa patogen menghasilkan toksin dan merusak jaringan. Setelah berhasil menembus dan menyebar, patogen mulai berkembang biak dalam tubuh inang.

Sistem kekebalan tubuh merespon infeksi dengan berbagai mekanisme pertahanan, respons imun bawaan adalah respons imun awal yang melibatkan sel fagositik seperti neutrofil dan makrofag, serta pelepasan sitokin inflamasi. Respons imun adaptif, jika patogen tidak dapat dihilangkan oleh respons imun bawaan, maka sistem imun adaptif

diaktifkan. Ini melibatkan limfosit T dan B, yang menghasilkan antibodi spesifik terhadap patogen.

Kerusakan jaringan yang disebabkan oleh infeksi sering kali menghasilkan gejala klinis seperti demam, nyeri, bengkak dan kemerahan. Jika sistem kekebalan tubuh berhasil mengatasi patogen, infeksi akan sembuh dan tubuh akan pulih, namun jika patogen berhasil menghindari sistem imun atau jika respons imun terlalu lemah, infeksi dapat berlanjut dan menjadi kronis sampai menyebar ke organ lain bahkan sampai menimbulkan komplikasi.

Peristiwa yang memicu berkembangnya infeksi pada luka biasanya dimulai dengan kontaminasi mikroba pada luka. Faktor-faktor seperti virulensi dan jumlah organisme yang mengkontaminasi berperan dalam terjadinya infeksi. Agen penyebab infeksi di luka operasi dapat bersifat endogen ataupun eksogen. Mikroba endogen berasal dari kulit pasien, selaput lendir, atau organ dalam yang berongga di dekat lokasi pembedahan atau dapat masuk melalui aliran darah. Sedangkan mikroba eksogen dapat berasal dari lingkungan area pembedahan yang dapat ditularkan melalui udara, instrumen bedah dan tenaga medis. (Mate Zabaglo; Stephen W. Leslie; Tariq Sharman, 2024).

## 5. Pemeriksaan Penunjang

Banyak teknologi baru untuk mendiagnosias infeksi, diantaranya :

### a. MRI (*Magnetic Resonance Imaging*)

Pemeriksaan MRI dapat memberikan gambaran detail jaringan lunak dan dapat mendeteksi infeksi pada otot, sumsum tulang, otak dan tulang belakang, pemeriksaan ini dapat mendeteksi perubahan jaringan lunak yang disebabkan oleh infeksi.

### b. SPECT (*Single Photon Emission Computed Tomography*)

Pemeriksaan SPECT berfungsi dalam mendeteksi infeksi yang mempengaruhi tulang dan sendi, pemeriksaan ini sering digunakan bersama dengan zat radioaktif yang disuntikan ke dalam tubuh untuk membantu mendeteksi daerah dengan aktivitas metabolik tinggi, yang dapat menunjukkan adanya infeksi.

### c. CT (*Computed Tomography*)

Pemeriksaan CT dapat menunjukkan gambar detail dari struktur tulang dan organ tubuh. Dapat mendeteksi abses, infeksi paru-paru, atau infeksi pada tulang.

### d. PET-CT (*Positron Emission Tomography – Computed Tomography*)

Pemeriksaan ini menggabungkan PET dan CT, pemeriksaan ini dapat menampilkan gambar anatomi dan aktivitas metabolik, pemeriksaan ini dapat mendeteksi infeksi kronis atau kompleks dan peradangan sistemik (Li *et al.*, 2021).

## 6. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan risiko infeksi bisa dengan terapi farmakologis dan non farmakologis.

### a. Terapi farmakologis

Terapi farmakologis untuk infeksi menggunakan obat-obatan untuk melawan mikroorganisme yang menyebabkan infeksi. Pengobatan infeksi harus disesuaikan dengan penyebabnya dan bagian tubuh yang terinfeksi. Ada beberapa jenis terapi farmakologis yang dapat digunakan untuk mengatasi berbagai jenis infeksi, tetapi pemberian terapi ini harus dengan seizin dokter, diantaranya yaitu :

- 1) Antibakteri atau antibiotik digunakan untuk mengobati infeksi bakteri, seperti amoxicillin, penisilin
- 2) Antivirus digunakan untuk mengobati infeksi virus, seperti zanamir, zidovudin
- 3) Antijamur digunakan untuk mengatasi infeksi jamur, seperti clotrimazole
- 4) Antiparasit digunakan untuk mengobati infeksi yang disebabkan oleh parasit, seperti albendazole dan klorokuin (Grennan et al., 2020).

b. Terapi non farmakologi

Terdapat beberapa terapi non farmakologi untuk pencegahan terjadinya infeksi, diantaranya yaitu :

- 1) Cuci tangan sesudah atau sebelum melakukan kegiatan atau aktivitas
- 2) Melakukan perawatan kulit atau perawatan luka dengan tepat
- 3) Mengajarkan cara memeriksa kondisi luka
- 4) Menjaga kebersihan lingkungan
- 5) Meningkatkan asupan nutrisi
- 6) Meningkatkan asupan cairan
- 7) Edukasi tanda dan gejala infeksi (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

7. *Nursing Care Plan*

<b>DIAGNOSIS KEPERAWATAN (SDKI)</b>	<b>TUJUAN DAN KRITERIA HASIL (SLKI)</b>	<b>INTERVENSI (SIKI)</b>
<p><b>Risiko Infeksi (D.0142)</b></p> <p><b>Faktor Risiko :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Penyakit kronis</li> <li>2. Efek prosedur invasif</li> <li>3. Malnutrisi</li> <li>4. Peningkatan paparan organisme patogen lingkungan</li> <li>5. Ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer</li> </ol>	<p><b>Tingkat Infeksi (L.14137)</b></p> <p><b>Ekspektasi : Menurun</b></p> <p><b>Kriteria Hasil :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kebersihan tangan meningkat (5)</li> <li>2. Kebersihan badan meningkat (5)</li> <li>3. Nafsu makan meningkat (5)</li> <li>4. Demam menurun (5)</li> <li>5. Kemerahan menurun (5)</li> <li>6. Nyeri menurun (5)</li> <li>7. Bengkak menurun (5)</li> </ol>	<p><b>Pencegahan Infeksi (I.14539)</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Batasi jumlah pengunjung</li> <li>2. Berikan perawatan kulit pada area edema</li> <li>3. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien</li> <li>4. Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi</li> </ol>

<p>6. Ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder</p>	<p>8. Cairan berbau busuk menurun (5)  9. Periode menggigil menurun (5)  10. Kadar sel darah putih membaik (5)  11. Kultur area luka membaik (5)</p> <p><b>Integritas Kulit dan Jaringan (L.14125)</b></p> <p><b>Tujuan :</b> Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam, diharapkan <b>integritas kulit dan jaringan meningkat</b> dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perfusi jaringan meningkat (5)</li> <li>2. Kerusakan integritas menurun (5)</li> <li>3. Kerusakan lapisan kulit menurun (5)</li> <li>4. Nyeri menurun (5)</li> <li>5. Perdarahan menurun (5)</li> <li>6. Kemerahan menurun (5)</li> <li>7. Pigmentasi abnormal menurun (5)</li> <li>8. Jaringan parut menurun (5)</li> <li>9. Suhu kulit membaik (5)</li> <li>10. Sensasi membaik (5)</li> </ol> <p><b>Keterangan :</b>  1 : Menurun /Meningkat /Memburuk  2 : Cukup menurun/Cukup meningkat/Cukup memburuk</p>	<p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi</li> <li>2. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar</li> <li>3. Ajarkan etika batuk</li> <li>4. Ajarkan memeriksa kondisi luka atau luka operasi</li> <li>5. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi</li> <li>6. Anjurkan meningkatkan asupan cairan</li> </ol> <p><b>Kolaborasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu</li> </ol> <p><b>Perawatan Luka (L.14564)</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor karakteristik luka</li> <li>2. Monitor tanda - tanda infeksi</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lepaskan balutan dan plester secara perlahan</li> <li>2. Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan</li> <li>3. Bersihkan jaringan nekrotik</li> <li>4. Berikan salep yang sesuai ke kulit/lesi, jika perlu</li> <li>5. Pasang balutan sesuai jenis luka</li> <li>6. Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka</li> <li>7. Ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase</li> </ol>
--	---	--

	3 : Sedang 4 : Cukup meningkat/Cukup menurun/ Cukup membaik 5 : Meningkat/ Menurun/ Membaik	8. Jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam, atau sesuai kondisi pasien  <b>Edukasi</b> 1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 2. Anjurkan mengonsumsi makanan tinggi kalori dan protein 3. Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri  <b>Kolaborasi</b> 1. Kolaborasi pemberian antibiotik, jika perlu
--	---	---

Tabel 2. 1 Nursing Care Plan Risiko Infeksi

### C. Konsep Luka dan Perawatan Luka

#### 1. Pengertian Luka

Luka adalah terputusnya kontinuitas jaringan akibat substansi jaringan yang rusak atau hilang sehingga dapat menyebabkan kerusakan fungsi perlindungan kulit dan dapat disertai dengan kerusakan jaringan lain. Luka dapat di definisikan sebagai gangguan atau kerusakan integritas dan fungsi jaringan pada tubuh (Primadina *et al.*, 2019).

#### 2. Klasifikasi Luka

Menurut Aminuddin, M., Sukmana, M., Nopriyanto, D (2020), luka di klasifikasikan menjadi beberapa macam, dilihat dari berbagai aspek :

##### a. Berdasarkan sifatnya

##### 1) Luka Akut

Luka akut yaitu luka yang sembuh sesuai dengan waktu yang diharapkan, rentang waktu penyembuhan luka akut 8-12.

Contoh luka akut seperti luka pasca operasi, luka bakar dan luka injuri pada lapisan kulit superfisial.

2) Luka Kronis

Luka kronis adalah luka yang proses penyembuhan mengalami keterlambatan bahkan dapat menimbulkan kecacatan, rentan waktu penyembuhan luka kronis yaitu lebih dari 12 minggu. Contoh luka kronik yaitu luka decubitus, luka diabetes dan lain sebagainya.

b. Berdasarkan Mekanisme Terjadinya

- 1) Luka insisi, terjadi karena teriris oleh instrumen tajam, misal luka akibat pembedahan.
- 2) Luka memar, terjadi akibat benturan oleh suatu tekanan dan dikarakteristikan oleh cedera pada jaringan lunak, perdarahan dan bengkak.
- 3) Luka lecet, terjadi akibat kulit bergesekan dengan benda lain yang biasanya dengan benda yang tidak tajam.
- 4) Luka tusuk, terjadi akibat adanya benda seperti pisau yang masuk kedalam kulit dengan diameter kecil.
- 5) Luka gores, terjadi akibat benda tajam, seperti oleh kaca atau kawat.
- 6) Luka tembus, luka yang menembus organ tubuh biasanya pada bagian awal luka yang masuk kecil tetapi pada bagian ujung luka akan melebar.

7) Luka bakar (combustio), terjadi akibat cedera di kulit yang disebabkan oleh panas, baik dari api, paparan bahan kimia, radiasi sinar matahari maupun sengatan listrik.

### 3. Fase Penyembuhan Luka

#### a. Fase Koagulasi

Fase pertama merupakan fase koagulasi ialah respon yang pertama yang terjadi sesaat setelah luka terjadi dan melibatkan platelet. Pengeluaran platelet akan menyebabkan vasokonstriksi. Proses ini bertujuan untuk homeostatis sehingga mencegah perdarahan lebih lanjut.

#### b. Fase Inflamasi

Fase selanjutnya yaitu inflamasi, terjadi beberapa menit setelah luka terjadi dan berlangsung hingga sekitar 3 hari. Tujuan inflamasi untuk membatasi efek bakteri dengan menetralkan toksin dan bakteri dalam persiapan pembentukan jaringan baru.

#### c. Fase Proliferasi atau Rekonstruksi

Jika tidak terjadi infeksi pada fase inflamasi, maka proses penyembuhan selanjutnya memasuki fase proliferasi, untuk mengisi ruang kosong pada luka, pertumbuhan kapiler baru dan pengecilan lebar luka. Fase ini berhenti 2 minggu pasca luka terjadi, tetapi prosesnya tetap berlangsung paling lambat 1-2 tahun.

#### d. Fase Maturasi atau Remodelling

Fase terakhir dan terpanjang dalam proses penyembuhan luka adalah fase maturasi, serabut-serabut kolagen meningkat secara bertahap dan bertambah tebal kemudian disokong oleh proteinase untuk perbaikan sepanjang garis luka. Serabut kolagen menyebar saling terikat dan menyatu untuk menyokong pemulihan jaringan, akhir dari penyembuhan didapatkan luka parut matang dan mempunyai kekuatan 80% dibanding kulit normal. Fase remodelling terjadi 24 hari - 1 tahun pasca luka tertutup (Aminuddin, M., Sukmana, M., Nopriyanto, D., 2020).

#### 4. Pengertian Perawatan Luka

Perawatan luka merupakan serangkaian tindakan yang dilakukan untuk membersihkan, melindungi, dan menyembuhkan luka pada tubuh. Perawatan luka dapat di definisikan sebagai suatu tindakan keperawatan yang dikerjakan secara sistematis dan komprehensif. Perawatan luka yang sistematis merupakan urutan langkah perawatan yang harus dikerjakan oleh profesional di bidang perawatan luka, sedangkan komprehensif merupakan metode yang dilakukan saat melakukan perawatan luka dengan mempertimbangkan kondisi bio, psikologis, sosial dan spiritual secara menyeluruh (Aminuddin, M., Sukmana, M., Nopriyanto, D., 2020).

## 5. Tujuan Perawatan Luka

Tujuan dilakukan perawatan luka yaitu untuk mencegah infeksi, mempercepat proses penyembuhan, mengontrol inflamasi, mengembalikan fungsi tubuh dan mengurangi risiko komplikasi (Aminuddin, M., Sukmana, M., Nopriyanto, D., 2020).

## 6. Proses Perawatan Luka

Menurut Aminuddin, M., Sukmana, M., Nopriyanto, D (2020), proses perawatan luka terdiri dari 3 tahap yaitu pencucian, pengkajian dan pemilihan balutan.

### a. Pencucian luka

Langkah pertama dalam perawatan luka yaitu membuka balutan, jika balutan menempel pada luka basahi dengan cairan nacl, kemudian dilanjutkan dengan pencucian luka. Pencucian luka merupakan hal yang sangat penting dalam proses perawatan luka, hal ini karena pencucian luka bertujuan untuk membersihkan luka dari mikroorganisme, benda asing dan jaringan yang sudah mati. Pencucian luka yang baik dan benar dapat mempercepat proses penyembuhan luka. Adapun beberapa teknik pencucian luka, diantaranya :

#### 1) *Swabing* dan *Scrubing*

Teknik *swabing* (usap) dan *scrubing* (gosok) sering dilakukan pada jenis luka akut dan luka kronis. Teknik ini dapat mengangkat kotoran yang menempel pada luka dengan mudah.

Namun teknik ini tidak dianjurkan pada luka dengan granulasi karena dapat merusak proses proliferasi.

## 2) Irigasi atau Penyiraman

Teknik penyiraman adalah teknik pencucian luka yang paling sering digunakan. Tekanan yang tepat pada penyiraman dapat mengangkat bakteri yang terdapat pada luka, dan dapat mencegah terjadinya infeksi.

## 3) Rendam

Teknik perendaman biasanya dilakukan pada luka dengan balutan melekat. Teknik ini dapat mengurangi nyeri saat pelepasan balutan. Teknik ini juga dilakukan pada daerah-daerah yang sukar di jangkau dengan pinset.

### b. Pengkajian Luka

Tujuan dari pengkajian luka yaitu memonitor kondisi luka, memonitor proses penyembuhan luka dan menentukan program perawatan luka. Pengkajian luka terdiri dari jenis luka, penyebab luka, lokasi luka, ukuran luka, kehilangan jaringan, ukuran luka, eksudasi luka, kulit sekitar luka, nyeri dan infeksi luka.

### c. Pemilihan Balutan

Luka menyebabkan desintegrasi dan discotunitas dari jaringan kulit, sebagai akibatnya fungsi kulit dalam memproteksi jaringan yang ada di bawahnya menjadi terganggu. Tujuan utama dari balutan luka adalah menciptakan lingkungan yang kondusif dalam

mendukung proses penyembuhan luka. Terdapat beberapa kriteria balutan luka yang baik :

- 1) Mengeluarkan kelebihan eksudat
- 2) Mempertahankan kelembaban dalam penyembuhan luka
- 3) Memungkinkan pertukaran gas
- 4) Mencegah infeksi
- 5) Tidak meninggalkan serat atau substansi toksin bagi penyembuhan luka
- 6) Tidak menimbulkan sensitifitas atau reaksi alergi
- 7) Pelindung dari trauma mekanik seperti tekanan, tarikan atau gesekan
- 8) Mudah dilepaskan tapi tidak menimbulkan trauma jaringan
- 9) Mudah di aplikasikan
- 10) Nyaman digunakan
- 11) Mengikuti *contour* tubuh
- 12) Tidak mengganggu fungsi tubuh

#### 7. Komplikasi

Infeksi pada luka jika tidak ditangani dengan baik akan menyebabkan berbagai komplikasi, antara lain :

- a. Abses, kumpulan nanah yang terbentuk di dalam jaringan tubuh sebagai respon terhadap infeksi
- b. Selulitis, infeksi pada lapisan kulit dan jaringan di bawah kulit, ini menyebabkan kulit menjadi merah, bengkak, panas, dan nyeri

- c. Tetanus, infeksi bakteri yang menyebabkan kekakuan otot dan kejang
- d. *Necrotising Fasciitis*, infeksi bakteri yang dapat menyebabkan kematian jaringan
- e. Sepsis, infeksi yang disebabkan oleh bakteri yang menyebar melalui aliran darah ke seluruh tubuh, menyebabkan respons inflamasi yang parah (Mate Zabaglo; Stephen W. Leslie; Tariq Sharman, 2024).

#### **D. Mekanisme Perawatan Luka Dengan Risiko Infeksi**

Terdapat 2 mekanisme perawatan luka yaitu dengan teknik konvensional dan dengan teknik modern (*moisture*).

##### 1. Teknik Konvensional

Teknik perawatan luka konvensional yaitu menggunakan teknik perawatan luka kering, teknik ini terkadang lengket dengan luka karena luka dalam kondisi kering. Pada cara konvensional pertumbuhan jaringan relatif lambat sehingga menyebabkan tingkat risiko infeksi lebih tinggi (Irwan *et al.*, 2022).

##### 2. Teknik *Moisture*

Teknik perawatan luka saat ini sudah berkembang sangat pesat, teknik perawatan luka yang sedang berkembang saat ini yaitu perawatan luka dengan prinsip *moisture*. Prinsip *moisture* adalah menjaga kehangatan dan kelembaban lingkungan sekitar luka, prinsip ini dapat mencegah luka menjadi kering dan keras, meningkatkan laju epitelisasi, mencegah pembentukan jaringan *eschar*, meningkatkan pembentukan jaringan dermis, mengontrol inflamasi dan memberikan tampilan yang

lebih natural, mempertahankan aktifitas neutrofil, menurunkan nyeri, meningkatkan penyembuhan luka dan juga dapat menurunkan kejadian infeksi (Deski *et al.*, 2023).

Perawatan luka yang efektif di lakukan setiap hari untuk mengurangi terjadinya infeksi, dan teknik perawatan luka yang baik pada saat ini yaitu dengan prinsip moisture atau lembab karena dapat mempertahankan kelembaban luka sehingga mempercepat penyembuhan luka, pertumbuhan jaringan dapat terjadi secara alami, mengurangi risiko infeksi dan timbulnya jaringan parut (Dody Ari Wibowo *et al.*, 2023).

#### **E. Hubungan Perawatan Luka Dengan Risiko Infeksi**

Luka yang tidak dirawat dengan baik atau tidak dibersihkan dengan perawatan luka yang tepat akan mengalami infeksi. Luka yang terinfeksi akan mengeluarkan nanah atau cairan yang berwarna keruh. Dalam waktu 48 jam, luka yang terinfeksi akan terasa lebih sakit dan mulai mengalami pembengkakan, area sekitar luka infeksi juga akan berwarna kemerahan dan terasa panas. Maka dari itu luka harus dirawat dengan perawatan yang tepat, untuk mencegah terjadinya infeksi yang disebabkan oleh patogen atau mikroorganisme (Ramadhani, 2023).

#### **F. Potensi Kasus Mengalami Risiko Infeksi**

Menurut (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017) kondisi penyakit yang risiko infeksi yaitu :

1. AIDS (*Acquired Immunodeficiency Syndrome*)

Sistem kekebalan tubuh pada individu dengan AIDS sangat lemah, sehingga sangat berisiko terkena infeksi.

2. Luka Bakar

Luka bakar dapat meningkatkan risiko infeksi karena kerusakan pada kulit yang berfungsi sebagai penghalang alami terhadap mikroorganisme.

3. Penyakit Paru Obstruktif Kronis (PPOK)

Individu dengan PPOK sering mengalami infeksi saluran pernapasan karena produksi lendir yang berlebihan dan penurunnya kemampuan paru-paru untuk membersihkan patogen.

4. Diabetes Melitus

Karena sirkulasi darah yang buruk dan ketidakstabilan kadar gula darah dapat mendukung pertumbuhan bakteri, maka individu dengan diabetes melitus memiliki risiko tinggi terkena infeksi.

5. Tindakan Invasif

Tindakan invasif seperti pembedahan dan katektisasi dapat meningkatkan risiko infeksi karena membuka jalur masuk bagi mikroorganisme.

6. Penggunaan Terapi Steroid

Terapi steroid jangka panjang mengganggu sistem kekebalan tubuh sehingga meningkatkan risiko infeksi.

#### 7. Kanker

Kanker dapat mempengaruhi penurunan fungsi kekebalan tubuh, baik karena penyakit itu sendiri maupun karena pengobatan seperti kemoterapi dan radioterapi.

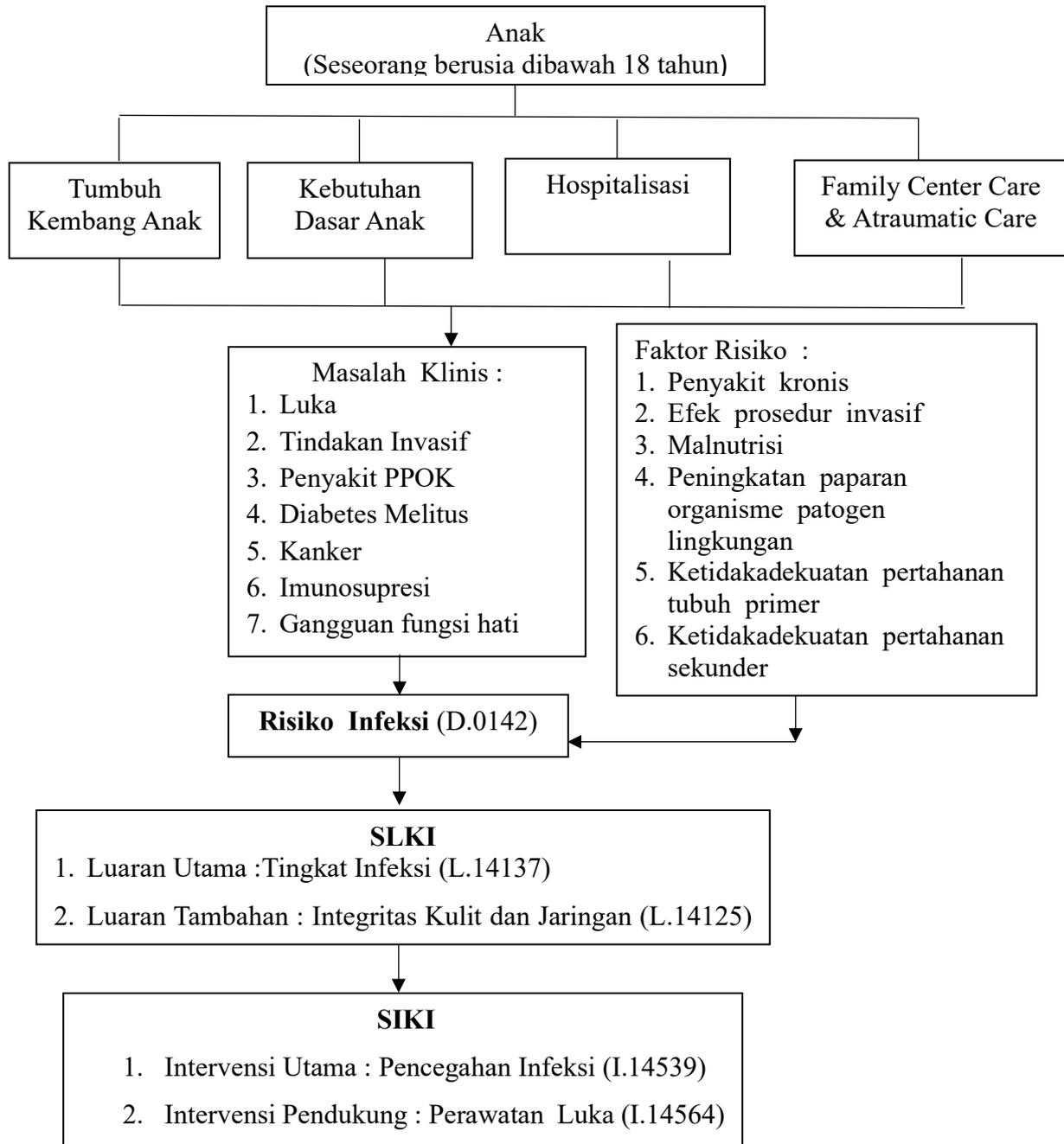
#### 8. Gagal Ginjal

Individu dengan gagal ginjal, berisiko tinggi terhadap infeksi terutama yang menjalani cuci darah karena sistem kekebalan tubuh menjadi melemah.

#### 9. Leukositopeni

Penurunan jumlah darah putih mengurangi kemampuan tubuh untuk melawan infeksi, sehingga dapat meningkatkan risiko infeksi.

### G. Kerangka Pemikiran atau Pathways



Bagan 2. 1 Kerangka Pemikiran Risiko Infeksi

Sumber : (Damanik & Sitorus, 2020), (Delianti et al., 2023), (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017), (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018), (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2018).

## H. Konsep Sirkumsisi

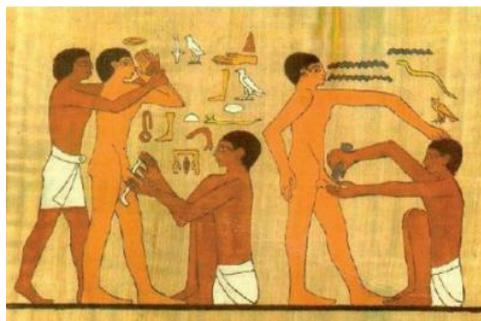
### 1. Pengertian Sirkumsisi

Sirkumsisi adalah salah satu tindakan pembedahan yang dilakukan untuk merubah bagian dari tubuh dengan melakukan pemotongan sebagian kulup dalam atau *preputium* yang menutupi gland penis (Mohamed, 2019).

Sirkumsisi pada masyarakat Indonesia lebih dikenal dengan istilah khitan atau sunat, sirkumsisi umumnya dilakukan pada laki-laki melalui prosedur bedah dan dilakukan karena berbagai alasan seperti agama, budaya, sosial atau medis. Dalam agama Islam, tindakan sirkumsisi merupakan bentuk dari ibadah Rasulullah SAW bersabda, "Kesucian (fitrah) itu ada lima : khitan, mencukur bulu kemaluan, mencabut bulu ketiak, memendekkan kumis, dan memotong kuku" (HR Bukhari Muslim).

### 2. Sejarah Sirkumsisi

Sirkumsisi pada pria dikaitkan dengan hal keagamaan dan identitas etnis. Sirkumsisi sudah dilakukan sejak jaman dahulu kala oleh orang-orang kuno seperti orang Mesir dan Yahudi, masyarakat Mesir telah melakukan sirkumsisi sejak awal abad 2300 sebelum masehi. Dibuktikan dengan ditemukannya sebuah gambaran pada relief dinding makam menteri Firaun Teti yang memrintah pada tahun 2345-2393 sebelum masehi. Seiring berjalan waktu tindakan sirkumsisi dilakukan berdasarkan agama, sosial dan budaya (Ganeswari et al., 2020).



Gambar 2.1 Sejarah Sirkumsisi

### 3. Anatomi dan Fisiologi *Genitalia* Eksterna Pria

Penis merupakan organ reproduksi pria yang terletak di atas dan di depan skrotum, serta dibawah simfisis pubis. Terdapat tiga bagian utama penis yaitu :

#### a. Akar (*radix*)

*Radix* penis merupakan bagian pangkal penis yang terletak di dekat dasar panggul. Akar penis memiliki tiga jaringan ereksi dan dua otot, yaitu *ischiocavernosus* dan *bulbospongiosus*.

#### b. Batang (*corpus*)

Batang penis merupakan bagian penghubung akar dan kepala penis. *Corpus* terdiri dari tiga silinder jaringan ereksi, yaitu dua buah *corpora cavernosa* dan sebuah *corpus spongiosum* yang berperan dalam terjadinya ereksi pada penis.

#### c. Kepala (*glans*)

Kepala adalah bagian ujung penis yang berbentuk mengerucut yang terdapat lubang uretra, sebagai tempat keluarnya urin dan air mani. Kepala penis tertutupi oleh *preputium* atau kulup, *preputium*

merupakan suatu lipatan yang terdiri dari sebagian kulit dan sebagian mukosa (Ganeswari et al., 2020).

#### 4. Penyebab Sirkumsisi

Terdapat tiga alasan utama dilakukannya tindakan sirkumsisi, diantaranya :

##### a. Ritual atau Agama

Meskipun tidak semua agama tidak mewajibkan dilakukan sirkumsisi, tetapi ada beberapa agama yang menganjurkan melakukan sirkumsisi, diantaranya agama Islam dan Yahudi. Dalam agama Islam, sirkumsisi merupakan tindakan yang dianjurkan dan umumnya dilakukan oleh seluruh umat Islam sebagai bagian dari mengikuti sunnah Nabi Muhammad SAW. Sedangkan dalam agama Yahudi, sirkumsisi dilakukan pada bayi laki-laki pada hari kedelapan setelah kelahiran, yang merupakan bagian dari perjanjian antara Tuhan dan Abraham, yang disebut dengan Brit Milah.

##### b. Kebersihan

Sirkumsisi dapat membuat area *genital* lebih mudah dibersihkan dengan menghilangkan kulit kulup, hal ini dapat mengurangi penumpukan sel kulit mati dan minyak yang menjadi tempat berkembang biaknya bakteri.

##### c. Medis

Umumnya di negara barat melakukan tindakan sirkumsisi karena untuk pengobatan medis, seperti *fimosi* (ketidakmampuan untuk

menarik kembali kulit kulup) dan *balantis* (peradangan pada kepala penis), serta untuk pencegahan kanker penis dan penyakit menular seksual (Ganeswari et al., 2020).

## 5. Metode Sirkumsisi

Terdapat dua metode sirkumsisi yaitu metode konvensional dan modern.

### a. Metode Konvensional

Metode konvensional merupakan metode yang dilakukan untuk menghilangkan kulup penutup penis pada pria yang dilakukan dengan menggunakan gunting atau pisau bedah, metode ini merupakan metode standar medis sehingga meningkatkan keberhasilan sirkumsisi (Kardiatun et al., 2023).

### b. Metode *Modern*

Metode *Modern* sirkumsisi yaitu dilakukan tanpa adanya jahitan. Pada metode modern terdapat dua macam teknik sirkumsisi yaitu menggunakan *klamp* dan lem. Metode *klamp* dengan menggunakan tabung plastik anti bakteri yang disesuaikan dengan ukuran penis sebagai pengganti perban dan jahitan. Metode lem yaitu setelah dipotong dengan alat *gamco* kemudian diaplikasikan dengan lem sunat selama 15-20 menit tanpa adanya jahitan dan minimal perdarahan (Dody Ari Wibowo et al., 2023).

## 6. Komplikasi Sirkumsisi

Tindakan sirkumsisi pada umumnya merupakan prosedur yang aman dengan risiko dan efek samping yang sangat rendah diantara 0-16%. Komplikasi dapat terjadi secara dini dan lanjut. Komplikasi dini diantaranya yaitu perdarahan, infeksi, cedera uretra, amputasi glans penis, dan penyembuhan luka yang tidak baik. Komplikasi lanjut diantaranya yaitu *stenosis meatal*, perlengketan, *fimosis* sekunder, dan hasil kosmetik yang buruk (Ganeswari et al., 2020).

## 7. Perawatan Pasca Sirkumsisi

Terdapat beberapa hal yang dianjurkan setelah melakukan tindakan sirkumsisi, diantaranya :

- a. Minum obat pereda nyeri sesuai dengan resep dokter
- b. Membersihkan area penis

Membersihkan area penis harus dilakukan dengan cara yang benar dan lembut, membersihkan cukup dengan air lalu keringkan dengan handuk dengan cara menepuk pelan.

- c. Menggunakan celana yang longgar

Celanan yang terlalu ketat dapat menekan area penis dan menimbulkan rasa sakit serta sirkulasi darah dan udara ke area penis juga akan terhambat sehingga luka menjadi susah kering dan proses penyembuhan menjadi lebih lama.

d. Tidak melakukan aktivitas berat

Menghindari melakukan aktivitas berat, karena aktivitas berat seperti bersepeda atau berlari dapat merusak jahitan pasca operasi.

e. Makan makanan bergizi

Makanan makanan yang mengandung banyak protein karena dapat membantu proses penyembuhan luka menjadi lebih cepat kering.

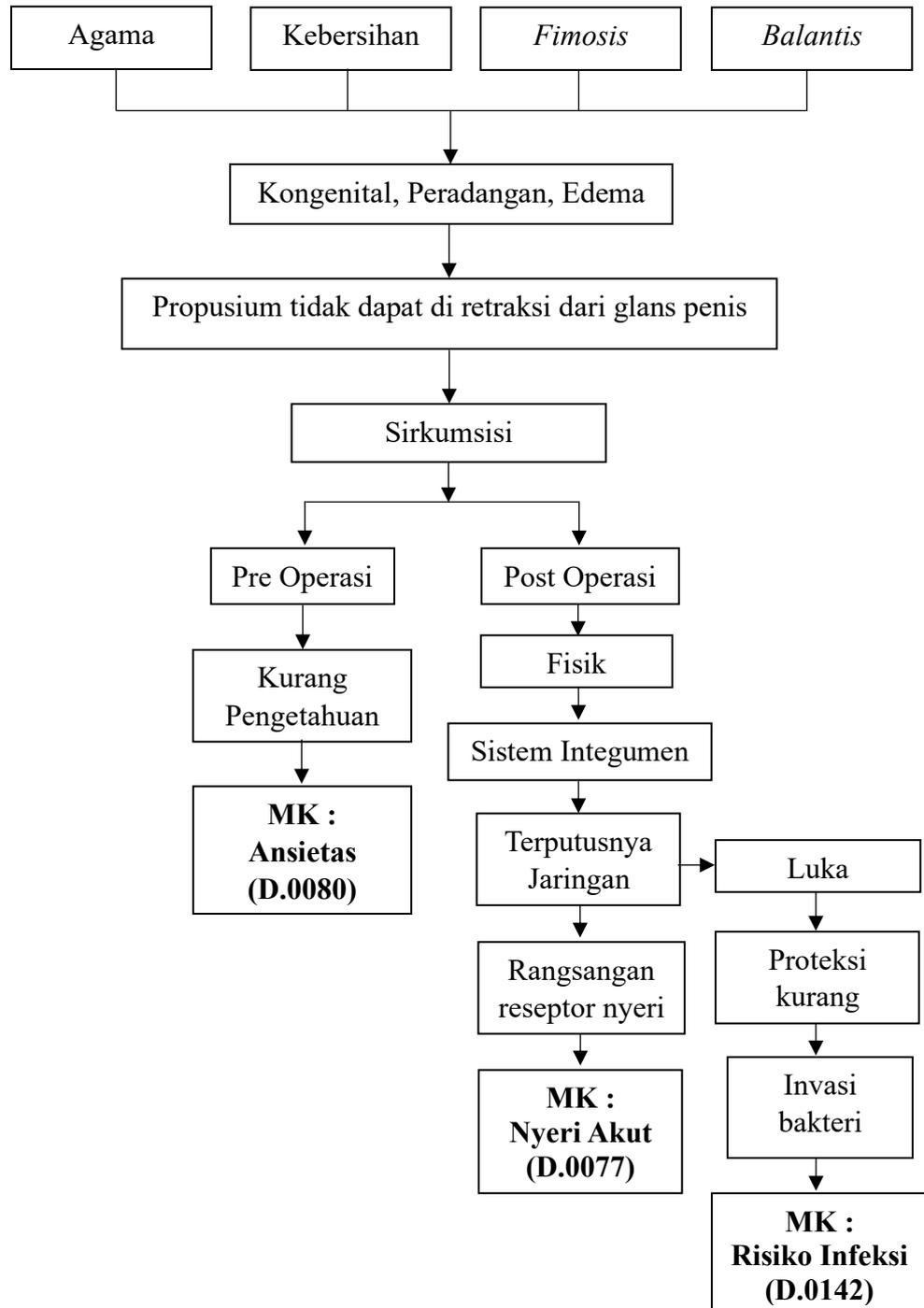
f. Memperhatikan tanda dan gejala infeksi

Memperhatikan tanda dan gejala infeksi seperti penis berdarah dan bengkak, nyeri yang tak kunjung sembuh dan demam.

g. Menjaga luka agar tetap kering

Pastikan luka tetap kering dan jangan terkena air, jika balutan luka basa maka segeralah ganti balutan luka dengan yang baru, karena jika luka basah maka akan menghambat proses penyembuhan luka (Nugroho et al., 2023).

## 8. Pathways



Bagan 2. 2 Pathways Sirkumsisi

Sumber : (Ganeswari et al., 2020), (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017)

9. *Nursing Care Plan*

<b>DIAGNOSIS KEPERAWATAN (SDKI)</b>	<b>TUJUAN DAN KRITERIA HASIL (SLKI)</b>	<b>INTERVENSI SIKI</b>
<p><b>Ansietas (D.0080)</b></p> <p><b>Penyebab</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Krisis spiritual</li> <li>2. Kebutuhan tidak terpenuhi</li> <li>3. Krisis maturasional</li> <li>4. Ancaman terhadap kematian</li> <li>5. Ancaman terhadap konsep diri</li> <li>6. Kekhawatiran mengalami kegagalan</li> <li>7. Disfungsi sistem keluarga</li> <li>8. Hubungan orang tua-anak tidak memuaskan</li> <li>9. Faktor keturunan</li> <li>10. Penyalahgunaan zat</li> <li>11. Terpapar bahaya lingkungan</li> <li>12. Kurang terpapar informasi</li> </ol> <p><b>Gejala &amp; Tanda Mayor Subjektif</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Merasa bingung</li> <li>2. Merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi</li> <li>3. Sulit berkonsentrasi</li> </ol> <p><b>Objektif</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tampak gelisah</li> </ol>	<p><b>Tingkat Ansietas (L.09093)</b></p> <p><b>Ekspektasi : Menurun</b></p> <p><b>Kriteria Hasil :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Verbalisasi kebingungan menurun (5)</li> <li>2. Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun (5)</li> <li>3. Perilaku gelisah menurun (5)</li> <li>4. Perilaku tegang menurun (5)</li> <li>5. Keluhan pusing menurun (5)</li> <li>6. Anoreksia menurun (5)</li> <li>7. Frekuensi nadi menurun (5)</li> <li>8. Tekanan darah menurun (5)</li> <li>9. Konsentrasi membaik (5)</li> <li>10. Pola tidur membaik (5)</li> <li>11. Kontak mata membaik (5)</li> <li>12. Pola berkemih membaik (5)</li> <li>13. Orientasi membaik (5)</li> </ol>	<p><b>Terapi Relaksasi (I.09326)</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi penurunan tingkat energi, ketidakmampuan berkonsentrasi atau gejala lain yang mengganggu kemampuan kognitif</li> <li>2. Identifikasi teknik relaksasi yang efektif digunakann</li> <li>3. Identifikasi kesediaan, kemampuan, dan penggunaan teknik sebelumnya</li> <li>4. Periksa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah</li> <li>5. Monitor respon terhadap terapi relaksasi</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruang nyaman</li> <li>2. Berikan informasi tertulis tentang persiapan dan prosedur teknik relaksasi</li> <li>3. Gunakan pakaian longgar</li> </ol>

<p>2. Tampak tegang 3. Sulut tidur</p> <p><b>Gejala &amp; Tanda Minor Subjektif</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengeluh pusing</li> <li>2. Anoreksia</li> <li>3. Palpitasi</li> <li>4. Merasa tidak berdaya</li> </ol> <p><b>Objektif</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Frekuensi napas meningkat</li> <li>2. Frekuensi nadi meningkat</li> <li>3. Tekanan darah meningkat</li> <li>4. Diaforesis</li> <li>5. Tremor</li> <li>6. Muka tampak pucat</li> <li>7. Suara bergetar</li> <li>8. Kontak mata buruk</li> <li>9. Sering berkemih</li> <li>10. Berorientasi pada masa lalu</li> </ol> <p><b>Kondisi Klinis Terkait</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Penyakit kronis</li> <li>2. Penyakit akut</li> <li>3. Hospitalisasi</li> <li>4. Rencana Operasi</li> <li>5. Penyakit neurologis</li> <li>6. Diagnosis belum jelas</li> <li>7. Tahap tumbuh kembang</li> </ol>	<p><b>Keterangan :</b></p> <p>1 : Meningkatkan/Memburuk 2 : Cukup meningkat/Cukup memburuk 3 : Sedang 4 : Cukup menurun/Cukup membaik 5 : Menurun/Membaik</p>	<p>4. Gunakan suara lembut dengan irama lambat dan berirama</p> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan tujuan, manfaat, batasan dan jenis relaksasi yang tersedia</li> <li>2. Jelaskan secara rinci intervensi relaksasi yang dipilih</li> <li>3. Anjurkan mengambil posisi nyaman</li> <li>4. Anjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi</li> <li>5. Demonstrasikan dan latih teknik relaksasi</li> </ol>
---	---	---

<p><b>Nyeri Akut (D.0077)</b></p> <p><b>Penyebab</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Agen pecedera fisiologis (mis. Inflamasi, iskemia, neoplasma)</li> <li>2. Agne pecedera kimiawi (mis. Terbakar, bahan kimia iritan)</li> <li>3. Agen pecedera fisik (mis. Abses, amputasi, terbakar, terpotong, prosedur operasi, trauma, aktivitas fisik)</li> </ol> <p><b>Gejala &amp; Tanda Mayor</b></p> <p><b>Subjektif</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengeluh nyeri</li> </ol> <p><b>Objektif</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tampak meringis</li> <li>2. Bersikap protektif</li> <li>3. Gelisah</li> <li>4. Frekuensi nadi meningkat</li> <li>5. Sulit tidur</li> </ol> <p><b>Gejala &amp; Tanda Minor</b></p> <p><b>Subjektif</b> (Tidak tersedia)</p> <p><b>Obejektif</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tekanan darah meningkat</li> <li>2. Pola napas berubah</li> </ol>	<p><b>Tingkat Nyeri (L.0866)</b></p> <p><b>Ekspektasi : Menurun</b></p> <p><b>Kriteria Hasil :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kemampuan menuntaskan aktivitas meningkat (5)</li> <li>2. Keluhan nyeri menurun (5)</li> <li>3. Meringis menurun (5)</li> <li>4. Sikap protektif menurun (5)</li> <li>5. Gelisah menurun (5)</li> <li>6. Kesulitan Tidur menurun (5)</li> <li>7. Menarik diri menurun (5)</li> <li>8. Berfokus pada diri sendiri (5)</li> <li>9. Diaforeses menurun (5)</li> <li>10. Perasaan depresi (tertekan) menurun (5)</li> <li>11. Perasaan takut mengalami cedera berulang menurun (5)</li> <li>12. Anoreksia menurun (5)</li> <li>13. Perinium terasa tertekan menurun (5)</li> <li>14. Uterus teraba membulat menurun (5)</li> <li>15. Ketegangan otot menurun (5)</li> <li>16. Pupil dilatasi menurun (5)</li> </ol>	<p><b>Manajemen Nyeri (I.08238)</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri</li> <li>2. Identifikasi skala nyeri</li> <li>3. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan rasa nyeri</li> <li>4. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri</li> <li>5. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri</li> <li>6. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup</li> <li>7. Monitor keberhasilan tingkat nyeri</li> <li>8. Monitor efek samping penggunaan analgetik</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (terapi musik, nafas dalam)</li> <li>2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri</li> <li>3. Fasilitasi istirahat dan tidur</li> <li>4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri</li> </ol>
---	--	--

<p>3. Nafsu makan berubah</p> <p>4. Proses berpikir terganggu</p> <p>5. Menarik diri</p> <p>6. Berfokus pada diri sendiri</p> <p>7. Diaforesis</p> <p><b>Kondisi Klinis Terkait</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Kondisi pembedahan</li> <li>Cedera traumatis</li> <li>Infeksi</li> <li>Sindrom koroner akut</li> <li>Glaukoma</li> </ol>	<p>17. Muntah menurun (5)</p> <p>18. Mual menurun (5)</p> <p>19. Frekuensi nadi membaik (5)</p> <p>20. Pola napas membaik (5)</p> <p>21. Tekanan darah membaik (5)</p> <p>22. Proses berpikir membaik (5)</p> <p>23. Fokus membaik (5)</p> <p>24. Fungsi berkemih membaik (5)</p> <p>25. Perilaku membaik (5)</p> <p>26. Nafsu makan membaik (5)</p> <p>27. Pola tidur membaik (5)</p> <p><b>Keterangan :</b></p> <p>1 : Menurun /Meningkat /Memburuk</p> <p>2 : Cukup menurun/Cukup meningkat/Cukup memburuk</p> <p>3 : Sedang</p> <p>4 : Cukup meningkat/Cukup menurun/ Cukup membaik</p> <p>5 : Meningkatkan/ Menurun/ Membaik</p>	<p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri</li> <li>Jelaskan strategi meredakan nyeri</li> <li>Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri</li> <li>Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat</li> <li>Anjurkan teknik nonfarmakologi untuk meredakan nyeri</li> </ol> <p><b>Kolaborasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</li> </ol>
<p><b>Risiko Infeksi (D.0142)</b></p> <p><b>Faktor Risiko :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Penyakit kronis</li> <li>Efek prosedur invasif</li> <li>Malnutrisi</li> </ol>	<p><b>Tingkat Infeksi (L.14137)</b></p> <p><b>Ekspektasi : Menurun</b></p> <p><b>Kriteria Hasil :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Kebersihan tangan meningkat (5)</li> </ol>	<p><b>Perawatan Luka (I.14564)</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Monitor karakteristik luka</li> <li>Monitor tanda - tanda infeksi</li> </ol>

<p>4. Peningkatan paparan organisme pathogen lingkungan</p> <p>5. Ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer</p> <p>6. Ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder</p>	<p>2. Kebersihan badan meningkat (5)</p> <p>3. Nafsu makan meningkat (5)</p> <p>4. Demam menurun (5)</p> <p>5. Kemerahan menurun (5)</p> <p>6. Nyeri menurun (5)</p> <p>7. Bengkak menurun (5)</p> <p>8. Cairan berbau busuk menurun (5)</p> <p>9. Periode menggigil menurun (5)</p> <p>10. Kadar sel darah putih membaik (5)</p> <p>11. Kultur area luka membaik (5)</p> <p><b>Keterangan :</b>  1 : Menurun /Meningkat /Memburuk  2 : Cukup menurun/Cukup meningkat/Cukup memburuk  3 : Sedang  4 : Cukup meningkat/Cukup menurun/ Cukup membaik  5 : Meningkatkan/ Menurun/ Membaik</p>	<p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Lepaskan balutan dan plester secara perlahan</li> <li>Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan</li> <li>Bersihkan jaringan nekrotik</li> <li>Berikan salep yang sesuai ke kulit/lesi, jika perlu</li> <li>Pasang balutan sesuai jenis luka</li> <li>Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka</li> <li>Ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase</li> <li>Jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam, atau sesuai kondisi pasien</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Jelaskan tanda dan gejala infeksi</li> <li>Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein</li> <li>Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri</li> </ol> <p><b>Kolaborasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Kolaborasi pemberian antibiotik, jika perlu</li> </ol>
---	--	--

Tabel 2. 2 *Nursing Care Plan* Sirkumsisi