

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Penyakit Hipospadia

1. Pengertian

Kelainan kongenital adalah kelainan bawaan yang disebabkan oleh adanya kegagalan dalam proses pembentukan organ saat fase organogenesis di trimester pertama. Hipospadia merupakan salah satu kelainan bawaan sejak lahir pada alat genetalia laki-laki. Kata Hipospadia berasal dari bahasa Yunani yaitu *Hypo*, yang berarti dibawah, dan *Spadon*, yang berarti lubang (Vikaningrum, 2020).

Hipospadia dapat didefinisikan sebagai adanya muara uretra yang terletak di ventral atau proksimal dari lokasi yang seharusnya. Kelainan terbentuk pada masa embrional karena adanya gangguan pada masa perkembangan alat kelamin dan sering dikaitkan dengan gangguan pembentukan seks primer maupun gangguan aktivitas seksual saat dewasa (Snodgrass & Bush, 2016).

Klasifikasi hipospadia paling ringan adalah meatus uretra yang bermuara pada bagian ventral glans penis, terdapat berbagai derajat malformasi glands dan skrotum tidak sempurna pada sisi ventral dengan penampilan suatu kerudung dosal. Dengan bertambahnya tingkat keparahan, penis berbelok kearah ventral atau yang disebut *chordee* dan uretra penis lebih pendek secara progresif, tetapi jarak antara meatus dan glands tidak dapat bertambah secara signifikan sampai *chordee* dikoreksi. Karenanya, klasifikasi hipospadia didasarkan atas dasar meatus. Pada beberapa kasus, meatus terletak pada sambungan penoskrotal. Pada kasus ekstrem, uretra bermuara pada perineum,

skrotum bifida dan meluas ke basis dorsal penis (transposisi skrotum) dan *chordee* (pita jaringan fibrosa). Pada 10 % anak laki-laki dengan hipospadia biasanya testis tidak turun (Kyle & Carman, 2014).

2. Etiologi

Penyebab hipospadia sangat bervariasi dan dipengaruhi banyak faktor, namun belum ditemukan penyebab pasti dari kelainan ini. Beberapa kemungkinan dikemukakan oleh para peneliti mengenai etiologi hipospadia. Faktor risiko yang mempengaruhi terjadinya hipospadia yaitu :

a. Faktor genetik dan embrional

Genetik merupakan faktor risiko yang diduga kuat mempengaruhi proses terjadinya hipospadia. Penelitian menyebutkan bahwa anak laki-laki yang memiliki saudara yang mengalami hipospadia beresiko 13,4 kali lebih besar mengalami hipospadia, sedangkan anak yang memiliki ayah dengan riwayat hipospadia beresiko 10,4 kali mengalami hal yang sama (Van der Zaden et al., 2012). Selama masa embrional, kegagalan dalam pembentukan genital folds dan penyatuannya di atas sinus urogenital juga dapat menyebabkan terjadinya hipospadia. Biasanya semakin berat derajat hipospadia ini, semakin besar terdapat kelainan yang mendasari. Kelainan kromosom dan ambigu genitalia seperti hermafrodit maupun pseudohermafrodit merupakan kelainan yang kerap kali ditemukan bersamaan dengan hipospadia (Krisna & Maulana, 2017).

b. Faktor hormonal

Perkembangan genitalia pada laki laki merupakan proses yang kompleks dan melibatkan berbagai gen serta interaksi hormon yang ada pada ibu hamil. Proses pembentukan saluran uretra ini terjadi pada minggu ke-6 trimester pertama dan bersifat androgendependent, sehingga ketidak normalan metabolisme

androgen seperti defisiensi reseptor androgen di penis, kegagalan konversi dari testosteron ke dihidrotestosteron, serta penurunan ikatan antara dihidrotestosteron dengan reseptor androgen mungkin dapat menyebabkan terjadinya hipospadia (Noegroho et al., 2018).

3. Faktor Lingkungan

Faktor lingkungan dicurigai sebagai salah satu faktor penyebab hipospadia seperti terdapat paparan estrogen atau progestin pada ibu hamil di awal kehamilan, paparan estrogen tersebut biasanya terdapat pada pestisida yang menempel pada buah, sayuran, tanaman, dan obat-obatan yang dikonsumsi oleh ibu hamil. Pada ibu hamil yang mengonsumsi obat-obatan anti epilepsi seperti asam valproat juga diduga meningkatkan resiko hipospadia tetapi untuk pil kontrasepsi yang mengandung hormon estrogen dan progestin diketahui tidak menyebabkan hipospadia (Krisna & Maulana, 2017).

4. Lain-lain

Pada anak laki-laki yang lahir dengan program *Intra-cytoplasmic sperm Injection* (ICSI) atau *In Vitro Fertilization* (IVF) memiliki insiden yang tinggi pada hipospadia (Krisna & Maulana, 2017). Selain itu faktor ibu yang hamil dengan usia terlalu muda atau terlalu tua juga sangat berpengaruh, diketahui bayi yang lahir dari ibu yang berusia >35 tahun beresiko mengalami hipospadia berat. Kelahiran prematur serta berat bayi lahir rendah, bayi kembar juga sering dikaitkan dengan kejadian hipospadia (Widjajana, 2017).

3. Klasifikasi

Menurut Orkiszewski (2012) terdapat beberapa tipe hipospadia berdasarkan letak orifisium uretra eksternum atau meatus diantaranya sebagai berikut :

a. Tipe sederhana/ Tipe anterior

Tipe ini terdapat di anterior, pada tipe ini meatus terletak pada pangkal *glands* penis. Sebenarnya kelainan ini bersifat asimtomatik dan tidak memerlukan suatu tindakan. Bila meatus agak sempit dapat dilakukan dilatasi atau meatotomi. Yang termasuk golongan hipospadia tipe ini adalah hipospadia *sub coronal* atau lubang kencing berada pada *sulcus coronarius* penis (cekungan kepala penis), dan hipospadia tipe *granular* yaitu lubang kencing sudah terdapat di kepala penis namun posisinya berada di bawah kepala penisnya.

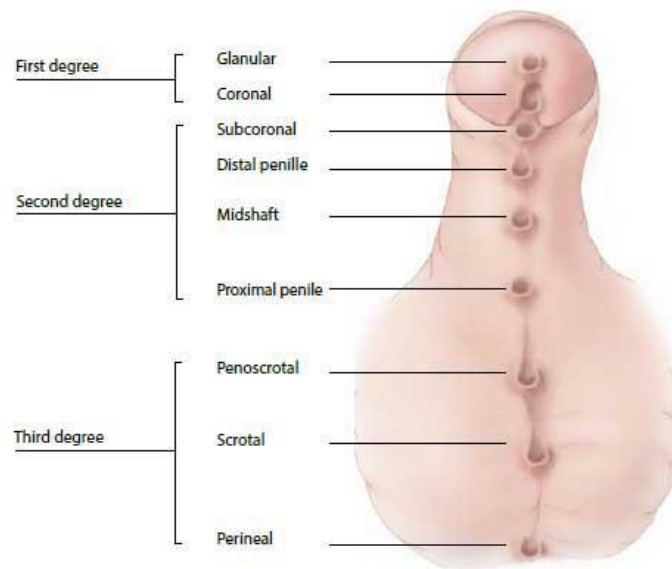
b. Tipe *Penil*/ Tipe *Middle*

Pada tipe ini, meatus terletak antara *glands* penis dan skrotum. Biasanya disertai dengan kelainan penyerta, yaitu tidak adanya kulit prepusium bagian ventral, sehingga penis terlihat melengkung ke bawah atau *glands* penis menjadi pipih. Pada kelainan tipe ini, diperlukan intervensi tindakan bedah secara bertahap, mengingat kulit di bagian ventral prepusium tidak ada maka sebaiknya pada bayi tidak dilakukan sirkumsisi karena sisa kulit yang ada dapat berguna untuk tindakan bedah selanjutnya. Terdapat beberapa tipe hipospadia yang termasuk dalam tipe *middle* diantaranya yaitu hipospadia tipe *penoscrotal* atau lubang kencing terletak di antara skrotum dan batang penis, hipospadia tipe *peneana* proksimal yaitu lubang kencing berada di bawah pangkal penis, hipospadia tipe *mediana* yaitu lubang kencing berada di bawah bagian tengah dari batang penis, serta hipospadia tipe *distal peneana* yaitu lubang kencing berada di bawah bagian ujung batang penis.

c. Tipe Posterior

Pada tipe posterior, biasanya akan mengakibatkan terganggunya pertumbuhan penis, seringkali disertai dengan skrotum bifida, meatus uretra terbuka lebar dan umumnya testis tidak turun. Yang termasuk hipospadia posterior diantaranya yaitu hipospadia tipe

perenial, lubang kencing berada di antara anus dan skrotum, dan hipospadia tipe *scrotal*, lubang kencing berada tepat di bagian depan skrotum.



Gambar 2. 1 Klasifikasi Hipospadia (Krisna & Maulana, 2017)

4. Manifestasi Klinis

Manifestasi klinis menurut Nurrarif & Kusuma (2015) yang sering muncul pada penyakit hipospadia sebagai berikut :

- a. Tidak terdapat preposium ventral sehingga prepesium dorsal menjadi berlebihan (*dorsal hood*).
- b. Sering disertai dengan korde atau penis melengkung ke arah bawah.
- c. Lubang kencing terletak dibagian bawah dari penis.

Gejala yang timbul bervariasi sesuai dengan derajat kalainan. Secara umum jarang ditemukan adanya gangguan fungsi, namun cenderung berkaitan dengan masalah kosmetik karena letak muara uretra pada bagian ventral penis. Biasanya juga ditemukan kulit luar bagian ventral lebih tipis atau bahkan tidak ada, dimana kulit luar di bagian dorsal menebal. Pada hipospadia sering ditemukan adanya

B. Konsep Asuhan Keperawatan Hipospadia

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahapan pertama dari proses keperawatan. Sebelum memulai seluruh proses, tenaga keperawatan akan melakukan pengkajian awal terhadap kondisi klien. Klien akan diberikan pertanyaan serta diberikan sejumlah tes baik fisik maupun psikis. Pengkajian ini merupakan titik yang paling penting untuk menghasilkan diagnosa keperawatan yang tepat (Prabowo, 2017). Pada klien dengan hipospadia setelah tindakan post operasi pengkajian yang penting dilakukan yaitu mengkaji adanya pembengkakan atau tidak, adanya perdarahan, dan disuria (Mendri & Prayogi, 2017).

a. Identitas

Nama : sesuai nama klien

Umur : sering terjadi pada bayi

Jenis kelamin : laki-laki

Pendidikan : mulai dari pendidikan rendah hingga tinggi

Pekerjaan : berpotensi pada semua jenis pekerjaan

Diagnosa medis : Hipospadia.

b. Keluhan Utama

Biasanya orang tua klien mengeluh dengan kondisi anaknya karena penis yang tidak sesuai dengan anatomis penis biasa karena melengkung kebawah dan terdapat lubang kencing yang tidak pada tempatnya.

c. Riwayat Kesehatan

1) Riwayat Penyakit Sekarang.

Pada klien dengan hipospadia ditemukan adanya lubang kencing yang tidak pada tempatnya sejak lahir dan belum diketahui dengan pasti penyebabnya.

2) Riwayat Penyakit Dahulu

Adanya riwayat ketidakseimbangan hormon dan faktor lingkungan yang mempengaruhi kehamilan ibu, seperti

terpapar dengan zat atau polutan yang bersifat tertogenik yang menyebabkan terjadinya mutasi gen yang dapat menyebabkan pembentukan penis yang tidak sempurna.

3) Riwayat Kesehatan Keluarga

Terdapat riwayat keturunan atau genetik dari orang tua atau saudara kandung dari klien yang pernah mengalami hipospadia.

d. Kesehatan Fungsional (11 Pola Gordon)

1) Pola nutrisi

Klien dengan hipospadia biasanya tidak terjadi gangguan nutrisi

2) Pola Reproduksi dan seksualitas

Klien dengan hipospadia biasanya mengalami masalah dalam hal berhubungan jika tidak menjalani prosedur operasi untuk memperbaiki uretra yang tidak berkembang.

3) Pola aktivitas/ latihan

Pada umumnya klien dengan hipospadia tidak memiliki gangguan aktivitas

4) Pola istirahat

Pada klien biasanya tidak memiliki gangguan pola tidur kecuali saat dirawat dirumah sakit

5) Persepsi, pemeliharaan, dan pengetahuan

Klien biasanya tidak mengetahui penyakit yang dialami karena kurangnya pemahaman klien terkait penyakit hipospadia dan pada umumnya pemeliharaan kesehatan klien tidak ada masalah

6) Keyakinan dan nilai

Klien hipospadia dapat memeluk agama sesuai keyakinannya masing-masing

7) Pola toleransi

Tidak ada masalah toleransi pada klien dengan hipospadia

8) Pola hubungan peran

Klien biasanya tidak memiliki masalah hubungan dengan orang lain

9) Kognitif dan persepsi

Klien dengan hipospadia kebanyakan tidak memiliki masalah pada memorinya

10) Persepsi diri dan konsep diri

Klien biasanya tidak percaya diri dengan kelainan yang dialaminya

11) Pola eliminasi

Pada saat buang air kecil, pada klien hipospadia mengalami kesulitan karena penis yang bengkok mengakibatkan pancaran urin mengarah kearah bawah dan menetes melalui batang penis (Krisna & Maulana, 2017).

e. Data Penunjang

1) Laboratorium

Pada pemeriksaan darah akan diketahui apakah terjadi tanda infeksi atau tidak

2) USG

USG Ginjal disarankan untuk mengetahui adanya kelainan lainnya pada saluran kemih.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada klien dengan hipospadia post operasi *urethroplasty* yaitu (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017) :

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi) dengan tanda dan gejala yang mungkin muncul yaitu tampak meringis, bersikap protektif (mis. waspada, posisi menghindari nyeri), gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur, tekanan darah meningkat, pola napas berubah, nafsu makan

berubah, proses berpikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri, diaforesis

- b. Gangguan integritas kulit berhubungan dengan perubahan sirkulasi dengan tanda dan gejala yang mungkin muncul yaitu kerusakan jaringan atau lapisan kulit, perdarahan, kemerahan, hematoma, dan nyeri.
- c. Ansietas berhubungan dengan krisis situasional dengan tanda dan gejala yang mungkin muncul yaitu merasa bingung, merasa khawatir dengan akibat, sulit berkonsentrasi, tampak gelisah, tampak tegang, sulit tidur
- d. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan dengan tanda dan gejala yang mungkin muncul yaitu menolak melakukan perawatan diri, tidak mampu mandi/mengenakan pakaian/makan/ke toilet/berhias secara mandiri, minat melakukan perawatan diri kurang
- e. Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan dengan tanda dan gejala yang mungkin muncul yaitu mengeluh sulit tidur, mengeluh sering terjaga, mengeluh tidak puas tidur, mengeluh pola tidur berubah, mengeluh istirahat tidak cukup
- f. Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif

3. Intervensi Keperawatan

Untuk intervensi pada masalah keperawatan yang ditemukan pada klien hipospadia, intervensi dapat disesuaikan dengan menggunakan acuan SLKI dan SIKI.

Tabel 2. 1 Intervensi Keperawatan pada klien Hipospadia

DIAGNOSA KEPERAWATAN	PERENCANAAN		
	TUJUAN DAN KRITERIA HASIL	RENCANA TINDAKAN	RASIONAL
Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi) (D.0077)	<p>Tingkat nyeri (L.08066) Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan nyeri akut teratasi dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nyeri berkurang dari 4 menjadi 2 2. Meringis berkurang dari 4 menjadi 2 3. Sikap protektif berkurang dari 4 menjadi 2 4. Gelisah berkurang dari 5 menjadi 2 5. Frekuensi nadi normal 70-120x/menit 	<p>Manajemen Nyeri (L.08238)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri (PQRST) 2. Identifikasi respon nyeri non verbal <p>Teraupetik</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Ajarkan teknik non-farmakologi untuk mengurangi nyeri (teknik relaksasi nafas dalam <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Edukasi pada klien dan keluarga terkait penyebab, periode dan pemicu nyeri 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Diketahui tingkat nyeri klien membantu dalam menentukan tindakan keperawatan yang akan dilakukan. 2. Untuk mengetahui tingkat ketidaknyamanan yang dirasakan klien 3. Nafas dalam dapat melancarkan sirkulasi oksigen di dalam tubuh, membuat sirkulasi darah lancar, dan vena melebar sehingga bisa mengurangi nyeri. 4. Dapat meningkatkan pengetahuan klien dan keluarga terkait penyebab, periodedan pemicu nyeri.

		Kolaborasi 5. Kolaborasi dengan dokter terkait pemberian analgetik	5. Terapi farmakologi yang tepat dapat mengurangi keluhan nyeri
Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan (D.0109)	Perawatan Diri (L.11103) Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan defisit perawatan diri teratasi dengan kriteria hasil: 1. Kemampuan mandi meningkat dari 3 menjadi 5 2. Kemampuan berpakaian meningkat dari 3 menjadi 5 3. Kemampuan toileting meningkat dari 3 menjadi 4	Dukungan Perawatan Diri (L.11348) Observasi 1. Monitor tingkat kemandirian 2. Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan Teraupetik 3. Siapkan keperluan pribadi (air hangat, waslap, sabun mandi, pakaian, parfum dll) 4. Bantu klien dalam memenuhi kebutuhan perawatan diri sampai mandiri Edukasi 5. Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan	1. Diketuainya tingkat kemandirian klien dapat membantu dalam mendiagnosis dan menentukan tindakan keperawatan yang akan dilakukan 2. Diketuainya kebutuhan perawatan diri yang diperlukan oleh klien 3. Tersedianya keperluan alat kebersihan diri klien 4. Termotivasi untuk melakukan perawatan diri secara mandiri 5. Memandirikan klien dalam perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan

<p>Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan (D.0055)</p>	<p>Pola tidur (L.05045) Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan gangguan pola tidur dapat teratasi, dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan sulit tidur membaik dari 2 menjadi 5 2. Keluhan pola tidur membaik dari 2 menjadi 5 3. Istirahat cukup meningkat dari 2 menjadi 5 	<p>Dukungan Tidur (I.09265) Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur 2. Identifikasi faktor pengganggu tidur <p>Teraupetik</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Modifikasi lingkungan (misal: pencahayaan, kebisingan, suhu, matras dan tempat tidur) 4. Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Diketuainya kondisi pola aktivitas dan tidur klien 2. Diketuainya faktor pengganggu tidur klien dapat membantu dalam menentukan tindakan keperawatan yang akan dilakukan 3. Lingkungan yang nyaman dapat meningkatkan kualitas tidur klien 4. Mempercepat mengawali tidur dan memperbaiki siklus tidur 5. Meningkatkan pengetahuan klien terkait tidur yang cukup selama sakit
<p>Gangguan Integritas Kulit/Jaringan berhubungan dengan perubahan sirkulasi (D.0129)</p>	<p>Integritas Kulit dan Jaringan (L.14125) Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan defisit perawatan diri teratasi dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan nyeri menurun dari 3 menjadi 5 	<p>Perawatan Luka (I.14564) Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tanda-tanda infeksi <p>Teraupetik</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Bersihkan luka dengan cairan NaCl 3. Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka 4. Ganti balutan sesuai jumlah jenis luka 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Diketuainya tanda-tanda infeksi lebih awal akan mencegah terjadinya komplikasi 2. Cairan NaCl tidak mengganggu proses penyembuhan luka 3. Teknik steril menurunkan resiko terserang mikroorganisme pada luka

	<ul style="list-style-type: none"> 2. Perdarahan menurun dari 3 menjadi 5 3. Kemerahan menurun dari 3 menjadi 5 	<p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> 5. Anjurkan klien untuk mengonsumsi makanan tinggi kalori dan protein <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> 6. Kolaborasi dengan dokter terkait pemberian antibiotik 	<ul style="list-style-type: none"> 4. Melindungi luka dari infeksi 5. Makanan tinggi kalori dan protein dapat mempercepat proses penyembuhan luka 6. Terapi farmakologi cefotaxime yang tepat dapat menurunkan risiko infeksi pada luka
<p>Ansietas berhubungan dengan krisis situasional (D.0080)</p>	<p>Tingkat Ansietas (L.09093) Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan ansietas teratasi dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Perilaku gelisah menurun dari 3 menjadi 5 2. Perilaku tegang menurun dari 3 menjadi 5 3. Frekuensi nadi normal 70-120x/menit 4. Pola tidur membaik dari 3 menjadi 5 	<p>Reduksi Ansietas (I.09314)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis. Kondisi, waktu, stressor) 2. Identifikasi kemampuan mengambil keputusan 3. Monitor tanda ansietas (verbal dan non verbal) <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> 4. Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan 5. Pahami situasi yang membuat ansietas 6. Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan <p>Edukasi</p>	<ul style="list-style-type: none"> 1. Untuk mengetahui tingkat kecemasan klien 2. Agar klien dapat menentukan pilihannya sendiri 3. Mengetahui tanda dan gejala ansietas yang dialami klien 4. Menumbuhkan rasa saling percaya pada klien 5. Memahami klien dapat mengurangi ansietasnya 6. Mengetahui penyebab kecemasan klien 7. Agar klien mengetahui kondisinya 8. Pendampingan keluarga dapat meringankan ketegangan klien 9. Distraksi atau pengalihan

		<ol style="list-style-type: none"> 7. Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis 8. Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, jika perl 9. Latih kegiatan pengalihan, untuk mengurangi ketegangan 10. Latih teknik relaksasi <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 11. Kolaborasi pemberian obat anti anxietas, jika perlu 	<p>dapat mengatasi ansietas</p> <ol style="list-style-type: none"> 10. Relaksasi dapat meringankan ansietas 11. Obat ansietas dapat menurunkan kecemasan klien
Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif (D.0142)	<p>Tingkat infeksi (L.14137) Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan resiko infeksi dapat teratasi , dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Demam menurun dari 3 menjadi 5 2. Kemerahan menurun dari 3 menjadi 5 3. Bengkak menurun dari 3 menjadi 5 	<p>Pencegahan Infeksi (L.14539)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik 2. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan klien dan lingkungan klien 3. Pertahankan teknik aseptik pada klien 4. Jelaskan tanda dan gejala infeksi kepada klien dan keluarga 5. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar kepada klien dan keluarga 6. Kolaborasi pemberian antibiotik 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tanda gejala infeksi menjadi acuan dalam menentukan tindakan keperawatan yang akan dilakukan. 2. Cuci tangan dapat mencegah kontaminasi kuman 3. Teknik aseptik menurunkan resiko terserang infeksi 4. Pengetahuan penting untuk proses penyembuhan luka klien 5. Cuci tangan meminimalisir risiko infeksi. 6. Terapi antibiotik yang tepat dapat menurunkan risiko infeksi

4. Implementasi

Menurut Mufidaturrohmah (2017) implementasi merupakan pelaksanaan tindakan yang sudah direncanakan dalam rencana perawatan. Tindakan tersebut mencakup tindakan mandiri keperawatan dan tindakan kolaborasi. Tindakan mandiri dilakukan perawat sendiri dan bukan merupakan petunjuk maupun perintah dari petugas kesehatan lain. Bentuk dari implementasi keperawatan yaitu mulai dari pengkajian untuk mengidentifikasi masalah, pendidikan kesehatan pada klien untuk membantu menambah pengetahuan tentang kesehatan, konseling, penatalaksanaan atau tindakan keperawatan untuk memecahkan masalah kesehatan, membantu memandirikan klien, konsultasi dan diskusi dengan tenaga kesehatan lainnya.

Beberapa hal yang harus diperhatikan dalam melakukan implementasi yaitu tindakan keperawatan yang dilakukan harus sesuai dengan intervensi yang telah direncanakan, dilakukan dengan cara aman serta sesuai dengan kondisi klien, harus dievaluasi terkait keefektifan dan pendokumentasian keperawatan yang benar. Kegiatan yang dilakukan pada tahap implementasi dimulai dari pengkajian lanjutan, membuat prioritas masalah, menghitung alokasi tenaga, membuat intervensi keperawatan dan melakukannya, serta mendokumentasikan tindakan beserta respon klien terhadap tindakan yang telah dilakukan (LeMone et al., 2016).

1. Evaluasi

Menurut Mufidaturrohmah (2017) tujuan dan evaluasi adalah untuk mengetahui sejauh mana perawatan dapat dicapai dan memberikan umpan balik terhadap asuhan keperawatan yang berikat.

a. Evaluasi Proses

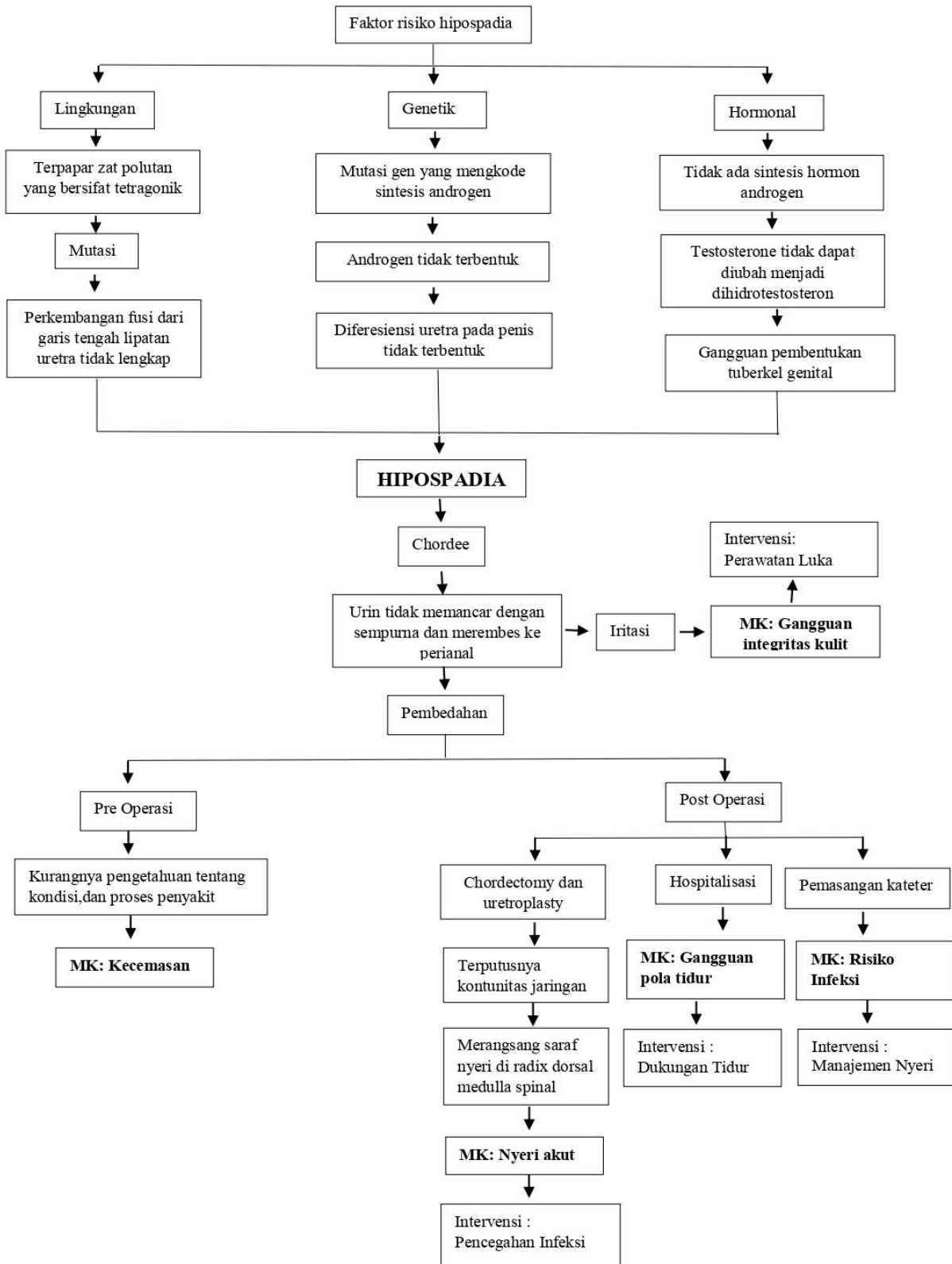
Merupakan aktivitas dari proses keperawatan dan hasil kualitas pelayanan asuhan keperawatan. Evaluasi ini harus dilaksanakan segera setelah perencanaan keparawatan diimplementasikan agar dapat mengetahui efektifitas intervensi tersebut. Evaluasi proses harus terus menerus dilaksanakan hingga tujuan yang telah ditentukan tercapai.

b. Evaluasi hasil

Fokus evaluasi hasil adalah perubahan perilaku atau status kesehatan klien pada akhir asuhan keperawatan. Evaluasi keperawatan disusun berdasarkan S.O.A.P yang operasional:

S (Subyektif): merupakan ungkapan perasaan dan keluhan yang dirasakan secara subjektif oleh klien setelah diberikan tindakan keperawatan. O (Obyektif) : merupakan keadaan objektif yang dapat dilihat dan identifikasi oleh perawat menggunakan pengamatan yang objektif setelah tindakan keperawatan dilakukan. A (*Assesment*): merupakan analisa perawat setelah mengetahui respons subjektif dan objektif klien dengan membandingkan dengan kriteria dan standar serta mengacu pada tujuan keperawatan P (*Plan*) : perencanaan tindak lanjut setelah perawat melakukan analisis.

C. WEB OF CAUSATION



Gambar 2. 3 Web Of Causation