

## **BAB II**

### **KONSEP DASAR MEDIK**

#### **A. Definisi**

Agenesis vagina adalah suatu penyakit kelainan bawaan pada wanita dimana tidak terbentuknya vagina atau jalan lahir tidak. Hal ini merupakan cacat sejak lahir. Namun tanda-tanda seks seperti ovarium dan payudara terbentuk berkembang normal dan berfungsi. Agenesis vagina umumnya terdapat pada sindrom Mayer Rokitansky Kuster Hauser (MRKH syndrome). Insidennya kurang lebih satu diantara empat ribu sampai dengan sepuluh ribu kelahiran namun kejadiannya seringkali baru diketahui ketika penderita memasuki usia remaja, dengan keluhan amenore primer (Linda.A, 2023).

Agenesis Vagina adalah suatu bentuk kelainan langka pada sistem reproduksi wanita yang bersifat kongenital dimana tidak terbentuknya vagina dan rahim hanya berkembang sebagian atau tidak berkembang sama sekali. Namun perkembangan seks sekunder berkembang secara normal. Kelainan kongenital ini yang berupa tidak adanya vagina akan menimbulkan masalah bagi penderita terutama memberikan keluhan tidak dapat melakukan hubungan seksual dan jalan keluar haid (hematometra) (Mayo.C, 2022).

Berdasarkan uraian diatas dapat disimpulkan bahwa agnesis vagina adalah suatu penyakit bawaan yang terjadi pada wanita, di mana tidak terbentuknya vagina sedangkan tanda- tanda seks sekundernya berkembang secara normal. Penyakit ini menyerang satu dari empat ribu hingga sepuluh ribu kelahiran, namun fenomena ini seing kali baru diketahui pasien masuk masa

pubertas dengan masalah amenore primer. Infertilitas kongenital atau kongenital sering kali menimbulkan masalah bagi penderitanya, terutama pada masalah hubungan seksual dan juga menstruasi.

## **B. Proses Terjadinya Masalah**

### **1. Faktor Presipitasi**

Faktor presipitasi agenesi vagina secara pasti belum jelas tetapi beberapa peneliti menganggap karena kelainan genetik seperti gen HOXA10, HOXA11, HOXA13 dan gen WNT4 saluran muller bagian bawah tidak mengalami rekalisasi sehingga tidak terbentuknya vagina (Pratiwi.R & Fauzi.A, 2018).

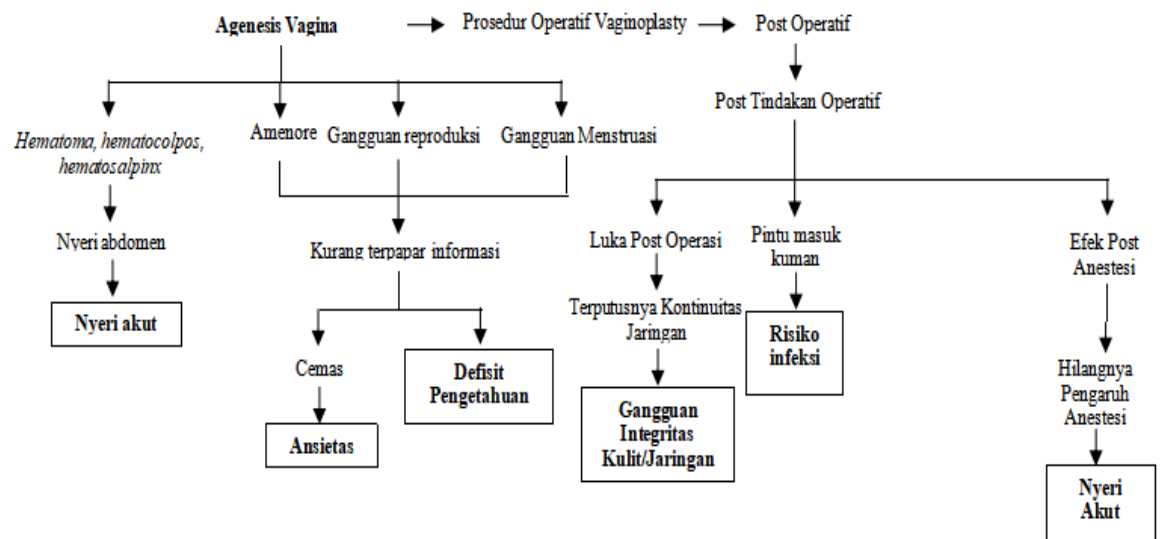
### **2. Faktor Predisposisi**

Tidak terkaji

### **3. Patofisiologi**

Perkembangan organ reproduksi normal pada individu pria dan wanita memerlukan koordinasi tepat waktu dari tiga system terpisah namun saling bergantung berikut ini: struktur gonad, system saluran internal dan alat kelamin luar. Pada embrio wanita, tidak adanya testis dan akibatnya tidak adanya endrogen dan zat penghambat mullerian (MIS) memungkinkan pengembangan dan deferensiasi system saluran mullerian dengan regresi saluran wolffian. Duktus mullerian dapat dikenali pada usia kehamilan 6 minggu baik pada pria maupun wanita. Saluran ini memanjang dan mencapai sinus urogenital pada usia kehamilan 9 minggu, sehingga membentuk saluran uterovaginal.

Kedua duktus mullerian berjalan dari kaudad ke cephalad ke fundus uteri dan menyatu. Invaginasi endodermal bilateral (yaitu bulbus sinovaginal) terbentuk ketika tuberkel mullerian mengalami kemunduran. Pertumbuhan cephalic bulbus sinovaginal selesai pada usia kehamilan 15-26 minggu, dan fusi bulbus sinovaginal dengan korda vaginal membentuk lempeng vagina. Meskipun kontroversi seputar perkembangan saluran genital paten, kanalisasi saluran uterovaginal diyakini terjadi dari bagian ekor hingga kepala, dengan lapisan (Saxena.K.A, 2021).



**Gambar 1.1 Pathway Agnesis Vagina**

Sumber: Pratiwi.R & Fauzi.A, 2018&Tim Pokja 2017

#### 4. Manifestasi Klinik

##### a. Amenore primier

Amenore primier adalah tertundanya menarke pada usia 14 tahun tanpa disertai seks sekunder atau tidak adanya menstruasi pada usia 16 tahun

dengan adanya pertumbuhan normal skes sekunder (Arifiandi.D.A & Wiyasa.A.I, 2018).

b. Uterus didelphis

Uterus didelphis merupakan bentuk kelainan penyatuan yang paling parah terjadi ketika ductus mullerii gagal bersatu disepanjang garis, menyebabkan pembentukan dua vagina, dua serviks, dan dua tanduk uterus yang terpisah (M.Safitri, 2019).

c. Sindroma pramenstruasi siklis (PMS)

Sindroma pramenstruasi adalah sekumpulan gejala yang muncul akibat perubahan hormon yang terjadi dalam tubuh perempuan menjelang menstruasi (Andira, 2015).

d. Nyeri abdomen

Agenesis vagina dapat menyebabkan nyeri abdomen karena kondisi tersebut mengganggu perkembangan system reproduksi dan menyebabkan komplikasi seperti hematometra atau hematokolpos, yang merupakan penumpukan darah di dalam rahim atau vagina yang tidak memiliki jalan keluar yang cukup. Ini dapat menyebabkan tekanan dan nyeri diarea perut (Petrykowski.J.P,dkk, 2023).

e. Tidak dapat melakukan hubungan seksual, dikarenakan tidak adanya lubang vagina (Petrykowski.J.P,dkk, 2023).

## 5. Pemeriksaan Diagnostik

### a. Ultrasonografi

USG merupakan pemeriksaan sonografi agenesis vagina yang baik karena tidak menimbulkan radiasi noninvasif dan tidak mahal. USG dapat dengan mudah menentukan batas bagian atas vagina dan panjangnya. USG juga dapat mengidentifikasi kelainan uterus dan obstruksi tuba.

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

MRI dapat memberikan pencitraan yang terbaik dari jaringan superfisial dan jaringan yang lebih dalam. MRI dapat mengklarifikasi hasil pemeriksaan USG mengenai cavum uterus, dan dapat memeriksa struktur subperitoneal.

### c. Laparoscopi

Laparoscopi dapat memberikan cavum uteri secara tidak langsung. Tindakan laparoscopi lebih dipilih bila didapatkan sisa uterus atau endometriosis yang menyebabkan nyeri pelvis memerlukan eksisi.

### d. Intravenous Pyelografi (IVP)

Untuk mengetahui ada atau tidaknya kelainan traktus urinarius (Yeni.M.C,dkk, 2020)

## 6. Komplikasi

Komplikasi dari tidak adanya lubang vagina atau agenesis vagina bisa mencakup masalah fisik dan psikologis. Secara fisik, ini bisa menyebabkan kesulitan menstruasi karena tidak adanya lubang mengakibatkan darah

menumpuk di rahim yang biasa disebut dengan hematoclopos (Petrykowski.J.P,dkk, 2023).

## 7. Penatalaksanaan Medis

### a. Teknik *Frank*

Teknik *frank* berupa suatu teknik non bedah yang dilakukan dengan melakukan penekanan dilatasi pada cekungan vagina dalam jangka waktu tertentu (Yeni.M.C,dkk, 2020).

### b. Penggunaan kolon sigmoid

Penggunaan graft dengan usus untuk operasi agenesis vagina diperkenalkan 100 tahun yang lalu oleh Baldwin. Karena morbiditasnya tinggi, penggunaan usus dalam sejarah tidak digunakan sebagai terapi pilihan utama. Tetapi keuntungan tehnik ini memberikan hasil anatomis yang baik. Dengan peningkatan tehnik anastomosis colorectal, persiapan usus yang baik, dan penggunaan antibiotik prophilaksis sehingga saat ini pengunaan graft sigmoid menjadi terapi pilihan utama. Persiapan polyethylene glycol mekanisme usus (dengan dan enema rektal) dimulai 36 jam sebelum operasi. Antibiotik diberikan selama operasi dengan tehnik insisi pfannenstiel.

Setelah memeriksa anatomi organ genetalia interna dan mobilitas dan Panjang kolon, tanduk uterus yang rudimenter dan bagian atas septum fibromuskuler dibuang. Kemudian, sebuah saluran dibuat antara vesika urinaria dan rectum, dari kavum dauglas ke perineum. Perlukaan

vesika urinaria dan rectum dicegah dengan memasukan ruang vestibular dengan dilator transparan yang bercahaya dari perineum.

Langkah selanjutnya adalah mempersiapkan kolon sigmoid secara *champeau*. Setelah pengangkatan kolon sigmoid, 15-20 cm di atas *rectosigmoid junction*. Kemudian segmen kolon dibawa ke perineum melalui saluran antara vesica urinaria dan rectum. Dilakukan anastomosis colonvestibular dengan benang polyglactine 3/0 secara terputus. Ujung neovagina dijahit pada fascia promontorium dengan benang polyester. Tindakan diakhiri dengan penutupan mesosigmoid dan rongga abdomen (Communal, Maesson, Golfier, dan Raudrant, 2015).

c. Rekontruksi vagina dengan menggunakan metode mcIndoe

Prosedur ini melibatkan pembedahan ruang antara rectum dan kandung kemih, penempatan sent yang dilapisi menggunakan cangkok kulit dengan ketebalan yang berbeda ke dalam ruang tersebut (Yeni.M.C,dkk, 2020).

d. *Vaginoplasty*

*Vaginoplasty* merupakan salah satu tindakan rekontruksi vagina dimana teknik ini menggunakan flap vulva untuk membuat tabung vagina (Yeni.M.C,dkk, 2020).

e. Prosedur *vecchietti* laparaskopi

*Vecchietti* laparaskopi adalah modifikasi dari teknik terbuka dimana neovagina dibuat dengan menggunakan alat traksi eksternal yang ditempelkan pada dinding perut (Prohaska.Joeseph, 2024).

### C. Diagnosa Keperawatan

1. Diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada pasien *pre* operasi menurut Pratiwi.R, Renaldy & Fauzi.A (2018) berdasarkan SDKI (2017) antara lain :
  - a) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (D.0077)
  - b) Ansietas berhubungan dengan krisis situasional (D.0080)
  - c) Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi (D.0111)
2. Diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada pasien *post* operasi menurut Pratiwi.R, Renaldy & Fauzi.A (2018) berdasarkan SDKI (2017) antara lain :
  - a) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (D.0077)
  - b) Gangguan integritas kulit berhubungan dengan penurunan mobilitas (D.0129)
  - c) Risiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasive (D.0142)



#### D. Intervensi Keperawatan

Berdasarkan standar luaran keperawatan Indonesia Tim Pokja PPNI (2018), dan standar intervensi keperawatan Indonesia Tim Pokja PPNI (2018), Ada beberapa tujuan, kriteria hasil, serta rencana intervensi pada pasien *pre* operasi agenesi vagina sebagai berikut :

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis

**Tabel 2.1 Intervensi Keperawatan *Pre* Operasi Nyeri Akut**

Tujuan	Intervensi
<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil :</p> <p><b>Tingkat Nyeri (L.08066)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keluhan nyeri menurun</li> <li>2. Meringis menurun</li> <li>3. Sikap protektif menurun</li> <li>4. Kesulitan tidur menurun</li> <li>5. Ketegangan otot menurun</li> <li>6. Perasaan depresi menurun</li> <li>7. Anoreksi menurun</li> <li>8. Pupil dilatasi menurun</li> <li>9. Frekuensi nadi membaik</li> <li>10. Pola napas membaik</li> <li>11. Pola tidur membaik</li> </ol>	<p><b>Manajemen Nyeri (L.08238)</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</li> <li>2. Identifikasi skala nyeri</li> <li>3. Identifikasi respon nyeri non verbal</li> <li>4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</li> <li>5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri</li> <li>6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap nyeri</li> <li>7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup</li> <li>8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan</li> <li>9. 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 (mis. TENS, hipnotis, akupresure, terapi musik, <i>biofeedback</i>, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain</li> <li>2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri</li> <li>3. Fasilitasi istirahat tidur</li> <li>4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi nyeri</li> </ol>

<b>Tujuan</b>	<b>Intervensi</b>
	<p data-bbox="818 383 927 412"><b>Edukasi</b></p> <ol data-bbox="866 416 1359 741" style="list-style-type: none"><li data-bbox="866 416 1359 488">1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri</li><li data-bbox="866 490 1359 519">2. Jelaskan strategi meredakan nyeri</li><li data-bbox="866 521 1359 593">3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri</li><li data-bbox="866 595 1359 667">4. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat</li><li data-bbox="866 669 1359 741">5. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</li></ol> <p data-bbox="818 763 959 792"><b>Kolaborasi</b></p> <ol data-bbox="866 797 1359 862" style="list-style-type: none"><li data-bbox="866 797 1359 862">1. Kolaborasi pemberian analgesic jika perlu</li></ol>

## 2. Ansietas berhubungan dengan krisis situasional (D.0080)

**Tabel 2.2 Intervensi Keperawatan *Pre Operasi* Ansietas**

Tujuan	Intervensi
<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan ansietas menurun dengan kriteria hasil :</p> <p><b>Tingkat Ansietas (L.09093)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Verbelisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi</li> <li>2. Perilaku gelisah menurun</li> <li>3. Pucat menurun</li> <li>4. Konsentrasi menurun</li> <li>5. Pola tidur membaik</li> <li>6. Perasaan keberdayaan membaik</li> <li>7. Orientasi membaik</li> </ol>	<p><b>Reduksi Ansietas (I.09314)</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis. kondisi, waktu, stresor)</li> <li>2. Identifikasi kemampuan mengambil keputusan</li> <li>3. Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan non verbal)</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan</li> <li>2. Temani pasien untuk mengurangi kecemasan, jika memungkinkan</li> <li>3. Pahami situasi yang membuat ansietas</li> <li>4. Dengarkan dengan penuh perhatian</li> <li>5. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan</li> <li>6. Tempatkan barang pribadi yang memberikan kenyamanan</li> <li>7. Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan</li> <li>8. Diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami</li> <li>2. Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis</li> <li>3. Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, jika perlu</li> <li>4. Anjurkan melakukan kegiatan yang tidak kompetitif, sesuai kebutuhan</li> <li>5. Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi</li> <li>6. Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan</li> </ol> <p><b>Kolaborasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi pemberian obat anti ansietas, jika perlu.</li> </ol>

## 3. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi (D.0111)

**Tabel 2.3 Intervensi Keperawatan *Pre* Operasi Defisit Pengetahuan**

Tujuan	Intervensi
<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan defisit pengetahuan meningkat dengan kriteris hasil :</p> <p><b>Tingkat Pengetahuan (L.12111)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perilaku sesuai anjuran meningkat</li> <li>2. Verbalisasi minat dalam belajar meningkat</li> <li>3. Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik meningkat</li> <li>4. menggambarkan pengalaman sebelumnya yang sesuai dengan topik meningkat</li> </ol>	<p><b>Edukasi Kesehatan (I.12383)</b></p> <p><b>Observasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi</li> <li>2. Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat</li> </ol> <p><b>Terapeutik:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sediakan materi dan media Pendidikan Kesehatan</li> <li>2. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan</li> <li>3. Berikan kesempatan untuk bertanya</li> </ol> <p><b>Edukasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sediakan materi dan media Pendidikan Kesehatan</li> <li>2. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan</li> <li>3. Berikan kesempatan untuk bertanya</li> </ol> <p><b>Kolaborasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi Kesehatan</li> <li>2. Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat</li> <li>3. Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat</li> <li>4. Berikan kesempatan untuk bertanya</li> </ol>

Berdasarkan standar luaran keperawatan Indonesia Tim Pokja PPNI (2018), dan standar intervensi keperawatan Indonesia Tim Pokja PPNI (2018), Ada beberapa tujuan, kriteria hasil, serta rencana intervensi pada pasien *post* operasi agenesis vagina sebagai berikut :

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik

**Tabel 2.4 Rencana Intervensi Keperawatan *Post* Operasi Nyeri Akut**

Tujuan	Intervensi
<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil :</p> <p><b>Tingkat Nyeri (L.08066)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keluhan nyeri menurun</li> <li>2. Meringis menurun</li> <li>3. Sikap protektif menurun</li> <li>4. Kesulitan tidur menurun</li> <li>5. Ketegangan otot menurun</li> <li>6. Perasaan depresi menurun</li> <li>7. Anoreksi menurun</li> <li>8. Pupil dilatasi menurun</li> <li>9. Frekuensi nadi membaik</li> <li>10. Pola napas membaik</li> <li>11. Pola tidur membaik</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, intensitas nyeri</li> <li>2. Identifikasi skala nyeri</li> <li>3. Identifikasi respon nyeri non verbal</li> <li>4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</li> <li>5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri</li> <li>6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap nyeri</li> <li>7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup</li> <li>8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan</li> <li>9. 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 (mis. TENS, hipnotis, akupresure, terapi musik, <i>biofeedback</i>, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain</li> <li>2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri</li> <li>3. Fasilitasi istirahat tidur</li> <li>4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi nyeri</li> </ol>

<b>Tujuan</b>	<b>Intervensi</b>
	<p data-bbox="810 383 916 412"><b>Edukasi</b></p> <ol data-bbox="868 418 1358 741" style="list-style-type: none"><li data-bbox="868 418 1358 488">1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri</li><li data-bbox="868 488 1358 521">2. Jelaskan strategi meredakan nyeri</li><li data-bbox="868 521 1358 591">3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri</li><li data-bbox="868 591 1358 660">4. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat</li><li data-bbox="868 660 1358 741">5. Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</li></ol> <p data-bbox="810 763 959 792"><b>Kolaborasi</b></p> <ol data-bbox="868 799 1358 862" style="list-style-type: none"><li data-bbox="868 799 1358 862">1. Kolaborasi pemberian analgesic, jika perlu</li></ol>

## 2. Gangguan integritas kulit berhubungan dengan penurunan mobilitas

**Tabel 2.5 Rencana Intervensi Keperawatan *Post* Operasi Gangguan****Integritas Kulit**

<b>Tujuan</b>	<b>Intervensi</b>
<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan integritas kulit dan jaringan meningkat dengan kriteria hasil:</p> <p><b>Integritas Kulit Dan Jaringan (L.14125)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Elastisitas meningkat</li> <li>2. Hidrasi meningkat</li> <li>3. Perfusi jaringan meningkat</li> <li>4. Nyeri menurun</li> <li>5. Perdarahan menurun</li> <li>6. Kemerahan menurun</li> <li>7. Hematoma menurun</li> <li>8. Pigmentasi abnormal menurun</li> <li>9. Nekrosis menurun</li> <li>10. Jaringan parut menurun</li> <li>11. Abrasi kornea menurun</li> <li>12. Suhu kulit membaik</li> <li>13. Sensasi membaik</li> <li>14. Tekstur membaik</li> <li>15. Pertumbuhan rambut membaik</li> </ol>	<p><b>Perawatan Integritas Kulit (I.11353)</b></p> <p><b>Observasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit (mis: perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi, penurunan kelembaban, suhu lingkungan ekstrim, penurunan mobilitas)</li> </ol> <p><b>Terapeutik:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ubah posisi setiap 2 jam jika tirah baring</li> <li>2. Lakukan pemijatan pada area penonjolan tulang, jika perlu</li> <li>3. Bersihkan perineal dengan air hangat, terutama selama periode diare</li> <li>4. Gunakan produk berbahan petroleum atau minyak pada kulit kering</li> <li>5. Gunakan produk berbahan ringan/alami dan hipoalergik pada kulit sensitive</li> <li>6. Hindari produk berbahan dasar alkohol pada kulit kering</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anjurkan menggunakan pelembab (mis: lotion, serum)</li> <li>2. Anjurkan minum air yang cukup</li> <li>3. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi</li> <li>4. Anjurkan meningkatkan asupan buah dan sayur</li> <li>5. Anjurkan menghindari terpapar suhu ekstrim</li> <li>6. Anjurkan menggunakan tabir surya SPF minimal 30 saat berada diluar rumah</li> </ol>

<b>Tujuan</b>	<b>Intervensi</b>
	<p>7. Gunakan produk berbahan ringan/alami dan hipoalergik pada kulit sensitive</p> <p>8. Hindari produk berbahan dasar alkohol pada kulit kering</p> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Anjurkan menggunakan pelembab (mis: lotion, serum)</li><li>2. Anjurkan minum air yang cukup</li><li>3. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi</li><li>4. Anjurkan meningkatkan asupan buah dan sayur</li><li>5. Anjurkan menghindari terpapar suhu ekstrim</li><li>6. Anjurkan menggunakan tabir surya SPF minimal 30 saat berada diluar rumah</li><li>7. Anjurkan mandi dan menggunakan sabun secukupnya.</li></ol>



## 3. Risiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasive

**Tabel 2.6 Intervensi Keperawatan *Post Operasi* Risiko Infeksi**

Tujuan	Intervensi
<p>Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil :</p> <p><b>Tingkat Infeksi (L.14137)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kebersihan tangan meningkat</li> <li>2. Kebersihan badan meningkat</li> <li>3. Demam, kemerahan, nyeri dan bengkak menurun</li> <li>4. Kadar sel darah putih meningkat</li> </ol>	<p><b>Pencegahan Infeksi (I.14539)</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengetahui tanda dan gejala infeksi local dan sistemik</li> <li>2. Mengurangi penyebaran infeksi ke pasien maupun pengunjung</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengurangi tingkat keparahan edema pasien.</li> <li>2. Memutus rantai penularan infeksi dari pasien ke perawat</li> <li>3. Mencegah terjadinya infeksi pada pasien berisiko tinggi</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mengetahui tanda dan gejala infeksi</li> <li>2. Memutus rantai penularan infeksi dan mencegah terjadinya infeksi</li> <li>3. Mengurangi risiko penularan infeksi melalui udara</li> <li>4. Asupan yang bernutrisi mampu meningkatkan imun tubuh.</li> <li>5. Mengurangi terjadinya risiko infeksi karena dehidrasi</li> </ol> <p><b>Edukasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pemberian imunisasi mampu mengurangi terjadinya infeksi dan meningkatkan imun tubuh</li> </ol>