



Asuhan Keperawatan Pada Pasien **Infeksi Maternal**



Rd. Gita Mujahidah ■ Anis Laela Megasari
Neneng Ratnanengsih Puspitasari ■ Merida D Simanjuntak
Lisnawati Nur Farida ■ Aureliya Hutagaol ■ Kartini
Satriani Basharuddin Abbas ■ Ika Muzdalisa ■ Jehan Puspasari

Asuhan Keperawatan
Pada Pasien
Infeksi Maternal



UU 28 tahun 2014 tentang Hak Cipta

Fungsi dan sifat hak cipta Pasal 4

Hak Cipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 huruf a merupakan hak eksklusif yang terdiri atas hak moral dan hak ekonomi.

Pembatasan Perlindungan Pasal 26

Ketentuan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 23, Pasal 24, dan Pasal 25 tidak berlaku terhadap:

- a. penggunaan kutipan singkat Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait untuk pelaporan peristiwa aktual yang ditujukan hanya untuk keperluan penyediaan informasi aktual;
- b. Penggandaan Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait hanya untuk kepentingan penelitian ilmu pengetahuan;
- c. Penggandaan Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait hanya untuk keperluan pengajaran, kecuali pertunjukan dan Fonogram yang telah dilakukan Pengumuman sebagai bahan ajar; dan
- d. penggunaan untuk kepentingan pendidikan dan pengembangan ilmu pengetahuan yang memungkinkan suatu Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait dapat digunakan tanpa izin Pelaku Pertunjukan, Produser Fonogram, atau Lembaga Penyiaran.

Sanksi Pelanggaran Pasal 113

1. Setiap Orang yang dengan tanpa hak dan/atau tanpa izin Pencipta atau pemegang Hak Cipta melakukan pelanggaran hak ekonomi Pencipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf c, huruf d, huruf f, dan/atau huruf h untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 3 (tiga) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp500.000.000,00 (lima ratus juta rupiah).
2. Setiap Orang yang dengan tanpa hak dan/atau tanpa izin Pencipta atau pemegang Hak Cipta melakukan pelanggaran hak ekonomi Pencipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf a, huruf b, huruf e, dan/atau huruf g untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 4 (empat) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp1.000.000.000,00 (satu miliar rupiah).

Asuhan Keperawatan Pada Pasien Infeksi Maternal

Rd. Gita Mujahidah, Anis Laela Megasari
Neneng Ratnanengsih Puspitasari, Merida D Simanjuntak
Lisnawati Nur Farida, Aureliya Hutagaol, Kartini
Satriani Basharuiddin Abbas, Ika Muzdalia, Jehan Puspasari



Penerbit Yayasan Kita Menulis

Asuhan Keperawatan Pada Pasien Infeksi Maternal

Copyright © Yayasan Kita Menulis, 2023

Penulis:

Rd. Gita Mujahidah, Anis Laela Megasari
Neneng Ratnanengsih Puspitasari, Merida D Simanjuntak
Lisnawati Nur Farida, Aureliya Hutagaol, Kartini
Satriani Basharuiddin Abbas, Ika Muzdalia, Jehan Puspasari

Editor: Ronal Watrianthos

Desain Sampul: Devy Dian Pratama, S.Kom.

Penerbit

Yayasan Kita Menulis

Web: kitamenulis.id

e-mail: press@kitamenulis.id

WA: 0821-6453-7176

IKAPI: 044/SUT/2021

Rd. Gita Mujahidah., dkk.

Asuhan Keperawatan Pada Pasien Infeksi Maternal

Yayasan Kita Menulis, 2023

xiv, 144 hlm; 16 x 23 cm

ISBN: 978-623-342-819-4

Cetakan 1, Mei 2023

- I. Asuhan Keperawatan Pada Pasien Infeksi Maternal
- II. Yayasan Kita Menulis

Katalog Dalam Terbitan

Hak cipta dilindungi undang-undang

Dilarang memperbanyak maupun mengedarkan buku tanpa
izin tertulis dari penerbit maupun penulis

Kata Pengantar

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadiran Tuhan YME, yang telah memberikan kekuatan, kemampuan dan curahan kasih sayang kepada penulis sehingga buku ini telah selesai disusun.

Penulis haturkan terima kasih kepada para pihak yang mendukung lancarnya penulisan buku ini dari proses penulisan sampai proses terbit, kepada orang yang paling berharga bagi kami, rekan-rekan, penerbit dan perawat hebat Indonesia begitu pula kepada semua pihak yang tidak bisa kami sebutkan satu per satu.

Buku yang berjudul Asuhan Keperawatan Pada Pasien Infeksi Maternal ini telah selesai penulis susun dengan upaya maksimal dan sebaik mungkin sehingga harapan kami bisa bermanfaat bagi pembaca yang membutuhkan informasi dan pengetahuan mengenai bagaimana pemberian asuhan keperawatan pada pasien infeksi maternal baik pada masa antepartum, intrapartum dan postpartum.

Keseluruhan isi buku ini disusun dalam 10 Bab, yaitu:

Bab 1 Asuhan Keperawatan Pada Pasien HIV

Bab 2 Asuhan Keperawatan Pada Pasien Infeksi TORCH

Bab 3 Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Infeksi Human Papillomavirus

Bab 4 Asuhan Keperawatan Pada Pasien Infeksi Traktus Genitalis

Bab 5 Asuhan Keperawatan Pada Pasien Infeksi Post Partum

Bab 6 Asuhan Keperawatan Pada Pasien Infeksi Radang Panggul

Bab 7 Asuhan Keperawatan Pada Pasien Gonore

Bab 8 Asuhan Keperawatan Pada Pasien Sifilis

Bab 9 Asuhan Keperawatan Infeksi Maternal Dengan Herpeks Genital

Bab 10 Asuhan Keperawatan Pada Pasien Infeksi Klamidia

Penulis tentu sadar masih banyak kesalahan dan kekeliruan yang jauh dari kata sempurna pada buku ini. Penulis memohon pembaca bisa memberikan kritik maupun saran terhadap karya ini agar bisa meningkatkan kualitas isi buku.

Demikian buku ini kami buat sebagai harapan agar para pembaca mendapatkan informasi dan juga wawasan mengenai bagaimana melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan infeksi maternal.

Penulis

Daftar Isi

Kata Pengantar	v
Daftar Isi	vii
Daftar Gambar	xi
Daftar Tabel	xiii

Bab 1 Asuhan Keperawatan Pada Pasien HIV

1.1 Pendahuluan	1
1.2 Penyakit Menular Seksual HIV	2
1.3 Asuhan Keperawatan Pada Pasien HIV	5
1.3.1 Pengkajian Keperawatan	5
1.3.2 Diagnosa Keperawatan	8
1.3.3 Intervensi Keperawatan	10
1.3.4 Discharge Planning Pada Ibu Dengan HIV	18

Bab 2 Asuhan Keperawatan Pada Pasien Infeksi TORCH

2.1 Pendahuluan	19
2.2 Definisi Infeksi TORCH	20
2.3 Etiologi Infeksi TORCH	21
2.4 Tanda dan Gejala Infeksi TORCH	22
2.5 Patofisiologi Infeksi TORCH	23
2.5.1 Cara Penularan Infeksi TORCH	24
2.5.2 Cara Pengobatan Infeksi TORCH	25
2.7 Asuhan Keperawatan Pasien Infeksi TORCH	26

Bab 3 Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Infeksi Human Papillomavirus

3.1 Pendahuluan	31
3.2 Human Papillomavirus (HPV)	32
3.3 Manifestasi Klinis Human Papillomavirus	35
3.4 Konsep Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Infeksi Human Papillomavirus	40
3.3.1 Pengkajian Keperawatan	41
3.3.2 Diagnosa Keperawatan	43
3.3.3 Intervensi Keperawatan	44

3.3.4 Implementasi Keperawatan.....	46
3.3.5 Evaluasi Keperawatan	46

Bab 4 Asuhan Keperawatan Pada Pasien Infeksi Traktus Genitalis

4.1 Pendahuluan.....	47
4.2 Bakteri Vaginosis	48
4.3 Kandidiasis Vulvovaginalis	49
4.4 Trikomoniasis	51
4.5 Pengkajian dan Diagnosis Keperawatan.....	52
4.6 Perencanaan Keperawatan	53
4.7 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan.....	55

Bab 5 Asuhan Keperawatan Pada Pasien Infeksi Post Partum

5.1 Pendahuluan.....	57
5.2 Infeksi Post Partum.....	58
5.3 Manajemen Keperawatan Pada Infeksi Post Partum.....	61
5.3.1 Pengkajian	61
5.3.2 Diagnosis, Perencanaan, dan Evaluasi Keperawatan.....	62

Bab 6 Asuhan Keperawatan Pada Pasien Infeksi Radang Panggul

6.1 Pendahuluan.....	67
6.2 Pengertian Penyakit Radang Panggul	68
6.3 Etiologi dan Gejala Penyakit Radang Panggul.....	69
6.4 Pengobatan Penyakit Radang Panggul	72
6.5 Cara Pencegahan Penyakit Radang Panggul.....	73
6.6 Asuhan Keperawatan Penyakit Radang Panggul.....	74

Bab 7 Asuhan Keperawatan Pada Pasien Gonore

7.1 Pendahuluan.....	83
7.2 Penatalaksanaan Keperawatan	86
7.2.1 Pengkajian	86
7.2.2 Diagnosa Keperawatan.....	88

Bab 8 Asuhan Keperawatan Pada Pasien Sifilis

8.1 Pendahuluan.....	91
8.2 Tanda dan Gejala.....	91
8.3 Penyebab	95
8.4 Diagnosis dan Penularan.....	96
8.5 Pemeriksaan Laboratorium.....	97

8.6 Pencegahan	98
----------------------	----

Bab 9 Asuhan Keperawatan Infeksi Maternal Dengan Herpeks Genital

9.1 Pendahuluan.....	101
9.2 Rencana Asuhan Keperawatan.....	107

Bab 10 Asuhan Keperawatan Pada Pasien Infeksi Klamidia

10.1 Pendahuluan.....	113
10.2 Etiologi	114
10.3 Patofisiologi	115
10.4 Tanda, Gejala, dan Komplikasi	116
10.5 Pemeriksaan Diagnostik dan Penatalaksanaan.....	120
10.6 Skrining Untuk Infeksi Klamidia	121
10.7 Diagnosis Keperawatan	123
10.8 Intervensi Keperawatan	127

Daftar Pustaka	129
Biodata Penulis	139

Daftar Gambar

Gambar 3.1: Human Papillomavirus (HPV)	33
Gambar 3.2: Klasifikasi HPV Berdasarkan Tingkat Keganasan	34
Gambar 3.3: Diagram Tahap Infeksi HPV Pada Serviks	37
Gambar 6.1: Spektrum Klinis Penyakit Radang Panggul (PRP)	68
Gambar 8.1: Penis Terinfeksi Sifilis Primer	92
Gambar 8.2: Sifilis Sekunder Pada Umumnya Ditandai Dengan Munculnya Ruam Pada Telapak Tangan.....	93
Gambar 8.3: Papules Kemerah-Merahan dan Banyaknya Nodul Di Badan Menandai Terjadinya Sifilis Sekunder.....	93
Gambar 8.4: Pasien Dengan Sifilis Tersier, Kasus di Musée de l'Homme, Paris.	94
Gambar 8.5: Hispatologi Dari Treponema Pallidum Spiroset Menggunakan Sebuah Modifikasi Steinert Tembaga Stain	96
Gambar 9.1: Perbedaan HSV 1 dan HSV 2 dan Lokasi	103
Gambar 10.1: Chlamydia trachomatis	114
Gambar 10.2: Gambaran Klinis Limfogranuloma Venerum Pada Laki-laki dan Perempuan.....	115
Gambar 10.3: Gejala Klamidia	117
Gambar 10.4: Epididimitis	118
Gambar 10.5: Proktitis.....	119

Daftar Tabel

Tabel 2.1: Transmisi Virus Herpes Ke Dalam Manusia.....	22
Tabel 3.1: Intervensi Keperawatan.....	44
Tabel 5.1: Data Dasar Pengkajian Pasien Dengan Infeksi Pascapartum.....	61
Tabel 5.2: Diagnosa Keperawatan, Intervensi, dan Outcome	63
Tabel 6.1: Intervensi NOC-NIC	79
Tabel 7.1: Rencana Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Gonore.....	89
Tabel 10.1: Gejala-Gejala Pasien Terinfeksi Klamidia.....	116

Bab 1

Asuhan Keperawatan Pada Pasien HIV

1.1 Pendahuluan

Perkembangan epidemi HIV di dunia telah menjadi masalah global termasuk salah satunya di Indonesia. Berdasarkan data dari (WHO, 2022) perkiraan kasus HIV pada perempuan hamil 1,3 juta setiap tahunnya dengan tingkat penularan selama periode *antepartum*, *intrapartum* dan *postpartum* bahkan menyusui sekitar 15% sampai dengan 45%. Di Indonesia kasus HIV pada ibu hamil sebanyak 1.360 orang, ibu hamil yang mendapatkan pengobatan ARV sebanyak 238 orang sedangkan jumlah bayi lahir dari ibu positif sebanyak 111 orang (P2P, 2022).

Permasalahan peningkatan HIV di Indonesia diakibatkan kesadaran masyarakat yang masih rendah terhadap infeksi menular seksual. Infeksi menular seksual merupakan salah satu penyebab masalah kesehatan, sosial dan ekonomi di banyak negara serta merupakan salah satu pintu masuk HIV (Do Prado et al., 2018). HIV yang tidak diobati secara disiplin dapat mengakibatkan resistensi obat sehingga bisa menimbulkan keparahan komplikasi (Palk et al., 2020). Pengobatan yang dilakukan bisa ditunjang juga dengan pemberian asuhan keperawatan.

Asuhan keperawatan merupakan ujung tombak pelaksanaan pelayanan di RS maupun komunitas. Pelayanan yang diberikan kepada pasien tentu tidak bisa tebang pilih. Perawat harus memberikan asuhan keperawatan yang paripurna kepada setiap pasien maupun klien dengan harapan dapat meningkatkan derajat kesehatan manusia. Perawat tidak bisa memilih pasien termasuk salah satu nya pasien HIV. Berbicara tentang infeksi HIV pada perempuan kita tidak dapat mengesampingkan konteks sosial perempuan itu sendiri di lingkungan masyarakat (Peltzer, Violeta J Rodriguez and Jones, 2016).

Banyak dari kasus perempuan dengan HIV menyebabkan munculnya sebuah stigma. Stigma tersebut dapat menyebabkan perempuan menarik diri dari lingkungan sosial bahkan lebih buruknya menghindari semua fasilitas pelayanan kesehatan (Villar-Loubet et al., 2014). Ketakutan akan diasingkan oleh keluarga dapat mempengaruhi perempuan tersebut untuk merahasiakan penyakitnya (Buchberg et al., 2015).

Dukungan pada perempuan dengan HIV serta peningkatan kasus HIV harus menjadi cambuk dalam memberikan pelayanan prima pada pasien HIV baik pada periode *antepartum*, *intrapartum* dan *postpartum*. Dalam upaya memutus rantai penularan HIV pada masa maternal juga sebagai upaya penurunan angka kematian ibu dan bayi kita harus melakukan upaya optimalisasi penatalaksanaan HIV.

1.2 Penyakit Menular Seksual HIV

Human Immunodefisiensi Virus (HIV) adalah jenis retrovirus yang menyebabkan immunosupresi (WHO, 2022). Virus ini melemahkan sistem kekebalan tubuh dengan menghancurkan sel-sel penting yang melawan penyakit dan infeksi. Jika sistem kekebalan di dalam tubuh kita kurang maka tidak dapat melindungi tubuh. Virus sendiri dapat mengambil alih sel dalam tubuh inangnya.

Sampai saat ini belum ada obat pasti yang dapat menyembuhkan HIV sehingga masih tingginya kasus HIV setiap tahunnya. HIV dapat bersembunyi dalam waktu yang lama di sel tubuh dan menyerang bagian penting dari sistem kekebalan yaitu sel T atau sel CD4. Padahal tubuh manusia harus memiliki sel ini untuk melawan infeksi dan penyakit (Roth, Hrenchir and Pacheco, 2016).

Perjalanan infeksi HIV ini dimulai ketika antibodi anti-HIV diproduksi oleh tubuh tapi tidak segera muncul dan dikeluarkan oleh tubuh. Dalam beberapa kasus HIV dapat dideteksi 4 sampai 6 minggu setelah infeksi. HIV menyerang beberapa jenis sel limfosit, makrofag, sel langerhans dan neuron di dalam sistem saraf pusat. Setelah itu HIV menyerang sistem kekebalan tubuh. Organisme menempel pada molekul protein yang disebut CD4 yang ditemukan pada permukaan sel T4.

Pada saat virus masuk ke T4, virus tersebut memasukkan materi genetiknya ke dalam inti sel T4 untuk mengambil alih sel dan mereplika dirinya. Pada akhirnya sel T4 mati setelah digunakan untuk mereplika HIV. Virus sendiri bermutasi dengan cepat sehingga kekebalan tubuh manusia sulit untuk melawannya (McFarland, 2011).

Cara penularan Infeksi HIV dimulai ketika seseorang terinfeksi HIV melalui kontak seksual dengan orang yang terinfeksi dengan sebagian besar kasus penularan terjadi melalui kontak heteroseksual antar lawan jenis. Penularan lainnya adalah dengan paparan cairan atau jaringan tubuh dari yang terinfeksi, yang paling sering penularan melalui darah dengan berbagai jarum suntik selama penggunaan obat intravena, luka akibat tertusuk jarum suntik serta transfusi darah.

Penularan juga dapat terjadi pada masa perinatal dari ibu ke janin selama kehamilan, persalinan dan menyusui. Tidak ada risiko tertular HIV jika terpapar tinja, sekret hidung, ludah, dahak, keringat, air mata, urine atau muntahan kecuali jika terkontaminasi oleh darah (Lima et al., 2017).

HIV Pada Masa Prenatal

Kehamilan adalah masa yang dinantikan oleh seorang perempuan. Seorang ibu yang memutuskan untuk hamil adalah cara bagaimana dia memenuhi kebutuhannya walau terkadang pada pasien dengan HIV tidak mempertimbangkan efek samping yang akan ditimbulkan saat membuat keputusan untuk hamil (Nyamukoho et al., 2019).

Perbaikan dalam terapi obat dan modalitas pengobatan telah memungkinkan wanita untuk hidup lebih lama maka banyak dari wanita dengan HIV memutuskan untuk hamil (Trindade et al., 2021). Wanita hamil dengan HIV idealnya harus dapat memastikan rujukan yang tepat telah dikonsultasikan dengan petugas kesehatan sehingga ibu dan janin bisa mendapatkan perawatan yang optimal.

Fokus utama pengobatan untuk ibu hamil dengan HIV adalah mengurangi risiko penularan perinatal sehingga segera putuskan untuk memulai terapi pengobatan. Tujuan terapi ini adalah untuk menurunkan *viral load*, sehingga dapat mengurangi risiko penularan kepada janin selama hamil.

HIV Pada Masa Intranatal dan Postnatal

Penularan HIV pada bayi juga bisa terjadi pada saat persalinan dan pasca persalinan. Asuhan keperawatan selama periode intranatal adalah persalinan yang aman dengan risiko penularan virus sehingga tindakan pencegahan harus segera diambil. Tidak melakukan tindakan yang dapat meningkatkan tingginya proses penularan seperti melakukan tindakan ekstraksi vakum dan forceps serta tindakan episiotomi (Montgomery, 2003).

Dalam upaya menurunkan kematian ibu dan bayi, postnatal care bagi ibu yang terinfeksi HIV memberikan peluang untuk melindungi kehidupan ibu dan bayi dengan mengoptimalkan penatalaksanaan HIV. Perawat pada periode postnatal dihadapkan dengan berbagai situasi terkait HIV. Beberapa ibu sudah melaksanakan terapi ART, sementara yang lain status HIV nya tidak diketahui, terutama pada kasus HIV yang tidak tercatat. Masalah serupa juga terjadi pada bayi terpajan HIV yang perlu dikelola dengan baik untuk memaksimalkan manajemen yang efektif dari Ibu HIV positif selama periode ini (Mangoejane and Ramukumba, 2019).

Langkah untuk memperkuat layanan perawatan HIV postnatal harus menekankan pendekatan holistik yang mencakup aspek psikologis, sosial budaya dan ekonomi. Hal tersebut menentukan kepatuhan dan perkembangan penyakit. Selain pendekatan tersebut penting juga menekankan nutrisi sebagai manajemen HIV.

Periode prenatal adalah masa kritis bagi kebanyakan perempuan dengan HIV. Dorongan untuk patuh minum obat berubah dengan adanya kelahiran bayi akibat kelelahan dan stres mengurus bayi baru lahir sehingga peran perawat dan keluarga sangat dibutuhkan untuk memberikan dukungan pada ibu agar tetap dapat patuh dalam menjalankan pengobatan. Ajarkan kepada pasien untuk melakukan perawatan luka steril agar terhindar dari infeksi serta mandikan bayi setelah lahir agar bersih dari cairan ibu.

Setelah hasil diagnostik keluar dan bayi dinyatakan negatif HIV penting bagi ibu dengan HIV positif untuk tidak menyusui bayinya agar bayi tidak tertular HIV (Peltzer, Violeta J. Rodriguez and Jones, 2016).

1.3 Asuhan Keperawatan Pada Pasien HIV

Perencanaan asuhan keperawatan pada pasien dengan HIV mencakup pencegahan perkembangan penyakit, mengelola gejala, mengurangi risiko komplikasi dan infeksi, mempromosikan kepatuhan terhadap resimen pengobatan dan memberikan dukungan emosional maupun sosialnya.

Tujuan dari perencanaan asuhan keperawatan sendiri dapat berfokus pada mendidik pasien serta anggota keluarga tentang HIV, penularannya, pencegahan dan mengatasi stigma atau diskriminasi yang mungkin dialami oleh pasien (Mangoejane and Ramukumba, 2019).

1.3.1 Pengkajian Keperawatan

Pengkajian keperawatan harus selalu dirancang sesuai kebutuhan klien. Pengkajian keperawatan yang komprehensif biasanya akan dilakukan pada klien dalam kondisi lebih sehat, kemudian perawat mempelajari status kesehatan total (Reeder, S., Martin, L., & Griffin, 2011).

Pengkajian pada ibu dengan HIV adalah sebagai berikut:

1. Identitas
 - a. Identitas klien - Isikan identitas diri klien seperti usia, jenis kelamin, tanggal lahir serta pekerjaan.
 - b. Identitas penanggung jawab - Merupakan identitas keluarga pasien atau yang bertanggung jawab kepada pasien selama proses perawatan.
2. Riwayat kesehatan

Dalam melakukan pengkajian riwayat kesehatan, hal-hal yang harus perawat tanyakan adalah sebagai berikut:

 - a. Keluhan utama

Keluhan utama yang dialami pada klien dengan HIV.
 - b. Riwayat kesehatan sekarang

Riwayat kesehatan sekarang adalah penjabaran dari keluhan pasien pada saat sakit.

- c. Riwayat kesehatan yang lalu
Riwayat kesehatan yang lalu menjelaskan tentang riwayat perawatan di rumah sakit, alergi, penyakit sekarang seperti riwayat penyakit serupa dengan pengobatan yang dilakukan (Reeder, S., Martin, L., & Griffin, 2011).
 - d. Riwayat kesehatan keluarga
Riwayat kesehatan keluarga yang dikaji mengenai adanya riwayat obstetri dan ginekologi keluarga, pola kebiasaan kurang baik, penyakit keturunan dalam keluarga seperti, hipertensi, diabetes melitus, jantung, asma serta penyakit menular seksual pada keluarga.
 - e. Genogram
Pembuatan genogram dilakukan untuk mengetahui sebuah informasi kesehatan klien berdasarkan keturunan.
3. Riwayat obstetri dan ginekologi
- a. Riwayat Obstetri - Kaji riwayat pernikahan, kehamilan, abortus serta persalinan.
 - b. Riwayat ginekologi - Kaji riwayat haid pertama, lama menstruasi serta keluhan pada saat menstruasi. Serta lakukan pengkajian apakah pasien sering bergonta-ganti pasangan atau tidak.
 - c. Riwayat keluarga berencana (KB) yang dikaji adalah penggunaan alat kontrasepsi dan jenis alat kontrasepsi yang digunakan.
 - d. Pola kebiasaan sehari-hari yang dikaji tidak hanya pola aktivitas sehari-hari pasien yang dilakukan di rumah sakit tetapi juga sebelum masuk rumah sakit juga yang dikaji meliputi:
 - Pola nutrisi ini dikaji mengenai makanan pokok, frekuensi makan dan minum, jenis, jumlah, makanan pantangan dan nafsu makan, serta diet yang diberikan.
 - Pola eliminasi menggambarkan pola fungsi ekskresi (usus besar, kandung kemih, dan kulit) termasuk pola individu sehari-hari, perubahan atau gangguan. Dikaji mengenai BAK dan BAB klien, pada BAK yang dikaji mengenai frekuensi berkemih, jumlah, warna, bau serta keluhan saat berkemih, sedangkan pada BAB yang dikaji mengenai frekuensi,

konsistensi, warna dan bau serta keluhan-keluhan yang dirasakan.

- Pola istirahat, tidur dan relaksasi klien dan setiap bantuan untuk merubah pola tersebut.
- Pola personal higiene Hal yang dikaji pada bagian ini mengenai kemampuan klien dalam memenuhi kebutuhan personal higiene.
- Pola aktivitas dan olahraga, diisi dengan menggambarkan pola olahraga, aktivitas, pengisian waktu senggang, dan rekreasi.

4. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik pada pasien HIV tergantung pada keparahan penyakitnya. Temuan pemeriksaan fisik dapat terjadi akibat dari virus itu sendiri atau infeksi oportunistik penyakit lanjut (Trindade et al., 2021).

a. Keadaan umum

Penampilan pasien tergantung pada stadium penyakitnya. Pasien bisa tampak sehat atau bahkan tampak sakit. Suhu bisa meningkat, nadi bisa mengalami takikardi, tekanan darah bisa mengalami penurunan dan adanya takipnea selama demam dan infeksi saluran pernapasan.

b. Integritas kulit

Kulit dan selaput lendir diperiksa setiap hari untuk membuktikan apakah ada kerusakan, ulserasi dan infeksi.

c. Status pernapasan

Status pernapasan dinilai dengan memantau pasien untuk batuk, produksi sputum, sesak nafas, ortopnea, takipnea dan nyeri dada, penggunaan otot bantu pernapasan.

d. Status neurologis

Status neurologis ditentukan dengan menilai tingkat kesadaran, orientasi pada orang, serta apakah ada memori yang hilang atau tidak.

e. Pada ekstremitas mungkin akan ditemukan kelemahan otot dan pembengkakan sendi.

5. Data psikososial

Pada Ibu dengan HIV kaji terkait data psikososialnya untuk melihat penerimaan pada penyakit, respons terhadap intervensi, pengajaran dan tindakan yang dilakukan. HIV juga pada sebagian kasus dapat berdampak pada citra diri dan gaya hidup.

6. Data sosial dan budaya

Data sosial dan budaya dikaji untuk melihat bagaimana interaksi pasien HIV dengan lingkungannya serta kepercayaan terkait proses penyakit dan penerimaan penyakitnya. Pengkajian juga dilakukan untuk melihat apakah ada pembatasan budaya, agama individu serta preferensi pribadi.

7. Data spiritual

Data spiritual yang dikaji meliputi kegiatan ibadah klien, keyakinan terhadap kondisi sekarang, keyakinan terhadap pelayanan kesehatan.

1.3.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang bisa ditegakkan pada kasus HIV masa maternal adalah:

Nutrisi Tidak Seimbang: Kurang Dari Kebutuhan

Seorang pasien HIV dapat mengalami ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh dikarenakan HIV nya sendiri dapat melemahkan sistem kekebalan tubuh sehingga tubuh sulit menyerap dan memanfaatkan nutrisi dengan baik selain itu ada berbagai faktor yang mempengaruhi.

Beberapa faktor yang berhubungan di antaranya penurunan nafsu makan, malabsorpsi, diare, mual, refleks muntah hiperaktif, gangguan usus, infeksi saluran pencernaan, kelelahan dan perubahan metabolisme yang disebabkan oleh penyakit atau pengobatannya.

Penegakan diagnosis ini dapat dibuktikan dengan penurunan berat badan, penurunan massa lemak serta otot, kurangnya nafsu makan, sensasi rasa yang berubah, kram perut, diare, adanya peradangan pada mulut serta didukung dengan hasil laboratorium tidak normal seperti defisiensi vitamin, mineral protein dan ketidakseimbangan elektrolit.

Kelelahan

Kelelahan adalah gejala umum yang dialami oleh penderita HIV/AIDS yang dapat disebabkan oleh beberapa faktor, antara lain proses penyakit itu sendiri, efek samping obat, anemia, depresi, kecemasan dan kualitas tidur yang buruk. HIV yang menyebabkan peradangan kronis dan aktivitas kekebalan tubuh yang turun akan mencetuskan perasaan lelah dan tidak enak badan.

Faktor yang berhubungan dengan kelelahan yaitu penurunan produksi energi metabolik, peningkatan kebutuhan energi dan perubahan kimia dalam tubuh yang disebabkan efek samping pengobatan (kemoterapi). Penegakan diagnosa juga dibuktikan dengan kekurangan energi, ketidakmampuan untuk mempertahankan rutinitas biasa, penurunan kinerja serta gangguan kemampuan untuk berkonsentrasi.

Nyeri Akut/Kronis

Pasien dengan HIV dapat merasakan rasa nyeri kronis akibat efek langsung virus pada sistem saraf, infeksi serta efek samping dari obat antiretroviral. Selain nyeri kronis HIV juga dapat menyebabkan nyeri akut seperti neuropati dan jenis infeksi lain yang menyebabkan nyeri. Penegakan diagnosa dapat dibuktikan dengan pasien mengeluh nyeri, perubahan tonus otot: kram otot, ataksia, kelemahan otot, parestesia serta kelumpuhan.

Gangguan Integritas Kulit

HIV dapat menyebabkan gangguan pada integritas kulit karena melemahnya sistem kekebalan tubuh yang membuat penderita lebih rentan terhadap infeksi kulit, dermatitis dan gangguan kulit lainnya. Obat HIV juga dapat menyebabkan efek samping pada kulit seperti ruam, gatal dan reaksi hipersensitivitas. Berhubungan dengan defisit imunologi: dermatitis, infeksi virus, bakteri, jamur. Dibuktikan dengan adanya lesi pada kulit.

Kerusakan Membran Mukosa Oral

HIV dapat menyebabkan kerusakan selaput lendir rongga mulut akibat melemahnya sistem kekebalan tubuh yang membuat pasien lebih rentan terhadap infeksi rongga mulut. Efek samping obat HIV juga dapat menyebabkan mulut kering, sariawan dan perubahan rasa. Kerusakan membran mukosa oral berhubungan dengan defisit imunologi dan adanya patogen penyebab lesi, dehidrasi, malnutrisi, kebersihan mulut yang tidak

efektif serta efek samping obat kemoterapi. Dibuktikan dengan lesi terbuka, nyeri dan rasa tidak nyaman di mulut serta adanya peradangan pada mulut.

Kecemasan dan Ketakutan

Kecemasan dan ketakutan merupakan respons emosional umum untuk pasien dengan HIV, terkait dengan stigma dan diskriminasi yang terkait dengan penyakit serta kekhawatiran tentang isolasi sosial dan akses layanan kesehatan. Kecemasan dan ketakutan berhubungan dengan stigma dan diskriminasi yang terkait dengan penyakit, ancaman terhadap konsep diri, ancaman kematian, perubahan status kesehatan/sosial ekonomi, fungsi peran serta penularan penyakit.

Diagnosa ini dapat dibuktikan dengan meningkatnya ketegangan, ketakutan, perasaan tidak berdaya/ putus asa, pasien menyatakan keprihatinan tentang perubahan dalam hidup, pasien mengatakan takut serta keluhan somatik seperti gelisah dan susah tidur.

Risiko Kekurangan Volume Cairan

Pasien dengan HIV sangat mungkin berisiko kekurangan volume cairan karena faktor-faktor seperti diare akibat infeksi oportunistik atau efek samping pengobatan, demam, atau asupan oral kurang terkait mual dan depresi.

Risiko Infeksi

Infeksi HIV sendiri menyebabkan imunosupresi yang dapat mengakibatkan pasien lebih tinggi terkena infeksi oportunistik seperti pneumonia dan TBC. Risiko infeksi pada pasien HIV dapat berhubungan dengan penyakit kronis, imunosupresi, proses penyakit, kurangnya pengetahuan dari klien untuk menghindari paparan patogen, jumlah CD4 rendah dan viral load yang tinggi.

Pada risiko infeksi tidak dibuktikan dengan tanda dan gejala karena masalahnya belum terjadi sehingga intervensi dilakukan untuk mencegah timbulnya gejala.

1.3.3 Intervensi Keperawatan

1. Nutrisi kurang dari kebutuhan

Hasil yang diinginkan:

- a. Pasien dapat mempertahankan berat badan atau menunjukkan kenaikan berat badan yang diinginkan.

- b. Pasien akan menunjukkan keseimbangan nitrogen yang positif, bebas dari tanda-tanda malnutrisi dan menunjukkan tingkat energi yang baik.

Intervensi yang dilakukan:

- a. Kaji kemampuan pasien untuk mengunyah dan menelan makanan. Lesi pada mulut, tenggorokan dan kerongkongan serta efek samping dari obat-obatan yang diberikan membatasi kemampuan klien untuk menelan makanan dan mengurangi nafsu makan
- b. Rencanakan diet bersama ahli gizi dan pasien. Sediakan makanan berkalori tinggi dan bergizi dengan porsi sedikit tapi sering sesuaikan pilihan makanan yang enak untuk pasien.
Rasional: melibatkan pasien dalam perencanaan diet membuat pasien lebih merasa dihargai sehingga diharapkan mampu meningkatkan asupan nutrisi yang masuk.
- c. Batasi makanan yang dapat menyebabkan mual dan muntah. Hindari memberi makanan dan minuman panas dan sajian makanan yang mudah ditelan.
Rasional: rasa nyeri di mulut atau rasa takut terhadap luka yang mengiritasi dapat menyebabkan pasien tidak mau makan sehingga langkah untuk membatasi makanan pemicu mual dan muntah diharapkan dapat meningkatkan asupan makanan.
- d. Berikan perawatan pada mulut sesering mungkin, amati tindakan pencegahan sekresi serta hindari obat kumur yang mengandung alkohol.
Rasional: mengurangi ketidaknyamanan yang berhubungan dengan mual dan muntah, lesi oral, kekeringan mukosa dan halitosis. Mulut yang bersih dapat meningkatkan nafsu makan dan memberikan kenyamanan.
- e. Berikan waktu istirahat sebelum makan dan hindari prosedur yang membuat stres menjelang waktu makan.

Rasional: meminimalkan kelelahan, meningkatkan energi yang tersedia untuk makan dan mengurangi kemungkinan mual dan muntah.

- f. Anjurkan pasien untuk duduk pada saat makan.

Rasional: memudahkan saat menelan dan menghindari risiko aspirasi.

- g. Kolaborasi pemberian obat sesuai indikasi. Antiemetik untuk mengurangi mual dan muntah, suplemen vitamin untuk memperbaiki defisiensi vitamin akibat penurunan asupan makanan serta gangguan pencernaan dan antibiotik untuk mengobati infeksi yang melibatkan saluran gastrointestinal.

2. Kelelahan

Hasil yang diharapkan:

- a. Pasien melaporkan peningkatan energi.
- b. Pasien dapat melakukan aktivitas sehari-hari dengan bantuan seperlunya.
- c. Pasien berpartisipasi dalam setiap aktivitas sesuai dengan kemampuan.

Intervensi yang dilakukan:

- a. Rekomendasikan aktivitas penjadwalan pada saat energi pasien banyak. Rencanakan perawatan untuk memungkinkan waktu istirahat. Melibatkan pasien dalam setiap perencanaan penjadwalan terapi.

Rasional: perencanaan memungkinkan pasien untuk aktif pada saat tingkat energi mereka lebih tinggi yang dapat memulihkan perasaan nyaman dan bahagia. Periode istirahat yang sering diperlukan untuk memulihkan dan menghemat energi.

- b. Tetapkan tujuan aktivitas yang realistis dengan pasien.

Rasional: memberikan rasa kontrol dan perasaan nyaman. Mencegah kelelahan aktivitas yang berlebihan.

- c. Dorong asupan nutrisi

Rasional: asupan pemanfaatan zat gizi yang cukup diperlukan untuk memenuhi kebutuhan energi untuk beraktivitas.

d. Rujuk ke terapi fisik dan okupasi

Rasional: latihan dan aktivitas harian terprogram membantu pasien mempertahankan dan meningkatkan kekuatan dan kekencangan otot serta meningkatkan rasa sejahtera.

3. Nyeri Kronis/Akut

Hasil yang diharapkan:

- a. Pasien mengatakan bahwa nyeri berkurang serta mampu mengontrol nyeri.
- b. Ekspresi wajah yang santai.
- c. Mampu tidur dan istirahat dengan baik.

Intervensi yang dilakukan:

- a. Kaji laporan nyeri, catat lokasi, skala, frekuensi dan waktu. Catat isyarat non verbal seperti gelisah, takikardia dan meringis.
Rasional: menunjukkan keefektifan intervensi yang telah dilakukan.
- b. Anjurkan dan dorong pasien untuk melaporkan rasa sakit agar tidak menunggu keparahan nyeri.
- c. Dorong pasien untuk mengungkapkan perasaan
Rasional: dapat mengurangi kecemasan dan ketakutan sehingga dapat mengurangi persepsi intensitas nyeri.
- d. Sediakan kegiatan pengalihan: sediakan bahan bacaan, olahraga ringan serta kunjungan.
Rasional: memfokuskan perhatian dapat meningkatkan kemampuan koping.
- e. Kolaborasi pemberian analgetik
Rasional: mengurangi rasa nyeri dan ketidaknyamanan.

4. Gangguan integritas kulit

Hasil yang diharapkan:

- a. Adanya penyembuhan luka/lesi.
- b. Pasien dapat mendemonstrasikan cara untuk mencegah kerusakan kulit.

Intervensi yang dilakukan:

- a. Kaji kulit pasien setiap hari. Catat warna, turgor dan sensasi. Gambarkan dan ukur lesi dan amati perubahannya. Rasional: dengan mengkaji kulit perawat dapat memberikan intervensi secara tepat waktu
 - b. Kolaborasikan pengambilan kultur lesi pada kulit terbuka. Rasional: mengidentifikasi patogen dan pemilihan pengobatan yang tepat.
 - c. Pertahankan kebersihan kulit yang baik, cuci sampai bersih dan keringkan dengan hati-hati serta pijat lembut dengan lotion atau krim yang sesuai.
Rasional: menjaga kebersihan, kulit kering memberikan penghalang terhadap infeksi. Memijat meningkatkan sirkulasi ke kulit dan meningkatkan kenyamanan.
 - d. Lakukan perawatan pada luka terbuka dengan prinsip steril. Rasional: Dapat mengurangi kontaminasi bakteri dan meningkatkan penyembuhan.
 - e. Kolaborasikan pemberian obat sesuai indikasi.
5. Kerusakan membran mukosa oral

Hasil yang diharapkan:

- a. Pasien akan memperlihatkan selaput lendir utuh, berwarna merah muda, lembap dan bebas dari peradangan/ luka terbuka.
- b. Pasien dapat mendemonstrasikan cara penyembuhan dan mempertahankan integritas mukosa mulut.

Intervensi keperawatan yang dilakukan:

- a. Berikan perawatan mulut setiap hari dan setelah makan. Gunakan sikat gigi yang lembut, pasta gigi non abrasif, obat kumur non alkohol dan pelembab bibir.
Rasional: mengurangi ketidaknyamanan, mencegah pembentukan asam yang terkait dengan partikel makanan sisa yang tertahan di mulut serta meningkatkan perasaan sehat.

- b. Kolaborasikan dengan ahli gizi untuk merencanakan diet menghindari makanan atau minuman yang asin, pedas, kasar dan asam. Anjurkan pasien tidak mengonsumsi makanan yang dingin dan panas.
Rasional: garam, rempah, makanan asam dan pedas dapat membuat nyeri pada luka terbuka. Dingin dan panas yang ekstrem dapat menyebabkan rasa sakit pada selaput lendir yang sensitif.
 - c. Anjurkan asupan cairan melalui oral minimal 2500 ml/hari.
Rasional: mempertahankan hidrasi dan mencegah pengeringan rongga mulut.
 - d. Anjurkan pasien untuk tidak merokok.
Rasional: asap rokok dapat membuat iritasi selaput lendir.
6. Kecemasan dan ketakutan
- Hasil yang diharapkan:
- a. Pasien mengungkapkan kesadaran akan perasaan dan cara sehat untuk menghadapinya.
 - b. Pasien akan menampilkan rentang perasaan yang sesuai dan ketakutan dan kecemasan berkurang.
- Intervensi yang dilakukan:
- a. Yakinkan pasien bahwa setiap tindakan dan perawatan dijamin kerahasiaannya.
Rasional: memberikan jaminan dan kesempatan bagi pasien untuk memecahkan masalah solusi untuk situasi yang diantisipasi.
 - b. Pertahankan kontak mata, sentuh dan berbicara dengan pasien.
Rasional: memberikan jaminan bahwa pasien tidak sendirian dan ditolak oleh lingkungan. Menyampaikan rasa hormat dan penerimaan serta menumbuhkan kepercayaan.
 - c. Berikan informasi yang akurat dan konsisten mengenai prognosis.

Rasional: dapat mengurangi kecemasan dan memungkinkan pasien membuat keputusan.

- d. Sediakan lingkungan terbuka sehingga pasien merasa aman untuk membicarakan perasaannya.

Rasional: membantu pasien merasa diterima dalam kondisi mereka tanpa merasa dihakimi serta meningkatkan rasa harga diri.

- e. Dorong pasien untuk mengekspresikan marah, takut dan keputusan.

Rasional: penerimaan perasaan memungkinkan pasien untuk mulai menghadapi situasi.

- f. Jelaskan prosedur, berikan kesempatan untuk pertanyaan dan jawaban yang jujur. Atur seseorang untuk menemani pasien selama prosedur dan konsultasi yang menimbulkan kecemasan.

Rasional: informasi yang akurat memungkinkan pasien untuk menangani realitas situasi secara lebih efektif, sehingga mengurangi kecemasan dan ketakutan.

7. Risiko kekurangan volume cairan

Hasil yang diharapkan:

Pasien dapat mempertahankan hidrasi yang dibuktikan dengan membran mukosa yang lembap, turgor kulit yang baik, tanda-tanda vital yang stabil dan urin output yang adekuat.

Intervensi yang dilakukan:

- a. Catat peningkatan suhu dan durasi episode demam. Berikan kompres hangat sesuai indikasi. Jaga agar pakaian dan linen tetap kering. Pertahankan suhu lingkungan yang nyaman.

Rasional: demam merupakan salah satu gejala yang paling sering dialami oleh pasien infeksi HIV. Peningkatan kebutuhan metabolik berlebihan mengakibatkan peningkatan kehilangan cairan dan dehidrasi.

- b. Kaji turgor kulit, membran mukosa dan rasa haus

Rasional: merupakan tanda tidak langsung dari status cairan

- c. Ukur keluaran urin
Mengukur dan memperkirakan jumlah kehilangan cairan pada saat diare.
Rasional: peningkatan berat jenis dan penurunan urin output mencerminkan perubahan perfusi ginjal dan volume sirkulasi. Pemantauan keseimbangan cairan sulit dilakukan dengan adanya diare yang berlebihan.
 - d. Pantau asupan cairan melalui oral minimal 2500 ml/hari.
Rasional: mempertahankan keseimbangan cairan, mengurangi rasa haus dan menjaga kelembaban selaput lendir.
 - e. Pantau pemeriksaan laboratorium sesuai indikasi: elektrolit, spesimen tinja, urine.
Rasional: memperingatkan kemungkinan gangguan elektrolit dan menentukan kebutuhan pengganti. Mengevaluasi perfusi dan fungsi ginjal. perubahan flora usus dapat terjadi dengan terapi antibiotik multipel dan tunggal.
 - f. Hilangkan makanan yang dapat mengakibatkan diare
Rasional: dapat membantu mengurangi diare.
 - g. Berikan cairan dan elektrolit melalui infus.
Rasional: diperlukan untuk mendukung pemenuhan kebutuhan cairan apabila melalui oral tidak adekuat.
8. Risiko infeksi
- Hasil yang diharapkan:
- a. Pasien akan terbebas dari gejala infeksi dan menunjukkan perilaku sesuai untuk mengurangi risiko infeksi.
 - b. Pasien dapat mempertahankan jumlah CD4 di atas 500 sel/mm³ dan viral load tidak terdeteksi.
- Intervensi yang dilakukan:
- a. Kaji adanya tanda-tanda infeksi.
 - b. Pantau viral load dan jumlah CD4
 - c. Lakukan cuci tangan sebelum dan sesudah merawat pasien.
Rasional: mencuci tangan mengurangi risiko masuknya bakteri

ke pasien. Anjurkan pasien dan keluarga untuk mencuci tangan sesuai dengan indikasi.

d. Batasi penunggu dan pengunjung pasien

Rasional: dengan membatasi pengunjung dapat mengurangi kemungkinan infeksi nosokomial. Anggota keluarga atau pengunjung yang sedang sakit tidak diperbolehkan berinteraksi dengan pasien.

e. Kolaborasi pemberian obat sesuai dengan indikasi

Rasional: mematuhi terapi obat antiretroviral dapat membantu mengurangi risiko infeksi pada pasien yang terdiagnosa HIV.

1.3.4 Discharge Planning Pada Ibu Dengan HIV

Pada saat sebelum pulang, perawat harus memberikan pendidikan kesehatan pada pasien dan keluarga tentang bagaimana upaya pencegahan dan penularan HIV:

1. Berikan pendidikan kesehatan kepada pasien dan keluarga tentang cara mencegah penularan penyakit, termasuk teknik mencuci tangan dan metode untuk menangani dan membuang barang yang terkontaminasi cairan tubuh secara aman.
2. Berikan pengertian kepada pasien untuk menghindari paparan orang lain yang sakit atau yang baru melakukan vaksinasi.
3. Ajarkan keluarga dalam memberikan obat kepada pasien di rumah.
4. Anjurkan kepada pasien dan keluarga untuk patuh dalam melaksanakan pengobatan.
5. Meminimalkan komplikasi dan hindari pajanan infeksi.
6. Berikan pemahaman kepada pasien dan keluarga tentang diagnosis, prognosis dan resimen terapi.

Bab 2

Asuhan Keperawatan Pada Pasien Infeksi TORCH

2.1 Pendahuluan

TORCH merupakan istilah yang menggambarkan gabungan dari 4 tipe penyakit peradangan di antaranya *Toxoplasma*, *Rubella*, *Cytomegalovirus* serta *Herpes*. Penyakit TORCH ini diketahui dapat menimbulkan kelainan serta bermacam keluhan yang dapat dialami oleh siapa pun, mulai dari usia kanak-kanak hingga dewasa, baik laki-laki ataupun perempuan. TORCH yang terjadi pada ibu hamil dapat menimbulkan kelainan perkembangan pada bayinya. Kecacatan yang sering terjadi yaitu adanya cacat fisik maupun mental. Hampir sebagian besar ibu hamil yang mengidap TORCH akan berdampak pada bayinya.

Oleh karena itu, petugas kesehatan harus memiliki pengetahuan dan keterampilan yang baik dalam melakukan penatalaksanaan pada pasien TORCH, khususnya pada ibu hamil. Tujuannya agar menjaga derajat kesehatan dan mencegah terjadinya komplikasi terutama untuk janin atau bayinya (Nuraeni, 2021).

2.2 Definisi Infeksi TORCH

Toksoplasmosis, rubella virus, cytomegalovirus, dan herpes simplek virus, yang secara korelatif dikenal sebagai infeksi TORCH, adalah suatu jenis organisme yang mampu menembus plasenta dan memengaruhi perkembangan janin (Adila, Ratnawati and Putri, 2018).

Toksoplasmosis

Toksoplasmosis adalah suatu infeksi protozoa yang timbul akibat seseorang khususnya ibu hamil sering mengonsumsi daging mentah atau terinfeksi kotoran kucing. Ibu hamil dengan antibodi HIV berisiko terkena *toksoplasmosis* karena merupakan salah satu infeksi oportunistik yang sering menyertai infeksi HIV.

Keberadaan *toksoplasmosis* dapat ditentukan melalui pemeriksaan darah dan titer *toksoplasmosis*. Wanita dengan kelompok risiko harus dilakukan pemeriksaan penunjang agar dapat mencegah kondisi yang tidak diinginkan. Infeksi akut *toksoplasmosis* pada masa kehamilan dapat menimbulkan gejala yang menyerupai influenza dan limfadenopati.

Rubella

Rubella yang sering disebut dengan istilah campak Jerman merupakan suatu peradangan virus yang ditransmisi lewat droplet. Gejala yang muncul pada orang dengan rubella di antaranya demam, ruam, serta limfedema ringan. Rubella pada ibu hamil dapat berisiko mengakibatkan abortus, anomali kongenital, hingga kematian.

Rubella pada ibu hamil dapat dicegah melalui imunisasi rubella. Ibu hamil harus melakukan imunisasi ini terutama pada ibu yang tidak imun dengan rubella maupun disarankan memakai kontrasepsi sepanjang minimal 3 bulan setelah vaksin.

Cytomegalo Virus (CMV)

CMV adalah penyebab utama infeksi virus kongenital pada janin dan neonatus. CMV merupakan infeksi yang paling sering menyebabkan retardasi mental pada anak. Sumber infeksi virus CMV meliputi saliva, urin, semen, air susu ibu, darah, dan sekresi servik atau vagina. Kebanyakan infeksi CMV primer asimtomatik dan kebanyakan ibu yang menunjukkan infeksi CMV pada kehamilan (melalui titer positif) mengalami infeksi kronis atau rekuren.

Tidak ada terapi farmakologi yang efektif untuk CMV. Terapi berfokus pada upaya mengobati gejala yang muncul akibat CMV.

Herpes Simpleks

Virus herpes simpleks tipe I (HSV-1) merupakan infeksi yang paling banyak ditemukan pada masa kanak-kanak. Virus ini ditransmisi melalui kontak dengan sekresi oral dan menyebabkan *cold sores* dan *fever blisters*. Infeksi HSV-2 biasanya terjadi setelah puber seiring aktivitas seksual meningkat. HSV-2 ditransmisikan melalui kontak dengan sekresi genitalia.

Ahli kesehatan masyarakat percaya bahwa di Amerika Serikat 10-40 juta orang mengidap HSV-2. Banyak infeksi genital menunjukkan suatu campuran HSV-1 dengan HSV-2

2.3 Etiologi Infeksi TORCH

Toxoplasma Gondii

Toxoplasma gondii adalah protozoa intraseluler obligat tergolong dalam jenis filum Apicomplexa di mana secara taksonomi mempunyai kekerabatan dengan Plasmodium. Hospes definitif *Toxoplasma gondii* adalah kucing dan hospes sementara adalah burung dan mamalia, termasuk manusia (Suwarba, Widodo and Handryastuti, 2016).

Rubela

Rubela diakibatkan oleh suatu RNA virus, genus Rubivirus, famili togaviridae. Sindrom rubela kongenital merupakan penyakit yang sangat menular. Penularan rubela dapat melalui oral droplet, nasofaring atau melalui jalur pernafasan dan selanjutnya memasuki aliran darah. Virus rubela hanya dapat menginfeksi manusia. Penularan virus rubela terjadi selama 7 hari hingga 5 hari sebelum gejala muncul

CMV

CMV merupakan virus litik yang dapat mengakibatkan efek *sitopatik in vivo* dan *in vitro*. Tanda adanya infeksi CMV pada tubuh yaitu adanya pembesaran sel. DNA CMV dapat diketahui dengan *Polymerase Chain Reaction* (PCR) dalam keturunan sel atau organ dalam tubuh. CMV menginfeksi sel epitel

melalui kelenjar saliva menghasilkan infeksi sel epitel dari kelenjar saliva, menginfeksi secara terus menerus.

Herpes Simpleks

HSV tipe I dan II termasuk jenis virus DNA. Pembagian tipe I dan tipe II ini mengacu pada karakteristik pertumbuhan pada media kultur, antigenik, marker, dan lokasi klinis (tempat predileksi).

Tabel 2.1: Transmisi Virus Herpes Ke Dalam Manusia

Virus	Transmisi	Portal of entry	Target sel awal
HSV 1	Kontak langsung	Mukosa, kulit	Epitel
HSV 2	Kontak langsung	Mukosa, kulit	Epitel
VZV	Inhalasi, kontak langsung	Saluran nafas, mukosa	Epitel
CMV	Saliva	Mukosa, aliran darah	Neutrofil, monosit
EBV		Mukosa, aliran darah	Limfosit B, kelenjar ludah

2.4 Tanda dan Gejala Infeksi TORCH

Berikut merupakan tanda dan gejala infeksi TORCH:

1. Toxoplasma - Gejala dari *toxoplasma* mirip dengan gejala influenza. Selain itu, gejala lain di antaranya demam disertai dengan hepatomegali, kelelahan, namun umumnya tidak menyebabkan kondisi yang menyebabkan hal-hal serius.
2. Herpes Simpleks - Tanda dan gejala yang dialami pada orang dengan herpes simpleks di antaranya pengeluaran saliva berlebih, demam, tidak nafsu makan.
3. Cytomegalo Virus (CMV) - Beberapa tanda dan gejala CMV di antaranya demam, letih, lesu, pembesaran hati dan limpa, leukopenia, jaundice, dan umumnya pada janin yang terinfeksi CMV akan lahir prematur dan atau berat badan lahir rendah

4. Rubella - Tanda dan gejala yang dialami umumnya demam, hidung tersumbat, mata merah, sakit kepala, pembesaran kelenjar getah bening, ruam, dan nyeri sendi.

2.5 Patofisiologi Infeksi TORCH

Toxoplasma

Toxoplasma gondii merupakan parasit protozoa yang dapat mengakibatkan banyak terjadinya kelainan kongenital. Hospes primer dari toxoplasma yaitu kucing. Kucing pada dasarnya memiliki imunitas yang tinggi terhadap *toxoplasma*, namun ketika kucing terinfeksi maka dapat menyebarkan kembali beberapa kecil *ookista*.

Ookista dapat mengakibatkan manusia terinfeksi ketika makan daging, buah atau sayuran yang terkontaminasi. Sel jaringan tubuh akan mengalami proliferasi *tropozoit* yang dapat menyebabkan sel tubuh membesar. *Tropozoit* akan membentuk kista dalam sel, di mana di dalamnya ada *merozoite*. Kita ini dapat terletak di jaringan retina, otak, hati dan dapat menyebabkan *icrocephali*, *chorioretinitis*, maupun *cerebral* klasifikasi.

Kista *toksoplasma* juga dijumpai pada daging babi atau kambing. Kista ini dapat dihancurkan melalui pematangan yang maksimal. Adanya *toksoplasma gondii* biasanya tidak menyebabkan gejala apa pun pada awal terinfeksi. Namun, setelah 9 hari maka akan muncul gejala seperti Lelah, sakit kepala, demam, dan dapat disertai dengan *limfadenopati* (Dharma, 2015).

Rubela

Salah satu kematian ibu nifas disebabkan karena adanya rubela yang diakibatkan *encephalitis*. Virus pertama kali akan masuk melalui saluran pernapasan yang selanjutnya akan menuju ke limfa. Pada kondisi ini merupakan awal terjadinya *viremia*. Biasanya berlangsung selama 7 hari.

Viremia yang terjadi pada ibu hamil dapat menyebabkan janin terinfeksi. Beberapa dampak adanya infeksi pada janin di antaranya kerusakan jantung, mata, dan telinga janin sangat tinggi di awal trimester. Ketika usia janin kurang dari 12 minggu maka risiko terinfeksi lebih tinggi dibanding ketika usia lebih dari 14 minggu.

Cytomegalo Virus (CMV)

Penyakit akibat CMV dimungkinkan terjadi secara mulai dari janin. Infeksi CMV dapat menyebabkan infeksi primer pada dewasa, namun biasanya kondisi ini terjadi pada seseorang yang telah didapat sebelumnya. Infeksi kongenital CMV dapat terjadi mulai kehamilan.

Ketika infeksi primer dialami oleh ibu hamil maka anaknya akan terlahir dengan kerusakan otak, *ikterik*, *hepatomegali*, *trombositopenia*, dan dapat menyebabkan retardasi mental. bayi juga dapat terinfeksi CMV pada proses persalinan, terutama ketika serviks terdapat banyak CMV. Seseorang yang memiliki CMV dapat menyekresikan virus melalui urin, secret, saliva, semen, transfusi maupun serviks.

Herpes Simpleks

HSV 1 sering menimbulkan gejala lesi di wajah, mata atau bibir. Sedangkan HSV 2 sering menyebabkan lesi pada genitalia. Virus ini ditransmisikan melalui kontak fisik terutama hubungan seksual. Melalui inokulasi pada membran mukosa dan kulit, HSV melakukan replikasi pada sel epitel. Kondisi ini berlangsung 4 hingga 6 hari.

Replika yang terbentuk akan terus terjadi hingga menyebabkan lisis dan adanya inflamasi lokal. *Viremia* akan terjadi dan virus akan menyebar ke saraf sensorik perifer. Replikasi terus berlangsung diikuti dengan penyebaran ke mukosa dan kulit lainnya. Pada masa neonatal jarang terjadinya infeksi herpes.

2.5.1 Cara Penularan Infeksi TORCH

Penyakit TORCH merupakan penyakit yang bersifat menular. Terdapat dua cara penularan infeksi TORCH kepada manusia, yaitu secara aktif (didapatkan) dan secara pasif (bawaan).

Penularan aktif dapat terjadi karena beberapa sebab, di antaranya:

1. Mengonsumsi daging yang terinfeksi (terdapat kandungan sista) dan dimasak setengah matang, seperti daging kambing, domba, sapi, kerbau, kelinci.
2. Mengonsumsi makanan yang tercemar kotoran kucing yang mengidap TORCH.
3. Transfusi darah, transplantasi organ, kecelakaan laboratorium yang menimbulkan TORCH masuk ke tubuh manusia.

4. Kontak fisik (hubungan seksual) yang salah satunya terkena infeksi TORCH.
5. Ibu hamil yang terinfeksi TORCH dimungkinkan anaknya risiko mengalami infeksi TORCH.
6. Air Susu Ibu dapat dimungkinkan menyebabkan bayi terkena infeksi TORCH dari ibunya.
7. Keringat orang yang terinfeksi TORCH yang menempel di baju dan dipakai.

2.5.2 Cara Pengobatan Infeksi TORCH

Infeksi TORCH dapat dideteksi dengan pemeriksaan darah. Hasil pemeriksaan darah pada orang dengan penyakit TORCH adalah hasil Imunoglobulin G dan Imunoglobulin M positif. Pada individu yang sedang melakukan pengobatan TORCH sebisa mungkin dihindari hamil agar janin yang dikandung tidak memiliki resiko terkena TORCH. Kehamilan harus ditunda selama 1 bulan setelah selesai proses pengobatan.

Pengobatan TORCH dapat menggunakan obat-obatan seperti *isoprinocin*, *valtrex*, *repomicine*, *spirovicine*, *spiradan*, *acyclovir*, *azithromisin*, *klindamisin*, *alancicovir*, dan lainnya. Pengobatan TORCH pada ibu hamil dapat menggunakan obat *spiramisin*, *klindamisin*, dan *azithomisin* dengan tujuan untuk mengurangi resiko infeksi pada janin.

Berkaitan dengan pengobatan TORCH ini (terutama pengobatan TORCH untuk menunjang kehamilan), menurut medis apabila IgG nya saja yang positif sementara IgM negatif, maka tidak perlu diobati. Sebaliknya apabila IgM nya positif (IgG bisa positif atau negatif), maka pasien baru perlu mendapatkan pengobatan (Fauziah, 2014).

2.7 Asuhan Keperawatan Pasien Infeksi TORCH

Pengkajian

1. Keluhan utama - Terdapat rasa nyeri di bagian ekstremitas dan demam.
2. Riwayat kesehatan - Terdapat riwayat adanya malaise, nyeri otot, mual muntah, hipertermia, dan sakit tenggorokan.
3. Riwayat kesehatan dahulu - Beberapa riwayat kesehatan terdahulu yang muncul di antaranya pasien sering kontak dengan binatang langsung, pasien sering mengonsumsi daging setengah matang, pasien pernah mendapat transfusi darah atau hubungan seksual dengan penderita infeksi TORCH.
4. Pemeriksaan fisik
 - a. mata terdapat nyeri;
 - b. perut sering mengalami diare, mual muntah;
 - c. integumen sering keluar keringat di malam hari, hipotermia;
 - d. muskuloskeletal sering merasakan nyeri dan kelemahan otot.

Diagnosa

1. Risiko infeksi b.d takazoid yang masuk ke dalam tubuh.
2. Hipertermi b.d masa prodromal.
3. Risiko infeksi b.d masuknya virus rubela dalam tubuh.
4. Kurang pengetahuan b.d keterbatasan paparan.
5. Pola nafas tidak efektif b.d suplai oksigen tidak adekuat.
6. Gangguan citra b.d struktur kulit berubah dengan ulkus mole.
7. Hipertermi b.d respons sistemik tubuh.

Intervensi

1. Dx: Risiko infeksi b.d takazoid yang masuk ke dalam tubuh
NOC:
 - a. Immune Status.
 - b. Knowledge: Infection control.

c. Risk control.

Kriteria hasil:

- a. klien bebas dari tanda dan gejala infeksi;
- b. mendeskripsikan proses penularan penyakit, faktor yang mempengaruhi penularan serta penatalaksanaannya;
- c. menunjukkan kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi;
- d. jumlah leukosit dalam batas normal;
- e. menunjukkan perilaku hidup sehat.

Intervensi:

- a. bersihkan lingkungan setelah dipakai pasien lain;
 - b. pertahankan teknik isolasi;
 - c. instruksikan pada pengunjung untuk mencuci tangan saat berkunjung dan setelah berkunjung meninggalkan pasien;
 - d. pertahankan lingkungan aseptik selama pemasangan alat;
 - e. berikan terapi antibiotik bila perlu;
 - f. infection protection (proteksi terhadap infeksi);
 - g. monitor tanda dan gejala infeksi sistemik dan lokal;
 - h. monitor ke rentangan terhadap infeksi;
 - i. pertahankan teknik aspesis pada pasien yang berisiko.
2. Dx: Hipertermi b.d masa prodromal

NOC: Thermoregulasi

Kriteria Hasil:

- a. Suhu tubuh dalam rentang normal.
- b. Nadi dan RR dalam rentang normal.
- c. Tidak ada perubahan warna kulit dan tidak ada yang mendorong.

Intervensi:

- a. Monitor suhu sesering mungkin.
- b. Monitor tekanan darah, nadi dan RR.
- c. Monitor penurunan tingkat kesadaran.
- d. Berikan anti piretik.

- e. Berikan pengobatan untuk mengatasi demam.
 - f. Berikan pengobatan untuk menggigil.
 - g. Monitor suhu minimal setiap 2 jam.
 - h. Rencanakan pemantauan.
 - i. Pantau warna dan suhu kulit.
 - j. Pantau tanda-tanda hipertermi dan hipotermi.
 - k. Tingkatkan asupan cairan dan nutrisi.
 - l. Selimuti pasien untuk mencegah pemulihan kehangatan tubuh.
3. Risiko infeksi b.d masuknya virus rubela dalam tubuh

NOC:

- a. Immune Status.
- b. Knowledge: Infection control.
- c. Risk control.

Kriteria hasil:

- a. klien bebas dari tanda dan gejala infeksi;
- b. mendeskripsikan proses penularan penyakit, faktor yang mempengaruhi penularan serta penatalaksanaannya;
- c. menunjukkan kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi;
- d. jumlah leukosit dalam batas normal;
- e. menunjukkan perilaku hidup sehat.

Intervensi:

- a. bersihkan lingkungan setelah dipakai pasien lain;
- b. pertahankan teknik isolasi;
- c. instruksikan pada pengunjung untuk mencuci tangan saat berkunjung dan setelah berkunjung meninggalkan pasien;
- d. pertahankan lingkungan aseptik selama pemasangan alat;
- e. berikan terapi antibiotik bila perlu;
- f. infection protection (proteksi terhadap infeksi);
- g. monitor tanda dan gejala infeksi sistemik dan lokal;
- h. monitor kerentangan terhadap infeksi;
- i. pertahankan teknik aspepsi pada pasien yang berisiko.

4. Kurang pengetahuan b.d keterbatasan paparan

NOC:

- a. Knowledge: disease process.
- b. Knowledge: health.

Kriteria hasil:

- a. pasien dan keluarga menyatakan pemahaman tentang penyakit, kondisi, prognosis dan program pengobatan;
- b. pasien dan keluarga mampu melaksanakan prosedur yang dijelaskan secara benar;
- c. pasien dan keluarga mampu menjelaskan kembali apa yang dijelaskan perawat/tim kesehatan lainnya.

Intervensi:

- a. kaji tingkat pengetahuan pasien dan keluarga;
- b. jelaskan patofisiologi dari penyakit dan bagaimana hal ini berhubungan dengan anatomi dan fisiologi, dengan cara yang tepat;
- c. gambarkan tanda dan gejala yang biasa muncul pada penyakit, dengan cara yang tepat;
- d. gambarkan proses penyakit, dengan cara yang tepat identifikasi kemungkinan penyebab dengan cara yang tepat;
- e. sediakan informasi pada pasien tentang kondisi, dengan cara yang tepat;
- f. sediakan bagi keluarga informasi tentang kemajuan pasien dengan cara yang tepat.

Bab 3

Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Infeksi Human Papillomavirus

3.1 Pendahuluan

Penyakit infeksi dapat terjadi pada semua orang termasuk infeksi pada maternal. Infeksi maternal merupakan infeksi yang terjadi pada ibu yang disebabkan oleh berbagai macam virus dan bakteri yang menginvasi baik secara endogen maupun secara eksogen. Infeksi maternal ini bertanggung jawab untuk morbiditas dan mortalitas yang berpengaruh terhadap ibu maupun bayinya.

Infeksi maternal yang paling sering terjadi adalah infeksi yang disebabkan oleh virus *Human Papillomavirus* (HPV). *Human papillomavirus* (HPV) merupakan jenis virus yang cukup lazim, yang paling sering ditularkan melalui hubungan seksual. *Human Papillomavirus* (HPV) dapat menyebabkan penyakit kanker serviks dan *kondiloma akuminata*. Kanker serviks merupakan jenis kanker yang paling banyak kedua yang diderita oleh perempuan di Indonesia dan menyebabkan angka kematian yang tinggi akibat lambatnya

deteksi dini sehingga kasus kanker serviks ini terdeteksi sudah masuk stadium lanjut (Kemenkes RI, 2022).

Kanker serviks terjadi dalam waktu yang cukup lama sekitar 5 – 10 tahun sejak infeksi pertama sampai dengan berkembang menjadi kanker. Angka kejadian kanker serviks ini terus meningkat setiap tahunnya, di mana kelompok usia yang mengalami kanker serviks terbanyak adalah pada usia 40 – 60 tahun.

Selain kanker serviks, *Human Papillomavirus* (HPV) juga menjadi penyebab dari *kondiloma akuminata*. Kondiloma Akuminata merupakan kutil kelamin jinan yang biasanya terdapat pada lipatan kulit yang hangat dan lembap yang berbentuk tonjolan-tonjolan seperti bunga kol yang di tengahnya berupa jaringan ikat dan di bagian atas tertutup oleh epitel hiperkeratosis (Divyani and Karna, 2018).

Prevalensi KA juga terus meningkat di mana prevalensi infeksi terbesar terjadi pada masa seksual aktif yaitu pada usia 17 – 33 tahun. Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan di RSUD dr. Soetomo Surabaya di mana kasus terbanyak KA terjadi pada usia 25 – 44 tahun (Oktaviyanti and Barakbah, 2018).

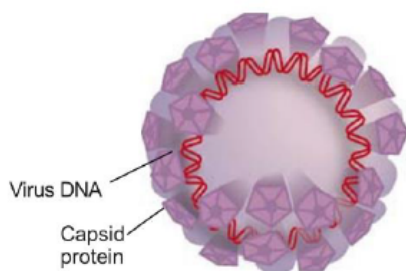
3.2 Human Papillomavirus (HPV)

Human papillomavirus (HPV) ini merupakan virus DNA yang berbentuk sirkuler rantai ganda, berukuran kecil dan tidak memiliki selubung (envelope) dan termasuk dalam keluarga *papillomaviridae*, di mana virus ini menginfeksi lapisan epitel saluran anogenital dan area mukosa lainnya pada tubuh manusia. Pada beberapa orang, infeksi oleh HPV dapat dieliminasi oleh sistem imun sebelum virus tersebut menyebabkan keganasan, namun pada individu lainnya,

HPV dapat berkembang menjadi keganasan akibat HPV berhasil menghindari dari sistem imun penjamu. Hal tersebut dikarenakan penyebab kanker belum diketahui dengan pasti karena kanker bersifat multifaktor namun HPV ini merupakan penyebab dari infeksi kutil kelamin dan kanker serviks (Evriarti and Yasmon, 2019).

Morfologi

HPV merupakan virus kecil yang mengandung genom DNA beruntai ganda yang dilindungi oleh kapsid dari dua protein akhir. Kapsid dari HPV berbentuk *ikosaedral* dan tersusun atas 72 *capsomer pentamerik* (320 protein L1) dan 12 molekul protein L2. Kapsid membungkus satu molekul dsDNA sirkuler, di mana molekul HPV ini berasosiasi dengan molekul histon.

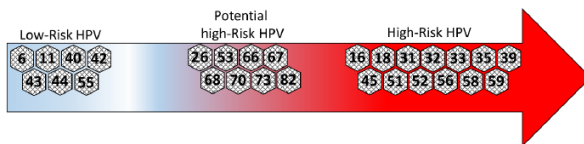


Gambar 3.1: Human Papillomavirus (HPV) (Stark and Zivković, 2018)

Klasifikasi Human Papillomavirus

Evriarti dan Yasmon (2019) menyatakan klasifikasi dari HPV didasarkan pada tingkat homogenitas DNA. Berdasarkan *International Committee on the Taxonomy of Viruses* (ICTV) HPV termasuk dalam kelompok papillomaviridae yang dibagi menjadi 2 sub famili dengan lebih dari 50 genus. Genus *alpha papillomavirus*, *beta papillomavirus*, *gamma papillomavirus*, *mupapilloma virus* dan *nupapapilloma virus* merupakan jenis genus yang berhubungan dengan infeksi, di mana *alphapapilloma virus* merupakan jenis HPV genital dan yang paling sering ditemukan pada pasien.

Klasifikasi HPV menurut Stark dan Zivković (2018) dikelompokkan berdasarkan keganasannya yaitu *low-risk HPV* (LR-HPV), *potential high risk HPV* (pHR-HPV), dan *high risk HPV* (HR-HPV). Adapun tipe HPV berdasarkan kategori keganasan dapat dilihat berdasarkan gambar 3.2 di bawah ini:



Gambar 3.2: Klasifikasi HPV Berdasarkan Tingkat Keganasan (Stark and Zivković, 2018)

Siklus Hidup HPV

Doorbar (2005) dalam (Evriarti and Yasmon, 2019) menyatakan bahwa siklus hidup HPV hampir sama dengan virus dsDNA lainnya, yaitu dimulai dengan terpaparnya virus pada sel pejamu dikarenakan adanya luka atau lesi pada lapisan epitel sel pejamu.

Kemudian virus akan melekat pada sel pejamu melalui reseptor yang terdapat di permukaan sel pada lapisan basal epitel di mana HPV akan berikatan dengan reseptor primer syndecan-1 kemudian HPV memodifikasi kapsidnya dan berikatan dengan reseptor sekunder yaitu kelompok integrin, di mana ikatan tersebut kemudian memberikan sinyal kepada sel pejamu untuk mengendositosis virus.

Endositosis virus dimulai dengan adanya lekukan pada plasma membran di sekitar tempat melekatnya virus, dimana lekukan ini kemudian membentuk vesikel yang melingkupi virus. Selanjutnya virus kemudian mengalami *uncoating* dimana proses ini difasilitasi oleh penghilangan ikatan *intracapsomer sulfide* sehingga menyebabkan kapsid dari virus terbuka dan ini berlangsung di dalam lingkungan host.

Selanjutnya DNA virus kemudian keluar dari vesikel dan mengikat *mikrofilamen* melalui interaksi region L2 dengan protein motor kompleks *dinein* untuk membantu transportasi di dalam sitoplasma dan inti sel.

Doorbar (2005) dan Zheng, Z. M., dan Baker, C. C. (2006) dalam (Evriarti and Yasmon, 2019) menyatakan bahwa HPV masuk ke inti sel kemudian mengaktifkan protein yang berperan sebagai faktor replikasi yaitu protein E1 dan E2, di mana kompleks replikasi ini akan memberikan sinyal untuk enzim *polymerase* dan protein *asesori* sel pejamu untuk memulai proses replikasi DNA virus.

Aktivitas *promoter* akhir akan meningkat seiring dengan proses diferensiasi sel epitel, di mana HPV akan menginisiasi ekspresi kapsid yaitu L1 (protein

kapsid minor) dan L2 (protein kapsid mayor). Kemudian partikel DNA dengan protein virus akan membentuk partikel *infeksius* pada bagian atas lapisan epitel kemudian HPV akan mengalami *eksositis* dan keluar dari sel untuk menginfeksi sel lainnya yang belum terinfeksi.

3.3 Manifestasi Klinis Human Papillomavirus

HPV bukan jenis virus yang baru, banyak orang yang tidak menyadari jika terjangkit virus ini karena tidak menimbulkan gejala dan tidak menyebabkan kesehatan yang serius sampai infeksi virusnya menjadi parah. Adapun HPV dapat menimbulkan beberapa penyakit di antaranya adalah *kandiloma akuminata* (kutil anogenital) dan *kanker serviks*.

Kandiloma Akuminata (Kutil Anogenital)

Kondiloma Akuminata (KA) atau kutil *anogenital* sering dijumpai dan merupakan penyakit Infeksi Menular Seksual (IMS) yang sering terjadi yang disebabkan oleh *Human Papillomavirus* (HPV) dengan gejala berupa lesi tunggal atau multipel di daerah anogenital disertai gatal, discharge vagina, dan perdarahan (Oktaviyanti and Barakbah, 2018). Pada penderita KA, jenis HPV yang ditemukan adalah tipe 6 dan atau tipe 11 yang merupakan tipe risiko rendah (Nyoman et al., 2013) (Oenarta, 2019).

Kondiloma akuminata (KA) biasanya ditemukan pada area vulva, penis, inguinal, perineum, kulit perianal dan atau kulit suprapubis. Kondiloma akuminata biasanya berbentuk kubah, bunga kol, filiformis, pedunkulasi, serebriformis seperti plak, halus, verukosa atau berlobulasi dan biasanya teraba lunak dan berdiameter 1 mm hingga beberapa sentimeter. Sebagian besar kasus KA dapat didiagnosis secara akurat berdasarkan pemeriksaan klinik dan riwayat pasien.

Selain itu, pasien juga dapat dilakukan pemeriksaan penunjang untuk memastikan diagnosis KA. Adapun pemeriksaan penunjang tersebut di antaranya dengan *acetowhitening test*, sitologi atau *histopatologik*, *kolposkopi*, pemeriksaan histokimia, deteksi antigen HPV, dan deteksi *Deoxyribonucleic Acid* (DNA) HPV. Adapun pemeriksaan yang paling sensitif mendeteksi

infeksi HPV saat ini adalah dengan *Polymerase Chain Reaction* (PCR) (Oktaviyanti and Barakbah, 2018).

Prevalensi infeksi KA terbesar terjadi pada masa seksual aktif yaitu pada usia 17-33 tahun dan mencapai puncak pada usia 20-24 tahun. Pada kondisi hamil dapat merangsang pertumbuhan KA seiring dengan bertambahnya usia kehamilan. Hal ini kemungkinan dikarenakan adanya perubahan respons *Cell-Mediated Immunity* (CMI) selama kehamilan, peningkatan kadar estrogen maupun kelembaban pada daerah genital (Oktaviyanti and Barakbah, 2018). *Kondiloma akuminata* (KA) dapat bertambah dalam jumlah maupun ukuran atau mengecil secara spontan, namun tidak menimbulkan gejala. Walaupun tidak menimbulkan gejala, pengobatan pada *kondiloma akuminata* tetap dapat dilakukan meliputi pengobatan yang dilakukan oleh pasien berupa *imiquimod*, *podofilotoksin*, dan *sinecatekin* serta dapat dilakukan oleh klinisi seperti asam *trikloroasetat*, bedah beku dan pembedahan (eksisi, bedah listrik dan laser) (Workowski, 2015).

Pemilihan terapi harus didasarkan pada pertimbangan berbagai faktor seperti lokasi, ukuran, jumlah, anatomi dan tipe lesi, biaya pengobatan, kenyamanan dan efek samping serta yang mempengaruhi respons terhadap terapi termasuk kondisi pasien serta kepatuhan dalam mengikuti terapi.

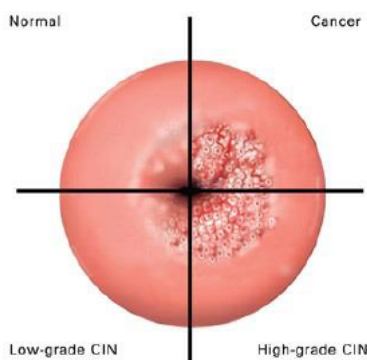
Penanganan KA pada wanita hamil sebaiknya dilakukan bersama dengan bagian obstetri ginekologi dengan selalu memantau keadaan janin. Bila terdapat lesi yang kecil di area vulva dan vagina maka cukup dilakukan kuretase atau *elektrokauterisasi*, sedangkan pada tumor yang besar dan terdapat lesi yang luas maka pengobatannya menggunakan laser dan krioterapi. Pada KA dengan usia kehamilan 34 minggu maka pengobatan sebaiknya ditunda sampai dengan persalinan (Oktaviyanti and Barakbah, 2018).

Kanker Serviks

Kanker serviks merupakan kanker yang terjadi pada organ reproduksi wanita berupa tumor ganas yang tumbuh di dalam leher rahim/serviks. Kanker serviks disebabkan oleh infeksi HPV sub tipe *onkogenik*, di mana penularannya terjadi setelah berhubungan seksual yang terjadi baik dengan cara transmisi melalui organ genital ke genital, oral ke genital, maupun secara manual ke genital. Tipe 16 dan 18 merupakan tipe HPV yang penyebab kanker serviks (Subur and Kirana, 2022).

Infeksi HPV yang menyebabkan kanker serviks biasanya *asimtomatik* dan sementara. Untuk mengetahui apakah termasuk risiko tinggi atau tidak dapat

dilakukan dengan uji HPV, di mana uji HPV *onkogenik* yang negatif menunjukkan risiko yang rendah sedangkan HPV *onkogenik* yang positif menunjukkan risiko tinggi. Setelah hasil uji HPV didapatkan, transisi menuju keganasan biasanya berlangsung lama (bertahun-tahun atau dekade), di mana kejadian puncak infeksi HPV terjadi di usia 20 tahun, kejadian puncak CIN3 pada usia 30 tahun dan kejadian puncak kanker pada usia 40 tahun.



Gambar 3.3: Diagram Tahap Infeksi HPV Pada Serviks (Oenarta, 2019)

Pada tahap awal mengalami infeksi HPV pasien tidak menunjukkan gejala, namun pada stadium lanjut muncul tanda dan gejala yang dialami pasien.

Adapun tanda dan gejala tersebut sebagai berikut:

1. Keputihan - Gejala kanker serviks pada pra kanker ditandai dengan adanya keputihan (fluor albus) yang biasanya semakin lama akan berbau busuk akibat infeksi dan nekrosis jaringan. Hal ini menandakan bahwa pertumbuhan tumor menjadi ulseratif (Dalimartha, 2004).
2. Perdarahan - Pada tahap awal kanker serviks tidak ada gejala khusus, namun pada beberapa kasus pasien mengalami siklus haid yang tidak teratur, *amenorhea*, *hipermenorhea*, perdarahan *intermenstrual*, post koitus dan pada saat melakukan aktivitas atau latihan berat. Adapun perdarahan yang terjadi biasanya dialami setelah bersenggama atau setelah dilakukan pemeriksaan dalam (vaginal toussea) dan darah yang keluar berbentuk mukoid atau cair, berwarna merah terang.

Pada pasien yang sudah memasuki stadium lanjut biasanya terjadi perdarahan rektum karena sel kanker sudah menyebar ke organ lain.

3. Nyeri - Pada tahap lanjut, gejala yang mungkin dan biasa timbul lebih bervariasi. Pada tahap lanjut sekret dari vagina berwarna kuning, berbau dan terjadinya iritasi vagina serta mukosa vulva. Perdarahan yang dialami pasien akan semakin sering terjadi dan nyeri yang dapat menyebar dari daerah lumbal ke ekstremitas bagian bawah.

Pencegahan Human Papillomavirus

Pada wanita sekitar 10 sampai dengan 30% virus HPV dapat dibersihkan oleh sistem kekebalan tubuh individu yang terkena dalam waktu 3 bulan dan sebanyak 90% dapat hilang dalam waktu dua tahun. Namun infeksi HPV tetap ada pada 10% wanita yang terinfeksi yang respons imun selulernya tidak mampu menghilangkan *viral load* (Oenarta, 2019).

Dalam mencegah terjadinya kanker serviks maka perlu dilakukan vaksinasi HPV di mana vaksinasi ini merupakan pilihan yang paling efektif. Adapun vaksin yang dapat digunakan yaitu vaksin *quadrivalent* (Gardasil) dan vaksin *bivalen* (Cervarix). Vaksin *quadrivalent* (Gardasil) merupakan vaksin yang mengandung perlindungan terhadap virus HPV jenis 6 dan 11 yang merupakan penyebab penyakit *kondiloma anogenital* sedangkan vaksin *bivalen* (Cervarix) merupakan vaksin untuk perlindungan terhadap virus HPV tipe 16 dan 18 yang merupakan penyebab kanker serviks (Putra and Putra, 2021).

Putra dan Putra (2021) menyatakan vaksin HPV yang ada saat ini merupakan vaksin yang mengandung partikel yang mirip dengan virus (VLP) dan berbentuk seperti bagian luar HPV. Vaksin ini menstimulasi berkembangnya antibodi dalam serum VLP sehingga mampu mencegah terjadinya infeksi HPV.

Selain itu vaksin HPV ini juga dapat menghasilkan antibodi *transudat* melalui epitel mukosa serviks. WHO (2006) dalam (Putra and Putra, 2021) menyatakan bahwa vaksinasi HPV untuk anak perempuan harus dimulai sebelum periode seksual aktif yaitu pada usia 9-13 tahun. Jika anak perempuan mendapatkan vaksin sebelum usia 15 tahun maka dapat menggunakan jadwal dua dosis dengan interval 6 bulan.

Pada orang yang *imunokompromais* dan perempuan yang berusia 15 tahun ke atas serta orang yang hidup dengan HIV dapat menerima vaksin HPV

sebanyak tiga dosis. Adapun rekomendasi pemberian vaksin HPV menurut Ikatan Dokter Anak Indonesia (IDAI) dan Persatuan Dokter Penyakit Dalam Indonesia (PDPDI) pada saat anak usia 10 tahun hingga 18 tahun dan pada orang dewasa pada usia 19 tahun – 55 tahun (Sari and Syahrul, 2014). Sedangkan menurut (Wang et al., 2020) vaksinasi direkomendasikan untuk wanita usia 25 atau 26 tahun.

Baril, et al (2015) dalam (Faber et al., 2019) menyatakan wanita yang menerima dua dosis vaksin HPV bivalen dalam waktu 45 hari sebelum kehamilan hingga 30 hari setelah kehamilan memiliki peningkatan risiko aborsi spontan dibandingkan wanita yang tidak menerima vaksin HPV. Namun hal ini berbeda dengan penelitian yang dilakukan oleh (Wang et al., 2020) yang menyatakan bahwa vaksin HPV tidak berpengaruh terhadap kehamilan.

Hasil penelitian yang dilakukan oleh (Min et al., 2019) di Korea menyatakan bahwa vaksin HPV 9-valen efektif dalam mencegah penyakit yang disebabkan oleh infeksi HPV. Namun program ini masih memiliki kendala terutama di Asia Tenggara yaitu keinginan untuk melakukan vaksinasi masih rendah. Hal ini dipengaruhi oleh biaya vaksinasi, keefektifan dan keamanan dari vaksinasi HPV, informasi tentang vaksinasi HPV dan kesadaran tentang infeksi HPV. Oleh karena itu, program pencegahan infeksi HPV melalui pemberian vaksin HPV ini perlu dikoordinasikan dengan baik di berbagai media sosial agar masyarakat memiliki kesadaran untuk melakukan vaksinasi HPV.

Dampak Human Papillomavirus

Human Papillomavirus (HPV) menimbulkan dampak pada orang yang terinfeksi HPV, di antaranya adalah dampak pada maternal dan juga dampak pada janin.

1. Dampak infeksi HPV pada wanita

Infeksi HPV biasanya asimtomatik dan akan hilang dalam waktu 2 tahun. Namun untuk beberapa kasus, infeksi menjadi persisten dan berkembang menjadi kanker jika tidak diobati. Namun hal tersebut tergantung pada tipe HPV nya apakah tipe HPV risiko rendah atau tipe HPV risiko tinggi (Zheng et al., 2022).

Niyibizi et al (2020) menyatakan bahwa seiring bertambahnya usia kehamilan menyebabkan wanita hamil rentan terhadap infeksi HPV. Hal tersebut karena pada saat hamil, hormon progesteron meningkat

terus selama kehamilan dan akan stabil pada usia kehamilan 32 minggu. Hal ini menyebabkan menurunnya imunitas ibu sehingga ibu hamil lebih berisiko terinfeksi HPV.

Adapun prevalensi infeksi HPV pada kehamilan dikaitkan dengan perubahan lingkungan hormonal dan penurunan sistem imun ibu hamil. Berdasarkan hasil penelitian, infeksi HPV ditemukan terkait dengan ketuban pecah dini (KPD), preeklampsia, persalinan prematur dan kelainan plasenta (Pandey et al., 2019), (Niyibizi et al., 2020).

2. Dampak infeksi HPV pada janin

Tingginya prevalensi infeksi HPV selama kehamilan sekitar 40% dapat menimbulkan abortus spontan, ketuban pecah dini serta kelahiran prematur. Infeksi *Human Papillomavirus* (HPV) dapat dideteksi pada mukosa mulut bayi baru lahir di mana sumber infeksi pada bayi baru lahir ini adalah dari ibu yang terinfeksi HPV. Kejadian infeksi pada bayi baru lahir lebih tinggi pada bayi yang dilahirkan secara pervaginam dibandingkan persalinan dengan tindakan *sectio caesaria*.

Penularan HPV dari ibu yang terinfeksi kepada janin terjadi sebelum pembuahan karena HPV dapat terdeteksi pada air mani, endometrium dan ovarium. Selain itu, HPV juga terdeteksi pada cairan ketuban, plasenta, dan darah tali pusat. Penularan HPV horizontal lainnya pada bayi bisa terjadi selama menyusui atau menyusui dini sehingga disarankan untuk dilakukan vaksinasi bayi (Qaderi et al., 2021).

3.4 Konsep Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Infeksi Human Papillomavirus

Prevalensi infeksi akibat HPV semakin meningkat sehingga petugas kesehatan terutama perawat harus mampu memberikan pelayanan kesehatan seoptimal mungkin. Pelayanan kesehatan tersebut dapat diberikan melalui proses keperawatan di mana proses keperawatan merupakan pendekatan yang

dilakukan oleh perawat dalam memecahkan masalah kesehatan yang dialami pasien dengan melakukan tindakan pengkajian, analisa data, penentuan diagnosa keperawatan, implementasi keperawatan serta melakukan evaluasi dari tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan.

3.3.1 Pengkajian Keperawatan

Dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien, perawat harus melakukan pengkajian keperawatan terlebih dahulu. Pengkajian keperawatan merupakan proses sistematis dari pengumpulan, verifikasi, dan komunikasi data tentang pasien, di mana pengkajian ini bisa didapatkan dari dua sumber yaitu sumber primer (pasien) dan sumber sekunder (keluarga, tenaga kesehatan) serta analisis data untuk menentukan diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada pasien.

Pengkajian keperawatan memiliki tujuan untuk menetapkan data dasar tentang kebutuhan, masalah kesehatan, pengalaman yang berkaitan, praktik kesehatan, tujuan, nilai dan gaya hidup yang dilakukan klien (Potter & Perry, 2005). Pengkajian yang dilakukan harus relevan sehingga seorang perawat harus mampu berpikir kritis tentang apa yang harus dikaji. Adapun proses pengkajian pada pasien dapat dilakukan melalui *anamnesa* dan pemeriksaan fisik serta pemeriksaan penunjang.

Anamnesa

1. Identitas pasien
2. Usia
Usia yang berisiko mengalami infeksi HPV <20 tahun dan >30 tahun.
3. Status pernikahan
Wanita yang berisiko mengalami infeksi HPV adalah yang aktif melakukan hubungan seksual. Jika usia pasien pada saat menikah <20 tahun maka berisiko lebih tinggi untuk mengalami infeksi HPV karena serviks belum matang.
4. Paritas
Paritas yang lebih dari 3 berisiko tinggi mengalami kanker serviks daripada paritas yang kurang dari 3.

5. Riwayat kesehatan sekarang

Pasien yang datang ke pelayanan kesehatan pada tahap awal tidak mengalami keluhan yang mengganggu, namun pada pasien yang memasuki stadium lanjut mengeluh mengalami keputihan, perdarahan ataupun mengalami nyeri *intraservikal*. Sedangkan pada pasien yang mengalami *kondiloma akuminata* mengeluh gatal dan keluar cairan dari alat kelamin namun tidak ada nyeri.

6. Riwayat kesehatan yang lalu

Kaji riwayat kesehatan yang lalu pada pasien meliputi riwayat abortus, infeksi baik pada pasca abortus atau *postpartum*, adanya tumor.

7. Riwayat kesehatan keluarga

Kaji adanya riwayat keluarga yang mengalami kanker atau infeksi menular seksual lainnya.

8. Konsep diri

Kaji konsep diri pada pasien terkait dengan citra tubuh, identitas diri, ideal diri, peran diri dan harga diri. Pada pasien dengan infeksi HPV kemungkinan akan mengalami gangguan konsep diri terkait dengan perkembangan dari infeksi tersebut.

Pemeriksaan Fisik

Pada pemeriksaan fisik kaji adanya nyeri di area abdomen, punggung bawah yang menyebar ke area ekstremitas bawah, adanya perdarahan, tumor di area alat genital, serta keputihan.

Pemeriksaan Penunjang

1. Pemeriksaan pap smear

Pemeriksaan *pap smear* dilakukan untuk mendeteksi adanya sel kanker lebih awal terutama pada wanita yang sudah aktif melakukan aktivitas seksual namun tidak ada keluhan. Pemeriksaan ini dilakukan setiap 3 tahun sekali sampai dengan usia 65 tahun.

2. Biopsy

Biopsy dilakukan jika pada saat pemeriksaan panggul tampak suatu pertumbuhan atau luka pada serviks atau jika hasil pemeriksaan *pap*

smear menunjukkan abnormalitas pada serviks. Biopsy ini dilakukan untuk mengetahui kelainan yang ada dengan mengambil jaringan di bawah kanal servikal, di mana hasilnya akan menentukan apakah termasuk jenis kanker atau tumor.

3. Kolposkopi

Kolposkopi atau pemeriksaan serviks dengan lensa pembesar merupakan pemeriksaan yang dilakukan untuk melihat area yang mengalami proses *metaplasia*. Pada pemeriksaan *kolposkopi* ini memerlukan keterampilan dan kemampuan yang memadai.

4. Schiller's iodine test

Merupakan pemeriksaan yang dilakukan dengan cara serviks diolesi dengan larutan yodium. Hasilnya jika membentuk bayangan pada sel epitel merupakan serviks yang normal karena pada sel epitel serviks terdapat glikogen. Jika hasilnya menunjukkan warna yang tidak berubah maka sel epitel tidak mengandung glikogen yang berarti mengandung sel kanker.

5. Radiologi

Pemeriksaan radiologi dilakukan untuk mengevaluasi kandung kemih dan rektum yang meliputi *sitoskopi*, *pielogram intravena* (IVP), enema barium dan sigmoidoskopi. Magnetic resonance imaging (MRI) atau CT scan abdomen/pelvis dilakukan untuk menilai penyebaran tumor.

6. Pelvic limphangiografi

Dilakukan untuk melihat adanya gangguan pada saluran pelvis.

3.3.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada pasien dengan infeksi HPV adalah sebagai berikut:

1. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurangnya informasi tentang penyakit, kurangnya sumber pengetahuan atau keterangan yang salah dari orang lain.

2. Ansietas berhubungan dengan ancaman kematian ditandai dengan gelisah, kesedihan yang mendalam, gelisah, ketakutan, putus asa, sangat khawatir, nyeri abdomen.
3. Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan agen cedera fisik ditandai dengan nyeri akut, gangguan integritas kulit, perdarahan.
4. Nyeri akut/kronis berhubungan dengan agen cedera fisik ditandai dengan ekspresi wajah nyeri, sikap melindungi area nyeri, skala nyeri, adanya laporan tentang perilaku nyeri.
5. Gangguan citra tubuh berhubungan dengan perubahan yang dialami.

3.3.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan yang dapat dilakukan pada pasien yang mengalami infeksi HPV adalah sebagai berikut:

Tabel 3.1: Intervensi Keperawatan (M. Bulechek, 2016)

Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Intervensi Keperawatan	Rasional
Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurangnya informasi tentang penyakit, kurangnya sumber pengetahuan atau keterangan yang salah dari orang lain	Setelah dilakukan tindakan keperawatan pengetahuan pasien tentang penyakit bertambah dengan kriteria hasil pasien memahami tentang penyakitnya	a. Identifikasi faktor internal dan eksternal yang dapat meningkatkan pengetahuan individu b. Bantu individu dan keluarga untuk memperjelas keyakinan dan nilai-nilai kesehatan c. Identifikasi kebutuhan belajar individu dan keluarga	a. Untuk mengetahui sejauh mana pengetahuan pasien terkait dengan penyakit yang diderita b. Membantu menambah pengetahuan individu dan keluarga sehingga keyakinannya bertambah c. Memberikan informasi yang tepat sesuai dengan kebutuhan pasien dan keluarga
Ansietas berhubungan dengan ancaman kematian	Setelah dilakukan keperawatan diharapkan ansietas berkurang dengan kriteria hasil pasien menggunakan strategi koping yang efektif	a. Bantu individu mengidentifikasi situasi yang menimbulkan kecemasan b. Kaji tanda verbal maupun nonverbal terkait kecemasan c. Berikan informasi yang akurat terkait	a. Untuk mengetahui faktor yang menyebabkan kecemasan b. Petunjuk non verbal lebih efektif untuk mendapatkan data yang diperlukan c. Membantu mengurangi

		diagnosa, perawatan dan prognosis d. Dengarkan keluhan pasien e. Dorong keluarga untuk mendampingi klien dengan cara yang tepat	kecemasan yang dialami pasien d. Dengan menjadi pendengar yang baik dapat mengurangi kecemasan yang dialami pasien e. Keluarga merupakan <i>support system</i> yang paling baik untuk pasien
Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan agen cedera fisik	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan integritas kulit terjaga dengan kriteria hasil tidak ada infeksi	a. Kaji adanya luka pada kulit terutama di area genital b. Anjurkan pasien untuk tidak menggaruk area yang gatal	a. Membantu tindakan yang harus dilakukan untuk mencegah terjadinya infeksi b. Membantu mempertahankan agar tidak mengalami trauma kulit
Nyeri akut/kronis berhubungan dengan agen cedera fisik	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan nyeri terkontrol dengan kriteria hasil pasien merasa nyaman, nyeri berkurang dan mampu mendemonstrasikan cara mengurangi nyeri	a. Lakukan pengkajian nyeri komprehensif yang meliputi lokasi, karakteristik, onset/durasi, frekuensi, kualitas, intensitas atau beratnya nyeri dan faktor pencetus b. Observasi adanya petunjuk nonverbal mengenai ketidaknyamanan terutama pada mereka yang tidak dapat berkomunikasi secara efektif c. Kaji pengetahuan dan kepercayaan pasien mengenai nyeri d. Ajarkan teknik mengurangi nyeri e. Kaji tanda-tanda vital pada pasien f. Kolaborasi: berikan obat analgetik	a. Dengan melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif maka akan memudahkan untuk menentukan intervensi b. Petunjuk nonverbal lebih efektif untuk dijadikan data dasar c. Dengan mengetahui pemahaman pasien mengenai nyeri bisa menentukan intervensi selanjutnya d. Dengan mengajarkan teknik mengurangi nyeri akan membantu otot-otot berelaksasi sehingga persepsi nyeri berkurang e. Perubahan tanda-tanda vital merupakan identifikasi diri terhadap perkembangan penyakit f. Pemberian analgetik yang sesuai dapat

			membantu mengurangi nyeri
Gangguan citra tubuh berhubungan dengan perubahan yang dialami	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tidak mengalami gangguan citra tubuh dengan kriteria hasil pasien mampu menerima perubahan dirinya	a. Gunakan bimbingan antispasif menyiapkan pasien terkait dengan perubahan citra tubuh yang telah diprediksikan b. Bantu pasien untuk mengidentifikasi perubahan-perubahan yang terjadi pada tubuh akibat penyakit c. Tentukan persepsi pasien dan keluarga terkait perubahan citra diri d. Identifikasi kelompok pendukung untuk pasien	a. Memberikan dukungan kepada pasien b. Untuk menentukan tindakan selanjutnya pada pasien c. Untuk meningkatkan konsep diri pasien agar mampu menerima perubahan yang dialami

3.3.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan tindakan yang sesuai dengan intervensi keperawatan yang telah dibuat yang mencakup tindakan mandiri dan kolaborasi.

3.3.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan hasil perkembangan yang berpedoman kepada hasil dan tujuan yang ingin dicapai dalam mengatasi masalah keperawatan yang muncul pada pasien.

Bab 4

Asuhan Keperawatan Pada Pasien Infeksi Traktus Genitalis

4.1 Pendahuluan

Infeksi *traktus genetalis* adalah infeksi yang terjadi di saluran reproduksi yang disebabkan oleh berbagai mikroorganisme seperti bakteri, jamur, virus, dan protozoa. Infeksi pada vagina paling sering dan umum terjadi seperti *bacterial vaginosis* (BV), kandidiasis *vulvovaginalis* dan *trikomoniasis* dapat terjadi sepanjang kehidupan perempuan.

Vulvovaginitis berupa inflamasi pada vulva dan vagina yang disebabkan oleh infeksi vagina ditunjukkan dengan keputihan dalam jumlah banyak yang dapat menyebabkan maserasi jaringan. Bahan kimia yang bersifat iritatif, allergen dan benda asing yang dapat menyebabkan reaksi inflamasi dapat menyebabkan *vulvovaginitis* (Lowdermilk, Perry & Cashion, 2013).

Pengertian

Vagina sebagai organ reproduksi merupakan ekosistem dinamis yang berubah seiring bertambahnya usia. Keadaan seperti keputihan normal jelas hingga putih, tidak berbau, dan viskositas tinggi umum terjadi. Mikro biota bakteri normal yang didominasi oleh *Lactobacillus spp.* dan berbagai bakteri anaerob

fakultatif juga hadir pada tingkat yang jauh lebih rendah. Kehadiran bakteri tersebut berfungsi mengubah glikogen menjadi asam laktat, membantu mempertahankan pH vagina asam normal 3,8 hingga 4,5 dan beberapa *lactobacilli* menghasilkan H₂O₂ (hidrogen peroksida) yang berfungsi sebagai mekanisme pertahanan inang dan membunuh bakteri dan virus (Spach & Muzny, 2021).

Vaginitis merupakan diagnosis klinis dengan tiga kondisi paling umum dengan gejala vagina yang muncul seperti *vaginosis* bakteri, kandidiasis *vulvovaginal*, dan *trikomoniasis*. *Vaginitis* secara umum terdapat diantara wanita usia reproduksi dan biasanya ditandai dengan keputihan, gatal vulva dan iritasi, dan bau pada vagina.

Dengan kata lain, infeksi traktus genitalis atau *vaginitis* adalah infeksi *vulvovagina* yang mencakup *vaginosis* bakteri, kandidiasis atau *trikomoniasis* (CDC, 2020; Cunningham, 2019). *Vaginitis* dapat menyebabkan bercak darah atau pendarahan ringan antar menstruasi. Kondisi ini sering kali disertai dengan peningkatan rabas, gatal, bercak darah selama senggama, atau ketidaknyamanan selama senggama.

Pemeriksaan pelvis dapat menunjukkan adanya peningkatan rabas vagina, eritema, rabas serviks, polip, atau peradangan. Apabila diagnosis yang ditegakkan adalah *vaginitis*, terapi medis spesifik diberikan adalah *vaginitis*, terapi medis spesifik diberikan sesuai dengan organisme penyebabnya.

4.2 Bakteri Vaginosis

Bacterial vaginosis (BV) adalah suatu kondisi yang terjadi ketika ada terlalu banyak bakteri tertentu di vagina, yang mengubah keseimbangan normal bakteri di vagina. BV umumnya terjadi pada wanita usia 15-44 tahun dan merupakan penyebab paling umum dari keputihan. Namun, dalam survei yang representatif secara nasional, mayoritas wanita dengan BV adalah *asimtomatik* (CDC, 2021).

Skrining dan Diagnosis

Anamnesis yang fokus dapat membantu membedakan BV dengan infeksi vagina lainnya jika wanita tersebut bergejala. Keluhan bau amis dan peningkatan sekresi cairan vagina yang tidak kental adalah yang paling

bermakna dan keluhan bau yang bertambah setelah hubungan seksual juga mengarah pada BV.

Anamnesa terhadap keluhan akan gejala serupa sebelumnya, diagnosis serta pengobatannya perlu dilakukan. Pemeriksaan mikroskopis dari sekret vagina dengan pewarnaan basah saline menunjukkan adanya sel clue (sel epitel vagina yang diselimuti bakteri) yang spesifik pada BV. Pemeriksaan pH pada sekret vagina dengan kertas lakmus (pH 4,5 atau lebih) dan bau amina dengan meneteskan cairan kalium hidroksida (KOH) pada sekret vagina juga diperlukan dalam mendiagnosis (Lowdermilk, Perry & Cashion, 2013; CDC, 2021).

Penatalaksanaan

Pengobatan dengan *metronidazole oral* (Flagyl) dinilai paling efektif, walaupun sediaan berupa gel *metronidazole* dan krim *klindamisin* juga digunakan (CDC, 2021). Efek samping dari *metronidazole* adalah rasa logam yang tajam dan tidak menyenangkan dalam mulut, lidah seperti berbulu, dan gangguan saluran kemih. Disarankan perlunya menghindari minuman beralkohol saat dalam pengobatan.

4.3 Kandidiasis Vulvovaginalis

Kandidiasis *vulvovaginal* atau infeksi jamur, merupakan jenis infeksi vagina kedua yang tersering. Walaupun infeksi kandidiasis vagina sering terjadi pada wanita sehat, kandidiasis yang terjadi pada wanita dengan infeksi HIV sering kali lebih berat dan persisten bila dibandingkan dengan wanita sehat. Lesi kandidiasis genital sering kali nyeri, membentuk *ulserasi* yang menyatu sehingga memerlukan terapi profilaksis yang berkelanjutan.

Secara global, sekitar 138 juta Wanita memiliki kandidiasis *vulvovaginal* setiap tahun. Meskipun kandidiasis *vulvovaginal* bukan infeksi menular seksual, namun sering menyebabkan manifestasi klinis yang tumpang tindih dengan infeksi menular seksual dan kondisi vagina lainnya (Spach, 2021).

Screening dan Diagnosis

Meskipun sebagian besar wanita dengan kandidiasis *vulvovaginal* tidak memiliki faktor risiko spesifik yang terkait dengan kandidiasis *vulvovaginal*, namun beberapa faktor telah diidentifikasi dari mereka dengan kandidiasis

vulvovaginal yang sering, rumit dan berat yaitu faktor inang (diabetes yang tidak terkontrol, penggunaan *kortikosteroid*, penggunaan antibiotik secara berulang, kehamilan, HIV, terapi penggantian hormon), faktor perilaku (praktik seksual, penggunaan kontrasepsi oral, alat kontrasepsi, kondom dan spemisida) dan kecenderungan genetik (Sobel, 2007 dan Spach, 2021).

Beberapa gejala klinis yang khas pada kandidiasis *vulvovaginal* seperti pruritus, nyeri vagina, dispareunia, rasa panas terbakar pada vulva, disuria eksternal dan keputihan yang abnormal seperti tebal, putih, dan menggumpal tetapi bisa juga tipis atau berair.

Melalui anamnesis yang lengkap dapat diidentifikasi gejala-gejala yang timbul serta faktor predisposisi yang ada. Pemeriksaan fisik yang menyeluruh termasuk pemeriksaan dengan *spekulum* diperlukan untuk mendapatkan data yang akurat. Pemeriksaan dengan melakukan pewarnaan saline dan basah KOH dengan *potassium hydroxide*. Pemeriksaan mikroskopik diperlukan untuk membedakan kandidiasis dari *vaginosis* bakteri dan *T. vaginalis*. Peningkatan jumlah sel darah putih menunjukkan infeksi campuran atau diagnosis selain kandidiasis *vulvovaginal* (CDC, 2021 dan Spach, 2021).

Penatalaksanaan

Terdapat beberapa bentuk terapi yang direkomendasikan, seperti *short-course*, *over-the-counter*. Perawatan anti jamur *intravaginal* diberikan untuk wanita dengan kandidiasis *vulvovaginal* tanpa komplikasi. Bagi wanita yang lebih memilih terapi oral, *flukonazol* 150 mg secara oral dosis tunggal menjadi pilihan. Pemberian krim anti jamur yang direkomendasikan dan *suppositoria* berbasis minyak.

Diperkirakan 80 sampai 90% wanita dengan *vulvovaginal* Kandidiasis yang menyelesaikan pengobatan dengan *azole* sembuh dari gejala dan kultur jamur negatif (CDC, 2021). Bila dalam masa pengobatan dengan krim *intravaginal* antijamur, dianjurkan untuk tidak melakukan hubungan seks selama perawatan atau menggunakan alat kontrasepsi seperti kondom atau diafragma.

Pengobatan kandidiasis *vulvovaginal* pada wanita hamil yang direkomendasikan adalah penggunaan krim *azole topikal* (intravaginal) selama 7 hari. Pemberian *Flukonazol* oral tidak diperbolehkan pada kehamilan karena kemungkinan dapat mencetuskan kejadian aborsi spontan dan kemungkinan teratogenesis (CDC, 2021).

4.4 Trikomoniasis

Trikomoniasis disebabkan oleh *trichomonas vaginalis*, yaitu protozoa bersel satu dengan *flagella* yang khas dan bersifat anaerob. *Trikomoniasis* pada kehamilan dikaitkan dengan hasil buruk obstetri dan ginekologi. Sebuah meta-analisis dari 17 penelitian menemukan bahwa wanita dengan *T. vaginalis* memiliki risiko dua kali lipat lebih tinggi untuk mengembangkan kanker serviks (Spach, 2021). Wanita umumnya mengalami pengeluaran sekret vagina khas berwarna kekuningan atau kehijauan, *mukopurulen*, berbusa, berbau menyengat dan sangat banyak.

Inflamasi pada vulva, vagina atau keduanya dapat terjadi disertai dengan keluhan iritasi dan *pruritus*. Disuria dan dispareunia sering terjadi, walaupun kadang dapat terjadi tanpa gejala. Umumnya pengeluaran secret dapat bertambah parah selama atau sesudah menstruasi. Serviks dan dinding vagina menunjukkan ‘bintik strawberry’ yang khas atau *petechiae* kecil. Pada infeksi berat, dinding vagina, serviks dan kadang-kadang vulva mengalami peradangan akut.

Screening dan Diagnosis

Anamnesa dilakukan untuk mendapatkan Riwayat seksual secara keseluruhan. Catat adanya riwayat gejala terdahulu yang serupa dan pengobatan yang pernah dilakukan. Pemeriksaan fisik dan pemeriksaan laboratorium yang tepat. Manifestasi klinis yang terkait dengan *trikomoniasis* termasuk infeksi *asintomatik*, infeksi akut, dan *vaginitis* kronis.

Tes diagnostik untuk *trikomoniasis* dilakukan pada wanita dengan masalah keputihan. Dalam praktik klinis, persiapan pemasangan basah telah menjadi metode yang paling umum digunakan untuk mendiagnosis *trikomoniasis*, terutama karena biaya rendah, kenyamanan, dan diagnosis di tempat perawatan. Tes *Papanicolaou* dianggap tidak tepat sebagai alat diagnostik untuk *trikomoniasis*. Jika infeksi *T. vaginalis* diidentifikasi pada pengujian *Papanicolaou* rutin, tes diagnostik *trichomonas* standar harus digunakan untuk memverifikasi infeksi (CDC, 2021).

Penatalaksanaan

Semua wanita yang didiagnosis dengan *trikomoniasis* menerima pengobatan dengan *metronidazol* 500 mg dua kali sehari selama 7 hari. Pengobatan tersebut dinilai lebih efektif dalam menyembuhkan infeksi daripada dosis oral

2 gram tunggal. *Tinidazole* 2 gram dosis oral adalah alternatif untuk wanita dan pria, tetapi harus dihindari pada wanita hamil.

Pemberian *Metronidasol gel* (intravaginal) tidak efektif untuk pengobatan *trikomoniasis* dan tidak dianjurkan. Orang yang alergi terhadap *metronidazole* harus dirujuk ke spesialis alergi dan bila tidak memungkinkan, pilihan tambahan terbatas adalah penggunaan krim *paromomisin intravaginal* atau *asam borat intravaginal* (CDC, 2021).

4.5 Pengkajian dan Diagnosis Keperawatan

Pengkajian meliputi *anamnesa* tentang riwayat PMS, jumlah pasangan seksual, frekuensi hubungan seksual dalam satu minggu, penggunaan obat-obatan, merokok, mengonsumsi alkohol, gizi buruk, stres, kelelahan yang tinggi dan riwayat infeksi saluran kemih. Pemeriksaan fisik untuk mendapatkan data adanya rabas vagina, vesikel atau luka, demam dan keluhan terhadap nyeri.

Pemeriksaan laboratorium perlu untuk mengetahui jenis bakteri yang menyebabkan infeksi. Melalui pemeriksaan urine dan darah, infeksi bakteri pada traktus *genitali* dapat diketahui. Hasil pemeriksaan hitung sel darah putih yang tinggi juga dapat membantu dalam menegakkan diagnosis. Pemeriksaan laboratorium lainnya dapat dilakukan, tergantung pada jenis infeksi yang dicurigai.

Berdasarkan data-data yang didapatkan setelah melakukan pengkajian, dilanjutkan dengan menganalisis semua data temuan tersebut termasuk juga data hasil pemeriksaan laboratorium untuk menegakkan diagnosis keperawatan.

Mengacu pada standar diagnosis keperawatan Indonesia (SDKI, 2016) yang dikeluarkan oleh PPNI, diagnosis keperawatan yang kemungkinan dapat ditegakkan pada pasien dengan infeksi pada traktus *genetalis* antara lain:

1. Gangguan integritas kulit berhubungan dengan kelembaban pada area *vulvavaginal* yang dibuktikan dengan data terdapat kerusakan lapisan

- kulit seperti kemerahan pada area *vulvavaginal*, keluhan nyeri, terdapat keputihan dan berbau, keluhan gatal.
2. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencendera fisiologis (inflamasi) yang dibuktikan dengan data keluhan nyeri, wajah tampak meringis, bersikap protektif, gelisah, keluhan sulit tidur dan perubahan pada tanda-tanda vital.
 3. Risiko disfungsi seksual dibuktikan dengan faktor risiko biologis: faktor ginekologi (infeksi).

4.6 Perencanaan Keperawatan

Rencana keperawatan dirumuskan secara spesifik pada tiap-tiap diagnosis keperawatan yang sudah ditegakkan. Tujuan perawatan ditetapkan dengan kriteria hasil yang spesifik pada tiap diagnosis keperawatan, hal ini untuk membantu dalam melakukan evaluasi terhadap masalah yang ditemukan. Beberapa masalah keperawatan yang muncul pada infeksi saluran genital yaitu gangguan integritas kulit, risiko disfungsi seksual, nyeri dan lain-lain.

Mengacu pada standar intervensi keperawatan Indonesia (PPNI, 2018) dan standar luaran keperawatan Indonesia (PPNI, 2018) intervensi keperawatan meliputi:

1. Diagnosis gangguan integritas kulit, dengan tujuan keperawatan yang ditetapkan adalah integritas kulit meningkat yang ditandai dengan kriteria hasil menurunnya kerusakan pada lapisan kulit, nyeri menurun, perdarahan tidak ada atau menurun, kemerahan menurun, hidrasi meningkat, suhu kulit dan tekstur membaik. Perawatan integritas kulit yaitu mengidentifikasi dan merawat kulit untuk menjaga keutuhan, kelembaban dan mencegah.
Rencana tindakan keperawatan antara lain:
 - a. Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit, misalnya perubahan sirkulasi, penurunan kelembaban.
 - b. Bersihkan *perineal* dengan air hangat.
 - c. Lakukan perawatan perineum.

- d. Bersihkan area perineum secara teratur.
 - e. Gunakan produk berbahan ringan/alami dan *hipoalergik* pada kulit sensitif.
 - f. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi.
 - g. Anjurkan minum air yang cukup.
 - h. Anjurkan mandi dan menggunakan sabun secukupnya.
 - i. Kolaborasi pemberian anti inflamasi, jika perlu.
 - j. Kolaborasi pemberian analgesik, jika perlu.
2. Diagnosis risiko disfungsi seksual, dengan tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan, fungsi seksual membaik. Ditandai dengan kriteria hasil verbalisasi aktivitas seksual berubah menurun, verbalisasi fungsi seksual berubah menurun, verbalisasi nyeri saat berhubungan seksual (*dispareunia*) menurun, verbalisasi peran seksual berubah menurun dan kepuasan hubungan seksual meningkat. Intervensi utama adalah konseling seksualitas yaitu memberikan bimbingan seksual pada pasangan sehingga mampu menjalankan fungsinya secara optimal.

Rencana tindakan keperawatan meliputi:

- a. Identifikasi tingkat pengetahuan, masalah sistem reproduksi, masalah seksualitas, dan penyakit menular seksual.
- b. Identifikasi waktu disfungsi seksual dan kemungkinan penyebab.
- c. Monitor stres, kecemasan, depresi dan penyebab disfungsi seksual.
- d. Fasilitasi komunikasi antara pasien dan pasangan.
- e. Berikan kesempatan kepada pasangan untuk menceritakan permasalahan seksual.
- f. Berikan pujian terhadap perilaku yang benar.
- g. Berikan saran yang sesuai kebutuhan pasangan dengan menggunakan bahasa yang mudah diterima, dipahami dan tidak menghakimi.
- h. Jelaskan efek pengobatan, kesehatan dan penyakit terhadap disfungsi seksual.
- i. Informasikan pentingnya modifikasi pada aktivitas seksual.
- j. Kolaborasi dengan spesialis seksologi, jika perlu.

4.7 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

Implementasi keperawatan yaitu melaksanakan semua tindakan yang telah direncanakan sesuai tiap masalah yang ditemukan. Salah satu tindakan yang penting juga dilakukan adalah pencegahan infeksi pada saluran genital. Tindakan pencegahan tersebut dapat diajarkan oleh perawat agar dapat dilakukan oleh pasien secara mandiri di rumah.

Tindakan pencegahan meliputi:

1. melakukan higiene genital;
2. memilih pakaian dalam dari bahan katun;
3. menghindari pakaian yang ketat;
4. membatasi waktu penggunaan pakaian olahraga yang lembap;
5. membatasi pajanan pada busa mandi;
6. berkemih sebelum dan sesudah melakukan hubungan seksual;
7. mengurangi konsumsi gula;
8. minum susu dan yoghurt (dengan laktobasillus);
9. hindari melakukan irigasi vagina.

Evaluasi keperawatan merupakan proses yang berkesinambungan. Agar efektif, evaluasi didasarkan pada tujuan yang berpusat pada pasien, yang diidentifikasi saat merencanakan tahapan asuhan keperawatan. Perawat dapat cukup yakin bahwa perawatan yang diberikan efektif, dalam arti di hasil yang diharapkan telah terpenuhi. Evaluasi keperawatan yang diharapkan yaitu meningkatnya integritas kulit, aktivitas seksual membaik dan nyeri tidak ada.

Bab 5

Asuhan Keperawatan Pada Pasien Infeksi Post Partum

5.1 Pendahuluan

Infeksi bakteri selama persalinan dan masa nifas merupakan salah satu penyebab utama kematian ibu di seluruh dunia, terhitung sekitar sepersepuluh dari beban global kematian ibu. Meskipun sebagian besar kematian ini tercatat di negara-negara berpenghasilan rendah, infeksi terkait persalinan juga merupakan penyebab langsung kematian ibu yang penting di negara-negara berpenghasilan tinggi (WHO, 2015).

Infeksi *post partum* yang paling sering terjadi adalah *endometritis*. Di Amerika Serikat, *endometritis* terjadi pada kurang lebih 2% persalinan pervaginam, dan 10-15% pada persalinan seksio sesaria.

5.2 Infeksi Post Partum

Infeksi *post partum* atau disebut juga infeksi *puerperium*, yaitu infeksi pada saluran genitalia yang terjadi dalam 28 hari setelah persalinan, keguguran, maupun aborsi yang diinduksi. Di Amerika Serikat definisi ini ditambahkan dengan adanya demam 38°C atau lebih selama dua hari pada 10 hari pertama *post partum* (sedangkan 24 jam pertama tidak dihitung) (Lowdermilk, Perry and Cashion, 2013).

Organisme yang paling sering menyebabkan infeksi post partum adalah streptokokus dan bakteri anaerob. *Stapilokokus aureus*, gonokokus, bakteri *coliform*, serta *clostridium* sangat jarang menyebabkan infeksi namun bakteri tersebut merupakan organisme patogen yang perlu diantisipasi karena dapat menyebabkan infeksi post partum.

Secara umum, infeksi post partum terjadi pada ibu yang memiliki kondisi medis atau immunosupresi. Adapun faktor risiko yang dapat menyebabkan infeksi post partum seperti pecahnya selaput ketuban memanjang, persalinan yang memanjang, dan pemeriksaan dalam yang tidak aman. Sedangkan faktor predisposisi yang menyebabkan infeksi post partum dibagi menjadi 2 kategori, yaitu faktor prakonsepsi atau *ante partum*, dan faktor *intrapartum*.

Faktor predisposisi pada fase prakonsepsi di antaranya adalah adanya riwayat trombosis vena, infeksi saluran kemih, mastiti, serta pneumonia. Penyakit metabolik seperti Diabetes melitus juga menjadi salah satu faktor predisposisi dari infeksi post partum. Selain itu riwayat alkoholisme, penyalahgunaan obat, immunosupresi, anemia dan malnutrisi juga turut menyebabkan infeksi post partum.

Faktor predisposisi pada fase persalinan atau *intrapartum* yang utama adalah operasi seksio sesaria. Selain itu ada faktor lain seperti persalinan pervaginam secara operatif, ketuban pecah dini, korioamnionitis, persalinan memanjang, kateterisasi kandung kemih yang tidak steril, pemeriksaan vagina berulang setelah pecahnya selaput ketuban, retensi sisa plasenta, episiotomi atau laserasi, serta hematoma (Lowdermilk, Perry and Cashion, 2013).

Endometriosis

Endometriosis merupakan penyebab tersering dari infeksi post partum. Kondisi ini biasanya diawali sebagai infeksi yang terlokalisasi pada tempat melekatnya plasenta (*placental bed*), namun dapat menyebar hingga ke seluruh

endometrium. Endometriosis lebih sering terjadi pada persalinan seksio sesarea dibandingkan persalinan pervaginam.

Gejala yang dialami oleh pasien endometriosis di antaranya demam (lebih dari 38°C), denyut nadi meningkat, menggigil, anoreksia, mual, kelelahan, letargi, nyeri panggul, nyeri abdomen yang berasal dari nyeri uterus, lochea yang banyak serta berbau tajam.

Pada hasil pemeriksaan laboratorium menunjukkan adanya leukositosis serta peningkatan Laju Endap Darah (LED). Anemia juga sering terjadi. Kultur darah maupun kultur bakteri intra serviks (aerobik dan anaerobik) harus menunjukkan adanya organisme patogennya dalam 36-48 jam (Lowdermilk, Perry and Cashion, 2013).

Infeksi Luka

Infeksi luka juga merupakan infeksi post partum yang umum terjadi, namun sering kali terjadi pada saat ibu sudah pulang ke rumah. Tempat infeksi meliputi luka operasi seksio sesaria, luka episiotomi atau lokasi jahitan. Faktor predisposisi pada kejadian ini serupa dengan kasus endometritis.

Tanda dan gejala yang dialami pasien di antaranya eritema di sekitar luka, edema, teraba hangat, nyeri, terdapat sekret seropurulen, dan terjadinya pemisahan luka. Pada beberapa kasus dapat pula terjadi demam (Lowdermilk, Perry and Cashion, 2013).

Infeksi Saluran Kemih

Infeksi Saluran Kemih (ISK) sering terjadi pada 2-4% ibu pascapartum. Faktor risiko terjadinya ISK pada ibu post partum di antaranya riwayat kateterisasi urin selama periode intranatal, seringnya dilakukan pemeriksaan dalam/pemeriksaan panggul, anestesi epidural, luka di saluran genitalia, riwayat ISK sebelumnya, serta operasi seksio sesaria. Tanda dan gejala yang muncul pada kasus ISK yaitu disuria, frekuensi, dan urgensi, demam ringan, hematuria, retensi urin, serta pyuria.

Nyeri ketok kostovertebra atau nyeri pinggang juga merupakan tanda yang mengarah pada kejadian ISK bagian atas. Hasil urinalisis dapat menunjukkan keberadaan *Escherichia coli*, meskipun bakteri gram negatif lainnya juga dapat menyebabkan ISK (Lowdermilk, Perry and Cashion, 2013).

Mastitis

Hampir sebagian besar ibu yang baru pertama kali melahirkan dan menyusui mengalami mastitis. Sekitar 1-10% mastitis terjadi segera setelah melahirkan pada ibu primipara. Mastitis hampir selalu terjadi unilateral setelah ASI sudah keluar. Organisme patogen yang menginfeksi dan menyebabkan mastitis pada umumnya adalah *Staphylococcus aureus*. Perlukaan pada puting susu yang terinfeksi merupakan awal terjadinya mastitis, namun selanjutnya dapat berkembang menginfeksi sistem duktus payudara.

Apabila sistem duktus telah terinfeksi, maka akan terjadi edema yang selanjutnya akan mengobstruksi aliran ASI dalam lobus payudara. Pada mulanya terjadi regional, kemudian menyeluruh, hingga akhirnya terjadi mastitis. Mastitis yang tidak ditangani dengan baik akan mengakibatkan abses payudara.

Gejala mastitis jarang dijumpai pada hari-hari pertama post partum. Mastitis lebih sering dirasakan di minggu kedua hingga minggu ke empat. Gejala yang dirasakan ibu seperti menggigil, demam, malaise, dan nyeri pada payudara. Selain itu nyeri pada payudara yang terlokalisasi, bengkak, memerah, serta adenopati pada askila juga mungkin terjadi pada kasus mastitis (Lowdermilk, Perry and Cashion, 2013).

Tromboplebitis

Tromboplebitis disebut juga dengan istilah “milk-leg“. Terdapat 2 jenis tromboplebitis yaitu *Septic Pelvic Tromboplebitis* (SPT) dan *Deep Vein Tromboplebitis* (DVT). Tromboplebitis merupakan peradangan pada lapisan pembuluh darah yang menyebabkan pembentukan bekuan darah, biasanya pada vena dalam di kaki, paha, atau panggul.

SPT adalah infeksi yang paling jarang. SPT sering terjadi pada infeksi luka, terutama bila tidak ada respons klien terhadap antibiotik. Kejadian DVT 1:1.000 pada persalinan pervaginam, 3–4:1.000 pada persalinan dengan bantuan, dan 25:1.000 pada operasi caesar. Adapun faktor risiko SPT dan DVT yaitu stasis vena karena tetap berada di tempat tidur dalam waktu lama, peningkatan koagulasi, serta kerusakan pembuluh darah.

Gejala yang dialami oleh pasien dengan SPT yaitu nyeri di selangkangan, perut bagian atas atau bawah, area panggul, demam sedang, takikardia, serta ditemukan massa lunak di dekat rahim. Gejala lainnya dijumpai gastrointestinal distres dan penurunan bising usus. Pada kasus DVT gejalanya

meliputi bengkak dan nyeri hebat, kemerahan, hangat di betis atau kaki, teraba nodul keras di sepanjang vena, varises, dan tanda Homan positif (Littleton and Engebretson, 2002).

5.3 Manajemen Keperawatan Pada Infeksi Post Partum

5.3.1 Pengkajian

Data dasar dalam pengkajian setiap jenis infeksi post partum telah dijelaskan sebelumnya. Berikut ini merupakan data tambahan yang dapat dijumpai pada kasus infeksi post partum, di antaranya:

Tabel 5.1: Data Dasar Pengkajian Pasien Dengan Infeksi Pascapartum (Littleton & Engebretson, 2002; Lowdermilk, Perry & Cashion, 2013)

Item Yang Dikaji	Hasil Pengkajian
Aktifitas dan Istirahat	• Malaise, lethargi • Kelelahan terus menerus yg disebabkan karena persalinan lama dan banyak pemicu stress pascapartum
Sirkulasi	• Takikardia dengan berbagai tingkat keparahan
Eliminasi	• Diare • Bising usus menghilang apabila terjadi ileus paralitik
Integritas Ego	• Kecemasan yang nyata
Makanan/Cairan	• Anoreksia, mual muntah, haus, mukosa bibir kering • Distensi abdomen, kekakuan, peritonitis
Kebersihan	• Perineal care yang tidak adekuat
Neurosesnsori	• Sakit kepala
Nyeri/Ketidaknyamanan	• Nyeri terlokalisasi, disuria, nyeri abdomen • Afterpain memanjang, nyeri absdomen bawah unilateral/bilateral (salpingitis/oophoritis, parametritis)
Respirasi	• Pernapasan cepat dan dangkal (pada infeksi sistemik dan berat)
Safety	• Peningkatan suhu tubuh >38°C • Menggigil yang parah/berulang (seringkali berlangsung selama 30-40 menit), dengan lonjakan suhu hingga 40,0°C, menunjukkan infeksi panggul, tromboflebitis, atau peritonitis • Laporan pemantauan internal, pemeriksaan vagina intrapartal yang sering, penyimpangan dalam teknik aseptik, persalinan traumatis dan/atau laserasi saluran reproduksi, prosedur/sayatan operasi • Infeksi yang sudah ada sebelumnya, termasuk human immunodeficiency virus (HIV) • Paparan lingkungan
Seksualitas	• Ketuban pecah dini atau berkepanjangan, persalinan lama (24

Item Yang Dikaji	Hasil Pengkajian
	jam atau lebih) • Retensi hasil konsepsi, eksplorasi uterus/pengangkatan plasenta secara manual, atau perdarahan pascapartum • Tepi insisi dapat memerah, edematous, keras, lunak, atau terpisah, dengan drainase cairan purulen atau cairan sanguinis • Subinvolusi uterus mungkin ada • Lochia mungkin berbau busuk, tidak berbau (seperti pada infeksi streptokokus beta-hemolitik), sedikit, atau banyak
Interaksi Sosial	• Status sosial ekonomi rendah dengan penyebab stres yang sesuai (termasuk tunawisma)
Pengajaran/Pembelajaran	• Kurangnya perawatan prenatal/tindak lanjut pascapersalinan Kondisi kronis; misalnya malnutrisi, anemia, diabetes

Pemeriksaan diagnostik tambahan untuk menegaskan diagnosa infeksi post partum meliputi:

1. Jumlah Sel Darah Putih (WBC) - Normal atau meningkat dengan diferensial bergeser ke kiri.
2. Laju Sedimentasi Eritrosit (ESR), dan Jumlah Sel Darah Merah (RBC) - Meningkat secara nyata dengan adanya infeksi.
3. Hemoglobin/Hematokrit (Hb/Hct), RBCCount - Menurun dengan adanya anemia.
4. Kultur (Aerobik/Anaerobik) Bahan Intrauterine atau Intraserviks atau Drainase Luka, atau Noda Lokia, Serviks, dan Rahim Gram - Identifikasi organisme penyebab.
5. Urinalisis dan Kultur - Singkirkan ISK.
6. Ultrasonografi - Menentukan adanya sisa fragmen plasenta; menemukan abses peritoneal.
7. Pemeriksaan Bimanual - Menentukan sifat dan lokasi nyeri panggul, pembentukan massa atau abses, atau adanya trombosis vena.

5.3.2 Diagnosis, Perencanaan, dan Evaluasi Keperawatan

Fokus asuhan keperawatan dalam kasus infeksi post partum yaitu untuk mengontrol penyebaran infeksi, mempercepat fase penyembuhan, serta mendorong proses pengenalan keluarga yang berkelanjutan. Hingga pasien pulang diharapkan infeksi telah teratasi, pasien mengekspresikan rasa sejahtera, perlekatan/ikatan antara ibu dan bayi dapat terbentuk (Littleton and Engbretson, 2002).

Tabel 5.2: Diagnosa Keperawatan, Intervensi, dan Outcome (SDKI, 2019; SIKI, 2019; SLKI, 2019; Lowdermilk, Perry and Cashion, 2013)

Diagnosis Keperawatan	Outcome	Intervensi Keperawatan
Risiko Penyebaran Infeksi/Sepsis Faktor yg berhubungan: Adanya infeksi, kulit rusak dan/atau jaringan trauma, vaskularisasi tinggi pada area yang terlibat, prosedur invasif dan/atau peningkatan paparan lingkungan, penyakit kronis (mis., diabetes), anemia, malnutrisi, imunosupresi, dan/atau efek obat yang tidak diinginkan (misal: infeksi oportunistik/sekunder)	Pasien diharapkan dapat: 1. Mengungkapkan pemahaman tentang faktor risiko penyebab individu. 2. Memulai perilaku untuk membatasi penyebaran infeksi, sebagaimana mestinya, dan mengurangi risiko komplikasi. 3. Mencapai penyembuhan tepat waktu, bebas dari komplikasi tambahan.	Mandiri: 1. Tinjau catatan prenatal, intrapartal, dan postpartal. 2. Peragakan dan pertahankan cuci tangan yang ketat untuk staf, klien, dan pengunjung. 3. Sediakan, dan instruksikan klien dalam, pembuangan yang tepat linen, pembalut, chux, dan peripad yang terkontaminasi. Mulai/pertahankan isolasi, jika diindikasikan. 4. Demonstrasikan/dorong pembersihan perineum yang benar setelah berkemih dan defekasi, dan sering mengganti pembalut. 5. Mendemonstrasikan masase fundus yang tepat. Tinjau kepentingan dan waktu prosedur. 6. Pantau suhu, nadi, dan pemapasan. Catat adanya menggigil atau laporan anoreksia atau malaise. 7. Observasi perineum/insisi untuk tanda-tanda infeksi lain (misalnya, kemerahan, edema, ekimosis, pengeluaran pus dan kondisi jahitan [skala REEDA]). Perhatikan subinvulusi uterus, nyeri tekan uterus yang ekstrem. 8. Pantau asupan oral/parenteral, tekankan kebutuhan cairan minimal 2000 ml per hari. Catat haluaran urine, derajat hidrasi, dan adanya mual, muntah, atau diare. 9. Berikan posisi semi-Fowler. 10. Tingkatkan ambulasi dini, diimbangi dengan istirahat yang cukup. Tingkatkan aktivitas sebagaimana mestinya. 11. Selidiki laporan nyeri kaki atau dada. Perhatikan pucat, bengkak, atau kaku pada ekstremitas bawah 12. Sarankan agar ibu menyusui secara berkala memeriksa mulut bayi untuk adanya bercak putih. 13. Motivasi klien/pasangan untuk memprioritaskan tanggung jawab setelah pulang (mis., tugas

Diagnosis Keperawatan	Outcome	Intervensi Keperawatan
		kerumahtanggaan, perawatan anak). - Anjurkan penggunaan obat yang tepat (misal: minum seluruh rangkaian antibiotik, sesuai resep). - Diskusikan pentingnya istirahat panggul yang sesuai (menghindari douching, tampon, dan hubungan intim). Kolaborasi: - Anjurkan penerapan kompres hangat lembab dalam bentuk mandi duduk selama 15 menit 2-4 kali sehari. - Demonstrasikan penggunaan krim antibiotik perineum, yang sesuai. - Pantau pemeriksaan laboratorium, sesuai indikasi: Kultur/sensitivitas; leukosit, Laju endap darah - Berikan obat-obatan sesuai indikasi: Antibiotik, awalnya berspektrum luas, kemudian organisme-spesifik, seperti yang ditunjukkan oleh hasil kultur/sensitivitas; Oxytocics, seperti pitocin dan methylergonovine maleate (Methergine); Antikoagulan (misalnya, heparin). Bantu dengan prosedur, seperti insisi dan drainase (I&D) atau Dilatasi dan Kuretase, jika diperlukan - Berikan transfusi darah lengkap/sel darah merah, jika diperlukan. - Berikan oksigen tambahan bila perlu. - Atur pemindahan ke pengaturan perawatan intensif yang sesuai.
Ketidakseimbangan Nutrisi: kurang dari kebutuhan tubuh Faktor yang berhubungan: Asupan tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolik (anoreksia, mual/muntah, pembatasan medis) Ditandai dengan: Keengganan untuk makan, penurunan asupan oral atau kurangnya asupan	Penuhi kebutuhan nutrisi, yang dibuktikan dengan penyembuhan luka sesuai rentang normal, tingkat energi yang sesuai, dan Hb/Hct dalam ekspektasi pascapartum normal.	Mandiri: - Anjurkan memilih makanan tinggi protein, zat besi, dan vitamin C bila asupan oral diperbolehkan. - Tingkatkan asupan setidaknya 2000 ml/hari jus, sup, dan cairan bergizi lainnya. - Anjurkan tidur/istirahat yang cukup. Kolaborasi: - Berikan cairan/nutrisi parenteral, sesuai indikasi. - Berikan preparat besi dan/atau vitamin, sesuai indikasi. - Bantu pemasangan selang nasogastrik (NG) atau Miller-Abbott.

Diagnosis Keperawatan	Outcome	Intervensi Keperawatan
oral, penurunan berat badan yang tidak terduga		
Nyeri Akut Faktor yang berhubungan: Respon tubuh terhadap agen infeksi, sifat infeksi (misalnya edema kulit/jaringan, eritema) Ditandai dengan: Verbalisasi, kegelisahan, perilaku menjaga, fokus pada diri sendiri, respons otonom	Pasien diharapkan mampu: 1. Mengidentifikasi/gunakan tindakan kenyamanan yang sesuai secara individual. 2. Melaporkan penurunan tingkat nyeri/ketidaknyamanan.	Mandiri: 1. Kaji lokasi dan sifat ketidaknyamanan atau nyeri, nilai nyeri pada skala 0-10. 2. Berikan instruksi dan bantu, untuk pemeliharaan kebersihan dan kehangatan. 3. Ubah posisi klien sesering mungkin. Berikan tindakan kenyamanan; misalnya, gosokan punggung, penggantian linen. 4. Instruksikan klien dalam teknik relaksasi; menyediakan kegiatan pengalihan seperti radio, televisi, atau membaca. 5. Anjurkan untuk melanjutkan menyusui jika kondisi klien memungkinkan. Kalau tidak, sarankan dan memberikan petunjuk penggunaan pompa asi manual atau elektrik. Kolaborasi: 1. Berikan analgesik atau antipiretik. 2. Terapkan kompres panas lokal menggunakan lampu panas atau mandi duduk seperti yang ditunjukkan.
Risiko Gangguan Perlekatan Orang Tua dan Bayi Faktor yang berhubungan: Gangguan dalam proses ikatan, penyakit fisik, ancaman yang dirasakan terhadap kelangsungan hidup sendiri	Pasien diharapkan mampu: 1. Menunjukkan perilaku keterikatan yang sedang berlangsung selama interaksi orang tua-bayi. 2. Mempertahankan/memikul tanggung jawab untuk perawatan fisik dan emosional bayi baru lahir, sesuai kemampuan. 3. Mengekspresikan kenyamanan dengan peran sebagai orang tua	Mandiri: 1. Sediakan kesempatan untuk kontak ibu-bayi jika memungkinkan. Tempatkan gambar bayi di samping tempat tidur klien (terutama jika kondisi klien atau kebijakan rumah sakit mengharuskan bayi dipisahkan dari ibunya selama periode demam). 2. Pantau respons emosional klien terhadap penyakit dan perpisahan dari bayi, seperti depresi dan kemarahan. 3. Dorong klien untuk mengungkapkan perasaan dan memperkuat kenormalan yang sesuai. 4. Libatkan klien untuk memberi makan bayi jika memungkinkan dan tingkatkan partisipasinya dalam perawatan bayi ketika infeksi sembuh/klien mampu. 5. Amati interaksi ibu-bayi. 6. Dorong ayah/anggota keluarga lain untuk merawat dan berinteraksi

Diagnosis Keperawatan	Outcome	Intervensi Keperawatan
		dengan bayi. 7. Diskusikan ketersediaan/keefektifan sistem pendukung di lingkungan rumah. Kolaborasi 1. Buat pengaturan untuk evaluasi tindak lanjut yang tepat dari interaksi ibu-bayi melalui kunjungan rumah. 2. Mengidentifikasi sistem pendukung individu. 3. Rujuk ke layanan perawat <i>homecare</i>, atau agen perawatan di rumah.

Bab 6

Asuhan Keperawatan Pada Pasien Infeksi Radang Panggul

6.1 Pendahuluan

Reproduksi sehat adalah keberhasilan melaksanakan fungsi prokreasi, mengatur, dan memelihara kehamilan menuju *well born baby* dan *well health mother*, serta keharmonisan keluarga (Ida Ayu Sri Kusuma, 2010). Salah satu penyakit infeksi genitalia wanita perlu diketahui, adalah penyakit radang panggul (PRP) atau *Pelvic Inflammatory Disease* – (PID) merupakan suatu infeksi umum pada organ pelvis wanita dan struktur penyokong vagina atau bahkan mengenai tuba fallopi, yang pada kasus tertentu disebut dengan *salpingitis*.

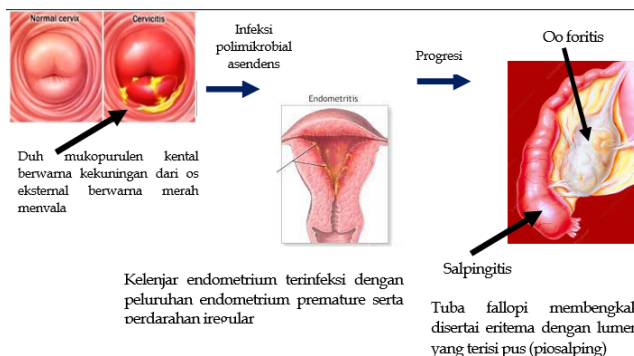
Salpingitis sinonim dengan PID akut dalam penggunaan istilah umum, yang merupakan penyebab signifikan infertilitas dan 15% sampai 25% wanita yang menderita penyakit tersebut infertil. Kehamilan ektopik juga dapat merupakan komplikasi PID. Nyeri kronis, dispareunia, dan dismenore merupakan akibatnya. Penyakit radang panggul merupakan kelainan ginekologis paling sering di Amerika Serikat dan Inggris yang mengharuskan dilakukannya rawat inap pada wanita usia subur (Norwitz R, dkk., 2008).

PID paling sering disebabkan oleh organisme yang ditransmisi melalui hubungan seksual, yaitu; *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia*, dan *Mycoplasma*, dan penyebab lain yang jarang ialah *Escherichia coli*, *Streptococcus Haemophilus*, dan organisme lain. Patogen ini biasanya menyerang serviks saat terjadi hubungan seksual, yakni selama atau setelah ibu melahirkan anak atau setelah suatu proses aborsi (Sweringen, 1990).

PID sering terjadi pada akhir periode menstruasi karena darah merupakan media yang kaya untuk pertumbuhan bakteri. Kadang PID timbul akibat persebaran sekunder infeksi dari struktur terkait, seperti perforasi apendiks atau abses intra abdomen, yang menyebabkan peritonitis pelvis (Bobak, dkk., 2004).

6.2 Pengertian Penyakit Radang Panggul

Penyakit radang panggul (salpingitis, pelvis inflammatory disease-PID) adalah suatu peradangan yang menyerang tuba falopi (saluran penghubung induk telur dengan rahim) (Kumalasari, dkk., 2013). Penyakit radang panggul (pelvis inflammatory disease-PID) adalah suatu kumpulan radang pada saluran genital bagian atas oleh berbagai organisme, yang dapat menyerang endometrium, tuba falopi, ovarium maupun *miometrium* secara *perkontinuitatum* maupun secara *hematogen* ataupun sebagai akibat hubungan seksual (Widyastuti Yani, 2010).



Gambar 6.1: Spektrum Klinis Penyakit Radang Panggul (PRP)

Penyakit Radang Panggul (PRP) adalah suatu spektrum klinis infeksi yang mungkin melibatkan serviks, endometrium, tuba fallopi, ovarium, uterus, ligamentum latum, rongga intraperitoneum, dan daerah perihepatik (Norwitz. R, 2008).

Menurut Ida Ayu Sri Kusuma (2009), ada beberapa pendapat tentang gambaran penyakit radang panggul, yakni:

1. Westrom (1969) - Gejala klinis sebagai akibat penyebaran mikroorganisme, di luar kehamilan, secara asenden dari vagina menuju alat genitalia bagian atas (dalam) dan sekitarnya serta menimbulkan kerusakan jaringan.
2. St. Jhonet.al (1980) - Proses peradangan akut sebagai akibat peradangan asenden dari rektus urinarius yang menyebar ke arah vulva dan sekitarnya.

6.3 Etiologi dan Gejala Penyakit Radang Panggul

Peradangan biasanya disebabkan oleh infeksi bakteri, di mana bakteri masuk melalui vagina dan bergerak ke rahim lalu ke tuba fallopi. Sekitar 90 -95% kasus PID disebabkan oleh bakteri yang juga menyebabkan terjadinya penyakit menular seksual (misalnya klamida, gonore, mikoplasma, stafilokokus, dan streptokokus).

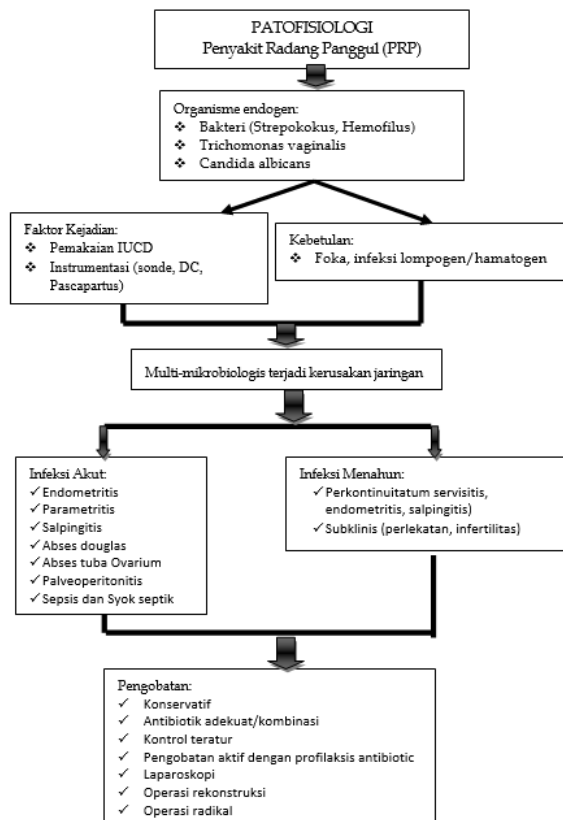
Infeksi ini jarang terjadi sebelum siklus menstruasi pertama, setelah menopause maupun selama kehamilan. Penularan yang utama terjadi melalui hubungan seksual, tetapi bakteri juga bisa masuk ke dalam tubuh setelah prosedur kebidanan/kandungan (misalnya pemasangan IUD, persalinan, keguguran, aborsi dan biopsi endometrium yang tidak steril) (Kumalasari, 2013).

Menurut Kumalasari, dkk., (2013) gejala penyakit radang panggul adalah sebagai berikut:

1. Gejala biasanya muncul segera setelah siklus menstruasi. Penderitaan merasakan nyeri pada perut bagian bawah yang semakin memburuk dan disertai oleh mual atau muntah.
2. Biasanya infeksi akan menyumbat tuba fallopi. Tuba yang tersumbat bisa membengkak dan terisi cairan. Sebagai akibatnya bisa terjadi nyeri menahun, pendarahan menstruasi yang tidak teratur, dan kemandulan.
3. Infeksi bisa menyebar ke struktur di sekitarnya, menyebabkan terbentuknya jaringan parut dan perlengketan fibrosa yang abnormal antara organ-organ perut serta menyebabkan nyeri menahun.
4. Di dalam tuba, ovarium maupun panggul bisa terbentuk abses (penimbunan nanah). Jika abses pecah dan nanah masuk ke rongga panggul, gejalanya segera memburuk dan penderita bisa mengalami syok. Lebih jauh lagi bisa terjadi penyebaran infeksi ke dalam darah sehingga terjadi sepsis.
5. Gejala lainnya yang mungkin ditemukan pada PID, sebagai berikut:
 - a. Keluar cairan dari vagina dengan warna, konsistensi, dan bau yang abnormal.
 - b. Demam.
 - c. Perdarahan menstruasi yang tidak teratur atau spotting (bercak-bercak kemerahan di celana dalam).
 - d. Kram karena menstruasi.
 - e. Nyeri ketika melakukan hubungan seksual.
 - f. Perdarahan setelah melakukan hubungan seksual.
 - g. Nyeri punggung bagian bawah.
 - h. Kelelahan.
 - i. Nafsu makan berkurang.
 - j. Sering berkemih.
 - k. Gangguan sistem *urogenitalia* (polakisuria, disuria, dispareunia, pengeluaran *leukorea* berbau/kotor bahkan bercampur darah, nyeri ketika berkemih).

- l. Peningkatan reaktif protein.
- m. Pada pemeriksaan lendir serviks dijumpai *clamida trachomatis* atau *neisseria gonorrhoe*
- n. Laju endap darah meningkat (Widyastuti, dkk., 2010; Ida Ayu Sri Kusuma, 2009).

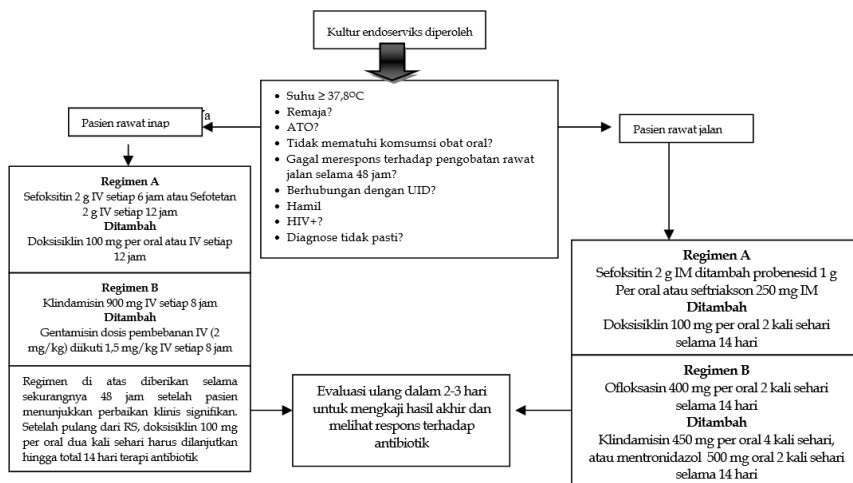
Patofisiologi Radang Panggul



6.4 Pengobatan Penyakit Radang Panggul

Akibat Lanjut Penyakit Radang Panggul

1. Kehamilan ektopik atau hamil di luar kandungan. Untuk mendeteksi kemungkinan hal ini terjadi segera lakukan pemeriksaan ultrasonografi apabila terjadi kehamilan setelah menderita penyakit radang panggul.
2. Infertilitas. Penyakit radang panggul dapat meningkat pada penderita hingga 17%. Hal ini karena terjadi perubahan pada anatomi tuba fallopi.
3. Bayi lahir cacat atau meninggal. Jika bayi dilahirkan lewat vagina yang memiliki banyak kuman, maka kuman-kuman itu pun akan ikut dengan si bayi. Akibat lain dari peradangan saat hamil adalah bayi terlahir prematur, terjadi penyebaran kuman pada tubuh bayi, serta jika infeksi parah, bayi dalam rahim bisa meninggal (Kumalasari, dkk., 2013).



Sumber: Norwitz, dkk (2007)

6.5 Cara Pencegahan Penyakit Radang Panggul

Suatu pengkajian riwayat yang terinci, yang meliputi riwayat aktivitas seksual, penggunaan kontrasepsi, dan episode Penyakit Radang Panggul (PRP) dilakukan. Pendekatan perawat yang tidak menghakimi akan membantu wanita untuk tidak merasa malu atau merasa bersalah, jika ternyata masalah berhubungan dengan penyakit menular seksual.

Pemeriksaan fisik dan hasil uji laboratorium didiskusikan lebih dahulu untuk menginformasikan diagnosis. Wanita akan memerlukan dukungan emosi dan perlu ketenangan selama proses pemeriksaan karena pemeriksaan tersebut mungkin menimbulkan nyeri (Bobak, 2004).

Perawat perlu mengkaji pengetahuan wanita tentang PRP dan faktor risiko penyakit tersebut. Pengajaran kesehatan yang diberikan harus meliputi informasi tentang PRP, dan peningkatan risiko yang berhubungan dengan pasangan seks yang banyak dan penggunaan IUD. Hal ini dilakukan untuk mengontrol kelahiran. Berikan juga informasi tentang pentingnya mengganti pembalut dengan sering selama mens dan mencuci daerah perineum dengan cermat, membersihkannya dari bagian depan ke belakang untuk mencegah kontaminasi rektum pada vagina, dan pentingnya mencari perawatan medis dini jika gejala PRP muncul.

Wanita yang memiliki riwayat PRP harus tidak berisiko untuk mengalami PMS dan harus menghindari senggama selama menstruasi. Apabila pasangan ingin memiliki anak, maka hal tersebut sebaiknya dianjurkan pada masa usia subur dini karena jaringan parut tubal meningkatkan risiko infertilitas (Bobak, 2004).

Asuhan keperawatan selama hospitalisasi untuk menangani PRP meliputi pemberian informasi tentang rutinitas dan prosedur rumah sakit, tindakan untuk mengupayakan kenyamanan, dan dukungan emosi. Apabila wanita merasa cemas, perawat mengupayakan atmosfer yang kondusif, sehingga wanita dapat mengajukan pertanyaan dan mengungkapkan perasaannya.

Apabila wanita tersebut mengkhawatirkan kesuburannya di masa yang akan datang, upayakan untuk menenangkan wanita itu dengan memberikan informasi tentang manfaat terapi dini, kemajuan penanganan infertilitas

melalui upaya bedah, dan informasi tentang kelompok pendukung. Libatkan orang-orang terdekat wanita tersebut dalam rencana perawatan.

Apabila wanita itu mendemonstrasikan pengetahuan tentang PRP, meliputi gejala dan tanda, terapi, dan hasil akhir yang mungkin di capai, dan ia menunjukkan perhatian terhadap upaya mengurangi risiko infeksi dengan menerapkan praktik hidup sehat, maka tujuan edukasi kesehatan telah dicapai.

Apabila wanita itu juga menderita PRP kemudian ia menjadi asimtomatik dan, jika ia tampak merasa lebih nyaman dan rasa cemasnya terhadap kondisinya berkurang, ia juga yakin akan kemampuannya dalam mengatasi rasa cemas sehubungan dengan kesuburannya di masa yang akan datang dan ia berupaya mencari bantuan, maka rencana perawatan dapat dikatakan memuaskan (Bobak, 2004).

6.7 Asuhan Keperawatan Penyakit Radang Panggul

Pengkajian

A. Data Subyektif

1. Biodata:
 - a. Umur : biasanya terjadi pada usia produktif yaitu pada usia di bawah 16 tahun.
 - b. Pekerjaan: sering terjadi pada wanita yang berganti-ganti pasangan (PSK).
2. Keluhan utama:

Demam, mual muntah, perdarahan menstruasi yang tidak teratur, kram karena menstruasi, nyeri BAK, nyeri saat hubungan, sakit pada perut bagian bawah, lelah, nyeri punggung bagian bawah, nafsu makan berkurang.
3. Riwayat penyakit sekarang:

Metroragia, Menoragia. penderita penyakit kelamin, keputihan, menggunakan alat kontrasepsi spiral.

4. Riwayat penyakit dahulu:
KET, Abortus Septikus, Endometriosis. Pernah menderita penyakit kelamin, abortus, pernah kuret, aktivitas seksual pada masa remaja, berganti-ganti pasangan seksual, pernah menggunakan AKDR.
5. Riwayat kesehatan keluarga
6. Riwayat menstruasi:
Perdarahan menstruasi yang tidak teratur, Disminore, Fluor albus.
7. Riwayat obstetric dan KB:
Pernah abortus, kuretase, keguguran, Pernah atau sedang menggunakan AKDR.
8. Riwayat menstruasi:
Kaji menarche, siklus haid, jumlah darah yang keluar, dismenorea, dan HPHT.
9. Riwayat ginekologi:
Kaji keluhan yang pernah dirasakan berkaitan dengan organ reproduksi, berapa lama keluhan ibu rasakan, ada tidaknya upaya yang dilakukan untuk mengatasi keluhan itu. Seperti menanyakan apakah ibu pernah mengalami keputihan yang berbau dan gatal, operasi yang dialami.
10. Riwayat kesehatan:
Kaji penyakit-penyakit yang pernah diderita ibu, suami, dan keluarga baik dari ibu maupun suami seperti: penyakit jantung, hipertensi, DM, TBC, asma dll. Kaji apakah ibu pernah kontak dengan penderita HIV/AIDS, TBC, hepatitis.

Pemeriksaan Fisik

1. Suhu tinggi disertai takikardia.
2. Nyeri suprasimfisis terasa lebih menonjol daripada nyeri di kuadran atas abdomen. Rasa nyeri biasanya bilateral. Bila terasa nyeri hanya unilateral, diagnosis radang panggul akan sulit ditegakkan.
3. Bila sudah terjadi iritasi peritoneum, maka akan terjadi reburn tenderness”, nyeri tekan dan kekakuan otot sebelah bawah.

4. Tergantung dari berat dan lamanya peradangan, radang panggul dapat pula disertai gejala ileus paralitik.
5. Dapat disertai Manoragia, Metroragia.
6. Nyeri tekan dan nyeri goyang genitalia eksterna (unilateral dan bilateral).
7. Daerah adneksa teraba kaku.
8. Teraba massa dengan fluktuasi.

B. Data Obyektif

Pemeriksaan Sistematis dan Ginekologis

Didapatkan berdasarkan hasil pemeriksaan yang dilakukan oleh pemeriksa dan hasil pemeriksaan dengan teknik palpasi, inspeksi, auskultasi, dan perkusi. Pemeriksaan sistematis ini meliputi:

1. Pemeriksaan kepala dan wajah
Kaji keadaan mata, hidung, mulut dan bibir ibu.
2. Pemeriksaan pada leher
Periksa apakah ada pembesaran kelenjar pada leher seperti kelenjar limfe, tiroid atau pelebaran pembuluh vena.
3. Pemeriksaan dada dan payudara:
Inspeksi: lihat bentuk payudara (simetris/ asimetris), warna (kemerahan atau normal), pengeluaran, puting susu (menonjol, datar, masuk), retraksi.
4. Pemeriksaan abdomen:
Kaji adanya masa atau benjolan dan nyeri tekan pada abdomen, jaringan parut, bekas luka operasi.
5. Pemeriksaan anogenital
Kaji pengeluaran pervaginam: jumlah, warna, konsistensi dan bau kaji adanya tanda-tanda infeksi pada daerah genital, perhatikan ada tidaknya varises dan oedema pada genetalia, inspekulo, dinding vagina (rugae vagina less), karsinoma. Portio. Lakukan pemeriksaan adneksa dengan menekan daerah symphysis, apakah terasa nyeri atau tidak.

6. Pemeriksaan genitalia
 - a. ada cairan flour albus yang berbau, dan berwarna kehijauan;
 - b. nyeri pada servik, uterus dan kedua adnexa saat pemeriksaan bimanual;
 - c. terdapat masa iflamatoris daerah pelvis.

C. Pemeriksaan penunjang

1. Periksa darah lengkap: Hb, Ht, dan jenisnya, LED.
2. Urinalisis.
3. Tes kehamilan.
4. USG panggul.

D. Diagnosa Keperawatan

1. Hipertermia b/d efek langsung dari sirkulasi endotoksin pada hipotalamus, perubahan pada regulasi temperatur.
2. Gangguan perfusi jaringan berhubungan dengan sepsis akibat infeksi.
3. Disfungsi seksual b/d perubahan kesehatan seksual.
4. Perubahan kenyamanan b/d infeksi pada pelvis.
5. Risiko terhadap infeksi (sepsis) b/d kontak dengan mikroorganisme (Doengoes, Marilyn. E. 2001. Rencana Keperawatan. Jakarta. EGC).

Berdasarkan diagnosa yang telah ditemukan berikut ini adalah definisi, batasan karakteristik dan faktor yang berhubungan:

Hipertermia b/d efek langsung sirkulasi

Definisi: Peningkatan suhu tubuh di atas kisaran normal

Batasan Karakteristik:

1. kulit merah;
2. peningkatan suhu tubuh di atas normal;
3. konvulsi;
4. kejang;
5. takikardi;
6. kulit terasa hangat;
7. takipnea.

Faktor-faktor yang berhubungan:

1. anastesia;
2. penurunan respirasi;
3. dehidrasi;
4. penyakit;
5. aktivitas berlebihan;
6. trauma.

Nyeri akut b/d proses infeksi

Definisi: Pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan yang muncul akibat kerusakan jaringan yang aktual/potensial.

Batasan karakteristik:

1. perubahan TD;
2. perubahan frekuensi jantung dan pernafasan;
3. perilaku distraksi;
4. gangguan tidur;
5. dilatasi pupil;
6. melaporkan nyeri verbal;
7. perubahan posisi untuk menghindari nyeri;
8. sikap tubuh melindungi.

Faktor yang berhubungan: Agen Cedera

Disfungsi seksual b/d kesehatan seksual

Definisi: adalah suatu kondisi yang ditandai dengan individu mengalami perubahan fungsi seksual selama fase respons seksual hasrat, terangsang, dan atau orgasme yang dipandang tidak memuaskan.

Batasan karakteristik:

1. keterbatasan aktual akibat penyakit;
2. persepsi keterbatasan akibat penyakit;
3. perubahan terhadap persepsi seks.

Faktor yang berhubungan: Perubahan fungsi tubuh akibat proses penyakit

Gangguan rasa nyaman b/d TIK meningkat

Definisi: merasa kurang senang, lega, dan sempurna dalam dimensi fisik, psikososial, lingkungan, sosial.

Batasan karakteristik:

1. ansietas;
2. menangis;
3. gangguan pola tidur;
4. takut;
5. iritabilitas;
6. melaporkan perasaan tidak nyaman;
7. gelisah.

Faktor yang berhubungan:

1. gejala terkait penyakit;
2. kurang privasi;
3. kurang kontrol situasi;
4. kurang pengendalian lingkungan.

Tabel 6.1: Intervensi NOC-NIC (Huda Amin. N & Hardhi. K. 2015; Moorhead. S. dkk. 2016)

No.	Dx. Keperawatan	Tujuan	NOC	NIC
1.	Hipertermi b/d efek langsung sirkulasi	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan suhu pasien akan turun atau normal	Thermoregulation Suhu kulit turun (5) Perubahan warna kulit (5) Radang (4) Dehidrasi (4) Denyut nadi radial (4) Melaporkan ketidaknyamanan Panas (5)	Fever Treatment • monitor suhu minimal setiap 2 jam • monitor warna dan suhu kulit; • monitor TD, N, RR, dan tingkat kesadaran; • monitor intake dan output; • berikan pengobatan untuk mengatasi demam; • tingkatkan sirkulasi udara; • kompres pasien pada lipat paha dan aksila kolaborasi; pemberian cairan intravena dan anti piretik.
2.	Nyeri akut b/d proses infeksi	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 2x24 jam	Pain Control Mengenali serangan nyeri (5) Menggambarkan sebab	Pain Management • observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan; • lakukan pengkajian nyeri secara

No.	Dx. Keperawatan	Tujuan	NOC	NIC
		diharapkan nyeri menurun	akibat (5) Gunakan tindakan pencegahan (5) Gunakan non analgesik(5) Laporkan perubahan nyeri (5) Laporkan pengontrolan nyeri (5)	komprehensif; • gunakan teknik komunikasi terapeutik; • kaji yang mempengaruhi nyeri; • ajarkan teknik non farmakologi; • tingkatkan istirahat; • kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri; • pilih dan lakukan penanganan nyeri kolaborasi dengan dokter jika ada keluhan.
3	Gangguan meningkat	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1x24 jam di harapkan	Anxiety Level Kegelisahan (5) Kelelahan (5) Kesulitan (5) Kecemasan verbal (5) Gangguan tidur (5) Pusing (4)	Anxiety Reduction • gunakan pendekatan yang menenangkan; • jelaskan semua prosedur dan apa yang dirasakan selama prosedur; • temani pasien untuk memberikan keamanan dan mengurangi takut; • identifikasi tingkat kecemasan; • bantu pasien mengenali situasi yang menimbulkan kecemasan; • instruksikan pasien menggunakan teknik relaksasi; • kolaborasi obat untuk mengurangi kecemasan.
4.	Disfungsi seksual b/d kesehatan seksual	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan	Sexuality Pattern, Inefektif Kriteria hasil: Mengetahui masalah reproduksi kontrol risiko penyakit menular	• sexuality counseling membangun hubungan terapeutik; • memberikan informasi tentang fungsi seksual diskusikan efek dari perubahan seksualitas pada orang lain yang signifikan; • diskusikan tingkat pengetahuan pasien tentang seksualitas pada umumnya.
5.	Risiko infeksi (sepsis) b/d Hubungan dengan mikroorganisme	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan	Immune status Knowledge: infection control Kriteria hasil: Klien bebas dari tanda dan gejala infeksi Jumlah leukosit dalam batas normal Menunjukkan perilaku hidup sehat	Infection Control (Kontrol Infeksi) • cuci tangan setiap sebelum dan sesudah tindakan keperawatan; • gunakan baju, sarung tangan sebagai alat pelindung; • berikan terapi antibiotik bila perlu infection protection; • tingkatkan intake nutrisi; • monitor hitung granulosit, WBC • ajarkan cara menghindari infeksi.

E. Evaluasi Keperawatan

1. Klien dapat meningkatkan kesehatan di buktikan dengan bertambahnya kemampuan dan pemahaman klien dalam berperilaku hidup bersih dan sehat.
2. Klien mengatakan nyeri berkurang atau hilang.
3. Klien memperoleh pengetahuan dan keterampilan dalam meningkatkan kemampuannya dalam memelihara kesehatan (Huda Amin. N & Hardhi. K. 2015; Moorhead. S. dkk. 2016).

Bab 7

Asuhan Keperawatan Pada Pasien Gonore

7.1 Pendahuluan

Gonorrhea atau gonore merupakan salah satu jenis penyakit menular seksual (PMS) yang paling sering terjadi. Penyakit ini menempati urutan kedua yang menyebabkan sekitar 86,9 juta infeksi baru setiap tahun di seluruh dunia (Rowley et al., 2019). *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) memperkirakan sekitar 1,6 juta infeksi gonokokus baru terjadi di Amerika Serikat pada tahun 2018, dan lebih dari setengahnya terjadi pada usia 15-24 tahun (CDC, 2020).

Definisi Gonore

Gonore adalah penyakit menular seksual (PMS) yang disebabkan oleh infeksi bakteri *Neisseria gonorrhoeae* (Lovett & Duncan, 2019). *Neisseria gonorrhoeae* merupakan kuman gram negatif berbentuk *diplokokus* yang dapat penyebab infeksi saluran *urogenitalis* yang bentuknya menyerupai biji kopi dengan dimensi lebar $0.8\mu\text{m}$ serta panjang $1,6\mu\text{m}$, bakteri ini juga bersifat tahan asam.

Bakteri ini dapat menginfeksi serviks, rahim, tuba falopi, uretra dan juga dapat menginfeksi selaput lendir mulut, tenggorokan, mata, dan dubur (Lovett & Ducan, 2019). Penyakit ini ditularkan melalui hubungan seksual dengan penderita gonore. Masa inkubasi penyakit ini pada pria cukup singkat yaitu antara 2-8 hari dan pada wanita gejala bersifat asimtomatik, dan baru dirasakan setelah terjadi komplikasi.

Faktor Risiko Gonore

Menurut Reeder et al (2011) kelompok yang berisiko terkena infeksi gonore adalah :

1. Usia kurang dari 20 tahun.
2. Aktif secara seksual.
3. Memiliki banyak pasangan seksual.
4. Pasangan seksual memiliki kontak seksual dengan banyak orang.
5. Memiliki riwayat PMS.
6. Pasangan seksual ter diagnosa PMS.
7. Pekerja seks komersial.

Tanda dan Gejala

Menurut Dela et al (2019) dan Reeder et al (2011) tanda dan gejala gonore yang dapat terjadi pada wanita sebagai berikut:

1. Keputihan yang tidak normal.
2. Rasa gatal atau seperti terbakar (vaginal atau vulva).
3. Lesi pada vulva atau labia.
4. Pembesaran kelenjar limfa pada area aksila, selangkangan, atau leher.
5. Terasa nyeri atau seperti terbakar saat berkemih.
6. Kemerahan pada kulit atau lesi pada mulut.
7. Demam, lemas, letih, anoreksia.
8. Ketidaknyamanan abdomen.
9. Perubahan pola menstruasi

Komplikasi

Infeksi gonore perlu segera dilakukan pengobatan untuk mencegah terjadinya komplikasi. Berikut komplikasi yang dapat terjadi pada pasien gonore:

1. Kehamilan ektopik.
2. Penyakit radang panggul (PID).
3. Infertilitas.
4. Nyeri panggul kronis.
5. Pada bayi baru lahir akan mengalami kebutaan dan pneumonia.

Pemeriksaan Penunjang

Penegakan diagnosis gonore dilakukan dengan anamnesis, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang. Pemeriksaan penunjang yang baku untuk diagnosis gonore dengan kultur. Kultur didapatkan dari *endoserviks*, rektum dan bila diperlukan sampel dapat diambil dari faring.

Kultur Thayer Mzartin direkomendasikan untuk mendiagnosis gonore pada wanita, karena PMS cenderung terjadi berbarengan maka semua wanita yang dicurigai menderita gonore harus melakukan kultur clamida dan pemeriksaan serologi untuk sifilis dan pemeriksaan HIV (CDC, 2020).

Penatalaksanaan Medis

Penatalaksanaan medis untuk infeksi gonore dengan pemberian terapi anti klamida seperti *azitromisin* dosis tunggal atau *doxycycline* 100 mg peroral 2 kali sehari selama 7 hari. Terapi ganda juga dianjurkan untuk menurunkan perkembangan resistensi bakteri (Hartaningsih, 2017). Hasil penelitian Sancta et al (2020) pemberian terapi *ceftriaxone* 500 mg pada penderita gonore di AS efektif untuk mengobati infeksi.

Selain penatalaksanaan farmakologi pengobatan infeksi gonore juga dilakukan tatalaksana non farmakologi dengan memberikan anjuran untuk mengobati pasangan seksual yang kontak dengan pasien, tidak melakukan hubungan seksual sampai sembuh dan melakukan kunjungan ulang di hari ketiga dan ketujuh, berikan pemahaman pada pasien tentang penyakit, penyebab cara penularan dan komplikasi dari gonore.

7.2 Penatalaksanaan Keperawatan

7.2.1 Pengkajian

A. Anamnesis

Menurut Kemenkes RI (2016) petugas kesehatan perlu melakukan anamnesa untuk menggali faktor risiko pasien akan dianggap berperilaku berisiko tinggi bila terdapat atau lebih jawaban “ya” pada pertanyaan berikut ini :

1. Pasangan seksual >1 dalam 1 bulan terakhir.
2. Berhubungan seksual dengan penjaja seks dalam 1 bulan terakhir.
3. Mengalami 1 atau lebih episode infeksi menular seksual dalam 1 bulan terakhir.
4. Perilaku pasangan seksual berisiko tinggi.

Setelah melakukan skrining perilaku berisiko tinggi, informasi yang perlu ditanyakan kepada pasien meliputi:

1. Keluhan utama.
2. Keluhan tambahan.
3. Riwayat perjalanan penyakit
4. Siapa menjadi pasangan seksual tersangka (wanita/pria penjaja seks, teman, pacar, suami/istri).
5. Kapan kontak seksual dilakukan.
6. Cara melakukan kontak seksual (genito-genital, orogenital, anogenital).
7. Pengguna kondom (tidak pernah, jarang, sering, selalu).
8. Riwayat dan pemberi pengobatan sebelumnya.
9. Riwayat IMS sebelumnya dan pengobatannya.
10. Hari terakhir haid.
11. Nyeri perut bagian bawah.
12. Jenis kontrasepsi yang digunakan dan lamanya.

B. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik dilakukan terutama pada daerah genitalia dan sekitarnya. Wanita yang mengalami infeksi gonore pada tahap awal sebagian besar tidak memiliki gejala. Keluhan akan dirasakan setelah adanya komplikasi.

Menurut Kemenkes RI (2016) dan Reeder et al, (2012) hasil pemeriksaan fisik pada pasien gonore sebagai berikut:

1. Tanda-tanda vital - Pada pemeriksaan tanda-tanda vital meliputi tekanan darah, frekuensi pernapasan, frekuensi nadi dan suhu. Pasien yang mengalami infeksi dapat ditemukan peningkatan suhu tubuh, kondisi ini terjadi karena upaya perlawanan tubuh terhadap infeksi.
2. Pemeriksaan mulut - Hasil pemeriksaan mulut dapat ditemukan adanya infeksi *orofaringeal* seperti faringitis. Kondisi ini dapat terjadi pada pasien yang melakukan hubungan seksual dengan cara *orogenital*.
3. Pemeriksaan kulit - Pada area kulit kaji adanya ruam (karakteristik dan distribusinya) adanya lesi (tukak, nodul, kutil, jaringan parut dan jejas), warna kulit (ikterik, pucat, eritema), tekstur kulit.
4. Pemeriksaan kelenjar limfa - Pada pasien yang mengalami infeksi dapat terjadi peningkatan kelenjar limfa. Hal yang perlu dikaji meliputi ukuran, jumlah, lokasi, nyeri tekan, panas, eritema.
5. Pemeriksaan abdomen - Meliputi inspeksi abdomen, palpasi secara superfisial dan dalam untuk mengkaji kondisi organ, nyeri tekan dan adanya massa. Lakukan juga palpasi kelenjar limfa di *inguinal* (selangkangan), auskultasi bising usus.
6. Pemeriksaan genital dan pelvis - Inspeksi vulva dan perineum untuk mengetahui ada tidaknya lesi, eritema, rabas dan edema. Lakukan pemeriksaan vagina dan serviks menggunakan spekulum, hal yang perlu dikaji :
 - a. cairan vagina meliputi warna, jumlah, bau dan karakteristik cairan;
 - b. mukosa vagina meliputi eritema, edema, lesi;
 - c. cairan serviks meliputi warna, jumlah, bau dan karakteristik cairan;

- d. mukosa serviks meliputi eritema, edema, lesi.

Selain pemeriksaan vagina dan perineum, dilakukan juga pemeriksaan *bimanual*. Hal yang perlu dikaji sebagai berikut:

- a. nyeri tekan dan ketidaksesuaian bentuk serviks;
- b. nyeri tekan, pembesaran dan ketidaksesuaiannya bentuk uterus;
- c. nyeri tekan, pembesaran, perasaan penuh pada *adneksa*;
- d. kaji adanya masa pada ovarium, tuba, atau daerah *cul-de-sac*.

7.2.2 Diagnosa Keperawatan

Penegakan diagnosa keperawatan pada pasien gonore berbeda-beda, kondisi ini mengacu pada keluhan dan gejala yang dirasakan oleh pasien. Beberapa diagnosa keperawatan yang dapat ditegakkan pada pasien gonore sebagai berikut:

1. Nyeri akut berhubungan dengan cedera fisiologis: infeksi menular seksual
2. Pola seksual tidak efektif berhubungan dengan ketakutan terinfeksi penyakit menular seksual.
3. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi tentang pencegahan dan penularan penyakit.
4. Gangguan citra tubuh berhubungan dengan perubahan fungsi tubuh: proses penyakit gonore.
5. Ansietas berhubungan dengan pengaruh proses penyakit dan penanganannya.
6. Risiko harga diri rendah situasional berhubungan dengan penyakit fisik: infeksi gonore.

Tabel 7.1: Rencana Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Gonore (SLKI, 2018)

Standar Diagnosa Keperawatan	Standar luaran	Standar Intervensi
Nyeri akut (D.0077) berhubungan dengan cedera fisiologis: infeksi	Setelah dilakukan tindakan keperawatan tingkat nyeri (L.08066) menurun dengan kriteria hasil: a. keluhan nyeri menurun; b. meringis menurun; c. frekuensi nadi membaik; d. tekanan darah membaik; e. fungsi berkemih membaik .	Manajemen nyeri (L.08238) Observasi - Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri - Identifikasi skala nyeri - Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri - Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan - Monitor efek samping penggunaan analgetik Terapeutik - Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri - Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri Edukasi - Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri - Jelaskan strategi meredakan nyeri - Anjurkan monitoring nyeri secara mandiri - Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri Kolaborasi - Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
Pola seksual tidak efektif (D.0071) berhubungan dengan ketakutan terinfeksi penyakit menular seksual	Setelah dilakukan tindakan keperawatan fungsi seksual (L.07055) membaik dengan kriteria hasil: a. kepuasan hubungan seksual meningkat; b. keluhan nyeri saat berhubungan seksual (<i>dispareunia</i>) menurun; c. keluhan hubungan seksual terbatas menurun; d. keluhan sulit melakukan aktivitas seksual menurun.	Edukasi seksualitas (L.12447) Observasi - Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi Terapeutik - Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan - Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan - Berikan kesempatan bertanya Edukasi - Jelaskan risiko tertular penyakit menular seksual Konseling seksualitas (L. 07214) Observasi - Identifikasi tingkat pengetahuan, masalah sistem reproduksi, masalah seksualitas dan penyakit menular seksual - Monitoring stres, kecemasan, depresi. Terapeutik - Fasilitasi komunikasi antara pasien dan pasangan - Berikan kesempatan kepada pasangan untuk menceritakan permasalahan seksualnya - Berikan pujian terhadap perilaku yang benar Edukasi - Jelaskan efek pengobatan, kesehatan dan penyakit terhadap disfungsi seksual - Informasikan pentingnya modifikasi pada aktivitas seksual Kolaborasi - Kolaborasi dengan dokter seksologi, jika perlu
Defisit pengetahuan (D.0111) berhubungan dengan kurang terpapar informasi tentang pencegahan dan penularan penyakit	Setelah dilakukan tindakan keperawatan tingkat pengetahuan (L.12111) membaik dengan kriteria hasil: a. perilaku sesuai anjuran dalam pencegahan penularan infeksi gonore meningkat; b. kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang perilaku pencegahan penularan; infeksi gonore meningkat c. pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun.	Edukasi kesehatan (L.12383) Observasi - Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi - Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat Terapeutik - Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan - Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan - Berikan kesempatan untuk bertanya Edukasi - Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan - Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat - Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat.

Bab 8

Asuhan Keperawatan Pada Pasien Sifilis

8.1 Pendahuluan

Sifilis atau penyakit raja singa adalah infeksi menular seksual yang disebabkan oleh bakteri *spiroset Treponema pallidum* sub-spesies *pallidum*. Rute utama penularannya melalui kontak seksual; infeksi ini juga dapat ditularkan dari ibu ke janin selama kehamilan atau saat kelahiran, yang menyebabkan terjadinya sifilis kongenital.

Penyakit lain yang diderita manusia yang disebabkan oleh *Treponema pallidum* termasuk frambusia atau patek (subspesies *pertenue*), pinta (sub-spesies *carateum*), dan bejel (sub-spesies *endemicum*).

8.2 Tanda dan Gejala

Sifilis dapat muncul pada satu di antara empat fase yang berbeda; primer, sekunder, laten, dan tersier, dan bisa juga terjadi secara kongenital. Fase ini

disebut sebagai "peniru yang hebat" oleh Sir William Osler dikarenakan kemunculannya yang bervariasi

Fase Sipilis Primer

Secara umum ditandai dengan munculnya *chancre* tunggal (ulserasi keras, tidak menimbulkan rasa sakit, tidak gatal di kulit). Sifilis primer umumnya diperoleh dari kontak seksual secara langsung dengan orang yang terinfeksi ke orang lain. Sekitar 3 sampai 90 hari setelah awal terinfeksi (rata-rata 21 hari) luka di kulit yang dinamakan *chancre* mulai tampak.

Lesi ini biasanya (40 % dari waktu) tunggal, kokoh, tidak terasa sakit, pemborokan kulit tanpa rasa gatal dengan dasar yang bersih serta berbatasan tajam antara ukuran 0,3 dan 3,0 cm. Walau bagaimanapun luka bisa dikeluarkan hampir dalam bentuk apa pun.



Gambar 8.1: Penis Terinfeksi Sifilis Primer

Pada bentuk yang umum, luka berkembang dari *macule* ke *papule* dan akhirnya ke *erosion* atau *ulcer*. Kadang-kadang, lesi ganda mungkin muncul (~40%). Lesi ganda lebih umum ketika koinfeksi dengan HIV. Lesi mungkin nyeri atau perih (30%), dan bisa terjadi di luar kelamin (2–7%). Letak paling umum pada wanita adalah di *cervix* (44%), penis laki-laki heteroseksual (99%), dan anal serta rektal umumnya secara relatif (laki-laki yang berhubungan seks dengan laki-laki) (34%). Pelebaran nodus limfa; (80%) sering kali terjadi di sekitar daerah infeksi, terjadi selama 10 hari setelah pembentukan tukak. Lesi dapat bertahan selama tiga hingga enam minggu tanpa pengobatan.

Fase Sifilis Sekunder

Ditandai dengan ruam yang menyebar yang sering kali muncul di telapak tangan dan tumit kaki. Sifilis sekunder seringnya terjadi empat sampai sepuluh minggu setelah infeksi primer. Sementara penyakit sekunder dapat dikenal dalam berbagai cara secara nyata, gejala-gejala paling umum berkaitan dengan kulit, selaput lendir, dan nodus limfa.

Di sana mungkin terdapat kesamaan, kemerah-merahan-pink, ruam yang tidak gatal pada batang dan ekstremitas, termasuk pada telapak tangan dan soles. Ruam bisa menjadi *makulopapular* atau *pustular*. Itu bisa berbentuk datar, lebar, keputih-putihan, lesi mirip kutil dikenal sebagai pada selaput lendir.



Gambar 8.2: Sifilis Sekunder Pada Umumnya Ditandai Dengan Munculnya Ruam Pada Telapak Tangan



Gambar 8.3: Papules Kemerah-Merahan dan Banyaknya Nodul Di Badan Menandai Terjadinya Sifilis Sekunder

Semua dari endapan bakteri lesi terinfeksi. Gejala lain termasuk demam, sakit tenggorokan, malaise, berat badan turun, rambut rontok, dan sakit kepala. Jenis penyakit lainnya yang jarang terjadi termasuk hepatitis, ginjal penyakit, radang sendi, periostitis, optik neuritis, uveitis, dan interstitial keratitis.

Gejala akut biasanya diatasi setelah tiga hingga enam minggu; namun sekitar 25% orang bisa kambuh gejala sekunder. Banyak orang yang mengalami sifilis sekunder (40-85% dari wanita, 20-65% dari laki-laki) tidak melaporkan mengalami *chancre* dari sifilis primer sebelumnya.

Fase Sifilis Laten

Jika pengobatan masih belum tuntas atau tidak dilakukan sama sekali, maka akan masuk ke dalam tahap laten ini. Ini adalah tahapan setelah seseorang terinfeksi dan ruam pada tahap sekunder hilang. Pengidap tidak akan merasakan gejala apa pun dalam beberapa waktu (tahap laten). Bisa saja gejala bertahan hingga satu tahun atau bahkan 5-20 tahun.

Fase Sifilis Tersier

Sifilis tersier bisa terjadi kira-kira 3 hingga 15 tahun setelah infeksi awal, dan bisa dibagi ke dalam tiga bentuk berbeda; sifilis *gummatous* (15%), akhir *neurosifilis* (6.5%), dan kardiovaskular sifilis (10%). Tanpa pengobatan, ketiga dari orang yang terinfeksi berkembang ke penyakit tersier. Orang dengan sifilis tersier adalah bukan penular. Sifilis *gummatous* atau sifilis akhir bening biasanya terjadi 1 hingga 46 tahun setelah infeksi awal, dengan rata-rata 15 tahun. Fase ini ditandai oleh pembentukan *gumma* kronik, yang lembut, mirip peradangan bola tumor yang bisa bermacam-macam dan sangat signifikan bentuknya *gumma* umumnya mempengaruhi kulit, tulang, dan liver, tetapi bisa terjadi dimana pun.



Gambar 8.4: Pasien Dengan Sifilis Tersier, Kasus di Musée de l'Homme, Paris

1. Neurosifilis - Merujuk pada infeksi yang melibatkan sistem saraf pusat yang bisa terjadi dini, menjadi tak bergejala atau dalam bentuk dari meningitis *sifilistik* yang berhubungan dengan keseimbangan yang lemah dan nyeri kilat pada ekstremitas lebih rendah. Akhir *neurosifilis* umumnya terjadi 4 hingga 25 tahun setelah infeksi awal.
2. Sifilis Meningo vaskular - Umumnya muncul dengan apati dan sawan, serta telah umum dengan *demensia* dan *dorsalis*. Juga disini mungkin terdapat pupil Argyll Robertson, tempat pupil kecil bilateral menyempit ketika orang fokus pada objek dekat, tetapi tidak menyempit ketika terkena cahaya terang. Sifilis kardiovaskular biasanya terjadi 10-30 tahun setelah infeksi awal. Komplikasi yang paling umum adalah *syphilitic aortitis*, yang dapat mengakibatkan pembentukan *aneurisma*.

Fase Sifilis Kongenital

Sifilis kongenital bawaan sejak lahir dapat terjadi selama kehamilan atau selama kelahiran. Dua dari tiga bayi sifilis lahir tanpa gejala. Gejala umum yang kemudian berkembang dari kehidupan beberapa tahun pertama meliputi: *hepatosplenomegali* (70%), ruam (70%), demam (40%), *neurosifilis* (20%), dan *pneumonitis* (20%).

Jika terobati sifilis kongenital tahap akhir dapat terjadi di 40% meliputi: hidung, pelana kelainan bentuk, tanda *Higoumenakis*, *saber shin*, atau persendian *Clutton* di antara lainnya.

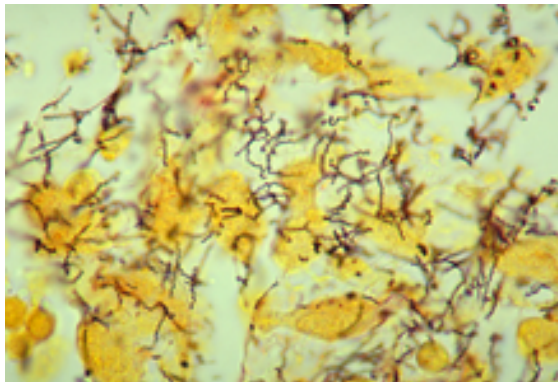
8.3 Penyebab

Bakteriologi:

Hispatologi dari *Treponema pallidum* *spiroset* menggunakan sebuah modifikasi *Steinert* tembagas stain. *Treponema pallidum* sub spesies *pallidum* adalah bakteri berbentuk spiral, gram-negatif, yang bergerak lincah. Tiga penyakit terkait lain manusia disebabkan oleh *Treponema pallidum*, di antaranya frambusia atau piatek (subspesies *pertenue*), pinta (subspesies

carateum) dan bejel (subspesies *endemicum*). Tidak seperti sub tipe *pallidum*, penyakit-penyakit tersebut tidak menyebabkan penyakit neurologis.

Manusia dikenal sebagai satu-satunya penampung alami untuk sub spesies *pallidum*. Sub spesies "*pallidum*" tidak mampu bertahan tanpa inang selama lebih dari beberapa hari. Itu dikarenakan genomnya yang kecil (1.14 MDa) mengalami kegagalan untuk menyandikan jalur-jalur metabolisme yang diperlukan untuk membuat sebagian besar makronutrientnya. Pembuatan mikronutrientnya dua kali lebih lambat waktunya jauh lebih lama berjam-jam dari 30.



Gambar 8.5: Histopatologi Dari Treponema Pallidum Spiroset Menggunakan Sebuah Modifikasi Steinert Tembaga Stain

8.4 Diagnosis dan Penularan

Yang akurat pada tahap ini hanya dapat dilakukan melalui tes darah, pengalaman seseorang, atau kelahiran anak dengan sifilis kongenital. Penularan akan terjadi pada tahap awal periode ini atau juga selama tahap laten ini terjadi, jika tidak ada gejala lain yang muncul.

Biasanya dilakukan melalui tes darah; namun, bakteri juga dapat dilihat melalui mikroskop. Sifilis dapat diobati secara efektif dengan antibiotik, khususnya dengan suntikan penisilin G (yang disuntikkan untuk neurosifilis), ataupun *seftriakson*, dan bagi pasien yang memiliki alergi berat terhadap penisilin, *doksisisiklin* atau *azitromisin* dapat diberikan secara oral. Sifilis terutama ditularkan melalui kontak seksual atau selama kehamilan dari ibu ke

janinnya; *spiroseta* mampu menembus membran *mokusa* utuh atau gangguan kulit.

Oleh karena itu dapat ditularkan melalui mencium area di dekat lesi, serta seks oral, vagina, dan anal. Sekitar 30 sampai 60% dari mereka yang terkena sifilis primer atau sekunder akan terkena penyakit tersebut. Contoh penularannya, seseorang yang disuntik dengan hanya 57 organisme mempunyai peluang 50% terinfeksi.

Sebagian besar (60%) dari kasus baru di United States terjadi pada laki-laki yang berhubungan seks dengan laki-laki. Penyakit tersebut dapat ditularkan lewat produk darah. Namun, produk darah telah diuji di banyak negara dan risiko penularan tersebut menjadi rendah. Risiko dari penularan karena berbagi jarum suntik tidaklah banyak.[6] Sifilis tidak dapat ditularkan melalui dudukan toilet, aktivitas sehari-hari, bak panas, atau berbagi alat makan serta pakaian.

Poster untuk menguji sifilis, menunjukkan seorang laki-laki dan wanita menundukkan kepalanya karena malu (Circa 1936). Penampilan awal sifilis sulit didiagnosis secara klinis. Penegakkan diagnosisnya melalui tes darah atau pemeriksaan visual secara langsung menggunakan mikroskop. Pemeriksaan darah adalah cara yang umum digunakan, karena lebih mudah dilakukan. Tes diagnostik, bagaimanapun juga, tidak mampu membedakan antara tahap-tahap penyakit.

8.5 Pemeriksaan Laboratorium

Tes Nontreponemal

Digunakan mulanya, dan mencakup riset laboratorium penyakit kelamin (VDRL) dan tes rapid plasma reagin. Bagaimanapun, tes-tes tersebut hanya sesekali false positif, konfirmasi diperlukan.

Test Treponemal

Seperti partikel aglutinasi *treponemal palidum* (TPHA) atau *fluorescent treponemal antibody absorption test* (FTA-Abs). False positif pada tes *nontreponemal* dapat terjadi bersamaan dengan beberapa infeksi seperti varisela dan campak, serta dengan limfoma, tuberkulosis, malaria, *endokarditis*, penyakit jaringan ikat, dan kehamilan. Tes antibodi *treponemal* biasanya menjadi positif dua sampai lima minggu setelah infeksi awal.

Neurosifilis didiagnosis dengan menemukan tingginya angka leukosit (terutama limfosit) dan tingkat protein yang tinggi pada cairan tulang belakang kondisi dari infeksi sifilis yang dikenal.

Pengujian Langsung

Mikroskop medan gelap cairan serosa dari tukak dapat digunakan untuk membuat diagnosis langsung. Namun, rumah sakit tidak selalu mempunyai perlengkapan atau anggota staf yang berpengalaman, sementara pengujian harus dilakukan dalam waktu 10 menit dalam perolehan sampel. Sensitivitas telah dilaporkan hampir 80%, sensitivitas dan spesifitas hanya dapat digunakan untuk konfirmasi diagnosis tetapi bukan satu-satunya aturan.

Dua tes lain dapat dilakukan pada sampel dari cangker: pengujian antibodi neon langsung dan tes amplifikasi asam nukleat. Tes neon langsung menggunakan tag antibodi dengan *fluorescein*, yang disiapkan untuk protein sifilis spesifik, sedangkan amplifikasi asam nukleus menggunakan teknik, seperti reaksi berantai *polimerase*, untuk mendeteksi adanya gen sifilis spesifik. Tes-tes tersebut tidak seperti waktu-sensitif, sebagaimana tes-tes tersebut tidak memerlukan bakteri hidup untuk membuat diagnosis.

8.6 Pencegahan

Tidak ada vaksin yang efektif untuk pencegahan. Berpantang dari kontak fisik intim dengan orang yang terinfeksi secara efektif mengurangi penularan sifilis, seperti penggunaan yang tepat dari kondom lateks. Namun, penggunaan kondom, tidak sepenuhnya menghilangkan risiko. Oleh karena itu, *Centers for Disease Control and Prevention* merekomendasikan hubungan jangka panjang dengan satu pasangan yang tidak terinfeksi dan menghindari zat seperti alkohol dan zat terlarang lainnya yang dapat meningkatkan risiko perilaku seksual

Sifilis bawaan pada bayi dapat dicegah dengan penapisan ibu selama awal kehamilan dan mengobati mereka yang terinfeksi. *United States Preventive Services Task Force* (USPSTF) sangat merekomendasikan penapisan universal pada semua wanita hamil, sedangkan Organisasi Kesehatan Dunia menyarankan agar semua wanita dites pada kunjungan pertama antenatal dan sekali lagi pada trimester ketiga. Jika mereka positif, mereka menganjurkan agar pasangan mereka juga dirawat.

Meskipun demikian, sifilis bawaan masih banyak terjadi di negara berkembang, karena banyak wanita yang sama sekali belum menerima perawatan antenatal, dan bahkan perawatan lain sebelum melahirkan yang diterima tidak termasuk penapisan, dan ini terkadang masih terjadi di negara maju, karena mereka yang kemungkinan besar tertular sifilis (melalui penggunaan obat-obatan terlarang, dll.) adalah yang paling sedikit menerima perawatan selama kehamilan.

Beberapa langkah untuk meningkatkan akses ke tes tampaknya efektif untuk mengurangi tingkat sifilis bawaan di negara berpendapatan rendah sampai menengah.

1. Cara yang paling pasti untuk mencegah penyebaran penyakit menular seksual adalah dengan tidak melakukan hubungan seksual.
2. Pencegahan yang 100% efektif adalah menikah dengan perawan yang sehat. Jika belum dapat, lampiaskan birahi dengan melakukan masturbasi.
3. Penggunaan kondom dapat mengurangi risiko penularan penyakit.
4. Pastikan toilet yang digunakan higienis, hindari penggunaan toilet duduk di tempat umum.
5. Segera obati bila ada keluhan seperti di atas.

Perawatan Infeksi Dini

Pilihan perawatan pertama bagi sifilis rumit tetap satu dosis *intramuskular* penisilin G atau satu dosis oral *azitromisin*. *Doksisiklin* dan tetrasiklin adalah pilihan lainnya; namun, karena terdapat risiko kelainan pada janin *doksisiklin* dan tetrasiklin tidak direkomendasikan untuk wanita hamil. Resistensi terhadap antibiotik telah berkembang pada sejumlah agen, termasuk makrolid, *klindamisin*, dan *rifampin*. *Ceftriakson*, generasi ketiga *sefalosporin* antibiotik, mungkin saja seefektif perawatan berbasis penisilin.

Azitromisin termasuk dalam jenis antibiotik *Macrolides*, di mana obat generiknya tersedia di Indonesia. Jika satu dosis/cure belum sembuh, maka ada baiknya dilakukan tes resistensi antibiotik (kultur) untuk mengetahui jenis antibiotik apa yang masih mempan, tetapi untuk melakukan kultur perlu mencari laboratorium klinik yang melakukan tes dengan cukup lengkap, caranya dengan bertanya apakah laboratorium klinik tersebut mengetes *azitromisin* atau tidak, jika mengetes, maka laboratorium klinik tersebut

biasanya juga akan mengetes antibiotik lainnya yang diperkirakan mempan untuk bakteri gram positif seperti sifilis, misalnya *erytromisin* yang juga termasuk antibiotik jenis *macrolides* dan mengetes pula *moxyfloxasin* dan *levofloxasin* yang termasuk jenis antibiotik Quinolones atau sejenis dengan *ciprofloxasin*, tetapi *cipro* sering kali sudah resisten (tidak mempan).

Infeksi Akhir

Bagi *neurosifilis*, akibat penetrasi yang lemah dari penisilin G ke dalam sistem saraf pusat, mereka yang terkena dampak direkomendasikan untuk diberikan penisilin intravena dosis tinggi minimal untuk 10 hari. Jika orang mengalami alergi, *ceftriakson* bisa digunakan atau desensitisasi penisilin dapat dicoba. Kemunculan akhir lain dapat diobati dengan penisilin G *intramuskular* sekali seminggu selama tiga minggu.

Jika alergi, seperti pada kasus awal penyakit, *doksisiklin* atau tetrasiklin dapat digunakan, sekalipun untuk jangka waktu lebih lama. Perawatan pada fase ini membatasi perkembangan lebih lanjut, tetapi hanya mempunyai efek relatif kecil pada kerusakan yang sudah terjadi.

Bab 9

Asuhan Keperawatan Infeksi Maternal Dengan Herpeks Genital

9.1 Pendahuluan

Penyakit menular seksual (PMS) adalah sekumpulan sindrom klinis dan infeksi patogen yang diperoleh atau dapat ditularkan melalui aktivitas seksual (vagina, oral dan anal). Selain itu, penularan infeksi tanpa berhubungan seksual dapat juga terjadi pada seorang ibu kepada bayinya, baik ketika mengandung maupun melahirkan. PMS memberikan ancaman yang serius tidak hanya pada kesehatan seksual perempuan, tetapi kesehatan secara umum (Melissa, 2023).

Konsep Dasar Herpeks Genital

Herpeks genitalis merupakan penyakit infeksi menular seksual yang disebabkan oleh virus herpeks simplex virus tipe-2 (HSV-2). Berdasarkan Asosiasi Kesehatan Seksual Amerika (ASHA) bahwa herpes genital juga dapat disebabkan oleh HSV-1 (Melissa, 2023) yang merupakan virus famili *Herpesveridae* yang dapat disebarkan melalui kontak dengan membran mukosa, kulit dan alat kelamin.

Herpes genital merupakan infeksi virus kronis seumur hidup (Kreisel et al., 2021). Dua tipe HSV yang dapat menyebabkan herpes genital: HSV-1 dan HSV-2. Sebagian besar kasus herpes genital berulang disebabkan oleh HSV-2 dan peningkatan proporsi infeksi *herpeks anogenital* dikaitkan dengan HSV-1 yang sering terjadi pada Wanita muda (You et al., 2023).

Penularan herpes simpleks dapat terjadi melalui kontak langsung pada lesi yang terinfeksi. HSV 1 biasanya menunjukkan lesi pada wajah, bibir, dan mata, sedangkan HSV 2 menyebabkan lesi pada genital. Virus dapat ditransmisikan melalui hubungan seksual atau kontak fisik lainnya. Melalui inokulasi pada kulit dan membran mukosa, HSV akan bereplikasi pada sel epitel, dengan masa inkubasi selama 4 sampai 6 hari.

Replikasi akan berlangsung terus sehingga sel akan menjadi lisis sehingga akan menyebabkan inflamasi lokal. Selanjutnya, akan terjadi viremia di mana virus menyebar ke saraf sensoris perifer. Di sini virus akan mengadakan replikasi dan melakukan penyebaran sampai ke daerah mukosa dan kulit. Infeksi virus herpes tipe 2 merupakan penyakit menular seksual yang paling umum sering terjadi (Oti et al., 2017).

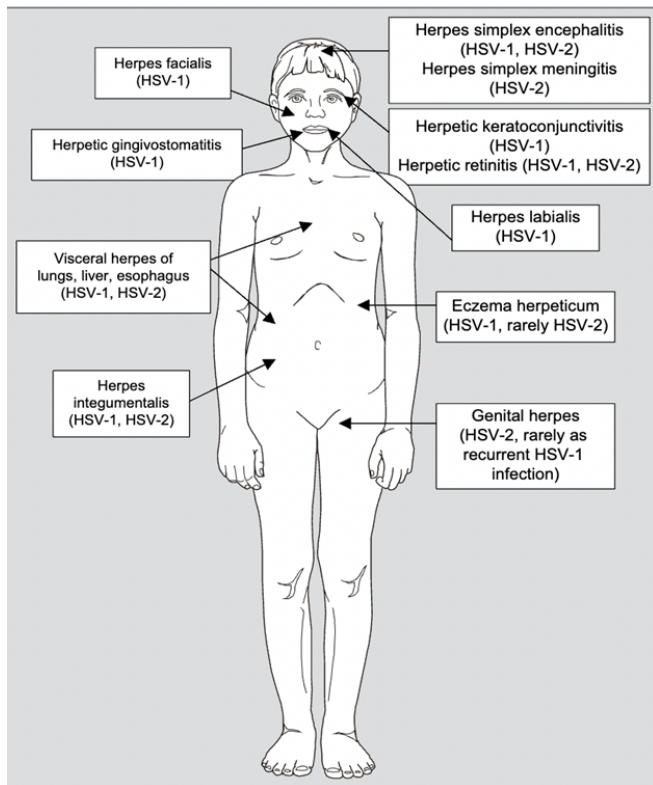
Sebagian besar orang yang terinfeksi HSV-2 tidak memiliki kondisi yang terdiagnosis, atau sulit menunjukkan suatu gejala bahkan di antaranya banyak yang mengalami infeksi ringan namun dapat menyebarkan virus pada daerah *anogenital*.

Akibatnya sebagian besar infeksi herpes genital dapat ditularkan dari orang yang tidak menyadari bahwa mereka terinfeksi atau tidak menunjukkan gejala ketika penularan terjadi, bahkan infeksi postnatal juga dapat terjadi dapat menyebar melalui orang yang terinfeksi yang kemudian mencium bayi atau menyentuh bayi (Yadav & Maity, 2014).

Etiologi

Herpes genital adalah infeksi genital yang disebabkan oleh herpes simpleks virus (HSV) atau *Herpes Virus Hominis* (HVH) yang merupakan virus DNA termasuk dalam subfamily *Alphaherpesviridae* dan famili *Herpesviridae*. Ada dua tipe HSV, yaitu HSV tipe 1 dan HSV tipe 2, secara genetika memiliki perbedaan.

Sebagian besar herpes genital disebabkan oleh HSV-2, tetapi meskipun demikian HSV-1 juga dapat disebabkan akibat aktivitas seksual secara orogenital atau penularan melalui tangan (Anzivino et al., 2009).



Gambar 9.1: Perbedaan HSV 1 dan HSV 2 dan Lokasi

Gejala Klinis

Secara *serologik*, *biologik* dan sifat *fisikokimia* HSV 1 dan HSV 2 sulit dibedakan. Jika sudah terinfeksi HSV, Virus akan berada di pejamu seumur hidup. Manifestasi klinis berupa infeksi primer dengan menunjukkan gambaran klinis lebih berat dan episode reaktivasi virus umumnya akan ditandai dengan munculnya gejala klinis yang lebih ringan (Alberto & Indira, 2018).

Awalnya lesi berbentuk *vesikel* dan/atau *pustul* berkelompok dengan dasar *eritematosa* yang berevolusi menjadi ulkus *eritematosa* yang nyeri dan membutuhkan 2-3 pekan untuk sembuh. Lesi herpes genital umumnya terjadi pada vulva, perineum, bokong, vagina dan serviks dapat juga terjadi pada glans penis atau batang penis (penile shaft).

Gejala lain yang dapat muncul, seperti: *limfadenopati inguinal*, disuria, duh vagina dan uretra, dan gejala sistemik misalnya demam, nyeri kepala, dan malaise. Episode berikutnya dapat timbul pada lokasi yang sama atau berbeda dan dapat didahului gejala *prodromal* berupa nyeri, gatal, sensasi terbakar namun lebih ringan dan lebih singkat. Tanpa pengobatan, lesi rekurens dapat sembuh dalam 6-10 hari dengan rerata kambuh herpes genital 2-4 kali dalam setahun (Maliyar & Mufti, 2019).

Transmisi

HSV-1 dapat ditularkan melalui kontak dengan virus pada luka, air liur atau permukaan di dalam atau di sekitar mulut. Sangat jarang, HSV-1 dapat ditularkan ke area genital melalui kontak oral-genital untuk menyebabkan herpes genital. Infeksi dimulai dengan masuknya virus ke dalam sel inang, yang mungkin didahului oleh virus yang menyebar di sepanjang *filopodia*.

Glikoprotein virus kemudian berikatan dengan satu atau lebih dari beberapa reseptor permukaan sel, seperti herpes virus entry mediator (HVEM), nektin-1, 3-O sulfated heparan sulfate (3-OS HS), berpasangan mirip imunoglobulin reseptor, dan *myosin-IIA* non-otot. terdapat lima *glikoprotein* virus yang berpartisipasi seperti *gB*, *gC*, *gD* dan *gH-gL*.

Pasca masuk, *glikoprotein* ini juga dapat memfasilitasi penyebaran virus dari sel ke sel, yang membantu dalam penghindaran hambatan fisik serta beberapa komponen dari respons imun bawaan dan adaptif. Penyebaran dapat difasilitasi oleh membran fusi, transfer melintasi *sinapsis* saraf, atau perekrutan struktur yang mengandung *aktin* (Salameh, 2012).

Selama herpes genital atau pelepasan virus tanpa gejala, HSV dapat ditularkan ke pasangan melalui aktivitas seksual. Ibu hamil yang mengalami infeksi primer dan infeksi yang berulang selama hamil dapat menyebabkan penularan virus *intrauterine*, sehingga sangat berbahaya jika menginfeksi janin. Bahaya penularan virus *intrauterin* paling tinggi setelah infeksi HSV-2 primer dan selama 20 minggu pertama kehamilan.

Jika terjadi Infeksi pada janin dapat mengakibatkan abortus, lahir mati, atau penyakit bawaan, yang biasanya disertai dengan lesi kulit dan kerusakan mata dan saraf (Sauerbrei, 2016).

Patofisiologi

Herpes genital dimulai dari Infeksi virus HSV-2 dalam tubuh. Yang terjadi pada mukosa vagina dimulai dengan replikasi litik pada lapisan epitel

keratinosit vagina sehingga menyebabkan lesi pada genital. HSV-2 juga merupakan virus *neurotropik* dan dapat menginfeksi otak dan mengakibatkan ensefalitis herpeks simpleks yang fatal pada bayi baru lahir atau dapat mengalami gangguan kekebalan pada tubuh tiap manusia. Sebagian besar infeksi HSV-2 dapat sembuh sendiri bahkan jarang menunjukkan gejala.

Infeksi HSV dibagi menjadi beberapa kategori episode, yaitu infeksi primer, infeksi non-primer, infeksi *rekurens*, dan pelepasan virus tanpa gejala (*asymptomatic viral shedding*). Infeksi primer, atau infeksi inisial, merupakan fase di mana virus memasuki tubuh hospesnya karena adanya kontak dekat dengan seseorang yang secara aktif melepaskan virus dari kulit atau sekresi, seperti membran mukosa atau kulit yang terluka lalu bereplikasi di epidermis dan dermis sehingga mengakibatkan destruksi sel dan inflamasi.

Dengan menunjukkan gejala seperti nyeri, kesemutan, gatal atau rasa terbakar pada tempat paparan. Kerusakan epitel pada pintu masuk menyebabkan erupsi *vesikel* yang terbuka, *ulserasi* dan *reepitelisasi* selama wabah berlangsung sekitar 2 minggu (Groves et al., 2016).

Pencegahan

Penularan herpes simplex dapat terjadi melalui kontak langsung dengan luka yang terinfeksi. Pada saluran vagina yang terinfeksi oleh HSV dapat menjadi media penularan pada neonatus setelah proses persalinan. Selain itu, infeksi pada pascapartum juga dapat terjadi apabila orang yang terinfeksi mencium bayi, oleh karena itu perlunya dilakukan secara rutin screening untuk mendeteksi infeksi HSV-2 sehingga dapat diminimalisir terhadap perawatan dan pengobatannya (Oti et al., 2017).

Infeksi virus herpeks simpleks tipe 2 (HSV2) merupakan infeksi yang paling sering terjadi secara seksual, infeksi menular secara tidak proporsional berdampak pada wanita di seluruh dunia. Saat ini belum ada pengobatan yang bisa diandalkan, perawatan saat ini untuk infeksi HSV-2 adalah dengan melibatkan antivirus untuk menekan reaktivasi, namun HSV-2 tetap menjadi penyakit infeksi seumur hidup.

Untuk mencegah terserangnya virus HSV-2 perlu meningkatkan sistem kekebalan tubuh. (Lowdermilk et al., 2013)

Komplikasi Herpes Genital

Selama terinfeksi virus herpes simpleks akan menyebabkan lesi *ekstragenital* yang merupakan komplikasi dari herpes genital primer. Infeksi HSV-2 dapat meningkatkan risiko tertularnya infeksi HIV. Orang dengan HIV dan HSV-2 lebih berpotensi untuk menularkan HIV ke orang lain. Infeksi HSV-2 juga merupakan salah satu infeksi oportunistik pada pengidap HIV (Alberto & Indira, 2018).

Diagnosis

Proses diagnosa medis merupakan langkah awal untuk menangani suatu penyakit. Tetapi diagnosis berdasarkan pengamatan gejala klinis sering sukar dilaksanakan, maka perlunya dilakukan diagnosa secara laboratorik dengan memeriksa serum darah, untuk mengukur titer-titer antibodi IgM atau IgG-nya.

Tes serologi untuk mendeteksi Herpes simplex virus (HSV) secara akurat sehingga dapat membedakan antara HSV-1 dan HSV-2 (Legoff et al., 2014). Tes ini juga dapat mendeteksi antibodi terhadap glikoprotein HSV HSV G-1 dan G-2 untuk membedakan respons antibodi (Tronstein et al., n.d.).

Penatalaksanaan

Sampai saat ini belum ada pengobatan yang paling efektif untuk mengatasi herpes genital, namun beberapa hal yang perlu diperhatikan yaitu:

1. Menjaga agar lesi tetap bersih dan kering, hindari kelembaban agar supaya tidak memperburuk terjadinya infeksi bakteri.
2. Ibu dianjurkan untuk sering mandi dan mengeringkan area lesi.
3. Jika ibu memiliki lesi aktif pada saat persalinan, maka diindikasikan untuk dilakukan cesar untuk mencegah penularan perinatal.
4. Jika infeksi bakteri semakin hebat dan menyebabkan gejala tambahan, maka dapat diberikan antibiotik per-oral atau suntikan. Krim anti virus (asiklovir, idoksuridin dan trifluridine) di oleskan pada lepuhan.
5. Pemberian *Acyclovir* 400 mg tiga kali sehari mulai sejak usia kehamilan 36 minggu sampai melahirkan, dan bagi ibu yang menderita herpes berulang diberikan terapi supresif untuk mencegah wabah salam kehamilan.

Acyclovir dapat menekan replikasi HSV. ACV merupakan terapi utama untuk penanganan herpes. ACV merupakan *nukelosida analogue guanosine* bekerja dalam penghambat selektif DNA *polymerase* virus dan memutuskan pemanjangan rantai DNA. ACV juga merupakan *prodrug* yang harus *difosforilasi* sebanyak tiga kali.

Fosforilasi pertama kali terjadi oleh enzim *timidine kinase* virus, fosforilasi kedua dan ketiga dilanjutkan oleh *timidine kinase* dalam sel. Karena pada proses fosforilase pertama memerlukan enzim *timidine kinase* dari virus, maka ACV selektif terhadap sel yang terinfeksi (Irianti et al., n.d.).

9.2 Rencana Asuhan Keperawatan

Asuhan keperawatan meliputi proses pengkajian yang adekuat sehingga dapat memperoleh data yang akurat, perumusan diagnosis yang tepat, penyusunan tindakan yang komprehensif dan implementasi yang baik.

Pengkajian

1. Biodata

Dapat terjadi pada semua orang di semua usia, pada umumnya sering terjadi pada remaja dan dewasa muda.

Pekerjaan: Berisiko tinggi pada orang yang aktif dalam hubungan seksual tanpa menggunakan alat pelindung, pekerja seks komersial.

2. Keluhan utama

Gejala berupa nyeri pada lesi yang melepuh disertai vesikel berulang dan gatal.

3. Riwayat penyakit sekarang

Kembangkan pola PQRST pada setiap keluhan pasien. Pada beberapa kasus, timbul lesi/vesikel berkelompok pada penderita yang mengalami demam atau penyakit yang disertai peningkatan suhu tubuh. Merasakan rasa nyeri pada area kulit yang mengalami peradangan dan vesikulasi yang hebat.

4. Riwayat penyakit dahulu

Pasien menderita penyakit yang berulang, herpes simplex atau memiliki Riwayat penyakit seperti ini.

5. Riwayat penyakit keluarga

Terdapat keluarga yang terinfeksi virus herpes simplex (HSV).

6. Kebutuhan psikososial

Klien yang mengalami lesi pada wajah dan juga ada vesikel pada alat genital, biasanya mengalami gangguan konsep diri. Hal ini disebabkan karena adanya perubahan pada tubuh sehingga klien terkadang malu dengan penampilannya.

7. Pemeriksaan fisik

Keadaan Umum klien sesuai luas, lokasi timbulnya lesi dan daya tahan tubuh pasien. Pada kondisi awal saat terjadi proses peradangan dapat meningkatkan suhu tubuh (hipertermi) dan perubahan tanda-tanda vital. Pada pengkajian pada kulit telah ditemukan adanya vesikel-vesikel berkelompok yang nyeri, edema di sekitar lesi dan dapat juga timbul ulkus pada infeksi sekunder. Pada pasien yang mengalami infeksi herpes genital primer akan menunjukkan lesi vesikuler atau ulcer pada bagian genital, perineum, bokong atau juga sekitar anus (Sauerbrei, 2016).

Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan penilaian klinis tentang respons pasien terhadap masalah Kesehatan atau proses kehidupan yang dialami baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Tujuan dari diagnosa keperawatan adalah untuk mengidentifikasi respons dari pasien baik individu, keluarga maupun komunitas yang berkaitan dengan kesehatan.

Adapun jenis-jenis diagnosa keperawatan dapat diuraikan sebagai berikut:

1. Nyeri akut

- a. Definisi: Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan.
- b. Penyebab: Agen pencedera fisiologis (mis. Inflamasi, iskemia, neoplasma).
- c. Gejala dan tanda mayor
 - Subjektif: mengeluh nyeri.

- Objektif: tampak meringis, gelisah, bersikap protektif (mis: waspada, posisi menghindari nyeri).
- Gejala tanda minor: menarik diri.
- Kondisi klinis terkait: infeksi.

2. Risiko infeksi

- a. Definisi: Berisiko mengalami peningkatan serangan organisme patogenik
- b. Faktor risiko
 - Peningkatan paparan organisme patogen lingkungan
 - Ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer: kerusakan integritas kulit.
 - Ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder: supresi respon inflamasi.
- c. Kondisi klinis: Imunosupresi dan lymphedema.

3. Gangguan citra tubuh

- a. Kategori: Psikologis.
- b. Sub kategori: integritas ego.
- c. Definisi:
Perubahan persepsi tentang penampilan, struktur dan fungsi fisik individu.
- d. Penyebab: perubahan fungsi tubuh (proses penyakit).
- e. Gejala dan tanda mayor
 - Subjektif: Mengungkapkan adanya luka pada wajah, pada mulut, pada vagina.
 - Objektif: Fungsi/struktur tubuh berubah.
- f. Gejala tanda minor
 - Subjektif: Tidak mau mengungkapkan perubahan pada kulit di wajah dan pada vagina.
 - Objektif: Respons nonverbal pada perubahan dan persepsi tubuh, hubungan sosial berubah.
- g. Kondisi klinis terkait: Lesi pada wajah, pada mulut, dan pada vagina.

Intervensi Keperawatan

Intervensi Keperawatan merupakan bentuk terapi yang dikerjakan perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai peningkatan, pencegahan, pemulihan kesehatan klien individu, keluarga dan komunitas.

Telah diuraikan dalam pasal 30 Undang - Undang No. 38 Tahun 2014 tentang keperawatan bahwa dalam menjalankan tugas sebagai pemberi Asuhan Keperawatan, berwenang merencanakan dan melaksanakan tugas Tindakan keperawatan, melakukan rujukan, memberikan tindakan gawat darurat, konsultasi, berkolaborasi melakukan penyuluhan dan konseling, pemberian obat sesuai resep dokter atau obat bebas dan bebas terbatas, mengelola kasus dan melaksanakan intervensi komplementer dan alternatif.

Intervensi (Tim Pokja, 2018) Indonesia telah mengacu kepada standar-standar dan referensi internasional, namun karena belum di standarisasi dan dibakukan, maka terapkanlah secara beragam. Keberhasilan penerapan intervensi terstandar juga akan meningkatkan visibilitas kontribusi keperawatan dalam pelayanan kesehatan (Tim Pokja, 2018).

Adapun intervensi pada klien dengan Herpes Genital adalah:

1. Manajemen nyeri

a. Definisi

Mengidentifikasi dan mengelola pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan atau fungsional dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat dan konstan.

b. Tindakan

Observasi:

- identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri;
- identifikasi skala nyeri;
- identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri;
- identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri;
- identifikasi pengaruh budaya terhadap respons nyeri;
- identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup;

- monitor efek samping analgesik;

Terapeutik:

- berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri, misal hipnosis, akupresur, terapi musik, biofeedback, dan teknik imajinasi;
- kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan);
- fasilitasi istirahat dan tidur;
- pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri.

Edukasi:

- jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri;
- jelaskan strategi yang dapat meredakan nyeri;
- anjurkan monitor nyeri secara mandiri;
- anjurkan menggunakan analgesik secara tepat;
- ajarkan teknik non farmakologis untuk mengatasi rasa nyeri.

Kolaborasi: Kolaborasi pemberian Analgetik

2. Resiko infeksi

- a. Intervensi utama: Manajemen Imunisasi/Vaksinasi
- b. Intervensi pendukung
 - dukungan pemeliharaan rumah;
 - dukungan perawatan diri, mandi;
 - edukasi pencegahan luka tekan;
 - edukasi seksualitas;
 - pemantauan nutrisi;
 - pemantauan TTV;
 - pemberian obat topikal.

3. Gangguan citra tubuh

- a. Intervensi utama: Promosi citra tubuh
- b. Intervensi pendukung:

- dukungan penampilan peran;
- dukungan pengungkapan perasaan;
- edukasi perawatan diri;
- promosi coping;
- manajemen stres;
- terapi kognitif.

Implementasi Keperawatan

Implementasi merupakan tindakan nyata dari intervensi keperawatan yang bertujuan untuk memenuhi kebutuhan pasien dengan melaksanakan kegiatan-kegiatan sesuai dengan alternatif tindakan yang telah direncanakan. Pelaksanaan keperawatan sebagai data untuk rencana keperawatan.

Evaluasi Keperawatan

Tahapan evaluasi dapat dilakukan selama proses Asuhan Keperawatan atau pada akhir pemberian Asuhan Keperawatan. Jika tindakan keperawatan yang dilakukan belum berhasil, maka perawat harus memodifikasi tindakan keperawatan kepada klien.

Bab 10

Asuhan Keperawatan Pada Pasien Infeksi Klamidia

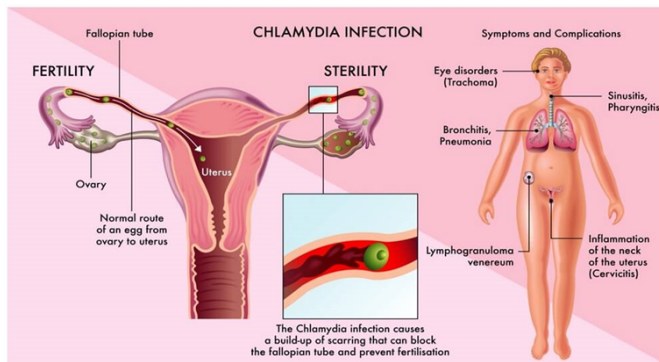
10.1 Pendahuluan

Klamidia merupakan penyakit menular seksual yang disebabkan oleh bakteri *Chlamydia trachomatis* (CT) dan merupakan infeksi bakteri yang paling sering dilaporkan di Amerika Serikat dengan prevalensi tertinggi pada usia kurang dari 24 tahun. Secara global, *klamidia* merupakan infeksi menular seksual yang paling umum, sehingga perempuan memiliki risiko tinggi mengalami infertilitas dan kehamilan *ektopik* (Lewis et al., 2017).

Berdasarkan data dari WHO (2018) menyebutkan bahwa estimasi global untuk kasus CT adalah 126 juta jiwa, dengan infeksi *klamidia asimtomatik* pada perempuan sebanyak 61% dan pada laki-laki sebanyak 68%. Karena tanpa gejala, akibatnya sering tidak terdiagnosis, sehingga penularannya meluas.

Dampak yang dapat terjadi jika tidak diobati tepat waktu antara lain menyebabkan penyakit radang panggul (PID), infertilitas, kehamilan ektopik, dan nyeri panggul kronis pada perempuan, sedangkan dampak pada laki-laki yaitu mengalami *urethritis* dan *epididymitis* (Huai et al., 2020).

Dampak lain yang dapat terjadi pada perempuan maupun laki-laki yang terinfeksi CT juga dapat mengalami konjungtivitis, faringitis, dan *limfogranuloma venerum* (LGV). *Limfogranuloma venerum* merupakan suatu penyakit yang ditandai dengan pembesaran getah bening atau *proctocolitis* parah, yang disebabkan oleh *serovar Chlamydia trachomatis* yang berbeda (Mohseni et al., 2023).



Gambar 10.1: Chlamydia trachomatis

10.2 Etiologi

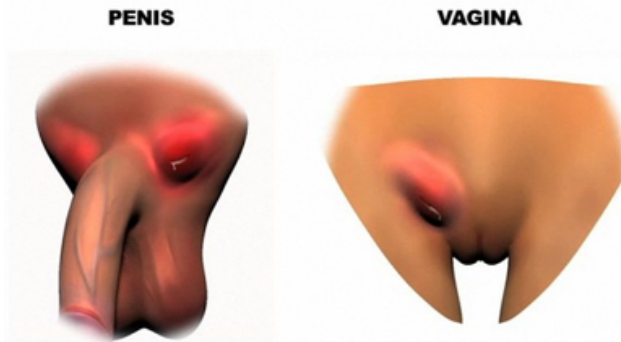
Chlamydia trachomatis (CT) adalah bagian dari genus *chlamydophila*. Bakteri ini adalah gram negatif, anaerobik, obligat intraseluler yang bereplikasi dalam sel eukariotik. *Chlamydia trachomatis* terdiferensiasi menjadi 18 *serovar* (strain varian serologis) berdasarkan uji pengetikan berbasis antibodi *monoklonal*.

Serovar ini berkorelasi dengan beberapa kondisi medis yaitu sebagai berikut:

1. Serovars A, B, Ba, dan C - Trachoma adalah penyakit mata serius yang endemik di Afrika dan Asia. Hal ini ditandai dengan konjungtivitis kronis dan berpotensi menyebabkan kebutaan.
2. Serovars D-K - Genotip D-K biasanya menyebabkan infeksi saluran *urogenital*, *rectum*, *faring* dan *konjungtiva*. Selain itu, penularan perinatal dapat mengakibatkan konjungtivitis, faringitis dan pneumonia pada bayi baru lahir. Sebagian besar infeksi rektum,

infeksi faring dan infeksi-infeksi pada saluran genital bagian bawah tidak menimbulkan gejala. Saat bakteri menyerang saluran genital bagian atas, dapat menyebabkan peradangan kronis yang mengakibatkan terjadinya penyakit radang panggul (PID), kehamilan ektopik dan infertilitas.

3. Serovars L1-L3 - *Lymphogranuloma venereum* (LGV), yang berkorelasi dengan penyakit ulkus genital di negara tropis (Meyer, 2016; Mohseni et al, 2023).



Gambar 10.2: Gambaran Klinis Limfogranuloma Venerum Pada Laki-laki dan Perempuan

10.3 Patofisiologi

Chlamydia trachomatis merupakan *imunogen* kuat dan dapat menginduksi respons imun tubuh yang dapat diamati baik secara seluler maupun humoral. *Chlamydia trachomatis* dapat bertahan hidup di inang dan menginfeksi secara persisten, sehingga akan terjadi perubahan maupun gangguan sistem kekebalan tubuh pada inangnya (Malhotra et al., 2013).

Bakteri menginfeksi pada sel epitel *kolumnar*, yang kemudian menyebabkan respons awal berupa infiltrasi *neutrofil*, diikuti dengan invasi limfosit, *makrofag*, sel-sel plasma dan *eosinofil*. Kemudian akan terjadi kaskade

inflamasi sebagai akibat dari sel epitel yang terinfeksi yang melepaskan sitokin dan interferon (Qureshi, 2021).

Klamidia merupakan bakteri unik yang memiliki siklus hidup bifasik berupa *elementary body* (EB) dan *reticulate body* (RB). Kedua jenis badan tersebut memungkinkan CT dapat bertahan hidup baik di lingkungan intraseluler maupun ekstraseluler. EB secara metabolik tidak aktif dan akan diambil oleh sel inang, kemudian EB akan terdiferensiasi menjadi RB aktif. RB yang aktif akan menggunakan sumber energi inang dan asam amino untuk bereplikasi dan membentuk EB baru yang akan menginfeksi sel-sel lainnya.

Chlamydia trachomatis menyerang sel epitel *squamocolumnar* dari *endoserviks* dan saluran genital atas pada perempuan, serta menyerang konjungtiva, uretra dan rektum pada laki-laki maupun perempuan. Bakteri dapat ditularkan melalui kontak langsung dengan jaringan yang terinfeksi, dari hubungan seksual (vaginal, anal maupun oral), bahkan dapat ditularkan dari ibu yang terinfeksi kepada bayi baru lahir (Qureshi, 2021; Mohseni et al, 2023).

10.4 Tanda, Gejala, dan Komplikasi

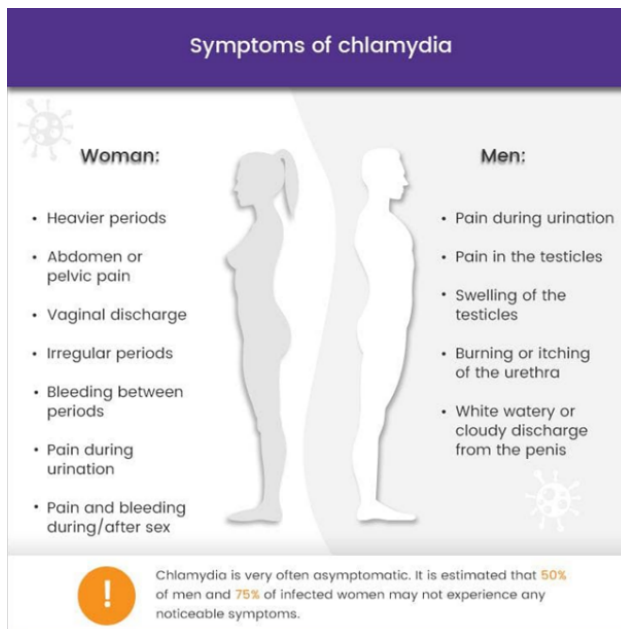
Klamidia sering juga disebut sebagai “*silent infection*” karena banyak yang terinfeksi tetapi tidak merasakan gejala, bahkan tidak ada temuan yang abnormal dalam pemeriksaan fisik. Masa inkubasi klamidia tidak jelas, sehingga siklus replikasi relatif lambat dan memungkinkan tidak munculnya gejala sampai beberapa minggu setelah terinfeksi (CDC, 2023).

Tabel 10.1: Gejala-Gejala Pasien Terinfeksi Klamidia (CDC, 2023)

Perempuan	Laki-Laki
Keputihan yang abnormal dan berbau	Terdapat cairan bening atau keruh di ujung penis
Terjadi perdarahan di antara siklus menstruasi	Nyeri saat buang air kecil
Mengalami nyeri saat menstruasi	Rasa gatal dan terbakar di sekitar permukaan penis
Nyeri perut disertai demam	Nyeri dan bengkak di testis
Nyeri saat berhubungan seksual	
Rasa gatal dan terbakar di sekitar area vagina	
Nyeri saat buang air kecil	

Pada perempuan awalnya bakteri menginfeksi serviks, sehingga menyebabkan timbulnya tanda dan gejala servitis (adanya sekret endoserviks mukopurulen, perdarahan endoserviks). Hal tersebut juga dapat menginfeksi uretra sehingga timbul gejala uretritis (piuria, disuria). Dalam jangka waktu tertentu, infeksi menyebar ke saluran reproduksi bagian atas (rahim dan tuba falopi) sehingga menyebabkan terjadinya PID (Pelvic Inflammatory Disease).

PID memiliki gejala khas yaitu nyeri perut atau nyeri panggul. Pada lelaki biasanya mengalami uretritis, dengan sekret uretra yang berlendir maupun encer serta disuria. Beberapa lelaki bisa mengalami *epididimitis* dengan nyeri testis, nyeri tekan dan bengkak (CDC, 2023).



Gambar 10.3: Gejala Klamidia

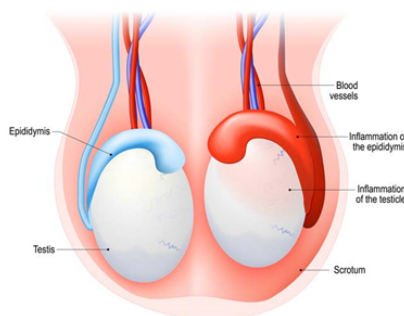
Di bawah ini merupakan komplikasi-komplikasi dari infeksi Chlamydia trachomatis, yaitu:

1. Servitis

Sekitar 70% perempuan tidak menunjukkan adanya gejala, atau hanya mengalami gejala ringan seperti keputihan, kram perut, perdarahan dan disuria. Hanya sebagian kecil saja yang mengalami

servisititis *mukopurulen*. Kemungkinan ada beberapa perempuan yang mengalami perdarahan pasca koitus maupun perdarahan antara periode menstruasi (Detels et al, 2011).

2. Pelvis Inflammatory Disease (PID) atau Penyakit Radang Panggul
PID dapat terjadi ketika bakteri naik ke saluran reproduksi bagian atas. Biasanya pasien akan mengalami nyeri perut atau panggul dengan atau tanpa gejala servisititis. Adapun gejala lain yang mungkin muncul yaitu mual, muntah, demam, nyeri punggung bawah, nyeri saat berhubungan seksual, disuria dan perdarahan pasca koitus (Mohseni et al, 2023).
3. Urethritis
Urethritis sering terjadi pada laki-laki. Keluar cairan uretra yang berwarna putih, abu-abu, atau terkadang bening di pagi hari. Urethritis pada perempuan terkadang didiagnosis sebagai infeksi saluran kemih (ISK).
4. Epididimitis
Biasanya lelaki akan mengalami nyeri tekan dan nyeri di testis, kemungkinan mengalami *hidrokel*, teraba pembengkakan *epididimis* serta demam.



Gambar 10.4: Epididimitis

5. Proktitis
Infeksi rektum yang disebabkan oleh *klamidia* dapat *asimtomatik* jika disebabkan oleh *serovar* D hingga K. Namun, jika yang menginfeksi adalah *serovar* LGV L1-L3, dapat menyebabkan *proktitis*. Pasien biasanya mengeluh demam atau malaise. Pada hubungan seksual

antara laki-laki dengan laki-laki dapat ditemukan gejala nyeri di rektum, keluarnya cairan atau perdarahan saat berhubungan anal.



Gambar 10.5: Proktitis

6. Prostatitis

Gejala yang dirasakan antara lain disuria, disfungsi kemih, nyeri panggul, nyeri saat ejakulasi.

7. Konjungtivitis

Inokulasi langsung dengan sekresi genital yang terinfeksi *serovar Chlamydia trachomatis* genital dapat menyebabkan infeksi konjungtiva. Gejala biasanya meliputi konjungtivitis non-purulen (infeksi eritematosa pada epitel permukaan). Konjungtivitis merupakan manifestasi paling umum dari infeksi *klamidia* pada bayi baru lahir.

8. Pneumonia

Bayi lahir dari ibu yang terinfeksi dengan *Chlamydia trachomatis* dapat meningkatkan angka kejadian pneumonia sekitar 5-30%. Gejala yang dirasakan bayi antara lain hidung tersumbat, batuk, takipnea, batuk *paroksimal* yang khas, tetapi biasanya tidak demam atau hanya demam ringan. Pada bayi prematur, kemungkinan dapat terlihat *apneic spells*, dan suara rales saat auskultasi paru-paru.

9. Faringitis

10. Limfogranuloma Venerum

Biasanya pasien mengalami ulkus genital yang tidak disertai nyeri.

10.5 Pemeriksaan Diagnostik dan Penatalaksanaan

Pemeriksaan laboratorium dapat digunakan sebagai konfirmasi hasil pemeriksaan yang telah diperoleh baik melalui anamnesis maupun pemeriksaan fisik. Pemeriksaan dapat dilakukan dengan laboratorium sederhana melalui pewarnaan Gram atau Giemsa. Deteksi antigen dapat dilakukan dengan DFA (Direct Immunofluorescence Assay), EIA (Enzyme Immuno Assay), *amplifikasi asam nukleat* (NAAT), dan pemeriksaan *serologis* (Meyer, 2016).

Kultur merupakan pemeriksaan baku emas, namun sulit dilakukan secara klinis. Pengambilan spesimen dan transportasi yang tepat memiliki peranan yang penting dalam menentukan keakuratan hasil diagnosis pada infeksi CT. Sensitivitas dan spesifisitas setiap uji diagnosis telah terbukti berhubungan langsung dengan kecukupan spesimen (Reza and SHW, 2015).

Amplifikasi asam nukleat (NAAT) merupakan tes yang paling sensitif untuk mendeteksi infeksi *Klamidia*. Tes ini memiliki spesifisitas yang tinggi seperti pemeriksaan kultur dan memfasilitasi transportasi spesimen. Oleh karena itu, NAAT menjadi pemeriksaan utama untuk *Klamidia* menggantikan pemeriksaan kultur sebagai pemeriksaan baku emas (Nwokolo et al, 2015). Infeksi *Klamidia* dapat dengan mudah disembuhkan dengan antibiotik. Pasien yang terinfeksi *Klamidia* tidak diperbolehkan melakukan aktivitas seksual selama 7 hari setelah pemberian antibiotik dosis tunggal atau sampai selesainya pemberian antibiotik selama 7 hari untuk mencegah penyebaran infeksi ke pasangan.

Pasien yang terinfeksi *Klamidia* diwajibkan meminum semua obat yang diresepkan dan tidak boleh dibagikan ke orang lain. Walaupun pengobatan tersebut akan menghentikan infeksi, tetapi tidak menjadi jaminan akan memperbaiki kerusakan permanen yang disebabkan oleh penyakit. Jika masih merasakan gejala yang berlanjut setelah menerima perawatan, pasien harus melakukan evaluasi kembali ke fasilitas kesehatan (CDC, 2021).

Menurut O'Connell and Ferone (2016), antibiotik yang paling umum diresepkan bagi pasien yang terinfeksi *Klamidia* yaitu:

1. Doksisisiklin - Dosis 100 mg diminum dua kali sehari selama 7 hari.
2. Azitromisin - Dosis 1 gr (dosis tunggal).

10.6 Skrining Untuk Infeksi Klamidia

Di bawah ini merupakan rekomendasi untuk skrining *Klamidia* menurut Pedoman Pengobatan Infeksi Menular Seksual (STI Treatment Guidelines) tahun 2021.

1. Perempuan yang berhubungan seksual dengan laki-laki
 - a. Perempuan yang sudah aktif secara seksual di bawah usia 25 tahun wajib menjalani pemeriksaan tahunan. Rasional pemeriksaan dikarenakan prevalensi tertinggi berada di usia 15-25 tahun, infeksi biasanya tanpa gejala, dampak yang dialami jika tidak diobati akan mengganggu kesehatan reproduksi perempuan.
 - b. Perempuan yang berusia di atas 25 tahun juga wajib menjalani pemeriksaan tahunan jika dianggap memiliki risiko terkena infeksi *Klamidia*. Adapun faktor risikonya yaitu sering berganti pasangan, biseksual, berhubungan dengan orang yang pernah terinfeksi).
 - c. Skrining untuk *Klamidia* rektal dilakukan jika ada riwayat hubungan seksual melalui anal atau oral.
2. Perempuan yang berhubungan seksual dengan perempuan
Skrining yang dilakukan sama seperti pedoman skrining untuk perempuan yang aktif secara seksual dengan laki-laki.
3. Perempuan hamil
 - a. Lakukan skrining pada kunjungan pertama prenatal jika ibu berusia di bawah 25 tahun.
 - b. Lakukan skrining pada kunjungan pertama prenatal untuk ibu di atas 25 tahun jika ada faktor risiko.
 - c. Lakukan tes ulang di trimester ketiga jika ibu berusia di bawah 25 tahun atau di atas 25 tahun dengan faktor risiko.
 - d. Ibu hamil yang terdiagnosis *Klamidia* harus menyelesaikan pengobatan selama 4 minggu dan dilakukan tes ulang dalam waktu 3 bulan setelah pengobatan selesai.

4. Laki-laki yang berhubungan dengan perempuan
Skrining boleh tidak dilakukan, karena prevalensi kejadian infeksi *Klamidia* pada laki-laki sangat rendah. Tetapi jika prevalensi kejadiannya tinggi, maka skrining wajib dilakukan.
5. Laki-laki yang berhubungan dengan laki-laki
 - a. Skrining wajib dilakukan setiap tahun pada laki-laki yang berhubungan dengan laki-laki.
 - b. Skrining yang dilakukan terdiri dari pemeriksaan *uretral* dan rektal. Tes yang dilakukan adalah NAAT urine dan NAAT rektal.
 - c. Skrining dapat dilakukan secara rutin dalam rentang waktu 3-6 bulan jika ada faktor risiko (orang dengan HIV, orang berisiko terinfeksi *Klamidia*, orang yang memiliki pasangan lebih dari satu (jenis kelamin yang berbeda) dan orang yang berhubungan dengan sesama jenis.
6. Transgender dan Gender Diverse Persons (LGBT)
 - a. Skrining yang dilakukan harus berdasarkan kegiatan seksual orang tersebut, usia dan anatomi genitalnya. Misalnya seorang laki-laki berusia di bawah 25 tahun memiliki serviks dan diidentifikasi sebagai pria *transgender*, maka mereka harus menjalani skrining tahunan yang sama pedomannya dengan skrining pada perempuan yang memiliki serviks.
 - b. Skrining untuk wanita *transgender* yang telah menjalani operasi *vaginoplasti* harus mencakup skrining *neovagina*.
 - c. Skrining untuk infeksi *klamidia* pada pria *transgender* yang telah menjalani operasi *metoidioplasti* (dengan pemanjangan uretra), tetapi bukan *vaginektomi*, harus menggunakan *apusan* vagina untuk mendeteksi infeksi serviks.
7. Orang dengan HIV
 - a. Skrining untuk infeksi klamidia direkomendasikan untuk orang dengan HIV yang aktif secara seksual.
 - b. Skrining dapat secara rutin dilakukan dalam rentang 3-6 bulan.
 - c. Sampel pengujian diambil dari bagian anatomi yang terpapar aktivitas seksual.

8. Lembaga Pemasyarakatan

Skrining *opt-out* rutin dari semua lokasi aktivitas seksual (faring, uretra atau vagina, dan rektal) harus dilakukan bagi semua wanita yang berusia di bawah 35 tahun dan semua laki-laki di bawah usia 30 tahun.

10.7 Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan yang dapat ditegakkan pada pasien dengan infeksi *Klamidia* antara lain:

Ketidakpatuhan

1. Definisi:

Perilaku individu dan/ atau pemberi asuhan tidak mengikuti rencana perawatan/ pengobatan yang disepakati dengan tenaga kesehatan, sehingga menyebabkan hasil perawatan/ pengobatan yang tidak efektif.

2. Penyebab:

- a. disabilitas (mis. penurunan daya ingat, defisit sensorik/motorik);
- b. efek samping program perawatan/pengobatan;
- c. beban pembiayaan program perawatan/pengobatan;
- d. lingkungan tidak terapeutik;
- e. program terapi kompleks dan atau lama;
- f. hambatan mengakses pelayanan kesehatan (mis. gangguan mobilisasi, masalah transportasi, ketiadaan orang merawat anak di rumah, cuaca tidak menentu);
- g. program terapi tidak ditanggung asuransi;
- h. Ketidakadekuatan pemahaman (sekunder akibat defisit kognitif, kecemasan, gangguan penglihatan/pendengaran, kelelahan, kurang motivasi).

Defisit Pengetahuan

1. Definisi:
Ketiadaan atau kurangnya informasi kognitif yang berkaitan dengan topik tertentu.
2. Penyebab:
 - a. keterbatasan kognitif;
 - b. gangguan fungsi kognitif;
 - c. kekeliruan mengikuti anjuran;
 - d. kurang terpapar informasi;
 - e. kurang minat dalam belajar;
 - f. kurang mampu mengingat;
 - g. ketidaktahuan menemukan sumber informasi.

Kecemasan (Ansietas)

1. Definisi
Kondisi emosi dan pengalaman subyektif terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik akibat antisipasi bahaya yang memungkinkan individu melakukan tindakan untuk menghadapi ancaman.
2. Penyebab:
 - a. krisis situasional;
 - b. kebutuhan tidak terpenuhi;
 - c. krisis maturasional;
 - d. ancaman terhadap konsep diri;
 - e. ancaman terhadap kematian;
 - f. kekhawatiran mengalami kegagalan;
 - g. disfungsi sistem keluarga;
 - h. hubungan orang tua-anak tidak memuaskan;
 - i. faktor keturunan (temperamen mudah teragitasi sejak lahir);
 - j. penyalahgunaan zat;
 - k. terpapar bahaya lingkungan (mis. toksin, polutan, dan lain-lain);
 - l. kurang terpapar informasi.

Disfungsi Seksual

1. Definisi

Perubahan fungsi seksual selama fase respons seksual berupa hasrat, terangsang, orgasme, dan/ atau relaksasi yang dirasa tidak memuaskan, tidak bermakna atau tidak adekuat.

2. Penyebab:

- a. perubahan fungsi/struktur tubuh (mis. kehamilan, baru melahirkan, obat-obatan, pembedahan, anomali, proses penyakit, trauma, radiasi);
- b. perubahan biopsikososial seksualitas;
- c. ketiadaan model peran;
- d. model peran tidak dapat mempengaruhi;
- e. kurang privasi;
- f. ketiadaan pasangan;
- g. kesalahan informasi;
- h. kelainan seksual (mis. hubungan penuh kekerasan);
- i. konflik nilai;
- j. penganiayaan fisik (mis. kekerasan dalam rumah tangga);
- k. kurang terpapar informasi.

Nyeri Kronis

1. Definisi

Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat dan konstan, yang berlangsung lebih dari 3 bulan.

2. Penyebab:

- a. kondisi muskuloskeletal kronis;
- b. kerusakan sistem saraf;
- c. penekanan saraf;
- d. infiltrasi tumor;
- e. ketidakseimbangan neurotransmitter, neuromodulator, dan reseptor;

- f. gangguan imunitas (mis. neuropati terkait hiv, virus varicella-zoster);
- g. gangguan fungsi metabolik;
- h. riwayat posisi kerja statis;
- i. peningkatan indeks massa tubuh;
- j. kondisi pasca trauma;
- k. tekanan emosional;
- l. riwayat penganiayaan (mis. fisik, psikologis, seksual);
- m. riwayat penyalahgunaan obat/ zat.

Harga Diri Rendah Kronis

1. Definisi

Evaluasi atau perasaan negatif terhadap diri sendiri atau kemampuan klien seperti tidak berarti, tidak berharga, tidak berdaya yang berlangsung dalam waktu lama dan terus menerus.

2. Penyebab:

- a. terpapar situasi traumatis;
- b. kegagalan berulang;
- c. kurangnya pengakuan dari orang lain;
- d. ketidakefektifan mengatasi masalah kehilangan;
- e. gangguan psikiatri;
- f. penguatan negatif berulang;
- g. ketidaksesuaian budaya.

Risiko Infeksi

1. Definisi

Berisiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik.

2. Faktor risiko

- a. penyakit kronis (mis. diabetes melitus);
- b. efek prosedur invasif;
- c. malnutrisi;
- d. peningkatan paparan organisme patogen lingkungan;
- e. ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer:
 - gangguan peristaltik;

- kerusakan integritas kulit;
 - perubahan sekresi ph;
 - penurunan kerja siliaris;
 - ketuban pecah lama;
 - ketuban pecah sebelum waktunya;
 - merokok;
 - status cairan tubuh.
- f. Ketidakdekuatan pertahanan tubuh sekunder:
- penurunan hemoglobin;
 - imununosupresi;
 - leukopenia;
 - supresi respons inflamasi;
 - vaksinasi tidak adekuat.

10.8 Intervensi Keperawatan

Di bawah ini merupakan beberapa intervensi-intervensi keperawatan yang dapat diberikan kepada pasien dengan infeksi *Klamidia*, yaitu:

1. Berikan pendidikan kesehatan/ edukasi tentang infeksi *Klamidia*.
2. Anjurkan pasien untuk tidak bergonta-ganti pasangan.
3. Anjurkan untuk tidak berhubungan seksual selama proses pengobatan.
4. Anjurkan untuk menggunakan kondom jika kondisi tubuh kurang memungkinkan.
5. Anjurkan pasien untuk tetap patuh terhadap pengobatan.
6. Anjurkan pasien periksa laboratorium untuk hasil kultur (jika dicurigai terinfeksi *Klamidia*). Jika pasien sedang hamil, tidak boleh diberikan terapi *Doksisiklin*.
7. Kolaborasi pemberian antibiotik sesuai resep.
8. Anjurkan pasien untuk melakukan skrining bersama pasangannya.

9. Anjurkan pasien untuk selalu memeriksakan kondisinya di fasilitas pelayanan kesehatan.

Daftar Pustaka

- ACOG. (2021). Vaginitis. <https://www.acog.org/store/products/patient-education/pamphlets/gynecologic-problems/vaginitis>
- Adila, W., Ratnawati, R. and Putri, E. N. (2018) ‘Gambaran Pengetahuan Dan Motivasi Ibu Hamil Tentang Pemeriksaan Torch’, *Jurnal Ilmu Kebidanan*, 8(1).
- Alberto, D., & Indira, I. (2018). Herpes genitalis disertai lesi ekstrasgenital primer pada gravida trimester III dengan human immunodeficiency virus (HIV) stadium I. *Directory of Open Access*, 49, 67–71. <https://medicinaudayana.org/index.php/medicina/article/viewFile/296/140>
- Angela Lovvett, Joseph A Duncan. (2019) Human immune response and the natural history of *Neisseria gonorrhoeae* infection. *Journal Frontiers in immunology*., volume 9.
- Anzivino, E., Fioriti, D., Mischitelli, M., Bellizzi, A., Barucca, V., Chiarini, F., & Pietropaolo, V. (2009). Herpes simplex virus infection in pregnancy and in neonate: Status of art of epidemiology, diagnosis, therapy and prevention. *Virology Journal*, 6. <https://doi.org/10.1186/1743-422X-6-40>
- Bobak, (2004) “Buku Ajar Keperawatan Maternitas“ Edisi 4, Jakarta: EGC.
- Buchberg, M.K. et al. (2015) ‘A mixed-methods approach to understanding barriers to postpartum retention in care among low-income, HIV-infected women’, *AIDS patient care and STDs*, 29(3), pp. 126–132.
- CDC. (2020). <https://www.cdc.gov/std/bv/stats.htm>

- CDC. (2020). Sexually Transmitted Disease Surveillance, Atlanta, GA: Department of Health and Human Services; April 2022
- CDC. (2021). MMWR. Sexually Transmitted Infections and Sexually Transmitted Diseases. Vol. 70. No 4. Juli 23, 2021. <https://www.cdc.gov/std/treatment-guidelines/STI-Guidelines-2021.pdf> Diakses 5 Januari 2022
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2021). STI Treatment Guidelines–Chlamydial Infections–Includes diagnosis, treatment, prevention, and special considerations. Includes updated treatment and screening recommendations. (July 22, 2021)
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2023). Chlamydia - CDC Detailed Fact Sheet. <https://www.cdc.gov/std/chlamydia/stdfact-chlamydia-detailed.htm>
- Citra Dwi Hartaningtyas. (2017; 3(3):1-6) Pemberian terapi oral untuk pasien urethritis gonore dengan komplikasi local pada pria : Laporan Kasus. Journal of Agromedicine and Medical Science.
- Dalimartha, S. 2004. Deteksi Dini Kanker dan Simplisia Antikanker. Penebar Swadaya : Jakarta.
- Detels R, Green AM, Klausner JD, Katzenstein D, Gaydos C, Handsfield H, Pequegnat W, Mayer K, Hartwell TD, Quinn TC. (2011) The incidence and correlates of symptomatic and asymptomatic Chlamydia trachomatis and Neisseria gonorrhoeae infections in selected populations in five countries. Sex Transm Dis. Jun;38(6):503-9.
- Dharma, K. S. (2015) ‘Laporan Kasus Abortus Iminens Juni 2015 Faktor Resiko, Patogenesis, Dan Penatalaksanaan’, Intisari Sains Medis, 3(1), pp. 44–50.
- Divyani, I.A.I.N. and Karna, N.R.V. (2018) ‘Profil Kasus Kondiloma Akuminata di Poliklinik Kulit dan Kelamin RSUP Sanglah Denpasar Periode Januari 2014-April 2015’, Jurnal Medika Udayana, 7(11), p. 2.
- Do Prado, T.N. et al. (2018) ‘Factors associated with maternal-child transmission of HIV-1 in southeastern Brazil: a retrospective study’, AIDS and Behavior, 22, pp. 92–98.
- Doengoes, Marilyn. E. (2001). Rencana Keperawatan. Jakarta. EGC.

- Evriarti, P.R. and Yasmon, A. (2019) 'Patogenesis Human Papillomavirus (HPV) pada Kanker Serviks', *Jurnal Biotek Medisiana Indonesia*, 8(1), pp. 23–32. Available at: <https://doi.org/10.22435/jbmi.v8i1.2580>.
- Faber, M.T. et al. (2019) 'Adverse pregnancy outcomes and infant mortality after quadrivalent HPV vaccination during pregnancy', *Vaccine*, 37(2), pp. 265–271. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2018.11.030>.
- Fauziah, N. S. (2014) 'Kebahagiaan sejati wanita penderita TORCH (Toxo, Rubella, CMV, Herpes)'. Universitas Islam Negeri Maulana Malik Ibrahim.
- Groves, M., Dayton, & Ohio. (2016). Genital Herpes: A Review. American Academy of Family Physicians, 93. <http://www.aafp.org/>
- Helena Dela., Aniki Attram., Eric Behene, et al. ((2019);) Research article: Risk factor associated with gonorrhea and chlamydia transmission in selected health facilities in Ghana. *Journal BMC: Infectious diseases*. 19:425
- Huai, P., Li, F., Chu, T., Liu, D., Liu, J & Zhang, F. (2020). Prevalence of genital Chlamydia trachomatis infection in the general population: A meta-analysis. *Journal BMC Infectious Diseases* Vol 20:1. DOI 10.1186/s12879-020-05307-w
- Huda Amin. N & Hardhi. K. (201)5. Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis dan Nanda NIC-NOC Edisi Revisi Jilid 2. Jogjakarta : Mediaaction Publishing
- Ida Ayu Sri Kusuma Dewi Surya Saputra Manuaba, dkk., (2010) "Buku Ajar Ginekologi untuk Mahasiswa Kebidanan" Jakarta: EGC. hal. 73
- Irianti, M. I., Fitriana, W., Arifianti, A. E., & Rahmasari, R. (n.d.). Herpes Simplex Virus Tipe 1: Prevalensi, Infeksi dan Penemuan Obat Baru Herpes Simplex Virus Type 1: Prevalence, Infection and Discovery of New Drugs.
- Kemenkes RI (2022) Profil Kesehatan Indonesia 2021, Pusdatin.Kemenkes.Go.Id.
- Kementrian Kesehatan Republik Indonesia. (2016). Pedoman Nasional penanggulangan Penyakit Menular Seksual. Jakarta: KemenKes RI.
- Koumans EH, Sternberg M, Bruce C, McQuillan G, Kendrick J, Sutton M, Markowitz LE. (2007). The prevalence of bacterial vaginosis in the

- United States, 2001-2004; associations with symptoms, sexual behaviors, and reproductive healthexternal icon. Sexually Transmitted Diseases 34(11):p 864-869, November 2007. DOI: 10.1097/OLQ.0b013e318074e565.https://journals.lww.com/stdjournal/Fulltext/2007/11000/The_Prevalence_of_Bacterial_Vaginosis_in_the.6.aspx
- Kreisel, Kristen, & Gargano. (2021). Sexually Transmitted Infections Among US Women and Men: Prevalence and Incidence Estimates, 2018. Journal Of The American Sexually Diseases Association, 208–214.
- Kumalasari,I. Andhyantoro,I. (2013) Kesehatan Reproduksi untuk Mahasiswa Kebidanan dan Keperawatan. Jakarta: Salemba Medika;
- Legoff, J., Péré, H., & Bélec, L. (2014). Diagnosis of genital herpes simplex virus infection in the clinical laboratory. In Virology Journal (Vol. 11, Issue 1). BioMed Central Ltd. <https://doi.org/10.1186/1743-422X-11-83>
- Lewis, J. et al. (2017). Genital chlamydia trachomatis infections clear more slowly in men Than women, but are less likely to become established', Journal of Infectious Diseases, 216(2), pp. 237–244. doi: 10.1093/infdis/jix283.
- Lima, A.C.M.A.C.C. et al. (2017) 'Development and validation of a booklet for prevention of vertical HIV transmission', Acta Paulista de Enfermagem, 30, pp. 181–189.
- Littleton, L. Y. and Engebretson, J. C. (2002) Maternal, Neonatal. and Women's Health Nursing. Delmar/Thompson Learning.
- Lowdermilk, D. L., Perry, S. E. and Cashion, K. (2013) Keperawatan Maternitas, Edisi 8. Elsevier Ltd.
- M. Bulechek, G. (2016). edisi enam Nursing interventions classification (N I C). singapore: elsevier Global rights.
- Malhotra, M., Sood, S., Mukherjee, A., Muralidhar, S & Bala, M. (2013). Genital Chlamydia trachomatis: An update Vol 138
- Maliyar, K., & Mufti, A. (2019). Genital Ulcer Disease: A Review of Pathogenesis and Clinical Features. Journal of Cutaneous Medicine and Surgery, 23(6).

- Mangoejane, L. and Ramukumba, M.M. (2019) 'Implementation of postnatal care for HIV-positive mothers in the Free State: Nurses' perspectives', *African Journal of Primary Health Care and Family Medicine*, 11(1), pp. 1–8. Available at: <https://doi.org/10.4102/phcfm.v11i1.1776>.
- Marianne Belleza (2021) Human Immunodeficiency Virus (HIV) dan Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS), nurseslabs. Available at: <https://nurseslabs.com/hiv-aids/> (Accessed: 13 April 2023).
- Mayo Clinic. (2023). Syphilis.
- McFarland, E.J. (2011) 'Human Immunodeficiency Virus Infection', *Berman's Pediatric Decision Making: Expert Consult*, 132(751), pp. 619–627. Available at: <https://doi.org/10.1016/B978-0-323-05405-8.00151-0>.
- MELISSA. (2023, March 14). Genital Herpes: What It Is, Symptoms, Treatment & More. U.S.NEWS. <https://www.usnews.com/news/health-news/articles/2023-03-14/genital-herpes-what-it-is-symptoms-treatment-more>
- Meyer, T. (2016). Diagnostic procedures to detect chlamydia trachomatis infections. *Journal Microorganisms* Vol 4:3. DOI 10.3390/microorganisms4030025.
- Min, K.J. et al. (2019) 'Clinical guideline for 9-valent HPV vaccine: Korean society of gynecologic oncology guideline', *Journal of Gynecologic Oncology*, 30(2), pp. 1–10. Available at: <https://doi.org/10.3802/jgo.2019.30.e31>.
- Mohseni M, Sung S, Takov V. Chlamydia. (2023) In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Jan-.
- Montgomery, K.S. (2003) 'Childbirth Education for the HIV-Positive Woman', *The Journal of Perinatal Education*, 12(4), pp. 16–26. Available at: <https://doi.org/10.1891/1058-1243.12.4.16>.
- Moorhead. S. dkk. (2016). *Nursing Outcomes Classification (NOC) edisi 5*. Mosby : Iowa City
- NANDA. (2018). *buku diagnosa keperawatan definisi dan klasifikasi 2018-2020*. Jakarta: EGC
- National Health Services. (2023). Syphilis.

- National Library of Medicine. (2012). Pelvic inflammatory disease. *Am Fam Physician*. 2012 Apr 15;85(8):797-8.
- NHS UK. (2022) Syphilis Diakses pada 2022. .
- Niyibizi, J. et al. (2020) ‘Association between Maternal Human Papillomavirus Infection and Adverse Pregnancy Outcomes: Systematic Review and Meta-Analysis’, *Journal of Infectious Diseases*, 221(12), pp. 1925–1937. Available at: <https://doi.org/10.1093/infdis/jiaa054>.
- Norwitz, R Norwitz dan Schorge O. John, (2008) “At a Giance Obstetri & Ginekologi“ Edisi kedua, Jakarta: Erlangga.
- Nuraeni, R. (2021) *Asuhan Keperawatan Gangguan Maternitas*; Buku Lovrinz Publishing. LovRinz Publishing.
- Nwokolo NC, Dragovic B, Patel S, Tong CY, Barker G, Radcliffe K. (2015) UK national guideline for the management of infection with Chlamydia trachomatis. *Int J STD AIDS*. 2016 Mar;27(4):251-67. doi: 10.1177/0956462415615443. Epub 2015 Nov 4. PMID: 26538553.
- Nyamukoho, E. et al. (2019) ‘Depression among HIV positive pregnant women in Zimbabwe: a primary health care based cross-sectional study’, *BMC pregnancy and childbirth*, 19, pp. 1–7.
- Nyoman, N. et al. (2013) ‘Infeksi menular seksual dan kehamilan’, pp. 304–310.
- O’connell, C, M & Ferone, M, E. (2016). Chlamydia trachomatis genital infections. *Journal Microbial Cell* Vol 3:9. DOI 10.15698/mic2016.09.525
- Oenarta, 2019 (2019) ‘Hiv Dan Hpv’, *jurnal widya Medika*, 5(2).
- Oktaviyanti, R.N. and Barakbah, J. (2018) ‘Profil Pasien Kondiloma Akuminata (The Profile of Condyloma Accuminata)’, *Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga*, 30(3), pp. 15–20.
- Oti, V., Usman, B., Pennap, G., & Eno-Ibanga, C. (2017). Seroprevalence of Herpes Simplex Virus Type 2 (HSV-2) among Pregnant Women Accessing Antenatal Care in a Tertiary Healthcare Facility in Central Nigeria. *Asian Journal of Research in Medical and Pharmaceutical Sciences*, 1(4), 1–6. <https://doi.org/10.9734/ajrimps/2017/37030>

- P2P, D. (2022) 'Laporan Perkembangan HIV-AIDS dan Penyakit Infeksi Menular Seksual _PIMS_ Triwulan 1 -januari-Maret 2022', Kemenkes [Preprint].
- Palk, L. et al. (2020) 'Travel time to health-care facilities, mode of transportation, and HIV elimination in Malawi: a geospatial modelling analysis', *The Lancet Global Health*, 8(12), pp. e1555–e1564.
- Pandey, D. et al. (2019) 'Human Papillomavirus (HPV) infection in early pregnancy: Prevalence and implications', *Infectious Diseases in Obstetrics and Gynecology*, 2019. Available at: <https://doi.org/10.1155/2019/4376902>.
- Peltzer, K., Rodriguez, Violeta J and Jones, D. (2016) 'Prevalence of prenatal depression and associated factors among HIV-positive women in primary care in Mpumalanga province, South Africa', *SAHARA-J: Journal of Social Aspects of HIV/AIDS*, 13(1), pp. 60–67.
- Persatuan Perawat Nasional Indonesia. (2018). *Strandart diagnosa keperawatan Indonesia*. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat persatuan Perawat Nasional Indonesia
- Persatuan Perawat Nasional Indonesia. (2018). *Strandart Intervensi keperawatan Indonesia*. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia
- Persatuan Perawat Nasional Indonesia. (2018). *Strandart luaran keperawatan Indonesia*. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia
- Potter & Perry. (2005). *Buku Fundamental Keperawatan : Konsep, Proses dan praktik*. Ed. 4 Jakarta: EGC.
- PPNI, TIM Pokja SDKI DPP. (2019). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia*. 1st ed. Jakarta Selatan.
- PPNI, TIM Pokja SIKI DPP. (2019). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia*. 1st ed. Jakarta Selatan.
- PPNI, TIM Pokja SLKI DPP. (2019). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia*. 1st ed. Jakarta Selatan.
- PPNI. (2016). *Standar diagnosis keperawatan Indonesia: definisi dan indikator diagnostik*. Ed 1. Jakarta: DPP PPNI

- PPNI. (2018). Standar intervensi keperawatan Indonesia. Jakarta : DPP PPNI
- PPNI. (2021). Pedoman standar prosedur operasional keperawatan. Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI
- Putra, S.P. and Putra, A.E. (2021) ‘Upaya Pencegahan Kanker Serviks melalui Vaksinasi dan Skrining Human Papillomavirus’, *Majalah Kedokteran Andalas*, 44(2), pp. 126–134. Available at: <http://jurnalmka.fk.unand.ac.id>.
- Qaderi, K. et al. (2021) “Does HPV affect my fertility?” Reproductive concerns of HPV-positive women: a qualitative study’, *Reproductive Health*, 18(1), pp. 1–11. Available at: <https://doi.org/10.1186/s12978-021-01126-7>.
- Qureshi S. Chlamydia (Chlamydial Genitourinary Infections). Medscape, (2021). <https://emedicine.medscape.com/article/214823-clinical#b12>.
- Reeder Sharon J., Leonide ., Martin. (2012). *Maternity Nursing: Family, Newborn, and Women’s Haslth Care* . 18th Ed. Lippincott
- Reeder, S., Martin, L., & Griffin, D. (2011) *Keperawatan Maternitas Kesehatan Wanita, Bayi, dan Keluarga*. Vol 1. Edited by dkk Afiyanti. Jakarta: EGC.
- Reza, N & SHW, T. (2015). Pemeriksaan Laboratorium Infeksi Chlamydia trachomatis Pada Saluran Genital. *Jurnal Periodical of Dermatology and Venereology* Vol 27.
- Roth, C., Hrenchir, P.F. and Pacheco, C.J. (2016) ‘HIV in Pregnancy’, *Nursing for Women’s Health*, 20(1), pp. 87–91. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.nwh.2015.12.010>.
- Rowley J., Vander Hoorn S., Korenromp E., Low N., Unemo M., Abu-Raddad L. J., et al. (2019). Chlamydia, Gonorrhoea, Trichomoniasis and Syphilis: Global Prevalence and Incidence Estimates 2016. *Bull. World Health Organ*. 97, 548–562. doi: 10.2471/blt.18.228486
- Salameh, S. (2012). Early Events in Herpes Simplex Virus Lifecycle with Implications for an Infection of Lifetime. *The Open Virology Journal*, 6(1), 1–6. <https://doi.org/10.2174/1874357901206010001>
- Sancta St Cyr, Lindley Barbee, Kimberly A Workowski, Laura H. Bachmann, Cau Pham, Karen Schlanger, et al. (2020) Update to CDC’s treatment

- guidelines for gonococcal infection 2020. Morbidity and Mortality Weekly Report.;69(50) : 1911-1916
- Sari, A.P. and Syahrul, F. (2014) 'Faktor yang Berhubungan Dengan Tindakan Vaksinasi HPV Pada Wanita Usia Dewasa', *Jurnal Berkala Epidemiologi*, 2(3), pp. 321–330.
- Sauerbrei, A. (2016). Optimal management of genital herpes: Current perspectives. In *Infection and Drug Resistance* (Vol. 9, pp. 129–141). Dove Medical Press Ltd. <https://doi.org/10.2147/IDR.S96164>
- Sobel, JD. (2007). Vulvovaginal candidosis. *Lancet*. 2007 Jun 9;369(9577):1961-71. doi: 10.1016/S0140-6736(07)60917-9. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17560449/>
- Spach, DH, Muzny, CA. (2021). Vaginitis. <https://www.std.uw.edu/go/comprehensive-study/vaginitis/core-concept/all>. Diakses 13 April 2023
- Stark, H. and Zivković, A. (2018) 'HPV Vaccination: Prevention of Cervical Cancer in Serbia and in Europe', *Acta Facultatis Medicae Naissensis*, 35(1), pp. 5–16. Available at: <https://doi.org/10.2478/afmnai-2018-0001>.
- Subur, P.U. and Kirana, R. (2022) 'No Title', 3(7), pp. 7007–7014.
- Suwarba, I. G. N., Widodo, D. P. and Handryastuti, R. A. S. (2016) 'Profil klinis dan etiologi pasien keterlambatan perkembangan global di Rumah Sakit Cipto Mangunkusumo Jakarta', *Sari Pediatri*, 10(4), pp. 255–261.
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2016c). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik. Jakarta Selatan: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia. <https://microbenotes.com/chlamydia-trachomatis/>
- Tim Pokja. (2018). Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (Tim Pokja, Ed.; 1st ed.). DPP PPNI.
- Trindade, L. de N.M. et al. (2021) 'HIV infection in pregnant women and its challenges for the prenatal care', *Revista Brasileira de Enfermagem*, 74.
- Tronstein, E., Christine Johnston, M., Meei-Li Huang, M., Selke, S., Amalia Magaret, M., Warren, T., Lawrence Corey, A., & Wald, A. (n.d.). Genital Shedding of Herpes Simplex Virus Among Symptomatic and Asymptomatic Persons With HSV-2 Infection. <https://jamanetwork.com/>

- Villar-Loubet, O.M. et al. (2014) 'Prenatal and mental health care among trauma-exposed, HIV-infected, pregnant women in the United States', *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 25(1), pp. S50–S61.
- Wang, A. et al. (2020) 'Pregnancy Outcomes After Human Papillomavirus Vaccination in Periconceptional Period or During Pregnancy: A Systematic Review and Meta-analysis', *Human Vaccines and Immunotherapeutics*, 16(3), pp. 581–589. Available at: <https://doi.org/10.1080/21645515.2019.1662363>.
- WebMD. (2023). What Is Syphilis? What Cause it?
- What Is Syphilis? (2022) What Cause it? Mayo Clinic.. Syphilis.
- WHO (2015) WHO Recommendations for prevention and treatment of maternal peripartum infections, World Health Organization.
- WHO (2022) Mother-to-child transmission of HIV, Website WHO. Available at: <https://www.who.int/teams/global-hiv-hepatitis-and-stis-programmes/hiv/prevention/mother-to-child-transmission-of-hiv>.
- Widyastuti Yani, Anita Rahmawati, dan Purnamaningrum (2010), "Kesehatan Reproduksi" Yogyakarta: Fitramaya.
- Workowski, K.A. (2015) 'Centers for Disease Control and Prevention Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines', 61(Suppl 8), pp. 759–762. Available at: <https://doi.org/10.1093/cid/civ771>.
- Yadav, R., & Maity, S. (2014). A review on TORCH: groups of congenital infection during pregnancy. *Journal of Scientific and Innovative Research*, 2, 258–264.
- You, S., Yaesoubi, R., Lee, K., Li, Y., Eppink, S. T., Hsu, K. K., Chesson, H. W., Gift, T. L., Berruti, A. A., Salomon, J. A., & Rönn, M. M. (2023). Lifetime quality-adjusted life years lost due to genital herpes acquired in the United States in 2018: a mathematical modeling study. *Lancet Regional Health - Americas*, 19. <https://doi.org/10.1016/j.lana.2023.100427>
- Zheng, Y. et al. (2022) 'High-Risk Human Papillomavirus Oncogenic E6/E7 mRNAs Splicing Regulation', *Frontiers in Cellular and Infection Microbiology*, 12(June), pp. 1–11. Available at: <https://doi.org/10.3389/fcimb.2022.929666>.

Biodata Penulis



Rd. Gita Mujahidah lahir di Ciamis, pada 17 Juni 1992. Ia tercatat sebagai lulusan Universitas Padjadjaran.. Wanita yang kerap disapa Gita ini adalah anak dari pasangan Rd. Purnaman Slamet (ayah) dan Iin Runingsih (ibu). Gita Mujahidah kini bekerja di sebuah Instansi Pendidikan Kesehatan di Indramayu (STIKes Indramayu).

Mengambil konsentrasi Keperawatan Maternitas berawal dari keinginan untuk meningkatkan derajat kesehatan perempuan. Moto yang selalu penulis tekankan dalam setiap kesempatan adalah tidak ada

hasil yang indah tanpa proses yang hebat. Berikut adalah tulisan ketiga saya yang menjadi sebuah buku. Buku ini penulis didekasikan khusus untuk perempuan hebat di Dunia. Sebelumnya penulis berkontribusi dalam buku yang berjudul “Pencegahan dan Manajemen Covid-19 di Area Keperawatan Maternitas dan Kesehatan Perempuan” dan “Kegawatdaruratan Maternal dan Neonatal”.

Email Penulis: gitaforkep2010@gmail.com



Anis Laela Megasari S.Tr.Kep., M.Tr.Kep lahir di Kabupaten Semarang 03 Maret 1994. Jenjang pendidikan penulis dimulai dari Diploma III sampai Program Magister di Poltekkes Kemenkes Semarang. Saat ini penulis bekerja sebagai dosen aktif di Program Studi Diploma III Kebidanan Sekolah Vokasi Universitas Sebelas Maret (UNS). Penulis aktif melakukan kegiatan Tri Dharma Perguruan Tinggi. Penulis dapat dihubungi melalui email anislaela333@gmail.com



Neneng Ratnanengsih Puspitasari, lahir di Subang, 18 April 1988. Ia menyelesaikan pendidikan S1 di STIKes Indramayu pada tahun 2010 dan melanjutkan pendidikan program profesi Ners dan lulus pada tahun 2011. Pada tahun 2021 ia menyelesaikan pendidikan S2 nya di Universitas Padjajaran dengan Peminatan Keperawatan Maternitas. Saat ini Ia bekerja sebagai dosen tetap di Program Studi Sarjana Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIKes) Indramayu sejak tahun 2012 sampai dengan sekarang.

Saat ini mengampu mata kuliah keperawatan maternitas. Ia juga menjadi anggota PPNI dan menjadi pengurus sekaligus anggota Ikatan Perawat Maternitas Indonesia (IPEMI) Provinsi Jawa Barat Sejak tahun 2018 sampai dengan saat ini. Ia pernah menulis book chapter terkait dengan judul penerapan teori keperawatan diarea keperawatan maternitas, praktik klinik dasar kebidanan serta beberapa penelitian diarea keperawatan maternitas.

E-mail: nenengratnanengsihp@gmail.com



Lulus DIII Keperawatan di Akademi Perawatan PGI Cikini Jakarta tahun 1996. Bekerja sebagai perawat pelaksana dari tahun 1996 sampai dengan tahun 2002 di RS PGI Cikini Jakarta. Melanjutkan pendidikan ke jenjang S1 Keperawatan di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, lulus tahun 2002 dan kemudian lulus S2 Keperawatan spesialis Keperawatan Maternitas tahun 2009 di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia

Saat ini aktif sebagai dosen tetap di Akademi Keperawatan Pasar Rebo Jakarta. Mata kuliah yang diampu adalah keperawatan Maternitas, Konsep Dasar Keperawatan dan Metodologi Keperawatan. Sebagai salah satu anggota TIM POKJA DPP PPNI yang sudah menyusun buku Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI), Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI), Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) dan yang terbaru adalah Standar Prosedur

Operasional (SPO) yang terbit tahun 2021 untuk digunakan perawat yang bekerja di layanan kesehatan dan juga bagi mahasiswa keperawatan.

E-mail: merida_juntak@yahoo.com



Lisnawati Nur Farida merupakan alumni dari Universitas Muhammadiyah Yogyakarta, program Studi Ilmu Keperawatan. Penulis juga melanjutkan pendidikan Ners di almamater yang sama. Ketertarikan dalam dunia pendidikan menjadikan penulis memilih untuk berkarir sebagai dosen. Penulis merupakan dosen tetap di program studi Diploma III Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Fatmawati Jakarta, sejak 2012 hingga saat ini. Keperawatan Maternitas merupakan bidang kekhususan dalam keperawatan yang menarik perhatian penulis untuk mendalami bidang tersebut.

Tahun 2015 penulis melanjutkan pendidikan Magister Keperawatan di Universitas Indonesia dengan kekhususan keperawatan maternitas. Penulis aktif dalam penelitian dan pengabdian kepada masyarakat dalam kaitannya menyelesaikan masalah-masalah kesehatan pada wanita usia produktif seperti pada kelompok remaja, ibu hamil, ibu nifas, ibu menyusui, maupun masalah pada wanita menjelang menopause. Selain itu, untuk meningkatkan profesionalisme sebagai dosen, penulis terlibat dalam penulisan beberapa buku yang bertema kesehatan reproduksi, keperawatan maternitas, maupun keperawatan secara umum. Penulis dapat dihubungi melalui email: lisnanurfarida@gmail.com.



Aureliya Hutagaol lahir di Pematang Siantar, pada 26 November 1974. Ia tercatat sebagai lulusan Pascasarjana Kesehatan Reproduksi dan Kesehatan Ibu dan Anak di Universitas Gadjah Mada Yogyakarta tahun 2012.

Wanita yang sudah bekerja di Universitas Imelda Medan selama 24 tahun 8 bulan yang saat ini sedang menjabat sebagai Wakil Rektor (Warek) II dan kerap disapa dengan Aurel ini adalah anak dari pasangan

M.

Soter Hutagaol (Ayah) (Alm.) dan Resti Minda Sitorus (Ibu) (Alm.). Aureliya Hutagaol mengajar dengan mata ajaran Keperawatan Maternitas, Kesehatan Reproduksi, Keterampilan Kebutuhan Dasar Manusia, Etika Keperawatan dan Keperawatan Anak Sehat dan Sakit Akut. Penulis dapat dihubungi melalui aureliyanovota@gmail.com



Kartini, M.Kep., Ns. Sp.Kep.Mat. Lahir di Jakarta 20 November 1979. Penulis merupakan alumni Program Spesialis Keperawatan Maternitas Universita Indonesia Tahun 2014. Saat ini penulis aktif mengajar di Program Studi Keperawatan Univeritas Muhammadiyah Tangerang.



Satriani Abbas lahir di Jakarta, pada 1 April 1966 Ia tercatat sebagai lulusan Magerter fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Muhammadiyah Jakarta. Salah satu Dosen Stikes GATOT SUBROTO thn 2023 .Wanita yang kerap disapa ” Satria ” ini adalah anak ke-2 dari 6 bersaudara pasangan dari alm Basharuddin Abbas (ayah) dan Fauziah (ibu). Mempunyai hobby Puisi dan Bernyayi.



Ika Muzdalia lahir di Makassar, 31 Maret 1989. Telah menyelesaikan Studi S1 Keperawatan di STIKES Panakkukang Makassar tahun 2011, lulus Profesi Ners di Stikes Panakkukang Makassar pada tahun 2012 dan telah lulus S2 di Universitas Hasanuddin Makassar Pada Tahun 2018 Program Megister Kesehatan Masyarakat Konsentrasi ilmu Gizi. Penulis merupakan anak pertama dari pasangan Prof. Dr. H. Muzakkir, M.Kes (Ayah) dan Hj. Sudarmi (Ibu). Saat ini penulis sebagai Dosen tetap prodi Ners di Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Sulawesi Barat, Majene sejak tahun 2019 sampai sekarang, dengan mengampu mata kuliah Keperawatan Maternitas.



Jehan Puspasari lahir di Toboali Bangka Selatan pada 11 Oktober 1988. Penulis merupakan anak ketiga dari pasangan Alm Asy’ari Malik (Ayah) dan Nur Uli Panggabean (Ibu). Suami penulis bernama Hendra Setiadi dan telah memiliki seorang putri bernama Addiena Myesha Afsheen Setiadi. Penulis menyelesaikan Pendidikan Magister Keperawatan (S2) di Universitas Indonesia pada tahun 2016. Penulis tercatat sebagai dosen tetap di Sekolah

Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada Jakarta sejak tahun 2013 sampai sekarang.

Asuhan Keperawatan Pada Pasien Infeksi Maternal

Buku yang berjudul Asuhan Keperawatan Pada Pasien Infeksi Maternal ini telah selesai penulis susun dengan upaya maksimal dan sebaik mungkin sehingga harapan kami bisa bermanfaat bagi pembaca yang membutuhkan informasi dan pengetahuan mengenai bagaimana pemberian asuhan keperawatan pada pasien infeksi maternal baik pada masa antepartum, intrapartum dan postpartum.

Keseluruhan isi buku ini disusun dalam 10 Bab, yaitu:

Bab 1 Asuhan Keperawatan Pada Pasien HIV

Bab 2 Asuhan Keperawatan Pada Pasien Infeksi TORCH

Bab 3 Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Infeksi Human Papillomavirus

Bab 4 Asuhan Keperawatan Pada Pasien Infeksi Traktus Genitalis

Bab 5 Asuhan Keperawatan Pada Pasien Infeksi Post Partum

Bab 6 Asuhan Keperawatan Pada Pasien Infeksi Radang Panggul

Bab 7 Asuhan Keperawatan Pada Pasien Gonore

Bab 8 Asuhan Keperawatan Pada Pasien Sifilis

Bab 9 Asuhan Keperawatan Infeksi Maternal Dengan Herpeks Genital

Bab 10 Asuhan Keperawatan Pada Pasien Infeksi Klamidia



YAYASAN KITA MENULIS
press@kitamenulis.id
www.kitamenulis.id

ISBN 978-623-342-819-4

