

TUGAS KMB

ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN

DENGAN GANGGUAN REPRODUKSI PRIA



DISUSUN OLEH :

NUR FITRIA WULANDARI

SISKA BR SEBAYANG

LINA MEGAWATI GULTOM

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN INDONESIA MAJU

JAKARTA

A. Anatomi

Pada pria dewasa, masing-masing testis merupakan suatu organ berbentuk oval yang terletak didalam skrotum. Beratnya masing-masing kira-kira 10-12 gram, dan menunjukkan ukuran panjang rata-rata 4 sentimeter (cm), lebar 2 cm, dan ukuran anteroposterior 2,5 cm. Testis memproduksi sperma dan androgen (hormon seks pria).

Tiap testis pada bagian anterior dan lateral diliputi oleh membran serosa, tunika vaginalis. Membran ini berasal dari peritoneum cavum abdominal. Pada tunika vaginalis terdapat lapisan parietal (bagian luar) dan lapisan visceral (bagian dalam) yang dipisahkan oleh cairan serosa. Kapsul fibrosa yang tebal, keputihan disebut dengan tunika albuginea yang membungkus testis dan terletak pada sebelah dalam lapisan visceral dari tunika vaginalis. Pada batas posterior testis, tunika albuginea menebal dan berlanjut ke dalam organ sebagai mediastinum testis.

Tunika albuginea berlanjut ke dalam testis dan membentuk septum jaringan konektif halus, yang membagi kavum internal menjadi 250 lobulus terpisah. Tiap-tiap lobulus mengandung sampai empat tubulus seminiferus yang sangat rumit, tipis dan elongasi. Tubulus seminiferus mengandung dua tipe sel: (1) kelompok *nondividing support cells* disebut sel-sel sustentacular dan kelompok *dividing germ cells* yang terus menerus memproduksi sperma pada awal pubertas. Cavum yang mengelilingi tubulus seminiferus disebut kavum intersisial.

Dalam cavum intersisial ini terdapat sel-sel intersisial (sel leydig). *Luteinizing hormone* menstimulasi sel-sel intersisial untuk memproduksi hormon disebut androgen. Terdapat beberapa tipe androgen, yang paling umum ialah testosteron. Meskipun korteks adrenal mensekresi sejumlah kecil androgen, sebagian besar androgen dilepaskan melalui sel-sel intersisial di testis, dimulai pada masa pubertas. Duktus dalam testis; *rete testis* merupakan suatu jaringan berkelok-kelok saling terhubung di mediastinum testis yang menerima sperma dari tubulus seminiferus. Saluran-saluran *rete testis* bergabung membentuk ductulus eferen. Kirakira 12-15 ductulus eferen menghubungkan *rete testis* dengan epididimis.

Epididimis merupakan suatu struktur berbentuk koma terdiri dari suatu duktus internal dan duktus eksternal melingkupi jaringan konektif. *Head* epididimis terletak pada permukaan superior testis, dimana *body* dan *tail* epididimis pada permukaan posterior testis. Pada bagian dalam epididimis berisi duktus epididimis panjang, berkelok yang panjangnya kira-kira 4 sampai 5 meter dan dilapisi oleh epitel berlapis silindris yang memuat stereocilia (microvilli panjang).

Duktus deferens juga disebut vas deferens, saluran ini meluas dari *tail* epididimis melewati skrotum, kanalis inguinalis dan pelvis bergabung dengan duktus dari vesica seminalis membentuk duktus ejakulatorius pada glandula prostat. Testis diperdarahi oleh arteri testicular, arteri yang bercabang dari aorta setinggi arteri renal. Banyak pembuluh vena dari testis pada mediastinum dengan suatu kompleks pleksus vena disebut pleksus vena pampiniformis, yang terletak superior. Epididimis dan skrotum diperdarahi oleh pleksus vena kremaster. Kedua pleksus beranastomose dan berjalan superior, berjalan dengan vas deferens pada *spermatic cord*. *Spermatic cord* dan epididimis diperdarahi oleh cabang arteri vesical inferior dan arteri epigastrik inferior (arteri kremaster). Skrotum diperdarahi cabang dari arteri pudendal internal (arteri scrotal posterior), arteri pudendal eksternal cabang dari arteri femoral, dan cabang dari arteri epigastrik inferior (kremaster). Aliran vena testis melalui pleksus vena pampiniformis, terbentuk pada bagian atas epididimis dan berlanjut ke vena testikularis melalui cincin inguinal. Vena testikularis kanan bermuara ke vena kava inferior dengan suatu *acute angle*, dimana vena testikularis sinistra mengalir ke vena renalis sinistra dengan suatu *right angle*.

1. Pengertian Hidrokel

Hidrokel adalah penumpukan cairan yang terbatas tegas yang berlebihan di antara lapisan perietalis dan viseralis. Dalam keadaan normal cairan yang itu memang berada dalam rongga dan berada dalam keseimbangan antara produksi dan reabsorpsi oleh system limfatik disekitarnya. Hidrokel adalah penimbunan cairan dalam selaput yang embungkus testis yang menyebabkan pembekakan lunak pada salah satu testis, penyebabnya yaitu kegagalan dalam pembentukan genetalia eksternal yaitu kegagalan penutupan saluran tempat turunya testis dari rongga perut ke skrotum.

2. Etiologi

Pada bayi hidrokel disebabkan oleh belum sempurnanya penutupan prosesus vaginalis sehingga terjadi aliran cairan peritoneum ke prosesus vaginalis. System limfatik yang belum sempurna di daerah skrotum dalam reabsorpsi cairan hidrokel. Pada orang dewasa hidrokel dapat terjadi secara idiopatik dan secara sekunder. Penyebab sekunder hidrokel pada orang dewasa karena didapatkan kelainan pada testis oleh karena infeksi, tumor, atau trauma pada testis dan epididimis sehingga menyebabkan terganggunya system sekresi atau reabsorpsi cairan di kantong hidrokel, atau hal ini dapat menyebabkan produksi cairan yang berlebihan oleh testis maupun oleh obstruksi aliran limfe atau vena di dalam funikulus spermaticus.

3. Klasifikasi

a. Hidrokel Primer

Hidrokel primer terlihat pada anak akibat kegagalan penutupan prosesus vaginalis. Prosesus vaginalis adalah suatu divertikulum peritoneum embrionik yang melintasi kanalis inguinalis dan membentuk tunika vaginalis. Hidrokel jenis ini tidak diperlukan terapi karena dengan sendirinya rongga ini akan menutup dan cairan di tunika akan diabsorpsi.

b. Hidrokel Sekunder

Hidrokel sekunder cenderung berkembang lambat dalam suatu masa dan dianggap sekunder terhadap obstruksi aliran keluar limfe. Dapat disebabkan oleh kelainan testis atau epididimis, keadaan ini dapat terjadi karena radang atau karena suatu proses neoplastik. Radang lapisan mesotel dan tunika vaginalis menyebabkan terjadinya produksi cairan berlebihan yang tidak dapat dibuang keluar dalam jumlah yang cukup oleh saluran limfe dalam lapisan luar tunika.

c. Hidrokel akut

Biasanya berlangsung cepat dan menyebabkan nyeri cairan berwarna kemerahan mengandung protein, fibrin, eritrosit dan sel polimorf.

d. Hidrokel kronis

Hidrokel jenis ini hanya menyebabkan peregangan tunika secara perlahan dan walaupun akan menjadi besar dan memberikan rasa berat, jarang menyebabkan nyeri.

Menurut letak kantong hidrokel terhadap testis

a. Hidrokel Testis

Kantong hidrokel seolah-olah mengelilingi testis sehingga testis tidak dapat diraba. Pada anamnesis, besarnya kantong hidrokel tidak berubah sepanjang hari.

b. Hidrokel Funikulus

Kantong hidrokel berada pada funikulus yaitu terletak di sebelah cranial dari testis, sehingga pada palpasi testis dapat diraba dan berada di luar kantong hidrokel. Pada anamnesis besarnya kantong hidrokel sama sepanjang hari.

c. Hidrokel Komunikan

Terdapat hubungan antara prosesus vaginalis dengan rongga peritoneum sehingga prosesus vaginalis terapat cairan peritoneum. Pada anamnesis kantong hidrokel besarnya dapat berubah-ubah yaitu bertambah pada saat anak menangis. Pada palpasi kantong hidrokel terpisah dari testis dan dapat dimasukkan kedalam rongga abdomen.

4. Gambaran klinis

Pasien mengeluh adanya benjolan dikantong skrotum yang tidak nyeri. Pada pemeriksaan fisik didapatkan adanya benjolan dikantong skrotum dengan konsistensi kistus dan pada pemeriksaan penerawangan menunjukkan adanya transiluminasi pada hidrokel yang terinfeksi atau kulit skrotum yang sangat tebal kadang-kadang sulit melakukan pemeriksaan. Sehingga harus dibantu dengan pemeriksaan ultrasonografi.

5. Patofisiologi

Hidrokel disebabkan oleh kelainan congenital ataupun tidaksempurnaan dari proeseus vaginalistersebut menyebabkan tidak menutupnya rongga peritoneum dengan proeseus vaginalis. Sehingga terentuklah rongga antara tunika vaginalis dengan cavum peritoneal menyebabkan terakumulusainya cairan yang berasal dari system limfatik disekitar.hidrokel cord terjadi ketika prosesus vaginalis terobileterasi di atas testis sehingga tetap terdapat hubungan dengan peritoneum dan prosesus vaginalis mungkin tetap terbuka sejauh batas atas scrotum. Area seperti kantung di dalam canalis inguinalis terisi dengan cairan.cairan tersebut tidak masuk kedalam skrotum.

Cairan yang seharusnya merupakan keseimbangan antara produksi dan reabsorpsi oleh system limfatik disekitarnya. Tetapi pada penyakit ini teah ternggunya system sekresi atau reabsorpsi cairan limfa. Dan terjailah penimbunan di tunika vaginalis tersebut. Akibat dari tekanan yang terus-menerus mengakibatkan obstruksi aliran limfe atau divena didalam funikulus spermatikus. Dan terjadilah atrofi testis dikarenakan akibat dari pembuluh darah yang ada didalam sekitar testis.

Selama perkembangan janin testis terletak disebelah bawah ginjal, didalam rongga peritoneal. Ketika testis turun ke canalis inguinalis kedalan scrotum. Testis diikuti dengan ekstensi peritoneum dengan seperti berbentuk kantong. Yang dikenal sebagai prosesus

vaginalis, setelah testis turun prosesus vaginalis akan terobliterasi dan menjadi fibrous cord tanpa lumen. Ujung distal dari prosesus vaginalis menetap sebagai tunika yang melapisi testis. Normalnya region inguinal dan scrotum tidak saling berhubungan dengan abdomen. organ viscera intrabdomen maupun cairan peritoneal seharusnya tidak dapat masuk kedalam scrotum ataupun canalis inguinalis. Bila prosesus vaginalis tidak tertutup dikenal sebagai persistent patent prosesus vaginalis peritonei.

6. Pemeriksaan penunjang

a. Transiluminasi

Merupakan langkah diagnostic yang paling penting sekiranya mereka menemukan massa skrotum. Dilakukan didalam suatu ruang gelap. Sumber cahaya diletakkan pada sisi pembesaran skrotum. Struktur vaskuler, tumor, darah, hernia dan testis normal tidak dapat ditembusi sinar. Transmisi cahaya sebagai bayangan menarah menunjukkan rongga yang mengandung cairan serosa, seperti hidrokel.

b. Ultrasonografi

Ultrasonografi dapat mengirimkan gelombang suara melewati skrotum dan membantu melihat adanya hernia. Kumpulan cairan (hidrokel). Vena abnormal (varikokel) dan kemungkinan adanya tumor.

A. Pengertian Varikokel

Varikokel merupakan suatu dilatasi abnormal dan tortuous dari vena pada pleksus pampiniformis dengan ukuran diameter melebihi 2 mm. Dilatasi abnormal vena-vena dari spermatic cord biasanya disebabkan oleh ketidakmampuan katup pada vena spermatic internal.

B. Etiologi

Penyebab varikokel ekstratestikular yakni :

- Refluks reno-spermatik
- Insufisiensi katup vena spermatica interna
- Refluks ileo-spermatik
- Neoplastik
- Sindrom malposisi visceral
- Pembedahan pada region inguinal dan skrotum

Penyebab varikokel intratestikular

- Atrofi testicular
- Kelainan parenkimal

C. Klasifikasi

- a. Varikokel drajad I
Ukuran kecil hanya teraba dengan maneuver valsalva.
- b. Varikokel drajad II
Ukuran sedang teraba tanpa maneuver valsalva.
- c. Varikokel drajad III
Ukuran besar, terlihat pada kulit skrotum.

D. Patofisiologi

Varikokel terjadi akibat peningkatan vena dan ketidakmampuan vena spermatika interna. Aliran retrograde vena spermatika interna merupakan mekanisme pada perkembangan varikokel. Varikokel ekstratestikular merupakan suatu klainan yang umum terjadi. Sebagian besar kasus asimtomatik atau berhubungan dengan riwayat orchitis, infertilitas, pembekakan skrotum dengan nyeri. Varikokel intratestikular merupakan suatu keadaan yang jarang, ditandai oleh dilatasi vena intratestikular.

Varikokel lebih sering ditemukan pada sebelah kiri kerana vena testicular lebih panjang , vena testicular sinister memasuki vena renal sinistra pada suatu right angel, arteri testicular sinistra pada beberapa pria melengkung diatas vena renal sinistra, dan menekan vena renal sinistra dan distensi colon decendens karena feses dapat mengkompresi vena testicular sinistra.

E. Manifestasi Klinis

Beberapa pasien mengalami nyeri scrotal, pembengkakan, selain itu varikokel dapat menyebabkan infertilitas . sedangkan varikokel pada remaja biasanya asimptomatik sehingga membutuhkan pemeriksaan fisik rutin . Varikokel ekstratestikular secara klinis berupa teraba benjolan asimptomatik dengan nyeri scrotal atau hanya menyebabkan infertiliias dengan perjalanan subklinis. Varikokel intratestikular bermanifestasi lebih banyak nyeri dan pembengkakan, infertilitas, dan episdimochritis.

F. Komplikasi

Komplikasi dari varikokel diantaranya :

- Kenaikan tempratur testis
- Penurunan jumlah sperma
- Infertilitas pada pria
- Hambatan aliran darah yang mempengaruhi pembentukan dan motilitas sperma
- Atrofi testis
- Nyeri berkepanjangan

- Mati rasa pada scrotal.

G. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan untuk menegakan penyakit yakni :
Anamnesa, pemeriksaan fisik, pemeriksaan radiologi dan analisis semen. Pemeriksaan fisik harus dilakukan dengan posisi berdiri. Pemeriksaan radiologi yaitu pemeriksaan ultrasonografi, CT scan, MRI, angiografi, dan venografi .

Pada CT SCAN dapat menunjukkan gambaran vena- vena serpiginosa pembuluh darah berdilatasi menyekat. Pada MRI varikokel tampak sebagai suatu massa dari dilatasi, serpiginosa pembuluh darah biasanya berdekatan dengan caput epididimis . Varikokel klinis didefinisikan sebagai pembesaran pleksus pampiniformis yang dapat diraba, dimana data dibagi menjadi derajat 1, 2,3. Varikokel subklinis didefinisikan sebagai rufluks melalui vena spermatika interna.

1. Pengertian Fimosis

Pengertian Fimosis

Fimosis (*Phimosis*) merupakan salah satu gangguan yang timbul pada organ kelamin bayi laki-laki, yang dimaksud dengan fimosis adalah keadaan dimana kulit kepala penis (*preputium*) melekat pada bagian kepala (*glans*) dan mengakibatkan tersumbatnya lubang di bagian air seni, sehingga bayi dan anak kesulitan dan kesakitan saat kencing, kondisi ini memicu timbulnya infeksi kepala penis (*balantis*). Jika keadaan ini dibiarkan dimana muara saluran kencing di ujung penis tersumbat maka dokter menganjurkan untuk disunat. Tindakan ini dilakukan dengan membuka dan memotong kulit penis agar ujungnya terbuka (Rukiyah,2010:230) Menurut (Muslihatun,2010:160) Fimosis adalah keadaan kulit penis (*preputium*) melekat pada bagian kepala penis dan mengakibatkan tersumbatnya lubang saluran air kemih, sehingga bayi dan anak jadi kesulitan dan kesakitan saat kencing. Sebenarnya yang berbahaya bukanlah fimosis sendiri, tetapi kemungkinan timbulnya infeksi pada uretra kiri dan kanan, kemudian ke ginjal. Infeksi ini dapat menimbulkan kerusakan pada ginjal.

Fimosis Merupakan kondisi penis dengan kulit yang melingkupi kepala penis (*glans*) tidak bisa ditarik ke belakang untuk membuka seluruh bagian kepala penis (*kulup,prepuce, preputium, foreskin*). *Preputium* terdiri dari dua lapis, bagian dalam dan luar, sehingga dapat ditarik ke depan dan belakang pada batang penis. Pada fimosis, lapis bagian dalam

preputium melekat pada glans penis. Kadangkala perlekatan cukup luas sehingga hanya bagian lubang untuk berkemih (*meatus urethra externus*) yang terbuka. Apabila preputium melekat pada glans penis, maka cairan smegma, yaitu cairan putih kental yang biasanya mengumpul di antara kulit kulup dan kepala penis akan terkumpul di tempat itu, sehingga mudah terjadi infeksi. Umumnya tempat yang diserang infeksi adalah ujung penis, sehingga disebut balantis. Sewaktu anak buang air kecil, anak akan menjadi rewel dan yang terlihat adalah kulit preputium terbelit dan menggelembung. Fimosis bisa merupakan kelainan bawaan sejak lahir (kongenital) maupun didapat. Fimosis kongenital (*true phimosis*) terjadi apabila kulit preputium selalu melekat erat pada glans penis dan tidak dapat ditarik ke belakang pada saat lahir, namun seiring bertambahnya usia serta diproduksi hormone dan faktor pertumbuhan, terjadi proses keratinisasi lapisan epitel dan deskuamasi antara glans penis dan lapis bagian dalam preputium sehingga akhirnya kulit preputium terpisah dari glans penis.

2. Etiologi Fimosis

Fimosis pada bayi laki-laki yang baru lahir terjadi karena ruang di antara kutup dan penis tidak berkembang dengan baik. Kondisi ini menyebabkan kulup menjadi melekat pada kepala penis, sehingga sulit ditarik ke arah pangkal. Penyebabnya, bisa dari bawaan dari lahir atau didapat, misalnya karena infeksi atau benturan. (Putra,2012:394) Kelainan ini juga menyebabkan bayi/anak sukar berkemih. Kadang-kadang begitu sukar sehingga kulit preputium menggelembung seperti balon. Bayi/anak sering menangis keras sebelum urin keluar. Keadaan demikian lebih baik segera disunat, tetapi kadang orangtua tidak tega karena bayi masih kecil. Untuk menolongnya dapat dicoba dengan melebarkan lubang preputium dengan cara mendorong ke belakang kulit preputium tersebut dan biasanya akan terjadi luka.

Untuk mencegah infeksi dan agar luka tidak merapat lagi pada luka tersebut dioleskan salep antibiotik. Tindakan ini mula-mula dilakukan oleh dokter, selanjutnya dirumah orangtua sendiri diminta melakukannya seperti yang dilakukan dokter (pada orang barat sunat dilakukan pada seorang bayi laki-laki ketika masih dirawat/ketika baru lahir). Tindakan ini dimaksudkan untuk kebersihan/mencegah infeksi karena adanya smegma, bukan karena keagamaan). Adanya smegma pada ujung preputium juga menyulitkan bayi berkemih maka setiap memandikan bayi hendaknya preputium didorong ke belakang

kemudian ujungnya dibersihkan dengan kapas yang telah dijerang dengan air matang. Untuk mengetahui adanya kelainan saluran kemih pada bayi, tiap bayi baru lahir harus diperhatikan apakah bayi telah berkemih setelah lahir atau paling lambat 24 jam setelah lahir. Perhatikan apakah urin banyak atau sedikit sekali. Bila terdapat gangguan ekskresi bayi akan terlihat sembab pada mukanya. Atau bila kelainan lain misalnya kista akan terlihat perut bayi lebih besar dari normal. Jika menjumpai kelainan tersebut beritahu dokter. Sampai bayi umur 3 hari pengeluaran urin tidak terpengaruh oleh pemberian cairan. Baru setelah umur 5 hari dapat terpengaruh.

3. Gejala Pada Fimosis

Gejala yang sering terjadi pada fimosis menurut diantaranya:

- a. Bayi atau anak sukar berkemih
- b. Kadang-kadang begitu sukar sehingga kulit preputium menggelembung seperti balon
- c. Kulit penis tidak bisa ditarik ke arah pangkal
- d. Penis mengejang pada saat buang air kecil
- e. Bayi atau anak sering menangis sebelum urin keluar/Air seni keluar tidak lancar
- f. Timbul infeksi

4. Patofisiologi Fimosis

Menurut (Muslihatun,2010:161) Fimosis dialami oleh sebagian besar bayi baru lahir, karena terdapat adesi alamiah antara preputium dengan glans penis. Sampai usia 3-4 tahun, penis tumbuh dan berkembang. Debris yang dihasilkan oleh epitel preputium (smegma) mengumpul di dalam preputium dan perlahan-lahan memisahkan preputium dengan glans penis. Smegma terjadi dari sel-sel mukosa preputium dan glans penis yang mengalami deskuamasi oleh bakteri yang ada di dalamnya. Ereksi penis yang terjadi secara berkala membuat preputium terdilatasi perlahan-lahan sehingga preputium menjadi retraktil dan dapat ditarik ke arah proksimal. Pada usia 3 tahun, 90% preputium sudah dapat diretraksi. Pada sebagian anak, preputium tetap lengket pada glans penis, sehingga ujung preputium mengalami penyimpangan dan akhirnya dapat mengganggu fungsi miksi. Biasanya anak menangis dan pada ujung penis tampak menggelembung.

Air kemih yang tidak lancar, kadang-kadang menetes dan memancar dengan arah yang tidak dapat diduga. Kalau sampai terjadi infeksi, anak akan menangis setiap buang air kecil dan dapat pula disertai demam. Ujung penis yang tampak menggelembung disebabkan oleh adanya penyempitan pada ujung preputium karena terjadi perlengketan dengan glans penis yang tidak dapat ditarik ke arah proksimal. Adanya penyempitan tersebut menyebabkan terjadi gangguan aliran urin pada saat miksi. Urine terkumpul di ruang antara preputium dan glans penis, sehingga ujung penis tampak menggelembung.

5. Komplikasi Fimosis

Komplikasi yang dapat terjadi pada anak /bayi yang mengalami fimosis, antara lain terjadinya infeksi pada uretra kanan dan kiri akibat terkumpulnya cairan smegma dan urine yang tidak dapat keluar seluruhnya pada saat berkemih. Infeksi tersebut akan naik mengikuti saluran urinaria hingga mengenai ginjal dan dapat menimbulkan kerusakan pada ginjal. Pada 90% laki-laki yang dikhitan kulup zakar menjadi dapat ditarik kembali (diretraksi) pada umur 3 tahun. Ketidakmampuan untuk meretraksi kulup zakar sebelum umur ini dengan demikian fimosis patologis dan fimosis merupakan indikasi untuk dikhitan. Fimosis adalah ketidakmampuan kulup zakar untuk diretraksi pada umur tertentu yang secara normal harus dapat diretraksi. Fimosis dapat kongenital/sekuele radang. Fimosis yang sebenarnya biasanya memerlukan bedah pelebaran/pembesaran cincin fimosis/khitan. Akumulasi smegma di buah kulup zakar infatil fimosis patologis dan fimosis memerlukan pengobatan bedah.

6. Parafimosis

Parafimosis terjadi bila kutup zakar yang fimosis teretraksi di belakang sulkus karena dengan retraksi ini fimosis dapat dikurangi. Keadaan ini menyebabkan statis vena distol sampai korona dengan edema menyebabkan sampai sakit dan kemampuan untuk mengurangi kulit kulup zakar. Jika ditemukan awal, keadaan tersebut dapat diobati dengan mereduksi kulit kulup zakar dengan pelicinan (lubrikasi) yang tepat. Sedangkan anak dalam keadaan tidur berat/dalam suatu anestesi umumnya jangka pendek pada beberapa kasus diperlukan khitan.

Khitan di Amerika biasanya dilakukan untuk alasan budaya karena hal ini mencegah fimosis, parafimosis, balanopostitis dengan ISK (Infeksi Saluran Kencing). Khitan neonates

rutin membawa resiko sangat kecil tetapi resiko yang nyata adalah kemungkinan besar komplikasinya serius termasuk sepsis, amputasi bagian distal glans, pengambilan kulup zakar yang berlebihan dan terjadinya fistulasi uretrokutan. Perdebatan yang mendalam terus berlanjut mengenai kegunaan, biasanya dan keuntungan kesehatan masyarakat mengenai khitan neonates rutin (misal: penurunan resiko infeksi saluran kencing pada bayi laki-laki dengan saluran kencing normal 0,041 sampai 0,002, pencegahan kanker penis dan penghindaran khitan atas indikasi medis di masa depan dalam kehidupannya). Pendukung khitan neonates juga menganjurkan dengan menyatakan bahwa apabila khitan dilakukan kelak dalam kehidupannya akan lebih mahal biayanya dan membawa kesakitan yang lebih besar.

Namun demikian kurang dari seperempat khitan yang dilakukan pada anak-anak yang lebih tua merupakan indikasi medis dan banyak anak-anak yang dikhitan saat lahir memerlukan perbaikan karena komplikasi/hasil yang kurang memuaskan.

7. Penatalaksanaan Fimosis

Tidak dianjurkan melakukan retraksi yang dipaksakan pada saat membersihkan penis, karena dapat menimbulkan luka dan terbentuk sikatriksa pada ujung preputium sehingga akan terbentuk fimosis sekunder. Fimosis yang disertai balanitis xerotica obliterans dapat diberikan salep deksamethasone 0,1% yang dioleskan 3-4 kali sehari, dan diharapkan setelah 6 minggu pemberian, preputium dapat diretraksi spontan. Fimosis dengan keluhan miksi, menggelembungnya ujung preputium pada saat miksi, atau infeksi prostatitis merupakan indikasi untuk dilakukan sirkumsisi.

Fimosis yang disertai balantitis atau prostatitis harus diberikan antibiotika lebih dahulu sebelum dilakukan sirkumsisi. Jika fimosis menyebabkan hambatan aliran air seni, diperlukan tindakan sirkumsisi (membuang sebagian atau seluruh bagian kulit preputium) atau teknik bedah lainnya seperti *preputioplasty* (memperlebar bukaan kulit preputium tanpa memotongnya). Indikasi medis utama dilakukannya tindakan sirkumsisi pada anak-anak adalah fimosis patologik penatalaksanaan fimosis yang dapat dilakukan terbagi menjadi dua, yakni secara medis dan secara konservatif.

Berikut penjelasan masing-masing.

a. Penatalaksanaan secara medis

- 1) Dilakukan tindakan *sirkumsisi* (membuang sebagian atau seluruh bagian kulit preputium).

2) Dilakukan tindakan teknik bedah *preputioplasty* (memperlebar bukaan kulit preputium tanpa memotongnya).

b. Penatalaksanaan secara Konservatif

Cara menjaga kebersihan pada fimosis adalah dengan menjaga kebersihan bokong dan penis.

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
8	Nyeri akut berhubungan dengan <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> agen cedera biologis <input type="checkbox"/> agen cedera fisik <input type="checkbox"/> agen cedera psikologis <input type="checkbox"/> agen cedera zat kimia 	NOC : Setelah dilakukan tindakan keperawatan Nyeri terkontrol dengan kriteria hasil : <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Mengenali faktor penyebab <input type="checkbox"/> Mengenali onset (lamanya sakit) <input type="checkbox"/> Menggunakan metode pencegahan untuk mengurangi nyeri <input type="checkbox"/> Menggunakan metode nonanalgetik untuk mengurangi nyeri <input type="checkbox"/> Menggunakan analgesik sesuai dengan kebutuhan <input type="checkbox"/> Mencari bantuan tenaga kesehatan <input type="checkbox"/> Melaporkan gejala pada petugas kesehatan <input type="checkbox"/> Mengenali gejala nyeri <input type="checkbox"/> Melaporkan nyeri yang sudah terkontrol 	Manajemen nyeri (Pain Management) : <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan <input type="checkbox"/> Kaji nyeri secara komprehensif meliputi (lokasi, karakteristik, dan onset, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri) <input type="checkbox"/> Kaji skala nyeri <input type="checkbox"/> Gunakan komunikasi terapeutik agar klien dapat mengekspresikan nyeri <input type="checkbox"/> Kaji factor yang dapat menyebabkan nyeri timbul <input type="checkbox"/> Anjurkan pada pasien untuk cukup istirahat <input type="checkbox"/> Control lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri <input type="checkbox"/> Monitor tanda tanda vital <input type="checkbox"/> Ajarkan tentang teknik nonfarmakologi (relaksasi) untuk mengurangi nyeri <input type="checkbox"/> Jelaskan factor factor yang dapat mempengaruhi nyeri <input type="checkbox"/> Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat Analgesic Administration <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Tentukan lokasi, karakteristik, kualitas, dan derajat nyeri sebelum pemberian obat <input type="checkbox"/> Cek instruksi dokter tentang jenis obat, dosis, dan frekuensi <input type="checkbox"/> Cek riwayat alergi <input type="checkbox"/> Pilih analgesik yang diperlukan atau kombinasi dari analgesik ketika pemberian lebih dari satu <input type="checkbox"/> Tentukan pilihan analgesik tergantung tipe dan beratnya nyeri <input type="checkbox"/> Tentukan analgesik pilihan, rute pemberian, dan dosis optimal <input type="checkbox"/> Pilih rute pemberian secara IV, IM untuk pengobatan nyeri

			secara teratur <input type="checkbox"/> Monitor vital sign sebelum dan sesudah pemberian analgesik pertama kali <input type="checkbox"/> Berikan analgesik tepat waktu terutama saat nyeri hebat <input type="checkbox"/> Evaluasi efektivitas analgesik, tanda dan gejala (efek samping)
2	Gangguan eliminasi urine	Criteria hasil : 1. Ada rasa untuk berkemih 2. Mampu memulai dan mengakhiri aliran BAK 3. Bebas dari kebocoran urine sebelum berkemih 4. Menetapkan pola BAK.	1. Monitor intake dan output 2. Monitor distensi kandung kemih 3. Berikan waktu berkemih dengan interval regular 4. Motivasi pasien untuk berkeinginan BAK di toilet 5. Kolaborasi dalam pemberian terapi. 6. Lakukan irigasi jika perlu 7. Pasang kateter urine jika perlu
	Resiko Infeksi Dengan faktor-faktor resiko : <input type="checkbox"/> Penyakit kronis : <ul style="list-style-type: none"> ▪ DM ▪ Obesitas <input type="checkbox"/> Pengetahuan yang tidak cukup untuk menghindari pemajanan patogen <input type="checkbox"/> Pertahanan tubuh primer yang tidak adekuat <ul style="list-style-type: none"> ▪ respons 	NOC Setelah dilakukan tindakan keperawatn risiko infeksi terkontrol dengan kriteria hasil : <input type="checkbox"/> Klien bebas dari tanda dan gejala infeksi <input type="checkbox"/> Menunjukkan kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi <input type="checkbox"/> Jumlah leukosit dalam batas normal <input type="checkbox"/> Menunjukkan perilaku hidup sehat	NIC : Infection Control (Kontrol infeksi) <input type="checkbox"/> Bersihkan lingkungan setelah dipakai pasien lain <input type="checkbox"/> Pertahankan teknik isolasi <input type="checkbox"/> Batasi pengunjung bila perlu <input type="checkbox"/> Instruksikan pada pengunjung untuk mencuci tangan saat berkunjung dan setelah berkunjung meninggalkan pasien <input type="checkbox"/> Gunakan sabun antimikrobia untuk cuci tangan <input type="checkbox"/> Cuci tangan setiap sebelum dan sesudah tindakan kperawatan <input type="checkbox"/> Gunakan baju, sarung tangan sebagai alat pelindung <input type="checkbox"/> Pertahankan lingkungan aseptik selama pemasangan alat <input type="checkbox"/> Ganti letak IV perifer dan line central dan dressing sesuai dengan petunjuk umum <input type="checkbox"/> Gunakan kateter intermiten untuk menurunkan infeksi kandung kencing

	<p>inflamasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Vaksinasi tidak adekuat <input type="checkbox"/> Pemajanan terhadap patogen lingkungan meningkat <input type="checkbox"/> Prosedur infasiv <input type="checkbox"/> Malnutrisi 		<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Tingkatkan intake nutrisi <input type="checkbox"/> Berikan terapi antibiotik bila perlu <p>Infection Protection (proteksi terhadap infeksi)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Monitor tanda dan gejala infeksi sistemik dan lokal <input type="checkbox"/> Monitor hitung granulosit, WBC <input type="checkbox"/> Monitor kerentanan terhadap infeksi <input type="checkbox"/> Batasi pengunjung <input type="checkbox"/> Saring pengunjung terhadap penyakit menular <input type="checkbox"/> Partahankan teknik aspesis pada pasien yang beresiko <input type="checkbox"/> Pertahankan teknik isolasi k/p <input type="checkbox"/> Berikan perawatan kuliati pada area epidema <input type="checkbox"/> Inspeksi kulit dan membran mukosa terhadap kemerahan, panas, drainase <input type="checkbox"/> Inspeksi kondisi luka / insisi bedah <input type="checkbox"/> Dorong masukkan nutrisi yang cukup <input type="checkbox"/> Dorong masukan cairan <input type="checkbox"/> Dorong istirahat <input type="checkbox"/> Instruksikan pasien untuk minum antibiotik sesuai resep <input type="checkbox"/> Ajarkan pasien dan keluarga tanda dan gejala infeksi <input type="checkbox"/> Ajarkan cara menghindari infeksi <input type="checkbox"/> Laporkan kecurigaan infeksi <input type="checkbox"/> Laporkan kultur positif
--	---	--	---