

BAB II

KONSEP DASAR MEDIK

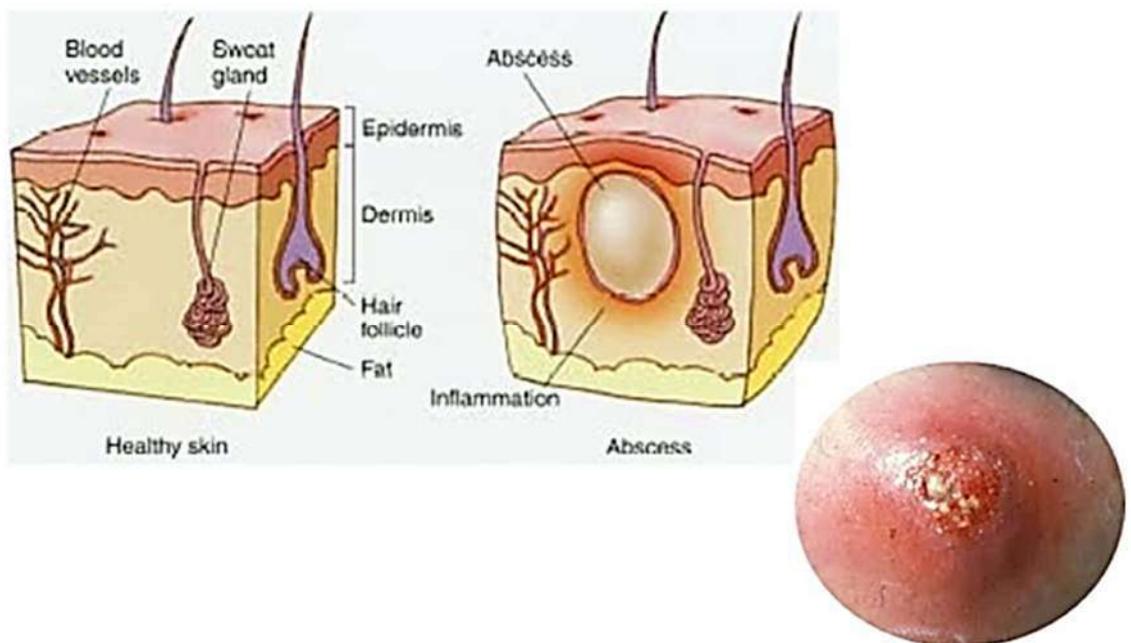
A. Pengertian

Abses adalah suatu penimbunan nanah, biasanya terjadi akibat suatu infeksi bakteri. Jika bakteri menyusup ke dalam jaringan yang sehat, maka akan terjadi infeksi. Sebagian sel mati dan hancur, meninggalkan rongga yang berisi jaringan dan sel-sel yang terinfeksi. Sel-sel darah putih yang merupakan pertahanan tubuh dalam melawan infeksi, bergerak ke dalam rongga tersebut dan setelah menelan bakteri, sel darah putih akan mati. Sel darah putih inilah yang membentuk nanah, yang mengisi rongga tersebut. Akibat penimbunan nanah ini, maka jaringan disekitarnya akan terdorong. Jaringan pada akhirnya tumbuh di sekeliling abses dan menjadi dinding pembatas abses; hal ini merupakan mekanisme tubuh untuk mencegah penyebaran infeksi lebih lanjut (Irianto, 2019).

Abses (Latin: abscessus) merupakan kumpulan nanah (netrofil yang telah mati) yang terakumulasi di sebuah kavitas jaringan karena adanya proses infeksi (biasanya oleh bakteri atau parasit) atau karena adanya benda asing (misalnya serpihan, luka peluru, atau jarum suntik). Proses ini merupakan reaksi perlindungan oleh jaringan untuk mencegah penyebaran/perluasan infeksi ke bagian tubuh yang lain. Abses adalah infeksi bakteri setempat yang

ditandai dengan pengumpulan pus (bakteri, jaringan nekrotik) (James *et al.* 2017). Abses merupakan infeksi kulit yang menyerang bagian folikel rambut dan jaringan bawah kulit yang ada di sekitarnya. Bisul paling sering terjadi antara lain di area ketiak, punggung, bokong, dan tungkai.

Ketiak atau dalam bahasa Latin disebut axilla adalah daerah lipatan tubuh manusia yang menghubungkan lengan atas dengan bahu. Ketiak dikenal sebagai salah satu bagian tubuh yang sensitif saat digelitik dan sebagai salah satu bagian tubuh yang agak tersembunyi. Secara anatomis, ketiak diikat pada bagian anterior oleh otot pectoralis major dan otot pectoralis minor, dan bagian posterior oleh otot subscapularis dan tulang belikat (Nuaraeni, 2016).



Gambar 1.1 Anatomi Abses

B. Proses Terjadinya Masalah

Menurut yayak (2017) mengemukakan penyebab abses antara lain:

1. Faktor presipitasi dan predisposisi

a. Faktor presipitasi

1) Agen fisik

Kerusakan jaringan yang terjadi pada proses radang dapat melalui trauma fisik, ultraviolet atau radiasi ion, terbakar atau dingin yang berlebih (frosbite).

2) Bahan kimia iritan dan korosif

Bahan kimiawi yang menyebabkan korosif (bahan oksidan, asam, basa) akan merusak jaringan yang kemudian akan memprovokasi terjadinya proses radang. Disamping itu, agen penyebab infeksi dapat melepaskan bahan kimiawi spesifik yang mengiritasi dan langsung mengakibatkan radang.

b. Faktor predisposisi

1) Infeksi microbial

Salah satu penyebab yang paling sering ditemukan pada proses radang ialah infeksi mikrobial. Virus menyebabkan kematian sel dengan cara multiplikasi intraseluler, Bakteri melepaskan eksotoksin yang spesifik yaitu suatu sintesis kimiawi yang secara spesifik mengawali proses radang atau melepaskan endotoksin yang ada hubungannya dengan dinding sel. Bakteri penyebab abses

tubuh tersebut biasanya ada dua jenis, yaitu *Staphylococcus aureus* dan *Streptococcus pyogenes*.

2) Reaksi hipersensitivitas

Reaksi hipersensitivitas terjadi bila perubahan kondisi respons imunologi mengakibatkan tidak sesuai atau berlebihan reaksi imun yang akan merusak jaringan.

2. Patofisiologi

Menurut James et al (2017), proses abses merupakan reaksi perlindungan oleh jaringan untuk mencegah penyebaran atau perluasan infeksi ke bagian lain tubuh. Cedera jaringan yang disebabkan oleh Infeksi Microbial, Reaksi Hipersensitivitas, Agen Fisik, Bahan kimia iritan dan korosif dan Nekrosis menyebabkan peradangan atau inflamasi. Sehingga oleh jaringan dilepaskan histamin, bradikinin, serotonin ke cairan sekitarnya. Zat-zat ini khususnya histamin meningkatkan aliran darah lokal dan juga meningkatkan permeabilitas kapiler, vena dan vanula, memungkinkan sejumlah besar cairan dan protein, termasuk fibrinogen, bocor masuk ke dalam jaringan.

Terjadi edema eksternal lokal serta cairan ekstrasel dan cairan limfe keduanya membeku karena efek koagulasi eksudat jaringan atas fibrinogen yang bocor. Jadi terjadi edema hebat dalam ruang sekitar sel yang cedera. Hal ini mengakibatkan regangan dan distorsi jaringan yang menyebabkan nyeri (dolor) dan memperlihatkan tanda rubor dan calor. Masalah keperawatan yang muncul adalah gangguan pemenuhan

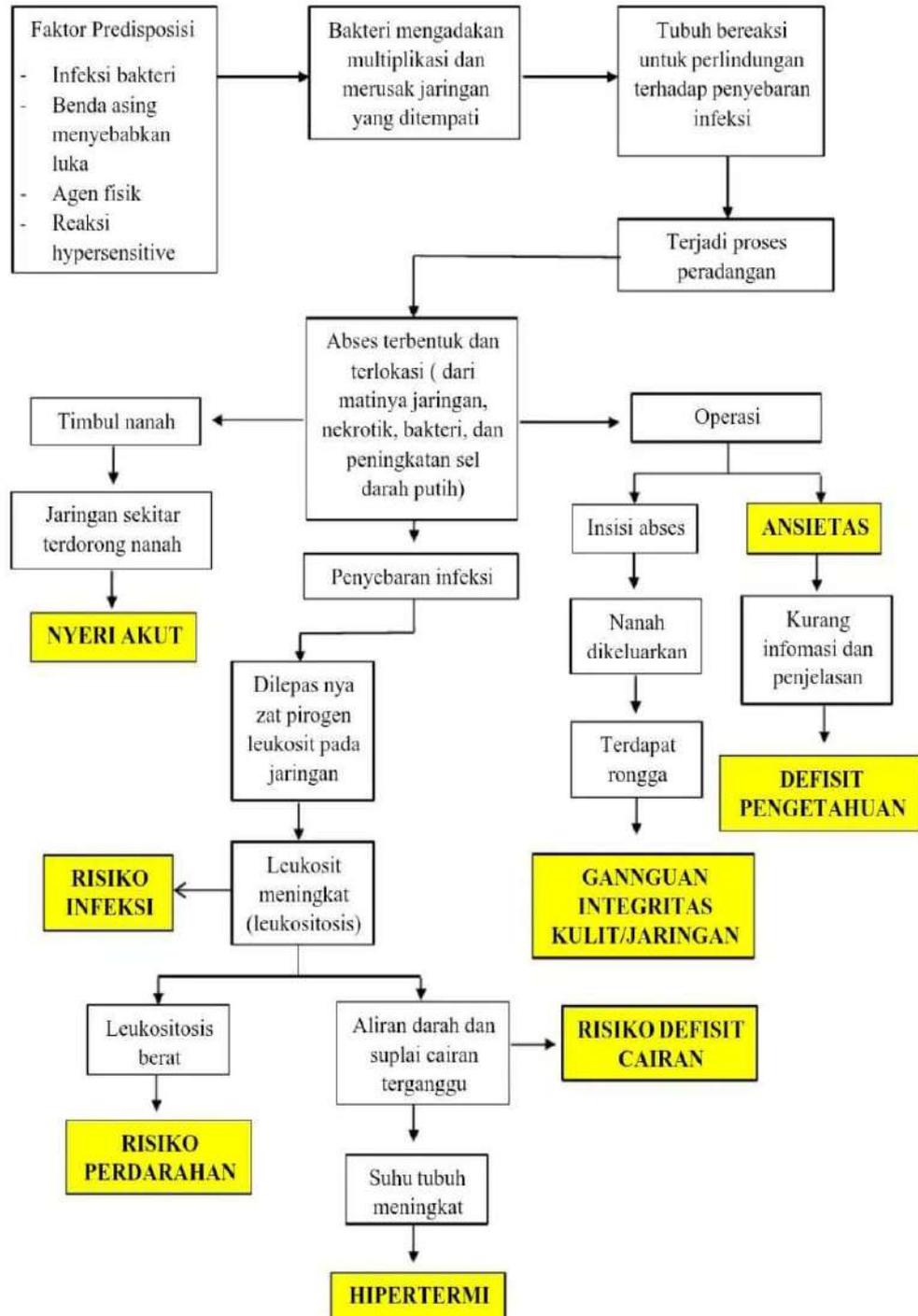
kebutuhan kenyamanan (nyeri) kibat dari masalah nyeri dan edema pada abses dapat membuat aktivitas pasien terhambat maka muncul masalah keperawatan Hambatan mobilitas fisik.

Setelah peradangan dimulai area yang radang diinvasi oleh neutrofil dan makrofag serta memulai melakukan fungsi skavengemnya membersihkan jaringan dari agen infeksi atau toksik. Makrofag yang telah berada dalam jaringan mulai kerja fagositiknya. Akibatnya leukosit dalam darah meningkat dan mengeluarkan pirogen. Pirogen endogen akan mengalir dalam darah dan akan bergerak dari tempat produksinya menuju pusat termoregulator di hipotalamus. Pirogen endogen yang sudah berada pada hipotalamus, akan merangsang sel-sel hipotalamus untuk mensekresikan asam arakhidonat. Pensekresian asam arakhidonat akan menstimulasi pengeluaran prostaglandin E2 yang menyebabkan demam. Masalah keperawatan yang muncul adalah hipertermi.

Makrofag dapat mengfagositosis jauh lebih banyak bakteri dari pada neutrofil dan mereka dapat juga memakan banyak jaringan nekrotik. Bila neutrofil dan makrofag menelan bakteri dan jaringan nekrotik dalam jumlah besar maka neutrofil dan makrofag akan mati, menyebabkan terbentuknya rongga dalam jaringan yang meradang yang berisi berbagai bagian jaringan nekrotik, neutrofil yang mati dan makrofag yang mati. Campuran ini disebut nanah. Akibat penimbunan nanah ini, maka jaringan di sekitarnya akan terdorong. Jaringan pada akhirnya tumbuh di sekeliling abses dan menjadi dinding pembatas abses,

nekrosis jaringan dan kulit menyebabkan abses pecah dan menyebabkan kerusakan pada kulit dan jaringan. Masalah keperawatan yang muncul gangguan Integritas Kulit/Jaringan. Apabila abses terus membesar dan pecah maka akan berisiko terjadi perdarahan maka masalah keperawatan yang dapat muncul juga Risiko Perdarahan. Berikut merupakan pathway dari abses :

Pathway



Gambar 1.2 Pathway Abses

(Nurarif & Kusuma, 2016 dan Tim Pokja SDKI PPNI, 2017)

3. Manifestasi Klinis

Menurut James et al (2017), abses biasa terbentuk diseluruh bagian tubuh, termasuk di aksila. Gejala dari abses tergantung kepada lokasi dan pengaruhnya terhadap fungsi suatu organ saraf. Gejalanya biasa berupa:

a. Nyeri (Dolor)

Nyeri merupakan respon yang bersifat subyektif terhadap adanya stressor fisik dan psikologik. Nyeri merupakan tanda peringatan adanya kerusakan jaringan. Nyeri disebabkan oleh regangan dan distorsi jaringan akibat edema dan terutama karena tekanan pus di dalam rongga abses. Beberapa mediator kimiawi pada radang akut termasuk bradikinin, prostaglandin, dan serotinin, diketahui juga dapat mengakibatkan nyeri.

b. Nyeri tekan

Nyeri yang timbul bila ditekan di daerah yang terjadi kerusakan jaringan.

c. Pembengkakan (Tumor)

Pembengkakan sebagai hasil adanya edema merupakan suatu akumulasi cairan di dalam rongga ekstrasvaskuler yang merupakan bagian dari cairan eksudat dan dalam jumlah sedikit, kelompok sel radang yang masuk dalam daerah tersebut.

d. Kemerahan (Rubor)

Jaringan yang mengalami radang akut tampak merah, sebagai contoh kulit yang terkena sengatan matahari. Wama kemerahan ini terjadi

akibat adanya dilatasi pembuluh darah kecil dalam daerah yang mengalami kerusakan.

e. Panas (Calor)

Peningkatan suhu hanya tampak pada bagian perifer/tepi tubuh, seperti pada kulit. Peningkatan suhu ini diakibatkan oleh peningkatan aliran darah (hiperemia) yang hangat pada daerah tersebut, mengakibatkan sistem vaskuler dilatasi dan mengalirkan darah yang hangat pada daerah tersebut. Demam sistemik sebagai hasil dari beberapa mediator kimiawi proses radang juga ikut meningkatkan temperatur lokal.

f. Hilangnya Fungsi

Kehilangan fungsi yang diketahui merupakan konsekuensi dari suatu proses radang. Gerakan yang terjadi pada daerah radang, baik yang dilakukan secara sadar ataupun secara reflek akan mengalami hambatan oleh rasa sakit. Pembengkakan yang hebat secara fisik mengakibatkan berkurangnya gerak jaringan.

4. Pemeriksaan Diagnostik

Menurut Yoga (2017), pemeriksaan peunjang yang dilakukan untuk menegakan diagnosa abses dan melihat seberapa besar infeksi biasanya dilakukan pemeriksaa yaitu:

a. Pemeriksaan laboratorium

Pada pemeriksaan laboratorium akan dilihat peningkatan jumlah sel darah putih.

- b. Untuk menentukan ukuran dan lokasi abses dilakukan pemeriksaan Rontgen, Ultrasonography, CT Scan, dan Magnetik Resonance Imaging.

5. Komplikasi

Infeksi bisa terlokalisir oleh dinding abses, biasanya infeksi tidak menyebar. Namun, dalam beberapa kasus infeksi yang dimulai di dalam abses kulit dapat menyebar ke jaringan di sekitarnya dan di seluruh tubuh yang menyebabkan komplikasi serius. Beberapa abses baru dapat terbentuk pada sendi atau lokasi lain di kulit. Jaringan kulit dapat mati akibat infeksi, yang menyebabkan ganggren.

Ketika infeksi menyebar secara internal di dalam tubuh dapat menyebabkan endokarditis yang berakibat fatal jika tidak ditangani sejak dini. Infeksi ini juga dapat menyebar ke tulang yang menyebabkan osteomielitis dan di beberapa kasus bakteri penyebab abses juga dapat menyebabkan sepsis. Pada beberapa kasus, abses juga bisa menyebabkan komplikasi seperti berikut:

- a. Penyebaran infeksi yang berpotensi ke otak atau sumsum tulang belakang.
- b. Keracunan darah atau sepsis.
- c. Endokarditis, yang merupakan infeksi pada lapisan dalam jantung.
- d. Perkembangan abses paru.
- e. Kematian jaringan di daerah abses seperti ganggren.
- f. Infeksi tulang akut atau osteomielitis.

6. Penatalaksanaan Medis

Intervensi pembedahan, debridement dan kuratase merupakan penatalaksanaan pada abses. Insisi dan drainase merupakan tindakan untuk tata laksana primer abses kulit. Insisi dan drainase bermanfaat untuk evakuasi nanah dari abses sehingga mengurangi nyeri dan memungkinkan luka untuk pulih (Yoga, 2017).

C. Pengkajian Keperawatan

Pada dasarnya tujuan pengkajian adalah untuk mengumpulkan data objektif dan subjektif dari klien. Adapun data yang terkumpul mencakup informasi dari klien, keluarga dan masyarakat, lingkungan atau budaya. Kegiatan dalam pengkajian adalah pengumpulan data. Pengumpulan data adalah suatu proses pengkajian dengan mengumpulkan informasi tentang suatu kesehatan secara sistematis dan terus menerus. Adapun metode yang digunakan dalam pengumpulan data adalah sebagai berikut:

1. Wawancara atau Anamnese

Wawancara adalah suatu pola dalam memulai komunikasi dengan tujuan yang spesifik dan terarah dalam area tertentu. Dalam keperawatan, tujuan utama dari wawancara yaitu untuk mengetahui riwayat kesehatan atau keperawatan, mengidentifikasi kebutuhan kesehatan, faktor-faktor risiko dan spesifik dari perubahan status kesehatan serta pola kehidupan klien, dan untuk menjalin hubungan saling percaya antara perawat dengan klien. Dalam pengkajian yang dikumpulkan dalam wawancara,

pengumpulan riwayat kesehatan, pemeriksaan fisik, laboratorium dan diagnostic, serta interview catatan sebelumnya.

1) Identitas

Meliputi nama, umur, jenis kelamin, status pernikahan, agama, suku/bangsa, bahasa, pendidikan, pekerjaan, alamat dan identitas penanggung jawab.

2) Riwayat Kesehatan

a) Keluhan Utama

Keluhan utama alasan klien masuk rumah sakit, biasanya keluhan yang paling menonjol dari pasien abses aksila adalah adanya bengkak pada daerah aksila disertai dengan nyeri.

b) Riwayat Kesehatan Sekarang

Merupakan penjelasan dari permulaan klien merasakan keluhan sampai dengan dibawa ke rumah sakit. Penjabaran dari keluhan utama dengan pendekatan sesuai P,Q,R,S,T.

a) P : Provokatif atau paliatif

Apakah yang dapat memperberat atau meringkannya.

b) Q : Kualitatif atau Kuantitatif

Seberapa berat yang dirasakan pasien atau seperti apa rasa nyeri yang dirasakan atau digambarkan.

c) R : Region atau Radiasi

Pada daerah mana yang dirasakan pasien atau dimana rasa berat dalam melakukan aktivitas.

d) S : Saverity atau Skala

Seberapa jauh atau skala nyeri yang dirasakan

e) T : Timing

Berapa lama rasa nyeri berlangsung, kapan bertambah buruk apakah malam hari atau siang hari. Apakah dirasakan mendadak, perlahan-lahan, hilang timbul, apa yang dilakukan klien saat gejala timbul.

c) Riwayat Kesehatan Dahulu

Mengkaji penyakit yang ada hubungannya dengan penyakit sekarang. Pengkajian yang mendukung adalah dengan mengkaji apakah klien sebelumnya pernah mengalami pembedahan.

d) Riwayat Kesehatan Keluarga

Mengkaji penyakit yang ada dalam keluarga apakah ada yang memiliki penyakit serupa dengan klien ataupun penyakit menular dan turunan lainnya. Secara patologi abses tidak diturunkan, akan tetapi perawat perlu menanyakan apakah pernah ada anggota keluarga yang pernah mengalaminya sebagai faktor predisposisi di rumah.

3) Pola Aktivitas Sehari-hari

a) Pola Nutrisi

Pada klien dengan abses biasanya tidak nafsu makan, nafsu makan akan menurun.

b) Pola Eliminasi

Pada klien abses pola eliminasi tidak mengalami perubahan.

c) Pola Istirahat Tidur

Pada klien dengan abses aktivitas tidurnya akan terganggu akibat nyeri.

d) Pola Personal Hygiene

Pada klien abses akan terjadi defisit perawatan diri disebabkan oleh nyeri yang bertambah apabila terlalu banyak aktivitas.

e) Pola Aktivitas Pada aktivitas abses akan terganggu karena aktivitas yang banyak akan bertambah nyeri.

4) Pengkajian Psiko-Sosio-Spiritual

Pengkajian psikologis klien meliputi beberapa dimensi yang memungkinkan tenaga kesehatan untuk memperoleh persepsi yang jelas tentang status emosi, kognitif, dan perilaku klien. Perawat mengumpulkan hasil pemeriksaan awal klien termasuk kapasitas fisik dan intelektual saat ini, karena keduanya juga turut menentukan tingkat perlunya pengkajian psiko-sosio-spiritual yang seksama (Muttaqin, 2014). Pada klien dengan abses biasanya diidentikan dengan kebiasaan hidup yang buruk dan kurangnya klien dalam meningkatkan status kesehatannya.

2. Pengamatan atau Observasi

Pengamatan adalah mengamati perilaku dan keadaan klien untuk memperoleh data tentang masalah keperawatan. Kegiatan mengumpulkan

data bertujuan untuk menghimpun informasi dari klien salah satunya adalah pemeriksaan fisik yang diantaranya:

1) Sistem Pernapasan

- a) Inspeksi : Periksa keseluruhan dada untuk mencari adanya jaringan parut dan lesi. Melihat bentuk, pola bernapas (kecepatan dan kedalaman bernapas), gerakan dinding dada sewaktu bernapas dalam istirahat. Pada klien dengan abses biasanya akan mengalami pernapasan cepat.
- b) Palpasi : Untuk menilai posisi mediastinum, pengembangan dada, dan meraba vomitus vocal.
- c) Perkusi : Tujuannya adalah mengetuk dada dengan metode baku serta mendengarkan dan merasakan bunyi yang dihasilkan. Paru normal berbunyi “sonor”
- d) Auskultasi : Yaitu teknik mendengarkan suara pada dinding thorax menggunakan stetoscope. Suara napas normal yang dihasilkan yaitu vesikuler, dan suara napas tambahan berupa mengi (wheezing), ronki (rales, krepitasi) dan rub. Cara ini juga untuk menilai resonansi vokal.

2) Sistem Kardiovaskuler

Pada pemeriksaan TTV dapat ditemukan hipertensi maupun hipotensi, takikardi, keadaan klien lemah karena anemia mungkin terjadi.

- a) Inspeksi : Melihat adanya clubbing finger, keadaan kuku (diskolorasi biru jika aliran darah perifer terganggu), anemis pada kojungtiva, dan iktus cordis.
 - b) Palpasi : Menghitung kecepatan nadi dinyatakan dalam “denyut per menit”, meraba iktus cordis pada ICS 5 di linea media clavicula kiri.
 - c) Perkusi : Ditemukan batas jantung.
 - d) Auskultasi : Bunyi jantung ke-1 (S1) penutupan katup mitral adalah komponen utama S1 dan volumenya bergantung pada kekuatan katup tersebut menutup. Bunyi jantung ke-2 (S2) penutupan katup aorta.
- 3) Sistem Genitourinaria
- a) Inspeksi : Kebersihan genitalia, pada wanita inspeksi klitoris, meatus uretra, dan lubang vagina untuk melihat adanya ulkus, atrofi dan jaringan parut lama. Pada pria inspeksi bentuk, warna kulit, ada tidaknya kelengkungan yang abnormal, dan kelainan seperti ulkus terutama di ujung glans.
 - b) Palpasi : Inspeksi dilakukan pada daerah vesikaurinaria untuk mengetahui adanya nyeri tekan.
- 4) Sistem Endokrin
- a) Inspeksi : Melihat adanya pembesaran kelenjar tiroid.
 - b) Palpasi : Menilai pembesaran kelenjar tiroid dan kelenjar limfe servikalis.

5) Sistem Persyarafan

- a) Menilai tingkat kesadaran
- b) Pemeriksaan 12 saraf kranialis

6) Sistem Integumen Menelusuri secara sekilas permukaan kulit keseluruhan untuk mencari lesi abnormal. Inspeksi warna kulit dengan distribusi merata, turgor kulit, akral/suhu. Pada klien abses ditemukan adanya warna kemerahan, dan peningkatan suhu kulit daerah sekitar abses.

7) Sistem Muskuloskeletal

Pengkajian muskuloskeletal terdiri dari inspeksi dan pengkajian terhadap rentang gerak sendi, tonus otot dan kekuatan otot.

8) Sistem Penglihatan Dilakukan pengkajian bentuk mata, konjungtiva, pupil, pergerakan bola mata, medan penglihatan, dan buta warna.

9) THT dan Wicara

Kaji kemampuan bicara pada pengkajian wicara.

- a) Telinga: Inspeksi struktur-struktur eksternal telinga, dan dalam telinga dengan menggunakan otoscop, palpasi daerah depan tragus, periksa ada tidaknya cairan yang keluar dari telinga, tes webber dan rinne.
- b) Hidung: Inspeksi permukaan luar dan penampilan hidung, palpasi tulang hidung untuk mengetahui adanya nyeri.

- c) Tenggorokan: Pada klien abses aksila tidak mengalami keterbatasan pada pemeriksaan tenggorok di sebabkan keterbatasan hanya dalam area aksila.

D. Diagnosa Keperawatan

Menurut Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) PPNI (2017), diagnosa keperawatan adalah proses menganalisis data subjektif dan objektif yang telah diperoleh pada tahap pengkajian untuk menegakkan diagnosa keperawatan. Menurut Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) PPNI (2017), diagnosa keperawatan yang lazim ditemukan pada pasien dengan abses adalah sebagai berikut

1. Pre Operasi
 - a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis.
 - b. Ansietas berhubungan dengan krisis situasional.
2. Post Operasi
 - a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik.
 - b. Gangguan integritas kulit berhubungan dengan faktor mekanis.
 - c. Risiko infeksi ditandai dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer.

**E. Intervensi Keperawatan
Pre Operasi**

Tabel 1.1 Nyeri Akut Pre Operasi

Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Intervensi	Rasional
<p>Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis.</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat nyeri dapat menurun dengan kriteria hasil :</p> <p>Tingkat nyeri (L. 08066)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Keluhan nyeri menurun 2) Meringis menurun 3) Sikap protektif menurun 4) Gelisah menurun 	<p>Manajemen nyeri (I.08238)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2) Identifikasi skala nyeri 3) Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 4) Monitor efek samping analgetik <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Berikan Teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 2) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 2) Jelaskan strategi meredakan nyeri 3) Ajarkan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Kolaborasi pemberian analgetik 	<ol style="list-style-type: none"> a. Mengetahui lokasi dan karakteristik nyeri untuk penentuan intervensi. b. Mengurangi skala nyeri dan memberikan efek relaksasi c. Memperbaiki pola coping klien dan keluarga klien.

Tabel 1.2 Ansietas Pre Operasi

Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Intervensi	Rasional
Ansietas berhubungan dengan krisis situasional.	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat ansietas dapat menurun dengan kriteria hasil: Tingkat ansietas (L.09093) 1) Verbalisasi kebingungan menurun 2) Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun 3) Perilaku tegang menurun	Terapi relaksasi (I.09326) Observasi 1) Identifikasi teknik relaksasi yang pernah efektif digunakan 2) Identifikasi kesediaan, kemampuan, dan penggunaan Teknik sebelumnya 3) Monitor respon terhadap terapi relaksasi Terapeutik 4) Ciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruang nyaman, jika memungkinkan Edukasi 1) Jelaskan tujuan, manfaat, Batasan, dan jenis relaksasi yang tersedia (mis: musik, meditasi, napas dalam, relaksasi otot progresif) 2) Anjurkan sering mengulangi atau melatih Teknik yang dipilih 3) Demonstrasikan dan latih teknik relaksasi (mis: napas dalam, peregangan, atau imajinasi terbimbing)	1) Membandingkan keefektifan relaksasi yang sebelumnya pernah digunakan dengan relaksasi yang akan digunakan. 2) Memberi informasi supaya pasien tau mengenai teknik relaksasi yang akan dipraktikkan. 3) Memberi informasi supaya pasien jenis relaksasi yang sedang digunakan untuk mengatasi gangguan rasa nyaman yang pasien alami. 4) Mendapatkan manfaat yang optimal dengan melakukan relaksasi benson ini. 5) Mengetahui gerakan yang tepat sehingga akan mengoptimalkan manfaat yang akan didapat oleh pasien.

Post Operasi

Tabel 1.3 Nyeri Akut Post Operasi

Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Intervensi	Rasional
<p>Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik.</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat nyeri dapat menurun dengan kriteria hasil :</p> <p>Tingkat nyeri (L. 08066)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Keluhan nyeri menurun 2) Meringis menurun 3) Sikap protektif menurun 4) Gelisah menurun 	<p>Manajemen nyeri (I.08238)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2) Identifikasi skala nyeri 3) Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 4) Monitor efek samping analgetik <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Berikan Teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 2) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 2) Jelaskan strategi meredakan nyeri 3) Ajarkan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Kolaborasi pemberian analgetic 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengetahui lokasi dan karakteristik nyeri untuk penentuan intervensi. 2. Mengurangi skala nyeri dan memberikan efek relaksasi 3. Memperbaiki pola coping klien dan keluarga klien.

Tabel 1.4 Gangguan Integritas Kulit Post Operasi

Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Intervensi	Rasional
Gangguan integritas kulit berhubungan dengan faktor mekanis.	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan pemulihan pasca bedah dapat meningkat dengan kriteria hasil : Pemulihan pascabedah (L.14129) 1) Kenyamanan meningkat 2) Area luka operasi membaik	Perawatan Luka (L.14564) Observasi 1) Monitor karakteristik luka (mis: drainase, warna, ukuran , bau) 2) Monitor tanda-tanda infeksi Terapeutik 1) Lepaskan balutan dan plester secara perlahan 2) Pasang balutan sesuai jenis luka 3) Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka Edukasi 1) Jelaskan tanda dan gejala infeksi 2) Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein 3) Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri Kolaborasi 1) Kolaborasi prosedur debridement (mis: enzimatik, biologis, mekanis, autolitik), jika perlu 2) Kolaborasi pemberian antibiotik, jika perlu	1. Mengetahui karakteristik luka pada pasien. 2. Mengetahui resiko infeksi pada luka pasien. 3. Merawat luka pasien, guna mencegah infeksi dan mempercepat penyembuhan luka. 4. Agar pasien dan keluarga dapat memahami karakteristik luka dan perawatan luka secara mandiri.

Tabel 1.5 Risiko Infeksi Post Operasi

Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Intervensi	Rasional
<p>Risiko infeksi ditandai dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer.</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat infeksi dapat menurun dengan kriteria hasil :</p> <p>Tingkat infeksi menurun (L.14137)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Demam menurun 2) Kemerahan menurun 3) Nyeri menurun 4) Bengkak menurun 	<p>Pencegahan infeksi (I.14539)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 2) Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Jelaskan tanda dan gejala infeksi 2) Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi 3) Anjurkan meningkatkan asupan cairan <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengetahui adanya infeksi. 2. Menjaga kebersihan. 3. Menambah informasi terkait penyakit yang diderita. 4. Menjaga kebersihan 5. Mencegah terjadinya infeksi