

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Medik

1. Pengertian

Abses 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 (Nurarif & Kusuma, 2013).

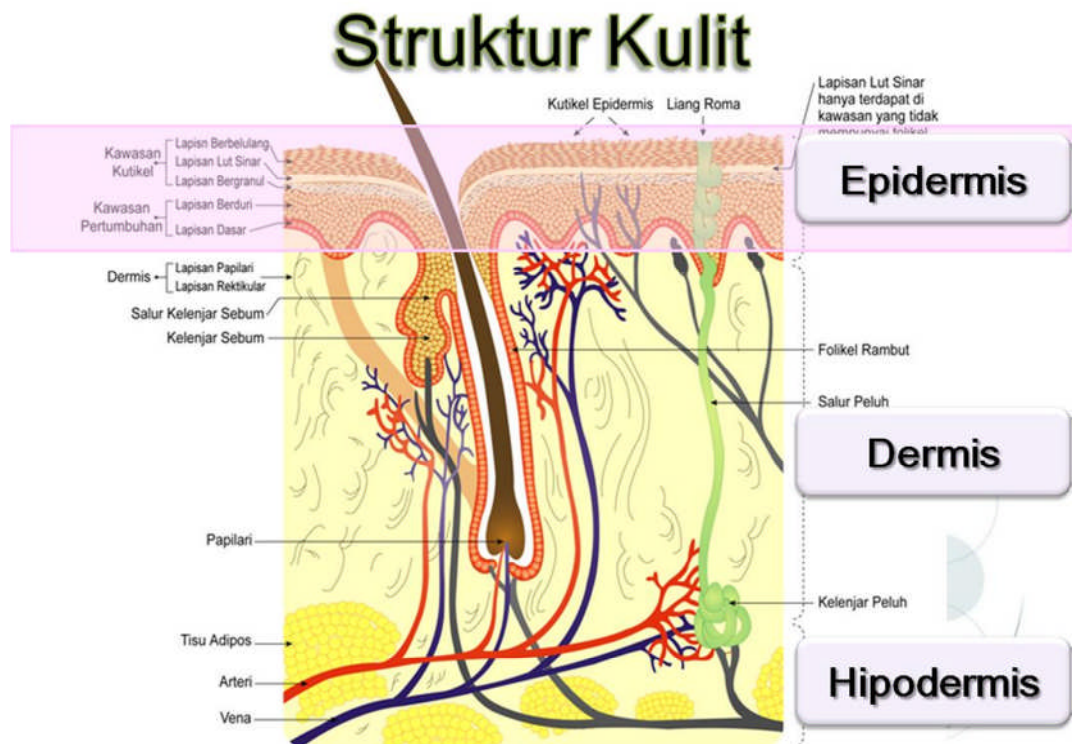
Organisme atau benda asing membunuh sel-sel lokal yang pada akhirnya menyebabkan pelepasan *sitokin*. *Sitokin* tersebut memicu sebuah respon *inflamasi* (peradangan), yang menarik kedatangan sejumlah besar sel-sel darah putih (*leukosit*) ke area tersebut dan meningkatkan aliran darah setempat (Nurarif & Kusuma, 2013).

Abses adalah kumpulan tertutup jaringan cair, yang dikenal sebagai nanah, di suatu tempat di dalam tubuh. Abses adalah hasil dari reaksi pertahanan tubuh terhadap benda asing (Masjoer, 2005).

Dari pengertian di atas dapat disimpulkan bahwa abses adalah suatu infeksi kulit yang disebabkan oleh bakteri/*parasite* atau karena adanya benda asing (misalnya: luka peluru maupun jarum suntik) dan mengandung nanah yang merupakan campuran dari jaringan nekrotik,

bakteri, dan sel darah putih yang sudah mati yang dicairkan oleh enzim autolitik.

2. Anatomi Fisiologi Kulit



Gambar 2.1 Anatomi kulit

Sumber: (Djuanda, Adhi, dkk. 2007)

a. Anatomi kulit

1) Lapisan Epidermis (kutikel)

a) Stratum Korneum (lapisan tanduk)

Lapisan kulit paling luar yang terdiri dari sel gepeng yang mati, tidak berinti, protoplasmanya berubah menjadi keratin (zat tanduk)

b) Stratum Lusidum

Terletak di bawah lapisan korneum, lapisan sel gepeng tanpa inti, protoplasmanya berubah menjadi protein yang disebut eleidin. Lapisan ini lebih jelas tampak pada telapak tangan dan kaki.

c) Stratum Granulosum (lapisan keratohialin)

Merupakan 2 atau 3 lapis sel gepeng dengan sitoplasma berbutir kasar dan terdapat inti di antaranya. Butir kasar terdiri dari keratohialin. Mukosa biasanya tidak mempunyai lapisan ini.

d) Stratum Spinosum (stratum Malphigi) atau *prickle cell layer* (lapisan akanta)

Terdiri dari sel yang berbentuk poligonal, protoplasmanya jernih karena banyak mengandung glikogen, selnya akan semakin gepeng bila semakin dekat ke permukaan. Di antara stratum spinosum, terdapat jembatan antar sel (*intercellular bridges*) yang terdiri dari protoplasma dan tonofibril atau keratin. Perlekatan antar jembatan ini membentuk penebalan bulat kecil yang disebut nodulus Bizzozero. Di antara sel spinosum juga terdapat pula sel Langerhans.

e) Stratum Basalis

Terdiri dari sel kubus (kolumnar) yang tersusun vertikal pada perbatasan dermo-epidermal berbaris seperti pagar (palisade). Sel basal bermitosis dan berfungsi reproduktif.

(a) Sel kolumnar: protoplasma basofilik inti lonjong besar, di hubungkan oleh jembatan antar sel.

- (b) Sel pembentuk melanin (melanosit) atau clear cell: sel berwarna muda, sitoplasma basofilik dan inti gelap, mengandung pigmen (melanosomes).
- 2) Lapisan Dermis (korium, kutis vera, *true skin*) terdiri dari lapisan elastik dan fibrosa dengan elemen-elemen selular dan folikel rambut.
- (a) Pars Papilare adalah bagian yang menonjol ke epidermis, berisi ujung serabut saraf dan pembuluh darah.
- (b) Pars Retikulare adalah bagian bawah yang menonjol ke subkutan. Terdiri dari serabut penunjang seperti kolagen, elastin, dan retikulin. Dasar (matriks) lapisan ini terdiri dari cairan kental asam hialuronat dan kondroitin sulfat, dibagian ini terdapat pula fibroblas. Serabut kolagen dibentuk oleh fibroblas, selanjutnya membentuk ikatan (bundel) yang mengandung hidroksiprolin dan hidroksisilin. Kolagen muda bersifat elastin, seiring bertambahnya usia, menjadi kurang larut dan makin stabil. Retikulin mirip kolagen muda. Serabut elastin biasanya bergelombang, berbentuk amorf, dan mudah mengembang serta lebih elastis.
- 3) Lapisan Subkutis (hipodermis)
- Lapisan paling dalam, terdiri dari jaringan ikat longgar berisi sel lemak yang bulat, besar, dengan inti mendesak ke pinggir sitoplasma lemak yang bertambah. Sel ini berkelompok dan dipisahkan oleh trabekula yang fibrosa. Lapisan sel lemak disebut dengan panikulus adiposa, berfungsi sebagai cadangan makanan.

Di lapisan ini terdapat saraf tepi, pembuluh darah, dan getah bening. Lapisan lemak berfungsi juga sebagai bantalan, ketebalannya berbeda pada beberapa kulit. Di kelopak mata dan penis lebih tipis, di perut lebih tebal (sampai 3 cm).

a) Kelenjar Kulit terdapat pada lapisan dermis

(1) Kelenjar Keringat (glandula sudorifera)

Keringat mengandung air, elektrolit, asam laktat, dan glukosa. pH nya sekitar 4-6,8.

(2) Kelenjar Ekrin yaitu kecil-kecil, terletak dangkal di dermis dengan secret encer.

Kelenjar Ekrin terbentuk sempurna pada minggu ke 28 kehamilan dan berfungsi 40 minggu setelah kelahiran. Salurannya berbentuk spiral dan bermuara langsung pada kulit dan terbanyak pada telapak tangan, kaki, dahi, dan aksila. Sekresi tergantung beberapa faktor dan saraf kolinergik, faktor panas, stress emosional.

(3) Kelenjar Apokrin yaitu lebih besar, terletak lebih dalam, secretnya lebih kental.

Dipengaruhi oleh saraf adrenergik, terdapat di aksila, aerola mammae, pubis, labia minora, saluran telinga. Fungsinya belum diketahui, waktu lahir ukurannya kecil, saat dewasa menjadi lebih besar dan mengeluarkan secret

(4) Kelenjar Palit (glandula sebacea)

Terletak di seluruh permukaan kuli manusia kecuali telapak tangan dan kaki. Disebut juga dengan kelenjar holokrin

karena tidak berlumen dan sekret kelenjar ini berasal dari dekomposisi sel-sel kelenjar. Kelenjar palit biasanya terdapat di samping akar rambut dan muaranya terdapat pada lumen akar rambut (folikel rambut). Sebum mengandung trigliserida, asam lemak bebas, squalen, wax ester, dan kolesterol. Sekresi dipengaruhi oleh hormon androgen. Pada anak-anak, jumlahnya sedikit. Pada dewasa menjadi lebih banyak dan berfungsi secara aktif.

b) Kuku adalah bagian terminal lapisan tanduk (stratum korneum) yang menebal. Pertumbuhannya 1mm per minggu.

(1) *Nail root* (akar kuku): bagian kuku yang tertanam dalam kulit jari

(2) *Nail Plate* (badan kuku): bagian kuku yang terbuka/bebas.

(3) *Nail Groove* (alur kuku): sisi kuku yang mencekung membentuk alur kuku

(4) *Eponikium*: kulit tipis yang menutup kuku di bagian proksimal

(5) *Hiponikium*: kulit yang ditutupi bagian kuku yang bebas

c) Rambut

(1) Akar rambut: bagian yang terbenam dalam kulit

(2) Batang rambut: bagian yang berada di luar kulit

Jenis rambut

(1) Lanugo: rambut halus pada bayi, tidak mengandung pigmen.

(2) Rambut terminal: rambut yang lebih kasar dengan banyak pigmen, mempunyai medula, terdapat pada orang dewasa.

Pada dewasa, selain di kepala, terdapat juga bulu mata, rambut ketiak, rambut kemaluan, kumis, janggut yang pertumbuhannya dipengaruhi oleh androgen (hormon seks). Rambut halus di dahi dan badan lain disebut rambut velus.

Rambut tumbuh secara siklik, fase anagen (pertumbuhan) berlangsung 2-6 tahun dengan kecepatan tumbuh 0,35 mm perhari. Fase telogen (istirahat) berlangsung beberapa bulan. Di antara kedua fase tersebut terdapat fase katagen (invulsi temporer). Pada suatu saat 85% rambut mengalami fase anagen dan 15 % sisanya dalam fase telogen.

Rambut normal dan sehat berkilat, elastis, tidak mudah patah, dan elastis. Rambut mudah dibentuk dengan mempengaruhi gugusan disulfida misalnya dengan panas atau bahan kimia.

b. Fungsi kulit

1) Fungsi Proteksi

Kulit punya bantalan lemak, ketebalan, serabut jaringan penunjang yang dapat melindungi tubuh dari gangguan:

- (a) fisis/mechanis: tekanan, gesekan, tarikan
- (b) kimiawi: iritan seperti lisol, karbil, asam, alkali kuat
- (c) panas: radiasi, sengatan sinar UV
- (d) infeksi luar: bakteri, jamur

Beberapa macam perlindungan:

- (a) Melanosit untuk melindungi kulit dari pajanan sinar matahari dengan mengadakan tanning (penggelapan kulit).
 - (b) Stratum korneum impermeable terhadap berbagai zat kimia dan air.
 - (c) Keasaman kulit kerna ekskresi keringat dan sebum perlindungan kimiawo terhadap infeksi bakteri maupun jamur.
 - (d) Proses keratinisasi sebagai sawar (barrier) mekanis karena sel mati melepaskan diri secara teratur.
- 2) Fungsi Absorpsi untuk permeabilitas kulit terhadap O₂, CO₂, dan uap air memungkinkan kulit ikut mengambil fungsi respirasi. Kemampuan absorpsinya bergantung pada ketebalan kulit, hidrasi, kelembaban, metabolisme, dan jenis vehikulum. Penyerapan dapat melalui celah antar sel, menembus sel epidermis, melalui muara saluran kelenjar.
- 3) Fungsi Ekskresi untuk mengeluarkan zat yang tidak berguna bagi tubuh seperti NaCl, urea, asam urat, dan amonia. Pada fetus, kelenjar lemak dengan bantuan hormon androgen dari ibunya memproduksi sebum untuk melindungi kulitnya dari cairan amnion, pada waktu lahir ditemui sebagai Vernix Caseosa.
- 4) Fungsi Persepsi yaitu kulit mengandung ujung saraf sensori di dermis dan subkutis. Saraf sensori lebih banyak jumlahnya pada daerah yang erotik.
- a) Badan Ruffini di dermis dan subkutis: peka rangsangan panas
 - b) Badan Krause di dermis: peka rangsangan dingin

- c) Badan Taktik Meissner di papila dermis: peka rangsangan rabaan
 - d) Badan Merkel Ranvier di epidermis: peka rangsangan rabaan
 - e) Badan Paccini di epidemis: peka rangsangan tekanan
- 5) Fungsi Pengaturan Suhu Tubuh (termoregulasi) dengan cara mengeluarkan keringat dan mengerutkan (otot berkontraksi) pembuluh darah kulit. Kulit kaya pembuluh darah sehingga mendapat nutrisi yang baik. Tonus vaskuler dipengaruhi oleh saraf simpatis (asetilkolin). Pada bayi, dinding pembuluh darah belum sempurna sehingga terjadi ekstrasvasasi cairan dan membuat kulit bayi terlihat lebih edematosa (banyak mengandung air dan Na).
- 6) Fungsi Pembentukan Pigmen karena terdapat melanosit (sel pembentuk pigmen) yang terdiri dari butiran pigmen (melanosomes).
- 7) Fungsi Keratinisasi
- Keratinosit dimulai dari sel basal yang mengadakan pembelahan, sel basal yang lain akan berpindah ke atas dan berubah bentuknya menjadi sel spinosum, makin ke atas sel makin menjadi gepeng dan bergranula menjadi sel granulosum. Makin lama inti makin menghilang dan keratinosit menjadi sel tanduk yang amorf. Proses ini berlangsung 14-21 hari dan memberi perlindungan kulit terhadap infeksi secara mekanis fisiologik.
- 8) Fungsi Pembentukan Vitamin D yaitu kulit mengubah 7 dihidroksi kolesterol dengan pertolongan sinar matahari. Tapi kebutuhan vit D

tubuh tidak hanya cukup dari hal tersebut. Pemberian vit D sistemik masih tetap diperlukan.

1. Etiologi

Menurut Siregar (2004), suatu infeksi bakteri bisa menyebabkan abses melalui beberapa cara antara lain:

- a. Bakteri masuk ke bawah kulit akibat luka yang berasal dari tusukan jarum yang tidak steril
- b. Bakteri menyebar dari suatu infeksi di bagian tubuh yang lain
- c. Bakteri yang dalam keadaan normal hidup di dalam tubuh manusia dan tidak menimbulkan gangguan, kadang bisa menyebabkan terbentuknya abses

Peluang terbentuknya suatu abses akan meningkat jika:

- a. Terdapat kotoran atau benda asing di daerah tempat terjadinya infeksi
- b. Daerah yang terinfeksi mendapatkan aliran darah yang kurang
- c. Terdapat gangguan system kekebalan

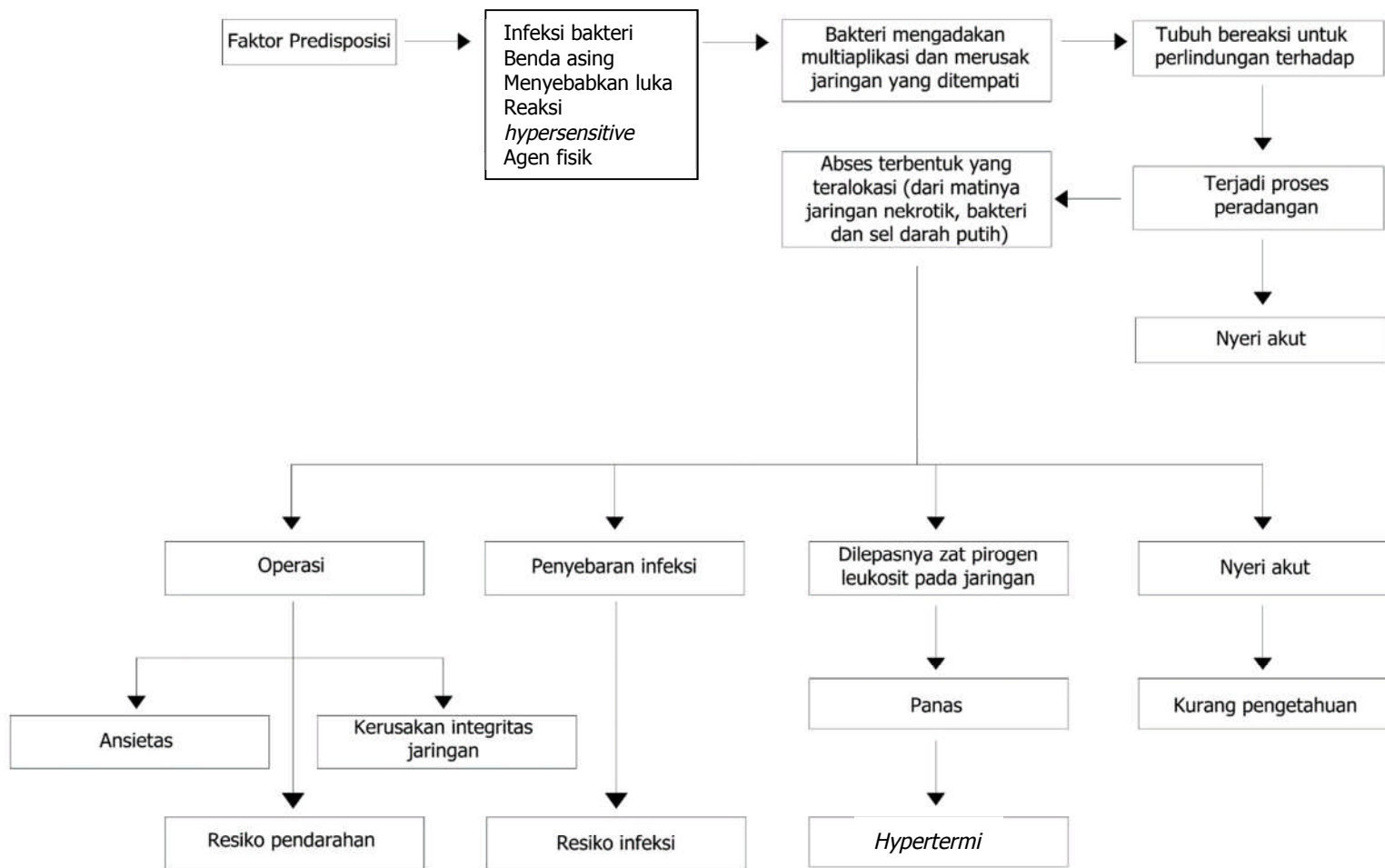
2. Patofisiologi

Menurut Price (2006), 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, bergerak ke dalam rongga tersebut, dan setelah menelan bakteri, sel darah putih akan mati, sel darah putih yang mati inilah yang membuat nanah yang mengisi rongga tersebut.

Akibat penimbunan nanah ini, maka jaringan di sekitarnya akan terdorong. Jaringan pada akhirnya akan tumbuh di sekeliling abses dan

menjadi dinding pembatas. Hal ini merupakan mekanisme tubuh mencegah penyebaran infeksi lebih lanjut jika suatu abses pecah di dalam tubuh maka infeksi bisa menyebar ke dalam tubuh maupun di bawah permukaan kulit, tergantung pada lokasi abses.

Muttaqin (2008), menggambarkan perjalanan penyakit abses sebagai berikut.



Gambar 2.2 Perjalanan Penyakit Abses

(Sumber: Kusuma & Nurarif, 2013)

3. Manifestasi Klinis

Abses bisa terbentuk di seluruh bagian tubuh, termasuk paru-paru, mulut, rectum, dan otot. Abses yang sering ditemukan di dalam kulit atau tepat di bawah kulit terutama jika timbul di wajah.

Menurut Smeltzer & Bare (2001), gejala dari abses tergantung kepada lokasi dan pengaruhnya terhadap fungsi suatu organ saraf.

Gejalanya bisa berupa:

- a. Nyeri tekan
- b. Teraba hangat
- c. Pembengkakan
- d. Kemerahan
- e. Demam

Suatu abses yang terbentuk tepat di bawah kulit biasanya tampak sebagai benjolan. Adapun lokasi abses antara lain ketiak, telinga, dan tungkai bawah. Jika abses akan pecah, maka daerah pusat benjolan akan lebih putih karena kulit di atasnya menipis. Suatu abses di dalam tubuh, sebelum menimbulkan gejala seringkali terlebih tumbuh lebih besar. Abses dalam mungkin lebih menyebarkan infeksi ke seluruh tubuh.

7. Test diagnostik

a. Laboratorium

Spesimen dari sel mastoid diperoleh selama operasi dan *myringotomy* cairan. *Specimen* tersebut harus dikirim untuk kultur kedua bakteri aerobik dan *anaerobik*, *Gram staining*, dan asam-cepat *staining*.

b. *CT Scan* dan MRI

Untuk menentukan ukuran dan lokasi abses

8. Komplikasi

Komplikasi mayor dari abses adalah penyebaran abses ke jaringan sekitar atau jaringan yang jauh dan kematian jaringan setempat yang ekstensif (gangren). Pada sebagian besar bagian tubuh, abses jarang dapat sembuh dengan sendirinya, sehingga tindakan medis secepatnya diindikasikan ketika terdapat kecurigaan akan adanya abses. Suatu abses dapat menimbulkan konsekuensi yang fatal. Meskipun jarang, apabila abses tersebut mendesak struktur yang vital, misalnya abses leher dalam yang dapat menekan trakea (Siregar, 2004).

9. Penatalaksanaan medik

- a. Pemberian antibiotik secara parenteral
- b. Operasi (insisi) dibuat pada tempat yang paling berfluktuasi, tergantung letak dan luas abses.

B. Konsep Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan langkah pertama dari proses keperawatan melalui kegiatan pengumpulan data atau perolehan data yang akurat dari pasien guna mengetahui berbagai permasalahan yang ada (Hidayat, 2006).

Menurut Smeltzer & Bare (2001), Pada pengkajian keperawatan, khususnya sistem integumen, kulit bisa memberikan sejumlah informasi mengenai status kesehatan seseorang dan merupakan subjek untuk menderita lesi atau terlepas. Pada pemeriksaan fisik dari ujung rambut

sampai ujung kaki, kulit merupakan hal yang menjelaskan pada seluruh pemeriksaan bila bagian tubuh yang spesifik diperiksa. Pemeriksaan spesifik mencakup warna, turgor, suhu, kelembaban, dan lesi atau parut. Hal yang perlu diperhatikan adalah sebagai berikut:

a. Riwayat Kesehatan

Hal – hal yang perlu dikaji di antaranya adalah:

- 1) Abses di kulit atau dibawah kulit sangat mudah dikenali, sedangkan abses dalam seringkali sulit ditemukan.
- 2) Riwayat trauma, seperti tertusuk jarum yang tidak steril atau terkena peluru.
- 3) Riwayat infeksi (suhu tinggi) sebelumnya yang secara cepat menunjukkan rasa sakit diikuti adanya eksudat tetapi tidak bisa dikeluarkan.

b. Pemeriksaan Fisik

Pada pemeriksaan fisik ditemukan:

- 1) Luka terbuka atau tertutup
- 2) Organ/jaringan terinfeksi
- 3) Massa eksudat dengan bermata
- 4) Peradangan dan berwarna pink hingga kemerahan
- 5) Abses superficial dengan ukuran bervariasi

Rasa sakit dan bila dipalpasi akan terasa fluktuatif.

2. Dampak terhadap Kebutuhan Dasar Manusia

- a. Gangguan thermoregulator
- b. Gangguan rasa nyaman: nyeri
- c. Kerusakan integritas kulit

- d. Resiko penyebaran infeksi
3. Diagnosa keperawatan yang lazim muncul
- 1) Nyeri akut berhubungan dengan agen injuri biologi
 - 2) Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit
 - 3) Kerusakan integritas jaringan berhubungan dengan trauma jaringan
 - 4) Resiko infeksi berhubungan dengan ketidakadekuatan pertahanan sekunder (*leucopenia*)
 - 5) Kurang pengetahuan berhubungan dengan kurang pengetahuan tentang proses penyakit
 - 6) Resiko perdarahan berhubungan dengan pembedahan
 - 7) Ansietas berhubungan dengan krisis situasional (tindakan yang akan dilakukan)
4. *Discharge Planning*
- a. Biasakan hidup bersih
 - b. Makan makanan yang banyak mengandung vitamin
 - c. Berolah raga secara rutin
 - d. Bersihkan luka dengan benar dan hindari memencet abses

4. Intervensi

Tabel 2.1 Intervensi pada anak dengan abses

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
1.	<p>Nyeri akut b.d agen injuri biologi</p> <p>Definisi: Pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan yang muncul akibat kerusakan jaringan yang actual atau potensial atau digambarkan dalam hal kerusakan sedemikian rupa (Internasional Association for the study of Pain): awitan yang tiba-tiba atau lambat dari intensitas ringan hingga berat dengan akhir yang dapat diantisipasi atau diprediksi dan berlangsung kurang dari 6 bulan.</p> <p>Batasan karakteristik:</p> <ol style="list-style-type: none"> Perubahan selera makan Perubahan tekanan darah Perubahan frekwensi jantung Perubahan frekwensi pernapasan Laporan isyarat Diaphoresis Perilaku distraksi (misal: berjalan mondar-mandir) 	<p>NOC</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan rasa nyeri klien dapat berkurang, klien merasa nyaman dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan tehnik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan) Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi dan tanda nyeri) Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang 	<p>NIC</p> <p><i>Pain Management</i></p> <ol style="list-style-type: none"> Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi Observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan Gunakan tehnik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien Kaji kultur yang mempengaruhi respon nyeri Evaluasi pengalaman nyeri masa lampau Evaluasi bersama pasien dan tim kesehatan lain tentang ketidakefektifan kontrol nyeri masa lampau Bantu pasien dan keluarga untuk mencari dan menemukan dukungan Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan Kurangi faktor presipitasi nyeri Pilih dan lakukan penanganan nyeri (farmakologi, non farmakologi dan interpersonal) Kaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi

Tabel 2.1 Lanjutan

NO	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
h.	Mengekspresikan perilaku (missal: gelisah, merengek, menangis)		l. Berikan analgetik untuk mengurangi nyeri
i.	Masker wajah (missal: mata kurang bercahaya, tampak kacau, gerakan mata berpencar atau tetap pada satu fokus meringis)		m. Evaluasi keefektifan kontrol nyeri
j.	Sikap melindungi area nyeri		n. Tingkatkan istirahat
k.	Fokus menyempit (misal: gangguan persepsi nyeri, hambatan proses berfikir, penurunan interaksi dengan orang dan lingkungan)		o. Kolaborasikan dengan dokter jika ada keluhan dan tindakan nyeri tidak berhasil
l.	Indikasi nyeri yang dapat diamati		p. Monitor penerimaan pasyeriien tentang manajemen nyeri
m.	Perubahan posisi untuk menghindari nyeri		<i>Analgesic Administration</i>
n.	Sikap tubuh melindungi		a. Tentukan lokasi, karakteristik, kualitas, dan derajat nyeri sebelum pemberian obat
o.	Dilatasi pupil		b. Cek instruksi dokter tentang jenis obat, dosis dan frekuensi
p.	Melaporkan nyeri secara verbal		c. Cek riwayat alergi
q.	Gangguan tidur Faktor yang berhubungan: Agen cedera (misal: biologis, zat kimia, fisik, psikologis)		d. Pilih analgesik yang diperlukan atau kombinasi dari analgesik ketika pemberian lebih dari satu
			e. Tentukan pilihan analgesik tergantung tipe dan beratnya nyeri
			f. Tentukan analgesik pilihan, rute pemberian dan dosis optimal
			g. Pilih rute pemberian secara IV, IM untuk pengobatan nyeri secara teratur
			h. Monitor vital sign sebelum dan sesudah pemberian analgesik pertama kali
			i. Berikan analgesik tepat waktu terutama saat nyeri hebat
			j. Evaluasi efektivitas analgesik, tanda dan gejala

Tabel 2.1 Lanjutan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
2.	<p>Hipertermia b.d proses penyakit</p> <p>Definisi: peningkatan suhu tubuh diatas kisaran normal</p> <p>Batasan Karakteristik:</p> <ol style="list-style-type: none"> Konvulsi Kulit kemerahan Peningkatan suhu tubuh diatas kisaran normal Kejang Takikardi Takipnea Kulit terasa hangat <p>Faktor-faktor yang berhubungan:</p> <ol style="list-style-type: none"> Anastesia Penurunan respirasi Dehidrasi Pemajanan lingkungan yang panas Penyakit Pemakaian pakaian yang tidak sesuai dengan suhu lingkungan Peningkatan laju metabolisme Medikasi 	<p>NOC</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan klien mengalami keseimbangan suhu tubuh dengan kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> Suhu tubuh dalam rentang normal Nadi dan RR dalam rentang normal Tidak ada perubahan warna kulit dan tidak ada pusing 	<p>NIC</p> <p><i>Fever treatment</i></p> <ol style="list-style-type: none"> Monitor suhu sesering mungkin Monitor IWL Monitor warna dan suhu kulit Monitor tekanan darah, nadi, dan RR Monitor penurunan tingkat kesadaran Monitor WBC, Hb dan Hct Monitor intake dan output Berikan anti piretik Berikan pengobatan untuk mengatasi penyebab demam Lakukan tapid sponge Kolaborasi pemberian cairan intravena Kompres pasien pada lipat paha dan aksila Tingkatkan sirkulasi udara Berikan pengobatan untuk mencegah terjadinya menggigil <p><i>Temperature regulation</i></p> <ol style="list-style-type: none"> Monitor suhu minimal tiap 2 jam Rencanakan monitoring suhu secara kontinyu Monitor TD, nadi dan RR Monitor warna dan suhu kulit Monitor tanda-tanda hipertermi dan hipotermi Tingkatkan intake cairan dan nutrisi

Tabel 2.1 Lanjutan

NO	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
i. j.	Trauma Aktivitas berlebihan		g. Selimuti pasien untuk mencegah hilangnya kehangatan tubuh h. Ajarkan pada pasien cara mencegah kelelahan akibat panas i. Diskusikan tentang pentingnya pengaturan suhu dan kemungkinan efek negative dari kedinginan j. Beritahukan tentang indikasi terjadinya kelelahan dan penanganan emergency yang diperlukan k. Ajarkan indikasi dari hipotermi dan penanganan yang diperlukan l. Berikan antipiretik bila perlu Vital sign Monitoring a. Monitor TD, nadi, suhu dan RR b. Catat adanya fluktuasi tekanan darah c. Monitor VA saat pasien berbaring, duduk atau berdiri d. Auskultasi TD pada kedua lengan dan bandingkan e. Monitor TD, nadi, RR, sebelum, selama dan setelah aktivitas f. Monitor kualitas dari nadi g. Monitor frekuensi dan irama pernapasan h. Monitor suara paru i. Monitor pola pernapasan abnormal j. Monitor suhu, warna dan kelembaban kulit k. Monitor sianosis perifer l. Monitor adanya cushing triad (tekanan nadi yang melebar, bradikardi, peningkatan sistolik)
NO.			

Tabel 2.1 Lanjutan

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
<p>3. Kerusakan integritas jaringan b.d trauma jaringan</p> <p>Definisi: kerusakan jaringan membran mukosa, kornea, integumen atau subkutan</p> <p>Batasan Karakteristik:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Kerusakan jaringan (misal: kornea, membran mukosa, integumen atau subkutan) b. Kerusakan jaringan <p>Faktor yang berhubungan:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Gangguan sirkulasi b. Iritan zat kimia c. Defisit cairan d. Kelebihan cairan e. Hambatan mobilitas fisik f. Kurang pengetahuan g. Faktor mekanik (misal: tekanan, koyakan/robekan, friksal) h. Faktor nutrisi (misal: kekurangan atau kelebihan) i. Radiasi j. Suhu ekstrem 	<p>NOC</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan kerusakan integritas dapat diatasi dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Perfusi jaringan normal b. Tidak ada tanda-tanda infeksi c. Ketebalan dan tekstur jaringan normal d. Menunjukkan pemahaman dalam proses perbaikan kulit dan mencegah terjadinya cedera berulang e. Menunjukkan terjadinya proses penyembuhan luka 	<p>NIC</p> <p><i>Pressure ulcer prevention wound care</i></p> <ul style="list-style-type: none"> a. Anjurkan pasien untuk menggunakan pakaian yang longgar b. Jaga kulit agar tetap bersih dan kering c. Mobilisasi pasien setiap dua jam d. Monitor kulit akan adanya kemerahan e. Oleskan lotion atau minyak/baby oil pada daerah yang tertekan f. Monitor aktivitas dan mobilisasi pasien g. Monitor status nutrisi pasien h. Memandiakn pasien dengan sabun dan air hangat i. Observasi luka: lokasi, dimensi, kedalaman luka, jaringan nekrotik, tanda-tanda infeksi lokal, formasi traktus j. Ajarkan keluarga tentang luka dan perawatan luka k. Kolaborasi ahli gizi pemberian diet TKTP (tinggi kalori tinggi protein) l. Cegah kontaminasi feses dan urin m. Lakukan tehnik perawatan luka dengan steril n. Berikan posisi yang mengurangi tekanan pada luka o. Hindari kerutan pada tempat tidur

Tabel 2.1 Lanjutan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
4.	<p>Resiko infeksi b.d ketidakadekuatan pertahanan sekunder (<i>leucopenia</i>)</p> <p>Definisi: mengalami peningkatan resiko terserang organisme patogenik</p> <p>Faktor-faktor resiko:</p> <ol style="list-style-type: none"> Penyakit kronis <ol style="list-style-type: none"> Diabetes mellitus Obesitas Pengetahuan yang tidak cukup untuk menghindari pemajanan pathogen Pertahanan tubuh primer yang tidak adekuat <ol style="list-style-type: none"> Gangguan peristalsis Kerusakan integritas kulit (pemasangan kateter, prosedur invasif) Perubahan sekresi pH Penurunan kerja siliaris Pecah ketuban dini Pecah ketuban lama 	<p>NOC</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan infeksi tidak terjadi dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> Klien bebas dari tanda dan gejala infeksi Mendeskripsikan proses penularan penyakit, faktor yang mempengaruhi penularan serta penatalaksanaannya Menunjukkan kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi Jumlah leukosit dalam batas normal Menunjukkan perilaku hidup sehat 	<p>NIC</p> <p><i>Infection control</i> (Kontrol infeksi)</p> <ol style="list-style-type: none"> Bersihkan lingkungan setelah dipakai pasien lain Pertahankan teknik isolasi Batasi pengunjung bila perlu Instruksikan pada pengunjung untuk mencuci tangan saat berkunjung dan setelah berkunjung meninggalkan pasien Gunakan sabun antimikrobia untuk cuci tangan Cuci tangan setiap sebelum dan sesudah tindakan keperawatan Gunakan baju, sarung tangan sebagai alat pelindung Pertahankan lingkungan aseptik selama pemasangan alat Ganti letak IV perifer dan line central dan dressing sesuai dengan petunjuk umum Gunakan kateter intermiten untuk menurunkan infeksi kandung kencing Tingkatkan intake nutrisi Berikan terapi antibiotic bila perlu Proteksi terhadap infeksi Monitor tanda dan gejala infeksi sistemik dan lokal

Tabel 2.1 Lanjutan

NO.

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
<ul style="list-style-type: none"> 7) Merokok 8) Stasis cairan tubuh 9) Trauma jaringan (misal: trauma destruksi jaringan) d. Ketidakadekuatan pertahanan sekunder <ul style="list-style-type: none"> 1) Penurunan hemoglobin 2) Imunosupresi (misal: imunitas didapat tidak adekuat, agen farmaseutikal termasuk imunosupresan, steroid, antibody monoclonal, imunomodulator) 3) Supresi respon inflamasi e. Vaksinasi tidak adekuat f. Pemajanan terhadap pathogen lingkungan meningkat g. Prosedur invasiv h. Malnutrisi 		<ul style="list-style-type: none"> o. Monitor hitung granulosit, WBC p. Monitor kerentanan terhadap infeksi q. Batasi pengunjung r. Pertahankan tehnik asepsis pada pasien yang beresiko s. Pertahankan teknik isolasi t. Berikan perawatan kulit pada area epidema u. Inspeksi kulit dan membrane mukosa terhadap kemerahan, panas, drainase v. Inspeksi kondisi luka/insisi bedah w. Anjurkan pemberian nutrisi yang cukup x. Anjurkan pemberian cairan y. Anjurkan banyak istirahat z. Ajarkan pasien dan keluarga tanda dan gejala infeksi
Diagnosa Keperawatan		

Tabel 2.1 Lanjutan

NO.	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
<p>5. Kurang pengetahuan b.d kurang pengetahuan tentang proses penyakit Definisi: ketiadaan atau defisiensi informasi kognitif yang berkaitan dengan topik tertentu Batasan karakteristik: a. Perilaku hiperbola b. Ketidakakuratan mengikuti perintah c. Ketidakakuratan melakukan tes d. Perilaku tidak tepat (misal: hysteria, bermusuhan, agitasi, apatis) e. Pengungkapan masalah Faktor yang berhubungan: a. Keterbatasan kognitif b. Salah intepretasi informasi c. Kurang pajanan d. Kurang minat dalam belajar e. Kurang dapat mengingat f. Tidak familier dengan sumber informasi</p>	<p>NOC Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan pengetahuan pasien dan keluarga bertambah dengan 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</p>	<p>NIC <i>Teaching : disease process</i> a. Berikan penilaian tentang tingkat pengetahuan 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 e. Identifikasi kemungkinan penyebab dengan cara yang tepat f. Sediakan informasi pada pasien tentang kondisi dengan cara yang tepat g. Beritahu keluarga tentang kemajuan kondisi pasien h. Diskusikan perubahan gaya hidup yang mungkin diperlukan untuk mencegah komplikasi di masa yang akan datang dan atau proses pengontrolan penyakit i. Diskusikan pilihan terapi atau penanganan j. Dukung pasien untuk mengeksplorasi atau mendapatkan second opinion dengan cara yang tepat atau diindikasikan k. Rujuk pasien pada grup atau agensi di komunitas lokal dengan cara yang tepat</p>

Tabel 2.1 Lanjutan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
6.	<p>Resiko perdarahan b.d pembedahan</p> <p>Definisi: beresiko mengalami penurunan volume darah yang dapat mengganggu kesehatan</p> <p>Faktor resiko:</p> <ol style="list-style-type: none"> Aneurisme Sirkumsisi Defisiensi pengetahuan Koagulopati intravaskuler diseminata Riwayat jatuh Gangguan gastrointestinal (misal: penyakit ulkus lambung, polip, varises) Gangguan fungsi hati (misal: sirosis, hepatitis) Koagulopati inheren (misal: trombositopenia) Komplikasi pascapartum (misal: atoni uteri, retensi plasenta) 	<p>NOC</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan perdarahan tidak terjadi dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> Tidak ada hematuria dan hematemesis Kehilangan darah yang terlihat Tekanan darah dalam batas normal Tidak ada perdarahan pervagina Tidak ada distensi abdominal Hemoglobin dan hematokrit dalam batas normal Plasma, PT, PTT, dalam batas normal 	<p>NIC</p> <p><i>Bleeding precautions</i></p> <ol style="list-style-type: none"> Monitor ketat tanda-tanda perdarahan Catat nilai Hb dan HT sebelum dan sesudah terjadinya perdarahan Monitor nilai lab (koagulasi) yang meliputi PT, PTT, trombosit Monitor TTV ortostatik Pertahankan bed rest selama perdarahan aktif Kolaborasi dalam pemberian darah Hindari mengukur suhu melalui rectal Hindari pemberian aspirin dan anticoagulant Anjurkan pasien untuk meningkatkan intake makanan yang banyak mengandung vitamin K Hindari terjadinya konstipasi dengan menganjurkan untuk mempertahankan intake cairan yang adekuat Identifikasi penyebab perdarahan Monitor intake dan output cairan

Tabel 2.1 Lanjutan

NO.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
7.	<p>Ansietas b.d krisis situasional</p> <p>Definisi: perasaan tidak nyaman atau kekhawatiran yang samar disertai respon autonom (sumber sering kali tidak spesifik atau tidak diketahui oleh individu), perasaan takut yang disebabkan oleh antisipasi terhadap bahaya. Hal ini merupakan isyarat kewaspadaan yang memperingatkan individu akan adanya bahaya dan kemampuan individu untuk bertindak menghadapi ancaman</p> <p>Batasan Karakteristik:</p> <ol style="list-style-type: none"> Perilaku Afektif Fisiologis Simpatik Parasimpatik Kognitif <p>Faktor yang berhubungan:</p> <ol style="list-style-type: none"> Perubahan dalam (status ekonomi, lingkungan, status kesehatan, pola interaksi, fungsi peran, status peran) 	<p>NOC</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan pasien dan keluarga tidak mengalami kecemasan dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> Klien mampu mengidentifikasi dan mengungkapkan gejala cemas Mengidentifikasi, mengungkapkan dan menunjukkan tehnik untuk mengontrol cemas Vital sign dalam batas normal Postur tubuh, ekspresi wajah, bahasa tubuh dan tingkat aktivitas menunjukkan berkurangnya kecemasan 	<p>NIC</p> <p><i>Anxiety Reduction</i> (penurunan kecemasan)</p> <ol style="list-style-type: none"> Gunakan pendekatan yang menenangkan Nyatakan dengan jelas harapan terhadap pelaku pasien Jelaskan semua prosedur dan apa yang dirasakan selama prosedur Pahami perspektif pasien terhadap situasi stress Temani pasien untuk memberikan keamanan dan mengurangi takut Dorong keluarga untuk menemani anak Dengarkan dengan penuh perhatian Identifikasi tingkat kecemasan Bantu pasien mengenal situasi yang menimbulkan kecemasan Dorong pasien untuk mengungkapkan perasaan, ketakutan, persepsi Instruksikan pasien menggunakan tehnik relaksasi

Tabel 2.1 Lanjutan

NO.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
a.	Pemajanan toksin		
b.	Terkait keluarga		
c.	Hereditas		
d.	Infeksi/kontaminan interpersonal		
e.	Penularan penyakit interpersonal		
f.	Krisis maturasi, krisis situasional		
g.	Stress, Ancaman kematian		
h.	Penyalahgunaan zat		
i.	Ancaman pada (status ekonomi, lingkungan, status kesehatan, pola interaksi, fungsi peran, status peran, konsep diri)		
j.	Konflik tidak disadari mengenai tujuan penting hidup		
k.	Konflik tidak disadari mengenai nilai yang esensial/penting		
l.	Kebutuhan yang tidak dipenuhi		

4. Evaluasi

Evaluasi adalah tindakan intelektual untuk melengkapi proses keperawatan yang menandakan seberapa jauh diagnosa keperawatan, rencana tindakan, dan pelaksanaan sudah berhasil (Nursalam, 2001).

Evaluasi Keperawatan pada klien dengan abses adalah:

- a) Klien melaporkan rasa nyeri berkurang
- b) Rasa nyaman klien terpenuhi
- c) Daerah abses tidak terdapat pus
- d) Tidak ditemukan adanya tanda-tanda infeksi (pembengkakan, demam, kemerahan)
- e) Tidak terjadi komplikasi.