

## **BAB II**

### **TINJAUAN TEORI**

#### **A. Tinjauan Konsep Perioperatif**

##### **1. Konsep Perioperatif**

###### **a. Pengertian**

Menurut Farhan dan Ratnasari ( 2019) :

Keperawatan perioperatif merupakan istilah yang digunakan untuk menggambarkan keragaman fungsi keperawatan yang berikatan dengan pengalaman pembedahan pasien yang mencakup tiga fase dalam perioperatif, yaitu :

###### **1) Fase pra operatif**

Dimulai ketika ada keputusan untuk dilakukan intervensi bedah dan diakhiri ketika pasien dikirim ke meja operasi. Lingkup aktivitas keperawatan selama waktu tersebut dapat mencakup penetapan pengkajian dasar pasien di tatanam klinis atau rumah, wawancara pra operatif dan menyiapkan pasien untuk anestesi yang diberikan dan pembedaan.

###### **2) Fase intra operatif**

Dimulai ketika pasien masuk atau dipindah ke instalasi bedah dan keperawatan mencakup pemasangan IV catheter, pemberian edikasi intravena, melakukan pemantauan kondisi fisiologis menyeluruh sepanjang prosedur pembedahan dan menjaga keselamatan pasien. Contoh : memberikan dukungan fisiologis selama induksi anestesi bertindak sebagai perawat scrub, atau membantu mengatur posisi pasien di atas meja operasi dengan menggunakan prinsip-prinsip dasar kesimetrisan tubuh.

###### **3) Fase pasca operatif**

Dimulai dengan masuknya pasien ke ruang pemulihan (recovery room) dan berakhir dengan evaluasi tindak lanjut tatanan klinik

atau dirumah. Lingkup aktivitas keperawatan mencakup rentang aktivitas yang luas selama periode ini. Pada fase ini, fokus pengkajian meliputi efek agen anastesi dan memantau fungsi vital serta mencegah komplikasi. Aktivitas keperawatan kemudian berfokus pada peningkatan penyembuhan pasien dan melakukan penyuluhan. Perawatan tindak lanjut dan rujukan yang penting untuk penyembuhan dan rehabilitasi serta pemulangan.

## **2. Konsep Debridemen**

Menurut Margarita Rehatta 2015 :

### **a. Pengertian Debridemen**

Debridemen adalah suatu proses usaha menghilangkan jaringan nekrotik atau jaringan nonvital dan jaringan yang sangat terkontaminasi dari bedah luka dengan mempertahankan secara maksimal struktur anatomis yang penting seperti syaraf, pembuluh darah, tendo, dan tulang.

### **b. Tujuan Debridemen**

Mengurangi kontaminasi pada luka untuk mengontrol dan mencegah infeksi. Jika jaringan nekrotik tidak dihilangkan akan berakibat tidak hanya menghalangi penyembuhan luka tetapi juga dapat terjadi kehilangan protein, osteomyelitis, infeksi sistemik dan kemungkinan terjadi sepsis, amputasi anggota atau kematian. Setelah debridemen membuang jaringan nekrotik akan terjadi perbaikan sirkulasi dan terpenuhi pengangkutan oksigen yang adekuat ke luka.

Debridemen merupakan upaya untuk mempercepat penyembuhan luka dimana luka yang mengandung jaringan nekrotik akan lama sembuh.

### **c. Macam-macam Debridemen**

#### **1) Surgical debridemen**

Tindakan ini dilakukan menggunakan blade scalpel, selanjutnya semua jaringan menggunakan nekrotik dibuang hingga jaringan dasar ulkus yang sehat.

#### **2) Autolytic debridemen**

Prosedur ini menggunakan enzim tubuh dan cairan alami untuk melembutkan jaringan yang buruk.

3) Mechanical debridemen

Menggunakan cairan untuk membersihkan jaringan yang lama, membungkus luka dengan kasa basah hingga kering, dan mengusakan bantalan poliester dengan lembut keseluruhan luka.

4) Biological debridemen

Prosedur ini menggunakan belatung steril dari spesies *Lucilia sericata*. Belatung membantu penyembuhan luka dengan memakan jaringan lama dan mengendalikan infeksi dengan melepaskan zat antibakteri.

5) Debridemen pembedahan

Debridement bedah ini lebih sering dilakukan karena lebih cepat dan efisien untuk menghambat infeksi, antara lain tujuannya, mengevakuasi bakteri kontaminasi, mengangkat jaringan nekrotik, menghilangkan kalus dan menghilangkan resiko infeksi lokal.

d. Komplikasi Debridemen

1) Gangguan perfusi jaringan akibat penurunan aliran darah ke kaki.

2) Infeksi

Infeksi bedah merupakan penyulit pembedahan yang sering dijumpai pada praktek sehari – hari infeksi dapat terbatas di tempat pembedahan, luka insisi atau menyebar secara sistematis (sepsis). Infeksi dapat terjadi apabila dalam perawatan luka post debrid ulkus tidak dilakukan secara multidisiplin, dan tidak teliti dalam memberikan antiseptik maupun penggunaan alat medikasi.

3) Kerusakan integritas kulit akibat pembedahan

Kerusakan integritas kulit akibat dehisiensi luka. Dehisiensi luka merupakan luka yang terbuka di bagian tepi – tepi luka. Faktor penyebab terjadinya infeksi karena penutupan luka tidak rapat atau tidak benar.

## **B. Konsep Asuhan Keperawatan**

### **1. Definisi Asuhan Keperawatan Perioperatif**

Keperawatan perioperatif tidak lepas dari salah satu ilmu medis yaitu ilmu bedah. Keperawatan perioperatif terdiri dari beberapa fase, diantaranya pre, intra, dan post operatif. Asuhan keperawatan perioperatif merupakan asuhan keperawatan yang dilakukan secara berkesinambungan, asuhan keperawatan dimulai dari praoperatif dibagian rawat inap, poliklinik, unit gawat darurat yang kemudian dilanjutkan di kamar operasi oleh perawat perioperatif hingga pasien di operasi (intraoperatif) kemudian dilakukan pemulihan diruang pemulihan sampai dengan pemantauan kondisi pasien membaik yang dilakukan di ruang rawat inap (pasca operasi).

### **2. Pra Operatif**

#### **a. Pengkajian praoperatif**

Pengkajian pada fase praoperatif dilakukan untuk menggali permasalahan pada pasien sehingga perawat dapat melakukan intervensi dan evaluasi pre operatif dengan cepat dan tanggap. Pengkajian adalah langkah pertama proses keperawatan serta disusun agar perawat dan klien dapat merencanakan hasil pasca operasi yang optimal (Hipkabi, 2014).

Pengkajian praoperatif pada kondisi klinik terbagi atas 2 bagian yaitu: pengkajian komprehensif yang dilakukan perawat pada bagian rawat inap, poliklinik, dan unit gawat darurat, pengkajian klarifikasi ringkas dilakukan oleh perawat perioperatif di kamar operasi. Pengkajian praoperatif terdiri dari beberapa pengkajian diantaranya:

- 1) Pengkajian umum meliputi: identitas pasien dan persetujuan operasi (*informed consent*).
- 2) Riwayat kesehatan meliputi: penyakit yang pernah diderita, riwayat alergi, skala nyeri
- 3) Psikososial meliputi: kecemasan, citra diri, pengetahuan, persepsi dan pemahaman terhadap pembedahan.

- 4) Pemeriksaan fisik meliputi: tingkat kesadaran, tanda-tanda vital dan *head to toe* (terutama pada bagian anus dan genitalia)
- 5) Pengkajian diagnostik meliputi: pemeriksaan laboratorium dan pemeriksaan *echocardiography*.

b. Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan pathway debridemen menurut (Naura, 2015) didapatkan diagnosa yang sering muncul pada saat pra operasi sebagai berikut. Diagnosa keperawatan dibuat berdasarkan Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (2018) :

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 pencedra fisiologis ( mis. inflamasi, skemia, neoplasma)
- Agen pencedra kimiawi (mis. terbakar, bahan kimia iritan)
- Agen pencedera fisik ( mis. abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan.

c) Gejala dan tanda mayor

Subjektif

- Mengeluh nyeri

Objektif

- Tampak meringis
- Bersikap protektif (mis. waspada posisi menghindari nyeri)
- Gelisah
- Frekuensi nadi meningkat
- Sulit tidur

- d) Gejala dan tanda minor
- Subjektif  
(Tidak tersedia)
- Objektif
- Tekanan darah meningkat
  - Pola napas berubah
  - Nafsu makan berubah
  - Proses berfikir terganggu
  - Menarik diri
  - Berfokus pada diri sendiri

- e) Kondisi Klinis terkait
- Kondisi pembedahan
  - Cedera traumatis
  - Infeksi
  - Sindrom koroner akut
  - Glaukoma

## 2) Ansietas

a) Definisi: Kondisi emosi dan pengalaman subjektif individu terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik akibatantisipasi bahaya yang memungkinkan individu melakukan tindakan untuk menghadapi ancaman.

### b) Penyebab

- Krisis situasional
- Kebutuhan tidak terpenuhi
- Krisis maturasional
- Ancaman terhadap konsep diri
- Ancaman terhadap kematian
- Kekhawatiran mengalami kegagalan
- Disfungsi sistem keluarga
- Hubungan orang tua-anak tidak memuaskan
- Faktor keturunan (temperamen mudah teragitasi sejak lahir)

- Penyalahgunaan zat
  - Terpapar bahaya lingkungan (mis. toksin, polutan)
  - Kurang terpapar informasi
- c) Gejala dan tanda mayor
- Subjektif
- Merasa bingung
  - Merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi
  - Sulit berkonsentrasi
- Objektif
- Tampak gelisah
  - Tampak tegang
  - Sulit tidur
- d) Gejala dan tanda minor
- Subjektif
- Mengeluh pusing
  - Anoreksia
  - Palpitasi
  - Merasa tidak berdaya
- Objektif
- Frekuensi napas meningkat
  - Frekuensi nadi meningkat
  - Tekanan darah meningkat
  - Tremor
  - Muka tampak pucat
  - Suara bergetar
- e) Kondisi klinis terkait
- Penyakit kronis progresif (mis. Kanker, Penyakit autoimun)
  - Penyakit akut
  - Hospitalisasi
  - Rencana operasi

- Kondisi diagnosa penyakit belum jelas

3) Gangguan mobilitas fisik

a) Definisi: Keterbatasan dalam gerak fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri.

b) Penyebab

- Kerusakan integritas struktur tulang
- Perubahan metabolisme
- Ketidak bugaran fisik
- Penurunan kendali otot
- Kekuatan sendi
- Kontraktur
- Gangguan muskuloskeletal
- Gangguan neuromuskular
- Efek agen farmakologis
- Program pembatasan gerak
- Nyeri
- Kurang terpapar informasi tentang aktivitas fisik
- Kecemasan
- Keengganan melakukan pergerakan

c) Gejala dan tanda mayor

Subjektif

- Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas

Objektif

- Kekuatan otot menurun
- Rentang gerak (ROM) menurun

d) Gejala dan tanda minor

e) Kondisi klinis terkait

Subjektif

- Nyeri saat bergerak
- Enggan melakkukan pergerakan
- Merasa cemas saat bergerak

Objektif



- Sendi kaku
- Gerakan tidak terkoordinasi
- Gerakan terbatas
- Fisik lemah

4) Hipertermi

a) Definisi: Suhu tubuh meningkat diatas rentang normal tubuh.

b) Penyebab

- Dehidrasi
- Terpapar lingkungan panas
- Proses penyakit (mis. infeksi, kanker)
- Ketidakesesuaian pakaian denan suhu lingkungan
- Peningkatan laju metabolisme
- Respon trauma
- Aktivitas berlebihan
- Penggunaan inkubator

c) Gejala dan tanda mayor

Subjektif

(Tidak tersedia)

Objektif

- Suhu tubuh diatas nilai normal

d) Gejala dan tanda minor

Subjektif

(Tidak tersedia)

Objektif

- Kulit merah
- Kejang
- Takikardi
- Takipnea
- Kulit terasa hangat

e) Kondisi klinis terkait

- Proses infeksi

- Hipertiroid
- Stroke
- Dehidrasi
- Trauma
- Prematuritas

c. Intervensi Keperawatan Pra operatif

NO	DIAGNOSA	TUJUAN	INTERVENSI
<b>Pre Operatif</b>			
1.	Nyeri akut (D.0077)	(L.0066) Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan nyeri berkurang dengan kriteria hasil: 1. Pasien mengatakan nyeri berkurang 2. Pasien tampak rileks 3. Tanda – tanda vital dalam batas normal	Managemen Nyeri (I.0044) Observasi a. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensita nyeri b. Identifikasi skala nyeri c. Identifikasi respons nyeri non verbal d. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri  Terapeutik a. Berikan teknik nonfarmakologis (misal: terapi musik, terapi pijat)  Edukasi a. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri b. Jelaskan strategi meredakan nyeri c. Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri  Kolaborasi a. Kolaborasi pemberian analgetik, <i>jika perlu</i>

2.	Gangguan mobilitas fisik (D.0054)	(L.05042) Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan mobilisasi dapat membaik dengan kriteria hasil : a. Pergerakan eekstermitas meningkat b. Kekuatan otot meningkat c. Rentang gerak (ROM) meningkat	Dukungan mobilisasi (I.05173): Observasi 1) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2) Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah 3) Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi Teraupetik 1) Fasilitasi mobilisasi dengan alat bantu 2) libatkan keluarga dalam meningkatkan pergerakan Edukasi 1) Jelaskan tujuan mobilisasi 2) Ajarkan mobilisasi dini sederhana agar pasien dapat dipindahkan ke ruang rawat.
3.	Hipertermi (D.0130)	(L.14134) setelah dilakukan tindakan keperawatan suhu dalam rentang normal. Kriteria hasil: a. Suhu tubuh dalam rentang normal b. Nadi dan respirasi dalam rentang normal	Manajemen Hipertermia (I.15506) : Observasi : 1) identifikasi penyebab hipertermi 2) Monitor suhu tubuh 3) monitor kadar elitrolit 4) monitor komplikasi akibat hipertermi Terapeutik : 1) Sediakan lingkungan yang dingin 2) longgarkan ataulepaskan pakaian 3) basahi atau kipasi area tubuh 4) berikan cairan oral 5) Ganti linen setiap hari Edukasi 1) Anjurkan tirah baring

			Kolaborasi 2) Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena, jika perlu
--	--	--	---

d. Implementasi

Implementasi merupakan realisasi rencana keperawatan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan, kegiatan pada tahap ini yaitu pengumpulan data berkelanjutan, mengobservasi respon pasien selama dan sesudah diberi tindakan (Kozier, 2016). Tujuan dari implementasi adalah membantu pasien dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan yang mencakup peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, pemulihan kesehatan, dan manifestasi koping.

e. Evaluasi

Evaluasi merupakan penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien (hasil yang diamati) dengan tujuan dan kriteria hasil yang di buat pada tahap perencanaan (Potter & Perry, 2016). Meskipun tahap evaluasi diletakkan pada akhir proses keperawatan tetap tahap ini merupakan bagian integral pada setiap tahap proses keperawatan. Pengumpulan data perlu direvisi untuk menentukan kecukupan data yang telah di kumpulkan dan kesesuaian perilaku yang diobservasi. Evaluasi diperlukan pada tahap intervensi untuk menentukan apakah tujuan intervensi tersebut dapat dicapai secara efektif (Nursalam, 2016).

### 3. Intra Operatif

a. Pengkajian fase intra operatif

Pengkajian yang dilakukan oleh perawat intraoperatif lebih kompleks dan harus dilakukan secara cepat dan ringkas agar dapat segera dilakukan tindakan keprawatan yang sesuai sehingga kejadian pada pasien baik yang bersifat resiko maupun aktual dapat teratasi. Pengkajian yang dilakukan intraoperatif meliputi:

- 1) validasi identitas
- 2) proses keperawatan pemberian anestesi dan prosedur pembedahan,
- 3) konfirmasi kelengkapan data penunjang laboratorium dan radiologi

b. Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan pathway debridemen menurut (Naura, 2015) didapatkan diagnosa yang sering muncul pada saat intra operasi sebagai berikut. Diagnosa keperawatan dibuat berdasarkan Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (2018) :

- 1) Risiko Cedera berhubungan dengan prosedur pembedahan
  - a. Definisi: Berisiko mengalami bahaya atau kerusakan fisik yang menyebabkan seseorang tidak lagi sepenuhnya sehat atau dalam kondisi baik.
  - b. Faktor risiko
    - Eksternal
      - Terpapar patogen
      - Terpapar zat kimia toksik
      - Ketidakamanan transportasi
    - Internal
      - Tidak normalan profil darah
      - perubahan fungsi psikomotor
      - Proses pembedahan
      - Perubahan sensasi
      - Hipoksia jaringan
      - Kegagalan mekanisme pertahanan tubuh
      - Perubahan fungsi psikomotor
      - Perubahan fungsi kognitif
  - c) Kondisi klinis terkait
    - Kejang
    - Vertigo
    - Pembedahan

- Gangguan penglihatan
- Hipotensi

2) Risiko infeksi

a. Definisi: Berisiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik.

b. Faktor risiko

- Penyakit kronis
- Efek prosedur invasif
- Malnutrisi
- Peningkatan paparan organisme patogen lingkungan
- Ketidak edekuatan pertahanan tubuh

c. Kondisi terkait

- AIDS
- Luka bakar
- Penyakit paru obstruktif
- Diabetes melitus
- Tindakan invasif
- Kondisi penggunaan terapi
- Leukositopenia

c. Intervensi Keperawatan Intra Operatif

NO	DIAGNOSA	TUJUAN	INTERVENSI
<b>Intra Operatif</b>			
1.	Risiko Cedera ( D.0136)	(L.14136) Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan cedera tidak terjadi, dengan kriteria hasil: 1. Kejadian cedera menurun (5) 2. Tekanan darah, frekuensi	Manajemen Lingkungan (I.14513) Observasi: 1) Identifikasi area lingkungan yang berpotensi menyebabkan cedera 2) Identifikasi obat yang berpotensi menyebabkan cedera 3) Identifikasi kesesuaian alas kaki atau stoking elastis pada ekstremitas bawah

		nadi, dan frekuensi napas membaik (5)	<p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Sediakan pencahayaan yang memadai</li> <li>2) Gunakan lampu tidur selama jam tidur</li> <li>3) Sosialisasikan pasien dan keluarga dengan lingkungan ruang rawat (penggunaan tempat tidur, penerangan ruangan dan lokasi kamar mandi)</li> <li>4) Gunakan alas lantai jika beresiko mengalami cedera serius</li> <li>5) Pastikan bel panggilan atau telepon mudah dijangkau</li> <li>6) Pastikan barang-barang pribadi mudah dijangkau</li> <li>7) Pertahankan posisi tempat tidur diposisi terendah saat digunakan</li> <li>8) Pastikan roda tempat tidur dalam kondisi terkunci</li> <li>9) Gunakan pengaman tempat tidur sesuai dengan kebijakan fasilitas pelayanan kesehatan</li> <li>10) Pertimbangkan penggunaan alarm elektronik pribadi atau alarm sensor pada tempat tidur</li> <li>11) Diskusikan mengenal latihan dan terapi fisik yang diperlukan</li> <li>12) Diskusikan mengenai alat bantu mobilitas yang</li> </ol>
--	--	---------------------------------------	---

			sesuai 13) Diskusikan bersama anggota keluarga yang dapat mendampingi pasien 14) Tingkatkan frekuensi observasi dan pengawasan pasien, <i>sesuai kebutuhan</i> Edukasi 1) Jelaskan alasan intervensi pencegahan jatuh ke pasien dan keluarga 2) Anjurkan berganti posisi secara perlahan dan duduk selama beberapa menit sebelum berdiri.
3.	Resiko infeksi (D.0142)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat infeksi menurun, dengan kriteria hasil: 1. Demam menurun 2. Kemerahan menurun 3. Nyeri menurun Bengkak menurun	Intervensi Utama 1) Manajemen imunitas 2) Pencegahan infeksi  3) Intervensi Pendukung 4) Pemantauan tanda vital 5) Pemberian obat 6) Pencegahan luka tekan 7) Perawat area insisi

#### d. Implementasi

Implementasi merupakan realisasi rencana keperawatan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan, kegiatan pada tahap ini yaitu pengumpulan data berkelanjutan, mengobservasi respon pasien selama dan sesudah diberi tindakan (Kozier, 2016). Tujuan dari implementasi adalah membantu pasien dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan yang mencakup peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, pemulihan kesehatan, dan manifestasi coping.



e. Evaluasi

Evaluasi merupakan penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien (hasil yang diamati) dengan tujuan dan kriteria hasil yang di buat pada tahap perencanaan (Potter & Perry, 2016). Meskipun tahap evaluasi diletakkan pada akhir proses keperawatan tetapi tahap ini merupakan bagian integral pada setiap tahap proses keperawatan. Pengumpulan data perlu direvisi untuk menentukan kecukupan data yang telah di kumpulkan dan kesesuaian perilaku yang diobservasi. Evaluasi diperlukan pada tahap intervensi untuk menentukan apakah tujuan intervensi tersebut dapat dicapai secara efektif (Nursalam, 2016).

#### 4. Post Operatif

a. Pengkajian post operatif

- 1) Setelah dilakukan pembedahan pasien akan masuk ke ruang pemulihan untuk memantau tanda-tanda vitalnya sampai ia pulih dari anastesi dan bersih secara medis untuk meninggalkan ruangan operasi. Dilakukan pemantauan spesifik termasuk ABC yaitu airway, breathing, circulation. Tindakan dilakukan untuk upaya pencegahan post operasi, ditakutkan ada tanda-tanda syok seperti hipotensi, takikardi, gelisah, susah bernapas, sianosis, SPO2 rendah.
- 2) Latihan tungkai (ROM)
- 3) Kenyamanan, meliputi : terdapat nyeri, mual dan muntah
- 4) Balutan, meliputi : keadaan drain dan terdapat pipa yang harus di sambung dengan sistem drainase
- 5) Perawatan, meliputi : cairan infus, kecepatan, jumlah cairan, kelancaran cairan. Sistem drainase : bentuk kelancaran pipa, hubungandengan alat penampung, sifat dan jumlah drainase.
- 6) Nyeri, meliputi : waktu, tempat, frekuensi, kualitas dan faktor yang memperberat atau memperingan

b. Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan pathway debridemen menurut (Naura, 2015) didapatkan diagnosa yang sering muncul pada saat post operasi sebagai berikut. Diagnosa keperawatan dibuat berdasarkan Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (2018) :

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 pencedra fisiologis ( mis. inflamasi, skemia, neoplasma)
- Agen pencedra kimiawi (mis. terbakar, bahan kimia iritan)
- Agen pencedera fisik ( mis. abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan.

c. Gejala dan tanda mayor

Subjektif

- Mengeluh nyeri

Objektif

- Tampak meringis
- Bersikap protektif (mis. waspada posisi menghindari nyeri)
- Gelisah
- Frekuensi nadi meningkat
- Sulit tidur

d. Gejala dan tanda minor

Subjektif

(Tidak tersedia)

Objektif

- Tekanan darah meningkat

- Pola napas berubah
  - Nafsu makan berubah
  - Proses berfikir terganggu
  - Menarik diri
  - Berfokus pada diri sendiri
- e. Kondisi Klinis terkait
- Kondisi pembedahan
  - Cedera traumatis
  - Infeksi
  - Sindrom koroner akut
  - Glaukoma
- 2) Risiko hipotermia perioperatif berhubungan dengan suhu lingkungan rendah
- a. Definisi: Berisiko mengalami kegagalan termoregulasi yang dapat mengakibatkan suhu tubuh berada di bawah rentang normal.
- b. Faktor risiko
- Prosedur pembedahan
  - Kombinasi anastesi regional dan umum
  - Berat badan rendah
  - Neuropati diabetik
  - Suhu lingkungan rendah
- c. Kondisi klinis terkait
- Tindakan pembedahan
- 3) Gangguan integritas kulit/jaringan
- a. Definisi: Keterbatasan dalam gerak fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri.
- b. Penyebab
- Perubahan sirkulasi
  - Perubahan status nutrisi
  - Penurunan mobilitas
  - Suhu lingkungan ekstrim

- Pembedahan
  - kelembaban
  - perubahan pimentasi
  - Neuropati perifer
- c. Gejala dan tanda mayor
- Subjektif  
(Tidak tersedia)
- Objektif
- Kerusakan jaringan atau lapisan kulit
- d. Gejala dan tanda minor
- Subjektif  
(Tidak tersedia)
- Objektif
- Nyeri perdarahan
  - Kemerahan
  - Hematoma
  - Perdarahan
- e. Kondisi klinis terkait
- Imobilisasi
  - Gagal jantung kongestif
  - Gagal ginjal
  - Diabestes militus
- 4) Gangguan mobilitas fisik
- a. Definisi: Keterbatasan dalam gerak fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri.
- b. Penyebab
- Kerusakan integritas struktur tulang
  - Perubahan metabolisme
  - Ketidak bugaran fisik
  - Penurunan kendali otot
  - Kekuatan sendi
  - Kontraktur

- Gangguan muskuloskeletal
  - Gangguan neuromuskular
  - Efek agen farmakologis
  - Program pembatasan gerak
  - Nyeri
  - Kurang terpapar informasi tentang aktivitas fisik
  - Kecemasan
  - Keengganan melakukan pergerakan
- c. Gejala dan tanda mayor
- Subjektif
- Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas
- Objektif
- Kekuatan otot menurun
  - Rentang gerak (ROM) menurun
- d. Gejala dan tanda minor
- Subjektif
- Nyeri saat bergerak
  - Enggan melakukan pergerakan
  - Merasa cemas saat bergerak
- Objektif
- Sendi kaku
  - Gerakan tidak terkoordinasi
  - Gerakan terbatas
- Fisik lemah
- e. Kondisi klinis terkait
- Proses infeksi
  - Hipertiroid
  - Stroke
  - Dehidrasi
  - Trauma
  - Prematuritas
- c. Intervensi Keperawatan post operatif

NO	DIAGNOSA	TUJUAN	INTERVENSI
<b>Post Operatif</b>			
1.	Nyeri akut (D.0077)	(L.08066) Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan nyeri berkurang dengan kriteria hasil: 4. Pasien mengatakan nyeri berkurang 5. Pasien tampak rileks 6. Tanda – tanda vital dalam batas normal	Managemen Nyeri (I.02044) Observasi 1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensita nyeri 2) Identifikasi skala nyeri 3) Identifikasi respons nyeri non verbal 4) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri  Terapeutik 1) Berikan teknik nonfarmakologis (misal: terapi musik, terapi pijat)  Edukasi 1) Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 2) Jelaskan strategi meredakan nyeri 3) Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri  Kolaborasi 1) Kolaborasi pemberian analgetik, <i>jika perlu</i>
2.	Risiko hipotermia perioperatif (D.0141)	(L.14134) Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan hipotermia dapat membaik dengan kriteria hasil : a. Menggigil menurun b. Pucat menurun c. Suhu tubuh membaik	Managemen Hipotermia (I.14507) Observasi 1) Monitor suhu tubuh 2) Identifikasi penyebab hipotermia (terpapar suhu lingkungan rendah, kerusakan hipotalamus, penurunan laju metabolisme, kekurangan lemak subkutan) 3) Monitor tanda dan gejala akibat hipotermia  Terapeutik 1) Sediakan lingkungan yang hangat (atur suhu ruangan) 2) Lakukan penghangatan pasif (selimut, menutup kepala, pakaian tebal) 3) Lakukan penghangatan aktif eksternal (kompres hangat, selimut hangat, botol hangat, metode kangguru)

			4) Lakukan penghangatan aktif internal (infus cairan hangat, oksigen hangat, lavase peritoneal dengan cairan hangat)
3.	Gangguan Integritas kulit (D.0129)	(L.141250) Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan integritas kulit dan jaringan membaik dengan kriteria hasil : a. Integritas kulit yang baik bisa di pertahankan b. Menunjukkan proses perbaikan kulit yang baik mencegah terjadinya cedera berulang c. Mampu melindungi kulit dan kelembapan kulit	Perawatan Luka (I.14564) Observasi 1) Monitor karakteristik luka (mis, drainase, warna, ukuran, bau) 2) Monitor tanda-tanda infeksi Teraupetik 1) Lepaskan balutan dan plester secara perlahan 2) Cukur rambut di sekitar daerah luka, jika perlu 3) Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan 4) Bersihkan jaringan nekrotik 5) Berikan salep sesuai ke kulit/lesi, jika perlu. 6) Pasang balutan sesuai jenis luka 7) Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka 8) Ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase.
4.	Gangguan mobilitas fisik (D.0054)	L.05042) Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan mobilitasi dapat membaik dengan kriteria hasil : a. Pergerakan ekstremitas meningkat b. Kekuatan otot meningkat c. Rentang gerak (ROM) meningkat	Dukungan mobilisasi (I.05173) Observasi 1) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2) Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah 3) Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi Teraupetik 1) Fasilitasi mobilisasi dengan alat bantu 2) libatkan keluarga dalam meningkatkan pergerakan Edukasi 1) Jelaskan tujuan mobilisasi 2) Ajarkan mobilisasi dini sederhana agar pasien dapat dipindahkan ke ruang rawat.

d. Implementasi

Implementasi merupakan realisasi rencana keperawatan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan, kegiatan pada tahap ini yaitu pengumpulan data berkelanjutan, mengobservasi respon pasien selama dan sesudah diberi tindakan (Kozier, 2016). Tujuan dari implementasi adalah membantu pasien dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan yang mencakup peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, pemulihan kesehatan, dan manifestasi koping.

e. Evaluasi

Evaluasi merupakan penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien (hasil yang diamati) dengan tujuan dan kriteria hasil yang di buat pada tahap perencanaan (Potter & Perry, 2016). Meskipun tahap evaluasi diletakkan pada akhir proses keperawatan tetapi tahap ini merupakan bagian integral pada setiap tahap proses keperawatan. Pengumpulan data perlu direvisi untuk menentukan kecukupan data yang telah di kumpulkan dan kesesuaian perilaku yang diobservasi. Evaluasi diperlukan pada tahap intervensi untuk menentukan apakah tujuan intervensi tersebut dapat dicapai secara efektif (Nursalam, 2016).

## C. Konsep

### 1. Definisi

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 lain dari tubuh. Macam-macam abses tergantung dari posisi atau lokasinya, diantaranya abses abdomen, abses otak, abses gusi, abses femur dan lain-lain. Abses femur yaitu adanya kumpulan pus pada femur karena infeksi bakteri.



Ada dua jenis abses, septik dan steril. Kebanyakan abses adalah septik, yang berarti bahwa mereka adalah hasil dari infeksi. Septic abses dapat terjadi di mana saja di tubuh. Hanya bakteri dan respon kekebalan tubuh yang diperlukan. Sebagai tanggapan terhadap bakteri, sel-sel darah putih yang terinfeksi berkumpul di situs tersebut dan mulai memproduksi bahan kimia yang disebut enzim yang menyerang bakteri dengan terlebih dahulu tanda dan kemudian mencernanya. Enzim ini membunuh bakteri dan menghancurkan mereka ke potongan-potongan kecil yang dapat berjalan di sistem peredaran darah sebelum menjadi dihilangkan dari tubuh. Sayangnya, bahan kimia ini juga mencerna jaringan tubuh. Dalam kebanyakan kasus, bakteri menghasilkan bahan kimia yang serupa. Hasilnya adalah tebal, cairan-nanah kuning yang mengandung bakteri mati, dicerna jaringan, sel-sel darah putih, dan enzim.

Abses adalah pengumpulan nanah dalam suatu ruangan terbatas di dalam tubuh. Abses biasanya timbul sendiri (Oswari, 2005). Abses adalah pengumpulan nanah yang terlokalisir sebagai akibat dari infeksi yang melibatkan organisme piogenik. Nanah merupakan suatu campuran dari jaringan nekrotik, bakteri, dan sel darah putih yang sudah mati, yang dicairkan oleh enzim autolitik (Morison, 2004). Abses adalah infeksi bakteri setempat yang ditandai dengan pengumpulan pus (bakteri, jaringan nekrotik). Sedangkan menurut Dongoes (2010), abses (misalnya bisul) biasanya merupakan titik “mata”, yang kemudian pecah, rongga abses kolaps dan terjadi obliterasi karena fibrosis, meninggalkan jaringan perut yang kecil.

## **2. Tanda Dan Gejala**

Sebagian besar abses disebabkan karena infeksi, baik karena mikroba (bakteri, parasit, jamur) atau karena benda asing misalnya adanya serpihan benda tajam yang tertanam di bawah kulit. Abses steril kadang-kadang bentuk yang lebih ringan dari proses yang sama bukan disebabkan oleh bakteri, tetapi oleh non-hidup iritan seperti obat-obatan.

Jika menyuntikkan obat seperti penisilin tidak diserap, itu tetap tempat itu disuntikkan dan dapat menyebabkan iritasi yang cukup untuk menghasilkan abses steril. Seperti abses steril karena tidak ada infeksi yang terlibat. Abses steril cukup cenderung berubah menjadikeras, padat benjolan karena mereka bekas luka, bukan kantong-kantong sisa nanah.

Banyak agen yang berbeda menyebabkan abses. Yang paling umum adalah pembentuk nanah (piogenik) bakteri seperti *Staphylococcus aureus*, yang merupakan penyebab umum abses di bawah kulit. Abses di dekat usus besar, terutama di sekitar anus, dapat disebabkan oleh bakteri yang banyak ditemukan dalam usus besar. Abses otak dan abses hati dapat disebabkan oleh organisme yang dapat berjalan di sana melalui aliran darah. Bakteri, amuba, dan jamur tertentu dapat melakukan perjalanan dengan cara ini. Abses di bagian lain dari tubuh disebabkan oleh organisme yang biasanya menghuni struktur terdekat atau yang menginfeksi mereka. Suatu infeksi bakteri dapat menyebabkan abses melalui beberapa cara, yaitu:

- 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 lain secara limfatogen atau hematogen.
- c. Bakteri yang dalam keadaan normal hidup di dalam tubuh manusia atau tidak menimbulkan gangguan, terkadang menyebabkan terbentuknya abses.

### **3. Patofisiologi**

Proses abses merupakan reaksi perlindungan oleh jaringan untuk mencegah penyebaran atau perluasan infeksi ke bagian lain tubuh. Organisme atau benda asing membunuh sel-sel lokal yang pada akhirnya menyebabkan pelepasan sitokin. Sitokin ini memicu respon inflamasi yang menarik kedatangan sel-sel leukosit ke area tersebut dan meningkatkan aliran darah setempat.

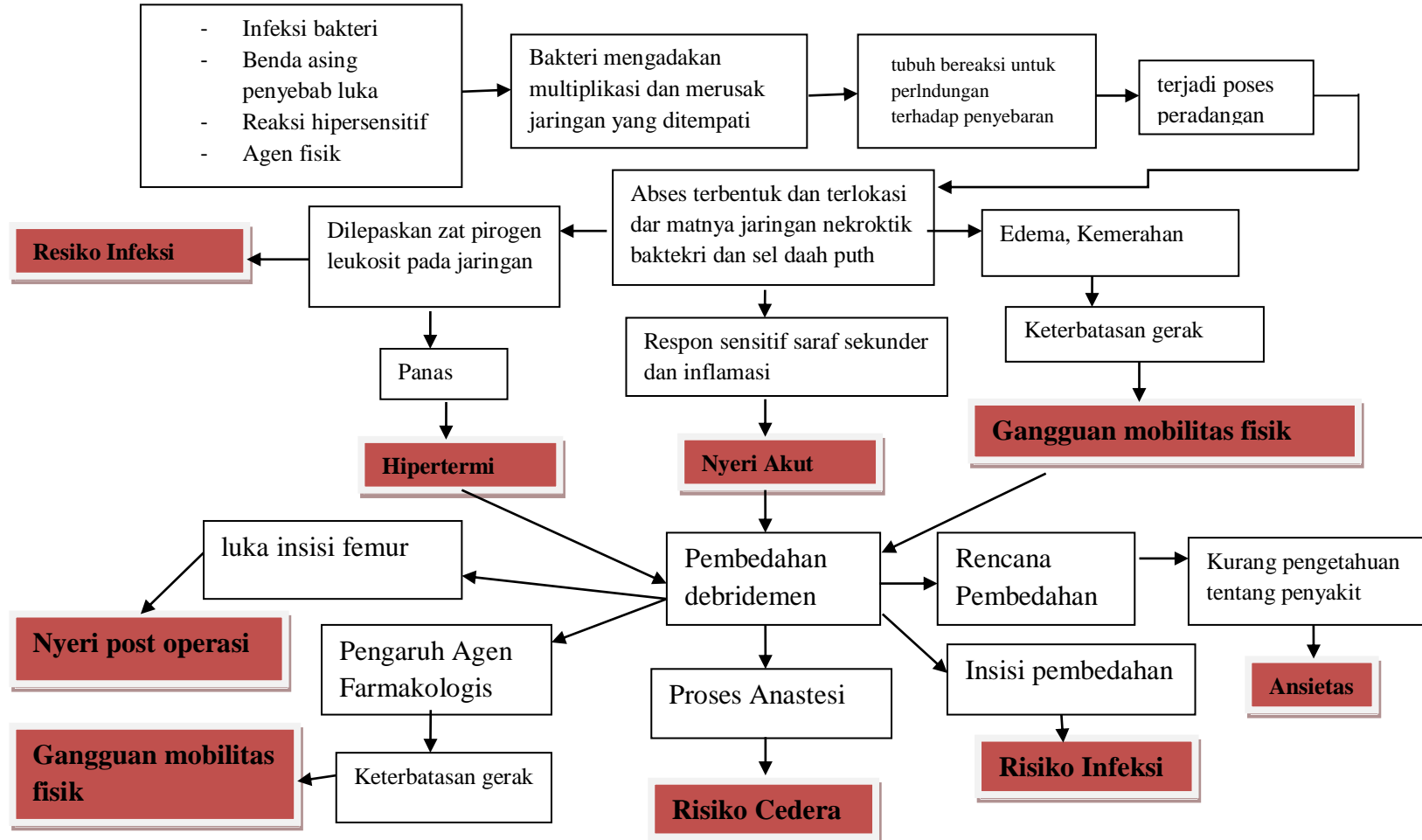
Struktur akhir dari suatu abses adalah dibentuknya dinding abses

atau kapsul oleh sel- sel sehat di sekeliling abses sebagai upaya untuk mencegah terjadinya infeksi oleh akumulasi pus terhadap struktur lain di sekitarnya. Meskipun demikian, sering kali proses ini justru menghalangi sel-sel imun untuk mengatasi penyebab peradangan (agen infeksi atau benda asing) dan melawan bakteri-bakteri yang terdapat dalam pus. Abses harus dibedakan dengan empyema. Empyema mengacu pada akumulasi pus di dalam kavitas yang baru terbentuk melalui proses terjadinya abses tersebut. Jika suatu abses pecah di dalam maka infeksi bisa menyebar di dalam tubuh maupun di bawah permukaan kulit, tergantung pada lokasi abses.

Ketika proses berlangsung, jaringan mulai berubah menjadi cair, dan bentuk-bentuk abses. Ini adalah sifat abses menyebar sebagai pencernaan kimia cair lebih banyak dan lebih jaringan. Selanjutnya, penyebaran mengikuti jalur yang paling resistensi, umum, jaringan yang paling mudah dicerna. Sebuah contoh yang baik adalah abses tepat di bawah kulit. Paling mudah segera berlanjut di sepanjang bawah permukaan dari pada bepergian melalui lapisan terluar atau bawah melalui struktur yang lebih dalam di mana ia bisa menguras isi yang beracun. Isi abses juga dapat bocor ke sirkulasi umum dan menghasilkan gejala seperti infeksi lainnya. Ini termasuk menggigil, demam, sakit, dan ketidaknyamanan umum.

#### 4. Pathway

Sumber : Muttaqin (2016), Nauri (2015)



## **5. Pemeriksaan Penunjang**

- 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.

## **6. Penatalaksanaan**

### **a. Pembedahan**

Pada umumnya abses memerlukan tindakan pembedahan, debridement dan kuretase untuk meringankan nyeri dan mengeluarkan pus atau drain sehingga mempercepat penyembuhan. Abses yang disebabkan oleh benda asing, maka benda asing tersebut harus diambil terlebih dahulu. Bila tidak maka cukup diambil absesnya atau dikeluarkan pusnya bersamaan dengan pemberian obat analgesic dan mungkin antibiotic.

Drainase abses dengan menggunakan pembedahan biasanya diindikasikan bila abses telah berkembang dari peradangan serosa yang keras menjadi tahap nanah yang lebih lunak. Apabila menimbulkan resiko tinggi, misalnya pada area-area yang kritis maka tindakan ini dijadikan sebagai alternative terakhir.

### **b. Konservatif**

Penanganan konservatif meliputi pemberian obat antibiotic dan analgesic. Karena sering kali abses disebabkan oleh staphylococcus aureus, maka antibiotik antistafilokokus seperti flucloxacillin atau dicloxacillin sering digunakan. Dengan adanya hemunculan Staphylococcus aureus resisten Methicillin (MRSA) yang didapat melalui komunitas, maka antibiotic biasa tersebut menjadi tidak efektif. Untuk menangani MRSA ini digunakan antibiotic antara lain: clindamycin, trimethoprim, sulfamethosazole dan doxycyclin. Sedangkan pemberian analgesic hanya diindikasikan jika klien terasa nyeri dengan

adanya abses atau pembedahan yang ada.

Hal yang perlu diperhatikan adalah penanganan dengan antibiotik saja tanpa drainase pembedahan merupakan tindakan yang tidak efektif. Hal ini karena antibiotik sering tidak mampu masuk ke dalam abses dan antibiotik sering kali tidak dapat bekerja pada pH yang rendah.

Jika abses secara langsung di bawah kulit, maka akan perlahan-lahan jalan melalui kulit karena lebih cepat jalannya bekerja di tempat lain. Karena bahan-bahan kimia bekerja lebih cepat pada temperatur lebih tinggi, aplikasi kompres panas pada kulit di atas abses akan mempercepat pencernaan kulit dan hasil akhirnya dalam merobohkan dan pelepasan spontan nanah. Perawatan ini terbaik dicadangkan untuk abses yang lebih kecil di daerah kurang sensitif dari tubuh seperti tungkai, batang, dan belakang leher. Hal ini juga berguna untuk semua dangkal abses dalam tahap awal. Ini akan “mematangkan” mereka. Kontras hidroterapi, bolak-balik kompres panas dan dingin, juga dapat membantu membantu tubuh dalam resorpsi dari abses.

#### **D. Jurnal Terkait**

1. Penelitian yang dilakukan oleh Ratu Alkhar (2020) dengan judul Asuhan keperawatan ulkus diabetikum dengan pre dan post debridemen yang dirawat di rumah sakit mendapatkan diagnosa keperawatan pre operasi Nyeri Akut b.d Agen pencedera fisiologis (D.0077), Perfusi Perifer Tidak Efektif b.d Hiperglikemi (D.0009), Ansietas b.d Krisis Situasional (D.0080), Gangguan Mobilitas Fisik b.d Kekakuan Sendi (D.0054), Gangguan Integritas Kulit b.d Perubahan Sirkulasi (D.0129), Gangguan Pola Tidur b.d Kurangnya Kontrol Tidur (D.0055), Resiko Hipovolemia d.d Kehilangan Cairan Secara Aktif (D.0034), Resiko Syok d.d Hipotensi (D.0039) dan untuk diagnosa keperawatan post operasi Resiko Hipotermia Perioperatif d.d Prosedur Pembedahan (D.0141), Nyeri Akut b.d Agen Pencedera Fisik (mis. Prosedur operasi)

(D.0077), Neusea b.d Efek Agen Farmakologis (D.0076) Resiko Infeksi d.d Efek Prosedur Invasif (D.0142), Gangguan Integritas Kulit b.d Faktor Elektris (elektrodiatermi) (D.0129).

2. Penelitian yang dilakukan oleh Anggi Noviyanti (2019) dengan judul Asuhan keperawatan post operasi insisi drainase abses submandibula dengan nyeri akut di ruang perawatan melati iv rsud dr.soekardjo kota tasikmalaya mendapatkan diagnosa post operasi Kerusakan integritas jaringan berhubungan dengan luka pembedahan, Hipertermi berhubungan dengan infeksi pembedahan, Nyeri berhubungan dengan luka insisi pembedahan.
3. Penelitian yang dilakukan oleh Sumiati longso (2018) dengan judul Asuhan keperawatan pada Tn. T Dengan abses pedis di ruangan tulip RSUD. PROF.DR.W.Z.JOHANNES Kupang didapatkan diangnosa keperawatan Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis, Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan imunodefisiensi, Hipertermi berhubngan dengan proses penyakit.