

KARYA ILMIAH AKHIR NERS (KIA-N)



JUDUL :

**PENERAPAN KOMPRES HANGAT PADA ASUHAN KEPERAWATAN
DENGAN GANGGUAN KEBUTUHAN RASA AMAN DAN NYAMAN
DIRUANG THT RAWAT INAP RSUD DR. ACHMAD MOCHTAR
BUKITTINGGI TAHUN 2020**

Oleh :

SANTIK INTANI PUTRI, S.Kep

NIM: 1914901741

PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFRSI NERS

STIKes PERINTIS PADANG

T.A 2019/2020

**PENERAPAN KOMPRES HANGAT PADA ASUHAN KEPERAWATAN
DENGAN GANGGUAN KEBUTUHAN RASA AMAN DAN NYAMAN
DIRUANG THT RAWAT INAP RSUD DR. ACHMAD MOCHTAR
BUKITTINGGI TAHUN 2020**

KARYA ILMIAH AKHIR NERS (KIA-N)

*Diajukan Untuk Memenuhi Salah Satu Syarat Dalam Menyelesaikan
Pendidikan Profesi Ners STIKes Perintis Padang*



Oleh :

SANTIK INTANI PUTRI, S.Kep

NIM: 1914901741

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFRSI NERS
STIKes PERINTIS PADANG
T.A 2019/2020**

PERNYATAAN KEASLIAN KIA-N

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Santik Intani Putri

NIM : 1914901741

Program Studi : Profesi Ners

Judul KIA-N : Penerapan Kompres Hangat Pada Asuhan Keperawatan Dengan Gangguan Kebutuhan Rasa Aman Dan Nyaman Diruang THT Rawat Inap RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2020.

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Karya Ilmiah Akhir Ners (KIA-N) yang saya tulis ini benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambil alihan tulisan atau pemikiran orang lain. Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian atau keseluruhan KIA-N ini merupakan hasil karya orang lain maka saya bersedia mempertanggung jawabkan sekaligus bersedia menerima sanksi yang seberat-beratnya.

Demikian pernyataan ini saya buat dalam keadaan sadar tanpa paksaan sama sekali.

Bukittinggi, September 2020



Membuat Pernyataan

Santik Intani Putri

HALAMAN PERSETUJUAN

PENERAPAN KOMPRES HANGAT PADA ASUHAN KEPERAWATAN
DENGAN GANGGUAN KEBUTUHAN RASA AMAN DAN NYAMAN
DIRUANG THT RAWAT INAP RSUD DR. ACHMAD MOCHTAR
BUKITTINGGI TAHUN 2020

Oleh

SANTIK INTANI PUTRI
1914901741

Karya Ilmiah Akhir Ners ini telah disetujui dan telah diseminarkan
Bukittinggi, 02 September 2020

Dosen Pembimbing

Pembimbing I

Ns. Vera Sesrianty, M.Kep
NIK:1440102110909052

Pembimbing II

Supiyah, M. Kep
NIK: 4008075901

Diketahui,

Ketua Program Studi Sarjana Keperawatan
STIKes Perintis Padang

Ns. Mera Delima, M.Kep
NIK: 1420101107296019

HALAMAN PENGESAHAN

PENERAPAN KOMPRES HANGAT PADA ASUHAN KEPERAWATAN
DENGAN GANGGUAN KEBUTUHAN RASA AMAN DAN NYAMAN
DIRUANG THT RAWAT INAP RSUD DR. ACHMAD MOCHTAR
BUKITTINGGI TAHUN 2020

Oleh

SANTIK INTANI PUTRI
1914901741

Pada :

Hari/tanggal : Rabu / 02 September 2020
Jam : 09.00 – 10.00 WIB

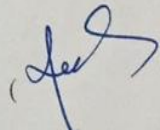
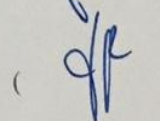
Dan yang bersangkutan dinyatakan

LULUS

Tim Penguji :

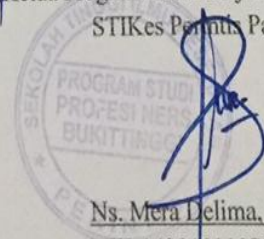
Penguji I : Ns. Dia Resti DND, M. Kep

Penguji II : Ns. Vera Sesrianty, M.Kep

()
()

Mengetahui,

Ketua Program Studi Sarjana Keperawatan
STIKes Permata Padang



Ns. Mera Delima, M.Kep
NIK:1420101107296019

**Program Studi Profesi Ners STIKes Perintis Padang
KIA-N, Oktober 2020**

**Santik Intani Putri, S.Kep
1914901741**

**Penerapan Kompres Hangat Pada Asuhan Keperawatan Dengan Gangguan
Kebutuhan Rasa Aman Dan Nyaman Diruang THT Rawat Inap RSUD Dr.
Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2020**

(xiii + V BAB + 98 Halaman + VII Tabel + V Gambar+ 2 Lampiran)

ABSTRAK

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. Banyak masalah – masalah yang terjadi pada pasien yang mengalami Abses salah satunya yaitu masalah gangguan kebutuhan aman dan nyaman. Tujuannya untuk menganalisa hasil implementasi asuhan keperawatan dengan intervensi pemberian kompres hangat yang mengalami Abses terhadap nyeri akut. KIAN ini bertujuan untuk memberikan gambaran tentang asuhan keperawatan yang mengalami Abses dengan masalah keperawatan nyeri akut dan intervensi keperawatan sendiri yang dilakukan adalah kompres hangat. Kompres hangat merupakan tindakan yang dilakukan pada klien yang mengalami nyeri akut dan gangguan rasa aman dan nyaman yang memerlukan bantuan untuk menurunkan nyeri. Kompres hangat dilakukan 15-20 menit dilakukan 1 kali sehari dengan pengukuran skala nyeri yang dirasakan oleh klien, intervensi dilakukan selama 3 hari. Pengukuran dilakukan sebelum, selama dan sesudah kompres hangat. Hasil evaluasi menunjukkan intervensi keperawatan kompres hangat efektif menurunkan nyeri akut yang mengalami abses. Saran untuk peneliti selanjutnya untuk mengurangi nyeri yang mengalami abses yaitu relaksasi nafas dalam, relaksasi progresif atau dengan cara relaksasi autogenik.

Kata Kunci : Kebutuhan rasa aman dan nyaman, Abses , Kompres hangat

Daftar Pustaka: 43 (2001-2020)

***Professional Study Program Ners STIKes Perintis
KIA-N, October 2020***

***Santik Intani Putri, S.Kep
1914901741***

***Application Of Warm Compress In Nursing Care With Disorders Of The Need
For A Feeling Of Safe And Comfort In The Inpatient Room Dr. Achmad
Mochtar Bukittinggi In 2020***

(xiii + V Chapter + 98 Pages + VII Table + V Images + 2 Attachments)

ABSTRACT

An abscess is a localized collection of pus as a result of an infection involving a pyogenic organism. Pus is a mixture of dead necrotic tissue, bacteria, and white blood cells, which are liquefied by autolytic enzymes. There are many problems that occur in patients who experience abscess, one of which is the problem of disruption to the need for safety and comfort. The aim is to analyze the results of the implementation of nursing care with the intervention of giving warm compresses who have abscesses to acute pain. This KIAN aims to provide an overview of nursing care who has an abscess with acute pain nursing problems and the nursing intervention itself is a warm compress. Warm compresses are actions performed on clients who experience acute pain and disturbances of feeling of security and comfort who need help to reduce pain. Warm compresses are carried out for 15-20 minutes, carried out once a day with a measurement of the pain scale felt by the client, the intervention is carried out for 3 days. Measurements are taken before, during and after the warm compress. The results of the evaluation show that warm compress nursing interventions are effective in reducing acute pain with abscesses. Suggestions for future researchers to reduce pain in abscesses are deep breath relaxation, progressive relaxation or autogenic relaxation.

Keywords : Need for sense of security and comfort. Abscess, Compress warm

Bibliography: 43 (2001-2020)

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

A. Identitas Diri

Nama : Santik Intani Putri, S.Kep
Umur : 23 Tahun
Tempat / Tanggal Lahir : Bandar Lampung, 18 April 1997
Jenis Kelamin : Perempuan
Agama : Islam
Negeri Asal : Indonesia
Alamat : Jln. Pangeran Sido Ing Lautan No. 986 Lrg.
Panglong Kelurahan 35 Ilir, Kecamatan Ilir
Barat II. Kota Palembang
Jumlah Saudara : 4 (Empat) Orang
Anak Ke : 4 (Empat)

B. Identitas Orang Tua

Nama Ayah : Abu Abdullah
Nama Ibu : Nurmala H
Alamat : Jln. Pangeran Sido Ing Lautan No. 986 Lrg.
Panglong Rt. 20 Rw. 05 Kelurahan 35 Ilir,
Kecamatan Ilir Barat II. Kota Palembang

C. Riwayat Pendidikan

Tahun 2002-2008 : SD Negeri 38 Palembang
Tahun 2008-2011 : SMP Negeri 13 Palembang
Tahun 2011-2014 : SMA Bina Warga 1 Palembang
Tahun 2015-2019 : STIK Bina Husada Palembang
Tahun 2019-2020 : STIKes Perintis Padang

KATA PENGANTAR



Assalamu“alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh

Puji syukur penulis ucapkan kepada Allah SWT yang telah melimpahkan Rahmat dan Karunia-Nya kepada penulis, sehingga penulis dapat menyelesaikan penyusunan KIA-N ini dengan judul **“Penerapan Kompres Hangat Pada Asuhan Keperawatan Dengan Gangguan Kebutuhan Rasa Aman Dan Nyaman Diruang Tht Rawat Inap RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2020”**. KIA-N ini diajukan untuk menyelesaikan pendidikan Profesi Ners. Dalam penyusunan KIA-N ini, penulis banyak mendapat bantuan, pengarahan, bimbingan dari berbagai pihak, pada kesempatan ini penulis ingin menyampaikan terima kasih kepada semua pihak yang telah memberikan dukungan dan bantuan sehingga penyusunan KIAN ini dapat di selesaikan :

1. Terima kasih kepada bapak (almarhum) Dr. H .Rafki Ismail M.Ph selaku pendiri kampus.
2. Bapak Yohandes Rafki, S.H, selaku ketua Yayasan Perintis Padang, yang telah memberikan fasilitas dan sarana kepada penulis selama perkuliahan.
3. Bapak Yendrizaral Jafri S.Kp M.Biomed selaku Ketua STIKes Perintis Padang.
4. Ibu Ns. Mera Delima, SKp.M.Kep, selaku Ka Prodi Profesi Ners STIKes Perintis Padang.
5. Ibu Ns. Vera Sesrianty, M.Kep selaku pembimbing I yang telah meluangkan waktu untuk memberikan pengarahan, bimbingan maupun

saran serta dorongan sehingga peneliti dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir Ners ini.

6. Ibu Ns. Supiyah, M.Kep selaku pembimbing II yang juga telah meluangkan waktu untuk memberi pengarahan, bimbingan, motivasi maupun saran serta dorongan sehingga peneliti dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir Ners ini.
7. Kepada Tim Penguji KIA-N yang telah meluangkan waktu untuk memberikan pengarahan, kritik maupun saran demi kesempurnaan Karya Ilmiah Akhir Ners ini.
8. Dosen dan Staff Prodi Ners STIKes Perintis Padang yang telah memberikan bekal ilmu dan bimbingan selama penulis dalam pendidikan.
9. Semua pihak yang dalam kesempatan ini yaitu doa yang tidak hentinya yang diberikan oleh Kedua Orang Tua saya beserta seluruh anggota keluarga besar saya di Palembang dan seluruh uni-uni perawat senior diruang THT RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi yang telah banyak memberikan ilmu tentang penanganan dan pemeriksaan di rumah sakit, selanjutnya teman-teman Profesi Ners 2020 khususnya Kumpulan Anak Rantau dari Palembang yang sudah sama-sama menguatkan dan saling memotivasi sampai dititik ini kita hampir selesai mengemban tanggung jawab orang tua di Palembang, untuk Dhea, Kiki, Yuk Nita dan tidak dapat seluruhnya disebutkan namanya satu persatu yang telah banyak membantu baik dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir Ners ini maupun dalam menyelesaikan praktek Profesi Ners Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Perintis Padang.

Penulis menyadari sepenuhnya bahwa didalam penulisan Karya Ilmiah Akhir Ners ini masih banyak terdapat kekurangan-kekurangan. Hal ini bukanlah suatu kesengajaan melainkan karena keterbatasan ilmu dan kemampuan Penulis. Untuk itu Penulis mengharapkan tanggapan, kritikan dan saran yang bersifat membangun dari semua pihak demi kesempurnaan Karya Ilmiah Akhir Ners ini. Atas bantuan yang diberikan penulis mengucapkan terima kasih. Semoga bimbingan, bantuan, dan dorongan yang telah diberikan mendapat imbalan dari Allah SWT amin.

Akhir kata kepada-Nya jualah kita berserah diri, semoga Karya Ilmiah Akhir Ners ini dapat bermanfaat bagi kita semua, khususnya di bidang Profesi Ners.

Wassalammualaikum Warahmatullahi Wabarakatuh.

Bukittingi, September 2020

Penulis

DAFTAR ISI

	Halaman
HARD COVER	i
COVER KERTAS BERWARNA	ii
PERNYATAAN KEASLIAN KIA-N	iii
HALAMAN PERSETUJUAN	iv
HALAMAN PENGESAHAN	v
ABSTRAK BAHASA INDONESIA	vi
ABSTRAK BAHASA INGGRIS	vii
DAFTAR RIWAYAT HIDUP	viii
KATAPENGANTAR	ix
DAFTAR ISI.....	xii
DAFTAR TABEL	xiv
DAFTAR GAMBAR.....	xv
DAFTAR LAMPIRAN	xvi
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah	5
1.3 Tujuan Penelitian.....	5
1.3.1 Tujuan Umum.....	5
1.3.2 Tujuan Khusus	5
1.4 Manfaat Penelitian.....	6
1.4.1 Bagi RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi	6
1.4.2 Bagi Perawat	7
1.4.3 Bagi Institusi Pendidikan	7
1.4.4 Bagi Pasien dan Keluarga.....	7
1.4.5 Bagi Mahasiswa	7
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	8
2.1 Konsep Kebutuhan Dasar	8
2.1.1 Gangguan Rasa Nyaman.....	8
2.1.2 Gangguan Rasa Nyaman Nyeri	9
2.1.3 Etiologi Rasa Nyeri.....	10
2.1.4 Klasifikasi Nyeri	11
2.1.5 Respons Terhadap Nyeri.....	16
2.1.6 Faktor-faktor yang mempengaruhi nyeri	17
2.1.7 Pengukuran Nyeri	20
2.1.8 Penatalaksanaan Nyeri	24
2.2 Asuhan Keperawatan Teoritis	27
2.2.1 Pengkajian.....	27
2.2.2 Diagnosis Keperawatan	31
2.2.3 Intervensi keperawatan	32
2.2.4 Implementasi Keperawatan	34
2.2.5 Evaluasi Keperawatan	34
2.3 Konsep Teori	35
2.3.1 Definisi Abses.....	35

2.3.2	Etiologi	35
2.3.3	Patofisiologi	37
2.3.4	Manifestasi Klinis	41
2.3.5	Pemeriksaan Penunjang	42
2.4	Konsep Asuhan Keperawatan	43
2.4.1	Pengkajian	43
2.4.2	Diagnosis Keperawatan	46
2.4.3	Intervensi keperawatan	46
2.4.4	Implementasi Keperawatan	50
2.4.5	Evaluasi Keperawatan	50
2.5	Kompres Hangat	50
2.5.1	Definisi Kompres Hangat	50
2.5.2	Tujuan Kompres Hangat	51
2.5.3	Indikasi Kompres Hangat	51
2.5.4	Kontra Indikasi Kompres Hangat	52
2.5.5	Metode Pemberian Kompres Hangat	52
2.5.6	Prosedur Kompres Hangat	52
2.5.7	Mekanisme Kompres Hangat	54
BAB III	Laporan Kasus Kelolaan Utama	57
3.1	Pengkajian	57
3.2	Diagnosis Keperawatan	73
3.3	Intervensi Keperawatan	74
3.4	Implementasi Keperawatan	77
3.5	Evaluasi Keperawatan	77
BAB IV	PEMBAHASAN	87
4.1	Profil Lahan Praktek	87
4.2	Analisis Asuhan Keperawatan dengan Konsep Terkait	87
4.2.1	Pengkajian	87
4.2.2	Diagnosis Keperawatan	88
4.2.3	Intervensi	89
4.2.4	Implementasi	91
4.2.5	Evaluasi	93
4.3	Analisis Intervensi dengan Konsep Penelitian Terkait	93
4.4	Alternatif Pemecahan yang Dapat Dilakukan	95
BAB V	PENUTUP	96
5.1	Kesimpulan	96
5.2	Saran	97
5.2.1	Bagi RSUD Dr. Achmad Mochtar	97
5.2.2	Bagi Perawat	97
5.2.3	Bagi Institusi Pendidikan	97
5.2.4	Bagi Pasien dan Keluarga	98
5.2.5	Bagi Peneliti Selanjutnya	98

Daftar Pustaka

Daftar Lampiran

DAFTAR TABEL

Nama Tabel	Halaman
Perbedaan Nyeri Akut dan Kronik	16
Satuan Operasional Prosedur	56
Pola Nutrisi dan Cairan	60
Pola Eliminasi	61
Pola Istirahat dan Tidur	61
Pemeriksaan Penunjang	65
Pengobatan / Therapy	65

DAFTAR GAMBAR

Nama Gambar	Halaman
Gambar 2.1	15
Gambar 2.2.....	21
Gambar 2.3.....	21
Gambar 2.4.....	22
Gambar 2.5.....	22

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1: Lembar Konsul

Lampiran 2 : Jurnal

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Menurut Perry & Potter (2010) kenyamanan ialah suatu keadaan terpenuhinya kebutuhan dasar manusia meliputi kebutuhan akan ketentraman (suatu kepuasan untuk meningkatkan penampilan sehari-hari) kelegaannya (kebutuhan telah terpenuhi), dan tersedia (keadaan sesuatu yang melebihi masalah atau nyeri). Sedangkan keamanan adalah suatu keadaan bebas dari segala fisik dan psikologis yang merupakan kebutuhan dasar manusia yang harus dipenuhi, serta dipengaruhi juga oleh faktor lingkungan. Menurut Tamsuri, (2007) nyeri yaitu suatu keadaan yang mempengaruhi seseorang, dan eksistensinya diketahui bila seseorang pernah mengalami nyeri. Respon fisik terhadap nyeri ditandai dengan perubahan keadaan umum, suhu tubuh, wajah, denyut nadi, sikap tubuh, pernafasan, kolaps kardiovaskuler, dan syok. Nyeri yang tidak diatasi akan memperlambat masa penyembuhan atau perawatan, menimbulkan stres, dan ketegangan yang akan menimbulkan respon fisik dan psikis sehingga memerlukan upaya penatalaksanaan yang tepat (Potter & Perry, 2010).

Abses adalah pengumpulan nanah dalam suatu ruangan terbatas di dalam tubuh. Abses biasanya timbul sendiri (Oswari, 2005). Menurut Morison, (2004) 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.

Pada tahun 2005, di Amerika Serikat terdapat 3,2 juta orang pergi ke departemen darurat dengan abses. Sedangkan di Australia sekitar 13.000 orang dirawat di rumah sakit pada tahun 2008 dengan kondisi ini (Vaska & Taira, 2009). Sedangkan menurut data ruangan di ruang Kelimutu RSUD Prof.Dr.W.Z. Johannes Kupang, pada tahun 2017 terdapat 14 orang yang dirawat dengan Abses.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Mujib, dkk (2009) tentang pengaruh terapi kompres hangat terhadap penurunan nyeri sendi osteoarthritis pada lansia di posyandu lansia puskesmas pandian sumenep menunjukkan hasil bahwa sebagian besar skala nyeri responden sebelum diberikan terapi kompres hangat adalah nyeri sedang yaitu sebanyak 22 responden (68,7%) dan sebagian kecil adalah nyeri ringan yaitu sebanyak 3 responden (9,4%). Skala nyeri sesudah diberikan terapi kompres hangat adalah nyeri ringan yaitu sebanyak 18 responden (56,3%) dan sebagian kecil adalah nyeri berat terkontrol yaitu sebanyak 1 responden (3,1%). Hasil uji statistik data dengan menggunakan *Paired Simple T-Test* di dapatkan *p-value* 0,00, atau $0,00 < (\alpha) 0,05$, maka H_0 ditolak dan H_1 diterima artinya ada pengaruh terapi kompres hangat terhadap penurunan nyeri sendi osteoarthritis pada lansia di posyandu lansia puskesmas Pandian Sumenep.

Pada penelitian yang dilakukan oleh Yovita Handayani (2018) tentang efektifitas kompres hangat dan kompres dingin pada pasien *post appendicitis* menggunakan instrument berupa kuesioner untuk mengetahui

pengaruh kompres hangat dan kompres dingin serta mengetahui efektifitas kompres hangat dibandingkan dengan kompres dingin. Penurunan intensitas nyeri pada kelompok yang diberikan kompres hangat lebih banyak jika dibandingkan dengan kompres dingin maka dapat dikatakan bahwa kompres hangat lebih efektif terhadap penurunan intensitas nyeri jika dibandingkan dengan kompres dingin, dengan nilai kompres hangat Sig. = 0,024 ($p \leq 0,05$) jika dibandingkan dengan kompres dingin yang memiliki nilai Sig. = 0,032 ($\alpha \leq 0,05$).

Selanjutnya penelitian menurut Dahlan (2017) tentang pengaruh terapi kompres hangat terhadap nyeri haid (disminore) pada siswi smk perbankan simpang haru padang, dapat dilihat bahwa terdapat perbedaan nilai rata-rata nyeri siswi sebelum diberikan terapi kompres hangat adalah sebesar 6.50 dan mengalami penurunan setelah diberikan terapi kompres hangat 2.62. Ini menunjukkan penurunan nilai dari tingkat nyeri setelah diberikan perlakuan terapi kompres hangat. Hasil uji statistik dengan menggunakan uji *paired t-test* didapatkan nilai $pvalue = 0.000$ ($p < 0.05$) sehingga dapat disimpulkan bahwa terdapat perbedaan yang signifikan antara skala nyeri sebelum dan setelah diberikan terapi kompres hangat pada siswi SMK Perbankan Simpang Haru Padang Tahun 2015.

Abses luka biasanya membutuhkan penanganan menggunakan antibiotik. Namun demikian, kondisi tersebut butuh ditangani dengan intervensi bedah, debridement dan kuratase (Marison, 2003). Apabila menimbulkan resiko tinggi, tindakan pembedahan dapat ditunda. Memberikan kompres hangat

dan meninggikan posisi anggota gerak dapat dilakukan untuk membantu penanganan abses.

Strategi penatalaksanaan nyeri dengan menggunakan pendekatan manajemen farmakologis merupakan tindakan menurunkan respons nyeri tanpa sedikitpun menggunakan agen-agen farmakologi. Pemasangan kompres hangat biasanya dilakukan hanya setempat saja pada bagian tubuh tertentu. Dengan pemberian panas, pembuluh-pembuluh darah akan melebar sehingga memperbaiki peredaran darah di dalam jaringan tersebut. Dengan cara ini penyaluran zat asam dan bahan makanan ke sel-sel diperbesar dan pembuangan dari zat-zat yang dibuang akan diperbaiki. Aktivitas sel yang meningkat akan mengurangi rasa sakit/nyeri dan akan menunjang proses penyembuhan luka dan proses peradangan (Stevens dkk, 2002).

Pemberian kompres hangat adalah memberikan rasa hangat pada klien dengan menggunakan cairan atau alat yang menimbulkan hangat pada bagian tubuh yang memerlukannya. Tujuannya adalah memperlancar sirkulasi darah, mengurangi rasa sakit, merangsang peristaltik usus, memperlancar pengeluaran getah radang (eksudat), memberikan rasa nyaman atau hangat dan tenang. Pemberian kompres panas dilakukan pada klien dengan perut kembung, klien yang mengalami radang, kekejangan otot (spasmus), adanya abses (bengkak) akibat suntikan, tubuh dengan abses atau hematoma (Kusyati, 2006).

Setelah dilakukan wawancara dengan kepala ruangan THT jumlah kejadian abses tiap tahunnya meningkat. Pada tahun 2019 ini jumlah pasien yang

mengalami abses sebanyak 36 orang Diruang Tht Rawat Inap RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2020.

Berdasarkan uraian diatas, penulis tertarik untuk menulis Karya Ilmiah Akhir Ners (KIA-N) dengan judul “Penerapan Kompres Hangat Pada Asuhan Keperawatan Dengan Gangguan Kebutuhan Rasa Aman Dan Nyaman Diruang Tht Rawat Inap RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2020”.

1.2 Rumusan Masalah

Rumusan masalah dalam Karya Ilmiah Akhir Ners (KI-AN) ini yaitu “Bagaimana melakukan “Penerapan Kompres Hangat Pada Asuhan Keperawatan Dengan Gangguan Kebutuhan Rasa Aman Dan Nyaman Diruang Tht Rawat Inap Rsud Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2020?”.

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Mampu menerapkan kompres hangat pada asuhan keperawatan dengan gangguan kebutuhan rasa aman dan nyaman diruang tht rawat inap RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mampu memahami konsep kebutuhan rasa aman dan nyaman dengan abses retroauricular di RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi.
2. Mampu melakukan pengkajian pasien dengan abses retroauricular di RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi.

3. Mampu merumuskan diagnosa keperawatan pada pasien dengan abses retroauricular di RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi.
4. Mampu menerapkan salah satu intervensi terkait dari jurnal tentang penerapan kompres hangat pada asuhan keperawatan dengan gangguan kebutuhan rasa aman dan nyaman diruang tht rawat inap RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi.
5. Mampu menerapkan implementasi dari hasil jurnal tentang penerapan kompres hangat pada asuhan keperawatan dengan gangguan kebutuhan rasa aman dan nyaman diruang tht rawat inap RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi.
6. Mampu mengevaluasi dan menganalisis dari hasil jurnal tentang penerapan kompres hangat pada asuhan keperawatan dengan gangguan kebutuhan rasa aman dan nyaman diruang tht rawat inap RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi.

1.4 Manfaat Penulisan

1.4.1 Bagi RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi

Membantu memberikan pelayanan yang optimal kepada pasien dengan abses retroauricular dan hasil karya tulis ilmiah ini dapat menambah informasi dan pengetahuan bagi perawat khususnya di ruang rawat inap THT dan dapat diterapkan sebagai upaya untuk melakukan asuhan keperawatan pada pasien abses retroauricular.

1.4.2 Bagi Perawat

Hasil karya ilmiah ini dapat memberikan manfaat bagi pelayanan keperawatan dengan memberikan gambaran serta mengaplikasikan acuan dalam melakukan asuhan keperawatan pada abses .

1.4.3 Bagi Institusi Pendidikan

Mengenal keperawatan dengan penerapan kompres hangat terhadap abses. Dan juga sebagai acuan dalam mengembangkan ilmu keperawatan dasar bagi peserta didik khususnya Prodi Profesi Ners Stikes Perintis Padang. Hasil ini dapat diproses menjadi dasar atau data yang mendukung untuk pengajaran ilmu keperawatan dasar.

1.4.4 Bagi Pasien dan Keluarga

Pasien dan keluarga mendapatkan informasi juga pengetahuan tentang Asuhan Keperawatan pada An. A dengan abses retroauricular.

1.4.5 Bagi Mahasiswa

Hasil penelitian ini diharapkan mampu menambah wawasan penulis tentang asuhan keperawatan yang diberikan kepada pasien dengan abses retroauricular terhadap manajemen nyeri dengan penerapan kompres hangat dan peneliti juga berharap asuhan keperawatan ini bisa lebih dikembangkan lagi oleh peneliti lain dengan diagnosa keperawatan lainnya.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Kebutuhan Dasar

Kenyamanan atau rasa nyaman adalah suatu keadaan telah terpenuhinya kebutuhan dasar manusia yaitu kebutuhan akan ketentraman (suatu kepuasan yang meningkatkan penampilan sehari-hari), kelegaan (kebutuhan telah terpenuhi), dan transenden (keadaan tentang sesuatu yang melebihi masalah dan nyeri). Dalam meningkatkan kebutuhan rasa nyaman diartikan perawat lebih memberikan kekuatan, harapan, dorongan, hiburan, dukungan dan bantuan. Secara umum dalam aplikasinya pemenuhan kebutuhan rasa nyaman adalah kebutuhan rasa nyaman bebas dari rasa nyeri, dan hipo/hipertermia. Hal ini disebabkan karena kondisi nyeri dan hipo/hipertermia merupakan kondisi yang mempengaruhi perasaan tidak nyaman pasien yang ditunjukkan dengan timbulnya gejala dan tanda pada pasien (Wahyudi & Abd.Wahid, 2016).

2.1.1 Gangguan Rasa Nyaman

a. Definsi gangguan rasa nyaman

Gangguan rasa nyaman adalah perasaan kurang senang, lega dan sempurna dalam dimensi fisik, psikospiritual, lingkungan dan emosional (SDKI PPNI, 2016).

b. Penyebab gangguan rasa nyaman:

- 1) Gejala penyakit
- 2) Kurang pengendalian situasional/lingkungan

- 3) Ketidakadekuatan sumber daya
 - 4) Kurangnya privasi
 - 5) Gangguan stimulus lingkungan
 - 6) Efek samping terapi (misal medikasi, radiasi dan kemoterapi)
- c. Gejala dan tanda minor

Subjektif :

- 1) Mengeluh sulit tidur dan mengeluh lelah
- 2) Tidak mampu rileks
- 3) Mengeluh kedinginan/kepanasan
- 4) Merasa gatal
- 5) Mengeluh mual

Objektif :

- 1) Menunjukkan gejala distress
- 2) Tampak merintih/menangis
- 3) Pola eliminasi berubah
- 4) Postur tubuh berubah
- 5) Iritabilitas
- 6) Kondisi klinis terkait:
- 7) Penyakit kronis dan Keganasan
- 8) Distres psikologis, Kehamilan

(SDKI PPNI, 2016).

2.1.2 Gangguan Rasa Nyaman Nyeri

Nyeri ialah pengalaman sensori dan pengalaman emosional yang tidak menyenangkan berkaitan dengan kerusakan jaringan yang aktual atau

potensial yang dirasakan dalam kejadian dimana terjadi kerusakan jaringan tubuh (Wahyudi & Abd.Wahid, 2016).

Berdasarkan definisi tersebut, dapat disimpulkan nyeri merupakan pengalaman emosional yang tidak menyenangkan, persepsi nyeri seseorang sangat ditentukan oleh pengalaman dan status emosionalnya. persepsi nyeri bersifat sangat pribadi dan subjektif. Oleh karena itu, suatu rangsang yang sama dapat dirasakan berbeda oleh dua orang yang berbeda bahkan suatu rangsang yang sama dapat dirasakan berbeda oleh satu orang karena keadaan emosionalnya yang berbeda.

2.1.3 Etiologi Rasa Nyeri

Penyebab nyeri dapat diklasifikasikan ke dalam dua golongan yaitu penyebab yang berhubungan dengan fisik dan yang berhubungan dengan psikis. Secara fisik misalnya, penyebab nyeri adalah trauma (baik trauma mekanik, termis, kimiawi, maupun elektrik), neoplasma, peradangan, gangguan sirkulasi darah, dan lain-lain. Secara psikis, penyebab nyeri dapat terjadi oleh karena adanya trauma psikologis (Asmadi, 2008).

Trauma mekanik menimbulkan nyeri karena ujung-ujung saraf bebas mengalami kerusakan akibat benturan, gesekan ataupun luka. Trauma termis menimbulkan nyeri karena ujung saraf reseptor mendapat rangsangan akibat panas atau dingin. Trauma kimiawi terjadi karena tersentuh zat asam atau basa yang kuat. Trauma elektrik dapat menimbulkan nyeri karena pengaruh aliran listrik yang kuat mengenai reseptor rasa nyeri. Neoplasma menyebabkan nyeri karena teradanya

tekanan atau kerusakan jaringan yang mengandung reseptor nyeri dan juga karena tarikan, jepitan atau metastase. Nyeri peradangan terjadi karena kerusakan ujung-ujung saraf reseptor akibat adanya peradangan atau terjepit oleh pembekakan. Dengan demikian, dapat disimpulkan bahwa nyeri yang disebabkan oleh faktor fisik berkaitan dengan terganggunya serabut saraf reseptor nyeri. Nyeri yang disebabkan faktor psikologis merupakan nyeri yang dirasakan bukan karena penyebab organik, melainkan akibat trauma psikologis dan pengaruhnya terhadap fisik (Asmadi, 2009).

2.1.4 Klasifikasi Nyeri

Nyeri dapat diklasifikasikan kedalam beberapa golongan berdasarkan pada tempat, sifat, berat ringannya nyeri, dan waktu lamanya serangan (Asmadi, 2009).

- 1) Nyeri berdasarkan tempatnya:
 - a) *Pheriperal pain*, yaitu nyeri yang terasa pada permukaan tubuh misalnya pada kulit, mukosa. Nyeri post laparatomi termasuk dalam pheriperal pain, karena nyeri terasa pada kulit tempat insisi bedah dilakukan.
 - b) *Deep pain*, yaitu nyeri yang terasa pada permukaan tubuh yang lebih dalam atau pada organ-organ tubuh visceral.
 - c) *Referd pain*, yaitu nyeri dalam yang disebabkan karena penyakit organ/ struktur dalam tubuh yang ditransmisikan ke bagian tubuh di daerah yang berbeda bukan daerah asal nyeri.

- d) *General pain*, yaitu nyeri yang terjadi karena perangsangan pada sistem saraf pusat, spinal cord, batang otak, thalamus, dan lain-lain. (Sutanto & Fitriana, 2017)
- 2) Nyeri berdasarkan sumbernya (M.Black & Hawks, 2014):
- a) Nyeri kutaneus (Superfisial)
Nyeri kutaneus dapat dikarakteristikan sebagai onset yang tiba-tiba dengan kualitas yang tajam atau menyengat atau onset yang berlangsung perlahan dengan kualitas seperti sensasi terbakar, bergantung dari tipe serat saraf yang terlibat.
 - b) Nyeri Somatik
Nyeri somatik berawal dari ligamen, tendon, tulang, pembuluh darah, dan saraf. Nyeri ini dideteksi oleh nosiseptor somatik, bersifat tajam dan dapat dilokalisasi. Contoh dari nyeri ini adalah nyeri pasca operasi dan patah tulang.
 - c) Nyeri Viseral
Nyeri viseral berasal dari visera tubuh atau organ. Nosiseptor visera terletak di dalam organ tubuh dan celah bagian dalam. Terbatasnya jumlah nosiseptor di area ini menghasilkan nyeri yang biasanya lebih menyakitkan dan berlangsung lebih lama dari nyeri somatik. Nyeri viseral sangat sulit untuk dilokalisasi dan beberapa cedera pada jaringan viseral mengakibatkan terjadi nyeri yang menjalar, dimana sensasi nyeri berada di area yang sebenarnya tidak berkaitan sama sekali dengan lokasi cedera.

d) Nyeri Menjalar

Nyeri menjalar adalah bentuk dari nyeri viseral dan dirasakan di daerah yang jauh dari lokasi stimulus. Hal itu terjadi ketika serat saraf yang berada di area tubuh yang jauh dari lokasi stimulus melewati stimulus itu sendiri dalam jarak dekat.

e) Nyeri Neurapatik

Nyeri neurapatik disebabkan oleh kerusakan atau cedera pada serat saraf di perifer atau kerusakan pada SSP. Nyeri terasa seperti kebas, terbakar, atau sensasi tertusuk, “seperti terkena jarum”, dan sengatan listrik.

f) *Breakthrough Pain*
Breakthrough pain didefinisikan sebagai peningkatan nyeri sementara dengan intensitas sedang hingga berat yang terjadi pada kondisi individu yang mengalami nyeri persisten dengan intensitas ringan ke sedang yang sudah berhasil di kontrol. *Breakingthrough pain* terjadi karena insiden atau idiopatik.

g) Nyeri psikogenik

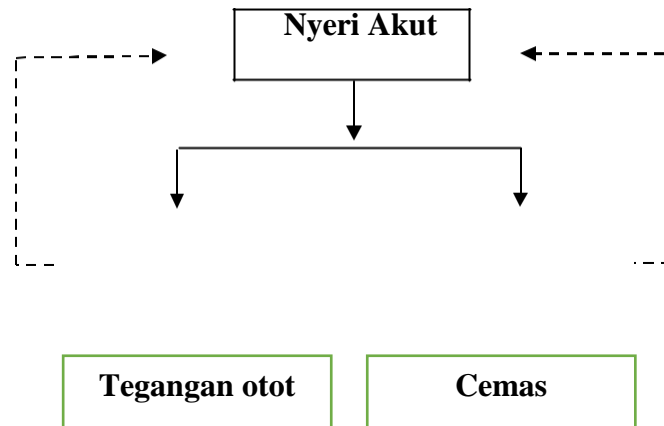
Nyeri psikogenik tidak disebabkan oleh nosisepsi, namun oleh faktor psikologis. Beberapa masalah mental ataupun emosional dapat menyebabkan, memperburuk atau memperlama nyeri.

3) Nyeri berdasarkan sifatnya (Asmadi, 2009):

a) *Incidental pain*, yaitu nyeri yang timbul sewaktu waktu lalu menghilang.

- b) *Steady pain*, yaitu nyeri yang timbul dan menetap serta dirasakan dalam waktu yang lama.
 - c) *Paroxymal pain*, yaitu nyeri yang dirasakan berintensitas tinggi dan kuat sekali. Nyeri tersebut biasanya menetap kurang lebih 10-15 menit, lalu menghilang, kemudian timbul lagi.
- 4) Nyeri berdasarkan berat ringannya:
- a) Nyeri ringan, yaitu nyeri dengan intensitas rendah.
 - b) Nyeri sedang, yaitu nyeri yang menimbulkan reaksi.
 - c) Nyeri berat, yaitu nyeri dengan intensitas yang tinggi. (Sutanto & Fitriana, 2017)
- 5) Nyeri berdasarkan polanya:
- a) Nyeri akut
- Nyeri akut, yaitu nyeri yang dirasakan dalam waktu yang singkat dan berakhir kurang dari enam bulan, sumber dan daerah nyeri diketahui dengan jelas. Rasa nyeri mungkin sebagai akibat dari luka, seperti luka operasi, ataupun pada suatu penyakit arteriosclerosis pada arteri koroner (Asmadi, 2009). Nyeri akut terjadi setelah cedera akut penyakit, atau intervensi bedah dan memiliki awitan yang cepat, dengan intensitas yang bervariasi (ringan sampai berat) dan berlangsung untuk waktu singkat (Meinhart dan McCaffery, 1983: NIH, 196 dalam Potter & Perry, 2005). Nyeri akut

ditandai dengan peningkatan tegangan otot dan kecemasan yang keduanya meningkatkan persepsi nyeri.



Gambar 2.1. Nyeri akut

Sumber : Mubarak & Chayatin, 2007

b) Nyeri Kronik

Nyeri kronik yaitu nyeri yang dirasakan lebih dari enam bulan. Nyeri kronis ini polanya beragam dan berlangsung berbulan-bulan bahkan bertahun-tahun. Ragam pola tersebut ada yang nyeri timbul dengan periode yang diselingi interval bebas dari nyeri lalu timbul kembali lagi nyeri dan begitu seterusnya. Ada pula pola nyeri kronik yang konstan, artinya rasa nyeri tersebut terus-menerus terasa semakin lama semakin meningkat intensitasnya walaupun telah diberikan pengobatan. Misalnya, pada nyeri karena neoplasma (Asmadi, 2009).

Nyeri akut	Nyeri kronik
Waktu kurang dari enam bulan Nyeri terlokalisasi Nyeri terasa seperti ditusuk, disayat, dicubit dan lain-lain	Waktu lebih dari enam bulan Daerah nyeri menyebar Nyeri terasa tumpul seperti ngilu, linu dan lain-lain
Respon saraf simpatis : takikardia, peningkatan respirasi, peningkatan tekanan darah, pucat, lembab, berkeringat, dan dilatasi pupil.	Respons saraf parasimpatis : penurunan tekanan darah, bradikardia, kulit kering, panas dan pupil konstiksi
Penampilan klien tampak cemas, gelisah dan terjadi ketegangan otot	Penampilan klien tampak depresi dan menarik diri

Tabel 2.1 Perbedaan Nyeri Akut dan Kronik

2.1.5 Respons Terhadap Nyeri

Respon / reaksi terhadap nyeri terdiri atas respons fisiologis, psikologis, dan perilaku yang terjadi setelah mempersepsikan nyeri :

1. Reaksi fisiologis

Pada saat impuls nyeri naik ke medula spinalis menuju ke batang otak dan talamus, sistem saraf otonom menjadi terstimulasi sebagai bagian dari respons stres. Nyeri dengan intensitas ringan hingga sedang dan nyeri yang superfisial menimbulkan reaksi "*flight-atau-fight*", yang merupakan sindrom adaptasi umum. Stimulasi pada cabang simpatis pada sistem saraf otonom menghasilkan respons fisiologis. Apabila nyeri berlangsung terus-menerus secara tipikal akan melibatkan organ-organ viseral, sistem saraf parasimpatis menghasilkan suatu aksi. Respons fisiologis terhadap nyeri sangat membahayakan individu. Kecuali pada kasus-kasus nyeri berat yang menyebabkan individu mengalami syok, kebanyakan individu mencapai tingkat adaptasi,

yaitu tanda-tanda fisik kembali normal. Dengan demikian klien yang mengalami nyeri tidak akan selalu memperlihatkan tanda-tanda fisik (Wahyudi & Abd.Wahid, 2016).

2. Reaksi psikologis

Respons psikologis sangat berkaitan dengan pemahaman klien tentang nyeri. Klien yang mengartikan nyeri sebagai sesuatu yang “negatif” cenderung memiliki suasana hati sedih, berduka, ketidakberdayaan, dan dapat berbalik menjadi rasa marah atau frustrasi. Sebaliknya, bagi klien yang memiliki persepsi yang “positif” cenderung menerima nyeri yang dialaminya (Zakiyah, 2015).

3. Respons perilaku

Sensasi nyeri terjadi ketika merasakan nyeri. Gerakan tubuh yang khas dan ekspresi wajah yang mengindikasikan nyeri dapat ditunjukkan oleh pasien sebagai respons perilaku terhadap nyeri. Respons tersebut seperti: mengerutkan dahi, gelisah, memalingkan wajah ketika diajak bicara (Wahyudi & Abd.Wahid, 2016).

2.1.6 Faktor – Faktor yang Mempengaruhi Nyeri

Karena nyeri merupakan sesuatu yang kompleks, banyak faktor yang mempengaruhi pengalaman nyeri individu yaitu sebagai berikut (Potter & Perry, 2005).

1) Usia

Usia merupakan variabel penting yang mempengaruhi nyeri, khususnya pada anak- anak dan lansia.

2) Jenis Kelamin

Secara umum, pria dan wanita tidak berbeda secara bermakna dalam berespons terhadap nyeri (Gil, 1990 dalam Potter & Perry, 2005). Beberapa kebudayaan yang mempengaruhi jenis kelamin misalnya menganggap bahwa seorang anak laki-laki harus berani dan tidak boleh menangis, sedangkan seorang anak perempuan boleh menangis dalam situasi yang sama.

3) Kebudayaan

Keyakinan dan nilai budaya mempengaruhi individu dalam mengatasi nyeri. Individu mempelajari apa yang diharapkan dan apa yang diterima oleh kebudayaan mereka. Hal ini meliputi bagaimana bereaksi terhadap nyeri (Calvillo dan Flaskerud, 1991 dalam Potter & Perry, 2005).

4) Makna Nyeri

Makna seorang yang dikaitkan dengan nyeri mempengaruhi pengalaman nyeri dan cara seseorang beradaptasi terhadap nyeri.

5) Perhatian

Tingkat seorang klien memfokuskan perhatiannya terhadap nyeri dapat mempengaruhi persepsi nyeri. Perhatian yang meningkat dihubungkan dengan nyeri yang meningkat, sedangkan upaya mengalihkan dihubungkan dengan respons nyeri yang menurun (Gil, 1990 dalam Potter & Perry, 2005).

6) Ansietas

Hubungan antara nyeri dan ansietas bersifat kompleks. Ansietas seringkali meningkatkan persepsi nyeri, tetapi nyeri juga dapat menimbulkan suatu perasaan ansietas. Paice (1991) melaporkan suatu bukti bahwa stimulus nyeri mengaktifkan bagian sistem limbik yang diyakini mengendalikan emosi seseorang, khususnya ansietas.

7) Kelelahan

Kelelahan meningkatkan persepsi nyeri. Rasa kelelahan menyebabkan sensasi nyeri semakin intensif dan menurunkan kemampuan koping.

8) Pengalaman Sebelumnya

Setiap individu belajar dari pengalaman nyeri. Pengalaman nyeri sebelumnya tidak selalu berarti bahwa individu tersebut akan menerima nyeri dengan lebih mudah pada waktu mendatang.

9) Gaya Koping

Pengalaman nyeri yang menjadi suatu pengalaman yang membuat individu merasa kesepian. Apabila klien mengalami nyeri dikeadaan perawatan kesehatan, seperti di rumah sakit klien merasa tidak berdaya dengan rasa sepi itu. Hal yang sering terjadi adalah klien merasa kehilangan kontrol terhadap lingkungan atau kehilangan kontrol terhadap hasil akhir dari peristiwa-peristiwa yang terjadi. Dengan demikian, gaya koping mempengaruhi kemampuan individu tersebut untuk mengatasi nyeri.

10) Dukungan keluarga dan sosial

Individu yang mengalami nyeri sering kali bergantung kepada anggota keluarga atau teman dekat untuk memperoleh dukungan, bantuan atau perlindungan. Walaupun nyeri tetap klien rasakan, kehadiran orang yang dicintai klien akan meminimalkan kesepian dan ketakutan.

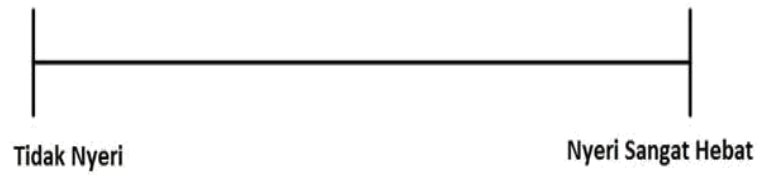
2.1.7 Pengukuran Nyeri

1. Intensitas Nyeri

Intensitas nyeri antar masing-masing individu dapat berbeda-beda, sebab intensitas nyeri sangat subjektif dan individual. Intensitas nyeri dapat diketahui menggunakan alat ukur atau skala ukur nyeri. Respons klien dapat dibandingkan dengan skor yang didapat, sehingga derajat dari kontrol nyeri dapat dipertahankan (M. Black & Hawks, 2014). Beberapa skala intensitas nyeri yaitu:

a) Visual Analog Scale (VAS)

Skala analog visual (*visual analog scale*, VAS), merupakan suatu garis lurus yang mewakili intensitas nyeri yang terus menerus dan memiliki alat pendeskripsi verbal pada setiap ujungnya. VAS dapat merupakan pengukur keparahan nyeri yang lebih sensitif karena klien dapat mengidentifikasi setiap titik pada rangkaian daripada dipaksa memilih satu kata atau satu angka (McGuire, 1984 dalam Potter & Perry, 2005).

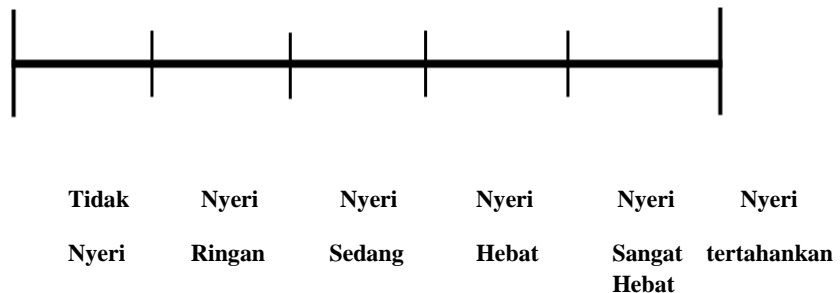


Gambar 2.2 Skala nyeri visual analog (VAS)

Sumber: Potter & Perry (2005)

b) *Verbal Descriptor Scale (VDS)*

Skala pendeskripsi verbal (*verbal descriptor scale, VDS*) merupakan sebuah garis yang terdiri dari tiga sampai lima kata pendeskripsi yang tersusun dengan jarak yang sama di sepanjang garis. Pendeskripsi ini diranking dari “tidak terasa nyeri” sampai “nyeri yang tidak tertahankan”. Alat VDS ini memungkinkan klien memilih sebuah katagori untuk mendeskripsi nyeri (Potter & Perry, 2005).



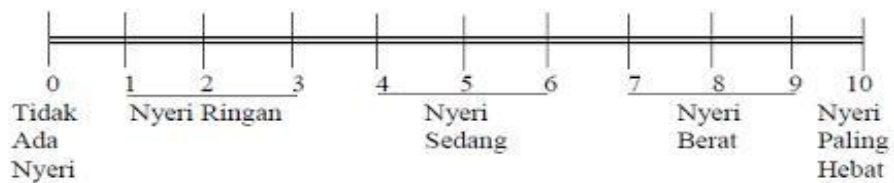
Gambar 2.3 Skala deskriptif (VDS)

Sumber: Potter & Perry (2005)

c) *Numerical Rating Scales (NRS)*

Skala penilaian numerik (*Numerical Rating Scale, NRS*) lebih digunakan sebagai pengganti alat pendeskripsi kata. Dalam hal ini, klien menilai nyeri dengan menggunakan

skala 0-10. Skala paling efektif digunakan saat mengkaji intensitas nyeri sebelum dan setelah intervensi terapeutik (Potter & Perry, 2005). Apabila digunakan skala untuk menilai nyeri, maka direkomendasikan patokan 10 cm (AHCPR, 1992 dalam Potter & Perry, 2005).



Gambar 2.4 Skala Numerik

Sumber: Potter & Perry (2005)

d) Skala Wajah

Wong dan Baker (1988) mengembangkan skala wajah untuk mengkaji nyeri pada anak-anak. Skala tersebut terdiri dari enam wajah dengan profil kartun yang menggambarkan wajah dari wajah yang sedang tersenyum (“tidak merasa nyeri”) kemudian secara bertahap meningkat menjadi wajah kurang bahagia, wajah yang sangat sedih, sampai wajah yang sangat ketakutan (“nyeri yang sangat”).



Gambar 2.5 Skala Wajah
Sumber: Potter & Perry (2005)

2) SOP Pengukuran Skala Nyeri

a) Persiapan klien dan lingkungan:

- Beritahu klien tindakan yang akan dilakukan, beri posisi yang nyaman.

b) Identifikasi klien.

c) Jelaskan prosedur pengukuran skala nyeri pada klien.

d) Jelaskan pada klien tentang skala nyeri:

0 = Tidak nyeri

1-3 = Nyeri Ringan

4-6 = Nyeri Sedang

7-9 = Nyeri Berat

10 = Nyeri Tidak Terkontrol

e) Kaji pengalaman nyeri klien yang terdahulu.

f) Kaji intensitas nyeri klien dengan meminta klien untuk menandai angka yang terdapat pada *Numeric Rating Scale* yang sesuai dengan nyeri yang dialami klien saat itu.

g) Dokumentasikan hasil pengukuran intensitas nyeri klien.

3) Karakteristik Nyeri

Nyeri yang dialami individu memiliki beberapa karakteristik tertentu.

Pengkajian dapat dilakukan dengan cara PQRST, yaitu sebagai berikut (Hidayat & Uliyah, 2014):

- a) P (*provokatif*) yaitu faktor yang mempengaruhi gawat atau ringannya nyeri.
- b) Q (*quality*) yaitu rasa nyeri yang seperti apa, contoh: rasa tajam, tumpul, atau tersayat.
- c) R (*region*) yaitu daerah perjalanan nyeri.
- d) S (*saverity*) yaitu keparahan atau intensita nyeri.
- e) T (*time*) yaitu lama/waktu serangan atau frekuensi nyeri.

2.1.8 Penatalaksanaan Nyeri

1) Terapi Farmakologis/ Pemberian Analgesik

Analgesik merupakan istilah yang digunakan untuk mewakili sekelompok obat yang digunakan sebagai penahan sakit. Obat analgesik berfungsi untuk mengurangi rasa nyeri, terutama lewat daya kerjanya atas sistem saraf sentral dan menubah respons seseorang terhadap rasa sakit (Sutanto & Fitriana, 2014). Tujuan pemberian analgesik adalah untuk meredakan atau menurunkan nyeri sementara tetap memperhatikan kemampuan klien untuk mengontrol lingkungannya, berpartisipasi dalam upaya perawatan, dan menurunkan efek samping (M.Black & Hawks, 2014).

2) Terapi Non Farmakologis

Ada sejumlah terapi nonfarmakologis yang mengurangi resepsi dan persepsi nyeri dan dapat digunakan pada keadaan perawatan akut dan perawatan tersier sama seperti di rumah dan pada

keadaan perawatan restorasi (Potter & Perry, 2005). Terapi nonfarmakologis dapat dikombinasikan dengan terapi farmakologis. Tindakan nonfarmakologis mencakup intervensi perilaku kognitif dan penggunaan agen-agen fisik (Potter & Perry, 2005). Beberapa tindakan nonfarmakologis yaitu:

a) Bimbingan Antisipasi

Memodifikasi secara langsung cemas yang berhubungan dengan nyeri menghilangkan nyeri dan menambah efek tindakan untuk menghilangkan nyeri yang lain (Potter & Perry, 2005).

b) Relaksasi

Teknik ini didasarkan kepada keyakinan bahwa tubuh berespons pada ansietas yang merangsang pikiran karena nyeri atau kondisi penyakitnya. Teknik relaksasi dapat menurunkan ketegangan fisiologis (Asmadi, 2009). Terdapat banyak jenis dari teknik relaksasi yaitu, relaksasi nafas dalam, relaksasi progresif, napas ritmik dan relaksasi autogenik.

c) Distraksi

Distraksi adalah mengalihkan perhatian klien dari nyeri (Asmadi, 2009). Sistem aktivasi retikular menghambat stimulus yang menyakitkan jika seseorang menerima masukan sensorik yang cukup atau berlebihan. Distraksi

mengalihkan perhatian klien ke hal yang lain dan dengan demikian menurunkan kewaspadaan terhadap nyeri bahkan meningkatkan toleransi terhadap nyeri (Potter & Perry, 2005). Teknik distraksi yang dapat dilakukan adalah mendengarkan musik, *guided imagery*, meditasi, hipnotis dan humor.

d) Stimulasi Kutaneus

Stimulasi kutaneus adalah stimulasi kulit yang dilakukan untuk menghilangkan nyeri (Potter & Perry, 2005). Stimulasi kutaneus mengaktivasi serat berdiameter lebar (A-beta), yang menstimulasi neuron inhibitor di medula spinalis dan berikatan dengan sistem analgesik desenden. Macam-macam stimulasi kutaneus yaitu, pijet, kompres hangat dan dingin, *transcutaneous electrical nerve stimulation* (TENS), akupunktur dan akupresur (M.Black & Hawks, 2014).

e) *Biofeedback*

Biofeedback merujuk pada berbagai macam teknik yang memberikan klien informasi mengenai perubahan dalam fungsi tubuh yang biasanya tidak disadari klien, seperti tekanan darah. Tujuan dari *biofeedback* dalam manajemen nyeri adalah untuk mengajarkan kontrol diri atas variabel fisiologis yang berkaitan dengan nyeri, seperti kontraksi otot dan tekanan darah (M.Black & Hawks, 2014).

2.2 Asuhan Keperawatan Teoritis

2.2.1 Pengkajian

Pengkajian nyeri yang faktual dan tepat dibutuhkan untuk menetapkan data dasar, menegakkan diagnosis keperawatan yang tepat, menyeleksi terapi yang cocok, dan mengevaluasi respons klien terhadap terapi. Keuntungan pengkajian nyeri bagi klien adalah nyeri dapat diidentifikasi, dikenali sebagai suatu yang nyata, dapat diukur, dan dapat dijelaskan serta digunakan untuk mengevaluasi perawatan (Andarmoyo, 2017).

1. Identitas klien

Identitas klien meliputi nama, umur, jenis kelamin, pendidikan, alamat, pekerjaan, agama, suku bangsa, tanggal dan jam masuk rumah sakit, nomor register, diagnosis medis.

2. Alasan masuk rumah sakit

Yaitu keluhan utama pasien saat masuk rumah sakit dan saat dikaji. Pasien mengeluh nyeri, dilanjutkan dengan riwayat kesehatan sekarang, dan kesehatan sebelum (Wahyudi & Wahid, 2016).

3. Keluhan utama

Keluhan utama yang sering menjadi alasan klien untuk meminta pertolongan kesehatan tergantung dari seberapa jauh dampak trauma kepala disertai penurunan tingkat kesadaran, salah satunya nyeri (Muttaqin, 2011).

4. Riwayat kesehatan sekarang

Adanya riwayat trauma yang mengenai kepala akibat dari kecelakaan lalu lintas, jatuh dari ketinggian, dan trauma langsung ke kepala.

Pengkajian yang didapat meliputi tingkat kesadaran menurun (GCS < 15), konklusi, muntah, takipnea/dispnea, sakit kepala, wajah simetris/tidak, lemah, luka di kepala, paralisis, akumulasi sekret pada saluran pernapasan, adanya liquor dari hidung dan telinga, serta kejang (Muttaqin, 2011).

5. Riwayat kesehatan dahulu

Berisi pengalaman penyakit sebelumnya, apakah memberi pengaruh pada penyakit yang diderita sekarang, riwayat cedera kepala sebelumnya, diabetes melitus, penyakit jantung, anemia, penggunaan obat-obatan antikoagulan, aspirin, vasodilator, obat-obat adiktif, konsumsi alkohol berlebihan (Muttaqin, 2011).

6. Riwayat kesehatan keluarga

Perlu diketahui apakah ada anggota keluarga lainnya yang menderita sakit yang sama seperti klien, dikaji pula mengenai adanya penyakit keturunan yang menular dalam keluarga (Muttaqin, 2011).

7. Pengkajian psiko-sosio-spiritual

Pengkajian mekanisme koping yang digunakan klien untuk menilai proses emosi klien terhadap penyakit yang dideritanya dan perubahan peran klien dalam keluarga dan masyarakat serta respons atau pengaruhnya dalam kehidupan sehari-harinya baik dalam keluarga maupun dalam masyarakat (Muttaqin, 2011).

8. Pengkajian nyeri

Pengkajian harus dilakukan secara komprehensif. Data yang terkumpul secara komprehensif dapat dijadikan sebagai acuan dalam menentukan manajemen nyeri yang tepat.

9. Riwayat nyeri

Saat mengkaji nyeri, perawat harus memberikan pasien kesempatan untuk mengungkapkan cara pandang mereka terhadap nyeri dan situasi tersebut dengan cara atau kata-kata mereka sendiri. Langkah ini akan membantu perawat memahami makna nyeri pada pasien, pengkajian riwayat nyeri meliputi beberapa aspek, antara lain:

- a. Lokasi: untuk menentukan lokasi nyeri yang spesifik, perawat bisa memberikan bantuan dengan gambar tubuh untuk pasien agar bisa menandai bagian mana yang dirasakan nyeri.
- b. Intensitas nyeri: cara menentukan intensitas nyeri pasien, biasanya paling banyak menggunakan skala nyeri biasanya dalam rentang 0-5 atau 0-10. Angka „0“ menandakan tidak adanya nyeri dan angka tertinggi adalah nyeri „terhebat“ yang dirasakan pasien.
- c. Kualitas nyeri: terkadang nyeri yang dirasakan bisa seperti, tertusuk-tusuk, teriris benda tajam, disetrum dan rasa terbakar. Perawat dapat mencatat kata-kata yang digunakan pasien dalam menggambarkan nyerinya.
- d. Pola: pola nyeri meliputi, waktu, durasi, dan kekambuhan interval nyeri. Maka, perawat perlu mengkaji kapan nyeri

dimulai, berapa lama nyeri berlangsung, apakah nyeri berulang, dan kapan nyeri terakhir kali muncul.

- e. Faktor presipitasi: terkadang, aktivitas tertentu dapat memicu munculnya nyeri. Seperti, aktivitas berlebih yang mengakibatkan timbulnya nyeri dada, selain itu faktor lingkungan, suhu lingkungan dapat berpengaruh terhadap nyeri, stresor fisik dan emosional juga dapat memicu munculnya nyeri.
- f. Gejala yang menyertai: nyeri juga bisa menimbulkan gejala yang menyertai, seperti mual, muntah, dan pusing.
- g. Pengaruh pada aktivitas sehari-hari: dengan mengetahui sejauh mana nyeri mempengaruhi aktivitas harian pasien akan membantu perawat dalam memahami perspektif pasien tentang nyeri. Beberapa aspek kehidupan yang perlu dikaji terkait nyeri, yaitu pola tidur, nafsu makan, konsentrasi, pekerjaan dan aktivitas di waktu senggang.
- h. Sumber koping: setiap individu memiliki strategi koping berbeda-beda dalam menghadapi nyeri. Strategi tersebut dapat dipengaruhi oleh pengalaman nyeri sebelumnya, atau pengaruh agama dan budaya.
- i. Respon afektif: respon afektif pasien terhadap nyeri bervariasi, bergantung pada situasi, derajat dan durasi nyeri, dan faktor lainnya. Perawat perlu mengkaji adanya perasaan ansietas, takut, lelah, depresi, atau perasaan gagal pada diri pasien (Mubarak & Chayatin, 2008).

10. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik harus dilakukan secara lengkap dan menyeluruh yaitu:

- a. Ukur suhu tubuh, tekanan darah, nadi, serta tinggi dan berat badan pada setiap pemeriksaan.
- b. Amati seluruh tubuh pasien untuk melihat keberadaan lesi kulit, hiperpigmentasi, ulserasi, tanda bekas tusukan jarum, perubahan warna dan ada tidaknya oedema.
- c. Lakukan pemeriksaan status mental untuk mengetahui orientasi pasien, memori, komprehensi, kognisi dan emosi pasien terutama sebagai akibat dari nyeri.
- d. Pemeriksaan sendi selalu lakukan pemeriksaan di kedua sisi pasien apabila kemungkinan untuk mendeteksi adanya asimetri. Lakukan palpasi untuk mengetahui area spesifik dari nyeri.
- e. Pemeriksaan sensorik, menggunakan diagram tubuh sebagai alat bantu dalam menilai nyeri terutama untuk menentukan letak dan etiologi nyeri.

2.2.2 Diagnosis Keperawatan

Menurut SDKI (2016), diagnosa keperawatan yang muncul berhubungan dengan gangguan rasa nyaman nyeri adalah :

- 1) Nyeri dan Kenyamanan: Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisik: Trauma

Nyeri akut: pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual/fungsional, dengan onset mendadak/lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan.

2.2.3 Intervensi Keperawatan

Tujuan dari rencana tindakan untuk mengatasi nyeri antara lain:

- a) Meningkatkan perasaan nyaman dan aman individu.
- b) Meningkatkan kemampuan individu untuk dapat melakukan aktivitas fisik yang diperlukan untuk penyembuhan (misal: batuk dan napas dalam, ambulasi).
- c) Mencegah timbulnya gangguan tidur (Wahyudi & Abd.Wahid, 2016).

No.	Diagnosis Keperawatn	Luaran Keperawatan	Intervensi Keperawatan
1.	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis	Setelah dilakukan intervensi selama ...x24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil : <ul style="list-style-type: none"> - Keluhan nyeri menurun - Meringis menurun - Gelisah menurun - Kesulitan tidur menurun 	Manajemen nyeri Observasi : <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. 2. Identifikasi skala nyeri. 3. Monitor efek samping penggunaan analgetik. Terapeutik : <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri. 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri. 3. Fasilitasi istirahat dan tidur. Edukasi : <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri. 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri. 3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri. Kolaborasi : <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu

Intervensi Nyeri Akut Menurut SIKI 2018
 Sumber: Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018

2.2.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan komponen dari proses keperawatan yang merupakan kategori dari perilaku keperawatan di mana tindakan yang diperlukan untuk mencapai tujuan dan hasil yang diperkirakan dari asuhan keperawatan dilakukan dan diselesaikan. Pengertian tersebut menekankan bahwa implementasi adalah melakukan atau menyelesaikan suatu tindakan yang sudah ditetapkan sebelumnya.

Terdapat berbagai tindakan yang bisa dilakukan untuk mengurangi rasa nyeri. Implementasi lebih ditunjukkan pada:

- a. Upaya perawatan dalam meningkatkan kenyamanan,
- b. Upaya pemberian informasi yang akurat,
- c. Upaya mempertahankan kesejahteraan,
- d. Upaya tindakan peredaan nyeri nonfarmakologis, dan
- e. Pemberian terapi nyeri farmakologis (Andarmoyo, 2017).

2.2.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan adalah tahapan terakhir dari proses keperawatan untuk mengukur respons klien terhadap tindakan keperawatan dan kemajuan klien ke arah pencapaian tujuan.

Evaluasi keperawatan terhadap pasien dengan masalah nyeri dilakukan dengan menilai kemampuan dalam merespons rangsangan nyeri, diantaranya:

- a. Klien menyatakan adanya penurunan rasa nyeri
- b. Mendapatkan pemahaman yang akurat mengenai nyeri

- c. Mampu mempertahankan kesejahteraan dan meningkatkan kemampuan fungsi fisik dan psikologis yang dimiliki
- d. Mampu menggunakan tindakan-tindakan peredaan nyeri nonfarmakologis
- e. Mampu menggunakan terapi yang diberikan untuk mengurangi rasa nyeri (Andarmoyo, 2017).

2.3 Konsep Teori

2.3.1 Definisi Abses

Abses (Bahasa Latin: *abscessus*) merupakan kumpulan nanah (netrofil yang telah mati) yang terakumulasi disebuah 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 (Siregar, 2004).

2.3.2 Etiologi

Menurut (Dongoes, 2010) abses dapat disebabkan karena adanya:

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.

2. Reaksi Hipersensitivitas

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

3. Agen Fisik

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

4. 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.

5. Nekrosis Jaringan

Aliran darah yang tidak mencukupi akan menyebabkan berkurangnya pasokan oksigen dan makanan pada daerah bersangkutan, yang akan mengakibatkan terjadinya kematian jaringan. Kematian jaringan sendiri merupakan stimulus yang kuat untuk terjadinya infeksi. Pada tepi infark sering memperlihatkan suatu respons radang akut.

Menurut Siregar (2004) suatu infeksi bakteri menyebabkan abses melalui beberapa cara:

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

Peluang terbentuknya abses akan meningkat jika:

1. Terdapat kotoran atau benda asing di daerah tempat terjadinya infeksi.
2. Daerah yang terinfeksi mendapatkan aliran darah yang kurang.
3. Terdapat gangguan sistem sistem kekebalan.

2.3.3 Patofisiologi

Menurut Guyton (2012), 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 Hipersentivitas, Agen Fisik, Bahan kimia iritan dan korosif dan Nekrosis menyebabkan peradangan atau inflamasi. Sehingga oleh jaringan dilepaskan histamin, bradikinin, serotinin 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 kedalam jaringan. Terjadi edema eksternal lokal serta cairan ekstrasel dan cairan limfe keduanya membeku karena efek koagulasi eksudat jaringan

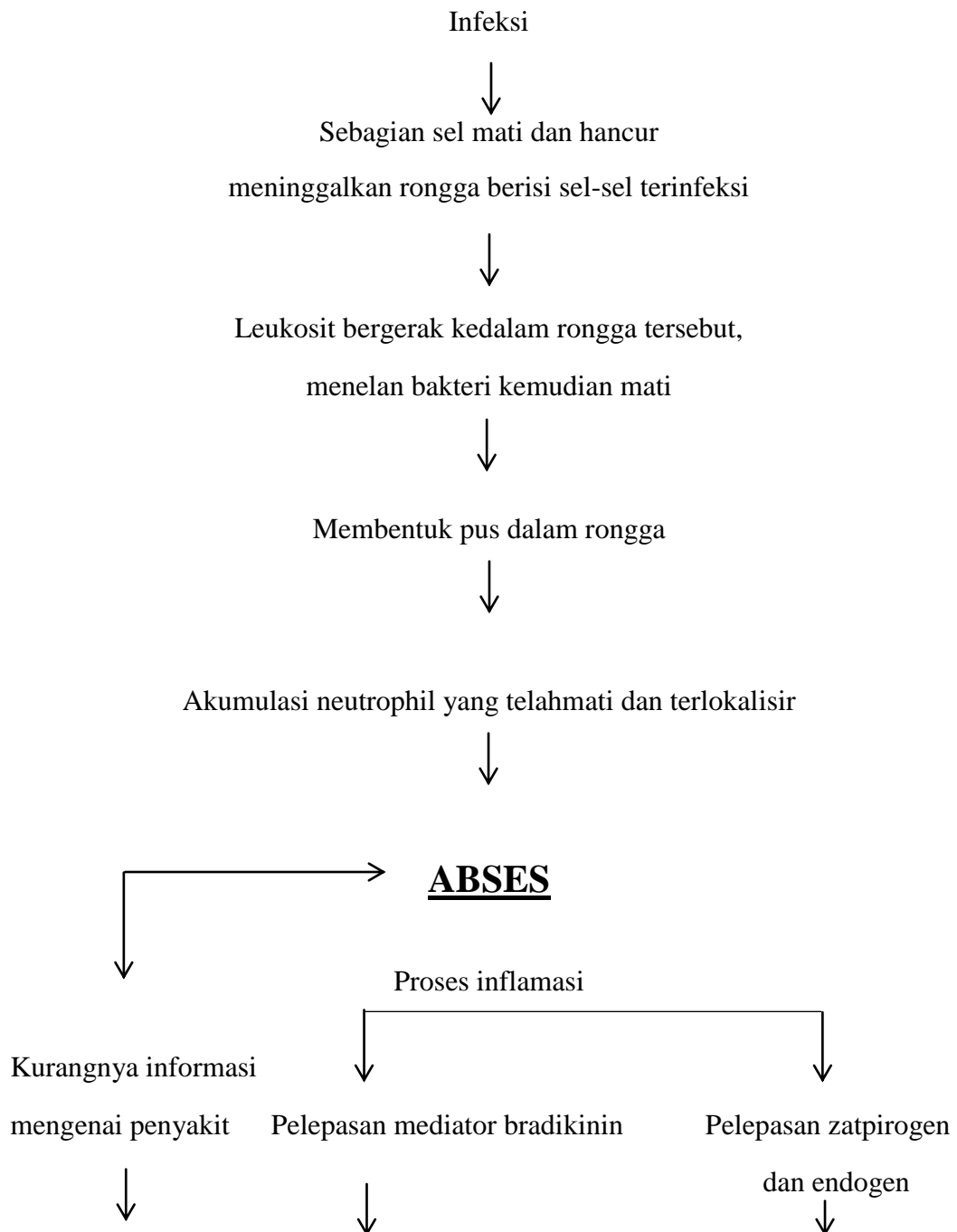
atas fibrinogen yang bocor. Jadi terjadi edema hebat dalam ruang sekitar sel yang cedera. Hal ini mengakibatkan regangan dan distorsi jaringan yang menyebabkan nyeri (*dolor*) dan memperlihatkan tanda *rubor* dan *kalor*. Masalah keperawatan yang muncul adalah gangguan pemenuhan kebutuhan kenyamanan (Nyeri).

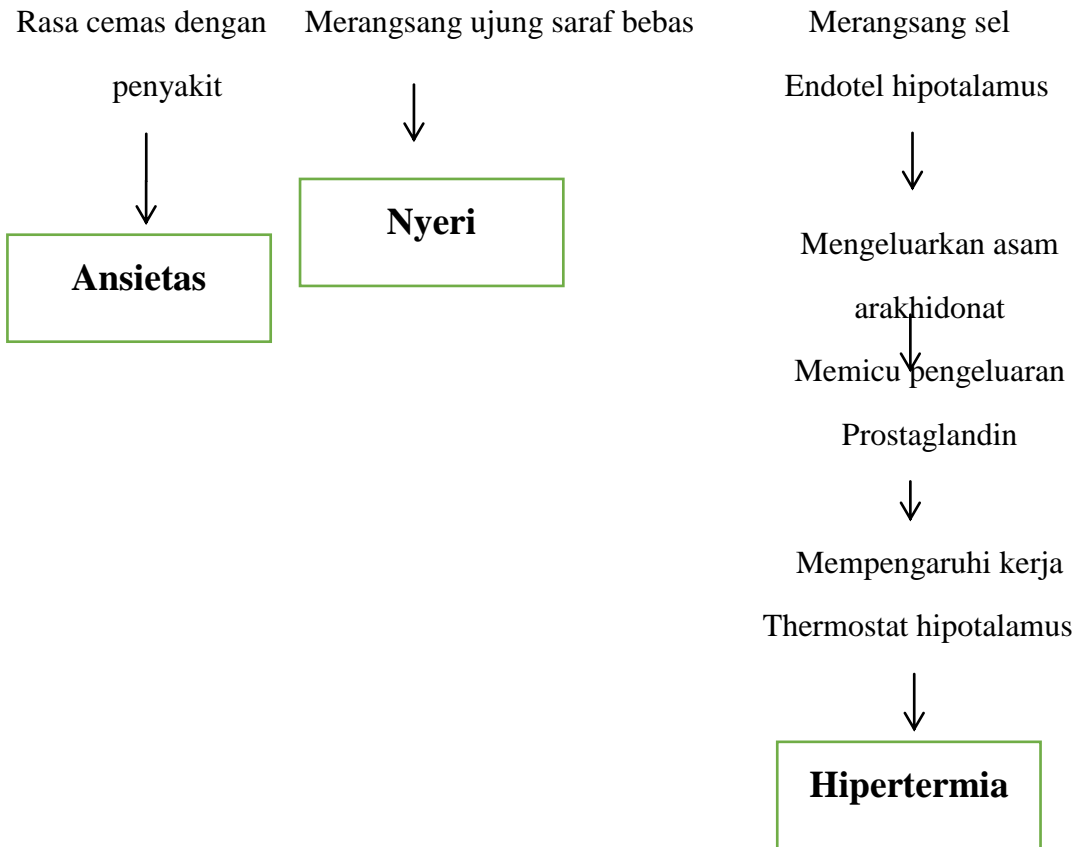
Setelah peradangan dimulai area yang radang diinvasi oleh neutrofil dan makrofag serta memulai melakukan fungsi skavengernya membersihkan jaringan dari agen infeksi atau toksik. Makrofag yang telah berada dalam jaringan mulai kerja fagositiknya. Akibatnya leukosit dalam darah meningkat dan mengeluarkan 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. Masalah keperawatan yang muncul Kerusakan Integritas Kulit.

Pathways





2.3.4 Manifestasi Klinis

Abses biasa terbentuk diseluruh bagian tubuh, termasuk di kaki. Menurut Smeltzer & Bare (2001), gejala dari abses tergantung kepada lokasi dan pengaruhnya terhadap fungsi suatu organ saraf. Gejalanya biasanya 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 serotonin, 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. Warna 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.

2.3.5 Pemeriksaan Penunjang

1. Pemeriksaan laboratorium

Pada pemeriksaan laboratorium akan dilihat peningkatan jumlah sel darah putih.

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

2.4 Konsep Asuhan Keperawatan

2.4.1 Pengkajian

Pengkajian adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan suatu proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien (Nursalam, 2009).

Sedangkan menurut Smeltzer & Bare (2001), pada pengkajian keperawatan, khususnya sistem integumen, kulit bisa memberikan sejumlah informasi mengenai status kesehatan seseorang. 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, kelembapan dan lesi atau parut. Hal yang perlu diperhatikan adalah sebagai berikut:

a. Data awal:

Identitas klien: nama, jenis kelamin, umur, agama, pekerjaan dan alamat.

Data Subjektif:

1. Keluhan utama: Nyeri, panas, bengkak, dan kemerahan pada area abses.

2. Riwayat keluhan utama

Hal-hal yang perlu dikaji diantaranya adalah:

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

3. Riwayat kesehatan keluarga

Riwayat penyakit menular dan kronis, seperti TBC dan diabetes mellitus.

4. Aktivitas atau istirahat

Gejala: Malaise

5. Sirkulasi

Tanda: tekanan darah normal atau sedikit dibawah jangkauan normal. Denyut perifer kuat, cepat (*perifer hiperdinamik*): lemah atau lembut atau mudah hilang, *takikardia* ekstrem (syok). Kulit hangat, vasodilatasi, pucat, lembab, burik (*vasokonstriksi*)

6. Makanan/cairan

Gejala: anoreksia, mual, muntah

Tanda: penurunan berat badan, penurunan lemak *subkutan* atau masa otot (malnutrisi). Penurunan haluaran konsentrasi urin.

7. Neurosensori

Gejala: sakit kepala dan pusing

Tanda: gelisah, kacau mental, ketakutan

8. Nyeri atau kenyamanan

Gejala: lokalisasi rasa sakit atau ketidanyamanan

9. Pernapasan

Tanda: takipnea dengan penurunan kedalaman pernapasan

10. Keamanan

Tanda: suhu umumnya meningkat ($37,95^{\circ}\text{C}$ atau lebih) tetapi mungkin normal, kadang subnormal (dibawah $36,63^{\circ}\text{C}$), menggigil, lokalisasi nyeri.

b. Pemeriksaan fisik

Pada pemeriksaan fisik klien dengan abses ditemukan:

- a. Luka terbuka atau tertutup
- b. Organ atau jaringan terinfeksi
- c. Massa eksudat dengan bermata
- d. Peradangan dan berwarna pink hingga kemerahan
- e. Abses *superficial* dengan ukuran bervariasi
- f. Rasa sakit dan bila dipalpasi akan terasa fluktuatif

c. Pemeriksaan laboratorium dan diagnostik

- a. Hasil pemeriksaan leukosit menunjukkan peningkatan jumlah sel darah putih

- b. Untuk menentukan ukuran dan lokasi abses dilakukan pemeriksaan rontgen, USG, CT Scan, atau MRI

2.4.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah pernyataan yang menjelaskan respon manusia dari individu atau kelompok dimana perawat secara akuntabilitas dapat mengidentifikasi dan memberikan intervensi secara pasti untuk menjaga status kesehatan, menurunkan, membatasi, mencegah dan mengubah (Nursalam, 2009). Diagnosa yang muncul pada pasien dengan abses adalah sebagai berikut:

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis
2. Hipertermia b.d proses penyakit
3. Ansietas berhubungan dengan krisis situasional

2.4.3 Intervensi Keperawatan

Perencanaan Keperawatan adalah desain spesifik dari intervensi yang disusun untuk membantu klien dan mencapai kriteria hasil. Rencana intervensi disusun berdasarkan komponen penyebab dari diagnosis keperawatan (Nursalam, 2009).

No	Diagnosis keperawatan	Luaran Keperawatan	Intervensi Keperawatan
1	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis	Setelah dilakukan intervensi selama ...x24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil : <ul style="list-style-type: none"> - Keluhan nyeri menurun - Meringis menurun - Gelisah menurun - Kesulitan tidur menurun 	Manajemen nyeri Observasi : <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Monitor efek samping penggunaan analgetik Terapeutik : <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri 3. Fasilitasi istirahat dan tidur Edukasi : <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri 3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri Kolaborasi : <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu

2	Hipertermia b.d proses penyakit	<p>Setelah di lakukan intervensi keperawatan ...x24 jam, di harapkan termoregulasi membaik dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menggigil menurun - Suhu tubuh membaik - Suhu kulit membaik 	<p>Manajemen hipertermi</p> <p>Tindakan</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi penyebab hipertermi 2. Monitor suhu tubuh 3. Monitor saluaran urin 4. Monitor komplikasi hipertermi <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Longgarkan atau lepaskan pakaian 2. Berikan cairan oral 3. Lakukan pendinginan eksternal (kompres) <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan tirah baring <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pemberian cairan dan elektrolit intravena
3	Ansietas berhubungan dengan krisis situasional	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ...x24 jam di harapkan Rasa cemas berkurang/hilang dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien dapat mengindikasikan sebab kecemasan - Emosi stabil - 3. Istirahat cukup 	<p>Reduksi Ansietas</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji tingkat kecemasan yang dialami oleh pasien. 2. Beri kesempatan pada pasien untuk mengungkapkan rasa cemasnya. <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan 2. Pahami situasi yang membuat ansietas 3. Dengarkan dengan penuh perhatian <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Beri informasi yang akurat tentang proses

			<p>penyakit dan anjurkan pasien untuk ikut serta dalam tindakan keperawatan</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Berikan keyakinan pada pasien bahwa perawat, dokter, dan tim kesehatan lain selalu berusaha memberikan pertolongan yang terbaik dan seoptimal mungkin 3. Ciptakan lingkungan yang tenang dan nyaman <p>Kolaborasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian obat ansietas, jika perlu
--	--	--	--

Sumber: Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018

3.4.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi merupakan pelaksanaan dari perencanaan intervensi untuk mencapai tujuan yang spesifik. Implementasi membantu klien dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan yang mencakup peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, pemulihan kesehatan dan memfasilitasi koping (Nursalam, 2009).

2.4.5 Evaluasi

Evaluasi adalah sebagian yang direncanakan dan diperbandingkan yang sistematis pada status kesehatan klien. Dengan mengukur perkembangan klien dalam mencapai suatu tujuan. Evaluasi ini dilakukan dengan menggunakan format evaluasi SOAP meliputi data subyektif, data obyektif, data analisa dan data perencanaan (Nursalam, 2009).

3.5 Kompres Hangat

3.5.1 Definisi Kompres Hangat

Kompres hangat merupakan tindakan keperawatan dengan memberikan rasa hangat pada daerah tertentu dengan menggunakan kantung yang berisi air hangat sehingga menimbulkan rasa hangat pada bagian tubuh yang memerlukan. Kompres hangat juga dapat menghilangkan nyeri dan meningkatkan proses penyembuhan. Pemberian panas secara lokal di bagian tubuh yang mengalami cedera dapat berguna untuk pengobatan (Potter & Perry, 2005).

3.5.2 Tujuan Kompres Hangat

Dalam Jacob, dkk (2014), tujuan pemberian kompres hangat yaitu sebagai berikut:

- 1) Merangsang sirkulasi dengan mendilatasi pembuluh-pembuluh darah
- 2) Meredakan nyeri dan bendungan dengan memperlancar aliran darah
- 3) Memberikan kehangatan dan kenyamanan
- 4) Merangsang penyembuhan
- 5) Meringankan retensi urine
- 6) Meringankan spasme otot
- 7) Mengurangi pembengkakan jaringan
- 8) Untuk mengatasi penurunan suhu yang mendadak selama kompres dingin
- 9) Menaikkan suhu tubuh pada kasus hipotermia

3.5.3 Indikasi Kompres Hangat

Menurut Asmadi (2009), indikasi kompres hangat adalah sebagai berikut:

- 1) Klien yang kedinginan
- 2) Klien dengan perut kembung
- 3) Klien yang mempunyai penyakit peradangan
- 4) Spasme otot
- 5) Adanya abses, hematoma

3.5.4 Kontraindikasi Kompres Hangat

Marantina (2019), kontra indikasi kompres hangat adalah sebagai berikut:

- 1) Pada 24 jam pertama setelah cedera traumatik. Rasional: Panas akan meningkatkan perdarahan dan pembengkakan
- 2) Peradarahan aktif. Rasional: Panas akan menyebabkan vasodilatasi dan meningkatkan perdarahan
- 3) Edema non inflamasi. Rasional: Panas meningkatkan permeabilitas kapiler dan edema
- 4) Tumor ganas terlokalisasi Karena panas mempercepat metabolisme sel, pertumbuhan sel, dan meningkatkan sirkulasi, panas dapat ,mempercepat metastase (tumor sekunder)
- 5) Gangguan kulit yang menyebabkan kemerahan atau lepuh. Panas dapat membakar atau menyebabkan kerusakan kulit lebih jauh

3.5.5 Metode Pemberian Kompres Hangat

- 1) Kompres hangat basah
- 2) Kompres hangat menggunakan buli-buli (panas kering)

3.5.6 Prosedur Kompres Hangat

- 1) Kompres hangat dengan buli-buli (panas kering)
 - a) Siapkan botol air panas atau buli-buli
 - b) Suhu air 52°C untuk orang dewasa normal
 - c) Suhu air 40.5°C - 46°C untuk yang lemah dan atau pasien yang tidak sadar dan anak-anak < 2 tahun

- d) Isi 2/3 buli-buli dengan air panas
 - e) Keluarkan udara yang tersisa dan tutup rapat-rapat ujungnya
 - f) Keringkan kantong dan pegang kantong secara terbalik untuk memeriksa kebocoran
 - g) Bungkus buli-buli dalam handuk atau penutup dan tempatkan pada daerah sekitar luka operasi
 - h) Angkat setelah 15 menit
 - i) Catat respons pasien selama tindakan, juga kondisi area-area yang dikompres
 - j) Cuci tangan setelah seluruh prosedur dilaksanakan
- (Nafisa, 2013)

2) Kompres Panas Basah

- a) Persiapkan alat
 - b) Cuci tangan
 - c) Atur posisi klien yang nyaman
 - d) Pasang pengalas di bawah daerah yang akan dikompres
 - e) Kompres panas dengan waslap direndam air panas bersuhu 40°-46°C
 - f) Ganti lokasi waslap dengan sering
 - g) Setelah selesai bereskan alat
 - h) Cuci tangan
- (Nafisa, 2013)

3.5.7 Mekanisme Kompres Hangat

Menurut Smeltzer & Bare (2005) dalam Revi Neini (2017), prinsip kerja kompres hangat dengan buli-buli hangat yang dibungkus dengan kain yaitu secara konduksi dimana terjadi pemindahan hangat dari buli-buli kedalam tubuh sehingga akan menyebabkan pelepasan pembuluh darah dan akan terjadi penurunan ketegangan otot sehingga nyeri yang dirasakan akan berkurang atau hilang.

Teori *gate control* mengatakan bahwa stimulus kulit mengaktifkan transmisi serabut saraf sensori A-beta yang lebih besar dan cepat. Proses ini menurunkan transmisi nyeri melalui serabut C dan A berdiameter kecil, gerbang sinap menutup transmisi implus nyeri. Kompres menggunakan air hangat akan meningkatkan aliran darah, dan meredakan nyeri dengan menyingkirkan produk-produk inflamasi, seperti bradikini, histamin, dan prostaglandin yang menimbulkan nyeri lokal. Panas akan merangsang serat saraf yang menutup gerbang sehingga transmisi implus nyeri ke medula spinalis dan ke otak dihambat. (Tamsuri, 2007 dalam Nelza Safitri, 2016).

Penggunaan dari kompres hangat dapat membuat sirkulasi darah lancar, vaskularisasi lancar dan terjadi vasodilatasi yang membuat relaksasi pada otot karena otot mendapat nutrisi yang dibawa oleh darah sehingga kontraksi otot menurun (Anugraheni, 2013 dalam Rahmadhayanti, Eka, 2017). Arovah, 2016 dalam Hakiki, 2018 juga berpendapat bahwa kompres hangat digunakan untuk meningkatkan aliran darah yang

dapat meningkatkan suplai oksigen dan nutrisi pada jaringan. Panas juga meningkatkan elastisitas otot sehingga mengurangi kekakuan otot.

SATUAN OPERASIONAL PROSEDUR (SOP)

KOMPRES HANGAT

Pengertian	Kompres hangat adalah memberikan rasa hangat pada daerah tertentu menggunakan cairan atau alat yang menimbulkan rasa hangat pada bagian tubuh yang dilakukan kompres.
Tujuan	<ol style="list-style-type: none">1. Memperlancar sirkulasi darah2. Menurunkan suhu tubuh3. Mengurangi rasa sakit4. Memberikan rasa hangat,nyaman dan tenang pada klien
Indikasi	<ol style="list-style-type: none">1. Klien yang kedinginan (suhu tubuh rendah)2. Spasme otot3. Adanya abses, hematoma4. Klien dengan nyeri
Alat Dan Bahan	<ol style="list-style-type: none">1. Baskom berupa air hangat dengan suhu 37- 40⁰ C2. Handuk / waslap3. Handuk pengering4. Termometer
Prosedur Tindakan	<ol style="list-style-type: none">1. Beritahu klien, dekatkan alat2. Cuci tangan3. Atur posisi klien4. Ukur suhu tubuh klien5. Basahi waslap dengan air hangat, peras lalu letakkan pada punggung bagian bawah6. Tutup waslap yang digunakan untuk kompres dengan handuk kering agar air tidak menetes7. Apabila kain terasa kering atau suhu kain menjadi rendah, masukkan kembali waslap pada air hangat8. Lakukan berulang selama 20 menit9. Setelah selesai, keringkan punggung bagian bawah yang basah dengan handuk kering
Evaluasi	<ol style="list-style-type: none">1. Respon klien2. Kompres terpasang dengan benar3. Skala nyeri klien menurun
Dokumentasi	<ol style="list-style-type: none">1. Waktu pelaksanaan2. Catat hasil dokumentasi setiap tindakan yang dilakukan dan di evaluasi

2.2 Tabel Sumber : Krisdiana, 2018

BAB III

TINJAUAN KASUS

3.1 Pengkajian

Tgl Masuk Rumah Sakit : 11 – 10 – 2019
Ruangan : THT
No. Rek. Medis : 529230
Tanggal/Jam Pengkajian : 15 – 10 – 2019
Diagnosa Medis : Abses Retroauricular

1. Identitas Klien

Nama : An. A
Umur : 1 Tahun 2 bulan
Jenis kelamin : Perempuan
Agama : Islam
Suku/Bangsa : Minang / Indonesia
Bahasa : Minang (Daerah)
Pendidikan : Belum sekolah
Pekerjaan : Belum bekerja
Alamat : Agam
Keluarga yang dapat dihubungi
Nama : Ny. Y
Umur : 32 Tahun
Pekerjaan : Guru
Hubungan dengan pasien : Anak Kandung
Alamat : Agam

A. Riwayat Kesehatan Saat Ini

❖ Alasan kunjungan / Keluhan utama

Ibu klien mengatakan anaknya dibawa ke Poli THT dengan keluhan bengkak dan memerah dibelakang telinga sebelah kiri sejak 1 minggu yang lalu dan nyeri ketika ditekan, demam sudah 6 hari sebelum masuk

ke rumah sakit dan anaknya sangat rewel, ibu klien juga mengatakan anaknya kurang nafsu makan.

❖ Riwayat kesehatan sekarang

Ibu klien mengatakan anaknya masih demam dengan suhu 38,0°C , badan terasa hangat dan mukosa bibir kering dan merah, nyeri yang dirasakan hilang timbul ketika bagian yang bengkak ditekan, nyeri seperti tertekan, nyeri dibagian telinga sebelah kiri, dari ekspresi wajah An. A didapatkan skala nyeri sangat nyeri dengan pengukuran skala wajah, waktu nyeri yang dirasakan ketika ditekan bagian yang bengkak. Ibu klien juga mengatakan anaknya kurang nafsu makan, hanya menghabiskan 2 sendok setiap diberikan makan bubur tetapi mau jika diberikan susu dan pada saat An.A didekati oleh perawat dia takut dan menangis.

❖ Riwayat kesehatan dahulu

Penyakit yang pernah dialami:

a. Anak – anak

Ibu klien mengatakan An. A sebelumnya belum pernah mengalami penyakit ini.

b. Pernah dirawat : Tidak

Keluarga mengatakan sebelumnya klien tidak pernah dirawat di Rumah Sakit.

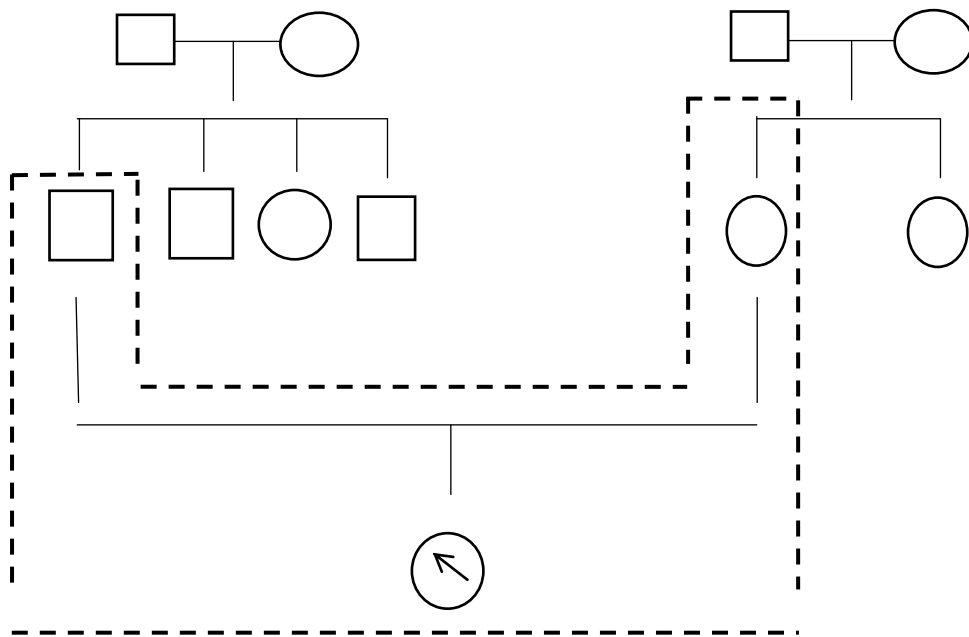
c. Alergi

Keluarga mengatakan klien tidak memiliki alergi terhadap makanan maupun obat-obatan.


❖ Riwayat kesehatan keluarga


Klien mengatakan tidak ada keluarga yang memiliki keluhan seperti, klien juga mengatakan tidak ada keluarga yang memiliki riwayat penyakit hipertensi, Diabetes Militus, dan Jantung.


Genogram :




Keterangan :

 = Pasien

 = Perempuan meninggal

 = Laki-laki

 = Laki-Laki meninggal

 = Perempuan

———— = Garis perkawinan

- - - = Tinggal satu rumah

B. Pola nutrisi dan Cairan

Dirumah	Dirumah Sakit
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Frekuensi makan : makan 3x sehari dengan porsi makanan 1 porsi/hari ➤ Intake cairan 6 botol /hari ➤ Diet/suplemen khusus : Tidak Ada ➤ Makanan dan minuman yang disukai : Ibu klien mengatakan makanan yang di sukai adalah bubur nasi buatan sendiri dan 60iscuit Makanan dan minuman yang tidak disukai : Makanan yang tidak disukai yaitu buah dan sayuran Makanan pantangan : Tidak ada ➤ Nafsu makan Normal ➤ Perubahan BB 6 bulan terakhir : Ibu klien mengatakan tidak mengalami perubahan berat badan dalam waktu 6 bulan terakhir ➤ Kesulitan menelan (Disfagia) : Ibu klien mengatakan An. A tidak mengalami kesulitan dalam menelan makanan 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Frekuensi makan makan 3x sehari dengan porsi makanan 2 sendok makan/hari ➤ Intake cairan 3 botol /hari ➤ Diet/suplemen khusus : ML (makanan lunak (bubur)) ➤ Makanan dan minuman yang disukai : Ibu klien mengatakan makanan yang di sukai adalah bubur nasi buatan sendiri dan 60iscuit Makanan dan minuman yang tidak disukai : Makanan yang tidak disukai yaitu buah dan sayuran Makanan pantangan : Tidak ada ➤ Nafsu makan Berkurang ➤ Kesulitan menelan (Disfagia) : Ibu klien mengatakan anaknya tidak mengalami kesulitan dalam menelan makanan, tetapi makan sedikit ketika diberi makan

3.1 Tabel Pola Nutrisi dan Cairan

C. Pola eliminasi

Dirumah	Dirumah sakit
➤ BAB <ul style="list-style-type: none">• Frekuensi : 1x sehari• Waktu : Pagi hari• Warna : Kuning• Konsistensi : Padat	➤ BAB <ul style="list-style-type: none">• Frekuensi : 1x sehari• Waktu : Pagi hari• Warna : Kuning• Konsistensi : Padat
➤ BAK <ul style="list-style-type: none">• Frekuensi : 5x sehari• Waktu : Pagi, siang dan Malam• Warna : Kuning bening	➤ BAK <ul style="list-style-type: none">• Frekuensi : 5x sehari• Waktu : Pagi, siang dan Malam• Warna : Kuning bening

3.2 Tabel Pola Eliminasi

D. Pola istirahat dan tidur

Dirumah	Dirumah sakit
➤ Lama tidur : 8 jam/hari	➤ Lama tidur : 4 jam/hari
➤ Kebiasaan pengantar tidur : Tidak ada	➤ Kebiasaan pengantar tidur : Tidak ada
➤ Kesulitan dalam hal tidur : Tidak ada	➤ Kesulitan dalam hal tidur : Ibu klien mengatakan An. A sering terbangun dan rewel karena sakit bengkak yang ada di telinganya.

3.3 Tabel Pola Istirahat dan Tidur

E. Pola aktivitas dan latihan

Ibu klien mengatakan An. A melakukan aktivitas sehari-hari masih dibantu dan dibimbing. Selama perawatan badan klien lemas dan jarang melakukan aktivitas apapun klien digendong terus sama ibunya. Keluarga mengatakan klien tidak mengalami sesak nafas setelah melakukan aktivitas.

a. Data Lingkungan

Keluarga mengatakan rumah klien bersih, tidak ada bahaya yang ada disekitar rumah klien, dan juga rumah berada dilingkungan

yang banyak pepohonan dan asri sehingga jauh dari polusi udara dan jalan raya serta tidak ada polusi pabrik di lingkungan rumah pasien.

b. Data Psikososi

1. Pola pikir dan persepsi

- Alat bantu yang digunakan

c. Klien tidak menggunakan alat bantu untuk melihat seperti kacamata dan alat bantu mendengar

2. Persepsi diri

- Hal yang dipikirkan saat ini

Keluarga mengatakan klien ingin pulang kerumah.

- Harapan setelah menjalani perawatan

Keluarga berharap agar cepat sembuh total dan menjalani aktifitas sehari-hari seperti biasa dan bisa bermain bersama teman-temannya.

- Perubahan yang dirasa setelah sakit

Keluarga mengatakan setelah sakit klien mengalami perubahan dalam beraktifitas dan bermain, pola makan dan pola tidur.

- Kesan terhadap perawat

Keluarga mengatakan percaya kepada perawat tentang kesembuhannya.

3. Suasana hati

Pada saat pengkajian keluarga mengatakan cemas dengan kondisi klien saat ini.

4. Hubungan / komunikasi

a. Bicara

Klien tampak masih belajar berbicara dan dapat dimengerti oleh orang tuanya serta dapat mengekspresikan apa yang ingin disampaikan.

b. Tempat tinggal

Klien tinggal bersama orang tua nya

c. Kehidupan keluarga

- Adat istiadat yang dianut : Klien menganut adat minangkabau
- Pembuatan keputusan dalam keluarga : dilakukan dengan cara bermusyawarah
- Pola komunikasi : komunikasi terbuka
- Keuangan : dipegang oleh ibunya

d. Kesulitan dalam keluarga

Tidak ada kesulitan dalam keluarga pada saat pengkajian dilakukan. keluarga mengatakan hubungan dengan orang tua dan semua saudara baik.

5. Kebiasaan seksual

Klien masih termasuk dalam tahap perkembangan anak batita.

6. Pertahanan koping

a. Pengambilan keputusan

Dalam hal pengambilan keputusan keluarga mengatakan diambil oleh ayah.

b. Yang disukai tentang diri sendiri

Klien menyukai mainan boneka.

c. Apa yang dilakukan perawat agar anda nyaman

Klien tampak takut dengan perawat, jadi perawat secara perlahan mendekati klien agar klien tidak cemas.

7. Sistem nilai kepercayaan

a. Siapa atau apa sumber kekuatan

Allah SWT.

b. Apakah Tuhan, Agama, Kepercayaan penting untuk anda

Ibu klien mengatakan anaknya sudah dikenali dan diajari agama sejak dini.

c. Kegiatan agama atau kepercayaan yang dilakukan

Klien suka mendengarkan lagu-lagu islami.

F. Pemeriksaan penunjang

Tanggal pemeriksaan : 11 – 10 – 2019

Jam pemeriksaan : 16.30 WIB

No.	Jenis pemeriksaan	Hasil	Nilai normal	Satuan
1.	LED	22mm/jam	0-10	mm/jam
2.	Leucosit	14000	4000-12000	$10^3/\mu\text{l}$
3.	Haemoglobin	14,3	11.5-16.5	g/dl
4.	Golongan darah	O		

3.4 Tabel Pemeriksaan Penunjang

G. Pengobatan / Therapy

Nama obat	Frekuensi	Dosis	Cara pemberian
Paracetamol	1x1	10 mg	Diteteskan
Omeprazole	1x1	20 mg	Diteteskan

3.5 Tabel Pengobatan/Therapy

Hasil ronsen : Klien tidak melakukan ronsen

Data tambahan : Tidak ada

H. Pemeriksaan fisik Pada hari Rabu 15-10-2019

1) Keadaan umum : Lemah

Tingkat kesadaran : Comosmentis (GCS : 15, E: 4, M: 6, V: 5)

Tanda-tanda vital :

Suhu: 38,0 °C, Nadi: 98x/m, RR :24x/m.

2) TB/BB : 70 cm / 8,5 kg

3) Kepala

Bentuk mesocephal, warna rambut hitam dan tipis, lurus, tersisir rapi dan bersih.

4) Mata

Mata klien tampak simetris konjungtiva tampak merah, kantong mata cekung, wajah merah karena hangat, dan tidak ada gangguan penglihatan, reflex cahaya langsung, sklera tidak ikterik.

5) Hidung

Inspeksi : keadaan bersih, pernafasan cuping hidung (-), fungsi penciuman baik.

Palpasi : tidak ada nyeri tekan

6) Mulut

Mulut klien tidak berbau dan gigi ada 4 tampak bersih, masih terdapat gigi susu, mukosa bibir kering dan merah, tidak ada pembekakan pada gusi pasien, fungsi pengecapan baik.

7) Telinga

Inspeksi : daun telinga simetris antara kanan dan kiri, terdapat bengkak dan memerah dibelakang telinga sebelah kiri, luka berukuran 1cm, tidak terdapat pus, tidak terdapat serumen pada telinga, lubang telinga tampak bersih, dan pendengaran klien baik.

Palpasi : Terdapat pembekakan dan nyeri tekan dibelakang telinga sebelah kiri.

8) Leher

Leher klien tampak normal tidak ada benjolan atau pembengkakan dan tidak ada nyeri tekan di bagian tekuk.

9) Jantung

I : Arteri carotis normal, tidak terdapat distensi vena jugularis

P : Ictus cordis tidak teraba

P : Tidak terdapat nyeri tekan/lepas, letak IC ada pada spatium intercostal V sebelah medial linea midklavikularis sinistra

A : Suara jantung vesikuler, irama teratur

10) Paru-paru

I : Bentuk dada simetris, pengembangan dada sama, pola nafas teratur

P : Premitus sama kiri dan kanan, tidak ada kelainan yang ditemui

P : Sonor diseluruh lapangan paru

A : Irama teratur, tidak ada suara tambahan yang ditemui

11) Abdomen

Inspeksi : Terlihat rata antara dinding dada dan dinding perut.

Auskultasi : Bunyi Bising Usus (+) <5

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan

Perkusi : Timpani

12) Punggung

Tidak ada keluhan

13) Genitalia

Keadaan vagina baik, tidak ada lesi atau kemerahan, terdapat bagian-bagian labia mayora dan minora dengan lengkap.

14) Ekstremitas

- Ekstremitas atas terpasang infus RL 20tts/menit di sebelah kanan tangan klien dan klien tampak lemas.
- Ekstremitas bawah tampak tidak ada edema pada kedua kaki. Tidak ada gangguan.

15) Kulit

Warna sawo matang, kulit teraba hangat, kuku pendek dan bersih, turgor kulit elastis namun tidak terdapat ruam-ruam pada tubuh klien.

DATA FOKUS

Nama Klien : An. A

Tempat Praktek : RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Ruang THT

DATA SUBJEKTIF :

1. Ibu klien mengatakan anaknya demam selama 6 hari sebelum masuk rumah sakit
2. Ibu klien mengatakan telinga disebelah kiri bengkak dan memerah sudah 1 minggu yang lalu sebelum masuk rumah sakit
3. Nyeri terasa ketika bagian telinga sebelah kiri ditekan dan An. A selalu menangis

P : Nyeri hilang timbul ketika bagian yang bengkak ditekan

Q : Tertekan

R : Ditelinga sebelah kiri

S : Sangat nyeri (8)

T : Ketika ditekan

4. Ibu klien mengatakan anaknya kurang nafsu makan hanya menghabiskan 2 sendok makan
5. Ibu klien mengatakan anaknya rewel
6. Ibu klien mengatakan anaknya tidak nyenyak tidur dan sering terbangun pada malam hari
7. Ibu klien mengatakan aktivitas sehari-hari An. A dibantu dan dibimbing oleh orangtuanya

8. Ibu klien mengatakan anaknya selalu minta untuk digendong
9. Ibu klien mengatakan tidak mengetahui apapun tentang penyakit An. A
10. Ibu klien bertanya bagaimana anaknya bisa terkena penyakit ini
11. Ibu klien mengatakan tidak mau lagi anaknya sampai kembali terkena sakit seperti ini

DATA OBJEKTIF :

1. Tampak ada edema dan memerah ditelinga sebelah kiri
2. Luka berukuran 1 cm dan tidak terdapat pus
3. Luka tidak di perban
4. Luka tampak kering
5. Pasien tampak meringis
6. Pasien tampak bersikap protektif terhadap nyeri
7. Kulit pasien teraba hangat
8. Mukosa bibir kering dan merah
9. Klien tampak lemas
10. Klien takut jika didekati oleh perawat
11. Klien selalu menangis
12. Klien tampak gelisah
13. Klien tampak kurang nafsu makan
14. Klien hanya menghabiskan 2 sendok makan
15. Diet klien makanan lunak (bubur)
16. Klien hanya meminum susu
17. BB pasien 8,5 kg
18. Klien tampak sering terbangun dan sulit tidur pada malam hari

19. Tampak terpasang infus RL 20ttts/m
20. Klien tampak melakukan aktivitas sehari-hari dibantu dan dibimbing oleh orangtuanya
21. Ibu klien tampak bingung dan khawatir
22. Hasil pemeriksaan laboratorium
 - LED : 22mm/jam
 - Leukosit : 14000 10^3 /ul
23. TTV
 - S : 38,0 °C
 - N : 98x/m
 - RR : 24x/m
24. Terapi Obat
 - Paracetamol 10 mg
 - Omeprazol 20 mg

ANALISA DATA

NO	DATA	ETIOLOGI	MASALAH
1.	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ibu klien mengatakan telinga disebelah kiri bengkak, memerah - Nyeri terasa ketika ditekan dan An. A selalu menangis - Ibu klien mengatakan <p>P : Nyeri hilang timbul ketika bagian yang bengkak ditekan akan terasa nyeri</p> <p>Q : Tertekan</p> <p>R : Ditelinga sebelah kiti</p> <p>S : Sangat nyeri (8)</p> <p>T : Ketika ditekan</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak ada edema dan memerah ditelinga sebelah kiri - Luka berukuran 1-2 cm dan tidak terdapat pus - Luka tidak di perban - Luka tampak kering - Pasien tampak meringis - Pasien tampak bersikap protektif terhadap nyeri - Klien tampak lemas - TTV N : 98x/m RR : 24x/m - Pemeriksaan lab LED: 22mm/jam 	<p>Agen pencedera fisiologis</p>	<p>Nyeri akut</p>
2.	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ibu klien mengatakan anaknya demam selama 6 hari sebelum masuk rumah sakit <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kulit klien teraba hangat - Mukosa bibir kering dan merah - Klien tampak lemas - TTV 	<p>Proses penyakit</p>	<p>Hipertermia</p>

	S : 38,0 °C - Hasi Pemeriksaan Lab Leukosit: 14000 10 ³ /ul		
3.	DS: - Ibu klien mengatakan tidak mengetahui apapun tentang penyakit An. A DO : - Klien tampak gelisah - Klien tampak sering terbangun dan sulit tidur pada malam hari - Klien takut jika didekati oleh perawat - Klien selalu menangis - Ibu klien tampak bingung dan khawatir	Krisis situasional	Ansietas

3.2 Diagnosis Keperawatan

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis dibuktikan dengan adanya peradangan didaerah telinga sebelah kiri
2. Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit dibuktikan dengan suhu tubuh tinggi, kulit teraba hangat, mukosa bibir kering dan merah
3. Ansietas berhubungan dengan krisis situasional dibuktikan dengan orang tua tidak mengetahui apapun tentang penyakit anaknya, klien gelisah dan rewel

3.3 Intervensi Keperawatan

Nama Klien : An. A

Ruangan : THT

Tempat Praktek : RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi

No.	Diagnosis keperawatan	Luaran Keperawatan	Intervensi Keperawatan
1	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis	Setelah dilakukan intervensi selama 3x24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil : <ul style="list-style-type: none"> - Keluhan nyeri menurun - Meringis menurun - Gelisah menurun - Kesulitan tidur menurun 	Manajemen nyeri Observasi : <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. 2. Identifikasi skala nyeri. 3. Monitor efek samping penggunaan analgetik. Terapeutik : <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri seperti: kompres hangat 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri. 3. Fasilitasi istirahat dan tidur. Edukasi : <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri. 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri. 3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri. 4. Anjurkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri Kolaborasi : <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu

2	Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit	<p>Setelah di lakukan intervensi keperawatan 3x4 jam, di harapkan termoregulasi membaik dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menggigil menurun - Suhu tubuh membaik - Suhu kulit membaik 	<p>Manajemen hipertermi</p> <p>Tindakan</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi penyebab hipertermi 2. Monitor suhu tubuh 3. Monitor saluaran urin 4. Monitor komplikasi hipertermi <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Longgarkan atau lepaskan pakaian 2. Berikan cairan oral 3. Lakukan pendinginan eksternal (kompres) <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan tirah baring <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pemberian cairan dan elektrolit intravena
3	Ansietas berhubungan dengan krisis situasional	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam di harapkan Rasa cemas berkurang/hilang dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien dapat mengindikasikan sebab kecemasan - Emosi stabil - Istirahat cukup 	<p>Reduksi Ansietas</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji tingkat kecemasan yang dialami oleh pasien. 2. Beri kesempatan pada pasien untuk mengungkapkan rasa cemasnya. <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan 2. Pahami situasi yang membuat ansietas 3. Dengarkan dengan penuh perhatian <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Beri informasi yang akurat tentang proses penyakit dan anjurkan pasien untuk ikut serta dalam tindakan keperawatan

			<ol style="list-style-type: none">2. Berikan keyakinan pada pasien bahwa perawat, dokter, dan tim kesehatan lain selalu berusaha memberikan pertolongan yang terbaik dan seoptimal mungkin3. Ciptakan lingkungan yang tenang dan nyaman <p>Kolaborasi:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Kolaborasi pemberian obat ansietas, jika perlu
--	--	--	---

3.4 Implementasi Keperawatan dan Evaluasi

Nama Klien : An. A

Ruangan : THT

Tempat Praktek : RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi

Implementasi dan Evaluasi : Hari ke-1

No	Diagnosis	Hari / Tgl	Implementasi	Evaluasi	Paraf
1	Nyeri Akut	Rabu, 16/10/2019 Pukul : 08:00 Pukul : 08:10 Pukul : 08:15 Pukul : 08:35 Pukul : 08:45	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi lokas, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri (dengan memeriksa lukanya) 2. Skala nyeri : nyeri sangat hebat 3. Memberikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri dengan kompres hangat 4. Memberikan posisi yang tenang dan nyaman (posisi tidur menghadap sebelah kanan sambil memeluk ibunya, tidak sebelah kiri karena beresiko menekan absesnya yang berada ditelinga sebelah kiri) 5. Menganjurkan memonitor nyeri secara mandiri (ketika anaknya menangis dan rewel merasakan nyeri, untuk segera kompres hangat) 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ibu klien mengatakan anaknya masih sering menangis jika bengkak ditelinganya di sentuh/ditekan - Ibu klien mengatakan sudah melakukan kompres hangat - Ibu klien mengatakan anaknya nyaman dan tenang diberikan posisi menghadap sebelah kanan dibanding sebelah kiri - Penilaian Nyeri : P : Nyeri hilang timbul ketika bagian yang bengkak ditekan akan terasa nyeri Q : Tertekan R : Ditelinga sebelah kiti S : Lebih nyeri (6) T : Ketika ditekan 	

				<p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak menangis dan rewel - Tampak ada edema dan memerah ditelinga sebelah kiri - Luka berukuran 1cm dan tidak terdapat pus, luka tidak diperban, luka tampak kering - Klien tampak meringis - Klien tampak bersikap protektif terhadap nyeri <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Skala nyeri 6 dan belum teratasi <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervensi di lanjutkan (1,2,3,4,5) 	
2	Hipertermia	<p>Rabu, 16/10/2019</p> <p>Pukul : 08:50</p> <p>Pukul : 09:00</p> <p>Pukul : 09:05</p> <p>Pukul : 09:35</p> <p>Pukul : 09:45</p> <p>Pukul : 09:55</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor suhu tubuh dengan mengukur suhu tubuh dibagian aksila 2. Melonggarkan pakaian klien 3. Memberikan cairan oral (banyak minum air putih sebanyak 4 gelas atau 1 liter/hari) 4. Melakukan pendinginan eksternal (kompres air hangat) 5. Menganjurkan tirah baring (tidur sambil dipeluk ibunya) 6. Memberikan obat paracetamol 10 mg 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ibu klien mengatakan suhu badan anaknya masih tinggi - Ibu klien mengatakan anaknya menolak untuk di longgarkan pakaiannya - Ibu klien mengatakan anaknya mau minum air putih tapi sedikit hanya 1 gelas/hari - Ibu klien mengatakan anaknya telah diberikan kompres hangat - Ibu klien mengatakan anaknya selalu tertidur dan tidak rewel jika tidur 	

				<p>dipeluk oleh ibunya</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Suhu tubuh di atas nilai normal 37,9⁰C - Kulit klien terasa hangat - Mukosa bibir kering dan merah - Klien tampak lemas - Klien tampak menangis dan rewel <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Suhu tubuh An. A masih tinggi <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervensi di lanjutkan (1,2,3,4,5) 	
3	Ansietas	<p>Rabu, 16/10/2019 Pukul : 10:00</p> <p>Pukul : 10:10</p> <p>Pukul : 10:20</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengkaji tingkat kecemasan yang dialami oleh klien, hasil yang didapatkan klien cemas/takut didekati oleh perawat dan menolak untuk disentuh 2. Menciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan dengan mengajaknya bermain secara perlahan-lahan 3. Memahami situasi yang membuat ansietas dengan mengurangi kunjungan ke kamarnya, setiap berkunjung juga hanya 1 perawat saja 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ibu klien mengatakan anaknya masih sering menangis - Ibu klien mengatakan anaknya menolak untuk bermain - Ibu klien mengatakan sudah sedikit memahami tentang penyakit anaknya - Ibu klien mengatakan sudah memahami tindakan keperawatan yaitu kompres hangat <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak lemas - Klien tampak gelisah dan takut dengan perawat 	

		Pukul : 10:30	4. Memberikan informasi yang akurat tentang proses penyakit dan anjurkan ibu klien untuk ikut serta dalam tindakan keperawatan (seperti melakukan kompres hangat)	- Klien terus menangis dan rewel A :	
		Pukul : 10:35	5. Menciptakan lingkungan yang tenang dan nyaman untuk klien dengan menghindari kebisingan dan keramaian saat melihat klien	- Ansietas belum stabil P : - Intervensi di lanjutkan (2,3,4,5)	

Nama Klien : An. A

Ruangan : THT

Tempat Praktek : RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi

Implementasi dan Evaluasi : Hari ke-2

No	Diagnosa	Hari/tgl	Implementasi	Evaluasi	Paraf
1	Nyeri akut	Kamis, 17/10/2019 Pukul : 08:05 Pukul : 08:15 Pukul : 08:20 Pukul : 08:40 Pukul : 08:50	<ol style="list-style-type: none">1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri (dengan memeriksa lukanya)2. Skala nyeri : nyeri sangat hebat3. memberikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri dengan kompres hangat4. Memberikan posisi yang tenang dan nyaman (posisi tidur menghadap sebelah kanan sambil memeluk ibunya, tidak sebelah kiri karena beresiko menekan absesnya yang berada ditelinga sebelah kiri)5. Menganjurkan memonitor nyeri secara mandiri (ketika anaknya menangis dan rewel merasakan nyeri, untuk segera kompres hangat)	S : <ul style="list-style-type: none">- Ibu klien mengatakan anaknya sedikit tidak rewel lagi, masih menangis jika bengkak ditelinganya di sentuh/ditekan- Ibu klien mengatakan sudah melakukan kompres hangat- Ibu klien mengatakan anaknya nyaman dan tenang diberikan posisi menghadap sebelah kanan dibanding sebelah kiri- Klien tampak sedikit lebih tenang- Penilaian Nyeri : P : Nyeri hilang timbul ketika bagian yang bengkak ditekan akan terasa nyeri Q : Tertekan R : Ditelinga sebelah kiti S : Sedikit nyeri (3) T : Ketika ditekan O : <ul style="list-style-type: none">- Klien tampak sedikit lebih tenang- Edema mulai mengecil dan tampak masih memerah	

				<ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak bersikap protektif terhadap nyeri <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Skala nyeri 3 dan sudah teratasi <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervensi di lanjutkan (2,3,4,5) 	
2	Hipertermia	<p>Kamis, 17/10/2019 Pukul : 09:00</p> <p>Pukul : 09:05 Pukul : 09:10</p> <p>Pukul : 09:15</p> <p>Pukul : 09:30</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor suhu tubuh dengan mengukur suhu tubuh dibagian aksila 2. Melonggarkan pakaian klien 3. Memberikan cairan oral (banyak minum air putih sebanyak 4 gelas atau 1 liter/hari) 4. Melakukan pendinginan eksternal (kompres air hangat) 5. Menganjurkan tirah baring (tidur sambil dipeluk ibunya) 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ibu klien mengatakan suhu badan anaknya sudah mulai menurun - Ibu klien mengatakan anaknya mau untuk melonggarkan pakaiannya - Ibu klien mengatakan anaknya mau minum air putih sudah 3 gelas/hari - Ibu klien mengatakan anaknya telah diberikan kompres hangat - Ibu klien mengatakan anaknya selalu tertidur dan tidak rewel jika tidur dipeluk oleh ibunya <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Suhu tubuh di atas nilai normal 37,7⁰C - Kulit klien masih terasa hangat - Mukosa bibir lembab - Klien masih tampak lemas - Klien sedikit rewel <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Subu tubuh An.A masih tinggi 	

				<p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervensi di lanjutkan (1,3,4) 	
3	Ansietas	<p>Kamis, 17/10/2019 Pukul : 09:35</p> <p>Pukul : 10:15</p> <p>Pukul : 10:25</p> <p>Pukul : 10:35</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan dengan mengajaknya bermain secara perlahan-lahan 2. Memahami situasi yang membuat ansietas dengan mengurangi kunjungan ke kamarnya, setiap berkunjung juga hanya 1 perawat saja 3. Memberikan informasi yang akurat tentang proses penyakit dan anjurkan ibu klien untuk ikut serta dalam tindakan keperawatan (seperti melakukan kompres hangat) 4. Menciptakan lingkungan yang tenang dan nyaman untuk klien dengan menghindari kebisingan dan keramaian saat melihat klien 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ibu klien mengatakan anaknya tidak rewel/menangis lagi - Ibu klien mengatakan anaknya sudah ingin bermain - Ibu klien mengatakan sudah memahami tentang penyakit anaknya - Ibu klien mengatakan sudah memahami tindakan keperawatan yaitu kompres hangat <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak tenang dan rileks - Klien tampak bermain dengan orangtuanya <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ansietas sedikit stabil <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervensi di lanjutkan (2 dan 4) 	

Nama Klien : An. A

Ruangan : THT

Tempat Praktek : RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi

Implementasi dan Evaluasi : Hari ke-3

No.	Diagnosa	Hari/tgl	implementasi	Evaluasi	Paraf
1	Nyeri akut	Jum'at, 18/10/2019 Pukul : 08:20 Pukul : 08:25 Pukul : 08:45 Pukul : 08:55	<ol style="list-style-type: none">1. Skala nyeri : nyeri sangat hebat2. memberikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri dengan kompres hangat3. Memberikan posisi yang tenang dan nyaman (posisi tidur menghadap sebelah kanan sambil memeluk ibunya, tidak sebelah kiri karena beresiko menekan absesnya yang berada ditelinga sebelah kiri)4. Menganjurkan memonitor nyeri secara mandiri (ketika anaknya menangis dan rewel merasakan nyeri, untuk segera kompres hangat)	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none">- Ibu klien mengatakan anaknya sudah tidak rewel lagi- Ibu klien mengatakan sudah melakukan kompres hangat- Ibu klien mengatakan anaknya nyaman dan tenang diberikan posisi menghadap sebelah kanan dibanding sebelah kiri- Ibu klien mengatakan anaknya sudah tertawa dan mau bermain <p>Penilaian Nyeri :</p> <p>P:Nyeri hilang timbul ketika bagian yang bengkak ditekan</p> <p>Q: Tidak nyeri</p> <p>R:Nyeri ditelinga sebelah kiti</p> <p>S: Tidak nyeri (0)</p> <p>T: Ketika ditekan</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none">- Klien tampak tenang dan rileks <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none">- Nyeri akut teratasi dengan hasil klien	

				tampak tenang dan rileks P : - Intervensi manajemen nyeri dihentikan.	
2	Hipertermia	Jum'at, 18/10/2019 Pukul : 09.00 Pukul : 09.05 Pukul : 09.10	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor suhu tubuh dengan mengukur suhu tubuh dibagian aksila 2. Memberikan cairan oral (banyak minum air putih sebanyak 4 gelas atau 1 liter/hari) 3. Melakukan pendinginan eksternal (kompres air hangat) 	S : - Ibu klien mengatakan suhu badan anaknya sudah turun - Ibu klien mengatakan anaknya mau minum air putih sudah 4 gelas/hari - Ibu klien mengatakan kompres hangat ampuh untuk mengatasi demam anaknya O : - Suhu tubuh 36,3 ⁰ C - Kulit klien tidak terasa hangat lagi - Klien tidak rewel A : - Hipertermia teratasi dengan hasil suhu tubuh klien membaik p : - Intervensi manajemen hipertermia dihentikan	
3	Ansietas	Jum'at, 18/10/2019 Pukul : 09:30	1. Memahami situasi yang membuat	S : - Ibu klien mengatakan anaknya tidak rewel/menangis lagi	

		Pukul : 09:35	<p>ansietas dengan mengurangi kunjungan ke kamarnya, setiap berkunjung juga hanya 1 perawat saja</p> <p>2. Menciptakan lingkungan yang tenang dan nyaman untuk klien dengan menghindari kebisingan dan keramaian saat melihat klien</p>	<p>- Ibu klien mengatakan anaknya sudah ingin bermain</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak tenang dan rileks - Klien tampak bermain dengan orangtuanya <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ansietas teratasi dengan hasil klien tampak tenang dan rilek, tampak senang bermain <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervensi reduksi ansietas dihentikan. 	
--	--	---------------	---	--	--

BAB IV

PEMBAHASAN

4.1 Profil Lahan Praktek

Penelitian Ini Telah Dilakukan di RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun yaitu ruang rawat inap THT. RSUD Dr. Achmad Mochtar merupakan rumah sakit rujukan tipe B. Di RSUD Dr. Achmad Mochtar banyak terdapat ruangan salah satunya adalah ruangan THT, dimana ruangan ini terdiri dari ruangan rawat inap kelas 1,2,3 dan ruang tindakan. Berdasarkan wawancara dengan kepala ruangan THT jumlah kejadian abses tiap tahunnya meningkat. Pada tahun 2019 ini jumlah pasien yang mengalami abses sebanyak 36 orang.

4.2 Analisis Asuhan Keperawatan Dengan Konsep Terkait

Langkah pertama yang dilakukan penulis dalam melakukan pengkajian terhadap pasien adalah mengkaji identitas pasien, keluhan yang dialami pasien, gejala klinis faktor resiko, menetapkan diagnosa keperawatan , membuat intervensi, melakukan implmentasi sampai pada evaluasi.

4.2.1 Pengkajian

Pengkajian pada An. A dilakukan dengan cara anamnesa dengan menanyakan biodata pasien, alasan masuk, riwayat kesehatan sekarang, riwayat kesehatan dahulu, riwayat penyakit keluarga, genogram, wawancara pada keluarga pasien dan pemeriksaan fisik.

Menurut (Purwanto 2016) Pengkajian merupakan tahap awal dalam asuhan keperawatan. Tahapan ini merupakan tahapan yang sangat penting karena keberhasilan perawat dalam melakukan asuhan keperawatan sangat ditentukan dari seberapa jauh perawat bisa mengkaji masalah yang

dihadapi pasien sehingga dapat menentukan langkah langkah selanjutnya untuk membantu mengatasi atau menyelesaikan masalah pasien.

Dimulai dari data yang didapatkan saat pengkajian An. A masuk dengan diagnosa medis Abses Retroauricular dengan keluhan bengkak dan memerah dibelakang telinga sebelah kiri sejak 1 minggu yang lalu dan nyeri ketika ditekan, pasien demam sudah 6 hari dengan suhu 38,0⁰C serata tidak nafsu makan hanya menghabiskan 2 sendok makan bubur dalam setiap jam makan minum air putih juga tidak mau dan hanya menangis karena sakit yang dirasa ditelinga sebelah kiri pasien. Sedangkan menurut teori tanda dan gejala dari abses yaitu nyeri (*Dolor*), nyeri tekan, pembengkakan (Tumor), kemerahan (*Rubor*), panas (*Calor*), hilangnya fungsi menurut (Smeltzer & Bare, 2001).

4.2.2 Diagnosis Keperawatan

Berdasarkan data yang diperoleh penulis merumuskan masalah keperawatan pada An. A yaitu : Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis, Hipertermi b.d proses penyakit , Ansietas berhubungan dengan krisis situasional. Dari diagnosa diatas dapat disimpulkan bahwa diagnosa teori dan kasus adalah sama.

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis dibuktikan dengan nyeri terasa dibagian telinga sebelah kiri, terdapat bengkak dan memerah, pasien menangis dan tampak gelisah. Nyeri adalah pengalaman sensori dan pengalaman emosional yang tidak menyenangkan berkaitan dengan kerusakan jaringan yang aktual

atau potensial yang dirasakan dalam kejadian dimana terjadi kerusakan jaringan tubuh (Wahyudi & Abd.Wahid, 2016).

- b. Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit dibuktikan dengan suhu pasien yang meningkat, badan terasa hangat. Demam atau Hipertermi, pathogenesis demam berasal dari toksin bakteri. Misalnya : Endotoxin yang bekerja pada monosit, makrofag dan sel-sel kupffer untuk menghasilkan beberapa macam sitoksin yang bekerja sebagai pirogen endogen kemudian mengaktifkan daerah preptik hipotalamus, sitokin juga dihasilkan dari sel-sel SSP (system syaraf pusat) apabila terjadi rangsangan oleh infeksi dan sitoksin tersebut mungkin bekerja secara langsung pada pusat-pusat pengatur suhu. Demam yang ditimbulkan oleh sitoksin mungkin disebabkan oleh pelepasan prostaglandin ke dalam 17 hipotalamus yang menyebabkan demam (Susanto, 2017).
- c. Ansietas berhubungan dengan krisis situasional dibuktikan dengan merasa khawatir dengan penyakit yang dihadapi, sulit berkonsentrasi, tampak gelisah, tampak tegang dan sulit tidur Ansietas merupakan kebingungan atau kekawatiran pada sesuatu yang terjadi dengan penyebab tidak jelas dan dihubungkan dengan perasaan tidak menentu dan ketidakberdayaan sebagai hasil penilaian terhadap suatu obyek (Stuart, 2013)

4.2.3 Intervensi

Intervensi Keperawatan adalah semua tindakan asuhan yang perawat lakukan atas nama klien. Tindakan ini termasuk intervensi yang di

prakarsai oleh perawat, dokter, atau intervensi kolaboratif (Mc. Closky & Bulechek, 2010).

Dalam menyusun rencana tindakan keperawatan kepada klien berdasarkan prioritas masalah yang ditemukan tidak semua rencana tindakan pada teori dapat ditegakkan pada tinjauan kasus. Karena tindakan pada tinjauan kasus disesuaikan dengan keluhan dan keadaan klien pada saat pengkajian.

1. Diagnosis pertama

Tindakan yang dilakukan untuk mengatasi masalah Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis yang tujuannya setelah mendapatkan tindakan intervensi keperawatan 3x4 jam tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil, Keluhan nyeri menurun, Meringis menurun, Gelisah menurun, Kesulitan tidur menurun. Tindakannya adalah dengan, mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, mengidentifikasi skala nyeri, memberikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri seperti: kompres hangat, mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri, memfasilitasi istirahat dan tidur, menganjurkan memonitor nyeri secara mandiri, menganjurkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri

2. Diagnosis kedua

Tindakan yang dilakukan untuk mengatasi masalah Hipertermia b.d proses penyakit yang tujuannya setelah mendapatkan tindakan intervensi keperawatan 3x4 jam, dengan kriteria hasil termoregulasi membaik dengan kriteria hasil, menggigil menurun, suhu tubuh

membaik, suhu kulit membaik. Tindakannya adalah dengan mengidentifikasi penyebab hipertermi, memonitor suhu tubuh, melonggarkan atau lepaskan pakaian, memberikan cairan oral, melakukan pendinginan eksternal (kompres hangat), menganjurkan tirah baring

3. Diagnosis ketiga

Tindakan yang dilakukan untuk mengatasi masalah Ansietas berhubungan dengan krisis situasional yang tujuannya setelah mendapatkan tindakan intervensi keperawatan 3x4 jam rasa cemas berkurang/hilang dengan kriteria hasil, pasien dapat mengindikasikan sebab kecemasan, emosi stabil, istirahat cukup. Tindakannya adalah dengan, mengkaji tingkat kecemasan yang dialami oleh pasien, menciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan, mendengarkan dengan penuh perhatian, memberikan informasi yang akurat tentang proses penyakit dan anjurkan pasien untuk ikut serta dalam tindakan keperawatan, memberikan keyakinan pada pasien bahwa perawat, dokter, dan tim kesehatan lain selalu berusaha memberikan pertolongan yang terbaik dan seoptimal mungkin, menciptakan lingkungan yang tenang dan nyaman.

4.2.4 Implementasi

Pada tahap implementasi asuhan keperawatan yang diberikan pada pasien difokuskan pada penanganannya yang bersifat menyeluruh. Dalam melaksanakan asuhan keperawatan ini, pasien dan keluarga dilibatkan

sehingga dapat bekerjasama dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien.

Implementasi tiap diagnosa pada pasien disesuaikan dengan kondisi pasien kelolaan yang diberikan asuhan keperawatan, berdasarkan intervensi keperawatan yang telah ditentukan. Implementasi yang diberikan pada pasien berdasarkan intervensi yang ada pada buku Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI), Namun implementasi pada kasus ini difokuskan pada kompres hangat dimana tindakan ini untuk mengurangi rasa nyeri terhadap abses retroauricular.

Kompres hangat merupakan tindakan keperawatan dengan memberikan rasa hangat pada daerah tertentu dengan menggunakan kantung yang berisi air hangat sehingga menimbulkan rasa hangat pada bagian tubuh yang memerlukan. Kompres hangat dapat menghilangkan nyeri dan meningkatkan proses penyembuhan. Pemberian panas secara lokal di bagian tubuh yang mengalami cedera dapat berguna untuk pengobatan (Potter & Perry, 2005).

Sejalan dengan penerapan kompres hangat tetapi dengan penyakit berbeda, penelitian yang dilakukan (Mujib, dkk 2009) dengan judul pengaruh terapi kompres air hangat terhadap penurunan Nyeri sendi osteoarthritis pada lansia di posyandu lansia puskesmas Pandian Sumenep. Hasil penelitian menunjukkan bahwa lebih dari separuh mengalami nyeri sendi osteoarthritis dengan nyeri sedang skala 22 lansia (68,7%).

Beberapa penyebab dari Abses Menurut (Dongoes, 2010) yaitu infeksi microbial, reaksi hipersentivitas, agen fisik, bahan kimia iritan dan korosif,

nekrosis jaringan. Menurut Siregar (2004), bakteri menyebar dari suatu infeksi di bagian tubuh yang lain, bakteri yang dalam keadaan normal hidup di dalam tubuh manusia dan tidak menimbulkan gangguan.

4.2.5 Evaluasi

Evaluasi merupakan tahapan terakhir dari asuhan keperawatan, dimana pada tahapan ini dilihat apakah tindakan yang dilakukan sudah efektif atau belum untuk mengatasi masalah keperawatan pasien atau dengan kata lain, tujuan tercapai atau tidak (Purwanto 2016).

Setelah penulis melakukan tindakan keperawatan maka langkah terakhir dari proses keperawatan adalah mengevaluasi sejauh mana tindakan-tindakan yang telah diberikan pada pasien berhasil atau tidak. Hal ini didukung dengan kerjasama antara tenaga kesehatan dan keluarga, keberhasilan tersebut dapat dilihat dari evaluasi yang telah dicapai antara lain hasil evaluasi pada ketiga masalah keperawatan tersebut yang meliputi: Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis, Hipertermi b.d proses penyakit, Ansietas berhubungan dengan krisis situasional.

4.3 Analisis Intervensi Dengan Konsep Penelitian Terkait

Setelah dilakukan implementasi pada An. A selama 3 hari mulai hari kamis 16 Oktober 2019 sampai 18 Oktober 2019 dengan adanya nyeri yang dirasakan pasien maka masalah nyeri akut dan intervensi yang dilakukan yaitu kompres hangat setelah dilakukan intervensi selama 3 hari didapatkan

nyeri pada An.A berkurang dengan signifikan. Jadi dapat disimpulkan bahwa adanya pengaruh kompres hangat terhadap nyeri.

Banyak cara yang bisa dilakukan untuk mengurangi rasa nyeri pada abses, salah satunya dengan pemberian kompres hangat. Pemberian kompres air hangat adalah memberikan rasa hangat pada pasien dengan menggunakan cairan atau alat yang menimbulkan hangat pada bagian tubuh yang memerlukannya. Tujuannya adalah memperlancar sirkulasi darah, mengurangi rasa sakit, merangsang peristaltik usus, memperlancar pengeluaran getah radang (eksudat), memberikan rasa nyaman atau hangat dan tenang (Kusyati, 2006).

Revi Neini (2018) melakukan tindakan kompres hangat pada pasien post fraktur selama 3 hari. Menurut asumsinya, nyeri yang timbul pada pasien fraktur. Berdasarkan teori-teori yang ada, kompres hangat mampu menurunkan respon nyeri dikarenakan kompres hangat dapat menurunkan salah satu zat neurotransmitter yaitu prostaglandin yang memperkuat sensitivitas reseptor nyeri dengan cara menurunkan inflamasi (disebabkan spasme otot). Dengan menurunnya inflamasi maka prostaglandin akan menurun pula produksinya, sehingga nyeri yang disebabkan spasme otot dan kerusakan jaringan berkurang. Hal ini dibuktikan dengan setelah dilakukan pemberian kompres hangat selama 3 hari berturut-turut, menunjukkan adanya penurunan skala nyeri dari hari 1 sampai hari ke 3 namun pada hari kedua ada peningkatan nyeri disebabkan karena faktor lingkungan, faktor usia dan ansietas sehingga mempengaruhi tingkat emosi klien dan akhirnya mempengaruhi skala nyeri. Berdasarkan hasil uji statistik wilcoxon terdapat

pengaruh kompres hangat terhadap nyeri pasien fraktur dengan nilai $p = 0,006 < 0,05$. Peneliti menganjurkan untuk melakukan intervensi kompres hangat mandiri khususnya pada pasien post fraktur ekstremitas tertutup.

Untuk itu melakukan untuk melakukan penerapan kompres hangat terhadap abses pada anak dengan tujuannya agar mengurangi rasa nyeri yang dirasakan An. A. Kompres hangat dapat juga diterapkan oleh perawat-perawat di Ruang THT rawat inap Di RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi. Maka dari itu saya tertarik untuk menerapkan kompres hangat dalam kasus kelolaan saya pada anak dengan abses retroauricular.

4.4 Alternatif Pemecahan Yang Dapat Dilakukan

Dari implementasi yang dilakukan selama 3 hari penulis tidak ada mendapatkan kendala apapun. Intervensi ini juga sangat mudah dilakukan oleh perawat lainnya atau keluarga karena kompres hangat ini sangat dianjurkan untuk mengurangi rasa nyeri.

Selain kompres hangat alternatif yang dapat dilakukan yaitu terapi bermain. Terapi bermain ini dilakukan juga oleh perawat dengan mengajak klien bermain Puzzle. Karena bermain sangat penting dalam kehidupan seorang anak yang sedang sakit maka ini bisa dijadikan tindakan alternatif dari kompres hangat. Terapi bermain ini bertujuan untuk memberikan situasi yang nyaman sama seperti bermain dirumahnya. Tindakan yang perawat lakukan yaitu diawali dengan komunikasi terapeutik dimana hal ini dilakukan agar klien percaya dan ingin bermain dengan perawat. Terapi bermain ini juga bisa diterapkan oleh keluarga klien saat dirumah.

BAB V

PENUTUP

Setelah penulis melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan abses di ruang rawat inap THT di RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi, maka dapat diambil kesimpulan sebagai berikut:

5.1 Kesimpulan

Dari hasil evaluasi dilakukan bahwa semua masalah keperawatan teratasi yaitu nyeri akut sudah tidak ada masalah, gangguan termoregulasi dan ansietas semua teratasi.

- a. Mampu memahami konsep kebutuhan rasa aman dan nyaman dengan abses retroauricular di RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi.
- b. Mampu melakukan pengkajian pasien dengan abses retroauricular di RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi.
- c. Mampu merumuskan diagnosa keperawatan pada pasien dengan abses retroauricular di ruang THT rawat inap RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi.
- d. Mampu menerapkan salah satu intervensi terkait dari jurnal tentang penerapan kompres hangat pada asuhan keperawatan dengan gangguan kebutuhan rasa aman dan nyaman di ruang THT rawat inap RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi.
- e. Mampu menerapkan implementasi dari hasil jurnal tentang penerapan kompres hangat pada asuhan keperawatan dengan gangguan

kebutuhan rasa aman dan nyaman diruang THT rawat inap RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi.

- f. Mampu mengevaluasi dan menganalisis dari hasil jurnal tentang penerapan kompres hangat pada asuhan keperawatan dengan gangguan kebutuhan rasa aman dan nyaman diruang THT rawat inap RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi.
- g. Mampu melakukan pendokumentasian terkait dari hasil jurnal tentang gangguan kebutuhan rasa aman dan nyaman (kompres hangat) diruang THT rawat inap RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi.

5.2 Saran

Dengan selesainya dilakukan asuhan keperawatan An. A dengan abses retroauricular, diharapkan dapat memberikan masukan terutama pada :

5.2.1 Bagi RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi

Diharapkan pihak Rumah Sakit terutama perawatnya dapat memberikan informasi dan pengetahuan mengenai kompres hangat agar orang tua anak tau bagaimana penerapan kompres hangat yang baik dan benar dan dapat juga diterapkan dirumah.

5.2.2 Bagi Perawat

Diharapkan dapat menjadi acuan dan informasi bagi perawat dalam mengembangkan kompres hangat dan hal ini juga dapat diterapkan di ruang THT rawat inap RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi.

5.2.3 Bagi Institusi Pendidikan

Diharapkan kepada institusi pendidikan untuk mengembangkan ilmu kesehatan keperawatan dasar kepada peserta didik sehingga pengetahuan

dan keterampilan tentang hal tersebut lebih baik lagi kedepannya dan akan dapat membantu dalam mendukung untuk bahan pengajaran ilmu keperawatan dasar kedepannya.

5.2.4 Bagi Pasien dan Keluarga

Diharapkan informasi yang didapat menjadi pengalaman bagi pasien dan keluarga tentang kompres hangat khususnya terhadap Abses Retroauricular, sehingga pasien bisa mengatasi rasa nyeri secara mandiri dirumah.

5.2.5 Bagi Peneliti Selanjutnya

Diharapkan bisa mendapatkan intervensi inovatif lebih dalam penanganan masalah keperawatan dengan abses, dan juga bisa memberikan perbandingan tindakan pada pasien yang berbeda tetapi dengan kasus yang sama.

DAFTAR PUSTAKA

- Anas Tamsuri. (2007). *Konsep dan Penatalaksanaan Nyeri*. Jakarta : EGC.
- Andarmoyo. 2017. *Konsep dan proses Keperawatan Nyeri*. Yogyakarta: AR-RUZZ MEDIA.
- Anugraheni, 2013 dalam Rahmadhayanti, Eka, 2017.
- Asmadi (2008). *Teknik Prosedural Keperawatann: Konsep dan Aplikasi Kebutuhan Dasar Klien*. Jakarta: Salemba Medika.
- Asmadi (2009). *Konsep dan Aplikasi Kebutuhan dasar Manusia*. Jakarta: Salemba Medika.
- Bare BG., Smeltzer SC. 2001. *Buku Keperawatan Medikal Bedah*. Jakarta: EGC. Hal: 45-47.
- Black, J dan Hawks, J. 2014. *Keperawatan Medikal Bedah: Manajemen Klinis untuk Hasil yang Diharapkan*. Dialihbahasakan oleh Nampira R. Jakarta: Salemba Emban Patria.
- Calvillo dan Flaskerud, 1991 dalam Potter & Perry, 2005.
- Dahlan, Asmita & Tri Veni Syahminan. 2017. *Pengaruh Terapi Kompres Hangat Terhadap Nyeri Haid (Disminore) Pada Siswi SMK Perbankan Simpang Haru Padang*. Journal Endurance 2 (1) February 2017. Hal: (37-44).
[https://www.google.com/search?q=Dahlan%2C+Asmita+%26+Tri+Veni+Syahminan.+2017.+Pengaruh+Terapi+Kompres+Hangat+Terhadap+Nyeri+Haid+\(Disminore\)+Pada+Siswi+SMK+Perbankan+Simpang+Haru+Padang.+www.researchgate.net.&oq=Dahlan%2C+Asmita+%26+Tri+Veni+Syahminan.+2017.+Pengaruh+Terapi+Kompres+Hangat+Terhadap+Nyeri+Haid+\(Disminore\)+Pada+Siswi+SMK+Perbankan+Simpang+Haru+Padang.+www.researchgate.net.&aqs=chrome..69i57.1745j0j7&sourceid=chrome&ie=UTF-8](https://www.google.com/search?q=Dahlan%2C+Asmita+%26+Tri+Veni+Syahminan.+2017.+Pengaruh+Terapi+Kompres+Hangat+Terhadap+Nyeri+Haid+(Disminore)+Pada+Siswi+SMK+Perbankan+Simpang+Haru+Padang.+www.researchgate.net.&oq=Dahlan%2C+Asmita+%26+Tri+Veni+Syahminan.+2017.+Pengaruh+Terapi+Kompres+Hangat+Terhadap+Nyeri+Haid+(Disminore)+Pada+Siswi+SMK+Perbankan+Simpang+Haru+Padang.+www.researchgate.net.&aqs=chrome..69i57.1745j0j7&sourceid=chrome&ie=UTF-8)
- Data Di Ruang Rawat Inap THT RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi 2019.
- Doenges, Marilyn E.dkk.2010.*Rencana Asuhan Keperawatan & Pedoman Untuk Perencanaan dan Pendokumentasian Perawatan Pasien*. Edisi III.Alih Bahasa: I Made Kriasa.EGC.Jakarta.

- Prasetyo, S. N. (2010). *Konsep dan Proses Keperawatan Nyeri*. Yogyakarta : Graha Ilmu.
- Prince & Wilson. 2005. *Patofisiologi: Konsep Klinis Proses-proses Penyakit*. Edisi: 6. Jakarta: EGC
- Potter, Patricia A. dan Anne G. Perry. (2010). *Fundamental Keperawatan Buku 1*. Jakarta: Salemba Medika
- Purwanto (2016). *Evaluasi Hasil Belajar*. Yogyakarta: pustaka Pelajar.
- Yuniarti, Rizky Eka, Wulandari, Tri Suraning & Parmilah. (2020). *Literature Review : Pengaruh Kompres Hangat Terhadap Nyeri Post Operasi*. <https://jurnal.akperalkautsar.ac.id/index.php/JIKKA/article/viewFile/20/18>
- SDKI PPNI, 2016.
- Siregar,C.J.P. 2004. *Farmasi Rumah Sakit*, Penerbit Buku Kedokteran. Jakarta: EGC
- Suzanne, C, Smeltzer, Brenda G Bare. 2001. *Buku Ajar Keperawatan Medikal-Bedah*. Edisi 8. Jakarta: EGC
- Smeltzer dan Bare (2013). *Keperawatan Medikal Bedah*. Jakarta: EGC
- Stevens, E. S. (2002). *Green Plastic: An Introduction to the New Science of Biodegradable Plastics*. New Jersey: University Press.
- Stuart, G. W. (2013). *Buku Saku Keerawatan Jiwa*. Jakarta: EGC.
- Sustanto, A. V., & Fitriana, Y. (2017). *Kebutuhan Dasar Manusia (p. 9)*. Yogyakarta: Pustaka Baru Press.
- Tamsuri A. (2007). *Konsep Dan penatalaksanaan nyeri*. Jakarta: EGC.
- Vaska & Taira. 2009. <https://en.m.wikipedia.org>. Diakses pada tanggal 25 Juni 2018.
- Wahyudi, Andri Setiya & Wahid, Abd. (2016). *Ilmu Keperawatan Dasar*. Jakarta: Mitra Wacana Media.
- Zakiah, Ana. 2015. *Nyeri: Konsep dan Penatalaksanaan dalam Praktik Keperawatan Berbasis Bukti*. Jakarta: Salemba Medika.

LAMPIRAN


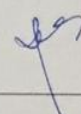
LEMBAR KONSULTASI REVISI KIAN

Nama Mahasiswa : Santik Intani Putri

Nim : 1914901741

Penguji I : Ns. Dia Resti DND, M.Kep

Judul KIAN : Penerapan Kompres Hangat Pada Asuhan Keperawatan Dengan Gangguan Kebutuhan Rasa Aman Dan Nyaman Diruang THT Rawat Inap RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2020

No	Hari/Tanggal	Hasil Konsul	Tanda Tangan
1.	Jumat 30-10-20	Konsul revisi	
2.	Senin 02-11-20	Ace disetujui	
3.			
4.			
5.			
6.			

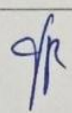

LEMBAR KONSULTASI REVISI KIAN

Nama Mahasiswa : Santik Intani Putri

Nim : 1914901741

Penguji II : Ns. Vera Sesrianty, M.Kep

Judul KIAN : Penerapan Kompres Hangat Pada Asuhan Keperawatan Dengan Gangguan Kebutuhan Rasa Aman Dan Nyaman Diruang THT Rawat Inap RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2020

No	Hari/Tanggal	Hasil Konsul	Tanda Tangan
1.	Senin 02-11-20	Konsul Revisi	
2.	Selasa 03-11-20	Doc digital	
3.			
4.			
5.			
6.			