

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN POST OPERASI
ABSES PERIANAL DENGAN MASALAH
KEPERAWATAN RESIKO INFEKSI
DI RSUD DR.SLAMET GARUT**

KARYA TULIS ILMIAH

Diajukan sebagai salah satu syarat mendapatkan gelar Ahli Madya Keperawatan
(A.MD.Kep) Pada Prodi DIII Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan
Bhakti Kencana Bandung

Oleh

FAISAL ZULFIKAR

AKX.15.035



**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN STIKES BHAKTI
KENCANA BANDUNG**

2018

SURAT PERNYATAAN

Dengan ini saya,

Nama : Faisal Zulfikar

NPM : AKX.15.035

Program Studi : DIII Keperawatan

Judul Karya Tulis : Asuhan Keperawatan Pada Klien Post Operasi Abses Perianal Dengan Masalah Keperawatan Resiko Infeksi

Menyatakan :

1. Tugas akhir saya ini adalah asli dan belum pernah diajukan untuk memperoleh gelar profesional Ahli Madya (Amd) di Program Studi DIII Keperawatan STIKes Bhakti Kencana Bandung maupun di perguruan tinggi lainnya.
2. Tugas akhir saya ini adalah karya tulis yang murni dan bukan hasil plagiat/jiplakan, serta asli dari ide dan gagasan saya sendiri tanpa bantuan pihak lain kecuali arahan dari pembimbing.

Demikian pernyataan ini dibuat dengan sebenar-benarnya dan apabila kemudian hari terdapat penyimpangan yang tidak etis, maka saya bersedia menerima sanksi akademik berupa pencabutan gelar yang saya peroleh serta sanksi lainnya sesuai dengan norma yang berlaku di perguruan tinggi.

Bandung 26 April 2018

Yang Membuat Pernyataan



LEMBAR PERSETUJUAN

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN POST OPERASI
ABSES PERIANAL DENGAN MASALAH
KEPERAWATAN RESIKO INFEKSI
DI RSUD DR.SLAMET GARUT**

FAISAL ZULFIKAR

AKX.15.035

**KARYA TULIS INI TELAH DI SETUJUI
TANGGAL : 26 APRIL 2018**

Oleh :

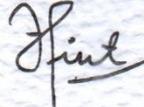
Pembimbing Ketua



Rizki Muliani, S.Kep.,Ners.,MM

NIK : 10108089

Pembimbing Pendamping



Zafiah Winta, Amk.An

Mengetahui

Prodi DIII Keperawatan

Ketua,



Hj. Tuti Suprapti, S.Kp., M.Kep

NIK : 1011603

LEMBAR PENGESAHAN

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN POST OPERASI
ABSES PERIANAL DENGAN MASALAH
KEPERAWATAN RESIKO INFEKSI
DI RSUD DR.SLAMET GARUT**

Oleh :

Nama : Faisal Zulfikar

NIM : AKX.15.035

Telah diuji

Pada tanggal, 26 April 2018

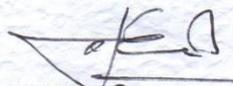
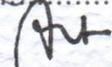
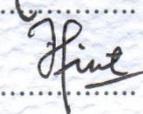
Panitia Penguji

Ketua :
Rizki Muliani, S.Kep.,Ners.,MM

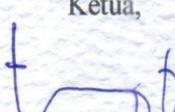

.....

Anggota :

1. Hj. Sri Sulami, S.Kep., MM
(Penguji I)
2. Hj. Tuti Suprapti, S.Kp., M.Kep
(Penguji II)
3. Hj. Zafiah Winta, Amk.An
(Pembimbing Pendamping)


.....

.....

.....

Mengetahui
STIKes Bhakti Kencana Bandung
Ketua,


Rd. Siti Jundiah, S.Kp., M.Kep
NIP : 10107064

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat rahmat dan karunia-Nya penulis masih diberi kekuatan dan pikiran sehingga dapat menyelesaikan karya tulis ini yang berjudul “ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN POST OPERASI ABSES PERIANAL DENGAN MASALAH KEPERAWATAN RESIKO INFEKSI DI RSUD DR.SLAMET GARUT” dengan sebaik-baiknya.

Maksud dan tujuan penyusunan karya tulis ilmiah ini adalah untuk memenuhi salah satu tugas akhir dalam menyelesaikan Program Studi Diploma III Keperawatan di STIKes Bhakti Kencana Bandung.

Penulis mengucapkan terimakasih kepada semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan karya tulis ini, terimakasih kepada :

1. H. Mulyana, SH, M.Pd, MH.Kes, selaku Ketua Yayasan Adhi Guna Bhakti Kencana Bandung.
2. Rd. Siti Jundiah, S.Kp.,M.Kep, selaku Ketua STIKes Bhakti Kencana Bandung.
3. Tuti Suprpti, S,Kp.,M.Kep, selaku Ketua Program Studi Diploma III Keperawatan STIKes Bhakti Kencana Bandung.
4. H. Husi Husaeni, dr., SpAn.,KIC.M.Kes selaku Ketua Jurusan Program Studi Diploma III Keperawatan Konsentrasi Anestesi dan Gawat Darurat Medik.
5. H. Jajang Sujana Mail, dr., SpAn., selaku Ketua Pelaksana Jurusan Program Studi Diploma III Keperawatan Konsentrasi Anestesi dan Gawat Darurat Medik.

6. Rizki Muliani, S,Kep.,Ners.,MM selaku Pembimbing Utama yang telah membimbing dan memotivasi selama penulis menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
7. Zafiah Winta. Amk.An selaku Pembimbing Pendamping yang telah membimbing dan memotivasi selama penulis menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
8. Seluruh Dosen dan Staff Program Studi Diploma III Keperawatan Konsentrasi Anestesi dan Gawat Darurat Medik yang telah memberikan dukungan, motivasi dan nasehat selama penulis mengikuti pendidikan dan penyusunan karya tulis ilmiah ini.
9. dr. H. Maskut Farid MM. Selaku Direktur Utama Rumah Sakit Umum dr.Slamet Garut yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk menjalankan tugas akhir perkuliahan ini.
10. Ayahanda Asep Suherlan, S.I.P. dan Ibunda Misdawati. S.Pd terimakasih atas do'a restu, material, dan motivasinya yang selalu menjadi penuntun demi keberhasilan pendidikan yang ditempuh, serta kakak-kakakku tercinta Nika Sesaria, SE, Suhendri, A.Md dan Galih Abhi Yoga. SH yang telah mendukung dan mendo'akan penulis.
11. Dicky, Amin, Agung, Bobby, Ananda, Bulan, Sonia, Eva sebagai sahabat dan Nabilla Hevi Syafira yang selalu mendukung, membantu, dan memberikan motivasi kepada penulis.
12. Regar, Gabriel, Usi, Sekar, Nisya dan teman-teman seperjuangan Anestesi angkatan 11 yang selalu memberikan dukungan kepada penulis.

Dengan segala hormat penulis mengucapkan terimakasih yang sebesar besarnya dan akhirnya semoga Karya Tulis Ilmiah ini dapat bermanfaat bagi kita semua serta selalu dalam lindungan dan keridhaan Allah SWT.

Bandung, ... April 2018

PENULIS

ABSTRAK

Latar Belakang : *Abses perianal* adalah infeksi pada jaringan lunak di sekitar lubang anus dengan pembentukan abses rongga sekret. Keparahan dan kedalaman abses cukup variabel, dan rongga abses sering dikaitkan dengan pembentukan saluran fistulous (Emedicine health, 2011). Tujuan penulisan ini adalah mampu mengaplikasikan Asuhan keperawatan pada 2 klien Post Operasi Insisi Drainase atas Indikasi Abses Perian di ruang Topaz RSUD dr.Slamet Garut. **Metode :** yang digunakan adalah studi kasus dengan teknik pengumpulan data yang digunakan adalah wawancara, pemeriksaan fisik, observasi, studi dokumentasi, partisipasi aktif, studi kepustakaan. **Hasil :** Masalah yang muncul pada 2 klien di lapangan yaitu resiko infeksi berhubungan dengan masuknya mikro organisme melalui luka terbuka Post Operasi. Setelah dilakukan asuhan keperawatan dengan perawatan luka menggunakan NaCl 0,9%, Masalah keperawatan resiko infeksi pada klien 1 dapat teratasi pada hari ke 3 dan pada klien 2 dapat teratasi pada hari ke 3. **Diskusi :** Klien dengan masalah keperawatan resiko infeksi memiliki respon yang sama pada klien Abses Perianal. Sehingga perawat melaksanakan tindakan keperawatan difokuskan kepada perencanaan yang telah ditetapkan dan dilaksanakan sesuai dengan kebutuhan dan partisipasi klien serta keluarga klien dalam setiap melaksanakan tindakan keperawatan.

Kata Kunci : Abses Perianal, Resiko infeksi , Asuhan keperawatan

Terdiri dari : V BAB,79 Halaman, 2 jurnal ,6 Buku (2000-2018) ,4 website

Background : *Perianal Abscess is an infection of soft systems arround of anus with abscess cavity secretion. The severity and depth of the abscess are quite variable, and the abscess cavity is often connecting with the formation of fistulous channels (Emedicine health, 2011). The purpose of this writing is able to applying of nursing care on two clients Post Operation Drainage Incision on Indications Perianal Abscess in Topaz room RSUD dr. Slamet Garut. The method which used is case study with data collection techniques, physical checkup, observation, documentation study, active participation, and literature study. Results problems that arise on two clients in the field the risk of infection associated with the entry of microorganism through open suture Post Operation. After of nursing care with wound care using 0,9% NaCl, nursing problems infection risk on first client can be resolved on the third day, and on second client can be resolved on the third day. Discussion: client with risk nursing have the same response on clients perianal abscess. So nurses performed actions focused on the planning that has been established and implemented in accordance with the needs and participation of client and clients family in each carry out actions of nursing.*

Keyword: *Perianal abscess, infection risk, nursing care*

Consiststing of: *V Chapter,79 Page, 2 journal,6 Book (2000-2018), 4 websites*

DAFTAR ISI

| | Halaman |
|--|---------|
| Lembar Judul dan Persyaratan Gelar | i |
| Lembar Pernyataan | ii |
| Lembar Persetujuan..... | iii |
| Lembar Pengesahan | iv |
| Kata Pengantar | v |
| Abstrak | viii |
| Daftar Isi | ix |
| Daftar Gambar | xii |
| Daftar Tabel | xiii |
| Daftar Bagan | xiv |
| Daftar Lampiran | xv |
| Daftar Singkatan | xvi |

BAB I PENDAHULUAN

| | |
|--------------------------|---|
| A. Latar Belakang | 1 |
| B. Rumusan Masalah | 4 |
| C. Tujuan | 4 |
| 1. Tujuan Umum | 4 |
| 2. Tujuan Khusus | 4 |
| D. Manfaat | 5 |
| 1. Teoritis | 5 |
| 2. Praktis | 5 |

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

| | |
|--|----|
| A. Konsep Dasar Penyakit | 7 |
| 1. Abses Perianal..... | 7 |
| a. Definisi | 7 |
| b. Anatomi dan Fisiologi Sistem Integumen | 7 |
| c. Tanda dan Gejala Abses Perianal | 15 |
| d. Penyebab Abses Perianal | 15 |
| e. Komplikasi Abses Perianal | 16 |
| f. Patofisiologi Abses Perianal | 16 |
| g. Pemeriksaan Penunjang | 19 |
| h. Penatalaksanaan Abses Perianal | 20 |
| B. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan | 20 |
| 1. Pengkajian | 20 |
| 2. Diagnosa Keperawatan | 28 |
| 3. Perencanaan | 29 |
| 4. Pelaksanaan | 35 |
| 5. Evaluasi | 36 |
| C. Konsep Masalah Keperawatan Resiko Infeksi | 38 |
| 1. Pengertian | 38 |
| 2. Penatalaksanaan | 38 |
| 3. Tujuan | 40 |
| 4. Hasil | 41 |

BAB III METODE PENULISAN KTI

| | |
|---|----|
| A. Desain Penelitian | 42 |
| B. Batasan Istilah | 42 |
| C. Partisipan/Responden/Subjek/Penelitian | 43 |
| D. Lokasi dan waktu penelitian | 43 |
| E. Pengumpulan Data | 43 |
| F. Uji Keabsahan Data | 44 |

| | |
|--------------------------|----|
| G. Analisa Data | 45 |
| H. Etik Penelitian | 46 |

BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN

| | |
|---|----|
| A. Hasil | 47 |
| 1. Gambaran Lokasi Pengambilan Data | 47 |
| 2. Pengkajian | 48 |
| 3. Analisa Data | 57 |
| 4. Diagnosa Keperawatan | 59 |
| 5. Perencanaan | 60 |
| 6. Implementasi | 62 |
| 7. Evaluasi | 64 |
| B. Pembahasan | 65 |

BAB V KESIMPULAN DAN SARAN

| | |
|---------------------|----|
| A. Kesimpulan | 70 |
| B. Saran | 73 |

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR GAMBAR

| | |
|---------------------------------|----|
| Gambar 2.1 Anatomi kulit | 8 |
| Gambar 2.2 Abses Perianal | 19 |

DAFTAR TABEL

| | |
|---|----|
| Tabel 2.1 Intervensi dan Rasional | 29 |
| Tabel 4.1 Pengkajian & Riwayat Penyakit | 49 |
| Tabel 4.2 Perubahan Aktivitas Sehari - hari | 50 |
| Tabel 4.3 Pemeriksaan Fisik (Pendekatan Sistem) | 51 |
| Tabel 4.4 Pemeriksaan Psikologis..... | 55 |
| Tabel 4.5 Hasil Pemeriksaan Diagnostik | 56 |
| Tabel 4.6 Therapy dan Rencana Pengobatan | 57 |
| Tabel 4.7 Analisa Data..... | 57 |
| Tabel 4.8 Diagnosa Keperawatan | 60 |
| Tabel 4.9 Perencanaan | 61 |
| Tabel 4.10 Implementasi | 64 |
| Tabel 4.11 Evaluasi..... | 70 |

DAFTAR BAGAN

| | |
|-------------------------------|----|
| Bagan 2.1 Patofisiologi | 18 |
|-------------------------------|----|

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Lembar Konsultasi KTI

Lampiran 2 Lembar Persetujuan Menjadi Responden

Lampiran 3 Lembar Persetujuan dan Justifikasi Studi Kasus

Lampiran 4 Lembar Observasi

Lampiran 5 Standar oprasional prosedur

Lampiran 6 Jurnal 1 dan 2

Lampiran 7 Riwayat Penulis

DAFTAR SINGKATAN

| | |
|-----------------|--------------------------------|
| RS | : Rumah sakit |
| RSUD | : Rumah sakit umum daerah |
| Post Op | : Post operasi |
| TTV | : Tanda-tanda vital |
| BAK | : Buang air kecil |
| BAB | : Buang air besar |
| C | : Celcius |
| X | : Kali |
| + | : Positif |
| Kg | : Kilogram |
| G | : Gram |
| Mg | : Miligram |
| CM | : Centi meter |
| mmHg | : Milimeter merkuri hydragyrum |
| g/dL | : Gram/desiliter |
| mEq | : Miliekuivalen |
| maOsm | : Osmolaritas |
| mm ³ | : Milimeter kubik |
| % | : Persen |
| NaCl | : Natrium chlorida |
| RL | : Ringer laktat |
| TD | : Tekanan darah |
| N | : Nadi |
| RR | : Respirasi |
| HIV | : Human immunodeficiency virus |

| | |
|-----------|--|
| AIDS | : Acquired immuno deficiency syndrome |
| NIC | : Nursing interventions classification |
| NOC | : Nursing outcomes classification |
| NANDA | : North American Nursing Diagnosis Association |
| CT | : Computerized tomography |
| USG | : Ultrasonography |
| MRI | : Magnetic resonance imaging |
| GCS (EMV) | : Glaslow coma scale (eye, motorik, verbal) |
| CRT | : Capillary refill time |
| JVP | : Jugularis venous pressure |
| < & > | : Kurang dari dan lebih dari |

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Pembangunan kesehatan pada hakekatnya adalah untuk meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan yang optimal. Peningkatan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat itu sebenarnya harus diupayakan, dibina dan dipelihara agar benar-benar tumbuh partisipasi semua pihak dalam peran serta mewujudkan sumber daya manusia Indonesia yang sehat dan sejahtera sesuai dengan apa yang tercantum dalam Undang-undang nomor 36 tentang Kesehatan pada pasal 1 yang berbunyi “Kesehatan adalah keadaan sehat, baik secara fisik, mental, spiritual maupun sosial yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomis” (Undang-Undang RI Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, 2010).

Sehat berarti bukan hanya bebas dari penyakit, tetapi meliputi seluruh kehidupan manusia, termasuk aspek sosial, psikologis, spiritual, faktor-faktor lingkungan, ekonomi, pendidikan dan rekreasi. Sehat merupakan suatu keadaan yang terdapat pada masa tumbuh kembang manusia. Sehat mencakup manusia seutuhnya meliputi aspek fisik, emosi, sosial dan spiritual. Sedangkan pengertian sakit adalah kegagalan atau gangguan dalam proses tumbuh kembang, gangguan fungsi tubuh dan penyesuaian

diri manusia secara keseluruhan, atau gangguan salah satu fungsi tubuh (Murwani,2008,).

Salah satu masalah kesehatan pada tubuh kita yaitu Abses, Abses yang paling sering terjadi adalah abses perianal. Hal ini seringkali terjadi diawali dengan pembengkakan nyeri (bisul) di dekat anus. Abses perianal adalah kondisi di mana rongga rektum terisi dengan nanah dan nanah tersebut muncul di sekitar anus. Rektum adalah bagian terakhir dari usus besar di mana tinja disimpan sebelum dikeluarkan melalui anus. Ketika rektum dan kelenjar lendir dubur terinfeksi, maka akan terbentuk lubang-lubang kecil pada rongga rektum dan terisi dengan nanah, Incisi dan drainase (irisasi dan pengaliran nanah) merupakan tatalaksana umum pada semua tipe abses anal dan biasanya berhasil meredakan kondisi.

Prevalensi abses anal pada populasi umum mungkin jauh lebih tinggi dibandingkan yang terlihat dalam praktik klinis karena mayoritas pasien dengan gejala referable untuk anorektum tersebut tidak mencari perhatian medis (Breen, 2011). Usia rata-rata untuk presentasi abses perianal adalah 40 tahun (kisaran 20 sampai 60 tahun). Laki-laki dewasa dua kali lebih mungkin untuk mengembangkan abses dibandingkan dengan wanita, Kejadian rata-rata per 100.000 penduduk adalah 12,3% untuk pria dan 5,6% untuk perempuan (Breen,2011).

Abses dapat terjadi diberbagai ruang didalam dan sekitar rectum. Seringkali mengandung pus berbau menyengat dan nyeri. Apabila abses terletak superficial, maka akan tampak bengkak. Kemerahan dan nyeri

tekan. Abses yang terletak lebih dalam mengakibatkan gejala toksik dan bahkan nyeri abdomen bawah, serta demam. Sebagian besar abses rectal akan mengakibatkan fistula. (Brunner & Sudart, 2007). Adapun manifestasi klinis dari Abses Perianal adalah Sembelit yang mungkin terjadi, discharge nanah dari rectum(Ekstensi / substensi yang dikeluarkan dari rectum), demam, benjolan atau bintil , bengkak merah, tender ditepi anus, nyeri berkaitan dengan buang air besar, menyakitkan karena pengerasan jaringan, kemerahan, lembut dan sangat nyeri. Masalah keperawatan yang akan timbul salah satunya Infeksi, peran perawat dalam melakukan intervensi pada diagnosa resiko infeksi yaitu memberikan perawatan luka dengan teknik steril menggunakan cairan normal saline atau NaCl 0,9%.

Berdasarkan data yang diperoleh dari rekam medik RSUD dr.Slamet Garut jumlah penderita abses perianal pada tiga tahun terakhir tidak masuk kedalam sepuluh besar penyakit terbanyak, adapun jumlah kasus Abses perianal sebanyak 8 kasus di tahun 2016, 10 kasus di tahun 2017, dan 6 kasus di tahun 2018. Karena kasus ini merupakan kejadian yang langka maka penulis tertarik untuk melakukan asuhan keperawatan pada klien Post Operasi Insisi Drainase dengan masalah keperawatan resiko infeksi di ruang Topaz RSUD dr.Slamet Garut dan menuangkannya dalam sebuah karya tulis ilmiah .

B. Rumusan Masalah

Adapun rumusan masalah ini adalah bagaimana asuhan keperawatan pada klien Post Operasi Insisi Drainase Abses Perianal dengan masalah keperawatan resiko infeksi di RSUD dr Slamet Garut.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Tujuan penulis membuat karya tulis ilmiah ini adalah melaksanakan asuhan keperawatan pada klien Post Operasi Insisi Drainase Abses Perianal dengan masalah keperawatan resiko infeksi di RSUD dr Slamet Garut.

2. Tujuan Khusus

- a. Melakukan pengkajian keperawatan pada klien Post Operasi Insisi Drainase Abses Perianal dengan masalah keperawatan resiko infeksi di RSUD dr Slamet Garut.
- b. Menetapkan diagnosis keperawatan pada klien Post Operasi Insisi Drainase Abses Perianal dengan masalah keperawatan resiko infeksi di RSUD dr Slamet Garut
- c. Menyusun perencanaan keperawatan pada klien Post Operasi Insisi Drainase Abses Perianal dengan masalah keperawatan resiko infeksi di RSUD dr Slamet Garut

- d. Melaksanakan tindakan keperawatan pada klien Post Operasi Insisi Drainase Abses Perianal dengan masalah keperawatan resiko infeksi di RSUD Slamet Garut
- e. Melakukan evaluasi pada klien Post Operasi Insisi Drainase Abses Perianal dengan masalah keperawatan resiko infeksi Post Operasi Insisi Drainase Abses Perianal dengan masalah keperawatan resiko infeksi di RSUD Slamet Garut.

D. Manfaat

1. Manfaat Teoritis

Meningkatkan pengetahuan bagi pembaca tentang Post Operasi Insisi Drainase Abses Perianal dan penanganan resiko infeksi pada klien Post Operasi Insisi Drainase Abses Perianal.

2. Manfaat Praktis

a. Bagi Rumah Sakit

Manfaat praktis penulisan karya tulis ilmiah ini bagi rumah sakit adalah sebagai acuan pelaksanaan tindakan asuhan keperawatan pada klien Post Operasi Insisi Drainase Abses Perianal dengan masalah keperawatan resiko infeksi.

b. Bagi Perawat

Manfaat praktis penulisan karya tulis ilmiah ini bagi perawat adalah agar dapat memberikan intervensi yang tepat pada klien Post

Operasi Insisi Drainase Abses Perianal dengan masalah keperawatan resiko infeksi.

c. Bagi Institusi Pendidikan

Manfaat praktis penulisan karya tulis ilmiah ini bagi Institusi Pendidikan sebagai referensi untuk mengembangkan ilmu tentang asuhan keperawatan pada klien Post Operasi Insisi Drainase Abses Perianal dengan masalah keperawatan resiko infeksi.

d. Bagi Klien

Manfaat praktis penulisan karya tulis ilmiah ini bagi klien adalah sebagai salah satu sumber informasi lebih dalam untuk mengetahui penanganan dan perawatan luka khususnya pada klien Post Operasi Insisi Drainase Abses Perianal dengan masalah keperawatan resiko infeksi.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. KONSEP DASAR

1. Pengertian

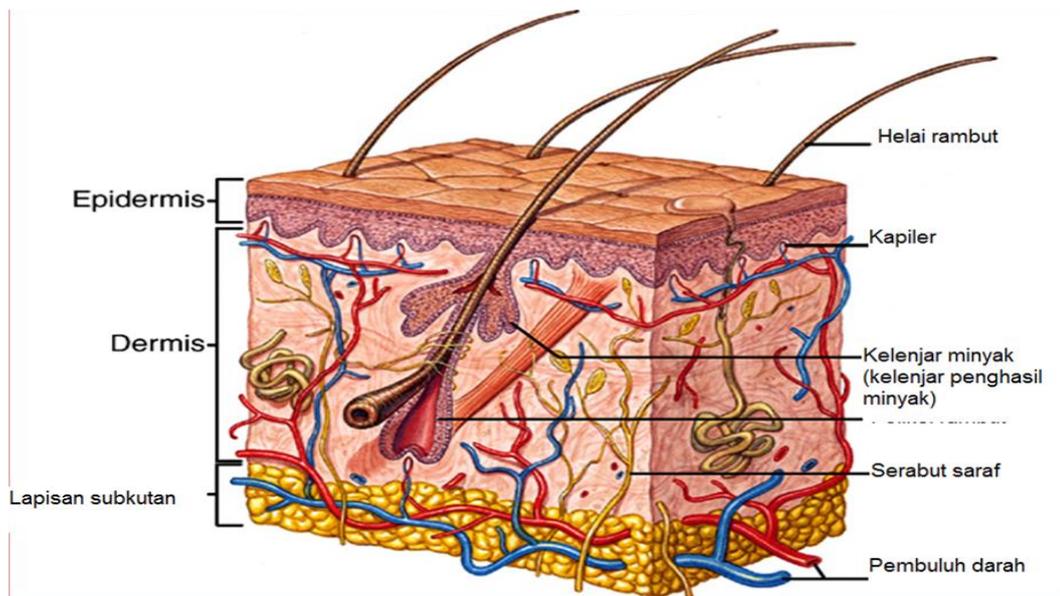
Abses (Latin: abscessus) merupakan kumpulan nanah (netrofil yang telah mati) yang terakumulasi di sebuah kavitas jaringan karena adanya proses infeksi (biasanya oleh bakteri atau parasit) atau karena adanya benda asing (misalnya serpihan, luka peluru, atau jarum suntik). Proses ini merupakan reaksi perlindungan oleh jaringan untuk mencegah penyebaran/perluasan infeksi ke bagian tubuh yang lain. Abses adalah infeksi kulit dan subkutis dengan gejala berupa kantong berisi nanah (Siregar, 2004). Abses perianal adalah infeksi pada ruang pararektal. Abses ini kebanyakan akan mengakibatkan fistula (Smeltzer dan Bare, 2001).

Abses perianal adalah infeksi pada jaringan lunak di sekitar lubang anus dengan pembentukan abses rongga sekret. Keparahan dan kedalaman abses cukup variabel, dan rongga abses sering dikaitkan dengan pembentukan saluran fistulous (Emedicine health, 2011).

2. Anatomi dan Fisiologi Sistem Integumen

Kulit adalah organ terluar dari tubuh yang melapisi seluruh tubuh manusia. Berat kulit diperkirakan sekitar 7 % dari berat tubuh total. Pada permukaan luar kulit terdapat pori – pori (rongga) yang menjadi tempat keluarnya keringat. Kulit adalah organ yang memiliki banyak fungsi, diantaranya adalah sebagai pelindung tubuh dari berbagai hal yang dapat

membahayakan, sebagai alat indra peraba, sebagai salah satu organ yang berperan dalam ekskresi, pengatur suhu tubuh, dll. Secara umum kulit memiliki 2 lapisan yaitu Epidermis (Kulit ari) dan Dermis (Kulit Jangat) serta terdapat lapisan lemak bawah kulit (Hipodermis) yang juga sering dibahas. Beberapa sumber juga mengatakan bahwa lapisan lemak bawah kulit juga termasuk ke dalam lapisan kulit, tidak dipisahkan dalam pengelompokan lapisan kulit tersebut.



Gambar 2.1 Anatomi kulit

Sumber : AnindhaShop.com

a. Lapisan kulit

1. Lapisan Epidermis (Lapisan Luar atau Kulit Ari)

Lapisan Epidermis memiliki tebal kurang lebih 0,1 mm dan terdiri atas empat lapisan jaringan epitel. Setiap Lapisan pada Epidermis memiliki ciri khas tersendiri, Lapisan Epidermis ini tidak memiliki pembuluh darah,

sehingga ia mendapatkan suplai nutrisi melalui proses difusi dari lapisan dermis yang ada dibawahnya. Berikut adalah 4 Lapisan pada Epidermis :

- a. Lapisan Tanduk (Stratum Korneum), merupakan lapisan kulit paling luar dari tubuh, lapisan ini terus mengalami deskuamasi (pengelupasan lapisan paling luar) secara terus menerus. Berbagai sel penyusun jaringan ini akan dihidrolisis menjadi kreatin (zat tanduk) yang tahan air, oleh karena itu disebut tersusun oleh sel – sel mati. Lapisan ini tidak dilipisi pembuluh darah, sehingga apabila mengelupas tidak akan menimbulkan rasa sakit dan tidak mengeluarkan darah. Lapisan ini berfungsi mencegah masuknya bakteri dan mengurangi menguapnya cairan.
- b. Lapisan Malphigi (Stratum Granulosum), merupakan lapisan kulit yang disusun oleh sel – sel hidup yang mendapatkan nutrisi dari pembuluh kapiler pada lapisan dermis. Lapisan malphigi merupakan lapisan yang berperan dalam memberikan warna pada kulit manusia. Zat utama dalam pewarnaan kulit ini disebut dengan Melanin. Tentunya sahabat sudah tahu bahwa warna kulit bisa berbeda beda, bisa hitam, putih, soa matang, dll. Apabila tertumpuknya melanin pada suatu tempat maka akan terbentuk bintik berwarna hitam dan tahi lalat.
- c. Lapisan Spinosum (Stratus Spinosum), merupakan lapisan kulit yang disusun oleh berbagai sel yang tidak beraturan bentuknya. Sel – sel pada

lapisan ini memiliki kemampuan untuk membelah diri. Lapisan ini berfungsi untuk menjaga kekuatan dan kelenturan kulit.

- d. Lapisan Basal (Stratum Germinativum), merupakan lapisan kulit yang secara kontinu terus membelah diri untuk memperbaiki bagian Epidermis yang rusak. Lapisan Ini merupakan lapisan paling bawah dari bagian epidermis. Lapisan Basal Selalu membentuk kulit yang baru sehingga kulit terjaga secara periodik.

2. Lapisan Dermis (Kulit Jangat)

Lapisan Dermis (Kulit Jangat) adalah lapisan kulit yang terdiri atas pembuluh darah, kelenjar minyak, kantung rambut, ujung – ujung saraf indra, dan kelenjar keringat. Pembuluh darah pada lapisan ini sangat luas sehingga mampu menampung sekitar 5 % dari jumlah darah di seluruh tubuh. Berikut adalah penjelasan untuk penyusun Kulit Dermis :

- a. Pembuluh Darah, Merupakan pembuluh darah kapiler yang berfungsi sebagai pemberi nutrisi dan juga oksigen kepada sel – sel kulit serta rambut agar tidak mati dan rusak. Pembuluh darah juga berfungsi dalam menjaga panas tubuh karena adanya oksigen di dalam pembuluh darah.
- b. Ujung Saraf Indra, terdiri dari ujung saraf peraba dan ujung saraf perasa. Bagian ujung saraf perasa ini dapat merasakan rangsangan berupa sentuhan, tekanan, nyeri, dingin, dan panas. Sedangkan ujung saraf peraba dapat merasakan kasar atau halus nya sesuatu. Ujung saraf ini

tidak tersebar merata ke seluruh permukaan lapisan dermis, contohnya ujung – ujung jari lebih banyak memiliki ujung – ujung saraf peraba.

- c. Kelenjar Keringat, merupakan kelenjar yang berfungsi untuk sistem eksresi keringat yang terdiri atas air dan mineral lain. Seperti yang telah saya jelaskan sebelumnya, keringat dihasilkan kemudian dibawa ke permukaan untuk dikeluarkan melalui pori – pori (rongga kulit). Keringat merupakan zat – zat sisa metabolisme terutama garam dapur.
- d. Katung Rambut, merupakan bagian rambut yang berisi akar dan batang rambut. Rambut dapat tumbuh karena mendapat suplai nutrisi dari pembuluh kapiler ke akar rambut. Di dekat akar rambut terdapat otot – otot yang dapat menegangkan rambut ketika ia berkontraksi, dan dekat akar rambut terdapat ujung – ujung saraf perasa, sehingga saat rambut dicabut kita dapat merasakannya.
- e. Kelenjar Minyak, merupakan kelenjar yang terletak disekitar batang rambut. Kelenjar minyak berfungsi untuk menghasilkan minyak yang menjaga rambut tetap sehat dan agar rambut tidak kering.

3. Hipodermis (Jaringan ikat Bawah Kulit)

Hipodermis (Jaringan ikat Bawah Kulit) merupakan jaringan ikat yang terletak di bawah lapisan dermis, namun batas pemisah antara bagian Hipodermis dengan bagian dermis ini tidak jelas. Lapisan ini merupakan tempat penyimpanan lemak dalam tubuh, sehingga sering juga dikenal dengan Lapisan Lemak Bawah Tubuh. Lemak tersebut berfungsi untuk

melindungi dari benturan benda keras, sebagai penjaga suhu tubuh karena lemak dapat menyimpan panas, dan sebagai sumber energi cadangan.

4. Fungsi kulit

Kulit pada manusia mempunyai fungsi yang sangat penting selain menjalin kelangsungan hidup secara umum yaitu :

a. Melindungi Tubuh Manusia

Kulit merupakan garis depan pertahanan tubuh manusia dari patogen, zat kimia, sinar matahari, dan gangguan fisik. Kulit merupakan pembatas antara bagian dalam tubuh dengan lingkungan luar. Lingkungan luar sesungguhnya sangat berbahaya karena patogen (bakteri penyebab penyakit) bisa menyebar lewat udara atau permukaan benda. Selain itu, kulit juga dapat melindungi tubuh dari goresan benda tajam. Pada kulit terdapat sel Langerhans merupakan bagian dari sistem pertahanan tubuh spesifik. pH kulit yang berada di antara 5 sampai 6,5 juga dapat mencegah tumbuhnya jamur dan infeksi.

b. Sebagai Alat Perangsang

Kulit memiliki banyak reseptor pada lapisan dermis dan subkutaneus yang berfungsi untuk mengetahui rangsangan dari lingkungan luar. Rangsangan tersebut dapat berupa panas, dingin, sentuhan, tekanan, getaran, dan nyeri. Rangsangan tersebut dikirim dan diolah oleh sistem saraf pada manusia dan menghasilkan sebuah respon.

c. Pengatur Suhu Tubuh (Termoregulasi)

Kulit mengandung darah lebih banyak dari yang diperlukan yang dapat mengatur energi yang hilang karena radiasi, konveksi, dan konduksi. Suhu tubuh normal adalah 36,6 sampai 37,2 derajat celcius. Jika suhu lingkungan panas, pembuluh darah akan melebar (vasodilatasi) untuk meningkatkan perfusi dan pendinginan tubuh. Sedangkan jika suhu lingkungan dingin, pembuluh darah akan menyempit (vasokonstriksi) untuk menurunkan aliran darah pada kulit dan menjaga panas tubuh.

d. Mengatur Penguapan

Kulit memiliki pembatas yang relatif kering dan semi impermeabel untuk mengatur kehilangan cairan. Kehilangan fungsi ini dapat menyebabkan tubuh banyak kehilangan cairan (dehidrasi) akibat pembakaran yang terjadi di dalam tubuh.

e. Komunikasi

Orang lain dapat melihat kulit kita dan dapat menilai suasana hati (mood), dan kondisi fisik hanya dari lekuk kulit kita. Emosi manusia juga dapat terlihat jelas karena pada kulit terdapat pembuluh darah dan otot.

f. Keindahan

Lekuk kulit dan kerutan kulit juga dapat menentukan persepsi orang lain apakah kita cantik/tampan atau tidak.

g. Penyimpanan

Kulit dapat bertindak sebagai tempat penyimpanan lipid (lemak) dan air dalam lapisan subkutaneus. Lemak pada kulit dapat dijadikan cadangan energi.

h. Sintesis

Kulit dapat mensintesis vitamin D dengan bantuan paparan sinar UV pada kulit. Vitamin D sangat bermanfaat untuk pertumbuhan tulang karena dapat membantu penyerapan kalsium ke pembuluh darah. Sintesis vitamin D dilakukan dengan mengaktivasi prekursor 7-dihidroksi kolesterol dengan bantuan sinar ultraviolet. Enzim di hati dan ginjal memodifikasi prekursor dan menghasilkan calcitriol (vitamin D aktif).

i. Ekskresi

Kulit merupakan salah satu dari empat sistem ekskresi pada manusia. Kulit mengekskresi keringat di kelenjar keringat yang mengandung urea walaupun kadarnya hanya 1/130 kadar urea pada urine. Selain urea, keringat juga mengandung asam urat, amonia, dan NaCl (garam). Kulit mengeluarkan sekitar 1 liter keringat setiap hari melalui pori-pori kulit. Keringat yang keluar pada kulit juga berfungsi sebagai pengatur suhu.

j. Absorpsi (Penyerapan)

Sel kulit yang berada di bagian paling luar sampai kedalaman 0,25–0,4 mm bisa mendapatkan suplai oksigen dari lingkungan luar tubuh. Meskipun tidak sebanyak yang diterima dari darah. Obat-obatan seperti kortison juga dapat masuk melalui kulit dengan salep atau perekat. Beberapa jenis zat juga dapat masuk ke dalam kulit seperti vitamin A, vitamin D, vitamin E, vitamin K, aseton, merkuri, oksigen, dan karbon dioksida. Kulit juga menjadi jalur masuk bagi beberapa organisme. Kemampuan absorpsi kulit dipengaruhi oleh ketebalan kulit, hidrasi, kelembaban, dan metabolisme. Absorpsi lebih banyak berlangsung melalui celah antarsel daripada melalui muara saluran kelenjar.

k. Penahan Air

Kulit dapat menjadi penahan air sehingga nutrisi penting tidak bisa tercuci keluar dari tubuh. Kulit juga mempunyai lapisan sebum untuk mengurangi penguapan air secara berlebihan.

l. Mendukung Gerakan dan Pertumbuhan

Kulit juga dapat mendukung berbagai gerakan yang dilakukan manusia dan pertumbuhan pada manusia. Itu dikarenakan sifat kulit sangat elastis dan sel kulit dapat berkembang seiring pertumbuhan tubuh.

3. Tanda dan Gejala Abses Perianal

Abses dapat terjadi pada berbagai ruang di dalam dan sekitar rektum. Seringkali mengandung sejumlah pus berbau menyengat dan nyeri. Apabila

abses terletak superficial, maka akan tampak bengkak, kemerahan, dan nyeri tekan. Abses yang terletak lebih dalam mengakibatkan gejala toksik dan bahkan nyeri abdomen bawah, serta demam. Sebagian besar abses rectal akan mengakibatkan fistula (Smeltzer dan Bare, 2001, hal 468).

4. Penyebab Abses Perianal

Umum bakteri seperti stafilokokus dan *Escherichia coli* adalah penyebab paling umum. Infeksi jamur kadang-kadang menyebabkan abses (Emedicine health, 2011). Masuknya bakteri ke daerah sekitar anus dan rektum (Gunawan, 2010)

5. Komplikasi Abses Perianal

Jika tidak diobati, fistula anus hampir pasti akan membentuk, menghubungkan rektum untuk kulit. Hal ini memerlukan operasi lebih intensif. Selanjutnya, setiap abses diobati dapat (dan kemungkinan besar akan) terus berkembang, akhirnya menjadi infeksi sistemik yang serius. Hal yang paling ditakutkan pada abses perianal adalah terjadinya fistel perianal. Fistel perianal adalah saluran abnormal antara lubang anus/rektum dengan lubang bekas abses yang bermuara pada kulit sekitar anus. Muara pada kulit sekitar anus tampak sebagai luka bekas bisul yang tidak pernah menutup/sembuh dan tidak sakit (Selatan, 2008,).

1. Terjadi Fistula anal
2. Sakit yang sangat berat saat BAB
3. Masalah terus datang kembali (Kembuh)
4. Scars(Tanda yang tersisa setelah penyembuhan luka / proses penyakit lain)

(Abcarian,2006)

6. Patofisiologis Abses Perianal

Abses perianal terbentuk akibat berkumpulnya nanah di jaringan bawah kulit daerah sekitar anus. Nanah terbentuk akibat infeksi kuman/bakteri karena kelenjar di daerah tersebut tersumbat. Bakteri yang biasanya menjadi penyebab adalah *Escherichia coli* dan spesies *Enterococcus*.

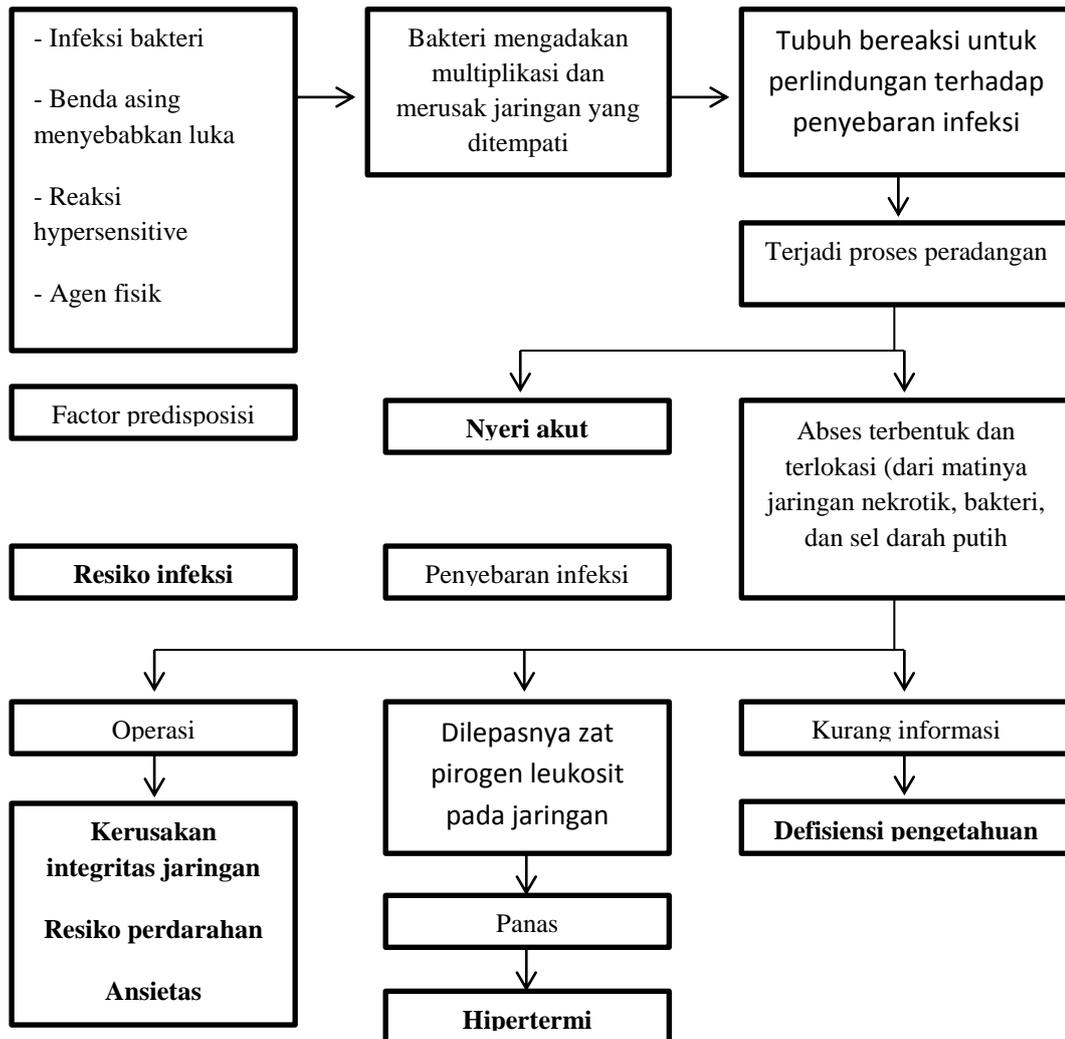
Kuman/bakteri yang berkembang biak di kelenjar yang tersumbat lama kelamaan akan memakan jaringan sehat di sekitarnya sehingga membentuk nanah. Nanah yang terbentuk makin lama makin banyak sehingga akan terasa bengkak dan nyeri, inilah yang disebut abses perianal.

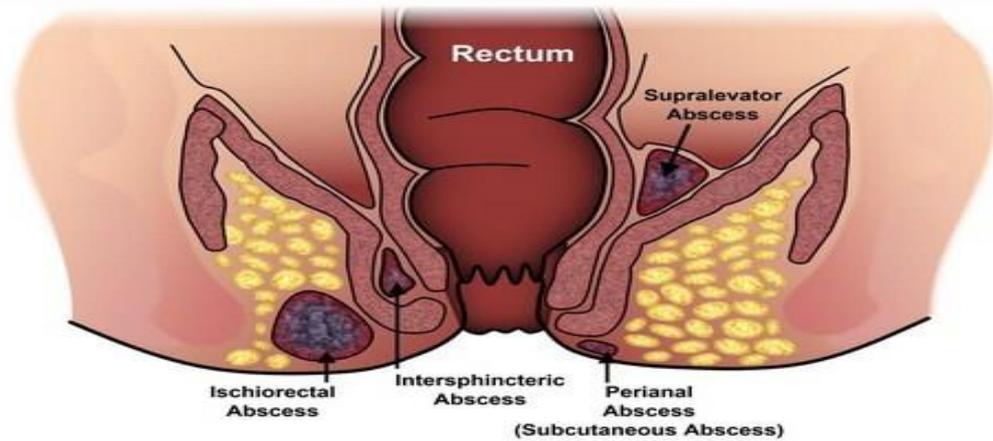
Pada beberapa orang dengan penurunan daya tubuh misalnya penderita diabetes militus, HIV/AIDS, dan penggunaan steroid (obat anti radang) dalam jangka waktu lama, ataupun dalam kemoterapi akibat kanker biasanya abses akan lebih mudah terjadi (Selatan, 2008).

Bagan no 2.1 Patofisiologis Abses

Sumber. NANDA International

Bagan Pathway





Gambar no 2.2 Pathofisiologis Abses

Sumber : Wordpress.com

7. Pemeriksaan Penunjang Abses Perianal

1. radiologi

Hal ini tidak dilakukan rutin untuk evaluasi fistula. Mereka dapat membantu saat luka pertama sulit untuk diidentifikasi atau dalam kasus kambuhan atau untuk mengidentifikasi jalur sekunder pada fistula multiple dsbnya.

2. CT scan

CT scan lebih membantu dalam pengaturan terhadap penyakit infeksi perirectal dibanding dalam pengaturan terhadap fistula yang kecil karena lebih baik dengan mengeringkan cairan kantong daripada sebuah fistula kecil dalam mencari salurannya. Untuk menentukan ukuran dan lokasi abses dalam, bisa

dilakukan pemeriksaan rontgen, USG, CT scan atau MRI (Healthy of The Human, 2010).

8. Penatalaksanaan Abses Perianal

Terapi Paliatif terdiri dari rendam duduk dan analgesic. Namun tindakan bedah segera untuk menginsisi dan mendrainase abses adalah tindakan pilihan. Apabila terdapat infeksi lebih dalam dengan kemungkinan fistula, saluran fistula harus diangkat ketika abses diinsisi dan didrain. Atau prosedur kedua dilakukan . luka dapat diberi tampon dengan kasa dan dibiarkan sembuh dengan granulasi (Brunner & Sudart, 2007). Pembedahan dilakukan untuk mengeringkan abses, mandi sitz hangat (duduk dalam bak air hangat) dapat membantu meringankan rasa sakit dan bengkak (Coman ML, 2009)

B. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

Pengkajian adalah proses keperawatan yang terdiri dari pengumpulan data yang tepat untuk memperoleh asuhan keperawatan pada klien . data yang di kumpulkan adalah data objektif dan data subjektif metode yang digunakan melalui wawancara, inspeksi, palpasi, auskultasi dan perkusi.

a. Pengumpulan Data

Pengumpulan data merupakan proses yang berisikan status kesehatan klien, kemampuan klien untuk mengelola kesehatan dan perawtanya juga hasil konsultasi dari medis atau profesi kesehatan lainnya.

1) Biodata

a) Identitas klien

Meliputi pengkajian nama, umur, jenis kelamin, agama, pendidikan, pekerjaan, suku/bangsa, tanggal masuk RS, tanggal pengkajian, no medrec, diagnosa medis, alamat klien.

b) Identitas penanggung jawab

Meliputi pengkajian nama, umur, pendidikan, pekerjaan, hubungan dengan klien, dan alamat.

b. Keluhan utama klien.

Keluhan utama alasan klien masuk rumah sakit. Biasanya keluhan yang paling menonjol pada pasien Abses Perianal adalah ada benjolan pada Abses

c. Riwayat kesehatan sekarang

Merupakan sumber data yang subjektif tentang status kesehatan pasien yang memberikan gambaran tentang masalah kesehatan actual maupun

potensial. Riwayat merupakan penuntun pengkajian fisik yang berkaitan informasi tentang keadaan fisiologis, psikologis, budaya, dan psikososial untuk membantu pasien dalam mengutarakan masalah – masalah atau keluhan secara lengkap, maka perawat dianjurkan menggunakan analisa simptom PQRST.

P: Provokatif atau paliatif

Apa yang memperberat dan memperingan.

Q: Kualitatif atau Kuantitatif

Seperti apa yang dirasakan atau digambarkan klien , apakah nyaeri seperti disayat-sayat atau ditusuk-tusuk.

R: Region atau Radiasi

Pada daerah mana yangt dirasakan klien atau dimana rasa berat dalam melakukan aktivitas.

S: Saverity atau Skala

Seberapa jauh rasa nyeri yang dirasakan

T: Timing

Berapa lama nyeri berlangsung, kapan bertambah buruk pada malam atau siang hari, apakah gejala timbul mendadak, perlahan, terus menerus atau

hilang seketikaapa yangt sedang dilakukan klien saat gejala timbul, kapan gejala timbhul pertama kali.

d. Riwayat kesehatan dahulu

Mengkaji penyakit yang ada hubungannya dengan penyakit sekarng. Pengkajian yang mendukung adalah dengan mengkaji apakah sebelumnya klien pernah mengalami pembedahan, pada klien Abses biasanya diindentikan dengan kebiasaan hidup yang buruk dan kurangnya klien dalam meningkatkan status kesehatannya (Muttaqin,2014).

e. Riwayat kesehatan keluarga

Bertujuan untuk mrngetahui adanya riwayat penyakit yang dapat diturunkan dan bagaimana perawatannya. Selain itu dikaji adanya anggota keluarga yang mengidap penyakit jantung, stroke, dan infeksi serta penyakit menular, secara patologi Abses Perianal tidak diturunkan.

f. Aktivitas sehari hari

Mengungkapkan pola aktivitas klien sebelum sakit dan sesudah sakit. Yang meliputi nutrisi, eliminasi, personal hygiene, istirahat tidur, aktivitas dan gaya hidup, pola aktivitas terutama pad Abses Perianal biasanya terganggu karena aktivitas banyak akan menambah nyeri.

a) Pola Nutrisi

Diisi dengan kebiasaan klien dalam memenuhi kebutuhan nutrisi sebelum sakit sampai dengan saat sakit yang meliputi: jenis makanan, minuman yang dikonsumsi, frekuensi makanan, porsi makanan yang dihabiskan, makanan selingan, alergi makanan, makanan pantangan, pada klien Abses Perianal biasanya tidak nafsu makan, nafsu makan menurun dan mual muntah.

b) Pola Eliminasi

Diisi dengan eliminasi BAB dan BAK menggambarkan keadaan eliminasi klien sebelum sakit sampai dengan klien saat sakit saat ini yang meliputi: frekuensi, konsistensi, warna, keluhan. Pada klien Abses perianal akan mengganggu eliminasi BAB karena adanya benjolan Abses disekitar anus yang akan bertambah nyeri pada saat BAB.

c) Pola Istirahat

Diisi dengan kualitas dan kuantitas istirahat tidur klien sejak sebelum sakit sampai saat ini, meliputi: jumlah jam tidur siang dan malam, penggunaan alat penghantar tidur, perasaan klien sewaktu bangun tidur, dan kesulitan atau adanya masalah tidur, pada klien Abses Perianal istirahat tidur akan terganggu akibat nyeri.

d) Personal Hygiene

Diisi dengan perawatan diri seperti mandi, gosok gigi, toileting, berpakaian, berhias, dan penggunaan instrumen. Pada klien Abses Perianal akan terjadi defisit perawatan diri disebabkan oleh nyeri yang bertambah apabila melakukan aktivitas.

e) Aktivitas

Diisi dengan aktivitas rutin yang dilakukan oleh klien sebelum sakit sampai saat sakit mulai dari bangun tidur sampai tidur kembali, termasuk penggunaan waktu senggang.

g. Pemeriksaan Fisik per sistem.

Pemeriksaan fisik meliputi keadaan umum, kesadaran, tanda – tanda vital, berat badan, dan nilai GCS. Keadaan fisik secara keseluruhan dari semua sistem organ tubuh, pada klien di lakukan pemeriksaan fisik sebagai berikut:

a) Keadaan Umum dan Tanda – tanda Vital

Keadaan umum klien Post Operasi Insisi Drainase atas Indikasi Abses Perianal mencapai kesadaran penuh setelah beberapa jam kembali dari meja operasi, penampilan menunjukkan keadaan sakit ringan sampai berat tergantung pada periode akut rasa nyeri. Tanda vital pada umumnya stabil.

b) Sistem Pernapasan

Pada klien Post Operasi Insisi Drainase atas Indikasi Abses Perianal akan ditemukan perubahan frekuensi nafas cepat ,takikardia akibat adanya nyeri. Pemeriksaan auskultasi tidak ada rinchi dan wheezing. Pada pemeriksaan perkusi biasanya resonance paru-paru.

c) Sistem Kardiovaskuler

Pada klien Post Operasi Insisi Drainase atas Indikasi Abses Perianal umumnya klien mengalami takikardi, (sebagai respon tubuh terhadap nyeri). Dikaji pula keadaan konjungtiva, tidak ada sianosis dan auskultasi bunyi jantung.

d) Sistem Pencernaan

Pada klien Post Operasi Insisi Drainase atas Indikasi Abses Perianal tidak ditemukan nyeri tekan pada abdomen, auskultasi Bising usus klien. Namun adanya gangguan BAB karena adanya nyeri luka Post Operasi.

e) Sistem Endokrin

Pada sistem ini tidak ada gangguan spesifik, kaji adanya pembesaran kelenjar tiroid dan paratiroid.

f) Sistem Genitourinaria

Biasanya pada klien Post Operasi Insisi Drainase atas Indikasi Abses Perianal tidak ada keluhan dalam organ sistem perkemihan, tidak ada distensi abdomen dan tidak ada nyeri saat BAK.

g) Sistem Muskuloskeletal

Pemeriksaan sistem muskuloskeletal pada klien Abses Perianal biasanya terjadi penurunan kekuatan otot, lemah dan kaku.

h) Sistem Integumen

Pemeriksaan sistem integumen pada klien Abses Perianal kaji warna kulit, kelembaban kulit dan turgor kulit. Pada klien Abses Perianal adanya luka atau warna kemerahan bekas luka, terdapat kelembaban dan suhu kulit di daerah sekitar Abses Perianal.

i) Sistem Persyarafan

Kaji tingkat kesadaran, penurunan sensorik, nyeri refleks, fungsi syaraf cranial dan fungsi syaraf serebral. Umumnya klien Post Operasi Insisi Drainase atas Indikasi Abses Perianal tidak mengalami penyimpangan dalam fungsi persyarafan . pengkajian fungsi persyarafan meliputi : tingkat kesadaran, syaraf cranial dan serebral dan refleks.

B. Data Psikologis

Perlu dikaji tentang tanggapan klien terhadap penyakitnya apakah ada perasaan khawatir, cemas, takut, konsep diri menurun atau body image menurun serta ketidakseimbangan coping.

C. Data Sosial

Hubungan klien dengan anggota keluarga, masyarakat, pada umumnya, perawat, dan tim kesehatan yang lain, termasuk juga, pola komunikasi yang digunakan klien dalam berhubungan dengan orang lain.

2. Diagnosa Keperawatan

Nanda NIC-NOC mengatakan bahwa diagnosa keperawatan adalah keputusan klinik tentang respon individu, keluarga dan masyarakat tentang masalah kesehatan, sebagai dasar seleksi intervensi keperawatan sesuai dengan wewenang perawat.

Diagnosa keperawatan Abses menurut Nanda NIC-NOC 2015 adalah sebagai berikut :

- a. Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit
- b. Nyeri akut berhubungan dengan terputusnya kontinuitas jaringan akibat dari prosedur bedah
- c. Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan trauma jaringan
- d. Resiko infeksi berhubungan dengan masuknya mikro organisme melalui luka terbuka Post Operasi

- e. Resiko perdarahan berhubungan dengan pembedahan
- f. Defisiensi pengetahuan berhubungan dengan kurang pengetahuan tentang proses penyakit
- g. Ansietas berhubungan dengan situasional (tindakan yang akan dilakukan)

3. Rencana Keperawatan

Semua tindakan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien beralih dari status kesehatan saat ini ke status kesehatan yang diuraikan dalam hasil yang diharapkan (Gordon, 1994). Merupakan pedoman tertulis untuk perawatan klien. Rencana perawatan terorganisasi sehingga setiap perawat dapat dengan cepat mengidentifikasi tindakan perawatan yang diberikan. Rencana asuhan keperawatan yang dirumuskan dengan tepat memfasilitasi kontinuitas asuhan perawatan dari satu perawat ke perawat lainnya. Sebagai hasil, semua perawat mempunyai kesempatan untuk memberikan asuhan yang berkualitas tinggi dan konsisten. Rencana asuhan keperawatan tertulis mengatur pertukaran informasi oleh perawat dalam laporan pertukaran dinas. Rencana perawatan tertulis juga mencakup kebutuhan klien jangka panjang (Potter, 1997)

Perencanaan keperawatan untuk diagnosa keperawatan dengan Abses Perianal adalah :

Tabel 2.1 Intervensi dan Rasional

| No | Diagnosa | Tujuan dan kriteria hasil | Intervensi |
|----|---|---|---|
| 1 | <p>Hipertermia</p> <p>Definisi : peningkatan suhu tubuh diatas normal.</p> <p>Batasan karakteristik</p> <ol style="list-style-type: none"> Konulsi Kulit kemerahan Peningkatan suhu tubuh diatas kisaran Kejang Takikardi <p>Fakto yang berhubungan :</p> <ol style="list-style-type: none"> Anestesi Penurunan respirasi Dehidrasi Penyakit Medikasi | <p>NOC :</p> <p>Termogulasi</p> <p>kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> Suhu tubuh dalam rentang normal Nadi dan RR dalam rentang normal Tidak ada perubahan warna kulit dan tidak ada pusing | <p>NIC</p> <p>Fever treatment</p> <ul style="list-style-type: none"> Monitor suhu sesering mungkin Monitor IWL Monitor warna dan suhu kulit Monitor tekanan darah, nadi dan RR Monitor penurunan tingkat kesadaran Monitor intake dan output Berikan anti piretik Berikan pengobatan untuk mengatasi penyebab demam Selimuti pasien Lakukan tapid sponge Kolaborasi pemberian cairan intravena Kompres pasien pada lipat paha dan aksila Tingkatkan sirkulasi udara Berikan pengobatan untuk mencegah menggigil |
| 2 | <p>Nyeri akut</p> <p>Definisi :</p> <p>Pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan yang muncul akibat kerusakan jaringan yang aktual atau potensial atau digambarkan dalam hal</p> | <p>NOC</p> <ul style="list-style-type: none"> Pain level Pain control Comfort level <p>Kriteria Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan teknik nonfarmakologi | <p>NIC</p> <ul style="list-style-type: none"> Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi Observasi reaksi nonverbal dari |

| | | |
|--|--|---|
| kerusakan sedemikian rupa (International Association for the study of pain): awitan yang tiba-tiba atau lambat dari intensitas ringan hingga berat dengan akhir yang dapat diantisipasi atau diprediksi dan berlangsung <6 bulan | untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan) | ketidaknyamanan |
| Batasan karakteristik: | | |
| - Perubahan selera makan | - Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri | - Gunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien |
| - Perubahan tekanan darah | - Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi dan tanda nyeri) | - Kaji kultur yang mempengaruhi respon nyeri |
| - Perubahan frekuensi jantung | - Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang | - Evaluasi pengalaman nyeri masa lampau |
| - Perubahan frekuensi pernapasan | | - Evaluasi bersama pasien dan tim kesehatan lain tentang ketidakefektifan kontrol nyeri masa lampau |
| - Laporan isyarat | | - Bantu pasien dan keluarga untuk mencari dan menemukan dukungan |
| - Diaforesis | | - Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan |
| - Perilaku distraksi | | - Kurangi faktor precipitasi nyeri |
| - Mengekspresikan perilaku | | - Pilih dan lakukan penanganan nyeri (farmakologi, non farmakologi dan interpersonal) |
| - Masker wajah | | - Kaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi |
| - Sikap melindungi area nyeri | | - Ajarkan teknik non farmakologi |
| - Fokus menyempit | | - Berikan analgetik untuk |
| - Indikasi nyeri yang dapat diamati | | |
| - Perubahan posisi untuk menghindari nyeri | | |
| - Sikap tubuh | | |

| | | | |
|---|---|--|---|
| | melindungi | | mengurangi nyeri |
| | - Dilatasi pupil | | - Evaluasi keefektifan kontrol nyeri |
| | - Melaporkan nyeri secara verbal | | - Tingkatkan istirahat |
| | - Gangguan tidur | | - Kolaborasi dengan dokter jika ada keluhan dan tindakan nyeri tidak berhasil |
| | Faktor yang berhubungan : | | - Montor penerimaan pasien tentang manajemen nyeri |
| | - Agen cedera (mis, biologis, zat kimia, fisik, psikologis) | | |
| 3 | Kerusakan integritas jaringan | NOC | NIC |
| | Defini : | - Tissue integrity : skin and mucous | - Anjurkan pasien untuk menggunakan pakaian yang longgar |
| | Kerusakan jaringan membran mukosa, kornea, integumen, atau subkutan | - Wound healing : primary and secondary intention | - Jaga kulit agar tetap bersih dan kering |
| | Batas karakteristik | Kriteria hasil : | - Mobilisasi pasien |
| | - Kerusakan jaringan | - Perfusi jaringan normal | - Monitor kulit akan adanya kemerahan |
| | - Kerusakan jaringan | - Tidak ada tanda-tanda infeksi | - Oleskan lotion pada daerah yang tertekan |
| | Faktor yang berhubungan | - Ketebalan dan tekstur jaringan normal | - Monitor aktivitas dan mobilisasi pasien |
| | - Gangguan sirkulasi | - Menunjukkan pemahaman dalam proses perbaikan kulit dan mencegah terjadinya cedera berulang | - Monitor status nutrisi pasien |
| | - Iritan zat kimia | - Menunjukkan terjadinya proses penyembuhan luka | - Memandikan pasien dengan sabun dan air hangat |
| | - Defisit cairan | | - Observasi luka |
| | - Kelebihan cairan | | - Ajarkan keluarga tentang luka dan perawatan luka |
| | - Hambatan mobilitas fisik | | - Kolaborasi ahli gizi pemberian diet |
| | - Kurang pengetahuan | | - Cegah kontaminasi feses |
| | - Faktor mekanik | | |
| | - Faktor nutrisi | | |
| | - Radiasi | | |
| | - Suhu ekstrem | | |

| | | | |
|---|---|---------------------------------------|---|
| | | | dan urin |
| | | | - Lakukan teknik perawatan luka dengan steril |
| | | | - Berikan posisi yang mengurangi tekanan pada luka |
| | | | - Hindari kerutan pada tempat tidur |
| 4 | Resiko infeksi | NOC | NIC |
| | Definisi : | - Immune status | Infection control |
| | Mengalami peningkatan resiko terserang organisme patogenik | - Knowledge:Infection control | - Gunakan sabun antimikrobia untuk cuci tangan |
| | Faktor resiko : | - Risk control | - Cuci tangan sebelum dan sesudah tindakan keperawatan |
| | - Penyakit kronis | Kriteria hasil : | - Gunakan sarung tangan sebagai alat pelindung |
| | - Pengetahuan yang tidak cukup untuk menghindari pamanjanan patogen | - Luka tidak mengeluarkan pus | - Monitor tanda dan gejala infeksi |
| | | - Luka kering | - Pertahankan teknik aseptis |
| | | - Luka tidak mengeluarkan darah | - Berikan perawatan kulit |
| | | - Warna luka tidak merah | - Inspeksi kulit dan membran mukosa terhadap kemerahan dan drainase |
| | | - Jumlah leukosit dalam batas normal | - Inspeksi nkondisi luka |
| | | | - Berikan terapi antibiotik bila perlu |
| 5 | Resiko perdarahan | NOC | NIC |
| | Definisi : | - Blood lose severity | Bleeding precautions |
| | Beresiko mengalami penurunan volume darah yang dapat mengganggu kesehatan | - Blood koagulation | - Monitor ketat tanda-tanda perdarahan |
| | | Kriteria hasil : | - Catat HB dan HT |
| | | - Tidak ada hematuria dan hematemesis | - Monitor nilai lab |

| | | |
|---|--|--|
| Factor resiko | - Kehilangan darah yang terlihat | - Monitor TTV |
| - Aneurisme | - Tekanan darah dalam batas normal | - Pertahankan bed rest |
| - Defisiensi pengetahuan | - Tidak ada perdarahan | - Kolaborasi dalam pemberian produk darah |
| - Riwayat jatuh | - Tidak ada distensi abdominal | - Lindungi pasien dari trauma |
| - Ganggian gastrointestinal | - Hemaglobin dan hematokrit dalam batas normal | - Hindari pemberian aspirin dan anticoagulant |
| - Gangguan fungsi hati | - Plasma dalam batas normal | - Anjurkan pasien untuk meningkatkan intake makanan yang banyak mengandung Vit K |
| - Koagulopati | | - Hindari terjadinya konstipasi |
| - Trauma | | |
| - Efek samping terkait pembedahan | | |
| 6 | Defisiensi pengetahuan | NOC |
| Definisi : | - Knowledge : disease process | NIC |
| Ketiadaan atau defisiensi informasi kognitif yang berkaitan dengan topik tertentu | - Knowledge : health Behavior | Teaching : disease Process |
| Batasan karakteristik: | - Pasien dan keluarga menyatakan pemahaman tentang penyakit | - Berikan penilaian tentang tingkat pengetahuan pasien tentang proses penyakit yang spesifik |
| - Perilaku hiperbola | - Pasien dan keluarga mampu melaksanakan prosedur yangt dijelaskan | - Jelaskan patofisiologi dari penyakit |
| - Ketidakakuratan mengikuti perintah | - Pasien dan keluarga mampu menjelaskan kembali apa yang dijelaskan oleh perawat dan tim kesehatan lainnya | - Gambarkan tanda dan gejala yang biasa muncul pada penyakit |
| - Ketidakakuratan melakukan tes | | - Gambarkan proses penyakit dengan cara yang tepat |
| - Perilaku tidak tepat | | - Sediakan informasi pada pasien tentang kondisi |
| - Pengungkapan masalah | | - Diskusikan perubahan gaya hidup yng mungkin diperlukan untuk mencegah atau pengontrolan proses |
| Faktor yang berhubungan : | | |
| - Keterbatasan kognitif | | |
| - Salah intepretasi informasi | | |
| - Kurang pajanan | | |

| | | | |
|---|---|---|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> - Kurang minat dalam belajar - Kurang dapat mengingat - Tidak familier dengan sumber informasi | <ul style="list-style-type: none"> - Diskusikan pilihan terapi atau penanganan - Instruksikan pasien mengenai tanda dan gejala untuk melaporkan pada pemberi perawatan kesehatan | |
| 7 | <p>Ansietas</p> <p>Definisi : Perasaan tidak nyaman atau keawatiran yang samar disertai respon autonom (sumber sering kali tidak spesifik atau tidak diketahui oleh individu) perasaan takut yang disebabkan oleh antisipasi terhadap bahaya</p> <p>Batasan karakteristik :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Penurunan produktivitas - Gerakan yang irelevan - Gelisah - Melihat sepiintas - Insomnia - Mengekspresikan keawatiran karena perubahan dalam peristiwa hidup | <p>NOC</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anxiety self-control - Anxiety level - Coping <p>Kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mampu mengidentifikasi dan mengungkapkan gejala cemas - Mengidentifikasi, mengungkapkan dan menunjukkan teknik untuk mengontrol cemas - Vital sign dalam batas normal - Postur tubuh, ekspresi wajah, bahasa tubuh dan tingkat aktivitas menunjukkan berkurangnya cemas | <p>NIC</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gunakan pendekatan yang menenangkan - Nyatakan dengan jelas harapan terhadap perilaku pasien - Jelaskan semua prosedur dan apa yang dirasakan selama prosedur - Pahami perspektif pasien terhadap situasi stres - Temani pasien untuk memberikan keamanan dan mengurangi takut - Identifikasi tingkat kecemasan - Bantu pasien mengenal situasi yang menimbulkan kecemasan - Dorong pasien untuk mengungkapkan perasaan, ketakutan, persepsi - Instruksikan pasien menggunakan teknik relaksasi |

4. Pelaksanaan

Menurut Potter dan Perry (1997), implementasi merupakan kategori dari perilaku keperawatan, dimana perawat melakukan tindakan yang diperlukan untuk mencapai tujuan dan hasil yang diperkirakan dari asuhan keperawatan (Haryanto, 2008).

Implementasi merupakan tahap pelaksanaan perencanaan keperawatan untuk perawat dan klien. Hal-hal yang perlu diperhatikan ketika melakukan implementasi adalah intervensi dilaksanakan sesuai dengan rencana setelah dilakukan validasi, penguasaan keterampilan interpersonal, intelektual dan teknikal harus dilakukan dengan cermat dan efisien pada situasi yang tepat. Keamanan fisik dan psikologis dilindungi serta dokumentasi keperawatan berupa pencatatan dan pelaporan.

Dalam tahap pelaksanaan perlu adanya dokumentasi yang merupakan suatu tahap dimana tindakan keperawatan yang telah dilakukan kepada pasien maupun keluarganya dicatat dalam catatan keperawatan. Pada pendokumentasian ini harus meliputi tanggal, jam, pemberian tindakan, jenis tindakan, respon pasien, serta paraf dan nama perawat yang melakukan tindakan.

5. Evaluasi

Merupakan tahap akhir dari proses keperawatan, dimana merupakan alat pengukur keberhasilan dari suatu rencana keperawatan yang dituliskan dalam catatan perkembangan.

Evaluasi adalah hasil yang didapatkan dengan menyebutkan item-item atau perilaku yang dapat diamati dan dipantau untuk menentukan apakah hasilnya sudah tercapai atau belum dalam jangka waktu yang telah ditentukan (Doenges, 2014)

Untuk memudahkan perawat mengevaluasi atau memantau perkembangan klien, digunakan komponen SOAPIER. Pengertian SOAPIER adalah sebagai berikut :

S : Data subjektif

Catatan ini berhubungan dengan masalah sudut pandang pasien. Ekspresi pasien mengenai kekhawatiran dan keluhannya dicatat sebagai kutipan langsung atau ringkasan yang berhubungan dengan diagnosa.

O : Data objektif

Data ini memberi bukti gejala klinis pasien dan fakta yang berhubungan dengan diagnosa.

A : Analisis dari data subjektif dan objektif

Masalah atau diagnosa yang ditegakkan berdasarkan data atau informasi subjektif maupun objektif yang dikumpulkan atau disimpulkan. Karena keadaan pasien terus berubah dan selalu ada informasi baru baik subjektif maupun objektif, dan sering diungkapkan secara terpisah-pisah, maka proses pengkajian adalah suatu proses yang dinamik.

P : Planning

Membuat rencana tindakan saat itu atau yang akan datang. Untuk mengusahakan tercapainya kondisi pasien yang sebaik mungkin atau menjaga mempertahankan kesejahteraannya.

I : Implementasi

Pelaksanaan rencana tindakan untuk menghilangkan dan mengurangi masalah klien. Tindakan ini harus disetujui oleh klien kecuali bila tidak dilaksanakan akan membahayakan keselamatan klien.

E : Evaluasi

Tafsiran dari efek tindakan yang telah diambil merupakan hal penting untuk menilai keefektifan asuhan yang diberikan. Analisis dari hasil yang dicapai menjadi fokus dari ketepatan nilai tindakan.

R : Reassessment

Melakukan pengumpulan data kembali, jika hasil pelaksanaan tindakan tidak sesuai dengan yang diharapkan. Apakah rencana asuhan akan dirubah.

C. KONSEP MASALAH KEPERAWATAN (RESIKO INFEKSI) DENGAN PERAWATAN LUKA MENGGUNAKAN NaCl 0,9 %

1. Pengertian

Luka adalah rusaknya kesatuan jaringan, dimana secara spesifik terdapat substansi jaringan yang rusak atau hilang (Mansjor,2000;Sjamsuhidajat&Jong,1998). Manajemen perawatan luka diperlukan untuk mengurangi infeksi. Infeksi adalah proses invasi dan multiplikasi berbagai mikroorganisme ke dalam tubuh (seperti bakteri, virus, jamur, dan parasit), yang saat dalam keadaan normal, mikroorganisme tersebut tidak terdapat di dalam tubuh. Sebenarnya, di beberapa tempat dalam tubuh kita pun, seperti di dalam mulut atau usus, terdapat banyak mikroorganisme yang hidup secara alamiah dan biasanya tidak menyebabkan infeksi. Namun, dalam beberapa kondisi, beberapa mikroorganisme tersebut juga dapat menyebabkan penyakit (Zulmiyusrini,2015).

2. Penatalaksanaan

Bersihkan dari arah area yang sedikit terkontaminasi seperti dari luka ke kulit disekitarnya, gunakan friksi lembut saat menuangkan larutan ke

kulit, saat melakukan irigasi, biarkan larutan mengalir dari area yang kurang terkontaminasi ke area yang paling terkontaminasi. Tindakan perawatan pada luka :

- Pertama cuci tangan yang bersih dengan menggunakan sabun

Atur posisi klien dengan nyaman

- Dekatkan peralatan
- Tuangkan larutan steril ke dalam kom kecil
- Taruh baskom untuk menampung air dibawah area luka
- Pasang sarung tangan steril
- Masukkanlah kassa steril ke dalam larutan steril lalu peras kassa dengan menggunakan pinset hingga kassa menjadi lembab lalu bersihkan luka dengan kassa tersebut dari arah luka ke daerah sekitar luka, dan jangan menekan luka terlalu keras karena akan menimbulkan pendarahan.lakukan hal tersebut sampai luka menjadi bersih.
- Keringkan tepi-tepi luka dengan kassa steril
- Tutup dengan kassa steril
- Lepas dan buang sarung tangan ke kantong kresek

- Fiksasi balutan dengan pelster yang telah dipotong–potong
- Cuci tangan
- Posisikan pasien ke posisi semula

3. Tujuan

Adapun beberapa tujuan dari prosedur perawatan luka, sebagai berikut :

1. Menurunkan nyeri
2. Meningkatkan penyembuhan luka
3. Memperbaiki hasil kosmetik
4. Pemeliharaan lingkungan lembab
5. Perlindungan dari kontaminan luar
6. Perlindungan dari cedera lebih lanjut
7. Pencegahan penyebaran mikroorganisme
8. Peningkatan kenyamanan klien
9. Pengendalian perdarahan

(Potter. 2003)

10. Pasien mendapatka terapi fisik dengan mendemonstrasikan penggunaan alat bantu yang nyaman setelah post operasi
11. Pasien mampu melakukan relaksasi
12. Pasien tidak demam dan nyeri pasien teratas.

(T.M. Marrelli, 2000)

4. Hasil `

Proses penyembuhan luka post operasi menggunakan NaCl 0,9% berlangsung dengan baik, Perawatan luka menggunakan NaCl 0,9% menunjukan tidak ada gejala infeksi (Jurnal : Musta'an, Supartono, Anik suwarni).