

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN T. DENGAN ABSES PEDIS DI
RUANGAN TULIP RSUD. PROF.DR.W.Z.JOHANNES KUPANG**



SUMIATI LONGSO

PO.530320115097

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
JURUSAN KEPERAWATAN
PRODI D III KEPERAWATAN**

2018

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN T. DENGAN ABSES PEDIS DI
RUANGAN TULIP RSUD. PROF.DR.W.Z.JOHANNES KUPANG**

**Karya Tulis Ilmiah ini disusun sebagai salah satu persyaratan untuk
Menyelesaikan studi pada program Studi Diploma III Keperawatan
Dan mendapatkan gelar Ahli Madya Keperawatan**



SUMIATI LONGSO

PO.530320115097

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
JURUSAN KEPERAWATAN
PRODI D III KEPERAWATAN**

2018

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Sumiati Longso
NIM : PO. 530320115097
Program Studi : DIII Keperawatan
Institusi : Poltekkes Kemenkes Kupang

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Laporan Karya Tulis Ilmiah yang saya tulis ini adalah benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri dan bukan merupakan pengambil alihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai hasil tulisan atau pikiran saya sendiri.

Apabila di kemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan Studi Kasus ini hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Kupang, 01 Juli 2018

Pembuat Pernyataan

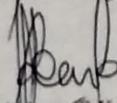


Sumiati Longso

PO. 530320115097

Mengetahui

Pembimbing



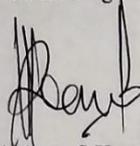
Ns. Kori Limbong S.Kep, M.Kep

NIP.197802022002122001

LEMBAR PERSETUJUAN

Laporan Karya Tulis Limiah oleh Sumiati Longso, PO. 530320115097 dengan judul "Asuhan Keperawatan Pada Tn T. Dengan Abses Pedis Di Ruang Kelimutu RSUD. Prof.Dr.W.Z.Johannes Kupang" telah diperiksa dan disetujui untuk diujikan.

Pembimbing



Ns. Kori Limbong S.Kep, M.Kep

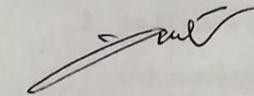
NIP.197802022002122001

LEMBAR PENGESAHAN

Laporan Studi Kasus oleh Sumiati Longso, PO.530320115097, Asuhan Keperawatan Pada Tn T. Dengan Abses Pedis Di Ruangan Kelimutu RSUD. Prof. Dr. W.Z. Johannes Kupang telah dipertahankan di depan dewan penguji pada tanggal 01 Juli 2018.

Dewan Penguji

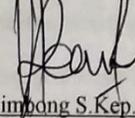
Penguji I



Elisabeth Hermawanti, S.Kp., M.Kes

NIP.195809011985022001

Penguji II



Ns. Kori Limbong S.Kep., M.Kep

NIP.197802022002122001

Mengesahkan

Ketua Jurusan Keperawatan

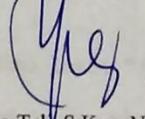


M. Margaretha U. W.S.Kp., MHSc

NIP.195602171986032001

Mengetahui

Program Studi



Margaretha Tela, S.Kep., Ns., MSc, PH

NIP.1977072722000032002

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadirat Tuhan yang Maha Kuasa, sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah dengan judul Asuhan Keperawatan Pada Tn. T dengan Abses Pedis di Ruang Kelimutu, RSUD Prof. Dr. W.Z. Johannes Kupang. Dalam menyusun Karya Tulis Ilmiah ini penulis banyak mendapat bimbingan dan dukungan dari berbagai pihak, oleh karena itu pada kesempatan ini penulis mengucapkan terimakasih dan penghargaan yang setinggi tingginya kepada yang terhormat:

1. Ibu Ns. Kori Limbong, S.Kep., M.Kep selaku dosen pembimbing yang telah memberikan bimbingan dalam pembuatan karya ilmiah ini.
2. Ibu Elisabeth Herwanti, S.Kp., Ns., M.Kep selaku dosen penguji yang telah memberikaan saran dan masukan dalam pembuatan karya ilmiah ini.
3. Ibu Maria Margaretha U. W, S.Kp., MHSc selaku Ketua Jurusan Keperawatan Kupang.
4. Bpk. Adrianus Pa, S.Kep., Ns selaku Kepala Ruangan Ruang Kelimutu yang telah berkenan menyediakan lahan untuk dilaksanakannya praktik studi kasus ini.
5. Ibu Maria Sambriong, SST., MPH selaku dosen PA yang telah membimbing saya dalam perkuliahan dari semester I hingga semester VI

6. Kedua orang tua dan adik saya tersayang yang telah memberikan dukungan, dorongan serta doa-doanya untuk menyelesaikan pendidikan dan tugas-tugas.
7. Terima kasih untuk teman-teman seperjuangan Putri, Nada, Afri, dan Pak Andi atas dukungan dan kerja samanya.
8. Terimakasih kepada teman-teman tersayang Fatir, Nia, Devi, kaka Sriyanti, Deby, Fictoria, Mery, Sandra, Hetni, Anaci, Bende, Mida dan Naomi yang selalu memberikan dukungan dan doa dalam menyelesaikan studi kasus ini.
9. Teman-teman seangkatan 2015 Tingkat III Reguler A dan Tingkat III regular B yang telah memberikan saran, dukungan, dan semangat buat penulis dalam menyelesaikan studi kasus ini.

Semoga Karya Ilmiah ini dapat bermanfaat bagi pihak-pihak yang membutuhkan.

Kupang, 01 Juli 2018

Penulis

ABSTRAK

Sumiati Longso, NIM: PO.530320115097, Asuhan Keperawatan Pada Tn. T dengan Abses Pedis di Ruang Kelimutu, RSUD Prof. Dr. W.Z. Johannes Kupang

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. Abses terjadi karena adanya proses infeksi atau biasanya oleh bakteri atau parasit atau karena adanya benda asing, misalnya serpihan, luka peluru, atau jarum suntik. Tujuan studi kasus ini untuk mengetahui gambaran penerapan asuhan keperawatan pada klien Tn. T dengan Abses Pedis di ruang Kelimutu RSUD Prof. Dr. W.Z. Johannes Kupang, yang meliputi: pengkajian, perumusan diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi keperawatan. Hasil pengkajian, pasien mengatakan P (*Provocate*): nyeri pada luka di kaki, Q (*Quality*): nyeri seperti tertusuk, R (*Regional*): pada kaki kiri, S (*skala*): dengan skala 3, T(*Time*): secara terus menerus. Pasien Nampak meringis, pasien nampak tidak rileks. Hasil pemeriksaan TTV di dapatkan TD: 80/60 mmHg, N: 85x/menit dengan irama teratur dan kuat, RR: 22x/menit, S: 38,4°C, badan terasa panas. Pada ekstremitas sinistra bawah terdapat abses dengan luka terbuka, luka berwarna merah muda, terdapat pus dan jaringan nekrotik, pus yang keluar ± 4 cc dan sedikit bercampur darah, diameter luka, panjang 3 cm, lebar 1,5 cm, kedalaman 2 cm. Selama melakukan asuhan keperawatan Tn. T terdapat 3 diagnosa keperawatan yang muncul yaitu: nyeri akut, hipertermi, dan kerusakan integritas kulit. Intervensi berupa lakukan manajemen nyeri, perawatan demam dan perawatan hipertermi, perawatan luka. Implementasi yang diberikan pada masalah nyeri akut berupa melakukan manajemen nyeri, pada hipertermi melakukan perawatan demam dan perawatan hipertermi, pada masalah kerusakan integritas kulit melakukan perawatan luka. Hasil evaluasi hari keempat, masalah nyeri belum teratasi, intervensi dipertahankan. Masalah hipertermi teratasi, intervensi dihentikan. Masalah kerusakan integritas kulit belum teratasi, intervensi dipertahankan.

Kata Kunci: Abses Pedis, Asuhan Keperawatan

BIODATA PENULIS

Nama : Sumiati Longso

Tempat/Tanggal Lahir : 01 September 1996

Jenis Kelamin : Perempuan

Alamat : Nasipanaf, Kota Kupang

Riwayat Pendidikan : 1. SD Inpres Nasipanaf, 2009
2. SMP Angkasa Penfui, 2012
3. SMKN 4 Kalabahi, 2015
4. Sejak tahun 2015 Kuliah di Program Studi
DIII Keperawatan Politeknik Kesehatan
Kemenkes Kupang

MOTO

“YAKINLAH KAU BISA !!!”

DAFTAR PUSTAKA

	Halaman	
Cover.....		i
Halaman Pernyataan Keaslian	ii	
Lembar Persetujuan	iii	
Lembar Pengesahan	iv	
Abstrak.....	v	
Kata Pengantar.....	vi	
Biodata Penulis	vii	
Daftar Isi.....	viii	
 BAB I PENDAHULUAN		
1.1 Latar Belakang.....	1	
1.2 Tujuan Studi Kasus	2	
1.3 Manfaat Studi Kasus	3	
 BAB II TINJAUAN PUSTAKA		
2.1 Konsep Teori	4	
2.2 Konsep Asuhan Keperawatan.....	9	
2.2.1 Pengkajian.....	9	
2.2.2 Diagnosa	11	
2.2.3 Perencanaan	12	
2.2.4 Pelaksanaan.....	15	
2.2.5 Evaluasi	16	

BAB III HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

3.1 Hasil Studi Kasus	17
3.2 Pembahasan	26
3.3 Keterbatasan Studi Kasus	31

BAB IV KESIMPULAN DAN SARAN

4.1 Kesimpulan	32
4.2 Saran	34

DAFTAR PUSTAKA

DAFTAR LAMPIRAN

Lembar konsultasi

Format pengkajian

Asuhan Keperawatan

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Hampir setiap orang pernah mengalami infeksi. Tingkat prevalensi penyakit infeksi di Indonesia masih tergolong tinggi dan menjadi suatu masalah kesehatan di Indonesia (Adila et al., 2013). Penyakit infeksi ini dapat terjadi dan berkembang di bagian tubuh mana saja. yang sebagian besar dapat menghasilkan nanah serta dapat berlanjut menjadi penyakit saluran pencernaan (diare) yang kerap kali mengganggu masyarakat (Jawetz et al., 2012).

Abses adalah pengumpulan nanah dalam suatu ruangan terbatas di dalam tubuh. Abses biasanya timbul sendiri (Oswari, 2005). Abses adalah pengumpulan nanah yang terlokalisir sebagai akibat dari infeksi yang melibatkan organisme piogenik. Nanah merupakan suatu campuran dari jaringan nekrotik, bakteri, dan sel darah putih yang sudah mati, yang dicairkan oleh enzim autolitik (Morison, 2004).

Abses dapat muncul pada permukaan kulit, namun abses juga dapat muncul pada jaringan dalam organ. Beberapa jenis abses akan hilang dengan sendirinya ketika pecah dan nanah mulai mengering (www.docdoc.com).

Abses terjadi karena adanya proses infeksi atau biasanya oleh bakteri atau parasit atau karena adanya benda asing, misalnya serpihan, luka peluru, atau jarum suntik (Siregar, 2004). Penyebab abses biasanya kokus pyogen, yaitu *Staphylococcus aureus* (Oswari, 2005). *Staphylococcus aureus* merupakan salah satu kuman patogen pada manusia yang dapat menyebabkan berbagai macam infeksi baik lokal maupun sistemik. *Staphylococcus* masuk dan menyebar melalui membran mukosa, sehingga dapat ditularkan langsung atau tidak langsung melalui tangan dan obyek kontaminan lain (www.scribe.com)

Tanda dan gejala suatu abses berupa nyeri , nyeri tekan, teraba hangat , pembengkakan, kemerahan, demam dan hilangnya fungsi (Smaltzer & Bare, 2001. Sedangkan Lewis, S.M et al (2000) mengemukakan bahwa menifestasi

klinis pada abses meliputi nyeri lokal, bengkak dan kenaikan suhu tubuh. Leukositosis juga terjadi pada Abses.

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.

Pada tahun 2005, di Amerika Serikat, 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 (<https://en.m.wikipedia.org>). Sedangkan menurut data ruangan di ruang Kelimutu RSUD Prof.Dr.W.Z. Johannes Kupang, pada tahun 2017 terdapat 14 orang yang dirawat dengan Abses.

1.2 Tujuan Studi Kasus

1.2.1 Tujuan Umum

Mengetahui gambaran penerapan asuhan keperawatan pada klien Tn. T dengan Abses Pedis di ruang Kelimutu RSUD Prof.Dr.W.Z Johannes Kupang.

1.2.2 Tujuan Khusus

1. Mampu memahami konsep Abses Pedis
2. Mampu melakukan pengkajian pada klien Tn. T dengan Abses Pedis di ruang Kelimutu RSUD Prof. Dr.W.Z Johannes Kupang.
3. Mampu merumuskan diagnosa keperawatan pada klien Tn. T dengan Abses pedis di ruang Kelimutu RSUD Prof. Dr.W.Z Johannes Kupang.
4. Mampu merumuskan intervensi keperawatan pada klien Tn. T Abses Pedis di ruang Kelimutu RSUD Prof. Dr.W.Z Johannes Kupang.
5. Mampu melakukan implementasi keperawatan klien Tn. T dengan Abses Pedis di ruang Kelimutu RSUD Prof. Dr.W.Z Johannes Kupang.

6. Mampu melaksanakan evaluasi tindakan keperawatan pada klien Tn. T dengan Abses Pedis di ruang Kelimutu RSUD Prof. Dr. W.Z Johannes Kupang.
7. Mampu menyusun laporan ilmiah klien Tn. T dengan Abses Pedis di ruang Kelimutu RSUD Prof. Dr. W.Z Johannes Kupang dengan pendekatan proses keperawatan.

1.3 Manfaat Studi Kasus

1. Bagi akademik
Sebagai bahan evaluasi sejauh mana kemampuan mahasiswa dalam melakukan asuhan keperawatan pada klien dengan Abses Pedis.
2. Bagi pembaca
Sebagai salah satu sumber literature dalam pengembangan bidang profesi keperawatan khususnya tentang Abses Pedis.
3. Bagi penulis
 - a. Untuk meningkatkan ilmu pengetahuan dan pengalaman dalam pemberian asuhan keperawatan pada klien dengan Abses Pedis.
 - b. Menambah keterampilan atau kemampuan penulis dalam menerapkan asuhan keperawatan pada klien dengan Abses Pedis.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Teori

2.1.2 Definisi

Abses (Latin: *abscessus*) merupakan kumpulan nanah (netrofil yang telah mati) yang terakumulasi di sebuah kavitas jaringan karena adanya proses infeksi (biasanya oleh bakteri atau parasit) atau karena adanya benda asing (misalnya serpihan, luka peluru, atau jarum suntik). Proses ini merupakan reaksi perlindungan oleh jaringan untuk mencegah penyebaran/perluasan infeksi ke bagian tubuh yang lain (Siregar, 2004).

Abses adalah infeksi bakteri setempat yang ditandai dengan pengumpulan pus (bakteri, jaringan nekrotik). Sedangkan menurut Dongoes (2010), abses (misalnya bisul) biasanya merupakan titik “mata”, yang kemudian pecah, rongga abses kolaps dan terjadi obliterasi karena fibrosis, meninggalkan jaringan perut yang kecil.

Pedis adalah anggota badan yang menopang tubuh dan dipakai untuk berjalan dari pangkal paha ke bawah (Mansjoer, 2005).

Dari pengertian di atas dapat disimpulkan abses pedis adalah infeksi kulit yang disebabkan oleh bakteri/parasit atau karena adanya benda asing (misalnya luka peluru maupun jarum suntik) dan mengandung nanah yang merupakan campuran dari jaringan nekrotik, bakteri, dan sel darah putih yang sudah mati yang dicairkan oleh enzim autolitik yang timbul di kaki.

2.1.3 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.

2.1.4 Patofisiologi

Menurut Guyton (2012), patofisiologi abses sebagai berikut:

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.

2.1.5 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 bias berupa:

a) Nyeri (*Dolor*)

Nyeri merupakan respon yang bersifat subyektif terhadap adanya stressor fisik dan psikologik. Nyeri merupakan tanda peringatan adanya kerusakan jaringan. Nyeri disebabkan oleh regangan dan distorsi jaringan akibat edema dan terutama karena tekanan pus di dalam rongga abses. Beberapa mediator kimiawi pada radang akut

termasuk bradikinin, prostaglandin, dan serotinin, diketahui juga dapat mengakibatkan nyeri.

b) Nyeri tekan

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

c) Pembengkakan (Tumor)

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

d) Kemerahan (*Rubor*)

Jaringan yang mengalami radang akut tampak merah, sebagai contoh kulit yang terkena sengatan matahari. 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.

2.1.6 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.*

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan

2.2.1 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:

1. Data awal:

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

Data Subjektif:

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

b. Riwayat keluhan utama

Hal-hal yang perlu dikaji diantaranya adalah:

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

c. Riwayat kesehatan keluarga

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

d. Aktivitas atau istirahat

Gejala: Malaise

e. 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*)

f. Makanan/cairan

Gejala: anoreksia, mual, muntah

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

g. Neurosensori

Gejala: sakit kepala dan pusing

Tanda: gelisah, kacau mental, ketakutan

h. Nyeri atau kenyamanan

Gejala: lokalisasi rasa sakit atau ketidanyamanan

i. Pernapasan

Tanda: takipnea dengan penurunan kedalaman pernapasan

j. 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.

2. 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

3. 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

2.2.3 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 menurut NANDA 2015 adalah sebagai berikut:

1. Kerusakan integritas kulit b.d deficit imunologi
2. Hipertermi b.d Proses Infeksi
3. Nyeri Akut b.d agen injuri biologi
4. Resiko infeksi b.d tindakan invasif

2.2.2 Perencanaan

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). Perencanaan keperawatan berdasarkan NOC dan NIC 2016 yaitu sebagai berikut:

1. Diagnosa Keperawatan: Kerusakan integritas kulit b.d Imunodefisiensi

NOC:

Domain II: Kesehatan Fisiologis, Kelas L: Integritas Jaringan, Luaran:

Integritas Jaringan: Kulit dan Membran Mukosa

Indikator:

- a. Suhu kulit
- b. Integritas kulit
- c. Lesi pada kulit
- d. Nekrosis

NIC:

Domain I: fisiologis dasar, Kelas L: Manajemen kulit/ luka

Intervensi:

Perawatan Luka:

- a. Angkat balutan luka dan plester perekat
- b. Monitor karakteristik luka, termasuk drainase, warna, ukuran, dan bau
- c. Ukur luas luka yang sesuai
- d. Berikan perawatan ulkus pada kulit/lesi
- e. Berikan balutan yang sesuai dengan jenis luka
- f. Pertahankan teknik balutan

2. Diagnosa Keperawatan: Hipertermi b.d proses infeksi

NOC:

Domain II: Kesehatan Fisiologis, Kelas I: Pengaturan Regulasi, Luaran: Termoregulasi. Indikator: Suhu kulit, Peningkatan suhu kulit, Hipertermi, Dehidrasi.

NIC:

Domain II: Fisiologis Kompleks, Kelas M: Termoregulasi

Intervensi:

Perawatan Demam

- a. Pantau suhu dan tanda-tanda vital lainnya
- b. Monitor warna kulit dan suhu
- c. Monitor asupan dan luaran, sedari perubahan kehilangan cairan yang dirasakan
- d. Beri obat atau cairan IV (misalnya: antipiretik, agen anti bakteri, dan agen anti menggigil)
- e. Dorong konsumsi cairan

Perawatan Hipertermi

- a. Longgarkan atau lepaskan pakaian
- b. Berikan metode pendingin eksternal

3. Diagnosa Keperawatan: Nyeri Akut b.d agen cedera biologis

NOC:

Domain IV: Pengetahuan tentang kesehatan dan perilaku, Kelas Q: Perilaku Sehat. Luaran: Tingkat Nyeri, Kontrol Nyeri, Tingkat Kenyamanan.

Indikator:

- a. Mengenali kapan nyeri terjadi
- b. Menggambarkan faktor penyebab
- c. Menggunakan tindakan pencegahan
- d. Menggunakan tindakan pengurang (nyeri) tanpa analgesik.

NIC:

Domain I: Fungsi Dasar, Kelas E: Peningkatan Kenyamanan Fisik

Intervensi:

Manajemen Nyeri

- a. Lakukan pengkajian nyeri kompherensif yang meliputi lokasi, karakteristik, onset/ durasi, frekuensi, kualitas, intensitas atau beratnya nyeri dan faktor pencetus.
 - b. Observasi adanya petunjuk nonverbal mengenai ketidaknyamanan.
 - c. Gali pengetahuan dan kepercayaan pasien mengenai nyeri
 - d. Tentukan akibat dari pengalaman nyeri terhadap kualitas hidup pasien
 - e. Gali bersama pasien faktor-faktor yang dapat menurunkan atau memperberat nyeri
 - f. Evaluasi pengalaman nyeri di masa lalu
 - g. Kendalikan faktor lingkungan yang dapat mempengaruhi respon pasien terhadap ketidaknyamanan
 - h. Pilih dan implementasikan tindakan yang beragam (farmakologi, nonfarmakologi, interpersonal)
 - i. Ajarkan teknik nonfarmakologi
 - j. Berikan individu penurun nyeri yang optimal dengan persepan analgesik
4. Diagnosa Keperawatan: Resiko infeksi b.d tindakan invasive

NOC:

Domain IV: Pengetahuan Tentang Kesehatan dan Perilaku, Kelas T:

Kontrol Resiko dan Keamanan, Luaran: Kontrol Resiko.

Indikator:

- a. Mengidentifikasi faktor resiko
- b. Mengenali faktor resiko individu
- c. Memonitor faktor resiko di lingkungan
- d. Mengembangkan strategi yang efektif dalam mengontrol resiko
- e. Memodifikasi gaya hidup untuk mengurangi resiko

NIC:

Domain IV: Keamanan, Kelas V: Manajemen Resiko

Intervensi:

Kontrol Infeksi

- a. Batasi jumlah pengunjung
- b. Anjurkan pengunjung untuk mencuci tangan pada saat memasuki dan meninggalkan ruangan pasien
- c. Lakukan tindakan-tindakan pencegahan yang bersifat universal
- d. Pakai sarung tangan steril dengan tepat
- e. Pastikan teknik perawatan luka yang tepat
- f. Berikan terapi antibiotik yang sesuai

2.2.4 Implementasi

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 coping (Nursalam, 2009).

2.2.5 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). Evaluasi berdasarkan NOC 2016:

- a. Diagnosa keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis evaluasinya yaitu: pasien mampu mengontrol nyeri, melaporkan bahwa nyeri berkurang, mampu mengenali nyeri berupa skala, intensitas, frekuensi dan tanda nyeri, menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang.
- b. Diagnosa keperawatan kerusakan integritas kulit berhubungan dengan imunodefisiensi, evaluasinya mencakup integritas kulit yang baik dipertahankan (sensasi, elastisitas, temperatur, hidrasi, pigmentasi), tidak ada luka atau lesi pada kulit, perfusi jaringan baik, menunjukkan pemahaman dalam proses perbaikan kulit dan mencegah terjadinya cedera berulang, mampu melindungi kulit dan mempertahankan kelembapan kulit dan perawatan alami.
- c. Diagnosa keperawatan hipertermi berhubungan dengan proses infeksi, evaluasinya mencakup suhu tubuh dalam batas normal yaitu 36°C - 37°C , nadi dan pernapasan dalam rentang normal, tidak ada perubahan warna kulit dan tidak ada pusing, merasa nyaman.
- d. Diagnosa keperawatan resiko infeksi, evaluasinya meliputi tidak ada kemerahan, bengkak, tidak nyeri, tidak ada purulen, tidak ada luka, suhu tubuh normal yaitu 36°C - 37°C .

BAB III

HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

3.1 Hasil Studi Kasus

3.1.1 Pengkajian

Pasien berinisial Tn. T, umur 45 tahun, agama Kristen Protestan, pendidikan terakhir SMA, alamat Nunbaun Sabu, jenis kelamin laki-laki, suku Sabu, pekerjaan wirasusta. Penanggung jawab pasien selama di rumah sakit adalah Ny. I, hubungan dengan pasien sebagai ibu kandung, alamat Nunbaun Sabu. Tn. T masuk rumah sakit pada tanggal 22 Juni 2018, dengan diagnosa medis Abses Pedis.

Pengkajian dilakukan pada hari Minggu, 24 Juni 2018 pada pukul 15.00 WIB di Ruang Kelimutu RSUD Prof. Dr. W.Z Johannes Kupang. Keluhan utama yang dirasakan adalah pasien mengatakan P (*Provocate*): nyeri pada luka di kaki, Q (*Quality*): nyeri seperti tertusuk, R (*Regional*): pada kaki kiri, S (*skala*): dengan skala 3, T (*Time*): secara terus menerus.

Riwayat keluhan utama, pasien mengatakan pada bulan Maret 2018, di awalnya timbul seperti bisul di pergelangan kaki. Pasien sudah berobat ke Puskesmas Sabu selama 3 bulan, tetapi tidak ada perubahan. Pasien kemudian dirujuk ke RSUD Prof. Dr.W.Z. Johannes Kupang dengan alasan kurangnya peralatan di PKM Sabu. Pasien masuk IGD pada tanggal 22 Juni 2018. Lalu Pada tanggal 23 Juni 2018 pada pukul 11.30 WITA pasien di pindahkan ke ruangan Kelimutu untuk dilakukan perawatan rawat inap.

Riwayat penyakit sebelumnya, pasien mengatakan sebelumnya tidak pernah mengalami penyakit seperti ini. Riwayat keluarga, pasien mengatakan di dalam anggota keluarganya tidak ada yang menderita penyakit DM.

Pola aktivitas dan latihan, pasien mengatakan sebelum sakit, semua aktivitas dapat ia lakukan sendiri. Namun, setelah sakit untuk mandi dan toileting, ia memerlukan bantuan, sedangkan untuk makan, minum

dan ganti pakaian ia dapat melakukannya secara mandiri di tempat tidur. Tingkat aktivitas 2.

Pola istirahat tidur, pasien mengatakan bahwa sebelum sakit ia tidur pada pukul 21.00 pm sampai 05.00 am, sedangkan untuk tidur siang jarang ia lakukan. Namun, setelah sakit ia hanya tidur ± 5 jam karena demam.

Hasil pemeriksaan, pasien nampak meringis, pasien nampak tidak rileks. Hasil pemeriksaan TTV di dapatkan TD: 80/60 mmHg, N: 85x/menit dengan irama teratur dan kuat, RR: 22x/menit, S: 38,4°C, badan teraba panas. Pada ekstremitas sinistra bawah terdapat abses dengan luka terbuka, luka berwarna merah muda, terdapat pus dan jaringan nekrotik, pus yang keluar ± 4 cc dan sedikit bercampur darah, diameter luka, panjang 3 cm, lebar 1,5 cm, kedalaman 2 cm.

Pada pemeriksaan penunjang yaitu pemeriksaan laboratorium yang dilakukan pada tanggal 24 Juni 2018 pada pukul 04.47 di dapatkan hasil sebagai berikut Hemoglobin 8,6 g/dL (nilai normal 13,0-18,0 g/dL), jumlah Eritrosit $3,62 \cdot 10^6$ /uL (nilai normal 4,50-6,20 10^6 /uL), jumlah leukosit $16,16 \cdot 10^3$ /uL (nilai normal 4,6-10,0 10^3 /uL), Glukosa Darah Puasa 125 mg/dL (nilai normal 74-109 mg/dL), Glukosa darah 2 jam PP 92 mg/dL (nilai normal 75-140 mg/dL).

Pada pemeriksaan penunjang, terapi yang diberikan pada Tn. T pada sesuai dengan advis dokter antara lain yaitu: cairan IV dengan diberikan IVFD RL 1000 cc/24 jam, Ketorolak 30 mg/8 jam/iv, Cefriaxone 1 gr/12 jam/iv, Ranitidine 1 amp/12 jam/iv, rawat luka.

3.1.2 Perumusan Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan hasil pengumpulan data yang dapat ditegaskan beberapa masalah keperawatan. Adapun masalah keperawatan yang dialami pasien berdasarkan hasil pengumpulan data adalah:

Nyeri akut b.d agen cedera biologis yang ditandai dengan data subyektif yaitu pasien mengatakan P (*Provocate*): nyeri pada luka di kaki, Q (*Quality*): nyeri seperti tertusuk, R (*Regional*): pada kaki kiri, S (*skala*): dengan skala 3, T (*Time*): secara terus menerus. Data objektif berupa pasien nampak meringis saat bergerak, pada ekstremitas sinistra bawah terdapat abses dengan luka terbuka, sakit bila dipalpasi, hasil pengukuran tanda-tanda vital yaitu TD: 80/60 mmHg, N: 85x/menit dengan irama teratur dan kuat, RR: 22x/menit.

Kerusakan integritas kulit b.d imunodefisiensi yang ditandai dengan data subyektif yaitu pasien mengatakan adanya luka di kaki kiri. Data objektif berupa pada ekstremitas sinistra bawah terdapat abses dengan luka terbuka, luka berwarna merah muda, terdapat pus dan jaringan nekrotik, pus yang keluar $\pm 2,5$ cc dan sedikit bercampur darah, diameter luka, panjang 3 cm, lebar 1,5 cm, kedalaman 2 cm.

Hipertermi b.d proses penyakit yang ditandai dengan data subyektif pasien mengatakan badannya panas. Data objektif berupa badan terasa panas, suhu 38,4°C.

3.1.3 Intervensi Keperawatan

Diagnosa keperawatan 1 nyeri b.d agen cedera biologis, Intervensi pada kasus Tn. T NOC: tingkat nyeri, kontrol nyeri, tingkat kenyamanan, dengan indikator: mengenali kapan nyeri terjadi, menggambarkan faktor penyebab, menggunakan tindakan pencegahan, menggunakan tindakan pengurang (nyeri) tanpa analgesik. NIC yang telah ditetapkan monitor tanda-tanda vital pasien, dengan rasional mengetahui keadaan umum pasien. Lakukan pengkajian nyeri komprehensif yang meliputi lokasi,

karakteristik, onset/ durasi, frekuensi, kualitas, intensitas atau beratnya nyeri dan faktor pencetus, dengan rasional untuk mengetahui tingkat nyeri klien. Observasi adanya petunjuk nonverbal mengenai ketidaknyamanan. Ajarkan teknik nonfarmakologis (teknik napas dalam), dengan rasional mengurangi ketegangan atau spasme otot. Kolaborasi pemberian analgetik, dengan rasional mengurangi nyeri.

Diagnosa keperawatan 2 hipertermi b.d proses infeksi, Intervensi pada Tn. T yaitu NOC: Termoregulasi, dengan indikator: Suhu kulit, Hipertermi, Dehidrasi. NIC yang telah ditetapkan monitor suhu tubuh pasien, dengan rasional mengetahui keadaan umum pasien. Kolaborasi pemberian obat atau cairan IV (misalnya: antipiretik, agen anti bakteri, dan agen anti menggigil), dengan rasional menurunkan demam.

Diagnosa keperawatan 3 kerusakan integritas kulit b.d imunodefisiensi intervensi pada Tn. T, NOC: integritas jaringan: kulit dan membran mukosa, dengan indikator: Suhu kulit, Integritas kulit, Lesi pada kulit, Nekrosis. NIC yang ditetapkan monitor karakteristik luka, termasuk drainase, warna, ukuran, dan bau, dengan rasional untuk menentukan keefektifan regimen perawatan kulit. Melakukan perawatan luka, dengan rasional mempercepat penyembuhan luka dan meningkatkan kenyamanan pasien. Kolaborasi pemberian antibiotic, dengan rasional untuk mempercepat penyembuhan luka.

3.1.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi Diagnosa keperawatan 1 nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik yang dilakukan pada tanggal 25 Juni 2018 oleh penulis dimulai pada pukul 08.00 am. Dilakukan tindakan keperawatan pada pukul 07.50 memonitor tanda-tanda vital pasien, hasil pengukuran tanda-tanda vital pasien adalah TD: 80/70 mmHg, N: 78, RR: 22x/m, S: 38,4°C. Pada pukul 08.00 am adalah melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif dengan respon subyektif adalah pasien mengatakan P (*Provocate*): nyeri pada luka di kaki, Q (*Quality*): nyeri seperti tertusuk, R

(*Regional*): pada kaki kiri, S (*skala*): dengan skala 3, T (*Time*): secara terus menerus. Untuk respon obyektifnya adalah pasien tampak meringis kesakitan, pasien nampak berhati-hati saat bergerak. Pada pukul 08.10 am Observasi adanya petunjuk nonverbal mengenai ketidaknyamanan, pasien nampak meringis. Ajarkan teknik relaksasi teknik napas dalam. Pada pukul 10.30 am dilakukan tindakan keperawatan berkolaborasi pemberian terapi ketorolak 30 mg/iv/8 jam.

Pada tanggal 26 Juni 2018, pada pukul 07.30 memonitor tanda-tanda vital pasien, hasil pengukuran tanda-tanda vital pasien adalah TD: 80/60 mmHg, N: 82x/m, RR: 20x/m, S: 36, 2°C. Pada pukul 07.45 am dilakukan tindakan keperawatan melakukan pengkajian nyeri pasien mengatakan P (*Provocate*): masih terasa nyeri pada luka di kaki, Q (*Quality*): nyeri seperti tertusuk, R (*Regional*): pada kaki kiri, S (*skala*): dengan skala 4, T (*Time*): secara terus menerus. Untuk respon obyektif adalah pasien masih tampak meringis, pasien juga masih berhati-hati saat bergerak. Pada pukul 07.55 mengobservasi adanya petunjuk nonverbal mengenai ketidaknyamanan pasien, pasien masih nampak meringis. Pada pukul 08.05 am ajarkan teknik napas dalam. Pada pukul 10.00 berkolaborasi pemberian terapi ketorolak 30 mg/iv/ 8 jam.

Pada tanggal 27 Juni 2018, pada pukul 07.40 memonitor tanda-tanda vital pasien, hasil pengukuran tanda-tanda vital pasien adalah TD: 100/70 mmHg, N: 86x/m, RR: 20x/m, S: 36,5°C. Pukul 07.50 dilakukan tindakan keperawatan yaitu melakukan pengkajian nyeri, pasien mengatakan P (*Provocate*): nyerinya mulai sedikit berkurang, Q (*Quality*): nyeri seperti tertusuk, R (*Regional*): pada kaki kiri, S (*skala*): dengan skala 3, T (*Time*): secara terus menerus. Untuk respon obyektif, pasien nampak meringis, pasien tampak berhati-hati saat bergerak. Pada pukul 10.05 berkolaborasi pemberian terapi ketorolak 30 mg/iv/ 8 jam.

Pada tanggal 28 Juni 2018, pada pukul 07.55 memonitor tanda-tanda vital pasien, hasil pengukuran tanda-tanda vital pasien adalah TD: 80/60

mmHg, N: 84x/m, RR: 20x/m, S: 36,4°C. Pada pukul 08.00 dilakukan tindakan keperawatan yaitu melakukan pengkajian nyeri, pasien mengatakan pasien mengatakan P (*Provocate*): nyerinya berkurang, Q (*Quality*): nyeri seperti tertusuk, R (*Regional*): pada kaki kiri, S (*skala*): dengan skala 2, T (*Time*): secara terus menerus. Pasien nampak berhati-hati saat bergerak. Pada pukul 10.00 berkolaborasi pemberian terapi ketorolak 30 mg/iv/8 jam.

Implementasi Diagnosa Keperawatan 2 hipertermi b.d proses infeksi yang dilakukan tanggal 25 Juni 2018 pada Tn. T dilakukan tindakan keperawatan pada pukul 07.30 am memonitor suhu tubuh pasien, hasil pengukuran suhu yaitu 38°C. Pada pukul 07.56 am. Pada pukul 08.00 berkolaborasi pemberian IVFD RL 500 ml dan pemberian paracetamol 500 mg.

Implementasi Diagnosa keperawatan 3 kerusakan integritas kulit b.d imunodefisiensi yang dilakukan pada tanggal 25 Juni 2018 pada Tn. T dilakukan tindakan keperawatan pada pukul 09.00 a.m memonitor karakteristik luka, terdapat pus, luka nampak berwarna merah muda, tidak berbau. Pada pukul 09.10 melakukan perawatan luka. luka berwarna merah muda, terdapat pus dan jaringan nekrotik, pus yang keluar ± 4 cc dan sedikit bercampur darah, diameter luka, panjang 3 cm, lebar 1,5 cm, kedalaman 2 cm. Berkolaborasi pemberian terapi ceftriaxone 1 gr/iv/12 jam.

Implementasi keperawatan yang dilakukan pada tanggal 26 Juni 2018, pada pukul 09.20 dilakukan mengganti laken tempat tidur Tn. T, memonitor karakteristik luka, adanya pus, adanya jaringan nekrotik, luka nampak berwarna merah muda, tidak berbau. Pada pukul 09.30 melakukan perawatan luka. luka berwarna merah muda, terdapat pus dan jaringan nekrotik, pus yang keluar ± 4 cc dan sedikit bercampur darah, diameter luka, panjang 3 cm, lebar 1,5 cm, kedalaman 2 cm. Pukul 10.15 kolaborasi pemberian terapi ceftriaxone 1 gr/iv/12 jam.

Implementasi keperawatan yang dilakukan pada tanggal 27 Juni 2018, pada pukul 09.00 dilakukan memonitor karakteristik luka, adanya pus, adanya jaringan nefrotik, luka nampak berwarna merah muda, tidak berbau. Pada pukul 09.08 melakukan perawatan luka. Luka berwarna merah muda, terdapat pus dan jaringan nekrotik, pus yang keluar $\pm 2,5$ cc dan sedikit bercampur darah, diameter luka, panjang 3 cm, lebar 1,5 cm, kedalaman 2 cm Pukul 10.05 kolaborasi pemberian terapi ceftriaxone 1 gr/iv/12 jam.

Implementasi keperawatan yang dilakukan pada tanggal 28 Juni 2018, pada pukul 09.30 dilakukan memonitor karakteristik luka, adanya pus, pus yang keluar sedikit, adanya jaringan nefrotik, luka nampak berwarna merah muda, tidak berbau. Pada pukul 09.40 melakukan perawatan luka. Luka berwarna merah muda, terdapat pus dan jaringan nekrotik, pus yang keluar sedikit ± 2 cc dan sedikit bercampur darah, diameter luka, panjang 3 cm, lebar 1,5 cm, kedalaman 2 cm Pukul 10.30 kolaborasi pemberian terapi ceftriaxone 1 gr/iv/12 jam.

3.1.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan pada Diagnosa keperawatan 1 nyeri akut b.d agen cedera biologis, pada tanggal 25 Juni 2018 pada pukul 13.00 pm pada Tn. T adalah sebagai berikut S: pasien mengatakan P (*Provocate*): sakitnya berkurang, Q (*Quality*): nyeri seperti tertusuk, R (*Regional*): pada kaki kiri, S (*skala*): dengan skala 2, T (*Time*): secara terus menerus. O: pasien nampak meringis, nampak tidak rileks. Hasil pengukuran tanda-tanda vital TD: 80/60 mmHg, N: 92x/m, RR: 22x/m, S: 37°C. A: belum teratasi. P: Intervensi dipertahankan. Catatan perkembangan Tn.T, S: pasien mengatakan P(*Provocate*): maasih tersa sakit, Q (*Quality*): nyeri seperti tertusuk, R (*Regional*): pada kaki kiri, S (*skala*): 3, T (*Time*). O: pasien nampak meringis dan tidak rileks. A: masalah belum teratasi. P: lakukan injeksi catorolak 30 mg/iv.

Pada tanggal 26 Juni 2018 pada pukul 13.00 pm, catatan perkembangan pada Tn. T adalah sebagai berikut S: pasien mengatakan P (*Provocate*): sakit pada lukanya berkurang, Q (*Quality*): nyeri seperti tertusuk, R (*Regional*): pada kaki kiri, S (*skala*): dengan skala 3, T (*Time*): secara terus menerus. O: pasien nampak meringis, pasien nampak tidak rileks, Hasil pengukuran tanda-tanda vital TD: 80/70 mmHg, N: 86x/m, RR: 20x/m, S: 36,2°C. A: belum teratasi. P: Intervensi dipertahankan.

Pada tanggal 27 Juni 2018 pada pukul 13.00 pm, catatan perkembangan pada Tn. T adalah sebagai berikut S: pasien mengatakan P (*Provocate*): sakitnya berkurang, Q (*Quality*): nyeri seperti tertusuk, R (*Regional*): pada kaki kiri, S (*skala*): dengan skala 2, T (*Time*): secara terus menerus. O: pasien, nampak tidak rileks, hasil pengukuran tanda-tanda vital TD: 100/60 mmHg, N: 86x/m, RR: 20x/m, S: 36,5°C. Hasil analisa, A: masalah belum teratasi. P: Intervensi dipertahankan. Catatan perkembangan pada tanggal 28 Juni 2018, pada pukul 07. 30 am, S: pasien mengatakan P (*Provocate*): nyeri berkurang, Q (*Quality*): nyeri seperti tertusuk, R (*Regional*): nyeri pada kaki kiri, S (*skala*): skala nyeri 3, T (*Time*): nyeri terus menerus. O: pasien nampak meringis. A: masalah belum teratasi. P: lakukan pemberian injeksi ketorolak 30 mg/iv.

Pada tanggal 28 Juni 2018 pada pukul 13.00 pm, intervensi pada Tn. T dengan sebagai berikut S: pasien mengatakan P (*Provocate*): sakitnya berkurang, Q (*Quality*): nyeri seperti tertusuk, R (*Regional*): pada kaki kiri, S (*skala*): dengan skala 2, T (*Time*): secara terus menerus. O: pasien nampak rileks, tidak meringis, berhati-hati saat bergerak. Hasil pengukuran tanda-tanda vital TD: 80/60 mmHg, N: 88x/m, RR: 20x/m, S: 36,9°C. A: masalah belum teratasi. P: Intervensi dipertahankan.

Evaluasi keperawatan pada Diagnosa keperawatan 2 hipertermi b.d proses infeksi pada tanggal 25 Juni 2018 pada pukul 13.15 p.m pada Tn. T sebagai berikut S: pasien mengatakan tidak demam. O: tubuh teraba

hangat, suhu tubuh pasien 36,5°C. A: masalah hipertermi teratasi. P: Intervensi dihentikan.

Evaluasi keperawatan pada Diagnosa keperawatan 3 kerusakan integritas kulit b.d imunodefisiensi pada tanggal 25 Juni 2018 pada pukul 13.20 p.m, pada Tn. T yaitu S: pasien mengatakan ia merasa lebih baik setelah dilakukan perawatan luka. O: balutann luka tampak bersih, tidak merembes. A: masalah belum teratasi. A: Intervensi dipertahankan. Catatan perkembangan pasien pada tanggal 26 juni 2018, S: pasien mengatakan kakinya teras berat. O: balutan merembes, A: masalah belum teratasi, P: monitor karakteristik luka, melakukan perawatan luka, kolaborasi pemberian antibiotic.

Evaluasi keperawatan pada tanggal 26 Juni 2018 pada pukul 13.20 p.m, pada Tn. T yaitu S: pasien mengatakan kakinya masih terasa berat. O: balutan tidak merembes, A: masalah belum teratasi. P: Intervensi dipertahankan. Catatan perkembangan Tn. T pada tanggal 27 pukul 07.30, S: pasien mengatakan sudah sedikit baikan. O: balutan luka merembes. A: masalah belum teratasi. P: lakukan perawatan luka, kolaborasi pemberian antibiotic

Evaluasi keperawatan pada tanggal 27 Juni 2018 pada pukul 13.00 p.m, pada Tn. T ditemukan, data subyektif pasien mengatakan ia mulai merasa baikan pada kakinya, data objektif pasien dibantu keluarga saat *toileting*. Intervensi dipertahankan. Catatan perkembangan pasien pada tanggal 28 Juni 2018 pukul 07.30, S: pasien mengatakan ia merasa lebihh baik dari hari kemarin, O: luka tidak merembes, A: masalah belum teratasi, P: lakukan perawatan luka, kolaborasi pemberian antibiotic.

Evaluasi keperawatan pada tanggal 28 Juni 2018 pada pukul 13.00 p.m, ditemukan pasien mengatakan ia merasa lebih baik dari hari sebelumnya. Intervensi dipertahankan.

3.2 Pembahasan

Pada bagian ini membuat pembahasan mengenai adanya kesenjangan antara teori dan proses asuhan keperawatan yang telah dilakukan pada tanggal 25 juni sampai 28 juni diruangan Kelimutu RSUD Prof. W.Z. Johannes Kupang, pembahasan yang dimaksud adalah meliputi pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan.

3.2.1 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).

Menurut Smaltzer & Bare pasien dengan abses akan muncul gejala nyeri, panas, pembengkakan, kemerahan, dan hilangnya fungsi. Sedangkan pada kasus Tn. T ditemukan pasien mengatakan P (*Provocate*): nyeri pada luka di kaki, Q (*Quality*): nyeri seperti tertusuk, R (*Regional*): pada kaki kiri, S (*skala*): dengan skala 3, T (*Time*): secara terus menerus. Hasil pemeriksaan didapatkan, suhu tubuh Tn. T meningkat yaitu 38,4°C, Pada ekstremitas sinistra bawah terdapat abses dengan luka terbuka, luka berwarna merah muda, terdapat pus dan jaringan nekrotik, pus yang keluar ±4 cc dan sedikit bercampur darah, diameter luka, panjang 3 cm, lebar 1,5 cm, kedalaman 2 cm. Tingkat aktivitas 2. Kesimpulanya dalam teori dan kasus tidak sesuai karena dimana pada kasus Tn.T tidak ditemukan adanya pembengkakan karena abses tersebut sudah merusak jaringan kulit.

3.2.2 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)

Berdasarkan teori, menurut NANDA 2015 pada klien dengan abses terdapat 4 kasus yang mungkin muncul. Setelah dilakukan pengumpulan data klien Tn. T dan dilakukan analisa, penulis menemukan ada 3 diagnosa keperawatan yang muncul sesuai dengan teori.

Diagnosa keperawatan 1 Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis. Diagnosa ini muncul karena pasien mengatakan P (*Provocate*): nyeri pada luka di kaki, Q (*Quality*): nyeri seperti tertusuk, R (*Regional*): pada kaki kiri, S (*skala*): dengan skala 3, T (*Time*): secara terus menerus. Data objektif berupa pasien nampak meringis saat, pada ekstremitas sinistra bawah terdapat abses dengan luka terbuka, sakit bila dipalpsi. Dari data ini dapat ditegakkan diagnosa keperawatan nyeri akut.

Diagnosa keperawatan 2 Hipertermi berhubungan dengan proses infeksi. Diagnosa ini muncul karena pasien mengatakan badannya panas. Data objektif berupa badan terasa panas, suhu 38,4°C. Dari data ini dapat ditegakkan diagnosa keperawatan hipertermi.

Diagnosa keperawatan 3 Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan imunodefisiensi. Diagnosa ini muncul karena pada ekstremitas sinistra bawah terdapat abses dengan luka terbuka, luka berwarna merah muda, terdapat pus dan jaringan nekrotik, pus yang keluar ±2,5 cc dan sedikit bercampur darah, diameter luka, panjang 3 cm, lebar 1,5 cm, kedalaman 2 cm. Dari data ini dapat ditegakkan diagnosa keperawatan kerusakan integritas kulit b.d imunodefisiensi.

Resiko infeksi b.d tindakan invasif. Penulis tidak mengambil diagnosa ini karena masalahnya sudah aktual. Dimana abses pada kaki Tn. T sudah merusak jaringan kulit.

3.2.3 Intervensi Keperawatan

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

Rencana yang dilakukan berdasarkan NOC dan NIC 2016, yaitu: pada Diagnosa keperawatan 1 nyeri akut berhubungan dengan agen injuri biologis perencanaan yang telah direncanakan berupa monitor tanda-tanda vital pasien, lakukan pengkajian nyeri kompherensif yang meliputi lokasi, karakteristik, onset/ durasi, frekuensi, kualitas, intensitas atau beratnya nyeri dan faktor pencetus, observasi adanya petunjuk nonverbal mengenai ketidaknyamanan, ajarkan teknik nonfarmakologis (teknik napas dalam), kolaborasi pemberian analgetik. Berdasarkan perencanaan keperawatan yang telah direncanakan tidak ditemukan adanya kesenjangan antara teori dan praktek.

Diagnosa keperawatan 2 hipertermi berhubungan dengan proses infeksi, perencanaan yang telah direncanakan berupa memonitor suhu tubuh pasien, kolaborasi pemberian obat atau cairan IV (misalnya: antipiretik, agen anti bakteri, dan agen anti menggigil). Intervensi pada diagnosa ini tidak terdapat kesenjangan antara teori dan praktek.

Diagnosa keperawatan 3 kerusakan integritas kulit berhubungan dengan imunodefisiensi, perencanaannya berupa monitor karakteristik luka, termasuk drainase, warna, ukuran, dan bau. Lakukan perawatan luka. Kolaborasi pemberian antibiotic. Intervensi pada diagnosa ini tidak menunjukkan adanya kesenjangan antara teori dan praktek.

3.2.4 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).

Diagnosa keperawatan 1 nyeri b.d agen injuri biologis. Implementasi keperawatan yang dilakukan berdasarkan perencanaan yang telah ditetapkan. Tindakan keperawatan yang dilakukan pada tanggal 25-28 Juni 2018, yaitu memonitor tanda-tanda vital pasien, melakukan pengkajian nyeri kompherensif yang meliputi lokasi, karakteristik, onset/durasi, frekuensi, kualitas, intensitas atau beratnya nyeri dan faktor pencetus, mengobservasi adanya petunjuk nonverbal mengenai ketidaknyamanan. Ajarkan teknik nonfarmakologis (teknik napas dalam), berkolaborasi pemberian analgetik. Pada masalah ini tidak ada kesenjangan antara teori dan praktek. Pelaksanaan dapat berjalan sesuai rencana.

Diagnosa keperawatan 2 hipertermi b.d proses infeksi. Implementasi keperawatan yang dilakukan pada Tn. T pada diagnosa keperawatan, tindakan keperawatan yang telah dilakukan berupa memonitor suhu tubuh pasien, berkolaborasi pemberian terapi IVFD RL 500 ml dan pemberian paracetamol 500 mg. Pelaksanaan dapat berjalan sesuai rencana. Disini penulis tidak melakukan pemberian kompres hangat karena tidak tersedianya air hangat.

Diagnosa keperawatan 3 kerusakan integritas kulit b.d imunodefisiensi. Tindakan keperawatan yang dilakukan pada Tn. T pada diagnosa keperawatan berupa memonitor karakteristik luka termasuk drainase, warna, ukuran, dan bau. Melakukan perawatan luka, berkolaborasi pemberian terapi ceftriaxone 1 gr/IV/12 jam. Pelaksanaan dapat berjalan sesuai rencana. Tindakan keperawatan pada diagnosa ini tidak terdapat adanya kesenjangan antara teori dan praktek.

Ada juga tindakan tambahan pada Tn. T yaitu mengganti laken untuk meningkatkan kenyamanan pasien dan menghindari terjadinya kerusakan integritas kulit.

3.2.5 Evaluasi Keperawatan

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).

Evaluasi keperawatan dilakukan selama empat hari mulai dari tanggal 4 hari, mulai dari tanggal 25 Juni 2018 sampai 28 Juni 2018 dengan metode SOAP.

Diagnosa keperawatan 1 nyeri akut b.d agen cedera biologis. Berdasarkan teori NOC hasil evaluasi pada diagnosa nyeri yaitu: pasien mampu mengontrol nyeri, melaporkan bahwa nyeri berkurang, mampu mengenali nyeri berupa skala, intensitas, frekuensi dan tanda nyeri, menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang. Berdasarkan teori. Sedangkan pada kasus, hasil evaluasi pada Tn. T, ditandai dengan pasien mengatakan P (*Provocate*): sakitnya berkurang, Q (*Quality*): nyeri seperti tertusuk, R (*Regional*): pada kaki kiri, S (*skala*): dengan skala 2, T (*Time*): secara terus menerus. Data obyektif, pasien nampak rileks, tidak meringis. Menurut penulis tidak ada kesenjangan antara teori dan praktek.

Diagnosa keperawatan 2 hipertermi b.d proses infeksi. Berdasarkan NOC 2016 evaluasinya mencakup suhu tubuh dalam batas normal yaitu 36°C-37°C, nadi dan pernapasan dalam rentang normal, tidak ada perubahan warna kulit dan tidak ada pusing, merasa nyaman. Sedangkan pada kasus, hasil evaluasi pada Tn. T menunjukkan masalah hipertermi teratasi. Dibuktikan dengan pasien mengatakan tidak demam, akral hangat, suhu tubuh pasien 36,5°C. Sehingga intervensi dihentikan. Menurut penulis tidak ada kesenjangan antara teori dan praktek.

Diagnosa keperawatan 3 kerusakan integritas kulit. Berdasarkan teori NOC 2016 evaluasinya mencakup integritas kulit yang baik dipertahankan tidak ada luka atau lesi pada kulit. Pada kasus Tn. T ditemukan data subyektif pasien mengatakan ia merasa lebih baik setelah dilakukan perawatan luka. Dibuktikan dengan data obyektif berupa luka berwarna merah muda, terdapat pus dan jaringan nekrotik, pus yang keluar ± 2 cc dan sedikit bercampur darah, diameter luka, panjang 3 cm, lebar 1,5 cm, kedalaman 2 cm. Maka masalah belum teratasi sehingga intervensi dipertahankan. Menurut penulis tidak ada kesenjangan antara teori dan praktek.

3.3 Keterbatasan Studi Kasus

Dalam kasus ini keterbatasan studi kasus yang ditemukan adalah waktu yang diberikan hanya 4 hari.

BAB IV

KESIMPULAN DAN SARAN

4.1 Kesimpulan

Berdasarkan dari data pada Tn. T dengan Abses Pedis di di Ruang Kelimutu RSUD Prof. Dr. W.Z Johannes Kupang, dapat diambil kesimpulan sebagai berikut:

Pengkajian pada Tn. T di dapatkan data subyektif pasien mengatakan P (*Provocate*): nyeri pada luka di kaki, Q (*Quality*): nyeri seperti tertusuk, R (*Regional*): pada kaki kiri, S (*skala*): dengan skala 3, T (*Time*): secara terus menerus. Data obyektif, pasien nampak meringis. Pada ekstremitas sinistra bawah terdapat abses dengan luka terbuka, luka berwarna merah muda, terdapat pus dan jaringan nekrotik, pus yang keluar ± 4 cc dan sedikit bercampur darah, diameter luka, panjang 3 cm, lebar 1,5 cm, kedalaman 2 cm. TTV: tekanan darah 80/60 mmHg, 38,4°C, pernapasan 22x/m, nadi 85x/menit.

Diagnosa keperawatan yang muncul nyeri akut b.d agen cedera biologis, hipertermi b.d proses infeksi, kerusakan integritas kulit b.d imunodefisiensi.

Intervensi nyeri akut: monitor tanda-tanda vital, lakukan pengkajian nyeri kompherensif, observasi adanya petunjuk nonverbal mengenai ketidaknyamanan, ajarkan teknik nonfarmakologis, kolaborasi pemberian analgetik. Implementasi: memonitor tanda-tanda vital pasien, melakukan pengkajian nyeri kompherensif, mengobservasi adanya petunjuk nonverbal mengenai ketidaknyamanan, mengajarkan teknik nonfarmakologis (teknik napas dalam), kolaborasi pemberian ketorolak 30 mg/iv/8 jam.

Evaluasi: pasien mengatakan P (*Provocate*): sakitnya berkurang, Q (*Quality*): nyeri seperti tertusuk, R (*Regional*): pada kaki kiri, S (*skala*): dengan skala 2, T (*Time*): secara terus menerus. Data obyektif, pasien nampak rileks, tidak meringis. Masalah belum teratasi. Intervensi dipertahankan.

Intervensi hipertermi: monitor suhu tubuh pasien dan kolaborasi pemberian obat atau cairan IV. Implementasi: memonitor suhu tubuh pasien dan berkolaborasi pemberian IVFD RL 500 ml. Evaluasi: pasien mengatakan tidak demam, suhu tubuh pasien 36,5°C. Masalah teratasi intervensi dihentikan.

Intervensi kerusakan integritas kulit: monitor karakteristik luka, lakukan perawatan luka, kolaborasi pemberian antibiotic. Implementasi memonitor karakteristik luka, melakukan perawatan luka, berkolaborasi pemberian ceftriaxone 1 gr/iv/12 jam. Evaluasi: luka berwarna merah muda, terdapat pus dan jaringan nekrotik, pus yang keluar ±2 cc dan sedikit bercampur darah, diameter luka, panjang 3 cm, lebar 1,5 cm, kedalaman 2 cm. Masalah belum teratasi. Intervensi dipertahankan.

4.2 Saran

Setelah melakukan asuhan keperawatan Tn. T dengan Abses Pedis di Ruang Kelimutu Rumah Sakit Umum Prof. Dr. W.Z Johannes Kupang ada beberapa saran yang dapat penulis sampaikan, yaitu:

1. Institusi pendidikan Poltekkes Kemenkes Kupang

Institusi pendidikan sebagai penyelenggara pendidikan, hendaknya menambah literatur tentang Abses seperti buku Patologi Umum dan Sistemik, yang ada di perpustakaan, dengan literatur yang masih tergolong terbitan baru, sehingga peserta didik tidak kesulitan saat mencari literatur.

2. Institusi Rumah Sakit Umum Prof. Dr.W.Z Johannes Kupang

Diharapkan dapat mempertahankan serta meningkatkan pelayanan perawatan luka.

3. Mahasiswa Praktikan

Mempertahankan kerja sama yang baik antara perawat dan mahasiswa praktikan, agar dapat segera diketahui kebutuhan pasien baik kebutuhan fisik dan maupun kebutuhan psikis.

DAFTAR PUSTAKA

- Adila, R., *et al.* 2013. Uji Antimikroba *Curcuma* spp. Terhadap Pertumbuhan *Candida albicans*, *Staphylococcus aureus* dan *Escherichia coli*. *Jurnal Biologi Universitas Andalas (J. Bio. UA.)*. Vol : 3 No :1
- Doenges, Marilyn E.dkk.2010.*Rencana Asuhan Keperawatan & Pedoman Untuk Perencanaan dan Pendokumentasian Perawatan Pasien*. Edisi III.Alih Bahasa: I Made Kriasa.EGC.Jakarta
- Guyton. 2012. *Fisiologi Manusia Dan Mekanisme Penyakit*. Edisi Revisi. Jakarta: Buku Kedokteran.
- Vaska & Taira. 2009. <https://en.m.wikipedia.org>. Diakses pada tanggal 25 Juni 2018
- Keliat, dkk. 2016. *NANDA International Inc. Diagnosis Keperawatan: Definisi & Klasifikasi 2015-2016*. Edisi 10. Jakarta: EGC
- Lewis SM. 2001. Miscellaneous tests. In: Lewis SM, Bain BJ, Bates I (Eds.), *Dacie and lewis practical haematology*. 9th ed. London: Harcourt Publisher Limited.
- Mansjoer, Arif dkk. 2005. *Kapita Selekta Kedokteran Edisi ketiga Jilid 1 Cetakan keenam*. Jakarta: Media Aesculapius Fakultas Kedokteran UI Marison, Moya. J.2004. *Manajemen Luka*. Jakarta: EGC
- Morison, M. J. 2004. *Manajemen Luka*. Jakarta: EGC
- Oswari. 2005. *Bedah dan Perawatannya*. Jakarta: FKUI
- Prince & Wilson. 2005. *Patofisiologi: Konsep Klinis Proses-proses Penyakit*. Edisi: 6. Jakarta: EGC
- Siregar,C.J.P. 2004. *Farmasi Rumah Sakit*, Penerbit Buku Kedokteran. ECG: Jakart.
- Suzanne, C, Smeltzer, Brenda G Bare. 2001. *Buku Ajar Keperawatan Medikal-Bedah*. Edisi 8. Jakarta: EGC
- Underwood. 2000. *Patologi Umum dan Sistemik*. Jakarta: EG

[www. Scribd.com/doc/124920728/Laporan-Pendahuluan-Askep-Abses](http://www.Scribd.com/doc/124920728/Laporan-Pendahuluan-Askep-Abses). Diakses pada tanggal 1 Juli 2018

Nursing Outcomes Classification. 2016

Nursing Intervention Classification. 2016



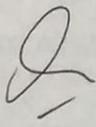
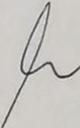
KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
Direktorat: Jln. Piet A. Tallo Liliba - Kupang, Telp.: (0380) 8800256;
Fax (0380) 8800256; Email: poltekkeskupang@yahoo.com



LEMBAR KONSULTASI
BIMBINGAN STUDI KASUS

NAMA MAHASISWA : Sumiati Longso
NIM : Po. 530320115097
NAMA PEMBIMBING :Ns. KoriLimbongS.Kep., M.Kep

NO	TANGGAL	REKOMENDASI PEMBIMBING	PARAF PEMBIMBING
1.	29 Juni 2018	<ol style="list-style-type: none">1. Menambah reverensi pada pendahuluan2. Menambah masalah keperawatan pada patofisiologi	
2.	30 Juni 2018	<ol style="list-style-type: none">1. Menambah reverensi pada pendahuluan2. Istilah asing huruf miring3. Menambah tujuan4. Revisi pembahasan	
3.	02 Juli 2018	<ol style="list-style-type: none">1. Perhatikan sistematika penulisan2. Tambah cover depan, abstrak, sesuaikan dengan buku panduan3. Pada pemeriksaan penunjang Kata leb tidak boleh disingkat4. Pada diagnosa keperawatan, untuk diagnosa hipertermi perbaiki5. Perbaiki terapi cefriaxone pada implementasi keperawatan6. Konsep Intervensi dinarasikan	
4.	3 Juli 2018	<ol style="list-style-type: none">1. Revisi pembahasan mulai dari pengkajian secara teori, pengkajian pada kasus nyata, bandingkan teori dan praktik	

		<ol style="list-style-type: none"> 2. Kata Quality dimiringkan 3. Revisi kesimpulan dan saran: menambah pengkajian, identitas, data sesuai masalah, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan. 	
5.	5 Juli 2018	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menambah kata ibu pada kata pengantar 2. Perbaiki tujuan: tambah kata ruang kelimutu Prof. Dr. W.Z Johannes Kupang 3. Revisi absrak: tambah tanda dan gejala, intervensi, implementasi, tambah data sesuai masalah keperawatan yang diambil, dan hasil evaluasi masalah keperawatan 4. Menambah Tn.T dan kata diruang kelimutu Prof. Dr.W.Z Johannes Kupang pada tujuan umum dan tujuan khusus 5. Perbaiki kolaborasi pemberian terapi ceftriaxone pada implementasi keperawatan 	
6.	06 Juli 2018	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pada abstrak lengkapi data sesuai masalah 2. Perbaiki pembahasan sesuaikan teori dan praktik 3. Perbaiki penulisan rata kiri kanan pada konsep intervensi 	
7.	7 Juli 2018	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tambahkan kata diagnosa keperawatan pada setiap intervensi, implementasi, evaluasi 2. Perbaiki daftar pustaka 3. Perbaiki halaman 4. Tambah catatan perkembangan pada evaluasi 	
8.	09 Juli 2018	<ol style="list-style-type: none"> 1. Singkatan Dx diganti diagnosa keperawatan 2. Perbaiki nomor halaman 	



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
Direktorat: Jln. Piet A. Tallo Liliba - Kupang, Telp.: (0380) 8800256;
Fax (0380) 8800256; Email: poltekkeskupang@yahoo.com



Nama Mahasiswa : SUMIATI LONGSO

NIM : PO.530320115097

Format Pengkajian Dewasa

Nama Pasien : Tn. T

Ruang/Kamar : Kelimutu

Diagnosa Medis : Abses Pedis

No. Medical Record : 493496

Tanggal Pengkajian : 24 Juni 2018 Jam :15.00

Masuk Rumah Sakit : 23 Juni 2018 Jam :11.30

Identitas Pasien

Nama Pasien : Tn. T Jenis Kelamin : L

Umur/Tanggal Lahir : 45 tahun/22 Juni 1973 Status : Sah

Perkawinan

Agama : Kristen Protestan Suku Bangsa : Sabu

Pendidikan Terakhir : SMA Pekerjaan : Wiraswasta

Alamat : NBS

Identitas Penanggung

Nama : Ny.I Pekerjaan : Belum
Jenis Kelamin : P Hub. dengan klien : Ibu Kandung
Alamat : Nunbaun Sabu

Riwayat Kesehatan

1. Keluhan Utama : Nyeri pada luka di kaki kiri
 - Kapan : Terus menerus
 - Lokasi : Ekstremitas bawah bagian kiri
2. Riwayat Keluhan Utama
 - Mulai timbulnya keluhan : Pasien mengatakan pada bulan Maret 2018, di awalnya timbul seperti bisul di pergelangan kaki. Pasien sudah berobat ke Puskesmas Sabu selama 3 bulan, tetapi tidak ada perubahan. Pasien kemudian dirujuk ke RSUD Prof.Dr.W.Z. Johannes Kupang dengan alasan kurangnya peralatan di PKM Sabu Sifat keluhan.
 - Lokasi : Ekstremitas bawah bagian kiri
 - Keluhan lain yang menyertai : tidak ada
 - Faktor pencetus yang menimbulkan serangan : tidak ada
 - Apakah keluhan bertambah/berkurang pada saat-saat tertentu (saat-saat mana)

Nyeri berkurang saat selesai perawatan luka

- Upaya yang dilakukan untuk mengatasi masalah kesehatan tidak ada

3. Riwayat Penyakit Sebelumnya

- Riwayat penyakit yang pernah diderita
 - ✓ Ya , Sebutkan Malaria, batuk, pilek dan demam
- Cara Mengatasi : ke Puskesmas terdekat

○ Tidak

- Riwayat Alergi

○ Ya Jenis, Waktu

Cara Mengatasi :

✓ Tidak

- Riwayat Operasi

○ Ya Jenis....., Waktu

✓ Tidak

4. Kebiasaan

- Merokok

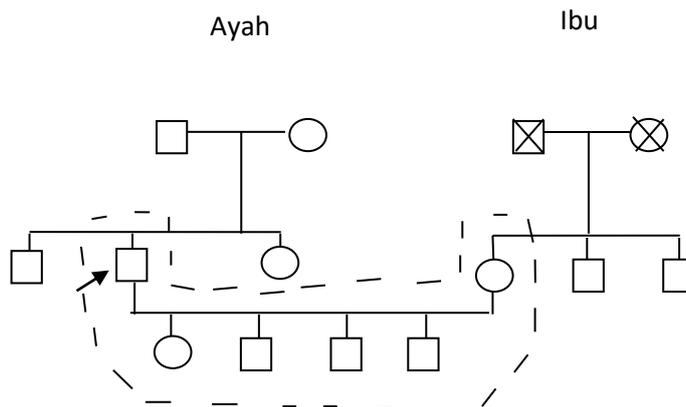
○ Ya ,Jumlah:.....,Waktu

✓ Tidak

- Minum alkohol
 - Ya Jumlah:.....,Waktu.....
 - ✓ Tidak
- Minum kopi :
 - ✓ Ya , Jumlah: 2x sehari, Waktu setiap pagi dan sore
 - Tidak
- Minum obat-obatan
 - Ya ,Jenis.....
Jumlah:Waktu
 - ✓ Tidak

Riwayat Keluarga/ Genogram (diagram tiga generasi) :

Analisa keadaan kesehatan keluarga dan faktor resiko.



Keterangan:

□ : laki-laki

⊠ : laki-laki meninggal

○ : Perempuan

⊗ : perempuan meninggal

➤ : pasien

- - - : tinggal serumah

Pemeriksaan Fisik

1. Tanda – Tanda Vital

- Tekanan darah: 80/60 mmHg
- Nadi : 86 x/m
- Pernapasan : 22x/m
- Suhu badan : 38,4°C

2. Kepala dan leher

- Kepala :
- Sakit kepala : tidak
 ya Pusing : tidak
 ya tidak
- Bentuk , ukuran dan posisi:
 normal abnormal, jelaskan :
- Lesi : ada, jelaskan : tidak ada
- Masa : ada, jelaskan : tidak ada
- Observasi Wajah : simetris asimetri, jelaskan
- Penglihatan : Baik
- Konjungtiva: Baik
- Sklera: Putih
- Pakai kaca mata : Ya, jelaskan : tidak
- Penglihatan kabur : Ya, jelaskan : tidak
- Nyeri : tidak
- Peradangan : tidak
- Operasi : tidak
 - Jenis : -
 - Waktu : -
 - Tempat : -
- Pendengaran
 - Gangguan pendengaran : Ya, jelaskan : tidak
 - Nyeri : Ya, jelaskan : tidak
 - Peradangan : Ya, jelaskan : tidak
- Hidung
 - Alergi Rhinitis : Ya, jelaskan : tidak
 - Riwayat Polip : Ya, jelaskan : tidak
 - Sinusitis : Ya, jelaskan : tidak
 - Epistaksis : Ya, jelaskan : tidak
- Tenggorokan dan mulut
 - Keadaan gigi : tidak
 - Caries : Ya, jelaskan : tidak
 - Memakai gigi palsu : Ya, jelaskan : tidak
 - Gangguan bicara : Ya, jelaskan : tidak
 - Gangguan menelan : Ya, jelaskan : tidak
 - Pembesaran kelenjar leher : Ya, jelaskan : tidak

3. Sistem Kardiovaskuler

- Nyeri Dada : Ya, Jelaskan : √ tidak
 - Inspeksi :
 - Kesadaran/ GCS : Composmentis/ E4 V5 M6
 - Bentuk dada : abnormal, Jelaskan : √ normal
 - Bibir : sianosis √ normal
 - Kuku : sianosis √ normal
 - Capillary Refill : Abnormal √ normal
 - Tangan : Edema √ normal
 - Kaki : Edema √ normal
 - Sendi : Edema √ normal
 - Ictus cordis/Apical Pulse: √ Teraba tidak teraba
 - Vena jugularis : √ Teraba tidak teraba
 - Perkusi : pembesaran jantung : tidak
 - Auskultasi : BJ I : Abnormal √ normal
BJ II : Abnormal √ normal
- Murmur : -

4. Sistem Respirasi

- Keluhan : tidak ada
 - Inspeksi : -
 - Jejas : Ya, Jelaskan : √ tidak
 - Bentuk Dada : Abnormal, Jelaskan : √ Normal
 - Jenis Pernapasan : Abnormal, (Dispnea, Kussmaul,) √ tidak
 - Irama Napas : √ teratur tidak teratur
 - Retraksi otot pernapasan : Ya √ tidak
 - Penggunaan alat bantu pernapasan : Ya, Jelaskan √ tidak
 - Perkusi : Cairan : Ya √ tidak
 - Udara : Ya √ tidak
 - Massa : Ya √ tidak
 - Auskultasi :
 - Inspirasi : √ Normal Abnormal
 - Ekspirasi : √ Normal Abnormal
 - Ronchi : Ya √ tidak
 - Wheezing : Ya √ tidak
 - Krepitasi : Ya √ tidak
 - Rales : Ya √ tidak
- Clubbing Finger : √ Normal Abnormal

5. Sistem Pencernaan

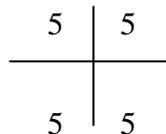
- a. Keluhan : Tidak ada
- b. Inspeksi :-
- Turgor kulit : Abnormal, Jelaskan : √ Normal
 - Keadaan bibir : √ lembab kering
 - Keadaan rongga mulut
Warna Mukosa : merah muda
Luka/ perdarahan : Ya, Jelaskan √ tidak
Tanda-tanda radang : Ya, Jelaskan √ tidak
Keadaan gusi : Abnormal, Jelaskan √ normal
 - Keadaan abdomen
Warna kulit : sawo matang
Luka : Ya, Jelaskan √ tidak
Pembesaran : Abnormal, Jelaskan √ normal
 - Keadaan rektal
Luka : Ya, Jelaskan √ tidak
Perdarahan : Ya, Jelaskan √ tidak
Hemmoroid : Ya, Jelaskan √ tidak
Lecet/ tumor/ bengkak : Ya, Jelaskan..... √ tidak
- c. Auskultasi :
Bising usus/Peristaltik : 14x/menit
- d. Perkusi : Cairan : Abnormal, Jelaskan √ normal
Udara : Abnormal, Jelaskan √ normal
Massa : Abnormal, Jelaskan √ normal
- e. Palpasi:
Tonus otot: Abnormal, Jelaskan √ normal
Nyeri : Abnormal, Jelaskan √ normal
Massa : Abnormal, Jelaskan √ normal

6. Sistem Persyarafan

- a. Keluhan : tidak ada
- b. Tingkat kesadaran: Composmentis GCS (E/M/V): E4 V5 M6
- c. Pupil : √ Isokor anisokor
- d. Kejang : Abnormal, Jelaskan √ normal
- e. Jenis kelumpuhan : Ya, Jelaskan √ tidak
- f. Parasthesia : Ya, Jelaskan √ tidak
- g. Koordinasi gerak : Abnormal, Jelaskan √ normal
- h. Cranial Nerves : Abnormal, Jelaskan √ normal
- i. Reflexes : Abnormal, Jelaskan √ normal

7. Sistem Musculoskeletal

- a. Keluhan : tidak ada
- b. Kelainan Ekstremitas : ada, Jelaskan..... tidak ada
- c. Nyeri otot : ada tidak ada
- d. Nyeri Sendi : ada tidak ada
- e. Refleksi sendi : abnormal, Jelaskan normal
- f. kekuatan otot :
- g. Atropi hipertropi normal



8. Sistem Integumen

- a. Rash : ada, Jelaskan..... tidak ada
- b. Lesi : ada, Jelaskan terdapat luka abses pada ekstremitas kiri bawah pasien tidak ada
- c. Turgor : baik Warna : pada area luka kulit tampak berwarna hitam
- d. Kelembapan : Abnormal, Jelaskan normal
- e. Petechie : ada, Jelaskan..... Tidak ada
- f. Lain lain: tidak ada

9. Sistem Perkemihan

- a. Gangguan : kencing menetes inkontinensia retensi
 gross hematuri disuria poliuri
 oliguri anuri
- b. Alat bantu (kateter, dll) ya tidak
- c. Kandung kencing : membesar ya tidak
nyeri tekan ya tidak
- d. Produksi urine :
- e. Intake cairan : oral : 600cc/hr parenteral :
- f. Bentuk alat kelamin : Normal Tidak normal,
sebutkan.....
- g. Uretra : Normal Hipospadia/Epispadia
Lain-lain : tidak ada

10. Sistem Endokrin

- a. Keluhan : tidak ada
- b. Pembesaran Kelenjar : ada, Jelaskan..... tidak ada
- c. Lain – lain : tidak ada

11. Sistem Reproduksi

- a. Keluhan : tidak ada
- b. Wanita : Siklus menstruasi : tidak terkaji
 - Keadaan payudara : Abnormal, Jelaskan tidak terkaji normal
 - Riwayat Persalinan: tidak terkaji
 - Abortus:.....
 - Pengeluaran pervagina: Abnormal, Jelaskan tidak terkaji normal
 - Lain-lain:.....
- c. Pria : Pembesaran prostat : ada tidak ada
- d. Lain-lain: tidak ada

12. Pola Kegiatan Sehari-hari (ADL)

A. Nutrisi

1. Kebiasaan :

- Pola makan : baik
- Frekuensi makan : 2X sehari
- Nafsu makan : baik
- Makanan pantangan : tidak ada
- Makanan yang disukai : pasien mengatakan umbi umbian
- Banyaknya minuman dalam sehari : 800 cc/hari
- Jenis minuman dan makanan yang tidak disukai : tidak ada
- BB : 51 kg TB : 180 cm
- ~~Kenaikan~~Penurunan BB: 49kg, dalam waktu: 3 bulan

2. Perubahan selama sakit : tidak ada

B. Eliminasi

1. Buang air kecil (BAK)

a. Kebiasaan

Frekuensi dalam sehari : 4-5x /hari Warna : kuning jernih
 Bau : khas urin Jumlah/ hari : tidak terkaji

b. Perubahan selama sakit : tidak ada

2. Buang air besar (BAB)

a. Kebiasaan : 2x/hari Frekuensi dalam sehari :
 Warna : khas faces Bau : khas faces
 Konsistensi : lunak

b. Perubahan selama sakit : belum BAB selama 7 hari

C. Olah raga dan Aktivitas

- Kegiatan olah raga yang disukai : bola voly
- Apakah olah raga dilaksanakan secara teratur : tidak

D. Istirahat dan tidur

- Tidur malam jam : 21.00 pm
Bangun jam : 05.00 am
- Tidur siang jam : 14.00 pm
Bangun jam : 15.00 pm
- Apakah mudah terbangun : ya
- Apa yang dapat menolong untuk tidur nyaman : tidak ada

Pola Interaksi Sosial

1. Siapa orang yang penting/ terdekat : istri
2. Organisasi sosial yang diikuti : tidak ada
3. Keadaan rumah dan lingkungan : tidak terkaji
Status rumah : milik sendiri
Cukup / tidak : cukup
Bising / tidak: tidak terkaji
Banjir / tidak : tidak terkaji
4. Jika mempunyai masalah apakah dibicarakan dengan orang lain yang dipercayai/ terdekat : istri
5. Bagaimana anda mengatasi suatu masalah dalam keluarga : berbicara dengan istri mencari jalan keluar
6. Bagaimana interaksi dalam keluarga : baik

Kegiatan Keagamaan/ Spiritual

1. Ketaatan menjalankan ibadah : pasien mengatakan jarang pergi ke gereja
2. Keterlibatan dalam organisasi keagamaan : tidak ada

Keadaan Psikologis Selama Sakit

1. Persepsi klien terhadap penyakit yang diderita : pasien mengatakan sakit yang diderita bukan karena dibuat orang
2. Persepsi klien terhadap keadaan kesehatannya : pasien mengatakan sedikit cemas selama sakit
3. Pola interaksi dengan tenaga kesehatan dan lingkungannya : baik

Data Laboratorium & Diagnostik

a. Pemeriksaan Darah

No	Jenis Pemeriksaan	Nilai Normal	Hasil Pemeriksaan		
			Tanggal		
1.	Hb	13,0 – 18,0 g/dL			8,6 g/dL
2.	Ht	40,0 – 54,0 %			26,1 %
3.	Jumlah Eritrosit	4,50 – 6,20 10 ⁶ /uL			3,63 10 ⁶ /uL
4	Leukosit	4,0 – 10,0 10 ³ /uL			16,16 10 ³ /uL
5	Gula Darah Puasa	74 – 109 mg/dL			125 mg/dL
6	Kreatinin Darah	0,7 – 1,3 mg/dL			1,34 mg/dL

b. Pemeriksaan faeces:

No	Jenis Pemeriksaan	Nilai Normal	Hasil Pemeriksaan		
			Tanggal		

c. Pemeriksaan urine:

No	Jenis Pemeriksaan	Nilai Normal	Hasil Pemeriksaan		
			Tanggal		

Diagnostik Test

1. Foto Rontgen

a. Foto gigi dan mulut : tidak ada

.....
.....
.....
.....

b. Foto oesophagus, lambung, dan usus halus : tidak ada

.....
.....
.....
.....

c. Cholescystogram : tidak ada

.....
.....
.....
.....

d. Foto colon : tidak ada

.....
.....
.....
.....

2. Pemeriksaan-pemeriksaan khusus

Ultrasonographi : tidak ada

.....
.....
.....
.....

Biopsy : tidak ada

.....
.....
.....
.....

Colonoscopy : tidak ada

.....
.....
.....

DII :
.....
.....
.....
.....
.....

Penatalaksanaan/pengobatan
(pembedahan, obat-obatan, dan lain-lain)

- Pembedahan
tidak ada
- Obat
Metronidazole 3x500 mg, ceftrimoxazole 2x1 tablet, paracetamol 3x500 mg, ketorolak 1 amp, ceftriaxone 1 gr/12 jam, ranitidine 1 amp/ 12 jam
- Lain-lain
Rawat Luka