

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn. S DENGAN PENYAKIT
ABSES PERIANAL DI RUANG KH. ABDURRAHMAN WAHID
RUMAH SAKIT ISLAM NU DEMAK**

Karya Tulis Ilmiah

Diajukan sebagai salah satu persyaratan untuk
memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan



Disusun Oleh :

Nurul Ikhromah

NIM. 40902000072

PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN

FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG

SEMARANG

2023

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn. S DENGAN PENYAKIT
ABSES PERIANAL DI RUANG KH. ABDURRAHMAN WAHID
RUMAH SAKIT ISLAM NU DEMAK**

Karya Tulis Ilmiah



Disusun Oleh :

Nurul Ikhromah

NIM. 40902000072

PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN

FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG

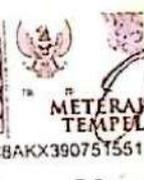
SEMARANG

2023

SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

Saya yang bertanda tangan di bawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa skripsi ini saya susun tanpa tindakan plagiarisme sesuai dengan ketentuan yang berlaku di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang. Jika kemudian hari ternyata saya melakukan tindakan plagiarisme, saya bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Universitas Islam Sultan Agung Semarang.

Semarang, 10 April 2023



(Nurul Ikhromah)



HALAMAN PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah berjudul :

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn. S DENGAN PENYAKIT ABSES
PERIANAL DI RUANG KH. ABDURRAHMAN WAHID RUMAH SAKIT
ISLAM NU DEMAK**

Dipersiapkan dan disusun oleh :

Nama : Nurul Ikhromah

NIM : 40902000072

Telah disetujui untuk dipertahankan dihadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah
Prodi DIII Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Unissula Semarang pada :

Hari : **Senin**

Tanggal : **10 April 2023**



Pembimbing

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Suyanto', is written over the printed name below.

Ns. Suyanto, M.Kep, Sp.Kep.MB

NIDN : 06-2006-8504

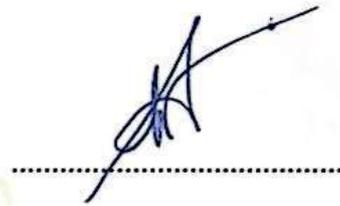
HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah ini telah dipertahankan dihadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Prodi DIII Keperawatan FIK Unissula Semarang pada hari Selasa tanggal 23 dan telah diperbaiki sesuai dengan masukan Tim Penguji.

Semarang, 23 Mei 2023

Penguji I

Ns. Ahmad Ikhlasul A., MAN
NIDN. 06-0510-8901



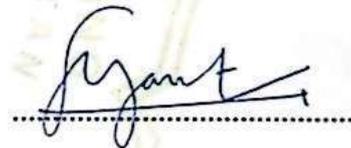
Penguji II

Ns. M. Arifin Noor, M.Kep. Sp.Kep.MB
NIDN. 06-2708-8403



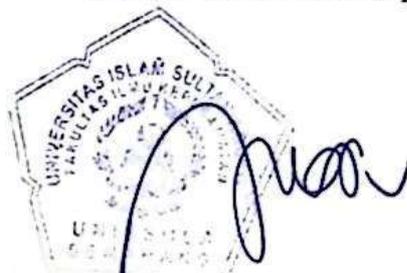
Penguji III

Ns. Suyanto, M.Kep. Sp.Kep.MB
NIDN. 06-2006-8504



Mengetahui,

Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan



Iwan Ardian, SKM., M.Kep.

NIDN. 0622087403

MOTTO

Sesungguhnya bersama kesulitan ada kemudahan. Maka apabila engkau telah selesai (dari suatu urusan), tetaplah bekerja keras (untuk urusan yang lain). Dan hanya kepada Tuhanmulah engkau berharap (QS. Al-Insyirah, 6-8).



KATA PENGANTAR

Assalamu'alaikum Wr.Wb

Puji dan syukur kehadirat Allah SWT atas berkat dan Rahmat-Nya sehingga dapat terselesaikannya Karya Tulis Ilmiah yang berjudul "ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn. S DENGAN PENYAKIT ABSES PERIANAL DI RUANG KH. ABDURRAHMAN WAHID RUMAH SAKIT ISLAM NU DEMAK". Pada kesempatan kali ini penulis mengucapkan banyak terimakasih kepada:

1. Prof.Dr.H.Gunarto,SH.,M.Hum. Selaku Rektor Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
2. Iwan Ardian, SKM., M.Kep. Selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
3. Ns.Muh.Abdurrouf,M.Kep. Selaku Kaprodi D-III Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
4. Ns.Suyanto, M.Kep, Sp.Kep.MB. Selaku Pembimbing Karya Tulis Ilmiah
5. Segenap Dosen Pengajar dan Staf Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang yang telah memberikan ilmu pengetahuan dengan sabar dan tulus selama proses studi.
6. Kepada Lahan Praktik Rumah Sakit Islam NU Demak yang telah memberikan studi kasus untuk menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
7. Orang Tua dan keluarga yang telah mensupport serta selalu mendoakan.
8. Untuk orang-orang terdekat yang selalu memberikan semangat, dukungan serta bantuannya dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini

DAFTAR ISI

SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME.....	iii
HALAMAN PERSETUJUAN.....	iv
HALAMAN PENGESAHAN.....	v
MOTTO	vi
KATA PENGANTAR	vii
DAFTAR ISI.....	viii
BAB I <u>P</u> ENDAHULUAN.....	1
A. Latar belakang.....	1
B. Tujuan Penelitian	3
C. Manfaat Penelitian	3
BAB II <u>K</u> ONSEP DASAR.....	4
A. Konsep Dasar Abses Perianal	4
B. Konsep Dasar Keperawatan	7
C. Pathways	15
BAB III <u>L</u> APORAN ASUHAN KEPERAWATAN.....	16
A. Hasil Studi Kasus	16
B. Analisis Data	22
C. Diagnosa keperawatan	22
D. Intervensi Keperawatan.....	23
E. Implementasi	24
F. Evaluasi	28
BAB IV <u>P</u> EMBAHASAN.....	31
BAB V <u>P</u> ENUTUP.....	39
A. Kesimpulan	39
B. Saran.....	40
DAFTAR PUSTAKA	41

BAB 1

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Abses adalah salah satu masalah kesehatan yang dapat terjadi pada tubuh dan abses perianal merupakan jenis abses yang paling umum terjadi, Abses perianal paling banyak terjadi pada jaringan kelenjar anus akibat sekret yang banyak menutupi line dentata maupun akibat infeksi bakteri intestinal (Hassan Elhassan et al., 2017). Infeksi pada kelenjar anus menyebar ke bawah ke kulit perianal membentuk abses perianal, abses dapat terjadi diberbagai ruang di dalam dan sekitarnya, abses perianal biasanya menyebabkan bengkak, kemerahan, nyeri tekan, perdarahan serta demam (Smith et al., 2016). Komplikasi dari abses perianal adalah fistula perianal, selain itu saat terjadi kegagalan untuk mengidentifikasi dan mengobati internal pembukaan pada saat operasi, dapat mengakibatkan fistula kronis dan abses berulang, abses berulang berpotensi meningkatkan risiko inkontinensia anus (Hassan Elhassan et al., 2017), tatalaksanaan standar untuk mengatasi abses perianal adalah insisi dan drainase (irisasi dan pengaliran nanah) (Hidayati, 2019).

Prevalensi penyakit abses perianal adalah sekitar 8,6% per 100.000 populasi, pada pria 12,3% per 100.000 populasi, sedangkan pada Wanita sekitar 5,6 % per 100.000 populasi. Rasio prevalensi pada pria dan wanita 8,1%, yang menunjukkan bahwa abses perianal lebih sering terjadi pada pria. Usia rata-rata saat abses perianal terjadi adalah 40 tahun dengan rentang usia antara 20 sampai 60 tahun (Kastiaji & Hayati, 2023).

Masalah keperawatan pada TN. S dengan Abses Perianal yang akan timbul salah satunya yaitu nyeri, nyeri merupakan perasaan tidak menyenangkan di area tubuh tertentu, baik tergantung atau tidak tergantung pada kerusakan jaringan (Fajri et al., 2022). Ketika seorang klien mengeluhkan nyeri, keinginan mereka adalah untuk mengurangi rasa sakit tersebut, hal

ini dapat dimengerti karena pengalaman nyeri bisa menjadi sangat tidak menyenangkan bagi seseorang jika penanganan nyeri tidak tepat, penatalaksanaan nyeri terdiri dari dua jenis yaitu terapi farmakologis dan non-farmakologis, terapi farmakologis merupakan cara yang paling efektif untuk menghilangkan rasa nyeri, terutama untuk kasus nyeri hebat yang berlangsung selama berjam-jam atau bahkan berhari-hari, pemberian analgesik merupakan salah satu metode terapi farmakologis yang dapat digunakan untuk mengurangi rasa nyeri, namun pada pemakaian yang berlebihan membawa efek samping, sedangkan pengobatan non-farmakologi adalah pengobatan untuk mengatasi nyeri tanpa obat, terapi non-farmakologis yang dapat diterapkan untuk mengatasi rasa nyeri, salah satunya adalah dengan menggunakan teknik relaksasi. Teknik relaksasi bertujuan untuk mencapai keadaan mental dan fisik yang bebas dari ketegangan dan stress, teknik ini berguna dalam mengubah persepsi kognitif dan membantu pasien untuk mengontrol diri ketika terjadi rasa tidak nyaman atau nyeri (Sulung & Rani, 2017).

Disini peran perawat yang saya lakukan dalam memberikan asuhan keperawatan kepada Tn. S untuk mengatasi nyeri yaitu melakukan observasi keluhan nyeri, ekspresi wajah, menilai skala nyeri, dan TTV bertujuan untuk menilai keberhasilan tindakan keperawatan yang sudah dilakukan sehingga dapat menentukan tindakan selanjutnya serta mencegah terjadinya komplikasi, memberi penjelasan dan mengajarkan klien tindakan pereda nyeri non-farmakologis seperti tarik nafas dalam tindakan ini sangat efektif dalam menurunkan nyeri. Perawat juga selalu memberikan dukungan supaya klien merasa nyaman dan semangat dalam proses pemulihan. Dalam praktik klinis, peneliti memberikan layanan keperawatan kepada klien untuk melakukan peran perawat sebagai care giver, peneliti dan pembaharu. Dari penjelasan dan kejadian di atas, saya merasa tertarik untuk membuat sebuah karya tulis ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Tn. S Dengan Penyakit Abses Perianal Di Ruang KH. Abdurrahman Wahid Rumah Sakit Islam Nu Demak tahun 2023”.

B. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Menganalisis asuhan keperawatan pada Tn. S dengan penyakit Abses Perianal.

2. Tujuan Khusus

- a. Menjelaskan konsep medis penyakit Abses Perianal.
- b. Menjelaskan konsep asuhan keperawatan meliputi pengkajian, diagnosis, intervensi, implementasi sampai evaluasi keperawatan pada pasien dengan penyakit Abses Perianal.
- c. Menganalisis kasus dengan penyakit Abses Perianal pada Tn. S mulai dari tahap pengkajian, diagnosis, intervensi, implementasi sampai hasil evaluasi keperawatan.

C. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Teoritis

- a. Temuan studi ilmiah ini dapat digunakan untuk penelitian keperawatan lebih lanjut, terutama asuhan keperawatan untuk pasien dengan penyakit Abses Perianal di RSI NU DEMAK
- b. Karya tulis ilmiah ini diharapkan dapat berfungsi sebagai sumber informasi untuk penelitian selanjutnya, terutama tentang asuhan keperawatan pada pasien yang menderita penyakit Abses Perianal di RSI NU DEMAK

2. Manfaat Praktis

- a. Bagi perawat, diharapkan karya tulis ilmiah ini bisa menjadi referensi bagi perawat dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien yang mengalami penyakit Abses Perianal di RSI NU DEMAK
- b. Bagi manajemen, kepala ruangan dapat memanfaatkan temuan penelitian ini sebagai data penelitian untuk meningkatkan asuhan keperawatan bagi pasien dengan penyakit Abses Perianal di RSI NU DEMAK

BAB II

KONSEP DASAR

A. Konsep Dasar Abses Perianal

1. Pengertian

Abses merupakan suatu kondisi di mana terbentuk kumpulan nanah dalam rongga tubuh setelah terinfeksi oleh bakteri. Nanah sendiri adalah cairan yang mengandung banyak protein dan sel darah putih mati. Biasanya berwarna putih kekuningan (Hidayati, 2019).

Abses perianal adalah sebuah benjolan mirip bisul yang berisi nanah terletak di dekat anus, rektum, atau area perineum. Itu terjadi Ketika kelenjar anal (infeksi cryptoglandular) tersumbat dan terinfeksi. Nanah dan cairan terkumpul di kelenjar anus, dan hasilnya adalah abses yang sangat menyakitkan di sekitar anus (lubang di bokong) (Sepa et al., 2021).

Abses perianal adalah jenis abses anorektal yang paling umum terjadi. Kondisi ini terjadi ketika di sekitar anus terisi nanah, yang kemudian dapat memunculkan benjolan yang berisi nanah di sekitar area anus. Penyebaran infeksi yang paling umum adalah ekstensi ke bawah ke kulit perianal, membentuk perianal abses (Hassan Elhassan et al., 2017).

2. Etiologi

Sembilan puluh persen abses anorectal terjadi akibat obstruksi nonspesifik dan infeksi lanjutan dari kriptus kelenjar rektum atau anus. Abses perianal adalah jenis abses anorektal yang terbatas pada ruang perianal. Penyebab lainnya bisa termasuk penyakit radang usus seperti penyakit Crohn, serta trauma, atau penyebab kanker (Choi et al., 2018).

Perianal abses adalah gangguan di sekitar anus dan rektum, yang disebabkan oleh penyumbatan pada kriptanal. Infeksi dan penumpukan cairan dari kelenjar dapat menyebabkan terjadinya pembentukan

nanah dan abses pada kelenjar anal. Secara umum, abses tersebut terbentuk awalnya di ruang intersfingter, dan kemudian dapat menyebar ke ruang potensial yang berdekatan. (Hassan Elhassan et al., 2017).

Beberapa jenis organisme baik aerobik maupun anaerobik dapat menyebabkan abses perianal, seperti *Escherichia Coli*, *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus*, *Enterococcus*, *Proteus*, *Prevotella*, *Peptostreptococcus*, *Porphyromonas*, *Fusobacteria* dan *Bacteroides* (Sepa et al., 2021).

3. Patofisiologi

Abses perianal dapat disebabkan oleh beberapa faktor lain, seperti trauma, benda asing, luka bakar, atau penggunaan kateter intravena. Faktor-faktor ini dapat menyebabkan kerusakan pada jaringan di sekitar anus, sehingga memungkinkan bakteri untuk masuk dan menyebabkan infeksi kemudian dapat menyebabkan abses. Abses juga dapat terbentuk dari jaringan akibat respon pertahanan tubuh untuk menghindari penyebaran infeksi ke seluruh tubuh (Mitra et al., 2015).

Patogen menyebabkan sel-sel di sekitarnya menjadi meradang dan terinfeksi, sehingga menyebabkan pengeluaran toksin. Toksin yang terbentuk akibat infeksi dapat memicu peradangan dan menarik sel darah putih ke tempat infeksi atau peradangan. Saat terjadi infeksi dan abses terbentuk, dinding abses akan terbentuk sebagai upaya untuk mencegah infeksi menyebar ke bagian tubuh lainnya. Namun, pembentukan dinding ini juga membatasi akses sel imun untuk menyerang agen penyebab infeksi yang berada di dalam abses (Hidayati, 2019).

Abses perianal terjadi akibat penumpukan nanah di jaringan bawah kulit daerah sekitar anus. Nanah terbentuk karena infeksi kuman/bakteri pada kelenjar di daerah tersebut tersumbat sehingga akan bengkak dan nyeri. Bakteri yang biasanya menjadi penyebab adalah *Escherichia Coli* dan *Enterococcus* (Sepa et al., 2021).

4. Manifestasi Klinis

Abses dapat terjadi di dalam dan sekitar rektum, seringkali mengandung sejumlah pus berbau menyengat dan nyeri, ketika abses muncul di permukaan kulit maka akan tampak bengkak, kemerahan dan nyeri tekan. Rasa nyeri bertambah pada saat melakukan pergerakan seperti, mengejan, batuk atau bersin. Semakin lama nyeri karena abses dapat mengganggu aktivitas seperti berjalan atau duduk.

5. Pemeriksaan Diagnostik

Identifikasi abses perianal dapat dilakukan melalui wawancara dengan pasien dan pemeriksaan fisik. Pada wawancara dengan klien, klien mengeluh nyeri dan bengkak di daerah perianal, sedangkan pemeriksaan fisik menunjukkan kemerahan dangkal disertai fluktuasi dan nyeri tekan. Pemeriksaan penunjang seperti CT scan, USG, MRI, atau fistulografi dapat dipertimbangkan untuk pasien dengan abses perianal tersembunyi, fistula yang kompleks, atau abses terkait *Crohn's disease* (Lohsiriwat, 2016).

6. Komplikasi

Abses perianal biasanya mengakibatkan rasa sakit, bengkak, dan kemerahan pada daerah anus, gejala lainnya dapat berupa demam dan malaise. Seiring waktu, abses bertambah besar dan, jika tidak diobati biasanya akan pecah, yang mungkin terjadi atau mungkin tidak menghasilkan drainase nanah yang memadai diperkirakan bahwa jika nanah tidak cukup dikeringkan, kulit bisa menutup prematur dan abses bisa kambuh kembali. Lebih jarang, tidak diobati abses juga dapat menyebabkan infeksi seluruh tubuh (sistemik) yang parah atau menghancurkan, infeksi jaringan dan gangren yang menyebar dengan cepat (*necrotising fasciitis*) (Smith et al., 2016).

Menurut, Lohsiriwat, (2016). Komplikasi yang muncul akibat abses perianal adalah;

1. Sepsis
2. Abses berulang

3. Pembentukan fistula (baik akibat proses penyakit itu sendiri atau intervensi bedah)
4. Inkontinensia tinja (baik akibat proses penyakit itu sendiri atau intervensi bedah)
7. Penatalaksanaan Medis

Abses perianal merupakan indikasi untuk dilakukan insisi dan drainase tepat waktu. Setelah insisi dan drainase dilakukan, pemberian antibiotik tidak diperlukan kecuali ada masalah medis tertentu yang mengharuskan penggunaan. Kondisi tersebut termasuk penyakit jantung katup, pasien immunocompromised, pasien diabetes, atau dalam pengaturan sepsis, antibiotik juga dipertimbangkan pada pasien dengan kasus terdapat tanda infeksi sistemik atau selulitis sekitarnya yang signifikan (Choi et al., 2018).

Insisi dan drainase biasanya dilakukan di klinik atau segera di unit gawat darurat. Anestesi lokal dengan lidokain 1% dapat diberikan ke jaringan sekitarnya, sayatan salib dibuat sedekat mungkin dengan ambang anus untuk memperpendek potensi pembentukan fistula. Palpasi tumpul digunakan untuk memastikan tidak ada septasi lain atau kantong abses yang terlewatkan (Mak et al., 2018).

Menurut, Hidayati, (2019). Beberapa antibiotik yang dapat diberikan untuk mengobati abses antara lain:

- a. Dicloxacillin dengan dosis 250–500 mg sehari
- b. Clindamycin dengan dosis 300–450 mg 3 kali sehari
- c. Doxycycline dengan dosis 100 mg 2 kali sehari
- d. Minocycline dengan dosis 50–100 mg dua kali sehari
- e. Trimethoprim-sulfamethoxazole (TMX-SMX) dengan dosis 160/800 mg peroral dua kali.

B. Konsep Dasar Keperawatan

Konsep dasar keperawatan mengenai beberapa hal seperti pengkajian yang dilakukan pada klien, diagnosis keperawatan serta fokus intervensi yang akan dilakukan.

I. Pengkajian Keperawatan

a. Data Umum

1) Identitas

Meliputi nama, jenis kelamin, umur, alamat, agama, bahasa yang dipakai, status perkawinan, pendidikan, pekerjaan, asuransi, golongan darah, no. register, tanggal MRS, diagnosa medis.

2) Keluhan Utama

Pada umumnya keluhan utama pada abses perianal preoperasi adalah nyeri hebat pada daerah anus dan adanya benjolan. Sedangkan keluhan utama pasca operasi meliputi: nyeri, kesulitan buang air kecil dan kelemahan ekstremitas bawah.

3) Riwayat Penyakit Sekarang

Keluhan nyeri dan benjolan mulai dirasakan dan kegiatan yang dilakukan untuk mengatasi/mencari pertolongan kesehatan.

4) Riwayat Penyakit Dahulu

Adanya riwayat penyakit yang berhubungan dengan perianal abses yaitu DM, Hemorrhoid, Hypertensi dan Penyakit Jantung.

5) Riwayat Penyakit Keluarga

Kaji adanya riwayat keluarga yang menderita DM, HT dan penyakit Jantung.

b. Pola Kesehatan Fungsional

1) Pola nutrisi

klien harus mengkonsumsi nutrisi lebih dari kebutuhan sehari-hari, seperti zat besi, vitamin C, dan lainnya untuk membantu proses penyembuhan. Evaluasi terhadap pola nutrisi klien dapat membantu menentukan penyebab masalah dan mengantisipasi komplikasi dari nutrisi yang tidak adekuat.

2) Pola eliminasi

Untuk kasus abses perianal, klien tidak mengalami gangguan pola eliminasi. Meskipun demikian perawat perlu mengkaji frekwensi, konsistensi, serta warna dan bau pada pola eliminasi alvi. Selain itu perawat perlu mengkaji jumlah, warna, bau, dan kepekatan pada pola eliminasi urin.

3) Pola aktivitas

Karena timbul rasa nyeri menyebabkan seluruh aktifitas klien terbatas.

4) Pola tidur dan istirahat

Klien merasakan nyeri sehingga dapat mengganggu pola dan kebutuhan tidur klien, selain itu dapat dikaji lamanya tidur, suasana lingkungan, kebiasaan tidur, kesulitan tidur, dan penggunaan obat tidur.

5) Data Psikososialspiritual

Data psikososial biasanya didapatkan kecemasan akan nyeri hebat atau akibat pembedahan pada beberapa pasien juga didapatkan mengalami ketidakefektifan koping berhubungan dengan perubahan peran dalam keluarga.

c. Pemeriksaan Fisik (head to toe)

1) Keadaan umum

Preoperasi: keadaan baik dan buruknya klien. Tanda-tanda yang perlu dicatat adalah kesadaran klien (apatis, komposmetis, yang bergantung pada keadaan klien). kesakitan atau keadaan penyakit (akut, kronis, ringan, sedang, berat)

Pascaoperasi: Nyeri pada luka operasi, dan tidak merasakan sensasi pada daerah ekstremitas bawah

2) Sistem Pernapasan

Pre operasi: Pada sistem pernafasan didapatkan bahwa klien perianal abses tidak mengalami kelainan pernafasan. Pada

palpasi toraks didapatkan taktil fremitus seimbang kanan dan kiri. Pada auskultasi tidak ditemukan suara napas tambahan).
Pascaoperasi: Dampak general anestesi ada pengaruh pada system pernafasan (bisa menekan pusat pernafasan)

3) Sistem Kardiovaskuler

Preoperasi: Tidak ada iskus jantung, Palpasi: Nadi meningkat, iskus tidak teraba. Auskultasi: suara S1 dan S2 tunggal, tidak ada murmur.

Pascaoperasi: adanya peningkatan tekanan darah, nadi meningkat karena adanya nyeri

4) Sistem persarafan

Preoperasi:

- Pengkajian tingkat kesadaran, biasanya kompos mentis
- Pengkajian fungsi serebral. Status mental: observasi penampilan dan tingkah laku klien, biasanya tidak mengalami perubahan
- Pemeriksaan refleks biasanya tidak didapatkan refleks-refleks patologis,
- Pengkajian sistem sensorik: indra yang lain dan kognitifnya tidak mengalami gangguan. Selain itu timbul nyeri pada daera luka

Pascaoperasi: Raut wajah kesakitan, dampak SAB anestesi kelemahan pada ekstremitas bawah

5) Sistem perkemihan

Preoperasi: Kaji keadaan urin yang meliputi warna, jumlah, dan karakteristik urine, termaksud berat jenis urine. Biasanya klien tidak mengalami kelainan pada sisitem ini
Pascaoperasi: Distensi kandung kemih merupakan dampak dari anestesi pada melemahnya kontraksi otot detrusor, vesika urinaria teraba keras, nyeri tekan pada saat palpasi.

6) Sistem pencernaan

Preoperasi: inspeksi abdomen: bentuk datar, simetris, tidak ada hernia. Palpasi: turgor baik, tidak ada defans muscular dan hepar tidak teraba. Perkusi: suara timfani. Auskultasi: peristaltic bising usus normal $\pm 20x/$ menit dan tidak ada kesulitan BAB

Pascaoperasi: Penurunan atau tak ada bising usus (dampak anestesi terjadi 6-8 jam pasca operasi)

7) Sistem Muskuloskeletal

Preoperasi: tidak akan mengganggu secara lokal, baik fungsi motorik, sensori, maupun peredaran darah).

Pascaoperasi: Ketidakaktifan fisik atau imobilitas dan kelemahan extremitas bawah (SAB anestesi)

8) Sistem Integumen

Preoperasi: adanya benjolan pada daerah anus, merah dan bengkak, seringkali dijumpai adanya pus yang tidak bisa keluar.

Pascaoperasi: adanya Luka operasi pada daerah anus.

II. Diagnosa Keperawatan Dan Fokus Intervensi

a. Diagnosa Keperawatan

Menurut SDKI DPP PPNI diagnose keperawatan adalah hasil akhir dari pengkajian yang merupakan pernyataan atau penilaian perawat terhadap masalah yang muncul akibat respon dari pasien. Adapun diagnosa yang sering muncul pada pasien abses perianal antara lain:

- 1) Nyeri akut (D.0077) berhubungan dengan pencedera fisik (misalnya abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan).
- 2) Gangguan mobilitas fisik (D.0054) berhubungan dengan Keengganan melakukan pergerakan, gangguan

muskuloskeletal, nyeri.

- 3) Resiko infeksi (D.0142) ditandai dengan Efek prosedur Invasif

b. Fokus Intervensi

1. Nyeri akut (D.0077)

Tujuan perawatan: Klien mengungkapkan nyeri berkurang setelah dilakukan tindakan keperawatan dengan kriteria hasil:

- Klien melaporkan nyeri berkurang
- Klien tampak rileks
- TTV dalam rentang normal: TD: 110/70 – 130/80 mmHg, Nadi: 60-100x/mnt, RR: 12-20x/mnt

Intervensi :

- 1) Jelaskan dan ajarkan klien tindakan pereda nyeri nonfarmakologis

R/ pendekatan dengan menggunakan tindakan nonfarmakologis sangat efektif dalam menurunkan nyeri

- 2) Ajarkan teknik relaksasi dan distrasi

R/ Relaksasi: menurunkan sensasi nyeri dengan meningkatkan sekresi endorphin dan enkefalin.

Distraksi: mengalihkan perhatian klien terhadap nyeri ke hal-hal yang menyenangkan sehingga menghambat transmisi nyeri pada kontrol desendens.

- 3) Berikan kesempatan waktu istirahat pada klien dan berikan posisi nyaman pada klien

R/ istirahat dapat merelaksasikan semua jaringan sehingga dapat memberikan rasa nyaman

- 4) Kolaborasi dalam pemberian analgesic

R/ analgesic: Memblok lintasan nyeri ke SSP sehingga nyeri berkurang

5) Observasi keluhan nyeri, ekspresi wajah, VAS, dan TTV
R/ observasi yang akurat bertujuan untuk menilai keberhasilan tindakan keperawatan yang sudah dilakukan sehingga dapat menentukan tindakan selanjutnya serta mencegah komplikasi.

2. Gangguan mobilitas fisik (D.0054)

Tujuan: mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil:

- Pergerakan ekstremitas meningkat
- Kekuatan otot meningkat
- Kelemahan fisik menurun

Intervensi:

1) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya.

R/ observasi yang akurat bertujuan untuk menilai keberhasilan tindakan keperawatan yang sudah dilakukan sehingga dapat menentukan tindakan selanjutnya.

2) Libatkan keluarga untuk membantu klien dalam meningkatkan ambulasi

R/ Dukungan dan motivasi akan menimbulkan dorongan dan kepercayaan diri pasien untuk beraktivitas.

3) Jelaskan tujuan dan prosedur ambulasi

R/ membantu proses penyembuhan pasien pasca pembedahan.

4) Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. duduk di tempat tidur)

R/ mempertahankan fungsi tubuh.

3. Risiko infeksi (D.0142)

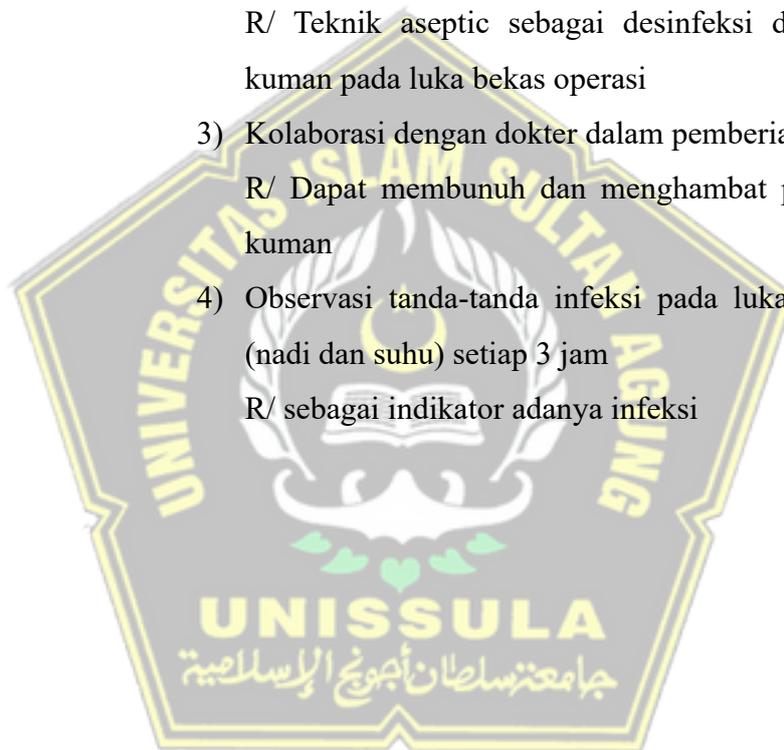
Tujuan: Tidak terjadi infeksi luka operasi dengan kriteria hasil:

- Tidak ada peningkatan suhu tubuh
- Tidak kemerahan, tidak nyeri

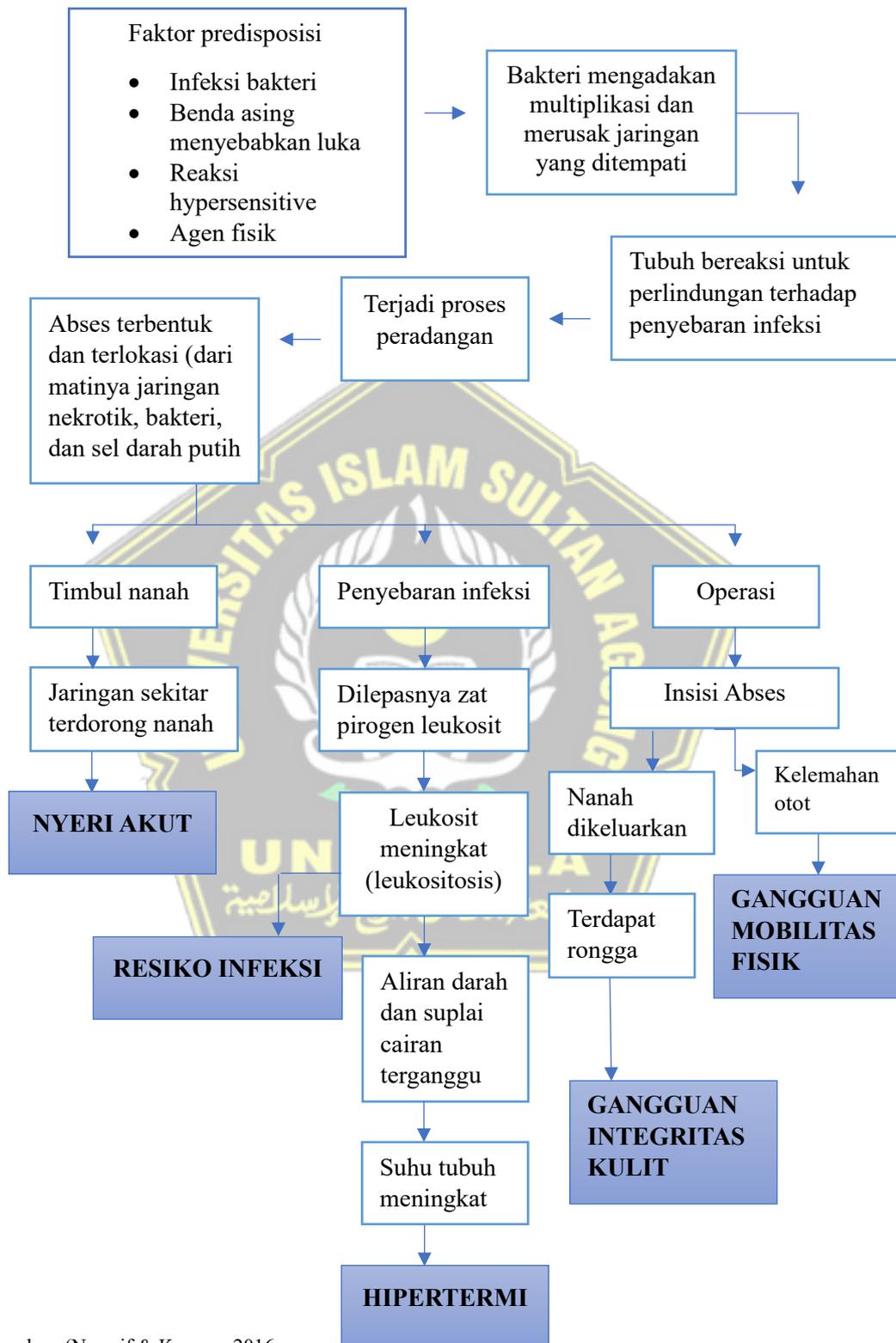
- Tidak ada benjolan pada luka operasi

Intervensi:

- 1) Jelaskan pada klien tentang resiko terjadi infeksi
R/ dengan informasi yang akurat dapat meningkatkan pengetahuan klien sehingga klien dapat kooperatif terhadap tindakan yang dilakukan.
- 2) Berikan perawatan luka op secara tetap dengan teknik aseptik
R/ Teknik aseptik sebagai desinfeksi dari kolonisasi kuman pada luka bekas operasi
- 3) Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian antibiotic
R/ Dapat membunuh dan menghambat perkembangan kuman
- 4) Observasi tanda-tanda infeksi pada luka operasi, TTV (nadi dan suhu) setiap 3 jam
R/ sebagai indikator adanya infeksi



C. Pathways



Sumber: (Nurarif & Kusuma,2016 dan Tim Pokja SDKI DPP PPNI,2017)

BAB III

LAPORAN ASUHAN KEPERAWATAN

A. Hasil Studi Kasus

Berdasarkan studi kasus yang telah dilaksanakan pada tanggal 06 Maret 2023 pukul 10.00 WIB di ruang K.H Abdurrahman Wahid di RSI NU Demak. Telah diperoleh data pengkajian klien atas nama Tn. S dengan usia 50 tahun dengan jenis kelamin laki laki, klien bekerja sebagai wiraswasta yaitu mempunyai toko sembako dirumahnya, pendidikan terakhir sekolah menengah atas, pasien beragama islam dan menetap di Demak. Klien satu minggu sebelum masuk rumah sakit mengalami nyeri sekitar anus yang kemudian di bawa ke IGD RSI NU Demak.

1. Data Umum

a. Identitas

Pengkajian dilakukan pada tanggal 06 Maret 2023 pukul 10.00 WIB di ruang K.H Abdurrahman Wahid di RSI NU Demak. Telah diperoleh data pengkajian klien atas nama Tn. S dengan usia 50 tahun dengan jenis kelamin laki laki, klien bekerja sebagai wiraswasta yaitu mempunyai toko sembako dirumahnya, pendidikan terakhir sekolah menengah atas, pasien beragama islam dan menetap di Demak. Klien satu minggu sebelum masuk rumah sakit mengalami nyeri sekitar anus yang kemudian di bawa ke IGD RSI NU Demak. Klien telah didiagnosis medis penyakit abses perianal. Identitas penanggung jawab dengan inisial Ny. M umur 42 tahun dengan jenis kelamin perempuan yang beragama islam bersuku jawa dengan pendidikan terakhir sekolah menengah atas bekerja sebagai wiraswasta Tinggal di Demak yang memiliki hubungan istri dengan Tn.S.

b. Status kesehatan saat ini

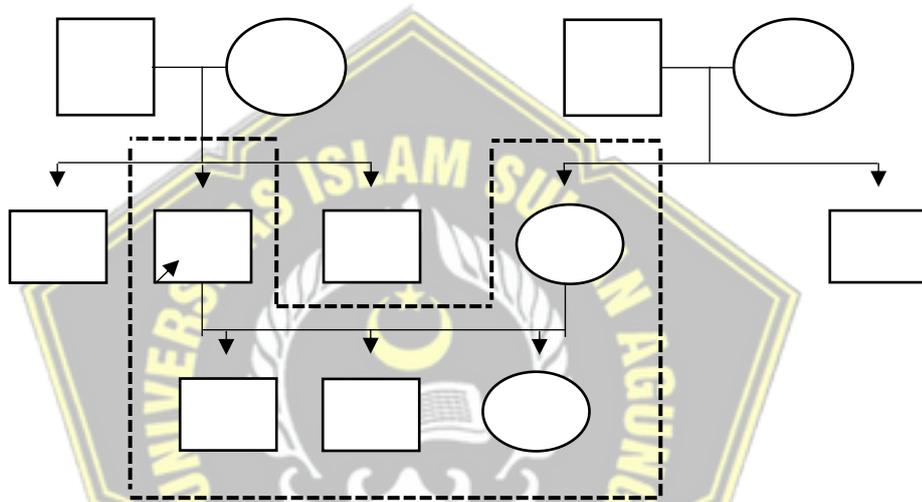
Klien mengatakan nyeri sekitar anus saat sedang berbaring dan BAB selama kurang lebih satu minggu nyeri terasa tertusuk dengan skala

nyeri 5 dan area anus sebelah kiri terdapat benjolan yang dalamnya berisi gumpalan darah dan nanah. klien di bawa ke IGD kemudian dirawat di bangsal KH. Abdurrahman Wahid.

c. Riwayat Kesehatan lalu

Klien mengatakan bahwa dirinya pernah menjalankan operasi fistula ani pada tahun 2020 di RSI NU Demak dan pada tahun 2021 klien juga melakukan operasi abses perianal di klinik dokter spesialis bedah.

d. Riwayat Kesehatan keluarga

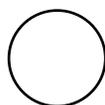


Keterangan



: Laki-laki

: Klien



: Perempuan



: Tinggal serumah

Keluarga klien tidak ada yang menderita penyakit yang sama seperti klien

e. Riwayat kesehatan lingkungan

Lingkungan rumah klien bersih, aman dan selalu terjaga, sehingga kemungkinan tidak terjadi bahaya di sekitar lingkungan rumah klien.

2. Pola Kesehatan

a. Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan

Klien mengatakan sebelum sakit sehat sangatlah penting sehingga ia selalu mengkonsumsi makanan sehat dan berolahraga. Saat dirawat klien mengatakan nyeri pada daerah anus terasa tertusuk dengan skala nyeri 5 dan sakit saat berbaring. Klien ingin segera sembuh dari penyakit yang dideritanya agar dapat kembali beraktifitas seperti biasanya.

b. Pola eliminasi

Klien mengatakan sebelum sakit pola BAB satu kali sehari setiap pagi dengan bau khas feses, tidak menggunakan alat bantu dan BAK sekitar tiga kali sehari berwarna kuning bening, dengan bau has urin. Saat dirawat klien mengatakan pada pola BAB keluar feses secara sendirinya berupa cairan dengan bau khas feses, sedangkan pada pola BAK tidak terpasang kateter, berwarna kuning bening dengan bau has urin.

c. Pola aktivitas dan latihan

Klien mengatakan sebelum sakit kegiatannya sehari-hari seperti makan, minum, mandi, berpakaian berjalan dengan lancar dan dapat dilakukan dengan sendiri. Klien mengatakan saat dirawat tidak menjalani aktivitas seperti biasa tetapi memerlukan bantuan orang lain.

d. Pola istirahat dan tidur

Klien mengatakan sebelum sakit tidak mengalami kesulitan tidur, klien tidur mulai jam sepuluh malam dan bangun jam empat subuh. Saat dirawat klien mengatakan sulit tidur dikarenakan merasa kesakitan pada area anus dan kurang nyaman dengan posisi tidur (tengkurap).

e. Pola nutrisi dan metabolik

Klien mengatakan sebelum sakit dirinya makan tiga kali sehari, minum delapan gelas sehari, nafsu makan baik, tidak ada mual atau

muntah dan berat badan 67 kg tidak mengalami penurunan berat badan selama enam bulan terakhir. Saat dirawat klien mengatakan pola makan dua kali sehari, minum delapan gelas sehari, nafsu makan baik, tidak ada mual atau muntah dan tidak mengalami penurunan berat badan selama enam bulan terakhir.

f. Pola kognitif-perseptual sensori

Klien mengatakan sebelum sakit bahwa indra penglihatan dan indra pendengaran mampu berfungsi secara normal, klien juga mampu berkomunikasi dengan baik. Saat dirawat klien mengatakan bisa berkomunikasi dengan baik, dan tidak ada masalah pada indra penglihatan maupun pendengaran. Klien mengatakan merasa nyeri bertambah pada saat area anus tertekan, nyeri terasa menusuk, di area anus dengan skala nyeri 5 dan nyeri terasa hilang timbul selama kurang lebih tiga menit.

g. Pola persepsi diri dan konsep diri

Klien mengatakan sebelum sakit sehat itu mahal dan harus menjaga kesehatannya. Saat dirawat klien mengatakan ingin cepat sembuh dan bisa beraktivitas seperti waktu sehat.

h. Pola mekanisme koping

Klien mengatakan sebelum sakit selalu percaya diri dan dapat mengambil keputusan sendiri tanpa melibatkan orang lain. Saat dirawat klien mengatakan harus dibantu orang lain dalam mengambil keputusan.

i. Pola seksual-Reproduksi

Klien berjenis kelamin laki-laki usia 50 tahun sudah menikah dan mempunyai 3 orang anak.

j. Pola peran berhubungan dengan orang lain

Klien mengatakan sebelum sakit mampu berkomunikasi dengan baik dengan orang sekitar dan klien juga mengatakan jika terjadi masalah selalu meminta bantuan kepada keluarganya. Saat dirawat klien mengatakan masih mampu berkomunikasi dengan baik kepada orang

sekitar dan klien juga mengatakan bahwa keluarganya yang selalu membantunya jika terjadi masalah.

k. Pola nilai dan kepercayaan

Klien mengatakan sebelum sakit dia seorang muslim dan selalu beribadah shalat lima waktu, klien juga mengatakan bahwa tidak ada masalah keyakinan dan kebudayaan tentang pengobatan yang dijalani. Saat dirawat klien mengatakan selalu berdoa agar cepat diberikan kesembuhan.

3. Pemeriksaan Fisik

Keadaan klien composmentis dengan kondisi kesakitan merasakan nyeri pada area anus. Pemeriksaan TTV dengan hasil S: 36,6 °C, TD: 108/80 mmHg, Respirastori: 20 x/menit, Nadi: 97 x/menit. Bentuk dan ukuran kepala normal, tidak ada benjolan, rambut berwarna hitam. Kedua mata simetris, pupil isokor, kemampuan penglihatan normal. Hidung klien normal, tidak terdapat secret ataupun polip dan hidung bersih. Telinga bersih, simetris dan pendengaran normal. Gigi dan lidah bersih tidak ada kesulitan mengunyah dan menelan, tidak ada benjolan dileher.

Pemeriksaan jantung, inspeksi: tidak terlihat adanya benjolan, terlihat otot-otot bantu pernafasan. Palpasi: tidak adanya nyeri tekan. Perkusi: bunyi pekak. Auskultasi: terdengar suara lup-dup

Pemeriksaan paru-paru, inspeksi: pengembangan simetris. Palpasi: tidak adanya nyeri tekan. Perkusi: bunyi sonor. Auskultasi: terdengar suara vesikuler.

Pemeriksaan abdomen. Inspeksi: bentuk perut buncit. Palpasi: adanya nyeri tekan. Perkusi: perut terdengar kembung. Auskultasi: terdengar bising usus 14x/menit. Pemeriksaan genitalia: klien tidak terpasang dengan kateter, terdapat benjolan pada area anus.

Pemeriksaan ekstermitas klien tidak terdapat adanya edema pada ekstermitas atas dan bawah, berfungsi normal dapat digeraka, daerah terpasang infus tidak adanya nyeri dan tidak ada edema, kapilarrry refill

normal kurang dari dua detik, warna kulit klien sawo matang, bersih, tidak ada luka dan tidak ada edema.

4. Data Penunjang

a. Hasil Laborat

Pemeriksaan laborat pada tanggal 06 maret 2023, Jam 06.00 WIB

	hasil	nilai rujukan	satuan
Hemoglobin	7.8	14.0-18.0	g/dl
Hemotokrit	22.8	40-54	%
Lekosit	16,600	4,000-10,000	mm ³
Trombosit	402,000	150,000-400,000	mm ³

Pemeriksaan laborat pada tanggal 07 maret 2023, Jam 23.50 WIB

	hasil	nilai rujukan	satuan
Hemoglobin	9.2	14.0-18.0	g/dl
Hemotokrit	27.9	40-54	%
Lekosit	20,800	4,000-10,000	mm ³
Trombosit	456,000	150,000-400,000	mm ³

b. Diit

Bubur

c. Therapy

- 1) Infus RL 20 tetes per menit (IV)
- 2) Injeksi cefotaxime 2x1 gr (IV)
- 3) Injeksi metronidazole 3x1 gr (IV)
- 4) Injeksi ketorolac 2x1 gr (IV)
- 5) Obat oral MA 3x1
- 6) Obat oral Dexa 3x1

B. Analisis Data

Berdasarkan data pengakajian yang diperoleh pada tanggal 06 Maret 2023 di RSI NU Demak Ruang K.H Abdurrahman Wahid penulis telah mendapatkan data fokus yang telah ditemukan dari data **subjektif** klien mengatakan nyeri pada daerah anus kurang lebih satu minggu, hasil dari pemeriksaan nyeri menggunakan PQRST didapatkan hasil P: nyeri bertambah pada saat area anus tertekan, Q: nyeri terasa menusuk, R: pada area anus S: skala nyeri 5, T: nyeri terasa hilang timbul selama kurang lebih tiga menit. Dan data **objektif** ekspresi wajah klien meringis merasakan nyeri. Pemeriksaan TTV dengan hasil S: 36,6 °C, TD: 108/80 mmHg, Respirastori: 20 x/menit, Nadi: 97 x/menit. Maka problem dan etiologi dari data fokus diatas yaitu **Nyeri akut berhubungan dengan abses di perianal.**

Berdasarkan data pengakajian yang diperoleh pada tanggal 06 Maret 2023 di RSI NU Demak Ruang K.H Abdurrahman Wahid penulis telah mendapatkan data fokus yang telah ditemukan dari data **subjektif** klien mengatakan mengalami keterbatasan dalam bergerak karena adanya nyeri dan abses pada anus. Dan data **objektif** klien mengalami keterbatasan dalam bergerak, posisi tengkurap. Maka problem dan etiologi dari data fokus diatas yaitu **Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri.**

Berdasarkan data pengakajian yang diperoleh pada tanggal 06 Maret 2023 di RSI NU Demak Ruang K.H Abdurrahman Wahid penulis telah mendapatkan data fokus yang telah ditemukan dari data **subjektif** klien mengatakan terdapat benjolan berisi gumpalan nanah dan darah pada area anus. Dan data **objektif** di temukan peradangan pada luka dan hasil leko: 16,000 mm³, HB: 7.8 g/dl, Hit: 22.8 %, Tromb: 402,000 mm³. Maka problem dan etiologi dari data fokus diatas yaitu **Risiko infeksi berhubungan dengan kerusakan integritas kulit.**

C. Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan analisa data,penulis telah didapatkan tiga masalah keperawatan yaitu :

1. Nyeri akut berhubungan dengan abses di perianal.
2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri.

3. Risiko infeksi berhubungan dengan kerusakan integritas kulit.

D. Intervensi Keperawatan

Masalah keperawatan yang muncul dan telah ditegakkan suatu diagnosis keperawatan selanjutnya disusun suatu rencana keperawatan sebagai tindakan yang akan dilakukan kepada pasien

1. Nyeri akut berhubungan dengan abses di perianal.

Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x8 jam maka di harapkan tingkat nyeri pada klien menurun dengan kriteria hasil keluhan nyeri menurun skala 0-2, ekspresi wajah meringis menurun, perasaan gelisah menurun.

Intervensi yang dapat dilakukan yaitu Observasi keluhan nyeri, ekspresi wajah, VAS, dan TTV bertujuan untuk menilai keberhasilan tindakan keperawatan yang sudah dilakukan sehingga dapat menentukan tindakan selanjutnya serta mencegah komplikasi, Jelaskan dan ajarkan klien tindakan pereda nyeri nonfarmakologis seperti tarik nafas dalam tindakan ini sangat efektif dalam menurunkan nyeri, Berikan kesempatan waktu istirahat pada klien dan berikan posisi nyaman pada klien karena istirahat dapat merelaksasikan semua jaringan sehingga dapat memberikan rasa nyaman, Kolaborasi dalam pemberian analgesic untuk menekan atau mengurangi rasa nyeri.

2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri.

Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x8 jam maka di harapkan tingkat mobilitas fisik pada klien meningkat dengan kriteria hasil pergerakan ekstremitas meningkat, kekuatan otot meningkat, kelemahan fisik menurun, nyeri menurun.

Intervensi yang dapat dilakukan yaitu Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya bertujuan untuk menilai keberhasilan tindakan keperawatan yang sudah dilakukan sehingga dapat menentukan tindakan selanjutnya, Libatkan keluarga untuk membantu klien dalam meningkatkan ambulasi dengan dukungan dan motivasi akan menimbulkan dorongan dan kepercayaan diri klien untuk beraktivitas, Jelaskan tujuan dan

prosedur ambulasi bertujuan membantu proses penyembuhan klien pasca pembedahan, Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. duduk di tempat tidur) bertujuan untuk mempertahankan fungsi tubuh.

3. Risiko infeksi berhubungan dengan kerusakan integritas kulit.

Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x8 jam maka di harapkan tingkat infeksi pada klien menurun dengan kriteria hasil tidak ada peningkatan suhu tubuh, tidak kemerahan, tidak nyeri, tidak ada benjolan pada luka operasi.

Intervensi yang dapat dilakukan yaitu Observasi tanda-tanda infeksi pada luka, TTV (nadi dan suhu) tujuannya sebagai indikator adanya infeksi, Jelaskan pada klien tentang resiko terjadi infeksi dengan informasi yang akurat dapat meningkatkan pengetahuan klien sehingga klien dapat kooperatif terhadap tindakan yang dilakukan, Berikan perawatan luka op secara tetap dengan teknik aseptik karena teknik aseptik sebagai desinfeksi dari kolonisasi kuman pada luka bekas operasi, Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian antibiotic tujuannya untuk membunuh dan menghambat perkembangan kuman.

E. Implementasi

Berdasarkan intervensi yang sudah ditetapkan sesuai dengan diagnosa yang muncul kemudian aplikasikan intervensi yang sudah ditetapkan sebagai tindak lanjut dari proses asuhan keperawatan.

Implementasi hari pertama dilakukan pada tanggal **06 Maret 2023** pada jam **10.30 WIB**. Implementasi pada diagnosis pertama dilakukan pada jam **10.30 WIB Nyeri akut berhubungan dengan abses di perianal** yaitu pada jam 10.30 WIB mengobservasi keluhan nyeri, ekspresi wajah, VAS, dan TTV dengan hasil data subjektif klien mengatakan nyeri pada daerah anus kurang lebih satu minggu, hasil dari pemeriksaan nyeri menggunakan PQRST didapatkan hasil P: nyeri bertambah pada saat area anus tertekan, Q: nyeri terasa menusuk, R: pada area anus S: skala nyeri 4, T: nyeri terasa hilang timbul selama kurang lebih tiga menit dan data objektif ekspresi wajah klien meringis merasakan nyeri. Pemeriksaan TTV dengan hasil S: 36,6 °C, TD: 108/80

mmHg, Respirastori: 20 x/menit, Nadi: 97 x/menit, kemudian menjelaskan dan mengajarkan klien tindakan pereda nyeri nonfarmakologis seperti tarik nafas dalam dengan hasil data subjektif klien mengatakan setelah dilakukan teknik non farmakologis merasa sedikit nyaman dan data objektif klien terlihat sedikit nyaman, meringis menurun, selanjutnya memberikan kesempatan waktu istirahat pada klien dan memberikan posisi nyaman pada klien dengan hasil data subjektif klien mengatakan akan istirahat dengan posisi yang membuat ia nyaman dan data objektif klien dengan dibantu keluarga mencari posisi yang nyaman, kemudian mengkolaborasi dalam pemberian analgesic untuk menekan atau mengurangi rasa nyeri dengan hasil data objektif pemberian Injeksi ketorolac 1 gr.

Implementasi dilakukan pada diagnosis ke dua pada jam **10.45 WIB Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri** yaitu mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya dengan hasil data subjektif klien mengatakan mengalami keterbatasan dalam bergerak karena adanya nyeri dan abses pada anus dan data objektif klien mengalami keterbatasan dalam bergerak, posisi tengkurap, kemudian melibatkan keluarga untuk membantu klien dalam meningkatkan ambulasi dengan hasil data subjektif klien mengatakan akan melakukan ambulasi dan data objektif keluarga membantu klien dalam melakukan ambulasi, kemudian menjelaskan tujuan dan prosedur ambulasi dengan hasil data subjektif klien mengatakan memahami apa yang telah dijelaskan dan data objektif klien dan keluarga tampak mendengarkan penjelasan tentang tujuan dan prosedur ambulasi.

Implementasi dilakukan pada diagnosis ke tiga pada jam **11.00 WIB Risiko infeksi berhubungan dengan kerusakan integritas kulit** yaitu mengobservasi tanda-tanda infeksi pada luka, TTV (nadi dan suhu) dengan hasil data subjektif klien mengatakan terdapat benjolan berisi gumpalan nanah dan darah pada area anus dan data objektif di temukan peradangan pada luka dan hasil leko: 16,000 mm³, HB: 7.8 g/dl, Hit: 22.8 %, Tromb: 402,000 mm³, pemeriksaan TTV dengan hasil S: 36,6 °C, TD: 108/80 mmHg, Respirastori: 20 x/menit, Nadi: 97 x/menit, kemudian menjelaskan pada klien tentang resiko

terjadi infeksi dengan hasil data subjektif klien mengatakan memahami penjelasan terkait resiko terjadi infeksi dan data objektif klien dan keluarga mendengarkan penjelasan terkait resiko terjadi infeksi, kemudian mengkolaborasikan dengan dokter dalam pemberian antibiotic dengan hasil data objektif pemberian Injeksi cefotaxime 1 gr dan Injeksi metronidazole.

Implementasi hari kedua dilakukan pada tanggal **07 Maret 2023** pada jam **16.00 WIB**. Implementasi pada diagnosis pertama dilakukan pada jam **16.00 WIB Nyeri akut berhubungan dengan abses di perianal** yaitu mengobservasi keluhan nyeri, ekspresi wajah, VAS, dan TTV dengan hasil data subjektif klien mengatakan baru saja di operasi jam 11.00 WIB, hasil dari pemeriksaan nyeri menggunakan PQRST didapatkan hasil P: nyeri bertambah pada saat bergerak, Q: nyeri terasa menusuk, R: pada area anus S: skala nyeri 5, T: nyeri terasa hilang timbul selama kurang lebih lima menit dan data objektif ekspresi wajah klien meringis merasakan nyeri. Pemeriksaan TTV dengan hasil S: 36,6 °C, TD: 121/77 mmHg, Respirastori: 20 x/menit, Nadi: 114 x/menit, kemudian menjelaskan dan mengajarkan klien tindakan pereda nyeri nonfarmakologis seperti tarik nafas dalam dengan hasil data subjektif klien mengatakan setelah dilakukan teknik non farmakologis merasa sedikit nyaman dan data objektif klien terlihat sedikit nyaman, meringis menurun, kemudian mengkolaborasi dalam pemberian analgesic untuk menekan atau mengurangi rasa nyeri dengan hasil data objektif pemberian Injeksi ketorolac 1 gr.

Implementasi dilakukan pada diagnosis ke dua pada jam **16.10 WIB Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri** yaitu mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya dengan hasil data subjektif klien mengatakan mengalami keterbatasan dalam bergerak karena adanya nyeri post op pada area anus dan data objektif klien mengalami keterbatasan dalam bergerak, posisi tengkurap, kemudian melibatkan keluarga untuk membantu klien dalam meningkatkan ambulasi dengan hasil data subjektif klien mengatakan akan melakukan ambulasi dan data objektif keluarga membantu klien dalam melakukan ambulasi, kemudian mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan dengan hasil data subjektif klien mengatakan dapat

berganti posisi miring ke kanan dan ke kiri dan data objektif klien melakukan mobilisasi sederhana dengan di bantu keluarga.

Implementasi dilakukan pada diagnosis ke tiga pada jam **16.20 WIB Risiko infeksi berhubungan dengan kerusakan integritas kulit** yaitu mengobservasi tanda-tanda infeksi pada luka, TTV (nadi dan suhu) dengan hasil data subjektif klien mengatakan post op abses perianal hari ke 0 dan data objektif luka di gb dan terdapat tampon pada lokasi post op, Pemeriksaan TTV dengan hasil S: 36,6 °C, TD: 121/77 mmHg, Respirastori: 20 x/menit, Nadi: 114 x/menit, kemudian memberikan perawatan luka op secara tetap dengan teknik aseptik dengan hasil data objektif mengganti tampon setiap hari, kemudian mengkolaborasi dengan dokter dalam pemberian antibiotic dengan hasil data objektif pemberian Injeksi cefotaxime 1 gr dan Injeksi metronidazole 1 gr.

Implementasi hari kedua dilakukan pada tanggal **08 Maret 2023** pada jam **19.30 WIB**. Implementasi pada diagnosis pertama dilakukan pada jam **19.30 WIB Nyeri akut berhubungan dengan abses di perianal** yaitu mengobservasi keluhan nyeri, ekspresi wajah, VAS, dan TTV dengan hasil data subjektif klien mengatakan nyeri pada bagian anus, hasil dari pemeriksaan nyeri menggunakan PQRST didapatkan hasil P: nyeri bertambah pada saat bergerak, Q: nyeri terasa menusuk, R: pada area anus S: skala nyeri 3, T: nyeri terasa hilang timbul selama kurang lebih dua menit dan data objektif ekspresi wajah klien sedikit meringis merasakan nyeri, Pemeriksaan TTV dengan hasil S: 36,9 °C, TD: 120/84 mmHg, Respirastori: 20 x/menit, Nadi: 91 x/menit, kemudian menjelaskan dan mengajarkan klien tindakan pereda nyeri nonfarmakologis seperti tarik nafas dalam dengan hasil data subjektif klien mengatakan setelah dilakukan teknik non farmakologis merasa nyaman dan data objektif klien terlihat rileks , meringis menurun, kemudian memberikan kesempatan waktu istirahat pada klien dan memberikan posisi nyaman pada klien dengan hasil data subjektif klien mengatakan akan istirahat dengan posisi yang membuat ia nyaman yaitu miring ke kiri dan data objektif klien dengan dibantu keluarga mencari posisi yang nyaman, kemudian mengkolaborasi dalam pemberian

analgesic untuk menekan atau mengurangi rasa nyeri dengan hasil data objektif pemberian Injeksi ketorolac 1 gr.

Implementasi dilakukan pada diagnosis ke dua pada jam **19.40 WIB Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri** yaitu mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya dengan hasil data subjektif klien mengatakan nyeri sudah berkurang dan bisa berpindah posisi dari tengkurap dan data objektif klien tampak rileks dengan posisi tidur miring ke kiri, kemudian melibatkan keluarga untuk membantu klien dalam meningkatkan ambulasi dengan hasil data subjektif klien mengatakan akan melakukan ambulasi dan data objektif klien dapat melakukan ambulasi secara mandiri, kemudian mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan dengan hasil data subjektif klien mengatakan dapat berganti posisi miring ke kanan dan ke kiri dan data objektif klien melakukan mobilisasi sederhana dengan mandiri.

Implementasi dilakukan pada diagnosa ke tiga pada jam **19.50 WIB Risiko infeksi berhubungan dengan kerusakan integritas kulit** yaitu mengobservasi tanda-tanda infeksi pada luka, TTV (nadi dan suhu) dengan hasil data subjektif klien mengatakan demam dan data objektif klien tampak menggigil, Pemeriksaan TTV dengan hasil S: 36,9 °C, TD: 120/84 mmHg, Respirastori: 20 x/menit, Nadi: 91 x/menit, kemudian menjelaskan pada klien tentang resiko terjadi infeksi dengan hasil data subjektif klien mengatakan memahami penjelasan terkait resiko terjadi infeksi dan data objektif klien dan keluarga mendengarkan penjelasan terkait resiko terjadi infeksi, kemudian memberikan perawatan luka op secara tetap dengan teknik aseptik dengan hasil data objektif mengganti tampon setiap hari dan BAB keluar secara langsung berupa cairan, kemudian mengkolaborasikan dengan dokter dalam pemberian antibiotic dengan hasil data objektif pemberian Injeksi cefotaxime 1 gr dan Injeksi metronidazole 1 gr.

F. Evaluasi

Evaluasi merupakan suatu penilaian respon klien terhadap tindakan asuhan keperawatan yang telah diberikan kepada klien. Evaluasi hari pertama dilakukan pada tanggal 06 Maret 2023. Evaluasi diagnosa pertama dilakukan

pada jam **13.00 WIB** dengan diagnosis **Nyeri akut berhubungan dengan abses di perianal** yaitu data subjektif di peroleh bahwa klien mengatakan nyeri pada daerah anus, hasil dari pemeriksaan nyeri menggunakan PQRST didapatkan hasil P: nyeri bertambah pada saat area anus tertekan, Q: nyeri terasa menusuk, R: pada area anus S: skala nyeri 4, T: nyeri terasa hilang timbul selama kurang lebih tiga menit dan data objektif ekspresi wajah klien meringis merasakan nyeri. Pemeriksaan TTV dengan hasil S: 36,6 °C, TD: 108/80 mmHg, Respirastori: 20 x/menit, Nadi: 97 x/menit, dalam hal ini masalah belum teratasi dan lanjutkan intervensi.

Evaluasi dilakukan pada diagnosis ke dua jam **13.15 WIB**. **Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri** yaitu diperoleh data subjektif klien mengatakan mengalami keterbatasan dalam bergerak karena adanya nyeri dan abses pada anus dan data objektif klien mengalami keterbatasan dalam bergerak, posisi tengkura, dengan ini masalah belum teratasi dan lanjutkan intervensi.

Evaluasi dilakukan pada diagnosis ke tiga jam **13.30 WIB**. **Risiko infeksi berhubungan dengan kerusakan integritas kulit** yaitu diperoleh data subjektif klien mengatakan terdapat benjolan berisi gumpalan nanah dan darah pada area anus dan data objektif di temukan peradangan pada luka dan hasil leko: 16,000 mm³, HB: 7.8 g/dl, Hit: 22.8 %, Tromb: 402,000 mm³, pemeriksaan TTV dengan hasil S: 36,6 °C, TD: 108/80 mmHg, Respirastori: 20 x/menit, Nadi: 97 x/menit, dengan ini masalah belum teratasi dan lanjutkan intervensi.

Evaluasi hari kedua dilakukan pada tanggal 07 Maret 2023. Evaluasi diagnosis pertama dilakukan pada jam **20.00 WIB** dengan diagnosis **Nyeri akut berhubungan dengan abses di perianal** yaitu diperoleh data subjektif klien mengatakan setelah dilakukan teknik non farmakologis merasa sedikit nyaman dan data objektif klien terlihat sedikit nyaman, meringis menurun, dengan ini masalah teratasi sebagian dan lanjutkan intervensi.

Evaluasi dilakukan pada diagnosis ke dua jam **20.15 WIB**. **Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri** yaitu diperoleh data subjektif klien

mengatakan dapat berganti posisi miring ke kanan dan ke kiri dan data objektif klien melakukan mobilisasi sederhana dengan di bantu keluarga, dengan ini masalah teratasi sebagian dan lanjutkan intervensi.

Evaluasi dilakukan pada diagnosis ke tiga jam **20.30 WIB. Risiko infeksi berhubungan dengan kerusakan integritas kulit** yaitu diperoleh data subjektif klien mengatakan post op abses perianal hari ke 0 dan data objektif luka di gb dan terdapat tampon pada lokasi post op, Pemeriksaan TTV dengan hasil S: 36,6 °C, TD: 121/77 mmHg, Respirastori: 20 x/menit, Nadi: 114 x/menit, dengan ini masalah teratasi sebagian dan lanjutkan intervensi.

Evaluasi hari ketiga dilakukan pada tanggal 08 Maret 2023. Evaluasi diagnosis pertama dilakukan pada jam **20.00 WIB** dengan diagnosis **Nyeri akut berhubungan dengan abses di perianal** yaitu diperoleh data subjektif klien mengatakan nyeri pada bagian anus berkurang, hasil dari pemeriksaan nyeri menggunakan PQRST didapatkan hasil P: nyeri bertambah pada saat bergerak, Q: nyeri terasa menusuk, R: pada area anus S: skala nyeri 3, T: nyeri terasa hilang timbul selama kurang lebih dua menit dan data objektif ekspresi wajah klien sedikit meringis merasakan nyeri, Pemeriksaan TTV dengan hasil S: 36,9 °C, TD: 120/84 mmHg, Respirastori: 20 x/menit, Nadi: 91 x/menit, dengan ini masalah teratasi sebagian dan lanjutkan intervensi.

Evaluasi dilakukan pada diagnosis ke dua jam **20.15 WIB. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri** yaitu diperoleh data subjektif klien mengatakan dapat berganti posisi miring ke kanan dan ke kiri dan data objektif klien melakukan mobilisasi sederhana dengan mandiri, dengan ini masalah teratasi sebagian dan lanjutkan intervensi.

Evaluasi dilakukan pada diagnosis ke tiga jam **20.30 WIB. Risiko infeksi berhubungan dengan kerusakan integritas kulit** yaitu diperoleh data subjektif klien mengatakan demam dan data objektif klien tampak menggigil, Pemeriksaan TTV dengan hasil S: 36,9 °C, TD: 120/84 mmHg, Respirastori: 20 x/menit, Nadi: 91 x/menit, dengan ini masalah belum teratasi dan lanjutkan intervensi.

BAB IV

PEMBAHASAN

Pada bab ini akan membahas tentang asuhan keperawatan pada Tn. S dengan penyakit abses perianal di ruang KH. Abdurrahman Wahid Rumah Sakit Islam NU Demak yang dikelola dari tanggal 06 Maret 2023 sampai 08 Maret 2023, dengan memperhatikan tahapan pengkajian, diagnosis, intervensi, implementasi, dan evaluasi keperawatan.

A. Pengkajian Keperawatan

Dalam menyusun asuhan keperawatan tahapan yang pertama yaitu pengkajian. Pengkajian merupakan fase dimana mengidentifikasi data, mengumpulkan informasi yang kita dapatkan dari pasien atau keluarga pasien (Khairani, 2020).

Penyusunan asuhan keperawatan ini penulis menggunakan metode observasi, wawancara dan pemeriksaan fisik terhadap Tn. S dengan penyakit abses perianal pengkajian yang dilakukan penulis mulai pada tanggal 06 Maret 2023. Pengkajian tahap awal sangat penting untuk menentukan keberhasilan perawat dalam mengkaji, pada saat melakukan pengkajian penulis tidak ada hambatan karena klien dan keluarga klien kooperatif. Karena tingkat kekambuhan yang tinggi, semua pasien perlu ditindak lanjuti sampai sembuh total, yang bisa memakan waktu hingga delapan minggu. Selain itu, hingga sepertiga pasien mungkin sudah memiliki fistula diano atau berkembang setelah abses, yang merupakan alasan lain untuk melakukan tindak lanjut yang dekat. Jika ada abses berulang, evaluasi lebih lanjut diperlukan untuk kemungkinan HIV Crohn, neoplasma, atau etiologi lain yang mendasari (Choi et al., 2018). Tetapi penulis tidak mengkaji lebih detail mengenai adanya abses pada perianal yang tumbuh secara berulang, selain itu pada pola eliminasi BAB saya kurang melakukan pengkajian secara lengkap kepada klien sehingga data yang saya dapatkan kurang menjelaskan gangguan apa saja yang dirasakan

klien saat sedang BAB pada saat ada benjolan pada anusny. Pengkajian asuhan keperawatan pada Tn. S dengan penyakit abses perianal data-data diperoleh penulis meliputi dasar, data fokus, data subjektif dan data objektif.

B. Diagnosis Keperawatan

Tahapan yang kedua dalam penyusunan asuhan keperawatan yaitu menentukan diagnosis keperawatan. Standar diagnosis keperawatan Indonesia digunakan sebagai panduan untuk memastikan asuhan keperawatan yang aman, efektif, dan etis, dan merupakan salah satu kewajiban profesi keperawatan dalam memberikan perlindungan kepada masyarakat sebagai klien. (Kusumaningrum, 2022).

Berdasarkan pengkajian yang diperoleh, penulis menegakan diagnosis yang pertama yaitu **Nyeri Akut Berhubungan dengan Abses di Perianal**. Karena pada saat pengkajian didapatkan data subjektif klien merasakan nyeri pada daerah anus kurang lebih satu minggu dan data objektif ekspresi wajah klien meringis merasakan nyeri.

P: nyeri bertambah saat area anus tertekan,

Q: nyeri terasa menusuk,

R: pada area anus

S: skala nyeri 5,

T: nyeri terasa hilang timbul selama kurang lebih tiga menit.

Penulis menegakkan diagnosis nyeri akut sebagai diagnosa prioritas karena keluhan nyeri adalah keluhan yang saat itu juga sedang dirasakan oleh klien.

Diagnosis keperawatan kedua **Gangguan Mobilitas Fisik Berhubungan dengan Nyeri**. Penulis menegakan diagnosis kedua Gangguan mobilitas fisik karena pada saat pengkajian yang didapatkan oleh penulis yaitu data subjektif klien mengatakan mengalami keterbatasan dalam bergerak karena adanya nyeri dan abses pada anus dan data objektif klien mengalami keterbatasan dalam bergerak, posisi tengkurap. Penulis seharusnya melakukan pengkajian kembali dan menambahkan data tambahan pada diagnosis gangguan mobilitas fisik setelah klien

menjalankan post op abses perianal hari ke 0 yang dilakukan pada tanggal 07 Maret 2023.

Diagnosis keperawatan yang ketiga yaitu **Risiko Infeksi Berhubungan dengan Kerusakan Integritas Kulit**. Penulis menegaskan diagnosis ketiga Risiko infeksi karena pada saat pengkajian yang didapatkan oleh penulis yaitu data subjektif klien mengatakan terdapat benjolan berisi gumpalan nanah dan darah pada area anus. Dan data objektif di temukan peradangan pada luka dan hasil leko: $16,000 \text{ mm}^3$, HB: 7.8 g/dl, Hit: 22.8 %, Tromb: $402,000 \text{ mm}^3$. Penulis tidak memasukan data hasil laboratorium pada pengkajian hari ketiga sehingga data yang diperoleh kurang lengkap untuk memantau risiko infeksi yang terjadi, khususnya untuk melihat hasil leukosit pada klien.

Prioritas diagnosis keperawatan diklasifikasikan menjadi tinggi, menengah atau rendah. Prioritas bergantung pada urgensi dari masalah. Pada kasus ini saya menegaskan diagnosis nyeri akut sebagai diagnosis keperawatan prioritas karena keluhan nyeri adalah keluhan yang saat itu juga sedang dirasakan oleh klien. Pada saat menuliskan diagnosis keperawatan **Nyeri Akut Berhubungan dengan Abses di Perianal**, seharusnya saya hanya menulis etiologi sesuai yang tertera di buku SDKI tidak perlu ditambahkan keterangan lebih lanjut seperti kata di perianal. Pada diagnosis keperawatan **Risiko Infeksi Berhubungan dengan Kerusakan Integritas Kulit** kurang cocok untuk diangkat menjadi diagnosis keperawatan prioritas dikarenakan pada hari pertama pengkajian klien sudah mengalamai infeksi dibuktikan dengan hasil laborat pada lekosit hasilnya diatas nilai rujukan yaitu $16,600 \text{ mm}^3$.

C. Diagnosis yang berpotensi muncul

Selain membahas diagnosis yang sudah ditegakkan pada Tn. S penulis juga membahas diagnosis yang muncul dari masalah yang dialami oleh klien tetapi tidak ditegakkan penulis antara lain:

1. Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit infeksi

Penulis menambahkan diagnosis hipertermia karena pasien mengalami peningkatan suhu tubuh dan dari hasil pemeriksaan darah lengkap ditemukan peningkatan leukosit. Batasan karakteristik pada masalah keperawatan ini antara lain: suhu tubuh pada rentang normal, takikardi, takipnea, tampak kemerahan.

2. Perlambatan pemulihan pasca bedah

Diagnosa keperawatan yang seharusnya dapat ditambahkan pada pasien Tn. S selain hipertermia yaitu perlambatan pemulihan pasca bedah. Definisi Perlambatan pemulihan pasca bedah adalah memperpanjang jumlah hari pasca operasi untuk melanjutkan aktivitas sehari-hari. Batasan karakteristik: pasien mengeluh nyeri, area luka pasca operasi yang terbuka, waktu atau durasi penyembuhan yang memanjang, nafsu makan pasien menurun, terdapat gangguan mobilitas, membutuhkan bantuan orang lain dalam perawatan diri, pekerjaan tertunda, dan bahkan ketidakmampuan untuk terus bekerja (SDKI PPNI, 2018).

Dari pengkajian yang telah dilakukan penulis, didapatkan data pasien mengeluh nyeri dan tidak nyaman, terdapat masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik, terdapat luka pasca operasi, dan klien membutuhkan bantuan perawatan diri karena terdapat gangguan mobilitas fisik.

3. Defisit Pengetahuan

Definisi Defisit Pengetahuan adalah ketiadaan atau kurangnya informasi kognitif yang berkaitan dengan topik tertentu (SDKI PPNI, 2018). Pada kasus ini penulis seharusnya mengangkat diagnosis Defisit Pengetahuan dikarenakan pada saat pengkajian klien mengatakan tidak mengetahui terkait penyakitnya yaitu abses yang dapat timbul secara berulang di perianal.

D. Intervensi

Tahapan yang ketiga yaitu intervensi keperawatan, keperawatan berfokus bagaimana proses perencanaan intervensi mencakup kegiatan yang dilakukan oleh perawat atas nama klien, dan bagaimana respon klien terhadap tindakan yang diberikan (Kusumaningrum, 2022).

Pada diagnosis yang pertama **Nyeri Akut Berhubungan dengan Abses di Perianal**, Intervensi keperawatan yang dilakukan penulis selama 3x8 jam di harapkan nyeri teratasi dengan melakukan tarik nafas dalam. teknik tarik nafas dalam dilakukan untuk mengurangi rasa nyeri, meningkatkan relaksasi dengan membantu pasien merespon nyeri sehingga mengurangi ketegangan otot dan meningkatkan rasa nyaman dan kemampuan beradaptasi (Fajri et al., 2022). Pada intervensi yang untuk mengatasi nyeri selain menggunakan teknik tarik nafas dalam penulis dapat menggunakan teknik relaksasi benson yaitu metode relaksasi yang melibatkan kombinasi antara pernapasan dalam, pengulangan mantra, dan visualisasi untuk mencapai relaksasi fisik dan mental dengan memberi pengertian bahwa segala bentuk nyeri datangnya dari Tuhan yang sedang memberikan ujian kepada hambanya (Renaldi et al., 2017). Tetapi penulis tidak melakukan teknik relaksasi benson dikarenakan klien tidak kooperatif dan lebih efektif untuk dilakukan teknik tarik nafas dalam.

Pada diagnosis keperawatan yang kedua yaitu **Gangguan Mobilitas Fisik Berhubungan dengan Nyeri**, Intervensi keperawatan yang dilakukan penulis selama 3x8 jam di harapkan tingkat mobilitas fisik pada klien meningkat. Pada intervensi untuk meningkatkan mobilitas, penulis tidak mengajarkan klien mobilisasi sederhana duduk dikarenakan terdapat luka yang belum di operasi dan setelah di operasi tidak diajarkan karena terdapat luka post op tetapi penulis mengganti mengajarkan mobilisasi sederhana dengan tiduran miring kekanan dan kekiri.

Pada diagnosis keperawatan yang ketiga yaitu **Risiko Infeksi Berhubungan dengan Kerusakan Integritas Kulit**, Intervensi keperawatan yang dilakukan penulis selama 3x8 jam di harapkan tingkat infeksi

pada klien menurun. Intervensi yang dilakukan oleh penulis untuk menurunkan tingkat infeksi masih belum berhasil, karena hasil lab tertulis leukosit mengalami kenaikan dari hasil lab tanggal 06 Maret 2023 dan klien mengalami kenaikan suhu pada tanggal 08 Maret 2023.

Demam pasca operasi terjadi pada hingga 90% orang yang menjalani operasi. Semua jenis operasi menyebabkan cedera dan pembengkakan. Bagian dari respons tubuh terhadap cedera dan peradangan ini bisa berupa demam. Selain respon inflamasi ini, atelektasis adalah penyebab paling umum dari demam pasca operasi (Saltzman et al., 2017).

E. Implementasi

Implementasi keperawatan adalah tahapan dari proses keperawatan. Implementasi dimulai setelah perencanaan tindakan dibuat berdasarkan diagnosis keperawatan, dan ditujukan untuk merancang strategi yang membantu mencapai tujuan yang diharapkan (Kusumaningrum, 2022).

Dalam penerapan implementasi dari tanggal **06 Maret 2023 sampai 08 Maret 2023** pada diagnosis yang pertama **Nyeri Akut Berhubungan dengan Abses di Perianal** implementasi yang dilakukan yaitu mengobservasi keluhan nyeri, ekspresi wajah, VAS, dan TTV, dengan respon klien data subjektif klien mengatakan nyeri pada bagian anus, hasil dari pemeriksaan nyeri menggunakan PQRST didapatkan hasil P: nyeri bertambah saat bergerak, Q: nyeri terasa menusuk, R: pada area anus S: skala nyeri 3, T: nyeri terasa hilang timbul selama kurang lebih dua menit dan data objektif ekspresi wajah klien sedikit meringis merasakan nyeri, Pemeriksaan TTV dengan hasil S: 36,9 °C, TD: 120/84 mmHg, Respirastori: 20 x/menit, Nadi: 91 x/menit, kemudian menjelaskan dan mengajarkan klien tindakan pereda nyeri nonfarmakologis seperti tarik nafas dalam dengan respon klien data subjektif klien mengatakan setelah dilakukan teknik non farmakologis merasa nyaman dan data objektif klien terlihat rileks, meringis menurun.

Dalam penerapan implementasi dari tanggal **06 Maret 2023 sampai 08 Maret 2023** pada diagnosis yang kedua yaitu **Gangguan Mobilitas Fisik Berhubungan dengan Nyeri** implementasi yang dilakukan yaitu

mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, dengan respon klien data subjektif klien mengatakan nyeri sudah berkurang dan bisa berpindah posisi dari tengkurap dan data objektif klien tampak rileks dengan posisi tidur miring ke kiri, kemudian mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. duduk di tempat tidur) dengan respon klien data subjektif klien mengatakan dapat berganti posisi miring ke kanan dan ke kiri dan data objektif klien melakukan mobilisasi sederhana dengan mandiri.

Dalam penerapan implementasi dari tanggal **06 Maret 2023 sampai 08 Maret 2023** pada diagnosis yang ketiga yaitu **Risiko Infeksi Berhubungan dengan Kerusakan Integritas Kulit** implementasi yang dilakukan yaitu mengobservasi tanda-tanda infeksi pada luka, TTV (nadi dan suhu), dengan respon klien data subjektif klien mengatakan demam dan data objektif klien tampak menggigil, Pemeriksaan TTV dengan hasil S: 36,9°C, TD: 120/84mmHg, Respiratori: 20x/menit, Nadi: 91x/menit, kemudian memberikan perawatan luka op secara tetap dengan teknik aseptik, dengan respon klien data objektif mengganti tampon setiap hari dan BAB keluar secara langsung berupa cairan.

F. Evaluasi

Evaluasi adalah langkah terakhir dalam proses keperawatan. Pada kasus ini menunjukkan adanya kemajuan dan keberhasilan dalam mengatasi masalah pada Tn.S dengan abses perianal yang dirawat di ruang K.H Abdurrahman Wahid RSI NU Demak dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan sebagai metode pemecahan masalah.

Pada diagnosis keperawatan yang pertama penulis telah melakukan tindakan dengan maksima dan Alhamdulillah, klien dengan diagnosis **Nyeri akut berhubungan dengan abses di perianal** mengatakan nyeri pada bagian anus berkurang, hasil dari pemeriksaan nyeri menggunakan PQRST didapatkan hasil P: nyeri bertambah pada saat bergerak, Q: nyeri terasa menusuk, R: pada area anus S: skala nyeri 3, T: nyeri terasa hilang timbul selama kurang lebih dua menit dan data objektif ekspresi wajah klien sedikit meringis merasakan nyeri, Pemeriksaan TTV dengan hasil S: 36,9 °C, TD:

120/84mmHg, Respirastori: 20x/menit, Nadi: 91x/menit, dengan ini masalah teratasi sebagian dan lanjutkan intervensi.

Pada diagnosis kedua **Gangguan Mobilitas Fisik Berhubungan dengan Nyeri** penulis telah melakukan tindakan dengan sepenuhnya, karena pada respon subjektif klien mengatakan dapat berganti posisi miring ke kanan dan ke kiri dan data objektif klien melakukan mobilisasi sederhana dengan mandiri, dengan ini masalah teratasi sebagian dan lanjutkan intervensi.

Pada diagnosis ketiga **Risiko Infeksi Berhubungan dengan Kerusakan Integritas Kulit** penulis telah melakukan tindakan dengan sepenuhnya, pada respon subjektif klien mengatakan demam dan data objektif klien tampak menggigil, Pemeriksaan TTV dengan hasil S: 36,9°C, TD: 120/84mmHg, Respirastori: 20x/menit, Nadi:91 x/menit, dengan ini masalah belum teratasi dan lanjutkan intervensi.



BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Asuhan keperawatan yang dilakukan oleh penulis pada Tn. S di ruang K.H Abdurrahman Wahid Rumah Sakit Islam Nu Demak pada penderita Abses Perianal antara tanggal 06 hingga 08 Maret 2023 dengan keluhan klien mengatakan nyeri sekitar anus yang diawali dengan pengkajian, perumusan masalah, perencanaan, pelaksanaan, serta evaluasi hasil. Abses perianal adalah jenis abses anorektal yang paling umum terjadi. Kondisi ini terjadi ketika di sekitar anus terisi nanah, yang kemudian dapat memunculkan benjolan yang berisi nanah di sekitar area anus. Penyebaran infeksi yang paling umum adalah ekstensi ke bawah ke kulit perianal, membentuk perianal abses. Abses dapat timbul berulang karena dipengaruhi status imun klien dan juga Tn. S mempunyai riwayat fistula ani sehingga memicu kambuhnya abses secara berulang.

Penulis telah melakukan pengkajian pada studi kasus dengan meliputi identitas, riwayat penyakit sekarang, pola fungsi serta pengkajian head to toe yang dilakukan kepada klien. Dengan hasil pengkajian yang telah dilakukan maka ditetapkan diagnosis keperawatan Nyeri akut berhubungan dengan abses di perianal. Diagnosis ini juga ditetapkan sebagai diagnosis keperawatan prioritas karena keluhan nyeri adalah keluhan yang saat itu juga sedang dirasakan oleh Tn. S.

Setelah itu, rencana keperawatan dibuat dengan tujuan mencapai hasil dan tujuan yang diinginkan, untuk mengatasi nyeri pada Tn. S penulis melakukan teknik tarik nafas dalam dilakukan untuk mengurangi rasa nyeri, meningkatkan relaksasi dengan membantu pasien merespon nyeri sehingga mengurangi ketegangan otot dan meningkatkan rasa nyaman dan kemampuan beradaptasi. Pada studi kasus telah dilaksanakan tindakan keperawatan selama 3x8 jam dengan tindakan yang selaras dengan

perencanaan keperawatan yang telah diputuskan. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam maka didapatkan hasil dengan melakukan evaluasi bahwa ketiga masalah keperawatan telah teratasi sebagian dan tujuan tercapai sebagian.

B. Saran

1. Bagi institusi pendidikan

Temuan pada studi ini bisa dijadikan prosedur tindakan dan sebagai bahan untuk pertimbangan yang diterapka untuk asuhan keperawatan pada klien dengan Abses Perianal

2. Bagi masyarakat

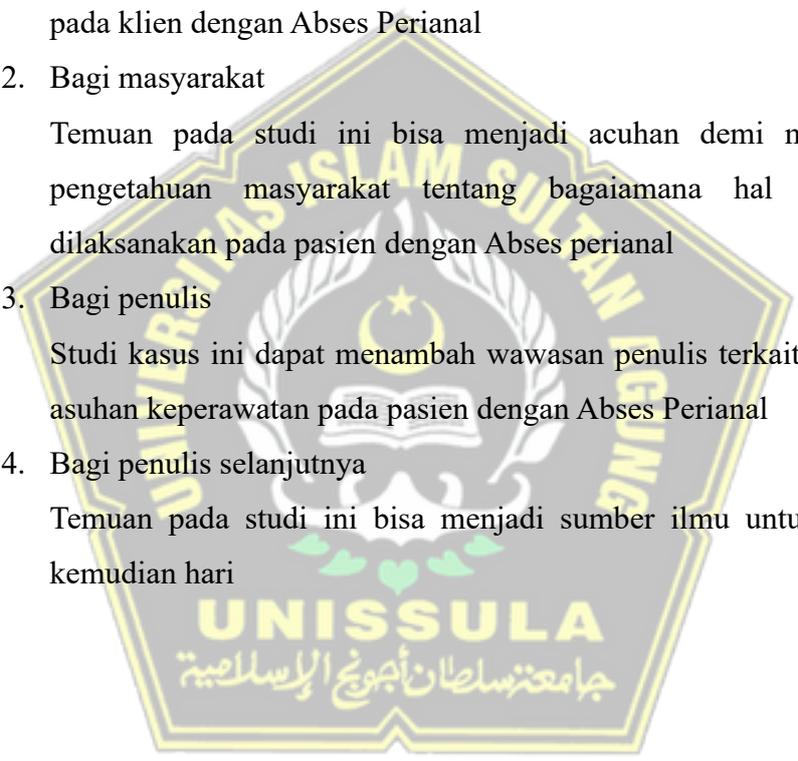
Temuan pada studi ini bisa menjadi acuan demi memperdalam pengetahuan masyarakat tentang bagaimana hal yang dapat dilaksanakan pada pasien dengan Abses perianal

3. Bagi penulis

Studi kasus ini dapat menambah wawasan penulis terkait pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien dengan Abses Perianal

4. Bagi penulis selanjutnya

Temuan pada studi ini bisa menjadi sumber ilmu untuk penulis di kemudian hari



DAFTAR PUSTAKA

- Choi, Y. S., Kim, D. S., Lee, D. H., Lee, J. B., Lee, E. J., Lee, S. D., Song, K. H., & Jung, H. J. (2018). Clinical characteristics and incidence of perianal diseases in patients with ulcerative colitis. *Annals of Coloproctology*, *34*(3), 138–143. <https://doi.org/10.3393/ac.2017.06.08>
- Fajri, I., Nurhamsyah, D., Alifatal Mudrikah, K., Aisyah, S., Rizka Azjunia, A., Keperawatan PSDKU Unpad Pangandaran, M., Keperawatan, F., Padjadjaran, U., & Departemen Keperawatan Gawat Darurat dan Kritis, D. (2022). TERAPI NON-FARMAKOLOGI DALAM MENGURANGI TINGKAT NYERI PADA PASIEN KANKER PAYUDARA STADIUM 2-4: LITERATURE REVIEW. In *Jurnal Ilmiah Keperawatan Indonesia*• (Vol. 5, Issue 2). <http://jurnal.umt.ac.id/index.php/jik/index>
- Hassan Elhassan, Y., Y. Guraya, S., & Almaramhy, H. (2017). The Prevalence, Risk Factors and Outcome of Surgical Treatment of Acute Perianal Abscess from a Single Saudi Hospital. *Biosciences, Biotechnology Research Asia*, *14*(1), 153–159. <https://doi.org/10.13005/bbra/2430>
- Hidayati, A. N. (2019). *Infeksi Bakteri Kulit* (A. N. dkk Hidayati, Ed.; 2019th ed.). Airlangga University Press.
- Kastiaji, H., & Hayati, Z. (2023). FISTULA PERIANAL: LAPORAN KASUS. *Jurnal Ilmiah Sains, Teknologi, Ekonomi, Sosial Dan Budaya*, *7*(1).
- Khairani, L. (2020). *TAHAPAN PENGKAJIAN DALAM PROSES KEPERAWATAN*.
- Kusumaningrum, P. R. (2022). Penerapan 3S (SDKI, SLKI, SIKI) dalam Asuhan Keperawatan di Rumah Sakit. *Jurnal Abdi Masyarakat Indonesia*, *2*(2), 577–582. <https://doi.org/10.54082/jamsi.293>
- Lohsiriwat, V. (2016). Anorectal emergencies. In *World Journal of Gastroenterology* (Vol. 22, Issue 26, pp. 5867–5878). Baishideng Publishing Group Co. <https://doi.org/10.3748/wjg.v22.i26.5867>
- Mak, W. Y., Mak, O. S., Lee, C. K., Tang, W., Leung, W. K., Wong, M. T. L., Sze, A. S. F., Li, M., Leung, C. M., Lo, F. H., Lam, B. C. Y., Chan, K. H., Shan, E. H. S., Tsang, S. W. C., Hui, A. J., Chow, W. H., Chan, F. K. L., Sung, J. J. Y., & Ng, S. C. (2018). Significant Medical and Surgical Morbidity in Perianal Crohn's Disease: Results from a Territory-Wide Study. *Journal of Crohn's and Colitis*, *12*(12), 1392–1398. <https://doi.org/10.1093/ecco-jcc/jjy120>
- Mitra, A., Yadav, A., Mehta, N., Varma, V., Kumaran, V., & Nundy, S. (2015). Complicated Perianal Sepsis. *Indian Journal of Surgery*, *77*, 769–773. <https://doi.org/10.1007/s12262-013-0997-y>

- PPNI (2016). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi Dan Indikator Diagnostik, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.
- PPNI (2018). Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan Keperawatan, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.
- PPNI (2018). Standar Luaran Keperawatan Indonesia: Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.
- Renaldi, A., Doli Tine Donsu, J., & Keperawatan Poltekkes Kemenkes Yogyakarta, J. (2017). *Page | 50 Relaksasi Benson terhadap Tingkat Persepsi Nyeri pada Pasien Post Laparatomy di RSUD Nyi Ageng Serang Benson Relaxation against Pain Perception Levels in Post Laparatomy Patients at Nyi Ageng Serang Hospital*. <http://e-journal.poltekkesjogja.ac.id/index.php/caring/>
- Saltzman, B. M., Mayo, B. C., Bohl, D. D., Frank, R. M., Cole, B. J., Verma, N. N., Nicholson, G. P., Romeo, A. A., of Orthopedic Surgery, P., & of Orthopedic, P. (2017). *Evaluation of fever in the immediate post-operative period following shoulder arthroplasty*. 99(11). <https://doi.org/10.1302/0301-620X.99B11>
- Sepa, K., Bagus, A., & Satyarsa, S. (2021). PERIANAL ABSES PADA MASA PANDEMI COVID-19: SEBUAH LAPORAN KASUS. In *Medical Journal : Jurnal Berkala Ilmiah Kedokteran* (Vol. 5, Issue 1). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/book>
- Smith, S. R., Newton, K., Smith, J. A., Dumville, J. C., Iheozor-Ejiofor, Z., Pearce, L. E., Barrow, P. J., Hancock, L., & Hill, J. (2016). Internal dressings for healing perianal abscess cavities. In *Cochrane Database of Systematic Reviews* (Vol. 2016, Issue 8). John Wiley and Sons Ltd. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011193.pub2>
- Sulung, N., & Rani, S. D. (2017). TEKNIK RELAKSASI GENGAM JARI TERHADAP INTENSITAS NYERI PADA PASIEN POST APPENDIKTOMI. *Jurnal Endurance*, 2(3), 397. <https://doi.org/10.22216/jen.v2i3.2404>