

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN BAPAK S YANG  
MENGALAMI ABSES COLLI DIRUANG CEMPAKA RUMAH  
SAKIT UMUM DAERAH ABDUL WAHAB SJAHRANIE  
SAMARINDA**

**KARYA TULIS ILMIAH**



**OLEH**

**UNTUNG FAUZI**

**13.113082.1.0805**

**PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MUHAMMADIYAH  
SAMARINDA**

**2016**

# BAB 1

## PENDAHULUAN

### A. LATAR BELAKANG

Kesehatan merupakan fenomena yang kompleks. Seperti yang didefinisikan oleh Organisasi Kesehatan Dunia (WHO), kesehatan adalah “suatu keadaan sejahtera fisik, mental dan sosial yang komplit dan bukan semata-mata terbebas dari penyakit”. Selain definisi luas ini, kesehatan secara tradisional dinilai dengan memperhatikan *mortalitas* (kematian) dan *morbiditas* (kesakitan) selama periode tertentu. Oleh karena itu, keseimbangan antara kesejahteraan fisik, mental, dan sosial serta keberadaan penyakit menjadi indikator utama kesehatan (Wong, 2008)

Menurut penelitian yang dilakukan Parhischar dan kawan-kawan, terhadap 210 infeksi leher dalam, 175 (83,3%) dapat diidentifikasi penyebabnya. Penyebab terbanyak infeksi gigi 43%. Ludwig's angina yang disebabkan infeksi gigi 76%, abses submandibula 61% disebabkan Oleh infeksi gigi (Parhischar et al., 2001).

Yang dan kawan-kawan (2008) melaporkan dari 100 penderita infeksi leher dalam, 77 (77%) penderita dapat diidentifikasi sumber infeksi sebagai penyebabnya. Penyebab terbanyak berasal dari infeksi orofaring 35%, odontogenik

23%.Penyebab lain adalah infeksi kulit, sialolitiasis, trauma, tuberkulosis, dan kista yang terinfeksi.

Jumlah pasien keseluruhan hasil dari tanggal 1- 30 mei 2016, diantaranya penyakit besar, termasuk Abses Colli Sebanyak 1 Kasus dalam satu bulan terakhir terhitung dari awal bulan mei sampai akhir bulan mei 2016. Di Ruang Cempaka RSUD. Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

Berdasarkan uraian diatas dan angka kejadian yang terjadi pada kasus tersebut serta pentingnya peran perawat dalam penanganan maka penulis tertarik untuk menyusun karya tulis ilmiah dengan judul “asuhan keperawatan pada klien bapak S yang mengalami Abses Colli di Ruang Cempaka RSUD. Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

## B. Rumusan Masalah

Berikut merupakan rumusan masalah yang dapat diambil adalah “Bagaimana Pelaksanaan asuhan Keperawatan pada Pasien Bapak S yang mengalami Abses Colli di Ruang Cempaka RSUD. Abdul Wahab Sjahranie Samarinda?”

## C. Tujuan

Adapun tujuan penulisan karya ilmiah ini, adalah :

## 1. Tujuan Umum

Untuk memperoleh gambaran nyata pelaksanaan asuhan keperawatan pada Pasien Bapak S yang mengalami Abses Colli di Ruang Cempaka RSUD. Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

## 2. Tujuan khusus

Untuk memperoleh pengalaman nyata dalam proses pelaksanaan asuhan keperawatan pada Pasien Bapak S yang mengalami Abses Colli di Ruang Cempaka RSUD. Abdul Wahab Sjahranie Samarinda dan menganalisis kesenjangan antara teori dan kasus, khususnya dalam hal proses keperawatan yang terdiri dari:

- a. Pengkajian
- b. Diagnosa keperawatan
- c. Perencanaan tindakan keperawatan
- d. Pelaksanaan tindakan keperawatan
- e. Evaluasi
- f. Dokumentasi

## D. metode penulisan

Dalam penulisan karya tulis ilmiah ini, penulis menggunakan metode deskriptif, dimana penulis memberikan gambaran secara keseluruhan yang disertai analisa data permasalahan yang timbul selama pelaksanaan keperawatan.

Adapun metode pengumpulan data yang digunakan adalah :

### 1. Observasi

Observasi merupakan metode pengumpulan data melalui pengamatan visual dengan menggunakan panca indra. Mencatat hasil observasi secara khusus tentang apa yang dilihat, didengar, dirasa, dicium dan dikecap akan lebih akurat dibandingkan mencatat interpretasi seseorang tentang hal tersebut.

### 2. Wawancara

Wawancara atau interview merupakan metode pengumpulan data secara langsung antara perawat klien. Data wawancara adalah semua ungkapan klien, tenaga kesehatan, atau orang lain yang berkepentingan termasuk keluarga, teman, dan orang terdekat klien.

### 3. Pemeriksaan fisik

Melakukan pemeriksaan fisik dengan tehnik inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi. Inspeksi yaitu pemeriksaan dengan melakukan observasi pada keadaan umum, auskultasi yaitu melakukan pemeriksaan dengan menggunakan alat stetoskop, perkusi yaitu melakukan pengetukan dan palpasi yaitu dengan melakukan perabaan. Pemeriksaan ini dilakukan secara keseluruhan dari kepala sampai ujung kaki,

### 4. Studi dokumentasi

Data yang diambil dari status klien yang ada diruangan baik itu berupa catatan perawat ataupun instruksi dokter.

## 5. Studi kepustakaan

Studi kepustakaan digunakan untuk mengumpulkan data teori yang berhubungan dengan isi karya tulis ilmiah tersebut, terdiri dari buku- buku, jurnal, internet dan sumber-sumber lain

## E. Sistematika penulisan

Makalah ilmiah ini terdiri dari lima bab, yang tersusun secara sistematis dengan urutan sebagai berikut :

1. Bab pertama merupakan pendahuluan yang tersusun atas latar belakang masalah, tujuan, metode penulisan dan sistematika penulisan
2. Bab kedua merupakan landasan teori yang meliputi konsep dasar penyakit dan asuhan keperawatan yang teoritis.
3. Bab ketiga merupakan laporan khusus yang menguraikan tentang pelaksanaan asuhan keperawatan pada Pasien Bapak S yang mengalami Abses Colli di Ruang Cempaka RSUD. Abdul Wahab Sjahranie Samarinda yang terdiri dari pengkajian, diagnosa keperawatan, rencana tindakan, pelaksanaan hingga evaluasi akhir.
4. Bab keempat merupakan pembahasan yang menguraikan tentang asuhan keperawatan pada Pasien Bapak S yang mengalami Abses Colli dalam praktek nyata dihubungkan dengan konsep- konsep asuhan keperawatan pada klien dengan abses hepar secara teoritis

5. Bab kelima merupakan penutup yang berisikan kesimpulan dan saran.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Pengertian**

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

Abses 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, 2003 dalam Nurarif &

Kusuma, 2013)

Abses (misalnya bisul) biasanya merupakan titik "mata", yang kernudian pecah; rongga abses kolaps dan terjadi obliterasi karena fibrosis, meninggalkan jaringan parut yang kecil (Harrison, 2005)

Dari pengertian di atas dapat disimpulkan bahwa abses colli adalah suatu 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 dalam ruang potensial diantara fasia leher dalam, akibat perjalanan berbagai sumber infeksi seperti gigi, mulut, tenggorokan, sinus paranasal dan telinga leher.

## **b. Etiologi**

Menurut Siregar (2004). Suatu infeksi bakteri dapat menyebabkan abses dengan beberapa cara:

1. Bakteri masuk ke bawah kulit akibat luka yang berasal dari tusukan jarum yang tidak steril. Bakteri menyebar dari suatu infeksi di bagian tubuh yang lain.
2. Bakteri yang dalam keadaan normal hidup di dalam tubuh manusia dan tidak menimbulkan gangguan, kadang bisa terbentuknya abses.
3. Peluang terbentuknya suatu abses akan meningkat jika:
  - a. Terdapat kotoran atau benda asing di daerah tempat terjadinya infeksi.
  - b. Daerah yang terinfeksi mendapat aliran darah yang kurang.
  - c. Terdapat gangguan system kekebalan.

## **c. Patofisiologi**

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

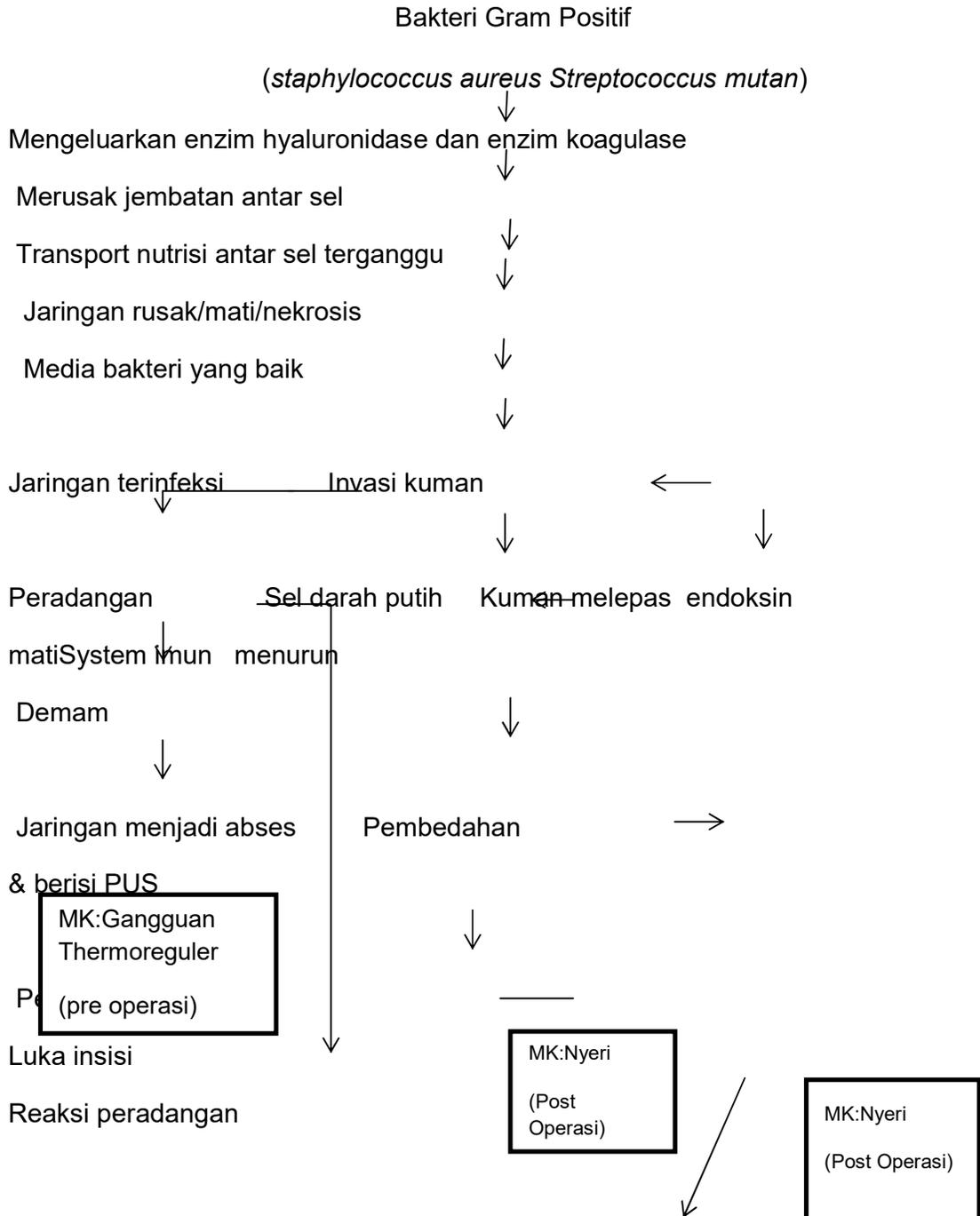
Struktur akhir dari suatu abses adalah dibentuknya dinding abses, atau kapsul oleh sel-sel sehat disekeliling abses, sebagai upaya untuk mencegah pus menginfeksi struktur lain di sekitarnya, Meskipun demikian seringkali proses enkapsulasi tersebut cenderung menghalangi sel-sel imun untuk menjangkau penyebab peradangan (agen infeksi atau benda asing) dan melawan bakteri-bakteri yang terdapat dalam pus. Abses harus dibedakan dengan empyema. Empyema mengacu pada akumulasi nanah dalam kavitas yang telah ada sebelumnya secara normal, sedangkan abses mengacu pada akumulasi nanah di dalam kavitas yang baru terbentuk melalui proses terjadinya abses tersebut.

abses adalah suatu penimbunan nanah, biasanya terjadi akibat suatu infeksi suatu bakteri. Jika bakteri menyusup kedalam suatu jaringan yang sehat maka akan terjadi suatu infeksi. Sebagian sel mati dan hancur meninggalkan rongga yang berisi jaringan dan sel-sel yang terinfeksi. Sel-sel darah putih yang merupakan pertahanan tubuh dalam melawan infeksi, bergerak kedalam rongga tersebut dan setelah menelan bakteri sel darah putih akan mati, sel darah putih yang mati inilah yang membentuk nanah yang mengisi rongga tersebut.

Akibat penimbunan nanah ini, maka jaringan di sekitarnya akan terdorong, jaringan pada akhirnya tumbuh di sekeliling abses dan menjadi dinding pembatas abses, hal ini merupakan mekanisme tubuh untuk melawan atau mencegah penyebaran infeksi lebih lanjut. Jika

suatu abses pecah di dalam maka infeksi bisa menyebar di dalam tubuh maupun di bawah permukaan kulit, tergantung pada lokasi abses.

WOC.



(Rubor, Kalor, Tumor, Dolor, Fungsi laesea)



Sumber: Hardjatmo Tjokro Negoro, PHD dan Hendra utama, 2001

MK: Nyeri (Pre Operasi)
----------------------------

#### **D. Tanda dan gejala**

Tanda dan gejala dari abses tergantung lokasi dan pengaruhnya terhadap fungsi suatu organ atau syaraf, karena abses merupakan salah satu manifestasi peradangan maka manifestasi lain yang mengikuti abses dapat merupakan tanda dan gejala dari proses inflamasi, gejalanya berupa:

1. Nyeri
2. Nyeri tekan
3. Teraba hangat
4. Pembengkakan
5. Kemerahan
6. Demam

Suatu abses yang terbentuk tepat dibawah kulit biasanya tampak sebagai suatu benjolan. Jika abses akan pecah maka suatu daerah pusat benjolan akan lebih putih karena kulit di atasnya menipis .suatu abses di dalani tubuh, menjadi lebih besar. Abses dalam lebih mungkin menyebarkan infeksi keseluruh tubuh.

#### **E. Penatalaksanaan Medis**

Abses luka biasanya tidak membutuhkan penanganan menggunakan antibiotic.Narnun demikian.kondisi tersebut

butuh ditangani dengan intervensi bedah, debridement atau kuretase. Suatu abses harus di amati dengan teliti untuk mengidentifikasi penyebab utamanya apabila disebabkan oleh benda asing karena benda asing tersebut harus diambil. Apabila tidak disebabkan oleh benda asing, biasanya hanya perlu dipotong dan di ambil abesnya, bersama dengan pemberian obat analgetik abses dengan menggunakan pembedahan biasanya diindikasi apabila abses telah berkembang dari peradangan serasa yang keras menjadi tahap nanah yang lebih lunak.

Karena seringkali abses disebabkan oleh bakteri *staphylococcus aureus*, antibiotic antistafilokokus seperti flucloxacilin atau didoxacillin sering digunakan. Dengan adanya kemunculan *staphylococcus aureus* tersebut yang dapat melalui komunitas, antibiotic biasanya tersebut menjadi tidak efektif (Mansjoer,2003)

#### **F. Komplikasi**

Menurut Siregear (2004), Komplikasi mayor dari abses adalah penyebaran abses ke jaringan sekitar atau jaringan yang jauh dan kematian jaringan setempat yang ekstensif (gangrene). Pada sebagian besar bagian tubuh, abses jarang dapat sembuh dengan sendirinya sehingga tindakan medis secepatnya di indikasikan ketika terdapat kecurigaan akan adanya abses.

Suatu abses dapat menimbulkan konsekuensi yang fatal. Meskipun jarang, apabila abses tersebut mendesak struktur yang baik.

### **G. Pemeriksaan Diagnostik**

Pemeriksaan diagnostik yang merujuk pada diagnose bedah abses secara umum menurut Doenges, dkk (2010), meliputi:

1. Kultur: mengidentifikasi organisme penyebab abses sensitivitas menentukan obat yang paling efektif
2. Leukosit (sel darah putih): leucopenia leukositosis ( 15.000-30.000) mengidentifikasi produksi sel darah putih tak matur dalam jumlah besar.
3. Pemeriksaan pembekuan: trombositopenia dapat terjadi karena agregasi trombosit, PT/PTT mungkin memanjang menunjukkan koagulopati yang diasosiasikan dengan iskemia hati / sirkulasi toksin status syok.
4. Laktat serum.' meningkat dalam asidosis metabolic, disfungsi hati, syok.
5. Urinalisis: adanya sel darah putih / bakteri penyebab infeksi sering muncul protein dan sel darah merah.

Menurut sudoyo (2007). Pemeriksaan diagnostik abses meliputi:

- a. Pemeriksaan foto polos pedis: untuk mengetahui ada atau tidaknya komplikasi.
- b. Ultrasonografi (USG): dapat memberikan petunjuk tentang ukuran abses dan adanya lokulasi atau abses multiple.

## H. Asuhan Keperawatan

### 1. Pengkajian

Pengkajian adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan suatu pengumpulan data yang sistematis dari berbagai sumber untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien. Tahap pengkajian merupakan dasar utama dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan kebutuhan individu (klien). Oleh karena itu pengkajian yang benar, akurat, lengkap, dan sesuai dengan kenyataan sangat penting dalam merumuskan suatu diagnosis keperawatan dan dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan respon individu, sebagaimana yang telah ditentukan dalam standar praktik keperawatan dari *American Nursing Association (ANA)*. Nursalam (2008).

Penulis tidak menemukan teori pengkajian tentang Abses Menurut Doenges (2010) sehingga penulis mengambil inisiatif untuk mengambil teori yang merujuk pada pembedahan sehingga penulis mengambil pengkajian intervensi bedah pada Dongoes (2010).

a. **Sirkulasi**

Gejala:

Riwayat masalah jantung, GJK, edema pulmonal, penyakit vaskuler perifer, atau stasis vascular (peningkatan resiko pembentukan trombus)

b. **Integritas ego**

Gejala:

Perasaan cemas, takut, marah, apati.

Faktor-faktor stress multipel, misalnya finansial, hubungan, gaya hidup.

Tanda:

Tidak dapat beristirahat, peningkatan ketegangan/ peka rangsang. Stimulasi simpatis.

c. **Makanan/ cairan**

Gejala:

Insufisiensi pancreas/ DM (predioposisi untuk hipoglikemia/ ketoasidosis). Malnutrisi (termasuk obesitas)

d. **Pernafasan**

Gejala:

Infeksi, kondisi yang kronis/ batuk, merokok

e. **Keamanan**

Gejala:

Alergi atau sensitive Obat, makanan, plester, dan larutan.  
Defisiensi immune (peningkatan resiko infeksi sistemik dan penundaan penyembuhan), Munculnya hanker/ terapi kanker baru. Riwayat keluarga tentang hipertermia malignan/ reaksi anestesi, Riwayat penyakit hepatic (efek dari detoksifikasi Obat-obatan dan dapat mengubah koagulasi).

Riwayat transfusi darah/ reaksi transfusi,

Tanda:

Munculnya proses infeksi yang melelahkan ; demam.

f. **Penyuluhan/ pembelajaran**

Gejala:

Penggunaan antikoagulasi, steroid, antibiotic, anti hipertensi, kardiotonik glikosid, antidiuritik, bronkodilator, diuretik, dekongestan, analgesic, anti inflamasi, antikonvulsan atau tranquilizer dan juga Obat yang dijual bebas atau Obat-obatan yang rekreasional.

2. Diagnosa Keperawatan

*North American Nursing* Diagnosis Asosiasi (NANDA) dalam \_urasalam (2008) menyatakan bahwa diagnosis keperawatan adalah keputusan klinik mengenai respon individu (pasien dan masyarakat) tentang masalah kesehatan actual dan potensial sebagai dasar seleksi

### 3. Perencanaan

no	Diagnose	Noc	nic
1	Kurang pengetahuan berhubungan dengan kurangnya pemajanan/mengingat, salah interpretasi informasi. Tidak akrab dengan sumber informasi	<p>Pernyataan masalah/ perhatian, kesalahan konsep permintaan informasi. Tingkah laku yang berlebihan/ tidak pantas (misalnya agitasi, apatis, bermusuhan). Tidak tepat mengikuti intruksi/ perkembangan komplikasi yang tidak dapat dicegah. Tratasi dengan waktu 3x24 jam</p> <p>Kriteria hasil .</p> <p>Mengutarakan pemahaman proses penyakit/ proses praoperasi dan harapan pasca operasi. Melakukan prosedur yang diperlukan dan menjelaskan alasan dari suatu tindakan. Memulai perubahan</p>	<p>1.1 Kaji tingkat pemahaman pasien</p> <p>1.2 Tinjau ulang pastologi khusus dan antisipasi prosedur pembedahan.</p> <p>1.3 Gunakan sumber-sumber baha pengajaran, audiovisual sesuai keadaan.</p> <p>1.4 Sediakan kesempatan untuk melatih batuk, nafas dalam, dan latihan otot.</p> <p>1.5 Informasikan pasien/ orang terdekat mengenai rencana perjalanan, kornunikasi dokter/ orang terdekat</p>

		gaya hidup yang diperlukan dan ikut serta dalam regimen dalam perawatan	
2	<p>Ketakutan/ansietas berhubungan dengan krisis situasional, ketidakakraban dengan lingkungan. Ancaman kematian perubahan pada status kesehatan. Berpisah dengan system pendukung yang biasa.</p>	<p>Peningkatan ketegangan, ketakutan, penurunan kepercayaan diri. Menunjukkan perhatian akan perubahan, rasa takut akan koskuensi. Tensi wajah, tidak dapat beristirahat, pemokuskan pada diri. Stimulasi simpatis. Dalam waktu 3x24 jam masalah teratasi. Kriteria hasil : Menunjukkan perasaan dan mengidentifikasi cara yang sehat dalam</p>	<p>3.1 Informasikan pasien/orang terdekat tentang peran advokat perawatan intra operasi. 3.2 Identifikasi tingkat rasa takut yang mengharuskan dilakukannya penundaan prosedur pembedahan 3.3 Validasi sumber rasa takut Sediakan informasi yang akurat dan aktualRasional: 3.4 Kembangkan rasa percaya/hubungan, turunkan rasa takut akan kehilangan control pada lingkungan yang asing 3.5 Rasa takut yang berlebihan atau terus menerus akan mengakibatkan reaksi stress yang berlebih 3.6 Mengidentifikasi rasa takut yang spesifik akan membantupasien untuk menghadapinya secara</p>

		<p>berhadapan dengan mereka.</p> <p>Tampil santai, dapat beristirahat dengan cukup</p> <p>Melaporkan penurunan rasa takut dan cemas yang berkurang ke tingkat yang di dapat diatasi.</p>	<p>realistis</p> <p>3.7 Pasien mungkin telah berduka terhadap kehilangan yang ditunjukkan dengan antispasi prosedur pembedahan/diagnose/ prognosa penyakit</p>
--	--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

3	<p>Cedera dengan faktor resiko kondisi interaktif di antara individu dan lingkungan</p>	<p>Lingkungan eksternal, misalnya struktur fisik, struktur lingkungan, pemajanan peralatan, instrument, posisi penggunaan zat- zat farmasi</p> <p>Lingkungan internal misalnyahipoksia jaringan, bentuk darah yang tidak normal/perubahanfaktor pembekuan, kerusakan kulit</p> <p>Tujuan:- Kriteria hasil : Mengidentifikasi faktor-faktor resiko individu.</p>	<p>3.1 Lepaskan gigi palsu atau kawat gigi sesuai protocol praoperasi. Infomasikan ahli anastesi akan gigi yang telah dilepaskan.</p> <p>3.2 Singkirkan alat buatan pada praoperasi atau setelah induksi, tergantung pada perubahan sensori dan persepsi dan ketidakseimbangan fasilitas.</p> <p>3.3 Periksa identitas pasien dengan membandikan grafik pasien, gelang pita pasien.</p> <p>3.4 Siapkan peralatan dan bantalan untuk posisi yang dibutuhkan sesuai prosedur operasi dan kebutuhan spesifik pasien.</p>
---	-----------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

4	<p>Infeksi faktor resiko kulit yang rusak, trauma jaringan,</p>	<p>stasis jaringan tubuh. Munculnya zat-zat patogen/ kontamian, pemajanan lingkungan, prosedur invasive.</p> <p>Tujuan:</p> <p>Kriteria hasil:</p> <p>Mengidentifikasi faktor-faktor resiko individu dan intervensi untuk mengurangi potensial infeksi.</p>	<p>4.1 Tetap pada fasilitas control infeksi, sterilisasi dan prosedur/kebijakan aseptik</p> <p>4.2 Uji kesterilan semua peralatan</p> <p>4.3 Ulangi studi laboratorium untuk kemungkinan infeksi sistemik</p> <p>4.4 Uji bahwa kulit praoperasi, vaginal, dan prosedur pemeberian yang telah dilakukan sesuai kebutuhan</p> <p>4.5 Siapkan lokasi operasi menurut prosedur khusus</p> <p>4.6 Periksa kulit untuk memeriksa adanya infeksi yang terjadi</p> <p>4.7 Pertahankan gravitasi drain dependen dari kateter indwelling, selang, dan atau tekanan positif dari parenteral atau jalur irigasi</p> <p>4.8 Identifikasi gangguan pada teknik seperti dan atasi dengan segera pada waktu terjadi</p> <p>4.9 Tampung cairan atau sisa yang terkontaminasi pada tempat-tempat tertentu di dalam ruang operasi dan kemudian dibuang sesuai dengan metode pembuangan yang telah</p>
---	-----------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

			ditetapkan oleh rumah sakit 4.10 Sediakan pembalut yang steril
5	Resiko tinggi terhadap perubahan suhu dengan faktor resiko pemajanan lingkungan yang baik	Penggunaan obat-obat, zat anastesi. Umur dan berat yang ekstrem. Dehidrasi Tujuan: Kriteria hasil: Pertahankan suhu tubuh dalam jangkauan normal	5.1 Catat suhu praoperasi. 5.2 Kaji suhu lingkungan dan modifikasi sesuai kebutuhan, misalnya sediakan selimut penghangat dan pendingin. 5.3 Sediakan pengukuran pendingin pada pasien dengan elevasi suhu praoperasi. 5.4 Catat elefasi suhu yang cepat atau demam tinggi menetap dan obati secara tepat. 5.5 Kolaborasi dalam pemberian antipiretik sesuai indikasi.

#### 4. Pelaksanaan

Tindakan keperawatan adalah kategori dari perilaku keperawatan dimana tindakan yang diperlukan untuk mencapai tujuan dan hasil yang diperkirakan dari asuhan keperawatan dilakukan dan diselesaikan. Implementasi mencakup melakukan, membantu, atau mengarahkan kinerja aktifitas kehidupan sehari-hari, pemberian asuhan keperawatan untuk tujuan yang berpusat pada klien (Potter & Perry, 2005).

Pelaksanaan keperawatan pada pasien abses merujuk intervensi bedah menurut Doenges (2010). Dikembangkan untuk mengurangi ansietas dan trauma emosional, menyediakan keamanan fisik, mencegah komplikasi, meredakan rasa sakit, memberikan fasilitas untuk proses kesembuhan dan menyediakan informasi mengenai proses penyakit / prosedur pembedahan, prognosis dan kebutuhan pengobatan.

#### 5. Evaluasi

Evaluasi adalah respon pasien terhadap terapi dan kemajuan mengarah pencapaian hasil yang diharapkan. Aktivitas ini berfungsi sebagai umpan balik dan bagian control proses keprawatan, melalui status pernyataan diagnostik pasien secara individual dinilai untuk diselesaikan, dilanjutkan atau memerlukan perbaikan (Doenges, 2010).

Evaluasi asuhan keperawatan sebagai tahap akhir dari proses keperawatan yang bertujuan untuk menilai hasil akhir dan seluruh tindakan keperawatan yang telah dilakukan. Evaluasi ini bersifat sumatif, yaitu evaluasi yang dilakukan sekaligus pada akhir dari semua tindakan keperawatan yang

telah dilakukan dan telah disebut juga pencapaian jangka panjang.

Setelah dilakukan semua tindakan keperawatan, evaluasi keperawatan yang diharapkan pada pasien abses merujuk intervensi bedah menurut doenges (2010), adalah pasien menghadapi situasi yang ada secara realities, komplikasi dicegah/diminimalkan, rasa sakit dihilangkan/dikontrol, luka sembuh/fungsi organ berkembang ke arah normal.

### **BAB III TINJAUAN KASUS**

<b>A. Pengkajian .....</b>	<b>24</b>
<b>B. Diagnosa Keperawatan .....</b>	<b>35</b>
<b>C. Perencanaan .....</b>	<b>36</b>
<b>D. Pelaksanaan .....</b>	<b>40</b>
<b>E. Evaluasi .....</b>	<b>48</b>

### **BAB IV PEMBAHASAN**

<b>A. Pengkajian .....</b>	<b>51</b>
<b>B. Diagnosa Keperawatan .....</b>	<b>52</b>
<b>C. Perencanaan .....</b>	<b>54</b>
<b>D. Pelaksanaan .....</b>	<b>57</b>
<b>E. Evaluasi .....</b>	<b>60</b>

**SILAHKAN KUNJUNGI PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS**

**MUHAMMADIYAH KALIMANTAN TIMUR**

## **BAB V**

### **PENUTUPAN**

Pada bab ini penulis ingin menyampaikan beberapa kesimpulan dari isi karya tulis yang telah dibuat ini, dan beberapa saran yang sifatnya membangun, bukan untuk menjatuhkan atau mencari kelemahan. Hal ini berdasarkan pada semua tindakan asuhan keperawatan pada Bapak F yang mengalami cedera kepala ringan di ruang Angsoka Rumah Sakit Umum Abdul Wahab Sjarahani Samarinda.

#### **A. Kesimpulan**

1. Dalam melakukan pengkajian melalui observasi, wawancara dan pemeriksaan fisik, didapatkan data pasien yaitu Pasien nyeri di bagian diperut, pasien mengatakan belum mandi sejak masuk rumah sakit, pasien mengatakan batuk yang disertai dahak, pasien mengatakan tidak mengerti tentang penyakitnya. Sedangkan data objektifnya, wajah nya meringis kesakitan, tanda-tanda vital: tekanan darah 130/80 mmHg, pernapasan 22 x/i, Pasien terlihat kotor dan bau. Terpasang infus PCP (RL 20 tetes/menit). Semua data yang ditemukan oleh penulis bisa diperoleh berkat adanya sikap terbuka dan kerjasama dari pasien, catatan perawat dan catatan medik.

2. Diagnosa keperawatan yang ditemukan ada 4 yaitu
  1. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b/d kurang asupan makanan
  2. Nyeri akut b,d agen cedera fisik (prosedur invasif).
  3. Resiko infeksi dengan faktor resiko prosedur invasif
  4. Kerusakan integritas kulit b.d prosedur bedah
3. Pada perencanaan asuhan keperawatan pada dasarnya sesuai dengan Teori, karena penulis menggunakan buku sumber yang ada sesuai dengan diagnosa keperawatan yang didapatkan, kondisi pasien dan penyebab timbulnya masalah. Adapun penambahan dan pengurangan dari rencana asuhan keperawatan dengan teori yang ada dikarenakan penulis berusaha untuk menyesuaikan antara rencana keperawatan dengan kondisi dan fasilitas yang tersedia.
4. Penulis melaksanakan tindakan keperawatan sesuai dengan masalah/kebutuhan klien saat itu, tidak semata-mata berdasarkan prioritas masalah yang direncanakan sebelumnya serta disesuaikan dengan waktu pelaksanaan tindakan, karena keterbatasan waktu penulis. Memiliki keperluan diluar ruangan dimana terpaksa meninggalkan ruangan perawat maka ada beberapa tindakan keperawatan pukul 24.00. Wita tidak dilakukan tanda-tanda vital dan penulisan tetapi dilaksanakan oleh perawat, ruang angsoka dan

mahasiswa yang sedang praktik di Ruang Angsoka Rumah Sakit Umum Abdul Wahab Sjahrani.

5. Selama memonitor perkembangan pasien, penulis dapat membantu memecahkan sebagian besar masalah, pasien sesuai dengan waktu yang direncanakan dan kriteria yang ditetapkan, dibuktikan dengan diagnosa yang perawat buat, 6 diagnosa yang teratasi selama dirumah sakit.
6. Penulis melakukan pendokumentasian dari mulai identitas klien, pengkajian fisik, pemeriksaan diagnostik, pengobatan, masalah keperawatan, perencanaan dalam mengatasi masalah yang ada, tindakan keperawatan dan evaluasi di dokumentasikan menggunakan SOAP setiap harinya.

## **B. Saran**

Dengan melihat pentingnya asuhan keperawatan yang diberikan secara komprehensif, penulis menyampaikan beberapa saran yaitu:

1. Instansi atau Rumah Sakit

Untuk meningkatkan rasa nyaman dan menghindari bakteri nasokomial pada klien, sebaiknya pihak rumah sakit lebih memperhatikan kebersihan dan mencuci tangan sebelum dan setelah melakukan tindakan keperawatan.

## 2. Pelaksana Pelayanan di Rumah Sakit

- a. Pelayanan yang di berikan lebih di tingkatkan lagi agar pengguna jasa kesehatan merasa puas dan bisa mewujudkan Indonesia Sehat.
- b. Pelayanan kesehatan sebaiknya lebih terbuka dalam memberikan informasi tentang keadaan pasien pada keluarga.

## 3. Ilmu atau Profesi Keperawatan

- a. Untuk mewujudkan Indonesia pandai maka sebagai senior wajib mendidik para juniornya agar tidak melakukan kesalahan dalam memberikan Asuhan keperawatan.
- b. Tingkatkan pengetahuan ilmu keperawatan agar terbebas dari penyakit yang mematikan.

## 4. Institusi Pendidikan

- a. Kepada pihak institusi pendidikan hendaknya memperhatikan waktu yang disediakan untuk penulis dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien sesuai dengan kebutuhan pasien.
- b. Bekali keterampilan mahasiswa yang banyak sebelum terjun dalam proses keperawatan di Rumah Sakit.
- c. Selain itu perlunya peningkatan fasilitas berupa buku-buku literature khususnya keperawatan medikal bedah yang baru seperti, bukutentang tumor otak

5. Perawat

Untuk meningkatkan mutu pelayanan hendaknya para perawat lebih meningkatkan komunikasi 5S (Senyum, sapa, sopan, santun, dan salam) dimana keramahan ini akan sangat membantu dalam proses penyembuhan dan kerjasama dengan pasien, keluarga pasien dan juga dengan tenaga kesehatan yang lain.

6. Untuk Pasien dan keluarga

- a. Diharapkan pasien memperhatikan kondisi kesehatannya dan rajin melakukan pengobatan, memeriksakan diri seperti ke PUSKESMAS atau dokter terdekat, agar mengetahui perkembangan kondisi kesehatannya dan lakukan tindakan pencegahan serta pengobatan selanjutnya
- b. Di harapkan keluarga dapat memberikan dorongan kepada pasien agar dapat cepat sembuh.

## DAFTAR PUSTAKA

Donges (2010). *Nursing Diagnosis Manual. Nursing diagnosis manual:*

*Panning, individualizing, and documenting client care*, Edisi 2.  
Jakarta:EGC

Koziesr, Barbara dkk. (2010). *Buku ajar fundamental keperawatan: konsep,*

*Info medika*

Siregar, (2008). *Buku ajar keperawaatana. Jakarta :EGC*

Abiy, Die'S (2007). Abses; Definisi; Tanda dan Gejala;  
Diagnosis Abses

(<http://die13profesionalnursing.blogspot.com/2011/02/abses-definisi-tanda-dan-gejala.html>) diakses pada tanggal 23 juni jam 10.00

Capernito.L.J (2009). *Diagnosis Keperawatan; Aplikasi pada praktik Klinik edisi 3* Jakarta: EGC

Sudoyo, dkk.(2007) .*Buku ajar penyakit Dalam*.Jilid

III Edisi IV.Jakarta :Pusat

Penerbitan ilmu penyakit Dalam. Fakultas Kedokteran  
Universitas Indonesia.