

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Konsep Penyakit**

##### **2.1 Abses Submandibula**

###### **a. Definisi**

Abses submandibula adalah kumpulan pus yang terisolasi dibawah dermis dan jaringan kulit yang lebih dalam, ditimbulkan oleh infeksi dari bakteri, parasit, atau benda asing lainnya (Aryani, Fardani, Hayuti, Ginari, & Hartomo, 2022). Menurut Gadre A. K & Gadre K. C, (2016) menambahkan abses submandibula adalah suatu kondisi terbentuknya abses di daerah submandibula dan disertai nyeri pada tenggorokan, demam dan keterbatasan gerak saat membuka mulut.

###### **b. Etiologi**

Penyebab tersering infeksi submandibula adalah infeksi gigi, sebagian besar kasus infeksi submandibula disebabkan oleh berbagai kuman, baik aerob maupun anaerob. Kuman aerob yang paling sering ditemukan adalah *Streptococcus sp*, *Staphylococcus sp*, *Neisseria sp*, *10 Klebsiella sp*, *Haemophilus sp*. Pada kasus yang berasal dari infeksi gigi, sering ditemukan kuman anaerob *Bacteroides melaninogenesis*, *Eubacterium peptostreptococcus* dan yang jarang adalah kuman *Fusobacterium* (Rizzo & Da Mosto, 2009 dalam Noviyanti, 2019).

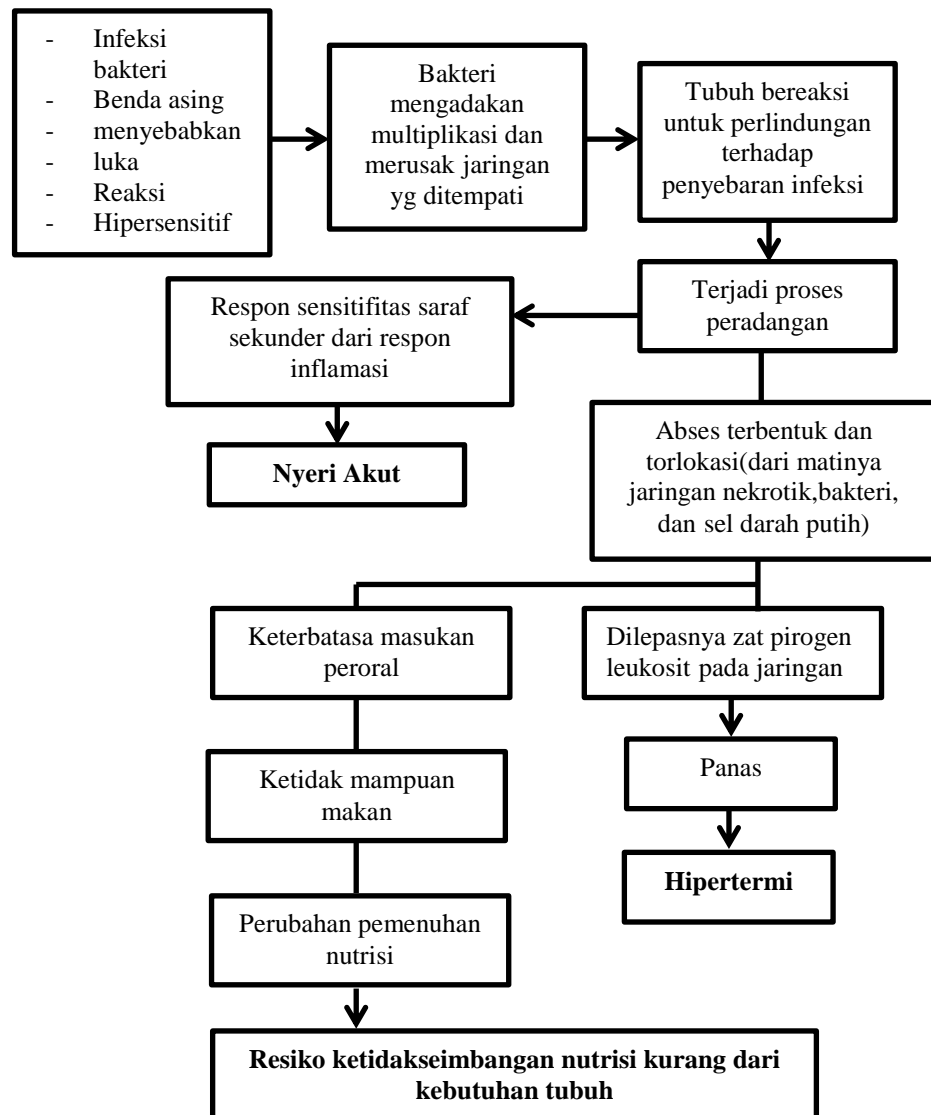
###### **c. Tanda dan Gejala**

Adapun tanda dan gejala menurut Wates et al, (2018) yang di alami oleh penderita abses submandibula adalah nyeri ketika menoleh kepala, trismus, perubahan suara, disartria, disfonia dari kompresi *nervus vagus*, lidah yang bengkak, peninggian dasar lidah, disfagi/odinofagi, keluar banyak air liur. Irianto (2014) dalam Putri, (2021) menambahkan bahwa gejala dari abses tergantung pada lokasi dan pengaruhnya terhadap fungsi suatu organ atau saraf. Gejalanya bisa berupa: nyeri, nyeri tekan, teraba hangat, pembengkakan, kemerahan, dan demam.

#### **d. Patofisiologi**

Pembengkakan pada inflamasi dan infeksi akut dapat terjadi pada sejumlah lokasi anatomi disekitar mulut dan wajah, secara intra-oral sebagai abses gigi atau dental terlokalisasi, atau pembengkakan *serviofasial* akibat penyebaran infeksi ke spasia diantara jaringan. Beratnya infeksi tergantung dari virulensi kuman, daya tahan tubuh dan lokasi anatomi. Infeksi gigi dapat mengenai pulpa dan periodontal, penyebaran infeksi dapat meluas melalui foramen apical gigi ke daerah sekitarnya. Infeksi dari submandibula dapat meluas ke ruang mastikoid kemudian ke parafaring. Perluasan infeksi ke parafaring juga dapat langsung dari ruang submandibular. Selanjutnya penyebaran abses leher dalam dapat melalui beberapa jalan yaitu limfatik, melalui celah antara ruang leher dalam dan trauma tembus Rizzo & Da Mosto, (2009) dalam Noviyanti, (2019).

*pathway*



Gambar 1 *Pathway* Abses Submandibula

Sumber: Muttaqin, 2013, dalam Noviyanti, (2019).

**e. Faktor Risiko**

Faktor risiko yang timbul pada kasus penderita abses submandibula dalam penelitian Hartedja, Yue, & Moehario, (2021) memperoleh bahwa pasien DM memiliki tingkat keparahan yang lebih dan prognosis yang buruk karena penurunan sistem imun. Kondisi *hygiene* oral menjadi faktor lain yang memengaruhi abses leher dalam. *Hygiene* oral yang buruk berisiko menimbulkan infeksi gigi, tonsillitis dan lain sebagainya. Perkembangan antibiotik telah membantu menurunkan jumlah kasus secara signifikan tapi kasus infeksi leher dalam masih tetap ditemukan hingga saat ini, terutama pada pasien tua atau pasien dengan riwayat penyakit sistemik, seperti diabetes mellitus atau pasien dengan perawatan mulut yang buruk berpotensi menimbulkan infeksi gigi.

**f. Komplikasi**

Abses submandibula dapat menyebar ke jaringan *parafaringeal* dan *retrofaringeal* sehingga membentuk abses parafaring dan *retrofaring*. penyebaran infeksi ke ruang parafaring dapat merusak *carotid sheath* terdiri dari *arteri carotis*, *vena jugularis interna*, dan *nervus vagus*. erosi akibat infeksi pada *arteri carotis* komunis dapat menyebabkan terbentuknya aneurisma yang sewaktu-waktu dapat ruptur. Pada vena jugularis interna dapat terjadi tromboflebitis vena yang disebut *lemmierre syndrome*. Infeksi juga dapat menyebar melalui pembuluh darah ke rongga intrakranial menyebabkan *abses cerebri*, meningitis, epidural dan *subdural empyema*, serta ke seluruh tubuh menyebabkan kondisi sepsis. Penyebaran infeksi ke daerah retrofaring dapat berlanjut turun menyebabkan obstruksi jalan napas, *mediastinitis*, *pericarditis*, dan *empyema pleura* (Ariobimo, Nujum, & Saputro, Abses Submandibula, 2023).

### **g. Penatalaksanaan**

Prioritas utama abses submandibula dalam adalah menjaga patensi jalan napas, dilanjutkan pemberian antibiotik intravena baru dilakukan drainase secara pembedahan. Menjaga patensi jalan napas bila terdapat obstruksi adalah yang paling utama jika diperlukan dapat dilakukan segera di kamar operasi dengan intubasi menggunakan fiberoptik (intubasi blind baik *nasotracheal* maupun *orotracheal* dengan neuromuscular relaxan dapat mencetuskan krisis jalan napas), bila sangat diperlukan dapat dilakukan trakeostomi segera.

Setiap pasien dengan infeksi leher dalam harus mendapat terapi antibiotik empiris hingga hasil kultur dan sensitivitas jadi. Pilihan antibiotik empiris harus efektif terhadap mikroba *aerob* dan *anaerob* yang sering menjadi penyebab. Kombinasi antibiotik golongan penisilin dengan *B-lactamase* inhibitor (amoxicillin dengan asam *clavulanic*) atau golongan *B-lactamase* resistant inhibitor (cefoxitin, cefuroxime, imipenem atau meropenem) ditambah obat yang sensitif terhadap mikroba anaerob (*clindamycin* atau metronidazole) efektif menangani infeksi campuran dengan angka keberhasilan lebih dari 70% (Ariobimo, Nujum, & Saputro, Abses Submandibula, 2023).

## **2.2 Nyeri**

### **a. Pengertian Nyeri**

Nyeri adalah pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan karena adanya kerusakan jaringan baik aktual maupun potensial (Malik, 2020).

### **b. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Nyeri**

Faktor-faktor yang mempengaruhi nyeri Alimul Hidayah & Uliyah, (2014) dalam Setiawati, (2022) antara lain :

#### 1) Arti nyeri

Arti nyeri bagi seseorang memiliki banyak perbedaan dan hampir sebagian arti nyeri merupakan arti yang negatif, seperti membahayakan, merusak dan lain-lain. Keadaan ini dipengaruhi

oleh beberapa faktor, seperti usia, jenis kelamin, latar belakang, sosial budaya, lingkungan dan pengalaman.

2) Persepsi nyeri

Persepsi nyeri merupakan penilaian yang sangat subjektif tempatnya pada korteks (pada fungsi evaluative kognitif). Persepsi ini dipengaruhi oleh faktor yang dapat memicu stimulasi nociceptor.

3) Toleransi nyeri

Toleransi ini erat hubungannya dengan intensitas nyeri yang dapat mempengaruhi kemampuan seseorang menahan nyeri. Faktor yang dapat mempengaruhi peningkatan toleransi nyeri antara lain alcohol, obat-obatan, hipnotis, gesekan atau garukan, pengalihan perhatian, kepercayaan yang kuat, dan sebagainya. Sementara itu faktor yang menurunkan toleransi antara lain kelelahan, rasa marah, bosan, cemas, nyeri yang tidak kunjung hilang, sakit, dan lain-lain.

4) Reaksi terhadap nyeri

Reaksi terhadap nyeri merupakan bentuk respons seseorang terhadap nyeri, seperti ketakutan, gelisah, cemas, menangis, dan lain-lain. Semua ini merupakan bentuk respons nyeri yang dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor seperti arti nyeri, tingkat persepsi nyeri, pengalaman masa lalu, nilai budaya, harapan sosial, kesehatan fisik dan mental, rasa takut, cemas, usia, dan lain-lain.

**c. Jenis Nyeri**

*International Association for the Study of Pain (IASP)* telah mengidentifikasi beberapa kategori nyeri. Diantara kategori ini adalah nyeri akut, nyeri alih, nyeri kanker, dan nyeri kronis Rosdahl & Kowalski, (2017) dalam Rahmayati, Hardiansyah, & Nurhayati, (2018).

#### 1) Nyeri Akut

Nyeri akut biasanya merupakan sensasi yang terjadi secara mendadak, paling sering terjadi sebagai respons terhadap beberapa jenis trauma. Penyebab umum nyeri akut adalah trauma akibat kecelakaan, infeksi, dan pembedahan. Nyeri akut terjadi dalam periode waktu yang singkat, biasanya 6 bulan atau kurang, dan biasanya bersifat intermitten (sesekali), tidak konstan.

#### 2) Nyeri Alih

Nyeri alih adalah nyeri yang berasal dari satu bagian tubuh, tetapi dipersepsikan dibagian tubuh lain. Nyeri alih paling sering berasal dari dalam *visera* (organ internal) dan dapat dipersepsikan dikulit, meskipun dapat juga dipersepsikan dalam area internal yang lain.

#### 3) Nyeri Kanker

Nyeri kanker adalah hasil dari beberapa jenis keganasan. Sering kali, nyeri kanker sangat hebat dan dapat dianggap intractable (tidak dapat diatasi) dan kronis.

#### 4) Nyeri Kronis

Nyeri kronis atau sering disebut juga nyeri neuropatik didefinisikan sebagai ketidaknyamanan yang berlangsung dalam periode waktu lama (6 bulan atau lebih) dan dapat terjadi seumur 14 hidup subjek penelitian. Nyeri kronis sebenarnya dapat terjadi akibat kesalahan sistem saraf dalam memproses input (asupan) sensori.

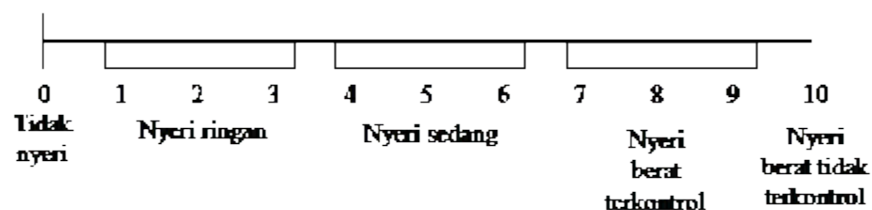
### **d. Cara Pengukuran Nyeri**

Intensitas nyeri adalah gambaran tentang seberapa parah nyeri dirasakan individu. Individu merupakan penilai terbaik dari nyeri yang dialaminya dan karenanya harus diminta untuk menggambarkan dan membuat tingkatannya Smeltzer, *et al.* (2010) dalam Rahmayati, Hardiansyah, & Nurhayati, (2018).

Menurut Potter & Perry, (2006) dalam Rahmayati, Hardiansyah, & Nurhayati, (2018) penilaian intensitas nyeri dapat dilakukan dengan menggunakan skala sebagai berikut :

### 1) Skala Deskriptif

Skala deskriptif merupakan alat pengukuran tingkat keparahan nyeri yang lebih objektif. Skala pendeskripsian verbal, (*Verbal Descriptor Scale*) merupakan sebuah garis yang terdiri dari tiga sampai lima kata pendeskripsian yang tersusun dengan jarak yang sama di sepanjang garis. Pendeskripsian ini diranking dari “tidak terasa nyeri” sampai “nyeri yang tidak tertahankan”. Perawat menunjukkan subjek penelitian skala tersebut dan meminta subjek penelitian untuk memilih intensitas nyeri terbaru yang dirasakan. Alat *Verbal Descriptor Scale* ini memungkinkan subjek penelitian memilih sebuah kategori untuk mendeskripsikan nyeri.

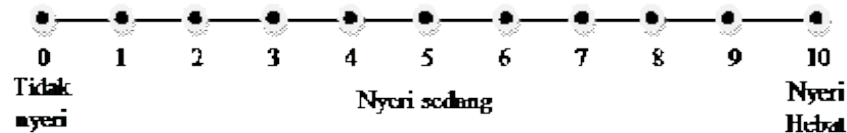


Gambar 2.1  
*Verbal Descriptor Scale* (Potter & Perry, 2006)

### 2) Skala Numerik

Skala penilaian numerik (*Numerical Rating Scale*) lebih digunakan sebagai pengganti alat pendeskripsian kata. Dalam hal ini, subjek penelitian menilai nyeri dengan menggunakan skala 0-10. Skala paling efektif digunakan saat mengkaji intensitas nyeri sebelum dan setelah intervensi terapeutik. Apabila digunakan skala untuk menilai nyeri, maka direkomendasikan patokan 10 cm.





Gambar 2.2  
*Numerical Rating Scale* (Potter & Perry, 2006)

Keterangan :

0 : Tidak nyeri

1-3 : Nyeri ringan

Secara obyektif subjek penelitian dapat berkomunikasi dengan baik

4-6 : Nyeri sedang

Secara obyektif subjek penelitian mendesis, menyeringai, dapat menunjukkan lokasi nyeri, dapat mendeskripsikannya, subjek penelitian dapat mengikuti perintah dengan baik.

7-9 : Nyeri berat

Secara obyektif tidak dapat mengikuti perintah tapi masih respon terhadap tindakan, dapat menunjukkan lokasi nyeri, tidak dapat mendeskripsikannya, tidak dapat diatasi dengan alih posisi nafas panjang, distraksi dll.

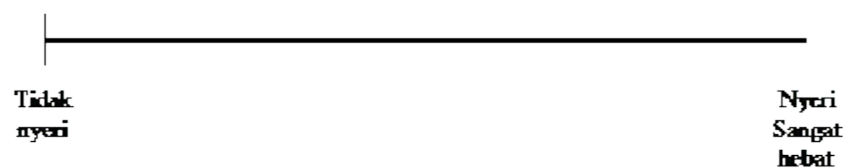
10 : Nyeri sangat berat (panik tidak terkontrol)

Secara objektif subjek penelitian tidak mau berkomunikasi dengan baik berteriak dan histeris, subjek penelitian tidak dapat mengikuti perintah lagi, selalu mengejan tanpa dapat dikendalikan, menarik-narik apa saja yang tergapai, dan tak dapat menunjukkan lokasi nyeri (Padila, 2014).

### 3) Skala *Analog Visual*

Skala analog visual (*Visual Analog Scale*) adalah suatu garis lurus/horizontal sepanjang 10 cm, yang mewakili intensitas nyeri

yang terus-menerus dan pendeskripsi verbal pada setiap ujungnya. Pasien diminta untuk menunjukkan letak nyeri terdapat sepanjang garis tersebut. Ujung kiri biasanya menandakan “tidak ada” atau “tidak nyeri”, sedangkan ujung kanan biasanya menandakan “berat” atau “nyeri yang paling buruk”. Untuk menilai hasil, sebuah penggaris diletakkan sepanjang garis dan jarak yang dibuat pasien pada garis dari “tidak ada nyeri” diukur dan ditulis dalam centimeter Smeltzer, (2002) dalam Andarmoyo, (2013).



Gambar 2.3  
*Visual Analog Scale* (Potter & Perry, 2006)

#### 4) Skala Wajah (*Faces Pain Rating Scale*)

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



Gambar 2.4  
*Faces Pain Rating Scale* (Potter & Perry, 2006)

### e. Manajemen Nyeri

Strategi penatalaksanaan nyeri atau lebih dikenal dengan manajemen nyeri adalah suatu tindakan untuk mengurangi nyeri. Manajemen nyeri dapat dilakukan oleh berbagai disiplin ilmu di antaranya adalah dokter, perawat, bidan, fisioterapis, pekerja social, dan masih banyak lagi disiplin ilmu yang dapat melakukan manajemen nyeri (PPNI, 2018).

Dalam dunia keperawatan manajemen nyeri dilakukan dengan tujuan sebagai berikut :

- 1) Mengurangi intensitas dan durasi keluhan nyeri.
- 2) Menurunkan kemungkinan berubahnya nyeri akut menjadi gejala nyeri kronis yang persisten
- 3) Mengurangi penderitaan dan atau ketidakmampuan, ketidakberdayaan akibat nyeri.
- 4) Meminimalkan reaksi tak diinginkan atau intoleransi terhadap terapi nyeri.
- 5) Meningkatkan kualitas hidup pasien dan mengoptimalkan kemampuan pasien untuk menjalankan aktivitas sehari-hari.

Strategi penatalaksanaan nyeri atau manajemen nyeri ada 2 tehnik yaitu farmakologi dan nonfarmakologi merupakan penanganan yang sering digunakan untuk menurunkan nyeri menurut (Andarmoyo, 2013).

#### a) Strategi pelaksanaan nyeri farmakologis

Analgesik merupakan metode yang paling umum untuk mengatasi nyeri. Walaupun analgesik dapat menghilangkan nyeri dengan efektif, perawat dan dokter masih cenderung tidak melakukan upaya analgesik dalam penanganan nyeri karena informasi obat yang tidak benar, karena adanya kekhawatiran klien akan mengalami ketagihan obat, cemas akan melakukan kesalahan dalam menggunakan analgesik narkotik dan pemberian obat yang kurang dari yang diresepkan.

Ada tiga jenis analgesik, yakni 1) non-narkotik dan obat antiinflamasi nonsteroid (NSAID), 2) analgesik narkotik atau opiate, dan 3) obat tambahan (adjuvan) . NSAID non-narkotik

umumnya menghilangkan nyeri ringan dan nyeri sedang, seperti nyeri yang terkait dengan artritis rheumatoid, prosedur pengobatan gigi, dan prosedur bedah minor, episiotomy, dan masalah pada punggung bagian bawah. Satu pengecualian yaitu keterolak (Toradol), merupakan jenis *analgesic* pertama yang dapat diinjeksikan yang kemanjurannya dapat dibandingkan dengan Morfin McKenry dan Salerno, (1995) dalam Potter & Perry, (2006).

Analgesik narkotik atau opiat umumnya diresepkan dan digunakan untuk nyeri sedang, sampai berat, seperti pascaoperasi dan nyeri malgina. Analgesik ini bekerja pada sistem saraf pusat untuk menghasilkan kombinasi efek mendepresi dan menstimulasi.

b) Strategi Pelaksanaan Nyeri Non-farmakologis

Manajemen nyeri non-farmakologis merupakan tindakan menurunkan respon nyeri tanpa menggunakan agen farmakologi. Dalam melakukan intervensi keperawatan, manajemen nyeri nonfarmakologis merupakan tindakan independen dari seorang perawat dalam mengatasi respon nyeri subjek penelitian. Manajemen nyeri sangat beragam yaitu :

- a. Terapi es dan panas/ Kompres panas dan dingin
- b. Distraksi (visual (penglihatan) dan audio (pendegaran))
- c. Relaksasi.
- d. Imajinasi terbimbing.
- e. Hypnosis.
- f. Masase.
- g. Tehnik relaksasi nafas dalam.

## **B. Konsep Asuhan Keperawatan**

### **1. Pengkajian Keperawatan**

#### a. Data biografi

- 1) Identitas penderita yaitu nama, umur, jenis kelamin, agama, suku atau bangsa, status perkawinan, pendidikan, pekerjaan, alamat, tanggal masuk rumah sakit, tanggal pengkajian.
- 2) Keluarga terdekat yang dapat dihubungi yaitu nama, umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, alamat, dan sumber informasi, beserta nomor telepon.

#### b. Riwayat kesehatan atau perawatan

- 1) Keluhan utama atau alasan masuk rumah sakit, Biasanya penderita mengeluh nyeri pada daerah mandibulanya yang tumbuh benjolan terasa susah karena merasa sakit.
- 2) Riwayat kesehatan sekarang
  - a) Penderita mengatakan nyeri saat menggerak-gerakkan rahang bagian kanan
  - b) Penderita mengatakan sakit dibagian luka post op nya.
  - c) Penderita mengatakan terdapat kemerahan di sekitar luka post op nya.
  - d) Penderita mengatakan susah untuk istirahat karena terasa nyeri pada bagian luka post op nya.
- 3) Riwayat kesehatan dahulu  
Apakah penderita pernah menderita abses mandibula sebelumnya dan apakah penderita pernah dirawat dirumah sakit sebelumnya.
- 4) Riwayat kesehatan keluarga  
Mungkin diantara keluarga penderita sebelumnya ada yang menderita penyakit yang sama dengan penyakit penderita sekarang.

#### c. Pola fungsi kesehatan

Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan, pola nutrisi dan metabolisme, pola eliminasi, pola aktivitas dan latihan, pola istirahat dan tidur, pola kognitif dan persepsi, konsep diri, pola peran hubungan, pola seksualitas dan reproduksi, toleransi stress, keyakinan dan kepercayaan.

d. Pemeriksaan fisik

Pada waktu melakukan inspeksi keadaan umum penderita mengeluh nyeri pada bagian post op, tampak sedikit merah pada lukanya, skala nyeri 5.

## 2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons subjek penelitian terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons subjek penelitian individu keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (SDKI, 2017).

Diagnosa Keperawatan menurut Herdman, (2007) dalam Putri, (2021) yaitu :

### a. Nyeri Akut

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

Faktor penyebab: agen pencedera fisik (prosedur operasi). Ditegakan apabila ditemui data subjektif dan data objektif pada pasien. Pada data subjektif meliputi: mengeluh nyeri. Pada data objektif meliputi: tampak meringis, gelisah, sulit tidur, bersikap protektif (mis. waspada, posisi menghindari nyeri).

### b. Gangguan pola tidur

Gangguan kualitas dan kuantitas waktu tidur akibat faktor eksternal. Faktor penyebab: Nyeri post operasi. Ditegakan apabila ditemui data subjektif dan data objektif pada pasien. Pada data subjektif meliputi: mengeluh sulit tidur, mengeluh tidak puas tidur. Pada data objektif meliputi: terdapat kantung mata.

**c. Risiko infeksi**

Berisiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik. Faktor penyebab: efek prosedur invasif. Ditegakan apabila ditemui data subjektif dan data objektif pada pasien. Pada data subjektif meliputi: subjek penelitian mengatakan kemerahan pada luka operasi. Pada data objektif meliputi: suhu sekitar luka panas.

**d. Risiko defisit nutrisi**

Berisiko mengalami asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme. Faktor penyebab: ketidakmampuan menelan makanan. Ditegakan apabila ditemui data subjektif dan data objektif pada pasien. Pada data subjektif meliputi: mengeluh sulit menelan. Pada data objektif meliputi: nafsu makan menurun, otot menelan lemah, berat badan menurun.

Perencanaan adalah pengembangan strategi untuk mencegah, mengurangi, dan mengatasi masalah-masalah yang telah diidentifikasi dalam diagnosa keperawatan. Desain perencanaan menggambarkan sejauh mana perawat mampu menetapkan cara menyelesaikan masalah dengan efektif dan efisien (Nasution, 2020). Rencana keperawatan yang digunakan berdasarkan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) (PPNI, 2018) dan dalam evaluasi untuk melihat kriteria hasil menggunakan Standar Luara Keperawatan Indonesia (SLKI) (PPNI, 2019).

Tabel 1 Perencanaan Keperawatan

| No. | Diagnosa Keperawatan   | SLKI   | SIKI  |
|-----|--|--|---|
| 1.  | <p><b>Nyeri akut (D.0077)</b><br/> b.d agen pencedera fisik d.d<br/> Data subjektif (ds)<br/> a. Subjek penelitian mengatakan nyeri<br/> Data objektif (do)<br/> a. Subjek penelitian tampak meringis<br/> b. Subjek penelitian tampak sulit tidur<br/> c. Bersikap protektif<br/> d. Subjek penelitian tampak gelisah</p> | <p><b>Tingkat nyeri (L.08066)</b><br/> Setelah dilakukan intervensi 3x24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil:<br/> 1. Keluhan nyeri<br/> 2. Meringis<br/> 3. Gelisah<br/> 4. Kesulitan tidur</p> <p><b>Kontrol nyeri (L.08063)</b><br/> 1. Mengenali kapan nyeri terjadi<br/> 2. Menggambarkan faktor penyebab<br/> 3. Menggunakan tindakan pencegahan (nyeri) tanpa analgesik<br/> 4. Melaporkan nyeri yang terkontrol</p> | <p><b>Manajemen nyeri (I.08238)</b><br/> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri.<br/> 2. Identifikasi skala nyeri<br/> 3. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri<br/> 4. Berikan teknik non farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri.</p> <p><b>Pemberian analgesik (I.08243)</b><br/> 1. Identifikasi riwayat alergi obat<br/> 2. Identifikasi kesesuaian jenis analgesik dengan tingkat keparahan nyeri<br/> 3. Monitor keefektifan analgesik<br/> 4. Pemberian analgesik sesuai indikasi (ketorolac).</p> |
| 2   | <p><b>Gangguan pola tidur (D.0055)</b><br/> b.d hambatan lingkungan d.d<br/> Data subjektif (ds)<br/> a. Subjek penelitian mengeluh sulit tidur<br/> b. Subjek penelitian mengeluh tidak puas tidur<br/> Data objektif (do)<br/> a. Terdapat kantung mata didaerah mata subjek penelitian</p>                              | <p><b>Pola tidur (L.05045)</b><br/> Setelah dilakukan intervensi 3x24 jam diharapkan pola tidur membaik dengan kriteria hasil:<br/> 1. Keluhan sulit tidur<br/> 2. Keluhan tidak puas tidur<br/> 3. Keluhan istirahat cukup</p>  | <p><b>Pengaturan posisi (I.01019)</b><br/> 1. Atur posisi tidur yang disukai, jika tidak kontraindikasi<br/> 2. Imobilisasi dan topang bagian tubuh yang cedera dengan tepat<br/> 3. Tinggikan bagian tubuh yang sakit dengan tepat<br/> 4. Motivasi dalam perubahan posisi, sesuai kebutuhan<br/> 5. Hindari menempatkan pada posisi yang dapat meningkatkan nyeri</p>   |
| 3   | <p><b>Risiko infeksi (D.0142)</b><br/> b.d efek prosedur invasif d.d<br/> Data subjektif (ds)<br/> a. Subjek penelitian mengatakan kemerahan pada luka operasi<br/> Data objektif (do)<br/> a. Tampak kemerahan</p>  | <p><b>Integritas kulit dan jaringan (L.14125)</b><br/> Setelah dilakukan intervensi 3x24 jam diharapkan integritas kulit dan jaringan meningkat dengan kriteria hasil:<br/> 1. Elastisitas<br/> 2. Nyeri<br/> 3. Kemerahan<br/> 4. Suhu tubuh<br/> 5. Tekstur</p>  | <p><b>Perawatan luka (I.14564)</b><br/> 1. Monitor karakteristik luka<br/> 2. Monitor tanda-tanda infeksi<br/> 3. Lepaskan balutan dan plaster secara perlahan<br/> 4. Bersihkan dengan cairan NaCl<br/> 5. Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka<br/> 6. Kolaborasi pemberian</p>  |



| No. | Diagnosa Keperawatan   | SLKI  | SIKI   |
|-----|--|---|--|
|     | pada luka operasi<br>b. Suhu sekitar luka panas  |   | antibiotic   |
| 4.  | <b>Risiko Defisit Nutrisi (D.0032)</b><br>b.d ketidakmampuan menelan makanan d.d Data Subjektif (ds)<br>a. Mengeluh sulit menelan<br>Data Objektif (do)<br>a. Otot menelan lemah<br>b. Nafsu makan menurun | <b>Status Nutrisi (L.03030)</b><br>Setelah dilakukan intervensi 3x24 jam diharapkan status nutrisi membaik dengan kriteria hasil :<br>1. Kekuatan otot mengunyah<br>2. Kekuatan otot menelan<br>3. Frekuensi makan<br>4. Nafsu makan<br><br><b>Status Menelan (L.06052)</b><br>1. Reflek menelan<br>2. Kemampuan mengunyah<br>3. Usaha menelan<br>4. Penerimaan makanan | <b>Terapi Menelan (I.03144)</b><br>1. Monitor gerakan lidah saat makan<br>2. Monitor tanda kelelahan saat makan, minum, dan menelan<br>3. Gunakan alat bantu, jika perlu<br>4. Hindari penggunaan sedotan<br>5. Posisikan duduk<br>6. Berikan perawatan mulut, jika perlu<br>7. Anjurkan membuka dan menutup saat memberikan makanan<br>8. Anjurkan tidak bicara saat makan<br>9. Kolaborasi dengan tenaga kesehatan lain dalam memberikan terapi (mis. terapis okupasi, ahli patologi bicara, dan ahli gizi). |

### 3. Implementasi

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu subjek penelitian dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang lebih baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan (Suarni dan Apriyani, 2017).

Penerapan aromaterapi lemon terhadap penurunan skala nyeri pasien post operasi abses submandibula, yaitu dengan cara meneteskan aromaterapi oil ke sepon dan meminta subjek penelitian untuk berkonsentrasi kepada aromaterapi lemon lalu menganjurkan subjek penelitian untuk menghirup aromaterapi lemon dan menghirup nafas sedalam dalamnya setelah itu kurang lebih 15 menit menghentikan terapi.

Aromaterapi lemon adalah jenis non farmakologi minyak atsiri konsentrasi tinggi yang diperoleh dari tumbuh-tumbuhan yang dapat dipijat, dihirup, atau dengan dicampur ke dalam air mandi dengan bentuk murni. Meskipun aroma berperan penting dalam memengaruhi emosi, bahan kimia yang terdapat dalam berbagai jenis minyak sebenarnya memiliki efek farmakologis yang ditingkatkan berdasarkan jenis metode dan kerjanya (Utami & Khoiriyah, 2020).

Aromaterapi dapat mengatasi masalah nyeri hal ini dikarenakan dapat menimbulkan sensasi menenangkan diri dan otak, bahkan saat merasa stres, minyak lemon dikenal akan khasiatnya untuk sakit tenggorokan, batuk, dan indigesti. Penelitian menunjukkan bahwa minyak jeruk jenis ini mempunyai daya anti infeksi bakteri dan virus untuk meningkatkan sistem imun tubuh dengan merangsang produksi butir darah putih. Sebagai minyak pijat mampu menyembuhkan kongesti kelenjar limfe yang disebabkan adanya infeksi (Rahmayati, Hardiansyah, & Nurhayati, 2018).

#### 4. Evaluasi

Tahap evaluasi merupakan perbandingan yang sistematis dan terencana tentang kesehatan subjek penelitian dengan tujuan yang telah ditetapkan, dilakukan, berkesinambungan dengan melibatkan subjek penelitian dan tenaga kesehatan lainnya. Evaluasi dalam keperawatan merupakan kegiatan dalam menilai tindakan keperawatan yang telah ditentukan, untuk mengetahui pemenuhan kebutuhan subjek penelitian secara optimal dan mengukur hasil dari proses keperawatan (Suarni dan Apriyani, 2017).

Dalam penelitian yang dilakukan oleh (Lauren, Fitri, & Platini, 2024) setelah subjek penelitian dirawat selama 4 hari di rumah sakit, nyeri yang dialami oleh subjek penelitian mengalami tingkat penurunan setiap harinya selama dilakukannya pengkajian, implementasi hingga evaluasi di rumah sakit.