

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. KONSEP PENYAKIT

1. Pengetian Abses

Abses mandibula adalah suatu peradangan yang disertai pembentukan pus pada daerah *mandibula*. Keadaan ini merupakan salah satu infeksi pada rahang. Pada umumnya sumber infeksi pada *mandibula* berasal dari proses infeksi dari gigi, dasar mulut, faring, kelenjar limfe submandibula. Mungkin juga kelanjutan infeksi dari ruang leher dalam lain (Rizzo, 2009).

2. Etiologi

Infeksi bakteri dapat menyebabkan *abses*. Bakteri penyebab *abses* tersering adalah *Staphylococcus Aureus*. Bakteri menyebabkan *abses* melalui beberapa cara yang pertama, bakteri masuk ke bawah kulit akibat luka yang berasal dari tusukan jarum yang tidak steril, kedua bakteri menyebar dari suatu infeksi dibagian tubuh yang lain, ketiga bakteri yang dalam keadaan normal hidup di dalam tubuh manusia dan tidak menimbulkan gangguan kadang bisa menyebabkan terbentuknya *abses* (Siregar, 2004).

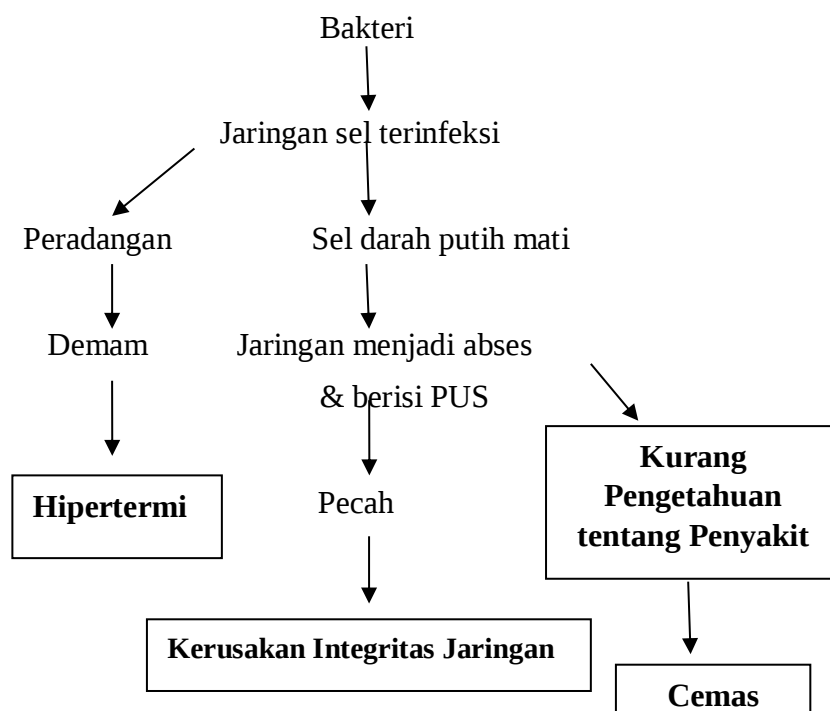
3. Patofisiologi

Proses terjadinya infeksi pada tubuh merupakan interaksi dari tiga hal sesuai dengan trias epidemiologi yaitu *agent*, *host*, dan *environment*. *Agent* merupakan mikroorganisme yang dapat menyebabkan penyakit, *host* adalah tubuh manusia sebagai tempat akumulasi dari mikroorganisme tersebut. *Host* pada kasus infeksi *mandibula* lebih spesifik dapat juga diarahkan pada area rahang mulut. *Environment* merupakan kondisi disekitar *host* atau faktor eksternal yang mendukung proses terjadinya penyakit. Pada kondisi sehat terdapat keseimbangan antara ketiga faktor epidemiologi. Gangguan yang terjadi pada trias epidemiologi dapat menimbulkan penyakit. Contoh gangguan tersebut adalah *environment* berubah menjadi tempat yang sangat kondusif untuk pertumbuhan

mikroorganisme, adanya peningkatan jumlah agent atau mikroorganisme, serta penurunan daya tahan tubuh *host* (Mardiyantoro, 2009)

Jika bakteri masuk ke dalam 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 disekitarnya akan terdorong. Jaringan pada akhirnya tumbuh di sekeliling abses dan menjadi dinding pembatas. Abses hal ini merupakan untuk tubuh mencegah penyebaran infeksi lebih lanjut jika suatu abses pecah didalam tubuh maka infeksi bisa menyebar kedalam tubuh juga dibawah permukaan kulit, tergantung kepada lokasi (Siregar,2004).

Gambar 2.1
Pathway klien dengan *abses mandibula*
menurut (Siregar, 2004)



4. Manifestasi Klinis

Tanda dari inflamasi akut ditandai dengan eksudasi plasma protein dan akumulasi leukosit dominasi neutrofil. Inflamasi akan memunculkan tanda peradangan akut atau dikenal sebagai *cardinal symptom*, yaitu *rubor* (kemerahan), *calor* (panas), *tumor* (pembengkakan) dan *functiolaesa* (kehilangan fungsi) (Mardiyanoro, 2009).

Gejala dari abses tergantung pada lokasi dan pengaruhnya terhadap fungsi suatu organ atau saraf. Gejala nya bisa berupa: nyeri, nyeri tekan, teraba hangat, pembengkakan, kemerahan, dan demam (Irianto, 2014).

5. Pemeriksaan Diagnostik

Hasil pemeriksaan leukosit menunjukkan peningkatan jumlah sel darah putih. Untuk menentukan ukuran dan lokasi abses dilakukan pemeriksaan rontgen, *USG*, *CT Scan* atau *MRI (Magnetic Resonance Imaging)* (Nurarif & Kusuma, 2013:8).

6. Penatalaksanaan Medis

Abses luka biasanya tidak membutuhkan penanganan ditangani dengan *intervensi bedah*, *debridemen*, dan *kuretase*. Hal yang sangat penting untuk diperhatikan bahwa penanganan hanya dengan menggunakan antibiotik tanpa drainase pembedahan jarang merupakan tindakan yang efektif. Hal tersebut terjadi karena antibiotik sering tidak mampu masuk ke dalam *abses*, selain bahwa antibiotik tersebut seringkali tidak dapat bekerja dalam pH yang rendah (Siregar, 2004).

Pengobatan berupa evakuasi abses dan pemberian antibiotik spectrum luas dosis tinggi secara parenteral. Insisi dan drainase *abses* dapat dilakukan dengan anastesi lokal apabila terlokalisir dan dangkal, sedangkan *abses* yang luas dan dalam insisi dan drainase dilakukan dengan bius umum (Rahman, 2013).

Hal yang paling penting adalah terjaganya saluran nafas yang adekuat dan drainase abses yang baik. Pemberian antibiotik berdasarkan hasil biakan kuman tes kepekaan antibiotik terhadap kuman penyebab infeksi. Biakan kuman membutuhkan waktu yang lama untuk mendapatkan hasilnya, sedangkan

pengobatan harus segera diberikan, sebelum hasil kultur kuman dan uji sensitifitas keluar, diberikan antibiotik kuman aerob dan anaerob secara empiris (Novialdi, 2010).

Apabila menimbulkan risiko tinggi, misalnya pada area-area yang kritis, tindakan pembedahan dapat ditunda atau dikerjakan sebagai tindakan terakhir yang perlu dilakukan. Karena sering kali *abses* disebabkan oleh bakteri *Staphylococcus Aureus*, antibiotik *antistafilokokus* seperti *flucloxacillin* atau *dicloxacillin* sering digunakan (Siregar, 2004).

7. Komplikasi

Komplikasi/dampak yang mungkin terjadi akibat dari *abses mandibula* menurut (Siregar 2004) adalah :

- a. Kehilangan gigi.
- b. Penyebaran infeksi pada jaringan lunak dapat mengakibatkan selulitis wajah disebut *Ludwig angina*.
- c. Penyebaran infeksi pada tulang rahang dapat mengakibatkan *osteomielitis mandibula* atau *maksila*.
- d. Penyebaran infeksi pada daerah tubuh yang lain, menghasilkan *abses serebral*, *endokarditis*, radang paru-paru atau gangguan lainnya.

B. KONSEP KEBUTUHAN DASAR MANUSIA

(Smeltzer & Bare, 2013) Abraham Maslow seorang psikolog dari Amerika mengembangkan teori tentang kebutuhan dasar manusia yang lebih dikenal dengan istilah Hierarki Kebutuhan Dasar Maslow. Hierarki tersebut meliputi lima kategori kebutuhan dasar, yakni:

Gambar 2.2

Piramida Kebutuhan Dasar Manusia
Menurut (Abraham Maslow, 1950)



1. Kebutuhan fisiologis (*Physiologic Needs*). Kebutuhan fisiologis memiliki prioritas tertinggi dalam Hierarki Maslow. Kebutuhan fisiologis merupakan hal yang mutlak dipenuhi manusia untuk bertahan hidup. Manusia memiliki delapan macam kebutuhan. Kebutuhan oksigen dan pertukaran gas, kebutuhan cairan dan elektrolit, kebutuhan makanan, kebutuhan eliminasi urine dan alvi, kebutuhan istirahat dan tidur, kebutuhan aktivitas, kebutuhan kesehatan temperatur tubuh, dan kebutuhan seksual, kebutuhan seksual tidak diperlukan untuk menjaga kelangsungan hidup seseorang. tetapi penting untuk mempertahankan kelangsungan umat manusia

2. Kebutuhan keselamatan dan rasa aman (*Safety and Security Needs*). Kebutuhan keselamatan dan rasa aman yang dimaksud adalah aman dari berbagai aspek, baik fisiologis, maupun psikologis. Kebutuhan ini meliputi kebutuhan perlindungan diri dari udara dingin, panas, kecelakaan, dan infeksi, bebas dari rasa takut dan kecemasan, bebas dari perasaan terancam karena pengalaman yang baru atau asing.

3. Kebutuhan rasa cinta, memiliki, dan dimiliki (*Love and Belonging Needs*). Kebutuhan ini meliputi memberi dan menerima kasih sayang, perasaan dimiliki dan hubungan yang berarti dengan orang lain, kehangatan, persahabatan, mendapat tempat atau diakui dalam keluarga, kelompok, serta lingkungan sosial.
4. Kebutuhan harga diri (*Self-Esteem Needs*). Kebutuhan ini meliputi perasaan tidak bergantung pada orang lain, kompeten, penghargaan terhadap diri sendiri dan orang lain.
5. Kebutuhan aktualisasi diri (*Need for Self Actualization*). Kebutuhan ini meliputi dapat mengenal diri sendiri dengan baik (mengetahui dan memahami potensi diri), belajar memenuhi kebutuhan diri sendiri, tidak emosional, mempunyai dedikasi yang tinggi, kreatif, mempunyai kepercayaan diri yang tinggi, dan sebagainya.

Konsep Hierarki diatas menjelaskan bahwa manusia senantiasa berubah, dan kebutuhannya pun terus berkembang. Jika seseorang merasakan kepuasan, ia akan menikmati kesejahteraan dan bebas untuk berkembang menuju potensi yang lebih besar. Sebaliknya, jika proses pemenuhan kebutuhan itu terganggu, akan timbul suatu kondisi patologis.

Pada kasus post op abses mandibula kebutuhan dasar manusia yang terganggu adalah kebutuhan fisiologis khususnya kebutuhan nutrisi karena kesulitan menelan akibat luka pasca operasi. Nutrisi adalah proses dimana tubuh manusia menggunakan makanan untuk membentuk energi, mempertahankan kesehatan, pertumbuhan dan untuk berlangsungnya fungsi normal setiap organ dan jaringan tubuh. Pemenuhan kebutuhan nutrisi adalah bagian dari kebutuhan fisiologis menurut Hierarki Maslow. Kebutuhan nutrisi dalam tubuh harus dipenuhi karena apabila kebutuhan nutrisi dalam tubuh berkurang maka akan terjadi kekurangan mikronutrien, gizi buruk, obesitas, dan pola makan yang salah (Rock CL, 2004).

Nutrisi adalah zat-zat gizi dan zat lain yang berhubungan dengan kesehatan dan penyakit, termasuk keseluruhan proses dalam tubuh manusia untuk menerima makanan atau bahan-bahan dari lingkungan hidupnya dan menggunakan

tersebut untuk aktivitas penting dalam tubuhnyaserta mengeluarkan sisanya. Nutrisi dapat dikatakan sebagai ilmu tentang makanan, zat-zat gizi dan zat lain yang terkandung , aksi, reaksi, dan keseimbangan yang berhubungan dengan kesehatan dan penyakit (Tarwoto & Wartonah, 2006). Nutrisi berfungsi untuk membentuk dan memelihara jaringan tubuh, mengatur proses-proses dalam tubuh, sebagai sumber tenaga, serta untuk melindungi tubuh dari serangan penyakit. Nutrisi juga adalah sejenis zat kimia organik atau anorganik yang terdapat dalam makanan dan dibutuhkan oleh tubuh untuk menjalankan fungsinya. Asupan makanan yang adekuat terdiri dari enam zat nutrisi esensial (kelompok nutrien) yang seimbangan. Keenam nutrisi esensial tersebut meliputi air, karbohidrat, protein, lemak, vitamin dan mineral. Jika proses masuknya zat-zat makanan terhambat maka dapat mengganggu pemenuhan kebutuhan nutrisi (Mubarak, 2008).

Selain kebutuhan nutrisi pasien post op mandibula mengalami gangguan kebutuhan rasa aman dan perlindungan khususnya perlindungan dari infeksi karena terdapat kemerahan pada luka pasca operasi. Infeksi adalah masuknya mikroorganisme yang memperbanyak diri di jaringan tubuh yang menyebabkan peradangan (Kamus Kedokteran Dorland , 2012). Infeksi adalah penyakit yang disebabkan oleh mikroba patogen dan bersifat sangat dinamis. Mikroba sebagai makhluk hidup tentunya ingin bertahan hidup dengan cara berkembang biak pada suatu reservoir yang cocok dan mampu mencari reservoir baru dengan cara berpindah atau menyebar, infeksi pada tubuh merupakan interaksi dari tiga hal sesuai dengan trias epidemiologi yaitu *agent, host*, dan *environment*. *Agent* merupakan mikroorganisme yang dapat menyebabkan penyakit, *host* adalah tubuh manusia sebagai tempat akumulasi dari mikroorganisme tersebut. *Host* pada kasus infeksi *odontogen* lebih spesifik dapat juga diarahkan pada area rongga mulut. *Environment* merupakan kondisi disekitar *host* atau faktor eksternal yang mendukung proses terjadinya penyakit. Pada kondisi sehat terdapat keseimbangan antara ketiga faktor epidemiologi. Gangguan yang terjadi pada trias epidemiologi dapat menimbulkan penyakit. Contoh gangguan tersebut adalah *environment* berubah menjadi tempat yang sangat kondusif untuk pertumbuhan

mikroorganisme, adanya peningkatan jumlah agent atau mikroorganisme, serta penurunan daya tahan tubuh *host* (Mardiyantoro, 2009)

Dalam konsep hierarki kebutuhan dasar manusia menurut Abraham Maslow yang terganggu di bagian penderita *post op abses mandibula* meliputi kebutuhan fisiologis, kebutuhan keselamatan dan rasa aman. Sehingga penulis menyimpulkan kasus *abses mandibula* yaitu mengalami gangguan kebutuhan fisiologis dan kebutuhan rasa aman dan perlindungan (Siregar, 2004).

A. Konsep Dasar Nyeri

1. Definisi Nyeri

Nyeri adalah perasaan tidak nyaman yang sangat subjektif dan hanya orang yang mengalaminya dapat menjelaskan dan mengevaluasi perasaan tersebut. Secara umum, nyeri dapat didefinisikan sebagai perasaan tidak nyaman, baik ringan maupun berat (Mubarak & Chayatin, 2008).

2. Fisiologi Nyeri

Bagaimana nyeri merambat dan dipersepsikan oleh individu masih belum sepenuhnya dimengerti. Akan tetapi, bisa tidaknya nyeri dirasakan dan hingga derajat mana nyeri tersebut mengganggu dipengaruhi oleh interaksi antara sistem algesia tubuh dan transmisi sistem saraf serta interpretasi stimulus (Mubarak & Chayatin, 2008).

3. Bentuk Nyeri

Menurut Mubarak & Chayatin (2008), bentuk nyeri sebagai berikut:

a. Nyeri Akut

Nyeri ini biasanya berlangsung tidak lebih dari enam bulan. Gejala mendadak, dan biasanya penyebab serta lokasi nyeri sudah diketahui. Nyeri akut ditandai dengan peningkatan tegangan otot dan kecemasan yang keduanya meningkatkan persepsi nyeri

b. Nyeri Kronis

Nyeri ini berlangsung selama lebih dari enam bulan. Sumber nyeri bisa diketahui atau tidak. Nyeri cenderung hilang timbul dan biasanya tidak

dapat disembuhkan. Dampak dari nyeri antara lain penderita menjadi lebih mudah tersinggung dan sering mengalami *insomnia*.

4. Faktor yang mempengaruhi nyeri

Menurut Mubarak & Chayatin (2008), faktor yang mempengaruhi nyeri antaralain:

a. Etnik dan nilai budaya

Latar belakang etnik dan budaya merupakan faktor yang mempengaruhi reaksi terhadap nyeri dan ekspresi nyeri. Sebagai contoh, individu dari budaya tertentu cenderung ekspresif dalam mengungkapkan nyeri, sedangkan individu dari budaya lain justru lebih memilih menahan perasaan mereka dan tidak ingin merepotkan oranglain.

b. Tahap perkembangan

Usia dan tahap perkembangan seseorang merupakan variabel penting yang akan mempengaruhi reaksi dan ekspresi tahap nyeri. Anak cenderung kurang mampu mengungkapkan yang mereka rasakan dibandingkan orang dewasa, dan kondisi ini dapat menghambat penanganan nyeri untuk mereka.

c. Lingkungan dan individu pendukung

Lingkungan yang asing, tingkat kebisingan yang tinggi, pencahayaan dan aktivitas yang tinggi dilingkungan tersebut dapat memperberat nyeri. Selain itu, dukungan dari keluarga dan orang terdekat menjadi salah satu faktor penting yang mempengaruhi persepsi nyeri individu.

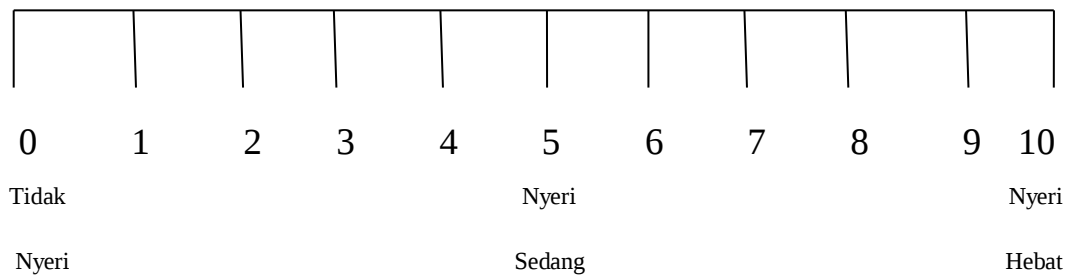
d. Pengalaman nyeri sebelumnya

Individu yang pernah mengalami nyeri atau menyaksikan penderitaan orang terdekatnya saat mengalami nyeri cenderung merasa terancam dengan peristiwa nyeri yang terjadi dibandingkan individu lain yang belum pernah mengalaminya.

5. Skala Nyeri

Hayward (1975), mengembangkan sebuah alat ukur nyeri (*painometer*) dengan skala longitudinal pada salah satu ujungnya tercantum nilai 0 (untuk keadaan tanpa nyeri) dan ujung nilainya 10 untuk kondisi nyeri paling hebat. Skala nyeri numerik menurut (Brunner & Suddart, 2002) seperti ditampilkan pada gambar sebagai berikut :

Gambar 2.3
Skala Intensitas Nyeri Numerik
menurut (Brunner & Suddart, 2002)



6. Teknik mengatasi nyeri

Teknik mengatasi nyeri menurut Mubarak, Indrawati & Susanto (2015) sebagai berikut :

a. Teknik Distraksi

Teknik Distraksi adalah suatu metode untuk menghilangkan nyeri dengan cara mengalihkan perhatian klien pada hal-hal lain sehingga klien akan lupa terhadap nyeri yang dialami. Teknik distraksi dapat mengalihkan nyeri berdasarkan teori aktivitas reticular, yaitu menghambat stimulus nyeri ketika seseorang menerima masukan sensoris yang cukup berlebihan, sehingga menyebabkan terhambatnya impuls nyeri ke otak (nyeri berkurang atau tidak dirasakan klien).

Macam-macam teknik distraksi sebagai berikut :

- 1) Bernafas pelan-pelan
- 2) Masase sambil menarik nafas pelan-pelan

- 3) Mendengarkan lagu sambil menepuk-nepukkan jari/kaki
- 4) Membayangkan hal-hal yang indah sambil menutup mata
- 5) Menonton TV (acara kegemaran) dan lain-lain.

b. Teknik Relaksasi

Relaksasi adalah metode efektif untuk mengurangi nyeri pada klien yang mengalami nyeri kronis. Relaksasi adalah kegiatan yang memadukan otak dan otot. Otak yang “lelah” dibuat tenang dan otot yang tegang dibuat rileks. Jika seseorang melakukan relaksasi, puncaknya adalah fisik yang segar dan otak yang siap menyala kembali (Mubarak, Indrawati & Susanto, 2015).

B. Konsep dasar infeksi

Infeksi merupakan suatu kondisi penyakit yang disebabkan oleh masuknya kuman patogen atau mikroorganisme lain ke dalam tubuh yang dapat menimbulkan reaksi tertentu. Contoh reaksi tersebut adalah perubahan sekunder berupa peradangan (inflammation) yang ditandai antara lain oleh vasodilatasi pembuluh darah lokal, peningkatan permeabilitas kapiler, dan pembengkakan sel.

- 1) Kebutuhan perlindungan diri dari udara dingin, panas, kecelakaan dan infeksi.
- 2) Bebas dari sakit dan kecemasan.

C. KONSEP PERIOPERATIF

Keperawatan perioperatif adalah istilah yang digunakan untuk menggambarkan keragaman fungsi keperawatan yang berkaitan dengan pengalaman pembedahan pasien. Kata “perioperatif” adalah suatu istilah gabungan yang mencakup tiga fase pengalaman pembedahan: *praoperatif*, *intraoperatif*, dan *pascaoperatif*.

1. Fase praoperatif dari peran keperawatan perioperatif dimulai ketika keputusan untuk intervensi bedah dibuat dan berakhir ketika pasien dikirim

ke meja operasi. Lingkup aktivitas keperawatan selama waktu tersebut dapat mencakup penetapan pengkajian dasar pasien di tatanan klinik atau dirumah, menjalani wawancara praoperatif, dan menyiapkan pasien untuk anestesi yang diberikan dan pembedahan. Bagaimanapun, aktivitas keperawatan mungkin dibatasi hingga melakukan pengkajian pasien praoperatif ditempat atau ruang operasi.

2. Fase intraoperatif dari keperawatan perioperatif dimulai ketika pasien masuk atau dipindah kebagian atau departemen bedah dan berakhir saat pasien dipindahkan ke ruang pemulihan. Pada fase ini lingkup aktivitas keperawatan dapat meliputi : memasang infus (IV), memberikan medikasi intravena, melakukan pemantauan fisiologis menyeluruh sepanjang prosedur pembedahan dan menjaga keselamatan pasien. Pada beberapa contoh, aktivitas keperawatan dapat terbatas hanya pada menggenggam tangan pasien selama induksi anestesia umum, bertindak dalam peranannya sebagai perawat scrub, atau membantu dalam mengatur posisi pasien diatas meja operasi dengan menggunakan prinsip-prinsip dasar kesejajaran tubuh.
3. Fase pascaoperatif dimulai dengan masuknya pasien ke ruang pemulihan dan berakhir dengan evaluasi tindak lanjut pada tatanan klinik atau dirumah. Lingkup keperawatan mencakup rentang aktivitas yang luas selama periode ini. Pada fase pascaperatif langsung, fokus termasuk mengkaji efek dari agens anestesia, dan memantau fungsi vital serta mencegah komplikasi. Aktivitas keperawatan kemudian berfokus pada peningkatan penyembuhan pasien dan melakukan penyuluhan, perawatan tindak lanjut, dan rujukan yang penting untuk penyembuhan.

D. KONSEP PROSES KEPERAWATAN

1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian merupakan tahap awal proses keperawatan dan merupakan suatu proses keperawatan sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi status kesehatan klien (Suarni dan Apriyani, 2017).

1. Pengkajian

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.

1. Data dasar pengkajian penderita *abses mandibula* menurut (Doenges, 2001) sebagai berikut :

a. Aktivitas/Istirahat

Klien mengatakan saat sakit ada keterbatasan dalam melakukan kebutuhan aktivitas klien dibantu oleh keluarga dan perawat, pola tidur berubah dan merasa tidak puas untuk tidur.

b. Sirkulasi

Pola nafas normal 20 kali permenit.

c. Integritas Ego

Perubahan tingkah laku/kepribadian klien tampak dramatis dan cemas.

d. Makanan dan Cairan

Mengalami perubahan nafsu makan, asupan cairan oral, minum air putih 3-4 gelas/hari dengan volume total 1000- 1200 cc/hari.

e. Nyeri dan Kenyamanan

Nyeri pada bagian post op di rahang, kemerahan pada luka, wajah meringis, gelisah dan merintih.

f. Pernafasan

Tidak ada perubahan pola nafas dan tidak menggunakan alat bantu pernafasan.

2. Diagnosa Keperawatan

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

Diagnosa Keperawatan menurut T. Healthier Herdman, et.al (2007) 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: klien 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.

Tabel 2.1
Rencana Keperawatan
Pada Klien Post Op Abses Mandibula

No	Diagnosa Keperawatan	SLKI	SIKI
1	2	3	4
1.	Nyeri akut (D.0077) b.d agen pencedera fisik d.d Data subjektif (ds) A. Klien mengatakan nyeri Data objektif (do) A. Klien tampak meringis B. Klien tampak sulit tidur C. Bersikap protektif D. Klien tampak gelisah	Tingkat nyeri (L.08066) Setelah dilakukan intervensi 3x24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil: 1. Keluhan nyeri (5) 2. Meringis (5) 3. Gelisah (5) 4. Kesulitan tidur (5) Kontrol nyeri (L.08063) 1. Mengenali kapan nyeri terjadi (5) 2. .Menggambarkan faktor penyebab (5) 3. Menggunakan tindakan pencegahan (nyeri) 4. tanpa analgesik (5) 5. Melaporkan nyeri yang terkontrol (5)	Manajemen nyeri (I.08238) 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri. 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 4. Berikan teknik non farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri. Pemberian analgesik (I.08243) 1. Identifikasi riwayat alergi obat 2. Identifikasi kesesuaian jenis analgesik dengan tingkat keparahan nyeri 3. Monitor keefektifan

1	2	3	4
			analgesik 4. Pemberian analgesik sesuai indikasi (ketorolac)
2.	Gangguan pola tidur (D.0055) b.d hambatan lingkungan d.d Data subjektif (ds) A. Klien mengeluh sulit tidur B. Klien mengeluh tidak puas tidur Data objektif (do) A. Terdapat kantung mata di daerah mata klien	Pola tidur (L.05045) Setelah dilakukan intervensi 3x24 jam diharapkan pola tidur membaik dengan kriteria hasil: 1. Keluhan sulit tidur (5) 2. Keluhan tidak puas tidur (5) 3. Keluhan istirahat cukup (5)	Pengaturan posisi (I.01019) 1. Atur posisi tidur yang disukai, jika tidak kontraindikasi 2. Imobilisasi dan topang bagian tubuh yang cedera dengan tepat 3. Tinggikan bagian tubuh yang sakit dengan tepat 4. Motivasi dalam perubahan posisi, sesuai kebutuhan 5. Hindari menempatkan pada posisi yang dapat meningkatkan nyeri
3.	Risiko infeksi (D.0142) b.d efek prosedur invasif d.d Data subjektif (ds) A. Klien mengatakan kemerahan pada luka operasi	Integritas kulit dan jaringan (L.14125) Setelah dilakukan intervensi 3x24 jam diharapkan integritas kulit dan jaringan meningkat dengan kriteria hasil:	Perawatan luka (I.14564) 1. Monitor karakteristik luka 2. Monitor tanda-tanda infeksi

1	2	3	4
	Data objektif (do) A. Tampak kemerahan pada luka operasi B. Suhu sekitar luka panas	1. Elastisitas (5) 2. Nyeri (5) 3. Kemerahan (5) 4. Suhu tubuh (5) 5. Tekstur (5)	3. Lepaskan balutan dan plaster secara perlahan 4. Bersihkan dengan cairan NaCl 5. Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka 6. Kolaborasi pemberian antibiotik
4.	Risiko Defisit Nutrisi (D.0032) b.d ketidakmampuan menelan makanan d.d Data Subjektif (ds) A. Mengeluh sulit menelan Data Objektif (do) A. Otot menelan lemah B. Nafsu makan menurun	Status Nutrisi (L.03030) Setelah dilakukan intervensi 3x24 jam diharapkan status nutrisi membaik dengan kriteria hasil : 1. Kekuatan otot mengunyah (5) 2. Kekuatan otot menelan (5) 3. Frekuensi makan (5) 4. Nafsu makan (5) Status Menelan (L.06052) 1. Reflek menelan (5) 2. Kemampuan mengunyah (5) 3. Usaha menelan (5) 4. Penerimaan makanan (5)	Terapi Menelan (I.03144) 1. Monitor gerakan lidah saat makan 2. Monitor tanda kelelahan saat makan, minum, dan menelan 3. Gunakan alat bantu, jika perlu 4. Hindari penggunaan sedotan 5. Posisikan duduk 6. Berikan perawatan mulut, jika perlu 7. Anjurkan membuka dan menutup saat memberikan makanan 8. Anjurkan tidak bicara saat makan 9. Kolaborasi dengan tenaga kesehatan lain dalam memberikan terapi

1	2	3	4
			(mis. terapis okupasi, ahli patologi bicara, dan ahli gizi)

4. Implementasi

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

5. Evaluasi

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