

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. R DENGAN GANGGUAN
SISTEM INTEGUMEN : POST OP INSISI *DRAINASE* ABSES
SUBMANDIBULA *EC* ABSES MANDIBULA SINISTRA POD 0
DIRUANG TOPAS RSUD DR. SLAMET GARUT**

KARYA TULIS ILMIAH

Diajukan Untuk Memenuhi Salah Satu Syarat Dalam Menyelesaikan Pendidikan
Program Diploma III Keperawatan Di Institut Kesehatan Karsa Husada Garut

Disusun Oleh :

NATASHA MARFEFIA SAHNAZRI

NIM : KHGA23025



**INSTITUT KESEHATAN KARSA HUSADA GARUT
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN DAN KEBIDANAN
PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN**

2026

LEMBAR PERSETUJUAN

PERBAIKAN KTI

JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. R DENGAN GANGGUAN SISTEM INTEGUMEN : POST OP INSISI *DRAINASE* ABSES SUBMANDIBULA *EC* ABSES MANDIBULA SINISTRA POD 0 DIRUANG TOPAS UOBK RSUD DR. SLAMET GARUT

NAMA : NATASHA MARFEFIA SAHNAZRI

NIM : KHGA23025

Menyatakan bahwa mahasiswa tersebut sudah melaksanakan sidang dan perbaikan Karya Tulis Ilmiah

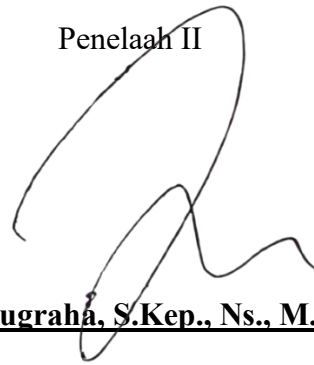
Garut, Juli 2026

Penelaah I



Eldessa Vavarilla, S.Kep., Ns., M.Kep

Penelaah II



Andri Nugraha, S.Kep., Ns., M.Kep

Mengetahui,

Ka Prodi DIII Keperawatan

Pembimbing

Institut Kesehatan Karsa Husada Garut



Eva Daniati, S.Kep., Ners., M.Pd.



Cencen Hendra S., S.Kep., Ns., M.Kep.

LEMBAR PENGESAHAN

ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. R DENGAN GANGGUAN SISTEM
INTEGUMEN : POST OP INSISI *DRAINASE* ABSES SUBMANDIBULA *EC*
ABSES MANDIBULA SINISTRA POD 0 DIRUANG TOPAS UOBK RSUD

DR. SLAMET GARUT

Disusun oleh

NATASHA MARFEFIA SAHNAZRI

KHGA23025

KARYA TULIS ILMIAH

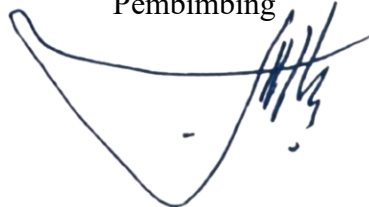
Karya Tulis Ilmiah ini telah disidangkan dihadapan Tim Penguji

Program Studi DIII Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan dan Kebidanan

Institut Karsa Husada Garut

Menyetujui,

Pembimbing



Cencen Hendra S., S.Kep., Ns., M.Kep.

Tugas Akhir ini telah diterima dan disahkan sebagai salah satu persyaratan untuk
memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan

Mengesahkan,

Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan

Dan Kebidanan



Sulastini, S.Kep., Ns., M.Kep.

Mengetahui,

Ka Prodi DIII Keperawatan



Eva Daniati, S.Kep., Ners., M.Pd.

LEMBAR PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa :

1. Karya Tulis Ilmiah Akhir saya ini, adalah asli dan belum pernah di ajukan untuk mendapatkan gelar Ahli Madya Keperawatan (A.Md.Kep), baik dari Fakultas Ilmu Keperawatan dan Kebidanan Institut Karsa Husada Garut maupun di perguruan tinggi lain.
2. Karya Tulis Imiah ini adalah murni gagasan, rumusan, dan analisis studi kasus saya sendiri tanpa bantuan pihak lain, kecuali dari arahan pembimbing.
3. Dalam Karya Tulis Ilmiah Akhir ini terdapat karya atau pendapat yang telah ditulis atau dipublikasikan orang lain, kecuali secara tertulis dengan jelas dicantumkan sebagai acuan dalam naskah pengarang dan di cantumkan dalam daftar pustaka.
4. Pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya dan apabila dikemudian hari terdapat penyimpangan atau ketidakbenaran dalam pernyataan ini, maka saya bersedia menerima sanksi akademik dan lainnya, sesuai dengan norma yang berlaku di Fakultas Ilmu Keperawatan dan Kebidanan Institut Karsa Husada Garut.

Garut, September 2026

Natasha Marfesia Sahnazri
KHGA23025

ABSTRAK

IV BAB, 95 halaman, 7 tabel, 1 gambar

Abses submandibula merupakan infeksi pada ruang submandibula akibat infeksi bakteri, umumnya berasal dari infeksi odontogenik, yang berisiko menimbulkan komplikasi serius seperti obstruksi jalan napas hingga mediastinitis sehingga memerlukan penanganan segera berupa insisi *drainase* disertai pemberian antibiotik. Penelitian ini bertujuan untuk memberikan asuhan keperawatan pada pasien post insisi *drainase* abses submandibula *ec* abses mandibula sinistra hari ke-0 berdasarkan pendekatan proses keperawatan. Metode yang digunakan adalah studi kasus pada Tn. R di RSUD dr. Slamet Garut, dengan teknik pengumpulan data melalui wawancara, observasi, pemeriksaan fisik, dan studi dokumentasi. Ditemukan tiga diagnosa utama yaitu nyeri akut, gangguan integritas kulit/jaringan, dan risiko infeksi. Intervensi yang dilakukan meliputi manajemen nyeri melalui teknik relaksasi napas dalam dan kolaborasi pemberian analgesik, perawatan luka steril, serta pencegahan infeksi dengan edukasi cuci tangan dan kolaborasi pemberian antibiotik. Evaluasi menunjukkan penurunan skala nyeri dari 5 menjadi 2, perbaikan kondisi luka, dan tidak ditemukan tanda infeksi lanjutan. Hasil ini mengindikasikan bahwa pemberian asuhan keperawatan secara komprehensif efektif meningkatkan kenyamanan dan mempercepat proses pemulihan pasien post operasi.

Kata kunci : abses submandibula, insisi *drainase*, post operasi, nyeri akut, gangguan integritas kulit, risiko infeksi, asuhan keperawatan

Sumber : 2017-2024 (jurnal dan buku)

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadiran Allah SWT, yang telah mencurahkan rahma dan hidayah-Nya kepada kita semua. Shalawat serta salam semoga selalu terlimpah curahkan kepada junjungan kita Nabi Muhammad SAW beserta keluarga, para sahabat hingga kepada kita selaku umatnya hingga akhir zaman.

Alhamdulillah, atas rahmat dan karunia-Nya penulis dapat menyelesaikan penyusunan karya tulis ilmiah ini yang berjudul **“Asuhan Keperawatan Pada Tn. R Dengan Gangguan Sistem Integumen : Post Op Insisi *Drainase* Abses Submandibula *ec* Abses Mandubula Sinistra POD 0 Di Ruang Topas RSUD Dr. Slamet Garut”** dengan tepat waktu. Karya tulis ilmiah ini diajukan untuk memenuhi salah satu syarat menempuh program pendidikan Diploma III Keperawatan di Institut Kesehatan Karsa Husada Garut.

Dalam penyusunan karya tulis ini, penulis mendapatkan begitu banyak bimbingan, serta dukungan dari berbagai pihak. Oleh karena itu, pada kesempatan kali ini penulis ingin menyampaikan ucapan terimakasih yang sebesar-besarnya terutama kepada :

1. Bapak Dr. H. Hadiat, M. A, selaku Ketua Pembina Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
2. Bapak Drs. H. Suryadi, M.Si., selaku Ketua Pengurus Yayasan Darma Husada Insani Garut.
3. Bapak Dr. Iwan Wahyudi, S.Kep., Ns., M.Kep, selaku Ketua Institut Kesehatan Karsa Husada Garut.
4. Ibu Sulastini, S.Kep., Ns., M.Kep selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan dan Kebidanan Institut Kesehatan Karsa Husada Garut
5. Ibu Eva Daniati, S.Kep., Ns., M.Pd, selaku Ketua Program Studi DIII Keperawatan Institut Kesehatan Karsa Husada Garut.
6. Bapak Cencen Hendra S., S.Kep., Ns., M.Kep, selaku pembimbing dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini yang telah mencurahkan waktu untuk senantiasa memberikan arahan, saran dan motivasi kepada penulis sehingga penulis mampu menyelesaikan penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.

7. Bapak Eldessa Vavarilla, S.Kep., Ns., M.Kep, selaku penguji I dalam sidang Karya Tulis Ilmiah ini.
8. Bapak Andri Nugraha, S.Kep., Ns., M.Kep, selaku penguji II dalam sidang Karya Tulis Ilmiah ini.
9. Seluruh dosen dan Staff DIII Keperawatan Institut Karsa Husada Garut yang telah memberikan ilmu pengetahuan dan keterampilan yang bermanfaat selama penulis menempuh pendidikan.
10. Kepada pasien Tn. R dan keluarga yang telah kooperatif dan bersedia memberikan informasi kepada penulis selama melaksanakan asuhan keperawatan sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini tepat waktu.
11. Kepada Mamah dan Bapak terima kasih yang tak terhingga untuk Mamah dan Bapak, dua orang yang menjadi alasan terbesar penulis untuk terus berjuang hingga sampai di titik ini. Terima kasih atas setiap doa yang tidak pernah putus, setiap pengorbanan yang mungkin tidak pernah penulis sadari sepenuhnya, serta kasih sayang yang selalu menguatkan di setiap langkah. Tidak ada kata yang mampu membalas segala lelah, air mata, dan perjuangan yang telah Mamah dan Bapak berikan demi melihat penulis meraih impian. Semoga karya kecil ini menjadi salah satu bentuk kebanggaan dan hadiah sederhana atas semua cinta yang telah diberikan.
12. Kepada ibu dan Ayah yang selalu menjadi tempat penulis pulang ketika merasa lelah. Terima kasih karena tidak pernah berhenti percaya, selalu menguatkan ketika penulis hampir menyerah, dan selalu hadir melalui doa-doa yang mengiringi setiap langkah. Dukungan, kasih sayang, dan ketulusan yang diberikan menjadi alasan penulis mampu menyelesaikan perjalanan ini. Semoga Allah SWT senantiasa memberikan kesehatan, kebahagiaan, dan umur yang penuh berkah untuk Ibu dan Ayah.
13. Rekan-rekan seperjuangan Mahasiswa/mahasiswi Angkatan 30 Program Studi DIII Keperawatan Institut Kesehatan Karsa Husada Garut khususnya 3A yang tidak bisa penulis sebutkan satu persatu, terimakasih selam 3 tahun

ini kalian sudah menjadi teman seperjuangan, banyak cerita, canda dan tawa serta suka duka yang akan menjadi kenangan yang tidak terlupakan

14. Kepada sahabat-sahabat seperjuangan saya yaitu Revi Virginia, Yuni Yulianti, Rahma Thahura, Camila Siti Sadiyah, Fadilah Nuriah, Sri Rahmanisya, dan Ai Tia Nurhasanah. Terima kasih telah menjadi bagian dari perjalanan penulis dari mahasiswa baru hingga saat ini. Kalian bukan hanya teman kuliah, tetapi telah menjadi keluarga yang dipertemukan oleh perjuangan. Terima kasih untuk setiap tawa yang menghapus lelah, setiap pelukan yang menguatkan, setiap bantuan tanpa diminta, serta kenangan yang akan selalu menjadi bagian indah dalam hidup penulis. Semoga persahabatan ini tidak berhenti ketika kelulusan tiba, tetapi terus tumbuh hingga bertahun-tahun ke depan.
15. Kepada diri sendiri terima kasih karena telah memilih bertahan ketika keadaan terasa begitu berat. Terima kasih karena tidak menyerah, meskipun berkali-kali merasa lelah, meragukan kemampuan sendiri, bahkan ingin berhenti. Terima kasih karena tetap bangkit setiap kali jatuh dan terus melangkah meski langkah itu terasa sangat pelan. Karya tulis ini bukan hanya tentang menyelesaikan tugas akhir, tetapi menjadi bukti bahwa aku mampu melewati semua proses yang pernah terasa mustahil. Untuk semua rasa takut, kegagalan, dan perjuangan yang telah dilewati, hari ini semuanya terbayar. Semoga aku selalu mengingat bahwa tidak ada usaha yang sia-sia, dan semoga langkah kecil ini menjadi awal dari mimpi-mimpi besar yang akan datang.

Garut, Juli 2026

Penulis

DAFTAR ISI

LEMBAR PERSETUJUAN PERBAIKAN KTI	i
LEMBAR PENGESAHAN	ii
LEMBAR PERNYATAAN	iii
ABSTRAK	iv
KATA PENGANTAR.....	v
DAFTAR ISI.....	viii
DAFTAR TABEL	x
DAFTAR GAMBAR.....	xi
DAFTAR BAGAN.....	xii
DAFTAR LAMPIRAN	xiii
BAB 1 PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan Penulisan.....	4
C. Metode Telaahan.....	5
D. Sistematika Penulisan	5
BAB II TINJAUAN TEORITIS	7
A. Konsep Dasar Abses Submandibula	7
1. Pengertian	7
2. Etiologi	7
3. Anatomi dan fisiologi.....	8
4. Patofisiologi.....	10
5. Manifestasi Klinis.....	13
6. Penatalaksanaan Medis.....	13
7. Komplikasi	14
B. Konsep Dasar Insisi <i>Drainase</i>	15
1. Pengertian	15
2. Indikasi dan Kontraindikasi Insisi <i>Drainase</i>	15

3. Komplikasi Insisi <i>Drainase</i>	16
4. Penatalaksanaan Tindakan Operasi Insisi <i>Drainase</i>	17
5. Dampak Operasi Insisi <i>Drainase</i> terhadap Kebutuhan Dasar Manusia (KDM)	18
C. Tinjauan Teoritis	18
1. Pengkajian Keperawatan	18
2. Diagnosa Keperawatan	25
3. Intervensi keperawatan	26
4. Implementasi Keperawatan	51
5. Evaluasi Keperawatan	51
BAB III TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN.....	53
A. Laporan Kasus.....	53
1. Pengkajian	53
2. Diagnosa Keperawatan	66
3. Intervensi Keperawatan	68
4. Implementasi dan Evaluasi keperawatan.....	74
5. Catatan Perkembangan	82
B. Pembahasan.....	84
BAB IV KESIMPULAN DAN REKOMENDASI.....	93
A. Kesimpulan	93
B. Rekomendasi	95
DAFTAR PUSTAKA	96
Lampiran-lampiran	98

DAFTAR TABEL

Tabel 2. 1 Analisa Data.....	21
Tabel 2. 2 Intervensi Keperawatan.....	26
Tabel 3. 1 Pola Aktivitas Sehari-hari	61
Tabel 3. 2 Hasil Pemeriksaan Laboratorium.....	63
Tabel 3. 3 Program Terapi	63
Tabel 3. 4 Analisa Data.....	64
Tabel 3. 5 Intervensi Keperawatan.....	68
Tabel 3. 6 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan	74
Tabel 3. 7 Catatan Perkembangan.....	82

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Anatomi abses submandibula.....	9
--	---

DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1 Pathway Abses Submandibula.....	12
---	----

DAFTAR LAMPIRAN

LAMPIRAN I	: SAP LEAFLAT
LAMPIRAN II	: LEMBAR BIMBINGAN
LAMPIRAN III	: RIWAYAT HIDUP

BAB 1

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Penyakit infeksi masih menjadi masalah kesehatan yang banyak ditemukan di masyarakat dan berkontribusi besar terhadap angka kesakitan serta kematian. Salah satu infeksi yang perlu mendapat perhatian serius adalah abses submandibula. Abses submandibula merupakan peradangan disertai akumulasi pus pada ruang potensial di antara fasia leher dalam yang secara anatomis merupakan ruang yang sangat kompleks, dan hampir seluruh infeksi odontogenik penyebab abses disebabkan oleh campuran mikroba aerob dan anaerob (Ariobimo et al., 2023). Abses submandibula memberikan dampak serius terhadap angka kesakitan dan kematian. Angka kematian dari komplikasi abses submandibula masih berada di angka 40% di era antibiotik modern. Komplikasi yang paling berbahaya adalah terjadinya obstruksi jalan napas disertai perluasan infeksi ke mediastinum sehingga kondisi ini memerlukan penanganan segera (Zam et al., 2024).

Kondisi ini turut memberikan beban nyata bagi pelayanan kesehatan. Perawatan penderita abses submandibula dilakukan secara rawat inap dengan lama perawatan terbanyak selama 7 hari (36,02%), dan seluruh penderita memerlukan tindakan insisi dan *drainase* abses disertai pemberian antibiotik intravena yang disesuaikan dengan hasil kultur dan uji sensitivitas (Setiawan & Putra, 2020). Infeksi jaringan lunak merupakan salah satu penyebab utama terjadinya abses submandibula. Abses adalah kumpulan nanah yang terbentuk dalam satu kantung di jaringan akibat infeksi yang disebabkan oleh bakteri, parasit, atau benda asing lainnya. Abses berfungsi sebagai reaksi pertahanan tubuh untuk menghalangi penyebaran agen infeksi ke bagian tubuh lainnya (A, 2023).

Abses submandibula adalah infeksi yang terjadi di ruang submandibula, akibat peradangan yang disebabkan bakteri yang umumnya berasal dari infeksi gigi, khususnya pada gigi geraham mandibula, yang kemudian menjalar ke jaringan submandibula melalui jaringan ikat dan fasia

leher dalam. Kondisi ini termasuk dalam situasi darurat pada area kepala dan leher karena dapat menyebabkan komplikasi serius seperti penyumbatan saluran pernapasan, mediastinitis, bahkan sepsis jika tidak ditangani secepatnya (Aryani et al., 2022). Abses submandibula sering dijumpai pada orang dewasa yang memiliki riwayat kebersihan gigi dan mulut yang tidak memadai, adanya karies gigi, atau infeksi periodontal. Tanda-tanda klinis yang umum muncul meliputi rasa sakit dan pembengkakan di area submandibula, demam, kesulitan menelan, nyeri saat menelan, pembatasan gerak rahang, serta peningkatan jumlah leukosit sebagai indikasi adanya infeksi akut (Setiawan dan Putra, 2020).

Pengobatan abses submandibula dilakukan melalui penggunaan obat dan tindakan bedah berupa insisi serta *drainase* untuk mengendalikan infeksi bakteri, mengeluarkan nanah dan mengurangi tekanan pada jaringan sekitarnya. Penanganan yang cepat dan tepat sangat penting untuk mencegah penyebaran infeksi ke jaringan yang lebih luas serta menjaga saluran pernapasan pasien tetap terbuka (Hasmi, Tajrin dan Ramadhanty, 2019).

Berdasarkan data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2018, prevalensi abses di Indonesia tercatat sebesar 14,5%, meningkat dibandingkan tahun 2013. Prevalensi tertinggi ditemukan di Sulawesi Tengah, yaitu mencapai 23,4%, sedangkan angka terendah dilaporkan di Jambi, yaitu 9,3%. Berdasarkan Riset Kesehatan Dasar tahun 2018 mengenai abses di rongga mulut di Jawa Barat, prevalensi infeksi gigi mencapai 15,4%, dan infeksi abses submandibula sebesar 48,3% dan parafaring (Skripsa et al. 2021).

Berdasarkan data rekam medis RSUD Dr. Slamet Garut periode Januari–Mei 2026 ditemukan 8 kasus abses submandibula, terdiri atas 5 pasien laki-laki (62,5%) dan 3 pasien perempuan (37,5%). Jumlah tersebut menunjukkan bahwa abses submandibula tidak termasuk dalam 10 besar penyakit Keperawatan Medikal Bedah (KMB) di RSUD Dr. Slamet Garut. Meskipun demikian, kasus abses submandibula tetap ditemukan pada

periode tersebut dan memerlukan penanganan yang cepat serta asuhan keperawatan yang tepat karena berisiko menimbulkan komplikasi serius, seperti penyebaran infeksi ke ruang leher dalam, obstruksi jalan napas, hingga sepsis apabila tidak ditangani secara adekuat.

Operasi insisi *drainase* dapat memengaruhi beberapa kebutuhan dasar manusia, terutama kebutuhan rasa nyaman, nutrisi, istirahat, aktivitas, personal hygiene, dan rasa aman. Kebutuhan rasa nyaman biasanya terganggu karena pasien mengalami nyeri pada area luka operasi. Selain itu, komplikasi yang dapat terjadi setelah tindakan insisi *drainase* yaitu nyeri operasi, perdarahan, infeksi ulang, pembengkakan sekitar luka, keluarnya pus atau eksudat berlebihan, penyembuhan luka lambat, dan gangguan integritas kulit atau jaringan.

Penatalaksanaan abses submandibula dilakukan melalui terapi medikamentosa dan tindakan pembedahan. Pemberian antibiotik bertujuan mengontrol infeksi bakteri, sedangkan tindakan insisi dan *drainase* dilakukan untuk mengeluarkan pus dan mengurangi tekanan pada jaringan sekitar. Penanganan yang cepat dan tepat sangat diperlukan untuk mencegah penyebaran infeksi ke jaringan yang lebih luas serta mempertahankan patensi jalan napas pasien (Hasmi, Tajrin dan Ramadhanty, 2019).

Perawat memiliki peran penting dalam mengkaji kondisi umum pasien, memonitor tanda vital, mengamati luka operasi, mengontrol nyeri, mencegah terjadinya infeksi lanjutan, serta memberikan edukasi kepada pasien dan keluarga mengenai perawatan luka dan kepatuhan terapi. Asuhan keperawatan yang tepat dapat membantu mempercepat proses penyembuhan dan meningkatkan kualitas hidup pasien (Hinkle dan Cheever, 2021).

Berdasarkan pengkajian pada Tn. R mengalami operasi mengeluarkan nyeri berdasarkan besarnya masalah infeksi maka penulis tertarik untuk Menyusun Karya Tulis ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Tn. R Dengan Gangguan Sistem Integumen : Post Op Insisi *Drainase* Abses

Submandibula ec Abses Mandibula Sinistra Pod 0 Diruang Topas Rsud Dr. Slamet Garut”

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan umum

Penulis memperoleh pengalaman secara nyata dalam melakukan proses asuhan keperawatan secara langsung dan komprehensif pada Tn. R dengan Gangguan Sistem Integumen : Post Op Insisi *Drainase* Abses Submandibula *ec* Abses Mandibula Sinistra POD 0 Di Ruang Topas RSUD Dr. Slamet Garut.

2. Tujuan khusus

Tujuan khusus dari penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini agar penulis mampu menerapkan proses asuhan keperawatan secara langsung dan komprehensif pada pasien diantaranya :

- a. Melaksanakan pengkajian secara komprehensif pada Tn. R dengan Post Op Insisi *Drainase* Abses Submandibula *ec* Abses Mandibula Sinistra POD 0 di Ruang Topas RSUD Dr. Slamet Garut.
- b. Menegakkan diagnosa keperawatan sesuai dengan respon pasien terhadap adanya gangguan pada pemenuhan Kebutuhan Dasar Manusia (KDM) pada Tn. R dengan Post Op Insisi *Drainase* Abses Submandibula *ec* Abses Mandibula Sinistra POD 0 di Ruang Topas RSUD Dr. Slamet Garut.
- c. Menyusun rencana indikasi keperawatan sesuai dengan masalah keperawatan yang di tegakkan pada Tn. R dengan Post Op Insisi *Drainase* Abses Submandibula *ec* Abses Mandibula Sinistra POD 0 di Ruang Topas RSUD Dr. Slamet Garut.
- d. Melaksanakan Tindakan keperawatan sesuai dengan rencana Tindakan yang telah ditetapkan pada Tn. R dengan Post Op Insisi *Drainase Abses* Submandibula *ec* Abses Submandibula Sinistra POD 0 di Ruang Topas RSUD Dr. Slamet Garut.
- e. Mengevaluasi hasil tindakan keperawatan sesuai dengan kriteria hasil yang ditetapkan pada Tn. R dengan Post Op Insisi *Drainase*

Abses Submandibula *ec* Abses Mandibula Sinistra POD 0 di Ruang
Topas RSUD Dr. Slamet Garut.

C. Metode Telaahan

Karya tulis ilmiah ini disusun menggunakan metode deskriptif dengan pendekatan studi kasus yang dilaksanakan melalui tahapan sebagai berikut:

1. Wawancara

Penulis menggunakan metode wawancara untuk mengumpulkan data subjektif dari keluarga dan klien melalui proses tanya jawab yang berkaitan dengan masalah yang di hadapi klien. Proses ini juga disebut dengan anamnesa.

2. Observasi

Penulis melakukan pengamatan secara langsung terhadap perilaku dan keadaan umum klien untuk memperoleh data objektif mengenai masalah kesehatan dan masalah keperawatan klien.

3. Studi Dokumentasi

Penulis membaca dan mengumpulkan data dari status, hasil laboratorium dan hasil pemeriksaan penunjang lain untuk melengkapi data objektif yang diperlukan selama proses asuhan keperawatan.

4. Studi Kepustakaan

Penulis membaca berbagai literatur untuk memperoleh data dasar yang berhubungan dengan kasus yang dialami klien dengan Post Op Insisi *Drainase* Abses Submandibula *ec* Abses Mandibula Sinistra.

5. Partisipasi Aktif

Penulis memperoleh data melalui partisipasi aktif klien selama proses pengkajian, tindakan keperawatan dan evaluasi keperawatan.

D. Sistematika Penulisan

Karya Tulis Ilmiah ini penulis susun menggunakan sistematika penulisan sebagai berikut :

BAB I Pendahuluan, meliputi : latar belakang masalah, tujuan penulisan, metode penulisan, dan sistematika penulisan.

BAB II Kajian Teoritis, meliputi : konsep dasar penyakit dan pendekatan dasar asuhan keperawatan. Konsep dasar penyakit terdiri dari pengertian, etiologi, anatomi dan fisiologi, patofisiologi, manifestasi klinis, komplikasi, pemeriksaan penunjang dan penatalaksanaan. Pendekatan dasar asuhan keperawatan meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan.

BAB III Tinjauan Kasus, meliputi : tinjauan kasus dan pembahasan yang meliputi yang akan membahas tentang teori dan hasil temuan kasus. Tinjauan kasus terdiri dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi keperawatan, dan catatan keperawatan.

BAB IV Kesimpulan dan rekomendasi : berisi kesimpulan penulis setelah melakukan asuhan keperawatan dan rekomendasi untuk perawat dan pihak RS.

BAB II

TINJAUAN TEORITIS

A. Konsep Dasar Abses Submandibula

1. Pengertian

Abses submandibula merupakan infeksi yang terjadi di ruang submandibula, yang ditandai dengan kumpulan nanah akibat bakteri yang masuk ke jaringan lunak di bawah rahang bawah. Jenis infeksi ini termasuk salah satu yang paling umum di area leher dalam, dan umumnya berasal dari infeksi gigi, khususnya pada gigi molar di rahang bawah. Penyebaran infeksi terjadi melalui jaringan fascia dan ruang-ruang anatomis di leher, sehingga bisa menjadi kondisi yang sangat serius jika tidak diatasi dengan cepat (Aryani et al., 2022).

Abses submandibula dapat muncul akibat penyebaran infeksi dari gigi, kelenjar saliva, cedera di mulut, atau infeksi di jaringan sekitarnya. Infeksi yang berasal dari gigi menjadi penyebab yang paling umum, karena akar gigi molar kedua dan ketiga di rahang bawah berlokasi dekat dengan ruang submandibula, sehingga memfasilitasi penyebaran bakteri ke area tersebut (Hasmi, Tajrin, dan Ramadhanty, 2019).

Secara klinis, abses submandibula ditandai dengan pembengkakan pada daerah submandibula, nyeri tekan, kemerahan, kesulitan menelan, trismus, dan pada kondisi berat dapat menyebabkan gangguan jalan napas. Kondisi ini memerlukan penanganan segera berupa terapi antibiotik dan tindakan insisi *drainase* untuk mengeluarkan pus serta mencegah penyebaran infeksi lebih lanjut (Setiawan dan Putra, 2020).

2. Etiologi

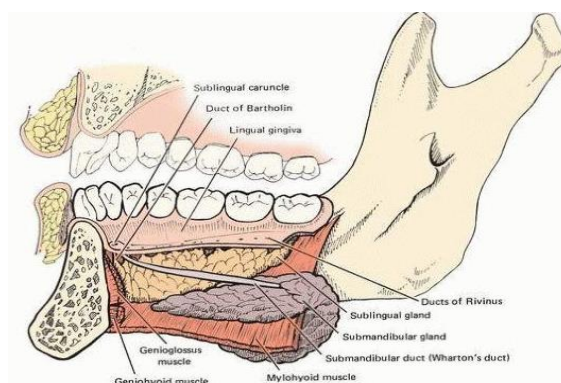
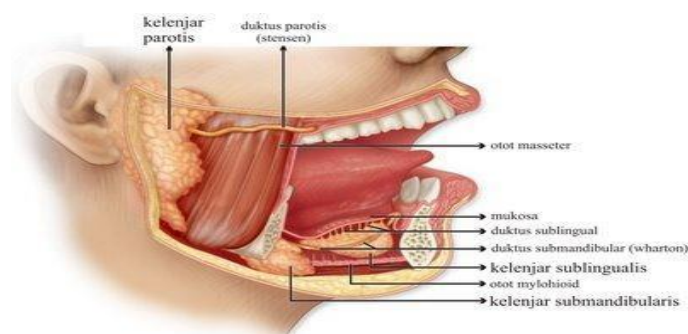
Abses submandibula umumnya disebabkan oleh infeksi bakteri yang menyebar ke ruang submandibula melalui jaringan sekitar. Penyebab tersering adalah infeksi odontogenik, yaitu infeksi yang berasal dari gigi dan jaringan pendukungnya. Infeksi ini biasanya berasal dari gigi molar kedua dan ketiga di rahang bawah karena posisi akar gigi yang dekat

dengan ruang submandibula sehingga memudahkan penyebaran bakteri ke jaringan leher dalam (Aryani et al., 2022).

Infeksi odontogenik dapat terjadi akibat karies gigi yang tidak ditangani dengan baik. Karies yang semakin dalam dapat menyebabkan infeksi pada pulpa gigi dan berkembang menjadi abses periapikal. Selanjutnya, infeksi dapat menyebar melalui jaringan lunak dan fascia menuju ruang submandibula. Bakteri yang paling sering ditemukan pada abses submandibula adalah bakteri campuran aerob dan anaerob yang berasal dari flora normal rongga mulut (Hasmi, Tajrin dan Ramadhanty, 2019).

Faktor lain yang dapat meningkatkan risiko terjadinya abses submandibula antara lain kebiasaan merokok, konsumsi alkohol, kebersihan gigi dan mulut yang buruk, serta keterlambatan penanganan infeksi gigi. Penanganan yang tidak adekuat terhadap infeksi di dalam mulut dapat menyebabkan penyebaran bakteri ke ruang leher dalam sehingga menimbulkan abses submandibula yang memerlukan tindakan medis dan pembedahan segera (Hinkle dan Cheever, 2021).

3. Anatomi dan fisiologi



Gambar 2.1 Anatomi abses submandibula

Ruang submandibula adalah salah satu area fasia pada leher bagian dalam yang terletak di bawah rahang bawah dan memiliki keterkaitan yang kuat dengan mulut serta jaringan leher lainnya. Bagian atas ruang ini dibatasi oleh rahang bawah, sementara otot digastrikus pada bagian depan dan belakang serta fascia servikalis profunda menjadi batas lainnya. Ruang submandibula terbagi menjadi dua bagian, yaitu ruang sublingual dan ruang submaksila, yang terpisah oleh otot mylohyoid. Keterkaitan anatomis antara area tersebut dapat memfasilitasi penyebaran infeksi yang cepat ke bagian dalam leher jika terjadi infeksi di area mulut atau gigi (Aryani et al., 2022).

Kelenjar submandibula merupakan salah satu kelenjar saliva mayor yang terletak pada segitiga submandibula di bawah korpus mandibula. Kelenjar ini memiliki bentuk seperti oval dan terdiri atas bagian superfisial serta bagian profunda yang mengelilingi otot mylohyoid. Kelenjar submandibula memiliki saluran ekskretorius yang disebut duktus Wharton, yang bermuara di dasar rongga mulut dekat frenulum lidah. Suplai darah berasal dari arteri fasialis dan arteri lingual, sedangkan persarafannya berasal dari sistem saraf otonom yang berfungsi mengatur produksi saliva (Lewis et al., 2020).

Di sekitar ruang submandibula terdapat berbagai struktur penting seperti otot mylohyoid, otot digastrikus, pembuluh darah fasialis, nervus hipoglossus, nervus lingualis, dan jaringan limfatik servikal. Kedekatan ruang submandibula dengan struktur-struktur tersebut menyebabkan infeksi dapat menyebar ke jaringan sekitar dan menimbulkan komplikasi serius seperti penyebaran ke ruang parafaring, retrofaring, bahkan mediastinum (Hasmi, Tajrin dan Ramadhanty, 2019).

Secara fisiologis, kelenjar submandibula berfungsi memproduksi saliva yang berperan penting untuk menjaga kelembapan di dalam mulut, membantu proses pencernaan makanan, melumasi mukosa oral,

serta melindungi rongga mulut dari pertumbuhan mikroorganisme. Kelenjar ini menghasilkan sekitar 60–70% dari total produksi saliva dalam kondisi istirahat. Saliva mengandung enzim ptialin atau amilase, mukus, antibodi, dan zat antibakteri yang membantu mempertahankan kesehatan rongga mulut (Berman, Snyder dan Frandsen, 2021).

4. Patofisiologi

Abses submandibula umumnya bermula dari infeksi yang terjadi pada gigi, terutama pada gigi molar mandibula kedua dan ketiga. Infeksi yang berasal dari gigi terjadi ketika bakteri masuk ke dalam jaringan pulpa akibat kerusakan gigi, cedera, atau masalah pada gusi. Apabila infeksi ini tidak ditangani, dapat menyebabkan kematian jaringan pulpa dan terbentuknya abses di daerah periapikal. Selanjutnya, bakteri dapat menyebar melalui tulang alveolar ke jaringan lunak yang berada di sekitar mandibula (Aryani et al., 2022).

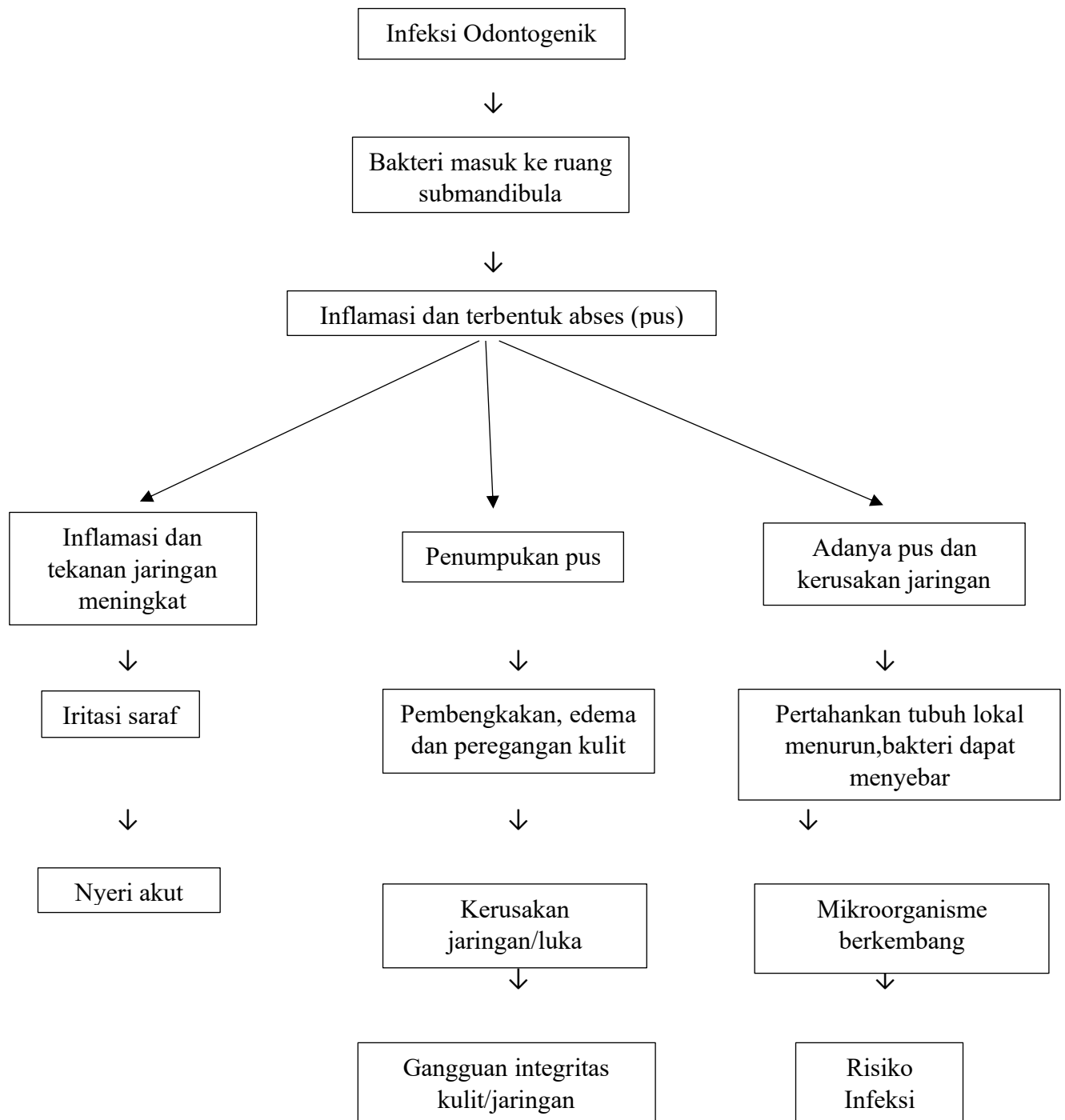
Penyebaran infeksi ke area submandibula dipengaruhi oleh posisi anatomis akar gigi terkait otot mylohyoid. Apabila terjadi kebocoran infeksi di bawah sambungan otot mylohyoid, infeksi tersebut akan menyebar ke ruang submandibula. Bakteri yang masuk ke dalam jaringan tersebut akan menyebabkan tubuh bereaksi dengan peradangan, seperti pelebaran pembuluh darah, peningkatan permeabilitas kapiler, dan perpindahan sel darah putih ke area infeksi sebagai bagian dari pertahanan tubuh melawan mikroorganisme (Hasmi, Tajrin dan Ramadhanty, 2019).

Jika infeksi tidak ditangani dengan baik, bakteri dapat menyebar ke ruang leher lainnya seperti ruang parafaring dan retrofaring. Infeksi yang berlanjut bisa mengakibatkan masalah serius seperti penyumbatan saluran pernapasan, mediastinitis, sepsis, hingga syok septik. Penyebaran infeksi melalui sirkulasi darah juga dapat berdampak pada organ tubuh lain dan meningkatkan kemungkinan kematian pada pasien yang dalam keadaan parah (Ariobimo, Nujum dan Saputro, 2023).

Pada pasien post operasi insisi *drainase* abses submandibula, proses penyembuhan dimulai setelah pus dikeluarkan dan sumber infeksi ditangani dengan pemberian antibiotik. Prosedur *drainase* ini berfungsi untuk menurunkan tekanan pada jaringan, meningkatkan aliran darah di area tersebut, dan mempercepat regenerasi jaringan. Namun demikian, masih perlu mendapatkan pengawasan intensif guna menghindari risiko infeksi kembali dan komplikasi pascaoperasi (Hinkle dan Cheever, 2021).

Bagan 2.1 Pathway Abses Submandibula

Pathway Abses Submandibula



Smeltzer, S. C., & Bare, B. G. (2021)

5. Manifestasi Klinis

Manifestasi klinis dari abses submandibula terjadi karena adanya proses peradangan dan penumpukan nanah di ruang submandibula. Gejala yang muncul bisa berbeda-beda, tergantung pada seberapa luas penyebaran infeksi, tingkat keparahan, dan keadaan umum pasien. Pada tahap awal, pasien biasanya mengeluhkan nyeri pada daerah submandibula yang dirasakan terus-menerus dan semakin berat saat menelan atau menggerakkan rahang. Nyeri ini muncul akibat tekanan jaringan yang meningkat serta proses peradangan di area yang terinfeksi (Aryani et al., 2022).

Pembengkakan pada daerah submandibula atau leher merupakan gejala klinis yang paling sering ditemukan. Pembengkakan ini bisa disertai dengan kemerahan, terasa hangat saat diraba, dan nyeri saat ditekan. Akumulasi pus di bawah jaringan menyebabkan perubahan bentuk wajah dan leher sehingga pasien tampak mengalami pembesaran di salah satu sisi mandibula atau bagian leher bawah (Setiawan dan Putra, 2020).

Pasien juga dapat mengalami demam sebagai respons sistemik tubuh terhadap infeksi bakteri. Demam sering disertai malaise, lemas, dan penurunan nafsu makan. Pada pemeriksaan laboratorium biasanya ditemukan peningkatan jumlah leukosit yang menandakan adanya proses infeksi akut di dalam tubuh (Ariobimo, Nujum dan Saputro, 2023).

6. Penatalaksanaan Medis

Penatalaksanaan medis pada abses submandibula bertujuan untuk mengatasi sumber infeksi, mengendalikan penyebaran bakteri, mempertahankan jalan napas, serta mencegah terjadinya komplikasi yang lebih berat. Penanganan harus dilakukan secara cepat dan komprehensif karena abses submandibula termasuk infeksi di ruang leher dalam yang dapat berkembang menjadi kondisi kegawatdaruratan apabila tidak segera ditangani (Aryani et al., 2022).

Pemberian antibiotik adalah langkah utama dalam menangani pasien dengan abses submandibula. Antibiotik digunakan untuk mengobati infeksi bakteri aerob dan anaerob yang biasanya berasal dari mikroorganisme normal yang ada di mulut. Terapi awal biasanya melibatkan antibiotik dengan spektrum luas seperti ceftriaxone, metronidazole, clindamycin, atau kombinasi antibiotik lain. Pemilihan antibiotik dapat disesuaikan berdasarkan hasil kultur pus dan sensitivitas bakteri jika tersedia. Penggunaan antibiotik melalui intravena sering diterapkan pada kasus infeksi berat atau pada pasien yang sulit untuk menelan (Hasmi, Tajrin dan Ramadhanty, 2019).

Selain antibiotik, pasien juga diberikan analgetik untuk membantu mengurangi nyeri akibat proses inflamasi dan tindakan pembedahan. Obat analgetik yang sering digunakan antara lain ketorolac dan paracetamol. Pengendalian nyeri sangat penting karena nyeri dapat mengganggu aktivitas, pola tidur, dan kemampuan pasien dalam memenuhi kebutuhan nutrisi serta cairan (Hinkle dan Cheever, 2021).

7. Komplikasi

Abses submandibula merupakan infeksi ruang leher dalam yang dapat berkembang menjadi kondisi serius apabila tidak ditangani secara cepat dan tepat. Penyebaran infeksi yang luas dapat menyebabkan berbagai komplikasi yang membahayakan jiwa karena ruang submandibula memiliki hubungan anatomis dengan jaringan leher dalam dan mediastinum. Oleh karena itu, penanganan dini sangat diperlukan untuk mencegah terjadinya komplikasi sistemik maupun lokal (Aryani et al., 2022).

Salah satu komplikasi paling berbahaya pada abses submandibula adalah obstruksi jalan napas. Pembengkakan jaringan pada dasar mulut dan leher dapat menyebabkan penekanan saluran napas sehingga pasien mengalami sesak napas, stridor, hingga gagal napas. Kondisi ini merupakan kegawatdaruratan medis yang memerlukan tindakan segera

untuk mempertahankan patensi jalan napas, seperti pemasangan airway atau trakeostomi apabila diperlukan (Setiawan dan Putra, 2020).

B. Konsep Dasar Insisi *Drainase*

1. Pengertian

Insisi *drainase* merupakan tindakan pembedahan yang dilakukan dengan membuat sayatan pada daerah abses untuk mengeluarkan pus atau nanah yang terkumpul di dalam jaringan. Pada kasus abses submandibula, tindakan ini dilakukan karena infeksi telah membentuk kumpulan pus pada ruang submandibula, sehingga perlu dikeluarkan agar tekanan jaringan berkurang dan penyebaran infeksi dapat dicegah. Aryani et al. (2022) menjelaskan bahwa penatalaksanaan abses submandibula dapat dilakukan melalui tindakan pembedahan berupa insisi dan *drainase*, disertai pemberian antibiotik untuk mengatasi infeksi.

2. Indikasi dan Kontraindikasi Insisi *Drainase*

Aryani et al. (2022) menjelaskan bahwa abses submandibula merupakan kondisi infeksi yang membutuhkan penanganan segera, salah satunya melalui tindakan insisi dan *drainase* disertai pemberian antibiotik. Indikasi insisi *drainase* pada abses submandibula meliputi:

- a. Terdapat pembengkakan pada daerah submandibula atau leher.
- b. Terdapat kumpulan pus atau nanah pada jaringan yang terinfeksi.
- c. Pasien mengalami nyeri tekan pada area abses.
- d. Terdapat tanda inflamasi seperti kemerahan, bengkak, hangat, dan nyeri.
- e. Pasien mengalami trismus atau sulit membuka mulut.
- f. Pasien mengalami disfagia atau kesulitan menelan.
- g. Infeksi tidak membaik dengan terapi antibiotik saja.
- h. Terdapat risiko penyebaran infeksi ke ruang leher dalam.
- i. Terdapat risiko gangguan jalan napas akibat pembengkakan jaringan.

3. Komplikasi Insisi *Drainase*

Komplikasi insisi *drainase* dapat terjadi selama tindakan maupun setelah tindakan operasi. Komplikasi yang sering muncul berkaitan dengan luka operasi, proses inflamasi, dan risiko infeksi ulang. Pada pasien post operasi abses submandibula, keluhan yang paling sering ditemukan adalah nyeri pada area luka operasi. Lauren et al. (2024) menyebutkan bahwa nyeri merupakan salah satu manifestasi klinis yang umum terjadi pada pasien post operasi insisi *drainase* abses submandibula. Komplikasi yang dapat terjadi setelah tindakan insisi *drainase* antara lain:

1) Nyeri pascaoperasi

Nyeri terjadi akibat terputusnya kontinuitas jaringan karena sayatan operasi. Nyeri juga dapat muncul akibat inflamasi pada jaringan sekitar luka.

2) Perdarahan

Perdarahan dapat terjadi apabila terdapat pembuluh darah kecil yang ikut terluka saat tindakan. Oleh karena itu, area luka perlu dipantau setelah operasi.

3) Infeksi ulang

Infeksi ulang dapat terjadi apabila perawatan luka tidak dilakukan dengan teknik aseptik atau balutan luka tidak diganti sesuai kondisi luka.

4) Pembengkakan sekitar luka

Pembengkakan dapat muncul akibat proses inflamasi jaringan setelah tindakan. Kondisi ini perlu dipantau agar tidak berkembang menjadi tanda infeksi lanjutan.

5) Keluarnya pus atau eksudat berlebihan

Cairan yang keluar dari luka perlu diamati warna, jumlah, bau, dan konsistensinya. Perubahan karakteristik cairan dapat menjadi tanda adanya masalah pada luka.

6) Penyembuhan luka lambat

Proses penyembuhan dapat melambat apabila pasien memiliki nutrisi kurang, kebersihan luka tidak terjaga, atau terdapat penyakit penyerta.

7) Gangguan integritas kulit atau jaringan

Luka insisi menyebabkan kerusakan pada lapisan kulit dan jaringan sekitar area submandibula.

4. Penatalaksanaan Tindakan Operasi Insisi *Drainase*

Penatalaksanaan tindakan insisi *drainase* dimulai dari pengkajian kondisi pasien secara menyeluruh. Pemeriksaan dilakukan untuk mengetahui lokasi abses, luas pembengkakan, tingkat nyeri, kemampuan menelan, kemampuan membuka mulut, tanda infeksi, dan kemungkinan gangguan jalan napas. Aryani et al. (2022) menjelaskan bahwa diagnosis abses submandibula dapat ditegakkan melalui pemeriksaan klinis dan pemeriksaan radiografi, kemudian ditangani dengan memastikan keamanan jalan napas sebelum dilakukan pembedahan.

Suhandi et al. (2023) menyebutkan bahwa perawatan luka pada pasien post operasi abses submandibula dilakukan untuk mencegah infeksi dan komplikasi, terutama melalui pemantauan luka serta penggunaan balutan yang sesuai. Perawatan setelah tindakan insisi *drainase* meliputi:

- a. Memantau tanda-tanda infeksi seperti kemerahan, bengkak, nyeri bertambah, demam, dan keluar pus.
- b. Mengganti balutan sesuai kondisi luka dan jumlah eksudat.
- c. Mempertahankan teknik aseptik saat perawatan luka.
- d. Mengobservasi jumlah dan karakteristik cairan *drainase*.
- e. Memberikan obat sesuai program medis.
- f. Menganjurkan pasien menjaga kebersihan mulut.
- g. Menganjurkan pasien mengonsumsi makanan tinggi protein dan cukup cairan.
- h. Memberikan edukasi kepada pasien dan keluarga tentang tanda bahaya yang perlu segera dilaporkan.

5. Dampak Operasi Insisi *Drainase* terhadap Kebutuhan Dasar Manusia (KDM)

Operasi insisi *drainase* dapat memengaruhi beberapa kebutuhan dasar manusia, terutama kebutuhan rasa nyaman, nutrisi, istirahat, aktivitas, personal hygiene, dan rasa aman. Kebutuhan rasa nyaman biasanya terganggu karena pasien mengalami nyeri pada area luka operasi. Lauren et al. (2024) menjelaskan bahwa pasien post operasi insisi *drainase* abses submandibula dapat mengalami masalah keperawatan nyeri akut, dan intervensi farmakologis maupun nonfarmakologis dapat membantu menurunkan intensitas nyeri. Kebutuhan nutrisi juga dapat terganggu karena letak abses berada di daerah submandibula yang dekat dengan rongga mulut dan leher. Pasien dapat mengalami nyeri saat menelan, sulit membuka mulut, dan penurunan nafsu makan. Gazali et al. (2023) menyebutkan bahwa setelah perawatan abses submandibula, kemampuan membuka mulut pasien dapat membaik sehingga asupan nutrisi menjadi lebih baik.

Kebutuhan istirahat dan tidur dapat terganggu akibat nyeri, balutan luka, dan rasa tidak nyaman setelah operasi. Kebutuhan personal hygiene juga dapat menurun karena pasien merasa takut menyentuh area luka atau khawatir balutan terlepas. Selain itu, pasien juga dapat mengalami rasa cemas terhadap kondisi luka, tindakan operasi, dan proses penyembuhan. Oleh karena itu, perawat perlu memberikan perawatan luka, manajemen nyeri, edukasi tanda infeksi, serta dukungan emosional kepada pasien dan keluarga.

C. Tinjauan Teoritis

1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian keperawatan merupakan tahap awal dalam proses keperawatan yang dilakukan secara sistematis untuk mengumpulkan data mengenai kondisi biologis, psikologis, sosial, dan spiritual pasien. Pengkajian bertujuan untuk mengidentifikasi masalah kesehatan pasien sehingga perawat dapat menentukan diagnosis keperawatan dan

menyusun intervensi yang tepat. Pada pasien abses submandibula, pengkajian dilakukan secara komprehensif karena kondisi infeksi dan tindakan pembedahan dapat memengaruhi berbagai kebutuhan dasar pasien (Hinkle dan Cheever, 2021).

1) Identitas pasien

Meliputi nama, usia, jenis kelamin, alamat, agama, pendidikan, pekerjaan, status perkawinan, nomor rekam medis, serta identitas penanggung jawab pasien. Data identitas penting untuk membantu proses administrasi, komunikasi, serta menentukan faktor risiko yang berhubungan dengan kondisi kesehatan pasien (Berman, Snyder dan Frandsen, 2021).

2) Riwayat Kesehatan

a. Keluhan utama

Pada pasien post operasi insisi *drainase* abses submandibula *ec* abses mandibula, keluhan yang sering ditemukan antara lain nyeri pada daerah leher atau bawah rahang, pembengkakan pada submandibula, kesulitan menelan, sulit membuka mulut, demam, dan rasa tidak nyaman setelah tindakan operasi. Keluhan utama membantu perawat memahami masalah yang paling dirasakan pasien saat pengkajian dilakukan (Aryani *et al.*, 2022).

b. Riwayat penyakit sekarang

Mengkaji awal munculnya keluhan, lokasi nyeri, karakteristik nyeri, faktor yang memperberat atau mengurangi gejala, serta tindakan yang telah dilakukan sebelumnya.

c. Riwayat penyakit dahulu

Untuk mengetahui adanya penyakit penyerta seperti diabetes melitus, hipertensi, atau penyakit imunologis yang dapat memengaruhi proses penyembuhan pasien. Selain itu, riwayat kesehatan gigi dan mulut juga perlu dikaji karena abses

submandibula sering berasal dari infeksi odontogenik (Hasmi, Tajrin dan Ramadhanty, 2019).

d. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik dilakukan secara menyeluruh menggunakan pendekatan inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi. Pada pasien abses submandibula, pemeriksaan difokuskan pada area kepala dan leher untuk menilai adanya pembengkakan, kemerahan, nyeri tekan, fluktuasi pus, keterbatasan membuka mulut, serta kondisi luka post operasi insisi *drainase*. Pemeriksaan tanda-tanda vital seperti tekanan darah, nadi, respirasi, suhu tubuh, dan saturasi oksigen juga sangat penting untuk mengetahui kondisi umum pasien dan mendeteksi adanya tanda infeksi sistemik maupun gangguan jalan napas (Lewis *et al.*, 2020).

e. Pengkajian psikologis dan spiritual

Pasien dapat mengalami kecemasan, takut terhadap kondisi penyakit, maupun kekhawatiran terhadap proses penyembuhan dan tindakan operasi yang dijalani. Dukungan keluarga, kondisi emosional, serta kebutuhan spiritual pasien perlu dikaji agar perawat dapat memberikan asuhan keperawatan yang holistik dan berpusat pada pasien (Berman, Snyder dan Frandsen, 2021).

f. Pengkajian pola aktivitas sehari-hari

Untuk mengetahui dampak penyakit terhadap pemenuhan kebutuhan dasar pasien. Perawat mengkaji pola nutrisi, pola eliminasi, pola aktivitas dan istirahat, pola tidur, personal hygiene, serta kemampuan mobilisasi pasien. Pada pasien abses submandibula post operasi biasanya ditemukan gangguan makan dan minum akibat nyeri menelan, gangguan tidur akibat nyeri, keterbatasan aktivitas karena kondisi lemah, serta gangguan kenyamanan akibat luka operasi dan pembengkakan pada area leher (Hinkle dan Cheever, 2021).

g. Pemeriksaan penunjang

Dikaji untuk membantu menilai tingkat keparahan infeksi dan kondisi pasien secara keseluruhan. Pemeriksaan laboratorium seperti leukosit, hemoglobin, hematokrit, dan tujuan pemeriksaan penunjang kultur pus digunakan untuk mengetahui adanya infeksi dan menentukan terapi yang sesuai. Pemeriksaan radiologi seperti CT-Scan, foto rontgen, atau USG leher dapat membantu melihat lokasi dan luas penyebaran abses pada jaringan leher dalam (Setiawan dan Putra, 2020).

h. Analisa Data

Tabel 2. 1 Analisa Data

No	Data	Etiologi	Masalah
1	DS: Pada umumnya: a. Klien mengeluh nyeri pada area/luka operasi submandibula b. Klien mengatakan nyeri bertambah saat bergerak, menelan, atau membuka mulut c. Klien mengatakan nyeri terasa seperti tertusuk/berdenyut DO: Biasanya: a. Klien tampak meringis b. Klien tampak gelisah c. Klien bersikap protektif pada area nyeri d. Frekuensi nadi meningkat e. Tekanan darah meningkat	Insisi <i>drainase</i> ↓ Post operasi ↓ Respon inflamasi dan kerusakan jaringan ↓ Stimulasi nosiseptor perifer ↓ Impuls nyeri di kirim ke sumsum tulang belakang ↓ Persepsi nyeri oleh konteks serebral ↓	Nyeri akut

No	Data	Etiologi	Masalah
	f. Pola nafas berubah	Nyeri akut	
2	Gangguan integritas kulit DS: Pada umumnya: a. Klien mengatakan terdapat luka pada area submandibula b. Klien mengeluh tidak nyaman pada area luka DO: Biasanya: a. Terdapat luka insisi pada area submandibula b. Tampak kemerahan atau bengkak disekitar luka c. Terdapat cairan/pus atau rembesan pada luka d. Luka tampak terbuka/tertutup balutan	Insisi <i>drainase</i> ↓ Post operasi ↓ Insisi pada kulit submandibula ↓ Terputusnya kontinuitas jaringan kulit ↓ Kerusakan jaringan kulit ↓ Gangguan integritas kulit	Gangguan integritas kulit/jaringan
3	Gangguan menelan DS: Pada umumnya: a. Klien mengatakan sulit menelan makanan atau minuman b. Klien mengatakan nyeri saat menelan c. Klien mengatakan terasa ada hambatan/ganjalan di tenggorokan	Insisi <i>drainase</i> ↓ Post operasi ↓ Edema dan nyeri pada area operasi, trismus, disfagia ↓ Gangguan mekanisme menelan ↓	Gangguan menelan

No	Data	Etiologi	Masalah
	d. Klien mengatakan takut makan atau minum karena nyeri saat menelan e. Klien mengatakan nafsu makan menurun akibat kesulitan menelan DO: Biasanya: a. Tampak kesulitan saat menelan b. Tampak batuk atau tersedak saat makan/minum c. Tampak makanan/ minuman sulit atau tertahan dimulut. d. Terdapat pembengkakan/ edema area submandibula e. Terdapat nyeri pada area leher/rahang f. Terdapat perubahan suara setelah menelan (serak/basah) g. Asupan makan dan minum berkurang	Makanan sulit ditelan ↓ Gangguan menelan	
4	Defisit nutrisi DS: Pada umumnya: a. Klien mengatakan nafsu makan menurun b. Klien mengatakan sulit makan karena nyeri atau sulit menelan	Insisi <i>drainase</i> ↓ Post operasi ↓ Nyeri, disfagia, edema, anoreksia ↓	Defisit nutrisi

No	Data	Etiologi	Masalah
	c. Klien mengatakan porsi makan tidak habis d. Klien mengatakan asupan makanan berkurang sejak sakit/post operasi DO: Biasanya: a. Berat badan menurun atau tidak sesuai kebutuhan b. Porsi makan tampak tidak habis c. Asupan nutrisi dan cairan kurang d. Tampak lemah/penurunan energi e. Mukosa mulut tampak kering f. Terdapat kesulitan mengunyah atau menelan	Asupan makanan dan cairan menurun ↓ Kebutuhan nutrisi tidak terpenuhi ↓ Defisit nutrisi	
5	Risiko Infeksi DS: Pada umumnya: a. Klien mengatakan memiliki luka operasi abses submandibula b. Klien mengatakan takut luka mengalami infeksi DO: Biasanya: a. Terdapat luka operasi	Insisi <i>drainase</i> ↓ Post Operasi ↓ Kerusakan jaringan dan kontaminasi bakteri ↓ Respon inflamasi local dan kolonisasi bakteri	Risiko infeksi

No	Data	Etiologi	Masalah
	b. Adanya balutan luka c. Terdapat rembesan cairan atau pus d. Leukosit meningkat	↓ Peningkatan risiko infeksi ↓ Risiko Infeksi	

2. Diagnosa Keperawatan

Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017), diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada pasien post op insisi *drainase* abses submandibula ec abses mandibula adalah sebagai berikut :

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik dibuktikan dengan pasien mengeluh nyeri pada daerah submandibula atau luka operasi, tampak meringis, gelisah, melindungi area yang nyeri, skala nyeri meningkat, serta perubahan tanda-tanda vital seperti peningkatan tekanan darah atau frekuensi nadi.
- b. Gangguan Integritas kulit/jaringan berhubungan dengan faktor mekanis dibuktikan dengan adanya kerusakan kontinuitas kulit/jaringan pada area luka operasi, luka tampak terbuka, kemerahan, edema, terdapat pus atau eksudat, rembesan pada balutan, dan jaringan sekitar mengalami inflamasi.
- c. Gangguan menelan berhubungan dengan obstruksi mekanik dibuktikan dengan pasien mengeluh sulit menelan, nyeri saat menelan (odinofagia), menelan berlangsung lambat, tampak kesulitan menelan makanan atau minuman, dan asupan oral menurun.
- d. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan dibuktikan asupan makanan tidak adekuat, pasien menghabiskan makanan kurang dari kebutuhan, berat badan menurun, nafsu makan menurun, dan tampak lemah.
- e. Risiko infeksi dibuktikan dengan prosedur invasif.

3. Intervensi keperawatan

Tabel 2. 2 Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Intervensi	Rasional
1	(D.0077) Nyeri akut	(L.08066) Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam, maka tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil : 1. Keluhan nyeri menurun. 2. Meringis menurun. 3. Sikap protektif menurun. 4. Gelisah menurun 5. Kesulitan tidur menurun. 6. Frekuensi nadi membaik.	(I.08238) Manajemen nyeri Observasi 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respons nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri	Observasi 1. Untuk mendapatkan gambaran menyeluruh mengenai nyeri yang dialami pasien sehingga memudahkan dalam menentukan intervensi yang tepat 2. Membantu mnegevaluasi tingkat nyeri dan efektivitas intervensi nyeri yang telah diberikan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Intervensi	Rasional
			5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 9. Monitor efek samping penggunaan analgetik Terapeutik 1. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hipnosis, akupresur, terapi musik, biofeedback,	3. Untuk mengetahui tanda-tanda nyeri ditunjukkan pasien melalui ekspresi wajah, perilaku, atau gerakan tubuh sehingga dapat menentukan tingkat nyeri yang dialami pasien 4. Untuk mengetahui faktor yang dapat memicu atau mengurangi nyeri sehingga dapat membantu dalam menentukan tindakan yang tepat untuk mengatasi nyeri 5. Untuk mengetahui pemahaman pasien mengenai nyeri sehingga perawat dapat memberikan edukasi yang sesuai terkait pengelolaan nyeri

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Intervensi	Rasional
			terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain) 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 3. Fasilitasi istirahat dan tidur 4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri Edukasi 1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri	6. Untuk mengetahui kebiasaan dan cara pasien dalam mengekspresikan nyeri berdasarkan budaya yang dianut sehingga pendekatan keperawatan dapat diberikan sesuai kebutuhan pasien 7. Untuk mengetahui dampak nyeri terhadap aktivitas sehari-hari, istirahat, dan kenyamanan pasien sehingga dapat menentukan kebutuhan intervensi 8. Untuk mengevaluasi efektifitas terapi nonfarmakologis dalam membantu menurunkan intensitas nyeri pasien

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Intervensi	Rasional
			2. Jelaskan strategi meredakan nyeri 3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 4. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat 5. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu	9. Untuk mengetahui adanya efek yang tidak diinginkan dari penggunaan obat analgesik sehingga keamanan pasien tetap terjaga Terapeutik 1. Teknik ini dapat mengalihkan perhatian pasien dari nyeri dan membantu menurunkan ketegangan otot sehingga nyeri berkurang 2. Lingkungan yang tenang dan nyaman membantu menurunkan stres dan persepsi terhadap nyeri 3. Istirahat yang cukup dapat membantu proses pemulihan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Intervensi	Rasional
				tubuh dan meningkatkan toleransi pasien terhadap nyeri 4. Pemilihan strategi yang sesuai dengan penyebab dan karakteristik nyeri dapat meningkatkan efektivitas penanganan nyeri Edukasi 1. Memberikan informasi dapat meningkatkan pemahaman materi pasien dan keterlibatan aktif dalam pengelolaan nyeri 2. Pengetahuan tentang teknik pengendalian nyeri membantu pasien untuk mandiri dan tidak bergantung pada obat

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Intervensi	Rasional
				3. Membantu pasien mengenali perubahan nyeri sehingga dapat melaporkan kondisi dan mendapatkan penanganan lebih cepat 4. Penggunaan analgetik yang tepat menghindari efek samping dan meningkatkan efektivitas terapi nyeri 5. Strategi seperti napas dalam, relaksasi otot progresif, atau meditasi membantu pasien mengelola nyeri tanpa ketergantungan pada obat Kolaborasi 1. Pemberian analgetik sesuai program medis membantu

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Intervensi	Rasional
				mengurangi nyeri melalui mekanisme farmakologis
2	(D.0129) Gangguan integritas kulit/jaringan	(L.14125) Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam, maka integritas kulit/jaringan meningkat, dengan kriteria hasil: 1. Kerusakan jaringan menurun 2. Kerusakan lapisan kulit menurun	(I.11353) Perawatan luka Observasi 1. Monitor karakteristik luka (mis. drainase, warna, ukuran, bau) 2. Monitor tanda-tanda infeksi Terapeutik 1. Lepaskan balutan dan plester secara perlahan 2. Cukur rambut di sekitar daerah luka, jika perlu 3. Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan.	Observasi 1. Infeksi dapat memperburuk kondisi luka dan memperlambat penyembuhan 2. Untuk mengetahui perkembangan penyembuhan luka atau adanya tanda infeksi dini, sehingga tindakan dapat segera dilakukan Terapeutik 1. Untuk mencegah terjadinya trauma pada jaringan luka dan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Intervensi	Rasional
			4. Bersihkan jaringan nekrotik 5. Berikan salep yang sesuai ke kulit/lesi, jika perlu 6. Pasang balutan sesuai jenis luka 7. Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka 8. Ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase 9. Jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien 10. Berikan diet dengan kalori 30-35 kkal/kgBB/hari dan protein 1,25-1,5 g/kgBB/hari 11. Berikan suplemen vitamin dan mineral (mis. vitamin A,	mengurangi nyeri saat proses perawatan luka 2. Untuk memudahkan proses perawatan luka, menjaga kebersihan area luka, dan mengurangi risiko kontaminasi 3. Untuk membersihkan luka dari kotoran, sisa eksudat, dan mengurangi jumlah mikroorganisme pada area luka 4. Untuk menghilangkan jaringan mati yang dapat menghambat proses penyembuhan luka dan meningkatkan risiko infeksi 5. Untuk membantu menjaga kelembapan luka, melindungi

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Intervensi	Rasional
			vitamin C, Zinc, asam amino), sesuai indikasi Edukasi 1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 2. Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein 3. Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri Kolaborasi 1. Kolaborasi prosedur debridement (mis. enzimatis, biologis, mekanis, autolitik), jika perlu 2. Kolaborasi pemberian antibiotik, jika perlu	jaringan, dan mendukung proses penyembuhan luka 6. Untuk melindungi luka dari kontaminasi, mempertahankan kondisi lingkungan luka, dan membantu proses penyembuhan 7. Untuk mencegah masuknya mikroorganisme penyebab infeksi di area luka 8. Untuk menjaga kebersihan luka, mencegah penumpukan cairan, dan mengurangi risiko pertumbuhan bakteri 9. Untuk mencegah tekanan berkepanjangan pada area tertentu yang dapat menyebabkan ganggaun

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Intervensi	Rasional
				sirkulasi dan memperlambat penyembuhan luka 10. Untuk memenuhi kebutuhan energi dan protein yang diperlukan dalam proses regenerasi jaringan dan penyembuhan luka 11. Untuk mendukung pembentukan jaringan baru, meningkatkan imunitas, dan mempercepat proses penyembuhan luka Edukasi 1. Edukasi pasien tentang gejala infeksi (kemerahan, nyeri, bengkak, keluar nanah) penting

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Intervensi	Rasional
				agar pasien dapat melapor jika gejala muncul 2. Nutrisi yang cukup, terutama protein dan kalori, dibutuhkan untuk proses regenerasi jaringan dan penyembuhan luka 3. Meningkatkan kemampuan dan kemandirian pasien dalam merawat luka di rumah, mencegah komplikasi, dan mempercepat penyembuhan Kolaborasi 1. Untuk membantu mengangkat jaringan mati sehingga mempercepat proses penyembuhan luka

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Intervensi	Rasional
				2. Untuk mengatasi atau mencegah infeksi akibat pertumbuhan bakteri pada area luka
3	(D.0063) Gangguan menelan	(L.06052) Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam, maka status menelan membaik dengan kriteria hasil : 1. Mempertahankan makanan dimulut meningkat 2. Reflek menelan meningkat 3. Kemampuan mengosongkan mulut meningkat 4. Frekuensi tersedak menurun 5. Batuk menurun	(I.11351) Dukungan perawatan diri : Makan/Minum Observasi 1. Identifikasi diet yang dianjurkan 2. Monitor kemampuan menelan 3. Monitor status hidrasi pasien, jika perlu Terapeutik 1. Ciptakan lingkungan yang menyenangkan selama makan	Observasi 1. Untuk mengetahui jenis diet yang sesuai dengan kondisi pasien sehingga kebutuhan nutrisi dapat terpenuhi 2. Untuk mengetahui adanya gangguan menelan yang dapat meningkatkan risiko tersedak atau aspirasi

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Intervensi	Rasional
			2. Atur posisi yang nyaman untuk makan/minum 3. Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu 4. Letakkan makanan di sisi mata yang sehat 5. Sediakan sedotan untuk minum, sesuai kebutuhan 6. Siapkan makanan dengan suhu yang meningkatkan nafsu makan 7. Sediakan makanan dan minuman yang disukai 8. Berikan bantuan saat makan/minum sesuai tingkat kemandirian, jika perlu	3. Untuk mengetahui kecukupan cairan tubuh dan mencegah terjadinya kekurangan cairan Terapeutik 1. Lingkungan yang nyaman dapat meningkatkan nafsu makan dan membantu pasien lebih rileks saat makan 2. Posisi yang tepat membantu proses menelan, meningkatkan kenyamanan dan mengurangi risiko aspirasi 3. Untuk menjaga kebersihan rongga mulut, meningkatkan kenyamanan, dan membantu meningkatkan nafsu makan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Intervensi	Rasional
			9. Motivasi untuk makan di ruang makan, jika tersedia Edukasi 1. Jelaskan posisi makanan pada pasien yang mengalami gangguan penglihatan dengan menggunakan arah jarum jam (mis. sayur di jam 12, rendang di jam) Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian obat (mis. analgesik, antiemetik), sesuai indikasi	4. Untuk membantu pasien mengenali dan mengambil makanan secara mandiri pada pasien dengan gangguan penglihatan 5. Untuk membantu pasien memenuhi kebutuhan cairan apabila mengalami kesulitan minum secara langsung 6. Suhu makanan yang sesuai dapat meningkatkan kenyamanan dan mearangsang keinginan pasien untuk makan 7. Untuk meningkatkan motivasi pasien dalam memenuhi kebutuhan nutrisi

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Intervensi	Rasional
				8. Untuk membantu pasien memenuhi kebutuhan makan dan minum sesuai kemampuan serta mempertahankan kemandirian 9. Untuk meningkatkan interaksi social dan menciptakan suasana makan yang mendukung peningkatan nafsu makan Edukasi 1. Untuk membantu pasien mengenali letak makanana sehingga dapat makan lebih mandiri

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Intervensi	Rasional
				Kolaborasi 1. Untuk mengurangi keluhan yang dapat menghambat proses makanan seperti nyeri atau mual
4	(D.0019) Defisit nutrisi	(L.030030) Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam, maka status nutrisi membaik dengan kriteria hasil : 1. Porsi makanan yang dihabiskan meningkat 2. Berat badan membaik 3. Indeks Massa Tubuh (IMT) membaik	(I.03119) Manajemen Nutrisi Observasi 1. Identifikasi status nutrisi 2. Alergi dan intoleransi makanan 3. Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrien 4. Monitor asupan makanan 5. Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastik 6. Monitor berat badan	Observasi 1. Untuk mengetahui kondisi nutrisi pasien sebagai dasar dalam menentukan kebutuhan intervensi 2. Untuk mencegah pemberian makanan yang dapat menimbulkan reaksi alergi atau gangguan pencernaan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Intervensi	Rasional
			7. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium Terapeutik 1. Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu 2. Fasilitasi menentukan pedoman diet (mis. piramida makanan) 3. Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai 4. Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi 5. Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein 6. Berikan suplemen makanan, jika perlu	3. Untuk menentukan jumlah energi dan zat gizi yang sesuai kebutuhan pasien 4. Untuk mengetahui kecukupan nutrisi yang masuk dan mengevaluasi keberhasilan pemenuhan nutrisi 5. Untuk menentukan kebutuhan pemberian nutrisi alternatif apabila pasien tidak mampu memenuhi kebutuhan secara oral 6. Untuk mengetahui perubahan status nutrisi dan efektivitas pemberian nutrisi 7. Untuk mengetahui kondisi metabolik dan status nutrisi

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Intervensi	Rasional
			Edukasi 1. Hentikan pemberian makan melalui selang nasogatrik jika asupan oral dapat ditoleransi 2. Anjurkan posisi duduk, jika mampu 3. Ajarkan diet yang diprogramkan Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis. pereda nyeri, antiemetik), jika perlu 2. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah	pasien melalui hasil pemeriksaan penunjang Terapeutik 1. Untuk meningkatkan kebersihan mulut dan kenyamanan pasien sebelum menerima makanan 2. Untuk membantu pasien memahami pengaturan makanan yang sesuai dengan kondisi kesehatan 3. Untuk meningkatkan selera makan dan membantu pasien menghabiskan makanan 4. Serat membantu meningkatkan pergerakan usus dan mencegah gangguan eliminasi

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Intervensi	Rasional
			kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan, jika perlu	5. Untuk memenuhi kebutuhan energi dan membantu proses perbaikan jaringan tubuh 6. Untuk membantu memenuhi kebutuhan nutrisi yang belum tercukupi dari makanan Edukasi 1. Untuk meningkatkan kemampuan pasien memenuhi kebutuhan nutrisi secara mandiri 2. Untuk meningkatkan kenyamanan makan dan mengurangi risiko aspirasi 3. Untuk meningkatkan pemahaman pasien dalam mengikuti pengaturan nutrisi sesuai kondisi kesehatan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Intervensi	Rasional
				Kolaborasi 1. Untuk mengurangi keluhan yang menghambat asupan makanan sehingga pasien dapat makan lebih banyak 2. Untuk mendapatkan perencanaan nutrisi yang sesuai dengan kebutuhan pasien
5	(D. 0142) Risiko infeksi	(L. 14137) Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam, maka tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil : 1. Kebersihan tangan meningkat 2. Kebersihan badan meningkat	(I. 14539) Pencegahan infeksi Observasi 1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik Terapeutik 1. Batasi jumlah pengunjung 2. Berikan perawatan kulit pada area edema	Observasi 1. Deteksi dini terhadap tanda infeksi seperti demam, kemerahan, bengkak, atau peningkatan leukosit sangat penting untuk mencegah infeksi berkembang lebih lanjut dan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Intervensi	Rasional
		3. Demam menurun 4. Kemerahan menurun 5. Nyeri menurun 6. Bengkak menurun 7. Kadar sel darah putih membaik	3. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 4. Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi Edukasi 1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 2. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar 3. Ajarkan etika batuk 4. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi 5. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi	untuk memulai intervensi medis segera Terapeutik 1. Mengurangi jumlah pengunjung membantu menurunkan risiko masuknya mikroorganisme dari luar yang dapat memperburuk kondisi pasien atau menyebabkan infeksi silang 2. Kulit yang mengalami edema rentan terhadap kerusakan dan infeksi. Perawatan kulit yang baik dapat mencegah kerusakan jaringan dan mempertahankan integritas kulit 3. Cuci tangan adalah langkah paling efektif dalam mencegah

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Intervensi	Rasional
			6. Anjurkan meningkatkan asupan cairan Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu	penyebaran infeksi nosokomial (infeksi di rumah sakit) melalui kontak langsung maupun tidak langsung 4. Teknik aseptik mencegah masuknya mikroorganisme patogen ke dalam tubuh pasien, terutama pada prosedur invasif atau luka terbuka, sehingga risiko infeksi dapat diminimalkan Edukasi 1. Edukasi pasien dan keluarga tentang tanda infeksi membantu dalam pengenalan dini gejala dan pelaporan segera jika gejala muncul

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Intervensi	Rasional
				2. Mendidik pasien dan pengunjung tentang cara mencuci tangan yang benar akan meningkatkan kepatuhan terhadap kebersihan tangan dan menurunkan risiko penularan infeksi 3. Untuk meningkatkan pengetahuan pasien mengenai cara batuk yang benar sehingga dapat mengurangi penyebaran mikroorganisme melalui percikan droplet dan mencegah penularan infeksi 4. Dengan pengetahuan ini, pasien dapat melakukan pemantauan secara mandiri di rumah dan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Intervensi	Rasional
				segera melapor jika ada tanda-tanda infeksi seperti nanah, kemerahan, atau nyeri meningkat 5. Nutrisi yang cukup memperkuat sistem imun tubuh, mempercepat proses penyembuhan, dan menurunkan risiko infeksi 6. Asupan cairan yang cukup membantu tubuh dalam proses detoksifikasi dan menjaga keseimbangan cairan, yang berperan dalam respon imun tubuh terhadap infeksi

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Intervensi	Rasional
				Kolaborasi 1. Untuk meningkatkan daya tahan tubuh pasien terhadap penyakit infeksi tertentu sehingga dapat membantu mencegah terjadinya infeksi

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan tahap pelaksanaan dari rencana tindakan keperawatan yang telah disusun berdasarkan kebutuhan dan masalah pasien. Implementasi dilakukan secara langsung kepada pasien untuk membantu mencapai tujuan dan luaran keperawatan yang telah ditetapkan. Pada pasien post operasi insisi *drainase* abses submandibular *ec* abses mandibula, implementasi keperawatan dilakukan secara komprehensif dengan memperhatikan kondisi umum pasien, status luka operasi, tanda-tanda infeksi, serta kenyamanan pasien selama masa perawatan (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan adalah tahap akhir dari rangkaian proses keperawatan dari tindakan keperawatan yang telah dilakukan tercapai atau perlu pendekatan lain. Evaluasi keperawatan mengukur keberhasilan dari rencana dan pelaksanaan tindakan keperawatan yang dilakukan untuk memenuhi kebutuhan pasien (Dinarti & Muryanti, 2017).

Untuk memudahkan perawat dalam mengevaluasi perkembangan pasien, maka digunakan format evaluasi menggunakan SOAP/SOAPIE/SOAPIER.

S: Subjek adalah informasi yang berupa ungkapan yang di dapat dari pasien setelah tindakan dilakukan.

O: Objek adalah informasi yang didapat berupa hasil pengamatan, penilaian, pengukuran, yang dilakukan oleh perawat setelah dilakukan tindakan.

A: Analisa adalah membandingkan antara informasi subjektif dan objektif dengan tujuan dan kriteria hasil, kemudian diambil kesimpulan bahwa masalah teratasi, masalah belum teratasi, masalah teratasi sebagian, muncul masalah baru.

P: Planning adalah rencana keperawatan lanjutan yang akan dilakukan.

I: Implementasi adalah pelaksanaan sesuai dengan rencana yang disusun sesuai dengan keadaan dan dalam rangka mengatasi masalah pasien.

E: Evaluasi adalah respon atau penilaian dari tindakan yang telah dilakukan.

R: Reassessment adalah mencerminkan perubahan rencana asuhan dengan cepat, memperhatikan hasil evaluasi, serta implementasi yang telah dilakukan. Hasil evaluasi digunakan untuk menentukan ada tidaknya perbaikan atau perubahan intervensi dan tindakan (Kemenkes, 2017).

BAB III

TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Laporan Kasus

1. Pengkajian

a. Identitas

1) Identitas Klien

Nama	: Tn. R
Umur	: 31 tahun
Jenis kelamin	: Laki-laki
Pekerjaan	: Wiraswasta
Pendidikan terakhir	: SMA
Agama	: Islam
Alamat	: Kp. Sadangayah bayongbong
No. RM	: 01491664
Diagnosa Medis	: Post op insisi <i>drainase</i> abses submandibula <i>ec</i> abses mandibula
Tanggal masuk	: 11 Mei 2026
Tanggal operasi	: 12 Mei 2026 jam 08.10
Tanggal pengkajian	: 12 Mei 2026 jam 16.00

2) Identitas Penanggung Jawab

Nama	: Ny. W
Umur	: 26 tahun
Jenis kelamin	: Perempuan
Agama	: Islam
Pekerjaan	: Ibu rumah tangga
Alamat	: Kp. Sadangayah bayongbong
Hubungan dengan pasien	: Istri

b. Riwayat Kesehatan

1) Keluhan Utama

Klien mengatakan nyeri luka post operasi pada rahang bawah sebelah kiri

2) Riwayat Kesehatan Sekarang

Keluarga klien mengatakan bahwa klien dibawa ke IGD RSUD Dr Slamet pada tanggal 11 Mei 2026 karena bengkak pada pipi kiri sudah 1 minggu belum sembuh, dan awalnya disertai sakit gigi. Istri klien mengatakan awalnya klien mengeluh sakit gigi, kemudian bengkak pada pipi kiri yang semakin membesar dan tidak sembuh sembuh sehingga di bawa ke RSUD untuk mendapatkan pemeriksaan.

Klien masuk ke ruangan topas dan dilakukan pengkajian pada tanggal 12 Mei 2026 jam 16.00 setelah operasi klien mengeluh nyeri pada luka post operasi pada rahang bawah sebelah kiri, nyeri bertambah pada saat menggerakkan leher, nyeri sedikit berkurang setelah diberikan obat, nyeri terasa berdenyut seperti tertarik, nyeri dirasakan pada luka operasi rahang bawah sebelah kiri, skala nyeri 5 (0-10), nyeri dirasakan hilang timbul.

c. Riwayat Kesehatan Dahulu

Berdasarkan hasil pengkajian, keluarga klien mengatakan sebelumnya klien belum pernah di rawat dirumah sakit dan klien belum pernah mempunyai riwayat nyeri gigi maupun keluhan pada area gigi dan mulut. Keluarga klien juga mengatakan klien tidak mempunyai riwayat hipertensi, asma, dan riwayat penyakit lainnya.

d. Riwayat Kesehatan Keluarga

Klien mengatakan keluarganya tidak ada yang mempunyai Riwayat penyakit yang sama dengan klien. Klien juga mengatakan dalam keluarganya tidak ada yang mempunyai riwayat penyakit keturunan seperti hipertensi, asma, penyakit jantung dan tidak ada yang mempunyai penyakit menular seperti HIV.

e. Pemeriksaan Fisik

1) Keadaan umum

a) Tingkat kesadaran : Composmentis

- b) GCS : 15 (E4 V5 M6)
- c) Penampilan : Lemas
- d) Antropometri : BB : 60 Kg
TB : 160 Cm

2) Pemeriksaan tanda-tanda vital

- Tekanan darah : 113/70 mmHg
- Nadi : 88x/menit
- Respirasi : 20x/menit
- Suhu : 36,2°C
- SPO2 : 97%

3) Pemeriksaan fisik

a) Sistem Pencernaan

Bibir klien tampak simetris, mukosa bibir kering, warna bibir kecoklatan dan sedikit gelap, gigi lengkap, klien tidak menggunakan kawat gigi, gigi tampak kotor, tidak ada perdarahan pada gusi dan gigi, bentuk abdomen datar, tidak ada masa dan benjolan, bising usus 10x/menit, terdengar bunyi timpani pada saat diperkusi. Prosedur riwayat narkose umum dilakukan pada jam 08.10 dan pada saat dikaji klien sudah makan.

b) Sistem Pernafasan

Lubang hidung tampak simetris antara kanan dan kiri, tampak sedikit kotor, tidak ada lesi, bentuk dada klien normal, pergerakan dada simetris tidak terdapat penggunaan otot bantu napas, tidak terdapat nyeri tekan pada dinding toraks, pengembangan dan pengempisan kedua rongga dada simetris, bunyi sonor pada seluruh lapang paru, suara napas vesikuler, tidak terdapat suara napas tambahan.

c) Sistem Kardiovaskuler

Konjungtiva berwarna merah muda cerah, bibir tampak kecoklatan dan sedikit gelap, tidak ada pembesaran vena

jugularis, ictus cordis tidak tampak dan tidak teraba pada permukaan dinding dada di ICS 5 midclavícula sinistra, tidak terdapat nyeri tekan, nadi karotis dan radialis teraba kuat, irama regular, akral hangat, CRT <2 detik, perkusi jantung terdengar redup bunyi jantung regular.

d) Sistem Persyarafan

(1) Nervus I (Olfaktorius)

Fungsi olfaktorius normal terbukti klien dapat membedakan bau-bauan seperti minyak kayu putih dan parfum.

(2) Nervus II (Optikus)

Fungsi penglihatan baik, dibuktikan dengan klien dapat membaca papan nama perawat pada jarak kurang lebih 30cm.

(3) Nervus III (Okulomotorius)

Nervus okulomotorius normal, pupil isokor dibuktikan dengan saat diberikan rangsangan cahaya pupil.

(4) Nervus IV (Troclearis)

Nervus troclearis normal dibuktikan klien dapat menggerakkan bola mata ke atas dan kebawah.

(5) Nervus V (Abdusen)

Nervus abdusen normal dibuktikan dengan klien dapat menggerakkan bola matanya kesamping kiri dan kesamping kanan.

(6) Nervus VI (Trigeminus)

Nervus trigeminus normal dibuktikan dengan sensori pada wajah normal, klien dapat mengunyah dan menelan dengan baik.

(7) Nervus VII (Facialis)

Nervus facialis normal terbukti klien dapat mengerutkan dahi, menggerakkan alis. Klien bisa membedakan rasa.

(8) Nervus VIII (Vestibulococlear)

Nervus vestibulococlear normal terbukti klien dapat mendengar bisikan dari perawat.

(9) Nervus IX (Glasopharingeus)

Nervus glasopharingeus normal terbukti refleks menelan baik.

(10) Nervus X (Vagus)

Nervus Vagus normal terbukti klien dapat merasakan rasa pahit dan reflek muntak klien baik.

(11) Nervus XI (Accesorius)

Nervus accesorius normal terbukti klien dapat menggerakkan kepalanya dengan mengganguk.

(12) Nervus XII (Hipoglassus)

Nervus hopoglassus normal terbukti klien dapat menggerakkan lidah.

e) Sistem Perkemihan

Tidak terpasang kateter, kandung kemih teraba kosong, tidak ada nyeri tekan di sekitar kandung kemih

f) Sistem Integumen

Rambut merata, warna rambut hitam, kuku tampak bersih, warna kulit sawo matang, kulit teraba hangat, tampak luka operasi dirahang bawah sebelah kiri dengan panjang luka 4 cm, lebar 0,5 cm, dan kedalaman 3 cm, luka tampak tertutup perban, rahang tampak bengkak, tampak rembesan cairan dan sedikit darah pada balutan, turgor kulit elastis dapat kembali dalam 2 detik.

g) Sistem Muskuloskeletal

(1) Ekstremitas Atas

Bentuk tangan kanan dan kiri klien simetris, jumlah jari klien lengkap, tidak ada lesi, tidak ada nyeri tekan, tidak

ada edema pada ekstremitas atas pergerakan bebas, tonus otot baik, terpasang infus RL pada tangan kanan 20 tpm, kekuatan otot 5.

(2) Ekstremitas Bawah

Ekstremitas bawah tidak terdapat lesi, betuk kaki kanan dan kiri simetris, jumlah jari kaki lengkap, pergerakan bebas, tidak ada nyeri tekan, tidak terdapat edema, kekuatan otot 5.

(3) Kekuatan Otot

Pada pemeriksaan ekstremitas atas didapatkan kekuatan otot 5 pada tangan kanan dan kiri, ekstremitas bawah didapatkan kekuatan otot 5 kanan dan kiri.

$$\begin{array}{r} 5|5 \\ \hline 5\ 5 \end{array}$$

h) Sistem Penginderaan

(1) Penglihatan

Bentuk dan letak mata simetris antara kanan dan kiri, konjungtiva tidak anemis, sklera putih, reflek pupil baik terbukti saat di beri cahaya pupil, kemampuan melihat baik terbukti dapat membaca papan nama perawat dalam jarak 30cm, dan tidak ada nyeri tekan.

(2) Pendengaran

Bentuk dan letak telinga simetris antara kanan dan kiri, telinga tampak bersih, tidak terdapat serumen, tidak ada lesi, tidak nyeri tekan, fungsi pendengaran baik, tidak menggunakan alat bantu pendengaran.

(3) Penciuman

Keadaan hidung bersih, tidak terdapat sputum, fungsi penciuman baik, bisa membedakan bau kayu putih dan parfum.

i) Sistem Endokrin

Tidak tampak adanya pembesaran kelenjar tiroid maupun kelenjar getah bening.

f. Data Psikologis

1) Status Emosi

Status emosi klien stabil, klien tampak tenang, dan kooperatif saat dilakukan wawancara oleh perawat.

2) Konsep Diri

a. Citra Tubuh/Body Image

Klien menyukai seluruh anggota tubuhnya. Klien juga mengatakan bahwa seluruh anggota tubuhnya merupakan pemberian dari Allah SWT.

b. Identitas dan Peran Diri

Saat dikaji klien mengatakan dirinya bernama Tn. R berusia 31 tahun, berjenis kelamin laki-laki, klien mempunyai seorang istri bernama Ny. W dan klien mempunyai 1 orang anak. Dalam keluarganya, klien berperan sebagai peran suami dan seorang ayah.

c. Ideal Diri

Klien mengatakan ingin segera sembuh dari penyakit yang dideritanya sekarang dan ingin cepat pulang dan menjalani aktivitas seperti biasa.

d. Harga Diri

Klien mengatakan tidak merasa malu ataupun rendah diri terhadap kondisinya saat ini. Klien menerima keadaan dirinya dengan segala kelebihan dan kekurangannya.

3) Mekanisme Koping

Klien mengatakan jika dirinya mempunyai masalah, klien suka menceritakan kepada istri.

4) Tingkat Kecemasan

Saat dikaji, klien tampak tenang dan mampu menerima kondisinya dengan baik. Meskipun mengalami kesulitan dalam aktivitas sehari-hari akibat kondisi kesehatan, klien tidak menunjukkan kecemasan yang berarti.

g. Data Sosial

1) Pola Interaksi

Klien mampu berinteraksi dan berhubungan baik dengan dokter, perawat, mahasiswa dan pasien lain. Saat dilakukan pengkajian dan tindakan keperawatan, klien dapat berinteraksi dengan baik dan terbuka, klien kooperatif dan dapat menjawab setiap pertanyaan dengan baik.

2) Gaya Komunikasi

Klien berbicara cukup jelas, bahasa yang digunakan sehari-hari adalah bahasa sunda. Klien mampu berkomunikasi dengan baik dengan keluarga, dokter, perawat, dan pasien lain.

h. Data Spiritual

1) Konsep Ketuhanan

Klien mengatakan dirinya beragama islam dan meyakini adanya Allah SWT. Klien juga mengatakan bahwa kondisi ini yang dialaminya saat ini merupakan ujian dari Allah SWT dan klien yakin bahwa setiap ujian akan berakhir.

2) *Sense Of Trasendence*

Klien mengatakan bahwa melalui penyakit yang sedang dialaminya sekarang Tn. R semakin menyadari bahwa Allah SWT Maha Kuasa. Klien mengatakan hanya kepada Allah SWT klien berdo'a memohon kesembuhan atas penyakit yang dideritanya. Klien juga mengatakan hanya bisa berusaha dan berdoa untuk kesembuhannya, dan selebihnya menyerahkan kepada Sang Maha Kuasa.

3) Falsafah Hidup

Klien percaya terhadap adanya kondisi sakit dan sehat, karena itu merupakan ketentuan yang telah diatur oleh Sang Maha Kuasa.

i. Pola Aktivitas Sehari-hari

Tabel 3. 1 Pola Aktivitas Sehari-hari

No	Jenis Aktivitas	Sebelum Sakit	Saat Sakit
1	Pola Nutrisi a. Makan Jenis Frekuensi Porsi Keluhan Cara b. Minum Jenis Frekuensi Jumlah Keluhan Cara	Nasi, lauk pauk 3x/hari 1 porsi Tidak ada Mandiri Air putih Sering 6-8 gelas/hari Tidak ada Mandiri	Diet cair 3x/hari 1 porsi Tidak ada Dibantu Air putih Sering 5-7gelas/hari Tidak ada Dibantu
2	Eliminasi a. BAB Frekuensi Konsistensi Warna Bau Keluhan Cara b. BAK Frekuensi	2x/hari Lembek Khas feses Khas feses Tidak ada Mandiri 4-5x/hari	Belum BAB - - - Tidak ingin BAB - 3-4x/hari

No	Jenis Aktivitas	Sebelum Sakit	Saat Sakit
	Warna Bau Keluhan Cara	Kuning jernih Khas urine Tidak ada Mandiri	Kuning jernih Khas urine Tidak ada Dibantu
3	Pola Istirahat Tidur a. Tidur siang Waktu Kualitas Keluhan b. Tidur malam Waktu Kualitas Keluhan	2jam/hari Nyenyak Tidak ada 7-8jam/hari Nyenyak Tidak ada	2jam/hari Nyenyak Tidak ada 7-8jam/hari Nyenyak Tidak ada
4	Personal Hygiene a. Mandi b. Gosok gigi c. Keramas d. Ganti pakaian e. Cara	2x/hari 2x/hari 1x/hari 2x/hari Mandiri	1x/hari washlap - - 1x/hari Dibantu

j. Pemeriksaan Penunjang

Nama pasien : Tn. R
 Tanggal lahir : 17 Maret 1995
 Tanggal pemeriksaan : 11 Mei 2026
 No. Rekam medis : 01491664

Tabel 3. 2 Hasil Pemeriksaan Laboratorium

Parameter	Hasil	Satuan	Nilai normal
Hemoglobin	15.5	g/dl	13-18
Hematokrit	48	%	35-47
Jumlah eritrosit	5.36	Juta/mm ³	4.5-6.5
Jumlah trombosit	387.000	/mm ³	150.000-440.000
Jumlah leukosit	15.730	/mm ³	3.800-10.600

k. Terapi Medis

Tabel 3. 3 Program Terapi

No	Jenis terapi	Dosis	Cara pemberian	Efek farmakologi
1	Ringer laktat IV	20 tpm	Intravena	Cairan elektrolit/rehidrasi
2	Ceftriaxone	1x2 gram	Intravena	Antibiotik
3	Omeprazole	1x40 mg	Intravena	Antasida/penurun asam lambung
4	Metil prednisolone	2x125 mg	Intravena	Kortikosteroid/anti inflamasi
5	Ketorolak	3x30 mg	Intravena	Analgetik
6	Metrodinazole	3x 500mg/ 100ml	Intravena	Antibiotik

1. Analisa Data

Tabel 3. 4 Analisa Data

No	Data	Etiologi	Masalah
1	DS: a. Klien mengeluh nyeri pada luka post operasi rahang bawah sebelah kiri b. Nyeri bertambah pada saat menggerakan leher, nyeri sedikit berkurang setelah diberikan obat c. Nyeri terasa berdenyut seperti tertarik, nyeri dirasakan pada luka operasi rahang bawah sebelah kiri d. Nyeri dirasakan hilang timbul DO: a. Klien tampak meringis b. Tampak luka post operasi pada rahang bawah sebelah kiri c. Skala nyeri 5 (0-10)	Insisi drainase ↓ Post operasi ↓ Respon inflamasi dan kerusakan jaringan ↓ Stimulasi nosiseptor perifer ↓ Impuls nyeri di kirim ke sumsum tulang belakang ↓ Persepsi nyeri oleh konteks serebral ↓ Nyeri akut	Nyeri akut
2	DS: a. Klien mengatakan terdapat luka operasi pada rahang bawah sebelah kiri b. Klien mengatakan area luka terasa tidak nyaman DO:	Insisi drainase ↓ Post operasi ↓ Insisi pada kulit submandibula ↓	Gangguan integritas kulit/jaringan

No	Data	Etiologi	Masalah
	a. Tampak luka post operasi pada rahang bawah sebelah kiri b. Nyeri pada luka c. Ukuran luka Panjang = 4 cm Lebar = 0,5 cm Kedalaman luka = 3 cm d. Luka tampak tertutup perban e. Rahang tampak bengkak f. Tampak rembesan cairan dan sedikit darah pada balutan	Terputusnya kontinuitas jaringan kulit ↓ Kerusakan jaringan kulit ↓ Gangguan integritas kulit	
3	DS: DO: a. Tampak luka post operasi pada rahang bawah sebelah kiri b. Luka tampak tertutup perban c. Rahang tampak bengkak d. Tampak rembesan cairan dan sedikit darah pada balutan e. Leukosit $15.730/\text{mm}^3$ (3.800-10.600)	Insisi drainase ↓ Post Operasi ↓ Kerusakan jaringan dan kontaminasi bakteri ↓ Respon inflamasi lokal dan kolonisasi bakteri ↓ Peningkatan risiko infeksi ↓ Risiko Infeksi	Risiko infeksi

2. Diagnosa Keperawatan

a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik dibuktikan dengan :

DS :

- 1) Klien mengeluh nyeri pada luka post operasi
- 2) Nyeri bertambah pada saat menggerakkan leher, nyeri sedikit berkurang setelah diberikan obat
- 3) Nyeri terasa berdenyut seperti tertarik, nyeri dirasakan pada luka operasi rahang bawah sebelah kiri
- 4) Skala nyeri 5 (0-10)
- 5) Nyeri dirasakan hilang timbul

DO:

- 1) Klien tampak meringis
- 2) Tampak luka post operasi pada rahang bawah sebelah kiri
- 3) Skala nyeri 5 (0-10)

b. Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan faktor mekanis dibuktikan dengan:

DS:

- 1) Klien mengatakan terdapat luka operasi pada rahang bawah sebelah kiri
- 2) Klien mengatakan area luka terasa tidak nyaman

DO:

- 1) Tampak luka post operasi pada rahang bawah sebelah kiri
- 2) Nyeri pada luka
- 3) Ukuran luka
 Panjang = 4 cm
 Lebar = 0,5 cm
 Kedalaman luka = 3 cm
- 4) Luka tampak tertutup perban
- 5) Rahang tampak bengkak

6) Tampak rembesan cairan dan sedikit darah pada balutan
c. Risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif dibuktikan

dengan:

DS:

DO:

- 1) Tampak luka post operasi pada rahang bawah sebelah kiri
- 2) Luka tampak tertutup perban
- 3) Rahang tampak bengkak
- 4) Tampak rembesan cairan dan sedikit darah pada balutan
- 5) Leukosit $15.730/\text{mm}^3$ (3.800-10.600)

3. Intervensi Keperawatan

Tabel 3. 5 Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Rencana	Rasional
1	(D. 0077) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik dibuktikan dengan : DS : 1. Klien mengeluh nyeri pada luka post operasi rahang bawah sebelah kiri 2. Nyeri bertambah pada saat menggerakkan leher nyeri sedikit berkurang setelah diberikan obat 3. Nyeri terasa berdenyut seperti tertarik, nyeri	(L. 08066) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, maka tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil: 1. Keluhan nyeri menurun 2. Skala nyeri menurun dari 5 menjadi 3 3. Meringis menurun	(I. 08238) Manajemen nyeri Observasi 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri Terapeutik 1. Berikan teknik nonfarmakologis yaitu teknik relaksasi nafas dalam untuk mengurangi rasa nyeri	Observasi 1. Untuk mendapatkan gambaran menyeluruh mengenai nyeri yang dialami pasien sehingga memudahkan dalam menentukan intervensi yang tepat 2. Membantu mengevaluasi tingkat nyeri dan efektivitas intervensi nyeri yang telah diberikan Terapeutik 1. Teknik ini dapat mengalihkan perhatian pasien dari nyeri dan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Rencana	Rasional
	dirasakan pada luka operasi rahang bawah sebelah kiri 4. Nyeri dirasakan hilang timbul DO: 1. Klien tampak meringis 2. Tampak luka post operasi pada rahang bawah sebelah kiri 3. Skala nyeri 5 (0-10)		Edukasi 1. Jelaskan strategi meredakan nyeri Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu	membantu menurunkan ketegangan otot, sehingga nyeri berkurang Edukasi 1. Pengetahuan tentang teknik pengendalian nyeri membantu pasien untuk mandiri dan tidak bergantung pada obat Kolaborasi 1. Penggunaan analgetik yang tepat menghindari efek samping dan meningkatkan efektivitas terapi nyeri
2	(D. 0129) Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan faktor mekanis dibuktikan dengan: DS:	(L. 14125) Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam, maka integritas kulit/jaringan	(I.11353) Perawatan luka Observasi 1. Monitor karakteristik luka (mis. Drainase, warna, ukuran, bau)	Observasi 1. Untuk mengetahui perkembangan penyembuhan luka atau hanya tanda infeksi

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Rencana	Rasional
	1. Klien mengatakan ada luka operasi pada rahang bawah sebelah kiri 2. Klien mengatakan area luka terasa tidak nyaman. DO: 1. Tampak luka post operasi pada rahang bawah sebelah kiri 2. Nyeri pada luka 3. Ukuran luka Panjang = 4 cm Lebar = 0,5 cm Kedalaman luka = 3 cm 4. Luka tampak tertutup perban	meningkat dengan kriteria hasil: 1. Kerusakan integritas kulit jaringan menurun	2. Monitor tanda-tanda infeksi Terapeutik 1. Lepaskan balutan dan plaster secara perlahan 2. Bersihkan tangan dengan cairan Nacl atau pembersih nontoik, sesuai kebutuhan 3. Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka 4. Ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase Edukasi 1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi	dini, sehingga tindakan dapat segera dilakukan 2. Infeksi dapat memperburuk kondisi luka dan memperlambat proses penyembuhan. Terapeutik 1. Mengurangi nyeri dan mencegah kerusakan jaringan pada area luka. 2. NaCl merupakan larutan isotonic yang aman untuk jaringan dan efektif membersihkan debris tanpa merusak jaringan sehat 3. Mencegah kontaminasi mikroorganisme yang dapat menyebabkan infeksi

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Rencana	Rasional
	5. Rahang tampak bengkak 6. Tampak rembesan cairan dan sedikit darah pada balutan		2. Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein 3. Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian antibiotik, jika perlu	4. Menjaga kelembapan luka yang optimal serta mencegah pertumbuhan bakteri akibat balutan lembap atau kotor Edukasi 1. Edukasi pasien tentang gejala infeksi (kemerahan, nyeri, bengkak, keluar nanah) penting agar pasien dapat segera melapor jika gejala muncul 2. Makanan tinggi kalori dan tinggi protein dapat mempercepat proses pembentukan jaringan baru dan mempercepat penyembuhan luka 3. Meningkatkan kemampuan dan kemandirian pasien dalam

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Rencana	Rasional
				merawat luka di rumah, mencegah komplikasi dan mempercepat penyembuhan Kolaborasi 1. Antibiotik membantu mengatasi atau mencegah infeksi sistemik dan lokal pada luka
3	(D. 0142) Risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif dibuktikan dengan: DS: DO: 1. Tampak luka post operasi pada rahang bawah sebelah kiri 2. Luka tampak tertutup perban	(L. 14137) Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam, maka tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil: 1. Kemerahan menurun 2. Nyeri menurun 3. Bengkak menurun	(I. 14539) Pencegahan infeksi Observasi 1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik Terapeutik 1. Batasi jumlah pengunjung	Observasi 1. Deteksi dini terhadap tanda infeksi seperti demam, kemerahan, bengkak, atau peningkatan leukosit sangat penting untuk mencegah infeksi berkembang lebih lanjut dan untuk memulai intervensi medis segera

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Rencana	Rasional
	3. Rahang tampak bengkak 4. Tampak rembesan cairan dan sedikit darah pada balutan 5. Leukosit 15.730/mm ³ (3.800-10.600)		Edukasi 1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 2. Ajarkan cuci tangan dengan benar	Terapeutik 1. Mengurangi jumlah pengunjung membantu menurunkan risiko masuknya mikroorganisme dari luar yang dapat memperburuk kondisi pasien atau menyebabkan infeksi silang Edukasi 1. Edukasi pasien dan keluarga tentang tanda infeksi membantu dalam pengenalan dini gejala dan pelaporan segera jika gejala muncul 2. Mendidik pasien dan pengunjung tentang cara mencuci tangan yang benar akan meningkatkan kepatuhan terhadap kebersihan tangan dan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Rencana	Rasional
				menurunkan risiko penularan infeksi

4. Implementasi dan Evaluasi keperawatan

Tabel 3. 6 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Tanggal/waktu	Implementasi	Evaluasi	TTD
1	Nyeri akut	Selasa 12 Mei 2026/18.20	1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri Hasil: Klien mengatakan nyeri dirasakan pada rahang bawah sebelah kiri, terasa berdenyut, hilang timbul. 2. Mengidentifikasi skala nyeri. Hasil: Skala nyeri 5 (0-10)	S: Klien mengatakan nyeri pada luka post operasi rahang bawah sebelah kiri, nyeri terasa berdenyut, hilang timbul, nyeri bertambah saat menggerakkan leher O: Klien tampak meringis Skala nyeri 5 (0-10)	Natasha

No	Diagnosa Keperawatan	Tanggal/waktu	Implementasi	Evaluasi	TTD
			3. Mengajarkan teknik nonfarmakologis (teknik relaksasi napas dalam) untuk mengurangi nyeri. Hasil: Klien bersedia melakukan teknik relaksasi nafas dalam dan klien tampak mengikuti instruksi perawat. 4. Menjelaskan strategi meredakan nyeri kepada klien dan keluarga. Hasil: Klien mengatakan mengerti cara meredakan nyeri yang telah di ajarkan.	A: Masalah nyeri akut belum teratasi P: Lanjutkan intervensi Monitor skala nyeri Anjurkan untuk melakukan teknik non farmakologis yang sudah diajarkan Berikan analgetik ketorolak 3x30 mg IV	

No	Diagnosa Keperawatan	Tanggal/waktu	Implementasi	Evaluasi	TTD
			5. Memberikan analgetik ketorolak injeksi sesuai program terapi dokter Hasil : Klien tampak kooperatif saat diberikan injeksi analgetik ketorolak 3x30 ml IV		
2	Gangguan integritas kulit/jaringan	Selasa 12 Mei 2026/19.30	1. Memonitor karakteristik luka (mis. drainase, warna, ukuran, bau) Hasil: Tampak luka post operasi rahang bawah kiri, luka tampak tertutup perban, rahang tampak bengkak, tampak rembesan cairan dan sedikit darah pada balutan. 2. Memonitor tanda-tanda infeksi	S: Klien mengatakan terdapat luka operasi pada rahang bawah sebelah kiri dan luka terasa tidak nyaman O: Tampak luka post operasi rahang bawah kiri Nyeri pada luka	Natasha

No	Diagnosa Keperawatan	Tanggal/waktu	Implementasi	Evaluasi	TTD
			Hasil: tampak bengkak pada rahang, dan adanya nyeri tekan pada area luka, area sekitar luka terasa hangat 3. Melepaskan balutan dan plaster secara perlahan Hasil: Untuk menghindari kerusakan jaringan sekitar 4. Membersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan Hasil: Klien tampak tenang selama prosedur perawatan luka 5. Mempertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka	Ukuran luka (Panjang = 4 cm, Lebar = 0,5 cm, Kedalaman luka = 3cm) Luka tampak tertutup perban Rahang tampak bengkak Area sekitar luka terasa hangat Tampak rembesan cairan dan sedikit darah pada balutan. A: Masalah gangguan integritas kulit/jaringan belum teratasi P: Lanjutkan intervensi Monitor karakteristik luka (drain, warna, ukuran, bau) Monitor tanda gejala infeksi	

No	Diagnosa Keperawatan	Tanggal/waktu	Implementasi	Evaluasi	TTD
			Hasil: Membuka balutan luka secara perlahan, membersihkan luka dengan NaCl, mengeringkan luka, menutup luka dengan menggunakan kasa steril dan plaster 6. Menjelaskan tanda dan gejala infeksi Hasil: Klien dan keluarga mengatakan memahami tanda dan gejala infeksi 7. Mengajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri Hasil:	Berikan perawatan luka dengan prinsip steril Batasi jumlah pengunjung Berikan antibiotik ceftriaxone 1x2 gram, Metrodinazole 3x 500mg/ 100ml	

No	Diagnosa Keperawatan	Tanggal/waktu	Implementasi	Evaluasi	TTD
			Klien dan keluarga mengatakan memahami cara perawatan luka 8. Menganjurkan konsumsi makanan tinggi kalori dan tinggi protein Hasil : Klien dan keluarga mengatakan sudah mengerti dengan anjuran yang diberikan 9. Memberikan antibiotik sesuai program terapi dokter Hasil: Diberikan obat secara intravena : ceftriaxone 1x2 gram IV		
3	Risiko infeksi	Selasa 12 Mei 2026/ 20.30	1. Memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik Hasil:	S: Klien mengatakan terdapat luka operasi pada rahang bawah sebelah kiri	Natasha

No	Diagnosa Keperawatan	Tanggal/waktu	Implementasi	Evaluasi	TTD
			Klien kooperatif saat dilakukan pemeriksaan tanda dan gejala infeksi Klien mengatakan masih ada rembesan cairan dan sedikit darah pada balutan 2. Membatasi jumlah pengunjung Hasil: Keluarga bersedia membatasi pengunjung 3. Menjelaskan tanda dan gejala infeksi Hasil: Klien dan keluarga mengatakan memahami penjelasan tentang tanda dan gejala infeksi	O: Tampak luka post operasi rahang bawah sebelah kiri, luka tampak tertutup perban Rahang tampak bengkak Tampak rembesan cairan dan sedikit darah pada balutan. Leukosit 15.730/mm³ A: Masalah risiko infeksi belum teratasi P: Lanjutkan intervensi Monitor tanda dan infeksi Membatasi jumlah pengunjung Mengedukasi cuci tangan	

No	Diagnosa Keperawatan	Tanggal/waktu	Implementasi	Evaluasi	TTD
			4. Mengajarkan cuci tangan yang benar Hasil: Klien dan keluarga mampu mempraktikan cuci tangan 6 langkah dengan baik	Berikan antibiotik ceftriaxone 1x2 IV dan Metrodinazole 3x1 IV	

5. Catatan Perkembangan

Tabel 3. 7 Catatan Perkembangan

DX	Hari/ Tanggal/ Jam	Catatan Perkembangan	TTD
1	Jumat/15 Mei 2026/ 08.20	S: Klien mengatakan nyeri yang dirasakan sudah berkurang Klien mangatakan selalu melakukan teknik non farmakologis dengan teknik relaksasi jika nyeri dirasakan O: Keluhan nyeri pada pasien berkurang Meringis berkurang Skala nyeri 3 (0–10) A: Masalah nyeri akut teratasi P: Intervensi dihentikan	Natasha
2	Jumat/15 Mei 2026/09. 00	S: Klien mengatakan terdapat luka operasi pada rahang bawah sebelah kiri. Klien mengatakan rasa tidak nyaman sudah berkurang. Klien mengatakan sudah memahami cara merawat luka secara mandiri. O: Tampak luka post operasi rahang bawah kiri Nyeri pada luka berkurang	Natasha

DX	Hari/ Tanggal/ Jam	Catatan Perkembangan	TTD
		Rembesan cairan dan sedikit darah pada balutan berkurang Kemerahan sekitar luka berkurang Ukuran luka (Panjang 4cm, Lebar 0,5 cm, Kedalaman 3cm) Pus berkurang Bengkak berkurang Masih terdapat bau pada luka A: Masalah gangguan integritas kulit/jaringan teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi I: Monitor karakteristik luka Monitor tanda dan gejala infeksi Berikan perawatan luka di rumah Berikan antibiotik jika perlu Lanjutkan kontrol ke poliklinik bedah E: Karakteristik luka Tanda gejala infeksi	
3	Jumat/15 Mei 2026/09.30	S: O: Luka operasi tampak mengeluarkan cairan berkurang Kemerahan sekitar luka berkurang Luka terbuka	Natasha

DX	Hari/ Tanggal/ Jam	Catatan Perkembangan	TTD
		Pus berkurang Kemerahan sekitar luka berkurang Bengkak berkurang Bau pada luka masih ada A: Masalah risiko infeksi teratasi sebagian P: Lanjutkan Intervensi I: Monitor karakteristik luka Monitor tanda dan gejala infeksi Berikan perawatan luka di rumah Berikan antibiotik jika perlu Lanjutkan kontrol ke poliklinik bedah E: Karakteristik luka Tanda gejala infeksi	

B. Pembahasan

Dalam melaksanakan asuhan keperawatan pada Tn. R dengan gangguan sistem integumen berupa Post Operasi Insisi *Drainase Abses Submandibula* *ec Abses Mandibula Sinistra* hari ke-0 (POD 0) di Ruang Topas RSUD Dr. Slamet Garut, pembahasan dilakukan berdasarkan tahapan proses keperawatan yang meliputi pengkajian, penetapan diagnosis keperawatan, perencanaan (intervensi), implementasi, dan evaluasi keperawatan. Melalui pembahasan ini, penulis menganalisis kesesuaian antara konsep teoritis dengan kondisi nyata yang ditemukan pada pasien

sehingga dapat diketahui adanya persamaan maupun perbedaan antara teori dan praktik di lapangan.

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dalam proses keperawatan yang bertujuan mengumpulkan data secara sistematis untuk mengidentifikasi kondisi kesehatan, respons pasien terhadap penyakit, serta menentukan masalah keperawatan yang menjadi dasar dalam penyusunan diagnosis, intervensi, implementasi, dan evaluasi keperawatan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

Berdasarkan hasil pengkajian yang dilakukan pada tanggal 12 Mei 2026, diperoleh data bahwa Tn. R merupakan pasien post operasi *drainase* abses submandibula *ec* abses mandibula sinistra. Pasien mengeluhkan nyeri pada daerah luka operasi di rahang bawah sebelah kiri dengan skala nyeri 5 (Numeric Rating Scale). Nyeri dirasakan seperti tertarik dan berdenyut, muncul saat menggerakkan leher, serta berkurang ketika pasien beristirahat. Hasil pemeriksaan fisik menunjukkan adanya luka operasi dengan balutan, tampak kemerahan di sekitar luka, terdapat drain yang masih mengeluarkan sedikit cairan purulen, serta pembengkakan pada area submandibula kiri. Pemeriksaan laboratorium menunjukkan kadar leukosit $15.730/\text{mm}^3$, lebih tinggi dari nilai normal, yang mengindikasikan masih berlangsungnya proses inflamasi akibat infeksi.

Hasil pengkajian tersebut sesuai dengan teori Hinkle dan Cheever (2021) yang menyatakan bahwa pasien pasca *drainase* abses submandibula umumnya mengalami nyeri akut akibat kerusakan jaringan pasca pembedahan, edema pada area operasi, kemerahan, keluarnya cairan dari luka, serta peningkatan jumlah leukosit sebagai respons tubuh terhadap proses infeksi. Selain itu, kondisi luka operasi yang masih terbuka dan terpasang drain meningkatkan risiko terjadinya infeksi sehingga diperlukan pemantauan kondisi luka secara berkala, perawatan luka yang

aseptik, serta observasi terhadap tanda-tanda infeksi untuk mempercepat proses penyembuhan.

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. Diagnosa keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons klien, individu, keluarga, dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017), diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada pasien insisi *drainase* abses submandibula *ec* abses mandibula adalah sebagai berikut :

- 1) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik dibuktikan dengan pasien mengeluh nyeri pada daerah submandibula atau luka operasi, tampak meringis, gelisah, melindungi area yang nyeri, skala nyeri meningkat, serta perubahan tanda-tanda vital seperti peningkatan tekanan darah atau frekuensi nadi.
- 2) Gangguan Integritas kulit/jaringan berhubungan dengan faktor mekanis dibuktikan dengan adanya kerusakan kontinuitas kulit/jaringan pada area luka operasi, luka tampak terbuka, kemerahan, edema, terdapat pus atau eksudat, rembesan pada balutan, dan jaringan sekitar mengalami inflamasi.
- 3) Gangguan menelan berhubungan dengan obstruksi mekanik dibuktikan dengan pasien mengeluh sulit menelan, nyeri saat menelan (*odinofagia*), menelan berlangsung lambat, tampak kesulitan menelan makanan atau minuman, dan asupan oral menurun.
- 4) Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan dibuktikan dengan asupan makanan tidak adekuat,

pasien menghabiskan makanan kurang dari kebutuhan, berat badan menurun, nafsu makan menurun, dan tampak lemah.

5) Risiko infeksi dibuktikan dengan prosedur invasif.

Berdasarkan hasil pengkajian yang telah dilakukan, ditemukan tiga diagnosa keperawatan yang sesuai dengan kondisi pasien yaitu:

- 1) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik ditandai dengan dengan pasien mengatakan nyeri pada daerah operasi submandibula sebelah kiri, nyeri bertambah saat menggerakkan leher, skala nyeri 5 (0–10), pasien tampak meringis dan membatasi pergerakan leher. Diagnosis yang ditegakkan telah sesuai dengan teori SDKI, karena data subjektif dan objektif yang ditemukan memenuhi batasan karakteristik diagnosis nyeri akut.
- 2) Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan faktor mekanis ditandai dengan adanya luka post operasi pada daerah submandibula sebelah kiri dengan panjang luka 4 cm, lebar 0,5 cm, dan kedalaman 3 cm, luka masih tertutup balutan, terdapat drain, pasien mengeluh tidak nyaman pada area luka, serta masih memerlukan perawatan luka secara aseptik. Diagnosis ini sesuai dengan teori yang menyatakan bahwa tindakan pembedahan menyebabkan kerusakan kontinuitas kulit dan jaringan sehingga memerlukan tindakan perawatan luka untuk mempercepat proses penyembuhan.
- 3) Risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif ditandai dengan adanya luka operasi sebagai pintu masuk mikroorganisme, pemasangan drain, serta kondisi luka yang masih dalam proses penyembuhan sehingga pasien berisiko mengalami infeksi apabila tidak dilakukan pencegahan secara optimal. Diagnosis ini sesuai dengan teori SDKI yang menjelaskan bahwa prosedur invasif merupakan salah satu faktor risiko terjadinya infeksi.

3. Intervensi

Intervensi keperawatan merupakan segala bentuk terapi yang dikerjakan oleh perawat berdasarkan pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (outcome) yang diharapkan (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018). Intervensi disusun berdasarkan diagnosa keperawatan yang telah ditegakkan dengan tujuan mengatasi masalah kesehatan yang dialami klien.

Pada diagnosa nyeri akut, intervensi utama yang diberikan berupa manajemen nyeri, meliputi identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri, pemberian teknik nonfarmakologis berupa relaksasi napas dalam, edukasi strategi meredakan nyeri, serta kolaborasi pemberian analgetik ketorolak 3x30 mg secara intravena. Intervensi ini sejalan dengan teori bahwa manajemen nyeri pasca operasi memerlukan kombinasi pendekatan farmakologis dan nonfarmakologis agar nyeri dapat dikontrol secara optimal tanpa menimbulkan ketergantungan pada obat.

Pada diagnosa gangguan integritas kulit/jaringan, intervensi yang direncanakan berupa perawatan luka, yaitu memonitor karakteristik luka dan tanda infeksi, melepas balutan secara perlahan, membersihkan luka dengan cairan NaCl, mempertahankan teknik steril, mengganti balutan sesuai jumlah eksudat, mengedukasi tanda dan gejala infeksi serta cara perawatan luka mandiri, dan berkolaborasi dalam pemberian antibiotik. Pemilihan intervensi ini sesuai dengan prinsip perawatan luka yang menekankan pentingnya teknik aseptik untuk mempercepat proses granulasi dan mencegah kontaminasi mikroorganisme pada luka terbuka.

Pada diagnosa risiko infeksi, intervensi yang disusun berupa pencegahan infeksi, yaitu memonitor tanda dan gejala infeksi lokal maupun sistemik, membatasi jumlah pengunjung, serta mengedukasi dan mengajarkan cuci tangan yang benar kepada klien dan keluarga. Intervensi ini penting dilakukan mengingat kondisi

luka klien yang masih terbuka disertai peningkatan kadar leukosit yang menandakan adanya proses inflamasi, sehingga upaya pencegahan infeksi perlu dilakukan secara konsisten.

4. Implementasi

Implementasi keperawatan adalah perilaku atau aktivitas spesifik yang dilakukan perawat untuk mengimplementasikan intervensi keperawatan (Menurut Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

Implementasi keperawatan dilakukan pada tanggal 12-15 Mei 2026. Pada tahap ini, penulis berusaha mengimplementasikan asuhan keperawatan pada Tn. R berdasarkan perencanaan yang telah disusun yang mengacu pada buku pedoman SLKI dan SIKI. Secara umum, sebagian besar intervensi yang direncanakan dapat diimplementasikan dengan baik. Faktor pendukung utama yang memungkinkan pelaksanaan intervensi meliputi ketersediaan alat dan bahan, dukungan tenaga kesehatan (dokter, perawat, dan tenaga medis lainnya), kerja sama klien dan keluarga, serta kondisi klinis klien yang stabil.

1) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik

Implementasi yang dilakukan yaitu manajemen nyeri, meliputi mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri, mengidentifikasi skala nyeri, mengajarkan teknik relaksasi napas dalam, menjelaskan strategi meredakan nyeri kepada klien dan keluarga, serta memberikan analgetik ketorolak 3x30 mg secara intravena sesuai program terapi dokter. Klien tampak kooperatif dan bersedia mengikuti instruksi perawat selama pelaksanaan tindakan.

2) Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan faktor mekanis

Implementasi yang dilakukan yaitu perawatan luka, meliputi memonitor karakteristik luka (warna, ukuran, drainase, dan

bau), melakukan perawatan luka dengan teknik steril menggunakan cairan NaCl, mengganti balutan luka, serta mengedukasi klien dan keluarga tentang cara perawatan luka mandiri di rumah.

- 3) Risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif Implementasi yang dilakukan yaitu pencegahan infeksi, meliputi memonitor tanda dan gejala infeksi lokal maupun sistemik, membatasi jumlah pengunjung yang berkunjung ke ruang perawatan klien, serta mengajarkan dan mengevaluasi kemampuan klien dan keluarga dalam melakukan cuci tangan enam langkah dengan benar.

Edukasi juga diberikan kepada klien dan keluarga mengenai pentingnya menjaga kebersihan luka dan cara mengganti balutan secara mandiri di rumah. Hasil implementasi ini menunjukkan bahwa nyeri klien berangsur berkurang, kondisi luka menunjukkan perbaikan secara bertahap, dan tidak ditemukan perburukan tanda infeksi hingga hari terakhir perawatan, meskipun luka belum sepenuhnya pulih dalam waktu 4 hari perawatan. Seluruh implementasi yang dilakukan telah didokumentasikan secara lengkap dan sistematis dalam catatan perkembangan pasien setiap hari (Menurut Berman, Snyder, & Frandsen, 2021).

5. Evaluasi

Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dari proses keperawatan yang bertujuan untuk menilai keberhasilan dari rencana dan tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan dalam memenuhi kebutuhan klien (Dinarti & Muryanti, 2017). Evaluasi pada kasus Tn. R dilakukan menggunakan format SOAP yang didokumentasikan setiap hari selama 4 (empat) hari perawatan, yaitu pada tanggal 12 sampai dengan 15 Mei 2026, dengan hasil evaluasi pada masing-masing diagnosa sebagai berikut :

a. Nyeri Akut

Evaluasi pada diagnosa nyeri akut dilakukan setiap hari selama masa perawatan. Pada hari keempat (15 Mei 2026), keluhan nyeri klien semakin berkurang dengan skala nyeri tetap 3 (0-10) meringis berkurang, sehingga masalah nyeri akut dinyatakan teratasi dan intervensi dihentikan.

Penurunan skala nyeri dari 5 menjadi 3 selama empat hari perawatan menunjukkan bahwa kombinasi pemberian analgetik ketorolak secara kolaboratif dengan teknik relaksasi napas dalam secara mandiri oleh klien efektif dalam menurunkan intensitas nyeri. Hasil ini sesuai dengan kriteria hasil yang telah ditetapkan sebelumnya yaitu penurunan skala nyeri dari 5 menjadi 3.

b. Gangguan Integritas Kulit/Jaringan

Evaluasi pada diagnosa gangguan integritas kulit/jaringan dilakukan dengan memantau perkembangan kondisi luka klien setiap hari. Pada hari pertama, luka post operasi masih tertutup perban, rahang tampak bengkak, dan terdapat rembesan cairan serta sedikit darah pada balutan sehingga masalah dinyatakan belum teratasi. Pada hari kedua sampai hari keempat, kondisi luka menunjukkan perbaikan secara bertahap, yaitu rembesan cairan, kemerahan, pus, dan bengkak yang berangsur berkurang, klien juga mengatakan rasa tidak nyaman pada area luka semakin berkurang dan sudah memahami cara merawat luka secara mandiri, namun luka masih tampak terbuka disertai bau yang belum sepenuhnya hilang, sehingga masalah gangguan integritas kulit/jaringan dinyatakan teratasi sebagian pada akhir masa perawatan.

Belum tuntasnya masalah ini dalam waktu 4 hari perawatan sejalan dengan teori bahwa proses penyembuhan luka terbuka pasca insisi drainase memerlukan waktu yang relatif lebih lama,

tergantung pada luas dan kedalaman luka, status nutrisi, serta ada tidaknya infeksi yang menyertai. Oleh karena itu, rencana tindak lanjut berupa perawatan luka mandiri di rumah dan kontrol ke poliklinik bedah menjadi penting untuk memastikan proses penyembuhan luka berlangsung optimal.

c. Risiko Infeksi

Evaluasi pada diagnosa risiko infeksi menunjukkan bahwa pada hari pertama sampai hari ketiga, tanda dan gejala infeksi seperti keluarnya cairan/pus, bau, kemerahan, dan bengkak pada luka masih ditemukan sehingga masalah dinyatakan belum teratasi. Klien dan keluarga mampu mendemonstrasikan cuci tangan enam langkah dengan benar dan pembatasan jumlah pengunjung telah diterapkan dengan baik. Pada hari keempat, tanda infeksi mulai berkurang yang ditandai dengan bengkak dan kemerahan yang semakin menurun meskipun bau pada luka masih sedikit tercium, sehingga masalah risiko infeksi dinyatakan teratasi sebagian dan intervensi berupa monitor tanda gejala infeksi, perawatan luka di rumah, pemberian antibiotik bila diperlukan, serta anjuran kontrol ke poliklinik bedah tetap dilanjutkan.

Hasil evaluasi ini menunjukkan bahwa kolaborasi pemberian antibiotik ceftriaxone dan metronidazole yang disertai perawatan luka steril serta edukasi pencegahan infeksi memberikan hasil positif terhadap penurunan tanda dan gejala infeksi, meskipun proses penyembuhan luka belum sepenuhnya tuntas dalam kurun waktu observasi selama empat hari. Kondisi ini wajar mengingat luka post insisi drainase abses submandibula tergolong luka terbuka dengan risiko kontaminasi tinggi, sehingga membutuhkan pemantauan lanjutan meskipun klien telah diperbolehkan pulang.

BAB IV

KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

A. Kesimpulan

Setelah penulis melakukan Asuhan Keperawatan pada Tn. R dengan Gangguan Sistem Integumen: Post Operasi Insisi *Drainase* Abses Submandibula *ec* Abses Mandibula Sinistra POD 0 di Ruang Topas RSUD Dr. Slamet Garut menggunakan lima tahapan proses keperawatan yang terdiri dari pengkajian, diagnosis, intervensi, implementasi, dan evaluasi yang mencakup aspek biologis, psikologis, sosial, dan spiritual, yang selanjutnya didokumentasikan dalam bentuk Karya Tulis Ilmiah, maka penulis menarik kesimpulan sebagai berikut:

1. Pengkajian

Penulis mampu melakukan pengkajian secara komprehensif melalui wawancara, observasi, pemeriksaan fisik, serta studi dokumentasi. Dari hasil pengkajian diperoleh data bahwa pasien mengeluh nyeri pada daerah luka operasi insisi *drainase* abses submandibula *ec* abses mandibula sinistra dengan skala nyeri sedang, luka masih tertutup balutan dengan drain, terdapat edema dan kemerahan di sekitar luka, serta pasien mengalami keterbatasan dalam melakukan aktivitas akibat nyeri. Pengkajian juga mencakup aspek bio, psiko, sosial, dan spiritual.

2. Diagnosa keperawatan

Berdasarkan hasil pengkajian yang telah dilakukan, penulis mendapatkan beberapa masalah keperawatan yang muncul pada Tn. R yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik dibuktikan dengan pasien mengeluh nyeri pada area operasi, gangguan integritas kulit berhubungan dengan tindakan pembedahan dibuktikan dengan adanya luka post operasi insisi *drainase* abses submandibula *ec* abses mandibula sinistra, serta risiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasif dan adanya luka post operasi.

3. Perencanaan keperawatan

Penulis menyusun perencanaan keperawatan berdasarkan masalah yang ditemukan pada Tn. R dengan mengacu pada standar intervensi keperawatan. Perencanaan yang diberikan yaitu melakukan manajemen nyeri dengan mengidentifikasi karakteristik nyeri, melakukan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri, melakukan perawatan luka dengan prinsip aseptik, memonitor tanda-tanda infeksi, serta memberikan edukasi kepada pasien dan keluarga mengenai perawatan setelah operasi.

4. Implementasi keperawatan

Penulis telah melakukan tindakan keperawatan sesuai dengan perencanaan yang telah dibuat. Tindakan yang dilakukan meliputi pengkajian nyeri secara berkala, pemberian posisi nyaman, membantu pasien dalam memenuhi kebutuhan aktivitas, melakukan perawatan luka, memonitor kondisi luka, mengobservasi adanya tanda infeksi, serta memberikan pendidikan kesehatan mengenai pentingnya menjaga kebersihan luka dan mengikuti terapi yang diberikan.

5. Evaluasi keperawatan

Penulis mampu melakukan tahap akhir dari asuhan keperawatan yaitu evaluasi untuk mengetahui sejauh mana keberhasilan dari tindakan keperawatan yang telah diberikan kepada klien dalam mengatasi masalah. Setelah penulis melakukan tindakan keperawatan selama tiga hari kepada Tn. R, hasil evaluasi menunjukkan bahwa dari beberapa masalah keperawatan yang telah ditegakkan mengalami perbaikan. Masalah keperawatan nyeri akut teratasi dengan adanya penurunan intensitas nyeri dan pasien tampak lebih nyaman. Sedangkan masalah gangguan integritas kulit dan risiko infeksi mengalami perbaikan secara bertahap dengan kondisi luka yang terpantau dan tidak ditemukan tanda infeksi yang semakin berat.

B. Rekomendasi

Setelah melaksanakan asuhan keperawatan pada Tn. R dengan Gangguan Sistem Integumen: Post Op Insisi *Drainase Abses Submandibula ec Abses Mandibula Sinistra* POD 0 di Ruang Topas RSUD Dr. Slamet Garut, maka penulis dapat memberikan rekomendasi sebagai berikut:

1. Bagi Institusi Pendidikan

Selama penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini, penulis memperoleh pengalaman dalam melakukan asuhan keperawatan pada pasien post operasi insisi *drainase abses submandibula ec abses mandibula*. Oleh karena itu, untuk meningkatkan kualitas pendidikan dan kemampuan mahasiswa dalam melaksanakan asuhan keperawatan, diharapkan institusi pendidikan dapat menyediakan sumber referensi yang lebih lengkap dan terbaru mengenai perawatan luka, infeksi, serta asuhan keperawatan pada pasien post operasi sebagai bahan pembelajaran dan perbandingan antara teori dengan praktik di lapangan.

2. Bagi Perawat dan Institusi Rumah Sakit

Pelayanan keperawatan perlu terus ditingkatkan guna tercapainya pelayanan keperawatan yang berkualitas. Selain itu, perawat diharapkan dapat meningkatkan pemberian asuhan keperawatan secara komprehensif terutama dalam melakukan pengkajian, perawatan luka, pemantauan tanda infeksi, manajemen nyeri, serta pemberian edukasi kesehatan kepada pasien dan keluarga sehingga dapat membantu mempercepat proses penyembuhan pasien.

3. Bagi Pasien dan Keluarga

Setelah diberikan asuhan keperawatan, diharapkan klien dan keluarga memiliki pemahaman serta kesadaran yang lebih baik mengenai perawatan luka post operasi abses submandibula, mampu menjaga kebersihan luka, mengikuti anjuran pengobatan, memenuhi kebutuhan nutrisi, serta segera melaporkan apabila terdapat tanda-tanda infeksi seperti peningkatan nyeri, kemerahan, bengkak, atau keluar cairan dari luka guna mencegah terjadinya komplikasi.

DAFTAR PUSTAKA

- Ariobimo, Nujum, & Saputro. (2023). Infeksi odontogenik dan abses submandibula: tinjauan klinis dan komplikasi.
- Aryani, et al. (2022). Diagnosis dan penatalaksanaan abses submandibula sebagai infeksi ruang leher dalam.
- Berman, A., Snyder, S. J., & Frandsen, G. (2021). *Kozier & Erb's Fundamentals of Nursing: Concepts, Process, and Practice*. Pearson.
- Dinarti, & Mulyanti, Y. (2017). *Dokumentasi Keperawatan*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Gazali, et al. (2023). Abses Submandibula. *Healthy Tadulako Journal (Jurnal Kesehatan Tadulako)*, 9(2), 250–256.
- Hinkle, J. L., & Cheever, K. H. (2021). *Brunner & Suddarth's Textbook of Medical-Surgical Nursing*. Wolters Kluwer.
- Hasmi, M., Tajrin, A., & Ramadhanty, S. (2019). Penatalaksanaan abses submandibula dengan insisi drainase dan antibiotik.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2017). Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 27 Tahun 2017 tentang Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Khairunnisa, R., & Nindya, T. (2019). Infeksi ruang submandibula dan penyebabnya.
- Kurnia, et al. (2024). Tatalaksana kegawatdaruratan abses submandibula dengan tindakan insisi drainase.
- Lewis, S. L., Bucher, L., Heitkemper, M. M., Harding, M. M., Kwong, J., & Roberts, D. (2020). *Medical-Surgical Nursing: Assessment and Management of Clinical Problems*. Elsevier.
- Lauren, et al. (2024). Manajemen nyeri pada pasien post operasi insisi drainase abses submandibula.
- Setiawan, & Putra. (2020). Karakteristik klinis dan penatalaksanaan abses submandibula.
- Skripsa, et al. (2021). Prevalensi infeksi odontogenik dan abses rongga mulut di Indonesia.
- Suhandi, et al. (2023). Perawatan luka pada pasien post operasi abses submandibula.
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI)*. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.

- Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2018). Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI). Jakarta: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- Tim Pokja SLKI DPP PPNI. (2019). Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI). Jakarta: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- Zam, et al. (2024). Komplikasi abses submandibula dan risiko mortalitas pada infeksi ruang leher dalam.

Lampiran-lampiran

SATUAN ACARA PENYULUHAN

Pokok Bahasan : Abses Submandibula

Sub Pokok Bahasan : Penyuluhan Tentang Abses Submandibula dan Makanan yang Dianjurkan Dan Tidak Dianjurkan

Sasaran : Pasien dan keluarga pasien

Waktu : 30 menit

Tanggal : 13 Mei 2026

Tempat : Ruang Topas

Pelaksanaan :

1. Tujuan Intruksional Umum (TIU)

Mahasiswa mampu memberikan pemahaman kepada pasien dan keluarga tentang abses submandibula serta makanan yang dianjurkan dan tidak dianjurkan selama sakit.

2. Tujuan Intruksional Khusus (TIK)

Setelah mengikuti penyuluhan, pasien dan keluarga mampu:

1. Menjelaskan pengertian abses submandibula
2. Menjelaskan pengertian abses submandibula
3. Menyebutkan penyebab abses submandibula
4. Menyebutkan tanda dan gejala abses submandibula
5. Menyebutkan pencegahan abses submandibula
6. Menyebutkan makanan yang tidak diperbolehkan pada abses submandibula
7. Menyebutkan makanan yang dianjurkan untuk penderita abses submandibula

3. Materi : Terlampir

4. Kegiatan Penyuluhan : pembukaan, isi, penutup

5. Metode, media dan sumber

- 1) Metode : Ceramah/diskusi
- 2) Sumber : Internet

6. Media dan Sumber : Leaflet

7. Evaluasi

Memberikan pertanyaan teori dan aplikasi yang berhubungan dengan abses submandibula, antara lain:

1. Sebutkan pengertian abses submandibula
2. Sebutkan penyebab abses submandibula
3. Sebutkan tanda dan gejala abses submandibula
4. Sebutkan pencegahan abses submandibula
5. Sebutkan makanan yang tidak diperbolehkan pada abses submandibula
6. Sebutkan makanan yang dianjurkan pada abses submandibula

KEGIATAN PENYULUHAN

NO	WAKTU	KEGIATAN PENYULUH	SASARAN
1	2 menit	Pembukaan 1. Mengucapkan salam 2. Memperkenalkan diri 3. Menjelaskan tujuan kegiatan penyuluhan tentang abses submandibula dan makanan yang tidak diperbolehkan	1. Menjawab salam 2. Mendengarkan dan menyimak tujuan kegiatan
2	15 menit	Isi Menjelaskan mengenai: 1. Pengertian abses submandibula 2. Penyebab abses submandibula 3. Tanda dan gejala abses submandibula 4. Pencegahan abses submandibula 5. Makanan yang tidak diperbolehkan pada abses submandibula 6. Makanan yang dianjurkan pada abses submandibula	Menyimak penjelasan dan memperhatikan materi yang disampaikan
3	8 menit	Evaluasi dan Penutup 1. Memberikan kesempatan bertanya 2. Menjawab pertanyaan peserta 3. Menanyakan kembali materi yang telah dijelaskan 4. Menyimpulkan materi penyuluhan	1. Bertanya dan menjawab pertanyaan 2. Menyimpulkan materi 3. Menjawab salam

NO	WAKTU	KEGIATAN PENYULUH	SASARAN
		5. Menutup penyuluhan dan mengucapkan salam	

MATERI PENYULUHAN

A. Pengertian Abses Submandibula

Abses submandibula adalah infeksi berupa kumpulan nanah yang terjadi pada ruang submandibula, yaitu area di bawah rahang bawah. Kondisi ini umumnya disebabkan oleh penyebaran infeksi bakteri dari gigi, rongga mulut, tenggorokan, atau jaringan di sekitar leher. Infeksi menyebabkan peradangan sehingga muncul pembengkakan, nyeri, kemerahan, dan terkadang kesulitan membuka mulut maupun menelan. Abses submandibula termasuk infeksi yang serius karena dapat menyebar ke jaringan leher yang lebih dalam dan mengganggu jalan napas apabila tidak segera ditangani. Penyakit ini dapat terjadi pada semua usia, baik anak-anak maupun dewasa.

B. Penyebab Abses Submandibula

Abses submandibula paling sering disebabkan oleh infeksi bakteri dari gigi dan rongga mulut. Bakteri dapat masuk dan berkembang pada jaringan sekitar rahang sehingga membentuk nanah.

Beberapa penyebab abses submandibula antara lain:

1. Gigi berlubang yang tidak di obati.
2. Infeksi akar gigi.
3. Kebersihan gigi dan mulut yang kurang baik.
4. Infeksi amandel atau tenggorokan.
5. Luka pada rongga mulut.
6. Penurunan daya tahan tubuh.
7. Penyakit kronis seperti diabetes mellitus.
8. Penyebaran infeksi dari ruang wajah dan leher lainnya.

C. Tanda dan Gejala Abses Submandibula

Pasien dengan abses submandibula biasanya mengalami beberapa tanda dan gejala, yaitu:

1. Bengkak pada bawah rahang.
2. Nyeri pada rahang, leher, atau mulut.
3. Demam.
4. Sulit membuka mulut (trismus).
5. Sulit menelan.
6. Nyeri saat makan atau berbicara.
7. Bau mulut.
8. Kemerahan pada area bengkak.
9. Nafsu makan menurun.
10. Tubuh terasa lemas.
11. Pada kondisi berat dapat terjadi sesak napas.

D. Pencegahan Abses Submandibula

Cara mencegah abses submandibula antara lain:

1. Menjaga kebersihan gigi dan mulut.
2. Menyikat gigi minimal 2 kali sehari.
3. Mengurangi konsumsi makanan manis.
4. Memeriksa gigi secara rutin.
5. Segera mengobati infeksi gigi dan tenggorokan.
6. Mengonsumsi makanan bergizi.
7. Menjaga daya tahan tubuh.

E. Makanan yang Tidak Dianjurkan pada Abses Submandibula

Pasien abses submandibula perlu menghindari makanan tertentu agar tidak memperparah nyeri, iritasi, dan pembengkakan.

1. Makanan Pedas

Contoh: Sambal, cabai, makanan berbumbu tajam.

Alasan: Dapat mengiritasi rongga mulut dan tenggorokan sehingga nyeri bertambah.

2. Makanan keras dan kasar

Contoh: Kerupuk, kacang, keripik, daging alot.

Alasan: Sulit dikunyah dan menyebabkan nyeri saat membuka mulut.

3. Makanan terlalu panas

Contoh: Sup panas, kopi panas, teh panas.

Alasan: Dapat memperparah pembengkakan dan rasa nyeri.

4. Makanan berminyak dan gorengan

Contoh: Gorengan, ayam goreng, fast food.

Alasan: Dapat menyebabkan rasa tidak nyaman pada tenggorokan dan memperlambat pemulihan.

5. Minuman bersoda dan alcohol

Contoh: Soda, minuman beralkohol.

Alasan: Dapat mengiritasi mulut dan tenggorokan.

6. Makanan tinggi gula

Contoh: Permen, coklat berlebihan, minuman manis.

Alasan: Dapat meningkatkan pertumbuhan bakteri di rongga mulut.

7. Makanan terlalu dingin

Contoh: Es batu, minuman dingin berlebihan.

Alasan: Pada beberapa pasien dapat memicu rasa nyeri pada area infeksi.

F. Makanan yang dianjurkan

Makanan yang dianjurkan untuk pasien abses submandibula yaitu makanan lunak, mudah ditelan, dan bergizi tinggi.

Contoh: Bubur, sup hangat, sayur lunak, telur, ikan lunak, kentang tumbuk, pisang, jus buah, air putih yang cukup.

DAFTAR PUSTAKA

- Ariobimo, B.N., Nujum, N. and Saputro, D.P.H., 2023. Abses submandibula. *Healthy Tadulako Journal (Jurnal Kesehatan Tadulako)*, 9(2), pp.250-256.
- Gazali, M. and Fauzi, A., 2023. Management of submandibular abscess extending to the temporal space in a child: Tatalaksana dari abses submandibula yang meluas ke spasia temporal pada anak. *Makassar Dental Journal*, 12(3), pp.362-365.
- Aryani, A., Fardani, S.R., Hayuti, T.G., Ginari, A.P.A. and Hartomo, B.T., 2022. Penegakan diagnosis dan penatalaksanaan abses submandibula. *Indonesian Journal of Dentistry*, 2(1), pp.7-15.
- Salsabila, M.M., 2024. PENERAPAN AROMATERAPI LEMON TERHADAP PENURUNAN SKALA NYERI PADA PASIEN POST OPERASI ABSES SUBMANDIBULA DI RUMAH SAKIT HANDAYANI KOTABUMI (Doctoral dissertation, Poltekkes Kemenkes Tanjungkarang).
- Singh, M.J., Lazim, N.M., Hitam, S., Roslim, S.N., Arepen, S.A.M., Hassan, N.E. and Samsudin, A.D., 2024. Submasseteric abscess: consideration in diagnosis and intervention. *Malays J Med Health Sci*, 20, pp.371-374.

PENYEBAB ABSES SUBMANDIBULA

Abses submandibula paling sering disebabkan oleh infeksi bakteri dari gigi dan rongga mulut. Bakteri dapat masuk dan berkembang pada jaringan sekitar rahang sehingga membentuk nanah.

Beberapa penyebab abses submandibula antara lain:

1. Gigi berlubang yang tidak diobati
2. Infeksi akar gigi
3. Kebersihan gigi dan mulut yang kurang baik
4. Infeksi amandel atau tenggorokan
5. Luka pada rongga mulut
6. Penurunan daya tahan tubuh
7. Penyakit kronis seperti diabetes mellitus
8. Penyebaran infeksi dari ruang wajah dan leher lainnya

ABSES SUBMANDIBULA



Abses submandibula adalah infeksi berupa kumpulan nanah yang terjadi pada ruang submandibula, yaitu area di bawah rahang bawah. Kondisi ini umumnya disebabkan oleh penyebaran infeksi bakteri dari gigi, rongga mulut, tenggorokan, atau jaringan di sekitar leher. Infeksi menyebabkan peradangan sehingga muncul pembengkakan, nyeri, kemerahan, dan terkadang kesulitan membuka mulut maupun menelan.

ABSES SUBMANDIBULA



NATASHA MARFEFIA S
KHGA23025



TANDA DAN GEJALA ABSES SUBMANDIBULA

Pasien dengan abses submandibula biasanya mengalami beberapa tanda dan gejala, yaitu:

1. Bengkak pada bawah rahang
2. Nyeri pada rahang, leher, atau mulut
3. Demam
4. Sulit membuka mulut (trismus)
5. Sulit menelan
6. Nyeri saat makan atau berbicara
7. Bau mulut
8. Kemerahan pada area bengkak
9. Nafsu makan menurun
10. Tubuh terasa lemas
11. Pada kondisi berat dapat terjadi sesak napas

PENCEGAHAN ABSES SUBMANDIBULA

Cara mencegah abses submandibula antara lain:

1. Menjaga kebersihan gigi dan mulut
2. Menyikat gigi minimal 2 kali sehari
3. Mengurangi konsumsi makanan manis
4. Memeriksa gigi secara rutin
5. Segera mengobati infeksi gigi dan tenggorokan
6. Mengonsumsi makanan bergizi
7. Menjaga daya tahan tubuh

Makanan yang tidak dianjurkan pada abses submandibula

1. Makanan Pedas
2. Makanan keras dan kasar
3. Makanan terlalu panas
4. Makanan berminyak dan gorengan
5. Minuman berdosya dan alkohol
6. Makanan tinggi gula
7. Makanan terlalu dingin

Makanan yang dianjurkan



Makanan yang dianjurkan untuk pasien abses submandibula yaitu makanan lunak, mudah ditelan, dan bergizi tinggi.

Contoh:

1. Bubur
2. Sup hangat
3. Sayur lunak
4. Telur
5. Ikan lunak
6. Kentang tumbuk
7. Pisang
8. Jus buah
9. Air putih yang cukup

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



A. Identitas Pribadi

- | | |
|--------------------------|--|
| 1. Nama | : Natasha Marfesia Sahnazri |
| 2. Nim | : KHGA23025 |
| 3. Tempat, Tanggal Lahir | : Garut, 17 Maret 2005 |
| 4. Agama | : Islam |
| 5. Alamat | : Jl. Guntur Melati Kp. Lame, Haurpanggung |
| 6. Hobi | : Nyanyi dan mendengarkan musik |
| 7. Golongan Darah | : A |

B. Riwayat Pendidikan

1. TK Sejahtera 1 (2009-2011)
2. SDN Pameungpeuk 01 & SDN II Haurpanggung (2011-2017)
3. SMP Negeri 2 Tarogong Kidul (2017-2020)
4. SMA Negeri 1 Garut (2020-2023)
5. Institut Kesehatan Karsa Husada Garut (2023-2026)

LEMBAR BIMBINGAN

Nama : Natasha Marfesia Sahnazri
 Umur : KHGA23025
 Pembimbing : Cencen Hendra S., S.Kep., Ns., M.Kep.
 Judul KTI : Asuhan Keperawatan Pada Tn. R Dengan Gangguan Sistem Integumen : Post Op Insisi *Drainase* Abses Submandibula *ec* Abses Mandibula Sinistra Pod 1 Diruang Topas RSUD Dr. Slamet Garut

No	Hari Tanggal	Materi yang Diajukan	Saran Pembimbing	Paraf Pembimbing	Paraf Mahasiswa
1	Selasa 9 Juni 2026	Judul	Pengarahan bimbingan KTI		
2	Jumat 12 Juni 2026	BAB I	- Latar belakang tambahkan dampak penyakit terhadap KDM, penatalaksanaan, peran perawat - Perhatikan penulisan kalimat dan sumber		
3	Kamis 18 Juni 2026	BAB I	- BAB I ACC - Lanjut BAB II		
4	Senin 22 Juni 2026	BAB II	- Lengkapi materi - Perkuat teori - Rapihkan tebal - Kurangi materi - Perhatikan penulisan		

5	Rabu 24 Juli 2026	BAB II	- Lengkapi dan perbaiki materi - Perhatikan penulisan - Lanjut BAB III dan IV		Nunfa
6	Senin 29 Juni 2026	BAB III	- Perbaiki pengkajian - Perbaiki rasional - Perbaiki perencanaan - Perbaiki pembahasan - Perhatikan penulisan		Nunfa
7	Kamis 2 Juli 2026	BAB III dan V	- BAB III dan IV ACC		Nunfa
8	Senin 6 Juli 2026	Draf KTI lengkap	ACC Ujian Sidang KTI		Nunfa