

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Gambaran Umum Penyakit Abses Mandibula

1. Definisi Abses Submandibula

Abses submandibula adalah suatu peradangan yang disertai pembentukan nanah pada daerah submandibula. Abses submandibula menempati urutan pertama abses leher yang paling sering dijumpai (42,30%) dengan prevalensi faktor odontogenik sebesar 34,21%. Biasanya pembentukan abses ini disertai dengan nyeri tenggorokan, demam dan trismus (Ariobimo, 2023).

Abses pada akar gigi akan menyebar ke ruang submandibula dan menyebabkan sedikit ketidaknyamanan pada gigi, serta terjadinya pembengkakan sekitar bawah dagu atau di bawah lidah. Setelah 3 hari pembengkakan, akan terisi nanah. Akibat dari penimbunan nanah ini mendorong jaringan disekitarnya untuk tumbuh mengelilingi rongga tersebut dan terbentuklah abses. Jika tidak segera diberikan penanganan yang tepat, maka nanah akan keluar dan menyebabkan terbentuknya fistel pada kulit. infeksi ini dapat menyebar secara sistemik, serta dapat menyebabkan masalah pernafasan. Maka dari itu abses submandibula termasuk kategori kondisi yang serius (Putra, 2020).

2. Klasifikasi abses submandibula

Abses submandibular adalah jenis abses leher dalam yang berkembang di sekitar rahang bawah, memiliki dua klasifikasi yang dikemukakan dalam literatur medis yaitu berdasarkan asal infeksi dan jenis patogen yang terlibat dalam infeksi.

1. Klasifikasi Berdasarkan Asal Infeksi (Etiologi):

- a. **Odontogenik:** Infeksi odontogenik adalah infeksi yang terjadi pada rongga mulut yang disebabkan oleh gigi yang karies dan penyakit periodontal dan infeksi tersebut dapat meluas ke jaringan sekitar hingga daerah wajah, rahang dan leher (Octavianto, 2020). Beberapa penelitian melaporkan bahwa infeksi gigi atau odontogenik merupakan penyebab terbanyak dari abses submandibular (Aryani, 2022). Infeksi gigi dapat mengenai pulpa dan jaringan periodontal, infeksi ini dapat meluas melalui foramen apikal pada gigi ke daerah di sekitarnya..
- b. **Non-Odontogenik:** Infeksi juga dapat berasal dari penyebab non-odontogenik, misalnya infeksi pada kelenjar saliva, kelenjar limfa submandibula, trauma, atau infeksi yang berasal dari ruang leher lain. Kondisi ini lebih jarang terjadi dibandingkan dengan abses yang disebabkan odontogenik (Reksoprawiro, 2023).

2. Klasifikasi Berdasarkan Jenis Patogen:

Infeksi Campuran Aerob dan Anaerob: Penelitian mengungkapkan bahwa abses submandibula biasanya melibatkan bakteri aerob dan anaerob, terutama dari flora normal rongga mulut. Jenis bakteri yang umum meliputi *Streptococcus*, *Staphylococcus*, dan bakteri anaerob seperti *Bacteroides* (Aryani, 2022). Klasifikasi ini penting untuk menentukan pengobatan antibiotik yang tepat bagi pasien.

3. Etiologi dan patofisiologi Abses submandibula

Abses submandibula umumnya disebabkan oleh infeksi pada gigi premolar dan geraham bawah. Infeksi ini merupakan campuran nanah yang menumpuk di area jaringan dan disebabkan oleh infeksi bakteri, parasit, atau benda asing lainnya di bawah rahang. Nanah berwarna kuning keputihan tersebut terjadi akibat mikroorganisme yang menginfeksi sel darah. Infeksi terjadi ketika mikroorganisme menyerang tubuh. Peradangan yang terjadi pada daerah submandibular disebut abses submandibular. Mikroorganisme dapat merusak perkembangan sel inang dan menyebabkan infeksi pada area tersebut. Jika tidak segera diberikan penanganan yang tepat, maka nanah akan keluar dan menyebabkan terbentuknya fistel pada kulit. jika suatu abses pecah di dalam tubuh maka infeksi bisa menyebar kedalam tubuh maupun dibawah permukaan kulit, tergantung kepada lokasi abses (Zam, 2024)

4. Gejala Abses submandibular

Tanda dan gejala dari abses submandibula adalah terjadinya demam dan nyeri leher yang disertai pembengkakan di daerah mandibula ataupun dibawah lidah yang mungkin berfluktuasi. Lamanya gejala ini bervariasi antara 12 jam sampai 28 hari dengan rata-rata terjadi selama 5 hari. Keadaan tersebut biasanya disertai trismus (Aryani, 2022). Abses submandibula yang parah dapat menimbulkan gejala lain seperti trismus, nyeri telan, disfagia bahkan pada kondisi yang berat dapat terjadi sumbatan jalan napas sehingga pasien merasakan sesak dan tampak cemas. Gejala sistemik seperti demam, badan lemas, nafsu makan menurun (Jevon, 2020).

Pada pemeriksaan fisik pasien dapat ditemukan leher tampak asimetris, kulit tampak eritema, karies pada gigi molar, benjolan yang teraba keras seperti papan dan nyeri, biasanya hanya ada sedikit atau tidak ada fluktuasi karena kecepatan proses selulitis (Ariobimo, 2023). Ketika infeksi terlokalisasi pada ruang sublingual, struktur di dasar mulut membengkak dan lidah tampak terdorong ke atas dan ke belakang dan mengancam jalan napas.

5. Komplikasi

Abses submandibula dapat menyebar ke jaringan parafaringeal dan retrofaringeal sehingga membentuk abses parafaring dan retrofaring. Penyebaran infeksi ke ruang parafaring dapat merusak carotid sheath yang terdiri dari arteri carotis, vena jugularis interna, dan nervus vagus. Erosi akibat infeksi pada arteri carotis komunis dapat menyebabkan terbentuknya

aneurisma yang sewaktu-waktu dapat ruptur. Pada vena jugularis interna dapat terjadi tromboflebitis vena yang disebut Lemierre syndrome (Ariobimo, 2023). Infeksi juga dapat menyebar melalui pembuluh darah ke rongga intrakranial menyebabkan abses cerebri, meningitis, epidural dan subdural empyema, serta ke seluruh tubuh menyebabkan kondisi sepsis (Holmes, 2016). Penyebaran infeksi ke daerah retrofaring dapat berlanjut turun menyebabkan obstruksi jalan napas, mediastinitis, pericarditis, dan empyema pleura (Putra M. A., 2016).

6. Penatalaksanaan

Prioritas utama abses leher dalam adalah menjaga patensi jalan napas, dilanjutkan pemberian antibiotik intravena baru dilakukan drainase secara pembedahan. Terapi simptomatis berupa analgetik/ antipiretik perlu diberikan untuk mengurangi keluhan pasien serta kumur betadine sebagai tindakan antiseptik di rongga mulut sehingga mencegah infeksi semakin bertambah di rongga mulut (Ariobimo, 2023). Selain itu pasien dengan abses submandibula kerap mengalami dehidrasi dan asupan yang buruk karena sulit menelan sehingga pemberian cairan dan nutrisi perlu diperhatikan karena bila terjadi malnutrisi maka prognosis akan semakin memburuk (Park, 2018).

B. Gambaran umum Abses Parafaring

1. Definisi Abses Parafaring

Abses parafaring dapat terjadi setelah infeksi faring, tonsil, adenoid, gigi, parotis, atau kelenjar limfatik. Pada banyak kasus abses parafaring

merupakan perluasan dari abses leher dalam yang berdekatan seperti; abses peritonsil, abses submandibular. Sumber infeksi paling umum terjadi seperti kebersihan mulut yang buruk sehingga menimbulkan karies gigi atau penyakit periodontal. Infeksi ini menyebabkan terkumpulnya nanah yang terbentuk di ruang parafaring (Esposito, 2022)

Abses parafaring merupakan infeksi di bidang THT-KL yang sering menimbulkan komplikasi berat, bahkan dapat sampai menimbulkan kematian. Komplikasi seperti mediastinitis, angina ludovisi, trombosis vena intra jugularis, perdarahan, udim laring, osteomielitis vertebra servikal dan mandibula, pneumonia, erisipelas, gangguan nervus vagus, meningitis, abses dan septikemia, menyebabkan abses parafaring memerlukan penatalaksanaan yang cepat dan tepat (Yee, 2017)

2. Etiologi Abses Parafaring

Penyebab tersering dari kasus abses parafaring adanya infeksi pada gigi atau bersifat odontogenik. Bakteri penyebab tersering adalah spesies *Streptococcus* (kelompok streptokokus α -hemolitik dan β -hemolitik dan *Staphylococcus aureus*. Bakteri tersebut dapat menginfeksi bisa hanya 1 jenis atau beberapa jenis bakteri. Pada remaja dan dewasa bakteri dan tersebut menimbulkan infeksi yang berhubungan dengan faringitis streptococcus dan patologi pada gigi (Klug, et al. 2021).

3. Patogenesis Abses Parafaring

Abses parafaring dimulai dari infeksi jaringan lunak pada daerah kepala dan leher. Infeksi ini dapat meluas dari salah satu ruang potensial

leher dalam, yang kemudian mengenai parafaring. Suatu infeksi bakteri di ruang parafaring dapat terjadi melalui beberapa cara (Klug, 2021). Bakteri menyebar dari suatu infeksi di bagian tubuh yang lain misalnya melalui Infeksi dari submandibular meluas ke ruang masticator dan kemudian ke parafaring. Perluasan infeksi ke parafaring juga dapat langsung dari ruang submandibular, selanjutnya infeksi dapat meluas ke daerah potensial lainnya (Ariobimo B. N., 2023).

Bakteri masuk ke bawah kulit akibat adanya luka atau trauma tindakan seperti esofagoskopi atau bronkoskopi; tertelan benda asing; tusukan jarum yang tidak steril di leher pada pencandu morfin dan juga Lymphadenitis, peradangan pada kelenjar limfe itu sendiri (Klug, 2021).

4. Tanda dan Gejala

Gejala umum yang dirasakan pada pasien abses parafaring adalah mengeluhkan demam, kesulitan membuka mulut (trismus), nyeri tenggorokan, nyeri menelan, kesulitan menelan, nyeri leher, kesulitan menggerakkan leher, dan sesak nafas (zhao, et al. 2023).

5. Penatalaksanaan Abses Parafaring

Dalam fase penyembuhan luka, protein memiliki peran penting. Pasien pasca bedah membutuhkan asupan protein lebih banyak, jika pasien mengalami malnutrisi protein maka dapat mengakibatkan penyembuhan luka yang melambat (Pararesthi, 2019). Konsistensi makanan pasien abses parafaring bisa diberikan makanan cair setelah melakukan pembedahan akan tetapi pemberian makanan dalam bentuk cair ini sesingkat mungkin

karena kurang dari semua zat gizi. Makanan bisa ditingkatkan dalam bentuk lunak agar zat gizi terpenuhi dan juga memudahkan proses menelan. Pastikan cairan tercukupi guna menghindari dehidrasi dan juga membantu proses penyembuhan (Morina, 2018).

Syarat diet bedah abses parafaring Energi bisa diberikan 30-40 kkal/kg Berat Badan, Protein 1-1.8 g/kg Berat Badan, Lemak, Karbohidrat, vitamin dan mineral diberikan cukup. Energy dan protein diberikan lebih tinggi guna mempercepat proses penyembuhan (Minarto et al., 2019)

C. Gambaran Umum Penyakit Hipoalbuminemia

1. Definisi Hipoalbuminemia

Hipoalbuminemia merupakan suatu keadaan yang menunjukkan kadar albumin dalam serum lebih rendah dari nilai normal (serum $< 3,5$ g/dl) sedangkan kadar normal albumin berkisar sebesar 3,4-5,5 g/dL Waktu paruh albumin dalam plasma berkisar antara 8-20 hari sehingga diperlukan waktu setidaknya 7-10 hari untuk mencapai kadar albumin plasma normal kembali (Syamsiatun, 2015).

Pada kondisi hipoalbuminemia akan terjadi gangguan terhadap proses fisiologi dalam tubuh, sehingga mengganggu atau menghambat proses penyembuhan dan pemulihan. Albumin digunakan sebagai parameter kadar protein dalam skrining pra dan pasca pembedahan dimana jika pasien mengalami hipoalbuminemia, dapat menyebabkan komplikasi sehingga berakibat pada tingkatan mortalitas atau morbiditas pasien (Said, 2016).

2. Penyebab Hipoalbuminemia

Hipoalbuminemia seringnya terjadi dikarenakan absorpsi protein yang tidak adekuat dan peningkatan kehilangan protein yang dapat ditemukan pada pasien dengan kondisi medis kronis dan akut:

- a. Kurang Energi Protein
- b. Kanker.
- c. Peritonitis,
- d. Luka bakar.
- e. Sepsis,
- f. Luka akibat Pre dan Post pembedahan (penoninan albumin plasma yang terjadi setelah trauma),
- g. Penyakit hati akut yang berat atau penyakit hati kronis (sintesa albumin menurun).

(Said, 2016).

3. Penatalaksanaan Hipoalbuminemia

1). Terapi Diet

Tujuan utama terapi diet hipoalbuminemia adalah meningkatkan dan mempertahankan status gizi, terutama yang berhubungan dengan kadar serum albumin serta mencegah seminimal mungkin penurunan kadar albumin untuk mencegah komplikasi. Kebutuhan energi pada hipoalbuminemia diupayakan terpenuhi karena apabila asupan energi kurang dari kebutuhan maka bisa terjadi pembongkaran protein tubuh untuk diubah menjadi sumber energy (Said, 2016).

Di RS dr. Sardjito Yogyakarta, standar pelayanan gizi untuk menanggulangi kondisi hipoalbuminemia diberi terapi diet Tinggi Energi Tinggi Protein. Selebihnya untuk pasien malgizi dengan kondisi hipoalbuminemia diberi ekstra gizi tambahan secara oral berupa putih telur. Penyajian putih telur diberikan bersamaan dengan jadwal pemberian makan pagi, siang, dan sore sebagai hidangan lauk hewani. Komposisi zat gizi putih telur per 100 g bahan mengandung 10,8 g protein. Setiap 10,8 g protein, 95% merupakan albumin (Erdani, 2021)

Salah satu cara Penanganan masalah hipoalbuminemia adalah dengan memberikan serum albumin dari luar tubuh. Serum albumin yang beredar di pasaran yaitu “Human albumine” harganya sangat mahal, sebagai alternatif pengganti human albumine, dapat digunakan ikan gabus (Wahyuningtiyas, 2020)

2). Terapi Medis

Pasen-pasien yang rentan terhadap malnutrisi, terutama yang terkait dengan hipoalbuminemia dari team medis diberikan human albumin intra vena. Namun terapi medis tersebut perlu beberapa pertimbangan antara lain: pertimbangan harga yang cukup mahal, tidak mudah untuk mendapatkannya khususnya jamkesmas. Untuk pasien dengan status kelas III /jamkesmas (Nugroho, 2016).

Selain pemberian preparat intravena, koreksi albumin juga dapat dilakukan dengan memberikan diet tinggi protein seperti telur, susu dan ikan terutama ikan gabus. Kapsul albumin ekstrak ikan gabus pada saat ini sudah

banyak beredar di tengah masyarakat sebagai salah satu alternatif pengganti infus albumin (human albumin) (Nugroho, 2016).

D. Proses Asuhan Gizi Terstandar

Menurut (Handayani, 2022), proses asuhan gizi terstandar adalah pendekatan sistematis dalam memberikan pelayanan asuhan gizi yang berkualitas yang dilakukan oleh tenaga gizi, melalui serangkaian aktivitas yang terorganisir meliputi identifikasi kebutuhan gizi sampai pemberian pelayanannya untuk memenuhi kebutuhan gizi.

Tujuan pemberian asuhan gizi adalah mengembalikan pada status gizi dengan mengintervensi berbagai faktor penyebab. Keberhasilan dalam proses asuhan gizi terstandar ini ditentukan oleh efektivitas intervensi gizi melalui edukasi dan konseling gizi yang efektif, pemberian dietetik yang sesuai untuk pasien di rumah sakit, dan berkolaborasi dengan profesi kesehatan lain yang berpengaruh terhadap keberhasilan proses asuhan gizi terstandar (Handayani, 2022).

Proses asuhan gizi terstandar (PAGT) harus dilaksanakan secara berurutan dari asesmen, diagnosis, intervensi, serta monitoring dan evaluasi. Langkah-langkah tersebut saling berkaitan dan apabila tujuan tercapai maka proses akan dihentikan, akan tetapi jika tujuan tidak tercapai maka proses berulang kembali dari asesmen (Handayani, 2022). Berikut merupakan langkah-langkah PAGT:

1). Asesmen Gizi

a. Tujuan Asesmen Gizi

Mengidentifikasi problem gizi dan faktor penyebabnya melalui pengumpulan, verifikasi dan interpretasi data secara sistematis

b. Langkah Asesmen Gizi :

- 1). Kumpulkan dan pilih data yang merupakan faktor yang dapat mempengaruhi status gizi dan kesehatan pasien.
- 2). Kelompokkan data berdasarkan kategori asesmen gizi:
 - a) Riwayat gizi dengan kode FH (Food History)
 - b) Antropometri dengan kode AD (Anthropometry Data)
 - c) Laboratorium dengan kode BD (Biochemical Data)
 - d) Pemeriksaan fisik gizi dengan kode PD (Physical Data)
 - e) Riwayat klien dengan kode CH (Client History)
- 3). Data diinterpretasikan dengan membandingkan terhadap kriteria atau standar yang sesuai untuk mengetahui terjadinya penyimpangan

Sumber : (Handayani, 2020)

2). Diagnosis Gizi

Diagnosis gizi bersifat sementara sesuai dengan respon pasien.

Diagnosis gizi merupakan masalah gizi spesifik yang menjadi tanggung jawab dietisien untuk menanganinya. Tujuan dari diagnosis gizi adalah mengidentifikasi adanya problem gizi, faktor penyebab, dan tanda gejala yang melandasi adanya problem gizi. Diagnosis gizi dikelompokkan kedalam 3 (tiga) domain yaitu:

- a. Domain Asupan (NI) adalah masalah actual yang berhubungan dengan asupan energi, zat gizi, cairan, substansi bioaktif dari makanan baik yang melalui oral, parenteral, maupun enteral.
- b. Domain Klinis (NC) adalah masalah gizi berkaitan dengan kondisi medis
- c. Domain Perilaku – Lingkungan (NB) adalah masalah gizi yang berkaitan dengan kepercayaan ataupun kebiasaan terhadap makanan (Pedoman PGRS, 2013)

3. Intervensi Gizi

Intervensi gizi adalah suatu tindakan yang terencana yang ditujukan untuk merubah perilaku gizi, kondisi lingkungan, atau aspek status kesehatan individu (Kemenkes, 2014).

a. Tujuan Intervensi Gizi

Mengatasi masalah gizi yang teridentifikasi melalui perencanaan dan penerapannya terkait perilaku, kondisi lingkungan atau status kesehatan individu, kelompok atau masyarakat untuk memenuhi kebutuhan gizi klien.

b. Komponen Intervensi Gizi

Intervensi gizi terdiri dari 2 (dua) komponen yang saling berkaitan yaitu perencanaan dan implementasi.

1) Perencanaan

Langkah-langkah perencanaan sebagai berikut:

- a). Tetapkan prioritas diagnosis berdasarkan derajat kegawatan masalah, keamanan dan kebutuhan pasien.

- b). Pertimbangkan panduan Medical Nutrition Therapy (MNT), penuntun diet, consensus dan regulasi yang berlaku.
 - c). Diskusikan rencana asuhan gizi dengan pasien, keluarga atau pengasuh pasien.
 - d). Tetapkan tujuan yang berfokus pada pasien.
 - e) Buat strategi intervensi, misalnya modifikasi makanan, edukasi/konseling.
 - f) Merancang preskripsi diet.
 - g) Tetapkan waktu dan frekuensi intervensi.
 - h) Identifikasi sumber-sumber yang dibutuhkan.
- 2) Implementasi Langkah-langkah Implementasi:
- 1) Komunikasi rencana intervensi dengan pasien, tenaga kesehatan, atau tenaga lain.
 - 2) Melaksanakan rencana intervensi.
- c) Kategori Intervensi Gizi
- 1) Pemberian Makanan/Diet (Nutrition Delivery (ND)
 - 2) Edukasi Gizi (Education (E)
 - 3) Konseling (C)
 - 4) Koordinasi Asuhan Gizi (RC)
- Sumber : (Dieny, 2020)

5). Monitoring dan Evaluasi

- a. Tujuan Untuk mengetahui tingkat kemajuan pasien dan apakah tujuan atau hasil yang diharapkan telah tercapai.

b. Cara Monitoring dan Evaluasi Gizi menurut (Kemenkes, 2014)

1) Monitoring Perkembangan:

- a) Cek pemahaman dan kepatuhan pasien/klien terhadap intervensi gizi.
- b) Tentukan apakah intervensi yang dilaksanakan sesuai dengan preskripsi diet yang telah ditetapkan.
- c) Berikan bukti/fakta bahwa intervensi gizi telah atau belum merubah perilaku atau status gizi pasien/klien.
- d) Identifikasi hasil asuhan gizi yang positif maupun negatif.
- e) Kumpulkan informasi yang menyebabkan tujuan asuhan tidak tercapai.

2). Mengukur Hasil - Pilih indikator asuhan gizi untuk mengukur hasil yang diinginkan. - Gunakan indikator asuhan yang terstandar untuk meningkatkan validitas dan reabilitas pengukuran perubahan.

3). Evaluasi Hasil

- a) Bandingkan data yang dimonitor dengan tujuan preskripsi diet atau standar rujukan untuk mengkaji perkembangan dan menentukan tindakan selanjutnya.
- b) Evaluasi dampak dari keseluruhan intervensi terhadap hasil kesehatan pasien secara menyeluruh.

c. Objek yang Dimonitor

Dalam kegiatan monitoring dan evaluasi dipilih indikator asuhan gizi. Indikator yang dimonitor sama dengan indikator pada asesmen gizi, kecuali riwayat personal (Kemenkes, 2014).

d. Kesimpulan Hasil Monitoring dan Evaluasi

- 1). Aspek Gizi: Perubahan pengetahuan, perilaku, makanan dan asupan zat gizi
- 2). Aspek Status Klinis dan Kesehatan: Perubahan nilai laboratorium, berat badan, tekanan darah, faktor risiko, tanda dan gejala, status klinis, infeksi, komplikasi, morbiditas, dan mortalitas
- 3). Aspek Pasien: perubahan kapasitas fungsional, kemandirian merawat diri.
- 4). Aspek Pelayanan Kesehatan: Lama hari rawat di RS
(PAGT, 2014)

e. Dokumentasi Asuhan Gizi

Dokumentasi pada rekam medis merupakan proses berkesinambungan yang dilakukan selama PAGT berlangsung. Pencatatan yang baik harus relevan, akurat, dan terjadwal (Handayani,2022).

E. Skrining Gizi

Skrining gizi merupakan proses yang cepat, sederhana, efisien, gampang dilakukan, murah, tidak beresiko kepada individu yang diskriminasi, valid dan reliabel, serta dapat dilaksanakan oleh petugas kesehatan. Skrining

gizi juga merupakan proses identifikasi pasien terhadap masalah gizi sebagai dasar dilakukannya assessment dan intervensi gizi. Metode skrining gizi sebaiknya singkat, cepat dan disesuaikan dengan kondisi dan kesepakatan di masing-masing rumah sakit seperti formulir skrining Malnutrition Screening Tools (MST) (Ashra, 2017).

1. Malnutrition Screening Tools (MST)

Malnutrition Screening Tools (MST) merupakan metode skrining gizi yang biasa digunakan di rumah sakit. MST mengidentifikasi beberapa faktor risiko malnutrisi. Formulir skrining MST terdiri dari 3 pertanyaan seperti pasien mengalami penurunan berat badan atau tidak, asupan makanan pasien berkurang atau tidak, dan pernyataan pasien dengan diagnosis khusus. Kelebihan alat ini adalah skrining dapat dilakukan dalam waktu singkat atau lebih efektif. Skrining MST memiliki penilaian bila total skor ≥ 2 maka dinyatakan berisiko malnutrisi, dan bila parameter no 3 “ya” tanpa dilakukan penilaian skor, maka pasien sudah dinyatakan berisiko malnutrisi. Yang dimaksud dengan diagnosis khusus adalah pasien saat masuk rumah sakit langsung di diagnosis atau mengalami gagal jantung, hemodialisa, kemoterapi, penurunan imunitas, dan penyakit degeneratif lain (Ashra, 2017).

