

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Abses Submandibula

2.1.1 Pengertian

Abses adalah akumulasi nanah yang terperangkap dalam sebuah kantung yang terbentuk dalam jaringan tubuh, yang disebabkan oleh infeksi yang disebabkan oleh bakteri, parasit, atau benda asing lainnya. Abses merupakan respons pertahanan tubuh yang bertujuan untuk membatasi penyebaran agen infeksi ke bagian tubuh lainnya (Ariobimo et al, 2023). Abses submandibula didefinisikan sebagai terbentuknya akumulasi nanah pada ruang potensial di wilayah submandibula, yang disertai dengan nyeri tenggorokan, demam, serta keterbatasan gerakan membuka mulut (Anggreni et al, 2020).

2.1.2 Etiologi

Menurut Ariobimo (2023) penyebab abses mandibula adalah:

- 1) Infeksi pada kelenjar submandibula,
- 2) Cedera pada mukosa mulut,
- 3) Fraktur pada tulang mandibula,
- 4) Penyebaran infeksi dari area yang lebih superfisial.

2.1.3 Manifestasi klinis

Tanda dan gejala abses submandibula meliputi demam dan nyeri pada leher yang disertai pembengkakan di bawah mandibula dan/atau di

bawah lidah, yang bisa menunjukkan fluktuasi. Gejala ini dapat berlangsung antara 12 jam hingga 28 hari, dan rata-rata berlangsung 5 hari (Aryani *et al.*, 2022).

2.1.4 Pentalaksanaan

a) Insisi dan drainase.

Menurut lokasi infeksi, prosedur ini dapat dilakukan baik secara intraoral maupun ekstraoral. Melakukan aspirasi nanah sebelum insisi meningkatkan akurasi sampel karena mengurangi risiko kontaminasi dan melindungi terhadap infeksi bakteri anaerob.

b) Antibiotik.

Antibiotik dapat diberikan secara empiris atau berdasarkan jenis antibiotik tertentu yang diidentifikasi melalui hasil tes kultur dan sensitivitas.

c) Analgesik.

Menurut hasil tes kultur dan sensitivitas, antibiotik dapat diberikan secara empiris atau dengan antibiotik khusus yang dipilih berdasarkan hasil tes kultur. (Litha *et al.*, 2021).

2.1.5 Komplikasi

Infeksi yang menyebar ke jaringan parafaring dan retrofaring dapat menyebabkan abses parafaring dan retrofaring. Jika infeksi masuk ke jaringan parafaring, itu dapat merusak lapisan carotid sheath, yang terdiri dari arteri karotis, vena jugularis interna, dan nervus vagus. Erosi akibat infeksi pada arteri karotis komunis dapat menyebabkan terbentuknya aneurisma yang sewaktu-waktu dapat ruptur. Pada vena jugularis interna dapat terjadi

tromboflebitis vena yang disebut Lemierre syndrome. Infeksi juga dapat menyebar melalui pembuluh darah ke rongga intrakranial menyebabkan abses cerebri, meningitis, epidural dan subdural empyema, serta ke seluruh tubuh menyebabkan kondisi sepsis. Penyebaran infeksi ke daerah retrofaring dapat berlanjut turun menyebabkan obstruksi jalan napas, mediastinitis, pericarditis, dan empyema pleura (Ariobimo, Nujum and Saputro, 2023).

2.2 Konsep Abses Drain

2.2.1 Pengertian

Drainase abses adalah prosedur medis untuk mengeluarkan nanah dari abses dengan tujuan mengurangi tekanan, meredakan nyeri, menghilangkan sumber infeksi, dan mempercepat penyembuhan jaringan. Drainase dapat dilakukan dengan teknik insisi manual, pemasangan drain, atau melalui aspirasi dengan jarum (Sheikh *et al.*, 2023).

2.2.2 Indikasi Abses Drain

Drainase bedah diindikasikan untuk penderita dengan abses yang berpotensi menimbulkan komplikasi. Abses submandibula yang mengalami perluasan ke spasia lainnya harus dibuka dan dilakukan drainase. Bergantung pada potensi komplikasi dan luasnya abses, drainase abses dapat dilakukan dengan insisi dan eksplorasi atau aspirasi (Aryani *et al.*, 2022)

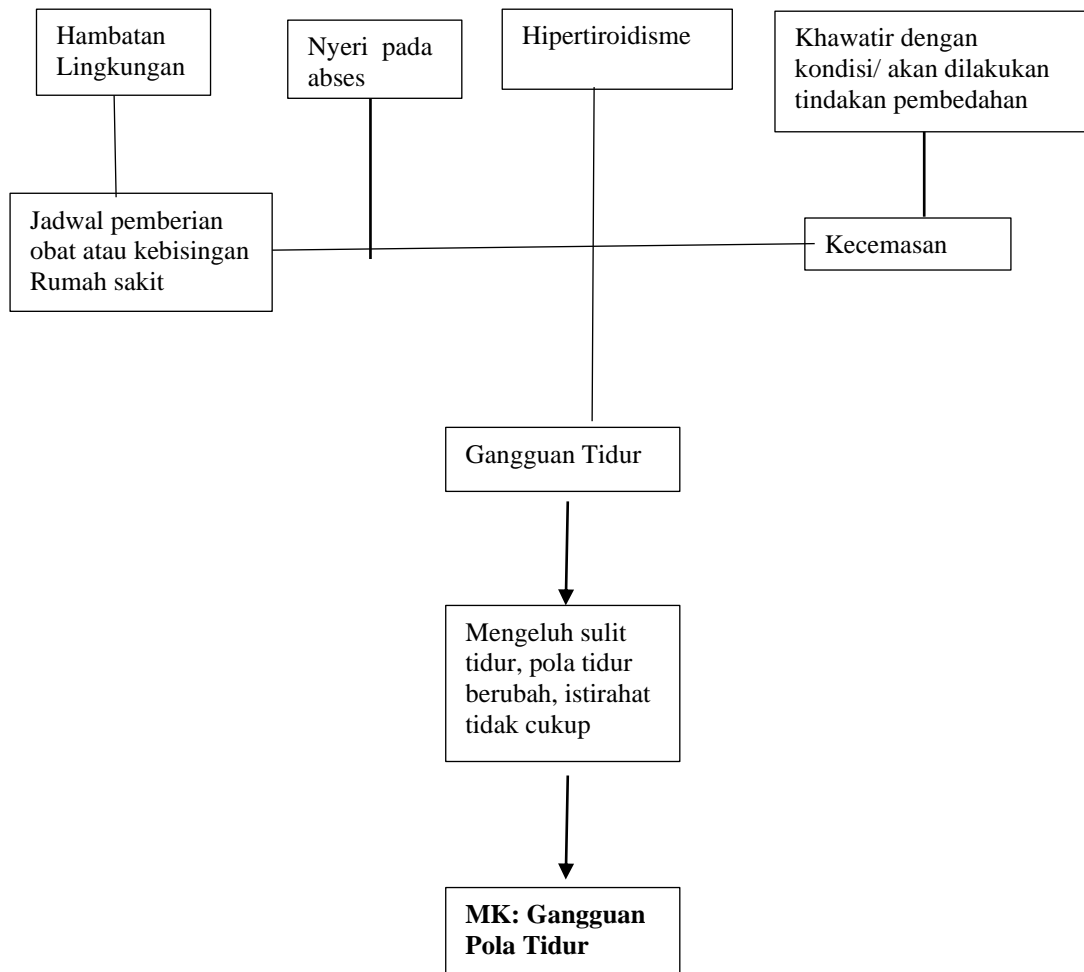
2.2.3 Komplikasi Abses Drain

- a) Penyebaran Infeksi: Jika drainase tidak memadai, infeksi dapat meluas ke jaringan sekitarnya, menyebabkan kondisi seperti selulitis, limfangitis, osteomyelitis, atau bahkan sepsis.
- b) Rekurensi Abses: Abses dapat terbentuk kembali jika sumber infeksi tidak sepenuhnya dihilangkan atau drainase tidak dilakukan dengan tepat.
- c) Perdarahan: Prosedur drainase dapat menyebabkan perdarahan, terutama jika melibatkan pembuluh darah besar atau area yang kaya pembuluh darah.
- d) Cedera Jaringan Sekitar: Insisi yang tidak tepat dapat merusak jaringan sehat di sekitar abses, termasuk saraf, pembuluh darah, atau organ vital lainnya.
- e) Pembentukan Fistula: Drainase yang tidak sempurna dapat menyebabkan pembentukan saluran abnormal (fistula) antara rongga abses dan permukaan tubuh atau organ lain.
- f) Kekambuhan Infeksi: Jika infeksi tidak sepenuhnya diatasi, dapat terjadi infeksi berulang yang lebih sulit ditangani.
- g) Reaksi Imun: Prosedur drainase dapat memicu reaksi imun yang berlebihan, seperti peradangan atau reaksi alergi terhadap bahan yang digunakan selama prosedur.

2.3 Konsep Gangguan Pola Tidur

2.3.1 Pengertian

Gangguan pola tidur adalah kondisi di mana seseorang mengalami kesulitan untuk tidur dengan baik atau mengalami gangguan dalam pola tidur normalnya.



Gambar 2.1 Pathway Gangguan Pola Tidur

2.3.2 Data Mayor Dan Data Minor

Gejala dan Tanda Mayor :

Subjektif

Objektif

1. Mengeluh sulit tidur (tidak tersedia)
2. Mengeluh sering terjaga
3. Mengeluh tidak puas tidur
4. Mengeluh pola tidur berubah
5. Mengeluh istirahat tidak cukup

Gejala dan Tanda Minor

Subjektif

1. Mengeluh kemampuan beraktivitas menurun

Objektif

- (tidak tersedia)

2.3.3 Faktor Penyebab

- a) Hambatan lingkungan (mis. kelembapan lingkungan sekitar, suhu lingkungan, pencahayaan, kebisingan, bau tidak sedap, jadwal pemantauan/pemeriksaan/tindakan)
- b) Kurang kontrol tidur
- c) Kurang privasi
- d) Restraint fisik
- e) Ketiadaan teman tidur
- f) Tidak familiar dengan peralatan tidur

2.3.4 Faktor Yang Mempengaruhi

- a) Nyeri/kolik
- b) Hipertirodisme
- c) Kecemasan
- d) Penyakit paru obstruktif kronis
- e) Kehamilan

- f) Periode pasca partum
- g) kondisi pasca operasi

2.3.5 Fisiologis Gangguan Pola Tidur

- a) Nyeri atau Ketidaknyamanan Fisik
- b) Gangguan Pernafasan
- c) Gangguan Metabolisme dan Hormon
- d) Gangguan Psikofisiologis
- e) Masalah dengan Siklus Tidur-Bangun

2.3.6 Pengkajian Gangguan Pola Tidur

- a) Wawancara meliputi kebiasaan tidur, gangguan tidur, factor yang memengaruhi tidur
- b) Observasi pola tidur meliputi, durasi,waktu dan kualitas

2.4 Konsep Penatalaksanaan Imajinasi Terbimbing

2.4.1 Pengertian

Guided imagery adalah salah satu teknik perawatan relaksasi yang melibatkan imajinasi tentang hal-hal yang dapat membangkitkan perasaan positif dan relaksasi, seperti bayangan tentang tempat yang indah atau peristiwa yang menyenangkan(Prijatni et al, 2020)

2.4.2 Tujuan

Dibandingkan dengan metode perawatan lainnya, guide imagery memiliki banyak keuntungan, seperti meningkatkan rasa percaya diri dan optimisme, menciptakan suasana tenang dan damai, mengurangi

perasaan takut dan ketegangan, meningkatkan produksi endorfin alami, dan mengurangi kelelahan. (Darmadi *et al.*, 2020).

2.4.3 Langkah-langkah

a) Persiapan

- Pilihlah tempat yang tenang dan nyaman, di mana tidak akan diganggu.
- Duduk atau berbaring dengan posisi yang nyaman, rilekskan tubuh, dan tutup mata.
- Atur pernapasan dengan perlahan, tarik napas dalam-dalam dan buang perlahan untuk menenangkan tubuh dan pikiran.

b) Fokus pada Pernapasan

- Fokuskan perhatian pada pernapasan perhatikan setiap tarikan dan hembusan napas.
- Rasakan bagaimana udara masuk dan keluar dari tubuh. Ini membantu menenangkan pikiran dan mempersiapkan tubuh untuk proses imajinasi.

c) Gambarkan Tempat yang Menenangkan

- Bayangkan tempat yang sangat menenangkan, seperti pantai yang tenang, hutan hijau, atau taman bunga. Pilihlah tempat yang dirasakan nyaman dan damai.
- Gambarkan dengan detail semua elemen tempat tersebut: suara alam, aroma, pemandangan, dan sensasi yang dirasakan (angin yang sejuk, panas matahari, suara burung, dsb).

d) Libatkan Semua Indra

- Fokuskan perhatian pada setiap indera, gambarkan secara mendetail bagaimana tempat tersebut mempengaruhi melalui indera penglihatan, pendengaran, penciuman, dan perasaan.
 - Misalnya, bayangkan suara ombak yang lembut, bau aroma bunga segar, atau merasakan pasir halus di kaki.
- e) Nikmati Keadaan Relaksasi
- Setelah beberapa saat, akan merasa lebih tenang dan rileks. Rasakan bagaimana setiap bagian tubuh Anda menjadi lebih ringan dan bebas dari ketegangan.
 - Biarkan tubuh dan pikiran beristirahat dan menikmati sensasi relaksasi yang dialami (Ramezani Kermani *et al.*, 2020).

2.5 Konsep Penatalaksanaan Nafas dalam

2.5.1 Pengertian

Teknik relaksasi napas dalam adalah jenis intervensi keperawatan di mana perawat mengajarkan klien teknik pernapasan dalam, pernapasan lambat (dengan menahan inspirasi secara maksimal), dan pernapasan perlahan. (Handayani, 2022).

2.5.2 Tujuan

Kualitas tidur yang buruk dapat dikurangi dengan terapi relaksasi nafas dalam yang dilakukan sesuai prosedur standar prosedur (SOP). Seseorang harus berada dalam keadaan santai, tenang, dan tidak tertekan sebelum tidur. (Handayani, 2022).

2.5.3 Langkah-langkah

a) Persiapkan Tempat yang Tenang

- Pilih tempat yang nyaman dan bebas gangguan. Sebaiknya duduk atau berbaring di tempat tidur.
- Pastikan tubuh dalam posisi yang nyaman dan rileks, dengan punggung tegak atau berbaring dengan kaki sedikit terangkat.

b) Fokus pada Pernapasan

- Tutup mata untuk meminimalkan gangguan dan fokuskan perhatian pada pernapasan.
- Perhatikan setiap napas dan tarikan. Rasakan masuknya dan keluarnya udara dari tubuh..

c) Tarik Napas dalam-dalam melalui hidung

- Perlahan-lahan tarik napas dalam-dalam melalui hidung selama 4 detik.
- Pastikan udara mengisi perut, bukan hanya dada, dengan membiarkan perut mengembang saat menarik napas.

d) Tahan Napas

- Setelah menarik napas dalam, tahan napas selama 4 detik.
- Rasakan ketenangan yang mulai meresap ke tubuh.

e) Hembuskan Napas perlahan-lahan melalui Mulut

- Perlahan-lahan hembuskan napas melalui mulut dengan lembut selama 6 detik.
- Cobalah untuk mengeluarkan seluruh udara dari paru-paru, rasakan tubuh semakin rileks dengan setiap hembusan.

f) Ulangi Selama 5-10 Menit

- Lakukan proses ini beberapa kali. Disarankan untuk melakukannya selama 5-10 menit untuk merasakan manfaatnya secara maksimal.
- Fokus pada sensasi relaksasi dan ketenangan yang berkembang seiring waktu.

2.6 Konsep Asuhan Keperawatan

Asuhan keperawatan merupakan rangkaian interaksi perawat dengan klien dan lingkungannya untuk mencapai tujuan pemenuhan kebutuhan dan kemandirian klien dalam merawat dirinya (Permenkes RI 2019). Asuhan keperawatan adalah proses atau rangkaian kegiatan keperawatan yang diberikan secara langsung kepada klien di berbagai tatanan pelayanan kesehatan. Asuhan keperawatan dilaksanakan berdasarkan prinsip keperawatan sebagai profesi yang didasarkan pada ilmu dan kiat keperawatan yang bersifat humanistik dan berdasarkan kebutuhan objek klien untuk mengatasi masalah yang mereka hadapi (Togubu, Korompis and Kaunang, 2020). Asuhan keperawatan terdiri dari 5 tahap yaitu pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi dan evaluasi.

2.6.1 Fokus Pengkajian

Tahap pertama dalam proses keperawatan adalah pengkajian keperawatan, yang dilakukan dengan mengumpulkan data dari berbagai sumber untuk menilai status kesehatan klien. Proses ini menjadi dasar untuk merencanakan asuhan keperawatan yang sesuai dengan kebutuhan klien. Pengkajian menyeluruh dan menyeluruh yang

didasarkan pada fakta atau kondisi klien sangat penting untuk membuat diagnosis keperawatan (Olfah and Ghofur, 2016).

Dalam pengkajian meliputi teknik pengumpulan data:

1. Identitas klien termasuk nama, umur, jenis kelamin, pendidikan, alamat, pekerjaan, agama, suku, bangsa, nomor rekam medis, dan diagnosis medis.
2. Keluhan Utama: Pasien dengan abses mandibula umumnya datang dengan keluhan utama berupa rasa nyeri pada pipi dan leher.
3. Riwayat Penyakit Sekarang: Abses mandibula pada pasien kemungkinan disebabkan oleh infeksi pada kelenjar submandibular, trauma pada mukosa mulut, fraktur tulang mandibula, atau gigi berlubang.
4. Riwayat Penyakit Keluarga: Terdapat kecenderungan riwayat penyakit keluarga yang menderita diabetes mellitus, terapi steroid, HIV, pengobatan kemoterapi, dan kondisi yang menyebabkan imunokompromais.
5. Pemeriksaan Fisik (Head to Toe): Pemeriksaan dimulai dengan pemeriksaan kepala dan dilanjutkan ke kaki. Ini mencakup pemeriksaan umum, pemeriksaan tanda vital, dan pemeriksaan pada bagian kepala, wajah, mata, telinga, hidung, mulut, tenggorokan, leher, dada, perut, jantung, paru-paru, punggung, dan ekstremitas

Menurut Ariobimo (2023) pada pemeriksaan fisik pasien dengan abses mandibula dapat ditemukan:

1. Leher menunjukkan asimetri.
2. Kulit terlihat kemerahan (eritema).
3. Terdapat karies pada gigi molar.

4. Teraba benjolan keras seperti papan dan nyeri, yang biasanya tidak berubah karena proses selulitis berkembang cepat

2.6.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan adalah penilaian klinis dari respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya. Tujuan diagnosis keperawatan adalah untuk mengetahui bagaimana klien, keluarga, dan komunitas mereka bertindak terhadap kondisi medis (PPNI, 2017). Menurut Kusumawati (2022) diagnosa keperawatan pada pasien dengan abses mandibula, pre operasi yaitu:

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen perusak fisik (abses).
2. Resiko infeksi ditandai dengan pertahanan sekunder yang tidak adekuat (penekanan inflamasi).
3. Kecemasan berhubungan dengan kurangnya paparan informasi.
4. Gangguan pola tidur berhubungan dengan khawatir dengan operasi.

Menurut Kusumawati (2022) diagnosa keperawatan pada pasien pasca operasi abses mandibula adalah:

1. Kerusakan integritas jaringan berhubungan dengan faktor mekanis (pembedahan).
2. Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit (infeksi).
3. Nyeri akut yang berhubungan dengan agen perusak fisik (prosedur pembedahan).

4. Gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri post operasi.
5. Risiko infeksi dibuktikan dengan terdapat luka post operasi.
6. Risiko defisit nutrisi ditandai dengan ketidakmampuan menelan makanan.

2.6.3 Intervensi Keperawatan

Segala perawatan yang dilakukan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai hasil yang diharapkan dikenal sebagai intervensi keperawatan (PPNI, 2017). Langkah-langkah menyusun perencanaan keperawatan adalah sebagai berikut (Bismar, 2020):

1. Menentukan urutan prioritas masalah

Pada tahap ini, masalah yang harus diprioritaskan dipilih dari semua masalah yang telah diidentifikasi. Masalah yang paling berdampak pada kehidupan atau keselamatan pasien diberikan prioritas tertinggi. Selain itu, masalah yang sudah ada lebih sering daripada masalah yang mungkin.

2. Merumuskan tujuan keperawatan yang akan dicapai

Setelah membaca pernyataan tujuan keperawatan, perawat yang bertanggung jawab atas pasien dapat menilai dengan tepat apakah tujuan tersebut telah tercapai atau tidak. Dalam proses keperawatan, tujuan keperawatan merujuk pada hasil yang ingin dicapai melalui perawatan yang diberikan. Pernyataan tujuan harus dikomunikasikan secara rinci.

3. Menentukan kriteria hasil

Hal-hal yang perlu diperhatikan dalam menetapkan kriteria hasil antara lain:

- a) Harus spesifik dalam hal isi dan waktu, misalnya pasien dapat makan satu porsi makanan selama tiga hari setelah operasi.
- b) Harus realistis, yang berarti tujuan harus mempertimbangkan faktor fisiologis atau patologi penyakit yang dialami serta sumber daya yang tersedia untuk mencapainya.
- c) Harus dapat diukur.
- d) Harus mempertimbangkan kondisi dan preferensi pasien

4. Menentukan rencana tindakan keperawatan

Menetapkan rencana tindakan keperawatan merupakan langkah krusial dalam proses keperawatan yang bertujuan untuk membantu pasien mencapai tujuan yang telah ditetapkan dalam asuhan keperawatan.

Beberapa intervensi keperawatan yang dapat dilakukan sesuai diagnosa keperawatan pada pasien abses mandibula adalah sebagai berikut:

Tabel 2.1 Intervensi Keperawatan

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi
(D.0077) Nyeri Akut	Tingkat nyeri menurun L.08066 Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka tingkat nyeri menurun, dengan kriteria hasil:	Manajemen Nyeri (I.08238) Observasi <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri • Identifikasi skala nyeri Terapeutik

	<ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Sikap protektif menurun 4. Gelisah menurun 5. Kesulitan tidur menurun 6. Frekuensi nadi membaik 	<ul style="list-style-type: none"> • Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (mis: TENS, hypnosis, akupresur, terapi music, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, Teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin) <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ajarkan Teknik farmakologis untuk mengurangi nyeri <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
(D.0129) Hipertermi	<p>Termoregulasi membaik L.14134</p> <p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 1 x 24 jam, maka termoregulasi membaik, dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menggigil menurun 2. Suhu tubuh membaik 3. Suhu kulit membaik 	<p>Manajemen Hipertermia (I.15506)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi penyebab hipertermia (mis: dehidrasi, terpapar lingkungan panas, penggunaan inkubator) • Monitor suhu tubuh • Monitor kadar elektrolit • Monitor haluaran urin • Monitor komplikasi akibat hipertermia <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sediakan lingkungan yang dingin • Longgarkan atau lepaskan pakaian • Basahi dan kipasi permukaan tubuh • Berikan cairan oral • Ganti linen setiap hari atau lebih sering jika mengalami hyperhidrosis (keringat berlebih) • Lakukan pendinginan eksternal (mis: selimut hipotermia atau kompres dingin pada dahi, leher, dada, abdomen, aksila) • Hindari pemberian antipiretik atau aspirin • Berikan oksigen, jika perlu <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anjurkan tirah baring <p>Kolaborasi</p> <p>Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena, jika perlu</p>
(D.0128) Gangguan	<p>Integritas kulit/jaringan L.14125</p>	<p>Perawatan Integritas Kulit (I.11353)</p> <p>Observasi</p>

integritas jaringan	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka integritas kulit meningkat, dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kerusakan jaringan menurun 2. Kerusakan lapisan kulit menurun 	<ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit (mis: perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi, penurunan kelembaban, suhu lingkungan ekstrim, penurunan mobilitas) <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ubah posisi setiap 2 jam jika tirah baring • Lakukan pemijatan pada area penonjolan tulang, jika perlu • Gunakan produk berbahan petroleum atau minyak pada kulit kering • Gunakan produk berbahan ringan/alami dan hipoalergik pada kulit sensitive • Hindari produk berbahan dasar alkohol pada kulit kering <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anjurkan menggunakan pelembab (mis: lotion, serum) • Anjurkan minum air yang cukup • Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi • Anjurkan meningkatkan asupan buah dan sayur • Anjurkan menghindari terpapar suhu ekstrim • Anjurkan mandi dan menggunakan sabun secukupnya
(D.0080) Ansietas	<p>Tingkat ansietas menurun L.09093</p> <p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka tingkat ansietas menurun, dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Verbalisasi kebingungan menurun 	<p>Reduksi Ansietas (I.09314)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis: kondisi, waktu, stresor) • Identifikasi kemampuan mengambil keputusan • Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan nonverbal) <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan

-
- | | |
|--|---|
| <ol style="list-style-type: none">2. Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun3. Perilaku gelisah menurun4. Perilaku tegang menurun5. Konsentrasi membaik6. Pola tidur membaik | <ul style="list-style-type: none">• Temani pasien untuk mengurangi kecemasan, jika memungkinkan• Pahami situasi yang membuat ansietas• Dengarkan dengan penuh perhatian• Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan• Tempatkan barang pribadi yang memberikan kenyamanan• Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan• Diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang |
|--|---|

Edukasi

- Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami
- Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis
- Anjurkan keluarga untuk tetap Bersama pasien, jika perlu
- Anjurkan melakukan kegiatan yang tidak kompetitif, sesuai kebutuhan
- Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi
- Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan
- Latih penggunaan mekanisme pertahanan diri yang tepat
- Latih Teknik relaksasi

Kolaborasi

- Kolaborasi pemberian obat antiansietas, jika perlu
 - Anjurkan sering mengulangi atau melatih teknik yang dipilih
 - Demonstrasikan dan latih Teknik relaksasi (mis: napas dalam, peregangan, atau imajinasi terbimbing)
-

(D.0055) Gangguan pola tidur	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka pola tidur membaik, dengan kriteria hasil: <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan sulit tidur menurun 2. Keluhan sering terjaga menurun 3. Keluhan tidak puas tidur menurun 4. Keluhan pola tidur berubah menurun 5. Keluhan istirahat tidak cukup menurun 	Dukungan Tidur (I.05174) Observasi <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi pola aktivitas dan tidur • Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan/atau psikologis) • Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (mis: kopi, teh, alcohol, makan mendekati waktu tidur, minum banyak air sebelum tidur) • Identifikasi obat tidur yang dikonsumsi Terapeutik <ul style="list-style-type: none"> • Modifikasi lingkungan (mis: pencahayaan, kebisingan, suhu, matras, dan tempat tidur) • Batasi waktu tidur siang, jika perlu • Fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur • Tetapkan jadwal tidur rutin • Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis: pijat, pengaturan posisi, terapi akupresur) • Sesuaikan jadwal pemberian obat dan/atau tindakan untuk menunjang siklus tidur-terjaga Edukasi <ul style="list-style-type: none"> • Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit • Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur • Anjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur • Anjurkan penggunaan obat tidur yang tidak mengandung supresor terhadap tidur REM • Ajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur (mis: psikologis, gaya hidup, sering berubah shift bekerja) • Ajarkan relaksasi otot autogenic atau cara nonfarmakologi lainnya
------------------------------------	--	---

(D.0141) Resiko infeksi	<p>Tingkat infeksi menurun menurun L.14137</p> <p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka tingkat infeksi menurun, dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Demam menurun 2. Kemerahan menurun 3. Nyeri menurun 4. Bengkak menurun 5. Kadar sel darah putih membaik 	<p>Pencegahan Infeksi (I.14539)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Batasi jumlah pengunjung • Berikan perawatan kulit pada area edema • Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien • Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jelaskan tanda dan gejala infeksi • Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar • Ajarkan etika batuk • Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi • Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi • Anjurkan meningkatkan asupan cairan <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu
(D.0032) Resiko defisit nutrisi	<p>Status nutrisi membaik L.03030</p> <p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka status nutrisi membaik, dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Porsi makan yang dihabiskan meningkat 	<p>Manajemen Nutrisi (I.03119)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi status nutrisi • Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrien • Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastrik • Monitor asupan makanan • Monitor berat badan <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu • Fasilitasi menentukan pedoman diet (mis: piramida makanan) • Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi • Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein <p>Edukasi</p>

-
- Ajarkan posisi duduk, jika mampu
 - Ajarkan diet yang diprogramkan

Kolaborasi

- Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan
(mis: Pereda nyeri, antiemetik), jika perlu
 - Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan, jika perlu
-

2.6.4 Implementasi Keperawatan

Tindakan keperawatan merujuk pada perilaku atau aktivitas khusus yang dilakukan oleh perawat untuk melaksanakan intervensi keperawatan (PPNI, 2017). Pada tahap implementasi, perawat menerapkan rencana asuhan keperawatan sebagai intervensi keperawatan untuk membantu klien mencapai tujuan. Pada tahap ini, perawat mengambil inisiatif dari rencana tindakan untuk mencapai tujuan tertentu. Rencana tindakan dibuat sebelum proses pelaksanaan dimulai. Tujuannya adalah untuk membantu klien mencapai hasil yang diinginkan, seperti kesehatan yang lebih baik, pencegahan penyakit, pemulihan kesehatan, dan membantu proses coping (Februanti, 2021).

Tindakan yang direncanakan dalam asuhan keperawatan dilaksanakan pada tahap implementasi, juga dikenal sebagai tahap pelaksanaan. Tindakan keperawatan termasuk tindakan independen (mandiri) dan kolaborasi antar anggota tim medis. Perawat melakukan tindakan independen berdasarkan keputusannya sendiri, tanpa bergantung pada keputusan orang lain. Sementara itu, tindakan kolaborasi dilakukan berdasarkan hasil keputusan bersama antara perawat dan profesional medis lainnya (Melliany, 2019)

2.6.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah proses mengukur dan menilai perubahan yang terjadi sebelum dan setelah tindakan tertentu dilakukan. Dalam evaluasi keperawatan, hasil perubahan kondisi pasien dinilai dan diukur dengan membandingkannya dengan tujuan dan kriteria hasil yang ditetapkan pada tahap perencanaan (Yunus, 2020).

Secara konsisten, evaluasi melibatkan pasien, keluarga mereka, dan tenaga kesehatan lainnya. Antara lain, tujuan evaluasi adalah untuk mengubah atau mempertahankan rencana tindakan keperawatan saat ini, menilai apakah tujuan keperawatan telah tercapai, mengevaluasi kemampuan pasien dalam menangani masalah dan mencapai tujuan, dan menemukan alasan mengapa masalah belum teratasi (Yunus, 2020).

2.6.5.1 Evaluasi Formatif

Evaluasi formatif, juga dikenal sebagai evaluasi proses, adalah tindakan yang dilakukan setelah perencanaan keperawatan dimulai dan berfokus pada proses keperawatan dan kualitas hasil asuhan keperawatan. Evaluasi proses dilakukan untuk mengevaluasi seberapa efektif intervensi yang dilakukan. Sampai tujuan tercapai, evaluasi ini harus dilakukan secara konsisten. Untuk evaluasi proses, wawancara, pertemuan kelompok, analisis rencana asuhan keperawatan, dan observasi klien digunakan untuk mendapatkan data. Formulir evaluasi yang disebutkan dalam catatan perawatan juga digunakan. Membantu pasien duduk dalam posisi semi-fowler memungkinkan mereka untuk duduk selama tiga puluh menit tanpa pusing (Adinda, 2020).

Evaluasi dalam bentuk komponen SOAP/SOAPIE/SOAPIER memudahkan perawat untuk menilai dan memantau perkembangan pasien (Yunus, 2020). Komponen tersebut meliputi singkatan kata untuk mempermudah mengingat. Berikut penjelasan setiap komponen:

a. S memiliki arti subjektif. Subjektif disini merupakan data yang diperoleh dari pasien secara lisan. Data yang disampaikan pasien maupun keluarga pasien juga merupakan hasil evaluasi subjektif.

b. O memiliki arti objektif. Objektif disini merupakan data yang didapatkan dari menurut penilaian, pengukuran dan observasi perawat secara langsung pada pasien setelah mendapat intervensi.

c. A memiliki arti analisis. Analisis yang dimaksud merupakan hasil dari interpretasi data subjektif dan objektif. Analisis juga merupakan hasil diagnosa keperawatan yang telah ditetapkan dengan keterangan teratasi atau belum teratasi.

d. P memiliki arti planning. Planning atau perencanaan yang akan dilanjutkan, dihentikan, dimodifikasi dari sebuah intervensi yang telah disusun.

2.6.5.2 Evaluasi Sumatif

Rekapitulasi dan kesimpulan mencakup observasi dan analisis status kesehatan yang disesuaikan dengan waktu yang diperlukan untuk mencapai tujuan. Hal ini dicatat dalam catatan perkembangan, yang merupakan rangkuman akhir secara menyeluruh, termasuk catatan naratif, serta kondisi klien saat pulang atau dipindahkan (Rohmah & Walid, 2020).

Salah satu hasil evaluasi asuhan keperawatan adalah sebagai berikut: tujuan tercapai/masalah teratasi, yang ditunjukkan dengan klien mengalami

perubahan yang memenuhi standar yang telah ditetapkan; tujuan tercapai sebagian/masalah teratasi sebagian, ditunjukkan dengan klien menunjukkan perubahan yang sebagian memenuhi standar dan kriteria yang telah ditetapkan; dan tujuan tidak tercapai/masalah tidak teratasi, ditunjukkan dengan klien yang tidak menunjukkan perubahan atau kemajuan sama sekali, bahkan ketika tim Membandingkan komponen SOAP/SOAPIER dengan tujuan dan kriteria hasil yang telah ditetapkan digunakan untuk menentukan apakah masalah teratasi, teratasi sebagian, atau tidak (Adinda, 2020).