

BAB II

TINJAUAN TEORI

2.1 Konsep Perawatan Luka

2.1.1. Konsep Luka Operasi

A. Pengertian luka operasi

Definisi luka operasi menurut Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2023) adalah luka yang dihasilkan dari sayatan bedah yang dilakukan secara sengaja menggunakan pisau bedah atau instrumen tajam lainnya selama prosedur pembedahan, baik elektif maupun emergensi. Luka ini memiliki tepi yang teratur, dan merupakan bagian dari prosedur medis terencana. Luka operasi juga dapat melibatkan jaringan kulit, subkutan, fascia, hingga organ dalam tergantung jenis operasi yang dilakukan.

Luka operasi adalah luka yang timbul akibat tindakan pembedahan, di mana jaringan tubuh dibelah dengan instrumen bedah tajam di bawah kondisi aseptik. Luka operasi dapat bersifat akut (langsung dari tindakan operasi) atau menjadi kronis jika mengalami komplikasi seperti infeksi, dehisensi, atau gangguan penyembuhan (Syapitri dkk., 2025).

B. Faktor-faktor yang mempengaruhi proses penyembuhan luka

Proses penyembuhan luka operasi dipengaruhi oleh berbagai faktor yang dapat mempercepat atau memperlambat pemulihan (Syapitri dkk., 2025). Beberapa faktor yang dapat mempercepat atau memperlambat penyembuhan luka operasi meliputi:

1. Faktor Pasien:

- **Usia:** Usia lanjut secara fisiologis dikaitkan dengan penurunan elastisitas kulit, perlambatan regenerasi sel, serta penurunan produksi kolagen, yang semuanya

berdampak pada proses penyembuhan luka yang lebih lambat.

- Status Gizi: Nutrisi yang baik memainkan peran kunci dalam penyembuhan luka. Protein diperlukan untuk membentuk jaringan granulasi dan kolagen, sedangkan vitamin C mendukung sintesis kolagen dan fungsi imun.
- Komorbiditas: Penyakit penyerta seperti diabetes melitus, penyakit vaskular, serta gangguan imun dapat memperpanjang fase inflamasi dan menghambat proses proliferasi. Diabetes, misalnya, menyebabkan gangguan mikrosirkulasi yang mengurangi suplai oksigen ke jaringan luka, memperlambat epitelisasi, dan meningkatkan risiko infeksi.

2. Faktor Lingkungan:

- Infeksi: Kontaminasi luka operasi oleh bakteri patogen memperpanjang fase inflamasi dan mengganggu proses penyembuhan normal. Bakteri patogen dapat membentuk biofilm yang melindungi mikroorganisme dari sistem imun dan antibiotik, sehingga memperburuk infeksi. Infeksi yang tidak segera diatasi juga berisiko menyebabkan nekrosis jaringan dan dehisensi luka.
- Suhu dan kelembaban: Lingkungan luka yang terlalu kering menghambat migrasi sel epitel, memperlambat penutupan luka, sedangkan kelembaban optimal membantu mempertahankan viabilitas sel dan mempercepat epitelisasi. Namun, kelembaban berlebih justru berisiko menciptakan lingkungan anaerob yang mendukung pertumbuhan bakteri patogen, meningkatkan risiko infeksi luka operasi.

C. Proses penyembuhan luka

Proses penyembuhan luka operasi merupakan mekanisme kompleks yang terbagi menjadi empat fase utama: hemostasis, inflamasi, proliferasi, dan remodeling (Syapitri dkk., 2025). Setiap fase memiliki peran spesifik dalam memastikan pemulihan jaringan yang optimal. Berikut ini fase penyembuhan luka:

➤ Fase *Hemostasis* (0-1 Hari)

Fase hemostasis merupakan langkah awal yang terjadi segera setelah terjadinya luka operasi. Tujuan utamanya adalah menghentikan perdarahan dan mempersiapkan area luka untuk fase penyembuhan berikutnya. Mekanisme hemostasis diawali dengan vasokonstriksi refleks penyempitan pembuluh darah di sekitar luka untuk mengurangi aliran darah ke lokasi cedera. Proses ini bersifat sementara, tetapi penting untuk meminimalkan kehilangan darah akut. Selanjutnya, trombosit segera menuju lokasi luka, beragregasi membentuk sumbat trombosit sementara. Trombosit yang teraktivasi melepaskan faktor pertumbuhan (seperti PDGF dan TGF- β) yang akan merangsang migrasi dan aktivasi sel inflamasi. Sistem kaskade koagulasi kemudian menghasilkan fibrin, serat protein yang menstabilkan sumbat trombosit, membentuk bekuan darah yang kokoh. Selain menghentikan perdarahan, bekuan darah ini juga menjadi matriks awal tempat berpijaknya sel imun, fibroblas, dan sel epitel untuk memulai proses penyembuhan.

➤ Fase *Inflamasi* (1-4 Hari)

Setelah perdarahan terkontrol, proses berlanjut ke fase inflamasi, yang berperan mencegah infeksi dan membersihkan area luka dari debris seluler dan mikroorganisme. Neutrofil adalah responder pertama yang bermigrasi ke luka, bertugas menangkap dan menghancurkan bakteri serta membersihkan debris jaringan. Setelah itu, makrofag mengambil alih peran

sebagai pembersih utama sambil melepaskan sitokin proinflamasi. Secara klinis, fase ini ditandai dengan klasik tanda inflamasi: rubor (kemerahan), calor (panas), tumor (bengkak), dan dolor (nyeri), akibat peningkatan permeabilitas pembuluh darah yang memungkinkan migrasi sel-sel imun ke area luka.

➤ Fase *Proliferasi* (4-21 Hari)

Pada fase proliferasi, fokus utama adalah pembentukan jaringan baru untuk menutup luka dan mengembalikan integritas struktural kulit. Proses ini melibatkan: Angiogenesis: Pembentukan pembuluh darah baru untuk menyediakan oksigen dan nutrisi bagi sel-sel yang bermigrasi ke luka. Fibroplasia: Fibroblas bermigrasi ke luka dan menyintesis kolagen tipe III serta matriks ekstraseluler yang membentuk jaringan granulasi. Epitelisasi: Sel epitel dari tepi luka bermigrasi menuju tengah untuk menutup permukaan luka secara bertahap. Kontraksi Luka: Miofibroblas menarik tepi luka ke arah pusat, memperkecil ukuran luka. Jaringan yang terbentuk pada fase ini masih lemah, terdiri dari kolagen yang belum matang, sehingga memerlukan proses remodeling untuk meningkatkan kekuatannya.

➤ Fase *Remodeling* (21 Hari-Beberapa Bulan)

Fase terakhir ini bertujuan mematangkan struktur jaringan yang baru terbentuk, agar fungsinya mendekati jaringan asli. Kolagen tipe III yang bersifat fleksibel mulai digantikan oleh kolagen tipe I yang lebih kuat dan terorganisir, meningkatkan kekuatan tarik luka. Proses ini bersamaan dengan penataan kembali serat kolagen, pematangan matriks ekstraseluler, serta pembentukan jaringan parut yang lebih kuat dan rata. Pada kondisi optimal, fase ini berlangsung 3-6 bulan, namun pada luka kompleks dapat memakan waktu hingga 1 tahun.

D. Klasifikasi luka operasi

Klasifikasi luka operasi berdasarkan tingkat kontaminasi dan risiko infeksi menjadi acuan penting dalam menentukan strategi pencegahan dan tata laksana perawatan luka. Penerapan klasifikasi ini mendukung tenaga kesehatan dalam menentukan jenis antisepsis, kebutuhan antibiotik profilaksis, serta metode perawatan luka yang sesuai (Syapitri dkk., 2025). Luka operasi dikategorikan menjadi empat kelas utama sebagai berikut::

➤ Luka Bersih (*Clean Wound*)

Luka bersih adalah luka operasi yang tidak terinfeksi, tidak menunjukkan tanda-tanda peradangan, dan tidak melibatkan sistem organ yang berisiko tinggi terkontaminasi, seperti sistem pernapasan, pencernaan, genital, atau saluran kemih. Pada jenis luka ini, risiko terjadinya infeksi tergolong sangat rendah, yaitu berkisar antara 1 hingga 5 persen.

➤ Luka Bersih-Terkontaminasi (*Clean-Contaminated Wound*)

Luka bersih-terkontaminasi adalah luka operasi yang melibatkan sistem organ yang mengandung flora bakteri normal, seperti sistem pernapasan, pencernaan, genital, atau saluran kemih. Namun, prosedur dilakukan dalam kondisi terkontrol tanpa adanya kontaminasi yang tidak diinginkan. Risiko infeksi pada luka bersih-terkontaminasi tergolong sedang, yaitu sekitar 3 hingga 11 persen.

➤ Luka Terkontaminasi (*Contaminated Wound*)

Luka terkontaminasi adalah luka operasi yang mengalami gangguan besar terhadap teknik aseptik atau melibatkan kontak langsung dengan materi yang terkontaminasi, seperti kebocoran isi saluran gastrointestinal (Berrios-Torres et al., 2022). Luka ini juga mencakup luka yang terjadi pada kondisi peradangan akut non-purulen. Risiko infeksi pada luka terkontaminasi cukup tinggi, yaitu berkisar antara 10 hingga 20 persen.

➤ Luka Kotor atau Terinfeksi (*Dirty/Infected Wound*)

Luka kotor atau terinfeksi adalah luka operasi yang sudah menunjukkan infeksi aktif sebelum prosedur bedah dilakukan. Luka ini juga bisa terjadi pada kasus yang melibatkan jaringan nekrotik, adanya abses, atau infeksi yang sudah berlangsung kronis sebelum operasi. Risiko infeksi pada luka kotor sangat tinggi, bahkan bisa melebihi 20 persen.

E. Jenis komplikasi luka operasi

Setiap tindakan pembedahan yang dilakukan akan menghasilkan luka operasi. Karakteristik dan tingkat risiko infeksi dari luka operasi ini sangat bervariasi, tergantung pada kondisi pasien, jenis prosedur bedah, serta lokasi dan tingkat kontaminasi yang terjadi selama tindakan. Untuk memahami manajemen perawatan luka yang tepat, penting bagi tenaga kesehatan, khususnya perawat, untuk mengetahui dan memahami klasifikasi serta jenis-jenis luka operasi. Berikut ini akan dijelaskan secara rinci masing-masing jenis luka operasi, yaitu:

➤ Infeksi Luka Operasi (ILO)

Infeksi Luka Operasi atau *Surgical Site Infection* (SSI) merupakan infeksi yang terjadi di area luka pembedahan dalam kurun waktu 30 hari pascaoperasi, atau hingga 90 hari apabila terdapat implan atau prostesis yang ditanam. Infeksi ini dapat terjadi pada berbagai lapisan, mulai dari kulit dan jaringan subkutan, jaringan lunak di bawahnya, hingga organ dalam atau ruang operasi yang terlibat dalam tindakan pembedahan tersebut.

ILO merupakan salah satu komplikasi yang cukup sering terjadi setelah tindakan pembedahan dan menjadi penyebab utama meningkatnya morbiditas, durasi rawat inap, biaya perawatan, serta risiko infeksi nosokomial. Pencegahan ILO memerlukan kolaborasi yang ketat antara tim bedah, perawat, dan pasien, karena infeksi ini berkaitan erat dengan kebersihan

praoperasi, teknik aseptis intraoperatif, serta manajemen luka pascaoperasi.

➤ *Dehisensi Luka*

Dehisensi luka adalah terbukanya kembali luka operasi yang sebelumnya telah ditutup, akibat gagalnya proses penyembuhan jaringan. Kondisi ini umumnya terjadi dalam 5 hingga 10 hari pascaoperasi, saat kekuatan jaringan luka masih dalam tahap awal pembentukan. Dehisensi merupakan tanda adanya gangguan penyembuhan luka yang serius. Dalam kondisi tertentu, dehisensi dapat berkembang lebih lanjut menjadi eviserasi, yaitu keluarnya organ internal melalui luka operasi yang terbuka. Kondisi eviserasi ini merupakan kegawatdaruratan medis yang membutuhkan intervensi bedah segera untuk mencegah infeksi berat dan risiko komplikasi fatal lainnya.

➤ *Eviserasi*

Eviserasi merupakan salah satu komplikasi serius yang terjadi akibat dehisensi luka operasi, di mana organ dalam-biasanya usus keluar melalui luka bedah yang terbuka. Kondisi ini dikategorikan sebagai kegawatdaruratan bedah yang memerlukan intervensi segera untuk mencegah infeksi berat, nekrosis jaringan, hingga syok hipovolemik. Terjadinya eviserasi adalah akibat keluarnya organ dalam melalui luka operasi yang mengalami dehisensi. Eviserasi bukanlah kejadian yang berdiri sendiri. Proses ini dipengaruhi oleh berbagai faktor risiko yang berasal dari kondisi pasien, proses operatif, serta perawatan pascaoperasi.

➤ *Hematoma dan seroma*

Hematoma dan seroma merupakan komplikasi pascaoperasi akibat penumpukan cairan abnormal di area luka. Kedua kondisi ini dapat menghambat penyembuhan, meningkatkan risiko infeksi, dan memerlukan intervensi medis bila ukurannya besar

atau menimbulkan keluhan. Hematoma adalah kumpulan darah yang terperangkap di bawah kulit atau jaringan akibat pecahnya pembuluh darah selama atau setelah operasi. Penyebabnya meliputi teknik bedah yang kurang adekuat, ligasi pembuluh darah yang tidak sempurna, penggunaan antikoagulan/NSAID, hipertensi, batuk atau muntah berlebihan, serta gangguan koagulasi. Tanda klinis berupa pembengkakan, perubahan warna kulit kebiruan/keunguan, dan nyeri di sekitar luka.

Sedangkan Seroma adalah penumpukan cairan serous (bening kekuningan) di bawah kulit akibat gangguan drainase limfatik, bukan darah. Faktor risiko meliputi cedera pembuluh limfatik, pengangkatan jaringan luas, tidak dipasang drain, mobilisasi berlebihan, kurangnya kompresi luka, serta reaksi inflamasi jaringan. Gejalanya berupa pembengkakan lunak berisi cairan, kulit tampak tegang dan mengkilap tanpa perubahan warna mencolok.

2.1.2 Konsep Perawatan Luka Operasi

a. Definisi perawatan luka Operasi

Perawatan luka merupakan prosedur penting yang harus dilakukan ketika seseorang mengalami luka atau cedera pada kulit. Perawatan luka dilakukan untuk mencegah infeksi dan mencegah masuknya kuman dan bakteri. Perawatan luka menggunakan dua teknik dasar yang sering diterapkan saat perawatan luka yaitu teknik steril dan teknik bersih.

Teknik steril merupakan teknik dimana tenaga kesehatan memakai peralatan dan bahan yang telah disterilkan sehingga tidak ada bakteri atau partikel virus yang menempel di permukaannya. Teknik bersih merupakan teknik dimana tenaga kesehatan memakai peralatan atau bahan yang tidak memerlukan perlakuan yang seksama seperti memperlakukan instrumen steril. Cukup dengan peralatan yang telah dibersihkan dengan alkohol tanpa harus

dimasukkan ke autoklaf (alat untuk mensterilkan peralatan medis) terlebih dahulu (Marina et al., 2025).

b. Tujuan perawatan luka

Tujuan utama perawatan luka adalah untuk mencegah luka dari infeksi, mencegah kerusakan kulit/jaringan lebih lanjut, mengurangi atau menghilangkan nyeri, membersihkan luka dari nanah dan sel-sel kulit mati, dan mempercepat penutupan luka (Marina et al., 2025).

- *Rubor* (kemerahan) Rubor atau kemerahan dapat terjadi pada area yang mengalami infeksi karena peningkatan aliran darah ke area tersebut sehingga menimbulkan warna kemerahan.
- *Kalor* (panas) Kalor adalah rasa panas pada daerah yang mengalami infeksi, hal ini terjadi karena tubuh mengkompensasi aliran darah lebih banyak ke area yang mengalami infeksi untuk mengirim lebih banyak antibodi dalam memerangi antigen atau penyebab infeksi.
- *Tumor* (bengkak) Tumor dalam konteks gejala infeksi bukan sel kanker seperti yang umum dibicarakan akan tetapi pembengkakan yang terjadi pada area yang mengalami infeksi karena meningkatnya permeabilitas sel dan meningkatnya aliran darah.
- *Dolor* (nyeri) Rasa nyeri yang dialami pada area yang mengalami infeksi terjadi karena sel yang mengalami infeksi bereaksi mengeluarkan zat tertentu sehingga menimbulkan nyeri.
- Keluar cairan kehijauan berbau tidak sedap dari luka Cairan hijau dan berbau tidak sedap atau yang kita sebut dengan nanah merupakan salah satu tanda dari infeksi luka.

c. Prosedur Perawatan Luka

Prosedur perawatan luka bisa berbeda-beda, tetapi secara umum tahapan yang dilakukan (Nursanty, 2020; Marina et al., 2025; PPNI, 2021), meliputi:

Tabel 1. SOP Perawatan Luka

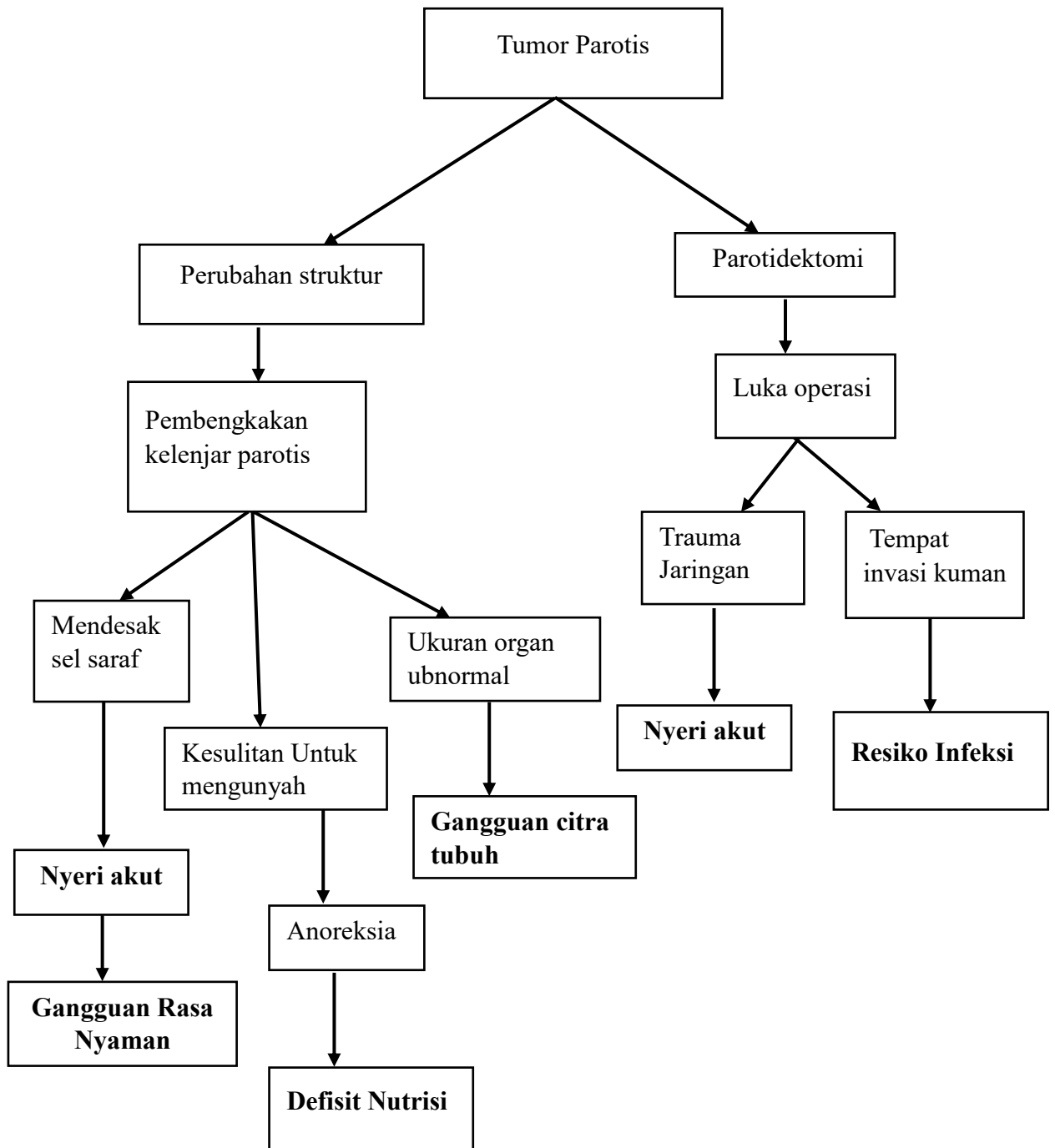
Prosedur Tindakan	Rasional
Tahap Persiapan	
Membaca rekam medis pasien dan catatan untuk rencana perawatan	Memastikan ketepatan identitas pasien dan lokasi luka operasi guna mencegah kesalahan prosedur (<i>nursing error</i>)
Menyiapkan alat steril: Bak instrumen berisi pinset (anatomi & cirurgis), kom steril (2 buah), gunting jaringan, kassa steril, NaCl 0,9%, serta alat non-steril (hipafix/verban transparan, gunting verban, bengkok)	Memastikan ketersediaan alat pendukung teknik aseptik guna mencegah masuknya mikroorganisme ke port de entre (luka)
Mengkomunikasikan tindakan kepada pasien dan keluarga	Merupakan hak pasien (Informed Consent) untuk mengetahui rencana pelayanan dan menginstruksikan pasien agar tidak menyentuh area steril
Menutup korden/sampiran	Melindungi privasi pasien dan memberikan kenyamanan psikologis selama prosedur dilakukan
Menyiapkan pasien pada posisi nyaman (posisi perawat di sebelah kanan pasien)	Memudahkan akses perawat dalam melakukan tindakan secara ergonomis dan memastikan keamanan pasien selama prosedur

Tahap Pelaksanaan	
Melakukan kebersihan tangan 6 langkah	Untuk menghilangkan mikroorganisme yang menempel di tangan
Mengenakan sarung tangan bersih	Sebagai pelindung utama untuk mencegah kontak langsung dengan darah serta cairan tubuh pasien yang bersifat infeksius
Membuka balutan secara perlahan	Menjaga kenyamanan pasien dan mencegah trauma tambahan pada jaringan luka yang sedang menyembuh
Memasukkan balutan kotor ke dalam bengkak	Mencegah penyebaran bakteri yang terkandung dalam bekas balutan ke lingkungan sekitar atau pasien lain (pencegahan infeksi nosokomial)
Melepas sarung tangan bersih dan mengenakan sarung tangan steril	Penggunaan sarung tangan steril memastikan bahwa area luka yang sedang dibersihkan tetap bebas dari kontaminasi bakteri
Membersihkan luka dengan NaCl 0,9% sampai bersih	NaCl 0,9% adalah cairan fisiologis yang aman bagi tubuh dan berfungsi sebagai antiseptik untuk mengangkat kotoran tanpa merusak jaringan baru
Memperhatikan tanda-tanda infeksi sekunder (kemerahan, bengkak, panas, atau pus)	Melakukan evaluasi karakteristik luka secara teliti untuk menentukan tindakan lanjut atau deteksi dini komplikasi pasca operasi
Menutup luka menggunakan sofratul secukupnya	Memberikan secondary dressing yang sesuai dengan jenis luka untuk

	mendukung lingkungan penyembuhan yang optimal
Membalut luka dengan kassa steril	Melindungi luka dari kontaminasi eksternal, membantu hemostasis, dan mempertahankan kelembaban luka
Menutup balutan menggunakan hipafix secara rapat	Memastikan balutan terfiksasi dengan baik guna mencegah masuknya mikroorganisme dari udara ke area luka.
Tahap Akhir	
Menjelaskan tanda dan gejala infeksi	Melibatkan pasien dan keluarga dalam pengawasan secara aktif. Dengan memahami tanda seperti kemerahan (<i>rubor</i>), panas (<i>calor</i>), bengkak (<i>tumor</i>), dan nyeri (<i>dolor</i>), pasien dapat segera melaporkan kondisi tersebut
Menganjurkan mengonsumsi makanan tinggi kalori dan protein	Nutrisi yang adekuat, terutama protein (seperti asam amino), merupakan komponen kunci dalam pembentukan jaringan kolagen baru dan perbaikan sel yang rusak. Kalori yang cukup memberikan energi bagi tubuh untuk menjalankan proses metabolisme penyembuhan luka pasca-operasi secara optimal
Mengajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri	Meningkatkan kemandirian pasien dan keluarga dalam perawatan berkelanjutan di rumah (discharge planning). Hal ini memastikan bahwa

	teknik aseptik tetap terjaga meskipun pasien sudah keluar dari rumah sakit, sehingga risiko infeksi pasca-rawat dapat diminimalisir.
Membereskan alat dan merapikan pasien	Untuk memastikan pemisahan antara instrumen kotor (terkontaminasi) dengan lingkungan bersih pasien. Merapikan pasien kembali ke posisi nyaman berfungsi memberikan ketenangan psikologis dan menjaga keamanan pasien (mencegah risiko jatuh atau ketidaknyamanan pasca-tindakan)
Melepaskan sarung tangan	Mengakhiri kontak dengan material infeksius. Melepas sarung tangan segera setelah tindakan selesai sangat penting untuk mencegah kontaminasi dari alat-alat yang telah digunakan ke permukaan lingkungan lain
Mencuci tangan 6 langkah dan mendokumentasikan tindakan	Cuci tangan pasca tindakan mencegah perawat terinfeksi penyakit dari pasien; Dokumentasi berfungsi sebagai bukti hukum dan kesinambungan asuhan keperawatan

2.1.3 Pathway



(Aisyah T, 2022)

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

Pengkajian luka bekas operasi merupakan bagian penting dalam konsep asuhan keperawatan, karena menjadi dasar penentuan diagnosa dan intervensi keperawatan. Pada tahap ini, dilakukan evaluasi menyeluruh terhadap kondisi luka dan faktor yang memengaruhi penyembuhan. Pengkajian meliputi lokasi dan ukuran luka dengan pengukuran panjang, lebar, dan kedalaman, untuk menilai tingkat keparahan dan kemajuan penyembuhan. Tipe luka diidentifikasi sebagai luka insisi pasca operasi, sementara karakteristik luka diamati, termasuk warna dasar, keberadaan jaringan nekrotik, dan jaringan granulatori sebagai indikator proses penyembuhan.

1) Identitas Pasien

Pasien merupakan individu yang akan menjalani operasi parotidektomi dengan tujuan pengangkatan tumor parotis. Kondisi luka operasi menjadi fokus pengkajian, termasuk lokasi insisi, ukuran luka, kondisi tepi luka, adanya drainase, dan kebersihan balutan. Tanda-tanda infeksi seperti kemerahan, pembengkakan, nyeri, dan eksudat dicatat secara rutin (Gidea-Paraschivescu et al., 2025).

2) Keluhan Utama

Pasien akan mengeluhkan adanya benjolan di daerah depan telinga yang sudah dirasakan sejak lama, awalnya tidak nyeri, namun pada kondisi tertentu dapat disertai rasa nyeri dan pembesaran yang semakin cepat. Pada pasien pasca operasi parotidektomi akan merasakan nyeri pada area bekas operasi dengan intensitas sedang hingga berat (Intan Zuryani, 2023).

Pasien memiliki riwayat penyakit yang berpotensi berhubungan dengan terjadinya tumor parotis, antara lain riwayat peradangan atau infeksi berulang pada kelenjar ludah, seperti pembengkakan kelenjar parotis sebelumnya yang tidak tertangani

secara optimal. Selain itu, pasien juga memiliki riwayat kebiasaan merokok dalam jangka waktu lama, yang diketahui sebagai salah satu faktor risiko terjadinya tumor kelenjar parotis (Intan Zuryani, 2023).

b. Pemeriksaan fisik

1) Kepala dan leher

Kepala berbentuk normal, rambut rapi, tidak ada alopecia. Ditemukan massa pada daerah parotis (dekat rahang bawah dan depan telinga), biasanya tidak nyeri pada tumor jinak, tapi bisa keras. Namun pada pasien pasca operasi paratidektomi akan di temukan luka bekas operasi di regio preauricula sepanjang permukaan posterior mandibula.

2) System integument

Kulit tampak normal, turgor baik, tidak ada perubahan warna yang signifikan kecuali ada bekas operasi sebelumnya. Namun pada pasien pasca operasi, Luka pasca operasi parotidektomi terletak pada regio preaurikular, sepanjang permukaan posterior mandibula. Panjang luka bervariasi, sekitar 5–10 cm pada parotidektomi parsial dan bisa mencapai 10–15 cm pada parotidektomi total atau jika tumor besar. Lebar luka sekitar 0,5–1 cm, sementara kedalamannya mencapai jaringan subkutan dan kapsul parotis, tergantung teknik bedah yang digunakan. Luka ini merupakan insisi bedah dengan tepi yang rapi, tidak menebal, tidak mengalami retraksi, dan tidak terdapat jaringan nekrotik. Warna dasar luka terlihat merah muda dengan granulasi yang sehat, menandakan proses penyembuhan yang baik. Eksudat yang keluar sangat sedikit, berwarna jernih hingga kekuningan, dan tidak berbau, sehingga tidak menunjukkan adanya tanda infeksi. Selain itu, tidak terlihat kemerahan berlebihan, panas, edema, nanah, atau bau mencurigakan di sekitar luka. Pasien mengeluhkan nyeri ringan dengan tingkat 3 dari 10 pada skala

numerik, terutama saat melakukan gerakan kepala tertentu. Kondisi kulit di sekitar luka terlihat elastis, sehat, dan tidak terdapat luka tambahan atau iritasi (Yin et al., 2022) .

3) Sistem pernafasan

Tidak ada keluhan sesak napas. Tidak ada batuk produktif atau nyeri dada. Tumor parotis umumnya tidak mempengaruhi sistem pernapasan kecuali ukurannya sangat besar dan menekan trakea atau saluran napas..

4) Sistem kardiovaskuler

Denyut jantung reguler, tekanan darah normal. Tidak ditemukan takikardi, bradikardi, aritmia, atau kardiomegali. Perfusi perifer baik; nadi perifer teraba normal.

5) Sistem gastrointestinal

Nafsu makan normal. Tidak ada mual, muntah, diare, atau konstipasi. Tidak ditemukan pembesaran abdomen.

6) Sistem urinary

Fungsi urin normal, tidak ada keluhan poliuri, retensi, atau nyeri berkemih. Urine berwarna jernih tanpa adanya perdarahan atau perubahan patologis.

7) Sistem musculoskeletal

Massa otot simetris, tonus normal, tidak ada kelemahan ekstremitas.

8) Sistem neurologis

Pada pasien dengan tumor parotis, sistem neurosensorik biasanya normal kecuali pada kasus tumor besar atau ganas yang menekan saraf wajah, yang dapat menimbulkan kelemahan motorik wajah. Sensorik wajah jarang terganggu.

2. Diagnosis Keperawatan

a. Nyeri Akut (D.0077)

Kategori : Psikologis

Subkategori : Nyeri dan kenyamanan

Definisi

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

Penyebab

Agen pencedera fisik (mis: abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, Latihan fisik berlebihan).

Gejala dan Tanda Mayor

Sujektif

- Mengeluh nyeri

Objektif

- Tampak meringis
- Bersikap protektif
- Gelisah
- Frekuensi nadi meningkat
- Sulit tidur

Gejala dan Tanda Minor

Sujektif

- Tidak ada

Objektif

- Tekanan darah meningkat
- Pola napas berubah
- Nafsu makan berubah
- Proses berpikir terganggu
- Menarik diri
- Berfokus pada diri sendiri
- Diaforesis

Kondisi Klinis Terkait

- kondisi pembedahan

b. Resiko infeksi (0142)

Kategori : Lingkungan

Subkategori : keamanan dan proteksi

Definisi

Berisiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik.

Faktor Risiko

- Efek prosedur invasif

Kondisi Klinis Terkait

- Tindakan invasif

3. Intervensi Keperawatan

- a) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi)

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x8 jam maka diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil :

- Keluhan nyeri menurun
- Meringis menurun
- Sikap protektif menurun
- Gelisah menurun
- Kesulitan tidur menurun

Intervensi :

Manajemen Nyeri (I.08238)

Observasi

- Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri
- Identifikasi skala nyeri
- Identifikasi respon nyeri non verbal
- Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri
- Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri
- Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri

- Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup
- Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan
- Monitor efek samping penggunaan analgetik

Terapeutik

- Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (mis: TENS, hypnosis, akupresur, terapi music, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, Teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain)
- Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)
- Fasilitasi istirahat dan tidur
- Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri

Edukasi

- Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri
- Jelaskan strategi meredakan nyeri
- Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri
- Anjurkan menggunakan analgesik secara tepat
- Ajarkan Teknik farmakologis untuk mengurangi nyeri

Kolaborasi

- Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu

b) Resiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasif

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x8 jam, maka diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil :

- Kemerahan menurun
- Bengkak menurun
- Nyeri menurun

Intervensi :

Pencegahan Infeksi (I.14539)

Observasi

- Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik

Terapeutik

- 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

Edukasi

- Jelaskan tanda dan gejala infeksi
- Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar
- Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi
- Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi
- Anjurkan meningkatkan asupan cairan

Kolaborasi

- Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu

Perawatan luka (I.14564)

Observasi

- Monitor karakteristik luka (mis: drainase, warna, ukuran , bau)
- Monitor tanda-tanda infeksi

Terapeutik

- Lepaskan balutan dan plester secara perlahan
- Cukur rambut di sekitar daerah luka, jika perlu
- Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan
- Bersihkan jaringan nekrotik
- Berikan salep yang sesuai ke kulit/lesi, jika perlu
- Pasang balutan sesuai jenis luka
- Pertahankan Teknik steril saat melakukan perawatan luka
- Ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase
- Jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien
- Berikan diet dengan kalori 30 – 35 kkal/kgBB/hari dan protein 1,25 – 1,5 g/kgBB/hari
- Berikan suplemen vitamin dan mineral (mis: vitamin A, vitamin C, Zinc, asam amino), sesuai indikasi

Edukasi

- Jelaskan tanda dan gejala infeksi
- Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein
- Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri

Kolaborasi

- Kolaborasi prosedur debridement (mis: enzimatis, biologis, mekanis, autolitik), jika perlu
- Kolaborasi pemberian antibiotik, jika perlu

4. Implementasi

Implementasi asuhan keperawatan merupakan tahap pelaksanaan dari rencana yang telah disusun dalam pelayanan praktik keperawatan. Perawat melaksanakan intervensi keperawatan yang telah direncanakan. termasuk tindakan mandiri dan kolaboratif (Suryati dkk., 2025). Dalam perawatan luka operasi pasca parotidektomi, implementasi difokuskan pada tindakan berikut (SIKI, 2018):

Observasi

- Monitor karakteristik luka (mis: drainase, warna, ukuran, bau)
- Monitor tanda-tanda infeksi

Terapeutik

- Lepaskan balutan dan plester secara perlahan
- Cukur rambut di sekitar daerah luka, jika perlu
- Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan
- Bersihkan jaringan nekrotik
- Berikan salep yang sesuai ke kulit/lesi, jika perlu
- Pasang balutan sesuai jenis luka
- Pertahankan Teknik steril saat melakukan perawatan luka
- Ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase

Edukasi

- Jelaskan tanda dan gejala infeksi
- Anjurkan mengonsumsi makanan tinggi kalori dan protein
- Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri

Kolaborasi

- Kolaborasi pemberian antibiotik, jika perlu

5. Evaluasi

Evaluasi Asuhan Keperawatan merupakan tahap akhir dari proses keperawatan yang bertujuan untuk menilai respon pasien terhadap intervensi yang telah diberikan (Suryati dkk., 2025). Evaluasi menggunakan data subjektif dan objektif, mengacu pada Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI), serta didokumentasikan secara sistematis menggunakan format SOAP.

Langkah Evaluasi:

- a) Menetapkan kriteria hasil perawatan luka: luka bersih, tepi luka menutup, tidak ada tanda infeksi, nyeri berkurang.
- b) Mengumpulkan data: observasi luka, drainase, kemerahan, edema, nyeri; keluhan pasien terkait luka.
- c) Menganalisis temuan: membandingkan kondisi luka saat ini dengan sebelumnya untuk menilai efektivitas intervensi.

Mendokumentasikan hasil dan rencana tindak lanjut menggunakan format SOAP:

S: Keluhan pasien (nyeri, gatal, ketidaknyamanan)

O: Pemeriksaan luka (ukuran, tepi, eksudat, edema, kemerahan)

A: Penilaian penyembuhan luka dan efektivitas intervensi

P: Modifikasi tindakan keperawatan, edukasi tambahan, atau konsultasi tim medis

