

## **BAB IV**

### **PEMBAHASAN**

#### **4.1 Pengkajian Keperawatan**

Pengkajian keperawatan Tn. A menunjukkan adanya luka pasca operasi parotidektomi dengan temuan objektif berupa kemerahan, pembengkakan, dan perdarahan. Temuan ini menjadi dasar identifikasi risiko infeksi, sesuai kriteria Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI, 2017), yang menekankan adanya faktor predisposisi seperti efek prosedur invasif meskipun tanda infeksi aktual belum muncul. Luka pasca operasi, yang merupakan dampak prosedur invasif, menjadi faktor utama yang meningkatkan kemungkinan masuknya organisme patogen dari lingkungan. Perawatan luka menjadi intervensi utama untuk mengurangi risiko ini. Tindakan perawatan luka yang aseptik, seperti pembersihan luka dengan larutan antiseptik, penggunaan alat steril, dan penutupan luka dengan kassa atau perban steril, berperan mencegah kontaminasi bakteri, mempercepat penyembuhan, dan meminimalkan komplikasi infeksi (Lubis et al., 2024).

Pada pemeriksaan fisik sistem integumen dilakukan pengkajian luka secara menyeluruh. Luka terletak pada regio preaurikular hingga leher kanan sebagai bekas insisi pembedahan parotidektomi. Luka berbentuk linear mengikuti garis anatomis leher dengan panjang sekitar 15 cm dan lebar sekitar 1 cm. Tepi luka tampak rapi dan menyatu dengan baik tanpa adanya tanda terbukanya jahitan atau dehisensi. Dasar luka tampak kemerahan atau merah muda yang menunjukkan proses granulasi jaringan sebagai bagian dari penyembuhan. Tidak ditemukan jaringan nekrotik maupun jaringan mati. Di sekitar luka terlihat kemerahan dan edema ringan yang merupakan respon inflamasi normal pasca operasi. Terdapat eksudat dalam jumlah sedikit dengan warna kekuningan bercampur darah (serosanguinosa) dan tidak berbau, sehingga belum mengarah pada tanda infeksi purulen. Balutan tampak sedikit lembap akibat rembesan cairan luka. Pasien juga mengeluhkan nyeri tekan ringan terutama saat kepala digerakkan. Nyeri akut yang dialami pasien, ditandai dengan meringis, gelisah, dan sikap protektif terhadap luka, menjadi faktor pendukung yang memperkuat

pentingnya perawatan luka, karena nyeri dapat membuat pasien menghindari manipulasi luka atau perawatan, sehingga risiko infeksi meningkat. Analisis kesenjangan antara teori dan kondisi nyata pasien menunjukkan tidak terdapat kesenjangan signifikan. Sesuai teori SDKI, identifikasi risiko infeksi harus didasarkan pada faktor predisposisi, dan pada Tn. A faktor tersebut sudah ada, yaitu efek prosedur invasif dan kondisi luka yang masih dalam fase inflamasi. Tanda-tanda infeksi aktual belum muncul, sehingga diagnosis risiko infeksi tepat. Nyeri akut yang muncul juga sesuai teori sebagai respons fisiologis terhadap trauma jaringan, yang berperan sebagai indikator perlunya perawatan luka yang tepat.

Dengan demikian, kondisi pasien sejalan dengan teori, dan intervensi keperawatan dapat difokuskan pada perawatan luka aseptik dan edukasi pasien serta keluarga untuk pencegahan infeksi. Perawatan luka pasca operasi menjadi fokus utama dalam mencegah risiko infeksi, dengan nyeri akut sebagai faktor yang memperkuat urgensi tindakan. Pemantauan rutin tanda awal infeksi, teknik aseptik yang ketat, dan edukasi pasien merupakan strategi utama untuk mencapai pemulihan optimal dan keselamatan pasien.

#### **4.2 Diagnosa Keperawatan**

Berdasarkan hasil analisis data klinis Tn. A, perumusan diagnosa keperawatan telah disesuaikan dengan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) dengan menitikberatkan pada kondisi luka pasca operasi parotidektomi. Dalam tahap ini, tidak ditemukan kesenjangan yang signifikan antara teori dan kasus kelolaan, di mana seluruh indikator klinis yang muncul berakar pada integritas luka operasi. Secara spesifik, nyeri skala 3 yang ditunjukkan Tn. A merupakan respon langsung terhadap luka di regio preauricula. Fokus perawatan luka pada diagnosa ini bukan sekadar mengganti balutan, melainkan sebagai upaya untuk mengurangi stimulus nyeri mekanik; misalnya, dengan memastikan balutan tidak menempel pada dasar luka yang dapat memicu nyeri hebat saat dilepaskan.

Selanjutnya, diagnosa Risiko Infeksi ditegakkan berdasarkan faktor risiko efek prosedur invasif, yang dalam kasus ini adalah tindakan bedah parotidektomi. Analisis terhadap diagnosa ini menunjukkan konsistensi penuh dengan teori SDKI, di mana keberadaan luka operasi merupakan pintu masuk (port d'entree)

utama bagi mikroorganisme. Ketiadaan tanda infeksi aktual seperti pus atau demam pada Tn. A tidak mengubah ketepatan diagnosa ini, karena fokus asuhan keperawatan diarahkan pada tindakan preventif melalui perawatan luka secara aseptik. Penggunaan cairan NaCl 0,9% dan teknik sterilitas saat merawat luka Tn. A merupakan manifestasi nyata dari upaya mengelola diagnosa risiko ini agar tidak menjadi masalah infeksi yang nyata.

Integrasi diagnosa tersebut menegaskan bahwa pencegahan infeksi dan perawatan luka adalah intervensi kunci yang menghubungkan penanganan nyeri dan pencegahan infeksi. Nyeri yang dialami Tn. A dipicu oleh luka, dan risiko infeksi juga bersumber dari luka yang sama. Oleh karena itu, ketiadaan kesenjangan antara teori dan praktik pada kasus Tn. A membuktikan bahwa diagnosa yang dirumuskan telah mencakup seluruh kebutuhan aman dan nyaman pasien. (PPNI, 2017).

#### **4.3 Intervensi Keperawatan**

Intervensi keperawatan pada Tn. A difokuskan pada perawatan luka pasca operasi sebagai tindakan utama untuk mencegah risiko infeksi, yang merupakan komplikasi paling signifikan setelah parotidektomi. Berdasarkan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI), intervensi ini meliputi observasi kondisi luka, seperti warna, kelembapan, perdarahan, eksudat, bau, dan tanda inflamasi, serta tindakan terapeutik berupa pembersihan luka dengan larutan NaCl 0,9% secara aseptik, penggantian balutan steril, dan menjaga kebersihan area sekitar luka. Edukasi juga diberikan kepada pasien dan keluarga mengenai cuci tangan sebelum menyentuh luka, menghindari menggaruk atau menekan area jahitan, dan menjaga nutrisi yang adekuat untuk mendukung penyembuhan.

Perawatan luka yang aseptik menjadi kunci dalam mengurangi kemerahan, pembengkakan, perdarahan, serta mencegah kerusakan jaringan dan kulit, sehingga integritas kulit dan jaringan pasien tetap terjaga sesuai kriteria hasil Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI).

Analisis kesenjangan antara teori dan praktik menunjukkan tidak ada perbedaan signifikan, karena seluruh tindakan perawatan luka telah sesuai pedoman SOP dan kondisi klinis pasien. Fokus intervensi pada perawatan luka memastikan bahwa risiko infeksi dapat diminimalkan, proses penyembuhan optimal, dan keselamatan serta kenyamanan pasien terjaga. Dengan pemantauan

rutin dan teknik aseptik yang tepat, intervensi ini menjadi strategi utama dalam asuhan keperawatan pasca operasi Tn. A.

#### **4.4 Implementasi Keperawatan**

Implementasi keperawatan merupakan tahap pelaksanaan dari rencana tindakan yang telah disusun berdasarkan hasil pengkajian dan diagnosis keperawatan. Pada kasus Tn. A dengan post operasi parotidektomi, implementasi difokuskan pada tindakan perawatan luka untuk memenuhi kebutuhan aman dan nyaman serta mencegah terjadinya infeksi luka operasi. Perawatan luka dilakukan secara sistematis sesuai dengan Standar Operasional Prosedur (SOP) dan prinsip teknik aseptik guna meminimalkan risiko kontaminasi mikroorganisme, mempercepat proses penyembuhan, serta meningkatkan kenyamanan pasien.

Pelaksanaan perawatan luka diawali dengan tahap persiapan, yaitu membaca rekam medis dan memastikan identitas pasien serta lokasi luka yang akan dirawat. Tindakan ini penting untuk mencegah kesalahan prosedur dan menjamin keselamatan pasien. Selanjutnya perawat menyiapkan alat dan bahan steril seperti pinset anatomi dan cirurgis, kom steril, kasa steril, larutan NaCl 0,9%, serta balutan sekunder dan plester. Ketersediaan alat steril sangat diperlukan untuk mempertahankan lingkungan luka tetap bersih dan mencegah masuknya bakteri ke area insisi yang masih rentan terhadap infeksi. Perawat juga melakukan komunikasi terapeutik dengan menjelaskan tujuan dan langkah-langkah tindakan kepada pasien sebagai bentuk informed consent serta untuk meningkatkan kerja sama pasien selama prosedur.

Tahap pelaksanaan dimulai dengan melakukan kebersihan tangan enam langkah dan penggunaan sarung tangan bersih sebagai upaya pencegahan infeksi nosokomial. Balutan lama dilepas secara perlahan untuk menghindari trauma tambahan pada jaringan granulasi yang sedang terbentuk. Balutan kotor kemudian dibuang ke tempat limbah medis guna mencegah penyebaran mikroorganisme. Setelah itu, perawat mengganti sarung tangan bersih dengan sarung tangan steril sebelum menyentuh luka, sesuai prinsip teknik aseptik bahwa area steril hanya boleh disentuh dengan alat atau bahan steril.

Proses pembersihan luka dilakukan menggunakan larutan NaCl 0,9% karena bersifat isotonik, tidak merusak jaringan sehat, serta efektif mengangkat debris, sisa darah, dan eksudat. Pembersihan dilakukan dari area paling bersih ke

area yang lebih kotor untuk mencegah kontaminasi silang. Selama tindakan, perawat melakukan observasi karakteristik luka meliputi warna dasar luka, kondisi tepi luka, jumlah dan jenis eksudat, adanya edema, kemerahan, bau, serta tanda-tanda infeksi. Pada kasus Tn. A ditemukan luka insisi dengan tepi rapi, eksudat sedikit berwarna kekuningan bercampur darah, tidak berbau, serta hanya terdapat kemerahan dan edema ringan. Kondisi tersebut menunjukkan bahwa luka masih berada pada fase inflamasi normal dan belum mengarah pada infeksi.

Setelah luka dibersihkan, perawat menutup luka menggunakan kasa steril dan balutan yang sesuai untuk mempertahankan kelembapan optimal serta melindungi luka dari gesekan dan kontaminasi eksternal. Balutan difiksasi menggunakan hipafix agar tidak mudah lepas dan tetap menjaga stabilitas area luka. Tindakan balutan ini penting karena lingkungan luka yang bersih dan tertutup dapat mempercepat epitelisasi serta menurunkan risiko paparan bakteri dari lingkungan. Selain tindakan fisik, implementasi juga mencakup edukasi kesehatan kepada pasien. Pasien dijelaskan tanda dan gejala infeksi seperti kemerahan berlebihan, bengkak, nyeri meningkat, keluar nanah, dan demam, sehingga pasien mampu melakukan deteksi dini apabila terjadi komplikasi. Pasien juga dianjurkan menjaga kebersihan luka, menghindari menyentuh area balutan, mengonsumsi makanan tinggi kalori dan protein untuk mendukung regenerasi jaringan, serta membatasi pergerakan leher yang berlebihan agar tidak mengganggu proses penyembuhan. Edukasi ini penting sebagai bagian dari discharge planning untuk meningkatkan kemandirian pasien dalam perawatan luka di rumah.

Implementasi dilakukan secara berkesinambungan selama tiga hari perawatan. Hasil evaluasi menunjukkan adanya perbaikan kondisi luka, ditandai dengan berkurangnya rembesan, tidak adanya perdarahan, edema menurun, serta pasien melaporkan rasa nyeri berkurang dan merasa lebih nyaman setelah dilakukan perawatan luka. Tidak ditemukan tanda-tanda infeksi lokal maupun sistemik. Hal ini menunjukkan bahwa tindakan perawatan luka yang dilakukan sesuai SOP dan prinsip aseptik efektif dalam mencegah infeksi serta mendukung proses penyembuhan luka. Dengan demikian, dapat disimpulkan bahwa implementasi perawatan luka yang sistematis, konsisten, dan sesuai standar operasional prosedur berperan penting dalam menjaga integritas jaringan,

mencegah komplikasi infeksi, serta meningkatkan rasa aman dan nyaman pasien post operasi parotidektomi.

Analisis kesenjangan antara teori dan praktik menunjukkan tidak ada perbedaan signifikan, karena seluruh tindakan implementasi telah sesuai dengan SOP. Fokus intervensi pada perawatan luka aseptik sebagai inti, dengan manajemen nyeri sebagai pendukung, memastikan pencegahan komplikasi, mempercepat penyembuhan, dan meningkatkan keselamatan serta kenyamanan pasien pasca operasi.

#### **4.5 Evaluasi keperawatan**

Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dari proses keperawatan yang bertujuan menilai efektivitas tindakan yang telah diberikan dan mengukur pencapaian tujuan serta kriteria hasil yang telah ditetapkan. Evaluasi dilakukan dengan membandingkan kondisi pasien sebelum dan sesudah intervensi berdasarkan data subjektif dan objektif sesuai Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI).

Berdasarkan praktik yang dilakukan pada Tn. A, evaluasi telah dilaksanakan melalui observasi langsung terhadap kondisi luka dan respons pasien setelah tindakan perawatan. Hasil menunjukkan adanya perbaikan yang signifikan, ditandai dengan luka tampak lebih bersih, eksudat berkurang, tidak terdapat bau, kemerahan dan edema menurun, serta tidak muncul tanda infeksi lokal maupun sistemik. Pasien juga melaporkan penurunan skala nyeri dan merasa lebih nyaman setelah penggantian balutan. Selain itu, pasien mampu menjelaskan kembali cara menjaga kebersihan luka dan mengenali tanda infeksi, yang menunjukkan bahwa edukasi yang diberikan dapat dipahami dengan baik. Temuan ini menunjukkan bahwa sebagian besar kriteria hasil telah tercapai dan tindakan keperawatan efektif mendukung proses penyembuhan. Dengan demikian, evaluasi keperawatan pada Tn. A menegaskan bahwa perawatan luka merupakan fokus utama dan berhasil mencapai hasil optimal, sedangkan pengendalian nyeri berfungsi sebagai pendukung yang meningkatkan keberhasilan perawatan luka.

Seluruh implementasi tindakan keperawatan sesuai pedoman SIKI–SLKI, dan hasil evaluasi menunjukkan bahwa risiko infeksi berhasil dicegah, integritas kulit terjaga, dan kenyamanan pasien meningkat.