

## **BAB IV**

### **PEMBAHASAN**

#### **A. Pengkajian**

Pengkajian merupakan suatu cara untuk mengumpulkan data secara teratur dan lengkap untuk dianalisis serta dikaji, hingga terdapat masalah atau *problem* keperawatan yang sedang dirasakan pasien baik secara sosial, fisik, psiko ataupun spiritual. Diketahui pada tahap ini terdapat tiga proses yaitu proses pengumpulan data, proses analisa data, dan proses penentuan masalah keperawatan, (Polopadang & Hidayah, 2019). Pengkajian yang dilakukan pada Ny D menggunakan langkah-langkah anamnesa atau wawancara kepada pasien, pemeriksaan fisik, dan data pemeriksaan penunjang.

Diketahui pada kasus ini wawancara atau pertanyaan yang diajukan untuk pasien meliputi nama, alamat, pendidikan terakhir, pekerjaan, riwayat kesehatan, dan silsilah keluarga, sedangkan pada pemeriksaan fisik berfokus pada pemeriksaan sistem neurosensori, sistem musculoskeletal, serta sistem integuman. Pemeriksaan penunjang yang dilakukan oleh pasien yaitu pemeriksaan laboratorium, pemeriksaan thorak, pemeriksaan radiologi pada bagian tubuh yang mengalami cedera.

#### **B. Riwayat Kesehatan**

Pasien mengatakan bahwa mengalami kecelakaan tunggal dengan ibunya, tangan pasien terlihat sudah diberikan tindakan pembidaian dan diberikan perban guna mengontrol perdarahan, pasien mengatakan masuk di IGD RSUD Wates. Pasien mengatakan nyeri pada lengan bawah kiri, nyeri hilang timbul, pasien mengatakan tangan nyeri saat digerakkan, pasien mengatakan nyeri skala 8, pasien mengatakan lengan bawah kiri semakin membengkak. Nyeri yang dirasakan oleh pasien karena terjadinya insisi pada jaringan saraf, hal ini menyebabkan terjadinya pelepasan mediator nyeri, kemudian ditangkap oleh reseptor nyeri, dan diteruskan ke otak, sehingga menghasilkan persepsi nyeri, (Hanifah, 2022).

## C. Pengkajian Fisik

### 1. Sistem Neurosensori

Kasus ini menghasilkan pengkajian pada sistem neurosensori bahwa pasien mengalami nyeri post ORIF, paralisis, dan tidak terdapat reflek pada tendon. Pengkajian sistem ini terdapat data PQRST (Provokasi, Kualitas, Regional, Saverity, dan Time), dari pengkajian tersebut memperoleh data pada bagian provokasi yaitu pasien mengatakan bahwa ketika tangan sebelah kiri digerakkan maka akan semakin nyeri, kualitas yaitu pasien mengatakan nyeri seperti tersayat-sayat, regional yaitu pasien mengatakan nyeri pada lengan bawah sebelah kiri, saverity yaitu pasien mengatakan nyeri skala 6, dan time yaitu pasien mangatakan nyeri hilang timbul.

Nyeri tersebut timbul karena adanya insisi yang menginsisi jaringan saraf. Terjadinya paralisis hanya terjadi saat cedera karena fiksasi plat yang digunakan, hal ini bersifat sementara, (Reichert et al., 2016). Diketahui pada nyeri akut memiliki tiga penyebab yaitu agen pencedera fisiologis, agen pencedera kimiawi, dan agen pencedera fisik (Nurhanifah & Sari, 2022), pada masalah ini dapat ditegakkan diagnosa keperawatan nyeri akut b.d agen pencedera fisik.

Sistem neurosensori atau sistem saraf adalah suatu sistem yang mengkoordinatori kerja tubuh, termasuk pada sistem musculoskeletal. Perlu diketahui bahwa secara umum sel saraf terbagi menjadi tiga jenis, yaitu :

a. Sel Saraf Aferen atau Sensorik

Saraf ini bertugas meneruskan impuls saraf dari medulla spinalis.

b. Sel Saraf Eferen atau Motorik

Saraf ini memiliki fungsi untuk mengirimkan impuls dari medulla spinalis ke kelenjar tubuh atau otot.

c. Sel Saraf Interneuron atau Konektor

Fungsi dari sarah ini adalah melanjutkan stimulus dari sel saraf sensorik menuju sel sarah motorik, (Hamka et al., 2024).

## 2. Sistem Muskuloskeletal

Sistem musculoskeletal adalah sistem yang mengatur pergerakan dan mobilitas individu. Susunan pada sistem ini yang paling menonjol adalah tulang. Jika terjadi masalah atau gangguan tulang dapat mempengaruhi pergerakan tubuh, (Arini et al., 2021). Diketahui pada kasus ini pasien mengalami keterbatasan pergerakan pada bagian lengan kiri bawah, penurunan kekuatan otot, terjadi deformitas, dan *Activity Daily Living* atau ADL yang membutuhkan bantuan individu lainnya. Keterbatasan gerak sendi dan penurunan kekuatan otot dapat terjadi akibat dari adanya nyeri yang dirasakan oleh individu, (Yulianita et al., 2023). Masalah keperawatan yang dapat ditegakkan pada sistem musculoskeletal adalah gangguan mobilitas fisik b.d gangguan musculoskeletal (post ORIF). Diketahui Individu yang mengalami fraktur membutuhkan waktu untuk pemulihan sehingga dapat mengganggu pemenuhan aktivitas sehari-hari, (Syokumawena, Devi Mediarti, 2022).

## 3. Sistem Integumen

Sistem integument yaitu terdiri dari kulit, rambut, kuku, dan kelenjar. Kulit berfungsi sebagai melindungi tubuh dari bahaya internal maupun eksternal kulit, pengatur suhu, menjaga cairan setiap sel, mendeteksi adanya bahaya, dan sintesis vitamin D, (Rejeki & Utami, 2023). Pasien dikasus ini melakukan prosedur operasi pembedahan yang menimbulkan luka. Luka post operasi dapat menimbulkan komplikasi seperti infeksi dan perdarahan. Diketahui sebanyak peluang terkena infeksi akibat prosedur pembedahan yaitu sekitar 5%, hal ini dapat diketahui dalam kurun waktu 7 sampai 10 hari pasca operasi, (Sari & Saputra, 2024). Berdasarkan kasus pasien terlihat lengan kiri bawah pasien diberikan balut elastis, dan luka dibersihkan h+1 post operasi. Berdasarkan data yang diperoleh dari hasil pengkajian diangkat masalah keperawatan dengan diagnosa risiko infeksi b.d kerusakan integritas kulit.

### C. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan suatu aktivitas yang membutuhkan skill dan ilmu pengetahuan untuk memberikan dasar dalam menegakkan intervensi atau rencana keperawatan yang akan menjadi tanggung jawab serta tanggung gugat sebagai seorang perawat. Diagnosa keperawatan yang muncul pada kasus Ny. D ada 4 diagnosa, sebagai berikut :

1. Nyeri akut b.d Agen pencedera fisik

Diagnosa keperawatan tersebut muncul karena pasien mengeluh bahwa ketika lengan kiri digerakkan maka akan semakin nyeri, pasien mengatakan nyeri seperti tertimpa benda tumpul, pasien mengatakan nyeri pada lengan bawah sebelah kiri, pasien mengatakan nyeri skala 6, pasien mengatakan nyeri hilang timbul. Pasien terlihat merintih kesakitan ketika tangan digeser atau diangkat, pasien terlihat menahan nyeri, pasien terlihat gelisah. Nyeri dapat terjadi karena akibat dari luka insisi atau juga bersumber dari cedera jaringan yang kemudian mengaktifkan reseptor nyeri, (Hidayat & Uliyah, 2017).

2. Gangguan mobilitas fisik b.d Gangguan musculoskeletal (Post ORIF)

Diagnosa keperawatan ini muncul karena pasien mengeluh kesulitan untuk menggerakkan tangan sebelah kiri, tangan pasien kesulitan untuk menggenggam, nyeri untuk digerakkan, pasien terlihat kesulitan untuk menggerakkan tangan sebelah kiri, pasien terlihat tidak dapat menjangkau benda dengan tangan kirinya, terlihat adanya luka post ORIF pada lengan kiri bawah pasien. Gangguan mobilitas fisik muncul karena akibat dari luka insisi yang menyebabkan terjadinya perdarahan dan edema, sehingga mengakibatkan penurunan fungsi sendi, otot, ligament. (Yetherdina Kdise, 2019). Gangguan fungsi ekstremitas juga dapat terjadi karena timbulnya rasa nyeri ketika digerakkan, (Yulianita et al., 2023).

3. Risiko infeksi dibuktikan dengan kerusakan integritas kulit

Masalah ini muncul karena pasien mengeluh adanya luka lecet di bagian lengan kiri bawah, terlihat adanya laserasi dibagian lengan bawah kiri, laserasi berwarna putih, laserasi terlihat mencapai area dermis yang ditandai dengan rasa nyeri yang dirasakan pasien, luka disekitar pasien terlihat bengkak, kemerahan pada luka post ORIF. Hal tersebut terjadi karena terdapat luka insisi dan adanya peningkatan leukosit. Faktor yang akan mempengaruhi infeksi adalah terkait dengan nutrisi, proses operasi, dan lingkungan. (Kaslam et al., 2021).

4. Risiko jatuh dibuktikan dengan faktor risiko kondisi pasca operasi

Diagnosa risiko jatuh diangkat karena *handrall* pada tempat tidur pasien jarang terpasang, dan pasien kesulitan untuk menjangkau *handrall* tempat tidur, hal tersebut dapat menjadi suatu risiko. Risiko jatuh memiliki dua faktor yaitu, faktor lingkungan dan faktor fisiologis, pada faktor fisiologis diantaranya pasien yang mengalami kelemahan fisik, dan gangguan mobilitas, sedangkan pada faktor lingkungan dapat terjadi karena pasien belum mengenal lingkungan yang ada disekitar dirinya, (Tim Kerja Hukum dan Hubungan Masyarakat RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta, 2019).

#### **D. Intervensi Keperawatan**

1. Nyeri akut b.d Agen pencedera fisik

Intervensi keperawatan yang diimplementasikan penulis pada diagnosa ini adalah manajemen nyeri, dan pemberian analgesik dengan tujuan setelah diberikan intervensi selama 2x8jam, maka keluhan nyeri menurun, meringis menurun, kesulitan tidur menurun, dan gelisah menurun, (PPNI, 2018a). Kegiatan intervensi yang dilakukan, yaitu identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, identifikasi skala nyeri, identifikasi respons nyeri nonverbal, fasilitasi istirahat dan tidur, berikan tehnik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri, jelaskan strategi meredakan nyeri, identifikasi riwayat alergi obat, kolaborasi pemberian dosis

dan jenis analgesik, sesuai indikasi, (PPNI, 2018c). Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Alorfi, tahun 2023 menyatakan bahwa tindakan nonfarmakologis jika digabungkan dengan pemberian analgesik maka akan efektif untuk meredakan nyeri sekaligus untuk meminimalkan efek samping dari analgesik.

2. Gangguan mobilitas fisik b.d Gangguan musculoskeletal (Post ORIF)

Tindakan keperawatan yang diterapkan dalam masalah keperawatan gangguan mobilitas dini adalah dukungan mobilisasi dan pencegahan jatuh dengan tujuan setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 2x8jam, maka pergerakan ekstermitas meningkat, kekuatan otot meningkat, rentang gerak atau ROM meningkat, dan gerakan terbatas menurun, (PPNI, 2018a). Kegiatan intervensi yang dilakukan yaitu, identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan, fasilitasi melakukan pergerakan, libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan, jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi, (PPNI, 2018b). Diketahui melakukan mobilisasi dini merupakan hal yang sangat penting karena berkaitan dengan pemulihan fungsional, kelemahan otot, ataupun komplikasi post operasi, (Herts et al., 2018).

3. Risiko infeksi dibuktikan dengan efek prosedur invasive, kerusakan integritas kulit

Intervensi keperawatan yang dilakukan pada diagnosa keperawatan risiko infeksi adalah perawatan luka dengan tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8jam, maka kerusakan jaringan menurun, kerusakan lapisan kulit menurun, nyeri menurun, dan kemerahan menurun, (PPNI, 2018a). aktivitas pada intervensi ini adalah monitor karakteristik luka, monitor tanda-tanda infeksi, lepaskan balutan dan plester secara perlahan, cukur rambut disekitar daerah luka, bersihkan dengan cairan NACl atau pembersih nontoksik, berikan salep yang sesuai kulit.lesi, jika perlu, pasang palutan sesuai jenis luka, pertahankan teknik steril data melakukan perawatan luka,

ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase, jelaskan tanda dan gejala infeksi, anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein, kalaborasi pemberian antibiotik, (PPNI, 2018b). Diketahui jika kulit mengalami suatu kerusakan seperti lecet, sayatan, luka, maka hal tersebut dapat menjadi celah atau pintu masuk bagi bakteri dan dapat menyebabkan infeksi. Untuk itu diperlukannya perawatan luka pada pasien dengan gangguan kulit, (Wagner, 2024).

4. Risiko jatuh dibuktikan dengan faktor risiko kondisi pasca operasi

Tindakan keperawatan pada masalah keperawatan risiko jatuh adalah pencegahan jatuh dengan tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8jam, maka jatuh dari tempat tidur menurun, (PPNI, 2018a). Kegiatan pada tindakan ini yaitu, identifikasi risiko jatuh, identifikasi risiko jatuh setidaknya sekali setiap shift atau sesuai dengan kebijakan institusi, pasang *handrall* tempat, pastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam kondisi terkunci, anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan untuk berpindah, anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin, (PPNI, 2018b).

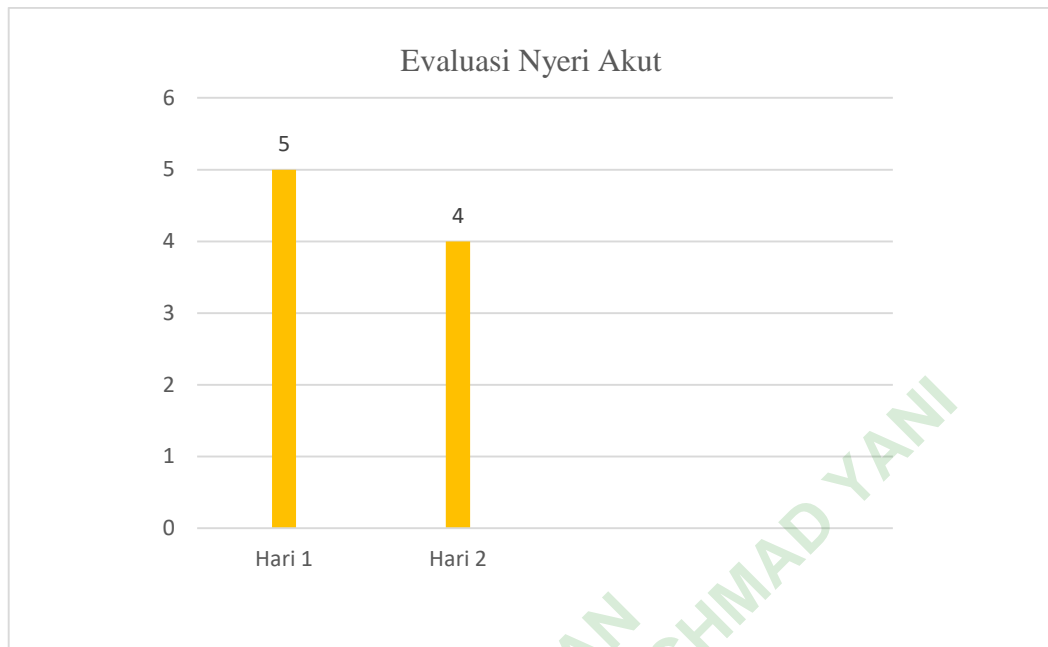
Risiko jatuh yang dapat dialami oleh pasien mempunyai dua faktor, yaitu faktor lingkungan dan faktor fisiologis. Contoh faktor lingkungan pada risiko jatuh adalah karena keadaan lantai yang basah atau licin, pencahayaan yang kurang pada ruangan pasien, penggunaan alas kaki yang tidak sesuai, sedangkan faktor fisiologis seperti gangguan mobilitas fisik, lansia, gangguan psikologis, gangguan pada sistem muskuloskeletal, dll. Penanggulangan untuk masalah tersebut dalam Standar Intervensi Keperawatan Indonesia salah satunya adalah pencegahan jatuh yang dapat diterapkan pada pasien, (Rumbio, 2022).

### E. Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan aktivitas atau tindakan yang dilakukan oleh perawat dan pasien, serta telah berdasarkan pedoman Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI). Implementasi yang dilakukan guna untuk mencapai status kesehatan yang lebih baik dengan kriteria hasil yang telah ditetapkan berdasarkan tujuan dilakukannya perawatan, (Mustamu et al., 2023). Diketahui implementasi keperawatan yang dilakukan oleh penulis untuk mengatasi nyeri akut, yaitu mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, mengidentifikasi skala nyeri, mengidentifikasi nyeri nonverbal, menganjurkan untuk menutup korden ketika ingin tidur siang, dan memberikan obat ketorolac melalui intravena.

Obat analgesic yang sering menjadi pilihan untuk penatalaksanaan nyeri akut hingga berat salah satunya adalah ketorolac, obat ini dapat diberikan secara oral, intravena, intramuscular, dan disempatkan melalui hidung. Obat ini biasanya diberikan setelah pasien mengalami post operasi. Diketahui mekanisme kerja ketorolac adalah memblokir siklooksigenase yang dapat mengubah asam arakidonat menjadi tromboksan, prostaglandin, serta protasiklin, dengan diblokir atau dihambatkan zat-zat tersebut maka dapat mengurangi rasa nyeri, (Mahmoodi et al., 2024).

Penerapan implementasi keperawatan untuk mengatasi nyeri akut, yaitu mengidentifikasi skala nyeri meliputi *Paliatif* atau *Provocatif*, *Quality* dan *Quantity*, *Region*, *Severity*, *Timing* atau dapat disingkat PQRST, mengidentifikasi nyeri nonverbal, memberikan obat ketorolac, menganjurkan pasien untuk menutup korden ketika siang hari jika ingin tidur siang, memonitor strategi meredakan nyeri. Penulis menggunakan skala nyeri *Visual Analogue Scale* atau VAS untuk mengukur skala nyeri, berdasarkan kala nyeri VAS jika nyeri lebih dari  $\geq 4$  maka masuk kedalam nyeri sedang hingga berat untuk itu diperlukan penatalaksanaan farmakologis untuk membantu mengurangi rasa nyeri, (Fauzi, 2018).

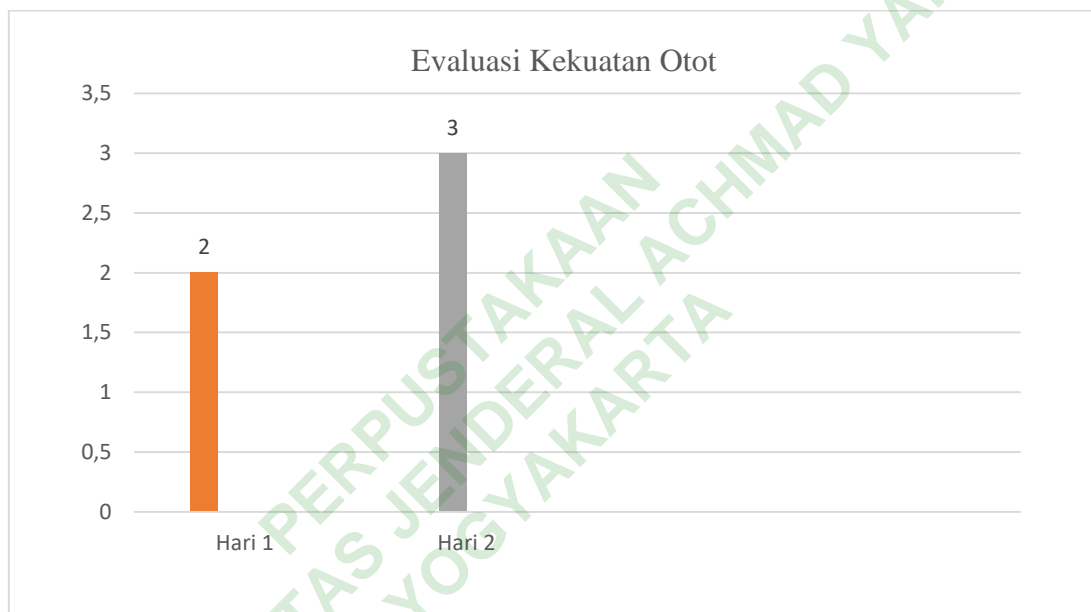


Gambar 4. 1 Nyeri Akut

Hasil atau evaluasi dari diagnosa ini, yaitu diperoleh data subjektif pada tanggal 03 Mei 2024 P : Pasien mengatakan bahwa ketika lengan kiri digerakkan terasa nyeri, Q : Pasien mengatakan nyeri seperti sayat-sayat, R : Pasien mengatakan nyeri pada lengan bawah sebelah kiri, S : Pasien mengatakan nyeri skala 5, pasien mengatakan nyeri berkurang ketika diberikan obat, T : Pasien mengatakan nyeri hilang timbul, dan pasien mengatakan ketika siang jarang tidur siang. Data objektif, yaitu pasien terlihat masih menahan nyeri ketika lengan kiri digerakkan atau digeser, pasien terlihat rileks setelah operasi. Assessment pada diagnosa keperawatan nyeri akut belum teratasi, planning intervensinya adalah identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, identifikasi skala nyeri, jelaskan strategi meredakan nyeri, kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu.

Evaluasi pada tanggal 04 Mei 2024 didapatkan data subjektif berupa, P : Pasien mengatakan bahwa ketika lengan kiri digerakkan masih terasa nyeri, Q : Pasien mengatakan nyeri seperti tertusuk-tusuk, R : Pasien mengatakan nyeri pada lengan

bawah kiri, S : Pasien mengatakan nyeri skala 4, pasien mengatakan nyeri berkurang ketika diberikan obat, T : Pasien mengatakan nyeri hilang timbul. Pasien mengatakan tadi malam sudah dapat tidur dengan cukup nyenyak. Data objektifnya adalah pasien terlihat masih menahan nyeri ketika lengan kiri digerakkan, assessment pada diagnosa nyeri akut teratasi sebagian, planning intervensi adalah identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, identifikasi skala nyeri, jelaskan strategi meredakan nyeri, kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu.



Gambar 4. 2 Kekuatan Otot

Pelaksanaan atau implementasi yang dilakukan pada gangguan mobilitas fisik adalah identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan, jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi, ajarkan ROM pada pergelangan tangan dan jari-jari tangan. *Range of Motion* (ROM) terbagi menjadi 2, yaitu ROM aktif, dan ROM pasif, pada implementasi ini penulis menerapkan ROM aktif pada pasien. Dikatakan ROM aktif ketika individu menggerakkan ekstremitas yang mengalami penurunan fungsi secara mandiri atau tanpa bantuan dengan didampingi oleh perawat, ataupun keluarga. ROM

merupakan salah satu bentuk dari mobilisasi dini yang mempunyai tujuan untuk menjaga fleksibilitas anggota gerak, mengurangi nyeri, memperlancar aliran darah, dan mengembalikan gerakan otot ekstremitas, (Tomasoa et al., 2024).

Evaluasi pelaksanaan tanggal 03 Mei 2024 diperoleh data subjektif sebagai berikut, pasien mengatakan masih terasa nyeri ketika pergelangan tangan kiri dan jari-jari tangan kiri digerakkan, pasien mengatakan memahami tujuan dan prosedur mobilisasi. Data objektifnya, yaitu pasien terlihat belum dapat maksimal dalam menggerakkan jari-jari tangan kiri dan pergelangan tangan kiri, tangan pasien sebelah kanan terlihat membantu menggeser atau mengangkat tangan kiri, terlihat gerakan ROM aktif masih terbatas, kekuatan otot tangan kiri yaitu 2 (dapat melakukan ROM aktif tetapi dapat melawan gravitasi), terlihat, kadang *handrall* tidak dipasang oleh pasien atau keluarga pasien.

Evaluasi implementasi tanggal 04 Mei 2024 didapatkan data subjektif, yaitu pasien mengatakan masih ingat dengan tujuan dilakukan mobilisasi, pasien mengatakan masih terasa nyeri jika digerakkan, pasien mengatakan bahwa mengaplikasikan ROM yang diajarkan sebelumnya. Data objektifnya, yaitu pasien terlihat mampu melakukan ROM aktif sebelumnya, dan mampu melakukan ROM aktif tambahan, yaitu latihan bahu, dan latihan siku meskipun belum maksimal dapat dilakukan, terlihat gerakan ROM masih terbatas, kekuatan otot, yaitu 3 (dapat melakukan ROM aktif dan melawan gravitasi). Assessment pada diagnosa gangguan mobilitas fisik belum teratasi, planning intervensi yang perlu dilakukan adalah identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan, identifikasi risiko jatuh setidaknya sekali setiap shift atau sesuai kebijakan institusi, fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu, jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi.

Implementasi keperawatan yang dilakukan pada diagnosa keperawatan risiko infeksi adalah monitor karakteristik luka, monitor tanda-tanda infeksi, monitor karakteristik luka, monitor tanda-tanda infeksi, lepaskan balutan dan plester secara perlahan, cukur rambut disekitar daerah luka, jika perlu, bersihkan luka dengan

cairan NaCl, berikan sofratulle, pasang balutan sesuai jenis, Kolaborasi pemberian antibiotic, jika perlu. Diketahui cara atau metode terbaik untuk penanganan perawatan luka post ORIF adalah menggunakan NaCl 0,9%, larutan tersebut membantu mempercepat proses terjadinya granulasi baru, (Triana & Puspasari, 2023). Riset yang dilakukan oleh Maharatu Tengku, 2019 menyatakan hasil bahwa penggunaan sofratulle memberikan perlindungan mekanis pada daerah luka, dan dapat mempercepat penyembuhan luka, sehingga memungkinkan pertumbuhan sebaik mungkin pada granulasi dan jaringan epital. Pemilihan balutan luka perlu disesuaikan dengan jenis luka, karena dapat membantu proses perbaikan luka, (Ariningrum, 2018).

Evaluasi tindakan tanggal 03 Mei 2024 menyatakan data subjek, yaitu pasien mengatakan bahwa luka terasa nyeri, pasien mengatakan bahwa daerah luka terlihat bengkak. Data objektif yang diperoleh adalah terdapat balutan luka post ORIF dan luka pasien, terlihat bengkak pada daerah luka post ORIF. Assement pada tindakan ini adalah masalah keperawatan gangguan integritas kulit/jaringan belum teratasi. Planning yang dilakukan, yaitu monitor karakteristik luka (mis. drainase, warna, ukuran, bau), monitor tanda-tanda infeksi, lepaskan balutan dan plester secara perlahan, cukur rambut daerah luka, jika perlu, bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan, berikan salep yang sesuai lesi, jika perlu, pasang balutan sesuai jenis luka, pertahankan teknik steril data melakukan perawatan luka, ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase, jelaskan tanda dan gejala infeksi, anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein, kalaborasi pemberian antibiotic, jika perlu

Evaluasi aktivitas tanggal 04 Mei 2024, data subjektif yang diperoleh adalah pasien mengatakan luka terasa nyeri ketika dibersihkan, daerah luka akibat gesekan aspal terasa perih ketika dibersihkan menggunakan NaCl, pasien mengatakan memahami mengenai makanan tinggi protein telur, udang, dada ayam, pasien mengatakan bahwa tanda terjadinya infeksi seperti terasa nyeri, bengkak, panas, dan kemerahan didaerah luka, luka post ORIF terlihat ada darah

ketika dipencet menggunakan kasa, luka akibat gesekan aspal terlihat adanya dan luka post ORIF terlihat masih kemerahan, tidak terdapat push pada luka post ORIF, terlihat adanya bengkak pada daerah luka, pasien terlihat mampu untuk menyebutkan kembali makanan tinggi protein dan tanda-tanda infeksi. Assessment pada aktivitas ini adalah masalah keperawatan gangguan integritas kulit/jaringan belum teratasi. Planning selanjutnya adalah monitor karakteristik luka (mis. drainase, warna, ukuran, bau), monitor tanda-tanda infeksi, lepaskan balutan dan plester secara perlahan, cukur rambut daerah luka, jika perlu, bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan, berikan salep yang sesuai lesi, jika perlu, pasang balutan sesuai jenis luka, pertahankan teknik steril data melakukan perawatan luka, ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase, jelaskan tanda dan gejala infeksi, kalaborasi pemberian antibiotic, jika perlu.

Evaluasi resiko jatuh pada tanggal 03 Mei 2024 didapatkan data subjektif bahwa pasien mengatakan dirinya mampu untuk berpindah tempat dari tempat tidur ke kamar mandi, dan pasien menggunakan alas kaki yang sudah disediakan oleh keluarga, kemudian untuk data objektif diperoleh bahwa pasien terlihat menggunakan alas kaki saat ke kamar mandi. Assessment pada kegiatan ini yaitu masalah keperawatan resiko jatuh teratasi. Discharge planning saat pasien dirumah yaitu menjauhi atau hati-hati ketika berada ditempat dengan kondisi lantai yang licin.