

## **BAB 4**

### **PEMBAHASAN**

Penulis melakukan pembahasan pada bab ini tentang masalah-masalah yang muncul pada kasus yang ditemukan selama asuhan keperawatan dimulai tanggal 25 November 2020.

#### **4.1 Pengkajian**

##### **4.1.1 Identitas**

Pada tahap identitas pasien di tinjauan kasus yang didapatkan dari pasien yaitu berjenis kelamin perempuan. Pasien merupakan seorang ibu rumah tangga dan istri. Pasien berusia 53 tahun. Menurut Ananda (2018), menjelaskan bahwa kasus kanker paru lebih banyak ditemukan pada usia diatas 40 tahun yang disebabkan oleh paparan zat kimia yang berkepanjangan. Zat tersebut didapatkan dari lingkungan kerja atau rumah dan efek dari zat tersebut baru muncul setelah beberapa tahun dan resiko kasus terbesar pada usia diatas 40 tahun (Ananda & Ermayanti, 2018). Usia diatas 40 tahun memiliki resiko tinggi terkena kanker paru dan jika menurut jenis kelamin kasus terbanyak pada kanker paru yaitu laki-laki karena kebanyakan laki-laki merokok aktif , pada perempuan kasus kanker paru rendah karena perempuan tidak merokok dan hanya terkena asap dari perokok akti tersebut dan pasien saya didapatkan hasil bahwa pasien sering terkena asap rokok dikarenakan anaknya merokok. Zat dapat memicu kanker paru yaitu didapatkan dari merokok (karsinogen) yang terdiri dari NKK, NNN & PAH dan zat yang didapatkan dari pekerjaan yaitu arsenic, asbestos, kromium, nikel, silica da buangan mesin diesel. Paparan tersebut

didapatkan karena sering merokok dan pekerjaan beresiko (penambang batu bara, penambang biji besi dan pemecah batu).

Pasien didiagnosa ca paru ± 1 thn + fraktur femur dexra ops op hari ke 5, saat di lakukan tindakan perawatan luka pada pasien didapatkan jahitan masih basah, albumin rendah 2,72 g/dL. Menurut febriani dan furqon, kanker paru yang bermestase ke tulang biasanya muncul lesi litik dengan pinggiran yang tidak jelas. Lesi litik tersebut dibagi menjadi 3 kelompok yaitu lesi osteolitik yang paling sering ditemukan pada proses deduktif, lesi osteoblastik yang terjadi akibat dari pertumbuhan tulang baru yang terdapat rangsangan dari kanker, dan lesi campuran. Kanker paru sebagian besar bermetastase pada kelompok lesi campuran. Rasa nyeri yang dirasakan merupakan gejala utama dari kanker yang dapat dirasakan seperti tarikan otot atau ketegangan tetapi dapat secara bertahap memburuk sehingga dapat merusak kualitas hidup. Gejala dari kanker paru diantara lain : fraktur, kompresi korda spinalis, dan hiperkalasemia (Febriani & Furqon, 2020). Pasien dengan kanker paru dapat menjadi fraktur yang dikarenakan terjadinya pengeroposan tulang. Jika luka pada kasus tersebut masih basah dapat diberikan makanan dengan tinggi protein untuk meregenerasi luka.

#### **4.1.2 Keluhan utama**

Tinjauan kasus dijelaskan bahwa keluhan utama yaitu nyeri kaki sebelah kanan dikarenakan fraktur post op hari ke 5 dan mual muntah saat pagi hari. Menurut febriani dan furqon (2020), menjelaskan bahwa jika kanker sudah bermetastase ke berbagai ruang tubuh dan pertumbuhan ganas yang tidak dapat terhindarkan dapat menyebabkan nyeri otak, mual muntah yang tergantung dari organ yang terpengaruh

oleh kanker tersebut (Febriani & Furqon, 2020). Jika operasi fraktur ditundakan dapat mengakibatkan pasien mengalami amputasi pada kakinya yang dikarenakan adanya sel dan jaringan kanker yang tumbuh. Mual muntah disebabkan oleh kondisi hiperkalsemia dimana terdapat kelebihan kalsium dalam darah yang menjadi keluhan pasien dapat terjadi jika kanker sudah bermestastase ke tulang dan perut yang menyebabkan rasa tidak nyaman di perut karena terdapat sel kanker yang terterus bertumbuh dan mempengaruhi sel yang sehat lainnya.

#### **4.1.3 Riwayat Penyakit Sekarang**

Tinjauan kasus dijelas bahwa pasien masuk rumah sakit dikarenakan mengalami jatuh dikamar mandi, setelah itu langsung dibawa oleh keluarga ke rumah sakit RSPAL Dr. Ramelan saat diperiksa ditemukan kaki sakit saat digerakkan lalu oleh dokter dilakukan foto tulang femur dan didapatkan hasil patah tulang di paha sebelah kanan. setelah hasil keluar keluarga pasien diberitahu untuk dilakukan operasi tetapi keluarga pasien menolak untuk dilakukan operasi dan menginginkan pulang saja. Setelah pulang pasien dibawa oleh keluarga ke tempat pengobatan tradisional dan tidak ada perubahan. Setelah 2 minggu keadaan pasien semakin menurun maka oleh keluarga di bawa kembali ke IGD RSPAL Dr. Ramelan pada tanggal 05 November 2020 pukul 06.50 wib dengan keluhan mual muntah pada pagi hari dan saat IGD pasien tampak lemah dengan GCS 456, tekanan darah 130/80 mmHg, nadi 80 x/mnt, respirasi 20 x/mnt, suhu 36,7°C, kaki sebelah kiri tampak bengkak, hasil pemeriksaan didapatkan kanker sudah bermetastase di tulang, pasien sudah 6 kali melakukan kemoterapi di dr. soetomo. Menurut febriani dan furqon

(2020), menjelaskan bahwa jika kanker sudah bermetastase ke berbagai ruang tubuh dan pertumbuhan ganas yang tidak dapat dihindarkan maka dapat menyebabkan nyeri otak, mual muntah yang tergantung dari organ yang terpengaruh oleh kanker tersebut (Febriani & Furqon, 2020). Menurut khairina, sinulingga, evlina (2019) mengatakan Kanker paru adalah penyakit keganasan yang terjadi dari metastase tumor paru ataupun yang berasal dari paru itu, kelainan itu sendiri dapat disebabkan oleh perubahan genetic pada sel epitel di saluran nafas, yang dapat menjadikan proliferasi sel yang tidak bisa dikendalikan (Khairina, sinulingga, Evlina, 2019). Mual muntah yang menjadi keluhan pasien dapat terjadi jika kanker sudah bermetastase ke tulang dan perut yang menyebabkan rasa tidak nyaman di perut karena terdapat sel kanker yang terterus bertumbuh dan mempengaruhi sel yang sehat lainnya. Kasus habis jatuh mengakibatkan fraktur dimana kanker sudah bermetastase ke tulang yang mengakibatkan fraktur tidak dapat sembuh dengan cepat.

#### **4.1.4 Riwayat penyakit Keluarga**

Suami Ny. E mengatakan ada anggota keluarganya yang memiliki riwayat penyakit kanker. Menurut buku Nanda (2016) menyatakan bahwa faktor yang menyebabkan kanker paru diantaranya yaitu merokok, bahan industri berbahaya, polusi udara dan mutasi genetik karena terjadi akumulasi kelainan genetic yang mentransformasi epitel bronchial benigna menjadi jaringan neoplasma (Amin huda Nurarif, 2016). Kasus kanker paru yang dipengaruhi oleh genetic tidak terlalu banyak dikarenakan kebanyakan kasus yang terjadi dipengaruhi oleh merokok, polusi udara dan terpapar langsung dengan zat yang berbahaya dalam waktu yang lama.

#### **4.1.5 Riwayat Alergi**

Pasien mengatakan bahwa tidak memiliki riwayat alergi apapun seperti obat-obatan, makanan dan minuman.

#### **4.1.6 Pemeriksaan Fisik**

Pemeriksaan pada sistem pencernaan (B5/bowel) Mulut bersih, membrane mukosa kering, pucat, tidak ada gigi palsu, tidak ada nyeri tekan, pola makan dan minum SMRS makan 1/2 piring habis 3x sehari, minum air putih 3 liter sehari, jenis lauk pauk, tidak ada pantangan makanan, pola makan dan minum MRS nafsu makan menurun, muntah saat makan 3x, mual saat bangun tidur dipagi hari, jenis makanan lauk pauk susu dan buah-buahan, tidak terpasang NGT, porsi ¼ habis, frekuensi minum 2 liter sehari jenis air putih, susu, dan teh. Bentuk perut buncit, peristaltic usus 8 x/mnt, tidak ada kelainan abdomen, hepar dan lien tidak ada gangguan, tidak ada nyeri abdomen, rectum dan anus bersih, eliminari alvi SMRS frekuensi banyak, konsistensi padat warna coklat dan elminasi alvi MRS frekuensi banyak, konsistensi lembek, warna coklat dan bau khas, masalah keperawatan yang muncul yaitu deficit nutrisi. Menurut febriani dan furqon (2020), menjelaskan bahwa jika kanker sudah bermetastase ke berbagai ruang tubuh dan pertumbuhan ganas yang tidak dapat dihindarkan maka dapat menyebabkan nyeri otak, mual muntah yang tergantung dari organ yang terpengaruh oleh kanker tersebut (Febriani & Furqon, 2020). Mual muntah yang menjadi keluhan pasien dapat terjadi jika kanker sudah bermetastase ke tulang dan perut yang menyebabkan rasa tidak nyaman di perut karena terdapat sel kanker yang terterus bertumbuh dan mempengaruhi sel yang sehat lainnya.

Pemeriksaan fisik pada musculoskeletal dan integument, Rambut kotor, kulit

kepala terdapat ketombe, warna kulit swao matang, kuku panjang, turgor kulit >2dtk, ROM terdapat keterbatasan di paha kanan, kekuatan otot kaki kanan 3333 , terdapat kelainan jaringan karena post op fraktur hari ke 5 dan terdapat metastase kanker ke tulang, kaki saat nyeri saat digerakkan,luka jahitan belum kering, jahitan bagus, masalah keperawatan yang muncul yaitu nyeri akut dan resiko infeksi. Menurut ananda (2018) dijelaskan penderita kanker paru yang ditemukan pada stadium akhir banyak yang mengeluhkan nyeri, keluhan nyeri sendiri dapat menurunkan kualitas hidup penderita (Ananda & Ermayanti, 2018). Kasus kanker paru pada dasarnya memiliki keluhan nyeri yang disebabkan oleh sel kanker yang terdapat pada paru dan kebanyakan pasien saat dibawa ke rumah sakit pasti mengeluh nyeri dada dan sesak nafas.

#### **4.1.7 Pemeriksaan Penunjang**

Pemeriksaan laboratorium pada tinjauan kasus didapatkan penurunan albumin 2,72 g/dL dari nilai normal 3.40 - 4.80 g/dL, peningkatan GDA 182 mg/dl dari nilai normal <120.0 mg/dl, Neu# 7,93 10<sup>3</sup>/uL (2.0-7.0), Neu% 90,4% (50.0-70.0), HGB 12,6 g/dl(13.2-17.3), PCT 2,43 % (0.108-0.5).

#### **4.2 Diagnosa Keperawatan**

Tahap ini penulis meneruskan beberapa diagnosa keperawatan berdasarkan data yang diperoleh dari pasien saat pengkajian. Diagnose keperawatan yang terdapat pada tinjauan pustaka dan tinjauan kasus menghasilkan beberapa persamaan diagnose. Diagnosa yang ditegakkan oleh penulis pada studi kasus, yaitu :

1. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan (SDKI, 2016) D.0019.

Diperoleh data pasien didapatkan membrane mukosa pucat, albumin menurun (2,72 g/dL), badan kurus, rambut rontok, GCS 456, mata cowong, mengalami penurunan berat badan ditandai dengan berat badan awal 50kg dan sekarang berat badan menjadi 45kg, tidak nafsu makan, setiap makan dan bangun tidur di pagi hari pasti mual dan muntah, aktivitas dibantu oleh keluarga. Menurut SDKI (2017) domain D.0019, menjelaskan pada data objektif defisit nutrisi tanda mayor dan minor yaitu membrane mukosa pucat, serum albumin menurun, rambut rontok berlebihan, bising usus hiperaktif, otot pengunyah lemah, otot menelan lemah. Defisit nutrisi didefinisikan asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme (SDKI, 2016). Penderita kanker paru sering mengeluh mual dan muntah yang mengakibatkan nutrisi yang terserap ditubuh kurang dan makanan yang dimakan keluar lagi yang mengakibatkan tidak ada nutrisi didalam tubuh menjadikan tubuh lemah.

2. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (SDKI, 2016) D.0077

Data pengkajian didapatkan data bahwa dengan P / provolatif / palitif : saat digerakkan, Q / kualitas : seperti tertekan, R / region : di paha kanan, S / skala : dengan skala 7, T / time : hilang timbul, pasien tampak meringis kesakitan saat tersentuh pada area kaki, nafsu makan menurun, TTV : TD : 120/80 , S : 36,5°C , N : 80x/mnt , RR : 20x/mnt, bersikap waspada terhadap nyeri. Menurut SDKI (2017) domain D.0019, menjelaskan pada data objektif nyeri akut tanda mayor dan minor yaitu tampak meringis,bersikap protektif, gelisah, tekanan darah meningkat, nafsu makan berubah. Menurut ananda (2018) dijelaskan penderita kanker paru yang ditemukan pada stadium akhir banyak yang mengeluhkan nyeri, keluhan nyeri sendiri

dapat menurunkan kualitas hidup penderita (Ananda & Ermayanti, 2018). Nyeri akut didefinisikan sebagai pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan actual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan (SDKI, 2016). Kasus kanker paru pada dasarnya memiliki keluhan nyeri yang disebabkan oleh sel kanker yang terdapat pada paru dan kebanyakan pasien saat dibawa ke rumah sakit pasti mengeluh nyeri dada dan sesak nafas.

### 3. Resiko infeksi (SDKI, 2016) D.0142

Data pengkajian didapatkan data bahwa adanya luka post op di paha kanan, jahitan basah, TTV : TD : 120/80 , S : 36,5°C , N : 80x/mnt , RR : 20x/mnt, bersikap waspada terhadap nyeri. Menurut SDKI (2016) domain D.0142, menjelaskan pada faktor resiko dari resiko infeksi yaitu penyakit kronis, efek prosedur invasive, malnutrisi, peningkatan paparan organisme pathogen lingkungan, ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer, ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder (SDKI, 2016). Penyebab resiko infeksi terjadi karena terdapat luka yang tidak kunjung sembuh dan mulai mengeluarkan nanah dan bau yang tidak sedap menjadikan luka tersebut infeksi.

### **4.3 Intervensi Keperawatan**

Pembuatan intervensi keperawatan menyesuaikan dengan diagnose keperawatan yang muncul. Setiap diagnose keperawatan yang muncul memiliki tujuan dan kriteria hasil yang diharapkan sebagai penilaian keberhasilan implementasi yang diberikan.

1. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan (SDKI, 2016) D.0019.

Rencana keperawatan yang dilakukan pada pasien Ny E adalah monitor asupan makanan, monitor berat badan, kolaborasi dalam pemberian makanan tinggi kalori dan protein, menganjurkan makan sedikit tapi sering yang bertujuan untuk Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3 x 24 jam diharapkan nutrisi terpenuhi dengan kriteria hasil : Nafsu makan meningkat, Bising usus dalam batas normal, Berat badan meningkat, Makan/minum sesuai dengan kebutuhan. Sejalan dengan tim pokja SLKI (2018) yang menyatakan bahwa rencana tindakan keperawatan yang dapat dilakukan yaitu 1. Identifikasi status nutrisi, 2. Monitor asupan makan, 3. Monitor berat badan, 4. Berikan makanan tinggi kalori dan protein, 5. Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan, 6. Kolaborasi dengan ahli gizi (SIKI, 2018). Bantu pasien dengan cara nyemil jajanan yang disukai setiap saat dapat meningkatkan nutrisi pada pasien dan pasien tidak merasa lelah. Dalam rencana keperawatan di SLKI terdapat kondisi pasien yang sesuai dikarenakan adanya mual muntah yang mengakibatkan tidak adanya nafsu makan.

2. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (SDKI, 2016) D.0077

Rencana keperawatan yang dilakukan pada pasien Ny E adalah edukasi dalam memberikan teknik nafas dalam, mengontrol lingkungan seperti suhu dalam ruangan, kolaborasi dalam pemberian injeksi ketorolac yang bertujuan untuk Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3 x 24 jam diharapkan nyeri dapat berkurang. Ditandai dengan kriteria hasil : Mampu mengontrol nyeri, Mampu mengenali nyeri, Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang. Sejalan dengan tim pokja SLKI

(2018) yang menyatakan bahwa rencana tindakan keperawatan yang dilakukan yaitu

- 1.Lakukan pengkajian nyeri secara,
- 2.komprehensif termasuk lokasi,karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi,
- 3.Observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan,
- 4.Bantu pasien dan keluarga untuk mencari dan menemukan dukungan,
- 5.Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan,
- 6.Ajarkan tentang teknik non farmakologi: napas dalam dapat mengendalikan nyeri dengan meminimalkan aktivitas simpatis dalam sistem saraf otonom,
- 7.Berikan analgetik untuk mengurangi Nyeri (SIKI, 2018).

Mengurangi nyeri dapat dengan cara nafas dalam dan membuat lingkungan tenang itu dapat membantu pasien untuk mengurangi nyeri tidak hanya dengan obat-obatan.

### 3. Resiko infeksi (SDKI, 2016) D.0142

Rencana keperawatan yang dilakukan pada pasien Ny E adalah lakukan perawatan luka, monitor jika terjadinya tanda dan gejala infeksi, berikan injeksi antibiotic, monitor luka saat dilakukan perawatan luka yang bertujuan untuk Setelah dilakukan asuhan keperawatan 1 x 24 jam diharapkan tidak terdapat resiko infeksi dengan kriteria hasil : Nyeri berkurang, tidak bengkak, Demam menurun, Kemerahan tidak ada, Cairan tidak berbau (SLKI, 2018). Sejalan dengan tim pokja SLKI (2018) yang menyatakan bahwa rencana tindakan keperawatan yang dapat dilakukan yaitu

- 1.Monitor tanda dan gejala infeksi,
- 2.Pertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi,
- 3.Jelaskan tanda dan gejala infeksi,
- 4.Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi,
- 5.Anjurkan meningkatkan asupan cairan (SIKI, 2018).

Resiko infeksi dapat dicegah apabila pembersihan luka dengan keadaan steril.

#### **4. Implementasi**

Implementasi merupakan tahap ke 4 dari proses keperawatan yang dimana rencana keperawatan dilaksanakan, melaksanakan intervensi yang ditentukan. Tahap ini perawat telah siap untuk melakukan intervensi yang telah ada dan melakukannya dalam rencana keperawatan. Implementasi keperawatan dapat terlaksana tepat waktu jika pertama harus melakukan identifikasi prioritas masalah klien, setelah itu jika intervensi telah dilakukan, pantau dan catat respon pasien terhadap intervensi yang telah dilakukan. Data yang digunakan dapat sebagai evaluasi dan revisi rencana dalam tahapan proses keperawatan berikutnya.

Implementasi yang pertama pada diagnosa keperawatan deficit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan yaitu menanyakan berat badan terakhir didapatkan hasil BB terakhir 45kg. Tindakan selanjutnya yang berikan yaitu memonitor asupan makanan pasien yang didapatkan hasil pasien tidak nafsu makan karena takut mual dan muntah, menganjurkan makan makanan sedikit tapi sering didapatkan hasil pasien makan sedikit-sedikit meskipun makanan tidak habis 1 porsi. Tindakan selanjutnya dilakukan yaitu memberikan obat injeksi ranitidine 50 mg/ 1 ampul yang bertujuan untuk mengurangi mual dan muntah pada pasien.

Implementasi yang kedua pada diagnosa medis nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik yaitu mengidentifikasi intensitas dan frekuensi nyeri, didapatkan hasil nyeri pada paha sebelah kanan dengan skala 7, nyeri saat digerakkan, seperti ditekan dan nyeri hilang timbul. Tindakan selanjutnya yang diberikan yaitu memberikan penjelasan pada pasien tentang penyebab nyeri dan

untuk mencegah terjadinya infeksi pada fraktur maka dilakukan tindakan pembedahan, melakukan injeksi ketorolac 50mg/1 ampul. Tindakan selanjutnya yang diberikan yaitu melatih dan mengajarkan teknik relaksasi (nafas dalam) pada pasien.

Selanjutnya implementasi pada diagnose resiko infeksi dilakukan pencegahan infeksi dengan cara mengobservasi luka post operasi, melakukan perawatan luka, memberikan edukasi pada pasien setelah memegang apapun anjurkan untuk mencuci tangan, memberikan obat antibiotic injeksi cinam 50mg/ 1 ampul, serta menganjurkan pasien untuk beristirahat.

## **5. Evaluasi**

Evaluasi dapat dilakukan berdasarkan kriteria yang telah ditetapkan dalam perencanaan, membandingkan hasil tindakan keperawatan sebelumnya sebagai tujuan menilai efektivitas proses keperawatan mulai dari tahap pengkajian, perencanaan dan pelaksanaan. Evaluasi disusun dengan menggunakan SOAP yang dapat dijelaskan sebagai berikut :

Diagnosa keperawatan pertama pada diagnosa keperawatan deficit nutrisi dilakukan pengkajian hari pertama pasien mengatakan setiap pagi atau setelah bangun tidur merasa mual dan muntah serta tidak nafsu makan. Setelah dilakukan implementasi keperawatan respon pasien didapatkan pasien mengatakan tidak nafsu makan dikarenakan mual muntah tetapi sudah makan sedikit tapi sering. Data objektif pada evaluasi hari pertama didapatkan pasien makan sedikit tapi sering. Hari ke-2 evaluasi subjektif pasien mengatakan setiap pagi atau setelah bangun tidur masih merasa mual muntah dan nafsu makan sedikit dan data yang didapatkan selama

evaluasi hari ke 3 pasien mengatakan mual muntah sudah mendingan, dapat makan sedikit tapi sering habis  $\frac{1}{4}$  porsi. Saat dilakukan tindakan keperawatan dengan sedikit tapi sering nafsu makan pasien meningkat dengan makan makanan sedikit tapi sering, serta mual muntah pasien saat pagi hari atau setelah bangun tidur sudah teratasi dengan makan sedikit-sedikit.

Diagnosa kedua yaitu nyeri akut dilakukan pengakajian hari pertama pasien mengatakan nyeri didaerah paha sebelah kanan, nyeri timbul saat digerakkan, nyeri seperti ditekan, skala nyeri 7, nyeri hilang timbul. Setelah dilakukan implementasi keperawatan respon pasien didapatkan pasien mengatakan sudah tidak sering miringis saat kaki tidak sengaja kesenggol. Data objektif pada evaluasi hari pertama didapatkan pasien dapat mempraktekkan teknik relaksasi nafas dalam dan sudah tidak seberapa kesakitan. Hari ke-2 evaluasi subjektif pasien mengatakan nyeri berkurang dan data yang sudah didapatkan selama evaluasi 3 hari pasien mengatakan bahwa nyeri berkurang dari hari sebelumnya dengan skala nyeri 5. Pada saat pasien melakukan teknik nafas dalam dapat mengurangi nyeri meskipun tidak langsung hilang nyeri yang dirasakan pasien.

Diagnosa terakhir yaitu resiko infeksi yang dilakukan implementasi perawatan luka pada pasien, memberikan pengajaran pasien untuk sering mencuci tangan untuk menghindari infeksi atau penularan infeksi, melakukan kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian obat analgetik dan antibiotik sesuai. Dalam evaluasi ini setelah dilakukan tindakan keperawatan didapatkan bahwa masalah teratasi dan tidak ada tanda-tanda dari infeksi di sekitar luka.