**LAMPIRAN – LAMPIRAN**

1. Lampiran Lembar Konsul Akademik

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN SUAKA INSAN PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN DAN PROFESI NERS LEMBAR KONSULTASI**

**STIKES SUAKA INSAN BANJARMASIN**

**LEMBAR KONSULTASI TAHAP II STASE KEPERAWATAN KOMPREHENSIF**

**PRODI ILMU KEPERAWATAN DAN PROFESI NERS ANGKATAN XI T.A 2022/2023**

**Nama : ERIANA NOVERIA BULID**

**NIM : 1136J123031**

**Judul Laporan : Asuhan Keperawatan Medikal Bedah Gangguan Sistem Muskuloskletal, Fraktur Tibia Fibula Dengan Masalah Keperawatan Utama Nyeri Akut Post Op ORIF Pada Tn. H Di Ruang Teratai RSUD Muara Teweh**

| **NO** | **Tanggal/**  **Waktu** | **Materi Konsultasi** | **Saran** | **Paraf Preseptor Akademik** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** | Selasa  09 juli 2024 | 1.konsul pengkajian pasien Tn. H post op ORIF hari ke 2  2.konsul 3 diagnosa yang di dapat (nyeri akut, gangguan mopbilit6as fisik, dan risiko infeksi)  3.konsul penyesuaian sesuai SDKI dan SIKI  4. Konsul EBP terhadap kasus pasien (perawatan luka, mamfaat ikan gabus) | 1. Untuk EBP di sesuaikan dengan literatur yang ada /di dapatkan dpat perawatan luka NACL/ mamfaat konsumsi ikan gabus untuk penyembuhann luka operasi )  2. Diagnose gangguan mobilitas tidak usah diangkat, karena tidak ada kelemahan otot tapi karena post op.  3. Sudah ada keterkaitan antara pengkajian dan diagnose, silahkan di buat BAB 1,2 dan 3 |  |
| **2** | Sabtu  13 juli 2024  08.45 WIB | 1. Konsul bab 1 dan 3 2. konsul askep | 1. masalah utama nyeri akut, maka; 2. judul di ganti Asuhan Keperawatan Medikal Bedah Gangguan Sistem Muskuloskletal, Fraktur Tibia Fibula Dengan Masalah Keperawatan Utama Nyeri Akut Post Op ORIF Pada Tn. H Di Ruang Teratai RSUD Muara Teweh 3. Tujuan umum, tujuan khusus di sesuaikan dengan judul 4. Pada tujuan khusus keperawatan melakukan 5: pengkajian, diagnosis, intervensi, implementasi dan evaluasi. F. di hapus 5. Maamfaat penulisan tambah bagi institusi Pendidikan dan dan instansi Rumah Sakit 6. Pada bab 1 latar belakang angaka kejadian di gabung jangan di pisah , jadi angka kejadian di RSUD M.Teweh di gabung jadi satu di atas di buat mengerucut dari yang terbesar jadi terkecil 7. Setelah angka kejadian di sambung dengan ‘Dampak bila tidak di atasi cepat dan benar” 8. Buat benang merahnya 9. Bab 3 di perbaiki pengkajian itu skenario kasus kemudian bagian – bagiannya  * Pathway dengan skema   (etiology fraktur-tanda gejala-nyeri akut)   * Analisa bentuk table * Rumusan masalah keperawatan sama dengan Analisa data; contoh : “ nyeri b/d agen pencedera fisik (pembedahan/ di tandai dengan S : …O; …  1. Asuhan keperawatan dengan table yang terdiri dari kolom nya :   Diagnosa-kriteria hasil-intervensi-rasional-implementasi-evaluasi   1. Catatan perkembangan terdiri dari kolom table ;   Hr/tgl/thn- catatan perkembangan (SOAP) -TTD   1. Silahkan lanjutkan membuat bab 2 |  |
| **3** | **Selasa**  **16 juli 2024**  **11.10 wib** | 1. Konsul revisi Bab 1,2 dan 3 | 1.Bab 1 ACC  2. Bab 2, berdasarkan panduan hanya 4-5 halaman saja,jadi sebaiknya pemaparan secara garis besarnya saja  3.Dan Bab 2 wajib ada konsep masalah keperawatan utama  4.Bab 3 pathway sebelum fraktur tambahkan satu kotak lagi, etiologi dari fraktur  5. pada Analisa data table, masukan data abnormal saja, yang normal tidak usah di masukkan  6. pada rumusan diagnosa keperawatan DS dan DO di narasikan saja, begitupun diagnose kedua  7. Pada Asuhan Keperawatan di kriteria Hasil di tulis Selama masa keperawatan diharapkan nyeri akut dapat teratasi dengan kriteria hasil, dan kriteria sesuai dengan SIKI atau di sesuaikan dengan data yang di dapatkan . Misal ; keluhan nyeri menurun, skala nyeri menurun bisa di tambah berapa nilai yang ingin di capai, dan Lain; lain  8. pada implementasi waktu tidak sesuai,  9. Catatan perkembangan hanya terdiri dari 3 kolom (hr/tgl/bln/thn- catt perkembangan isinya soap- TTD) |  |
| **4** | **Kamis**  **18 juli 2024**  **12.54 wib** | Konsul bab 2,3 | Sambil lanjutkan pembuatan bab selanjutnya. |  |
| **5** | **Senin**  **22 Juli 2024**  **07.04 wib** | Konsul bab 2,3,4,5 | 1. Di BAB 3 bagian rumusan keperawatan di narasikan tanpa di masukkan S dan O 2. Tambahkan TTD pada Catatan perkembangan 3. Di discharge planning masukkan apa saja isi di dalammnya mis ; Kontrol dll 4. Pada Bab 5 bagian Analisis evaluasi tidak usah Panjang karena isinya kesimpulan , tuliskan masalah keperawatan teratasi Sebagian. 5. Silahkan di perbaikin tambahan – tambahan tadi. Kemudian buat secara keseluruhan dari cover sampai lampiran 6. Bila sudah PDF kan dan kirim di grup agar bisa di periksa sekali lagi oleh CI akademik 7. Kirim ke penguji 2 hari sebelum ujian 8. Buat PTT untuk penyajian kurang lebih 15 slide.t 9. Untuk Abstrak tidak harus tidak wajib, yang wajib saat pengumpulan KTI |  |

1. **Lampiran Asuhan Keperawatan**

**ASUHAN KEPERAWATAN**

1. IDENTITAS
2. Identitas Pasien

Nama Klien : Tn. H Jenis kelamin: L

No.RM : 16. 50. XX

Usia : 34 Tahun ( 18/03/1990)

Tgl.MRS : 05 Juli 2024

Tgl.Pengkajian : 08 Juli 2024

Diagnosa Medis : Close Fr. Tibia Fibula

Alamat : Butong

Status Pernikahan : Menikah

Agama : Islam

Suku : Dayak

Pendidikan terakhir : SMK

Pekerjaan : Swasta

Lama Bekerja : 2 thn

Sumber Informasi : Pasien dan Istrinya

1. Identitas Penanggung Jawab

Nama : Ny.

Umur : Tahun

Hub. Dengan Pasien : Istri pasien

Pekerjaan : Swasta

Alamat : Butong

1. KELUHAN UTAMA

Pasien mengatakan ada rasa cenat cenut sakit seperti itu pada daerah luka operasi di kaki sebelah kanannya. Kaki (D) tampak di letakkan di atas Bantal dan terpasang elastis perban. P: Post ORIF, Q: Nyeri sepert berdenyut (cenat cenut), R: ekstremitas Dekstra, S: Sedang (VAS) dengan skala 5, T: Hilang timbul (nyeri bertambah ketika perubahan posisi). Terdapat luka tertutup kassa steril pada Tibia dextra. Kaki tampak bengkak, keterangan pasien bengkak sudah ada sejak setelah kecelakaan.

1. RIWAYAT PENYAKIT SEKARANG

Pada tanggal 05 Juli 2024 seorang laki – laki bernama Tn. H usia 34 tahun dibawa oleh keluarganya setelah mengalami kecelakaan ganda lalu lintas kendaraan bermotor ke IGD RSUD Muara Teweh dengan keluhan nyeri pada kaki (D), luka robek pada dagu +/- 3 cm dan lecet pada tangan (D). Setelah mendapatkan theraphy dan tindakan di IGD di dapatkan hasil Rontgen kruris kanan dan genu kanan yaitu Fraktur Os Fibula kanan 1/3 proksimal, fraktur communitive os tibia kanan 1/3 tengah, entesopathy patella kanan . setelah mendapatkan theraphy di IGD, Selanjutnya pasien di tempatkan di Ruang Rawat Inap Teratai ( Ruang Perawatan Bedah ) dan direncanakan untuk pemasangan pelat yang di setujui oleh pasien dan keluarga.

1. RIWAYAT PENYAKIT DAHULU

Penyakit yang Pernah Dialami, sebutkan :

**Tidak ada**

**Riwayat :**

Kecelakaan : Ya / **tidak**, sebutkan : -

Operasi : Ya / **tidak**, sebutkan : -

Alergi Obat : Ya / **tidak**, sebutkan :

Alergi makanan : Ya / **tidak**, sebutkan

Alergi lain-lain : Ya / **tidak**, sebutkan

Merokok : **Ya** / tidak , keterangan : Peroko aktif sehari kurang dari 1 bungkus

Alkohol : Ya / **tidak** , keterangan :-

Kopi : **Ya** / tidak , keterangan :-

Lain-lain : Ya / **tidak** , keterangan :-

Obat-obatan yang pernah digunakan: Bila ada keluhan sakit biasanya beli obat di apotik saja.

1. RIWAYAT KELUARGA

Genogram :

Keterangan:

: Laki-laki

: Perempuan

: garis keturunan

: Pasien

1. POLA AKTIVITAS – LATIHAN

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| NO | AKTIVITAS | SMRS (SKOR) | MRS (SKOR) |
| 1 | Makan/Minum | 0 | 0 |
| 2 | Mandi | 0 | 0 |
| 3 | Berpakaian/berdandan | 0 | 2 |
| 4 | Toileting | 0 | 0 |
| 5 | Berpindah | 0 | 0 |
| 6 | Berjalan | 0 | 0 |
| 7 | Naik tangga | 0 | 0 |

Dari hasil pengkajian di dapatkan bahwa Tn. H pola aktivitas dan Latihan pasien mandiri

1. POLA NUTRISI-METABOLIK

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NO** | Keterangan | **SMR S** | MRS |
| 1 | Jenis makanan/diet | Tidak ada pantangan makan | Tidak ada pantangan |
| 2 | Frekuensi | 3x sehari  Teratur | 3 x sehari  Teratur |
| 3 | Porsi yang dihabiskan | 1 porsi | 1 Porsi |
| 4 | Komposisi Menu | Nasi, Lauk, Sayur | Nasi, Lauk, Sayur, Buah |
| 5 | Pantangan | Tidak ada | Tidak ada |
| 6 | Nafsu makan | Normal | Normal |
| 7 | Fluktuasi BB 6 bln terakhir | BB tetap: 52 kg | BB Tetap: 52 kg |
| 8 | Sukar menelan | Tidak | Tidak |
| 9 | Riw.penyembuhan luka | Normal | Normal |

Dari hasil pengkajian pola nutrisi didapatkan Tn. H tidak ada masalah

1. POLA ELIMINASI

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NO** |  | | **SMRS** | **MRS** |
| Buang Air Kecil (BAK) : | | | | |
| 1 | Frekuensi | | 4-5 x/Hari | 4-5 x/hari |
| 2 | Warna | | Kuning jernih | Kuning |
| 3 | Kesulitan BAK | | Tidak | Tidak |
|  | Masalah Keperawatan : Tidak Ada Masalah | | | |
| Buang Air Besar(BAB): | | | | |
| 1 | Frekuensi | 1x/hari | | 2 x/hari |
| 2 | Warna | Kuning | | Kuning |
| 2 | Kesulitan BAB | Tidak | | Tidak |
|  | Masalah Keperawatan : Tidak Ada | | | |

Dari pengkajian Pola Eliminasi didapatkan bahwa Tn. H tidak mengalami masalah pada Pola eliminasi

1. POLA TIDUR-ISTIRAHAT

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NO** | **Kegiatan** | **SMRS** | **MRS** |
| 1 | Tidur siang | Jam 13.00 s/d 14.00  **Nyaman** / tidak nyaman setelah tidur | Jam 13.30 s/d 15.00  **Nyaman** / tidak nyaman setelah tidur |
| 2 | Tidur malam | Jam 23.00 s/d 05.00  **Nyaman** / tidak nyaman setelah tidur | Jam 23.00 s/d 05.00  **Nyaman** / tidak nyaman setelah tidur |
| 3 | Kebiasaan sebelum tidur | **Ada** / Tidak Ada,  Ket : berdoa | **Ada** / tidak ada,  Ket : berdoa |
| 4 | Kesulitan tidur | Ada / **tidak ada,**  Ket : Nyeri bahu ketika salah posisi | **Ada** / tidak ada,  Ket : pada hari pertama di rawat sulit tidur, hari selanjutnya bisa tidur |
|  | Masalah Keperawatan: Tidak ada | | |

Dari hasil pengkajian Pola Tidur didapatkan bahwa pasien Tn. H tidak mengalami masalah tidur

1. POLA KEBERSIHAN DIRI

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| NO | Keterangan | SMRS | MRS |
| 1 | Mandi | 2 x/hari  Sabun : **ya** / tidak | 1 x/hari /mgg /bln  Sabun : **ya** / tidak |
| 2 | Handuk | **Ya** / tidak  **Pribadi** / bergantian | **Ya** / tidak  **Pribadi** / bergantian |
| 3 | Keramas | 3x/minggu  Shampoo : **ya** / tidak | -x/hari / mgg / bln  Shampoo : ya / tidak |
| 4 | Gosok gigi | 2 x/hari  Pasta gigi : **ya** / tidak  Sikat gigi : **pribadi** / bergantian | 2 x/hari  Pasta gigi : **ya** / tidak  Sikat gigi : **pribadi** / bergantian |
| 5 | Kesulitan | Ya / **tidak** | Ya / **tidak** |
| Masalah Keperawatan: Tidak ada | | | |

Dari hasil pengkajian pola kebersihan diri Tn. H tidak mengalami kesulitan

1. POLA TOLERANSI-KOPING STRESS

Pengambil keputusan : sendiri ( ) / dibantu orang lain ( √ ) sebutkan: Keluarga

Masalah utama terkait dengan perawatan di RS / penyakit : biaya / perawatan diri / lain-lain: Pasien dan keluarga mengatakan tidak ada masalah dalam biaya karena pasien menggunakan BPJS ketenagakerjaan

Hal yang biasa dilakukan jika mengalami stress/ masalah : pasien mengatakan jika ada masalah selalu mendiskusikan dengan keluarga

Harapan setelah menjalani perawatan : Pasien mengatakan ingin lekas sembuh dan bisa menjalani aktivitas dengan normal

1. POLA PERAN HUBUNGAN

Peran dalam keluarga : Tn. H merupakan anak pertama dari 3 bersaudara

Sistem pendukung : suami **/ istri /** anak / tetangga / teman / **saudara** / tidak ada / lainnya, sebutkan: Keluarga dan Pasangan

Masalah peran/ hubungan dengan keluarga selama perawatan di RS : Tidak Ada

1. POLA KOMUNIKASI

Bahasa utama : **Indonesia**/ **daerah** / lain-lain . ket: Banjar

Bicara : **normal** / tidak jelas / berputar-putar / mengerti pembicaraan orang lain

Afek : Positif

Tempat tinggal : **sendiri** / kos / asrama / bersama orang lain, yaitu:

1. POLA NILAI & KEPERCAYAAN

Apakah Tuhan, agama penting untuk anda : **ya** / tidak, ket :

Kegiatan agama yang dilakukan selama di RS : Ny. D mengtaakan selama di Rumah Sakit ia menjalankan solat dan selalu berdzikir setiap waktu. Terlihat pasien menggunakan tasbih digital di jarinya

1. PEMERIKSAAN FISIK
2. **Keadaan Umum :**

Kesadaran : **compos mentis**/ somnolen / stupor / semi koma / koma

GCS : E4, V5, M6

TTV

TD : 134/73 mmhg,

SPO2 99 %

Nadi : 98 x/m

Suhu : 37 ᵒC

Pernafasan : 20 x/m

Pasien terlihat meringis saat menggerakan bahu kanannya

1. Head to Toe :
2. **Kepala**

Keluhan : Tidak ada keluhan

Inspeksi : bentuk kepala bulat

Distribusi rambut : **rata** / tidak rata / botak / lainnya:

Kebersihan kulit kepala : Kulit kepala terlihat bersih

Palpasi : massa abNormal : ada / **tidak** Krepitasi : tidak ada

Nyeri tekan : Tidak Ada

1. **Mata**

Lapang pandang : **normal**/ menyempit / melebar

Inspeksi : **simetris**/tidak simetris,

Perdarahan = Tidak Ada

Tanda peradangan : Tidak Ada

Fungsi penglihatan : **baik** / kabur;

Penggunaan alat bantu : ya / **tidak**,

1. **Hidung**

Inspeksi : Bentuk : Simetris

Warna : **normal** / kebiruan/ kemerahan/ lainnya

Perdarahan : Tidak Ada

Palpasi : Nyeri tekan : Tidak ada

1. **Mulut & Tenggorokan**

Inspeksi :

Warna bibir : **normal** / pucat / sianosis / lainnya

Mukosa bibir : **lembab** / kering / pecah-pecah, ket

Gigi : **utuh** / ompong / berlubang / kotor , ket

Gusi : **normal** / lesi / bengkak / perdarahan , ket

Lidah : normal / **bersih** / kotor /

Warna lidah: Merah muda

Pembengkakan tonsil : tidak ada , Sakit tenggorok : tidak ada

1. **Telinga**

Inspeksi :

Bentuk : Normal Warna : Seperti warna kulit

Posisi : **Sejajar** / Tidak sejajar dengan sudut mata

Perdarahan : Tidak ada , massa : Tidak Ada Serumen : Tidak Ada

Palpasi :

Nyeri : Tidak ada

Gg pendengaran : Tidak ada, Alat bantu dengar : Tidak ada

1. **Leher**

Inspeksi/ Palpasi :

Kekakuan : Tidak ada

Deviasi trakea : Tidak Ada

Pembesaran kelj. Tyroid : Tidak Ada

Pembesaran kelj.limfe : Tidak Ada

Nyeri : Tidak Ada

1. **Dada/ Thorax**

**Inspeksi :**

Inspeksi

Bentuk dada : **Normal**

Warna kulit dada **: normal** / kemerahan / kebiruan pada klavikula dekstra

Ekspansi dinding dada : **simetris** / asimetris

Tanda peradangan : tidak ada

Deformitas pada klavikula dextra

Palpasi :

Nyeri tekan : Tidak Ada nyeri tekan

Auskultasi:

*Jantung*

Bunyi Jantung I dan II normal, Tidak ada suara tambahan

*Paru* :

Suara nafas : Tidak ada bunyi napas tambahan

Perkusi :

*Jantung:* **Pekak** / lainnya

Batas jantung : **normal** / melebar / menyempit ,

*Paru:* **sonor** / hipersonor / pekak / tympani , ket

1. **Payudara dan axila**

**Inspeksi :**

Ukuran & bentuk : **simetris** / asimetris Kondisi kulit : **bersih** / kotor / lainnya **Palpasi :**

Edema : tidak ada edema

Massa abnormal : tidak ada Nyeri: Tidak ada

1. **Abdomen**

**Inspeksi :**

Bentuk : **normal**/ buncit/ pot belly / lainnya

Kondisi kulit : **normal** / lesi / abrasi / ulkus / striae / lainnya

**Palpasi :**

Penegangan dinding abdomen : Tidak ada Edema : Tidak ada

Nyeri tekan : Tidak ada nyeri tekan

**Auskultasi:**

Bising usus : 8 x /menit

**Perkusi** : **tympani** / hipertympani / pekak / lainnya

1. **Ektremitas**

*Post Op*

Edema : **Ada**

Nyeri / nyeri tekan : Tidak Ada

Kekuatan otot :

|  |  |
| --- | --- |
| 5555 | 5555 |
| Fr.tibia fibula, Post op ORIF | 5555 |

1. **Kulit dan kuku**

*Pre Op*

Kulit : Warna : **normal** / pucat / sianosis / kemerahan / lainnya

Tekstur : **lembut** / kasar / lainnya

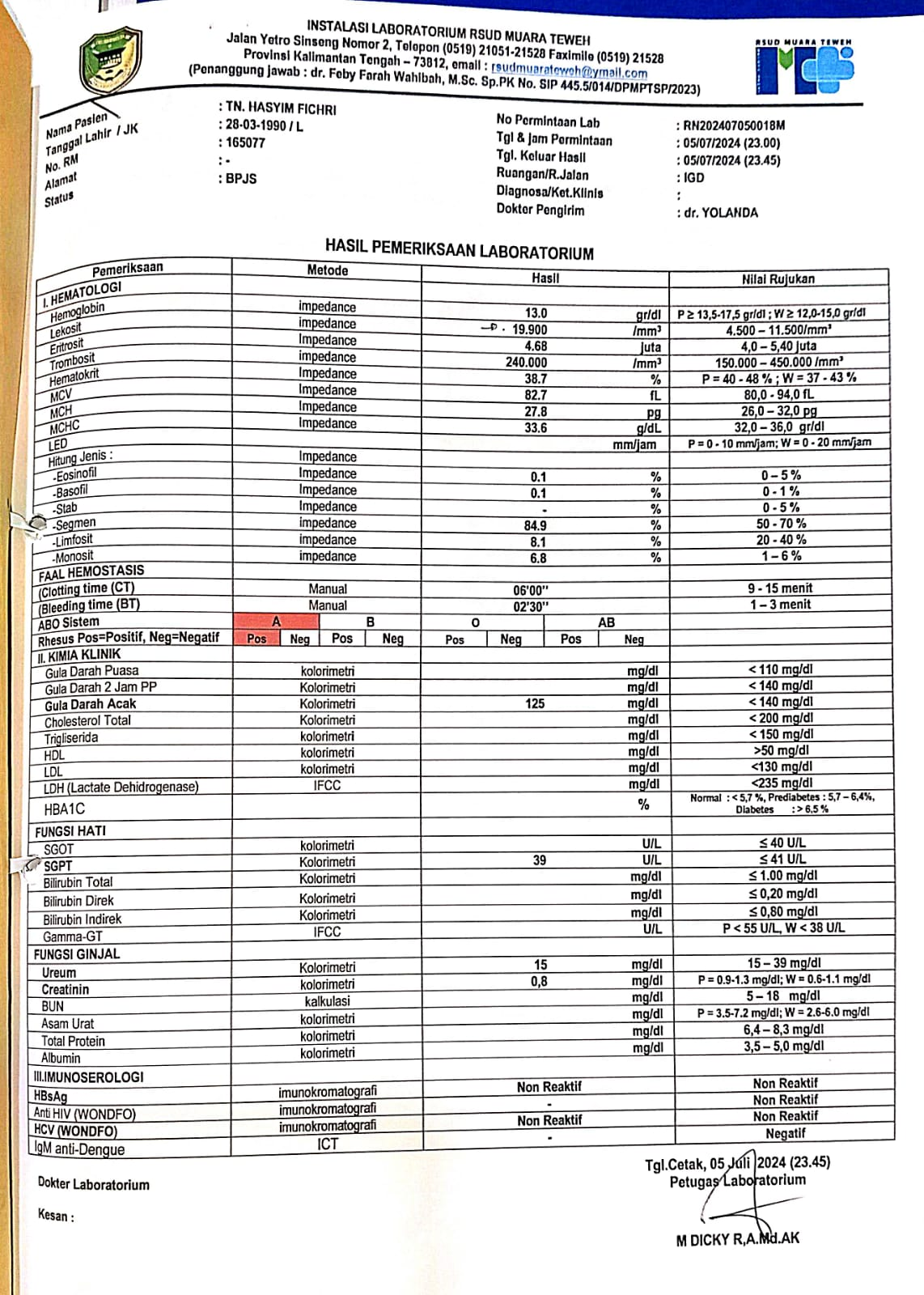
Jaringan parut : Tidak ada Turgor : Elastis

Suhu (akral) : Hangat

Kuku : Warna : Cappilary Refill Time (CRT) : < 2 Detik

Bentuk : **normal** / jari tabuh / lainnya

**PEMERIKSAAN PENUNJANG**



Pada tanggal 05 Juli 2024

**X-Ray Thorax**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

**Kesimpulan : Fraktur Os Fibula 1/3 proksimal**

**Fraktur communitive os tibia kanan 1/3 tengah**

**Entesepathy patella kanan**

**DIAGNOSA MEDIS DAN TERAPI PENGOBATAN**

**Terapi/ Pengobatan**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Nama Obat** | **Dosis** | **Indikasi Pemberian Obat** | **Kontraindikasi Obat** | **Efek Samping** | **Nursing Consideration** |
| 1. | RL | 20 tpm | Diberikan sebagai cairan rumatan atau perawatan lanjutan pada pasien yang dirawat di rumah sakit. | Riwayat alergi atau hipersensitivitas terhadap semua kandungan RL, yaitu natrium, klorida, kalium, kalsium, dan laktat. | Hiperkalemi, mengekspansi volume intavaskular, nyeri dada | 1. Kaji Alergi obat 2. Observasi setelah pemberian obat |
| 2 | Ketorolac | 30 mg | Ketorolac merupakan antiinflamasi non-steroid (OAINS) yang memiliki indikasi sebagai tata laksana nyeri akut intensitas sedang–berat | Pasien dengan gangguan ginjal berat atau pasien yang berisiko  menderita gagal ginjal.  Hipersensitif terhadap ketorolac trometamol, pernah menunjukkan reaksi alergi terhadap aspirin atau obat AINS lainnya | Ketorolac memiliki beberapa efek samping, antara lain perdarahan gastrointestinal, meningkatkan risiko penyakit kardiovaskular, dan reaksi hipersensitivitas |  |
| 2. | Ceftriazone | 1 gr | Obat ini digunakan untuk mengatasi berbagai infeksi bakteri seperti infeksi saluran pernafasan, infeksi saluran kemih, infeksi saluran cerna, infeksi kulit, infeksi tulang serta sendi, otitis media, gonorrhea, profilaksis sebelum operasi, dan meningitis. | Obat ini dikontraindikasikan pada pasien yang diketahui alergi terhadap kelompok antibiotik sefalosporin. | bengkak, kemerahan, dan rasa nyeri di tempat injeksi.  Demam.Panas dingin.Diare.Batuk.Sesak napas.Nyeri dada.Sakit tenggorokan.  Luka atau sariawan di bibir atau di mulut.Perdarahan atau memar yang tidak biasa. Kelelahan atau kelemahan yang tidak biasa | 1. Kaji Alergi obat 2. Observasi setelah pemberian obat |
| **Obat Pulang** | | | | | | | |
| 3 | cefixime | 200 mg  2x1  PO | cefixime bekerja dengan cara menghentikan pembentukan dinding sel bakteri yang dibutuhkan bakteri untuk bertahan hidup. Dengan begitu, jumlah bakteri dalam tubuh akan berkurang dan sistem kekebalan tubuh dapat melawan infeksi hingga tuntas. | Pasien dengan hipersensitivitas terhadap antibiotik dari golongan sefalosporin. | Sakit kepala atau pusing  Sakit maag atau sakit perut  Mual  Perut kembung  Diare | 1. Sampaikan tanda Alergi obat 2. Bila ada keluhan sampaikan ke pelayanan kesehtan terdekat/ saat kontrol |
| 4 | dexketoproven | 25 mg  2x1  PO | Dexketoprofen berfungsi untuk menekan produksi prostaglandin dengan menghambat aktivitas enzim cyclooxygenase. Prostaglandin menimbulkan gejala peradangan, termasuk nyeri dan bengkak, pada bagian tubuh yang sedang cedera atau rusak. Dengan berkurangnya produksi prostaglandin, efek yang ditimbulkannya juga akan berkurang. | penderita penyakit liver, porfiria, penyakit ginjal, lupus, kelainan darah, atau gangguan pembekuan darah, seperti hemofilia | Pusing  Sakit kepala  Kantuk  Vertigo  Mulut kering  Mual  Muntah  Diare atau malah sembelit  Sakit maag, nyeri ulu hati atau rasa panas di dada (heartburn) | 1. Kaji Alergi obat 2. Observasi setelah pemberian obat |

PENGKAJIAN POST OP

Data fokus post op tanggal 08 Juli 2024 Jam 10.00 wib

***Post Op***

Ektremitas

Edema : Ada

P: Post ORIF

Q: Nyeri seperti berdenyut

R: pada kaki sebelah kiri bawah

S: 5 (1-10)

T: Hilang timbul (nyeri bertambah ketika perubahan posisi)

Inspeksi: Terdapat luka tertutup elastis perban ±30 cm pada daerah tulang kering sebelah kanan

ANALISA DATA Post Op ORIF 08.07.2024

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No | Data | Etiologi | Masalah |
| 1 | Data Subjectif:  Pasien mengatakan ada rasa cenat cenut sakit seperti itu pada daerah luka operasi di kaki sebelah kanannya  Data Objectif:  Pasien post op H2  Luka operasi terbalut kasa steril ± 20 cm pada kaki bawah kanan  TD : 134/73 mmhg,  SPO2 99 %  Nadi : 98 x/m  Suhu : 37 ᵒC  Pernafasan : 20 x/m  P: Post ORIF  Q: Nyeri seperti berdenyut  R: kaki bawah sebelah kanan  S: Sedang (5)  T: Hilang timbul (nyeri bertambah ketika perubahan posisi)  Hasil Xray*:* | Agen pencedera Fisik (Pembedahan) | Nyeri Akut (D.0077) |
| 2 | Data Subjectif: -  Data Objectif:  elastis perban di buka tampak ada balutan perban tertutup rapat dengan Hypapix masih tampak bersih, tidak ada rembesan.  Saat di buka kassa paling atas kering dan kassa paling bawah yang berada d atas supratul tampak ada bekas darah dan cairan yang sudah mengering dan hanya sedikit lengket saat diangkat | Pembedahan ORIF | Risiko infeksi (D.0142)) |
| 3 | Data Subyektif: -  Data Obyektif:  Post op H2  pasien tampak keluar dari toilet, pasien berjalan mandiri dengan kaki sebelah kanan di angkat tidak menyentuh lantai dan pasien tanpa bantuan orang lain, namun sambil berpegangan di dinding dan handle toilet   |  |  | | --- | --- | | 5555 | 5555 | | Fr.tibia fibula post ORIF | 5555 | | kerusakan integritas struktur tulang | Gangguan mobilitas Fisik |

DIAGNOSA KEPERAWATAN POST ORIF

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik luka op (Pembedahan) (D.0077)
2. Risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasive (D.0142)
3. Gangguan mobilitas Fisik berhubungan dengan kerusakan integritas struktur tulang ( (D 0054)

TINDAKAN KEPERAWATAN

Diagnosa Keperawatan : Nyeri Akut berhubungan dengan Agen Pencedera Fisik luka op (Pembedahan)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nama Pasien | : | Tn. H |
| Usia | : | 34 thn |
| Pekerjaan | : | Karyawan swasta |
| Status | : | Menikah |
| Ruang Perawatan | : | Ruang Teratai |
| NRM | : | 16. 50. XX |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Kriteria Hasil | Intervensi | Rasional | Implementasi | Evaluasi |
| Tujuan:  Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama masa keperawatan diharapkan nyeri akut dapat teratasi dengan kriteria hasil:   1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis berkurang 3. Tekanan darah menurun   (L.08066) | Manajemen Nyeri (I.08238)  Observasi   1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Idenfitikasi respon nyeri non verbal 4. Monitor efek samping penggunaan analgetik   Terapeutik   1. Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (mis: TENS, hypnosis, akupresur, terapi music, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, Teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain) 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 3. Fasilitasi istirahat dan tidur 4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri   Edukasi   1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri 3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 4. Anjurkan menggunakan analgesik secara tepat 5. Ajarkan Teknik farmakologis untuk mengurangi nyeri   Kolaborasi  Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu | Observasi :   1. Untuk mengetahui lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri. 2. Agar kita mengetahui tingkat cedera yang dirasakan oleh pasien 3. Agar kita mengetahui tingkatan nyeri yang sebenarnya dirasakan pasien 4. Agar ketika timbul ciri-ciri abnormal pada tubuh pasien kita dapat menghentikan pemberian obat analgetik itu sendiri   Terapeutik :   1. Agar dapat mengurangi rasa nyeri yang dirasakan oleh pasien dengan menggunakan cara nonfarmakologis 2. Agar nyeri yang dirasakan oleh pasien tidak menjadi lebih buruk 3. Agar kebutuhan tidur pasien terpenuhi 4. Agar tindakan yang akan kita berikan sesuai dengan jenis nyeri dan sumber dari nyeri itu sendiri serta dapat mengurangi rasa nyeri yang dirasakan oleh klien   Edukasi :   1. Agar pasien dapat menghindari penyebab dari nyeri yang dirasakan 2. Agar pasien dapat meredakan nyeri secara mandiri ketika sudah pulang dari rumah sakit 3. Agar ketika nyeri yang dirasakan klien mulai parah dia dapat memberitahu keluarga atau bahkan tenaga medis agar mendapat penanganan segera 4. Agar pasien dapat menghilangkan rasa nyeri itu dengan menggunakan obat analgesik yang sesuai dengan nyeri yang dirakan pasien   Kolaborasi :  1. Agar rasa nyeri yang dirasakan pasien dapat dihilangkan atau dikurangi | Manajemen Nyeri (I.08238)   1. Mengdentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Mengidentifikasi skala nyeri 3. Mengidenfitikasi respon nyeri non verbal   Terapeutik dan edukasi   1. Memberikan dan mengajarkan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (10.10 wib): perawat mengajarkan Teknik napas dalam dan metode pengalihan nyeri dengan mengubah posisi kaki senyaman mungkin 2. Mempertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri (14.15 wita) 3. Mejelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri (14.30 wita): perawat menjelaskan 4. Menganjurkan memonitor nyeri secara mandiri (14.34 wita)   Kolaborasi   1. Pemberian ketorolav terjadwal | Evaluasi dilakukan Pukul 12.30 WIB  S:  Pasien mengatakan nyeri berkurang setelah diberikan obat anti nyeri lewat suntikan,pasien mengatakan skala nyerinya 4  O: Skala nyeri 4   * TD: 120/80 mmHg * N: 92 x/ menit   A: Nyeri akut belum teratasi Sebagian  P:   1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri 4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri 5. Kolaborasi Pemberian ketorolav terjadwal |

Diagnosa Keperawatan : Risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasive

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Kriteria Hasil | Intervensi | Rasional | Implementasi | Evaluasi |
| Tujuan:  Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 x 24 jam diharapkan tidak ada infeksi dengan kriteria hasil:  1.Nyeri menurun  2.Bengkak menurun | Tindakan  Observasi  1)Monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistematik  Terapeutik  1)Berikan perawatan luka kulit pada area edema  2)Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien  3)Pertahankan Teknik aseptic pada pasien berisiko tinggi  Edukasi  1)Jelaskan tanda dan gejala infeksi ( leaflet rawat luka )  2)Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar  3)Ajarkan cara memeriksa kondisi luka operasi  4)Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi (leaflet nutrisi) | Observasi   1. Dapat mengetahui tanda dan gejala infeksi pada pasien   Terapeautik  1. Pencegahan infeksi pada luka operasi dan daerah yg edema  2.Teknik Mencegah infeksi seminimal mungkin dengan mencuci  3.Memberi edukasi ttg gejala infeksi untuk meningkatkan pengetahuan pasien  Edukasi   1. meminimalkan risiko infeksi dari tangan dengan mencuci tangan dengan langkah yang benar 2. memberikan informasi dan menambah pengetahuan pasien mengenai kondisi lukanya 3. mempercepat penyembuhan luka | Pencegahan infeksi (I.14539)  observasi  1)memonitor tanda dan gejala infeksi local dan sistematik  Terapeutik  1)memberikan perawatan luka kulit pada area edema dengan membersihkan dengan NACL 0,9 %  2)Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien  3)Mempertahankan Teknik aseptic pada pasien berisiko tinggi  Edukasi  1)Menjelaskan tanda dan gejala infeksi ( leaflet rawat luka )  2)Mengajarkan cara mencuci tangan dengan benar  3)Mengajarkan cara memeriksa kondisi luka operasi  4)Menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi (leaflet nutrisi) | Evaluasi dilakukan pada pukul 10.05 Wib  S: -  O: Luka post Op orif tampak terbalut elastis perban tidak terdapat cairan merembes ke elastis perban , saat di buka perban luka bagian atas kering, dan bagian lapisan di atas sufratul tampak ada bekas darah sudah mengering dan lengket sedikit saat di buka  Pasien post op H2  A: Risiko infeksi teratasi Sebagian  P: lanjutkan intervensi  1)Monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistematik  2)Berikan perawatan luka kulit pada area edema  3)Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien  4)Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar  5)Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi |

Diagnosa Keperawatan : Gangguan mobilitas Fisik berhubungan dengan kerusakan integritas struktur tulang

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Kriteria Hasil | Intervensi | Rasional | Implementasi | Evaluasi |
| Tujuan:  Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x 24 jam di harapkan kemampuan gerak fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri tercapai dengan :  1). Rentang gerak meningkat  2). Gerakan terbatas menurun | Dukungan Ambulasi (I.06171)  Tindakan  Observasi  1.identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya  2. Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi  3. Monitor kondisi umum selama melakukan ambulasi  Terapeutik   1. Fasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu ( kruk) 2. Fasilitasi melakukan mobilisasi fisik, jika perlu 3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi   Edukasi   1. Anjurkan ambulasi sederhana yang harus di lakukan ( berjalan dari tempat tidur ke kemar mandi, berjalan sesuai toleransi) | Observasi   1. Untuk mengetahui nyeri yang di rasakan dan bila ada keluhan lain lain yang berhubungan dengan nyeri pada bagian luka operasi 2. Mengetahui rentang kemampuan pasien melakukan ambulasi secra mandiri 3. Mengetahui kondisi pasien secara keseluruhan saat melakukan ambulasi   Terapeautik   1. Membantu pasien melakukan ambulasi dengan alat bantu jalan 2. Membantu pasien untuk berpindah 3. Sebagai sumber motivasi ambulasi pasien sehingga pasien dan keluarga saling mendukung tingkat kemampuan pasien   Edukasi   1. Memberikan motivasi yang dapat di lakukan mandiri tanpa bantuan dan alat bantu. | Tindakan  Observasi  1.Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya  2. Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi  3. Memonitor kondisi umum selama melakukan ambulasi  Terapeutik   1. memfasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu ( kruk) 2. memfasilitasi melakukan mobilisasi fisik, jika perlu 3. melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi   Edukasi   1. menganjurkan ambulasi sederhana yang harus di lakukan ( berjalan dari tempat tidur ke kemar mandi, berjalan sesuai toleransi) | Evaluasi dilakukan pada pukul 10.10 Wib  S: klien mengatakan mampu berpindah dan turun bed sendiri.  O: pasien tampak menggeserkan tubuh dan mengangkat kakinya sendiri saat perawat melakukan vital sign dan perawatan luka  A ; gangguan mobilitas fisik teratasi Sebagian  P:lanjutkan intervensi   1. Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi 2. memfasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu ( kruk) 3. menganjurkan ambulasi sederhana yang harus di lakukan ( berjalan dari tempat tidur ke kemar mandi, berjalan sesuai toleransi) |

**Catatan Perkembangan**

Diagnosa Keperawatan : Nyeri Akut berhubungan dengan Agen Pencedera Fisik luka op (Pembedahan)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Hari/ Tanggal | Evaluasi | TTD |
| Selasa,  09 Juli 2024  PKL 09.00 WIB | S: Pasien mengatakan nyeri berkurang di bandingkan hari kemaren, dengan skala nyeri 3, rasa cenat cenut nya hanya pada saat tertentu saja  O:   * Pasien post op H3 * Nadi: 80 x/menit * TD: 120/75 mmHg * Skala Nyeri 3 * P: Post ORIF * Q:Nyeri berdenyut * R: kaki bawah seb kanan * S: ringan (3) * T: pada saat tertentu saja   A: Nyeri akut teratasi sebagian  P: Lanjutkan Intervensi  1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri  2. Identifikasi skala nyeri  3. Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri  4. Kolaborasi Pemberian ketorolac injeksi terjadwal |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Hari/ Tanggal | Evaluasi | TTD |
| Rabu,  10 Juli 2024  Pukul 09.00 | S: Pasien mengatakan nyeri sangat berkurang jauh sejak awal masuk dan setelah operasi, nyut-nyut di luka operasi hampir tidak ada walau kaki dipindah posisikan  O:   * Pasien post op H4 * Nadi: 68 x/menit * TD: 110/75 mmHg * Skala Nyeri 2 * P: Post ORIF * Q:Nyeri berdenyut * R: luka op pada kaki sebelah kanan * S: ringan * T: tidak menentu waktu nya   A: Nyeri akut teratasi Sebagian  P: Lanjutkan Intervensi   1. Manajemen nyeri dirumah dengan rutin meminum obat anti nyeri dan melakukan relaksasi distraksi 2. Persiapan Pasien pulang : Discharge Planning  * Kontrol ke Poli bedah hari Jumat 12 Juli 2024 * Minum obat :   Cefixime 2 x 200 mg/ hari (Minum sampai tuntas) Antibiotik  Dexketoprofen 2 x 25 mg   * Konsumsi makanan sehat Tinggi kalori Tinggi Protein (ikan, daging telor,tempe, nasi, kurangi makanan yang di goreng) * Saran Gunakan Kruk saat berjalan |  |

Diagnosa Keperawatan : Risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasive

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Hari/ Tanggal | Evaluasi | TTD |
| Rabu,  09 Juli 2024  Pukul 09.00 | S: Pasien mengatakan perban lukanya tidak basah dan terasa masih terbalut kuat seperti di pasang kemaren  O: Luka daerah operasi terbalut elastis perban dari bagian distal ankle kaki ke arah proksimal bawah patella tanpa ada rembesan terlihat, bengkak masih ada pada daerah punggung kaki dan patella  A: Risiko Infeksi teratasi sebagian  P: Lanjutkan Intervensi pencegahan infeksi  1)Monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistematik  2)Berikan perawatan luka kulit pada area edema  3)Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien  4)Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi untuk mempercepat penyembuhan luka operasi |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Hari/ Tanggal | Evaluasi | TTD |
| Rabu,  10 Juli 2024  Pukul 09.00 | S:-  O: Luka post Op orif tidak terdapat cairan merembes di elastis perban pada saat kassa dibuka luka jahitan terlihat kering, ditekan pun tidak ada cairan dan darah yang keluar, namun kaki tampak masih bengkak  A: Risiko Infeksi teratasi sebagian  P: Lanjutkan Intervensi pencegahan infeksi   1. Melakukan Perawatan Luka saat control dan pasang elastis perban dari daerah distal sampai bagian proksimal bawah lutut 2. Melakukan pencegahan infeksi dirumah dengan menjaga kebersihan tubuh, lingkungan kebersihan tangan 3. Edukasi peningkatan nutrisi untuk mempercepat penyembuhan luka 4. Pemberian antibiotic cefixime 2x 200 mg per oral 5. Persiapan pasien pulang Saat pasien dipulangkan risiko infeksi tidak terjadi :  * Jaga kebersihan tubuh dan area operasi * Makan makanan bergizi * Gunakan kruk untuk berjalan * Kontrol untuk rawat luka tgl 12 juli 2024 di Poli bedah Rumah Sakit |  |

Diagnosa Keperawatan : Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan kerusakan integritas struktur tulang

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Hari/ Tanggal | Evaluasi | TTD |
| Rabu,  09 Juli 2024  Pukul 09.00 | S: klien mengatakan mampu berpindah dan turun bed sendiri, namun masih berpegangan karena kaki sebelah kanan belum di bolehkan menumpu ke lantai  O: pasien tampak berpindah dari kursi penunggu ke bed dengan sambil berpegangan di pinggir kursi dan mencapai bed  Kekuatan otot   |  |  | | --- | --- | | 5555 | 5555 | | Fr.tibia fibula post ORIF | 5555 |  * Pasien post op H3 * Nadi: 80 x/menit * TD: 120/75 mmHg   A: Masalah teratasi sebagian  P: Lanjutkan Intervensi   1. memfasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu ( kruk) 2. menganjurkan ambulasi sederhana yang harus di lakukan ( berjalan dari tempat tidur ke kemar mandi, berjalan sesuai toleransi) |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Hari/ Tanggal | Evaluasi | TTD |
| Rabu,  10 Juli 2024  Pukul 09.00 | S: klien mengatakan mampu melakukan aktivitas namun belum di bolehkan menumpukan kaki ke lantai, anjuran spesialisnya untuk menggunakan kruk saat pulang  O:  Kekuatan otot   |  |  | | --- | --- | | 5555 | 5555 | | Fr.tibia fibula post ORIF | 5555 |   Ttv post op H4  Nadi: 68 x/menit  TD: 110/75 mmHg  A: Masalah teratasi sebagian  P: Lanjutkan Intervensi   1. memfasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu ( kruk) saat di rumah sampai dengan kontrol pada tgl 12 Juli di Poli Bedah, dan ikuti anjuran dokter untuk Langkah selanjutnya 2. selama di rumah jangan berpindah dengan menumpukan kaki ke lantai , tetap menggunakan kruk atau berpegangan. 3. Posisi kaki kanan saat tidur dan berebah lebih tinggi dari jantung. |  |

3.Lampiran Jurnal Pendukung









