**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn. N DENGAN DIAGNOSA MEDIS OTHER SPONTAN DISRUPTION OF LIGAMENT (S) OF KNEE CAPSULAR LIGAMENT DIRUANG GI RSPAL Dr. RAMELAN SURABAYA**



**OLEH:**

**CASRODI**

**1920048**

**PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH SURABAYA**

**TA. 2021/2022**

**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn. N DENGAN DIAGNOSA MEDIS OTHER SPONTAN DISRUPTION OF LIGAMENT (S) OF KNEE CAPSULAR LIGAMENT DIRUANG GI RSPAL Dr. RAMELAN SURABAYA**

**Karya Ilmiah Akhir ini diajukan sebagai satu syarat**

**Untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawtan**



**OLEH:**

**CASRODI**

**1920048**

**PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH SURABAYA**

**TA. 2021/2022**

**SURAT PERNYATAAN**

Saya yang bertanda tangan dibawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa karya tulis ini saya susun tanpa melakukan plagiat sesuai dengan peraturan yang berlaku di STIKES Hang Tuah Surabaya.

Jika kemudian hari ternyata saya melakukan tindakan plagiat, saya akan bertanggung jawab sepenuhnya, dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh STIKES Hang Tuah Surabaya.

|  |
| --- |
| Surabaya, 29 Januari 2022CASRODINIM. 1920048 |

**HALAMAN PERSETUJUAN**

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa :

Nama : CASRODI

Nim : 192.0048

Program Studi : D-III Keperawatan

Judul : Asuhan Keperawatan pada Tn. N dengan diagnosa medis Other Spontan Disruption Of Ligament (S) Of Knee Capsular Ligamen Diruang G1 RSPAL dr. RAMELAN Surabaya

Serta perbaikan – perbaikan sepenuhnya maka kami menganggap dan dapat menyetujui bahwa karya tulis ini diajukan dalam sidang guna memenuhi sebagian persyaratan untuk memperoleh gelar

**AHLI MADYA KEPERAWATAN (A.Md.kep)**

Surabaya, Februari 2022

**Pembimbing**

**Dian Satya Rahmawati,S kep Ns M Kep**

**NIP. 03008**

Ditetapkan di : STIKES Hang Tuah Surabaya

Tanggal : Februari 2022

**HALAMAN PENGESAHAN**

Karya Tulis Ilmiah dari :

Nama : CASRODI

NIM : 192.0048

Program Studi : D-III Keperawatan

Judul : Asuhan Keperawatan pada Tn. N dengan diagnosa medis Other Spontan Disruption Of Ligament (S) Of Knee Capsular Ligamen Diruang G1 RSPAL dr. RAMELAN Surabaya

Telah dipertahankan diharapkan dewan sidang Karya Tulis Ilmiah Stikes Hang Tuah Surabaya, Pada :

Hari,tanggal : Rabu, Februari 2022

Bertempat di : STIKES Hang Tuah Surabaya

Dan dinyatakan **LULUS** dan dapat diterima sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar AHLI MADYA KEPERAWATAN pada prodi D-III keperawatan STIKES Hang Tuah Surabaya.

**Penguji I : Dwi Priyantini., S.Kep., Ns., M.Sc (................)**

 **NIP.**

**Penguji II : Ami Ardianti., S.Kep., Ns., M.Tr.Kep (................)**

 **NIP. 197901242006042001**

**Penguji III : Dian Satya Rahmawati,S kep Ns M Kep (................)**

 **NIP. 03008**

**Mengetahui**

**STIKES Hang Tuah Surabaya**

**Ka Prodi D-III Keperawatan**

**Dya Sustrami. S.Kep.,Ns.,M.Kes,**

**NIP. 03.007**

Ditetapkan di : STIKES Hang Tuah Surabaya

Tanggal : Februari 2022

# KATA PENGANTAR

Segala puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT Yang Maha Esa, atas limpahan karunia dan hidayahnya sehingga penulis dapat menyusun karya ilmiah akhir yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada” Tn N Dengan Diagnosa Medis Other SpontaDisruption Of LigameOf Knee Capsular Ligament Diruang Gi RSPAL Dr.Ramelan Surabaya, dapat selesai sesuai waktu yang telah ditentukan.

Karya tulis ilmiah akhir ini disusun sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan di Progam D3 Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya Karya ilmiah akhir ini disusun dengan memanfaatkan berbagai literatur serta mendapatkan banyak pengarahan dan bantuan dari berbagai pihak, penulis menyadari tentang segala keterbatasan kemampuan dan pemanfaatan literatur, sehinggga karya ilmiah akhir ini di buat dengan sangat sederhana baik dari segi sistematika maupun isinya jauh dari sempurna.

Dalam kesempatan kali ini, perkenankanlah peneliti menyampaikan rasa terimakasih, rasa hormat dan penghargaan kepada:

1. Laksamana Pertama TNI dr.Radito Soesanto, SP.THT.-KL,Sp,KL selaku Direktur Rumah Sakit Pusat Angkatan Laut Dr. Ramelan Surabaya.
2. Laksamana Pertama TNI (Pur) Dr A.V Sri Suhardiningsih S.Kep.,M.Kes selaku Ketua Stikes Hang Tuah Surabaya atas kesempatan dan fasilitas yang diberikan kepada penulis untuk menjadi mahasiswa D3 Keperawatan.
3. Ibu Day sustrami S. Kep,Ns,M.Kes., selaku Kepala Program Studi D3 Keperawatan Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan untuk mengikuti dan menyelesaikan Program Studi D3 Keperawatan
4. Ibu Dian Stya Rachmawati .S.Kep.,NS.,M.Kep selaku penguji,I terrima kasih atas arahan, kritikan dan saran yang telah diberikan dalam penyusunan dan penyelesaian karya ilmiah akhir ini.
5. Ibu Ami Ardianti ,S.Kep.Ns,M.Kep. selaku pembimbing II yang penuh kesabaran dan perhatian memberikan pengarahan dan dorongan moril dalam penyusunan karya ilmiah ini.
6. Ibu/bapak selaku Kepala Perpustakaan di Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah menyediakan sumber pustaka dalam penyusunan karya ilmiah akhir ini.
7. Ibu Yatmi dan ayah(Alm) tercinta beserta keluarga yang senantiasa mendoakan dan memberi semangat setiap hari.
8. Teman-teman sealmamater dan semua pihak yang telah membantu kelancaran dalam penyusunan karya ilmiah akhir ini.

Semoga budi baik yang telah diberikan penulis mendapatkan balasan dari Allah Yang Maha Pemurah. Akhirnya penulis berharap bahwa karya ilmiah akhir ini bermanfaat bagi kita semua. Aamiin Ya Robbal Alamin.

Surabaya, 29 Januari 2022

**DAFTAR ISI**

**KARYA TULIS ILMIAH i**

**SURAT PERNYATAAN ii**

**HALAMAN PERSETUJUAN iii**

**HALAM PENGESAHAN iv**

**KATA PENGANTAR vi**

**DAFTAR ISI viii**

**DAFTAR TABEL**  **ix**

**DAFTAR GAMBAR**  **x**

**DAFTAR LAMPIRAN xi**

**BAB 1 PENDAHULUAN 1**

* 1. Latar Belakang 1
	2. Rumusan Masalah 2
	3. Tujuan Penulisan 2
	4. Manfaat Penelitian 3
	5. Metode Penulisan 4
	6. Sistematika Penulisan 5

**BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA 7**

* 1. Konsep Penyakit 7
	2. Asuhan Keperawatan 18
	3. Pelaksanaan 29
	4. Evaluasi 29
	5. Kerangka masalah 30

**BAB 3 TINJAUAN KASUS 31**

3.1 Pengkajian 31

3.2 Analisa Data 42

3.3 Prioritas Masalah 44

3.4 Intervensi Keperawatan 45

3.5 Implementasi Keperawatan 50

**BAB 4 PEMBAHASAN 62**

4.1 Pengkajian 62

4.2 Diagnosa Keperawatan 63

4.3 Perencanaan 64

4.4 Pelaksanaan 64

4.5 Evaluasi 65

**BAB 5 PENUTUP 70**

5.1 Simpulan 70

5.2 Saran 71

**DAFTAR PUSTAKA 73**

**DAFTAR TABEL**

Tabel 2.4 Rencana Keperawatan teori 23

Tabel 3.1 Pemeriksaan Penunjang 39

Tabel 3.2 Terapi obat 40

Tabel 3.3 Analisa Data 42

Tabel 3.3 Prioritas Masalah 44

Tabel 3.4 Intervensi Keperawatan 45

Tabel 3.5 Implementasi Keperawatan 50

**DAFTAR GAMBAR**

**Gambar 2.1.1** Anatomi Patela 8

**Gambar 2.2.7** Kerangka Masalah 30

**DAFTAR LAMPIRAN**

Lampiran 1 7

**BAB 1**

**PENDAHULUAN**

* 1. **Latar belakang**

Rupture Anterior Cruciate Ligamen ialah robeknya ligamen sendi lutut yang bisa disebabkan karena adanya trauma, baik trauma langsung seperti adanya benturan langsung pada lutut maupun trauma tidak langsung seperti misalnya berlebihan kearah ekstensi. Bukan hanya dari kalangan atlit saja tetapi cidera ini juga bisa terjadi pada non atlit. Biasanya pada non atlit cidera ini terjadi disebabkan karena adanya trauma tidak langsung seperti terpeleset dari tangga dengan posisi yang salah. Karena hal tersebut menyebabkan kestabilan sendi lutut berkurang sehingga fungsional lutut juga akan mengalami penurunan. Rupture tersebut akan menyebabkan kelemahan otot, cidera meniscus, nyeri atau perasaan tidak nyaman pada sendi lutut dalam jangka panjang (Di, Ir and Sukoharjo, 2019).

Cedera terkait olahraga 60% terjadi pada tungkai bawah. Salah satunya adalah kerobekan ligamen terutama pada lutut dengan tingkat kejadian sebesar 16% (Maralisa *et al.*, 2020). Salah satu ligamen pada lutut yang sering mengalami cedera adalah ligament anterior cruciatem (ACL) .Cedera ACL sering terjadi pada kegiatan olah raga yang pada dasarnya terdapat gerakan jongkok ,memutar,menghentikan gerakan.dan melompat (Maralisa *et al.*, 2020).

Sendi lutut merupakan salah satu sendi yang sering mengalami cidera. Cidera pada lutut bisa menyebabkan patah tulang pembentuk sendi lutut maupun kerusakan jaringan ikat di lutut, seperti ligamen.

Pada lutut, terdapat empat jenis ligamen utama yang menghubungkan tulang-tulang di sendi lutut dan menjaga stabilitas sendi lutut. Ligamen-ligamen tersebut adalah: ACL (Anterior Cruciate Ligament), PCL (Posterior Cruciate Ligament), LCL (Lateral Collateral Ligament), dan MCL (Medial Collateral Ligament). Dari keempat ligamen tersebut, ACL adalah ligamen yang paling sering mengalami cidera.(Maralisa *et al.*, 2020).

Menurut WHO (World Healt Organisation ) masalah cedera pada anak dan remaja dewasa merupakan kesehatan utama di masyarakat sekitar 42,2%.Cedera ACL merupakan cedera ligamen pada lutut yang terbanyak yang di alami oleh masyarakat (olahragawan) maupun atlit sebanyak 200.000 kasus rupturACL terjadi di amerika serikat pertahun yna dengan 100.000 diantaranya melakukan rekontruksi (Megaputera, 2016). Data dari jawa timur kasus ruptur ini klien rawat inap sebanyak 903 orang dan menjalani rawat jalan 500 orang. Data dari RSPAL DR. RAMELAN SURABAYA yang kami temukan selama praktek satu minggu sekitar 350 orang yang mengalami kasus ruptur dan menjalani operasi.

**Penyebab Cedera Ligamen Lutut Anterior**Ligamen lutut anterior adalah ligamen yang bersilangan di tengah lutut. Ligamen lutut anterior berfungsi untuk menghubungkan tulang paha bagian bawah dengan tulang kering. Ligamen ini akan menjaga stabilitas lutut. Cedera ligamen lutut anterior sering terjadi saat seseorang melakukan gerakan olahraga yang menimbulkan tekanan pada lutut. Gerakan-gerakan yang berisiko menimbulkan ACL antara lain: Bergerak dengan cepat lalu berhenti tiba-tiba, Mengubah arah gerakan kaki dan lutut secara mendadak, Mengubah posisi dari diam ke posisi melompat atau berputar secara mendadak, Merenggangkan lutut yang terlalu berlebihan, Melakukan lompatan dan mendarat dengan posisi kaki yang tidak pas, Mendapatkan tabrakan atau benturan di area lutut, misalnya mendapatkan tackle saat bermain sepak bola (Muhammad Ikhwan Zein, 2013).

Peran perawat salah satunya adalah memberi pendidikan dan penyedia layanan kesehatan, sangat penting pasien mengetahui menyebab terjadinya ruptur ini. sehingga perawat melakukan pengkajian terhadap pasien tentang kondisinya, membentuk suatu diagnosa keperawatan tentang kondisi pasien, merencanakan tindakan yang akan dilakukan kepada pasien, melakukan tindakan kepada pasien, mengevaluasi kondisi pasien, mendokumentasikan kondisi pasien.

* 1. **Rumusan Masalah**

Untuk mengetahui lebih lanjut dari perawatan penyakit ini maka penulis akan melakukan kajian lebih lanjut dengan melakukan asuhan keperawatan dengan membuat rumusan masalah sebagai berikut “Bagaimanakah asuhan keperawatan pada Tn. N dengan diagnose medis Other Spontan Disruption Of Ligament (S) Of Knee Capsular Ligamen di ruang G1 RSPAL DR. RAMELAN SURABAYA”

* 1. **Tujuan Penelitian**
		1. **Tujuan Umum**

Melakukan asuhan keperawatan pada Tn. N secara mendalam yang dihubungkan dengan penyakitnya melalui proses asuhan keperawatan diagnosis medis Other Spontan Disruption Of Ligament (S) Of Knee Capsular Ligamen di ruang G1 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

* + 1. **Tujuan Khusus**
1. Mahasiswa mampu mengkaji pasien dengan diagnosis medis Other Spontan Disruption Of Ligament (S) Of Knee Capsular Ligamen di Ruang G1 RSPAL Dr. Ramelan surabaya.
2. Mahasiswa mampu merumuskan diagnosa keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis Other Spontan Disruption Of Ligament (S) Of Knee Capsular Ligamen di Ruang G1 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.
3. Mahasiswa mampu merencanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis Other Spontan Disruption Of Ligament (S) Of Knee Capsular Ligamen di Ruang G1 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.
4. Mahasiswa mampu melaksanakan asuhan keperawatan dengan diagnosa medis Other Spontan Disruption Of Ligament (S) Of Knee Capsular Ligamen di Ruang G1 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.
5. Mahasiswa mampu mengevaluasi pasien dengan diagnosa medis Other Spontan Disruption Of Ligament (S) Of Knee Capsular Ligamen di Ruang G1 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.
6. Mahasiswa mampu mendokumentasikan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis Other Spontan Disruption Of Ligament (S) Of Knee Capsular Ligamen di Ruang G1 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.
	1. **Manfaat**

Terkait dengan tujuan, maka tugas akhir ini diharapkan dapat memberikan manfaat :

1. Akademis, hasil karya tulis ilmiah ini merupakan sumbangan bagi ilmu pengetahuan khususnya dalam hal asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis Other Spontan Disruption Of Ligament (S) Of Knee Capsular Ligamen
2. Secara praktis, tugas akhir ini akan bermanfaat bagi :
3. Bagi pelayanan keperawatan di rumah sakit

Hasil karya tulis ilmiah ini, dapat menjadi masukan bagi pelayanan di rumah sakit agar dapat melakukan asuhan keperawatan pasien dengan diagnosa medis Other Spontan Disruption Of Ligament (S) Of Knee Capsular Ligamen dengan baik.

1. Bagi peneliti

Hasil penelitian ini dapat menjadi salah satu rujukan bagi peneliti berikutnya, yang akan melakukan karya tulis ilmiah pada asuhan keperawatan pada pasien Other Spontan Disruption Of Ligament (S) Of Knee Capsular Ligamen*.*

1. Bagi profesi kesehatan

Sebagai tambahan ilmu bagi profesi keperawatan dan memberikan pemahaman yang lebih baik tentang asuhan keperawatan pada pasien Other Spontan Disruption Of Ligament (S) Of Knee Capsular Ligamen*.*

* 1. **Metode Penulisan**
1. **Metode**

Metode deskriptif yaitu metode yang sifatnya mengungkapkan peristiwa atau gejala yang terjadi pada waktu sekarang yang meliputi studi kepustakaan yang mempelajari, mengumpulkan, membahas data dengan studi pendekatan proses keperawatan dengan langkah-langkah pengkajian, diagnosis, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi

1. **Teknik Pengumpulan Data**
2. Wawancara

Data diambil atau diperoleh melalui percakapan baik dengan klien, keluarga maupun tim kesehatan lain.

1. Observasi

Data yang diambil melalui percakapan baik dengan klien, keluarga maupun tim kesehatan lain.

1. Pemeriksaan

Meliputi pemeriksaan fisik dan laboratorium yang dapat menunjang menegakkan diagnosa dan mpenanganan selanjutnya.

1. **Sumber data**
2. Data Primer

Data primer adalah data yang diperoleh dari klien.

1. Data Sekunder

Data sekunder adalah data yang diperoleh dari keluarga atau orang terdekat klien, catatan medik perawat, hasil-hasil pemeriksaan dan tim kesehatan lain.

1. **Studi Kepustakaan**

Studi kepustakaan yaitu mempelajari buku sumber yang berhubungan dengan judul karya tulis ilmiah dan masalah yang dibahas.

* 1. **Sistematika Penulisan**

Supaya lebih jelas dan lebih mudah dalam mempelajari dan memahami karya tulis ilmiah ini, secara keseluruhan di bagi menjadi tiga bagian, yaitu :

1. Bagian awal, memuat halaman judul, persetujuan komisi pembimbing, pengesahan, motto dan persembahan, kata pengantar, daftar isi.
2. Bagian inti, terdiri dari lima bab, yang masing-masing bab terdiri dari sub bab berikut ini :

BAB 1 : Pendahuluan, berisi tentang latar belakang masalah, tujuan, manfaat penelitian dan sistematika penulisan karya tulis ilmiah.

BAB 2 : Tinjauan pustaka, berisi tentang konsep penyakit dari sudut medis dan asuhan keperawatan klien dengan diagnosa Other Spontan Disruption Of Ligament (S) Of Knee Capsular Ligamen, serta kerangka masalah.

BAB 3 : Tinjauan kasus berisi tentang deskripsi data hasil pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

BAB 4 : Pembahasan berisi tentang perbandingan antara teori dengan kenyataan yang ada di lapangan.

BAB 5 : Penutup, berisi tentang simpulan dan saran.

1. Bagian akhir terdiri dari daftar pustaka dan lampiran

**BAB 2**

**TINJAUAN PUSTAKA**

Dalam bab 2 ini akan diuraikan secara teoritis mengenai konsep terjadinya ruptur dan asuhan keperawatan pada pasien Tn. N dengan diagnosa medis Other Spontan Disruption Of Ligament (S) Of Knee Capsular Ligamen. Konsep dasar terjadinya ruptur akan diuraikan dalam definisi, anatomi, etiologi, gejala klinik, patofisiologi, diagnosa medis, serta penanganan secara medis. Pada konsep asuhan keperawatan akan diuraikan tentang masalah – masalah keperawatan dalam mengenai Other Spontan Disruption Of Ligament (S) Of Knee Capsular Ligamen yang dirangkum dalam pengkajian, analisa data, diagnosa, perencanaan keperawatan, tindakan keperawatan dan evaluasi.

* 1. **Konsep terjadinya Ruptur**
		1. **Anatomi dan Fisiologi**

Sendi lutut atau knee joint merupakan salah satu sendi terbesar dalam tubuh, sendi ini merupakan sendi yang kompleks. Gerakan yang ada pada sendi lutut ini yaitu menekuk dan meluruskan serta membantu setiap pergerakan seperti berjalan,berlari dan berjongkok (Anggoro & Wulandari, 2019).

Gambar 2.1 Anatomi sendi lutut (Pratama, 2019)

* + 1. **Definisi Ruptur**

Ruptur ACL adalah robeknya ligament anterior cruciatum yang menyebabkan sendi lutut menjadi tidak stabil sehingga tulang tibia bergeser secara bebas. Ruptur ACL sering terjadi pada olahraga high-impact, seperti sepak bola, futsal, bola voli, tenis, bulutangkis, bola basket dan olahraga lain seperti beladiri (McMillan, 2013). Sebagian besar cedera ACL memerlukan tindakkan operasi. Standar operasi rekonstruksi ACL yang biasa dipakai adalah teknik arthroskopi (Edwards, 2010).

Anterior Cruciate Ligament (ACL) adalah salah satu dari 4 ligamen utama yang menstabilisasi sendi lutut. Ligamen ini terdiri dari jaringan fibrosa yang menyerupai tambang yang berkoneksi dengan tulang di persendian. ACL mencegah tulang bagian bawah (tibia) dari pergeseran yang berlebihan dan menstabilisasi lutut untuk melakukan berbagai aktivitas (McMillan, 2013).

* + 1. **Etilogi**

Penyebab cedera ACL dapat ditimbulkan oleh berbagai aktivitas (tidak hanya aktivitas olahraga). Penyebab cedera berdasarkan betapa sering aktivitas tersebut menyebabkan cedera ACL dapat dikelompokkan sebagai berikut : 1. Gerakan Berputar yang terlalu cepat dan tidak normal (Non-Contact) 2. Lutut berpilin saat mendarat 3. Kontak atau benturan langsung(Diktat Anatomy, 2012).

* + 1. **Manifestasi klinis**

Pasien selalunya merasa atau mendengar bunyi "pop" di lutut pada saat cedera yang sering terjadi saat mengganti arah, pemotongan, atau pendaratan dari melompat (biasanya kombinasi hiperekstensi /poros). Ketidakstabilan mendadak di lutut (lutut terasa goyah). Hal ini bisa terjadi setelah lompatan atau perubahan arah atau setelah pukulan langsung ke sisi lutut. Nyeri di bagian luar dan belakang lutut. Lutut bengkak dalam beberapa jam pertama dari cedera. Ini mungkin merupakan tanda perdarahan dalam sendi. Pembengkakan yang terjadi tiba-tiba biasanya merupakan tanda cedera lutut serius. Gerakan lutut terbatas karena pembengkakan atau rasa sakit

* + 1. **Patofisiologi**

ACL mencegah translasi anterior tibia tehadap femur dan berfungsi untuk meminimalisasi rotasi tibia. Fungsi sekunder ACL adalah untuk mencegah posisi valgus dan falrus pada lutut, terutama saat ekstensi. Cedera ACL menyebabkan perubahan kinematika lutut. Terkait dengan patologi yang terjadi, penundaan rekontruksi ACL dapat mengakibatkan terjadinya Osteoarthitis. Sekitar 15% dari kasus rupture ACL menjalani Total Knee Replacement (TKR) (Maguire et al., 2012). ACL menerima suplai darah dari arteri middle genuelate, sehingga jika terjadi rupture ACL akan terjadi haemoarthrosis. Namun, meskipun lokasinya intra-artikular, ACL adalah Ektrasinovial karena tidak memiliki zat-zat penyembuh luka, maka jika terjadi ruptur ACL akan sulit sembuh dengan sendirinya (Brukner & Khan, 2011).

* + 1. **Komplikasi**

Orang yang mengalami cedera ACL berada pada risiko lebih tinggi terkena osteoartritis lutut, dimana tulang rawan sendi memburuk dan permukaan halusnya menjadi kasar. Arthritis dapat tetap terjadi meskipun telah menjalani operasi untuk merekonstruksi ligamen. Komplikasi kegagalan karena luka kambuh, risiko infeksi luka, operasi menyebabkan radang sendi, otot melemah dan kekurangan daya gerakan.

* + 1. **Pemeriksaan penunjang**

Pemeriksaan gerakan sendi lutut sangat penting karena setiap kelainan pada lutut akan memberikan gangguan pergerakan lutut. Pada pemeriksaan perlu diketahui apakah gerakan disertai nyeri atau krepitasi. Secara normal gerakan fleksi pada sendi lutut sebesar 120-145 derajat dan gerakan ekstensi 0 derajat dan mungkin ditemukan hiperekstensi sebesar 10 derajat.

* + 1. **Penatalaksanaan**
1. Terapi Operasi Pembentukan ligament.

Kebanyakan ACL yang robek tidak boleh di jahit dan disambung semula. Untuk membolehkan reparasi dari ACL untuk restorasi stabilitas lutut adalah rekonstruksi dari ligament tersebut. Ligament tersebut akan di ganti dengan graft jaringan ligament. Graft tersebut akan menjadi dasar untuk ligament yang baru untuk tumbuh. Graft tersebut diambil dari beberapa sumber. Selalunya dari tendon patella, yang merupakan sambungan patella dan tibia. Tendon hamstring pada posterior pada juga sering digunakan. Kadang tendon kuadrisep yang insersinya dari patella ke paha dapat digunakan. Graft dari kadaver (allograft) juga dapat digunakan. Penyembuhan semula mengambil masa sekurang-kurangnya 6bulan sebelum atlit dapat berolahraga setelah operasi. Tindakan operasi untuk rekonstruktif ACL dapat digunakan dengan arthroscopi dengan insisi yang kecil. Opperasi artroskopi kurang invasive. Kelebihan dari artroskopi adalah kerana kurang invasive,kurang nyeri, masa rawat inap lebih pendek dan penyembuhan lebih cepat. Tehnik ini telah dilakukan lebih dari 200 kali sejak tahun 2007. Tehnik operasi ini sangat populer di USA, Eropa dan Jepang karena dengan tehnik ini, hasilnya sangat memuaskan pasien. Saat ini tehnik operasi ini dipakai sebagai standard untuk operasi cedera ACL atlet-atlet papan atas kelas dunia, misalnya Tiger Wood.

1. Terapi Non-Operasi ACL yang robek tidak akan sembuh sendiri dan harus dioperasi. Namun terapi tanpa operasi efektif kepada pasien yang sudah tua dengan aktivitas kehidupan yang sederhana. Jika stabilitas pada lutut intak, indikasinya adalah tanpa operasi.

a. Bracing Alat ini dapat memproteksi lutut dari ketidakstabilan. Selanjutnya bias diteruskan dengan pemakaian tongkat yang dapat mengurangi beban pada kaki.

b. Terapi Fisikal Apabila oedem berkurang, rehabilitasi akan bermula. Olahraga yang spesifik dapat restorasi fungsi pada lutut dan menguatkan otot kaki yang memberi sokongan padanya.

* + 1. **Konsep asuhan keperawatan**
1. **Pengkajian**
2. Identitas

Nama lengkap pasien, umur atau tanggal lahir, jenis kelamin, nama orang tua atau suami atau isteri atau penanggungjawab, alamat, pendidikan pekerjaan, suku bangsa dan agama.

1. Keluhan utama

Keluhan yang dirasakan pasien yang membawa pasien pergi ke dokter atau mencari pertolongan. Hal yang perlu ditanyakan meliputi nyeri, kekakuan, pembengkakan, deformitas, disabilitas dan penyakit sistemik.

1. Riwayat penyakit sekarang

Riwayat perjalanan penyakit merupakan cerita yang kronologis, terinci dan jelas mengenai keadaan kesehatan pasien sejak sebelum keluhan utama sampai pasien datang berobat.

1. Riwayat penyakit dahulu

Mengetahui kemungkinan-kemungkinan adanya hubungan antara penyakit yang pernah diderita dengan penyakitnya sekarang

1. Riwayat penyakit dalam keluarga

Untuk mencari kemungkinan.

1. Riwayat penyakit dalam keluarga

Untuk mencari kemungkinan penyakit herediter, familial atau penyakit infeksi.

1. Riwayat pengobatan

Apakah yang sudah dilakukan / diberikan ketika insiden terjadi

1. Look, cari apakah terdapat:
2. Deformitas, terdiri dari penonjolan yang abnomal, angulasi, rotasi, dan pemendekan
3. Functio laesa(hilangnya fungsi), mencari tau apakah bagian yang terkena cedera masih dapat  berfungsi dengan baik atau tidak.
4. Lihat juga ukuran panjang tulang, bandingkan kiri dan kanan
5. Feel, apakah terdapat nyeri tekan.
6. Move, untuk mencari:
7. Krepitasi, terasa bila ada fraktur ketika digerakkan.
8. Nyeri bila digerakkan, baik pada gerakan aktif maupun pasif.
9. Seberapa jauh gangguan-gangguan fungsi, gerakan-gerakan yang tidak mampu dilakukan, range of motion(derajat dari ruang lingkup gerakan sendi), dan kekuatan
	* 1. **Diagnosa Keperawatan**
10. Nyeri akut berhubungan dengan: Agen injuri (biologi, kimia, fisik, psikologis), kerusakan  jaringan
11. Gangguan mobilitas fisik Berhubungan dengan - Kehilangan integritas struktur tulang - Kerusakan muskuloskeletal dan neuromuskuler - Intoleransi aktivitas/penurunan kekuatan dan stamina
12. Resiko tinggi trauma b.d ketidak mampuan mengerakkan tungkai bawah dan ketidaktahuan cara mobilisasi yang adekuat
13. Resiko infeksi b.d prosedur invasif
14. Kecemasan berhubungan dengan perubahan status kesehatan, ancaman kematian,  perubahan konsep diri, kurang pengetahuan dan hospitalisasi
	* 1. **Rencana Keperawatan**

Tabel 2.1.11. Rencana Keperawatan

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No | Diagnosa Keperawatan | Tujuan | Kriteria Hasil | Intervensi | Rasional |
| 1 | Nyeri akut berhubungan dengan: Agen injuri (biologi, kimia, fisik, psikologis), kerusakan  jaringan  **SDKI, Hal 172** | Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam Pasien tidak mengalami nyeri, dengan kriteria hasil: | 1. Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri
2. mampu menggunakan tehnik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan)
3. Melaporkan bahwa nyeri  berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri
4. Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi dan tanda nyeri)
 | 1. Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi
2. Observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan
3. Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan
4. Kaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi
5. Ajarkan tentang teknik non farmakologi: napas dalam, relaksasi, distraksi, kompres hangat/ dingin
 | 1. Dengan mengidentifikasi dapat membantu perawat untuk berfokus pada penyebab nyeri (Muttaqin dan sari,2013).
2. Dengan mengidenfikasi respon nyeri non verbal dapat mengetahui seberapa kuat nyeri yang dirasakan pasien (Anggraini,2018).
3. Dengan mengetahui skala nyeri dapat membantu perawat untuk mengetahui tingkat nyeri pasien (LeMone, et al.,2015).
4. Dapat membuat pasien lebih baik, lebih rileks dan dapat melupakan nyeri (Khanza, et al.,2017)
 |
| 2 | Resiko tinggi trauma b.d ketidakmampuan mengerakkan tungkai bawah dan ketidaktahuan cara mobilisasi yang adekuat. | Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam pasien tidak mengalami trauma dengan kriteria hasil : | 1. Pasien bebas dari trauma fisik
 | 1. Sediakan lingkungan yang aman untuk pasien.
2. Identifikasi kebutuhan keamanan  pasien sesuai dengan kondisi fisik dan fungsi kognitif pasien dan riwayat  penyakit teradahulu pasien
3. Menghindarkan lingkungan yang  berbahaya.
4. Memasang side rail tempat tidur.
5. Menyediakan tempat tidur yang nyaman dan bersih.
6. Menempatkan saklar lampu yang mudah dijangkau pasien.
7. Membatasi pengunjung.
8. Control lingkungan dari kebisingan.
9. Berikan penjelasan kepada pasien dan keluarga tau pengunjung adnaya  perubahan status kesehatan dan  penyebab penyakit
 | 1. Supaya pasien merasa nyaman dengan lingkungan sekitar
2. Supaya perawat mengetahui kondisi pasien sekarang dan dahulu untuk mewujudkan lingkungan yang aman dan nyaman bagi pasien
3. Agar pasien tetap aman di lingkungannya
4. Agar pasien tetap aman di tempat tidurnya
 |
| 3 | Risiko infeksi  b.d  prosedur invasif  | Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam pasien tidak mengalami infeksi dengan kriteria hasil : | 1. Klien bebas dari tanda dan gejala infeksi.
2. Menunjukkan kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi.
3. Jumlah leukosit dalam batas normal.
4. Menunjukkan  perilaku hidup sehat
5. Status imun, gastrointestinal, Genitourinaria dalam batas normal
 | 1. Pertahankan teknik aseptic
2. Batasi pengunjung bila perlu
3. Cuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan keperawatan
4. Gunakan baju, sarung tangan sebagai alat pelindung
5. Ganti letak IV perifer dan dressing sesuai dengan petunjuk umum
6. Gunakan kateter intermitten untuk menurunkan infeksi kandung kemih
7. Tingkatkan intake nutrisi
8. Berikan terapi antibiotic
9. Monitor tanda gejala infeksi sistemik dan local
10. Pertahankan teknik isolasi
11. Inspeksi kulit dan membrane mukosa terhadap kemerahan, panas, drainase.
12. Dorong masukan cairan
13. Dorong istirahat
14. Ajarkan pasien dan keluarga tanda dan gejala infeksi
15. Kaji suhu badan pada pasien neutropenia setiap 4 jam.
 | 1. Supaya perawat tidak salah ambil tindakan
2. Agar pasien dapat membuang cairan urine dari dalam tubuh melalui kateter yang disediakan tenaga kesehatan
3. Supaya nutrisi pasien dapat tercukupi
4. Agar pasien dapat anti bodi tambahan dari obat kimia dan cepat sembuh
5. Agar perawat mengetahui penyebab infeksi sistemik dan local dari pasien
6. Untuk kepentingan bersama maka pasien tetap dilakukan isolasi
7. Supaya perawat dapat mengetahui perbedaan dari kulit membrane mukosa pasien
8. Agar cairan tubuh pasien tetap tercukupi
 |
| 4 | Gangguan mobilitas fisik Berhubungan dengan Gangguan metabolisme sel | Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam gangguan mobilitas fisik teratasi dengan kriteria hasil: | 1. Klien meningkat dalam aktivitas fisik
2. Mengerti tujuan dari  peningkatan mobilitas
3. Memverbalisasikan  perasaan dalam meningkatkan kekuatan dan kemampuan  berpindah
4. Memperagakan  penggunaan alat Bantu untuk mobilisasi (walker)
 | 1. Monitoring vital sign sebelm/sesudah latihan dan lihat respon pasien saat latihan
2. Konsultasikan dengan terapi fisik tentang rencana ambulasi sesuai dengan kebutuhan
3. Bantu klien untuk menggunakan tongkat saat berjalan dan cegah terhadap cedera
4. Ajarkan pasien atau tenaga kesehatan lain tentang teknik ambulasi
5. Kaji kemampuan pasien dalam mobilisasi
 | 1. Menghindari pasien dari kemungkinan terjadi cedera
2. Untuk mengetahui respond pasien setelah di lakukan latihan
3. Supaya perawat tidak salah ambil tindakan dalam menindak pasien
4. Agar pasien tidak terjadi cidera yang berlebihan
5. Supaya semua tenaga kesehatan dapat membantu untuk teknik ambulansi

Supaya perawat mengetahui kemampuan pasien dalam mobilisasinya |
| 5 | Ansietas berhubungan dengan Faktor keturunan, Krisis situasional, Stress,  perubahan status kesehatan, ancaman kematian,  perubahan konsep diri, kurang pengetahuan dan hospitalisasi | Setelah dilakukan asuhan selama 1x24 jam maka pasien kecemasan teratasi dgn kriteria hasil: | 1. Pasien mampu mengidentifikasi dan mengungkapkan gejala cemas
2. Mengidentifikasi, mengungkapkan dan menunjukkan tehnik untuk mengontol cemas
3. Vital sign dalam batas normal
4. Postur tubuh, ekspresi wajah, bahasa tubuh dan tingkat aktivitas menunjukkan  berkurangnya kecemasan
 | 1. Gunakan pendekatan yang menenangkan
2. Nyatakan dengan jelas harapan terhadap pelaku pasien
3. Jelaskan semua prosedur dan apa yang dirasakan selama prosedur
4. Temani pasien untuk memberikan keamanan dan mengurangi takut
5. Berikan informasi faktual mengenai diagnosis, tindakan prognosis
6. Libatkan keluarga untuk mendampingi klien
 | 1. Supaya pasien merasa tenang jika dekat dengan perawat
2. Agar pasien mengetahui maksud dari perawat dengan jelas
3. Supaya pasien mengatahui langkah" apa saja yang harus di lakukan perawat terhadap pasien
4. Agar pasien tetap merasa aman di dekat pasien dan tidak takut
5. Supaya keluarga pasien juga mengetahui apa yang di lakukan perawat terhadap pasien
 |

* + 1. **Pelaksanaan**

Pelaksanaan rencana keperawatan adalah kegiatan atau tindakan yang diberikan kepada klien sesuai dengan rencana keperawatan yang telah ditetapkan tergantung pada situasi dan kondisi klien saat itu.

* + 1. **Evaluasi**

a. Pasien tidak mengalami nyeri

b. Gangguan mobilitas fisik teratasi

c. Pasien menunjukkan pengetahuan tentang proses penyakit

d. Pasien kecemasan teratas

**BAB 3**

**TINJAUAN KASUS**

Pada bab ini akan disajikan hasil pelaksanaan asuhan keperawatan yang dimulai dari tahapan pengkajian, analisa data, perumusan masalah keperawatan, intervensi dan implementasi keperawatan serta evaluasi pada tanggal 19 Januari 2019 jam di Ruang GI Rumkital Dr. Ramelan Surabaya.

* 1. **Pengkajian**
		1. **Identitas**

Pasien adalah seorang laki laki bernama’’ N ‘’ usia 23 tahun beragama islam Bahasa yang di gunakan adalah bahasa Indonesia dan bahasa Madura klien adalah anak pertama dari Tn R dan NY klien tinggal di pamekasan ,orang tua klien Bergama islam dan pekerjaan ayah sebagai wirasuasta dan ibu sebagai tenaga medis .Pasien masuk rumah sakit tanggal 13 Januari 2022,jam 07.30 WIB

* + 1. **Keluhan Utama**

Pasien mengatakan lutut kanan terasa sakit saat di Gerakan

* + 1. **Riwayat Penyakit Sekarang**

Pasien merasakan lutut sakit saat di gerakan setelah terpeleset jatuh saat bermain bulu tangkis dengan temannya,tanggal 13 Januari 2022 pasien di antar oleh ibunya berobat ke RSPAL Surabaya ke poli orthopedi, setelah di lakukan pemeriksaan fisik oleh dokter pasien di saranan untuk foto rongen, hasil foto rongent di dapatkan adanya robekan di ligamen,dokter menyaran kan kepada pasien untuk tindakan oprasi ,selama menunggu tindakan operasi pasien di arahkan untuk rawat inap di ruang GI Karena sudah terjadwal oleh dokter poli orthopedi, tindakan yang di dapatkan selama menunggu jadwal operasi, pasien terpasang plug ,observasi TTV :TD 120/78 mmHg ,N 88/mnt RR 20x/mnt, Suhu 36,4 C SpO2 97%.

* + 1. **Riwayat Penyakit Dahulu**

Pasien mengatakan pernah operasi GA dua tahun yang lalu,di RSPAL Dr.Ramelan Surabaya .

* + 1. **Riwayat Kesehatan Keluarga**

Pasien mengatakan bahwa tidak ada penyakit yang sama ,dan dari anggota keluarga tidak ada yang mempunyai penyakit keturunan.

* + 1. **Pengkajian Keluarga**
1. **Genogram**

Ket :

 : Laki-Laki

 : Perempuan

 : Garis penghubung

 : Garis keturunan

 : Pasien

 : Tinggal serumah

1. **Psikososial Keluarga**

Keluarga pasien selalu cemas terutama ibu pasien, ibu pasien sering mengatakan selalu hati-hati saat berolahraga, ibu pasien kelihatan cemas. Ibu pasien berharap anaknya bisa sembuh seperti semula.

* + 1. **Riwayat Alergi**

Pasien mengatakan bahwa dirinya tidak mempunyai alergi makanan dan obat-obatan yang dibuktikan dengan skin test.

* + 1. **Observasi dan Pemeriksaan Fisik**

Pasien tanpak, kooperatif saat perawat melakukan anamnesa dan pengkajian diruangan. Kesadaran composmetis GCS eye 4, motorik 5, verbal 6. Tanda-tanda vital pasien, TD: 120/78 mmHg, Nadi :88/menit, RR: 20x/menit, Suhu : 36,4 C, SpO2 : 97%.

1. **B1 Sistem pernafasan (*breathing*)**

Bentuk dada normo chest, pergerakan dada simetris, napas spontan, tidak

menggunakan alat bantu napas, tidak ada otot bantu napas, fokal fremitus teraba

kanan dan kiri, suara napas vesikuler, irama pola napas (reguler), tidak ada sesak,

tidak ada ronki, tidak ada wheezing, tidak ada retraksi dinding dada dan

penggunaan otot bantu pernafasan maupun sianosis dan clubbing finger, RR

20xmenit, perkusi dada sonor, palpasi tidak ada fraktur/krepitasi.

 **Masalah Keperawatan :** tidak ada masalah keperawatan

1. **B2 Sistem kardiovaskuler (*blood*)**

Bentuk dada simetris, denyut apex teraba, tidak ditemukan getaran/thrill,

hasil perkusi pada jantung pekak, bunyi jantung S1S2 tunggal, tidak ada bunyi

jantung tambahan, tidak terdapat gallop, murmur, tidak ada nyeri dada, ictus

cordis pada ICS ke V midclaviculaline sinistra, TD: 120/78 mmHg, Suhu 36,4 Nadi :88/menit, ABI (*Ankle Brachial Indeks*) 0,91, CRT <2 detik.

**Masalah Keperawatan :** tidak ada masalah keperawatan

1. **B3 Sistem Persyarafan (*brain*)**

Kesadaran pasien composmentis, GCS 4-5-6 (membuka mata dengan spontan, orientasi pasien penuh, respon motorik pasien baik), tidak ada kejang. Refleks fisiologi : tidak ada bisep, tidak ada trisep, ada patella di lutut kaki kanan, Refleks patologis : tidak ada babinski, tidak ada kaku kuduk, tidak ada chaddock, tidak ada kernik, tidak ada laseque, tidak ada bruzunki, pada pemeriksaan Nervus cranial I pasien mampu membedakan antara bau makanan dan obat, Nervus cranial II pasien dapat melihat lapang pandang secara normal, Nervus cranial III pasien mampu membuka kelopak mata, Nervus cranial IVpasien mampu menggerakkan bola mata, Nervus cranial V pasien mampu mengunyah dengan baik, Nervus cranial VI pasien mampu menggerakkan bola mata ke arah lateral, Nervus cranial VII otot wajah pasien simetris tidak adamasalah, Nervus cranial VIII pasien dapat mendengar dengan baik, Nervus cranial IX pasien tidak ada kesulitan menelan, Nervus cranial X pasien dapat menelan dengan baik, Nervus cranial XI bahu pasien simetris tidak ada. masalah, Nervus cranial XII pasien dapat membedakan rasa pahit dan manis.

**Masalah keperawatan** :Gangguan mobilitas fisik

1. **B4 Perkemihan (*bleeder*)**

Kebersihan bersih, tidak terpasang kateter, intake SMRS pasien 1700 cc/24 jam, intake MRS pasien 1600 cc/24 jam (air putih), output 500 cc/24 jam, tidak ada distensi kandung kemih. Tidak terdapat nyeri tekan pada abdomen. Pasien BAK di kamar mandi ± 3x/24 jam, warna kuning pekat.

**Masalah keperawatan** :Tidak ada masalah keperawatan.

1. **B5 Pencernaan (*bowel*)**

Keadaan mulut bersih, membran mukosa lembab, tidak ada stomatitis, gusi merah muda, tidak terdapat edema, lidah merah muda, faring merah muda (tidak ada tonsillitis), tidak terdapat lesi ataupun hiperemi, bentuk perut supel, tidak ada gangguan menelan porsi makan habis 1 porsi 3 kali sehari saat SMRS, saat MRS makan habis 2-3 kali sehari, diit rendah kalori. Hepar dan lien tidak teraba, tidak terdapat nyeri abdomen, tidak ada mual dan muntah, jenis nasi tim lunak, tidak terpasang NGT, BAB 1x sehari dengan bantuan keluarga, konsistensi lembek.

**Masalah Keperawatan :**Tidak ada masalah keperawatan.

1. **B6 Sistem Muskuluskeletal & Integumen (*Bone*)**

Rambut dan kulit kepala bersih dan tida ada scabies, Warna kulit kuning langsat, pasien mobilisasi ditempat tidur, kemampuan pergerakan sendi terbatas ROM terbatas ruptur ACL Akral hangat.kekuatan otot tangan kanan,kiri ada kaki kana ada kiri tidak ada jenis luka :luka tusuk luka robek luka sayat luka koyak luka baret .tanda tanda infeksi :dolor (nyei) kalor(panas)rubor(kemerahan)tumor bengkak fungsio laesa.

**Masalah keperawatan** Ganggua mobilitas fisik.

1. **Sistem endkokrin**

Pasien mengatakan Tidak ada pembesaran tyroid, hiperglikemia (dalam batas normal), tidak ada hipoglikemia.

**Masalah Keperawatan** : tidak ada masalah keperawatan.

1. **Seksual-Reproduksi**

Tidak terdapat terdapat hemoroid maupun lesi pada anus dan genetalia, tidak ada benjolan.

**Masalah Keperawatan** : tidak ada masalah keperawatan.

1. **Kemampuan Perawatan Diri**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Aktivitas** | **SMRS** | **MRS** |
| Mandi | 1 | 3 |
| Berpakaian/ dandan | 1 | 3 |
| Toileting/ eliminasi | 1 | 3 |
| Mobilitas di tempat tidur | 1 | 3 |
| Alat bantu berupa | 1 | 3 |
| Berjalan | 1 | 2 |
| Naik Tangga | 1 | - |
| Berbelanja | 1 | - |
| Memasak | 1 | - |
| Pemeliharaan rumah | 1 | - |
| Berpindah | - | - |

Keterangan

Skor 1: Mandiri

2: Alat bantu

3: Dibantu orang lain dan alat

4: Tergantung/ tdk mampu

 **Masalah Keperawatan :** Defisit perawatan diri

1. **Personal Hygine**

SMRSDi rumah pasien mandi 2x/hari menggunakan sabun, gosok gigi 3x/hari saat mandi pagi dan sore serta saat akan tidur malam, keramas 2x/minggu dan potong kuku 1x/minggu. MRS pasien diseka 2X/hari menggunakan air bersih. Selama setelah masuk rumah sakit belum keramas dan potong kuku. Keadaan rambut hitam, bersih, tidak ada kotoran, keadaan kuku juga bersih tidak ada kuku yang panjang.

1. **Pola Tidur**

Sebelum MRS kualitas tidur pasien baik, jumlah tidur 8-9 jam perhari, yaitu pukul 21.00-05.00 dan saat siang pasien tidak pernah tidur siang. Saat MRS pasien lebih banyak tidur di tempat tidur, jumlah tidur 12-14 jam per hari, kualitas tidur tidak nyenyak.

1. **Kognitif perseptual-psiko-sosio-spiritual**

Pasien selalu berfikir positif dengan penyakit nya: Persepsi Pasien Terhadap Sehat Sakitnya, Selama sehat pasien selalu menjaga untuk selalu berhati hati dalam berolahraga pasien berharap agar bisa sembuh dan segera pulang.

Konsep Diri :

1. Gambaran diri : pasien cemas terhadap penyakitnya.
2. Ideal diri : pasien mengatakan ingin cepat pulang
3. Harga diri : pasien bersabar dan menerima dengan ikhlas atas penyakitnya
4. Peran : pasien adalah seorang anak
5. Identitas diri : pasien adalah seorang laki laki usia 23tahun
6. Citra diri : pasien cemas dengan penyakitnya.
	* 1. **Pemeriksaan Penunjang**
7. Tabel 3.1 Laboratorium Tn. N

Tanggal pemeriksaan 18 Januari 2022

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Hbs Ag (RPHA) | Negative | Negative |
| PCR SWAB  | Negative | Negative |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Pemeriksaan** | **Hasil** | **Normal** |
| Leukosit | **8,09** 10^3/uL | 4.00– 10.00 |
| Hitung jenis leukosit : |  |  |
| Eosinofil # | **0.16** 10^3/uL | 0.02 – 0.50 |
| Eosinofil%  | **2.00** % | 0.5 – 5.0 |
| Basofil # | 0.03 10^3/uL | 0.00 – 0.10 |
| Basofil% | 0.4 % | 0.0 – 1.0 |
| Neutropil# | **5,43** 10^3/uL | 2.00 – 7.00 |
| Neutropil% | **67,10 %** | 50.0 – 70.0 |
| Limfosit # | 2,06 10^3/uL | 0.80 – 4.00 |
| Limfosit % | **67,10 %** | 20.0 – 40.0 |
| Monosit # | 0.41 10^3/uL | 0.12 – 1.20 |
| Monosit%  | 5,00 % | 3.0 – 12.0 |
| IMG # | 0.01 10^3/uL | 0.00 – 999.99 |
| IMG % | 0.20 % | 0.00 – 100.0 |
| Hemoglobin  | 16,50 g/dL | 12 – 15 |
| Hematocrit  | 39.10 % | 37.0 – 47.0 |
| Eritrosit  | 5,46 10^6/uL | 3.50 – 5.00 |
| Trombosit  | 255.000 10^6/uL | 150 – 5.00 |

1. Photo

**Hasil** :

* Cor : besar dan bentuk normal
* Pulmo :Infilterat/perselubungan (-)
* Kedua sinus phrenicocostalis kiri tajam
* Diaphragma kanan dan kiri normal
* Tulang tulang baik

**kesimpulan** :

* Cor & pulmo normal

Lain-lain :

Terapi/ Tindakan Lain-lain:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Nama Obat** | **Dosis** | **Rute** | **Indikasi** |
| 1.  | Infus tutosol | 500ml/24jam |  Inj IV | untuk memenuhi kebutuhan air dan elektrolit selama masa praoperasi dan pascaoperasi, |
| 2. | Infus Ns | 1500 cc/24jam1000 cc/24jam  | Inj IV | untuk mengganti cairan plasma isotonik yang hilang |
| 3. | Grahabion (KF)  |  2xsehari  | Tab  | untuk membantu memenuhi kebutuhan Vitamin B1, vitamin B6, dan vitamin B12  |
| 4. | Asam mefenamat | 500 mg HJ | Tab  | untuk meredakan nyeri,  |
| 5. | Ketolorac | 1 ml/amp | Inj IV | untuk meredakan nyeri dan peradangan |
| 6. | Antrain | 2 ml/amp  | Inj IV  | ntuk membantu mengatasi nyeri akut /rasa nyeri kolik dansakit setelah oprasi |
| 7.  | Cinam sanbe  | 4x sehari | Vial  | untuk mengobati Infeksi kulit dan struktur kulit, infeksi dalam perut |

* 1. **Analisa data**

Tabel 3.2 Diagnosa masalah keperawatan

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Data (Symptom)** | **Penyebab (Etiologi)** | **Masalah (Problem)** |
| 1 | DS: * Px mengatakan kaki bagian kanan terasa nyeri saat digerakkan
* P: pasien terpasang elastis bandage pada kaki bagian kanan, nyeri akibat rupture
* Q: nyeri seperti ditusuk tusuk,
* R: di bagian lutut kanan
* S: skala 6
* T: hilang timbul 15 menit GCS 456
* Hasil foto rontgen

DO : * pasien tampak meringis
* pasien terlihat gelisah
* tekanan darah meningkat
* TTV :

TD : 120/78 mmHg Nadi : 88 x/mnt RR :20x/mnt Suhu: 36,3 C  SpO : 96% | berhubungan dengan Agen pencedera fisik(prosedur operasi, trauma) | Nyeri Akut *(D.0077) SDKI hal 172* |
| 2 | DS : * Pasien merasa cemas karna besok akan melakukan operasi
* lutut kanan tidak bisa bergerak dengan nyaman
* Px mengeluh pusing

DO : * Pasien nampak gelisah
* Tekanan darah menurun
* TD : 99/60 mmHg
 | Berhubungan dengan kekhawatiran mengalami kegagalan | Ansietas *(D.0080) SDKI hal 180* |
| 3 | DS :* Pasien mengatakan kaki kanan susah di gerakan
* Pasien mengatakan nyeri saat kaki kanan digerakkan

DO: * Kekuatan otot menurun
* ROM menurun
* Gerakan terbatas hanya bagian tangan kanan, tangan kiri dan kaki kiri
* Pasien terlihat lemah
* Kekuatan otot

55 551. 5 5

Kesadaran : Composmentis GCS 456 * TTV :

TD : 120/70 mmHg Nadi : 88 x/mnt RR :20x/mnt Suhu: 36,3 C SpO : 96% | Berhubungan dengan gangguan musculoskeletal | Gangguan mobilitas fisik *(D.0054) SDKI hal 124* |
| 4 | DS : * Pasien mengatakan kesehariannya kadang dibantu oleh kedua orangtuanya

DO :Pasien tidak mampu mandi/menggenakan pakaian, makan ke toilet secara mandiri | Berhubungan dengan gangguan kelemahan | Defisit perawatan diri *( D.0100) SDKI hal 240* |
| 5 | Faktor risiko : efek prosedur invasif (post op ruptur ACL D) |  | Resiko infeksi (D.0142) SDKI hal 304 |

* 1. **Prioritas Masalah**

Tabel 3.3 Prioritas masalah

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Masalah Keperawatan** | **Tanggal** | **Paraf** |
| **ditemukan** | **teratasi** |
| **1** | Nyeri Akut b.d pencedera fisik (trauma,latihan fisik berlebihan) *(D.0077) SDKI hal 172* | 19 Januari 2022 | 21 Januari 2022 | **CR** |
| **2** | Resiko Infeksi b.d prosedur infasif (D.0142) SDKI hal 304 | 19 Januari 2022 | 21 Januari 2022 | **CR** |
| **3** | Gangguan mobilitas fisik b.d gangguan muskuletal *(D.0054) SDKI hal 124* | 19 Januari 2022 | 21 Januari 2022 | **CR** |
| **4** | Ansietas b.d ancaman terhadap konsep diri *(D.0080) SDKI hal 180* | 19 Januari 2022 | 21 Januari 2022 | **CR** |
| **5** | Defisit perawatan diri b.d gangguan muskuletal *( D.0100) SDKI hal 240* | 19 Januari 2022 | 21 Januari 2022 | **CR** |

* 1. **Intervensi Keperawatan**

Tabel 3.4 Intervensi Keperawatan

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Diagnosa Keperawatan** | **Tujuan dan Kriteria Hasil** | **Intervensi** | **Rasional** |
| **1** | Nyeri Akut, b/d Agen pencedera fisik (prosedur operasi, cedera, latihan fisik berlebihan) *SDKI (D.0077) hal 172* | Setelah diberikan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun. Dengan kriteria hasil : * Keluhan nyeri menurun
* Meringis menurun
* Gelisah menurun
* Tekanan darah membaik

*(SLKI, L.08066, hal.145)* | Intervensi Utama : Manajemen nyeri *(SIKI, I.08238 hal. 201)*Observasi* Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi,kualitas intensitas nyeri
* Identifikasi skala nyeri
* Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri

Terapeutik* Fasilitasi istirahat tidur
* Kontrol lingkungan yang memperberat nyeri(suhu ruangan,
* pencahayaan, kebisingan)

Edukasi * Ajarkan teknik non farmakologis Tarik nafas dalam, mencium aroma wangi” an (minyak kayu putih)
* Pemberian Analgetik ketorolac, asam mefenamat
 | Untuk mengetahui lokasi nyeriUntuk mengetahui tingkat sakit pasien Untuk mengetahui tahap pemulihan kondisi pasienperawat mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri Agar pasien lebih nyamanUntuk membantu proses pemulihan kondisi penyakit pasien Perawat mengajarkan relaksasi nafas dalam dan terapi mencium aroma wangi-wangian untuk mengalihkan rasa sakitBerikan analgetik bila diperlukan |
| **2** | Risiko Infeksi d/d Faktor risiko : efek prosedur invasif (post op spinal stenosis servikal) (D.0142) SDKI hal 304  | Setelah diberikan tindakan keperawat selama 3x24jam diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil : * Kebersihan badan meningkat
* Kemerahan menurun
* Nyeri menurun
* Kultur area luka membaik
* Gelisah menurun
* Keluhan sulit tidurmenurun
* Pola tidur membaik

*(SLKI, L.14137)* | Intervensi utama : pencegahan infeksiObservasi* Monitor tanda gejala infeksi local dan sistemik

Terapeutik* Berikan perawatan kulit pada area edema

Edukasi * Ajarkan cara memeriksa kondisi luka operasi
* Anjurkan meningkatkan nutrisi dan cairan

Kolaborasi * Kolaborasi pemberian obat anti infeksi
 | Untuk mengetahui tanda gejala infeksi pada luka pasienMembantu Memulihkan dan merawat luka pasienAgar keluarga pasien dapat merawat luka pasien saat dirumahMemberitahu kepada keluarga tentang obat analgetik dan jenisnya  |
| **3** | Gangguan mobilitas fisik b/d gangguan musculoskeletal  *(D.0054) SDKI hal 124* | Setelah diberikan tindakan keperawatan selama 3x24jam diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil * Pergerakan ekstremitas meningkat
* Kekuatan otot meningkat
* ROM meningkat

*(SLKI, L.05042), hal.65* | Intervensi Utama : dukungan ambulasi *(SIKI, I.06171 hal. 22)*Observasi* Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya
* Monitor ttv sebelum melakukan ambulasi

Terapeutik* Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi

Edukasi * Jelaskan tujuan dan prosedur ambulasi
* Ajarkan mobilisasi yang sederhana (berjalan dari tempat tidur ke kursi roda, miring kanan miring kiri )
 | Perawat dapat mengidentifikasi lokasi nyeriPerawat memonitor TTV pasien sebelum melakukan tindakan ambulasiBerikan dukungan pada keluarga dalam tindakan ambulasiPerawat menjelaskan prosedur ambulasi yang baik dan benar sesuai dengan tingkat keparahanPerawat menyarankan pada keluarga untuk selalu membantu tindakan ambulasi dalam proses pemulihan |
| **4** | Ansietas b/d kekhawatiran mengalami kegagalan*(D.0080) SDKI hal 180*  | Setelah diberikan tindakan keperawatan selama 3x24jam diharapkan tingkat ansietas menurun dengan kriteria hasil : * Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun
* Perilaku gelisah menurun
* Keluhan pusing menurun
* Tekanan darah menurun

*(SLKI, L.09093, hal.132)* | Intervensi Utama : reduksi ansietas *(SIKI, I.09314 hal. 387)*Observasi* Montor tanda tanda ansietas(verbal dan nonverbal)

Terapeutik* Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan

Edukasi * Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien
* Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi
* Latih teknik relaksasi

Kolaborasi * pemberian obat antlansietas
 | Perawat mengetahui tingkat kecemasan PasienPerawat membantupasien agar lebih tenang dan nyaman perawat mengetahui keinginan pasien dan melakukan tindakan prosedur selanjutnya Perawat membantu mengurangi Kecemasan pasien Perawat mengetahui adanya keluhan fisik lainnya sebelum melakukan terapi Perawat menyarankan kepada keluarga pasien saat perawatan dirumah Perawat mengajarkan dan membantu pasien dalam proses pemulihanPerawat menyarankan pemberian obat bila perlu |
| **5** | Defisit perawatan diri b.d gangguan muskuletal *( D.0100) SDKI hal 240* | Setelah diberikan tindakan keperawatan selama 3x24jam diharapkan perawatan diri meningkat dengan kriteria hasil :* Kemampuan mandi meningkat
* Kemampuan makan meningkat
* Kemampuan ke toilet (BAK/BAB) meningkat

*(SLKI, L.11103), hal.81* | Intervensi Utama : dukungan perawatan diri BAK/BAB *(SIKI, I.11349 hal. 37)*Observasi* Identifikasi kebiasaan bak/bab sesuai usia
* Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri

Terapeutik* Ganti pakaian pasien setelah eliminasi
* Bersihkan alat bantu bak saat setelah digunakan
* Sediakan alat bantu kruk

Edukasi * Anjurkan BAK/BAB secara rutin
 | Perawat dapat mengidentifikasi kebiasan bab/bak pasien sesuai usiaPerawat dapat mengidentifikasi kebutuhan alat kebersihan diri yang disukai oleh pasienPerawat menganjurkan untuk selalu mengganti pakaian setelah melakukan tindakan eliminasiPerawat menyiapkan alat bantu yang digunakan pasien dalam melakukan tindakan mobilisasiPerawat menganjurkan kepada pasien untuk menahan bak/bab |

* 1. **Implementasi Keperawatan**

Tabel 3.5 Implementasi Keperawatan

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No Dx** | **Waktu (Tgl & Jam)** | **Tindakan** | **TT** | **Waktu (Tgl & Jam)** | **Catatan Perkembangan (SOAP)** | **TT** |
| **1,2,3****1****2**1. **1**
2. **2**
3. **1,2,3,4**
4.

**2** **1****2****1.** | **19/01/22****08. 00****08.30****09.00****09.30****10.00****11.30****12.00****12 .30****16** **14.40****15.00****14**  | 1. Membina hubungan saling percaya dengan pasien dan keluarga
2. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi,kualitas intensitas nyeri
3. mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri

hasil : saat kaki kanan diangkat terasa nyeri dan rasanya mati rasa 1. Memberikan skin tes alergi obat
2. Memfasilitasi istirahat tidur

Hasil : px nampak tidur nyenyak 1. mengontrol lingkungan yang memperberat nyeri(suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)

hasil : pasien tertlihat lebih nyaman 1. Mengajarkan teknik non farmakologis Tarik nafas dalam, mencium aroma wangi” an (minyak kayu putih)

Hasil : pasien nampak rileks saat melakukan trknik rileksasi 1. pemberian obat Analgetik
2. Monitoring tanda tanda ansietas(verbal dan nonverbal)

Hasil : px nampak gelisah dan takut karna akan dioperasi 1. menciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan

hasil : menjalin hubungan saling percaya pada pasien 1. Menganjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien
2. Menganjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi

Hasil : px menceritakan kejadian yang dialaminya saat jatuh hingga kondisi sekarang dengan tenang 1. Mengkolaborasi pemberian obat antlansietas
2. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi,kualitas intensitas nyeri
3. Memfasilitasi istirahat tidur

Hasil : px tidur dengan nyaman 1. mengontrol lingkungan yang memperberat nyeri(suhu ruangan, pencahayaan,

kebisingan) 1. Mengajarkan teknik non farmakologis Tarik nafas dalam, mencium aroma wangi” an (minyak kayu putih)
2. pemberian Analgetik

hasil : diberikan inj antrain 1 amp 1. Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya

Hasil : pasien mengeluh nyeri pada saat menggerakan kaki kanan1. Monitoring ttv sebelum melakukan ambulasi

Hasil : belum melakukan terapi ambulasi karna pasien masih lemas1. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi ,berjalan menggunakan krak
2. Menjelaskan tujuan dan prosedur ambulasi
3. Untuk mempercepat pemulihan robekan
4. Berlatih sedikit tapi sering
5. Mengajarkan mobilisasi yang sederhana (terapi latihan gerak aktif dan pasif)
6. Montoring integritas kulit pasien

Hasil : terdapat luka jaitan di bagian area lutut1. Mengganti pakaian pasien setelah eliminasi
2. Membersihkan alat bantu bak saat setelah digunakan
3. Menyediakan alat bantu (pasang kateter)
4. Monitoring tanda gejala infeksi local dan sistemik

Hasil : tidak ada tanda gejala infeksi 1. Memberikan perawatan kulit pada area edema
2. Menganjurkan meningkatkan nutrisi dan cairan
3. Mengkolaborasi pemberian obat anti infeksi
4. Mengidentifikasi penurunan tingkat energi,gejala lain yag mengganggu kemampuan kognitif

Hasil ; pasien mengatakan susah tidur sejak kemarin diruang operasi 1. Memeriksa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah, suhu sebelum memulai latihan terapi

Hasil : TD : 103/88 mmHg N: 88 x/mnt S :36.C 1. Menciptakan lingkungan tenang tanpa gangguan pencahayaan dan suhu ruang nyaman, jika perlu
2. Menggunakan relaksasi sebagai strategi penunjang dengan analgetik atau tindakan medis lain

Menganjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi  | CR | 20/01/2022 08.00**08.30****07****20/01/22** **15.30** **17.00****2**  | **S :** pasien mengatakan rasa nyerinya sedikit hilangP: nyeri Q: nyeri seperti ditusuk tusuk, kaki kananR: di lutut bagian kanan S: skala 6T: hilang timbul 10menit TD: 103/74 x/mnt Nadi : 67 x/mnt RR :20 x/mntSuhu : 36,9 CSpO : 97 %O : pasien mengatakan nyeri saat menggerakan kaki kanan pasien mengikuti gerakan rileksasi yang diajarkan oleh perawat, pemberian obat asam mefenamat melalui per oral**A :** masalah nyeri belum teratasi P : intervensi dihentikan pasien melaksanakan tindakan operasiS : pasien mengtakan siap untuk dioperasi O : Pasien didampingi oleh ibu sampai di depan ruang operasi terlihat pasien lebih rileks TD: 135/80 x/mnt Nadi : 101 x/mnt RR :20 x/mntA : masalah teratasi P : Intervensi dihentikan **S :** pasien mengatakan nyeri Pa pada luka post op: P: nyeri post op -Q: nyeri seperti ditusuk tusuk, -R: di area lutut dan seluruh kaki kanan - S: skala 6- T: hilang timbul 10 menit TD: 115/75 mmHg Nadi : 75 x/mnt RR :20 x/mntSuhu : 36,09CSpO : 98 %**O :**pasien nampak istirahat dengan tenang * terpasang
* infus Ns 1000
* cc/24jam
* inj antrain 1
* amp

**A : masalah nyeri** **teratasi sebagian** **P : intervensi pemberian obat dilanjutkan inj (**Ketolorac 1amp, ) | **CR** |

**BAB 4**

**PEMBAHASAN**

Dari hasil asuhan keperawatan pada pasien Tn. N dengan diagnosa Medis Other Sponta Disruption Of LigameOf Knee Capsular Ligament Diruang Gi RSPAL Dr.Ramelan Surabaya, mendapat beberapa kesenjangan teori dengan kenyataan kasus di lapangan mengenai asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan dan evaluasi keperawatan. Penulis juga mengulas hal kesenjangan teori dan kenyataan kasus di lapangan mengenai asuhan keperawatan untuk berusaha membuat suatu langkah penyelesaian.

* 1. **Pengkajian**

Pengkajian Pengkajian dilakukan pada Tn. N dengan diagnosa Ruftur ACL D pada tanggal 19 Januari 2022 sampai dengan 21 Januari2022 di Ruang G1 RSAPAL dr. Ramelan Surabaya. Pengkajian yang dilakukan meliputi : hari dan tanggal, waktu, oleh, tempat, sumber data, metode pengumpulan data, alat pengumpulan data, identitas pasien dan identitas penanggung jawab, riwayat kesehatan, pemeriksaan fisik, pola fungsional gordon, program terapi, jenis pemeriksaan laboratorium, pemeriksaan penunjang dan analisa data. Sumber data ini diperoleh dari pasien, keluarga, rekam medis dan tenaga kesehatan. Metode yang digunakan yaitu wawancara, observasi, pemeriksaan fisik dan studi dokumentasi. Pada tahap pengkajian kasus pasien . Pada kasus Tn. N ada beberapa data yang ditemukan sesuai dengan keluhan pasien adalah nyeri yang dirasakan pada lutut sebelah kanan, nyeri terasa seperti tertusuk-tusuk, nyeri pada bagian lutu kanan, dengan skala nyeri 6, nyeri saat menggerakan kaki kanannya, Pasien meringis menahan nyeri saat menggerakan lutut kanannya. Pada pengkajian kesehatan fungsional bagian aspek fisik biologis pasien tidak ada gangguan : Pasien makan 3x sehari, 1 porsi habis, makanan yang dikonsumsi pasien berupa nasi sayur dan lauk, kemudian pasien minum 8-10 gelas perhari (1500-2000cc) berupa air putih. Pada baian pola eliminasi didapatkan data pasien tidak ada gangguan : Selama dirumah sakit pasien BAB 2 hari sekali. Untuk BAK pasien lancar sehari 3-4 kali sehari. Urine berwarna kuning jernih. Pada pola aktivitas terdapat beberapa aktivitas yang mandiri yaitu mobilitas di tempat tidur; berpindah; ambulasi/ROM, aktivitas yang dibantu orang lain berupa makan/minum; mandi; serta berpakaian, sedangkan aktivitas yang dibantu orang lain dan alat yaitu toileting. Pasien dalam beraktivitas tidak ada gangguan pada sistem pernafasan dan sistem kardiovaskuler. Resiko ketergantungan pasirn ikut di ketergantungan ringan. Pada pengkajian resiko jatuh pasien pasien berrisiko rendah. Pada pola hubungan, koping atau tolerensi, kognitif, konsep diri (gambaran diri, harga diri, peran diri, ideal diri serta identitas diri) , pasien tidak ada gangguan. Kebutuhan seksual pasien tidak memikirkan, dalam nilai pasien memahami nilai yang ada di masyarakat dan agama. Pada pemeriksaan fisik didapatkan data TB 170 cm, BB 75 kg : tekanan darah120/78 mmHg, Nadi :88/menit, RR: 20x/menit, Suhu : 36,4 C, SpO2 : 97%.

Pada pemeriksaan fisik secara sistematik pada Tn. N tidak ada kelainan seperti pada kulit pasien, kepala (rambut, mata, hidung, telinga, mulut), leher, ten gkuk, thorax, kardiovaskuler, punggung, abdomen, panggul, anus dan rectum, genetalia pasien. Pada ektermitas pasien terdapat ruftur acl dextra kaki kanan tidak bisa digerakkan,. Dari hasil pemeriksaan laboratorium pada tanggal 16 Januri 2022 didapatkan hasil hemoglobin 16,50 g/dl, leukosit 8.9 k/uL, eritrosit 5.46 m/uL. Pada riwayat keluarga pasien tidak ada yang menderita penyakit kronis,penyakit keturunana dan menular seperti kanker, FAM, Diabetes Melitus, hipertensi dan tuberculosis.

* 1. **Diangnosis Keperawatan**

Diagnosa keperawatan yang muncul pada adalah sebagai berikut pada pre operasi diagnose SDKI 2016 yang muncul yaitu nyeri berhubungan dengan (terputusnya jaringan tulang; gerakan fragmen tulang; edema dan cedera pada jaringan; alat traksi/immobilisasi; stress; ansietas, intoleransi aktivitas berhubungan dengan, kelemahan/keletihan, ketidak adekuatan oksigenasi; ansietas dan gangguan pola tidur), kerusakan integritas kulit berhubungan dengan (tekanan; perubahan status metabolik; kerusakana sirkulasi dan penurunan sensasi dibuktikan oleh terdapat luka/ulserasi; kelemahan; penurunan berat badan; terdapat jaringan nekrotik), hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan (nyeri/ketidak nyamanan; kerusakan muskuloskletal; terapi pembatasan aktivitas; dan penurunan kekuatan/tahanan), risiko infeksi berhubungan dengan (stasis cairan tubuh; respons inflamasi tertekan; prosedur invasif dan jalur penusukan; luka/kerusakan kulit; insisi pembedahan), Kurang pengetahuan tantang kondisi, prognosis dan kebutuhan pengobatan berhubungan dengan (keterbatasan kognitif, kurang terpajan/mengingat, salah interpretasi informasi). Sedangkan diagnosa yang didapatkan pada kasus Tn. N, yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen injury fisik, resiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasif dan kurang pengetahuan tentang penyakit berhubungan dengan kurang paparan sumber informasi. Diagnosa keperawatan pada kasus adalah sebagai berikut:

1. Pre operasi
2. Nyeri akut berhubungan dengan agen injury fisik Nyeri akut menurut(D.0077 ) SDKI hal 172 yaitu sensori dan emosional yang tidak menyenangkan yang muncul akibat kerusakan jaringan yang aktual atau potensial atau digambarkan dalam hal kerusakan sedemikian rupa (International Association for the Study of Pain), awitan yang tiba-tiba atau lambat dari intensitas ringan hingga berat dengan akhir yang dapat diantisipasi atau diprediksi dan berlangsung kurang dari 6 bulan. Faktor yang berhubungan di dalam SDKI yang berhubungan dengan kondisi pasien adalah agen cidera fisik. Berdasarkan data subyektif dan obyektif diperoleh pasien mengeluh nyeri pada lutut sebelah kanan terasa seperti tertusuk-tusu, tangan dengan skala nyeri 6, nyeri terasa saat menggerakan jari manis tangan kanannya, Pasien meringis menahan nyeri saat menggerakan jari manis tangan kanannya.
3. Risiko infeksi dengan faktor procedure invasif Risiko infeksi menurut (D.0142) SDKI hal 124 adalah mengalami peningkatan risiko terserang organisme patogenik. Faktor risiko dalam SDKI yang sesuai dengan kondisi pasien adalah pertahanan tubuh primer tidak adekuat. Berdasarkan data yang diperoleh pasien mengatakan, Pasien mulai terpasang infus RL 20 tpm di tangan kiri pasien, Terdapat luka pos of ruftur .
4. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan moskeletal (D.0054) SDKI hal 124 pergerakan ROM terbatas dengan adanya ruftur liganeb di lutut sebelah kanan .
5. Ansietas berhubungan dengan kekewatiran mengalami kegagalan dalam tindakan prosedur opasi yang sudah terjadwal
6. Defisist perawatan diri berhubungan dengan kelemahan dalam beraktifitas(D.0100)SDKI hal 240.
	1. **Perencanaan**

Dalam penyususnan intervensi keperawatan yang direncanakan pada Tn. M dengan Other Spontan Disruption Of Ligament (S) Of Knee Capsular Ligamen, penulis membuat sesuai dengan prioritas masalah, tujuan dan kriteria hasil.Sehingga tujuan yang telah ditetapkan tercapai. Pada perencanaan ini tidak jauh berbeda antara tinjauan teori yaitu digunakan SLKI PPNI 2018.

Pada kasus Tn. N penetapan tujuan dan kriteria hasil serta intervensi keperawatan, penulis berpedoman penuh pada SLKI yang telah direncanakan pada teori sehingga tidak terdapat kesenjangan antara teori dan kasus. Tinjauan kasus yang dilaksanakan atas dasar teori yang di buat bab II dan intervensi yang diberikan disesuaikan dengan kondisi pasien dan lingkungan.

Perencanaan sesuai teori dengan memperhatikan situasi dan kondisi pasien serta sarana dan prasarana di rumah sakit. Prioritas masalah berdasarkan teori Hierarki Maslow, sedangkan penentuan tujuan meliputi sasaran, kriteria waktu dan hsil dan rencana tindakan keperawatan kasus ini berpedoman pada SDKI dan SLKI. Dengan menyesuaikan pada kondisi pasien. Dalam penyusunan perencanaan keperawatan melibatkan pasien, keluarga dan tim kesehatan lain yang mencakup 4 elemen yaitu observasi, tindakan keperawatan mandiri, pendidikan kesehatan dan tindakan kolaborasi.

* 1. **Pelaksanaan**

Pelaksanaan dari 5 diagnosa keperawatan antara lain adalah

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen injury fisik.
2. Risiko Infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasi.
3. Gangguan imobilitas fisik berhubungan dengan moskoletal pergerakan ROM terbatas adanya ruftur pada lutut sebelah kanan
4. Risiko infeksi dengan faktor procedure invasif.
5. Ansietas berhubungan dengan kurang paparan sumber informasi.

dapat dilaksanakan sesuai rencana yang telah disusun dengan adanya kerjasama yang baik dengan pasien, keluarga pasien, perawat ruangan dan tim kesehatan lainnya.

* 1. **Evaluasi**

hasil asuhan keperawatan yang dilaksankan selama 3 x 24 jam, dari ke enam diagnosa keperawatan, 5 diagnosa keperawatan teratasi dan 3 diagnosa keperawatan teratasi sebagian. Diagnosa keperawatan yang teratasi antara lain adalah Nyeri akut berhubungan dengan agen injury fisik,Resiko infeksi berhubungan dengan Faktor resiko (prosedur invasive) ,Gangguan mobilitas fisisk berhubungan dengan moskoletal . Diagnosa keperawatan yang teratas sebagian adalah Nyeri akut berhubungan dengan agen injury fisik.

**BAB 5**

**PENUTUP**

Setelah penulis melakukan pengamatan dan melaksanakan asuhan keperawatan secara langsung pada klien dengan kasus Other Spontan Disruption Of Ligament (S) Of Knee Capsular Ligamen di Ruang G1 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya, maka penulis dapat menarik beberapa kesimpulan sekaligus saran yang dapat bermanfaat dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan pasien dengan Other Spontan Disruption Of Ligament (S) Of Knee Capsular Ligamen*.*

* 1. **Kesimpulan**

Setelah melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien Tn. N dengan diagnosa Ruftur ACL D dari tanggal 19 sampai dengan 21 Januari 2022, penulis memperoleh pengalaman nyata dalam melaksanakan asuhan keperawatan pada Tn. N dengan diagnosa Ruftur acl dextra menerapkan proses keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan dan evaluasi keperawatan serta mendokumentasikannya dan mengidentifikasi faktor pendukung dan penghambat dalam setiap proses keperawatan. Adapun keseimpulannya sebagai berikut :

1. Pengkajian Metode yang digunakan dalam pengkajian adalah wawancara, observasi, pemeriksaaan fisik dan studi dokumentasi. Pada saat pengkajian penulis memperoleh beberapa data anatara lainNyeri akut berhubungan dengan agen injury fisik, Nyeri akut berhubungan dengan agen injury fisik, Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral berhubungan hipertensi, Kurang pengetahuan tentang penyakit berhubungan dengan kurang paparan sumber informasi, Risiko infeksi dengan faktor procedure invasif. Data tersebut muncul berdasarkan kondisi pasien dan mempunyai kesamaan dengan data dan teori
2. Diagnosa keperawatan a. Pada pasien Tn. N dengan diagnosa Ruftur acl dextra didapatkan 6 diagnosa yang muncul berdasarkan kondisi pasien diantaranya adalah:
3. Nyeri akut berhubungan dengan agen injury fisik, Nyeri akut berhubungan dengan agen injury fisik.
4. Risiko infeksi dengan factor procedure invasif
5. Gangguan imobilitas fisik berhubungan dengan moskoletal pergerakan ROM terbatas adanya ruftur pada lutut sebelah kanan
6. Ansietas berhubungan dengan kekhwatiran mengalami kegagalan dalam tindakan prosedur oprasi pasien mengatakan bagai mana kalau oprasinya tidak berhasil atau gagal
7. Defisist perawatan diri berhubungan dengan kelemahan pasien mengakatan dalam aktifutas selalu di bantu oleh ibunya karena belum mampu untuk melakuakan tindakan mandiri.
8. Gangguan rasa nyaman berhubungan dengan stimulus lingkungan pasien mengatakan merasa terganggau dalam istirahat selama di rumah sakit (ruangan )
	1. **Saran**

Berdasarkan hasil pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien dengan Ruftur ACL D, maka penulis ingin memberikan saran antara lain :

1. Bagi profesi keperawatan Meningkatkan riset dalam bidang keperawatan medikal bedah agar pada saat menentukan perencananaan sera pelaksanaan dalam pemberian asuhan keperawatan lebih tepat dan lebih spesifik dengan melihat respon pasien dan keluarga pasien.
2. Bagi institusi
3. Ruang G1 RSPAL dr. Ramelan Surabaya.
4. Menanggapi keluhan pasien dengan segera untuk dilakukan tindakan lanjut.
5. Memperhatikan dalam pembuatan dokumentasi keperawatan, dengan maksud pendokumentasian bukan bersifat rutinitas.
6. Institusi Pendidikan
7. Meningkatkan proses bimbingan belajar, seperti bimbingan kepada mahasiswa yang akan melakukan penyusunan Karya Tulis Ilmiah. Dengan adanya bimbingan diharapkan target untuk mencapai tujuan dalam penyelesaian tugas dapat tercapai.
8. Meningkatkan proses bimbingan belajar, seperti bimbingan kepada mahasiswa yang akan melakukan penyusunan Karya Tulis Ilmiah. Dengan adanya bimbingan diharapkan target untuk mencapai tujuan dalam penyelesaian tugas dapat tercapai.
9. Menambah literatur-literatur baru, untuk mempermudah dalam proses belajar mengajar maupaun penyelesaian tugas.
10. Bagi penulis Dalam melaksanakan asuhan keperawatan dan lebih cermat dalam mencari literatur dalam pembuatan Karya Tulis Ilmiah

**DAFTAR PUSTAKA**

Bueno, AM et al., (2018). Injury Prevalence Across Sports Descriptive Analysis on a Representative Sample of the Danish Population. Int J Epidemiology, 5:6.

Cerulli, Guillano, Giacomo Placella, Francesco Manfreda (2013). ACL Reconstruction: Choosing the Graft. Joint 1(1) 18-24.

Chan C X, Wong K L, Krishna L (2018). Epidemiology of Patients with Anterior Cuciate Ligament Injuries undergoing reconstruction surgery in a multi-ethnic Asian population. Research in Sport Med, 1-3.

Collins,

Collins, NJ et al., (2015). Measure of Knee Function.Arthritis Care Res (HONOKEN). 63(0-11): S208-S288.

Flandry,

Flandry, F. G, Hommel (2011). Normal Biomechanics of the Knee.Sport Med and Arthroscopy Review. 19(2)82-92.

Gans, Itai. Julia S Rtzky, Miho J Tanaka (2018). Epidemiology of Recurrent Anterior Cruciate Ligament Injuries in National Colligiate Athletic Asscociation Sports: The Injury Surveillance Program, 2004 – 2014. Orth Journal of Sports Medicine.

Marieswaran, Jain, Ishita, Garg, Bhavuk, Sharma, V., & Kalyanasundaram, D. (2018). Review Article A Review on Biomechanics of Anterior Cruciate Ligament and Materials for Reconstruction, 2018.

Omidian, M. M., Sarzaeem, M. M., & Kazemian, G. H. (2016). Arthroscopic Anterior Cruciate Ligament Reconstruction Using Hamstring Tendon Graft : Comparison of All-Inside and Outside-in Techniques, 2(1), 4–6.

Priyulida, Fitria, Rianto, Yudes, Komputer, Teknik, K., … Elektro, T. (2017). Penggunaan Alat Terapi Stimulator Integrasi, 1(1), 1–6.

Putra, Y. W. (2011). Efektifitas jarak infra merah terhadap ambang nyeri, 1– 8.Sutton, K. M., & Bullock, J. M. (2013). Anterior Cruciate Ligament Rupture : Differences Between Males and Females Abstract, 21(1), 41–50.

Wahab, B. (2018). Nusantara Medical Science Journal, 27–31.

Zbrojkiewicz, D., Vertullo, C., & Grayson, J. E. (2018). reconstruction in young Australians , 2000 e 2015, 354–358. https://doi.org/10.5694/mja17.00974

**LAMPIRAN 1**

**STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP) PENGUKURAN SUHU TUBUH**

1. Pengertian

Suatu kegiatan yang dilakukan untuk mengukur suhu tubuh yang dilakukan dengan meletakkan alat pengukur suhu (thermometer) di bawah ketiak pasien.

1. Tujuan

Mengetahui suhu tubuh pasien

1. Indikasi

Pasien dengan keadaan demam (suhu tubuh > 37ºc).

1. Prosedur Tindakan
2. Tahap Pra Interaksi
3. Persiapan diri perawat
4. Verifikasi catatan keperawatan medis
5. Persiapan alat :
6. Termometer badan untuk ketiak
7. Larutan disinfektan dalam botol/gelas
8. Larutan sabun dalam botol/gelas
9. Air bersih dingin dalam botol/gelas
10. Kain kassa kering/tissu dalam tempatnya.
11. Lab/handuk kering
12. Bengkok untuk tempat kotoran
13. Buku catatan dan pulpen/pensi
14. Jaga privasi klien, bila perlu tutup pintu dan jendela.
15. Tahap orientasi
16. Berikan salam terapeutik
17. Identifikasi klien
18. Tanyakan nama dan tanggal lahir, dan dicocokkan dengan gelang yang dipakai oleh pasien
19. Klarifikasi kontrak sebelumnya (waktu, topik/kegiatan, tempat)
20. Jelaskan tujuan dan prosedur Tindakan
21. Berikan kesempatan klien untuk bertanya
22. Tahap kerja Mengukur suhu tubuh ada 3 cara yaitu :
23. Melalui oral :
24. Bersihkan thermometer
25. Turunkan batas angka pada termometer hingga menunjukkan angka 35°C
26. Letakkan termometer di bawah lidah
27. Minta klien untuk menahan termometer dengan bibir hingga 3-8 menit
28. Angkat dan baca thermometer
29. Bersihkan thermometer
30. Cuci termometer dengan air antiseptik, air sabun, bilas dengan air DTT (desinfeksi tingkat tinggi), keringkan, serta letakkan kembali di tempatnya
31. Cuci tangan
32. Melalui rektal :
33. Mengatur lingkungan
34. Bersihkan thermometer
35. Turunkan batas angka pada termometer hingga menunjukkan angka 35°C
36. Beri gel pada ujung termometer
37. Atur posisi klien dengan posisi Sims
38. Masukkan termometer ke dalam anus
39. Tahan termometer selama 2-4 menit
40. Angkat termometer
41. Bersihkan termometer
42. Baca dengan teliti
43. Bersihkan anus klien dari pelumas/gel
44. Bantu klien ke posisi semula
45. Cuci termometer dan letakkan kembali ke tempatnya
46. Mengukur suhu melalui aksila/ketiak :
47. Mencuci tangan dengan sabun di bawah air mengalir dan dikeringkan dengan handuk/ lap kering
48. Membasuh termometer dengan air dingin bila termometer direndam dalam larutan disinfektan
49. Mengeringkan termometer dengan tissu/kassa kering dari ujung (berisi air raksa) ke arah pegangan
50. Membuang kasa/tissu kotor ke dalam bengkok
51. Menurunkan air raksa di dalam termometer sampai angka 35 atau di bawahnya
52. Memberi tahu klien bahwa tindakan akan segera dilaksanakan.
53. Membawa alat-alat ke dekat pasien
54. Meminta dan membantu pasien membuka pakaian pada daerah ketiak
55. Mengeringkan salah satu ketiak pasien dengan lab/handuk kering
56. Memasang termometer pada tengah ketiak
57. Menutup lengan atas dan menyilangkan lengan bawah di dada
58. Membiarkan termometer di ketiak selama 6-8 menit
59. Mengambil termometer dari ketiak pasien
60. Membersihkan termometer dengan tissu/kassa dari pangkal ke arah ujung 15) Membuang tissu/kassa kotor ke dalam bengkok
61. Membaca tinggi air raksa di dalam termometer
62. Mencatat hasil pengukuran pada buku atau catatan keperawatan
63. Menurunkan air raksa di dalam termometer
64. Memasukkan termometer ke dalam larutan disinfektan
65. Merapikan kembali pakaian pasien
66. Mengembalikan posisi pasien pada posisi yang nyaman
67. Memberitahu pasien bahwa tindakan telah selesai dilaksanakan
68. Membilas termometer dengan kassa/tissu yang dibasahi larutan sabun
69. Membuang tissu/kassa kotor ke dalam bengkok
70. Mencelupkan termometer ke dalam air bersih
71. Mengeringkan termometer dengan kassa/tissu kering
72. Membuang kassa / tissu kotor ke dalam bengkok

**LAMPIRAN 2**

**STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR**

**INJEKSI IV**

Pengertian : Injeksi intravena adalah Memasukkan obat ke dalam tubuh melalui pembuluh darah vena.

Tujuan :

1. Untuk memperoleh reaksi obat yang cepat diabsorpsi dari dengan injeksi parenteral lain
2. Untuk menghindari terjadinya kerusakan jaringan
3. Untuk memasukkan obat dalam jumlah yang lebih besar
4. Sebagai acuan dalam dalam melakukan tindakan injeksi intra vena

Prosedur

1. Persiapan Alat :
2. Buku catatan pemberian obat atau kartu obat
3. Kapas alcohol
4. Sarung tangan
5. Obat yang sesuai
6. Spuit 2 ml – 5 ml
7. Bak spuit
8. Baki obat
9. Plester
10. Perlak pengalas
11. Pembendung vena (torniquet)
12. Kassa steril (bila perlu)
13. Bengkok
14. Persiapan Obat
15. Cek 7 benar pemberian obat
16. Siapkan obat hanya untuk satu kali pemberian pada satu klien
17. Persiapan pasien
18. Menjelaskan maksud dan tujuan dilakukan prosedur
19. Prosedur
20. Cuci tangan
21. Bawa obat yang telah dipersiapkan untuk diberikan langsung kepada klien. Jangan meninggalkan obat tanpa pengawasan
22. Bandingkan nama yang tertera di buku obat atau pada gelang nama yang terpasang pada pasien
23. Dekatkan alat-alat ke pasien
24. Beritahu kembali klien akan prosedur tindakan yang akan dilakukan.
25. Pasang pengalas di area yang akan dilakukan penyuntikan
26. Pasang sarung tangan
27. Prosedur Terpasang Infus
28. Cari tempat penusukan suntikan, biasanya dekat dengan IV line (abocath)
29. Bersihkan tempat penusukan dengan alkohol swab dan biarkan sesaat sampai mengering (jangan ditiup)
30. Matikan aliran cairan infus ke vena klien.
31. Siapkan spuit yang telah berisi obat. Jika dalam tabung spuit masih terdapat udara, maka udara harus dikeluarkan terlebih dahulu.
32. Masukkan jarum spuit ke tempat penusukkan
33. Secara perlahan, suntikkan obat ke dalam selang infus. Sesuaikan waktu pemberian dengan jenis obat.
34. Setelah obat masuk semua, segera cabut spuit, tutup jarum dengan teknik one hand, lalu buang ke tempat sampah medis alat tajam habis pakai.
35. Setelah obat masuk semua, buka kembali aliran cairan infus ke vena atur kembali tetesan sesuai program.
36. Amati kelancaran tetesan infus.
37. Lepaskan sarung tangan
38. Rapikan alat-alat dan bantu klien dalam posisi nyaman.
39. Evaluasi respon klien setelah pemberian obat intravena (IV) dan rencana tindak lanjut
40. Sampaikan salam terminasi
41. Cuci tangan
42. Dokumentasi hasil tindakan pemberian obat IV