**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. S DENGAN DIAGNOSIS MEDIS POST OP TKR D (TOTAL KNEE REPLACEMENT DEXTRA)**

**HARI KE-4 DI RUANG B1 RUMKITAL**

**Dr. RAMELAN SURABAYA**



**Oleh :**

**Nadya Nur Aisih**

**NIM :182.0035**

**PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH**

**SURABAYA**

**2021**

**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. S DENGAN DIAGNOSIS MEDIS POST OP TKR D (TOTAL KNEE REPLACEMENT DEXTRA)**

**HARI KE-4 DI RUANG B1 RUMKITAL**

**Dr. RAMELAN SURABAYA**

**Karya Tulis ilmiah ini diajukan sebagai salah satu syarat**

**Untuk memproleh gelar Ahli Madya Keperawatan**



**Oleh :**

**Nadya Nur Aisih**

**NIM : 182.0035**

**PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH**

**SURABAYA**

**2021**

**SURAT PERYATAAN**

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

Jika kemudian hari ternyata saya melakukan plagiat saya akan bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang ditentukan oleh Stikes Hang Tuah Surabaya.

**Surabaya,18 Juni 2021**

**Nadya Nur Aisih**

**NIM.182.0035**

**HALAMAN PERSETUJUAN**

**Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa :**

Nama : Nadya Nur Aisih

NIM : 182.0035

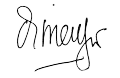
ProgramStudi : D - lll KEPERAWATAN

Judul : **Asuhan Keperawatan Pada Ny.S Dengan Diagnosis Post op TKR Dextra Hari ke-4 Diruang B1 Rumkital Dr Ramelan Surabaya.**

Serta perbaikan-perbaikan sepenuhnya, maka kami menganggap dan dapat menyetujui bahwa karya tulis ilmiah in ditunjukan dalam sidang guna memenuhi persyaratan untuk memperoleh gelar :

**AHLI MADYA KEPERAWATAN (AMd.Kep)**

**Surabaya,01 Juni 2021**

**Pembimbing**

**Dini Mey,S.Kep.,Ns.,M.Kep**

# NIP03.011

# Ditempatkan di : STIKES HANG TUAH SURABAYA

# Tanggal :18 juni 2021

# HALAMAN PENGESAHAN

# Karya Tulis Ilmiah Dari :

Nama : Nadya Nur Aisih

NIM : 182.0035

ProgramStudi : D - lll KEPERAWATAN

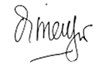
Judul : **Asuhan Keperawatan Pada Ny.S Dengan Diagnosa Post Op TKR Dextra Hari Ke-4 Diruang B1 Rumkital Dr Ramelan Surabaya.**

Telah diperbaikan dihadapan dewan Sidang Karya Tulis Ilmiah Stikes Hang Tuah Surabaya Pada :

Hari, tanggal : Jumat,18 juni 021

Bertempatan di : Stikes Hang Tuah Surabaya

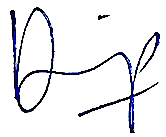
Dan dinyatakan **Lulus** dan dapat diterima sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar AHLI MADYA KEPERAWATAN Pada Prodi D-III Keperawatan Stikes Hang Tuah Surabaya .

****

**Pembimbing : Dini Mei,S.kep.,Ns.,M.Kep**

**Nip : 03.011**

**Penguji I :DhianSatya,S.kep.,Ns.,M.Kep (…………………………..)**

 **Nip : 03.008**

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

**Nip : 03.006**

Mengetahui,

Stikes Hang Tuah Surabaya

Ka Prodi D – III Keperawatan

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

# Nip 03.007

# Ditempatkan di : STIKES HANG TUAH SURABAYA

# Tanggal :01 Juni 2021

# MOTTO DAN PERSEMBAHAN

“*Kesuksesanmu Itu Bukan Karena Bakatmu,Tapi Karena Rezeki*

*Dari Allah, Dan Doa Dari Kedua Orangtuamu.*

*Keberhasilanmu Itu Bukan Karena Kecerdasanmu,Tapi Karena Petunjuk*

*Dari Allah,Dan Doa Dari Kedua Orangtuamu.”*

Ku persembahkan Karya Sederhana ini Kepada :

1. Terima kasih Allah SWT yang telah memberikan segala kelancaran dan kesehatan serta petunjuknya kepadaku dalam menuntun mengerjakan Karya Tulis Ilmiah ini.
2. Terima kasih kepada kedua Orangtua saya, Bapak M sodik dan Ibu Suamrotin tercinta yang telah bekerja keras membesarkan, membimbing, menyekolahkan, mendo’akan, dan memberikan motivasi serta dorongan moral maupun material saya ucapkan terimakasih yang sebesar-besarnya untuk beliau.
3. Terima Kasih Untuk Eko Saputro yang telah mendoakan , membantu dan menemani dengan sabar dalam proses penulisan Karya Tulis Ilmiah ini.
4. Terima kasih Untuk Ibu Dosen pembimbing institusi Ibu Dini Mei,S.Kep.,Ns.,M.kep. yang sudah membimbing Karya Tulis Ilmiah ini.
5. Terima Kasih Untuk Ibu Dosen Penguji Institusi I dan II Ibu Dhian Satya,S.Kep.,Ns,.M.Kep. dan Ibu Dwi Priyantini ,S.Kep .,Ns.,M.Sc. yang sudah menguji Karya Tulis Ilmiah ini .
6. Sahabat-sahabat Seperjuangan Kumara 24 Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabya, terimakasih atas bantuan dukungan doa yang kalian berikan kepada saya.

**KATA PENGANTAR**

Puji syukur kehadirat Allah SWT yang telah melimpahkan rahmad dan hidayah-Nya pada penulis, sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ini sesuai dengan waktu yang telah ditentukan.Karya tulis ini disusun sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan program Ahli Madya Keperawatan.

Penulis menyadari bahwa keberhasilan dan kelancaran karya tulis bukan hanya karena kemampuan penulis, tetapi banyak ditentukan oleh bantuan dari berbagai pihak, yang telah dengan ikhlas membantu penulis demi terselesainya penulisan, oleh karena itu pada kesempatan ini penulis menyampaikan terima kasih dan penghargaan yang sebesar-besarnya kepada :

1. Laksamana Pertama TNI Dr. Radito Soesanto, Sp.THT-KL, Sp.KL, selaku Kepala Rumkital Dr. Ramelan Surabaya, yang telah memberikan ijin dan lahan praktik untuk penyusunan karya tulis dan selama kami berada di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya.
2. Laksamana Pertama TNI (Purn) Dr AV.Sri Suhardiningsih, S,Kp.,M.Kes, selaku Ketua Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan kepada kami untuk praktik Di Rumkital Dr. Ramelan Surabaya dan menyelesaikan pendidikan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan.
3. Ibu Dya Sustrami, S.Kep, Ns., M.Kes., selaku Kepala Program Studi D-III Keperawatan yang selalu memberikan dorongan penuh dengan wawasan dalam upaya meningkatkan kualitas sumber daya manusia.
4. Ibu Dini Mei,S.kep.,Ns.,M.Kep, selaku pembimbing yang dengan tulus iklas memberikan dukungan, arahan, dan masukan dalam penyusunan dalam penylesaian karya tulis ilmiah ini.
5. Ibu Dhian Satya,S.kep.,Ns.,M.Kep, selaku penguji I yang telah bersedia meluangkan waktu, tenaga dan pikiran serta perhatian dalam memberikan dorongan, bimbingan, arahan dan masukan dalam penyelesaian karya tlis ilmiah ini.
6. Ibu Dwi Priyantini,S.Kep.,Ns.,M.Sc, selaku penguji IIyang dengan tulus iklas memberikan dukungan, arahan, dan masukan dalam penyusunan dalam penylesaian karya tulis ilmiah ini.
7. Bapak dan Ibu dosen Stikes Hang Tuah Surabaya, yang telah memberikan bekal bagi penulis melalui materi-materi kuliah yang penuh nilai dan makna dalam menyempurnakan penulisan karya tulis ilmiah ini, juga kepada seluruh tenaga adminitrasi yang tulus ihklas melayani keperluan penulisan selama menjalani studi dan penulisnya.
8. Sahabat-sahabat seperjuangan tersayang dalam naungan Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan dorongan semangat sehingga karya tulis ilmiah ini dapat di selesaikan, saya hanya dapat mengucapkan semoga hubungan persahabatan tetap terjalin.
9. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, terima kasih atas bantuannya. penulis hanya bisa berdoa semoga Allah SWT membalas amal baik semua pihak yang telah membantu dalam proses penyelesaian Karya Tulis Ilmiah ini.

Selanjutnya penulisan menyadari bahwa Karya tulis ilmiah ini masih banyak kekurangan dan masih jauh dari kesempurnaan. Maka dari itu saran dan kritik yang konstruktif senantiasa penulis harapkan. Akhirnya Penulis berharap, semoga karya tulis ilmiah ini dapat memberikan manfaat bagi siapa saja yang membaca terutama Civitas Stikes Hang Tuah Surabaya.

Surabaya,18 Juni2021

Nadya Nur Aisih

NIM. 82.0035

# 

# DAFTARISI

[HALAMAN JUDUL i](#_bookmark0)

[SURAT PERNYATAAN ii](#_bookmark1)

[HALAMAN PERSETUJUAN iii](#_bookmark2)

[HALAMANPENGESAHAN iv](#_bookmark3)

[MOTTO& PERSEMBAHAN](#_bookmark4) v

[KATAPENGANTAR](#_bookmark5) vi

[DAFTARISI](#_bookmark6) vii

[DAFTARTABLE](#_bookmark7) x

[DAFTARGAMBAR](#_bookmark8) xi

[DAFTARSINGKATAN](#_bookmark9) xiii

DAFTAR LAMPIRAN vii

[BAB1](#_bookmark10) [PENDAHULUAN 1](#_bookmark11)

* 1. [LatarBelakang](#_bookmark12) 4
  2. [RumusanMasalah](#_bookmark13) 4
  3. [Manfaat](#_bookmark14) 5
  4. [MetodePenulisan](#_bookmark15) 6
  5. [Sistematikapenulisan](#_bookmark16) 7

[BAB2](#_bookmark17) [TINJAUAN PUSTAKA](#_bookmark18) 10

* 1. [Konsep Anatomi Osteoartritis](#_bookmark19) 10

2.1.1 Anatomi Patofisiologis Sendi Lutut 11

2.1.2 Patofisiologis 11

* 1. [KonsepPenyakit Osteoartritis](#_bookmark20) 12

2.2.1 pengertian Osteoartritis 12

2.2.2 Etiologi 12

2.2.3 Tanda Gejala Osteoartritis 15

2.2.4 Patofisiologis Osteoartritis 16

2.2.5 Komplikasi 17

* + 1. Pemeriksaan penunjang 17

2.2.7 Pencegahan Osteoartritis 18

2.2.8 Faktor resiko 19

* 1. [Konsep Penyakit TKR](#_bookmark21) 21

2.3.1 Pengertian TKR 21

2.3.2 Etiologi 23

2.3.3 Menifestasi Klinis 24

2.3.4 Tanda dan Gejala 25

2.3.5 Patofisiologis TKR 26

2.3.6 Komplikasi 28

2.3.7 Pemeriksaan Penunjang 29

2.3.8 Penatalaksanaan Medis 31

2.3.9 Perawatan TKR 32

2.4 Konsep Asuhan Keperawatan TKR 34

2.4.1 Pengkajian 35

2.4.2 Implementasi Keperawatan 42

2.4.3 Evaluasi Keperawatan 42

2.4.4.Kerangkai Masalah 43

[BAB3](#_bookmark22) [TINJAUAN KASUS](#_bookmark23) 44

* 1. [Pengkajian](#_bookmark24) 45
  2. [AnalisaData](#_bookmark29) 61
  3. [PrioritasMasalah](#_bookmark30) 64
  4. [Rencana Keperawatan](#_bookmark31) 65
  5. [TindakanKeperawatan](#_bookmark32) 69

[BAB4](#_bookmark33) [PEMBAHASAN](#_bookmark34) 78

* 1. [Pengkajian](#_bookmark35) 78
  2. [Perencanaan](#_bookmark36) 79
  3. [Pelaksanaan](#_bookmark37) 82
  4. [Evaluasi](#_bookmark38) 84

[BAB5](#_bookmark39) [PENUTUP](#_bookmark40) 88

* 1. [Kesimpulan](#_bookmark41) 91
  2. [Saran](#_bookmark42) 91

**DAFTAR PUSTAKA 92**

Lampiran 93

**DAFTAR TABEL**

[Gambar3.1 Kemampuan Perawatan Diri](#_bookmark25) 52

[Gambar3.2 Laboratrium](#_bookmark25) 57

[Gambar 3.3Analisa Data](#_bookmark26) 61

[Gambar3.4Prioritas Masalah](#_bookmark27) 64

[Gambar 3.5Rencana Keperawatan](#_bookmark28) 65

[Gambar3.6 Implementasi Dan Evaluasi](#_bookmark27) 69

**DAFTARGAMBAR**

[Gambar2.1 Bagian Anatomi Lutut](#_bookmark25) 10

[Gambar 2.2Bagian Sebdi lutut](#_bookmark26) 11

[Gambar 2.2Bagian Patologis Osteoartritis](#_bookmark26) 17

[Gambar 2.2Bagian Total Knee Replacement](#_bookmark26) 22

[Gambar 2.2Bagian Patofisiologis Total Knee Replacement](#_bookmark26) 28

[Gambar 2.2Bagian Kerangka Masalah](#_bookmark26) 43

[Gambar2.3Bagian Genogram Ny.S](#_bookmark27) 47

**DAFTARSINGKATAN**

|  |  |
| --- | --- |
| BB | :BeratBadan |
| OS | : Osteoartritis |
| CRT | :CapilaryRefillTime |
| Dx | : Diagnosa |
| TKR | : Total Knee Replacement |
| GCS | :GlasgowComaScale |
| Ht | :Hematokrit |
| Hb | :Hemoglobin |
| D | : Dextra |
| Post Op | : Pasca Oprasi |
| MmHg | :MilimeterHidrogiun |
| MRS | :Masuk RumahSakit |
| N | :Nadi |
| RR | :RespiratoruRate |
| SMRS | :Sebelum MasukRumah Sakit |
| S | : Suhu |
| TTV | :Tanda– TandaVital |
| TD | :TekananDarah |
| WHO | :WorldHealthOrganization |

**DAFTAR LAMPIRAN**

Lampiran 1 SOP Teknik Distrasi dan Relaksasi 93

**BAB 1**

**PENDAHULUAN**

* 1. **Latar Belakang**

Osteoartritis merupakan salah satu penyakit degeneratif kronis yang menyerang tulang rawan artikular. Penyakit ini erat kaitannya dengan proses penuaan dan sebagian besar berlokasi di sendi lutut, pinggul, jari, dan daerah vertebra lumbal yang sering dialami oleh lansia. Semakin bertambahnya lansia yang mengalami osteoarthritis maka semakin dibutuhkannya pengetahuan tentang manajemen pasien tentang bagaimana menilai secara sistematis struktur sendi lutut,asimtomatik dan simtomatik yang paling umum pada osteoartritis (Winangun, 2019)**.**

TKR (Totak Knee Replacement) merupakan tindakan mengganti permukaan sendi lutut yang mengalami peradangan dengan sendi baru. Tujuan utama TKR adalah menghilangkan nyeri pada lutut, mengembalikan mobilitas, hingga meningkatkan kualitas hidup pasien. Terdapat dua teknik TKR secara umum, yaitu gap balancing dan matched/measured resection.

Pada tindakan TKR, terdapat kemungkinan dilakukannya patellar resurfacing, yaitu tindakan membuang jaringan kartilago pada patella yang mengalami peradangan. Tindakan ini dilakukan untuk meningkatkan luaran TKR pada kondisi pasien tertentu (Monayo & Akuba, 2019).

Komplikasi TKR di antaranya fraktur periprostetik, aseptic loosening, dan infeksi sendi periprostetik. Selain itu, lokasi luka operasi dapat menjadi sumber infeksi yang dapat menyebabkan selulitis, superficial dehiscence, dan tertundanya penyembuhan luka. Beberapa komplikasi lain yang dapat terjadi adalah instabilitas sendi, patella chuck syndrome, kekakuan sendi, peroneal nerve palsy, dan hipersensitifitas terhadap implan (Monayo & Akuba, 2019).

Indikasi Total Knee Replacement dilakukan pada pasien yang mengalami nyeri berat dan disabilitas fungsi karena kerusakan permukaan sendi akibat artritis (Osteoarthritis, Rheumatoid artritis, artitis pasca trauma), dan perdarahan ke dalam sendi, seperi pada penderita hemophilia. Dapat digunakan prosthesis logam dan akrilik dirancang untuk membuat sendi yang fungsional, tidak nyeri, stabil.

Data WHO menunjukkan distribusi penderita osteoartritis yang berusia di atas 60 tahun di seluruh dunia pada pria adalah 9,6% dan 18,0% pada wanita. Pada Global Burden of Disease tahun 2010, osteoartritis lutut dan panggul terdaftar sebagai kontributor ke-11 dan merupakan penyebab kecacatan secara global. Sekitar 250 juta (3,6% dari populasi) orang di seluruh dunia menderita osteoartritis lutut. Mayoritas dari mereka tinggal di negara-negara berpenghasilan rendah dan menengah dengan intensitas osteoartritis lutut sedang hingga berat (Cross, et al., 2014). Karena penyakit osteoartritis ini bersifat kronis dan progresif, sehingga dampak sosial-ekonomi di negara maju dan berkembang sangat besar.

Penyakit ini bisa menyebabkan nyeri hebat dan cacat pada penderita, sehingga dapat mengganggu aktivitas sehari-hari. Akibatnya, sebanyak 80% penderita memiliki keterbatasan dalam bergerak dan 25% di antaranya bahkan tidak dapat melakukan kegiatan sehari- hari (WHO, 2016). Data yang di peroleh di ruang B1 Dr Ramelan Surabaya Penderita osteoartritis post Op TKR (Total Knee Replacement) sendiri masih cukup tinggi pada tahun 2020 mencapai angka 25 Kasus penderita osteoartritis Post Op Total Knee Replacement (TKR). pada tahun 2021 bulan Januari-April Mencapai Angka 4 Kasus penderita penderita osteoartritis Post Op Total Knee Replacement (TKR). Penderita Angka kejadian Osteoathritis di ruang I bedah RUMKITAL dr. Ramelan mengalami peningkatan.

Wanita juga lebih cenderung terkena Osteoartritis atau radang sendi dibanding pria karena pinggul wanita lebih luas dan lebih memberikan tekanan jangka panjang pada lutut mereka. Selain itu, faktor sosial seperti pekerjaan yang dilakukan seharian juga mempengaruhi timbulnya osteoarthritis, terutama pada atlet dan orang-orang yang pekerjaannya memerlukan gerakan berulang (pekerja landskap, mangetik atau mengoperasikan mesin), memiliki resiko lebih tinggi terkena osteoarthritis. Hal ini adalah karena terjadinya cedera dan meningkatkan tekanan pada sendi tertentu (William et al., 2019)

Gaya hidup juga mempengaruhi kehidupan seseorang yang menderita penyakit osteoarthritis. Perubahan gaya hidup dan pengobatan yang dilakukan dapat membantu mengurangi keluhan osteoarthritis. Perubahan berat badan dapat meningkatkan tekanan pada bagian sendi, terutamanya pada bagian lutut dan pinggul. Diet yang sehat diperlukan untuk mengurangi berat badan. Pola makan yang sehat berserta olahraga dapat menurunkan terjadinya osteoarthritis.

Salah satu penatalaksanaan pada kasus Osteoathritis adalah dengan prosedur pembedahan. Pembedahan bisa menjadi salah satu modalitas untuk penatalaksanaan osteathritis. Salah satu prosedur operasi yang biasa dilakukan pada osteoathritis adalah Total Knee Replacement (TKR) Bagian ujung-ujung tulang akan diganti dengan Bawan logam dan plastik (*polyethylene*) (William et al., 2019).

* 1. **Rumusan Masalah**

Untuk mengetahui lebih lanjut dari perawatan penyakit ini maka penulis akan melakukan kajian lebih lanjut dengan melakukan asuhan keperawatan post op TKR (Total Knee Replacement) Dextra dengan membuat rumusan masalah sebagai berikut “Bagaimanakah Asuhan keperawatan medikal bedah dengan diagnosa post op TKR (Total Knee Replacement) Desxtra Hari ke- 4 di ruang B1 RSPAL Dr Ramelan Surabaya.

* 1. **Tujuan Penelitihan** 
     1. **Tujuan umum**

Mahasiswa mampu mengidentifikasi Asuhan Keperawatan pada pasien dengan medis post Op TKR (Total knee Replacement) Dextra Hari Ke–4 di ruang B1 RSPAL Dr Ramelan Surabaya .

* + 1. **Tujuan khusus**

1. Melakukan pengkajian pada Ny.S Dengan Diagnosa Medis Post OP TKR (Tota Knee Replacement Dextra) Hari Ke – 4 Di Ruang B 1 RSPAL Dr Ramelan Surabaya.
2. Merumuskan Diagnosa Keperawatan Pada Ny.S Dengan Diagnosa Medis Post OP TKR (Tota Knee Replacement Dextra) Hari Ke – 4 Di Ruang B 1 RSPAL Dr Ramelan Surabaya .
3. Menyusun Rencana Keperawatan Pada Ny.S Dengan Diagnosa Medis Post OP TKR (Tota Knee Replacement Dextra) Hari Ke – 4 Di Ruang B 1 RSPAL Dr Ramelan Surabaya .
4. Mengaplikasikan Implementasi Keperawatan Pada Ny. S Dengan Diagnosa Medis Post OP TKR (Tota Knee Replacement Dextra) Hari Ke – 4 Di Ruang B 1 RSPAL Dr Ramelan Surabaya .
5. Melakukan Evaluasi Asuhan Keperawatan Pada Ny. S Dengan Diagnosa Medis Post OP TKR (Tota Knee Replacement Dextra) Hari Ke – 4 Di Ruang B 1 RSPAL Dr Ramelan Surabaya.
6. Mendokumentasi Asuhan Keperawatan Pada Ny. S Dengan Diagnosa Medis Post OP TKR (Tota Knee Replacement Dextra) Hari Ke – 4 Di Ruang B 1 RSPAL Dr Ramelan Surabaya.
   1. **Manfaat**

Terkait dengan tujuan. Maka Tugas Akhir ini diharapkan dapat memberikan manfaat secara akademik dan secara praktis bagi pelayan keperawatan, sebagai salah satu referensi bagi penelitian, dan bagi profesi kesehatan.

1. Akademik, hasil Karya Tulis Ilmiah ini merupakan sumbangan bagilmu pengetahuan khususnya dalam Asuhan keperawatan dengan pasien dengan diagnose medis post Op Total knee Replacement Dextra (TKR) di Ruang B1 RSPAL Dr Ramelan Surabaya
2. Secara praktis dan efisien Tugas Akhir ini bermanfaat bagi :
3. Bagi pelayanan keperawatan dirumah sakit dapat menyediakan penambahan fasilitas seperti penambahan pengamanan pada tempat tidur guna menghindari jatuhnya pasien
4. Bagi peneliti

Hasil ini didapatkan sebagai salah satu rujukan atau referensi bagi penilitian berikutnya dalam melaksanakan Asuhan Keperawatan terhadap pasiean yang mengalami post Op Total knee Replacement Dextra (TKR)

1. Bagi profesi kesehatan

Digunakan sebagai penambahan ilmu bagi profesi kesehatan dalam melakukan Asuhan Keperawatan pada kasus post Op Total knee Replacement Dextra (TKR)

* 1. **Metode Penulisan**

1. Metode

Metode yang digunakan adalah metode deskriptif yaitu metode yang bersifat mengungkapkan peristiwa atau kejadian yang terjadi pada waktu sekarang yang meliputi studi pusaka yang mempelajari, mengumpulkan, membahas data dengan melakukan studi pendekatan proses Keperawatan dengan langkah-langkah pengkajian,diagnose, perencanaan, pelaksanaan, dan diakhiri dengan evaluasi.

1. Teknik penggumpulan data
2. Wawancara

Data diambil melalui percakapan dengan pasien, keluarga pasien, ataupun dengan tim kesehatan lain.

1. Observasi

Data diambil dari percakapan dengan pasien, keluarga pasien, ataupun tim medis lain seperti keluhan utama pasien, keadaan pasien, hasil pemeriksaan laboratorium, hasil perkembangan pasien.

1. Pemeriksaan

Data diambil dari pemeriksaan fisik dan hasil laboratorium yang dapat menunjang dalam menegakkan diagnose dan tindakan selanjutnya.

1. Sumber data
2. Data primer

Data primer adalah data yang diperoleh dari pasien seperti keluhan utama, status keluarga, identitas pasien, riwayat penyakit sekarang, riwayat penyakit dahulu, riwayat penyakit keluarga, dan riwayat alergi

1. Data sekunder

Data yang diperoleh dari keluarga pasien atau orang terdekat pasien, catatan rekam medis pasien, hasil pemeriksaan, dan tim medis lain.

1. Studi Kepenulisan

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 dipahami dalam mempelajari Karya Tulis Ilmiah ini secara Keseluruhan maka di bagi menjadi 3 bagian yaitu :

1. Bagian awal Meliputi halaman judul, persetujuan pembimbing, lembar pengesahan, kata pengantar, dan daftar isi.
2. Bagian inti, terdiri dari 5 bab, yaitu

BAB 1 Pendahuluan berisikan tentang latar belakang, rumusan masalah, tujuan, manfaat, metode penulisan, sistematis penulisan.

BAB 2 Tinjauan pustaka, berisikan tentang konsep penyakit dari sudut medis, dan Asuhan Keperawatan pasien serta kerangka masalah.

BAB 3 Tinjaun kasus, berisikan tentang diskripsi data hasil pengkajian, diagnose keperawatan, perencanaan asuhan keperawatan, pelaksanaan, dan evaluasi.

BAB 4 Pembahasan, berisikan tentang perbandingan antara teori dan kenyataan yang ada dilapangan .

BAB 5 Penutup, berisikan tentang penutup, simpulan, dan saran.

1. Bagian akhir terdiri dari Daftar Pustaka dan lampiran.

**BAB 2**

**TINJAUAN PUSTAKA**

Bab 2 ini akan menguraikan secara teoritis mengenai konsep penyakit dan asuhan keperawatan medikal bedah Post op Tota Knee Replacement (TKR) Dextra Hari ke-4. Konsep penyakit akan diuraikan definisi, etiologi dan cara penanganan secara medis. Asuhan keperawatan akan diuraikan masalah-masalah yang muncul pada penyakit Post op Tota Knee Replacement (TKR) Dextra dengan melakukan asuhan keperawatan yang terdiri dari pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi.

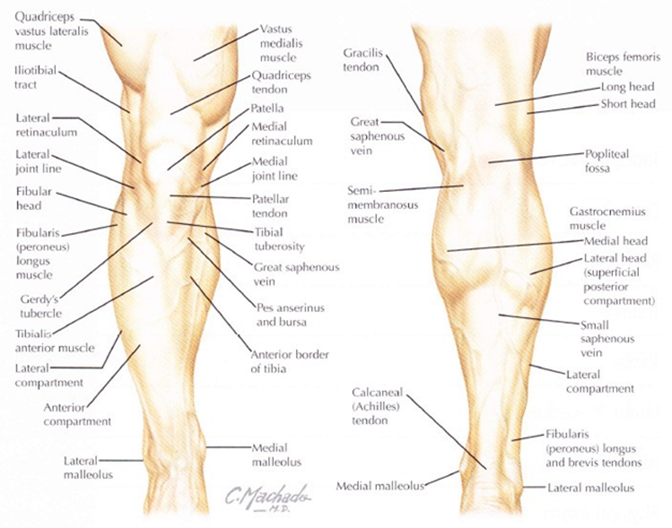
* 1. **Konsep Anatomi Osteoartrhritis** 
     1. **Anatomi Patofisiologis Sendi Lutut**

Lutut adalah salah satu sendi terbesar dan paling kompleks dalam tubuh. Sendi ini juga yang paling rentan karena menanggung beban berat dan beban tekanan sekaligus memberikan gerakan yang fleksibel. Ketika berjalan, lutut menopang 1,5 kali berat badan kita, naik tangga sekitar 3–4 kali berat badan kita dan jongkok sekitar 8 kali. (Han & goleman, daniel; boyatzis, Richard; Mckee, 2019).

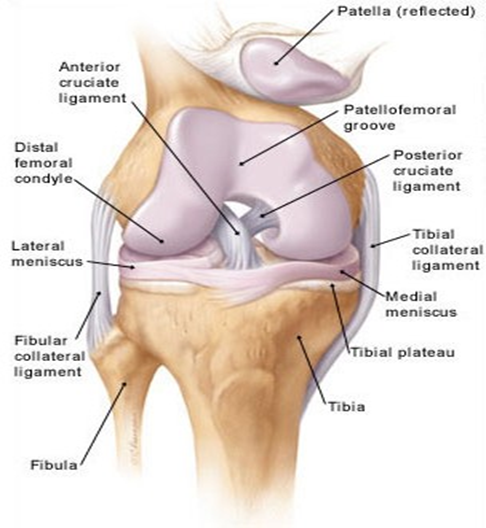
Lutut bergabung dengan tulang femur di atasnya dan dengan tulang tibia di bawahnya. Tulang yang lebih kecil yang berada di sisi lateral tibia (fibula) dan tempurung lutut (patela) adalah tulang lainnya yang menyusun sendi lutut. Ada dua sendi di sendi lutut yaitu tibiofemoral, yang bergabung tibia ke femur dan sendi patellofemoral yang bergabung patella dengan tulang femur. Kedua sendi

bekerja sama agar lutut dapat fleksi dan ekstensi, serta rotasi ke arah eksternal.

Sendi lutut adalah sendi yang paling besar di tubuh kita, dan salah satu yang paling mudah mengalami cedera. Ia terbuat dari bagian bawah tulang paha (femur), yang memutar pada bagian atas dari tulang kering (tibia), dan tempurung lutut (patella), yang menggeser pada sebuah alur di ujung tulang paha. Lutut juga mengandung ligamen-ligamen besar, yang membantu mengontrol gerakan dengan menghubungkan tulang-tulang dan dengan menjaga sendi dari gerakan-gerakan yang abnormal.(Han & goleman, daniel; boyatzis, Richard; Mckee, 2019)

****

**Gambar 2.1** Anatomi lutut bagian luar (sumber: Thompson Jon C. 2010.)



**Gambar 2.2** Sendi Lutut

* + 1. **Fisiologis**

Struktur sendi lutut sangat kompleks dengan berbagai macam jaringan di sekitarnya. Sendi lutut adalah merupakan salah satu sendi besar yang menahan axial loading cukup berat. Sendi lutut merupakan sendi sinovial “*hinge type*“ dengan pergerakan fleksi, ekstensi, dikombinasikan dengan pergeseran dan berputar atau rotasi Sebagai sendi sinovial, sendi lutut memiliki suatu membran sinovium dengan cairan sinovial sebagai suatu lubrikan yang mengurangi friksi beban kerja dari sendi. Stabilitas sendi lutut tergantung pada kekuatan dari otot dan tendon di sekeliling sendi lutut, ligamen yang menghubungkan femur dan tibia, serta otot yang berperan besar dalam menjaga stabilitas sendi lutut adalah otot quadricep femoris, khususnya serat inferior dari vastus medial dan lateral (Flandry & Hommel 2015).

* 1. **Konsep Penyakit** 
     1. **Pengertian OS ( Osteoartritis )**

Osteoartritis (OA) Adalah penyakit sendi Degeneratif dan Inflamasi yang ditandai dengan perubahan patologik pada seluruh struktur sendi. Perubahan patologis yang terjadi meliputi hilangnya tulang rawan sendi hialin, diikuti penebalan dan sklerosis tulang subkondral, pertumbuhan osteofit pada tepi sendi, teregangnya kapsul sendi, sinovitis ringan dan kelemahan otot yang menyokong sendi karena kegagalan perbaikan kerusakan sendi yang disebabkan oleh stress mekanik yang berlebih,Pada umumnya penderita OA berusia di atas 40 tahun dan populasi bertambah berdasarkan peningkatan usia. Osteoartritis merupakan gangguan yang disebabkan oleh multifaktorial antara lain usia, mekanik, genetik, humoral dan faktor kebudayaan (William et al., 2019).

Osteoartritis diklasifikasikan menjadi 2 kelompok, yaitu OA primer dan OA sekunder. Osteoartritis primer disebut idiopatik, disebabkan faktor genetik, yaitu adanya abnormalitas kolagen sehingga mudah rusak. Sedangkan OA sekunder adalah OA yang didasari kelainan endokrin, inflamasi, metabolik, pertumbuhan, mikro dan makro trauma, imobilitas yang terlalu lama serta faktor risiko lainnya, seperti obesitas dan sebagainya (Desak Nyoman Surya Suameitria Dewi et al., 2020).

* + 1. **Etiologi**

Beberapa faktor resiko untuk timbulnya osteoartritis antara lain adalah :

1. Usia

Usia merupakan salah satu resiko timbulnya OA, Prevalensi dan berat OA semakin meningkat dengan bertambahnya usia (Soeroso et al, 2014). Proses penuaan dianggap sebagai penyebab peningkatan kelemahan di sekitar sendi, penurunan kelenturan sendi dan tulang rawan.

1. Jenis kelamin dan Hormonal

Frekuensi OA pada wanita lebih banyak diperkirakan karena turunnya kadar estrogen yang signifikan setelah menopause, maka darei itu OA lebih sering terjadi pada perempuan (Soeroso et al.,2014).

1. Obesitas

Pada pria dan wanita berat badan yang berlebih berkaitan dengan meningkatnya resiko OA. Pasien dengan obesitas berpeluang untuk terkena OA lutut dan tangan (Soeroso et al,2014).

1. Faktor Genetik

Ibu dari wanita yang terkena OA, akan beresiko 2 kali lebih sering terkena OA dan 3 kali lebih sering pada anak perempuan dengan ibu yang mengalami OA, dibandingkan dengan ibu dan anak perempuan dari ibu tanpa OA (Soeroso et al, 2014).

1. Aktivitas fisik yang berat

Pemakaian sendi yang terlalu sering dan pekerjaan berat dapat berkaitan dengan peningkatan resiko terjadinya OA (Soeroso et al, 2014).

1. Olahraga dan Cedera Sendi

Atlit memiliki resiko 2-3 kali lipat lebih tinggi terkena OA lutut dan pinggul. Tetapi dampakm aktivitas fisik pada penyebab dan resiko terkena OA juga tergantung pada jenis intensitas dan komponen fisik (Juhakoski, 2013).

* + - 1. Derajat 1 : terjadi kerusakan proteolitik pada matrik tulang rawan, sehingga terjadi pertumbuhan osteofit. Tidak ada keluhan nyeri. Tidak ada gejala yang harus diobati, namun jika memiliki faktor resiko terjadi osteoarthritis maka dokter akan memberikan suplemen seperti glucosamine dan kondroitin atau memulai untuk melakukan aktivitas/latihan fisik secara rutin.
      2. Derajat 2 : merupakan osteoarthritis derajat ringan. Terdapat fibrilasi dan erosi permukaan tulang rawan, dan merangsang pengeluaran produk ke dalam cairan sinovial. Hasil X-ray sendi lutut pada tahap ini akan tampak pertumbuhan tulang yang lebih besar, tetapi ukuran tulang rawan tetap pada ukuran yang sehat dan ruang antara tulang juga normal, dan tulang-tulang tidak menggesek satu sama lain. Terapi pada derajat 2 ini terutama nonpharmakologi. Untuk pasien kelebihan berat badan, saran terbaik adalah untuk menurunkan berat badan melalui diit dan olahraga dan latihan kekuatan dapat membantu memperkuat otot-otot di sekitar sendi, yang meningkatkan stabilitas dan mengurangi kerusakan sendi. Terapi farmakologi yang dapat diberikan dokter untuk mengurangi nyeri adalah NSAIDs atau acetaminophen.
      3. Derajat 3 : merupakan osteoarthritis derajat sedang. Tulang rawanmenunjukkan kerusakan yang tampak nyata, dan ruang antara tulang menyempit. Terjadi inflamasi sinovial dimana terjadi fagositosis dan pembentukan protease dan sitokin proinflamasi. Pembengkakan sendi terjadi setelah bergerak dalam waktu yang lama. Pada pasien ini, dokter akan memberikan terapi analgetik dan NSAIDs baik topikal, oral, injeksi
      4. Derajat 4 : merupakan derajat berat. Pasien akan mengeluh sakit yang luar biasa dan ketidaknyamanan saat berjalan atau menggerakkan sendi. Hal ini karena ruang sendi berkurang, tulang rawan hampir sepenuhnya hilang, kaku sendi dan kesulitan bergerak. Cairan sinovial menurun drastis, dan tidak lagi membantu mengurangi gesekan antara bagian yang bergerak dari sendi.
    1. **Tanda dan Gejala**

Gejala-gejala utama Ostearthritis ialah adanya nyeri pada sendi yang terkena, terutama waktu bergerak. Umumnya timbul secara perlahan-lahan, mula-mula rasa kaku, kemudian timbul rasa nyeri yang berkurang saat istirahat. Terdapat hambatan pada pergerakan sendi, kaku pagi, krepitasi, pembesaran sendi, dan perubahan gaya berjalan. (Anggiat et al., 2020). Nyeri merupakan keluhan utama tersering dari pasien-pasien dengan OA yang ditimbulkan oleh kelainan seperti tulang, membran sinovial, kapsul fibrosa, dan spasme otot-otot di sekeliling sendi. Karakteristik Nyeri pada osteoartritis dibedakan menjadi 2 Fase :

1. Nyeri Akut.Nyeri awalnya tumpul, kemudian semakin berat, hilang tibul, dan diperberat oleh aktivitas gerak sendi. Nyeri biasanya menghilang dengan istirahat.
2. Fase Nyeri kronisKekakuan pada kapsul sendi dapat menyebabkan kontraktur (tertariknya) sendi dan menyebabkan terbatasnya gerakan. Penderita akan merasakan gerakan sendi tidak licin disertai bunyi gemeretak (Krepitus). Sendi terasa lebih kaku setelah istrahat. Perlahan-lahan sendi akan bertambah kaku.

Gejala utama yang menunjukkan adanya diagnosis osteoarthritis meliputi:

1. Nyeri pada persendian
2. Mengurangi fungsi dari sendi yang terkena
3. Kekakuan (durasinya pendek, sendi terasa kaku saat lama tidak
4. digunakan,namun kekakuannya hanya sebentar)
5. Ketidak stabilan sendi
6. Penderita biasanya mengeluhkan gerakan sendi yang berkurang,
7. Deformitas, pembengkakan, krepitasi, banyak terjadi pada usia lanjut >40 tahun.
   * 1. **Patofisiologis**

Osteoarthritis berkembang dengan pengaruh dari interaksi beberapa faktor dan hal ini merupakan hasil dari interaksi antara sistemik dan faktor lokal. Penyakit ini merupakan hasil dari beberapa kominasi faktor resiko, diantaranya yaitu usia lanjut, mal alignmen lutut, obesitas, trauma, genetik, ketidak seimbangan proses fisiologis dan peningkatan kepadatan tulang. Bukti bahwa obesitas itu sindrom yang komplek yaitu adannya ketidak normalan aktivasi jalur endokrin dan jalur pro inflamasi yang mengakibatkan perubahan kontrol makanan,ekspansi lemak, dan perubahan metabolik (Heidari, 2011). Selain itu kasus Osteoarthritis juga disebabkan oleh faktor kelainan struktural yang ada di sekitar persendian (Mcgonagle et al, 2015).



**Gambaran 2.3** Patologis Osteoartritis

* + 1. **Komplikasi**

Menurut (Anggiat et al., 2020) Komplikasi yang dapat terjadi akibat osteoarthritis dapat terjadi apabila penyakit ini tidak ditangani dengan serius. Terdapat dua macam komplikasi yaitu :

* 1. Komplikasi akut berupa, osteonekrosis, Ruptur Baker Cyst, Bursitis.
  2. Komplikasi kronis berupa malfungsi tulang yang signifikan, yang terparah ialah terjadi kelumpuhan.
  3. Gangguan/kesulitan gerak
  4. Kelumpuhan yang menurunkan kualitas hidup penderita.
  5. Resiko jatuh
     1. **Pemeriksaan Penunjang**

Pemeriksaan Diagnostik Terdapat beberapa pemeriksaan yang dapat dilakukan untuk lebih mendukung adanya Osteoartritis, antara lain sebagai berikut

1. Foto polos sendi (Rontgent) menunjukkan penurunan progresif massa kartilago sendi sebagai penyempitan rongga sendi, destruksi tulang, pembentukan osteofit (tonjolan-tonjolan kecil pada tulang), perubahan bentuk sendi, dan destruksi tulang.
2. Pemeriksaan cairan sendi dapat dijumpai peningkatan kekentalan cairan sendi.
3. Pemeriksa artroskopi dapat memperlihatkan destruksi tulang rawan sebelum tampak di foto polos.
4. Pemeriksaan Laboratorium: Osteoatritis adalah gangguan atritis local, sehingga tidak ada pemeriksaan darah khusus untuk menegakkan diagnosis. Uji laboratorium adakalanya dipakai untuk menyingkirkan bentuk-bentuk atritis lainnya. Faktor rheumatoid bisa ditemukan dalam serum, karena factor ini meningkat secara normal paa peningkatan usia. Lanjut endap darah eritrosit mungkin akan meningkat apabila ada sinovitis yang luas.
   * 1. **Pencegahan**

Osteoartritis dapat dicegah dengan beberapa langkah, antara lain :

* 1. Menghindari setiap faktor risiko, misal mencegah obesitas.
  2. Istirahat atau proteksi terhadap sendi yang terkena.
  3. Olah raga yang tepat untuk membantu mempertahankan kesehatan tulang rawan, meningkatkan daya gerak sendi dan kekuatan otototot disekitarnya sehingga otot dapat menyerap benturan dengan lebih baik.
  4. Menjaga berat badan agar senantiasa dalam kondisi seimbang.
  5. Menjaga pola makan dan minum (diet) agar selalu baik dan seimbang sehingga pertumbuhan sendi dan tulang rawan sempurna dan normal.
  6. Berdiri, berjalan, mengangkat barang harus pada posisi yang benar.
  7. Senantiasa berhati-hati agar terhindar dari berbagai kecelakaan yang mengakibatkan sendi rusak.
  8. Dianjurkan menggunakan kursi dengan sandaran keras, kasur yang tidak terlalu lembek dan tempat tidur yang dialas dengan papan.
  9. Menekan lembut dengan hati-hati pada bagian yang bengkak dan kaku sambil memberi terapi pemanasan sederhana dengan minyak oles atau krim balsem.
     1. **Faktor Resiko**

Beberapa faktor resiko untuk timbulnya osteoartritis antara lain adalah :

1. Usia

Usia merupakan salah satu resiko timbulnya OA, Prevalensi dan berat OA semakin meningkat dengan bertambahnya usia, Proses penuaan dianggap sebagai penyebab peningkatan kelemahan di sekitar sendi, penurunan kelenturan sendi dan tulang rawan.

1. Jenis kelamin dan Hormonal

Frekuensi OA pada wanita lebih banyak diperkirakan karena turunnya kadar estrogen yang signifikan setelah menopause, maka darei itu OA lebih sering terjadi pada perempuan.

1. Obesitas

Pada pria dan wanita berat badan yang berlebih berkaitan dengan meningkatnya resiko OA. Pasien dengan obesitas berpeluang untuk terkena OA lutut dan tangan.

1. Faktor Genetik

Ibu dari wanita yang terkena OA, akan beresiko 2 kali lebih sering terkena OA dan 3 kali lebih sering pada anak perempuan dengan ibu yang mengalami OA, dibandingkan dengan ibu dan anak perempuan dari ibu tanpa OA .

1. Aktivitas fisik yang berat

Pemakaian sendi yang terlalu sering dan pekerjaan berat dapat berkaitan dengan peningkatan resiko terjadinya OA.

1. Olahraga dan Cedera Sendi

Atlit memiliki resiko 2-3 kali lipat lebih tinggi terkena OA lutut dan pinggul. Tetapi dampakm aktivitas fisik pada penyebab dan resiko terkena OA juga tergantung pada jenis intensitas dan komponen fisik .

Derajat 1 : terjadi kerusakan proteolitik pada matrik tulang rawan, sehingga terjadi pertumbuhan osteofit. Tidak ada keluhan nyeri. Tidak ada gejala yang harus diobati, namun jika memiliki faktor resiko terjadi osteoarthritis maka dokter akan memberikan suplemen seperti glucosamine dan kondroitin atau memulai untuk melakukan aktivitas/latihan fisik secara rutin.

Derajat 2 : merupakan osteoarthritis derajat ringan. Terdapat fibrilasi dan erosi permukaan tulang rawan, dan merangsang pengeluaran produk ke dalam cairan sinovial. Hasil X-ray sendi lutut pada tahap ini akan tampak pertumbuhan tulang yang lebih besar, tetapi ukuran tulang rawan tetap pada ukuran yang sehat dan ruang antara tulang juga normal, dan tulang-tulang tidak menggesek satu sama lain. Terapi pada derajat 2 ini terutama non pharmakologi. Untuk pasien kelebihan berat badan, saran terbaik adalah untuk menurunkan berat badan melalui diit dan olahraga dan latihan kekuatan dapat membantu memperkuat otot-otot di sekitar sendi, yang meningkatkan stabilitas dan mengurangi kerusakan sendi. Terapi farmakologi yang dapat diberikan dokter untuk mengurangi nyeri adalah NSAIDs atau acetaminophen.

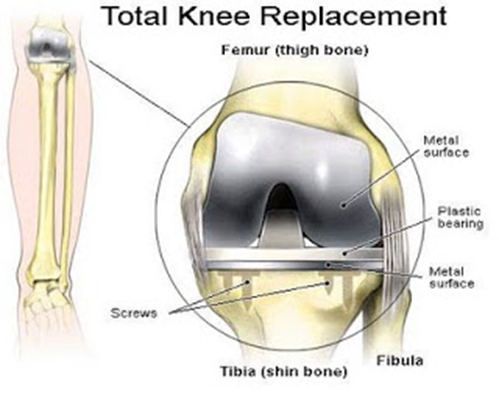
Derajat 3 : merupakan osteoarthritis derajat sedang. Tulang rawanmenunjukkan kerusakan yang tampak nyata, dan ruang antara tulang menyempit. Terjadi inflamasi sinovial dimana terjadi fagositosis dan pembentukan protease dan sitokin proinflamasi. Pembengkakan sendi terjadi setelah bergerak dalam waktu yang lama. Pada pasien ini, dokter akan memberikan terapi analgetik dan NSAIDs baik topikal, oral, injeksi

Derajat 4 : merupakan derajat berat. Pasien akan mengeluh sakit yang luar biasa dan ketidaknyamanan saat berjalan atau menggerakkan sendi. Hal ini karena ruang sendi berkurang, tulang rawan hampir sepenuhnya hilang, kaku sendi dan kesulitan bergerak. Cairan sinovial menurun drastis, dan tidak lagi membantu mengurangi gesekan antara bagian yang bergerak dari sendi. Hochberg et al. (2012) membedakan manajemen osteoarthritis menjadi manajemen non farmakologi, farmakologi dan pembedahan.

* 1. **Konsep Penyakit** 
     1. **Pengertian TKR (Total Knee Replacement)**

Total Knee Replacement (TKR) adalah prosedur tindakan pembedahan umum nya di lakuka operasi penggantian sendi lutut yang tidak normal dengan material buatan. Pada TKR, ujung dari tulang femur akan dibuang dan diganti dengan metal shell dan ujung dari tibia juga akan diganti dengan metal stem dan diantara keduanya dihubungkan dengan plastik sebagai peredam gerakan. Tindakan TKR sering dilakukan pada pasien dengan osteoartritis lutut tingkat lanjut. Tujuan penggantian lutut total (TKR) yaitu : memperbaiki cacat, dan untuk mengembalikan 22 fungsi, penggantian sendi lutut yang telah parah, untuk membebaskan sendi dari rasa nyeri, untuk menggembalikkan rentang gerak (ROM), untuk mengembalikkan fungsi normal bagi seorang pasien, untuk membangun kembali aktivitas sehari-hari (ADL) dengan modifikasi yang tetap menjaga ROM pasien (*Osteoartritis Post Total Knee Replacement Di*, 2016).

Total Knee Replacement (TKR) adalah prosedur operasi penggantian sendi lutut yang tidak normal dengan material buatan. Pada TKR, ujung dari tulang femur akan dibuang dan diganti dengan metal shell dan ujung dari tibia juga akan diganti dengan metal stem dan diantara keduanya dihubungkan dengan plastik sebagai peredam gerakan. Tergantung dari kondisi tempurung lutut pasien biasanya di belakang tempurung lutut juga ditambahkan plastik.



**Gambaran 2.4.** Total Knee Replacement

Total knee replacement diberikaan untuk kondisi perkapuran stadium lanjut atau grade IV, biasanya disertai dengan perubahan bentuk fisik dari kaki menyerupai huruf ‘O’ atau ‘X’.

* + - 1. Tujuan total knee replacement yaitu :
      2. Untuk membebaskan sendi dari rasa nyeri
      3. Untuk menggembalikkan rentang gerak (ROM)
      4. Untuk menggembalikkan fungsi normal bagi seorang pasien
      5. Untuk membangun kembali akrivitas sehari-hari (ADL), dengan modifikasi yang tetap menjaga ROM pasien.
    1. **Etiologi TKR**

Menurut Banyak kondisi (Winangun, 2019) Beberapa Indikasi pasien yang membutuhkan tindakanTKR Antara lain :

1. Pasien yang menderita Osteoartritis berat
2. Sakit lutut yang dialami pasien setiap hari, terutama bila berjalan > 100 m
3. Sakit sampai membatasi pergerakan untuk aktivitas sehari hari
4. Kekakuan sendi yang signifikan
5. Ketidaksetabilan sendi lutut saat bejalan
6. Kelainan deformitas yang menonjol seperti kaki O atau X
7. Fraktur Kolom Femoralis
8. Kegagalan pembedahan rekontruksi sebelumnya (kerusakan prostesis, osteotomi, penggantian kaput femoris)

Kontraindikasi Total Knee Replacement

* 1. Infeksi Lutut
  2. Obesitas morbid (lebih besar dari 300 pound atau 136 kg)
  3. Quadriceps sangat lemah, karena dapat menyebabkan kesulitan berjalan dan lutut karena kelemahan.
  4. Kerusakan atau penyakit pada kulit di sekitar lutut.
  5. Cacat mental yang berat.
  6. Aliran darah yang buruk di kaki untuk penyakit pembuluh darah perifer.
  7. Sebuah penyakit, jenis kanker terminal, yang telah menyebar.
     1. **Manifestasi Klinik**

Menurut (William et al., 2019) Menifestasi klinis yang membutuhkan tindakan TKR yaitu:

* + 1. Rasa nyeri pada sendi.

Biasanya terjadi pada penderita Osteoarthritis (OA) yang terjadi di karenakan proses peradangan yang disebabkan kecenderungan virus pada faktor metabolik dan antibodi.

* + 1. Menurunnya kemampuan gerak.

Biasanya timbul pada pagi hari setelah bangun tidur, saat memulai gerakan fisik dan juga pada posisi tertentu dalam waktu yang lama.

* + 1. Pembengkakan Sendi
    2. Menghilangkan kekakuan dan kerusakan yang lebih lanjut pada sendi.
    3. Disfusi Sendi

Manifestasi tindakan TKR biasanya terjadi pada penderita:

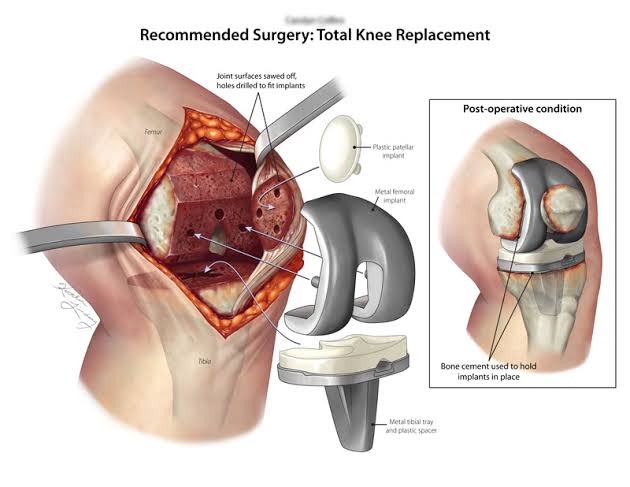
1. Osteoartritis (OS) Manifestasi klinisnya yakni terjadi nyeri pada persendian yang bisa menetap. Kemudian terjadi kekakuan sendi pada pagi hari setelah tidur atau bisa juga pada saat posisi yang sama dalam waktu yang lama. Hal lain yang dapat terjadi yakni keterbatasan gerak pada penderita terlebih pada bagian ekstensi panggul, abduksi dan rotasi intra. Tanda yang sering muncul adalah kekauan sendi, terjadi bengkak pada persendian, terdengar bunyi (kreptasi) pada persendian pada saat digerakkan. Pada stadium lanjut, kestabilan sendi dapat terjadi karena berkurangnya kartilago dan tulang, serta kelemahan pada otot (Santosa, J. 2018).
2. Rheumatoid arthritis Biasanya muncul secara perlahan muai dari beberapa minggu atau bulan karena tidak menunjukkan gejala pada awal penyakit. Keluhan yang dirsakan biasanya sendi terasa nyeri dan kaku pada pagi hari serta terjadi pembengkakan pada sendi. Hal ini biasanya terjadi pada sendi simetris yakni sendi pergelangan tangan, sendi lutut dan juga kaki (diartrosis). Namun dapat terjadi juga pada sendi lain seperti sendi siku, bahu dan juga panggul (Santosa, J. 2018).
3. Artritis Gout. Pada stadium ini, radang sendi yang terjadi sangat akut, dapat timbul dengan cepat dalam waktu yang singkat. Biasanya bersifat monoartikular (menyerang satu sendi) dengan keluhan yang ditimbulkan adalah rasa nyeri, bengkak pada sendi dengan warna merah yang menyebabkan gejala sistemik berupa demam hingga menggigil dan juga merasa lelah. Faktor yang menyebabkan penyakit ini adalah stress, kelelahan fisik, trauma lokal, tindakan operasi, dan pemakaian obat diuretik.(Santosa, J. 2018).
   * 1. **Tanda dan gejala**

Menurut (Anggiat et al., 2020)Gambaran Klinis Pasien yang memerlukan tindakan TKR Adalah :

1. Rasa nyeri pada sendi Merupakan gambaran primer pada osteoarthritis maupun kerusakan sendi lutut dengan penyebab yang lain, nyeri akan bertambah apabila sedang melakukan sesuatu kegiatan fisik. Kekakuan dan keterbatasan gerak Biasanya akan berlangsung 15-30 menit dan timbul setelah istirahat atau saat memulai kegiatan fisik.
2. Peradangan Sinovitis sekunder, penurunan pH jaringan, pengumpulan cairan dalam ruang sendi akan menimbulkan pembengkakan dan peregangan simpai sendi yang semua ini akan menimbulkan rasa nyeri.
3. Mekanik nyeri biasanya akan lebih dirasakan setelah melakukan aktivitas lama dan akan berkurang pada waktu istirahat. Mungkin ada hubungannya dengan keadaan penyakit yang telah lanjut dimana rawan sendi telah rusak berat. Nyeri biasanya berlokasi pada sendi yang terkena tetapi dapat menjalar, misalnya pada osteoartritis coxae nyeri dapat dirasakan di lutut, bokong sebelah lateral, dan tungkai atas. Nyeri dapat timbul pada waktu dingin, akan tetapi hal ini belum dapat diketahui penyebabnya.
4. Pembengkakan Sendi Pembengkakan sendi merupakan reaksi peradangan karena pengumpulan cairan dalam ruang sendi biasanya teraba panas tanpa adanya pemerahan.
5. Deformitas Disebabkan oleh distruksi lokal rawan sendi.
   * 1. **Patofisiologis**

Penatalaksanaan TKR (Total Knee Replecment) biasanya dilakukan pada pasien Osteoartritis, Rheumatoid artritis. Penyakit Osteoartritis diakibatkan munculnya degenerasi synovial, berupa keusakan keseliruhan yang progresif dari tulang rawan yang diikuti kerusakan keseluruhan tulang rawan sendi. Berawal dari terjadinya berubahan matriks kartilago yang kemungkinana disebabkan oleh gangguan mekanik, atau gangguan metabolisme kondorsut yang menyebabkan konsentrasi air meningkat. Terjadinya perubahan tersebut, respon kondorsit meningkatkan sintesis dan degradasi matriks, serta berpoliferasi. Dengan tujuan menggatikan jaringan yang rusak, mempertahankan jaringan dan peningkatan volume kartilago dan berlangsung bertahun-tahun. Akan tetapi perlahan terjadi penurunan kondorsit kemungkinan bisa dikarenakan faktor usia, sehingga mengakibatkan kegagalan dalama respon kondorsit berupa kerusakan tulang rawan sendi. Kerusakan tulang rawan sendi mengakibatkan adanya perubahan synovium, ligamen, kapsul, serta otot yang menggerakan sendi. Pada membran sinovial sering mengalami ilnflamasi dan dapat berisi fragmen-fragmen dari tulang rawan sendi. Kemudian karena semakin lama menyebabkan ligamen, kapsul dan otot menjadi contracted. Lalu kurangnya penggunaan sendi dan penurunan ROMmenyebabkan atropi otot. Perubahan ini mengakibatkan ke kakuan sendi dan kelemahan tungkai. (Asmarani,. Dkk, 2011)

Rheumatoid artritis merupakan sebuah penyakit inflamasi autoimun-sistemik, progresif dan kronis yang memperngaruhi banyak jaringan dan organ, akan tetapi pada prinsipnya kan merusak sendi-sendi sinovial. Dikarenakan terjadi inflamasi yang terjadi terus-menerus mengakibatkan tualng rawan sendi mengalamai kerusakan dan ankilosing sendi. Tiga sampai empat kali Wanita paling sering mengalami penyakit ini dibandingkan pria (Ahmad dan Andri, 2016). Penyebab penyakit ini dikarenakan reaksi autoimun dalam jaringan sinovial yang melibatkan proses fagositosis. Pada prosesnya dihasilkan enzim-enzim dalam sendi yang memecah kolagen menyebabkan edemma, poliferasi membran sinovial dan berakhir terbentuknya panus. Panus akan menghancurkan tulang rawan yang dapat menimbulkan erosi tulang, sehingga menyebabkan menghilangnya permukaan sendi yang mengakibatkan tergangggunya gerak sendi. Otot akan merasakan nyeri karena serabut otot mengalami perubahan degeneratif dengan menghilangnya kemampuan elastisitas pada otot serta kontraksi otot. (Lutfi Chabis,. Dkk, 2016)



**Gambaran 2.5.** Patofisiologis TKR

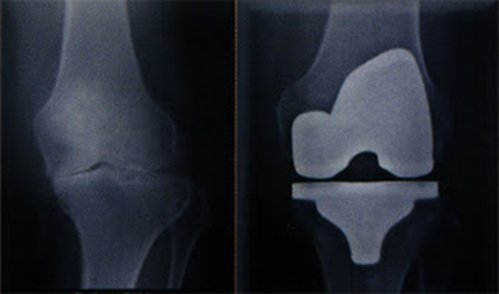
* + 1. **Komplikasi**

Komplikasi yang dapat terjadi akibat dari penggantian lutut total (TKR):

* 1. dislokasi prosthese(akibat infeksi atau tidak kuatnya phrotesa menanggung beban berat badan penderita serta akibat dari aktivitas yang dilakukan penderita.
  2. drainase Luku
  3. thrombosis (pembekuan darah di sekitar bidang operasi), thrombosis Vena Profunda
  4. nabloding (infeksi akibat dari pembalutan yang berlapis-lapis)
  5. Komplikasi yang timbul dari operasi TKR dapat mencakup infeksi sendi, sindrom kompartemen, dan cedera saraf. Sebuah studi baru-baru ini oleh Zmistowski dkk, dari 10.633 pasien yang menjalani TKR atau artroplasti pinggul total (THA) menemukan bahwa 5,3% pasien kembali ke rumah sakit dalam waktu 90 hari setelah operasi, dengan penyebab paling umum adalah infeksi terkait sendi. Manifestasi nyeri yang berhubungan dengan prostesis setelah operasi juga terjadi; Wylde dkk menemukan 44% pasien TKR melaporkan adanya nyeri pasca operasi persisten, dan 15% pasien TKR melaporkan adanya rasa sakit yang sangat parah. TKR juga terkait dengan kehilangan darah pasca operasi yang dapat mensyaratkan transfusi darah, yang kemungkinan mengarah pada masalah imunologi, risiko infeksi yang lebih tinggi, dan risiko infeksi virus. Kumar dkk menemukan bahwa 84% dari kehilangan darah total terjadi pada 12 jam pertama setelah operasi, sehingga tindakan segera untuk mengurangi perdarahan harus dilakukan. Untuk mengurangi kehilangan darah, pemasangan torniket dan pemberian asam traneksamat sering digunakan.
     1. **Pemeriksaan penunjangan**

Menurut sulistiawan., dkk (2016) pemeriksaan penunjang TKR dan THR antara lain :

1. Pemeriksaan Laboratium
2. Pemeriksaan darah lengkap mengetahui nilai LED (laju endapan darah)
3. Biopsi jaringan atau kelenjar limfe regional
4. Fungsi lumbal untuk mengetahui konsentrasi albumin didalam liquor yang ditentukan ada tidaknya blok.
5. Pemeriksaan diagnostic
6. RadiologiPemeriksaan dengan menggunakan X-ray yang bertujuan untuk mengetahui kondisi tulang dan sendi
7. AthroskopiMenggunakan menggunakan kamera kecil yang dimasukan ke dalam ruang sendi yang bertujuan untuk menilai struktur, lesi dan deformitas pada sendi. Biasanya juga digunakan untuk mengambil specimen cairan sendi.
8. Pemeriksaan densitas tulangPemeriksaan yang digunakan untuk menilai kekuatan tulang dalam menahan beban tubuh. Karena jka terjadi osteoporosis maka kemampuan tulang untuk menahan beban akan berkurang diakibatkan penurunan kepadatan pada tulang.
9. Foto rontgen thorakFoto x ray thorax dilakukan untuk melihat kondisi organ pulmo dan kardio pasien. Organ tersebut memiliki fungsi yang vital dalam proses pembedahan. Jika pasien terdeteksi memiliki kelainan pada kedua sistem tersebut maka pembedahan akan sangat beresiko.



1. CT scan dan MRIMagnetic resonance imaging (MRI) prosedur yang digunakan untuk memetakan struktur tubuh. Pemetaan menggunakan medan magnet yang sangat besar sehingga atom hidrogen menjadi teratur dan mudah dipetakan. MRI dapat menggambarkan struktur sendi secara jelas.
2. Pemeriksaan darah lengkap.
   * 1. **Penatalaksanaan Medis**

Menurut (Han & goleman, daniel; boyatzis, Richard; Mckee, 2019)gejala yang muncul pada penderita Total Knee Replacement yaitu Nyeri, kekakuan, demormitas (kaki bengkok), pembengkakan, penguncian dan pemberian jalan. Untuk itu perlu diadakannya latihan latihan yang berfungsi untuk menghilangkan gejala gejala tersebut. Latihan tentunya harus sesuai tujuan dan indikasi yang diingkan seperti untuk mengurangi nyeri, memperlancar aliran darah dan merelaksasikan otot.

Penanganan penanganan yang dilakukan fisioterapis untuk mengatasi keluhan tersebut antara lain dengan melakukan penanganan pasca operasi seperti (Streaching, hold relax, active resisted, quadricep bench). Dengan melakukan terapi tersebut diharapkan pasien dapat melakukan aktivitas secara normal, terapi tersebut dijabarkan seperti berikut :

1. Streaching Dilakukan dengan cara pasien tidur dengan posisi terlentang dengan terapis berada disamping pasien lalu terapis menggerakan kaki pasien keatas dan kebawah. Tujuan dari tindakan ini adalah untuk mengendurkan otot otot yang kaku, membantu mengurangi nyeri serta memperlancar sirkulasi darah.
2. HoldRelax Metode yang dilakukan dengan cara memajukan atau mempercepat respon mekanisme neuro muscular melalui rangsangan pada propio septor. Sebelum otot antagonis dilakukan penguluran, otot antagonis terlebih dahuludikontraksikan secara iso metris melawan tahanan dari terapis kearah agonis lalu dilanjutkan dengan rileksasi otot tersebut. Hold relax bertujuan merileksasi otot-otot dan menambah LGS serta untuk mengurangi nyeri. (Kisner dan Colby, 2007)
3. Active Resisted Gerakan aktif yang dilakukan dengan tahanan dari luar terhadap gerakan yang dilakukan pasien. Tahanan dapat berupa dari pasien ataupun terapis. Adabeberapa cara meningkatkan kekuatan otot salah satunya adalah dengan meningkatkan tahanan secara bertahap. (Kisner danColby, 2007).
4. Quadricep Bench Pasien duduk dengan posisi ongkang-ongkang, lalu terapis menyiapkan alat dan memberi beban sesuai kemampuan pasien dengan menggunakan diagram Holten. Pengulangan sesuai apa yang tercatat menggunakan diagram.Quadricep bench bertujuan untuk menambah kekuatan otot.
   * 1. **Perawatan TKR (Total Knee Replacement)**
5. Edukasi

Informasi yang diberikan secara tepat waktu, dikaitkan dengan pengurangan rasa cemas, lama tinggal di rumah sakit, dan rasa sakit pada periode pasca operasi. Edukasi pra operasi sangat penting dalam mengelola harapan pasien. Hal ini merinci rencana perawatan perioperatif, penetapan tujuan, dan manajemen ekspektasi, termasuk kisaran waktu pulang dari perawatan. Edukasi pra operasi bisa dalam bentuk kelompok atau sesi one-to-one dengan spesialis perawat.

1. Prarehabilitasi

Kesehatan pasien dioptimalkan melalui latihan fisik agar lebih tahan terhadap stres fisiologis akibat operasi. Peningkatan kapasitas fungsional pra operasi dapat memperbaiki hasil pasien dan meniadakan intervensi pascaoperasi tertentu.

1. Premedikasi

Nyeri pascaoperasi berkorelasi kuat dengan kemajuan rehabilitasi yang lebih lambat dan rawat inap yang berkepanjangan. Analgesik sebelumnya termasuk obat anti-inflamasi nonsteroidal gabapentin dan cyclooxygenase-2 (NSAIDs). Dalam meta-analisis, NSAID sebelum operasi telah gagal menurunkan secara signifikan nilai nyeri pasca operasi, walaupun konsumsi analgesik secara keseluruhan berkurang. Dalam penelitian hewan, NSAID selektif siklooksigenase-2 memiliki efek merugikan pada penyembuhan tulang.

1. Suhu

Pengurangan suhu tubuh inti dikaitkan dengan risiko kehilangan darah dan tingkat transfusi yang lebih tinggi pada pasien TKR. Hipotermia meningkatkan risiko infeksi luka, penyembuhan luka yang tertunda, dan rawat inap yang berkepanjangan. Pemanasan selimut bisa digunakan untuk mencegah kehilangan panas.

1. Pendekatan Bedah

Pendekatan parapatellar medial adalah yang paling umum untuk TKR, namun penetrasi tendon paha depan yang diperlukan berkontribusi pada rehabilitasi yang sulit. Untuk TKR, operasi minimal invasif meminimalkan insisi panjang dan cedera paha depan, dan dengan demikian memperbaiki nyeri pasca operasi, kehilangan darah, lama tinggal di rumah sakit, dan rentang pergerakan jangka pendek. Meskipun demikian, operasi invasif minimal dikaitkan dengan tingkat malalignment yang lebih tinggi dan menyebabkan operasi revisi berikutnya. Selama operasi total knee replacement, bagian lutut yang rusak dikeluarkan dan diganti dengan implan. Implan terbuat dari berbagai bahan: stainless steel, titanium, chrome, kobalt, atau polyethylene. Semen tulang juga bisa digunakan dalam proses reparasi. Pilihan implan bervariasi dari orang ke orang. Faktor yang dipertimbangkan adalah usia, tingkat aktivitas, jenis tubuh, dan jumlah serta kekuatan tulang serta jaringan tulang. Dokter bedah akan memilih implan yang paling sesuai untuk kebutuhan dan gaya hidup pasien. Selama operasi penggantian lutut total, jumlah tulang yang relatif tipis dikeluarkan dari ujung tulang paha, bagian atas tulang kaki, dan bagian bawah tempurung lutut. Hal ini menciptakan permukaan tulang yang memungkinkan implan agar cocok. Sebagian besar ligamen dan tendon utama lutut tertinggal di tempat sehingga lutut bisa membungkuk dan diluruskan, namun tetap stabil dalam posisi dari sisi ke sisi dan dari depan ke belakang. (Azizah, 2019).

* 1. **Konsep Asuhan Keperawatan Pada Post Op TKR**

Banyak klien yang mengalami disfungsi muskuloskeletal harus menjalani pembedahan untuk mengoreksi masalahnya. Masalah yang dapat dikoreksi meliputi stabilisasi fraktur, deformitas, penyakit sendi, jaringan infeksi atau nekrosis, gangguan peredaran darah dan adanya tumor. Asuhan Keperawatan pada klien dengan penggantian sendi dapat mulai dari pengkajian sampai dengan evaluasi.

* + 1. **Pengkajian**

Pengkajian adalah tahapan awal dari proses asuhan keperawatan dan merupakan sistematik dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan pasien, data yang dikumpulkan ini meliputi bio-psiko-sosial dan spiritual. Dalam proses ada dua tahap yaitu pengumpulan data dan analisa data.

**a. Pengumpulan Data**

**1) Identitas**

Berisikan nama pasien, panggilan pasien, jenis kelamin pasien, jumlah saudara, pekerjaan Alamat, pendidikan terakhir, dan wanita lebih sering terkena Ostheoartrhitis lutut dan sendi, sedangkan laki-laki lebih sering terkena dibagian paha, pergelangan tangan, dan leher. Bisa terjadi di umur 50 tahun, frekuensi Ostheoartrithis lebih banyak pada wanita dari pada laki-laki hal ini menunjukkan adanya peranan hormonal pada pathogenesis.

**2) Keluhan Utama**

Biasanya akan merasakan keluhan seperti nyeri sendi dan kesemutan (perjalanan penyakit, pengobatan yang telah diberikan, faktor resiko).

**3) Riwayat Penyakit Dahulu**

Riwayat penyakit dahulu harus mencakup penjelasan tentang semua penyakit dan tindakan pembedahan atau operasi masa lain. Tidak ada riwayat DM, HT pasien tidak pernah mengalami trauma jatuh.

**4) Pemeriksaan Fisik**

a. B1. Breathing

Pada saat inspeksi, bila tidak mengenai sistem pernafasan biasanya ditemukan kesimetrisan rongga dada normal, pasien tidak sesak nafas, tidak ada penggunaan otot bantu nafas, pada palpasi taktil fremitus seimbang kanan dan kiri, pada saat perkusi suara nafas hilang atau melemah pada sisi yang sakit, biasanya didapatkan ronchi atau wheezing.

b. B2. Blood

Pengisian kapiler kurang dari 1 detik, sering ditemukan keringat dingin dan pusing. Adanya pulsus perifer memberi makna terjadi gangguan pembuluh darah atau edema yang berkaitan dengan obat atau penyakit Ostheoartrithis.

c. B3. Brain

Kesadaran biasanya kompos mentis, pada kasus yang lebih parah, pasien biasanya mengeluh pusing dan gelisah.

- kepala dan wajah : ada sianosis

- mata : sklera biasanya tidak ikterik, konjungtiva anemis

- leher : biasanya JVP dalam batas normal

d. B4. Bladder

Produksi urine biasanya dalam batas normal dan tidak ada keluhan pada sistem perkemihan

e. B5. Bowel

Untuk kasus ini tidak ada eliminasi. Walaupun demikian, perlu dikaji frekuensi, kepekatan, warna, bau khas, dan jumlah. Pasien biasanya merasa mual, nyeri lambung yang menyebabkanpasien tidak nafsu makan, terumata pada pasien yang menggunakan obat NSAID dalam waktu lama.

f. B6. Bone

1. Look

Keluhan nyeri merupakan keluhan utama yang sering mendorong pasien meminta pertolongan. Nyeri biasanya bertambah dengan gerakan dan sedikit berkurang dengan istirahat. Nyeri Ostheoartrithis juga dapat berupa penjalaran atau akibat radikulo pati (misalnya Ostheoarthrithis dan lumbal). Ostheartrithis lumbal yang menyebabkan stenosis spinal meungkin menimbulkan keluhan nyeri betis, yang biasanya disebut dengan klaudikasi intermiten. Pasien mungkin menunjukan salah satu sendi (lutut atau tangan) secara perlahan membesar. Perubahan ini timbul karena kontraktur sendi lama, perubahan permukaan sendi. Hampir semua pasein Ostheoartrithis mengalami kerusakan persendian pergelangan kaki, tumit, lutut, atau panggul yang akhirnya menyebabkan pasien mengalami pincang. Pembengkakan sendi sering asimetris yang timbul karena efusi sendi yang biasanya tidak banyak (<100cc). penyebab lain adalah adanyaosteofit yang dapat mengubah permukaan sendi.

1. feel

Tanda adanya peradangan pada sendi (nyeri tekan, gangguan gerak, rasa hangat yang merata, dan warna kemerahan). Mungkin dijumpai pada pasien Osteoartrithis karena adanya sinovitis. Biasanya tanda ini tidak menonjol dan timbul belakangan, sering dijumpai pada lutut, pergelangan kaki, dan sendi kecil ditangan dan kaki. Krepitasi lebih berarti untuk pemeriksaan klinis Osteoartrithis lutut. Pada awalnya berupa perasaan ada yang remuk dan patah. Dengan bertambah beratnya, krepitasi dapat terdengar pada jarak tertentu. Gejala ini timbul karena gesekan tulang sendi pada saat sendi digerakkan atau secara pasif dimanipulasi.

1. Move

Hambatan gerakan sendi biasanya semakin berat secara perlahan sejalan dengan bertambahnya nyeri. Pada beberapa pasie, nyeri atau kaku sendi dapat timbul setelah Imobilisasi seperti duduk dikursi atau mobil dalam waktu lama atau bahkan setelah tidur.

**b. Analisa Data**

Dari hasil pengkajian kemudian data tersebut dikelompokan lalu dianalisa sehingga dapat ditarik kesimpulan masalah yang timbul dan untuk selanjutnya dapat dirumuskan diagnosa keperawatan.

1. **Diagnosa Keperawatan**

Berikut diagnosa keperawatan pada osteoarthritis (Amin, 2015)

* + - 1. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik

1. Gangguan integritas jaringan berhubungan dengan prosedur bedah.
2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri.
3. Resiko jatuh
4. **Rencana Keperawatan**
   1. **Diagnosa 1**
      * 1. Nyeri akut b.d Agen pencedera fisik

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan nyeri pada pasien dapat berkurang

Kriteria Hasil : **(SLKI , L.08066 Hal-145)**

1. Keluhan nyeri menurun
2. Meringis menurun
3. Sikap protektif menurun

Intervensi :

a. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri

R/ Untuk mengetahui lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri

b. Identifikasi skala nyeri

R/ Untuk mengetahui skala nyeri pada pasien

c. Identifikasi nyeri non-verbal

R/ Untuk mengetahui respon nyeri non-verbal

d. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri

R/ Untuk mengetahui faktor yang memperberat dan memperingan nyeri

e. Control lingkungan yang memperberat kualitas nyeri

R/ Untuk mengetahui lingkungan yang memperberat kualitas nyeri

f. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri

R/ Untuk mengetahui apakah pasien mampu memonitor nyeri secara mandiri

g. Kolaborasi pemberian analgesi

R/ Pemberian obat anti nyeri

**(SIKI, 1.08238 Hal-201)**

* 1. **Diagnosa 2**

Gangguan Integritas Kulit/Jaringan b.d prosedur bedah

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan gangguan integritas kulit/jaringan pada pasien dapat meningkat

Kriteria Hasil : **(SLKI, L.14125 Hal-33)**

* + 1. Kerusakan jaringan menurun
    2. Kerusakan lapisan kulit menurun
    3. Nyeri menurun
    4. Perdarahan menurun

Intervensi :

a. Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit

R/ Untuk mengidentifikasi gangguan integritas kulit pada pasien

b. Ubah posisi setiap 2 jam

R/ Guna menghindari terjadinya luka tekan pada pasien

c. Lakukan pemijatan pada area penonjolan tulang

R/ Guna mencegah terjadinya kekauan sendi

d. Anjurkan penggunaan pelembab

R/ Agar kulit tetap terjaga kelembapan nya

* 1. **Diagnosa 3**

Gangguan Mobilitas Fisik b.d nyeri

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan gangguan mobilitas fisik pada pasien dapat meningkat

Kriteria Hasil : **(SLKI, L.05042 Hal-65)**

* + 1. Pergerakan ekstremitas meningkat
    2. Kekuatan otot meningkat
    3. Rentang gerak ROM meningkat
    4. Gerakan terbatas menurun

Intervensi :

a. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya

R/ Untuk mengidentifikasi adannya nyeri atau keluhan fisik pada pasien

b. Identifikasi toleransi fisik saat melakukan ambulasi

R/ Untuk mnegtahui toleransi fisik pasien saat melakukan tindakan ambulasi

c. Fasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu

R/ Untuk membantu pasien ambulasi dengan alat

d. Jelaskan tujuan dan prosedur ambulasi

R/ Agar pasien memahami tujuan dilakukan prosedur ambulasi

e. Anjurkan ambulasi dini

R/ Guna melakukan pencegahan supaya tidak memperparah keadaan

**(SIKI, 1.06171 Hal-22)**

* 1. **Diagnosa 4**

Resiko Jatuh

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x24 jam di harapkan Resiko Jatuh pada pasien dapat menurun

Kriteria Hasil : **(SLKI, L.14136 Hal-140)**

* + 1. Jatuh dari tempat dari tidur dari sedang menjadi menurun
    2. Jatuh saat berdiri dari sedang menjadi menurun
    3. Jatuh saat duduk sedang menjadi menurun
    4. Jatuh saat berjalan dari sedang menjadi menurun
    5. Jatuh saat di kamar mandi dari sedang menjadi menurun

Intervensi :

a. Identifikasi faktor resiko jatuh

R/ Untuk mengetahui faktor resiko jatuh pada pasien

b. Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan resiko jatuh

R/ Untuk identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan resikoh jatuh

c. Pasang handrall di tempat tidur

R/ Untuk mencegah pasien agar tidak terjatuh dari tempat tidur

d. Ajarkan cara menggunakan bel pemanggil untuk memanggil perawat

R/ Agar pasien dapat memintak pertolongan kepada perawat

**(SIKI,1.41540)**

* + 1. **Pelaksanaan**

Perencanaan rencana atau Implementasi keperawatan merupakan sebuah fase dimana perawat melaksanakan rencana atau intervensi yang sudah dilaksanakan sebelumnya. Berdasarkan terminologi SIKI, implementasi terdiri atas melakukan dan mendokumentasikan yang merupakan tindakan khusus yang digunakan untuk melaksanakan intervensi.(Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2017)

* + 1. **Evaluasi**

Evaluasi merupakan suatu proses untuk menjelaskan secara sistematis untuk mencapai obyektif, efisien, dan efektif, serta untuk mengetahui dampak dari suatu.kegiatan dan juga membantu pengambilan keputusan untuk perbaikan satu atau beberapa aspek program perencanaan yang akan datang.(Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2017)

**2.4.4. Kerangkai masalah**

Obsesitas

Sendi tidak kuat menahan bebantubuh

Depresi sendi berlangsung lama

Penurun analiran darah

Pecahnya pembuluh darah

Suku

Perbedaan

Pola hidup

Genetik

Struktur tulang (osteoarthritis)

Jenis kelamin wanit

wawan

Penurunan absobsi kalsium

Penurunan jumlah

cairan synovial padasendi

Proses penuaan

Umur di atas 60 tahun

Penurunan hormon estrogen, progesteron, dll

Kadar kalsium menurun

Bentuk panggul melebar

Tekanan pada sendi

Beban lama

Trauma

Intrinsik

Ekstrinsik

Kartilago

Pelebaranpembuluhdarah

vasodilatasi

Kartilago

kekakuan

Penurunan pembuluh darah

Suplai O2menurun

Akibat penyakit sendi lain (peradangan)

Penggunaan sendi yang berlebihan

Akibataktivitas yang membutuh kangerakan sendi

**Oateoarthritis**

Perubahan komponen sendi

Perubahan fungsi sendi

Deformitas sendi

Sulit gerak

***Gangguanmobilitas FISIK***

Stresbiomekanik

Pemecahan kodosit

Pengeluaran enzim lisosom

Kerusakan matrik kartilago

Penyempitan rongga sendi

Penurunan kekuatan

Proses degenatif panjang degeneratifpanjang

Penurunan Hormon paratiroid

Penurunan absorbsi kalsium

Cidera tulang

Tulang rapuh

***Resiko jatuh***

Peradangan Kartilago

Menstimulasi tubuh nya tulang

Perbaikan yang dilakukan tidak memadai

Timbulnya benjolan pada pinggiran sendi (osteofit)

Rasa malu

Akibat perubahan bentuk

***Gangguan Citra***

**tubuh tuimage\\\\**

Inflamasi sendi

Pelepasan mediator nyeri

Menyentuh ujungs arafnyeri

Nyeri

*Nyeri akut*

* Ketergantungan tinggi
* Kecemasan tinggi

Peulihan lambat

Tindakan medis : **Operasi TKR**

Dampak :

* Nyeri pasca operasi
* Takut bergerak
* Keterbatasan gerak

Edukasi dan Latihan mobilisasi dini

* Hilangnya elastisitas

*kartilago*

* Inflamasi
* Kerusakan permukaan sendi lutut
* Nyeri
* Kekakuan sendi
* Bengkak
* Fungsi lutut menurun
* Keterbatasan gerak sendi lutut

Indikasi TKR

* *Osteoartritis*
* *Rheumatoid arthritis*
* *Artritis* post trauma

**BAB 3**

**TINJAUAN KASUS**

Untuk mendapatkan gambaran nyata tentang pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien dengan Diagnosa Post 0p Total Knee Replacement Dextra, maka penulis menyajikan satu kasus yang penulis amati mulai tanggal 29 April sampai tanggal 01 Mei dengan data pengkajian pada tanggal 29 April 2021 jam 08.00 WIB – 01 Mei 2021 Anamnesis diperoleh dari pasien, keluarga, dan file No. Register 64.xx.xx sebagi berikut:

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

Pasien adalah seorang perempuan bernama Ny. S berusia 66 Tahun beragama islam dan status pasien menikah beralamat di karang pilang, dari suku Jawa Indonesia pendidikan terakhir SMA dan sebagai ibu rumah tangga. Pasien masuk Rumah Sakit pada tanggal 25 April 2021 jam 08.00 WIB. Tanggal pengkajian 29 April 2021.

* + 1. **Keluhan utama**

Pasien mengatakan nyeri di bagian lutut sebelah kanan akibat bekas Post Op TKR Dextra.

P : Post 0p Total Knee Replacement Dextra

Q : Dirasakan seperti tertusuk-tusuk

R : Di Bagian lutut sebelah kanan

S : nyeri skala 3 (0-10)

T : Hilang timbul dalam 10 Menit.

* + 1. **Riwayat penyakit sekarang**

Pada bulan april tanggal Bulan April Tgl 08 April pasien datang ke poli orthopedi RSPAL Dr karena mengeluh nyeri di lutut sebelah kanan kurang lebih 2 tahun pasien mengatakan duluh nya Aktivitas fisik yang berat dan klien duluh nya berkerja berat. Pada tanggal 20-April-2021 pasien datang ke poli bedah orthopedi untuk control setaip satu bulan sekali, pasien mengeluh nyeri saat beraktivitas dan berdiri terlalu lama pada lutut sebelah kanan dan dianjurkan untuk foto rogsen dan didapatkan hasil Gonarthrosis Unspesified dan akan dijadwalkan untuk operasi. Pada tanggal 25 April 2021 pasien datang ke RSPAL untuk melakukan operasi dan MRS di ruang B1/4D. pasien di jadwalkan operasi pada tanggal 26-April -2021 pada pukul 07.00, setelah operasi selesai dilakukan tindakan foto rogsen dan didapatkan hasil :

Foto Genu Dextra AP/Lat =

1. Tampak terpasang Knee Replacement pada genu joint D. Posisi baik dengan ujung slang drain di anterosuperior
2. Trabekulasi tulang normal
3. Celah & permukaan sendi normal
4. Osteophyte tak tampak jelas
5. Klasifikasi soft tissue (-) di fossa poplinea

**Kesan :**

1. Post TKR pada genu joint D
2. Klasifikasi soft tissue di fossa poplinea

Pada waktu Oprasi selesai pasien terlihat lemah,Terpasang cairan infun RL 500 ml dan hanya bisa berbaring,mengeluh nyeri Skalah 3 ( 0 – 10 ) di bagian bekas Oprasi lutut sebelah kanan,Pasien terlihat mengunakan selang drain terdapat cairan darah sekitar 20 ml Panjang bekas luka Oprasi sekitar 6 – 10 cm,Pada tanggal 28 April 2021 Pukul 09.00 Pasien masih tampak lemas dan nyeri,Pasin di lakukan perawatan luka hari pertama luka masih pada tahap fase inflamasi,drain sudah terlepas, panjang luka sekitar 6 – 10 cm.

mengeluh nyeri pada luka bekas oprasi di lutut P : Nyeri dibagian luka bekas operasi lutut Q : nyeri tertusuk tusuk R : dibagian lutut sebelah kanan S : skalah 3 (0-10) T : hilang timbul dan sakit ketika di buat bergerak dibagian operasi,Ny. S mengatakan nyeri berkurang jika diberikan obat injeksi katerolag. pasien juga mendapatkan terapi obat Injeksi Injeksi cinam,Injeksi ketorolac,Injeksi ranitidin,Cefixim Meloxicam,Osteocal,Vitamin,dan pasien mengunakan cairan infus RL 500 ml .Saat dilakukan pemeriksaan tanda-tanda vital didapatkan hasil tekanan darah: 130/70 mmHg, nadi: 83/menit, suhu:36

* + 1. **Riwayat Penyakit Dahulu**

Ny. S mengatakan mempunyai riwayat penyakit OA sejak 2 tahun yang lalu,Pasien jugak mengatakan mempunyai riwayat penyakit Hipertensi,pasien mengatakan tidak mempunyai riwayat Diabetes dan asma.

* + 1. **Riwayat Kesehatan Keluarga**

Klien mengatakan didalam keluarganya tidak ada yang mengalami penyakit Hipertensi, Diabetes Militus, Asma, Hepatitis.

* + 1. **Genogram**

= Meninggal

= Perempuan

= Laki-laki

=Pasien

= Tinggal serumah

= Pasien = Tinggalseruah

* + 1. **Riwayat elergi**

Pasien mengatakan bawah dirinya tidak mempunyai elergi makanan dan obat obatan yang di buktikan Skin Test.

* + 1. **Keadaan Umum**

Keadaan umum pasien lemah, tira baring, kesadaran composmentis GCS 456 Tanda-tanda Vital : Tekan darah 130/80 mmHg,Nadi : 86x/Menit, RR : 16x/Menit, Suhu : 36,°C, SpO2 : 98% Antropometri : Tinggi Badan : 157 cm, Berat Badan Sebelum masuk Rumah Sakit : 57 kg Berat Badan saat masuk Rumah Sakit : 57 Kg.

* + 1. **Tanda tanda vital**

Tanda tanda vital TD : 130 / 80 mmHg, Nadi : 86 x / menit, RR: 16x/ ment, Suhu : 36°C, TB : 157, BB SMRS: 57Kg, BB MRS: 57 kg

* + 1. **Pemeriksaan Fisik (Inspeksi, Palpasi, Pekusi, Auskultasi)**

1. **B1 Pernafasan *(Breath)***

Pada saat dikaji Ny.S pernapasan pasien didapatkan bentuk dada normochest pergerakan simetris, tidak ada otot bantu napas, irama napas reguler, pola napas ireguler, suara napas vesikuler, tidak ada suara napas tambahan, tidak ada pernapasan cuping hidung, pasien tidak mengalami sesak napas, pasien tidak mengalami batuk dan tidak terdapat sianosis, tidak ada sputum.

1. **B2 Kardiovaskuler *(Blood)***

Pada saat pengkajian Ny.S kardiovaskuler didapatkan Icus cordis pada ICS 5, saat diauskultasi irama jantung reguler dan buny jantung S1 S2 tunggal tidak ada bunyi jantung tambahan, pasien tidak mengalami nyeri pada dada, pada saat dipalpasi akral hangat dan CRT <2 deti. Psien tidak mengalami pembesaran kelenjar getah bening, pasien juga tidak mengalami pendarahan, konjungtva non anemis.

1. **B3 Persarafan*(Brain)***

Didapatkan pasien kesadaran composmentis GCS 456, reflek fisiologis, bentuk hidung simetris, septum simetris, tidak ada gangguan atau kelainan pada penciuman pasien,reaksi pupil (+) diameter 3 mm, tidak ada kejang. Pada pemeriksaan palpasi kaku kuduk (-), brudziynki (-), babinzki (-), Kerniks (-). Pemeriksaan perkusi pada triceps (+/+), bisep (+/+), patella (+/+) dan achiles (+/+).

a. Nervus Olfaktorius, pada pasien didapatkan dapat membedakan bau makanan.

b. Nervus Optik, pada pasien didapatkan pengelihatan jelas, lapang pandang kesegala arah.

c. Nervus Okulomotorius, pada pasien didapatkan pasien dapat membuka mata secara spontan, berkedip spontan.

d. Nervus Traklear, pada pasien didapatkan pasien dapat menggerakkan bola mata kekanan dan kekiri.

e. Nervus Trigeminal, pada pasien didapatkan pasien dapat membuka rahang saat berbicara, bentuk bibir simetris.

f. Nervus Abdusen, pada pasien didapatkan pasien mampu menggerakkan bola mata keatas dan kebawah, kesamping kiri dan kesamping kanan.

g. Nervus Fasialis, pada pasien didapatkan dapat membuka rahang saat berbicara, pengucapan kalimat jelas, tidak terdapat hipersalivasi.

h. Nervus Vestibulokolearis, pada pasien didapatkan pasien tidak mengalami masalah dalam pendengaran, tidak didapatkan penggunaan alat bantu dengar.

i. Nervus Glosofaringeus, pada pasien didapatkan pasien tidak mengalami gangguan menelan, nafsu makan menurun, porsi makan ½ porsi habis.

j. Nervus Vagus, pada pasien didapatkan pasien tidak mengalami gangguan menelan, tidak ada reflek muntah pada saat makan.

k. Nervus Assesorius, pada pasien didapatkan pasien dapat menganggkat kedua tangan dan bahu, jari - jari tangan.

l. Nervus Hipoglosus, pada pasien didapatkan pasien mampu menggerakkan lidah kekiri dan kekanan, kedepan, kebelakang dengan simetris .

Pada penciuman bentuk hidung simetris, terdapat septum nasal, tidak ada polip, wajah dan pengelihatan bentuk mata simetris, pupil isokor, konjungtiva anemis, sklera ikterik, visus lapang pandang, segala arah. Pendengaran bentuk telinga simetris, tidak menggunakan alat bantu dengar, tidak ada gangguan,

1. **B4 Perkemihan *(Blader)***

Saat dilakukan pengkajian pada sistem perkemihan di dapatkam kebersihan baik, pada saat dilakukan palpasi tidak didapatkan distensi pada kandung kemih, tidak ada nyeri tekan,eliminasi pasien SMRS dengan frekuensi 7-8 kali/hari, warna urin kuning jernih jumlah 1500 cc/hari, eliminasi setelah masuk rumah sakit dengan frekuensi 4-5, warna urin kuning jernih jumlah 1200 cc/hari. Pasien menggunakan alat bantu urinal, tidak ada gangguan elminasi.

1. **B5 Pencenaan*(Bowel)***

Pada pengkajian didapatkan mulut pasien bersih, membram mukosa kering, pasien tidak menggunakan gigi palsu, tenggorokan baik, tidak ada kesulitan menelan, saat diinspeksi bentuk abdomen simetris, normal, saat dipalpasi tidak ada nyeri tekan, peristaltic 21x/menit.

1. **B6 Muskuluskeletal dan intergumen *(Bone)***

Pada pengkajan muskuloskeletal inspeksi rambut warna hitam, kulit kepala tampak bersih warna kulit putih kuku bersihROM terbatas pada sendi engsel dan putar, terdapat deformitas, terdapat luka post op TKR, Penurunan kekuatan otot karena nyeri pasca oprasi TKR, didapatkan kekuatan otot, luka masi di fase inflamasi dan terdapat bekas luka jahitan 6 - 10 cm,luka tampak merah, tidak ada tanda tanda infeksi,ada hari 1 pasien hanya bisa berbaring,dan pada hari ke 4 pasien sudah bisa duduk di tempat tidur saja.

Kekuatan Otot :

|  |  |
| --- | --- |
| 5555 | 5555 |
| 3333 | 5555 |

P : Pasien mengatakan nyeri di bagian lutut

Q : Dirasakan seperti tertusuk-tusuk

R : Di Bagian lutut sebelah kanan

S : 3(0-10)

T : Hilang timbul dalam 10 Menit

1. **Sistem Endrokrin**

Pada pengkajan muskuloskeletal inspeksi rambut warna hitam, kulit kepala tampak bersih warna kulit putih kuku bersih

1. **Seksual Produksi**

Pada pasien di dapatkan data menstruasi terakhir ,pasien mengatakan tidak pernah melakukan pemeriksaan Pap Smear dan pasien mengatakan tidak pernah melakukan pemeriksaan payudara, dan pasien mengatakan tidak memiliki masalah seksual yang berhubungan dengan penyakit.

1. **Kemampuan Perawatan Diri**

**Tabel 3.1 Tabel kemampuan perawatan diri**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No. | Aktivitas | Mandiri | Tergantung |
| 1. | **Mandi**  **Mandiri:**  Bantuan hanya pada satu bagian mandi  (seperti punggung atau ekstremitas yang tidak mampu)atau mandi sendiri sepenuhnya  **Tergantung:**  Bantuanmandilebihdarisatubagiantubuh,bantuanmasuk dankeluardaribakmandi,  Serta tidak mandi sendiri |  | C (Bantuanmandilebihdarisatubagiantubuh,bantuanmasuk dankeluardaribakmandi,  Serta tidak mandi sendiri) |
| 2. | **BerpakaianMandiri:**  Mengambil baju dari lemari,memakai pakaian,melepaskan pakaian,mengancingi/mengikatpakaian.  **Tergantung:**  Tidak dapat memakai baju sendiri atau hanya  Sebagian |  | B(Tidak dapat memakai baju sendiri atau hanya  Sebagian) |
| 3. | **Ke Kamar Kecil Mandiri:**  Masuk dan keluar dari kamar kecil kemu dian membersihkan genetalia sendiri  **Tergantung:**  Menerimabantuan untuk masuk ke kamar  Kecil dan menggunakan pispot |  | B(Menerimabantuan untuk masuk ke kamar  Kecil dan menggunakan pispot) |
| 4. | **BerpindahMandiri:**  Berpindah kedan dari tempat tidur untuk duduk,bangkit dari kursi sendiri  **Bergantung:**  Bantuan alamnaikatauturundaritempattidurataukursi,tidakmelakukansatu,atau lebih perpindahan |  | C(Bantuan alamnaikatauturundaritempat tidurataukursi,tidakmelakukansatu,atau lebih perpindahan) |
| 5. | **KontinenMandiri:**  BAKdanBABseluruhnyadikontrolsendiri  **Tergantung:**  Inkontinensiaparsialatautotal;penggunaankateter,pispot,enemadanpembalut(pampers) |  | B(Inkontinensiaparsialatautotal;penggunaankateter,pispot,enemadanpembalut(pampers) |
| 6. | **MakanMandiri:**  Mengambil makanan dari piring dan menyuapi nya sendiri  **Bergantung:**  Bantuan dalam hal mengambil makanan dari  Piringdanmenyuapinya,tidakmakansamasekali,danmakanparenteral(NGT) | B(Mengambil makanan dari piring dan menyuapi nya sendiri) |  |

Pada saat sebelum masuk rumah sakit pasien dapat mandi, berpakaian, berdandan, dan toleting secara mandiri, pasien juga bisa mobilitas pada tempat tidur, berpindah, berjalan dan melakukan aktivitasnya secara mandiri.

Pada pasien masuk rumah sakit seperti saat ini pasien mandi, toleting dan berpindah dari tempat tidur dibantu oleh orang lain (anak keluarga) pasien melakukan aktivitas masih di bantuh oleh keluarga atau alat bantu.

**Keterangan :**

Dari kemampuan melaksanakan akan 6 aktivitas dasar tersebut,diklafikasikan menjadi 7 tahap,dan di sebut sesuai dengan aktivitas yang bisa di kerjakan sendiri. Tahapan aktivitas diatas kemudian di sebut indeks katz secara berurutan :

1. IndeksKatz A:mandiri untuk 6 aktivitas
2. IndeksKatz B:mandiri untuk 5 aktivitas
3. IndeksKatz C:mandiri,kecuali bathing dan satu fungsi lain
4. IndeksKatz D:mandiri,kecualibathing,dressingdan1fungsilain
5. IndeksKatzE:mandiri,kecualibathing,dressing,toiletingdansatufungsilain
6. IndeksKatzF:mandiri,kecualibathing,dressing,toileting,transferringdansatufungsilain
7. IndeksKatz G :tergantungpadaorang lainuntuk 6aktivitas
8. **Personal Hygiene**

Pada Saat di kaji Sebelum masuk rumah sakit : mandi 2x/hari, ganti pakaian 2x/hari, pasien keramas dalam 2 hari sekali, oral hygiene 2x/hari, memotong kuku 2 minggu sekali, Saat masuk rumah sakit: pasien diseka dibantu oleh anaknya, ganti pakai 1x, oral hygiene 1x/hari, memotong kuku tidak pernah.

1. **Pola Istirahat Tidur**

Pada saat dikaji pola istirahat tidur pasien mengatkan saat tidur dirumah dengan jumlah tidur 10 jam/hari. Pada pasien masuk rumah sakit pasein mengatakan jam tidur malam 21.00–05.00 WIB dan jam tidur malam 11.00– 1200WIB dengan jumlah 10 jam/hari dengan kualitas tidur yang cukup baik.

1. **Kognitif, Persektual, Psikososiokultural**

Pada saat dilakukan pengkajian persepsi pasien terhadap sakit yang dialami pasien saat ini pasien mengatakan ingin segera cepat sembuh dari penyakit yang diderita saat ini dan dapat beraktivitas lagi.Konsep Diri : pasien menyukai seluruh angota tubuhnya Identitas diri : pasien seorang perempuan dan memiliki 3 orang anak, pasien mengatakan ia adalah seorang ibu rumah tangga di anggota dan mempunyai suami dan 3 anak, pasien ingin cepat sembuh dari penyakitnya sekarang. Harga diri : Pasien mengatakan tidak malu dengan kondisi yang dialami sekarang. Pasien dapat berkomunikasi dengan baik, pasien menggunakan bahasa Indonesia, pasien dapat beradaptasi terhadap masaalah yang saat ini dihadaapi oleh pasien, pasien mengatakan cemas dengan kondisinya saat ini, pasien selalu bertanya bagaiman kondisinya saatini karena ingin cepat sembuh dan bisa beraktivitas kembali, pada saat sakit pasien mencari pengobatan misalnya di Rumah Sakit. Aktivitas pasien sehari-hari di Rumah Sakit hanya berbaring di tempat tidur, pasien mengatakan di dukung penuh oleh keluarganya terutam istri dan ketiga anaknya, pasien juga berhubungan baik dengan orang lain, dan pasien juga tidak lupa berdoa kepada tuhan untuk kesembuhannya saat ini.ideal diri : pasien dan keluarga yakin pasti akan sembuh dari sakit yang dialaminya saat ini, harga diri: pasien tampak dalam proses penyembuhan akan penyakitnya dan tidak ada rasa malu.

1. **Data Pemeriksaan Penunjang**

Tabel 3.2 Pemeriksaan Penunjang Pada Ny.S Dengan DiagnosisPost 0p Total Knee Replacement Dextra BI Rumkital Dr. Ramelan Surabaya .

**Tabel 3.2 Tabel data Penunjang**

1. **Laboratium**

Tgl pemeriksaan: 24-04-2021

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Pemeriksaan** | **Hasil** | **Nilai normal** |
| WBC (Leukosit) | 6,87 | 4,0 – 10,0 |
| RBC (Eritrosit) | 4,36 | 3,50 – 5.50 |
| HGB(Hemoglobi) | 10, 8 | 11.0 – 160 g/dL |
| PLT (Trimbosit) | 305 | 100- 300 |
| MCV | 74, 7 | 80,0 – 100,0 |
| MCH | 28,1 | 27-31 pg |
| MCHC | 34,2 | 33-37 g/dl |
| RDW-CV | 37,3 | 35-47 |
| PDW | 12,4 | 11,5-14,5 % |
| MPV | 15,5 | 9-17 fl |
| P-LCR | 11,9 | 9-13 fl |
| PCT | 39,1 | 13-43 % |
| EO% | 0,25 | 0,150-0,400 % |
| BASO% | 1,0 | 0-1 % |
| NEUT% | 0,5 | 0-1 % |
| LYMPH% | 60,7 | 50-70 % |
| MONO | 31,1 | 25-40 % |
| EO# | 6,7 | 2-8 % |
| BASO# | 0,06 | 10 |
| MONO | 0,03 | 10 |
| NEUT | 0,42 | 10 |

1. **Tanggal pemeriksaan : 24-04-2021 (Hasil Pemeriksaan Laboratium Patologi Klinik)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Pemeriksaan** | **HASIL** | **Keterangan** |
| HEPATITIS | NEGATIF |  |

1. **x-Ray**

Klien melakukan foto rogsen pada: tgl 26-04-2021

Foto Genu Dextra AP/Lat :

1. Tampak terpasang Knee Replacement pada genu joint D. posisi baik dengan ujung slang drain di anterosuperior
2. Trabekulasi tulang normal
3. Celah & permukaan sendi normal
4. Osteophyte tak tampak jelas
5. Klasifikasi soft tissue (-) di fossa poplinea

kesan :

1. Post TKR pada genu joint D (prosedur penggantian sendi lutut sebelah kiri)
2. Klasifikasi soft tissue di fossa poplinea



1. **Therapy: pada tanggal 26 April 2021**
2. Cairan Infus RL 500 ML
3. Injeksi ketorolac 3 x 30 : Untuk meredakan nyeri dan peradangan
4. Injeksi ranitidin 3 x 1 : Untuk menurunkan sekresi asam lambung
5. Cefixim 2x 10: Untuk antibiotik
6. Meloxicam 2x 7, 5 : Untuk meredakan gejala penyakit radang sendi
7. Osteocal 2 x 1 : Untuk mengatasi kekurangan kalsium
8. Vitamin C 2 x 250 mg : Untuk membantu pembentukan tulang rawan
9. Injeksi cinam 4x 1,5 : Untuk mengobati infeksi
   1. **Analisa Data**

**Tabel 3.3 Tabel analisa data**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No** | **DATA/FAKTOR RESIKO** | **ETIOLOGI** | **MASALAH/**  **PROBLEM** |
| **1.** | **DS :**  Pasien mengatakan nyeri di bagian bekas oprasi pada lutut sebelah kanan   * P : Pasien mengatakan nyeri * Q : Dirasakan seperti tertusuk tusuk * R : Dibagian lutut sebelah kanan * S : 3(0-10) * T : Hilang timbul dalam 10 menit   **DO :**   * Wajah Ny.S tampak meringis * Bersikap protektif * TD: 130 / 80 mmHg, * Nadi : 86 x / menit, RR: 16x/ ment , * Suhu : 36°C, | *Agen pencederaan fisik*  *(prosedur operasi Total Knee Replacement)* | **Nyeri Akut**  **(SDKI Hal : 172)** |
| **2.** | **DS :**  Pasien mengatakan mengeluh sulit menggerakkan di bagian ekstremitas bawah .  **DO :**   * Gerakan sendi Terbatas di daerah lutut * terlihat lemah dan lesu * Kekuatan otot menurun * ROM menurun bagian dextra  |  |  | | --- | --- | | 3333  5555 | 5555  5555 | | *Gangguan*  *Muskuloskeletal* | **Gangguan Mobilitas Fisik**  **(SDKI Hal : 124)** |
| **3.** | **DS : -**  **DO :**  Faktor resiko   * Usian 66tahun * Kondis pasca oprasi |  | **Resiko Jatuh**  **(SDKI Hal : 306)** |
| **4.** | **DS : -**  **DO :**  Faktor resiko   * Karena pasien masih terdapat luka pada tahap fase inflamasi * Kerusakan Intergrasi kulit pasca oprasi hari-ke 4 |  | **Resiko Infeksi**  **( SDKI Hal : 304)** |

* 1. **Prioritas Masalah**

**Tabel3.4 Tabel prioritas masalah**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Masalah Keperawatan** | **Tanggal** | | **Paraf** |
| **Ditemukan** | **Teratasi** |
| **1.** | Nyeri berhubungan dengan Agen Pencederaan Fisik | **29-04-2021** | **01-05–2021** | **Nadya** |
| **2.** | Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan Gangguan Muskuloskeletal | **29-04-2021** | **01-05–2021** | **Nadya** |
| **3.** | Resiko jatuh | **29-04-2021** | **30-04–2021** | **Nadya** |
|  | ResikoInfeksi | **29 -04-2021** | **30-04-2021** | **Nadya** |

* 1. **Perencanaan**

**Tabel. 3.5 Tabel Perencanaan**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Diagnosa Keperawatan** | **Tujuan dan Kreteria Hasil** | **Intervensi** | **Rasional** |
| **1. 1.** | Nyeri akut berhubungan dengan agen pencederaan fisik | **Tujuan :**  Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 diharapkan Nyeri Akut pasien dapat berkurang  **Kreteria Hasil :**  1. Keluhan nyeri dari cukup meningkat (2) menjadi menurun (5)  2. Meringis dari sedang (3)menjadi menurun  3. Sikap protektif dari sedang(3)menjadi menurun (5)  (***SLKI, L.080066***) | **Observasi**   1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi nyeri non-verbal   **Terapeutik**   1. Control lingkungan yang memperberat kualitas nyeri   **Edukasi**   1. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri   **Kolaborasi**   1. Kolaborasi pemberian obat meloxicam   (***SIKI, 1.08238 Hal-201***) | **Observasi**   1. Untuk mengetahui lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Untuk mengetahui skala nyeri pada pasien 3. Untuk mengetahui respon nyeri non-verbal   **Terapeutik**   1. Untuk mengetahui lingkunganyangmemperberat kualitas nyeri   **Edukasi**   1. Untuk mengetahui apakah pasien mampu memonitor nyeri secara mandiri   **Kolaborasi**   1. Pemberian obat anti nyeri |
| **2.2.** | Gangguan Mobilitas Fisik Berhubungan Dengan Gangguan Muskuloskeletal | **Tujuan :**  Setelah di lakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam mobilitas fisik pasien meningkat dengan  **Kreteria Hasil :**  1. Pergerakan ekstremitas dari sedang (3) menjadi meningkat (5)  2. Kekuatan otot dari sedang (3) menjadi meningkat (5)  3. Rentang gerak ROM dari sedang (3) menjadi meningkat (5 )  4. Nyeri dari sedang (3) menjadi menurun (5)  **SLKI Hal : 65L.05042** | **Observasi**   1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi   **Terapeutik**   1. Fasilitasi melakukan ambulasifisik   **Edukasi**   1. Jelaskan tujuan dan proseder ambulasi   **(SIKI, 22) I.06171** | **Observasi**   1. Untuk mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya pada pasien 2. Untuk mengidentifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi pada pasien   **Terapeutik**   1. Berikan pasien fasilitas melakukan ambulasi fisik   **Edukasi**   1. Agarkeluarga atau pasien tau tujuan dan prosedur ambulasi |
| **3.3.** | Resiko Jatuh | **Tujuan :**  Setelah di lakukan asuhan Keperawatan selama 3 x 24 jam di harapkan resiko jatuh pasien dapat berkurang dengan  **Kreteria Hasil :**  1. Jatuh dari tempat dari tidur dari sedang (3) menjadi menurun (5)  2. Jatuh saat berdiri dari sedang (3) menjadi menurun (5)  3. Jatuh saat duduk sedang (3) menjadi menurun (5)  4. Jatuh saat berjalan dari sedang (3) menjadi menurun (5)  5. Jatuh saat di kamar mandi dari sedang (3) menjadi menurun (5)  ***(SLKI Hal 140 L.14138)*** | **Observasi**   1. Identifikasi faktor resiko jatuh 2. Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan resiko jatuh 3. Monitor kemampuan berpindah ketempat tidur ke kursi roda   **Terapeutik**   * 1. Pasang handrall di tempat tidur   **Edukasi**   * 1. Ajarkan cara menggunakan bel pemanggil untuk memanggil perawat   ***(SIKI279,1.41540)*** | **Observasi**   1. Untuk mengetahui faktor resiko jatuh pada pasien 2. Untuk identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan resikoh jatuh   **Terapeutik**   1. Untuk mencegah pasien agar tidak terjatuh dari tempat tidur   **Edukasi**   1. Agar pasien dapat memintak pertolongan kepada perawat |
| **4.** | Resiko Infeksi | **Tujuan :**  Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 diharapkan Tingkat infeksi menurun dengan  **Kreteria Hasi :**  1.kebersihan tangan dari sedang (3) menjadi meningkat ( 5 )  2. kebersihan badan dari sedang (3) menjadi meningkat ( 5 )  3. kemerahan dari sedang (3) menjadi menurun (5)  4. nyeri dari sedang (3) menjadi menurun (5)  ***( SLKI Hal 139L.14137)*** | **Obsevasi**  1.monitor tanda dan gejala infeksilokal dan sistemik  **Terapeutik**  **-**  **Edukasi**  1.jelaskan tanda gejala infeksi  2.ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka oprasi  3.anjurkan meningkatkan asupan cairan  ***( SIKI Hal 278 1.14539)*** | **Obsevasi**  1.Untuk mengetahui tanda dan gejala infeksilokal dan sistemik  **Terapeutik**  **-**  **Edukasi**  1.untuk mengetahui tanda dan gejala infeksi ( dolar,kalor,tumor,rubor,fungsi lease )  2ajarkan klien atau keluarga cara memeriksa kondisi luka atau luka oprasi  3.anjurkan klien dan keluarga meningkatkan asupan cairan |

* 1. **Implementasi dan Evaluasi**

**Tabel. 3.6 Tabel dan Implementasi dan Evaluasi**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No. Dx** | **Hari,tgl/Jam** | **Implementasi** | **Paraf** | **Hari,tgl /Jam** | **Evaluasi** | **Paraf** |
| **1.1.** | **Kamis 29-04-2021**  08.00  08.30  08.50  09.00  09.30  09.50 | 1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri)  - P : Nyeri pada bekas Post Op  - Q : Seperti ditusuk-tusuk  - R : Dibagian lutut kanan  - T : Hilang timbul selama 10 menit  2. Mengidentifikasi skala nyeri  - S : 3 (0-10)  3. Mengidentifikasi nyeri non-verbal  - Pasien terlihat meringis  - Bersikap protektif  4. Mengkontrol lingkungan yang memperberat kualitas nyeri  - memberikan posisi yang nyaman ( posisikan semi fowler atau supina )  5. Menganjurkan memonitor nyeri secara mandiri  - Memberikan teknik non farmakologi (mengajarkan klien untuk teknik nafas dalan ketika di rasakan nyeri di lutut sebelah kanan) .  6. pemberian tindakan obat  - analgesic Cinam ,Ketorolac,Ranitidine ,Cefixim Meloxicam,Osteocal,Vit. C . | **Nadya** | **Rabu 28-04-2021**  14.00 | **DX 1**  **S :**  Pasien mengatakan nyeri di bagian bekas oprasi pada lutut sebelah kanan  **O :**   * P : Nyeri pada bekas post op (3) * Q : Seperti ditusuk-tusuk (3) * R : dibagian lutut kanan (3) * S : 3 (0-10) (3) * T : Hilang timbul selama 10 menit (3) * Pasien terlihat meringis (3) * Bersikap protektif (3)   Tanda-tanda vital :  - TD: 130 / 80 mmHg,   * Nadi : 86 x / menit, * RR: 16x/ ment , * Suhu : 36°C   **A :**  Masalah Nyeri Akut belum teratasi  **P :**  Intervensi dilanjutkan   * Observasi 1,2,3 * Terapeutik 1 * Edukasi 1 * Kolaborasi 1 | **Nadya** |
| **2.2.** | 09.00  09.30  10.00  10.30 | 1. Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya  - pasien mengeluh nyeri pada bekas oprasi  2. Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi  3. Memfasilitasi melakukan ambulasifisik  -membantudalammeningkatkan aktifitasdengan menggunakan alat bantu seprti kluk ,kursi roda .  - mengajarkan klien untuk duduk ,mengangkat kaki , duduk di sisi tempat tidur  4. Menjelaskan tujuan dan proseder ambulasi  - memberikan pemahaman kepada klien atau keluarga tentang manfaat tindakan yg di berikan kepada perawat | **Nadya** | 14.00 | **DX 2**  **S :**  Pasien mengatakan mengeluh sulit menggerakan dan nyeri saat bergerak  **O :**   * Gerakan sendi terbatasdi daerah lutut * terlihat lemah dan lesu * Kekuatan otot menurun * ROM menurun  |  |  | | --- | --- | | 5555 | 5555 | | 3333 | 5555 |   **A :**  Masalah Gangguan Mobilitas Fisik belum teratasi  **P :**  Intervensi di lanjutkan   * Observasi 1,2 * Terapeutik 1 * Edukasi 1 | **Nadya** |
| **3.3.** | 10.50  11.00  11.30  11.50 | 1. Mengi dentifikasi faktor resiko jatuh  - menjelaskan kepada klien atau keluarga tentang bahaya jatuh  2. Mengi dentifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan resiko jatuh  - mengajurkan klien menggunakan alat alat yang meminimalisir resiko jatu seperti sandal yg alasnya tdk licin , tongkat atau berpegangan pada peganganyg sudah terpasang di sekitar kamar klien .  3.Memasang handrall di tempat tidur  4.Mengajarkan cara menggunakan bel pemanggil untuk memanggil perawat  -menginstrusikan untuk memintak bantuan kepada keluarga atau perawat saat akan melakukan perpinda atau berjalan . | **Nadya** | 14.00 | **DX 3**  **S : -**  **O :**  Faktor resiko   * Usian 65 tahun * Kondis pasca oprasi * Bed pasien terpasang * Pengaman tempat tidur   **A :**  Masalah Resiko Jatuh tertasi sebagian  **P :**  Intervensi di lanjutkan   * Observasi 2 * terapeutik 1 | **Nadya** |
| **4.** | 12.00  12.30  12.50  01.00 | 1.memonitor tanda dan gejala infeksilokal dan sistemik  -pada luka tidak ada tanda gejalah infesi ,terdapat luka pada fase inflamasi , tidak terdapat nana atau pus  2.jelaskan tanda gejala infeksi  3.ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka oprasi  -jelaskan kepada pasien tentang cara memeriksa kondisi luka pada post op .( dolor , kalor ,tumor, rubon, fungsiolaesa )  -apaka terdapat nyeri pada luka,apakah terasa panas di daerah luka , apakah luka terlihat bengkak , apakah luka terlihat kemerahan ,  4.anjurkan meningkatkan asupan cairan  - ajarkan klien atau keluarga untuk mengkonsumsi air putih supaya luka cepat kering | **Nadya** | 14.00 | **DX 4**  **S : -**  **O :**  Faktor resiko   * karena pasien masi terdapat luka tahap inflamasi * kerusakan intergritas kulit pasca oprasi hari ke 4   **A :**  Masalah Resiko Infeksi tertasi sebagian  **P :**  Intervensi di lanjutkan   * Observasi 1   - Edukasi 1 2 | **Nadya** |
| **1.1.** | **Jumat30-04-2021**  08.00  08.30  08.50  09.00 | 1. mengidentifikasi lokasi, karakteristik,durasi ,frekuensi ,kualitas , intensits nyeri.  * P : Nyeri pada bekas Post Op * Q : Seperti ditusuk-tusuk * R : Dibagian lutut kanan * T : Hilang timbul selama 10 menit  1. Mengidentifikasi skala nyeri S : 2 (0-10) 2. Menganjurkan memonitor nyeri secara mandiri 3. Ketorolac 3x30, Ranitidine 3x1, Cefixim 2x100   Meloxicam 2x1,5, Osteocal 2x1 | **Nadya** | **Kamis, 29-04-2021**  14.00 | **DX 1**  **S :**  Pasien mengatakan nyeri di bagian bekas oprasi pada lutut sebelah kanan sedikit berkurang  **O :**   * P : Nyeri pada bekas post op sedikit berkurang (4) * Q : Seperti ditusuk-tusuk (4) * R : dibagian lutut kanan (4) * S : 2 (0-10) (4) * T : Hilang timbul selama 8 menit (4) * Pasien terlihat sedikit meringis (4) * Bersikapsedikit protektif (4)   **A :**  Masalah Nyeri Akut belum teratasi  **P :**  Intervensi dilanjutkan   * Observasi 1,2,3 * Kolaborasi 1 | **Nadya** |
| **2.2.** | 09.00  09.30  10.00  10.30 | 1. Mengi dentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya   - pasien mengeluh nyeri pada bekas oprasi   1. Mengi dentifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi 2. Memfasilitasi melakukan ambulasifisik   - membantu klien dalam meningkatkan aktifitas dengan menggunakan alat bantu sepertu kuri roda , kru   1. Menjelaskan tujuan dan proseder ambulasi   - memberikan pemahaman kepada klien atau keluarga tentang manfaat tindakan yg di berikan perawat | **Nadya** | 14.00 | **DX 2**  **S :**  Pasien mengatakan mengeluh sulit menggerakan dan nyeri saat bergeraksedikit berkurang  **O :**   * Gerakan sendi terbatas didaerah lutut * terlihat lemah dan lesu * Kekuatan otot menurun * ROM menurun * 5555 5555   4444 5555  **A :**  Masalah Gangguan Mobilitas Fisik teratasi sebagian  **P :**  Intervensi di lanjutkan   * Observasi 1,2 * Terapeutik 1 | **Nadya** |
| **3.3.** | 10.00 | 1. Mengidentifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan resiko jatuh   - menjelaskan kepada klien atau keluarga tentang bahaya jatuh   1. Memasang handrall di tempat tidur   3.mengidentifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan resiko jatuh  - mengajurkan klien atau keluarga mengunakan alat alat yang meminimalisir resiko jatuh seperti sandal alas lantai yg licin | **Nadya** | 14.00 | **DX 3**  **S : -**  **O :**  Faktor resiko   * Usian 65 tahun * Kondis pasca oprasi * Bed pasien terpasang * Pengaman tempat tidur   **A :**  Masalah teratasi  **P :**  Intervensi di hentikan DX 3 | **Nadya** |
| **4 4.** | 12.00  12.30  12.50  01.00 | 1.memonitor tanda dan gejala infeksilokal dan sistemik  -pada luka tidak ada tanda tanda infeksi , terdapat luka pada tahap fase inflamasi, tidak terdapat nana atau pus  2.jelaskan tanda gejala infeksi 3.anjurkan meningkatkan asupan cairan  - ajarkan klien atau keluarga untuk mengkonsusmsi air putih supaya luka cepat kering | **Nadya** | 14.00 | **DX 4**  **S : -**  **O :**  Faktor resiko   * karena pasien masi terdapat luka tahap inflamasi * kerusakan intergritas kulit pasca oprasi hari ke 4   **A :**  Masalah tertasi  **P :**  Intervensi di di hentikan DX 4 | **Nadya** |
| **1.1.** | **Sabtu 01-05-2021**  08.00  09.00  09.30  10.00 | 1.Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri)  - P : Nyeri pada bekas Post Op  - Q : Seperti ditusuk-tusuk  - R : Dibagian lutut kanan  - T : Hilang timbul selama 10 menit  2. Mengidentifikasi skala nyeri  - S : 2 (0-10)  3. Mengidentifikasi nyeri non-verbal  - Pasien terlihat meringis  - Bersikap protektif  4. pemberian tindakan obat analgesic  Ketorolac,3x30,Cefixim 2x100,Meloxicam | **Nadya** | **Jumat, 30-04-2021**  14.00 | **DX 1**  **S :**  Pasien mengatakan nyeri di bagian bekas oprasi pada lutut sebelah kanan sedikit berkurang  **O :**   * P : Nyeri pada bekas post op sedikit berkurang (4) * Q : Seperti ditusuk-tusuk (4) * R : dibagian lutut kanan (4) * S : 2 (0-10) (4) * T : Hilang timbul selama 8 menit (4) * Pasien terlihat sedikit meringis (4) * Bersikapsedikit protektif (4)   **A :**  Masalah Nyeri Akut belum teratasi  **P :**  Intervensi di lanjut   * Observasi 1,2,3 * Kolaborasi 1 | **Nadya** |
| **2.2.** | 10.30  11.00  11.30 | 1. Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya   - pasien mengeluh nyeri pada bekas oprasi   1. Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi 2. Memfasilitasi melakukan ambulasifisik   - membantu meningkatkan aktifitas dengan menggunakan alat bantu seperti kursi roda, kruk. | **Nadya** | 14.00 | **DX 2**  **S :**  Pasien mengatakan mengeluh sulit menggerakan dan nyeri saat bergeraksedikit berkurang  **O :**   * Gerakan sendi terbatasdi daerah lutut berkurang * terlihat lemah * Kekuatan otot sedikit membaik * ROM sedikit membaik membaik * 5555 5555   4444 5555  **A :**  Masalah Gangguan Mobilitas Fisik sebagian teratasi  **P :**  Intervensi Di lanjutkan   * Obserfasi 1, 2 * Terapeutik 1 | **Nadya** |

# BAB 4

# PEMBAHASAN

Dalam pembahasan ini penulis akan menguraikan tentang kesenjangan yang terjadi antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus dalam asuhan keperawatan pada pasien Ny.S dengan Diagnosa Post Op Tota Knee Replacement Dextra hari ke–4 di ruang B1 Rumkital Dr.Ramelan Surabaya yang meliputi pengkajiann, perencanaan, diagnosa, pelaksanaan, dan evaluasi.

* 1. **Pengkajian**

Pengkajian yang sistematis meliputi pengumpulan data, analisa data danpenentuan masalah. Pengumpulan data diperoleh dengan cara intervensi, observasi, dan pemeriksaan fisik. Sementara, pengkajian data menurut (Ardiansyah, 2012). Pada saat melakukan tahap pengumpulan data pada pasien, penulis tidak menemui hambatan atau kesulitan. Hal ini di sebabkan karena adanya hubungan saling percaya antara pasien dan keluarga dengan perawat melalui komunikasi. Sehingga pasien kooperatif dan terbuka dalam mengungkapkan masalahnya.

Pada tahap pengkajian Yn.S di temukan identitas pasien seorang perempuan berumur 66 tahun Tn.S Mengeluh nyeri lutut Pasca Oprasi TKR Dextra sebelah kanan Diagnosa medis pasien adalah Post op TKR Dextra Hari ke-4. Menurut (*Osteoartritis Post Total Knee Replacement Di*, 2016). Total Knee Replacement (TKR) adalah prosedur operasi penggantian sendi

lutut yang tidak normal dengan material buatan. Pada TKR, ujung dari tulang femur akan dibuang dan diganti dengan metal shell dan ujung dari tibia juga akan diganti dengan metal stem dan diantara keduanya dihubungkan dengan plastik sebagai peredam gerakan yang memberikan gejalah nyeri.

Sedangkan menurut (Zaki, 2013) Osteoartritis (OA) Adalah penyakit sendi Degeneratif dan Inflamasi yang ditandai dengan perubahan patologik pada seluruh struktur sendi.

Pada tinjauan kasus keadaan umum pasien composmentis GCS 456 tanda tanda vital TD: 130 / 80 mmHg, Nadi : 86 x / menit, RR: 16x/ ment, Suhu : 36°C, TB : 157, BB SMRS: 57Kg, BB MRS: 57 kg. Pada saat di lakukan pengkajian di dapatkan ROM terbatas pada sendi engsel dan putar, terdapat deformitas, terdapat luka post op TKR Hari Ke -4 , Penurunan kekuatan otot karena nyeri pasca oprasi TKR, didapatkan kekuatan otot menurun dengan skala 3 (0 – 10).

P : Post 0p Total Knee Replacement Dextra

Q : Dirasakan seperti tertusuk-tusuk

R : Di Bagian lutut sebelah kanan

S : nyeri skala 3 (0-10)

T : Hilang timbul dalam 10 Menit.

* 1. **Diagnosa Keperawatan**

Analisa data pada tinjauan pustaka hanya berisi teori, namun pada kenyataannya dilapangan, analisa data disesuaikan dengan keluhan-keluhan yang telah dialami klien. Kesenjangan yang didapatkan oleh penulis yaitu tentang diagnosis keperawatan yang tertuang ditinjauan pustaka tidak semunya didapatkan dalam tinjauan kasus. Diagnosis keperawatan yang tertuang dalam tinjauan pustaka berjumlah empat diagnosis keperawatan namun diagnosis keperawatan yang penulis temukan di tinjauan kasus berjumlah tiga diagnosis. Adapun diagnosis-diagnosis keperawatan yang tertuang dalam tinjauan pustaka adalah sebagai berikut:

1. Nyeri akut
2. Gangguan integritas
3. Gangguan mobilitas fisik
4. Resiko jatuh

Dari keempat diagnosa tersebut, diagnosa yang muncul pada tinjauan kasus antara lain :

1. Nyeri akut berhubungan dengan Agen Pencederaan Fisik :

(*prosedur operasi Total Knee Replacement*)

1. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan Gangguan Muskuloskeletal
2. Resiko jatuh
3. Resiko infeksi

Dalam keempat diagnosis tersebut penulis mengutamakan diagnosis yang paling mengancam terlebih dahulu sesuai diagnosa keperawatan yang paling mengancam. Dalam penegakan diagnosis keperawatan yang penulis ambil disesuaikan dengan kondisi dan keadaan klinis pasien, oleh karena itu tidak semua diagnosis yang terdapat dalam tinjauan pustaka tercantum dalam tinjauan kasus.

1. Pada diagnosa Nyeri akut b.d Agen pencederaai fisik ( prosedur oprasi TKR ) **SDKI Hal 172**

Sesuai tanda dan gejala secara objektif pada tinjauan kasus seperti saat dilakukan tindakan mengidentifiksi keluhan nyeri yang dirasakan oleh pasien, repson non-verbal pada pasien. diagnose tersebut dapat diangkat karena terdapat pada kasus pasien dengan Osteoarthritis, beberapa tanda dan gejala dari tinjauan kasus sesuai dengan teori, yang pada akhirnya akan berfokus pada intervensi yang sesuai dengan kondisi pasien yang bertujuan untuk mengurangi/menghilangkan tanda dan gejala yang diderita oleh pasien tersebut.

1. Gangguan mobilitas fisik b.d gangguan muskuloskeletal **SDKI Hal 124**

Sesuai tanda dan gejala secara objektif pada tinjauan kasus seperti saat dilakukan tindakan melatih rentang gerak ROM, melatih kekuatan otot pada pasien, dan melatih pergerakan sendi ekstremitas. Diagnose tersebut dapat diangkat karena terdapat pada kasus pasien dengan Osteoarthritis, beberapa tanda dan gejala dari tinjauan kasus sesuai dengan teori, yang pada akhirnya akan berfokus untuk mengurangi/menghilangkan tanda dan gejala yang diderita oleh pasien

1. Resiko jatuh **SDKI Hal 306**

Sesuai tanda dan gelaja yang muncul secara objektif sperti saat dilakukan tindakan observasi pasien jatuh dari tempat tidur, jatuh saat akan berdiri, jatuh saat sedang duduk, jatuh saat berjalan , dan jatuh didalam kamar mandi. beberapa tanda dan gejala dari tinjauan kasus sesuai dengan teori, yang pada akhirnya akan berfokus untuk mengurangi/menghilangkan tanda dan gejala yang diderita oleh pasien

1. Resiko Infeksi **SDKI Hal 304**

Sesuai tanda dan gelaja yang muncul secara objektif sperti saat dilakukan tindakan melakukan cuci tangan sebelum kontak dan sesudah kontak dengan pasien, menjaga kebersihan badan pasien, mengobservasi kemerahan disekitar luka. beberapa tanda dan gejala dari tinjauan kasus sesuai dengan teori, yang pada akhirnya akan berfokus untuk mengurangi/menghilangkan tanda dan gejala yang diderita oleh pasien.

* 1. **Rencana Keperawatan**

Dalam perumusan tujuan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus.Pada tinjauan pustaka perencanaan keperawatan menggunakan kriteria hasil yang mengacu pada pencapaian tujuan, sedangkan pada tinjauan kasus perencanaan menggunakan sasaran, dalam intervensinya dengan alasan yang bertujuan untuk memandirikan pasien dan keluarga dalam pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien dengan Post op TKR Dextra Hari ke-4yang akan meningkatkan pengetahuan, keterampilan dalam mengenal masalah,dan perubahan perilaku pada pasien.

Dalam tujuan pada tinjauan kasus di cantumkan kriteria waktu karena pada kasus nyata keadaan pasien secara langsung,intervensi diagnosa keperawatan yang di tampilkan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus terdapat kesamaan namun masing-masing intervensi tetap mengacu pada sasaran dengan kriteria hasil yang di tetapkan. Tindakan keperawatan yang dilakukan secara rutin dapatmengembangkanstatus kesehatan pasien.

1. Nyeri b.d Agen Pencedera Fisik (Prosedur Operasi Total Knee Replacement) Tujuan : Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 diharapkan tingkat Nyeri pasien menurun dengan kreteria hasil :Keluhan nyeri menurun, Meringis menjadi menurun, Sikap protektif menurun,skala nyeri menurun 1 (0 – 10), dengan tujuan mengobservasi Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri untuk mengetahui lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri pada pasien, Identifikasi skala nyeri untuk mengetahui skala nyeri yang dirasakan oleh pasien, Identifikasi nyeri non-verbal untuk mengetahui lingkungan yang memperberat kualitas nyeri, Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri untuk mengetahui faktor yang memperberat dan memperingan peri, Kontrol lingkungan yang memperberat kualitas nyeri untuk mengetahui apakah pasien mampu mengontrol nyeri secara mandiri, Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri untuk mengetahui apakah pasien mampu memonitor nyeri secara mandiri, Kolaborasi pemberian analgesic.
2. Gangguan mobilitas fisik b.d Gangguan Muskuloskeletal Tujuan : Setelah di lakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam mobilitas fisik pasien meningkat dengan dengan kreteria hasil : Pergerakan ekstremitas bawah dari sedang (3) menjadi meningkat (5), Kekuatan otot dari sedang (3) menjadi meningkat (5)

|  |  |
| --- | --- |
| 5555 | 5555 |
| 4444 | 5555 |

Dengan tujuan identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, identifikasi toleransi fisik saat melakukan ambulasi, fasilitasi melakukan ambulasi fisik, jelaskan tujuan dan prosedur ambulasi.

1. Resiko jatuh Tujuan : Setelah di lakukan asuhan Keperawatan selama 3 x 24 jam resiko jatuh pasien dapat berkurang dengan kreteria hasil : Jatuh dari tempat dari tidur menurun (5), Jatuh saat berdiri menurun (5) ,Jatuh saat duduk s menurun (5) ,Jatuh saat berjalan menurun (5), Jatuh saat di kamar mandi dari menurun (5), kesadaran composmentis GCS 456,TD: 130 / 80 mmHg,, Nadi : 86 x / menit, RR: 16x/ ment, Suhu : 36°C, dengan tujuan identifikasi faktor resiko jatuh, identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan resiko jatuh, monitor kemampuan berpindah ketempat tidur ke kursi roda, pasang handrall ditempat tidur, ajarkan cara menggunakan bel untuk memanggil perawat
2. Resiko Infeksi Tujuan : setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat infeksi menurun dengan Kriteria Hasil : kebersihan tangan meningkat, kebersihan badan meningkat, kemerahan menurun, nyeri menurun dengan tujuan monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik, jelaskan tanda dan gejala infeksi, ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka post op, anjurkan meningkatkan asupan cairan.
   1. **Implementasi**

Pelaksanaan adalah perwujudan atau realisasi dari perencanaan yang telah disusun, pelaksanaan pada tinjauan pustaka belum dapat direalisasikan karena hanya membahas teori asuhan keperawatan. Sedangkan pada kasus nyata pelaksanaan telah disusun dan direalisasikan pada pasien dan ada pendokumentasian dan intervensi keperawatan, Pelakasanaan rencana keperawatan dilakukan secara terkoordinasi dan terintegrasi untuk pelaksanaan diagnosa pada kasus, hal itu karena disesuaikan dengan keadaan pasien yang sebenarnya, dalam melaksanakan pelaksanaan ini pada faktor penunjang maupun faktor penghambat yang penulis alami, hal – hal yang menunjang dalam asuhan keperawatan yaitu antara lain : adanya kerjasama yang baik dari perawat perawat maupun dokter ruangan dan tim kesehatan lainnya, tersedianya sarana dan prasarana diruangan yang menunjang dalam pelaksanaan asuhan keperawatan dan penerimaan adanya penulis.

1. Pada masalah keperawat Nyeri b.d Agen Pencedera Fisik (Prosedur Operasi Total Knee Replacement) di lakukan tindakan yang pertama pada Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri),P : Nyeri pada bekas Post Op, Q : Seperti ditusuk-tusuk, R : Dibagian lutut kanan, T : Hilang timbul selama 10 menit, Mengidentifikasi skala nyeri S : 3 (0-10), Mengidentifikasi nyeri non-verbal, Pasien terlihat meringis, Bersikap protektif, Mengkontrol lingkungan yang memperberat kualitas nyeri, Menganjurkan memonitor nyeri secara mandiri, pemberian tindakan obat analgesic Cinam 4x1,5,Ketorolac 3x30,Ranitidine 3x1,Cefixim 2x100,Meloxicam 2x1,5,Osteocal 2x1, Vit. C 2x250 mg.
2. Gangguan mobilitas fisik b.d Gangguan Muskuloskeletal tindakan yang terlaksanan,Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi. Memfasilitasi melakukan ambulasifisik, Menjelaskan tujuan dan proseder ambulasi.
3. Resiko jatuh tindakan yang terlaksana Mengi dentifikasi faktor resiko jatuh Mengi dentifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan resiko jatuh,Memasang handrall di tempat tidur,Mengajarkan cara menggunakan bel pemanggil untuk memanggil perawat.
4. Resiko infeksi tindakan yang terlaksana meminitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik, menjelaskan tanda dan gejala infeksi, mengajarkan cara memeriksa kondisi luka operasi, menganjurkan meningkatkan asupan cairan
   1. **Evaluasi**

Pada Evaluasi Tanggal 01 Mei 2021 pada diagnosa pada diagnose keperawatan Nyeri Akut b.d Agen Pencedera Fisik (Prosedur Operasi Total Knee Replacement) didapatkan hasil perkembangan pasien yang baik, pasien mengatakan nyeri berkurang di bekas pasca oprasi TKR Dextra, pasien terlihat sedikit meringis, pasien bersikap sedikit protektif maka penulisan menyimpulkan bahwah intervensi pada diagnosa pada nyeri akut dihentikan.

* + P : Nyeri pada bekas post op TKR sedikit berkurang
  + Q : Seperti ditusuk-tusuk
  + R : dibagian lutut kanan
  + S : 2 (0-10)
  + T : Hilang timbul selama 8 menit
  + Pasien terlihat sedikit meringis
  + bersikap sedikit protektif

Pada waktu di lakukan evaluasi pada tanggal 01 Mei 2021 dengan diagnose Gangguan Mobilitas Fisik b.d Gangguan Muskuloskeletal didapatkan perkembangan pasien baik serta pasien mengeluhkan sulit menggerakkan dan nyeri saat bergerak sedikit berkurang, ROM membaik kekuatan otot sedikit membaik, gerakan sendi terbatas di daerah lutut kanan. Maka penulis menyimpulkan bahwa intervensi pada diagnose Gangguan Mobilitas Fisik teratasi sebagian.

|  |  |
| --- | --- |
| 5555 | 5555 |
| 4444 | 5555 |

Pada waktu di lakukan evaluasi pada tanggal 30 april 2021 dengan diagnosa resiko jatuh didapatkan perkembangan bed rell pasien terpasang, pengaman tempat tidur terpasang, maka penulisan menyimpulkan bahwah intervensi pada diagnosa resiko jatuh pasien teratasi.

Pada waktu di lakukan evaluasi pada tanggal 30 april 2021 dengan diagnosa resiko infeksi didapatkan perkembangan luka pasien dalam tahap inflamasi, kerusakan integritas kulit pasca operasi hari 4, maka penulis menyimpulkan bahwa intervensi pada diagnose resiko infeksi teratasi

.

**BAB 5**

**PENUTUP**

Setelah penulis melakukan pengamatan dan melaksanakan asuhan keperawatan secara langsung pada Ny.S dengan Diagnosa Post Op TKR D (Tota Knee Replacement Dextra) HARI KE – 4 di ruang B1 Rumkital Dr. Ramelan Surabaya, maka penulis dapat menarik beberapa kesimpulan sekaligus saran yang dapat bermanfaat dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan pasien dengan Diagnosa Medis Post Op Total Knee Replacement Dextra.

Setelah penulisan melakukan pengamatan dan melakukan asuhan keperawatan pada klien Ny.S Dengan diagnosa medis Osteoartritis di ruang B1

(Sesuai tempat penelitihan) pada tanggal 29 April – 01 Mei 2021 Maka penulis dapat menarik simpulan dan sekaligus memberi saran yang bermanfaat untuk membantu meningkatkan mutu Asuhan keperawatan Pada Klien dengan Post Op Tota Knee Replacement Dextra.

* 1. **Kesimpulan**

Osteoartritis (OA) Adalah penyakit sendi Degeneratif dan Inflamasi yang ditandai dengan perubahan patologik pada seluruh struktur sendi. Perubahan patologis yang terjadi meliputi hilangnya tulang rawan sendi hialin, diikuti penebalan dan sklerosis tulang subkondral, pertumbuhanosteofit pada tepi sendi, teregangnya kapsul sendi, sinovitis ringan dankelemahanotot

yang menyokong sendi karena kegagalan perbaikan kerusakan sendi yang disebabkan oleh stress mekanik yang berlebih. (William et al., 2019)

Total Knee Replacement (TKR) adalah prosedur operasi penggantian sendi lutut yang tidak normal dengan material buatan. Pada TKR, ujung dari tulang femur akan dibuang dan diganti dengan metal shell dan ujung dari tibia juga akan diganti dengan metal stem dan diantara keduanya dihubungkan dengan plastik sebagai peredam gerakan.(*Osteoartritis Post Total Knee Replacement Di*, 2016)

Setelah menguraikan berbagai persamaan dan kesenjangan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus, maka penulis dapat mengambil simpulan sebagai berikut :

Dari hasil uraian yang telah menguraikan tentang asuhan keperawatan pada pasien Post op Total Knee Replacement Dextra Hari Ke – 4 maka penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut :

1. Pada pengkajian Ny.S di dapatkan data fokus pasien mengalami nyeri akut dan agen pencedera fisik Prosedur Operasi Total Knee Replacement, pasien nyeri dan sulit Pergerakan di bagian ekstremitas bawah lutut bagian kanan P : Post 0p Total Knee Replacement Dextra Q : Dirasakan seperti tertusuk-tusuk, R : Di Bagian lutut sebelah kanan, S : nyeri skala (0-10), T : Hilang timbul dalam 10 Menit. ROM Kekuatanotot sedikit membaik

5555 5555

4444 5555

1. Masalah keperawatan yang di temukan pada pasien Post op Total Knee Replacement Dextra yang di temukan penulisan setelah pengkajian yaitu : Nyeri Akut b.d Agen Pencedera Fisik(Prosedur Operasi Total Knee Replacement), Gangguan Mobilitas Fisik b.d Gangguan Muskuloskeletal, resiko jatuh dan resiko infeksi
2. Perencanaan diagnosis keperawatan pada pasien yaitu nyeri akut setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapakan nyeri akut pada pasien dapat berkurang. Gangguan mobilitas fisik setelah dilakukan tindakan 3x24 jam diharapakan Gangguan mobilitas fisik pada pasien dapat meningkat. Resiko jatuh setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan resiko jatuh terhadap pasien dapat berkurang. Resiko infeksi setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan resiko infeksi pada pasien dapat menurun.
3. Pada akhir evaluasi semua tujuan dapat di capai karena adanya kerjasama yang baik antara pasien, keluarga dan tim kesehatan . Hasil evaluasi pada Ny.S Sudah sesuai harapan intervensi di hentikan pada tanggal 30 april 2021.
4. Pendokumentasian tindakan keperawatan dilakukan salam tertulis yang diletakkan pada catatan perkembangan pasien agar dapat terbaca dan dapat diketahui secara jelas perkembangannya pada Ny. Y
   1. **Saran**

Berdasarkan dari kesimpulan diatas penulis memberikan saran sebagai berikut:

1. Untuk mencapai hasil keperawatan yang diharapkan, hendaknya lebih dahulu melakukan pendekatan pada pasien dan keluarga, sehingga semua masalah yang terjadi pada pasien dapat terkaji
2. Perawat sebagai petugas pelayanan kesehatan hendaknya mempunyai pengetahuan, keterampilan yang cukup serta dapat bekerjasama dengan tim kesehatan lainnya dengan memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan Diagnosa Osteoartritis + Post Op Total Knee Replacement
3. Untuk perawat ruangan B1 ada baiknya jika pada pasien Osteartritis Post Op TKR D di ruangan lebih di perhatikan dalam hal memberikan edukasi kepada pasien tentang cara mengatasi nyeri dengan teknik tarik nafas dalam pasca Oprasi dan menjaga kebersihan contohnya cuci tangan sebelum dan sesudah makan atau beraktivitas yang dapat memberikan sedikit pengetahuan tentang pentingnya hal tersebut jika di lakukan.
4. Untuk Perawat ruangan B1 Ada baik nya saat melakukan perawatan luka pada pasien mohon untuk di terapkan sesuai SOP.

# DAFTA PUSTAKA

(Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2017) Tim Pokja SLKI DPP PPNI. (2017). Standar Luaran Keperawatan Indonesia. *Dpp Ppni*.

(mutataqin, 2012).buku saka ganguan muskuloskeletas No Title (jilid 1 (Ed.)). buka kedokteran EGC.

(Winangun, 2019).Diagnosis Dan Tatalaksana Komprehensif Osteoartritis. Jurnal Kedokteran, 5(1), 125. <https://doi.org/10.36679/kedokteran.v5i1.140>

(*Osteoartritis Post Total Knee Replacement Di*, 2016)

(Monayo & Akuba, 2019) Pengaruh Stretching Exercise Terhadap Penurunan Skala Nyeri Sendi Lutut Pada Pasien Osteoartrtis. *Jambura Nursing Journal*, *1*(1), 1–10. <https://doi.org/10.37311/jnj.v1i1.2074>

(Winangun, 2019) Diagnosis Dan Tatalaksana Komprehensif Osteoartritis. *Jurnal Kedokteran*, *5*(1), 125. <https://doi.org/10.36679/kedokteran.v5i1.140>.

(Zaki, 2013) *Buku Saku Ostearthritis lutut*.

(Azizah, 2019)\*Analisis Faktor Risiko Penderita Osteoartritis Sendi Lutut*https://repository.unej.ac.id/bitstream/handle/123456789/91602/Umi Azizah-152010101004.

(Purwanto, 2016). *Keperawatan Medikal Bedah II* Brunner & Suddarth / pengarang, Brunner & Suddarth ; alih bahasa, Devi Yulianti, Amelia kimin. Ed 12

(Noor, Zairin Medika,2016)Buku Ajar Gangguan Muskuloskeletal/ Zairin Noor-jakarta.

Standar Luaran Keperawatan Indonesia. Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan 2019/ penerbit, Dewan Pengurus Pusat PPNI;Jakarta.

Keperawatan Medikal Bedah Brunner & Suddarth / pengarang, Brunner & Suddarth ; alih bahasa, Devi Yulianti, Amelia kimin. Ed 12. Jakarta: EGC,2013

Noor, Zairin Buku Ajar Gangguan Muskuloskeletal/ Zairin Noor-jakarta: Salemba Medika,2016

Maya Yanuarty, 2015 hubungan antara faktor risiko osteoartritis lutut dengan nyeri,disabilitas, dan berat ringannya osteoarthritis. Semarang; Jurnal media medika muda.

Rikha Nur Fadhilah 2016 studi penggunaan o bat pada pasien Osteoathritis. Surabaya ADLN perpustakaan universitas Airlangga.

**Lampiran 1**

**STANDARPROSEDUROPERASIONAL(SPO)**

**TEKNIK DESTRASI ,RELAKSASI**

1. **Teknik Mengatasi Nyeri Atau Relaksasi Nafas Dalam**

**Pengertian :**

Merupakan metode efektif untuk mengurangi rasa nyeri pada pasien yang mengalami nyeri kronis. Rileks sempurna yang dapat mengurangi ketegangan otot, rasa jenuh, kecemasan sehingga mencegah menghebatnya stimulasi nyeri

Ada tiga hal yang utama dalam teknik relaksasi :

1. Posisikan pasien dengan tepat
2. Pikiran beristirahat
3. Lingkungan yang tenang

**Tujuan :**

Untuk menggurangi atau menghilangkan rasa nyeri

**Indikasi :**

Dilakukan untuk pasien yang mengalami nyeri kronis

**Prosedur pelaksanaan :**

1. Tahap prainteraksi
   * + 1. Menbaca status pasien
       2. Mencuci tangan
       3. Meyiapkan alat
2. Tahap orientasi
   * + 1. Memberikan salam teraupetik
       2. Validasi kondisi pasien
       3. Menjaga perivacy pasien
       4. Menjelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan kepada pasien dan keluarga
3. Tahap kerja
   * + 1. Berikan kesempatan kepada pasien untuk bertanya jika ada ynag kurang jelas
       2. Atur posisi pasien agar rileks tanpa beban fisik
       3. Instruksikan pasien untuk tarik nafas dalam sehingga rongga paru berisi udara
       4. Intruksikan pasien secara perlahan dan menghembuskan udara membiarkanya keluar dari setiap bagian anggota tubuh, pada waktu bersamaan minta pasien untuk memusatkan perhatian betapa nikmatnya rasanya
       5. Instruksikan pasien untuk bernafas dengan irama normal beberapa saat (1-2 menit)
       6. Instruksikan pasien untuk bernafas dalam, kemudian menghembuskan secara perlahan dan merasakan saat ini udara mengalir dari tangan, kaki, menuju keparu-paru kemudian udara dan rasakan udara mengalir keseluruh tubuh
       7. Minta pasien untuk memusatkan perhatian pada kaki dan tangan, udara yang mengalir dan merasakan keluar dari ujung-ujung jari tangan dan kai dan rasakan kehangatanya
       8. Instruksiakan pasien untuk mengulani teknik-teknik ini apa bial ras nyeri kembali lagi
       9. Setelah pasien merasakan ketenangan, minta pasien untuk melakukan secara mandiri
4. Tahap terminasi
   * + 1. Evaluasi hasil kegiatan
       2. Lakukan kontrak untuk kegistsn selanjutnya
       3. Akhiri kegiatan dengan baik
       4. Cuci tangan
5. Dokumentasi
   * + 1. Catat waktu pelaksanaan tindakan
       2. Catat respons pasien
       3. Paraf dan nama perawat jaga
6. **Teknik Mengatasi Nyeri Atau Distrasi**

**Pengertian :**

Suatu metode untuk menghilangkan nyeri dengan cara mengalihkan perhatian pasien pada hal-hal lain sehingga pasien akan lupa terhadap nyeri yang dirasakan

**Tujuan :**

Untuk mengurangi atau menghilangkan rasa nyeri pada pasien

**Indikasi :**

Dilakukan pada pasiendengan gangguan nyeri kronis

Prosedur pelaksanaan :

1. Tahap prainteraksi
   * + 1. Membaca status pasien
       2. Mencuci tangan
       3. Menyiapkan peralatan
2. Tahap orientasi
   * + 1. Menmberikan salam kepada pasien
       2. Validasi kondisi pasien
       3. Kontrak waktu
       4. Menjelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan pada pasien dan keluarga
3. Tahap kerja
   * + 1. Berikan kesempatan pada pasien untuk bertanya jika kurang jelas
       2. Tanyakan keluhan pasien
       3. Menjaga privacy pasien
       4. Memuli dengan cara yang baik
       5. Mengatur posisi pasien agar rileks tanap beban fisik
       6. Menberikan penjelasan pada pasien beberapa cara distrasi
          1. Bernafas pelan-pelan
   1. Massage sambilbernafas pelan-pelan
   2. Mendengarkan lagu sambil, menepuk-nepuk jari kaki
   3. Menbanyangkan hal-hal yang indah sambil menutup mata
   4. Menonton TV
   5. Berbincang-bincang dengan orang lain
      * 1. Menganjurkan pasien untuk melakukan salah satu teknik distraksi tersebut
        2. Menganjurkan pasien untuk mencoba teknik tersebut bila terasa nyaman atau ketidak nyamanan
4. Tahap terminasi
   * + 1. Evaluasi hasil kegiatan
       2. Lakukan kontrak waktu untuk kegiatan selanjutnya
       3. Akhiri kegiatan dengan bsik
       4. Cuci tangan
5. Dokumentasi
   * + 1. Catat waktu pelaksanaan tindakan
       2. Catat respon pasien terhadap teknik distraksi.