**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. R DENGAN DIAGNOSA MEDIS OSTEOATHRITIS +*POST OP* TOTAL *KNEE REPLACEMENT***

**SINISTRA HARI KE 3 DI RUANG I BEDAH**

**RSPAL Dr. RAMELAN**

**SURABAYA**

****

**Oleh :**

**NADIYA NOVITA SARI**

**NIM. 1720049**

**PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH**

**SURABAYA**

**2020**

**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. R DENGAN DIAGNOSA MEDIS OSTEOATHRITIS +*POST OP TOTAL KNEE REPLACEMENT\***

**SINISTRAHARI KE 3 DI RUANG I BEDAH**

**RSPAL Dr. RAMELAN**

**SURABAYA**

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

**untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan**

****

**Oleh :**

**NADIYA NOVITA SARI**

**NIM. 1720049**

**PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH**

**SURABAYA**

**2020**

# SURAT PERNYATAAN

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

Jika kemudian hari ternyata saya melakukan tindakan plagiat saya akan bertanggungjawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Stikes Hang Tuah Surabaya.

|  |
| --- |
| C:\Users\toshiba\Documents\Kti\IMG-20200310-WA0014.jpg |

# HALAMAN PERSETUJUAN

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa:

Nama : NADIYA NOVITA SARI

N I M : 1720049

Program Studi : DIII -Keperawatan

J u d u l : **Asuhan Keperawatan Pada Ny. R dengan Diagnosa Medis Osteoarthritis + *Post Op Total Knee Replacement* Sinistra hari ke 3 Di Ruang I Bedah RSPAL Dr. RAMELAN SURABAYA**

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

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

Surabaya, 25 Februari 2020



 g

Imroatul Farida, S. Kep., Ns., M.Kep

NIP. 03.028

Ditetapkan di : STIKES Hang Tuah Surabaya

Tanggal : 25 Februari 2020

# HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah dari :

Nama : NADIYA NOVITA SARI

Nim : 1720049

Program Studi : D-III Keperawatan

Judul KTI : **Asuhan Keperawatan Pada Ny. R Dengan Diagnosa Medis Osteoathritis + Post Op *Total Knee Replacement* Sinistra hari ke 3 Di Ruang I Bedah RSPAL Dr. RAMELAN SURABAYA.**

Telah dipertahankan dihadapan dewan Sidang Karya Tulis Ilmiah Stikes Hang Tuah Surabaya, pada :

Hari, tanggal : Selasa, 25 Februari 2020

Bertempat di : Ruang C Stikes Hang Tuah Surabaya

Dan dinyatakan **Lulus** dan dapat diterima sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar AHLI MADYA KEPERAWATAN pada Prodi D-III



Mengetahui

Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya

Ka Prodi D-III Keperawatan

****

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

NIP. 03.007

DDD

Ditetapkan di : Surabaya

Tanggal : 25 Februari 2020

# MOTTO

Yakin adalah kunci jawaban dari segala permasalahan.

Dengan bermodal yakin merupakan obat mujarab penumbuh semangat hidup

Setiap orang pasti mempunyai mimpi, begitu juga saya. Namun bagi saya yang paling penting bukan seberapa besar mimpi yang kamu punya.

Tapi seberapa besar usaha kamu untuk mewujudkan mimpi itu.

Kesuksesan itu nggak kaya indomie yang bisa dinikmati instan. Karena kesuksesan adalah anak dari ketekunan dan kesabaran.

# PERSEMBAHAN

Karya tulis ini saya persembahkan kepada:

1. Ayahanda Suwondo Muksin dan Mama Ninik Sudaryani tercinta yang dengan sabar dan iklas memberikan dukungan, motivasi, semangat dan doa kepada saya sehingga saya dapat menyelasaikan karya tulis ilmiah ini.
2. Kepada Kakakku tersayang Anggraeni Suwondo, Oky Widianti Suwondo, Ardinia Oktaviani dan adeku Angga Cahyo Saputra terima kasih atas segala yang setelah diberikan, dukungan dan semangat yang telah kalian berikan.
3. Kepada Nenek dan Tante di Taman Spanjang terimakasih atas dukungan dan semangat yang telah diberikan kepada saya.
4. Terimakasih Kepada Babeh, Mama Wiwiek, Mas Ardhi, Mas Wisnu dan Keponakan tersayang Arsyila Faradiba Wikiyan atas semangat yang diberikan.
5. Mas Agung Pambudi terimakasih selalu memberikan semangat, dukungan dan motivasi dalam menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
6. Teman-temanku “DOKTER MUDA” terimakasih atas semangat dan perjuangan yang kita laluin bersama suka dan duka.
7. Teman-temanku “PEJUANG SEMESTER AKHIR” yang selalu mendukung dalam proses pembuatan karya tulisku dan berjuang bersama
8. Teman-temanku Alfiah, Ghita, Elfania dan Senior-senior terimakasih atas semangat dan bimbingannya.
9. Teman-temanku yang berada di Bogor “GJ&6R” terimakasih sudah memberikan dukungan dan doa sehingga karya tulis ilmiah ini dapat terselesaikan.
10. Kepada Dosen & Staff STIKES HANG TUAH SURABAYA terimakasih telah memberikan bimbingan dan semangat sehingga terselesaikan karya tulis ilmiah ini.
11. Kepada rekan-rekan seperjuangan “Mahasiswa Prodi – D3 Keperawatann STIKES HANGTUAH SURABAYA Kumara 23” yang memberikan arti keluarga dan jiwa kebersamaan.

# KATA PENGANTAR

Segala puji dan hormat hanya bagi Tuhan Yang Maha Esa, dengan segala anugerah-Nya yang telah memberikan kesempatan penulis dapat menyusun karya tulis ini dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Ny. R Dengan Diagnosa Medis Osteoathritis + *Post Op Total Knee Replacement* hari ke 3 di Ruang I Bedah RSPAL Dr. RAMELAN SURABAYA”.

Karya Tulis ini disusun sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan di Program Studi D-III Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya. Dalam penyusunan karya tulis ini penulis mendapatkan pengarahan dan bantuan dari berbagai pihak, untuk itu dalam kesempatan ini perkenankanlah penulis menyampaikan ucapan terima kasih, rasa hormat dan penghargaan kepada:

1. Laksamana Pertama TNI dr. Radito Soesanto, Sp. THT-KL.,Sp.KL selaku Kepala Rspal 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. Ibu Wiwiek Liestyaningrum, S.Kp., M.Kep, Selaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan kepada kami untuk praktik di Rspal Dr. Ramelan surabaya dan menyelesaikan pendidikan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya.
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 Imroatul Frida, S.Kep., Ns., M.Kep selaku pembimbing sekaligus penguji Ketua, yang telah bersedia meluangkan waktu, tenaga dan pikiran serta perhatian dalam memberikan dorongan, bimbingan, arahan dan masukan dalam penyelesaian karya tulis ilmiah ini.
5. Ibu Dwi S, S.Pd., S.Kep., Ns., MM selaku pembimbing sekaligus penguji Kedua, yang telah bersedia meluangkan waktu, tenaga dan pikiran serta perhatian dalam memberikan dorongan, bimbingan, arahan dan masukan dalam penyelesaian karya tulis ilmiah ini.
6. Bapak dan Ibu Dosen Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah banyak membantu kelancaran proses belajar mengajar selama masa perkuliahan untuk menempuh studi di Stikes Hang Tuah Surabaya.
7. Kedua Orang tua beserta seluruh keluarga saya yang telah memberikan doa, motivasi dan dukungan moral maupun materil kepada penulis dalam menempuh pendidikan di STIKES Hang Tuah Surabaya.
8. Teman-teman seperjuangan di STIKES Hang Tuah Surabaya yang selalu bersama-sama dan menemani dalam pembuatan karya tulis ilmiah ini.

Penulis berusaha untuk dapat menyelesaikan karya tulis ilmiahini dengan sebaik-baiknya. Penulis menyadari bahwa masih banyak kekurangan sehingga mengharapkan adanya kritik dan saran dari semua pihak agar dapat menyempurnakan dan bermanfaat terutama bagi masyarakat dan perkembangan ilmu keperawatan.

 Surabaya, 25 Februari 2020

 Penulis

# DAFTAR ISI

[COVER i](#_Toc33173522)

[SURAT PERNYATAAN ii](#_Toc33173523)

[HALAMAN PERSETUJUAN iii](#_Toc33173524)

[HALAMAN PENGESAHAN iv](#_Toc33173526)

[MOTTO v](#_Toc33173527)

[PERSEMBAHAN vi](#_Toc33173528)

[KATA PENGANTAR viii](#_Toc33173529)

[DAFTAR ISI x](#_Toc33173530)

[DAFTAR TABEL xi](#_Toc33173531)

[DAFTAR GAMBAR xii](#_Toc33173532)

[DAFTAR LAMPIRAN xiii](#_Toc33173533)

[DAFTAR SINGKATAN xiv](#_Toc33173534)

[**BAB 1 PENDAHULUAN** 1](#_Toc33173535)

[1.1 Latar Belakang 1](#_Toc33173537)

[1.2 Rumusan Masalah 3](#_Toc33173538)

[1.3 Tujuan Penulisan 3](#_Toc33173539)

[1.3.1 Tujuan Umum 3](#_Toc33173540)

[1.3.2 Tujuan Khusus 3](#_Toc33173541)

[1.4 Manfaat Penulisan 4](#_Toc33173542)

[1.4.1 Akademis 4](#_Toc33173543)

[1.4.2 Praktis 4](#_Toc33173544)

[1.5 Metode Penulisan 5](#_Toc33173545)

[1.5.1 Metode 5](#_Toc33173546)

[1.5.2 Teknik Pengumpulan Data 5](#_Toc33173547)

[1.5.3 Sumber Data 6](#_Toc33173548)

[1.5.4 Studi Kepustakaan 6](#_Toc33173549)

[1.6 Sistematika Penulisan 6](#_Toc33173550)

[**BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA** 8](#_Toc33173551)

[2.1 Konsep Penyakit Osteoarthritis 8](#_Toc33173553)

[2.1.1 Anatomi Fisiologi 8](#_Toc33173554)

[2.1.2 Definisi Osteoarthritis 9](#_Toc33173555)

[2.1.3 Etiologi 10](#_Toc33173556)

[2.1.4 Manifestasi Klinis 11](#_Toc33173558)

[2.1.5 Tanda dan Gejala 12](#_Toc33173559)

[2.1.6 Patofisilogi 13](#_Toc33173560)

[2.1.7 Diagnosa Pembanding 13](#_Toc33173561)

[2.1.8 Komplikasi 13](#_Toc33173562)

[2.1.9 Pemeriksaan Penunjang 14](#_Toc33173563)

[2.2.10 Pencegahan 14](#_Toc33173564)

[2.2.11 Penataksanaan 14](#_Toc33173565)

[2.2 Konsep Nyeri 16](#_Toc33173566)

[2.2.1 Definisi Nyeri 16](#_Toc33173567)

[2.2.2 Pola Nyeri 16](#_Toc33173568)

[2.2.3 Faktor Pengaruh Nyeri 17](#_Toc33173569)

[2.2.4 Pengukuran Skala Nyeri 19](#_Toc33173570)

[2.3 Konsep Penyembuhan Luka 20](#_Toc33173571)

[2.3.1 Definisi Penyembuhan Luka 20](#_Toc33173572)

[2.3.2 Fase Penyembuhan Luka 20](#_Toc33173573)

[2.3.3 Tujuan Penyembuhan Luka 22](#_Toc33173574)

[2.4 Konsep *Total Knee Replacement* (TKR) 23](#_Toc33173575)

[2.4.1 Definisi *Total Knee Replacement (*TKR) 23](#_Toc33173576)

[2.4.2 Anestesi 24](#_Toc33173577)

[2.5 Konsep Asuhan Keperawatan Osteoathritis 25](#_Toc33173578)

[2.5.1 Pengkajian 25](#_Toc33173579)

[2.5.2 Analisa Data 28](#_Toc33173580)

[2.5.3 Diagnosa Keperawatan 28](#_Toc33173581)

[2.5.4 Perencanaan 33](#_Toc33173582)

[2.5.5 Implementasi 54](#_Toc33173583)

[2.5.6 Evaluasi 55](#_Toc33173584)

[2.6 Kerangka Masalah 56](#_Toc33173585)

[**BAB 3 TINJAUAN KASUS** 57](#_Toc33173586)

[3.1 Pengkajian 57](#_Toc33173588)

[3.1.1 Identitas 57](#_Toc33173589)

[3.1.2 Keluhan Utama 57](#_Toc33173590)

[3.1.3 Riwayat Penyakit Sekarang 57](#_Toc33173591)

[3.1.4 Riwayat Penyakit Dahulu 58](#_Toc33173592)

[3.1.5 Riwayat Kesehatan Keluarga 58](#_Toc33173593)

[3.1.6 Genogram 58](#_Toc33173594)

[3.1.7 Riwayat Alergi 59](#_Toc33173595)

[3.1.8 Observasi dan Pemeriksaan Fisik 59](#_Toc33173596)

[3.1.9 B1 Pernafasan (*Breathing*) 59](#_Toc33173597)

[3.1.10 B2 Kardiovaskuler (*Blood*) 59](#_Toc33173598)

[3.1.11 B3 Persarafan (*Brain*) 60](#_Toc33173599)

[3.1.12 B4 Perkemihan (*Bladder*) 61](#_Toc33173600)

[3.1.13 B5 Pencernaan (*Bowel*) 61](#_Toc33173601)

[3.1.14 B6 Muskuloskletal (*Bone*) 61](#_Toc33173602)

[3.1.15 Endokrin 62](#_Toc33173603)

[3.1.16 Seksual Reproduksi 62](#_Toc33173604)

[3.1.17 Kemampuan Perawatan Diri 62](#_Toc33173605)

[3.1.18 Personal Hygiene 62](#_Toc33173606)

[3.1.19 Istirahat & Tidur 63](#_Toc33173607)

[3.1.20 Psikososiokultural 63](#_Toc33173608)

3.1.21 Pemeriksaan Penunjang............................................................................. 65

3.1.22 Terapi Obat................................................................................................ 65

[3.2 Analisa Data.............................................................................................. 66](#_Toc33173609)

3.3 Prioritas Masalah........................................................................................67

3.4 Intervensi................................................................................................... 67

3.5 Implementasi............................................................................................. 69

[**BAB 4 PEMBAHASAN** 76](#_Toc33173610)

[4.1 Pengkajian 76](#_Toc33173612)

[4.1.1 Identitas 76](#_Toc33173613)

[4.1.2 Keluhan utama 77](#_Toc33173614)

[4.1.3 Riwayat penyakit sekarang 77](#_Toc33173615)

[4.1.4 B3 Persarafan (Brain) 78](#_Toc33173616)

[4.1.5 B6 Muskuloskletal (Bone) 79](#_Toc33173617)

[4.1.5 Kemampuan perawatan diri 80](#_Toc33173618)

[4.2 Diagnosa Keperawatan 80](#_Toc33173619)

[4.3 Rencana Keperawatan 81](#_Toc33173620)

[4.5 Implementasi 81](#_Toc33173621)

[**BAB 5 PENUTUP** 84](#_Toc33173622)

5.1 Kesimpulan............................................................................................... 83

5.2 Saran..........................................................................................................84

**DAFTAR PUSTAKA...**...................................................................................... 87

# DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Tanda Pada Fase Implamasi........................................................22

Tabel 3.1 Hasil Laboratorium......................................................................64

Tabel 3.2 Hasil Laboratorium......................................................................65

Tabel 3.3 Terapi Medis................................................................................65

Tabel 3.4 Analisa Data….............................................................................66

Tabel 3.5 Prioritas Masalah..........................................................................67

Tabel 3.6 Intervensi......................................................................................69

Tabel 3.7 Implementasi................................................................................75

# DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Anatomi sendi Patella....................................................................11

Gambar 2.2 Pengukuran Skala Nyeri................................................................19

Gambar 2.3 Pengukuran Skala Nyeri Wajah.....................................................19

Gambar 2.4 Skala Numeric Rating...................................................................20

Gambar 2.5 Kerangka masalah..........................................................................33

Gambar 3.1 Genogram Ny.R............................................................................58

Gambar 3.2 Rongent Sinar-X...........................................................................65

# DAFTAR LAMPIRAN

**Lampiran 1** SOP Rawat Luka 89

# DAFTAR SINGKATAN

DO : Data objektif

DS : Data subjektif

IASP : *international association for study of pain*

OA :osteoathritis

RSPAL : Rumah Sakit Pusat Angakatan Laut

TKR : *Total Knee Replacement*

WHO : *World Health Organization*

TTV : Tanda-Tanda Vital

TD : Tekanan Darah

S : Suhu

RR :Respiration Rate

N : Nadi

SAB : Spinal Anestesi Blok

RM : Rekam Medis

MRS : Masuk Rumah Sakit

SMRS : Sebelum Masuk Rumah Sakit

OK : Operatie Kamer

# BAB 1

# PENDAHULUAN

## Latar Belakang

Osteoathritis merupakan penyakit sendi degenatif, dimana keseluruhan struktur dari sendi lutut mengalami perubahan patologis yang ditandai dengan kerusakan tulang rawan (kartigo) hyalin sendi, meningkatnya ketebalan serta sklerosis dari lempeng tulang, pertumbuhan osteofit pada tepian sendi, meregangnya kapsula sendi, timbulnya peradangan dan melemahnya otot-otot yang menghubungkan sendi. Penyakit osteoathritis bersifat kronik, berjalan progresif, dan ditandai oleh adanya pengikisan rawan sendi dan pembentukan tulang baru pada permukaan sendi. Kasus osteoathritis pada persedian lebih sering terjadi daripada persedian yang lain. Nyeri merupakan gejala utama terbesar pada sendi, akibatnya saat ini masih banyak penderita osteoathritis dengan keluhan nyeri pada persedian lutut dengan keterbatasan dalam bergerak dan tidak dapat melakukan kegiatan sehari-hari. Penderita osteoathritis di RSPAL Dr. Ramelan Surabaya ruang I bedah tidak begitu banyak, akan tetapi gejala yang sering muncul pada osteoathritis adalah yang mengganggu aktivitas seperti nyeri sendi yang hebat dan tidak bisa menghilang walaupun sudah diberikan obat farmakologi, perubahan bentuk sendi yang mengganggu aktifitas sehingga diperlukan pembedahan (Aditya Denny Pratama, 2019).

Menurut organisasi kesehatan dunia World Health Organization (WHO) dalam Sabara (2017), prevalensi penderita osteoathritis di dunia pada tahun 2016 mencapai 151,4 juta jiwa dan 27,4 juta jiwa berada di Asia Tenggara. Di Indonesia, prevalensi osteoathritis mencapai 5% pada usia <40 tahum, 30% pada usia 40-60 tahun, dan 65% pada usia >61 tahun (Sabara,2017). Angka kejadian di ruang I Bedah RSPAL Dr. Ramelan Surabaya pada tahun 2019 sejumlah 5% kasus osteoartiritis.

Wanita juga lebih cenderung terkena dibandingkan pria karena pinggul wanita lebih luas dan lebih memberikan tekanan jangka panjang pada lutut. Selain itu, faktor sosial seperti pekerjaan yang dilakukan seharian juga mempengaruhi timbulnya penyakit osteoathritis, terutama pada atlet dan orang-orang yang pekerjaannya memerlukan gerakan berulang (pekerja mengetik atau mengoperasikan mesin), memiliki resiko lebih tinggi terkena penyakit osteoathritis. Hal ini adalah karena terjadinya cedera dan meningkatkan tekanan pada sendi tertentu sehingga mengakibatkan beresiko terkena penyakit osteoathritis. Gaya hidup juga dapat mempengaruhi kehidupan seseorang yang menderita penyakit osteoartritis. Penderita osteoathritis jika dibiarkan akan menyebabkan adanya nyeri pada lutut baik nyeri diam, tekan, ataupun gerak, adanya keterbatasan lingkup gerak sendi karena nyeri, adanya gangguan aktivitas jongkok berdiri terutama saat toileting, kesulitan untuk naik turun tangga terutama saat menekuk dan menapak, berjalan jauh serta mengalami gangguan untuk aktivitas sholat terutama duduk antara dua sujud, serta berdiri lama (Edi Suryono, 2008).

Penatalaksanaan pada kasus osteoathritis dapat dilakukan dengan prosedur tindakan nonfarmakologi, kolaborasi farmakologi, serta dengan kolaborasi tindakan pembedahan. Penatalaksanaan kolaborasi dengan farmakologi dengan pemberian analgesik untuk mengurangi rasa nyeri, sedangkan pada nonfarmakologi dengan perubahan gaya hidup yang dilakukan dapat membantu mengurangi keluhan osteoathritis dan perubahan berat badan dapat meningkatkan tekanan pada bagian sendi, terutama pada bagian lutut dan pinggul. Penatalaksanaan dengan prosedur pembedahan operasi yang biasa dilakukan pada osteoathritis adalah dengan tindakan operasi *Total Knee Replacement* (TKR) bagian ujung-ujung tulang akan diganti dengan bahan logam dan plastik (Aditya Denny Pratama, 2019).

## 1.2 Rumusan Masalah

Bagaimanakah Asuhan Keperawatan pada Ny. R dengan diagnosa Osteoathritis + Post Op *Total Knee Replacement* sinistra hari ke 3 di ruang I Bedah RSPAL Dr. Ramelan Surabaya

## Tujuan Penulisan

### 1.3.1 Tujuan Umum

Mahasiswa mampu mengelola asuhan keperawatan pada Ny. R dengan diagnosa Osteoathritis + Post Op *Total Knee Replacement* sinistra hari ke 3 di ruang I Bedah RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

### 1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mahasiswa mampu melakukan pengkajian pada Ny. R dengan diagnosa Osteoathritis + Post Op *Total Knee Replacement* sinistra hari ke 3 di ruang I Bedah RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.
2. Mahasiswa mampu merumuskan diagnosa keperawatan pada Ny. R dengan diagnosa Osteoathritis + Post Op *Total Knee Replacement* sinistra hari ke 3 di ruang I Bedah RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.
3. Mahasiswa mampu menyusun rencana keperawatan pada Ny. R dengan diagnosa Osteoathritis + Post Op *Total Knee Replacement* sinistra hari ke 3 di ruang I Bedah RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.
4. Mahasiswa mengaplikasikan implementasi keperawatan pada Ny. R dengan diagnosa Osteoathritis + Post Op *Total Knee Replacement* sinistra hari ke 3 di ruang I Bedah RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.
5. Mahasiswa melakukan evaluasi asuhan keperawatan pada Ny. R dengan diagnosa Osteoathritis + Post Op *Total Knee Replacement* sinistra hari ke 3 di ruang I Bedah RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.
6. Mahasiswa mampu mendokumentasikan asuhan keperawatan pada Ny. R dengan diagnosa Osteoathritis + Post Op *Total Knee Replacement* sinistra hari ke 3 di ruang I Bedah RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

## 1.4 Manfaat Penulisan

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

### 1.4.1 Akademis

Hasil karya tulis ini merupakan sumbangan bagi ilmu pengetahuan khususnya dalam hal asuhan keperawatan pada pasien Osteoathritis dengan Post Op *Total Knee Replacement* sinistra hari ke 3.

### 1.4.2 Praktis

Secara praktis, tugas akhir ini akan bermanfaat bagi :

1. Bagi pelayanan keperawatan di rumah sakit

Hasil karya tulis ilmiah ini dapat menjadi masukan bagi pelayanan di rumah sakit agar dapat melakukan asuhan keperawatan pada pasien Osteoathritis dengan Post Op *Total Knee Replacement* sinistra hari ke 3 dengan baik.

1. Bagi Penulis

Hasil karya tulis ini dapat menjadi salah satu rujukan bagi penulis berikutnya yang akan melakukan asuhan keperawatan pada pasien Osteoathritis dengan Post Op *Total Knee Replacement* sinistra hari ke 3.

1. Bagi Profesi Kesehatan

Sebagai tambahan ilmu bagi profesi keperawatan dan memberikan pemahaman yang lebih baik tentang asuhan keparawatan pada pasien Osteoathritis dengan Post Op *Total Knee Replacement* sinistra hari ke 3.

## 1.5 Metode Penulisan

### 1.5.1 Metode

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

### Teknik Pengumpulan Data

1. Wawancara

Data diambil atau diperolah melalui percakapan baik dengan pasien, keluarga, maupun tim kesehatan lain.

1. Observasi

Data yang diambil melalui pengamatan yang dilakukan terhadap pasien.

1. Pemeriksaan

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

### Sumber Data

1. Data primer

Data primer adalah data yang diperoleh dari pasien.

1. Data sekunder

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

### 1.5.4 Studi Kepustakaan

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

## Sistematika Penulisan

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

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

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

BAB 2 : Tinjauan Pustaka, berisi tentang konsep penyakit dari sudut pandang medis dan asuhan keperawatan pasein dengan diangnosa Osteoathritis dengan Post Op *Total Knee Replacement* sinistra Hari ke 3 serta kerangka masalah.

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

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

BAB 5 : Penutup, berisi tentang simpulan dan saran.

1. Bagian akhir, terdiri dari daftar pustaka dan lampiran.

# BAB 2

# TINJAUAN PUSTAKA

Bab 2 ini akan menguraikan secara teoritis mengenai konsep penyakit dan asuhan keperawatan medikal bedah Osteoathritis + Post Op *Total Knee Replacement* (TKR) hari ke 3. Konsep penyakit akan diuraikan anatomi fisiologi, definisi, etiologi, manifestasi klinis, tanda & gejala, patofisiologi, diagnosa pemeriksaan penunjang, komplikasi, pencegahan, dan pentalaksanaan. Asuhan keperawatan akan diuraikan masalah-masalah yang muncul pada penyakit Osteoarthritis + Post Op *Total Knee Replacement* (TKR) dengan melakukan asuhan keperawatan yang terdiri dari pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

## 2.1 Konsep Penyakit Osteoarthritis

### 2.1.1 Anatomi Fisiologi

1. Anatomi

Anatomi pada sendi lutut terbagi dalam beberapa struktur jaringan yaitu komponen tulang, komponen jaringan lunak, jaringan saraf dan jaringan pembuluh darah.

1. Komponen tulang dari sendi lutut antara lain femur, patella, tibia, dan fibula.
2. Komponen jaringan lunak

Sendi lutut adalah sendi yang terdiri dari dua buah sendi condyloid dan satu buah sendi *sellar* (artikulasi patellofemoral). Sendi lutut tertutup dalam kapsul sendi yang memiliki suatu resesus posterolateral dan posteromedial yang memanjang ke arah distal permukaan subkondral dari tibial plateu. Condylus femoral lateral dan medial berartikulasi dengan facet tibial (Aditya Denny Pratama, 2019).

1. Fisiologi

Stuktur sendi lutut sangat kompleks dengan berbagai macam jaringan di sekitarnya. Sendi lutut merupakan bagian dari ektermitas yang mengubungkan tungkai atas dan tungkai bawah. Sendi lutut adalah merupakan sendi yang paling 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. 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 (Aditya Denny Pratama, 2019).



Gambar 2.1 Anatomi Patella

### Definisi Osteoarthritis

Osteoathritis adalah gangguan sendi yang paling sering terjadi dan paling sering menyebabkan ketidakmampuan. Pada kasus osteoarthiritis dicirikan dengan hilangnya kartilago sendi secara progresif atau berkelanjutan (Brunner & Suddarth, 2015).

Osteoathritis merupakan kelainan sendi degenerasi non inflamasi yang terjadi pada sendi gerak dan sendi penopang berat badan dengan gambaran khas memburuknya rawan sendi serta terbentuknya tulang-tulang baru pada tepi tulang (Aditya Denny Pratama, 2019).

### Etiologi

Faktor resiko pada osteoathritis meliputi hal-hal sebagai berikut :

1. Usia

Hubungan antara usia dan resiko terdapat banyak faktor, yaitu kerusakan oksidatif, penipisan katilago, melemahnya otot. Selain itu, stress mekanis pada sendi akibat kelemahan otot dan perubahan gaya berjalan. Proses penuaan dianggap sebagai penyebab peningkatan kelemahan di sekitar sendi, penurunan kelenturan sendi dan tulang rawan (Aditya Denny Pratama, 2019).

1. Jenis kelamin

Pada kasus osteoathritis lebih tinggi pada wanita dibandingkan laki-laki. Pada wanita lebih banyak diperkirakan karena turunnya kadar estrogen yang signifikan setelah menopause, maka dari itu wanita lebih berisiko di banding laki-laki (Aditya Denny Pratama, 2019).

1. Genetik

Faktor genetik sangat berperan hal ini berhubungan dengan abnormalitas kode genetik untuk sintesis kolagen yang bersifat keturunan dan akan berisiko 2 kali lebih tinggi terkena osteoathritis dengan keluarga dengan riwayat penyakit osteoathritis, dibandingkan keluarga dengan riwayat tidak memiliki penyakit osteoathritis (Aditya Denny Pratama, 2019).

1. Berat Badan dan obesitas

Berat badan yang berlebih semakin besar beban lemak tubuh, semakin besar trauma pada sendi yang menanggung beban sehingga berisiko tinggi terkena penyakit osteoathritis (Aditya Denny Pratama, 2019).

1. Cedera sendi

Bahwa seseorang yang memiliki riwayat trauma pada lutut memiliki resiko 5-6 kali lipat lebih tinggi berisiko. Hal ini dapat menyebabkan kecacatan yang lama dan pengangguran (Aditya Denny, 2019).

1. Olahraga

Atlet memiliki risiko terkena osteoathritis, kelemahan otot quadrisep merupakan faktor risiko terjadinya osteoarthritis dengan proses menurunkan stabilitas sendi dan mengurangi shock yang menyerap materi otot. Tetapi, seseorang yang memiliki aktivitas minim sehari-hari juga dapat berisiko. Ketika seseorang tidak melakukan gerakan, aliran cairan sendi akan berkurang dan berakibat aliran makanan yang masuk ke sendi juga berkurang. Hal ini mengakibatkan proses degeneratif menjadi berlebih (Aditya Denny Pratama, 2019).

### Manifestasi Klinis

Gejala yang sering muncul adalah nyeri sendi, terjadinya nyeri tersebut dikarena pemakaian sendi berlebihan dan akan menghilang dengan istirahat. Pada penderita osteoathritis pada pagi hari atau setelah tidak beraktivitas, sering terjadi kekakuan sendi dan berlangsung selama kurang lebih 30 menit dan dapat berkurang dengan pergerakan (Brunner & Suddarth, 2015).

Penderita osteoathritis biasanya nyeri terjadi karena peregangan ujung saraf di osteum yang menutupi osteofit. Peradangan pada sinovium disebut sinovitosis, yang disebabkan oleh fagositosis tulang rawan dan tulang dari permukaan sendi yang mengalami abrasi. Pada pemeriksaan fisik akan memperlihatkan nyeri lokal dan pembengkakan tulang atau jaringan lunak, krepitus tulang yaitu sensasi tulang yang bergesekan dengan tulang lain karena pergerakan sendi. Pada penderita osteoathritis tahap lanjut, dapat terjadi kecacatan, hipertrofi tulang, subluksasi, dan berkurangnya pergerakan sendi (Brunner & Suddarth, 2015).

### Tanda dan Gejala

1. Sendi kaku sesaat di pagi hari, umumnya 15 menit atau lebih karena perubahan di dalam sendi
2. Sendi sakit karena pergerakan atau menahan beban berat karena perubahan bentuk sendi
3. Crepitus (perasaan terganggu pada palpasi di atas di atas sendi selama gerakan) karena hilangnya tulang rawan *articular* dan pertumbuhan tulang yang terlalu cepat di dalam sendi.
4. Sakit hilang ketika sendi beristirahat sebab tidak ada gerakan akan membebaskan sakit di dalam ruang sendi.
5. Pelebaran sendi karena pertumbuhan terlalu cepat atau perubahan model tulang (DiGiulio Mary, 2015).

### Patofisilogi

Osteoathritis adalah penyakit degeneratif progresif sendi yang menyebabkan nyeri, kekakuan, dan berbagai gerakan terbatas. Osteoathritis merupakan akibat dari cedera akut atau kronis atau berulang-ulang penggunaanya yang menyebabkan “keausan” pada sendi. Hal ini disebabkan oleh perubahan struktural dalam sendi, mikrofraktur tulang, dan intra artikular hipertensi akibat pembengkakan, hipertrofi synovial dan menyertai sinovitis. Kekakuan sendi yang dihasilkan dari proses inflamasi ringan terjadi pada pagi hari dan berlangsung kurang dari 30 menit. Krepitasi berbagai gerakan terbatas, dan deformitas terjadi hasil pembentukan osteofit. Sedangkan fungsi osteofit adalah untuk mendukung dan menstabilkan sendi, namun dapat juga menghasilkan nyeri, krepitasi, dan penurunan gerak sendi (Aditya Denny Pratama, 2019).

### Diagnosa Pembanding

Diagnosa pembanding osteoathritis dalah arthritis rematoid, gout, lupus eritematosa sistemik, demam reumatik, arthritis septik (Joyce M.Black, 2014).

### Komplikasi

Komplikasi dapat terjadi apabila osteoathritis tidak ditangani dengan benar. Terdapat dua macam komplikasi, yaitu :

1. Komplikasi kronis, berupa malfungsi tulang yang sifnifikan, yang terparah ialah terjadi kelumpuhan.
2. Komplikasi akut : micrystaline athrphy, osteonekrosis, ruptur baker cyst, bursitis, dan symtomatic meniscal tear (Joyce M.Black, 2014).

### Pemeriksaan Penunjang

1. Laboratorium : tidak ada pemeriksaan laboratorium spesifik, pemeriksaan rutin biasanya didapatkan adanya peningkatan kadar lekosit, laju endap darah, CRP, dan pemeriksaan cairan sinovia melalui artrosintesis untuk mendeteksi adanya artritis sepsis.
2. Radiodiagnostik : mendeteksi perubahan progresif dari kartilago dan tulang, adanya *osteofit,* penurunan ruang sendi, asimetris sendi, sklerosis subkondral, dan formasi kista subkondral.
3. Pemeriksaan Foto Rontgen (sinar x) : menunjukkan penyempitan ruang sendi dan osteofit di tepi sendi dan di tulang subkondral. Kedua temuan ini sama-sama bersifat sensitif dan spesifik (Joyce M.Black, 2014).

### Pencegahan

Pencegahan pada penderita osteoathiris dapat digunakan dengan cara : penurunan berat badan, pencegahan cedera, skrining perinatal, dan modifikasi ergonomi (Brunner & Suddarth, 2015).

### Penataksanaan

1. Non Farmakologi
2. Olahraga mengurangi gejala dan meningkatkan kualitas hidup pasien yang mengalami osteoathritis ringan sampai sedang.
3. Terapi fisik, meliputi rentang pergerakan pasif dan latihan air, dapat memperbaiki fungsi.
4. Terapi okupasional dapat membantu aktivitas hidup sehari-hari dengan alat bantu.
5. Aplikasi panas, stimulasi saraf elektrik transkutan (TENS), dan akupuntur dapat dipertimbangkan.
6. Diet untuk menurunkan berat badan bisa diperlukan.
7. Peningkatan asupan vitamin C berhubungan dengan pengurangan progresi dan nyeri.
8. Ultrasound (diatermi) memfasilitasi ekstensibilitas tendon, melemaskan otot dan mengurangi nyeri (Brashers L. Valentina, 2012).
9. Farmakologis
10. Gunakan capsaicin sebagai analgesik topikal (mengurangi substansi neuronal P, suatu neurotransmiter yang berpengaruh pada nyeri)
11. Asetaminofen dalam mengurangi nyeri ringan sampai moderat sebagai obat antiinfalamasi nonsterpid (NSAID).
12. Memberikan acetaminophen untuk menghilangkan sakit.
13. Glucosamine dan chondroitin sulfate untuk menghilangkan sakit dan kaku (Brashers L. Valentina, 2012).
14. Pembedahan

Sebelum diputuskan untuk terapi pembedahan, harus dipertimbangkan terlebih dahulu risiko dan keuntungannya.

Pertimbangan dilakukan tindakan operatif bila :

1. Deformitas menimbulkan gangguan mobilisasi
2. Nyeri yang tidak dapat diatasi dengan medikamentosa dan rehabilitatif.

Pembedahan yang sering dilakukan untuk mengatasi osteoathritis

1. TKR (*Total Knee Replacement*)

*Total Knee Replacement* adalah tindakan pembedahan umum yang dilakukan untuk mengobati pasien dengan nyeri dan immobilisasi yang disebabkan oleh osteoathritis dan rheumatoid arthritis. Dalam pembedahan penggantian total sendi lutut, bagian ujung-ujung tulang diganti dengan bahan logam dan plastik (*polyethylene*). Permukaan tulang rawan yang rusak di tiga bagian tulang - tulang pada sendi lutut akan dibuang, kemudian permukaan tulang tersebut baru akan dilapisi dengan implant (Joyce M.Black, 2014).

1. Osteotomi

Dilakukan dengan cara menghilangkan tulang sendi yang rusak dan menambahkan tulang untuk mengatur kembali anggota badan dan tulang rawan sendi (Joyce M.Black, 2014).

## 2.2 Konsep Nyeri

### Definisi Nyeri

Nyeri merupakan pengalaman personal dan subjektif, dan tidak ada dua individu yang merasakan nyeri dalam pola yang identik, nyeri biasanya dikaitkan dengan beberapa jenis kerusakan jeringan, yang merupakan tanda peringatan, namun pengalaman nyeri lebih dari itu (Joyce M.Black, 2014).

Menurut *International Association for the Study of Panin* (IASP) nyeri merupakan pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan yang berkaitan dengan kerusakan jaringan, aktual ataupun potensial atau menggambarkan kondisi terjadinya nyeri (Joyce M.Black, 2014).

### Pola Nyeri

1. Nyeri Akut

Nyeri akut disebabkan oleh aktivasi nosiseptor, biasanya berlangsung dalam waktu singkat (kurang dari 6 bulan) dan memiliki serangan yang tiba-tiba seperti nyeri insisi setelah operasi. Nyeri pada jenis ini memiliki durasi yang terbatas dan bisa diduga, seperti nyeri pasca operasi yang menghilang ketika luka sembuh. Pasien menggunakan kata-kata seperti “tajam”, “tertusuk”, dan “tertembak” untuk mendeskripsikan nyeri akut (Joyce M.Black, 2014).

1. Nyeri Kronis

Nyeri kronis biasanya dianggap sebagai nyeri yang berlangsung lebih dari 6 bulan dan tidak diketahui kapan akan berakhir kecuali jika terjadi penyembuhan yang lambat, seperti pada luka bakar. Lamanya nyeri kronis dihitung berdasarkan nyeri yang dirasakan dalam hitungan bulan atau tahun. Pasien dengan nyeri kronis mengalami nyeri yang lokal atau menyebar serta terasa ketika disentuh, biasanya mengeluh perasaan nyeri (Joyce M.Black, 2014).

### Faktor Pengaruh Nyeri

1. Persepsi Nyeri

Persepsi nyeri merupakan komponen penting dalam pengalaman nyeri. Oleh karena itu kita menerima dan menginterpretasikan nyeri berdasarkan pengalaman individual masing-masing. Faktor-faktor memengaruhi persepsi nyeri, seperti kecemasan, pengalaman, perhatian, harapan dan arti di balik situasi pada saat terjadinya cedera. Fungsi kognitif seperti, distraksi memberikan pengaruh pada tingkat kegawatan dan kualitas pengalaman nyeri (Joyce M.Black, 2014).

1. Faktor Sosiobudaya

Ras, budaya dan etnik merupakan faktor penting dalam respons individu terhadap nyeri. Faktor ini memengaruhi seluruh respons sensori termasuk respons terhadap nyeri. Respons terhadap nyeri cenderung merefleksikan moral budaya masing-masing (Joyce M.Black, 2014).

1. Usia

Usia dianggapp faktor penting dalam menetapkan dosis obat. Perubahan metabolisme pada lansia mempengaruhi respons terhadap analgesik oploid (Joyce M.Black, 2014).

1. Jenis Kelamin

Jenis kelamin dapat menjadikan faktor yang signifikan dalam respons nyeri, pria lebih jarang melaporkan nyeri dibandingkan wanita (Joyce M.Black, 2014).

1. Arti Nyeri

Arti nyeri bagi seseorang memengaruhi respons mereka terhadap nyeri. Jika penyebab nyeri diketahui, individu mungkin dapat menginterpretasikan arti nyeri dan bereaksi lebih baik terkait dengan pengalaman. Jika penyebab tidak diketahui, maka banyak faktor psikologis negatif (seperti ketakutan dan kecemasan ) berperan dan meningkatkan derajat nyeri yang dirasakan. Maka nyeri yang dirasakan akan terasa lebih intens dibandingkan nyeri yang dirasakan di situasi dengan hasil positif (Joyce M.Black, 2014).

1. Ansietas

Ansietas meningkatkan persepsi nyeri. Ansietas sering kali dikaitka dengan pengartian nyeri. Jika penyebab nyeri tidak diketahui, ansietas cenderung lebih tinggi dan nyeri semakin memburuk (Joyce M.Black, 2014).

1. Pengalaman Sebelumnya Mengenai Nyeri

Individu yang memiliki pengalaman negatif dengan nyeri pasa masa kanak-kanak dapat memiliki kesulitan untuk mengelola nyeri. Walaupun dampak dari pengalaman sebelumnya tidak dapat diprediksi. Individu yang mengalami pengalaman buruk sebelumnya mungkin lebih intens meskipun dengan kondisi medis yang sama. Sebaliknya, seseorang mungkin melihat pengalaman mendatang secara positif karena tidak seburuk sebelumnya (Joyce M.Black, 2014).

### Pengukuran Skala Nyeri (Joyce M.Black, 2014)



2.2 GambarPengukuran Skala Nyeri

Ukuran intensitas nyeri wajah



2.3 Pengukuran Skala Nyeri Wajah

Numeric Rating Scale



2.4 Gambar Numeric Rating Scale

## 2.3 Konsep Penyembuhan Luka

### 2.3.1 Definisi Penyembuhan Luka

Penyembuhan luka adalah suatu proses yang kompleks dan dinamis yang menghasilkan pengembalian keutuhan dan fungsi anatomis. Luka yang sembuh merupakan sebuah spektrum dari penyembuhan, luka yang sembuh secara ideal adalah luka yang kembali ke struktur, fungsi dan penampilan anatomis yang normal (Joyce M.Black, 2014).

Proses perbaikan sel (penyembuhan luka) bergantung pada kedalam luka di kulit. Proses ini terjadi secara sederhana yang diawali dengan pembersihan (debris) area luka, pertumbuhan jaringan baru hingga permukaan datar, dan pada akhirnya luka menutup. Pada saat luka menutup, luka dikatakan sembuh, baik 20% (pada fase proliferasi) maupun 80% ketika kulit berfungsi maksimal (pada fase maturasi) (Joyce M.Black, 2014).

### 2.3.2 Fase Penyembuhan Luka

1. Fase Respon Vaskular

Dalam beberapa detik setelah terjadinya luka, apapun jenisnya, pembuluh darah mengecil (vasodilatasi) untuk menghentikan perdarahan dan mengurangi pajanan terhadap bakteri, pelepasan trombosit, reaksi vasodilatasi dan vasokontriksi, dan pembentukan lapisan fibrin. Lapisan fibrin membentuk scab (keropeng) di atas permukaan luka untuk melindungi luka dari kontaminasi kuman (Joyce M.Black, 2014).

1. Fase Inflamasi / Peradangan

Inflamasi terjadi saat sel mengalami luka. Inflamasi dimulai sejak terjadinya luka, dan dapat berlangsung hingga 4-6 hari, tergantung berat ringannya luka. Proses inflamasi diperlukan dalam proses penyembuhan, sehingga sering dikatakan “tidak ada inflamasi, tidak ada peradangan”. Tujuan dari inflamasi adalah untuk membatasi efek berbahaya dari bakteri atau luka dengan menghancurkan atau menetralisasi organisme dan membatasi penyebarannya ke seluruh tubuh, oleh karena itu respons inflamasi menyediakan kondisi yang sesuai untuk memicu perbaikan jaringan (Joyce M.Black, 2014).

Fase inflamasi merupakan reaksi non-spesifik tubuh dalam mempertahankan atau memberi perlindungan terhadap benda asing yang masuk ke dalam tubuh. Respon ini diawali dari semakin banyaknya aliran darah ke sekitar luka yang menyebabkan bengkak, kemerahan, hangat atau demam, ketidak nyamanan atau nyeri, dan penurunan fungsi tubuh (tanda inflamasi). Tubuh mengalami aktivitas bioselular dan biokimia, yaitu reaksi tubuh memperbaiki kerusakan kulit, sel darah putih memberikan perlindungan (leukosit) dan membersihkan benda asing yang menempel (makrofag), dikenal dengan proses debris (pembersihan) (Joyce M.Black, 2014).

|  |  |
| --- | --- |
| Kegiatan Fisiologis | Tanda |
| Reaksi metabolik meningkatkan jumlah darah yang panas dan energi panas | Demam atau hangat (Kalor) |
| Vasodilatasi pembuluh darah pada area luka | Kemerahan (Rubor) |
| Vasodilatasi mengakibatkan permeabilitas dinding pembuluh darah bocor sehingga banyak cairan ke sel | Bengkak atau edema (Tumor) |
| Keruskan sel saraf | Nyeri |

Tabel. 2.1 Tanda pada fase inflamasi (Puspita, 2016)

1. Fase Proliferasi

Fase proliferasi atau resolusi, yang terdiri atas beberapa proses yang saling beririsan, yaitu deposisi kolagen, angiogenesis (pembentukan pembuluh darah baru), pertumbuhan jaringan granulasi, dan konstraksi luka. Fase ini berakhir dua minggu setelah luka, tapi proses penyembuhan tidak berhenti dan terus menerus hingga 1-2 tahun (Joney & Jane, 2014).

1. Fase Maturasi

Maturasi atau rekonstruksi, ditandai dengan *remodeling* jaringan parut. Fase ini timbul setahun atau lebih setelah luka menutup. Parut adalah bagian yang normal dari penyembuhan luka (Joyce M.Black, 2014).

### 2.3.3 Tujuan Penyembuhan Luka

Tujuan penyembuhan luka mengarah pada proses penyembuhan yang mungkin terjadi pada semua luka. Luka dapat sembuh secara, sebagai berikut :

1. Primer

Tujuan penyembuhan luka primer dilakukan dengan penggunaaan jahitan atau penutupan luka lainnya untuk mendekatkan ujung dari insisi atau luka yang bersih. Risiko infeksi dan kecacatan jaringan sedikit terjadi. Pada akhirnya, jaringan parut yang terbentuk biasanya tipis dan rata (Joyce M.Black, 2014).

1. Sekunder

Tujuan penyembuhan luka sekunder adalah dibiarkan terbuka daripada tertutup dengan jahitan dan sembuh dengan regenerasi jaringan. Luka terbuka membutuhkan lebih banyak regenerasi jaringan daripada penyembuhan luka dengan tujuan primer, dan juga terdapat peningkatan risiko terjadinya infeksi. Penyembuhan luka dengan tujuan sekunder memiliki fase inflamasi lebih panjang karena membutuhkan lebih banyak waktu untuk fagositosis nekrosis jaringan (Joyce M.Black, 2014).

1. Tersier

Tujuan penyembuhan luka tersier terdapat beberapa luka tertentu mungkin terkontaminasi dan meskipun luka tersebut dapat ditutup dengan tujuan primer, luka tidak sembuh. Oleh karena meningkatnya risko infeksi, luka tersebut ditutup setelah luka bersih dari debris (Joyce M.Black, 2014).

## Konsep *Total Knee Replacement* (TKR)

### 2.4.1 Definisi *Total Knee Replacement (*TKR)

*Total Knee Replacement* (TKR) adalah tindakan 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. *Total Knee Replacement* (TKR) merupakan tindakan pembedahan umum yang dilakukan untuk mengobati pasien dengan keluhan nyeri hebat pada sendi lutut dan immobilisasi yang disebabkan oleh osteoartritis dan rheumatoid arthritis. Dalam pembedahan penggantian total sendi lutut, bagian ujung-ujung tulang diganti dengan bahan logam dan plastik (*polyethylene*). Permukaan tulang rawan yang rusak di tiga bagian tulang - tulang pada sendi lutut akan dibuang, kemudian permukaan tulang tersebut baru akan dilapisi dengan implant (Joyce M.Black, 2014).

Indikasi *Total Knee Replacement* (TKR) dilakukan pada pasien yang mengalami nyeri hebat dan disabilitas fungsi karena adanya kerusakan pada permukaan sendi akibat *artritis* (*Osteoathritis, Rheumatoid artritis, artitis* pasca trauma), dapat digunakan prosthesis logam dan akrilik yang dirancang untuk membuat sendi yang fungsional, tidak nyeri, dan stabil (Joyce M.Black, 2014).

### 2.4.2 Anestesi

Anestesia adalah suatu kondisi parsial atau total dari hilangnya sensasi dengan atau tanpa hilangnya keseadaran, dan merupakan kondisi yang sengaja diciptakan. Obat anestesi menyebabkan relaksasi otot, menghambat transmisi impuls saraf nyeri dan menekan refleks. Anestesi spinal merupakan anestesi yang memberikan keuntungan untuk pasien yang menjalani tindakan prosedur pembedahan pada setengah tubuh bagian bawah. Keuntungan anestesi spinal adalah relatif aman, relaksasi otot tubuh bagian bawah yang sangat baik, dan tidak berefek pada kesadaraan. Dalam hitungan menit setelah dimasukkan, pasien mengalami hilangnya sensasi dan paralisis jari kaki, kaki, tungkai bawah, dan perut (Joyce M.Black, 2014).

## 2.5 Konsep Asuhan Keperawatan Osteoathritis

### 2.5.1 Pengkajian

Pengkajian adalah pemikiran dasar dari proses keperawatan yang bertujuan untuk mengumpulkan informasi atau data tentang pasein, agar dapat mengidentifikasi, mengenali masalah-masalah, kebutuhan kesehatan dan keperawatan pasien, baik fisik, mental, sosial dan lingkungan Pengkajian yang sistematis dalam keperawatan dibagi menjadi empat, yaitu : pengumpulan data, analisa data, sistematika data dan penentuan masalah (Dermawan, 2012).

1. Pengumpulan Data
2. Identitas

Salah satu yang menjadi faktor adalah jenis kelamin, pada wanita lebih banyak diperkirakan karena turunnya kadar estrogen dan berat badan yang berlebih dapat mempengaruhi (Dermawan, 2012).

1. Keluahan Utama

Biasanya akan merasakan keluhan seperti nyeri pada sendi, kekakuan dan mengganggu aktivitas sehari-hari (Dermawan, 2012).

1. Riwayat penyakit sekarang

Klien mengungkapkan tentang pertama timbulnya tanda gejala osteoathritis adanya nyeri sendi, kaku dan sulit berjalan sehingga mengganggu aktivitas (Dermawan, 2012).

1. Riwayat penyakit dahulu

Menstruasi dini (sebelum umur 12 tahun), menopouse lambat (sesudah umur 50 tahun, mempunyai riwayat penyakit Osteoathritis sebelumnya (Joyce M.Black, 2014).

1. Riwayat kesehatan keluarga

Riwayat kesehatan keluarga yang memiliki penyakit osteoarthritis (Joyce M.Black, 2014).

1. Riwayat alergi

Menggambarkan apakah pasien mempunyai riwayat alergi obat maupun makanan (Joyce M.Black, 2014).

1. Pemeriksaan Fisik B1-B6
2. B1 (Breathing)

Pada sistem pernafasan, ditemukan kesimetrisan rongga dada normal, pasien tidak sesak nafas, tidak ada penggunaan otot bantu nafas. Taktil fremitus teraba di semua lapang paru. Suara nafas vesikuler, irama nafas vesikuler dan pola nafas normal (Joyce M.Black, 2014).

1. B2 (Blood)

Pasien post TKR biasanya dapat terjadi peningkatan denyut nadi, hal ini disebabkan dari rasa nyeri akibat luka operasi sehingga mengakibatkan medulla oblongata untuk meningkatkan frekuensi pernafasan dan merangsang epneprin sehingga menstimulasi jantung untuk memompa lebih cepet dan keaadaan yang menghasilkan adrenergik sehingga dimanifestasikan peningkatan denyut nadi (Joyce M.Black, 2014).

1. B3 (Brain)

Kaji tingkat kesadaran pasien baik secara kualitatif ataupun menggunakan kuantitatif. Pada sistem ini akan menyucul rasa nyeri karena pada saraf perifer sensorik memberi tanda peringatan terjadinya kerusakan jaringan pada tubuh. Pemeriksaan reflek fisiologi yang seharusnya positif dan reflek patologis yang seharusnya negatif. Serta pemeriksaan sistem neurologi nervus 1 – 12 (Joyce M.Black, 2014).

1. B4 (Bladder)

Terjadi retensi urine dapat terjadi setelah prosedur pembedahan. Retensi terjadi paling sering setelah pembedahan pada rektum, anus, vagina setelah pembedahan pada abdomen bagian bawah penyebabkan diduga adalah spasme sfingter kandung kemih (Joyce M.Black, 2014).

1. B5 Bowel

Setelah pembedahan taktus gastrointestinal sering kali mengganggu proses fisiologi normal pencernaan dan penyerapan. Mual muntah dan nyeri dapat terjadi selama setelah pembedahan (Joyce M.Black, 2014).

1. B6 (Bone)

Nyeri pada luka operasi timbul akibat terputusmya kontinuitas jaringan serta adanya spasme otot, terjadi penekanan pada pembuluh darah yang mengakibatkan metabolisme anaerob sehingga menghasilkan asam laktat. Hal ini mengakibatkan terjadinya gangguan pergerakan sehingga aktivitas sehari-hari dapat terganggu. Selain itu nyeri akibat luka operasi dapat mengakibatkan pasien mengalami keterbatasan gerak (Joyce M.Black, 2014).

1. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang klinis

1. Pemeriksaan Radiologist : radiodiagnostik mendeteksi perubahan progresif dari kartilago dan tulang dan peemeriksaan foto rontgen (sinar X) menunjukkan penyempitan ruang sendi dan osteofit.
2. Pemeriksaan Laboratorium : rutin, darah lengkap, urine, gula darah puasa dan 2JPP (Joyce M.Black, 2014).

### 2.5.2 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 (Dermawan, 2012).

### Diagnosa Keperawatan

1. Pre Operasi
	1. Defisit pengetahuan berhubungan dengan keteratasan kognitif, gangguan fungsi kognitif, kekeliruan mengikuti anjuran, kurang terpapar informasi, kurang minat dalam belajar, kurang mampu mengingat, ketidaktahuan menemukan sumber informasi(Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

Data Subjektif Mayor

1. Menanyakan masalah yang dihadapi

Data Objektif Mayor

1. Menunjukkan perilaku tidak sesuai anjuran
2. Menunjukkan presepsi yang keliru terhadap masalah

Data Obejktif Minor

1. Menjalani pemeriksaan yang tidak tepat
2. Menunjukkan perilaku berlebihan (mis. apatis, bermusuhan, agitasi, histeria) kurang sumber pengetahuan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).
	1. Ansietas berhubungan dengan krisis situasional, kebutuhan tidak terpenuhi, krisis maturasional, ancaman terhadap konsep diri, ancaman terhadap kematian, kekhawatiran mengalami kegagalan, disfungsi sistem keluarga, hubungan orang tua-anak tidak memuaskan, faktor keturunan (temperamen mudah teragitasi sejak lahir), penyalahgunaan zat, terpapar bahaya lingkungan (mis. toksin, polusin, polutan), kurang terpapar informasi (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

Data Subjektif Mayor

1. Merasa bingung
2. Merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi
3. Sulit berkonsentrasi

Data Subjektif Minor

1. Mengeluh pusing
2. Anoreksia
3. Palpitasi
4. Merasa tidak berdaya

Data Objektif Mayor

1. Tampak gelisah
2. Tampak tegang
3. Sulit tidur

Data Objektif Minor

1. Frekuensi napas meningkat
2. Frekuensi nadi meningkat
3. Tekanan darah meningkat
4. Diaforesis
5. Tremor
6. Muka tampak pucat
7. Suara bergetar
8. Kontak mata buruk
9. Sering berkemih
10. Berorientasi pada masa lalu (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).
	1. Risiko cedera berhubungan dengan terpapar patogen, terpapar zat kimia toksik, terpapar agen nosokomial, ketidakamanan transportasi, ketidaknormalan profil darah, perubahan orientasi afektif, perubahan sensasi, difungsi autoimun, disfungsi biokimia, hipoksia jaringan, kegagalan mekanisme pertahanan tubuh, malnutrisi, perubahan fungsi psikomotor, perubahan fungsi kognitif (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).
11. Post Operasi
12. Nyeri akit berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (mis. inflamasi, iskemia, neoplasma), agen pencedera kimiawi (mis. terbakar, bahan kimia iritan), agen pencedera fisik (mis. abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan) (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

Data Subjektif Mayor

1. Mengeluh nyeri

Data Objektif Minor

1. Tampak meringis
2. Bersikap protektif
3. Gelisah
4. Frekuensi nadi meningkat
5. Sulit tidur

Data Objektif Minor

1. Tekanan darah meningkat
2. Pola napas berubah
3. Nafsu makan berubah
4. Proses berpikir terganggu
5. Menarik diri
6. Berfokus pada diri sendiri
7. Diagforesis (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).
8. Gangguan integritas jaringan berhubungan dengan perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi (kelebihan atau kekurangan), kekurangan / kelebihan volume cairan, penurunan mobilitas, bahan kimia iritatif, suhu lingkungan yang ekstrem, faktor mekanis (mis. penekanan pada tonjolan tulang, gesekan) atau faktor elektris (elektrodiatermi, energi listrik bertegangan tinggi), efek samping terapi radiasi, kelembaban, proses penuaan, neuropati perifer, perubahan pigmentasi, perubahan hormonal, kurang terpapar infomasi tentang upaya mempertahankan / melindungi integritas jaringan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

Data Objektif Mayor

1. Kerusakan jaringan dan atau lapisan kulit

Data Objektif Minor

1. Nyeri
2. Perdarahan
3. Kemerahan
4. Hematoma (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017)
5. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan integritas struktur tulang, perubahan metabolisme, ketidakbugaran fisik, penurunan kendali otot, penurunan massa otot, penurunan kekuatan otot, keterlambatan perkembangan, kekakuan sendi, kontraktur, malnutrisi, gangguan muskuloskeletal, gangguan neuromuskular, indeks masa tubuh diatas persentil ke-75 sesuai usia, efek agen farmakologis, program pembatasan gerak, nyeri, kurang terpapar informasi tentang aktivitas fisik, kecemasan, gangguan kognitif, keengganan melakukan pergerakan, gangguan sensoripersepsi (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

Data Subjektif Mayor

1. Mengeluh sulit menggerakan ektremitas

Data Subjektif Minor

1. Nyeri saat bergerak
2. Enggan melakukan pergerakan
3. Merasa cemas saat bergerak

Data Objektif Minor

1. Kekuatan otot menurun
2. Rentang gerak (ROM) menurun

Data Obejktif Minor

1. Sendi kaku
2. Gerakan tidak terkoordinasi
3. Gerakan terbatas
4. Fisik lemah (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017)
5. Resiko infeksi berhubungan dengan penyakit kronis (mis. diabetes melitus), efek prosedur invasif, malnutrisi, peningkatan paparan organisme patogen lingkungan, ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer (gangguan peristaltik, kerusakan integritas kulit, perubahan sekresi pH, penurunan kerja siliaris, ketuban pecah lama, ketuban pecah sebelum waktunya, merokok, statis cairan tubuh), ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder (penurunan hemoglobin, imununosupresi, leukopenia, supresi respon inflamasi, vaksinasi tidak adekuat) (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

2.5.4 Perencanaan

1. Pre operasi
2. Defisit pengetahuan berhubungan dengan dengan keteratasan kognitif, gangguan fungsi kognitif, kekeliruan mengikuti anjuran, kurang terpapar informasi, kurang minat dalam belajar, kurang mampu mengingat, ketidaktahuan menemukan sumber informasi(Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

Tujuan : setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam maka tingkat pengetahuan membaik.

Kriteria hasil :

1. Perilaku sesuai anjuran meningkat
2. Verbalisasi minat dalam belajar meningkat
3. Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik meningkat
4. Kemampuan menggambarkan pengalaman sebelumnya yang sesuai dengan topik meningkat
5. Perilaku sesuai dengan pengetahuan meningkat
6. Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun
7. Persepsi yang keliru terdahap masalah menurun
8. Menjalani pemeriksaan yang tidak tepat menurun
9. Perilaku membaik (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019).

Intervensi Edukasi Kesehatan

Observasi

1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi
2. Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat

Terapeutik

1. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan
2. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan
3. Berikan kesempatan untuk bertanya

Edukasi

1. Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan
2. Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat
3. Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih sehat (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).
4. Ansietas berhubungan dengan krisis situasional, kebutuhan tidak terpenuhi, krisis maturasional, ancaman terhadap konsep diri, ancaman terhadap kematian, kekhawatiran mengalami kegagalan, disfungsi sistem keluarga, hubungan orang tua-anak tidak memuaskan, faktor keturunan (temperamen mudah teragitasi sejak lahir), penyalahgunaan zat, terpapar bahaya lingkungan (mis. toksin, polusin, polutan), kurang terpapar informasi (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

Tujuan : setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam maka tingkat ansietas menurun

Kriteria Hasil :

1. Verbalisasi kebingungan menurun
2. Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun
3. Perilaku gelisah menurun
4. Perilaku tegang menurun
5. Keluhan pusing menurun
6. Anoreksia menurun
7. Palpitasi menurun
8. Frekuensi pernapasan menurun
9. Frekuensi nadi menurun
10. Tekanan darah menurun
11. Diaforesis menurun
12. Tremor menurun
13. Pucat menurun
14. Konsentrasi membaik
15. Pola tidur membaik
16. Perasaan keberdayaan membaik
17. Kontak mata membaik
18. Pola berkemih membaik
19. Orientasi membaik (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019).

Intervensi Reduksi Ansietas

Observasi

1. Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis. kondisi, waktu, stresor)
2. Identifikasi kemampuan mengambil keputusan
3. Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan nonverbal)

Terapeutik

1. Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan
2. Temani pasien untuk mengurangi kecemasan, jika memungkinkan
3. Pahami situasi yang membuat ansietas
4. Dengarkan dengan penuh perhatian
5. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan
6. Tempatkan barang pribadi yang memberikan kenyamanan
7. Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan
8. Diskusikan perencanaan realitis tentang peristiwa yang akan datang

Edukasi

1. Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami
2. Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis
3. Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, jika perlu
4. Anjurkan melakukan kegiatan yang tidak kompetitif, sesuai kebutuhan
5. Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi
6. Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan
7. Latih penggunaan mekanisme pertahanan diri yang tepat
8. Latih teknik relaksasi

Kolaborasi

1. Kolaborasi pemberian obat antiansietas, jika perlu

Intervensi Terapi Relaksasi

Observasi

1. Identifikasi penurunan tingkat energi, ketidakmampuan berkonsentasi, atau gejala lain yang mengganggu kemampuan kognitif
2. Identifikasi teknik relaksasi yang pernah efektif digunakan
3. Identifikasi kesediaan, kemampuan, dan penggunaan teknik sebelumnya
4. Periksa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah, dan suhu sebelum dan sesudah latihan
5. Monitor respons terhadap terapi relaksasi

Terapeutik

1. Ciptakan lingungan tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruang nyaman, jika memungkinkan
2. Berikan informasi tertulis tentang persiapan dan prosedur teknik relaksasi
3. Gunakan pakaian longgar
4. Gunakan nada suara lembut dengan irama lambat dan berirama
5. Gunakan relaksasi sebagai strategi penunjang dengan analgetik atau tindakan mendis lain, jika sesuai

Edukasi

1. Jelaskan tujuan, manfaat, batasan, dan jenis relaksasi yang tersedia (mis. musik, meditasi, napas dalam, relaksasi otot progresif)
2. Jelaskan secara rinci intervensi relaksasi yang dipilih
3. Anjurkan mengambil posisi nyaman
4. Anjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi
5. Anjurkan sering mengulangi atau melatih teknik yang dipilih
6. Demostraksikan dan latih teknik relaksasi (mis. napas dalam, peregangan, atau imajinasi terbimbing) (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).
7. Risiko cedera berhubungan dengan terpapar patogen, terpapar zat kimia toksik, terpapar agen nosokomial, ketidakamanan transportasi, ketidaknormalan profil darah, perubahan orientasi afektif, perubahan sensasi, difungsi autoimun, disfungsi biokimia, hipoksia jaringan, kegagalan mekanisme pertahanan tubuh, malnutrisi, perubahan fungsi psikomotor, perubahan fungsi kognitif (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

Tujuan : setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam maka tingkat cedera menurun

Kriteria Hasil

1. Toleransi aktivitas meningkat
2. Nafsu makan meningkat
3. Toleransi makanan meningkat
4. Kejadian cedera menurun
5. Luka / lecet menurun
6. Ketegangan otot menurun
7. Fraktur menurun
8. Perdarahan menurun
9. Ekspresi wajah kesakitan menurun
10. Agitasi menurun
11. Iritabilitas menurun
12. Gangguan mobilitas menurun
13. Gangguan kognitif menurun
14. Tekanan darah membaik
15. Frekuensi nadi membaik
16. Frekuensi napas membaik
17. Denyut jantung apikal membaik
18. Denyut jantung radialis membaik
19. Pola istirahat / tidur membaik (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019).

Intervensi Manajemen Keselamatan Lingkungan

Observasi

1. Identifikasi sumber ketidaknyamanan (mis. suhu ruang, kebersihan)
2. Monitor kondisi kulit, terutama di area tonjolan (mis. tanda-tanda iritasi atau luka tekan)

Terapeutik

1. Berikan penerimaan dan dukungan kepindahan ke lingkungan baru
2. Letakkan bel pada tempat yang mudah dijangkau
3. Sediakan ruangan yang tenang dan mendukung
4. Jadwalkan kegiatan sosial dan kunjungan
5. Fasilitasi kenyamanan lingkungan (mis. atur suhu, selimut, kebersihan)
6. Atur posisi yang nyaman (mis. topang dengan bantal, jaga sendi selama pergerakan)
7. Hindari paparan kulit terhadap iritan (mis. feses, urin)

Edukasi

1. Jelaskan tujuan manajemen lingkungan
2. Ajarkan cara manajemen sakit dan cedera, jika perlu

Intervensi Pencegahan Cedera

Observasi

1. Identifikasi area lingkungan yang berpotensi menyebabkan cedera
2. Identifikasi obat yang berpotensi menyebabkan cedera
3. Identifikasi kesesuaian alas kaki atau stoking elastis pada ekstermitas bawah

Terapeutik

1. Sediakan pencahayaan yang memadai
2. Gunakan lampu tidur selama jam tidur
3. Sosialisasikan pasien dan keluarga dengan lingkungan ruang rawat (mis. penggunaan telepon, temapt tidur, penerangan ruangan dan lokasi kamar mandi)
4. Gunakan alas lantai jika berisiko mengalami cedera serius
5. Sediakan alas kaki antislip
6. Sediakan pispot atau urinal untuk elminasi di tempat tidur, jika perlu
7. Pastikan bel panggilan atau telepon mudah dijangkau
8. Pastikan barang-barang pribadi mudah dijangkau
9. Pertahankan posisi tempat tidur di posisi terendah saat digunakan
10. Pastikan roda tempat tidur atau kursi roda dalam kondisi terkunci
11. Gunakan pengaman temapt tidur sesuai dengan kebijakan fasilitas pelayanan kesehatan
12. Pertimbangkan penggunaan alam elektronik pribadi atau alam sensor pada tempat tidur atau kursi
13. Diskusikan mengenai latihan dan terapi fisik yang diperlukan
14. Diskusikan mengenai alat bantu mobilitas yang sesuai (mis. tongkat atau alat bantu jalan)
15. Diskusikan bersama anggota keluarga yang dapat mendampingi pasien
16. Tingkatkan frekuensi obeservasi dan pengawasan pasien, sesuai kebutuhan

Edukasi

1. Jelaskan alasan intervensi pencegahan jatuh ke pasien dan keluarga
2. Anjurkan berganti posisi secara perlahan dan duduk selama beberapa menit sebelum berdiri (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018)
3. Post operasi
	1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (mis. inflamasi, iskemia, neoplasma), agen pencedera kimiawi (mis. terbakar, bahan kimia iritan), agen pencedera fisik (mis. abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan) (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

Tujuan : setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam maka tingkat nyeri menurun

Kriteria Hasil :

1. Keluhan nyeri menurun
2. Meringis menurun
3. Sikap protektif menurun
4. Gelisah menurun
5. Kesulitan tidur menurun
6. Menarik diri menurun
7. Berfokus pada diri sendiri menurun
8. Diaforesis menurun
9. Perasaan depresi (tertekan) menurun
10. Perasaan takut mengalami cedera berulang menurun
11. Anoreksia menurun
12. Perineum terasa tertekan menurun
13. Uterus teraba membulat menurun
14. Ketegangan otot menurun
15. Pupil dilatasi menurun
16. Muntah menurun
17. Mual menurun
18. Frekuendi nadi membaik
19. Pola napas membaik
20. Tekanan darah membaik
21. Proses berpikir membaik
22. Fokus membaik
23. Fungsi berkemih membaik
24. Perilaku membaik
25. Nafsu makan membaik
26. Pola tidur membaik (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019).

Intervensi Manajemen Nyeri

Observasi

1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri
2. Identifikasi skala nyeri
3. Identifikasi respons nyeri non verbal
4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri
5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri
6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri
7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup
8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan
9. Monitor efek samping penggunaan analgetik

Terapeutik

1. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hipnosis, akupresur, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain)
2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. suhu ruangan, perncahayaan, kebisingan)
3. Fasilitasi istirahat dan tidur
4. Pertimbangan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri

Edukasi

1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri
2. Jelaskan strategi meredakan nyeri
3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri
4. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat
5. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri

Kolaborasi

1. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu

Intervensi Pemberian Analgesik

Observasi

1. Identifikasi karakteristik nyeri (mis. pencetus, pereda, kualitas, lokasi, intensitas, frekuensi, durasi)
2. Identifikasi riwayat alergi obat
3. Identifikasi kesesuaian jenis analgesik (mis. narkotika, non-narkotika, atau NSAID) dengan tingkat keparahan nyeri
4. Monitor tanda-tanda vital sebelum dan sesudah pemberian analgesik
5. Monitor efektifitas analgesik

Terapeutik

1. Diskusikan jenis analgesik yang disukai untuk mencapai analgesik optimal , jika perlu
2. Pertimbangkan penggunaan infus kontinu, atau bolus opioid untuk mempertahankan kadar dalam serum
3. Tetapkan target efektifitas analgesik untuk mengoptimalkan respons pasien
4. Dokumentasikan respons terhadap efek analgesik dan efek yang tidak diinginkan

Edukasi

1. Jelaskan efek terapi dan efek samping obat

Kolaborasi

1. Kolaborasi pemberian dosis dan jenis analgesik , sesuai indikasi (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).
2. Gangguan integritas jaringan berhubungan dengan perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi (kelebihan atau kekurangan), kekurangan / kelebihan volume cairan, penurunan mobilitas, bahan kimia iritatif, suhu lingkungan yang ekstrem, faktor mekanis (mis. penekanan pada tonjolan tulang, gesekan) atau faktor elektris (elektrodiatermi, energi listrik bertegangan tinggi), efek samping terapi radiasi, kelembaban, proses penuaan, neuropati perifer, perubahan pigmentasi, perubahan hormonal, kurang terpapar infomasi tentang upaya mempertahankan / melindungi integritas jaringan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

Tujuan : setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam maka integritas kulit dan jaringan meningkat

Kriteria hasil :

1. Elastisitas meningkat
2. Hidrasi meningkat
3. Perfusi jaringan meningkat
4. Kerusakan jaringan menurun
5. Kerusakan lapisan kulit menurun
6. Nyeri menurun
7. Perdarahaan menurun
8. Kemerahan menurun
9. Hematoma menurun
10. Pigmentasi abnormal menurun
11. Jaringan parut menurun
12. Nekrosis menurun
13. Abrasi kornea menurun
14. Suhu tubuh membaik
15. Sensasi membaik
16. Tekstur membaik
17. Pertumbuhan rambut membaik (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019).

Intervensi Perawatan Integritas Kulit

Observasi

1. Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit (mis. perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi, penurunan kelembaban, suhu lingkungan ekstrem, penurunn mobilitas)

Terapeutik

1. Ubah posisi tiap 3 jam jika tirah baring
2. Lakukan pemijatan pada area penonjolan tulang, jika perlu
3. Bersihkan peroneal dengan air hangat, terutama selama periode diare
4. Gunakan produk berbahan petrolium atau minyak pada kulit kering
5. Gunakan produk berbahan ringan / alami dan hipoalergik pada kulit sensitif
6. Hindari produk berbahan dasar alkohol pada kulit kering

Edukasi

1. Anjurkan menggunakan pelembab (mis. lotion, serum)
2. Anjurkan minum air yang cukup
3. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi
4. Anjurkan meningkatkan asupan buah dan sayur
5. Anjurkan menghindari terpapar suhu ekstrem
6. Anjurkan menggunakan tabir surya SPF minimal 30 saat berada di luar rumah
7. Anjurkan mandi dan menggunakan sabun secukupnya

Intervensi Perawatan luka

Observasi

1. Monitor karakteristik luka (mis. drainase, warna, ukuran, bau)
2. Monitor tanda-tanda infeksi

Terapeutik

1. Lepaskan balutan dan plester secara perlahan
2. Cukur rambut di sekitar daerah luka, jika perlu
3. Bersihkan dengan cairan NaCI atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan
4. Bersihan jaringan nekrokit
5. Berikan salep yang sesuai ke kulit, jika perlu
6. Pasang balutan sesuai jenis luka
7. Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka
8. Ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase
9. Jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien
10. Berikan diet dengan kalori 30-35 kkal/kgBB/hari dan protein 1,25-1,5 g/kgBB/hari
11. Berikan suplemen vitamin dan mineral (mis. vitamin A, vitamin C, Zinc, asam amino) sesuai indikasi
12. Berikan terapi TENS (stimulasi saraf transkutaneous), jika perlu

Edukasi

1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi
2. Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein
3. Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri

Kolaborasi

1. Kolaborasi prosedur debridement (mis. enzimatik, biologis, mekanis, autolitik), jika perlu
2. Kolaborasi pemberian antibiotik, jika perlu (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).
3. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan integritas struktur tulang, perubahan metabolisme, ketidakbugaran fisik, penurunan kendali otot, penurunan massa otot, penurunan kekuatan otot, keterlambatan perkembangan, kekakuan sendi, kontraktur, malnutrisi, gangguan muskuloskeletal, gangguan neuromuskular, indeks masa tubuh diatas persentil ke-75 sesuai usia, efek agen farmakologis, program pembatasan gerak, nyeri, kurang terpapar informasi tentang aktivitas fisik, kecemasan, gangguan kognitif, keengganan melakukan pergerakan, gangguan sensoripersepsi(Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

Tujuan : setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam maka mobilitas fisik meningkat

Kriteria hasil :

1. Pergerakan ekstremitas meningkat
2. Kekuatan otot meningkat
3. Rentang gerak (ROM) meningkat
4. Nyeri menurun
5. Kecemasan menurun
6. Kaku sendi menurun
7. Gerakan tidak terkoordinasi menurun
8. Gerakan terbatas menurun
9. Kelemahan fisik menurun (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019).

Intervensi Dukungan Ambulasi

Observasi

1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya
2. Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulansi
3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai ambulansi
4. Monitor kondisi umum selama melakukan ambulansi

Terapeutik

1. Fasilitasi aktivitas dengan alat bantu (mis. tongkat, kruk)
2. Fasilitasi melakukan mobilisasi fisik, jika perlu
3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi

Edukasi

1. Jelaskan tujuan dan prosedur ambulansi
2. Anjurkan melakukan ambulansi dini
3. Ajarkan ambulansi sederhana yang harus dilakukan (mis. berjalan dari tempat tidur ke kursi roda, berjalan dari tempat tidur ke kamar mandi, berjalan sesuai toleransi)

Intervensi Dukungan Mobilisasi

Observasi

1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya
2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan
3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi
4. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi

Terapeutik

1. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. pagar tempat tidur)
2. Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu
3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan

Edukasi

1. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi
2. Anjurkan melakukan mobilisasi dini
3. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi) (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).
4. Resiko infeksi berhubungan dengan penyakit kronis (mis. diabetes melitus), efek prosedur invasif, malnutrisi, peningkatan paparan organisme patogen lingkungan, ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer (gangguan peristaltik, kerusakan integritas kulit, perubahan sekresi pH, penurunan kerja siliaris, ketuban pecah lama, ketuban pecah sebelum waktunya, merokok, statis cairan tubuh), ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder (penurunan hemoglobin, imununosupresi, leukopenia, supresi respon inflamasi, vaksinasi tidak adekuat) (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

Tujuan : setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam maka tingkat infeksi menurun

Kriteria hasil

1. Kebersihan tangan meningkat
2. Kebersihan badan meningkat
3. Nafsu makan meningkat
4. Demam menurun
5. Kemerahan menurun
6. Nyeri menurun
7. Bengkak menurun
8. Vesikel menurun
9. Cairan berbau busuk menurun
10. Sputum berwarna hijau menurun
11. Drainase pulen menurun
12. Piuna menurun
13. Periode malaise menurun
14. Periode menggigil menurun
15. Lelargi menurun
16. Gangguan kognitif menurun
17. Kadar sel darah putih membaik
18. Kultur darah membaik
19. Kultur urine membaik
20. Kultur sputum membaik
21. Kultur area luka membaik
22. Kultur feses membaik
23. Kadar sel darah putih membaik (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019).

Intervensi Manajemen Imunisasi / Valsinasi

Observasi

1. Identifikasi riwayat kesehatan dan riwayat alergi
2. Identifikasi kontraindikasi pemberian imunisasi (mis. reaksi anafilaksis terhadap vaksin sebelumnya dan atau sakit parah dengan atau tanpa demam)
3. Identifikasi status imunisasi setiap kunjungan ke pelayanan kesehatan

Terapeutik

1. Berikan suntikan pada bayi di bagian paha anterolateral
2. Dokumentasikan informasi vaksinasi (mis. nama prosedur, tanggal kedaluwarsa)
3. Jadwalkan imunisasi pada interval waktu yang tepat

Edukasi

1. Jelaskan tujuan, manfaat, reaksi yang terjadi, jadwal dan efek samping
2. Informasikan imunisasi yang diwajibkan pemerintah (mis. Hepatitis B, BCG, Difteri, Tetanus, Pertusis, H.Influenza, Polio, Campak, Measles, Rubela)
3. Informasikan imunisasi yang melindungi terhadap penyakit namun saat ini tidak diwajibkan pemerintah (mis. Influenza, pneumokokus)
4. Informasikan vaksinasi untuk kejadian khusus (mis. rabies, tetanus)
5. Informasikan penundaan pemberian imunisasi tidak berarti mengulang jadwal imunisasi kembali
6. Informasikan penyedia layanan pekan Imunisasi Nasional yang menyediakan vaksin gratis

Intervensi Pencegahan Infeksi

Observasi

1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik

Terapeutik

1. Batasi jumlah pengunjung
2. Berikan perawatan kulit pada area edema
3. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien
4. Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi

Edukasi

1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi
2. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar
3. Ajarkan etika batuk
4. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi
5. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi
6. Anjurkan meningkatkan asupan cairan

Kolaborasi

1. Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

### 2.5.5 Implementasi

Implementasi adalah pelaksanaan rencana keperawatan oleh perawat dan pasien, serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasein dari masalah status kesehatan yang dihadapi kestatus kesehatan yang lebih baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan (Dermawan, 2012).

### Evaluasi

### Evaluasi merupakan sebagai keputusan dari efektifikas asuhan keperawatan antara dasar tujuan keperawatan pasien yang telah ditetapkan dengan respon pasien (Dermawan, 2012).

## 2.6 Kerangka Masalah

Obsesitas

Sendi tidak kuat menahan beban tubuh

Depresi sendi berlangsung lama

Penurunan aliran darah

Pecahnya pembuluh darah

Suku

Perbedaan pola hidup

Genetik

Struktur tulang (osteoartritis misal)

Jenis kelamin wanita

Penurunan absobsi kalsium

Penurunan jumlah cairan synovial pada sendi

Proses penuaan

Umur diatas 60 tahun

Penurunan hormon estrogen, progesteron, dll

kadar kalsium menurun

Bentuk panggul melebar

Tekanan pada sendi

Beban lama

Trauma

ntrinsik

Ekstrinsik

Kartilago

Pelebaran pembuluh darah

vasodilatasi

Kartilago

kekakuan

Penurunan pembuluh darah

Suplai O2 menurun

Akibat penyakit sendi lain (peradangan)

Penggunaan sendi yang berlebihan

Akibat aktivitas yang membutuhkan gerakan sendi

Osteoarthritis

Perubahan komponen sendi

Perubahan fungsi sendi

Deformitas sendi

Sulit gerak

**Gangguan mobilitas fisik**

Stres biomekanik

Pemecahan kondosit

Pengeluaran enzim lisosom

Kerusakan matrik kartilago

Penyempitan rongga sendi

Penurunan kekuatan

Proses degeneratif panjang

Penurunan Hormon paratiroid

Penurunan absorbsi kalsium

Cidera tulang

Tulang rapuh

**Resiko cidera**

Inflamasi sendi

Pelepasan mediator nyeri

Menyentuh ujung saraf nyeri

Nyeri

**Nyeri akut**

Penatalaksanaan

Farmakologi 

Non Farmakologi

Pembedahan 

Post Operasi

Pre Operasi 

Terdapat Luka Operasi

Kurangnya Pengetahuan

Gambar 2.6 Kerangka Masalah Pada Paien Osteoathritis

**Resiko Infeksi**

Port the entry

**Defisit Pengetahuan**

**Ansietas**

# BAB 3

# TINJAUAN KASUS

Untuk mendapatkan gambaran nyata tentang pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa Medis Osteoathritis Post Op *Total Knee Replacement*, maka penulis menyajikan suatu kasus yang penulis amati mulai tanggal 27 Januari 2020 sampai dengan 29 Januari 2019 dengan data pengkajian pada tanggal 27 Januari 2020 pukul 08.00 WIB Anamnesa diperoleh dari Pasien dan rekam medik dengan No. RM 63XXXX sebagai berikut:

## Pengkajian

### Identitas

Pasien adalah seorang perempuan dewasa bernama Ny. R dengan usia 43 tahun, berkebangsaan Indonesia, suku Jawa dan tinggal di daerah Surabaya. Pasien beragama islam, status perkawinan menikah, pendidikan terakhir SMA dan pekerjaan sebagai Ibu Rumah Tangga. Pasien MRS Tanggal 23 Januari 2020 pukul 13.00 WIB.

### Keluhan Utama

Nyeri di lutut kiri luka bekas operasi

### Riwayat Penyakit Sekarang

Pasien mengeluh nyeri hebat pada bagian lutut kiri sejak tahun 2015, pasien disarankan dokter untuk melakukan operasi pada tahun 2016 tetapi pasien menolak. Pasien datang pada tanggal 23 Januari 2020 ke Poli Klinik Orthopedi RSPAL Dr. Ramelan Surabaya dengan keluhan nyeri hebat pada lutut kiri terutama bergerak dan berjalan, pasien sudah menggunakan pengobatan farmakologis tetapi nyeri tidak hilang. Pasien disarankan dokter untuk melakukan tindakan operasi dan pasien menyetujui, sehingga pasien disarankan dirawat di ruang I Bedah RSPAL Dr. Ramelan Surabaya. Tindakan operasi dilakukan di ruang OK pada tanggal 24 Januari 2020 pada pukul 08.45 WIB dilakukan anestesi SAB dengan tindakan operasi *Total Knee Replacement* (TKR) sampai pada pukul 10.50 WIB dan kembali ke ruang I Bedah pada pukul 11.15.

### Riwayat Penyakit Dahulu

Pasien mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit dahulu.

### Riwayat Kesehatan Keluarga

Pasien mengatakan tidak ada riwayat penyakit kesehatan keluarga seperti diabetes, hipertensi maupun osteoarthritis.

### Genogram

×

Keterangan

 : Laki-laki : Tinggal Serumah

 : Perempuan : Pasien

Gambar 3.1 Genogram Ny. R

### Riwayat Alergi

Pasien mengatakan tidak memiliki riwayat alergi terhadap makanan maupun obat.

### Observasi dan Pemeriksaan Fisik

Saat pengkajian keadaan umum Ny. R nampak meringis, proteksif terhadap luka bekas operasi, kesadaran *composmetis,* tanda-tanda vital : tekanan darah : 120/80 mmHg, nadi : 84x/menit, suhu : 36,5°C, RR : 20x/menit, antropometri : Tinggi badan : 159 cm, Berat badan sebelum masuk rumah sakit : 75 kg, Berat badan saat masuk rumah sakit : 75 kg. GCS : 456 (15) IMT : 29,66 EWS : 0.

### B1 Pernafasan (*Breathing*)

Pasien tidak mengalami perubahan yang signifikan pada sistem ini. Inspeksi : bentuk dada normocest, pergerakan dada simestris, tidak ada otot bantu nafas tambahan, irama nafas reguler, pola nafas eupnea, tidak ada sesak nafas dan batuk, tidak ada sputum, tidak sianosis. Palpasi : tidak ada nyeri tekan, fremitus taktil taktil teraba di semua lapang paru. Perkusi : suara perkusi paru sonor. Auskultasi : suara nafas vesikuler, tidak ada suara nafas tambahan.

### B2 Kardiovaskuler (*Blood*)

Inspeksi : tidak ada pembesaran kelenjar getah bening dan tidak ada perdarahan, tidak ada nyeri tekan pada dada, tidak ada sianosis. Palpasi : ictus cordis teraba pada ICS 4-5 midclavicula sinisrea, CRT <2 detik, akral hangat kering merah, tidak ada oedema. Auskultasi : irama jantung reguler, bunyi jantung s1 s2 tunggal, tidak ada bunyi jantung tambahan.

### B3 Persarafan (*Brain*)

Pada saat pengkajian sistem ini, Inspeksi : GCS E: 4 V:5 M:6 total 15. Nervus Kranial I pasien dapat mengenali bau minyak kayu putih, Nervus Kranial II pasien dapat membaca papan nama perawat, Nervus Kranial III pasien mampu menggerakan bola mata, mengangkat bola mata, mengangkat kelopak mata, Nervus Kranial IV pasien mampu menggerakan mata ke atas dan ke bawah tidak terdapat deviasi bila mata, Nervus Kranial V pasien dapat menggerakan bola mata, Nervus Kranial VI pasien mampu berkedip secara normal, Nervus Kranial VII pasien dapat tersenyum, Nervus Kranial VIII pasien mampu mendengar dengan baik, Nervus Kranial IX pasien dapat menggerakan lidah kedepan, Nervus Kranial X pasien dapat menelan dengan baik, Nervus Kranial XI pasien dapat mengangkat bahu, Nervus Kranial XII pasien dapat menggerakan lidah kesegala arah. Bentuk kepala normal dan tidak ada nyeri kepala, bentuk hidung simetris dan septum berada di tengah tidak ada gangguan atau kelainan. Mata simetris, pupil isokhor, konjungtiva merah muda, sklera putih, refleks cahaya +/+. Pendengaran tidak terdapat gangguan, lidah simestria, uvula berada di tengah. Syaraf perifer sensorik : pasien mengatakan nyeri di lutut kiri akibat operasi, nyeri dirasakan terutama saat bergerak dan berjalan, skala nyeri 4, tampak meringis saat lutut kirinya di gerakkan, pasien tampak protektif dan gelisah terhadap luka bekas operasi. P : nyeri kaki bagian lutut kiri, Q : seperti ditusuk-tusuk, R : kaki bagian lutut kiri, S : skala 4 (0 – 10) ,T : hilang timbul.

### B4 Perkemihan (*Bladder*)

Inspeksi : pada saat pengkajian didapatkan hasil pemeriksaan alat genetalia dalam keadaan kebersihan bersih, kandung kemih tidak ada distensi, eliminasi uri sebelum masuk rumah sakit : 4x/hari jumlah ±1500 cc/24 jam warna : kuning jernih, eliminasi uri sesudah masuk rumah sakit : 6x/hari jumlah ± 1800 cc/24 jam warna kuning jernih. Tidak terpasang alat bantu.

### B5 Pencernaan (*Bowel*)

Pasien tidak mengalami perubahan signifikan pada sisitem ini, Inspeksi : mulut bersih, tidak ada gigi palsu, membran mukosa lembab, tidak ada pembesaran faring, di rumah sakit minum 1500 ml/24jam, makan 3x1 hari dengan Nasi Tinggi Kalori Tinggi Protein, nafsu makan baik, tidak ada mual muntah. Palpasi : bentuk abdomen datar, hepar dan lien tidak teraba. Perkusi dan auskultasi : timpani, peristaltik normal. Eliminasi alvi sebelum masuk rumah sakit sehari sekali warna kuning kecoklatan, eliminasi saat masuk rumah sakit 3 hari sekali warna kuning kecoklatan.

### B6 Muskuloskletal (*Bone*)

Terjadi perubahan fungsi ekstermitas bawah kiri mengalami inspeksi : penurunan kekuatan otot karena nyeri luka bekas operasi TKR hari ke 3, nampak luka pasca operasi yang dibalut kassa di patella sebelah kiri dengan panjang ± 20 cm dengan dibalut perban elastis, luka kering, kulit sekitar luka lembab, tidak merah, tidak bengkak, tidak ada perdarahan. Warna kulit kuning langsat dan turgor kulit elastis. Nyeri pada luka bekas operasi pada kaki bagian lutut kiri, P : nyeri kaki bagian lutut kiri, Q : seperti ditusuk-tusuk, R : kaki bagian lutut kiri, S : Skala nyeri 4 (0-10), T : hilang timbul. Pasien mengeluh sulit mengerakkan lutut kiri, gerakan terbatas pada lutut kiri. Kekuatan otot :

 5555 5555

Kanan 5555 3333 kiri

### Endokrin

Pasein tidak mengalami perubahan yang signifikan pada sistem ini, tidak ada pembesaran kelenjar dan tidak ada gangguan pada keseimbangan gula darah. Pertumbuhan normal atau sesuai dengan tumbuh kembang, terkait hormon reproduksi tidak ada gangguan.

### Seksual Reproduksi

Pasien tidak mengalami perubahan yang signifikan pada sistem ini, pasien mengatakan menstruasi terakhir tanggal 16 januari 2020 dan tidak terdapat masalah menstruasi.

### Kemampuan Perawatan Diri

Pasien mengalami perubahan kebiasaan perawatan diri karena pada kemampuan gerak fisik mengalami penurunan dikarenakan pasca operasi. Pasien mampu makan, toilet, berpakaian, berhias secara mandiri. Pasien tidak mampu mandi secara mandiri atau saat mandi di seka.

### Personal Hygiene

Sebelum masuk rumah sakit pasien mandi 2x sehari, keramas 3 hari sekali, gosok gigi 2x sehari, ganti pakaian 2x sehari, memotong kuku 1x seminggu. Setelah MRS pasien diseka 2x sehari, gosok gigi 1x sehari, ganti pakaian 2x sehari dibantu oleh orang lain, selama sakit pasien belum keramas dan memotong kuku.

### Istirahat & Tidur

Jam tidur SMRS : siang 14.00-16.00 WIB malam 22.00-04.00 WIB total tidur pasien SMRS 8 jam. Jam tidur MRS : siang 13.00-16.00 WIB malam 21.00-04.00 WIB total tidur pasien MRS selama 10 jam.

### Psikososiokultural

Saat dikaji pasien mengatakan ingin segera sembuh dan pulang. Gambar diri : Pasien mengatakan ingin segera bisa berjalan dan pasien menerima keadaan yang dialami saat ini. Identitas diri : pasien seorang perempuan usia 43 tahun. Pasien juga mengatakan saat ini merupakan ujian dari Allah yang harus dilalui dengan ikhlas dan sabar agar segera pulih kembali. Peran diri : terdapat gangguan peran diri yaitu gangguan peran sebagai istri dan sebagai ibu, pasien tidak dapat memenuhi kebutuhan dan melayani suami dan anaknya dikarenakan keadaan saat ini. Pasien mengatakan sistem pendukungnya yaitu suami, anak dan keluarga membuat pasien menjadi semangat untuk menjalankan semua ini. Harga diri : pasien taampak tenang dalam proses penyembuhan akan penyakitnya dan tidak merasa malu. Citra diri : pasien menyukai semua anggota tubuhmya, pasien mengatakan bersyukur dengan keadaan saat ini.

* + 1. Pemeriksaan Penunjang
1. Laboratorium

Tanggal Pemeriksaan 23 Januari 2020

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Parameter  | Result | Unit  | Ref.Ranges |
| APPTINRPPTAlbuminBilirubin Direk Bilirubin InDirek Bilirubin Total BUNChloridaGula Darah AcakKalium KreatinineNatriumSGOTSGPT | 32.10.9213.13.80.30.50.811105.91503.210.9141.41321 | DetikDetikDetikmg/dLmg/dLmg/dLmg/dL mg/dLmmol/dLmg/dLmmol/dLmg/dLmmol/dLU/IU/1 | 26.0 – 40.0 1.00 – 2.0011.00 – 15.003.40 – 4.80 0.00 – 0.20 0.00 – 0.750.10 – 1.0010.0 – 24.095.0 – 105.0 < 120.03.00 – 5.000.6 – 1.5135.0 – 147.00 – 350 – 037  |

Tabel 3.1 Hasil Laboratorium

Tanggal Pemeriksaan 24 Januari 2020

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Parameter  | Result  | Unit  | Ref. Ranges |
| Bas#Bas%Eos#Eos%HCTHGBIMG#IMG%Lym#Lym%MCHMCHCMCVMon#Mon%MPVNeu#Neu%PCTPDWPLTRBCRDW\_CVRDW\_SDWBC  | 0.010.00.020.134.011.50.080.61.298.628.833.985.10.322.110.313.3889.22.6911.82603.9913.540.515.02 | 10^3/uL%10^3/uL%%g/dL10^3/uL%10^3/uL%Pg g/dLFI10^3/uL%FI10^3/uL%%10^3/uL10^6/uL%fL10^3/uL | 0.0 – 0.10.0 – 1.00.02 – 0.50.5 – 5.037.0 – 54.00.0 – 999.990.0 – 100.00.8 – 4.020.0 – 40.027.0 – 34.032.0 – 36.080.0 – 100.00.12 – 1.23.0 – 12.06.5 – 12.02.0 – 7.050.0 – 70.00.108 – 0.28215.0 – 17.0150.0 – 450.02.5 – 5.5 11.0 – 16.0 35.0 – 56.0 4.0 – 10.0  |

Tabel 3.2 Hasil Laboratorium

1. Foto Thorax PA

Tanggal Pemeriksaan 09 Desember 2019

Cor : Normal

Pulmo : Tak ada kelainan

Diapragma : Baik

Sinus : Tajam

Tulang : Baik

KESAN : NORMAL

1. Rontgen Sinar-X

Tanggal Pemeriksaan 25 Januari 2020



Gambar 3.2 Rontgen Sinar-X Ny.R

1. Terapi Medis

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Tanggal  | Terapi Obat | Dosis  | Indikasi  |
| 27 Januari 2020 | CinamKetorolacOmeprazoleXarelto tab | 4 x 1,5 g/24 jam(12,18,24,06)3 x 30 mg/24 jam(12,18,24)2 X 1 mg/24 jam(16,04)1X 10mg(04) | AntibiotikAnti nyeriMengatasi gangguan lambungPenyumbatan pembuluh darah |

Tabel 3.3 Pemberian obat

## 3.2 Analisa Data

Nama Pasien : Ny. R

Usia : 43 tahun

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No  | Data (Symptom) / Faktor Risiko |  Penyebab (Etiologi)  |  Masalah (Problem) |
| 1 | Ds : pasien mengatakan nyeri pada luka bekas operasi pada kaki bagian lutut kiri  P : nyeri kaki bagian lutut kiri  Q : seperti ditusuk-tusuk R : kaki bagian lutut kiri  S : skala 4 (0 – 10)  T : hilang timbul  Do : - Pasien tampak meringis* Pasien tampak protektif pada daerah luka bekas operasi
* Pasien tampak gelisah
* TTV

TD : 120/80 mmHgS : 36,5°CN : 84x/menitRR : 20x/menit  |  Agen Pencedera Fisik (Terputusnya Jaringan) |  Nyeri Akut |
| 2 |  Ds : pasien mengatakan nyeri pada luka bekas operasi pada kaki bagian lutut kiri Do : - Terdapat luka yang dibalut dengan kassa yang dilapisi perban elastis* Panjang luka 20 cm , luka tambak lembab, tidak terdapat darah.
* Nyeri pada bagian luka bekas operasi
 |  Faktor Mekanisme Pembedahan  |  Gangguan Integritas Jaringan |
| 3 |  Ds : Pasien mengatakan nyeri saat berjalan atau digerakan pada luka bekas operasi pada kaki bagian lutut kiri  Do : - Pasien tampat terbatas dalam pergerakan lutut kiri* Kekuatan otot menurun kaki kiri
* Pasien tampak lemah
 |  Kerusakan Integritas Struktur Tulang  |  Gangguan Mobilitas Fisik  |
| 4 |   | Efek Prosedur Pembedahan |  Resiko Infeksi  |
| 5 |  Ds : pasein mengatakan tidak mampu mandi secara mandiri, pasien selalu di seka oleh keluarganya Do : - pasien tidak mampu mandi  |  Gangguan Muskuloskeletal |  Defisit Perawatan Diri : Mandi |

Tabel 3.4 Analisa Data

## 3.3 Prioritas Masalah

Nama Pasien : Ny. R

Usia : 43 tahun

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| No | Masalah Keperawatan |  Ditemukan |  Teratasi  |  Paraf  |
| 1 |  Nyeri Akut berhubungan dengan Agen Pencedera Fisik (Prosedur Operasi) |  27 Januari 2020 |  29 Januari 2020 |  Nadiya |
| 2 |  Gangguan Integritas Jaringan berhubungan dengan Faktor Mekanisme Pembedahan  |  27 Januari 2020  | 9 29 Januari 2020 | Nadiya |
| 3 |  Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan Kerusakan Integritas Struktur Tulang |  27 Januari 2020 |  29 Januari 2020 | Nadiya |

Tabel 3.5 Prioritas Masalah

## 3.4 Rencana Keperawatan

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| No |  Diagnosa Keperawatan  |  Tujuan dan Kriteria Hasil  | Intervensi | Rasional |
| 1 |  Nyeri Akut berhubungan dengan Agen Pencedera Fisik (Prosedur Operasi) |  Setelah dilakukan intervensi selama 3 x 24 jam maka tingkat nyeri menurun Dengan kriteria hasil :1. Keluhan nyeri menurun
2. Meringis menurun
3. Sikap protektif menurun
4. Gelisah menurun
 | 1. Identifikasi skala nyeri
2. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (terapi musik)
3. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri
4. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri
5. Ajarkan teknik farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri
6. Hasil Kolaborasi dengan medik pemberian obat analgetik ( ketorolac 3 x 30 mg)
 | 1. Untuk mengetahui skala nyeri pasien
2. Untuk mengurangi rasa nyeri dengan teknik nonfarmakologis
3. Memberikan informasi mengenai pemicu nyeri
4. Mengurangi rasa nyeri
5. Untuk mengurangi rasa nyeri secara mandiri
6. Mengurangi rasa nyeri dengan farmakologi
 |
| 2 |  Gangguan Integritas Jaringan berhubungan dengan Faktor Mekanisme Pembedahan |  Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan integritas kulit jaringan meningkat Dengan kriteria hasil :1. Perfusi jaringan meningkat
2. Kerusakan jaringan menurun
3. Nyeri menurun
 | 1. Monitor karakteristik luka (mis. drainase, warna, ukuran, bau)
2. Monitor tanda-tanda infeksi
3. Lepaskan balutan dan plester secara perlahan
4. Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan
5. Bersihkan jaringan nekrotrik
6. Ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase
7. Jelaskan tanda dan gejala infeksi
8. Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri
9. Hasil Kolaborasi dengan medik pemberian obat antibiotik ( cinam 1, 5 g )
 | 1. Untuk mengetahuui keadaan luka
2. Untuk mengetahui ada tidaknya tanda-tanda infeksi
3. Untuk melakukan rawat luka
4. Untuk membersihkan luka
5. Untuk melakukan perwatan luka
6. Untuk perawata luka
7. Memebri informasi mengenai infeksi
8. memperrcepat proses penyembuhan luka
9. mempercepat proses penyembuhan dengan farmakologis
 |
| 3 |  Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan Kerusakan Integritas Struktur Tulang |  Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam maka mobilitas fisik meningkat Dengan kriteria hasil :1. Pergerakan ekstermitas bawah kiri meningkat
2. Kekuatan otot meningkat
3. Nyeri menurun
4. Gerakan terbatas menurun
5. Kelemahan fisik menurun
 | 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya
2. Fasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu
3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan
4. Anjurkan melakukan mobilisasi dini
5. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan
 | 1. Mengetahui ada tidaknya nyeri dan keluhan fisik lainnya
2. Untuk mempermudah aktivitas ambulasi
3. Untuk meningkatkan ambulasi dan menghindari risiko difisit perawatan diri
4. Untuk meningkatkan kemampuan mobilisasi
5. Membantu meningktakan kemampuan mobilisasi
 |

Tabel 3.6 Intervensi

## 3.5 Tindakan Keperawatan dan Catatan Perkembangan

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No Diagnosa | Waktu (Tanggal&jam) | Tindakan | TT | Waktu | Catatan Perkembangan | TT |
| 11,2213311, 232111,2 | 27 Januari 202008.0008.0008.1012.0013.1513.2013.3013.4517.0018.0021.0024.0004.0005.0006.00 | Memperkenalkan diri dan melakukan tindakan pengkajian pada pasien Ny. R dengan Post Op TKRMengobservasi tanda-tanda vital Mengidentifikasi skala nyeriBerdasarkan hasil kolaborasi dengan medik pemberian obat (Inj Cinam 1,5 g, inj ketorolac 30 mg) secara IVMenjelaskan tanda dan gejala infeksi Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (terapi music dan relaksasi nafas dalam)Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya Menganjurkan melakukan mobilisasi dini Mengidentifikasi skala nyeriBerdasarkan hasil kolaboras dengan medik pemberian obat (Inj Cinam 1,5 g, inj ketorolac 30 mg) secara IVMengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya Berdasarkan hasil kolaborasi dengan medik pemberian obat (Inj Cinam 1,5 g) secara IVBerdasarkan hasil kolaborasi dengan medik pemberian obat (Inj ketorolac 30 mg) secara IVMengidentifikasi skala nyeriBerdasarkan hasil kolaborasi dengan medik pemberian obat (Inj Cinam 1,5 g, obat oral xarelto 1 tab) secara IV | NadiyaNadiyaNadiyaNadiyaNadiyaNadiyaNadiyaNadiyaNadiyaNadiyaNadiyaNadiyaNadiyaNadiyaNadiya | 14.00 | **Dx 1** S : pasien mengatakan nyeri pada luka bekas operasi pada kaki bagian lutut kiri, Skala 4 (0-10)O : K/U Cukup * Pasien tampak meringis
* Pasien tampak protektif
* TTV

TD : 120/80 mmHgS : 36,5°CN : 84x/menitRR : 20x/menitA : nyeri akut belum teratasi P : intervensi dilanjutkan (2,4,5,7)**Dx 2**S : pasien mengatakan tidak ada rembesan pada luka bekas operasi O : - nampak luka bekas bekas operasi tertutup kassa * Tidak terdapat atau nampak rembesan darah pada bekas luka operasi

A : gangguan integritas jaringan teratasi sebagian P : intervensi dilanjutkan (1,2,4)**Dx 3**S : pasien mengatakan nyeri pada luka bekas operasi pada kaki bagian lutut kiri jika digunakan untuk bergerak atau berlatih jalan nyeri O : - pasien tampak terbatas dalam pergerakan * Pasien tampak melindungi area nyeri untuk menggerakan tubuhnya
* Nampak pasien sudah dapat berlatih berjalan secara perlahan

A : gangguan mobilitas fisik teratasi sebagain P : intervensi dilanjutkan (1,2,3,5) | NadiyaNadiyaNadiya |
| 111331,212113112 | 28 Januari 2020 08.0008.00 08.2008.3009.0009.1012.0017.0018.0020.0024.0004.0004.1005.0006.00 | Mengobservasi tanda-tanda vitalMengidentifikasi skala nyeriMenjelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri Mengajarkan teknik farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (relaksasi dan distraksi)Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya Mengajarkan mobilisasi sederhana Berdasarkan hasil kolaborasi dengan medik pemberian obat (inj cinam 1,5 g, inj ketorolac 30 mg) secara IVMengidentifikasi skala nyeriBerdasarkan hasil kolaborasi dengan medik pemberian obat (inj cinam 1,5 g) secara IVBerdasarkan hasil kolaborasi dengan medik pemberian obat (inj ketorolac 30 mg) secara IVBerdasarkan hasil kolaborasi dengan medik pemberian obat (inj cinam 1,5 g) secara IVMengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya Berdasarkan hasil kolaborasi dengan medik pemberian obat (inj ketorolac 30 mg) secara IVMengidentifikasi skala nyeriBerdasarkan hasil kolaborasi dengan medik pemberian obat (inj cinam 1,5 g) secara IV | NadiyaNadiyaNadiyaNadiyaNadiyaNadiyaNadiyaNadiyaNadiyaNadiyaNadiyaNadiyaNadiyaNadiyaNadiya | 14.00 | **Dx 1**S : pasien mengatakan nyeri luka bekas operasi berkurag, sekala 2 (0-10)O : K/U baik * Pasien tampak tenang
* Pasien tidak tampak gelisah
* TTV:

TD : 140/90 mmHgS : 36,5°CN : 88x/menitRR : 20x/menit A : nyeri akut teratasi sebagian P : intervensi dilanjutkan (1,6,7)**Dx 2**S : pasien mengatakan tidak merasakan adanya remebasan, gatal dan panas pada luka bekas oeprasi O : - luka bekas operasi tampak tertutup kassa* Tidak nampak adanya tanda-tanda infeksi

A : gangguan integritas jaringan teratasi sebagian P : intervensi dilanjutkan (1,2,4)**Dx 3**S : pasien mengatakan jika digunakan berlatih jalan sedikit nyeri, sudah mulai belatih jalan secara perlahan O : - pasien tampak dapat mengangkat kaki kirinya* Pasien nampak dapat berjalan berlahan

A : gangguan mobilitas fisik teratasi sebagian P : intervensi dilanjutkan (1,2,3) | NadiyaNadiyaNadiya |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 112222222333 | 29 Januari 2020 08.0008.0008.2009.0009.1010.0010.2010.40 11.0011.1011.2011.4012.10 | Mengobservasi tanda-tanda vitalMengidentifikasi skala nyeriMenganjurkan memonitor nyeri secara mandiri Memonitor karakteristik luka (mis. drainase, warna, ukuran, bau)Memonitor tanda-tanda infeksi Melepaskan balutan dan plester secara perlahanMembersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhanMembersihkan jaringan nekrotrik Mengganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainaseMengajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya Mengfasilitasi aktivitas ambulansi dengan alat bantu (walker) Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan | NadiyaNadiyaNadiyaNadiyaNadiyaNadiyaNadiyaNadiyaNadiyaNadiyaNadiya NadiyaNadiya | 14.00 | **Dx 1**73S : pasien mengatakan nyeri hilang O : K/U baik * Pasien tampak lebih baik dari sebelumnya
* Pasien nampak tidak menunjukkan ekspresi nyeri
* TTV

TD : 120/80 mmHgS : 36,2°CN : 86x/menit RR: 20x/menitA : Nyeri Akut teratasiP : intervensi dihentikan **Dx 2**S : pasien mengatakan tidak ada rembesan darah, gatal dan panas pada luka operasi pada kaki bagian lutut kiriO : - jahitan nampak rapi, luka nampak kering, tidak terdapat tanda-tanda infeksi.A : gangguan integritas jaringan teratasi P : intervemsi dihentikan **Dx 3** S : pasien mengatakan kaki kiri sudah dapat digerakkan dan berjalan secara perlahanO : - pasien nampak dapat berjalan, berdiri, duduk secara perlahan * Pasien nampak melakukan perawatan diri dengan mandiri dengan didampingi anak atau suaminya

A : gangguan mobilitas fisik teratasi P : intervensi di hentikanDischarge planning pasien KRS :1. Mengedukasi keluarga untuk ikut mendamping pasien saat aktivitas ambulansi dengan alat bantu (walker).
2. Mengedukasi Keluarga dalam membantu dan mengfasilitasi dalam meningkatkan pergerakan
3. Mengedukasi pasien dan keluarga untuk mengonsumsi makanan Nasi dengan Tinggi Kalori Tinggi Protein untuk mempercapat proses penyembuhan luka.
4. Megnedukasi keluarga untuk melakukan perawatan luka secara mandiri dengan tenaga medis minimal 3 hari sekali agar terhindar dari infeksi.
5. Mengedukasi pasien untuk mengonsumi obat dengan teratur sesuai indikasi
6. Mengedukasi pasien dan keluarga untuk melakukan kontrol ke Poli Bedah Ortopedi 1 minggu setelah krs (05 Februari 2020)
 | NadiyaNadiyaNadiya |

# Tabel 3.7 Implementasi

# BAB 4

# PEMBAHASAN

Dalam pembahasan ini penulis akan menguraikan tentang kesenjangan yang terjadi antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus dalam asuhan keperawatan pada klien dengan diagnosa Osteoathritis + Post Op *Total Knee Replacement* hari ke 3 di ruang I Bedah RSPAL Dr. Ramelan Surabaya yang meliputi pengkajian, perencenaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

## 4.1 Pengkajian

Pengkajian adalah pemikiran dasar dari proses keperawatan yang bertujuan untuk mengumpulkan informasi atau data tentang pasein, agar dapat mengidentifikasi, mengenali masalah-masalah, kebutuhan kesehatan dan keperawatan pasien, baik fisik, mental, sosial dan lingkungan. Pengkajian yang sistematis dalam keperawatan dibagi menjadi empat, yaitu : pengumpulan data, analisa data, sistematika data dan penentuan masalah (Deden Dermawan, 2012).

### 4.1.1 Identitas

Pasien adalah seorang perempuan dewasa bernama Ny. R dengan usia 43 tahun, berkebangsaan Indonesia, suku Jawa dan tinggal di daerah Surabaya. Pasien beragama islam, status perkawinan menikah, pendidikan terakhir SMA dan pekerjaan sebagai Ibu Rumah Tangga. Pasien MRS Tanggal 23 Januari 2020 pukul 13.00 WIB. Pada kasus osteoathritis lebih tinggi pada wanita dibandingkan laki-laki. Pada wanita lebih banyak diperkirakan karena turunnya kadar estrogen yang signifikan setelah menopause, maka dari itu wanita lebih berisiko di banding laki-laki (Aditya Denny, 2019). Mengapa jenis kelamin wanita berisiko di banding laki-laki menurut penulis karena pada wanita kadar estrogen menurun dan wanita dengan berat badan berlebih dapat mengakibatkan penyakit osteoathritis.

76

### 4.1.2 Keluhan utama

Nyeri di lutut kiri luka bekas operasi. Nyeri merupakan pengalaman personal dan subjektif, biasanya dikaitkan dengan jenis kerusakan jaringan yang merupakan peringatan dari tubuh (Joyce & Jane, 2014). Menurut penulis pasien mengeluh nyeri pada luka bekas operasi karena terdapat kerusakan jaringan disebabkan oleh tindakan prosedur pembedahan sehingga tubuh memberi peringatan dengan rasa nyeri.

### 4.1.3 Riwayat penyakit sekarang

Pasien mengeluh nyeri hebat pada bagian lutut kiri sejak tahun 2015, pasien disarankan dokter untuk melakukan operasi pada tahun 2016 tetapi pasien menolak. Pasien datang pada tanggal 23 Januari 2020 ke Poli Klinik Orthopedi RSPAL Dr. Ramelan Surabaya dengan keluhan nyeri hebat pada lutut kiri terutama bergerak dan berjalan, pasien sudah menggunakan pengobatan farmakologis tetapi nyeri tidak hilang. Pasien disarankan dokter untuk melakukan tindakan operasi dan pasien menyetujui, sehingga pasien disarankan dirawat di ruang I Bedah RSPAL Dr. Ramelan Surabaya. Tindakan operasi dilakukan di ruang OK pada tanggal 24 Januari 2020 pada pukul 08.45 WIB dilakukan anestesi SAB dengan tindakan operasi *Total Knee Replacement* (TKR) sampai pada pukul 10.50 WIB dan kembali ke ruang I Bedah pada pukul 11.15 WIB. Pada penyakit osteoathritis pasien mengalami nyeri hebat pada bagian lutut sehingga penatalaksaannya selain nonfarmakologi, farmakologi dengan melakukan tindakan prosedur pembedahan (Joyce & Jane, 2014). Mengapa pasien mengalami nyeri hebat sehingga dilakukan tindakan prosedur pembedahan menurut penulis karena penatalaksanaan pada penyakit osteoathritis selain farmakologi yaitu pembedahan, nyeri hebat yang dirasakan oleh pasien sehingga pemberian obat farmakologi tidak dapat menyelesaikan rasa nyeri hebat yang dirasakan oleh pasien.

### 4.1.4 B3 Persarafan (Brain)

Pada saat pengkajian sistem ini, Inspeksi : GCS E: 4 V:5 M:6 total 15. Nervus Kranial I pasien dapat mengenali bau minyak kayu putih, Nervus Kranial II pasien dapat membaca papan nama perawat, Nervus Kranial III pasien mampu menggerakan bola mata, mengangkat bola mata, mengangkat kelopak mata, Nervus Kranial IV pasien mampu menggerakan mata ke atas dan ke bawah tidak terdapat deviasi bila mata, Nervus Kranial V pasien dapat menggerakan bola mata, Nervus Kranial VI pasien mampu berkedip secara normal, Nervus Kranial VII pasien dapat tersenyum, Nervus Kranial VIII pasien mampu mendengar dengan baik, Nervus Kranial IX pasien dapat menggerakan lidah kedepan, Nervus Kranial X pasien dapat menelan dengan baik, Nervus Kranial XI pasien dapat mengangkat bahu, Nervus Kranial XII pasien dapat menggerakan lidah kesegala arah. Bentuk kepala normal dan tidak ada nyeri kepala, bentuk hidung simetris dan septum berada di tengah tidak ada gangguan atau kelainan. Mata simetris, pupil isokhor, konjungtiva merah muda, sklera putih, refleks cahaya +/+. Pendengaran tidak terdapat gangguan, lidah simestria, uvula berada di tengah. Saraf perifer sensorik : pasien mengatakan nyeri di lutut kiri akibat operasi, nyeri dirasakan terutama saat bergerak dan berjalan, skala nyeri 4, tampak meringis saat lutut kirinya di gerakkan, pasien tampak protektif dan gelisah terhadap luka bekas operasi. P : nyeri kaki bagian lutut kiri, Q : seperti ditusuk-tusuk, R : kaki bagian lutut kiri, S : skala 4 (0 – 10) ,T : hilang timbul. Nyeri merupakan pengalaman personal dan subjektif, biasanya dikaitkan dengan jenis kerusakan jaringan yang merupakan peringatan dari tubuh (Joyce & Jane, 2014). Mengapa pasien mengalami nyeri menurut penulis karena terdapat kerusakkan jaringan yang disebabkan oleh tindakan prosedur operasi. Sehingga menyebabkan saraf perifer sensorik memberikan tanda nyeri pada pasien.

### 4.1.5 B6 Muskuloskletal (Bone)

Terjadi perubahan fungsi ekstermitas bawah kiri mengalami inspeksi : penurunan kekuatan otot karena nyeri luka bekas operasi TKR hari ke 3, nampak luka pasca operasi yang dibalut kassa di patella sebelah kiri dengan panjang ± 20 cm dengan dibalut perban elastis, luka kering, kulit sekitar luka lembab, tidak merah, tidak bengkak, tidak ada perdarahan. Warna kulit kuning langsat dan turgor kulit elastis. Nyeri pada luka bekas operasi pada kaki bagian lutut kiri, P : nyeri kaki bagian lutut kiri, Q : seperti ditusuk-tusuk, R : kaki bagian lutut kiri, S : Skala nyeri 4 (0-10), T : hilang timbul. Pasien mengeluh sulit mengerakkan lutut kiri, gerakan terbatas pada lutut kiri. Kekuatan otot :

5555 5555

kanan 5555 3333 kiri

Nyeri merupakan pengalaman personal dan subjektif, biasanya dikaitkan dengan jenis kerusakan jaringan yang merupakan peringatan dari tubuh sehingga bersikap protektif (Joyce & Jane, 2014). Mengapa pasien mengalami nyeri dan bersikap protektif menurut penulis karena terdapat kerusakan jaringan yang disebabkan oleh tindakan prosedur operasi sehingga menyebabkan pasien bersikap protektif terhadap luka bekas operasi pada lutut kirinya.

### 4.1.5 Kemampuan perawatan diri

Pasien mengalami perubahan kebiasaan perawatan diri karena pada kemampuan gerak fisik mengalami penurunan dikarenakan pasca operasi. Pasien mampu makan, toilet, berpakaian, berhias secara mandiri. Pasien tidak mampu mandi secara mandiri atau saat mandi di seka. Pasien dengan masalah keperawatan defisit perawat diri ditandai dengan tanda dan gejala tidak mampu mandi / mengenakan pakaian / makan / ketoilet / berhias secara manditi, pasien menolak melakukan perawatan diri dan minat melakukan perawatan diri kurang (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017). Mengapa pasien mengalami gangguan kemampuan perawatan diri menurut penulis karena pasien belum mampu melakukan mandi secara mandiri.

## 4.2 Diagnosa Keperawatan

Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (terputusnya jaringan). Mengapa nyeri akut menurut penulis karena terputusnya jaringan merupakan tanda kerusakan jaringan sehingga timbul nyeri akut pada diagnosa keperawatan.

Gangguan integritas jaringan berhubungan dengan faktor mekanisme pembedahan. Mengapa gangguan integritas jaringan menurut penulis karena tindakan prosedur operasi, terdapat luka insisi yang menyebabkan gangguan integritas jaringan.

Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan integritas struktur tulang. Mengapa mobilitas fisik menurut penulis karena terdapat nyeri pada luka operasi yang menyebabnya terganggunya mobilitas fisik.

Resiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur pembedahan. Mengapa resiko infeksi menurut penulis karena terdapat luka bekas operasi sehingga rentan terkena infeksi.

Defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal. Mengapa defisit perawatan diri menurut penulis karena pasien belum mampu mandi secara mandiri.

## 4.3 Rencana Keperawatan

Pada perumusan tujuan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus. Pada tinjauan pustaka perencanaan menggunakan kriteria hasil yag mengacu pada pencapaian tujuan. Sedangkan pada tinjauan kasus perencanaan menggunakan sasaran dalam intervensi dengan alasan untuk memandirikan pasien dan keluarga dalam pelaksanaan pemberian asuhan keperawatan melalui peningkatan pengetahuan, keterampilan mengenai masalah dan perubahan tingkah laku pasien.

Dalam tujuan pada tinjauan kasus dicantumkan kriteria waktu karena pada kasus nyata keadaan pasien secara langsung. Intervensi keperawatan yang ditampilkan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus terdapat persamaan namun masing-masing intervensi tetap mengacu pada sasaran, data dan kriteria hasil yang telah dibuat dan ditetapkan.

Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (terputusnya jaringan). Setelah dilakukan intervensi keperawatan 3 x 24 jam maka tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil keluhan nyeri menurun, meringis menurun, sikap protektif menurun, dan gelisah menurun.

Gangguan integritas jaringan berhubungan dengan faktor mekanisme pembedahan. Setelah dilakukan intervensi keperawatan 3 x 24 jam maka integritas kulit jaringan meningkat dengan kriteria hasil perfusi jaringan meningkat, kerusakan jaringan menurun dan nyeri menurun.

Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan keruskan integritas jaringan. Setelah dilakukan intervensi keperawatan 3 x 24 jam maka mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil pergerakan ekstermitas bawah kiri meningkat, kekuatan otot meningkat, nyeri menurun, gerakan terbatas menurun dan kelemahan fisik menurun.

## 4.5 Implementasi

Pelaksanaan adalah perwujudan atau tindakan dari perencanaan yang telah dibuat dan disusun. Pelaksanaan pada tinjauan pustaka belum dapat direalisasikan karena hanya membahas teori asuhan keperawatan. Sedangkan pada kasus nyata pelaksanaan telah di buat dan dilakukan pada pasien dan ada pendokumentaian dan intervensi keperawatan.

Pelaksanaan rencana keperawatan dilakukan terkoordinasi dan terintegrasi untuk pelaksanaan diagnosa pada kasus tidak semua sama pada tinjauan pustaka, hal itu karena disesuaikan dengan keadaan pasien yang sebenarnya.

Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (terputusnya jaringan) dilakukan tindakan keperawatan mengidentifikasi skala nyeri, memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (terapi music, teknik relaksasi dan distraksi), menjelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri, menganjurkan memonitor nyeri secara mandiri, mengajarkan teknik farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri, dan berkolaborasi pemberian obat analgetik (ketorolac 3 x 30 mg). Gangguan integritas jaringan berhubungan dengan faktor mekanisme pembedahan dilakukan tindakan keperawatan memonitor karakteristik luka (mis. drainase, warna, ukuran, bau), memonitor tanda-tanda infeksi, melepaskan balutan dan plester secara perlahan, membersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik sesuai kebutuhan, membersihkan jaringan nekrotrik, mengganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase, menjelaskan tanda dan gejala infeksi, mengajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri, berkolaborasi dengan pemberian obat antibiotik (cinam1,5 g). Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan integritas struktur tulang dilakukan tindakan keperawatan mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, mengfasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu, melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan, menganjurkan melakukan mobilisasi dini, mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan.

Pada pelaksanaan tindakan keperawatan tidak ditemukan hambatan dikarenakan pasien dan keluarga kooperatif dengan perawat sehingga rencana tindakan yang telah dibuat dan disusun dapat dilakukan.

1. Evaluasi

Pada tinjauan pustaka evaluasi merupakan sebagai keputusan dari efektifitas asuhan keperawatan antara dasar tujuan keperawatan pasien yang telah ditetapkan dengan respon perilaku pasien.

Pada waktu dilaksanakan evaluasi nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (terputusnya jaringan). Setelah dilakukan intervensi keperawatan 3 x 24 jam maka tingkat nyeri menurun masalah teratasi pada tanggal 29 Januari 2020. Gangguan integritas jaringan berhubungan dengan faktor mekanisme pembedahan. Setelah dilakukan intervensi keperawatan 3 x 24 jam maka integritas kulit jaringan meningkat masalah teratasi pada tanggal 29 Januari 2020. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan integritas jaringan. Setelah dilakukan intervensi keperawatan 3 x 24 jam maka mobilitas fisik meningkat masalah teratasi pada tanggal 29 Januari 2020.

Pada akhir evaluasi pada Ny. R semua tujuan dapat tercapai karena adanya kerjasama yang baik antara pasien, keluarga dan tim kesehatan. Hasil evaluasi sudah sesuai dengan harapan masalah teratasi dan pasien KRS pada tanggal 29 Januari 2020.

# BAB 5

# PENUTUP

Setelah penulis melakukan pengamatan dan melaksanakan asuhan keperwatan secara langsung pad Ny. R dengan diagnosa medis Osteoathritis + Post Op *Total Knee Replacement* (TKR) hari ke 3 di ruang I Bedah RSPAL Dr. Ramelan Surabaya, maka penulis dapat menarik beberapa kesimpulan sekaligus saran yang dapat bermanfaat dalam meningkatkan mutu asuhan keperawataan pasien dengan diagnosa medis Osteoartritis + Post Op Total Knee Replacement (TKR) hari ke 3.

1. Simpulan

Dari hasil uraian yang telah menguraikan tentang asuhan keperawatan pada pasien Osteoathritis + Post Op *Total Knee Replacement* (TKR) hari ke 3, maka penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut :

1. Ny. R tidak memiliki riwayat penyakit osteoathritis dan tidak memiliki riwayat penyakit keluarga dengan penyakit osteoathritis. Terkait dengan sistem pemeriksaan fisik yang terfokus pada B1-B6, hanya pada B3 terdapat keluhan nyeri dikarenakan luka bekas operasi dan B6 terdapat perubahan dan penurunan kekuatan otot pada ektermitas bawah bagian kiri yang disebabkan karena nyeri saat bergerak dan berjalan dikarenakan luka bekas operasi.
2. Masalah keperawatan yang muncul adalah nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (terputusnya jaringan), gangguan integritas jaringan berhubungan dengan faktor mekanisme pembedahan, gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan integritas struktur tulang.
3. Nyeri akut Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (terputusnya jaringan). Setelah dilakukan intervensi keperawatan 3 x 24 jam maka tingkat nyeri menurun. Dengan kriteria hasil keluhan nyeri menurun, meringis menurun, sikap protektif menurun, dan gelisah menurun. Gangguan integritas jaringan berhubungan dengan faktor mekanisme pembedahan. Setelah dilakukan intervensi keperawatan 3 x 24 jam maka integritas kulit jaringan meningkat. Dengan kriteria hasil perfusi jaringan meningkat, kerusakan jaringan menurun dan nyeri menurun. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan keruskan integritas jaringan. Setelah dilakukan intervensi keperawatan 3 x 24 jam maka mobilitas fisik meningkat. Dengan kriteria hasil pergerakan ekstermitas bawah kiri meningkat, kekuatan otot meningkat, nyeri menurun, gerakan terbatas menurun dan kelemahan fisik menurun.

84

1. Beberapa tindakan mandiri keperawatan pada pasien dengan Osteoathritis + Post Op *Total Knee Replacement* menganjurkan dan melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan, menganjurkan melakukan mobilisasi dini. Untuk menyelesaikan masalah tersebut, penulis melibatkan pasien dan keluarga secara aktif dalam pelaksanaan asuhan keperawatan karena banyak tindakan keperawatan yang memerlukan kerjasama antara perawat, pasien dan keluarga.
2. Pada akhir evaluasi pada Ny. R semua tujuan dapat tercapai karena adanya kerjasama yang baik antara pasien, keluarga dan tim kesehatan. Hasil evaluasi sudah sesuai dengan harapan masalah teratasi dan pasien KRS pada tanggal 29 Januari 2020.
3. Saran

Bertolak dari kesimpulan diatas penulis memberikan saran sebagai berikut :

1. Untuk mencapai hasil keperawatan yang diharapkan, diperlukan hubungan yang baik dan keterlibatan pasien, keluarga dan tim kesehatan lainnya.
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 osteoathritis.
3. asuhan keperawatan yang berkualitas profesional alangkah baiknya diadakan suatu seminar atau suatu pertemuan yang membahas tentang masalah kesehatan yang ada pada pasien.
4. Pendidikan dan pengetahuan perawat secara berkelanjutan perlu ditingkatkan baik secara formal dan informal khususnya pengetahuan dalam bidang kesehatan.
5. Kembangkan dan tingkatkan pemahaman perawat terhadap konsep manusia secara kompherensif sehingga mampu menerapkan asuhan keperawatan dengan baik.

**DAFTAR PUSTAKA**

Lukas Widhiyanto, Desnantyo, A. T., Djuari, L., & Kharismansha, M. (2017). CORRELATION BETWEEN KNEE OSTEOARTHRITIS (OA) GRADE AND BODY MASS INDEX (BMI) IN OUTPATIENTS OF ORTHOPAEDIC AND TRAUMATOLOGY DEPARTMENT RSUD DR. SOETOMO. *(JOINTS) Journal Orthopaedi and Traumatology Surabaya*, *6*(2), 63–71. https://doi.org/10.20473/joints.v6i2.2017.63-71.

Aditya Denny Pratama. (2019). INTERVENSI FISIOTERAPI KASUS OSTEOARTRITIS DI RSPAD GATOT SOEBROTO. *Jurnal Sosial Humaniora Terapan*.

Brashers L. Valentina. (2012). *Aplikasi Klinis Patofisiologi Pemeriksaan & Manajemen* (Sari Lia (ed.); 2nd ed.). EGC.

Brunner & Suddarth. (2015). *KEPERAWATAN MEDIKAL-BEDAH* (N. E. Anisa (ed.); 12th ed.). EGC.

Dermawan, D. (2012). *Proses Keperawatan Penerapan Konsep & Kerangka Kerja* (T. Rahayuningsih (ed.); 1st ed.). Gosyen Publisher.

DiGiulio Mary. (2015). *Keperawatan Medikal Bedah* (Prabowati Arie (ed.)). Rapha Publishing.

Joyce M.Black, J. H. H. (2014). *Keperawatan Medikal Bedah Manejemen Klinis Untuk Hasil yang Diharapkan*.

Puspita, A. I. (2016). *Manajemen Perawatan Luka : Konsep Dasar*. Buku Kedokteran EGC.

Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia Definisi dan Indikator Diagnostik*.

87

Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia Definisi dan Tindakan Keperawatan*. Dewan Pengurus Persatuan Perawat Nasional Indonesia.

Tim Pokja SLKI DPP PPNI. (2019). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan*. Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.

**Lampiran 1**

**STANDAR OPERASIONAL PROSEDURE (SPO)**

**RAWAT LUKA POST OPERASI**

1. **Persiapan**
2. Persiapan Alat
3. Alat-alat steril
* Pinset anatomis 2 buah
* Pinset sirugis 2 buah
* Gunting bedah / jaringan 1 buah
* Kassa kering dalam kom tertutup secukupnya
* Kassa desinfektan dalam kom tertutup
* Handsoon 1 pasang
* Korentang / forcep
1. Alat-alat tidak steril
* Gunting
* Plester / hepafix
* Pengalas / perlak / uderpad
* Kom kecil 2 buah
* Kapas alkohol
* Sabun cair anti septic
* NaCl 9 %
* Handsoon 1 pasang
* Masker
* Bengkok
* Air hangat (bila dibutuhkan)
* Kantong plastik / baskom untuk tempat sampah
1. Persiapan tindakan
* Menutup tirai
* Membuat pasien merasa nyaman
* Menjaga privasi pasien
1. Persiapan pasien
* Memberi salam
* Memperkenalkan diri
* Menjelaskan maksud dan tujuan tindakan serta meminta ijin pada pasien
1. **Tahap Pelaksanaan**
2. Perawat cuci tangan
3. Pasang masker dan sarung tangan yang tidak steril
4. Atur posisi pasien sesuai dengan kebutuhan
5. Letakkan pengalas / perlak / uderpad dibawah area luka
6. Buka balutan lama (hati-hati jangan sampai menyentuh luka) dengan menggunakan pinset anatomi, buang balutan bekas kedalam bengkok. Jika menggunakan plester lepaskan plester dengan cara melepaskan ujungnya dan menahan kulit dibawahnya, setelah itu tarik secara perlahan sejajar dengan kulit dan kearah balutan. (Bila masih terdapat sisa perekat dikulit, dapat dihilangkan dengan kapas alkohol)
7. Bila balutan melekat pada jaringan dibawah, jangan dibasahi, tapi angkat balutan dengan berlahan
8. Letakkan balutan kotor ke bengkok lalu buang kekantong plastik, hindari kontaminasi dengan permukaan luar wadah
9. Kaji lokasi, tipe, jumlah jahitan atau bau dari luka
10. Membuka set balutan steril dan menyiapkan larutan pencuci luka dan obat luka dengan memperhatikan tehnik aseptik.
11. Buka sarung tangan ganti dengan sarung tangan steril
12. Membersihkan luka dengan sabun anti septik atau NaCl 9 %
13. Memberikan obat atau antikbiotik pada area luka (disesuaikan dengan terapi)
14. Menutup luka dengan cara:
15. Balutan kering
* Lapisan pertama kassa kering steril untuk menutupi daerah insisi dan bagian sekeliling kulit
* Lapisan kedua adalah kassa kering steril yang dapat menyerap
* Lapisan ketiga kassa steril yang tebal pada bagian luar
1. Balutan basah – kering
* Lapisan pertama kassa steril yang telah diberi cairan steril atau untuk menutupi area luka
* Lapisan kedua kasa steril yang lebab yang sifatnya menyerap
* Lapisan ketiga kassa steril yang tebal pada bagian luar
1. Balutan basah – basah
* Lapisan pertama kassa steril yang telah diberi dengan cairan fisiologik untuk menutupi luka
* Lapisan kedua kassa kering steril yang bersifat menyerap
* Lapisan ketiga (paling luar) kassa steril yang sudah dilembabkan dengan cairan fisiologik
1. Plester dengan rapi
2. Buka sarung tangan dan masukan kedalam kantong plastik tempat sampah
3. Lepaskan masker
4. Atur dan rapikan posisi pasien
5. Buka sampiran
6. Rapikan peralatan dan kembalikan ketempatnya dalam keadaan bersih, kering dan rapi
7. Perawat cuci tangan
8. **Tahap Evaluasi**

Evaluasi keadaan umum pasien

1. **Dokumentasi**

Dokumentasikan tindakan dalam catatan keperawatan