

## **BAB IV**

### **TINJAUAN KASUS**

#### **A. Pengkajian**

Pengkajian dilakukan pada hari Selasa tanggal 11 Maret 2025 Pukul 16.00 WIB. Hasil dari pengkajian didapatkan data, Pasien Ny. S, seorang perempuan berusia 70 tahun, beralamat di Tepus, Gunung Kidul. Ia memiliki latar belakang pendidikan terakhir Sekolah Dasar dan bekerja sebagai petani. Pasien dirawat di Ruang Bougenvile RSUD Kota Yogyakarta sejak tanggal 9 Maret 2025 dengan diagnosis medis Post Operasi Total Knee Replacement (TKR) pada lutut kiri.

Pasien datang ke rumah sakit dengan alasan nyeri lutut sejak 5 tahun yang lalu dikarenakan jatuh dari tangga toren air. keluhan utama saat ini berupa nyeri pada lutut kiri, khususnya pada area luka pascaoperasi. Nyeri dirasakan saat menggerakkan kaki kiri, terasa panas, hilang timbul, dan berada pada skala nyeri 4. Secara fisiologis, tanda-tanda vital menunjukkan tekanan darah 105/76 mmHg, suhu tubuh 36,2°C, frekuensi nadi 78x/menit, pernapasan 21x/menit, dan saturasi oksigen 99%. Tidak ditemukan tanda infeksi seperti kemerahan atau bengkak pada lokasi infus atau drainase. Kekuatan otot ekstremitas bawah kiri tercatat 3 (lemah), dibandingkan dengan ekstremitas kanan yang kuat (5). Postur tubuh pasien sedikit membungkuk, dan gaya berjalan terbatas akibat nyeri. Aktivitas harian sebagian besar masih dapat dilakukan secara mandiri.

Pemeriksaan hematologi menunjukkan hasil normal, dengan Hemoglobin 13,1 g/dl, dan GDS 101 mg/dl. Pemeriksaan urin menunjukkan hasil yang sebagian besar dalam batas normal, meskipun ditemukan leukosit positif yang mengindikasikan kemungkinan kontaminasi atau infeksi ringan, namun secara klinis tidak tampak gejala tersebut. D-Dimer meningkat (291.97 ng/ml), kemungkinan akibat efek pascaoperasi.

Terapi yang diberikan antara lain: Cefazoline IV 3x2 mg sebagai antibiotik profilaksis, Ambacim IV 2x1g untuk mengatasi infeksi bacterial, Peinlos IV 2x400mg kombinasi analgesik (paracetamol + kodein).

## B. Analisa Data

Berdasarkan hasil pengkajian yang dilakukan terhadap Ny. S, seorang pasien pasca operasi Total Knee Replacement (TKR), ditemukan dua masalah keperawatan utama yang menjadi fokus intervensi, yaitu nyeri akut dan risiko infeksi. Nyeri menjadi keluhan utama yang dirasakan pasien sejak hari pertama post operasi. Pasien mengeluh nyeri pada area luka operasi di lutut kiri, yang dirasakan saat menggerakkan kaki. Nyeri digambarkan terasa panas dan hilang timbul, dengan skala nyeri awal mencapai angka empat. Kondisi ini diperkuat oleh data objektif berupa mimik wajah pasien yang tampak meringis, gelisah, serta penurunan kekuatan otot ekstremitas bawah kiri dari skala 5 menjadi 3. Penurunan kekuatan otot ini sangat mungkin disebabkan oleh penghindaran gerakan karena nyeri, sehingga turut memperkuat bahwa nyeri akut adalah diagnosa utama yang perlu ditangani segera.

Selain nyeri, pasien juga memiliki risiko tinggi mengalami infeksi. Hal ini dikarenakan pasien masih dalam fase pemulihan pasca operasi, dengan adanya tindakan invasif berupa pemasangan infus di tangan kiri dan drain di area lutut kiri. Meskipun tidak ditemukan tanda-tanda klinis infeksi seperti kemerahan, bengkak, atau demam, faktor risiko tetap signifikan dan memerlukan pemantauan ketat. Pasien berada dalam lingkungan rumah sakit yang juga menjadi sumber potensial infeksi nosokomial. Suhu tubuh yang masih dalam batas normal ( $36,2^{\circ}\text{C}$ ) dan hasil laboratorium yang tidak menunjukkan leukositosis menjadi indikasi bahwa infeksi belum terjadi. Namun, upaya pencegahan harus dilakukan secara maksimal, termasuk menjaga kebersihan tangan, teknik aseptik dalam perawatan luka dan drain, serta membatasi jumlah pengunjung.

Selain dua masalah tersebut, terdapat pula masalah keperawatan lain yaitu defisit pengetahuan. Hal ini terlihat dari respons verbal pasien yang menanyakan cara lain dalam mengurangi nyeri selain penggunaan obat. Pasien menunjukkan ketertarikan terhadap teknik nonfarmakologis namun belum memiliki pemahaman tentang metode tersebut, khususnya teknik relaksasi autogenik. Kondisi ini menunjukkan adanya kesenjangan informasi yang

berisiko mempengaruhi keterlibatan pasien dalam perawatan mandiri dan pengelolaan nyeri secara optimal. Oleh karena itu, edukasi keperawatan sangat penting dalam mengatasi defisit pengetahuan ini, agar pasien mampu memahami dan menerapkan teknik yang sesuai.

Ketiga diagnosa tersebut yakni nyeri akut, risiko infeksi, dan defisit pengetahuan ditegakkan berdasarkan data subjektif dan objektif yang saling mendukung. Intervensi keperawatan diarahkan untuk mengurangi intensitas nyeri melalui pendekatan farmakologis dan nonfarmakologis, serta mencegah terjadinya infeksi melalui edukasi, observasi, dan penerapan praktik kebersihan yang tepat. Penurunan skala nyeri yang bertahap hingga mencapai angka satu serta tidak munculnya tanda-tanda infeksi selama perawatan menunjukkan keberhasilan dalam penetapan diagnosa dan intervensi yang diberikan.

### **C. Diagnosa Keperawatan**

Berdasarkan analisa data yang telah dikaji, maka ditetapkan tiga diagnosa keperawatan utama pada Ny. S. Diagnosa pertama adalah nyeri akut yang berhubungan dengan prosedur pembedahan Total Knee Replacement. Diagnosa ini ditegakkan berdasarkan keluhan subjektif pasien yang menyatakan nyeri hilang timbul dengan sensasi panas di daerah lutut kiri pasca operasi, serta data objektif berupa ekspresi wajah meringis, penurunan kekuatan otot ekstremitas bawah kiri, dan keterbatasan mobilitas.

Diagnosa kedua adalah defisit pengetahuan yang berhubungan dengan kurangnya informasi mengenai teknik manajemen nyeri nonfarmakologis, khususnya terapi autogenik. Diagnosa ini ditegakkan berdasarkan respons verbal pasien yang menanyakan metode lain untuk mengurangi nyeri selain penggunaan obat. Edukasi keperawatan menjadi kunci dalam meningkatkan pengetahuan pasien agar mampu berpartisipasi aktif dalam mengelola kondisinya secara mandiri dan optimal.

Diagnosa ketiga adalah risiko infeksi yang berhubungan dengan tindakan invasif seperti pemasangan infus dan drain pascaoperasi. Meskipun belum terdapat tanda-tanda infeksi secara klinis, namun keberadaan alat invasif

dan lingkungan rumah sakit sebagai sumber potensial infeksi menjadi dasar kuat untuk menetapkan risiko ini. Tindakan pencegahan infeksi seperti perawatan luka dengan teknik aseptik dan edukasi kebersihan tangan sangat diperlukan untuk menghindari komplikasi lebih lanjut.

#### **D. Rencana Implementasi**

Setelah dilakukan pengkajian menyeluruh terhadap Ny. S, perawat menyusun rencana asuhan keperawatan yang terfokus pada tiga diagnosa utama: nyeri akut, defisit pengetahuan, dan risiko infeksi. Untuk diagnosa nyeri akut, tujuan yang ingin dicapai adalah menurunnya tingkat nyeri dalam waktu 3×24 jam dengan kriteria keberhasilan berupa berkurangnya keluhan nyeri secara verbal, menghilangnya ekspresi nyeri nonverbal seperti meringis dan gelisah, serta meningkatnya kenyamanan pasien dalam beristirahat maupun bergerak. Tindakan yang direncanakan antara lain melakukan observasi intensitas nyeri menggunakan skala NRS secara berkala, mengidentifikasi faktor pencetus dan pereda nyeri, serta menciptakan lingkungan yang nyaman. Selain itu, pasien diperkenalkan dengan terapi autogenik sebagai intervensi nonfarmakologis, dan perawat melakukan kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian analgesik *peinlos* 400 mg secara intravena sesuai kebutuhan.

Pada diagnosa defisit pengetahuan yang berfokus pada kurangnya pemahaman pasien terhadap metode pengelolaan nyeri nonfarmakologis, tujuan yang ditetapkan adalah agar dalam waktu 3×24 jam pasien mampu memahami serta mempraktikkan teknik autogenik secara mandiri. Kriteria keberhasilannya mencakup kemampuan pasien dalam mengulang kembali informasi yang diberikan, menunjukkan ketertarikan selama proses edukasi, dan aktif mempraktikkan teknik relaksasi tersebut. Rencana tindakan dimulai dari asesmen tingkat pengetahuan awal pasien, dilanjutkan dengan pemberian edukasi menggunakan bahasa yang sederhana, serta demonstrasi teknik relaksasi autogenik secara langsung. Untuk mendukung proses belajar, perawat menyiapkan media bantu berupa leaflet bergambar, serta memberi waktu bagi pasien untuk mengulangi dan mempraktikkan sendiri langkah-langkah terapi.

Sementara itu, untuk diagnosa risiko infeksi, perawat menargetkan agar dalam waktu 3×24 jam pasien tidak menunjukkan tanda-tanda infeksi, baik secara lokal seperti kemerahan dan bengkak, maupun secara sistemik seperti demam. Rencana tindakan meliputi observasi tanda-tanda infeksi secara rutin, monitoring suhu tubuh setiap shift, serta penerapan perawatan luka dengan teknik aseptik. Pasien dan keluarga juga diberikan edukasi tentang pentingnya kebersihan tangan, cara mencuci tangan yang benar, dan himbauan untuk membatasi jumlah pengunjung demi mengurangi risiko penularan infeksi silang. Kolaborasi dengan tim medis dilakukan untuk memastikan bahwa drain dan infus dilepas tepat waktu apabila sudah tidak dibutuhkan dan kolaborasi pemberian antibiotik ampicillin 1 gr dan cefazolin 2 mg via IV.

#### **E. Implementasi dan Evaluasi**

Implementasi keperawatan terhadap Ny. S dilaksanakan selama tiga hari berturut-turut dengan fokus utama pada penanganan nyeri akut, peningkatan pengetahuan pasien, dan pencegahan risiko infeksi pasca operasi Total Knee Replacement (TKR). Pada hari pertama, pasien mengeluhkan nyeri dengan skala 4 (nyeri sedang) pada pukul 18.15. Perawat memberikan edukasi tentang teknik relaksasi autogenik dan memandu pasien dalam pelaksanaannya secara langsung. Sepuluh menit kemudian, dilakukan evaluasi lanjutan yang menunjukkan skala nyeri menurun menjadi 3 (nyeri ringan). Pasien tampak lebih tenang dan mulai menunjukkan pemahaman terhadap teknik relaksasi yang diajarkan.

Pada hari kedua, pukul 12.35, pasien kembali mengeluhkan nyeri dengan skala yang sama, yaitu 4. Intervensi diulang dengan penguatan edukasi relaksasi, pemberian analgesik intravena secara kolaboratif, serta pengondisian lingkungan agar lebih nyaman. Evaluasi pada pukul 12.50 menunjukkan skala nyeri menurun menjadi 3. Pasien menyatakan merasa lebih nyaman, dan saat itu telah mampu mengikuti instruksi teknik relaksasi secara lebih mandiri dibandingkan hari sebelumnya.

Hari ketiga menunjukkan perkembangan yang baik. Pada pukul 12.40, pasien melaporkan nyeri ringan dengan skala 3 tanpa adanya ekspresi nyeri yang mencolok. Setelah dilakukan intervensi tambahan berupa latihan relaksasi dan reposisi, skala nyeri menurun lagi menjadi 2 pada pukul 12.50. Pasien tampak lebih rileks, kooperatif, dan menyatakan bahwa nyeri sudah tertoleransi.

Terkait diagnosa defisit pengetahuan, edukasi tentang teknik relaksasi autogenik diberikan sejak hari pertama melalui pendekatan verbal dan demonstratif. Pasien menunjukkan peningkatan pemahaman sejak sesi pertama, dan pada hari kedua sudah dapat menjelaskan ulang serta mempraktikkan teknik relaksasi dengan benar. Evaluasi pada hari kedua menunjukkan bahwa pasien telah memahami konsep dasar pengelolaan nyeri nonfarmakologis dan bersedia menerapkannya secara mandiri. Karena indikator keberhasilan telah tercapai, intervensi edukasi dihentikan.

Untuk diagnosa risiko infeksi, implementasi dilakukan dengan observasi tanda dan gejala infeksi setiap shift, pemantauan suhu tubuh pasien, serta penerapan teknik aseptik dalam semua tindakan keperawatan. Edukasi tentang kebersihan tangan dan pembatasan jumlah pengunjung juga dilakukan. Pada hari kedua, drain dan infus dilepas setelah dikaji tidak diperlukan lagi oleh tim medis. Hingga hari ketiga, hasil evaluasi menunjukkan tidak adanya tanda-tanda infeksi lokal seperti kemerahan, nyeri tekan, atau eksudat, dan suhu tubuh pasien tetap dalam batas normal. Dengan tercapainya semua indikator keberhasilan, intervensi dihentikan, dan diagnosa risiko infeksi dinyatakan teratasi. Berikut tabel implementasi dan evaluasi:

**Tabel 4.1 Implementasi**

Hari	Waktu (Sebelum)	Skala Nyeri Sebelum	Waktu (Setelah)	Skala Nyeri Setelah	Keterangan
Hari ke-1	18.15	4 (Nyeri Sedang)	18.25	3 (Nyeri Ringan)	Terjadi penurunan nyeri setelah edukasi dan relaksasi autogenik.
Hari ke-2	12.35	4 (Nyeri Sedang)	12.50	3 (Nyeri Ringan)	Nyeri berkurang setelah penguatan teknik autogenik.

<b>Hari</b>	<b>Waktu (Sebelum)</b>	<b>Skala Nyeri Sebelum</b>	<b>Waktu (Setelah)</b>	<b>Skala Nyeri Setelah</b>	<b>Keterangan</b>
Hari ke-3	12.40	3 (Nyeri Ringan)	12.50	2 (Nyeri Ringan)	Pasien tampak lebih rileks dan mampu melakukan teknik relaksasi secara mandiri.

PERPUSTAKAAN  
UNIVERSITAS JENDERAL ACHMAD YANI  
YOGYAKARTA