

BAB IV

LAPORAN KASUS KELOLAAN UTAMA

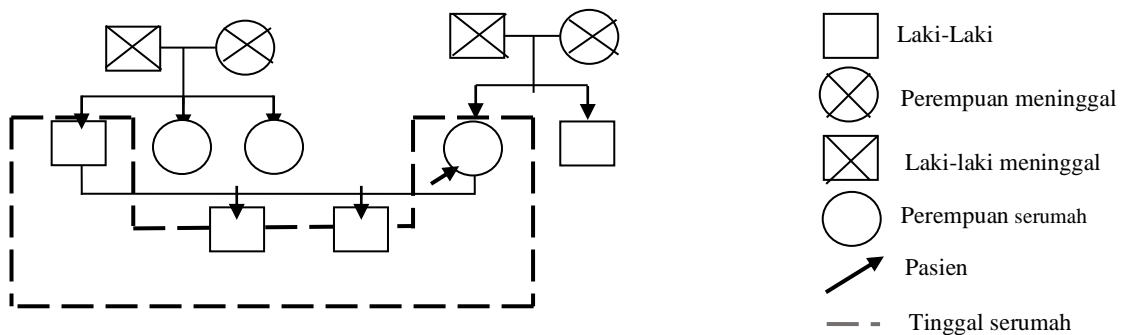
A. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian keperawatan untuk kasus kelolaan karya ilmiah ini dilakukan pada Selasa, 15 Maret 2022 pukul 16.00 wita. Berikut hasil pengkajian yang telah dilakukan pada Ny. A :

Tabel 3
Pengkajian Keperawatan pada Ny. A

Identitas	
Nama	Ny. A
Umur	69 tahun
Jenis Kelamin	Perempuan
Agama	Hindu
Pendidikan Terakhir	SD
Pekerjaan sebelumnya	IRT
Alamat	Br. Kulibul kangin
Tanggal pengkajian	15 Maret 2022
Penanggungjawab	An. R
Hubungan dengan Klien	Anak
Sumber informasi	Klien dan keluarga

Riwayat Keluarga



Gambar 9. Genogram keluarga Ny. A

Berdasarkan genogram tidak terdapat riwayat Rheumathoid Arthritis pada keluarga selain Ny.A

Riwayat Pekerjaan	Klien saat ini tidak bekerja. Sebelumnya bekerja sebagai IRT
Riwayat Lingkungan Hidup	Tempat tinggal klien beton didalam rumah terdapat 3 kamar, tidak ada tingkatan rumah, klien tidur berdua dengan suaminya memakai tempat tidur matras terdapat satu jendela didalam kamar, klien sering duduk diteras untuk berinteraksi dengan tetangganya, alamat tempat tinggal klien di Br. Kalibul kangin desa Tibubeneng
Riwayat Rekreasi	Klien sering duduk diteras rumah, sekali keluar rumah untuk mengobrol bersama tetangga
Sumber/sistem pendukung	Pasien tidak rutin periksa kesehatan ke dokter maupun puskesmas karena tidak ada yang mengantar
Dekripsi hari khusus kebiasaan ritual waktu tidur	Klien rutin berdoa sebelum tidur
Status kesehatan saat ini	Klien mengatakan sering mengalami sakit pada kaki bagian kanan terutama area lutut menjalar ke punggung. Sakit pada kaki sudah sejak 5 tahun yang lalu. Sakit terasa seperti ditusuk-tusuk sakit terasa pada subuh hari klien menanyakan mengapa kakinya sakit dan ketika klien merasakan dingin di malam hari atau saat berjalan, skala nyeri 5 (0-10), ketika sakit datang klien mengatakan hanya membiarkannya saja dan terkadang mengusap-usap bagian yang sakit, klien tidak mau perawat memegang kakinya atau menggerakkan kakinya dikarenakan klien merasakan sakit klien terlihat meringis.
Obat-obatan dan dosis	Klien tidak mendapatkan obat-obatan untuk penghilang rasa sakit yang dialami.
Status imunisasi	Klien sudah vaksin COVID-19 sebanyak dua kali dengan Astrazaneca namun belum vaksin booster
Nutrisi	Klien makan 2-3x sehari dengan satu porsi nasi lauk pauk tidak ada diet khusus untuk klien, klien memakan makanannya dengan sendiri saat makan klien agak kesulitan mengunyah karena banyak gigi sudah tanggal sehingga pasien makan makanan yang lunak/lembut.
Status kesehatan masa lalu	Klien mengatakan memiliki penyakit rematik sejak 5 tahun lalu.
Pemeriksaan fisik (tinjauan sistem)	
Umum	Klien mengalami kelelahan, klien dapat menilai dirinya ketika mengalami kesakitan atau tidak
Integumen	Klien mengalami perubahan tekstur, perubahan rambut dan perubahan kuku
Hemapoetik	Tidak ada masalah pada sistem hemapoetik
Kepala	Tidak ada masalah pada sistem kepala
Mata	Tidak ada masalah pada sistem mata
Telinga	Klien mengatakan setiap hari saat mandi klien membersihkan telinga.
Hidung	Tidak ada masalah pada sistem hidung
Mulut dan tenggorokan	Tidak ada masalah pada sistem mulut dan tenggorokan. Gigi pasien sudah banyak yang tanggal
Leher	Tidak ada masalah pada sistem leher
Payudara	Tidak ada masalah pada sistem payudara

Pernafasan	Tidak ada masalah pada sistem pernafasan
kardiovaskuler	Tidak ada masalah pada sistem kardiovaskuler
Gastrointestinal	Tidak ada masalah pada sistem gastrointestinal
Perkemihan	Tidak ada masalah pada sistem perkemihan
Genitalia	Tidak ada masalah pada genetalia Klien sudah mengalami menopause
Muskuloskeletal	Klien mengatakan nyeri pada kaki terutama lutut kanan menjalar ke punggung, seperti ditusuk-tusuk, skala nyeri 5 (0-10), nyeri yang hilang timbul, klien tidak ingin perawat memegang kakinya atau menggerakkan kakinya dikarenakan kakinya mengalami kesakitan, klien terlihat meringis.
Persyarafan	Klien dapat mengingat dengan baik alamatnya dimana dan dimana klien lahir.
Endokrin	Klien mengalami perubahan pada kulit dan perubahan pada rambut.

Pengkajian status fungsional (Indeks Katz)

Tabel 4
Pengkajian status fungsional (Indeks Katz) pada Ny. A

No	Aktivitas	Mandiri	Tergantung
1	2	3	4
1	Mandi Mandiri: Bantuan hanya pada satu bagian mandi (seperti punggung atau ekstremitas yang tidak mampu) atau mandi sendiri sepenuhnya Tergantung : Bantuan mandi lebih dari satu bagian tubuh, bantuan masuk dan keluar dari bak mandi, serta tidak mandi sendiri	✓	
2	Berpakaian Mandiri : Mengambil baju dari lemari, memakai pakaian, melepaskan pakaian, mengancingi/mengikat pakaian. Tergantung : Tidak dapat memakai baju sendiri atau hanya Sebagian	✓	
3	Ke Kamar Kecil Mandiri : Masuk dan keluar dari kamar Kecil kemudian membersihkan genetalia sendiri Tergantung : Menerima bantuan untuk masuk ke kamar kecil dan menggunakan pispot	✓	
4	Berpindah Mandiri : Berpindah ke dan dari tempat tidur untuk duduk, bangkit dari kursi sendiri Bergantung : Bantuan dalam naik atau turun dari tempat tidur atau kursi, tidak melakukan satu, atau lebih perpindahan	✓	
5	Kontinen Mandiri : BAK dan BAB seluruhnya dikontrol sendiri Tergantung : Inkontinensia parsial atau total; penggunaan kateter, pispot, enema dan pembalut (pampers)	✓	

1	2	3	4
6	Makan Mandiri : Mengambil makanan dari piring dan menyuapinya sendiri Bergantung : Bantuan dalam hal mengambil makanan dari piring dan menyuapinya, tidak makan sama sekali, dan makan parenteral (NGT)	✓	

Keterangan :

Beri tanda (✓) pada point yang sesuai kondisi klien

Analisis Hasil :

- Nilai A : Kemandirian dalam hal makan, kontinen (BAK/BAB), berpindah, kamar kecil, mandi dan berpakaian.
- Nilai B : Kemandirian dalam semua hal kecuali satu dari fungsi tersebut
- Nilai C : Kemandirian dalam semua hal, kecuali mandi dan satu fungsi tambahan
- Nilai D : Kemandirian dalam semua hal, kecuali mandi, berpakaian, dan satu fungsi tambahan
- Nilai E : Kemandirian dalam semua hal kecuali mandi, berpakaian, ke kamar kecil, dan satu fungsi tambahan.
- Nilai F : Kemandirian dalam semua hal kecuali mandi, berpakaian, ke kamar kecil, berpindah dan satu fungsi tambahan
- Nilai G : Ketergantungan pada keenam fungsi tersebut
- Lain – lain : Ketergantungan sedikitnya dua fungsi tetapi tidak dapat diklasifikasikan sebagai C, D, E, F, G

Kesimpulan : Status Fungsional Ny. A: Nilai A

Pengkajian status kognitif dan afektif (Shorth Portable Mental Status Quesioner/SPMSQ)

Tabel 5
Pengkajian status kognitif dan afektif (Shorth Portable Mental Status Quesioner/SPMSQ) pada Ny. A

No	Item Pertanyaan	Benar	Salah
1	2	3	4
1	Jam berapa sekarang ? Jawab: Jam 10.00	✓	
2	Tahun berapa sekarang ? Jawab: 2021	✓	
3	Kapan Bapak/Ibu lahir? Jawab: tidak tahu saya lupa		✓
4	Berapa umur Bapak/Ibu sekarang ? Jawab : sekitar 60 tahun mungkin		✓
5	Dimana alamat Bapak/Ibu sekarang ? Jawab : desa tibubeneng	✓	
6	Berapa jumlah anggota keluarga yang tinggal bersama Bapak/Ibu? Jawab : 4 orang, saya, suami dan 2 anak	✓	
7	Siapa nama anggota keluarga yang tinggal bersama Bapak/Ibu ? Jawab : Tn. Y, An. P, An. R	✓	
8	Tahun berapa Kemerdekaan Indonesia ? Jawab : 1945	✓	
9	Siapa nama Presiden Republik Indonesia sekarang ? Jawab : Bapak Jokowi	✓	
10	Coba hitung terbalik dari angka 20 ke 1 ?	✓	

Analisis Hasil :

Skore Salah : 0-2 : Fungsi intelektual utuh

Skore Salah : 3-4 : Kerusakan intelektual ringan

Skore Salah : 5-7 : Kerusakan intelektual sedang

Skore Salah : 8-10 : Kerusakan intelektual berat

Skor salah Ny. A = 2

Kesimpulan : Fungsi Intelektual Ny. A Utuh

Pengkajian status psikologi (*Geriatric Depression Scale*)

Tabel 6
Pengkajian status psikologi (*Geriatric Depression Scale*) pada Ny. A

No	Pertanyaan	Tidak	Ya
1	Apakah anda sebenarnya puas dengan kehidupan Anda?		0
2	Apakah anda telah meninggalkan banyak Kegiatan dan minat/kesenangan anda	0	
3	Apakah anda merasa kehidupan anda kosong?	0	
4	Apakah anda sering merasa bosan?		1
5	Apakah anda mempunyai semangat yang baik Setiap saat?		1
6	Apakah anda merasa takut sesuatu yang buruk Akan terjadi pada anda?	0	
7	Apakah anda merasa bahagia untuk Sebagian Besar hidup anda?		1
8	Apakah anda merasa sering tidak berdaya?	0	
9	Apakah anda lebih sering dirumah daripada pergi Keluar dan mengerjakan sesuatu hal yang baru?	0	
10	Apakah anda merasa mempunyai banyak masalah Dengan daya ingat anda dibandingkan kebanyakan orang ?	0	
11	Apakah anda pikir bahwa kehidupan anda Sekarang menyenangkan?	0	
12	Apakah anda merasa tidak berharga seperti Perasaan anda saat ini?	0	
13	Apakah anda merasa penuh semangat?	0	
14	Apakah anda merasa bahwa keadaan anda tidak Ada harapan?	0	
15	Apakah anda pikir bahwa orang lain, lebih baik Keadaannya daripada anda?	0	

*) Setiap jawaban yang sesuai mempunyai skor "1" (satu) :

Skor 0-5: tidak depresi

Skor 6-9: kemungkinan depresi

Skor 10 atau lebih: depresi

Skor Ny. A = 3

Kesimpulan : Ny. A Tidak Mengalami Depresi

Pengkajian status sosial APGAR Keluarga)

Tabel 7
Pengkajian status sosial APGAR Keluarga) pada Ny. A

No	Item Penilaian	Selalu (2)	Kadang-kadang (1)	Tidak pernah (0)
1	A : Adaptasi Saya puas bahwa saya dapat kembali pada keluarga (teman-teman) saya untuk membantu pada waktu sesuatu menyusahkan saya	✓		
2	P : Partnership Saya puas dengan cara keluarga (teman-teman) saya membicarakan sesuatu dengan saya dan mengungkapkan masalah saya.	✓		
3	G : Growth Saya puas bahwa keluarga (teman-teman) saya menerima & mendukung keinginan saya untuk melakukan aktifitas atau arah baru.	✓		
4	A : Afek Saya puas dengan cara keluarga (teman-teman) saya mengekspresikan afek dan berespon terhadap emosi-emosi saya, seperti marah, sedih atau mencintai.		✓	
5	R : Resolve Saya puas dengan cara teman-teman saya dan saya menyediakan waktu bersama-sama mengekspresikan afek dan berespon	✓		
Jumlah		8	2	

Penilaian :

Nilai : 0-3 : Disfungsi keluarga sangat tinggi

Nilai : 4-6 : Disfungsi keluarga sedang

Nilai : 7-10 fungsi keluarga baik

Nilai = 10

Kesimpulan : Fungsi Keluarga Ny. A Baik

B. Diagnosis Keperawatan

Berikut ini Analisa data yang diperoleh dari hasil pengkajian terhadap Ny.

A dapat dilihat pada tabel 8 :

Tabel 8
Analisa data pada Ny. A

No	Data	Etiologi	Masalah
1	<p>DS :</p> <p>Klien mengeluh nyeri pada kaki kanan menjalar ke punggung sejak 5 tahun lalu. Nyeri memberat saat berjalan</p> <p>P=Adanya peradangan dan pembengkakan</p> <p>Q= Seperti ditusuk-tusuk dan panas</p> <p>R= Kaki kanan dan punggung</p> <p>S= Skala Nyeri 5 (0-10)</p> <p>T= Nyeri saat berjalan atau pada malam hari</p> <p>DO :</p> <p>Terdapat pembengkakan pada sendi terutama lutut kanan</p> <p>Wajah tampak meringis</p> <p>Suhu : 36,5°C</p> <p>Nadi : 88 x/menit</p> <p>Takanan Darah : 130/90 mmHg</p> <p>Respirasi : 24 x/menit</p>	<p>Agen pencendera fisiologis (inflamasi)</p> <p>↓</p> <p>Pembengkakan</p> <p>↓</p> <p>Nekrosis dan kerusakan di dalam ruang sendi</p> <p>↓</p> <p>Nyeri Kronis</p>	Nyeri kronis

Diagnosis Keperawatan

Berdasarkan analisis data diatas diagnosis keperawatan prioritas pada Ny.

A yaitu nyeri kronis berhubungan dengan agen pencendera fisiologis : inflamasi pada sendi dibuktikan dengan klien mengeluh nyeri pada kaki kanan menjalar sampai punggung sejak 5 tahun lalu. Nyeri memberat saat berjalan atau malam hari. Nyeri terasa ditusuk-tusuk dan panas, skala nyeri 5 (0-10). Terdapat pembengkakan pada sendi terutama lutut kanan. Wajah tampak meringis

C. Intervensi Keperawatan

Berdasarkan diagnosis keperawatan diatas adapun rencana asuhan keperawatan pada Ny. A dapat dilihat pada tabel 9:

Tabel 9
Rencana Asuhan Keperawatan pada Ny. A

No	Diagnosis Keperawatan (SDKI)	Luaran (SLKI)	Intervensi SIKI)	Paraf
1	Nyeri Kronis berhubungan dengan agen pencendera fisiologis	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x60 menit diharapkan nyeri berkurang.</p> <p>LUARAN UTAMA : Tingkat Nyeri</p> <p>LUARAN TAMBAHAN : Kontrol Nyeri</p> <p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan diharapkan klien dan keluarga mampu merawat anggota keluarga yang sakit dengan kriteria :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan nyeri klien menurun, dengan skala nyeri 5 menjadi 3 2. Kemampuan mengontrol nyeri dan wajah menyeringai menjadi rileks 3. Kemampuan mengenali penyebab nyeri 4. Mampu menggunakan teknik non farmakologis yang dianjurkan 	<p>Intervensi Utama : Manajemen nyeri</p> <p>Observasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Identifikasi skala nyeri ✓ Identifikasi faktor yang memperberat dan meringankan nyeri <p>Terapeutik:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (kompres hangat jahe) ✓ Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri <p>Edukasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (kompres hangat jahe) <p>Kolaborasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Kolaborasi pemberian analgetik jika diperlukan 	

D. Implementasi

Implementasi keperawatan pada Ny.A dilakukan dari tanggal 15 Maret – 17 Maret 2022 dapat dilihat dari tabel 10.

Tabel 10
Implementasi Keperawatan pada Ny. A

Tgl/Jam	Implementasi	Respon	Paraf
1	2	3	4
15-03-22 Pk. 16.00 WITA	Membina hubungan saling percaya pada klien dan keluarga klien	Pasien kooperatif	
Pk. 16.10 WITA	Menjelaskan kontrak waktu dan tujuan pertemuan	klien memperhatikan dan menyetujui kontrak	
Pk. 16.15 WITA	Menjelaskan kepada klien dan keluarga tentang <i>Rheumatoid Arthritis</i> atau rematik	Klien memperhatikan ketika diberi penjelasan	
Pk. 17.00 WITA	Mendiskusikan dengan keluarga klien kegiatan yang bisa menimbulkan nyeri pada sendi	klien memperhatikan saat diberi penjelasan	
Pk. 17.10 WITA	Mengkaji nyeri secara komprehensif	P = Adanya peradangan dan pembengkakan Q = Seperti ditusuk-tusuk dan panas R = Kaki kanan menjalar ke punggung S = 5 (0-10) T= Hilang timbul, memberat saat berjalan atau malam hari	
Pk. 17.20 WITA	Mengobservasi tanda-tanda vital	TD : 130/90 mmHg S : 36,5°C N : 88 x/menit RR : 20 x/menit	
Pk. 17.30 WITA	Memberikan teknik non farmakologis yang dilakukan saat timbulnya nyeri (kompres hangat jahe)	Klien kooperatif dan merasa rileks dan mendemonstrasikan apa yang dilakukan oleh perawat	
Pk. 17.35 WITA	Menjelaskan cara menghindari timbulnya nyeri dengan cara menghindari makanan yang memperparah peradangan pada sendi	Klien memperhatikan dan memahami saat diberi penjelasan	
16-03-22 Pk. 16.00 WITA	Mengkaji nyeri secara komprehensif	P = Adanya peradangan dan pembengkakan Q = Seperti ditusuk-tusuk dan panas R = Kaki kanan menjalar ke punggung S = 4 (0-10) T= Hilang timbul, memberat saat berjalan atau malam hari	

1	2	3	4
Pk. 16.10 WITA	Mengobservasi vital	tanda-tanda	TD : 130/80 mmHg S : 36,8°C N : 82 x/menit RR : 20 x/menit
Pk. 16.15 WITA	Memberikan teknik non farmakologis yang dilakukan saat timbulnya nyeri (kompres hangat jahe)		Klien merasa rileks dan nyaman
Pk. 17.00 WITA	Kolaborasi dengan dokter tentang pemberian obat analgetic obat piroxicam 10mg 2x1		Alergi (-)
17-03-22 Pk. 16.05 WITA	Memberikan teknik non farmakologis yang dilakukan saat timbulnya nyeri (kompres hangat jahe)		Klien merasa rileks dan nyaman
Pk. 16.10 WITA	Mengkaji nyeri secara komprehensif		P = Adanya peradangan dan pembengkakan Q = Seperti ditusuk-tusuk dan panas R = Kaki kanan menjalar ke punggung S = 3 (0-10) T= Hilang timbul, memberat saat berjalan atau malam hari
Pk. 16.15 WITA	Mengobservasi vital	tanda-tanda	TD : 130/90 mmHg S : 36,4°C N : 80 x/menit RR : 18 x/menit
Pk. 16.20 WITA	Mengevaluasi kembali cara non farmakologis untuk mengurangi nyeri (kompres hangat jahe)		Klien dapat mendemonstrasikan cara membuat kompres hangat jahe dan mampu menerapkannya dibantu keluarga

E. Evaluasi Keperawatan

Berikut ini hasil evaluasi keperawatan terhadap Ny. A yang dilaksanakan pada tanggal 17 Maret 2022 disajikan dalam tabel 11.

Tabel 11
Evaluasi Keperawatan pada Ny. A

Tgl/Jam	Evaluasi	Paraf
17-03-22 Pk. 17.00 WITA	S: P = Klien mengatakan nyeri sudah berkurang Q= Seperti ditusuk-tusuk dan panas R= Kaki kanan dan punggung S = Skala nyeri 3 (0-10) T= Hilang timbul memberat saat berjalan atau malam hari O: Klien tampak lebih tenang, klien mampu mengontrol nyeri dengan cara mengaplikasikan teknik non farmakologis yang telah diajarkan (kompres hangat jahe) TD : 130/90 mmHg S : 36,4°C N : 80 x/menit RR : 18 x/menit A: Masalah nyeri kronis teratasi sebagian P: Intervensi dilanjutkan	