

BAB II

GAMBARAN KASUS KELOLAAN UTAMA

Bab ini berisi tentang proses keperawatan lansia meliputi pengkajian fisik maupun pengkajian psikososial menggunakan pengkajian keperawatan gerontik, analisa data, dan diagnosis keperawatan yang muncul, perencanaan keperawatan, tindakan keperawatan dan evaluasi keperawatan yang telah dilakukan.

2.1 ASUHAN KEPERAWATAN KASUS KELOLAAN UTAMA

2.1.1 Pengkajian

Klien Tn.B berusia 61 tahun tinggal di panti werdha UPT PMKS Pesanggrahan Majapahit Mojokerto sejak sekitar 1 tahun lalu, klien dibawa oleh kepala dusun dan kader desa ke panti werdha karena sudah tidak memiliki keluarga dan sanak saudara. Klien datang ke panti werdha dengan keluhan linu-linu/nyeri pada semua sendi. Pengkajian dilakukan pada tanggal 24 Juni 2024 di Asrama 3.

Klien merupakan seorang laki-laki dan sudah tidak memiliki keluarga, karena istri dan kedua anaknya telah meninggal dunia. Klien beragama islam dan berasal dari Sidoarjo. Klien berasal dari suku Jawa dan kesehariannya menggunakan bahasa jawa dan bahasa Indonesia. Klien mengatakan lahir dan besar di Sidoarjo. Klien tidak pernah menempuh pendidikan di sekolah sehingga klien tidak bisa membaca dan menulis. Klien mengatakan saat ini tidak ada sumber pendapatan sama sekali, terkadang diberi oleh dinas sosial yang mengunjungi dan juga perawat. Klien mengatakan bahwa tidak memiliki keluarga dengan riwayat penyakit asam urat, jantung, paru, hipertensi, dll. Klien tidak memiliki alergi apapun.

Pengkajian terlihat klien tampak sedikit terbata-bata saat jalan. Klien memiliki kebiasaan positif di panti yaitu selalu berinteraksi dengan temannya. Klien tampak selalu tersenyum kepada sesama, klien menyatakan bahwa dirinya merasa senang

tinggal di panti werdha. Klien memiliki nafsu makan yang cukup baik dikarenakan klien selalu menghabiskan porsi makannya.

Saat dilakukan pengkajian fisik didapatkan pada status fisiologis didapatkan hasil tanda-tanda vital yaitu: TD: 140/90, N: 101 x/menit, RR: 22x/menit, S: 36,8°C, SPO2: 99%, BB 61 kg. TB 168 Cm. Pada pengkajian Head To Toe didapatkan bagian kepala bersih, rambut tidak rontok, bersih. Pada bagian mata konjungtiva normal, sklera normal, penglihatan normal, tidak ada peradangan, tidak memiliki riwayat katarak. Pada bagian hidung bentuk simetris, tidak ada peradangan, penciuman normal. Pada bagian mulut dan tenggorokan tampak bersih, mukosa kering, tidak ada peradangan, tidak terdapat radang pada gusi, tidak ada keluhan lainnya. Pada bagian telinga tampak bersih, tidak ada peradangan, pendengaran sedikit terganggu. Pada bagian leher tidak terdapat kaku kuduk dan pembesaran kelenjar tyroid. Pada bagian dada tampak bentuk dada simetris, retraksi dinding dada, tidak ada whezing ataupun ronchi. Pada bagian abdomen tampak simetris, tidak terdapat nyeri tekan, tidak kembung, bising usus 23x/menit dan tidak ada massa. Pada bagian genetalia tampak bersih, tidak ada hemoroid dan tidak ada hernia. Pada ekstremitas bawah dan atas kekuatan otot keseluruhan skala 5. Tidak ada edema pada kaki. Refleks bisep trisep (+), dan refleks knee dan achiler (+). Pada bagian integumen klien tampak bersih dan tidak pucat namun kelembaban kulit klien kering. **Saat dilakukan pengkajian lebih lanjut didapatkan data bahwa klien mengeluh nyeri pada semua persendian, pengkajian persepsi nyeri: P: Nyeri sendi, Q: Seperti ditusuk-tusuk hilang timbul, R: Area semua sendi, S: 6, T: Saat bergerak/beraktivitas, pasien tampak meringis dan gelisah.**

Pada pengkajian psikososial didapatkan pasien tampak tidak cemas, tidak terdapat masalah dengan psikososialnya. Pada skala depresi geriatrik didapatkan

skor 0 yang menunjukkan klien tidak mengalami depresi. Pada penilaian depresi menurut Beck At & Back Rw didapatkan skor 2 yang menunjukkan bahwa skor 0-4 yaitu depresi tidak ada atau minimal. Pada skrinning apgar keluarga didapatkan skor 10 yang menunjukkan fungsi baik. Pada pengkajian SPMSQ didapatkan skor 3 yang artinya fungsi intelektual utuh. Pada pengkajian MMSE didapatkan skor 23 yang menunjukkan bahwa normal/tidak ada gangguan kognitif pada pasien.

Pada pengkajian perilaku kesehatan didapatkan bahwa klien memiliki riwayat merokok, makan 3 kali sehari, 1 porsi habis, jika ada makanan tambahan seperti camilan kadang dihabiskan. Frekuensi minum klien >3 gelas dalam sehari karena klien terbiasa minum banyak, yang diminum adalah air mineral, teh dan kopi. Pada pengkajian determinan nutrisi didapatkan hasil skor 0 yang menunjukkan bahwa nutrisi baik. Klien memiliki kebiasaan tidur 4-6 jam, klien menyatakan tidak ada gangguan saat tidur. Pola eliminasi BAB 1 x sehari dengan konsistensi lembek dan tidak ada gangguan BAB, pola BAK 1-3 kali sehari berwarna kuning jernih. Pada pola aktivitas klien biasanya berkebun dan melakukan pekerjaan rumah tangga. Pada pola pemenuhan kebersihan diri klien mandi 2 kali sehari memakai sabun dan menggosok gigi 2 kali sehari menggunakan pasta gigi, kebiasaan berganti pakaian setiap selesai mandi >1 kali sehari.

Pada pengkajian fungsional berdasarkan barthel indeks didapatkan skor 100 yang menyatakan lansia mandiri, pada indeks KATZ dengan hasil kemandirian lansia dalam hal makan, kontinen, berpindah, ke kamar kecil, berpakaian dan mandi. Dalam pengkajian keseimbangan lansia berdasarkan Tinneti didapatkan skor 2 yang menyatakan resiko jatuh rendah. Hasil pengkajian TUG Test didapatkan hasil skor 9 detik yang menyatakan resiko jatuh rendah.

Pada pengkajian lingkungan yang ditinggali klien ditemukan bentuk bangunan yaitu asrama, jenis bangunan permanen, atap rumah genting, dinding tembok, lantai keramik dan kebersihan lantai baik, ventilasi 15% luas lantai, pencahayaan baik, penataan perabot baik dan rapi dan kelengkapan alat rumah tangga lengkap. Sanitasi pada asrama penyediaan air bersih dari sumur, penyediaan air minum beli galon aqua, pengolahan jamban kelompok jenis jamban yang digunakan cemplung terbuka, jarak dengan sumber air <10 meter, sarana pembuangan limbah di asrama lancar dan petugas sampah mengolah sampah dengan cara dibakar, polusi udara lainnya hanya dari pembakaran sampah di sore hari. Fasilitas di asrama terdapat kolam ikan, ruang senam, taman bunga dan ruang pertemuan, tidak terdapat sarana hiburan namun terdapat sarana untuk beribadah yaitu mushola. Keamanan, komunikasi dan transportasi di panti yaitu terdapat transportasi mobil ambulance, kondisi jalan masuk panti tidak rata, terdapat sarana komunikasi yaitu telephone.

2.1.2 Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan analisis data hasil pengkajian yang dilakukan, dapat diidentifikasi masalah sebagai diagnosa keperawatan yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis ditandai dengan mengeluh nyeri pada semua persendian, pasien tampak meringis dan gelisah, Tekanan darah: 140/90, N: 101x/menit.

2.1.3 Rencana Tindakan Keperawatan

Tabel 2.1 Rencana Tindakan Keperawatan

Rencana Intervensi	Metode	Media	Tujuan & Kriteria Hasil	Prosedur
Manajemen Nyeri	Ceramah Demonstrasi Observasi	1. Air hangat dan garam 2. Aromaterapi lavender	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, diharapkan tingkat nyeri menurun, dengan kriteria hasil: 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Tekanan darah membaik 4. Gelisah menurun 5. Frekuensi nadi membaik	Observasi 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri Terapeutik 5. Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (rendam kaki dengan air hangat garam dan aromaterapi lavender) 6. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 7. Fasilitasi istirahat dan tidur Edukasi 8. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 9. Jelaskan strategi meredakan nyeri

2.1.4 Implementasi Keperawatan

Tabel 2.2 Implementasi Keperawatan

Hari/ Tgl	Jam	Implementasi Keperawatan	Paraf/ nama
24 Juni 2024	09.00	1. Mengobservasi tanda-tanda vital TD: 140/90 mmHg N: 101x/menit S: 36,8°C RR: 22x/menit	Yusuf
	09.04	2. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri P: Nyeri sendi Q: Seperti ditusuk-tusuk hilang timbul R: Area semua sendi S: 6 T: Saat bergerak/beraktivitas	
	09.15	3. Mengidentifikasi skala nyeri Skala nyeri: 6	
	09.16	4. Mengidentifikasi respon nyeri non verbal Pasien tampak meringis dan gelisah	
	09.30	5. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri pasien mengatakan nyeri terutama pada pagi dan malam hari apalagi jika dibuat beraktivitas	
	09.31	6. Memberikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri Rendam kaki dengan air hangat garam dan aromaterapi lavender	
	10.01	7. Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan	
	10.20	8. Memfasilitasi istirahat dan tidur Pasien dapat tidur dengan nyaman	
	10.21	9. Menjelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri Pasien dapat memahami yang dijelaskan	
	10.23	10. Menjelaskan strategi meredakan nyeri Pasien dapat memahami	
25 Juni 2024	09.00	1. Mengobservasi tanda-tanda vital TD: 120/80 mmHg N: 93x/menit S: 36,5°C RR: 20x/menit	Yusuf
	09.04	2. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri P: Nyeri sendi Q: Seperti ditusuk-tusuk hilang timbul R: Area semua sendi S: 5 T: Saat bergerak/beraktivitas	

	09.15	3. Mengidentifikasi skala nyeri Skala nyeri: 5	
	09.16	4. Mengidentifikasi respon nyeri non verbal Pasien tampak meringis dan gelisah	
	09.30	5. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri pasien mengatakan nyeri terutama pada pagi dan malam hari apalagi jika dibuat beraktivitas	
	09.31	6. Memberikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri Rendam kaki dengan air hangat garam dan aromaterapi lavender	
	10.01	7. Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri	
	10.20	Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan	
	10.21	8. Memfasilitasi istirahat dan tidur Pasien dapat tidur dengan nyaman	
	10.21	9. Menjelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri Pasien dapat memahami yang dijelaskan	
	10.23	10. Menjelaskan strategi meredakan nyeri Pasien dapat memahami	
26 Juni 2024	09.00	1. Mengobservasi tanda-tanda vital TD: 130/80 mmHg N: 89x/menit S: 36,6°C RR: 21x/menit	Yusuf
	09.04	2. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri P: Nyeri sendi Q: Seperti ditusuk-tusuk hilang timbul R: Area semua sendi S: 4 T: Saat bergerak/beraktivitas	
	09.15	3. Mengidentifikasi skala nyeri Skala nyeri: 4	
	09.16	4. Mengidentifikasi respon nyeri non verbal Meringis dan gelisah mulai berkurang	
	09.30	5. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri pasien mengatakan nyeri terutama pada pagi dan malam hari apalagi jika dibuat beraktivitas namun sudah mulai berkurang	
	09.31	6. Memberikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri Rendam kaki dengan air hangat garam dan aromaterapi lavender	
	10.01	7. Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan	
		8. Memfasilitasi istirahat dan tidur	

	10.20	Pasien dapat tidur dengan nyaman	
	10.21	9. Menjelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri Pasien dapat memahami yang dijelaskan	
	10.23	10. Menjelaskan strategi meredakan nyeri Pasien dapat memahami	

2.1.5 Evaluasi Keperawatan

Tabel 2.3 Evaluasi Keperawatan

Hari/Tanggal Jam	Evaluasi Keperawatan	Paraf/ nama
25 Juni 2024 Jam 09.00 WIB	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ pasien mengatakan nyeri sedikit berkurang ▪ P:Nyeri sendi ▪ Q:Seperti ditusuk-tusuk hilang timbul ▪ R:Area semua sendi ▪ S:5 ▪ T:Saat bergerak/beraktivitas <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ pasien masih tampak meringis dan gelisah ▪ TD:120/80 mmHg ▪ Nadi:93x/menit ▪ RR:20x/menit ▪ S:36,5°C <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi 1-10</p>	Yusuf
26 Juni 2024 Jam 09.00 WIB	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ pasien mengatakan nyeri berkurang ▪ P:Nyeri sendi ▪ Q:Seperti ditusuk-tusuk hilang timbul ▪ R:Area semua sendi ▪ S:4 ▪ T:Saat bergerak/beraktivitas <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ meringis dan gelisah sudah berkurang ▪ TD:130/80 mmHg ▪ Nadi:89x/menit ▪ RR:21x/menit ▪ S:36,6°C <p>A: Masalah Nyeri akut teratasi sebagian</p> <p>P: Lanjutkan intervensi 1-10</p>	Yusuf
27 Juni 2024 Jam 09.00 WIB	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ pasien mengatakan nyeri berkurang ▪ P:Nyeri sendi ▪ Q:Seperti ditusuk-tusuk hilang timbul ▪ R:Area semua sendi ▪ S:2 	Yusuf

	<ul style="list-style-type: none">▪ T: Saat bergerak/beraktivitas <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ pasien sudah tidak tampak meringis dan gelisah▪ TD: 120/70 mmHg▪ Nadi: 91x/menit▪ RR: 20x/menit▪ S: 36,5°C <p>A: Masalah Nyeri akut teratasi sebagian</p> <p>P: intervensi dilanjutkan mandiri oleh klien dan perawat panti</p>	
--	--	--

