



POLTEKKES KEMENKES PADANG

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA LANSIA DENGAN
GANGGUAN MOBILITAS FISIK DI PSTW SABAI NAN ALUIH
SICINCIN KABUPATEN PADANG PARIAMAN**

KARYA TULIS ILMIAH

AYUMNA NAFILA
NIM: 203110164

**PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN PADANG
JURUSAN KEPERAWATAN
TAHUN 2023**



POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES PADANG

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA LANSIA DENGAN
GANGGUAN MOBILITAS FISIK DI PSTW SABAI NAN
ALUIH SICINCIN KABUPATEN PADANG PARIAMAN**

KARYA TULIS ILMIAH

**Diajukan ke Program Studi D-III Keperawatan Padang Sebagai Salah Satu
Syarat untuk Memperoleh Gelar Ahli Madya Keperawatan**

AYUMNA NAFILA

NIM: 203110164

**PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN PADANG
JURUSAN KEPERAWATAN
TAHUN 2023**

PERKARA PERSEKUTUAN

Karya Tulis Sains

Karya Tulis Sains yang berjudul "Analisa Regresi Linear pada Lokasi Waktu
Lamporan Malibus Park & RTW Jalan Yos Sudarso Kecamatan
Pekalongan Periode Tahun 2017" yang diajukan dan diteliti oleh
Sintia Nur Hafidha dan Nur Hafidha yang diteliti oleh Karya Tulis Sains Program Studi
S1 Sistem Informasi Teknik Informatika Universitas Sebelas Maret.

Tanggal: 19 Mei 2017

Mengetahui

Pengantar 1

Nur Hafidha
NPM. 1502100000000000

Pengantar 2

Nur Hafidha
NPM. 1502100000000000

Mengetahui

Karya Tulis Sains dan Laporan Penelitian,
Sintia Nur Hafidha dan Nur Hafidha

Nur Hafidha
NPM. 1502100000000000

Sintia Nur Hafidha dan Nur Hafidha

BALAIAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah ini disusun oleh:

Nama : Yusuf, Yafiq

NIM : 20111004

Program Studi : D-III Keperawatan Poltek

Judul KTI : Analisa Keperawatan pada Lansia dengan Gangguan Intelektual yang ada di PUSKIN Salim Negeri, Kecamatan Kabanjahe Kabupaten Pabung Pelemban

Tuliskan di bagian belakang cover proyek ini dengan mengisi bagian-bagian yang tertera untuk melengkapi data diri Mahasiswa Keperawatan & Program Studi D-III Keperawatan Poltek Salim Negeri, Kecamatan Kabanjahe Kabupaten Pabung Pelemban

REVISI PENGESAH

Guru Pengasah : Sumartono, S.Kp, N.Kep, Ns, Dns

Revisi : Dr. Triana Wulandari, S.Kep, Ns, Dns

Revisi : Dr. H. Nurwan Mulyana, S.Kp, N.Kep, Ns, Dns

Revisi : Supriyanto, S.Kp, N.Kep, Ns, Dns

Disetujui di : Pabung Pelemban, Kabupaten Pabung

Tanggal : 20 Juli 2023



Mengetahui
Kepala Program Studi D-III Keperawatan Poltek



Dr. Triana Wulandari, S.Kep, N.Kep, Ns, Dns
NIP. 197001196401001001

Pabung Pelemban, Kabupaten Pabung

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Karya Tulis Ilmiah ini adalah hasil karya sendiri, dan semua sumber baik yang dikutip maupun yang dirujuk telah saya nyatakan benar.

Nama : Ayman Nafis

NIM : 201110160

Tanda Tangan



Tanggal : 24 Mei 2023

**POLITEKNIK KESEHATAN PADANG
PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN PADANG**

**Karya Tulis Ilmiah, Mei 2023
AYUMNA NAFILA**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA LANSIA DENGAN
GANGGUAN MOBILITAS FISIK DI PSTW SABAI NAN
ALUIH SICINCIN KABUPATEN PADANG PARIAMAN**

Isi: xiii + 118 Halaman + 1 Bagan + 6 Tabel + 13 Lampiran

ABSTRAK

Permasalahan yang sering terjadi pada lansia disebabkan oleh proses penuaan karena mengakibatkan perubahan dalam sistem tubuh, salah satunya sistem muskuloskeletal yang menimbulkan gangguan mobilitas fisik. Tujuan penelitian ini untuk mengetahui asuhan keperawatan pada lansia dengan gangguan mobilitas fisik di PSTW Sabai Nan Aluih Sicincin. Waktu penelitian bulan November 2022 sampai Mei 2023. Desain penelitian adalah deskriptif dengan pendekatan studi kasus. Populasi sebanyak 7 lansia dan sampel 1 lansia. Menggunakan teknik purposive sampling dengan instrumen penelitian berupa format pengkajian aspek gerontik. Dikumpulkan data melalui wawancara, observasi dan pengukuran. Data dianalisis dengan membandingkan hasil asuhan keperawatan dengan teori dan penelitian sebelumnya. Hasil penelitian dari pengkajian didapatkan klien mengeluh sulit berdiri dan berpindah tempat dari suatu tempat ke kursi roda, kaku dan nyeri pada pinggang, kaki dan jari-jari kaki, serta klien beresiko jatuh karena pernah memiliki riwayat jatuh. Diagnosis keperawatan yang muncul adalah gangguan mobilitas fisik, resiko jatuh, nyeri kronis. Intervensi keperawatan yaitu latihan ambulasi, teknik penguatan sendi, pencegahan jatuh dan manajemen nyeri. Implementasinya adalah latihan ambulasi dengan kursi roda, latihan ROM, pencegahan jatuh dengan modifikasi lingkungan, dan manajemen nyeri dengan teknik napas dalam. Evaluasi keperawatan didapatkan sebagian masalah teratasi. Disimpulkan bahwa klien sudah mampu berpindah tempat dari suatu tempat ke kursi roda secara mandiri tanpa bantuan orang lain, kaku dan nyeri pada pinggang, kaki, dan jari-jari kaki sudah berkurang. Klien mampu melakukan latihan ROM secara mandiri. Disarankan kepada caregiver dapat memfasilitasi lansia dalam latihan ambulasi serta dapat memodifikasi lingkungan untuk mencegah resiko jatuh.

**Kata Kunci: Gangguan Mobilitas Fisik, Lansia, Asuhan Keperawatan
Daftar Pustaka : 32 (2014-2022)**

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



Nama : Ayumna Nafila
NIM : 203110164
Tempat/Tanggal Lahir : Payakumbuh, 26 Februari 2002
Jenis Kelamin : Perempuan
Agama : Islam
Status Perkawinan : Belum Menikah
Orang Tua
 Ayah : Nosa Patria
 Ibu : Nurul Gusti
Alamat : Padang ambacang, Kenagarian Batu balang,
Kecamatan Harau, Kabupaten 50 Kota

Riwayat Pendidikan

No.	Jenis Pendidikan	Tempat Pendidikan	Tahun
1.	Sekolah Dasar	SD Negeri 02 Batu Balang	2007-2014
2.	Sekolah Menengah Pertama	MTsN 02 Payakumbuh	2014-2017
3.	Sekolah Menengah Atas	SMA Negeri 1 Harau	2017-2020
4.	D-III Keperawatan	Poltekkes Kemenkes Padang	2020-2023

KATA PENGANTAR

Puji dan Syukur atas kehadiran Tuhan Yang Maha Esa yang selalu melimpahkan karunia-nya kepada kita sehingga sampai pada hari ini peneliti masih diberi rahmat kemudahan untuk selalu terbuka akal dan pikiran, mata, serta hati dalam mencari ilmu.

Karya Tulis Ilmiah ini berjudul tentang “**Asuhan Keperawatan Pada Lansia Dengan Gangguan Mobilisasi Di PSTW Sabai Nan Aluih Sicincin Tahun 2023**”. Karya Tulis Ilmiah ini dilakukan untuk memenuhi salah satu syarat untuk mendapatkan gelar Ahli Madya Keperawatan di program studi D-III Keperawatan Poltekkes Kemenkes Padang. Peneliti menyadari bahwa penulisan Karya Tulis Ilmiah ini masih belum sempurna, oleh karena itu peneliti mengucapkan terima kasih kepada yang terhormat: Ibu Ns. Hj. Murniati Muchtar, S.Kp, S.KM, M.Biomed selaku dosen pembimbing 1 dan Ibu Heppi Sasmita, S.Kp, M.Kep. Sp.Jiwa selaku pembimbing II yang telah menyediakan waktu, tenaga, dan pikiran untuk mengarahkan peneliti dalam menyusun karya tulis ilmiah ini.

Selanjutnya peneliti mengucapkan terima kasih kepada yang terhormat :

1. Ibu Renidayati, SKp, M.Kep, Sp. Jiwa selaku Direktur Poltekkes RI Padang.
2. Bapak Afzaidir, ASK, MM Selaku Pimpinan Panti Tresna Werdha Cicincin Kabupaten Padang Pariaman.
3. Bapak Tasman, S.Kp. M. Kep, Sp.Kom Selaku Ketua Jurusan Keperawatan Poltekkes RI Padang.
4. Ibu Ns. Yessi Fadriyanti, M. Kep selaku Ketua program Studi D-III Keperawatan Padang Poltekkes RI Padang.
5. Bapak dan Ibu dosen beserta staf yang telah membimbing dan membantu selama perkuliahan di Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes RI Padang.
6. Teristimewa kepada Bapak Nosa Patria dan Ibu Nurul Gusti selaku kedua orang tua peneliti dan Sdr. Anisa Mardhatillah dan Patria Asiby selaku saudara peneliti yang telah memberikan support, dukungan, semangat, restu, dan kasih sayang yang tidak dapat ternilai harganya dengan apapun.

7. Rekan-rekan seperjuangan mahasiswa Politeknik Kesehatan Kemenkes RI Padang Program Studi D-III Keperawatan Padang angkatan 2020.

Peneliti menyadari Karya Tulis Ilmiah ini masih terdapat kekurangan. Oleh sebab itu peneliti mengharapkan tanggapan, kritikan, dan saran yang membangun dari semua pihak untuk kesempurnaan Karya Tulis Ilmiah ini. Akhir kata, peneliti berharap Allah SWT berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga nantinya dapat membawa manfaat bagi pengembangan ilmu pengetahuan, khususnya ilmu keperawatan.

Padang, Mei 2023

Ayumna Nafila

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
LEMBAR PERSETUJUAN	ii
HALAMAN PENGESAHAN	iii
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	iv
ABSTRAK	v
DAFTAR RIWAYAT HIDUP	vi
KATA PENGANTAR	vii
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR BAGAN	xi
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR LAMPIRAN	xiii
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	5
C. Tujuan Penelitian	6
D. Manfaat Penelitian	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Konsep Lanjut usia	8
1. Definisi Lansia	8
2. Batasan Lansia	8
3. Karakteristik Lansia	9
4. Tipe Lansia	10
5. Tugas Perkembangan lansia	11
6. Proses Menua.....	12
7. Faktor Yang Mempengaruhi Penuaan	12
8. Perubahan Pada Lansia Akibat Penuaan	13
B. Konsep Gangguan Mobilisasi Pada Lansia.....	25
1. Pengertian Gangguan Mobilitas Fisik	25
2. Jenis- Jenis mobilisasi	25
3. Faktor Penyebab gangguan Mobilisasi	26
4. Faktor Yang mempengaruhi Mobilisasi	27
5. Etiologi Gangguan Mobilitas Fisik	28
6. Manifestasi Klinis Gangguan Mobilisasi	29
7. Perubahan Sistem tubuh Akibat Gangguan Mobilisasi.....	29
8. Penatalaksanaan	32
9. WOC Gangguan Mobilisasi	41
C. Asuhan Keperawatan Pada Lansia Dg Gangguan Mobilitas Fisik	42
1. Pengkajian Keperawatan	42
2. Kemungkinan Diagnosa Keperawatan	59
3. Rencana Keperawatan	59
4. Implementasi Keperawatan	69
5. Evaluasi Keperawatan	71

BAB III METODE PENELITIAN	
A. Desain Penelitian	72
B. Tempat dan Waktu Penelitian	72
C. Populasi dan Sampel	72
D. Alat dan Instrumen Pengumpulan Data	74
E. Metode Pengumpulan Data	74
F. Jenis-Jenis Data	75
G. Prosedur Penelitian	76
H. Rencana Analisis	77
 BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN	
A. Hasil Penelitian	78
1. Pengkajian Keperawatan	78
2. Diagnosa keperawatan	85
3. Intervensi Keperawatan	87
4. Implementasi Keperawatan	90
5. Evaluasi Keperawatan	92
B. Pembahasan Kasus	99
1. Pengkajian Keperawatan	99
2. Diagnosa Keperawatan	105
3. Intervensi Keperawatan	108
4. Implementasi Keperawatan	110
5. Evaluasi Keperawatan	113
BAB V KESIMPULAN	115
A. Kesimpulan	115
B. Saran	117

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1 WOC	41
---------------------	----

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Pengkajian Sistem Ekstermitas	53
Tabel 2.2 Pengkajian Derajat Kekuatan Otot.....	54
Tabel 2.3 Pengkajian Derajat Tingkat kemampuan Mobilitas.....	55
Tabel 2.4 Pengkajian Indeks Barthel	57
Tabel 2.5 Pengkajian MMSE	59
Tabel 2.6 Intervensi Keperawatan Gangguan Mobilitas fisik	64

Daftar Lampiran

- Lampiran 1 Surat Izin Pengambilan Data dari Poltekkes Kemenkes RI Padang
- Lampiran 2 Surat Izin Pengambilan Data dari Dinas Penanaman Modal Dan Satu Pintu Provinsi Sumatera barat
- Lampiran 3 Surat Izin Pengambilan Data dari Dinas Sosial Provinsi Sumatera Barat ke UPTD PSTW Sabai Nan Aluih Sicincin
- Lampiran 4 Jadwal Karya Tulis Ilmiah (GANTCHART)
- Lampiran 5 Surat Izin penelitian dari Institusi ke Dinas Penanaman Modal dan Satu Pintu Provinsi Sumatera Barat
- Lampiran 6 Surat izin rekomendasi penelitian dari Dinas Penanaman Modal dan Satu Pintu Provinsi Sumatera Barat untuk Dinas Sosial Provinsi Sumatera barat
- Lampiran 7 Surat Izin Penelitian dari Dinas Sosial Sumatera barat untuk UPTD PSTW Sabai Nan Aluih Sicincin
- Lampiran 8 Inform Consent
- Lampiran 9 Lembar konsultasi Proposal dan Karya Tulis Ilmiah Pembimbing I
- Lampiran 10 Lembar konsultasi Proposal dan Karya Tulis Ilmiah Pembimbing II
- Lampiran 11 Format Asuhan Keperawatan Gerontik
- Lampiran 12 Surat bukti telah melakukan penelitian dari PSTW Sabai Nan Aluih Sicincin
- Lampiran 13 Foto Dokumentasi

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Lanjut usia yang dikenal dengan istilah lansia merupakan anggota masyarakat yang telah berusia usia 60 (enam puluh) tahun ke atas. Semakin bertambah usia, maka akan terjadi berbagai penurunan fungsi tubuh yang menyebabkan lansia sering mengalami berbagai masalah baik masalah kesehatan fisik dan mental, masalah spiritual, penurunan ekonomi dan keterbatasan fungsi sosial (Dewi et al., 2022). Menua bukanlah sebuah penyakit melainkan suatu proses yang berangsur-angsur yang dapat mengakibatkan perubahan kumulatif berupa proses menurunnya daya tahan tubuh dalam menghadapi rangsangan baik dari dalam maupun luar tubuh (Kholifah, 2016).

Pada tahun 2020 ada sebanyak 727 juta orang berusia 65 tahun atau lebih, dan selama tiga dekade berikutnya pada tahun 2050 di perkirakan jumlah orang tua diseluruh dunia menjadi lebih dua kali lipat yaitu mencapai lebih dari 1,5 miliar orang (United, 2020). Pada tahun 2020 persentase jumlah lansia di indonesia yaitu 9,92% atau 26,82 juta orang lansia (Badan Pusat Statistik, 2020). Pada tahun 2020 persentase jumlah penduduk lansia Sumatera barat sebesar 10,83% meningkat dibandingkan tahun 2010 yang hanya 8,08% (BPS Sumatera Barat, 2020).

Meningkatnya jumlah populasi lansia dapat menimbulkan berbagai permasalahan kesehatan yang di pengaruhi oleh perubahan-perubahan yang di alami lansia tersebut. Perubahan yang dapat terjadi pada lansia antara lain gangguan pada sistem pendengaran, gangguan pada sistem penglihatan, gangguan pada sistem integument, gangguan pada sistem urinaria, gangguan pada sistem saraf dan gangguan pada sistem muskuluskletal seperti penurunan cairan tulang sehingga mudah rapuh, persendian membesar dan menjadi kaku, kram, tremor, tendon mengerut

dan mengalami sklerosis, kifosis dan fleksi pinggul serta lutut, serta penurunan jumlah dan ukuran serabut otot. Sehingga terjadinya gangguan mobilitas fisik pada lansia (Kholifah, 2016).

Gangguan mobilitas fisik adalah keterbatasan dalam gerak fisik dari satu atau lebih ekstermitas secara mandiri (PPNI, 2016). Faktor penyebab dari gangguan mobilitas fisik yaitu faktor degeneratif dan faktor lainnya seperti kecelakan. Berdasarkan hasil riset kesehatan dasar (riskesdas) tahun 2018, penyakit terbanyak yang diderita oleh lansia yang merupakan penyakit degeneratif adalah hipertensi, penyakit sendi, stroke, diabetes mellitus, dan penyakit jantung (Dewi et al., 2022).

Dari tahun 1990 hingga 2019, telah terjadi peningkatan kejadian stroke sebesar 70% dan peningkatan kematian akibat stroke sebesar 43% (WHO, 2022). Prevalensi stroke di Indonesia tahun 2018 berdasarkan diagnosis dokter pada penduduk umur ≥ 15 tahun sebesar (10,9%) atau diperkirakan sebanyak 2.120.362 orang (Kemenkes RI, 2018). Sumatera Barat menempati posisi ke 15 prevalensi stroke tertinggi di Indonesia (Rikesdas, 2018).

Prevalensi penyakit sendi di Indonesia pada tahun 2018 yaitu meningkat pada usia >15 tahun. Pada usia 55-64 tahun persentase jumlah penderita penyakit sendi sebesar 15,5 %, pada usia 65-74 tahun jumlah penderita penyakit sendi sebesar 18,6 %, dan pada usia >75 tahun jumlah penderita penyakit sendi sebesar 18,9 % (Rikesdas, 2018).

Hasil penelitian menunjukkan bahwa korban kecelakaan lalu lintas lansia, 43,5% mengalami luka berat, 76,8% laki-laki, 91% berusia 56-75 tahun, 97,2% bekerja, 51,4% mengalami kecelakaan samping, 40,1% pejalan kaki, 54,2% berperan sebagai pengemudi (Savitri & Indrawati, 2017).

Pada lansia yang mengalami gangguan mobilisasi akan muncul gejala berupa pemendekan otot dan penebalan kartilago sehingga akan menyebabkan sendi menjadi kaku dan lansia akan sulit bergerak. Akibatnya, lansia akan mengalami gangguan dalam aktivitas berjalan, berbalik, menjaga

keseimbangan, melakukan aktivitas harian serta lansia mengalami ketergantungan kepada orang lain untuk memenuhi kebutuhan sehari-harinya seperti makan, minum, mandi, berpakaian, BAB dan BAK (Rohaedi et al., 2016).

Berdasarkan dampak yang di timbulkan oleh gangguan mobilisasi pada lansia, maka perlu dilakukan penanganan berupa proses keperawatan. Proses keperawatan yang dilakukan dimulai dari pengkajian melalui anamnesa dan pemeriksaan fisik, selanjutnya merumuskan diagnosa keperawatan sesuai masalah yang di dapat dari hasil pengkajian, setelah itu dilanjutkan dengan merencanakan intervensi dan melaksanakan intervensi yang dibutuhkan oleh lansia dengan gangguan mobilisasi. Intervensi yang dapat di lakukan pada lansia untuk mencegah atau meminimalkan dampak penurunan kekuatan otot yaitu menganjurkan lansia melakukan latihan fisik seperti pengaturan posisi, ambulasi dini, dan latihan *Range of Motion* (ROM) (Safa"ah et al, 2017). Setelah diberikan asuhan keperawatan perlu dilakukan evaluasi dan pendokumentasian guna mengetahui hasil dari asuhan yang dilakukan.

Penelitian Ariyanto pada tahun 2020 tentang “ Aktivitas Fisik Terhadap Kualitas Hidup Pada Lansia” di Yogyakarta menyatakan pada hasil penelitiannya didapatkan adanya hubungan aktivitas fisik terhadap kualitas hidup lansia. Kurangnya aktivitas fisik mengakibatkan penyakit kronis yang terjadi pada lansia seperti stroke, gangguan sendi, diabetes melitus, dan kanker. Kesimpulan pada penelitian ini bahwa terdapat hubungan aktivitas fisik terhadap kualitas hidup lansia, semakin banyak aktivitas fisik yang dilakukan maka semakin baik kualitas hidup pada lansia tersebut (Ariyanto et al., 2020)

Hasil penelitian Uda et al., (2017) dalam Jurnal Ners dan Kebidanan Indonesia tentang Latihan ROM berpengaruh terhadap mobilitas fisik pada lansia di Balai PSTW Unit Abiyoso Yogyakarta, terdapat peningkatan fleksibilitas sendi setelah diberikan edukasi latihan berbentuk range of

motion selama 6 minggu dengan 5x latihan dalam seminggu. Terjadi peningkatan kecenderungan tulang belakang pada kelompok yang telah dilatih ROM sebanyak 16,4%. Berdasarkan penelitian tersebut, latihan range of motion dapat menjadi pilihan intervensi untuk mengatasi masalah pada sistem muskuloskeletal, penelitian tersebut dapat menjadi pedoman dalam memberikan intervensi untuk lansia yang mengalami gangguan mobilitas fisik.

Berdasarkan hasil laporan yang didapatkan dari PSTW Sabai Nan Aluih Sicincin pada November 2022 didapatkan data 110 lansia yang terdaftar di 13 Wisma. Survey awal dilakukan pada 7 Desember 2022 di Panti Sosial Tresna Werdha Sabai Nan Aluih Sicincin terdapat 80 lansia yang berada ditempat. Melalui observasi terhadap 80 lansia didapatkan 27 (33,75%) lansia yang menggunakan alat bantu mobilisasi, lansia tersebut menggunakan alat bantu jalan seperti kursi roda sebanyak 7 orang, tongkat 18 orang, dan kruk 2 orang. Dari 7 lansia yang menggunakan kursi roda terdapat 3 lansia yang terkena stroke, 3 lansia akibat jatuh, dan 1 lansia akibat kecelakaan. Permasalahan lansia tersebut yaitu mengeluh nyeri sendi dan kebas bagian ekstermitas serta sulit untuk berpindah dari kursi roda ke tempat tidur atau ke tempat lainnya, dan memenuhi aktivitas seperti mandi dan mengambil makanan. Dari 18 orang lansia yang menggunakan tongkat terdapat 13 orang yang asam urat, 2 orang akibat jatuh, dan 3 orang yang memiliki riwayat stroke. Melalui wawancara pada 18 orang lansia yang menggunakan tongkat tersebut, lansia tersebut mengeluh nyeri sendi, kelemahan otot, kekakuan sendi, mobilisasi jarak, dan untuk pemenuhan aktivitasnya lansia tersebut bisa melakukannya secara mandiri. Melalui observasi pada 13 wisma lansia yang paling banyak mengalami gangguan mobilisasi terdapat pada wisma anai yaitu ada 8 dari 11 orang lansia yang mengalami gangguan mobilisasi, dan yang lainnya tersebar disetiap wisma.

Wawancara dengan pengasuh di wisma Anai yang terdapat 11 lansia, dimana 8 dari 11 lansia tersebut mengalami gangguan mobilisasi. 3 orang

lansia menggunakan alat bantu kursi roda, 4 orang lansia menggunakan tongkat dan 1 orang lansia yang bedrest yang seluruh kebutuhan aktivitasnya dibantu. Lansia tersebut ditandai dengan adanya kesulitan dalam berjalan dan berpindah tempat, pergerakan lambat, nyeri sendi saat beraktivitas, gangguan keseimbangan serta menggunakan alat bantu mobilisasi, Pengasuh tersebut mengatakan lansia yang mengalami gangguan mobilisasi tersebut membutuhkan pengawasan perawatan setiap harinya, 5 dari 8 lansia yang mengalami gangguan mobilisasi tersebut membutuhkan bantuan dalam pemenuhan *personal hygiene* seperti mandi, dan juga terdapat 2 orang lansia yang membutuhkan bantuan dalam pemenuhan nutrisi oleh pengasuh.

Berdasarkan latar belakang dan fenomena diatas maka penulis melakukan penelitian mengenai gangguan mobilisasi pada lansia dengan judul “Asuhan Keperawatan pada Lansia dengan Gangguan Mobilisasi di Panti Sosial Tresna Werdha Sabai Nan Aluih Sicincin”.

B. Rumusan Masalah

Rumusan masalah dalam penelitian ini adalah "Bagaimana Penatalaksanaan Asuhan Keperawatan pada Lansia dengan Gangguan Mobilisasi di Panti Sosial Tresna Werdha Sabai Nan Aluih Sicincin kabupaten Padang Pariaman pada tahun 2023.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

- a. Mampu mendeskripsikan Penatalaksanaan Asuhan Keperawatan pada Lansia dengan Gangguan Mobilisasi di Panti Sosial Tresna Werdha Sabai Nan AlushSicincin

2. Tujuan Khusus

- a. Mampu mendeskripsikan pengkajian pada lansia dengan gangguan mobilisasi di Panti Sosial Tresna Werdha Sabai Nan Alush Sicincin

- b. Mampu mendeskripsikan Rumusan diagnosa keperawatan pada lansia dengan gangguan mobilisasi di Panti Sosial Tresna Werdha Sabai Nan Aluih Sicincin
- c. Mampu mendeskripsikan intervensi keperawatan pada lansia dengan gangguan mobilisasi di Panti Sosial Tresna Werdha Sabai Nan Aluih Sicincin
- d. Mampu mendeskripsikan implementasi pada lansia dengan gangguan mobilisasi di Panti Sosial Tresna Werdha Sabai Nan Aluih Sicincin
- e. Mampu mendeskripsikan evaluasi keperawatan pada lansia dengan gangguan mobilisasi di Panti Sosial Tresna Werdha Sabai Nan Aluih Sicincin
- f. Mampu mendeskripsikan hasil dokumentasi keperawatan pada lansia dengan gangguan mobilisasi di Panti Sosial Tresna Werdha Sabai Nan Aluih Sicincin.

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Aplikatif

Karya Tulis ilmiah ini diharapkan dapat memberikan sumbangan pikiran dalam menerapkan Asuhan Keperawatan pada Lansia dengan Gangguan Mobilisasi di PSTW Sabai Nan Aluih Sicincin pada tahun 2023.

2. Manfaat Pengembangan Keilmuan

a. Penulis

Karya Tulis ilmiah ini dapat bermanfaat bagi peneliti untuk menambah wawasan, pengetahuan, dan pengalaman dalam menerapkan asuhan keperawatan pada lansia dengan gangguan mobilisasi di Panti Sosial Tresna Werdha Sabai Nan Aluih

b. Petugas kesehatan Di PSTW Sabai Nan Alush Sicincin

Karya Tulis ilmiah ini diharapkan dapat menjadi bahan pertimbangan dan sebagai bahan acuan dalam memberikan asuhan keperawatan pada lansia dengan gangguan mobilisasi dalam mengembangkan pelayanan terhadap penerapan asuhan keperawatan pada lansia dengan gangguan mobilitas di Panti SosialTresna Werdha Sabai Nan Aluih Sicincin

c. Institusi Pendidikan

Karya Tulis ilmiah ini dapat dijadikan sebagai bahan dan sumber pembelajaran dalam meningkatkan asuhan keperawatan pada lansia dengan dengan gangguan mobilisasi di Panti Sosial Tresna Werdha Sabai Nan Aluih Sicincin

d. Bagi Peneliti Selanjutnya

Karya Tulis ilmiah ini dapat dijadikan referensi dan rujukan dalam ataupun pengaplikasian asuhan keperawatan pada lansia dengan gangguan mobilisasi di Panti Sosial Tresna Werdha Sabai Nan Aluih Sicincin.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Lanjut Usia

1. Pengertian Lansia

Lanjut usia adalah suatu tahap terakhir dalam proses kehidupan seseorang individu atau masa di mana individu secara alami mengalami berbagai macam perubahan keseimbangan baik dari segi fisik mental sosial serta spriritual dengan usia di atas 60 tahun (Ruswadi & Supriatun, 2022)

Menurut Undang-Undang Nomor 13 Tahun 1998 lanjut usia adalah manusia yang umurnya diatas 65 Tahun. Menurut *World Healt Organization* (WHO) seseorang dikatakan lanjut usia jika berumur 60- 74 Tahun. Menua bukanlah suatu penyakit, tetapi merupakan sebuah proses yang berangsur-angsur yang mengakibatkan perubahan komulatif, perubahan daya tahan tubuh dalam menghadapi rangsangan dari dalam dan luar tubuh (Kholifah, 2016)

2. Batasan lansia

Menurut (Ruswadi & Supriatun, 2022) lanjut usia dibagi oleh sejumlah pihak dalam berbagai klasifikasi dan batasan:

a. Undang-undang no 13 tahun 1998 tentang kesejahteraan lansia dalam bab 1 pasal 1 bab 2 yang berbunyi lanjut usia adalah seseorang yang mencapai usia 60 tahun ke atas.

b. Menurut WHO batasan lanjut usi meliputi:

- 1) *Middle Age* : 45-59 tahun
- 2) *Erderly* : 60-74 tahun

- 3) *Old* : 75-90 tahun
- 4) *Verry Old* : Diatas 90 tahun

c. Menurut Depkes RI (2013) dalam Ruswadi,dkk 2022 terdiri dari:

1. Virilitas (Prasenum): masa persiapan usia lanjut yang menandakan kematangan jiwa (usia 55-59 tahun).
2. Usia lanjut dini (Senescen): kelompok yang mulai memasuki masa usia lanjut dini (60-64 tahun).
3. Lansia beresiko tinggi untuk menderita berbagai penyakit degeneratif: usia diatas 65 tahun.

3. Karakteristik Lansia

Menurut Pusat Data dan Informasi, Kementerian Kesehatan RI(2016) dalam (Ruswadi & Supriatun, 2022) karakteristik Lansia dapat dilihat berdasarkan kelompok berikut:

1. Jenis kelamin

Lansia lebih didominasi oleh jenis kelamin perempuan. Artinya, ini menunjukkan bahwa harapan hidup yang paling tinggi adalah perempuan.

2. Status perkawinan

Penduduk lansia ditilik dari status perkawinannya sebagian besar berstatus kawin 60% dan cerai mati 37%

3. Living Arrangement

Living arrangement atau angka beban tanggungan adalah angka yang menunjukkan perbandingan banyaknya orang tidak produktif (umur 65 tahun) dengan orang berusia produktif (umur 15-64 tahun). Angka tersebut menjadi cermin besarnya

beban ekonomi yang harus ditanggung penduduk usia produktif untuk membiayai penduduk usia nonproduktif.

4. Kondisi Kesehatan

Angka kesakitan merupakan salah satu indikator yang digunakan untuk mengukur derajat kesehatan penduduk. Angka kesakitan bisa menjadi indikator kesehatan negatif. Artinya, semakin rendah angka kesakitan menunjukkan derajat kesehatan penduduk yang semakin baik

4. Tipe Lansia

Ruswadi & Supriatun, (2022) mengelompokkan tipe lansia dalam beberapa poin antara lain:

a. Tipe arif bijaksana

Didasarkan pada lansia yang memiliki, kaya dengan hikmah, mampu menyesuaikan diri dengan perkembangan zaman, mempunyai kesibukan, bersikap ramah, rendah hati, sederhana, dermawan, dan mejadi panutan.

b. Tipe mandiri

Yaitu lansia ini yang dapat menyesuaikan perubahan pada dirinya. Mereka mampu mengganti kegiatan yang hilang dengan yang baru, selektif dalam mencari pekerjaan, dan dapat bergaul dengan teman-teman.

c. Tipe pasrah

Lansia tipe ini memiliki kecenderungan menerima dan menunggu nasib baik, rajin mengikuti kegiatan agama, dan mau melakukan pekerjaan apa saja dengan ringan tangan.

d. Tipe bingung

Lansia tipe ini terbentuk akibat mereka mengalami syok akan perubahan status dan peran. Mereka mengalami

keterkejutan, yang membuat lansia mengasingkan diri, minder, menyesal, pasif, dan acuh tak acuh.

5. Tugas Perkembangan Lansia

Ruswadi & Supriatun, (2022) menyebutkan tugas perkembangan pada lansia adalah:

1. Beradaptasi terhadap penurunan kesehatan dan kekuatan fisik.
2. Beradaptasi terhadap masa pensiun dan penurunan pendapatan.
3. Beradaptasi terhadap kematian pasangan, menerima diri sebagai individu yang menua.
4. Mempertahankan kehidupan yang memuaskan.
5. Menetapkan kembali hubungan dengan anak yang telah dewasa.
6. Menemukan cara mempertahankan kualitas hidup.

6. Proses Menua

Menua merupakan suatu proses yang alami yang dilalui individu sepanjang usianya ditandai dengan berkurang dan hilangnya fungsi jaringan secara perlahan-lahan sehingga mengalami ketidak mampuan dalam menghadapi infeksi dan memperbaiki kerusakan jaringan yang dialaminya (Ruswadi & Supriatun, 2022).

Menua merupakan suatu kondisi yang terjadi di kehidupan manusia melalui rangkaian proses kehidupan yang dimulai sejak permulaan kehidupan sampai terus- menerus secara alamiah dan dialami oleh semua makhluk hidup. Menua merupakan proses hilangnya kemampuan jaringan secara perlahan-lahan untuk

mengganti dan mempertahankan fungsi normalnya sehingga tidak dapat bertahan terhadap infeksi dan memperbaiki kerusakan yang diderita (Ruswadi & Supriatun, 2022).

7. Faktor Yang Mempengaruhi Penuaan

Ruswadi & Supriatun, (2022) mengatakan bahwa ada beberapa faktor yang mempengaruhi proses penuaan, diantaranya:

- a. Hereditas (Keturunan/Genetik);
- b. Nutrisi (Asupan Makanan);
- c. Status Kesehatan;
- d. Pengalaman Hidup;
- e. Lingkungan;
- f. Stress.

8. Perubahan Pada lansia Akibat Penuaan

a. Perubahan Fisik

- 1) Perubahan fisiologi pada sel dan ekstra sel Pada lansia perubahan sel dan ekstra sel menyebabkan menurunnya tampilan dan fungsi fisik. Kulit menjadi lebih tipis dan keriput, masa tubuh dan jumlah lemak mengalami penurunan. Jumlah sel mengalami penurunan serta ukuran sel menjadi lebih besar. Jumlah cairan tubuh dan cairan intraseluler mengalami penurunan. Mekanisme perbaikan sel mengalami gangguan, berat otak berkurang 5-20% dari sebelumnya. Tinggi badan lansia mengalami penurunan karna adanya pengurangan lebar bahu dan pelebaran lingkaran dada dan perut serta diameter pelvis (Gemini et al., 2021).
- 2) Perubahan Fisiologi dalam Sistem Kardiovaskuler
Perubahan yang terjadi pada sistem kardiovaskuler adalah berkembangnya timbunan lemak dan jaringan fibrosa dalam

saat jantung mengatur detak jantung, akibatnya jantung berdetak lebih lambat dan ukurannya meningkat terutama pada ventrikel kiri. Lansia akan mengalami ritme yang tidak normal seperti atrial fibrillation dan mur-mur jantung karena adanya kekakuan pada katup jantung. Reseptor pada jantung yang mengatur tekanan darah saat aktivitas dan istirahat menjadi kurang sensitif pada lansia sehingga banyak lansia yang mengalami hipotensi ortostatik (Gemini et al., 2021)

Perubahan sistem kardiovaskuler pada lansia adalah massa jantung bertambah, ventrikel kiri mengalami hipertropi sehingga peregangan jantung berkurang yang disebabkan oleh adanya perubahan pada jaringan ikat. Elastisitas pembuluh darah menurun sehingga kemampuan pembuluh darah sebagai pengantar oksigen menjadi kurang efektif. Proses penuaan akan mengakibatkan penurunan total air tubuh dan penurunan volume darah. Eritrosit menurun sedangkan leukosit tidak mengalami perubahan (Gemini et al., 2021).

- 3) Perubahan Fisiologi pada Sistem Pernapasan Proses penuaan menyebabkan fungsi paru-paru menurun sehingga terjadi penurunan kemampuan paru-paru dalam pertukaran gas, aliran puncak dan kapasitas vital paru-paru. Terjadi kelemahan pada otot pernapasan serta penurunan efektivitas paru-paru dalam melawan bakteri dan virus. Proses penuaan menyebabkan perubahan pada jaringan ikat paru, volume cadangan paru meningkat untuk kompensasi kenaikan ruang paru, serta terjadi penurunan aliran udara ke paru-paru. Pernapasan terganggu dan fungsi toraks mengalami penurunan yang diakibatkan oleh perubahan otot, tulang dan sendi. Terjadi penurunan elastisitas paru, serta kekuatan otot paru menurun dan kaku. Terjadi kenaikan kapasitas

residu sehingga respirasi lebih berat, alveoli melebar dan jumlah alveoli mengalami penurunan (Gemini et al., 2021).

- 4) Perubahan Fisiologi pada Sistem Integumen Tanda penuaan yang paling sering tampak adalah perubahan kulit dimana kulit menjadi keriput dan mudah terluka. Perubahan ini terjadi karna berkurangnya sel yang mengandung pigmen pada kulit, serta menurunnya fungsi pembuluh darah. Lansia akan mengalami perubahan elastisitas pada kulit serta penurunan kekuatan kulit. Kelenjar sebaceous mengalami penurunan dalam memproduksi minyak dan dermis akan menjadi lemah, sehingga biasanya kulit lansia mengalami gangguan dalam menjaga suhu tubuh. Lapisan lemak pada subkutan akan menipis sehingga lapisan pelindung kulit akan menghilang. Kulit lansia mengalami penurunan saat merasakan sentuhan, getaran, tekanan, serta suhu panas dan dingin (Gemini et al., 2021).

Perubahan pada kulit lansia lainnya adalah kulit mengalami perubahan bentuk menjadi lebih kecil, kering, dan berkerut. Kulit akan kekurangan cairan sehingga kulit menjadi tipis. Kulit menjadi kering karena penyusutan jaringan glandula sebacea dan glandula sudoritera. Terjadi penipisan epidermis dan dermis serta penurunan jumlah serat elastis. Kulit kepala dan rambut kepala menjadi lebih tipis. Rambut hidung dan rambut telinga lebih tebal. Kulit yang mengalami proses penuaan mengalami penurunan kemampuan untuk memulihkan kembali terutama dalam penyembuhan luka sehingga timbul ulkus tekan dan infeksi yang buruk (Gemini et al., 2021).

Perubahan kulit ini dapat diatasi dengan pemenuhan nutrisi dan cairan yang cukup dan benar. Lansia mudah mengalami kekurangan gizi dan rentan terhadap cedera, oleh karena itu

perlu diperhatikan gaya hidup dan nutrisi lansia tersebut (Gemini et al., 2021)

- 5) Perubahan Fisiologis pada Sistem Saraf Sistem persarafan mengalami perubahan dan penyusutan pengembangan saat proses penuaan. Lansia mengalami kemunduruan koordinasi dan kemampuan dalam beraktivitas karena adanya perubahan pada struktur dan fungsi sistem saraf. Terjadi penurunan fungsi serta penurunan respon saraf dan waktu respon terutama berhubungan dengan stress, menurunnya lapisan mielin akson sehingga menyebabkan penurunan respon motorik dan refleksi. Penurunan berat otak menyebabkan respon dan waktu menerima respon oleh saraf menjadi menurun. Saat terjadinya perubahan ukuran pada saraf pancaindra maka akan menyebabkan penurunan daya penglihatan, mengecilnya saraf penciuman dan perasa, penurunan ketahanan terhadap suhu rendah, sensitif terhadap perubahan suhu, dan sentuhan menjadi kurang sensitif (Gemini et al., 2021).
- 6) Perubahan Fisiologi pada Sistem Endokrin Terjadi penurunan produksi hormon, penurunan fungsi pluitari pertumbuhan hormon, penurunan produksi CTH, TSH, FSH, LH, aktivitas tiroid menurun, BMR berkurang, daya pertukaran zat berkurang, produksi aklosteron menurun, berkurangnya sekresi hormon reproduksi seperti progesteron, ekstrogen dan testotestosterone (Gemini et al., 2021).
- 7) Perubahan Fisiologi pada Sistem Muskuloskeletal Perubahan yang terjadi pada sistem muskuloskeletal adalah berubahnya jaringan penghubung pada tulang yaitu kolagen dan elastin, kartilago, tulang, otot, dan sendi. Perubahan bentuk pada jaringan ikat dan kolagen yang mendukung pertumbuhan kulit, tendon, tulang, kartilago, Jaringan kartilago menjadi

lemah dan mengalami granulasi, sehingga permukaan sendi menjadi datar. Penurunan kemampuan kartilago untuk regenerasi dan degenerasi menyebabkan sendi rentan terhadap gesekan. Perubahan yang terjadi pada tulang adalah penurunan kepadatan tulang sehingga mengakibatkan osteoporosis dan lebih lanjut mengakibatkan nyeri, deformitas, dan patah tulang (Gemini et al., 2021).

Perubahan yang terjadi pada otot adalah berubahnya struktur otot, berkurangnya jumlah dan ukuran serabut otot, jaringan penghubung dan jaringan lemak otot mengalami kenaikan. Perubahan yang terjadi pada sendi adalah perubahan elastisitas pada jaringan ikat sekitar sendi (tendon, ligament, dan fasia mengalami penuaan elastisitas. Perubahan pada sistem muskuloskeletal mengakibatkan lansia mengalami kehilangan densitas tulang sehingga lansia akan mengalami osteoporosis, kifosis, sendi membesar dan atrofi otot, kram, tremor, tendon mengerut dan mengalami sclerosis. Kehilangan densitas atau cairan pada tulang dan tulang menjadi rapuh mengakibatkan osteoporosis, kifosis, gerakan pinggang, lutut dan jari menjadi terbatas, gangguan gaya berjalan, kekakuan jaringan penghubung, tulang belakang menjadi tipis dan pendek, persendian kaku dan membesar, tendon menyusut dan sclerosis, serabut otot mengecil sehingga gerakan menjadi lambat (Gemini et al., 2021).

- 8) Perubahan Fisiologi pada Sistem Pencernaan Perubahan pada sistem pencernaan adalah terjadi pelebaran esofagus, asam lambung menurun, peristaltik dan daya absorbs menurun. Ukuran lambung mengecil dan organ aksesoris lainnya mengalami penurunan fungsi sehingga produksi hormon dan enzim pencernaan menurun. Perubahan

gastrointestinal menyebabkan lansia kehilangan gigi. Kehilangan gigi pada lansia disebabkan oleh periodontal disease yang bisa terjadi setelah umur 30 tahun, Kesehatan gigi buruk, nutrisi buruk, menurunnya indra pengecap. Pada lambung terjadi perubahan berupa rasa lapar mulai berkurang, asam lambung menurun, waktu pengosongan lambung lebih lambat, peristaltik menurun dan muncul, konstipasi, fungsi penyerapan pada lambung berkurang dan daya absorbs menurun (Gemini et al., 2021).

- 9) Perubahan Fisiologi pada Sistem Indra Perubahan pada sistem pendengaran adalah terjadi gangguan pendengaran (Prebiakusis), hilangnya kemampuan atau daya pendengaran pada telinga dalam, terutama terhadap bunyi dan nada yang tinggi, suara menjadi terdengar menjadi tidak jelas dan lansia mengalami kesulitan dalam memahami kata-kata. 50% lansia diatas 65 tahun mengalami perubahan fisiologi pada sistem indra. Mengecilnya membrane timpani sehingga menyebabkan lansia mengalami otosklerosis. Terjadi penumpukan serumen dan dapat mengeras karna kartin meningkat, daya dengar berkurang pada lansia dengan ketegangan jiwa atau stress (Gemini et al., 2021). Perubahan pada sistem penglihatan adalah adanya sklerosis pada spingter pupil dan respon pupil terhadap cahaya berkurang. Lensa mata menjadi buram dan mengalami katarak sehingga mengakibatkan gangguan penglihatan, meningkatnya ambang penglihatan, pengamatan sinar berubah, daya adaptasi terhadap gelap berubah, daya akomodasi mulai menghilang, lapang pandang berkurang, daya membedakan warna biru hijau pada skala menurun. Perubahan pada indra perabaan berupa indra perabaan menyampaikan pesan paling penting dan mudah

diterjemahkan. Jika indra lain hilang, indra peraba akan membantu (Gemini et al., 2021).

Perubahan pada pengecap dan pendengaran pada lansia akan mengalami penurunan rasa pada rasa manis, oleh karena itu banyak lansia yang menambahkan gula secara berlebihan pada makanannya. Lansia akan senang memakan makanan asin dan banyak bumbu akibat indera perasa yang tumpul tersebut. Lansia dianjurkan untuk memakan makanan dengan menggunakan rempah, bawang dan lemon untuk mengurangi garam dan penyedap rasa (Gemini et al., 2021).

10) Perubahan fisiologi pada Sistem Reproduksi

Pada lansia wanita, vagina mengalami kontraktur dan berubah ukuran menjadi kecil, ovarium mengecil dan uterus juga mengalami atrofi. Payudara mengalami pengecilan, vulva mengalami atrofi, selaput lendir vagina berkurang, permukaan vagina menjadi halus, sekresi menurun, sifat sekresi menjadi alkali dan berubah warna (Gemini dkk, 2021).

Pada lansia pria, testis masih dapat memproduksi sperma, dorongan seksual tetap hingga umur di atas > 70 tahun. Jika kondisi kesehatan bagus maka kondisi seksualitas dapat dipertahankan hingga lansia, hubungan seksual dengan teratur dapat mempertahankan kemampuan seksual. Terdapat kurang lebih 75% pria berusia di atas 65 tahun mengalami pembesaran prostat (Gemini et al., 2021).

11) Perubahan Fisiologi pada Sistem Hematopoietik dan Sistem

Limfatik Melindungi tubuh dari infeksi dan penyakit merupakan peran utama sistem hematopoietic dan limfatik. Seiring bertambahnya usia, sistem ini mengalami penurunan efektifitas. Sel yang berfungsi sebagai penyerang seperti sel T, Sel B dan sel primer mengalami

penurunan respon. Sel T berfungsi sebagai kekebalan seluler dan biasanya merespon infeksi dan invasi patogen. Sedangkan Sel B berfungsi untuk memproduksi antibodi. Pada lansia, sel tersebut kurang responsive sehingga membuat tubuh rentan terhadap infeksi bakteri dan virus. Lansia dianjurkan untuk vaksinasi virus karena sistem limfatiknya mengalami penurunan fungsi tidak seperti waktu usia muda. Selain itu, penurunan kemampuan sistem limfatik untuk mengeleminasi sel tumor dengan efektif dapat meningkatkan kejadian kanker pada lansia. Kekurangan gizi juga dapat menjadi penyebab kanker pada lansia (Gemini et al., 2021).

b. Perubahan Psikologis dan Sosial pada Lanjut Usia

Perubahan psikologis dan sosial pada lansia tampak dari kemampuannya dalam menyesuaikan diri terhadap kehilangan fisik, sosial, dan emosional serta mencapai kebahagiaan, kedamaian dan kepuasan hidup. Lansia memunculkan anggapan negatif pada proses penuaan karena ketakutan menjadi tua dan tidak produktif lagi. Anggapan negatif tersebut muncul dari faktor kultur dan budaya. Lansia dipandang sebagai individu yang tidak punya sumbangsih apapun terhadap masyarakat dan membuang- buang sumber daya ekonomi (Fatimah, 2010 dalam Gemini et al., 2021)

1. Perubahan Psikologis (Mental)

Perubahan psikologis pada lansia dipengaruhi oleh beberapa faktor, yaitu perubahan fisik yang menjadi lemah, kesehatan umum, tingkat pendidikan, keturunan, dan lingkungan. Perubahan psikologis lansia adalah lansia akan bersikap lebih egosentris, mudah curiga, pelit atau tamak. Sikap umum yang ditemukan pada hampir seluruh lansia ini perlu dimengerti, karena keinginan lansia berumur panjang, sebisa mungkin tenaga yang dikeluarkan sedikit,

mengharapkan tetap memiliki peran dalam masyarakat, mempertahankan hak dan harta, tetap ingin berwisata dan jika meninggal ingin secara terhormat dan masuk surga (Gemini et al., 2021).

Faktor psikologis yang mempengaruhi lansia adalah:

- a. Rasa tabu dan malu untuk mempertahankan kehidupan seksual
- b. Kurang mendukungnya sikap keluarga dan masyarakat serta diperkuat oleh tradisi dan budaya
- c. Kurang variasi kehidupan sehingga lansia lelah dan bosan
- d. Pasangan hidup yang telah meninggal
- e. Disfungsi seksual karena perubahan hormone atau masalah Kesehatan jiwa lain seperti cemas, depresi, dan pikun (Gemini et al., 2021).

Perubahan pada aspek psikososial berkaitan dengan dorongan keinginan seperti gerakan, tindakan, koordinasi sehingga lansia menjadi kurang terampil, Penurunan fungsi psikologi dan fungsi sosial ini berhubungan dengan keadaan kepribadian lansia. Perubahan tersebut dapat dibedakan berdasarkan tipe kepribadian lansia berikut ini:

- a) Tipe kepribadian konstruktif, lansia yang memiliki tipe kepribadian ini tidak banyak mengalami perubahan, tenang dan mantap hingga tua.
- b) Tipe kepribadian mandiri, lansia dengan tipe ini cenderung mengalami post power syndrome, terutama jika masa lansia tidak diisi dengan kegiatan yang memberikan hak pada dirinya.
- c) Tipe kepribadian tergantung, tipe ini dipengaruhi oleh kehidupan keluarga. Jika kehidupan keluarga harmonis maka saat lansia tidak ada perubahan kepribadian, namun jika pasangan hidup meninggal, maka pasangan

yang ditiggalkan akan jadi berduka, apalagi jika tidak segera bangkit dari rasa duka tersebut.

- d) Tipe kepribadian bermusuhan, lansia dengan tipe ini merasa tidak puas dengan kehidupannya, keinginan yang tidak diperkirakan secara tepat dapat menyebabkan berantaknya kondisi ekonomi lansia tersebut.
- e) Tipe kepribadian kritik diri, lansia dengan tipe ini umumnya tampak kesusahan, karena sikapnya yang sulit dibantu atau menyusahkan dirinya sendiri (Gemini et al., 2021).

Perubahan psikosial terdiri dari; Pensiun, jika lansia pensiun maka lansia akan kehilangan pemasukan uang, kehilangan status (jabatan), kehilangan teman, kehilangan pekerjaan, sadar akan kematian. Perubahan dalam cara hidup dapat dilihat dari memasuki rumah perawatan, bergerak lebih sedikit. ekonomi, pemberhentian dari jabatan menyebabkan meningkatnya biaya hidup, meningkatnya biaya pengobatan. Adanya penyakit kronis dan ketidakmampuan, kesepian karena terasingkan dari lingkungan sosial, gangguan saraf pencaidera, adanya buta dan tuli, rangkaian dari kehilangan yakni kehilangan teman- dan keluarga, hilangnya kekuatan fisik, perubahan terhadap gambaran diri, perubahan konsep diri (Gemini et al., 2021).

2). Perubahan Sosial

Produktivitas dan identitas seseorang dalam peranan saat bekerja menjadi tolak ukur dalam menilai seseorang. Jika lansia pensiun, maka lansia akan mengalami berbagai kehilangan seperti kehilangan finansial, kehilangan status, kehilangan teman atau relasi,

kehilangan pekerjaan, perubahan cara hidup, perubahan ekonomi, kesepian (Gemini et al., 2021).

3) .Perubahan Spiritual

Lansia semakin matang dalam kehidupan agamanya. Perubahan ini dapat dilihat dalam cara lansia berpikir dan bertindak sehari-hari, agama atau kepercayaan lebih terintegrasi dalam kehidupan lansia (Gemini et al., 2021).

- 4) Perubahan terkait pekerjaan Perubahan pekerjaan pada lansia dimulai ketika masa pensiun. Pensiun bertujuan agar lansia bisa menikmati jaminan hari tuanya, tetapi pada kenyataannya pensiun diartikan sebagai kehilangan penghasilan, kedudukan, jabatan, kegiatan, peran, harga diri, dan status. Jika seorang lansia memiliki pekerjaan yang belum terselesaikan, maka ia menganggap tidak mungkin untuk pensiun. Pensiun adalah suatu tahap, bukan suatu peristiwa. Lansia yang dapat menyesuaikan diri terhadap pensiun adalah lansia yang sehat, keuangan yang cukup, lansia yang aktif, terpelajar, memiliki relasi yang luas seperti teman dan keluarga, lansia tersebut biasanya puas dengan kehidupannya sebelum pensiun (Santrock, 2012 dalam Gemini et al., 2021).

Pada kenyataannya ada lansia yang menerima dan ada yang takut kehilangan, serta ada yang senang memiliki jaminan hari tua, namun ada juga lansia yang bersikap tak acuh terhadap pensiun. Setiap sikap tersebut memiliki dampak untuk setiap individu, baik dampak baik maupun dampak buruk. Dampak baiknya yaitu lebih menenangkan lansia sedangkan dampak buruknya adalah pensiun akan mengganggu kesejahteraan hidup lansia. Sebaiknya masa pensiun diisi dengan kegiatan

untuk mempersiapkan diri agar pensiun berdampak baik bagi lansia. Sebelum pensiun, lansia sebaiknya tidak hanya diberi waktu kerja atau tidak hanya dengan memperoleh gaji penuh.

Persiapan tersebut dilakukan terencana, terorganisasi, dan terarah bagi setiap lansia yang akan pensiun, bila perlu, lakukan pengkajian untuk mengetahui arah keinginannya agar tetap berkegiatan yang jelas dan positif. Lakukan pelatihan yang sifatnya menentukan arah dan minat masing-masing lansia untuk merencanakan kegiatan yang dapat dilakukan lansia pada masa peniun. Minat tersebut bisa seperti cara berwisata, cara membuka usaha yang bervariasi (Gemini et al., 2021).

- 5) Perubahan Terkait Peran Sosial di Masyarakat
Gangguan fungsional pada lansia disebabkan oleh berkurangnya fungsi indra pendengaran, penglihatan, gerak fisik, dan sebagainya, misalnya lansia memiliki badan bungkuk, berkurangnya pendengaran, penglihatan buram dan sebagainya membuat lansia merasa terasingkan. Hal tersebut lebih baik dicegah dengan selalu mengikutsertakan lansia dalam beraktivitas selama lansia tersebut masih mampu, agar tidak merasa ditinggalkan. Lansia yang memiliki keluarga sangat beruntung dalam menghadapi permasalahan tersebut karena keluarga biasanya membantu memelihara dengan sabar dan penuh pengorbanan. Lansia yang tidak memiliki keluarga atau pasangan hidup yang sudah meninggal, apalagi hidup sendiri di perantauan, biasanya merasa terlantar (Gemini et al., 2021).

Peran adalah sekumpulan sikap yang relatif sama dibatasi secara norma dan diharapkan dari seseorang yang menempati posisi sosial yang diberikan. Peran didasari oleh harapan. Peran dapat membatasi apa yang harus dilakukan oleh individu dalam kondisi tertentu untuk memenuhi pengharapan diri atau orang lain terhadap mereka (Friedman, 2014 dalam Gemini et al., 2021).

Peran merupakan sekumpulan tingkah laku yang diharapkan orang lain. Keterasingan pada lansia membuat lansia menolak untuk berkomunikasi dengan orang lain dan muncul rasa penyesalan seperti mudah menangis, mengurung diri, mengumpulkan barang-barang yang tidak berguna, dan merengek seperti anak kecil, sehingga lansia tidak dapat menjalankan peran sosialnya dengan baik (Gemini et al., 2021).

B. Konsep Gangguan Mobilitas Fisik

1. Defenisi gangguan mobilitas fisik

Gangguan mobilitas fisik adalah keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri (PPNI, 2016). Gangguan mobilitas fisik adalah keterbatasan dalam gerak fisik dari satu atau lebih ekstermitas secara mandiri yang diakibatkan oleh beberapa penyebab diantaranya kerusakan integritas struktur tulang, perubahan metabolisme, ketidakbugaran fisik, penurunan kendali otot, penurunan massa otot, kekakuan sendi dan lainnya. Gangguan Mobilitas fisik ditandai dengan adanya keluhan sulit menggerakkan ekstermitas, kekuatan otot menurun dan rentang gerak menurun (PPNI, 2016).

2. Jenis-jenis Mobilitas

- a. Imobilitas fisik, merupakan pembatasan untuk bergerak secara fisik dengan tujuan mencegah terjadinya gangguan komplikasi pergerakan, seperti pada pasien dengan hemiplegia yang tidak mampu mempertahankan tekanan di daerah paralisis sehingga tidak dapat mengubah posisi tubuhnya untuk mengurangi tekanan (Hidayat, 2021).
- b. Imobilitas intelektual, merupakan keadaan ketika seseorang mengalami keterbatasan daya pikir, seperti pada pasien yang mengalami kerusakan otak akibat suatu penyakit (Hidayat, 2021).
- c. Imobilitas emosional, keadaan ketika seseorang mengalami pembatasan secara emosional karena adanya perubahan secara tiba-tiba dalam menyesuaikan diri. Sebagai contoh, keadaan stres berat dapat disebabkan karena bedah amputasi ketika seseorang mengalami kehilangan bagian anggota tubuh atau kehilangan sesuatu yang paling dicintai (Hidayat, 2021).
- d. Imobilitas sosial, keadaan individu yang mengalami hambatan dalam melakukan interaksi sosial karena keadaan penyakitnya sehingga dapat memengaruhi perannya dalam kehidupan sosial (Hidayat, 2021).

3. Faktor penyebab Gangguan Mobilisasi

Beberapa faktor yang dapat mengakibatkan terjadinya imobilisasi, yaitu (Nasrullah, 2016) :

- a. Gangguan musculoskeletal
 - 1) Osteoporosis
 - 2) Atrofi
 - 3) Kontraktur
 - 4) Kekakuan sendi

- b. Gangguan kardiovaskuler
 - 1) Hipotensi postural
 - 2) Vasodilatasi vena
- c. Gangguan sistem respirasi
 - 1) Penurunan (Nasrullah, 2016) gerak pernafasan
 - 2) Bertambahnya sekresi paru
 - 3) Atelektasis
 - 4) Pneumonia Hipostasis

4. Faktor yang mempengaruhi mobilisasi

Menurut (Hidayat, 2021) mobilitas seseorang dipengaruhi oleh berapa faktor yaitu:

a. Gaya Hidup.

Terjadinya perubahan gaya hidup dapat mempengaruhi kemampuan mobilitas seseorang, sebab gaya hidup akan berdampak pada kebiasaan sehari-hari seseorang.

b. Proses penyakit/cidera.

Proses penyakit dapat memengaruhi kemampuan mobilitas karena memengaruhi fungsi tubuh. Contohnya, seseorang yang menderita fraktur femur akan mengalami keterbatasan pergerakan ekstremitas bawah.

c. Kebudayaan.

Kebudayaan dapat mempengaruhi mobilitas seseorang, contohnya: orang yang memiliki budaya sering berjalan jauh memiliki kemampuan mobilitas yang kuat; namun sebaliknya, jika ada seseorang yang mengalami gangguan mobilisasi (sakit), karena adat dan budaya tertentu melarangnya untuk beraktivitas.

d. Tingkat Energi.

Energi adalah sumber untuk melakukan Mobilitas. Sehingga, untuk melakukan suatu aktivitas memerlukan energi yang cukup.

e. Usia dan status perkembangan.

Pada tingkat usia yang berbeda, terdapat pula perbedaan kemampuan mobilitas. Ini dikarenakan kemampuan atau kematangan fungsi alat gerak sejalan dengan perkembangan usia.

5. Etiologi Gangguan Mobilitas Fisik

Di dalam (PPNI, 2016) penyebab gangguan mobilitas fisik adalah sebagai berikut:

- a. Kerusakan integritas struktur tulang
- b. Perubahan metabolisme
- c. Ketidakbugaran fisik
- d. Penurunan kendali otot
- e. Penurunan massa otot
- f. Penurunan kekuatan otot
- g. Keterlambatan perkembangan
- h. Kekakuan sendi
- i. Kontraktur
- j. Malnutrisi
- k. Gangguan muskuloskeletal
- l. Gangguan neuromuskular
- m. Indeks masa tubuh diatas persentil ke-75 sesuai usia
- n. Efek agen farmakologis
- o. Program pembatasan gerak
- p. Nyeri
- q. Kurang terpapar informasi tentang aktivitas fisik
- r. Kecemasan

- s. Gangguan kognitif
- t. Keengganan melakukan pergerakan

6. Manifestasi Klinis Gangguan Mobilitas Fisik

Di dalam (PPNI, 2016) terdapat tanda dan gejala mobilitas fisik sebagai berikut:

a. Tanda dan Gejala Mayor:

- 1) Mengeluh sulit menggerakkan ekstermitas
- 2) Kekuatan otot menurun
- 3) Rentang gerak menurun

b. Tanda dan Gejala Minor:

- 1) Nyeri saat bergerak
- 2) Enggan melakukan pergerakan
- 3) Merasa cemas saat bergerak
- 4) Kaku pada sendi
- 5) Gerakan tidak terkoordinasi
- 6) Gerakan terbatas
- 7) Fisik lemah

7. Perubahan Sistem Tubuh Akibat Gangguan Mobilitas Fisik

a. Perubahan Metabolisme

Perubahan metabolisme gangguan imobilitas dapat mengakibatkan proses anabolisme menurun dan peningkatan katabolisme. Proses gangguan mobilitas dapat juga menyebabkan menurunnya ekskresi urine dan meningkatnya nitrogen. Umumnya, kondisi ini dapat ditemukan pada pasien yang mengalami gangguan mobilitas pada hari kelima dan keenam. Beberapa dampak perubahan metabolisme di antaranya pengurangan jumlah metabolisme, atrofi kelenjar dan katabolisme protein, ketidakseimbangan cairan dan

elektrolit, demineralisasi tulang, gangguan dalam mengubah zat gizi dan gangguan gastrointestinal (Nasrullah, 2016).

b. Perubahan pada Sistem Respirasi

Pasien yang mengalami gangguan mobilitas beresiko tinggi terjadinya komplikasi paru-paru. Komplikasi paru-paru yang umum adalah atelektasis dan pneumonia hipostatik. Pada atelektasis, bronkiolus menjadi tertutup karena adanya sekresi dan kolpas alveoulus distal yang disebabkan oleh udara yang diabsorpsi, sehingga menghasilkan hipoventilasi. Bronkus utama atau beberapa bronkiolus kecil dapat berdampak. Luasnya atelektasis ditentukan oleh bagian paru-paru yang tertutup. Pneumonia hipostatik merupakan peradangan paru-paru akibat statisnya sekresi. Atelektasis dan pneumonia hipostatik sama-sama menurunkan oksigen nasi, memperlama penyembuhan dan menambah ketidaknyamanan klien (Nasrullah, 2016).

c. Perubahan Sistem Kardiovaskuler

Terdapat tiga perubahan yang terjadi pada pasien gangguan mobilitas terkait sistem kardiovaskuler diantaranya:

- 1) Hipotensi ortostatik merupakan penurunan tekanan darah sistolik 25 mmhg dan diastolik 10 mmhg ketika klien bangun dari posisi berbaring atau duduk ke posisi berdiri. Pada klien gangguan mobilitas terjadi penurunan sirkulasi volume cairan, penumpukan darah pada ekstremitas bawah dan respon otonom menurun. Faktor-faktor ini mengakibatkan aliran balik Vena mengalami penurunan, serta penurunan curah jantung yang tampak pada penurunan tekanan darah
- 2) Peningkatan beban kerja jantung
- 3) Pembentukan thrombus (Nasrullah, 2016).

d. Perubahan Sistem Muskuloskeletal

Pengaruh gangguan mobilitas pada sistem muskuloskeletal meliputi gangguan mobilitas permanen. Hambatan mobilitas mempengaruhi otot klien dengan kehilangan daya tahan massa otot menurun atrofi dan stabilitas menurun. Gangguan mobilitas juga mempengaruhi gangguan metabolisme kalsium dan gangguan mobilitas sendi pada muskuloskeletal (Nasrullah, 2016).

Gangguan mobilitas dan aktivitas yang tidak menyangga tubuh dapat menyebabkan kecepatan resorpsi tulang meningkat. Resorpsi tulang ini mengakibatkan kalsium terlepas ke dalam darah sehingga menyebabkan hiperkalsemia. Merupakan suatu keadaan abnormal dan biasanya permanen yang ditandai dengan sendi fleksi dan terfiksasi. Hal tersebut terjadi karena sendi tidak digunakan, atrofi dan dan otot memendek. Kontraktur sendi menyebabkan sendi tidak mampu mempertahankan rentang gerak dengan penuh. Kontraktur menjadikan sendi tidak berfungsi. Satu macam kontraktur umum terjadi di adalah foot drop dapat mengakibatkan kaki terfiksasi pada posisi plantarfleksi secara permanen. Kaki akan sulit bergerak pada posisi ini (Nasrullah, 2016).

e. Perubahan Sistem Integumen

Perubahan sistem integumen yang terjadi akibat gangguan mobilitas adalah penurunan elastisitas kulit yang disebabkan oleh sirkulasi darah yang menurun akibat imobilisasi sehingga terjadi iskemia, serta anoksia jaringan. Tertekannya jaringan pembelokan darah, dan kuatnya konstiksi pada pembuluh darah akibat tekanan persistent pada kulit dan struktur dibawah kulit, menyebabkan respirasi seluler terganggu dan kematian sel (Nasrullah, 2016).

f. Perubahan Eliminasi Urin

Pada gangguan mobilitas klien dengan posisi recumbent atau datar, ginjal atau ureter akan membentuk garis datar sebagaimana yang dilakukan perawat saat membentuk urine harus masuk ke dalam kandung kemih melawan gravitasi. Akibat kontraksi peristaltik ureter yang tidak cukup kuat melawan gaya gravitasi, menyebabkan ginjal menjadi terisi sebelum urine masuk ke dalam ureter. Keadaan ini disebut stasis urin dan meningkatkan resiko infeksi saluran perkemihan dan batu ginjal (Perry dan Potter, 2005 dalam (Nasrullah, 2016).

8. Penatalaksanaan Gangguan Mobilisasi

Penatalaksanaan gangguan mobilisasi secara umum menurut (Hidayat, 2021) yaitu:

a. Ambulasi dini adalah tindakan yang berfungsi untuk meningkatkan kekuatan otot dan ketahanan otot. Ambulasi dilakukan dengan melatih posisi duduk di tempat tidur, turun dari tempat tidur, berdiri di samping tempat tidur, berpindah ke kursi roda dan seterusnya. Kegiatan ini dilakukan secara berangsur-angsur.

1) Duduk diatas tempat tidur Prosedur kerja :

- a) Jelaskan tujuan dan prosedur tindakan yang akan dilakukan kepada pasien
- b) Anjurkan pasien untuk meletakkan tangan disamping badannya dengan telapak tangan menghadap kebawah
- c) Berdirilah disamping tempat tidur dan letakkan tangan pada bahu pasien
- d) Bantu pasien untuk duduk dan beri penompang atau bantal

2) Turun dari tempat tidur, berdiri, kemudian duduk dikursi

roda

Prosedur kerja :

- a) Jelaskan tujuan dan prosedur tindakan yang akan dilakukan kepada pasien
- b) Pasang kunci kursi roda
- c) Berdirilah menghadap pasien dengan kedua kaki merenggang
- d) Tekuk sedikit lutut dan pinggang anda
- e) Anjurkan pasien untuk meletakkan kedua tangannya dibahu anda
- f) Letakkan kedua tangan anda disamping kanan dan kiri pinggang pasien
- g) Ketika kaki pasien menapak dilantai, tahan lutut anda pada lutut pasien
- h) Bantu pasien duduk dikursi roda dan atur posisi agar nyaman

3) Membantu berjalan

Prosedur kerja :

- a) Jelaskan tujuan dan prosedur tindakan yang akan dilakukan kepada pasien
- b) Anjurkan pasien untuk meletakkan tangan disamping badan atau memegang telapak tangan anda
- c) Berdiri disamping pasien dan pegang telapak tangan dan lengan bahu pasien
- d) Bantu pasien berjalan

- b. Pengaturan Posisi Tubuh sesuai Kebutuhan Pasien Pengaturan posisi dalam mengatasi masalah kebutuhan mobilitas dapat disesuaikan dengan tingkat hambatan, seperti posisi fowler, sim, trendelenburg, dorsal recumbent, lithotomi, dan genu pectoral.

1) Posisi Fowler

Posisi fowler adalah posisi setengah duduk atau duduk, di mana bagian kepala tempat tidur lebih tinggi atau dinaikkan. Posisi ini dilakukan untuk memelihara kenyamanan dan memfasilitasi fungsi pernapasan pasien.

2) Posisi Sim

Posisi sim adalah posisi miring ke kanan atau ke kiri. Posisi ini dilakukan agar pasien nyaman dan untuk memberikan obat per anus (supositoria).

3) Posisi Trendelenburg

Pada posisi ini pasien berbaring di tempat tidur dengan bagian kepala lebih rendah daripada bagian kaki. Posisi ini dilakukan untuk melancarkan aliran darah ke otak.

4) Posisi Dorsal Recumbent

Pada posisi ini pasien berbaring telentang dengan kedua lutut fleksi (ditarik atau diregangkan) di atas tempat tidur. Posisi ini dilakukan untuk merawat dan memeriksa genitalia serta pada proses persalinan.

5) Posisi Lithotomi

Pada posisi ini pasien berbaring telentang dengan mengangkat kedua kaki dan menariknya ke atas bagian perut. Posisi ini dilakukan untuk memeriksa genitalia pada proses persalinan, dan memasang alat kontrasepsi.

6) Posisi Genu Pectoral

Pada posisi ini pasien menungging dengan kedua kaki ditekuk dan dada menempel pada bagian atas tempat tidur. Posisi ini dilakukan untuk memeriksa daerah rectum dan sigmoid. Melakukan aktivitas harian secara mandiri untuk melatih kekuatan dan ketahanan serta kemampuan sendi agar mudah bergerak.

c. *Range Of Motion* (ROM)

Klien dengan mobilitas sendi yang terbatas karena penyakit, disabilitas atau trauma memerlukan latihan imobilisasi untuk mengurangi bahaya imobilitas. Latihan berikut ini digunakan untuk memelihara serta mempertahankan kekuatan otot serta memelihara mobilitas persendian.

a) Fleksi dan ekstensi pergelangan tangan. Langkah-langkahnya:

- 1) Jelaskan prosedur yang akan dilakukan
- 2) Atur posisi lengan pasien dengan menjauhi sisi tubuh dan siku menekuk dengan lengan.
- 3) Pegang tangan pasien dengan satu tangan dan satu lainnya memegang pergelangan tangan pasien.
- 4) Tekuk tangan pasien ke depan sejauh mungkin.
- 5) Catat perubahan yang terjadi.

b) Fleksi dan ekstensi siku

Langkah-langkahnya:

- 1) Jelaskan prosedur yang akan dilakukan.
- 2) Atur posisi lengan pasien dengan menjauhi sisi tubuh dengan telapak mengarah ke tubuhnya.
- 3) Letakkan tangan di atas siku pasien dan pegang tangannya dengan tangan lainnya.
- 4) Tekuk siku pasien sehingga tangannya mendekat bahu.
- 5) Laukan dan kembalikan ke posisi sebelumnya.
- 6) Catat perubahan yang terjadi.

c) Pronasi dan Supinasi lengan bawah.

Langkah-langkahnya:

- 1) Jelaskan prosedur yang akan dilakukan.

- 2) Atur posisi lengan bawah menjauhi tubuh pasien dengan siku menekuk.
 - 3) Letakkan satu tangan perawat pada pergelangan tangan pasien dan pegang tangan pasien dengan tangan lainnya.
 - 4) Putar tangan bawah pasien sehingga telapak tangannya menjauhinya
 - 5) Kembalikan ke posisi semula.
 - 6) Putar lengan bawah pasien sehingga telapak tangannya menghadap ke arahnya.
 - 7) Kembalikan ke posisi semula.
 - 8) Catat perubahan yang terjadi.
- d) Pronasi Bahu

Langkah-langkahnya:

- 1) Jelaskan prosedur yang akan dilakukan
- 2) Atur posisi tangan pasien di sisi tubuhnya
- 3) Letakkan satu tangan perawat di atas siku pasien dan pegang tangan pasien dengan tangan lainnya.
- 4) Angkat lengan pasien pada posisi semula.
- 5) Catat perubahan yang terjadi

- e) Abduksi dan Adduksi

Langkah-langkahnya:

- 1) Jelaskan prosedur yang akan dilakukan.
- 2) Atur posisi lengan pasien di samping badannya.
- 3) Letakkan satu tangan di atas siku pasien dan pegang tangan pasien dengan tangan lainnya

- 4) Gerakkan lengan pasien menjauh dari tubuhnya ke arah perawat
 - 5) Kembalikan ke posisi semula.
 - 6) Catat perubahan yang terjadi.
- f) Rotasi Bahu

Langkah-langkahnya:

- 1) Jelaskan prosedur yang akan dilakukan.
 - 2) Atur posisi pasien menjauhi tubuh dengan siku menekuk.
 - 3) Letakkan satu tangan perawat di lengan atas pasien dekat siku dan pegang tangan pasien dengan tangan lain.
 - 4) Gerakkan lengan bawah ke bawah sampai menyentuh tempat tidur, telapak tangan menghadap ke bawah.
 - 5) Kembalikan lengan ke posisi semula.
 - 6) Gerakan lengan bawah ke belakang sampai menyentuh tempat tidur, telapak tangan menghadap ke atas.
 - 7) Kembalikan lengan ke posisi semula.
 - 8) Catat perubahan yang terjadi.
- g) Fleksi dan Ekstensi jari- jari kaki

Langkah-langkahnya:

- 1) Jelaskan prosedur yang akan dilakukan
- 2) Pegang jari-jari kaki pasien dengan satu tangan sementara tangan lain memegang kaki.
- 3) Tekuk jari-jari kaki ke bawah.
- 4) Luruskan jari-jari kemudian dorong ke belakang.

- 5) Kembalikan ke posisi semula
- 6) Catat perubahan yang terjadi

h) Inversi dan Eversi Kaki

Langkah-langkahnya:

- 1) Jelaskan prosedur yang akan dilakukan.
- 2) Pegang separuh bagian atas kaki pasien dengan satu jari dan pegang pergelangan kaki dengan tangan satunya.
- 3) Putar kaki kedalam sehingga telapak kaki menghadap ke kaki lainnya.
- 4) Kembalikan ke posisi semula.
- 5) Putar kaki keluar sehingga bagian telapak kaki menjauhi kaki yang lain.
- 6) Kembalikan ke posisi semula.
- 7) Catat perubahan yang terjadi

i) Fleksi dan Ekstensi pergelangan kaki

Langkah-langkahnya:

- 1) Jelaskan prosedur yang akan dilakukan.
- 2) Letakkan satu tangan perawat pada telapak kaki pasien dan satu tangan yang lain diatas pergelangan kaki. Jaga kaki lurus dan rilek.
- 3) Tekuk pergelangan kaki, arahkan jari-jari kearah dada pasien.
- 4) Kembalikan ke posisi semula.
- 5) Tekuk pergelangan kaki menjauhi dada pasien.
- 6) Catat perubahan yang terjadi.

j) Fleksi dan Ekstensi Lutut

Langkah-langkahnya:

- 1) Jelaskan prosedur yang akan dilakukan
 - 2) Letakkan satu tangan dibawah lutut pasien dan pegang tumit pasien dengan tangan yang lain.
 - 3) Angkat kaki, tekuk pada lutut dan pangkal paha.
 - 4) Lanjutkan menekuk lutut ke arah dada sejauh mungkin.
 - 5) Kebawahkan kaki dan lutut dengan mengangkat kaki ke atas.
 - 6) Kembali ke posisi semula
 - 7) Catat perubahan yang terjadi
- k) Rotasi Pangkal Paha

Langkah-langkahnya:

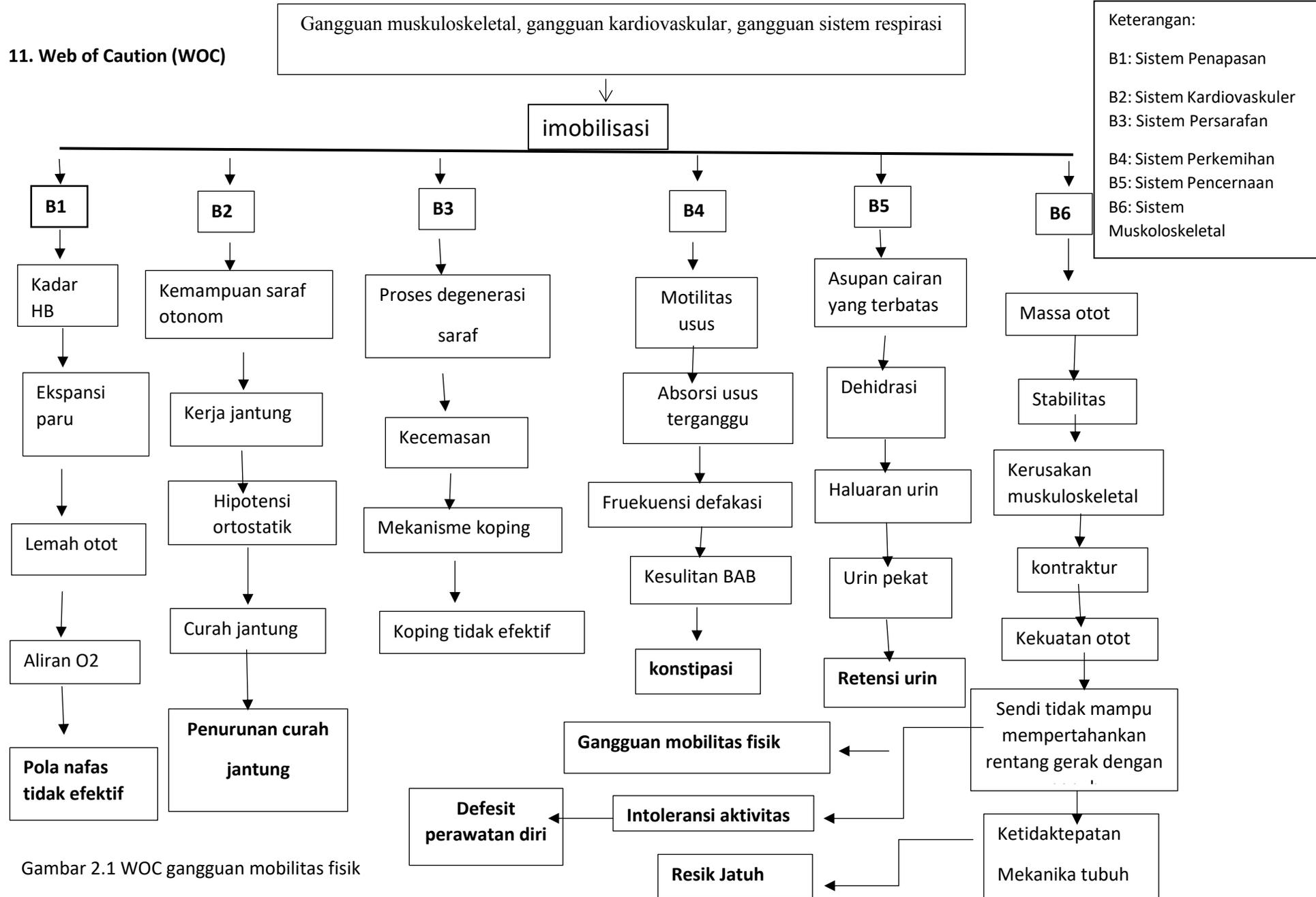
- 1) Jelaskan prosedur yang akan dilakukan.
 - 2) Letakkan satu tangan perawat pada pergelangan kaki dan satu tangan yang lain di atas lutut.
 - 3) Putar kaki menjauhi perawat.
 - 4) Putar kaki ke arah perawat.
 - 5) Kembalikan ke posisi semula.
 - 6) Catat perubahan yang terjadi.
- l) Abduksi dan Adduksi Pangkal Paha

Langkah-langkahnya:

- 1) Jelaskan prosedur yang akan dilakukan.
- 2) Letakkan satu tangan perawat dibawah lutut pasien dan satu tangan pada tumit.
- 3) Jaga posisi kaki pasien lurus, angkat kaki kurang lebih 8 cm dari tempat tidur, gerakkan kaki menjauhi badan pasien.

- 4) Gerakkan kaki mendekati badan pasien.
- 5) Kembalikan ke posisi semula
- 6) Catat perubahan yang terjadi

11. Web of Caution (WOC)



Keterangan:
 B1: Sistem Penapasan
 B2: Sistem Kardiovaskuler
 B3: Sistem Persarafan
 B4: Sistem Perkemihan
 B5: Sistem Pencernaan
 B6: Sistem Muskoloskeletal

Gambar 2.1 WOC gangguan mobilitas fisik

C. KONSEP ASUHAN KEPERAWATAN PADA LANSIA DENGAN GANGGUAN MOBILITAS FISIK

1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian keperawatan pada lansia adalah suatu tindakan peninjauan situasi lansia untuk memperoleh data dengan maksud menegaskan situasi penyakit, diagnosis masalah, penetapan kekuatan dan kebutuhan promosi kesehatan lansia. Data yang dikumpulkan mencakup data subyektif dan data obyektif meliputi data bio, psiko, sosial, dan spiritual, data yang berhubungan dengan masalah lansia serta data tentang faktor-faktor yang mempengaruhi atau yang berhubungan dengan masalah kesehatan lansia seperti data tentang keluarga dan lingkungan yang ada (Kholifah, 2016).

a. Identitas

Anamnesa identitas pasien meliputi nama, jenis kelamin, umur, status perkawinan, agama, tanggal masuk PSTW (Nasrullah, 2016)

b. Keluhan utama

Keluhan utama biasanya yang ditemukan adalah penyakit muskuloskeletal seperti: *Rheumatoid Arthritis*, *Osteoarthritis*, *stroke*, dan *Osteoporosis*. *Osteoporosis* merupakan keadaan klien mengeluh nyeri pada persendian yang terkena, dan adanya keterbatasan gerak yang menyebabkan gangguan mobilitas (Nasrullah, 2016).

c. Riwayat kesehatan sekarang

Pengkajian riwayat kesehatan sekarang meliputi alasan pasien yang menyebabkan terjadinya keluhan atau gangguan dalam mobilisasi, seperti adanya nyeri, kelemahan otot, kelelahan, tingkat imobilitas, daerah terganggunya karena imobilitas dan

lama terjadinya gangguan mobilitas (Nasrullah, 2016).

d. Keluhan Utama

Keluhan utama pasien dengan gangguan muskuloskeletal akibat penyakit degenerasi yang menyebabkan gangguan mobilitas menurut Hermayudi dan Ariani 2017 adalah sebagai berikut:

1. Nyeri Biasanya nyeri pada muskuloskeletal, nyeri saat bergerak, Identifikasi apakah nyeri timbul setelah diberi aktivitas atau Gerakan. Nyeri saat bergerak merupakan satu tanda masalah persendian. Degenerasi panggul menimbulkan nyeri selama badan bermnu pada sendi tersebut. Degenerasi pada lutut menimbulkan nyeri selama dan setelah berjalan. Nyeri pada osteoartritis makin meningkat pada suhu dingin. Identifikasi apakah nyeri dapat diatasi dengan obat tertentu.

2. Kekakuan sendi

Identifikasi endi yang mengalami kekakuanm, lamanya kekakuan sem da apakah selalu terjadi remisi kekakuan beberapa kali ri. Pada penyakit degenerasi sendi sering mengalami kekauan yar me ingkat pada pagi hari setelah bangun tidur kekakuan sendi yang meningkat pada pagi hari setelah bangun tidur.

3. Bengkak

Penyakit degenerasi sendi sering kali tidak timbul bengkak pada awal serangan, tetapi muncul setelah beberapa minggu terjadi nyeri.

4. Deformitas dan Imobilitas

Identifikasi kapan terjadinya apakah tiba-tiba atau bertahap, apakah menimbulkan keterbatasan gerak, apakah semakin

memburuk dengan aktivitas, apakah klien menggunakan alat bantu

5. Perubahan Sensori

Identifikasi apakah ada penurunan rasa pada bagian tubuh tertentu, menurunnya rasa atau sensasi tersebut berkaitan dengan nyeri. Penekanan pada saraf dan pembuluh darah akibat bengkak, tumor atau fraktur dapat menyebabkan menurunnya sensasi.

e. Riwayat Penyakit Sekarang

Pengkajian riwayat kesehatan pasien sekarang terdiri dari alasan pasien yang menjadi penyebab terjadinya keluhan atau hambatan dalam gangguan mobilitas seperti adanya nyeri, kelemahan otot, kelelahan, tingkat gangguan mobilitas, daerah terganggunya akibat gangguan mobilitas dan lama terjadinya gangguan mobilitas (Nasrullah, 2016).

f. Riwayat Penyakit Dahulu

Riwayat penyakit dahulu dikaji yang berhubungan dengan pemenuhan kebutuhan mobilitas contohnya adanya riwayat penyakit sistem neurologis (kecelakaan serebrovaskular, trauma kepala, peningkatan tekanan intrakranial, myasthenia gravis, guillain-barre, cedera medula spinalis dan lain-lain), riwayat penyakit sistem (kardiovaskuler infark miokard, gagal jantung kongestif), riwayat penyakit sistem pernapasan (penyakit paru obstruksi menahun, pneumonia dan lain-lain), Riwayat pemakaian obat sedatif, hipnotik, depresan sistem saraf pusat, laksansia dan lain-lain (Nasrullah, 2016).

g. Riwayat Penyakit Keluarga

Riwayat penyakit keluarga perlu diketahui untuk menentukan hubungan genetik yang perlu diidentifikasi, misalnya penyakit DM yang merupakan predisposisi penyakit sendi degeneratif, TBC, artritis, riketsia, osteomyelitis, dan lain-lain (Nasrullah, 2016).

h. Pemeriksaan Fisik

1) Keadaan Umum

Keadaan umum pasien biasanya ditemukan kelemahan (Nasrullah, 2016).

2) Kesadaran

Lansia dengan gangguan muskuloskeletal biasanya memiliki kesadaran kompos mentis. Pada kasus yang lebih parah klien dapat mengeluh pusing dan gelisah (Nasrullah, 2016).

3) Sistem Pernapasan

Pengkajian sistem pernafasan harus dilakukan minimal setiap 2 jam pada klien dengan keterbatasan aktivitas. Pengkajian pada sistem ini dapat terdiri dari:

a. Inspeksi:

Pergerakan dinding dada selama siklus inspirasi dan ekspirasi penuh. Jika klien mempunyai area atelektasis, gerakan dadanya menjadi asimetris (Nasrullah, 2016).

b. Auskultasi:

Seluruh area paru-paru untuk mengidentifikasi gangguan suara nafas, crackles, atau mengi. Auskultasi berfokus pada area paru-paru yang yang tergantung karena sekresi paru cenderung menumpuk di area bagian bawah (Nasrullah, 2016).

4) Tanda-tanda vital

- a. Suhu meningkat ($>37^{\circ}$)
- b. Nadi meningkat (70-82x/menit)
- c. Tekanan darah meningkat
- d. pernapasan biasanya normal atau meningkat

5) Sistem Kardiovaskuler

Pengkajian sistem kardiovaskuler yang harus dilakukan pada pasien gangguan mobilitas adalah :

- a. Memantau tekanan darah, tekanan darah klien harus diukur. terutama saat tekanan dara berubah dari berbaring (rekumben) ke duduk atau berdiri akibat risiko terjadinya hipotensi ortostatik (Nasrullah, 2016).
- b. Mengevaluasi nadi apeks maupun nadi perifer, berbaring dalam posisi rekumben meningkatkan beban kerja jantung dan meningkat denyut nadi. Pada beberapa klien, terutama lansia, jantung tidak dapat mentoleransi peningkatan beban kerja dan berkembang menjadi gagal jantung. Suara jantung ketiga yang terdengar dibagian apeks merupakan indikasi awal gagal jantung kongestif. Memantau nadi perifer memungkinkan perawat mengevaluasi kemampuan

jantung memompa darah (Nasrullah, 2016).

- c. Observasi adanya tanda-tanda adanya stasis vena (mis. Edema dan penyembuhan luka yang buruk), edema mengindikasikan ketidakmampuan jantung menagani peningkatan beban kerja. Karena edema bergerak diarea tubuh yang menggantung. pengkajian klien imobilisasi harus meliputi sakrum, tungkai dan kaki. Jika jantung tidak mampu mentoleransi peningkatan beban kerja, maka area tubuh perifer seperti tangan, kaki, hidung, dan daun telinga akan lebih dingin dari daerah pusat tubuh. Perawat mengkaji sistem vena karena trombosis vena profunda merupakan bahaya dari keterbatasan mobilitas. Embolus adalah trombus yang terlepas, berjalan mengikuti sistem sirkulasi ke paru-paru atau otak dan mengganggu sistem sirkulasi ke paru-paru atau otak dan mengganggu sirkulasi (Nasrullah, 2016).

Untuk mengkaji trombosis vena profunda, perawat melepas stocking elastis klien dan atau sequential compression devices (SCDs) setiap 8 jam dan mengobservasi betis terhadap kemerahan, hangat, kelembaban. Tanda homan (Homan's sign) atau nyeri betis pada kaki dorsifleksi, mengidentifikasi kemungkinan adanya trombus, tetapi tanda ini tidak selalu ada. Ketika melakukan hal ini perawat menandai sebuah. Disetiap betis 10 cm dari tengah patela. Lingkar betis diukur setiap hari menggunakan tanda tersebut untuk penempatan alat pengukur. Penigkatan satu bagian diameter merupakan indikasi awal trombosis. Trombosis vena profunda juga dapat terjadi di paha untuk itu

pengukuran paha harus dilakukan setiap hari apabila klien cenderung terjadi trombosis. Pada beberapa klien, trombosis vena profunda dapat dicegah dengan latihan aktif dan stoking elastis (Nasrullah, 2016).

6). Sistem Metabolik

Ketika mengkaji fungsi metabolik, perawat menggunakan pengukuran antropometri untuk mengevaluasi atrofi otot, menggunakan pencatatan asupan dan haluaran serta data laboratorium untuk mengevaluasi status cairan elektrolit maupun kadar serum protein, mengkaji penyembuhan luka untuk mengevaluasi perubahan transport nutrisi, mengkaji asupan makanan dan pola eliminasi klien untuk menentukan perubahan fungsi gastrointestinal (Nasrullah, 2016).

Pengukuran asupan dan haluaran nutrisi membantu perawat untuk menentukan apakah terjadi keseimbangan cairan. Dehidrasi dan edema dapat meningkatkan laju kerusakan kulit pada klien dengan gangguan mobilitas. Pengukuran laboratorium terhadap kadar elektrolit darah dapat mengindikasikan ketidakseimbangan elektrolit. Apabila klien dengan gangguan mobilitas mempunyai luka maka penyembuhan luka menunjukkan indikasi nutrisi yang dibawa ke jaringan. Kemajuan penyembuhan yang normal yang diindikasikan bahwa kebutuhan metabolisme jaringan luka terpenuhi. Pada umumnya anoreksia terjadi pada klien gangguan mobilitas. asupan makanan klien harus dikaji terlebih dahulu sebelum makanan diberikan. Ketidakseimbangan nutrisi dapat dihindari apabila perawat mengkaji pola makan klien dan makanan yang disukai sebelum keadaan gangguan mobilitas (Nasrullah, 2016).

7). Sistem Integumen

Perawat harus terus menerus mengkaji kulit klien terhadap tanda-tanda kerusakan. Kulit harus diobservasi ketika klien bergerak, diperhatikan higienisnya, atau dipenuhi kebutuhan eliminasinya. Pengkajian minimal harus dilakukan 2 jam

8). Sistem Eliminasi

Perawat harus menentukan bahwa klien menerima jumlah dan jenis cairan yang cukup. Tidak adekuatnya asupan dan haluaran atau ketidakseimbangan cairan dan elektrolit meningkatkan resiko gangguan system ginjal, bergeser dari infeksi berulang mejadi gagal ginjal. Dehidrasi juga dapat meningkatkan resiko krusalan kulit , dan pembentukan thrombus, infeksi pernafasan, dan konstipasi. Pengkajian status eliminasi juga meliputi frekuensi dan konsistensi pengeluaran feses. Pengkajian tersebut meliputi jumlah, frekuensi dan warna urin dalam 24 jam serta frekuensi, konsistensi, warna dan jumlah feses dala 24 jam.

9). Sistem Muskuloskeletal

Kelainan muskuloskeletal utama dapat diidentifikasi selama pengkajian meliputi penurunan tonus otot, kehilangan masa otot, dan kontraktur. Gambaran pengukuran antropometrik mengidentifikasi kehilangan tonus dan massa otot. Pengkajian rentang gerak adalah penting karena merupakan data dasar yang hasil pengukurannya nanti dibandingkan untuk mengevaluasi terjadi kehilangan mobilisasi sendi. Rentang gerak diukur dengan menggunakan geniometer. Pengkajian rentang gerak dilakukan pada daerah seperti

bahu, siku, lengan, panggul, dan kaki (Nasrullah, 2016).

a) Refleksi Ekstermitas

Tabel 2.1 Pengkajian Sistem Ekstermitas

Refleksi	Kanan	Kiri
Biceps	+	+
Triceps	+	+
Knee	+	-
Achilles	+	+

Sumber: (Nasrullah, 2016)

Keterangan:

Refleksi (+) : Normal

Refleksi (-) : Menurun/Meningkat

b). Pengkajian Derajat Kekuatan Otot

Tabel 2.2 Derajat Kekuatan Otot

Skala	Persentase Kekuatan Otot(%)	Karakteristik
0	0	Paralisis sempurna
1	10	Tidak ada gerakan, kontraksi otot dapat dipalpasi atau dilihat.
2	25	Gerakan otot penuh melawan gravitasi dengan topangan
3	50	Gerakan yang normal melawan gravitasi

4	75	Gerakan penuh dengan normal melawan gravitasi dan melawan tahanan kriminal
5	100	Kekuatan normal, gerakan penuh yang normal melawan gravitasi dan tahanan penuh.

Sumber : (Hidayat, 2021)

c. Pengkajian Resiko Jatuh

Tabel 2.3 Morse Fall Scale (MFS)

No	Pengkajian	Skala		Nilai	Ket
		Ya	0		
1	Riwayat jatuh: apakah lansia pernah jatuh dalam 3 bulan terakhir?	Ya	0		
		Tidak	25		
2	Diagnosa sekunder : apakah lansia memiliki lebih dari satu penyakit?	Tidak	0		
		Ya	15		
3	o Alat bantu jalan:		0		
	- Bed rest/dibantu perawat				
	- Kruk/ tongkat /walker/ kursi roda		15		
	- Berpegangan pada benda-benda di sekitar (kursi, meja, lemari)		30		
4	Terapi Intravena: apakah saat ini lansia terpasang infus?	Tidak	0		
		Ya	20		
5	Gaya berjalan / cara berpindah :		0		
	- Normal / bed rest / immobile (tidak dapat bergerak sendiri)				
	- Lemah (tidak bertenaga)		10		

	- Gangguan/ tidak normal (pincang/ diseret)		20		
6	Status Mental: - Lansia menyadari kondisi dirinya		0		
	- Lansia mengalami keterbatasan daya ingat		15		

Keterangan:

Tingkat Resiko	Nilai MFS	Tindakan
Tidak beresiko	0 - 24	Perawatan dasar
Resiko rendah	25 - 50	Pelaksanaan intervensi pencegahan jatuh standar
Resiko tinggi	> 51	Pelaksanaan intervensi pencegahan jatuh resiko tinggi

i. Pengkajian Status Fungsional

Pengkajian status fungsional adalah kemampuan untuk melakukan aktivitas yang dibutuhkan atau yang diinginkan dalam kehidupan sehari-hari (Ward and Reuben, 2018 dalam Sunarti dkk, 2019)

1) Pengkajian Kemampuan Mobilitas

Tabel 2.4 Kategori Tingkat Kemampuan Mobilitas

Tingkat	Kategori
	Mobilitas
Tingkat 0	Mampu merawat diri sendiri secara penuh
Tingkat 1	Memerlukan penggunaan alat
Tingkat 2	Memerlukan bantuan dan pengawasan orang lain
Tingkat 4	Sangat bergantung dan tidak dapat melakukan atau berpartisipasi dalam perawatan

Sumber: (Hidayat, 2021)

2) Pengkajian INDEKS KATZ (Indeks Kemandirian Aktivitas Kehidupan sehari-hari)

Tabel 2.5 INDEKS KATZ

Skor	Kriteria
A	Kemandirian dalam hal makan, kontinen, berpindah, ke kamar kecil, berpakaian, dan mandi.

B	Kemandirian dalam semua aktivitas hidup sehari-hari, kecuali satu dari fungsi tersebut..
C	Kemandirian dalam semua aktivitas hidup sehari-hari, kecuali mandi, berpakaian, dan satu fungsi tambahan
D	Kemandirian dalam semua aktivitas hidup sehari-hari, kecuali mandi dan satu fungsi tambahan
E	Kemandirian dalam semua aktivitas hidup sehari-hari, kecuali mandi, berpakaian berpindah dan satu fungsi tambahan.
F	Kemandirian dalam semua aktivitas hidup sehari-hari, kecuali mandi, berpakaian, berpindah dan satu fungsi tambahan.
G	Ketergantungan pada enam fungsi tersebut
Lain- Lain	Ketergantungan pada sedikitnya dua fungsi, tetapi tidak dapat diklasifikasikan sebagai C, D, E, atau F

Sumber: Nasrullah,2016

Kesimpulan:

Pasien pada skore E yaitu pasien yang bisa melakukan semua aktivitas sehari-hari , kecuali mandi, berpakaian, ke kamar kecil, dan fungsi tambahan.

- j. Pengukuran ADL (*Activity of Daily Living*) dengan Indeks Barthel

Tabel 2.6 Indeks Barthel

No	Jenis ADL	Kategori	Skor
1	Makan	0 : Tidak mampu 1 : Perlu bantuan 2 : Mandiri	
2	Mandi	0 : tergantung orang lain 1 : Mandiri	
3	Perawatan diri	0 : perlu bantuan 1 : Mandiri	
4	Berpakaian	0 : Tergantung orang lain 1 : Sebagian dibantu 2 : Mandiri	
5	Buang air kecil	0 : Tidak bisa mengontrol (perlu kateter dan tidak dapat mengatur) 1 : BAK kadang-kadang (sekali / 24 jam) 2 : Terkontrol penuh (lebih dari 7 hari)	
7	Pengguna Toilet	0 : Tergantung bantuan orang lain 1 : Butuh bantuan 2 : Dapat duduk dengan sedikit 3 : Mandiri	
8	Berpindah	0 : Tidak dapat 1 : Butuh bantuan 2 : Dapat duduk dengan sedikit 3 : Mandiri	
9	Mobilitas	0 : Tidak bergerak 1 : Mandiri dengan kursi roda 2 : Berjalan dengan bantuan 3 : Mandiri	

10	Naik turun	0 : Tidak mampu 1 : Perlu bantuan 2 : Mandiri
----	---------------	---

Sumber:(N. A Aziz & T, 2021)

Interpretasi hasil:

20 : Mandiri

12-19 : Ketergantungan Ringan

9-11 : Ketergantungan Ringan

5-8 : Ketergantungan Berat

0-4 : Ketergantungan

k. Pengkajian Status Kognitif

Fungsi kognitif merupakan aktivitas mental secara sadar seperti berpikir, mengingat, belajar, dan menggunakan bahasa (Polidori et al, 2018 dalam Sunarti dkk, 2019). Pada pasien lansia, peran dari aspek selain fisik justru terlihat lebih menonjol terutama saat mereka sakit. Faal kognitif yang paling sering terganggu adalah memori jangka pendek, persepsi, proses piker, dan fungsi eksekutif, gangguan tersebut dapat menyulitkan dokter dalam pengambilan data anamnesis, demikian pula dalam pengobatan dan tindak lanjut adanya gangguan kognitif tentu akan mempengaruhi kepatuhan dan kemampuan pasien untuk melaksanakan program yang telah direncanakan sehingga pada akhirnya pengelolaan secara keseluruhan akan terganggu juga (Setiadi dan Ardian, 2017 dalam Sunarti, 2019).

l. Pengkajian Status Emosi atau Afektif

Gangguan emosi sering timbul pada lansia. Sekitar 15% lansia mengalami kesulitan kontrol terhadap ekspresi dan emosi. Tanda lain adalah menangis dengan tiba-tiba atau tidak dapat mengendalikan tawa. Efek penyakit langsung pada kepribadian yang paling umum adalah emosi yang tumpul, disinghisi, kecemasan yang berkurang, dan menurunnya sensitivitas sosial. Dapat juga terjadi kecemasan yang berlebihan, depresi, dan hipersensitifitas (Murtiyani dkk, 2017 dalam (Sunarti, 2019).

m. Pengkajian Spiritual

Kaji apakah lansia secara teratur melakukan ibadah sesuai dengan keyakinan agamanya, apakah lansia secara teratur mengikuti atau terlibat aktif dalam kegiatan misalnya pengajian dan penyantunan anak yatim atau fakir miskin. Kaji bagaimana cara lansia menyelesaikan masalah apakah dengan berdoa (Kholifah, 2016).

n. Pengkajian Psikologis Lansia

Kaji bagaimana sikap lansia terhadap proses penuaan, apakah dirinya merasa dibutuhkan atau tidak, apakah optimis dalam memandang suatu kehidupan, kaji bagaimana lansia mengatasi stress yang dialami, apakah mudah dalam menyesuaikan diri, apakah lansia sering mengalami kegagalan dan harapan pada saat ini dan yang akan datang (Kholifah, 2016).

2. Rencana Analisa data

Menurut Ratnawati, 2017 dalam Rosita, 2020 analisa adalah kemampuan kognitif dalam mengembangkan daya pikir dan penalaran yang

dipengaruhi oleh latar belakang ilmu pengetahuan pengalaman dan pengertian dalam keperawatan. Perencanaan dalam data merupakan kemampuan menghubungkan data dan mengkaitkan data tersebut sesuai dengan konsep teori prinsip-prinsip yang relevan untuk menjadi suatu kesimpulan.

3. Kemungkinan Diagnosis Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang muncul pada lansia dengan gangguan mobilitas menurut PPNI (2016) adalah sebagai berikut:

- a) Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot
- b) Intoleransi aktivitas berhubungan dengan imobilitas
- c) Resiko jatuh dibuktikan dengan gangguan keseimbangan
- d) Defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal
- e) Gangguan eliminasi urin berhubungan dengan ketidakmampuan mengakses toilet(imobilisasi)
- f) Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya nafas

4. Perencanaan Keperawatan

Perencanaan keperawatan gerontik adalah suatu proses penyusunan berbagai intervensi keperawatan yang berguna untuk mencegah, menurunkan atau mengurangi masalah-masalah lansia (Kholifah, 2016).Rencana asuhan keperawatan pada lansia dengan gangguan mobilitas fisik menurut SIKI (2016) dan SLKI (2016) adalah sebagai berikut:

Tabel 2.7 Intervensi Keperawatan Gangguan Mobilitas

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
1	Gangguan Mobilitas Fisik	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan tiga kali 24 jam mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Pergerakan Ekstremitas meningkat b) Kekuatan otot meningkat c) Rentang gerak ROM meningkat d) Nyeri menurun e) Kecemasan menurun f) Kaku sendi menurun g) Gerak tidak terkoordinasi menurun 	<p>Dukungan ambulasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> a) identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya b) jelaskan prosedur dan tujuan ambulasi c) identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi d) monitor tekanan darah sebelum memulai ambulasi e) monitor kondisi umum selama melakukan ambulasi f) Fasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu g) Fasilitasi melakukan ambulasi fisik

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
		h) Gerakan terbatas menurun i) Kelemahan fisik menurun	Teknik Latihan Penguatan Sendi a. identifikasi keterbatasan fungsi dan gerak sendi b. lakukan pengendalian nyeri sebelum memulai latihan c. berikan posisi tubuh optimal untuk gerakan sendi pasif atau aktif d. fasilitasi gerak sendi teratur dalam batas batas rasa sakit, ketahanan dan mobilitas sendi e. berikan penguatan positif untuk melakukan latihan bersama

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan (SLKI)	Intervensi Keperawatan
			<p>f. jelaskan kepada pasien atau keluarga tujuan dan rencana latihan bersama</p> <p>g. anjurkan duduk di tempat tidur di sisi tempat tidur (menjuntai) atau di kursi sesuai toleransi</p> <p>h. anjurkan memvisualisasi kan gerak tubuh sebelum memulai gerakan</p> <p>i. anjurkan ambulasi sesuai toleransi kolaborasi dengan fisioterapi dalam mengembangkan dan melaksanakan program latihan</p>

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
			<p>Terapi Relaksasi otot Progresif</p> <ul style="list-style-type: none"> a. identifikasi tempat yang tenang dan nyaman b. monitor secara berkala untuk memastikan otak refleksi c. berikan posisi bersandar pada kursi atau posisi lainnya yang nyaman d. anjurkan melakukan relaksasi otot rahang e. ajarkan memakai pakaian nyaman f. anjurkan menegangkan otot selama 5 sampai 10 detik kemudian anjurkan untuk g. merilekskan otot 20 sampai 30 detik,

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
			<p>masing masing 8 sampai 16 kali</p> <p>h. anjurkan fokus pada sensasi otot yang menegangkan</p> <p>i. anjurkan fokus pada sensasi otot yang rileks</p> <p>j. ajarkan melakukan Teknik relaksasi nafas dalam</p>
2	Intoleransi Aktivitas	❖ Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama tiga kali 24 jam toleransi aktivitas meningkat dengan kriteria hasil:	<ul style="list-style-type: none"> • Manajemen energi : <ul style="list-style-type: none"> a) Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan b) Monitor kelelahan fisik dan emosional c) Monitor pola dan jam tidur

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
		<ul style="list-style-type: none"> a) Frekuensi nadi sedang Saturasi oksigen meningkat b) Kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari meningkat c) Kecepatan berjalan meningkat d) Jarak berjalan meningkat e) Kekuatan tubuh bagian atas meningkat f) Kekuatan tubuh bagian bawah meningkat 	<ul style="list-style-type: none"> d) Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas e) Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus seperti: cahaya, suara, kunjungan f) Lakukan latihan rentang gerak pasif dan aktif g) Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan secara bertahap

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
		<p>g) Keluhan lelah menurun</p> <p>h) Dipsnea saat aktivitas menurun</p> <p>i) Frekuensi nafas membaik</p> <p>❖ Setelah dilakukan tindakan keperawatan tiga kali 24 jam ambulasi meningkat dengan kriteria hasil :</p> <p>a) Menopang berat mengikat berjalan</p>	<p>h) Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap</p> <p>i) Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan</p> <p>• Terapi aktivitas:</p> <p>a) Identifikasi defisit tingkat aktivitas</p> <p>b) Fasilitasi fokus pada kemampuan bukan defisit yang dialami</p> <p>c) Sepakati komitmen untuk meningkatkan frekuensi dan</p>

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
		b) Berjalan dengan langkah pelan meningkat c) Berjalan dengan langkah sedang meningkat d) Berjalan dengan langkah cepat meningkat e) Berjalan menahan meningkat f) Berjalan menurut meningkat g) Berjalan jarak pendek meningkat h) Berjalan jarak sedang meningkat	d) Fasilitasi mengembangkan motivasi dan penguatan diri e) Anjurkan cara melakukan aktivitas yang dipilih f) Anjurkan melakukan aktivitas fisik sosial spiritual dan kognitif dalam menjaga fungsi dan kesehatan g) Kolaborasi dengan terapis okupasi dalam merencanakan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
3	Resiko Jatuh	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan tiga kali 24 jam tingkat jatuh menurun dengan kriteria hasil:</p> <p>a) Jatuh dari tempat tidur menurun</p> <p>b) Jatuh dari berdiri menurun</p> <p>c) Jatuh saat duduk menurun</p> <p>d) Jatuh saat berjalan menurun</p> <p>e) Jatuh saat dipindahkan menurun</p> <p>f) Jatuh saat naik tangga menurun</p>	<p>Pencegahan jatuh</p> <p>a) Identifikasi faktor resiko jatuh misal usia lebih 65 tahun</p> <p>b) Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan</p> <p>c) Resiko jatuh seperti lantai licin penerangan kurang</p> <p>d) Monitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya</p> <p>e) Tempatkan pasien beresiko tinggi jatuh dengan pantauan perawat</p>

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
		<p>g) Jatuh saat di kamar mandi menurun</p> <p>h) Jatuh saat membungkuk dan menurun</p>	<p>f) Anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin</p> <p>g) Anjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh</p> <p>h) Anjurkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan</p> <p>Manajemen keselamatan lingkungan:</p> <p>a) identifikasi kebutuhan keselamatan</p> <p>b) monitor perubahan status keselamatan lingkungan</p>

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
			<p>c) hilangkan bahaya keselamatan jika memungkinkan</p> <p>d) modifikasi lingkungan untuk meminimalkan resiko</p> <p>e) sediakan alat bantu keamanan lingkungan (seperti pegangan tangan)</p> <p>f) gunakan perangkat pelindung seperti rel samping pintu terkunci pagar</p> <p>g) ajarkan individu keluarga dan kelompok resiko tinggi bahaya lingkungan</p>

5. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan aktivitas spesifik yang dikerjakan perawat untuk mengimplementasikan atau melakukan tindakan intervensi keperawatan (PPNI, 2017).

Menurut (PPNI, 2017) tindakan keperawatan yang akan dilakukan kepada lansia dengan gangguan mobilisasi adalah sebagai berikut:

a. Dukungan mobilisasi

Dukungan mobilisasi yaitu memfasilitasi pasien untuk meningkatkan aktivitas pergerakan fisik. Tindakan yang akan dilakukan yaitu memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu seperti tongkat, kruk, dan kursi roda. Mengajarkan mobilisasi dini yang harus dilakukan.

b. Ambulasi dini dengan dukungan ambulasi terhadap lansia

Dukungan ambulasi yaitu memfasilitasi pasien untuk meningkatkan aktivitas berpindah. Tindakan yang akan dilakukan yaitu mengajarkan lansia dari tempat tidur ke kursi roda, berjalan dari tempat tidur ke kamar mandi, berjalan sesuai toleransi.

c. Manajemen energi dengan mengajarkan latihan rentang gerak pasif dan aktif.

d. Terapi aktivitas dengan menganjurkan aktivitas fisik rutin, sosial, spirituan dan kognitif dalam menjaga fungsi dan kesehatan.

e. Pencegahan jatuh dan manajemen keselamatan lingkungan terhadap lansia .

6. Evaluasi Keperawatan

Tujuan dilakukannya evaluasi keperawatan adalah untuk mengevaluasi perkembangan kesehatan klien dan keluarga terhadap tindakan dalam pencapaian tujuan sesuai rencana yang telah ditetapkan dan merevisi data dasar dan perencanaan (PPNI, 2017) sehingga perawat bisa mengambil keputusan dalam:

- a. Mengakhiri rencana tindakan keperawatan.
- b. Memodifikasi rencana tindakan keperawatan.
- c. Melanjutkan tindakan keperawatan.

Untuk melakukan evaluasi, ada baiknya disusun dengan menggunakan SOAP secara operasional

- Subjective :
adalah berbagai persoalan yang disampaikan oleh klien setelah dilakukan tindakan keperawatan.
- Objective
adalah berbagai persoalan yang ditemukan oleh perawat setelah dilakukan tindakan keperawatan.
- Assesment
adalah analisis dari hasil yang telah dicapai dengan mengacu pada tujuan yang terkait dengan diagnosis.
- Plan
adalah perencanaan direncanakan kembali setelah mendapatkan hasil dari respons klien pada tahapan evaluasi.

7. Dokumentasi Keperawatan

Dokumentasi keperawatan adalah suatu catatan yang memuat seluruh data yang dibutuhkan untuk menentukan diagnosis keperawatan, tindakan keperawatan, dan penilaian keperawatan yang disusun secara sistematis, valid dan dapat dipertanggungjawabkan secara hukum. Dokumentasi keperawatan berisi hasil aktivitas dari mulai pengkajian hingga evaluasi keperawatan (Kholifah, 2016).

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Desain Penelitian

Desain penelitian yang digunakan adalah deskriptif dengan pendekatan studi kasus. Penelitian deskriptif adalah suatu metode penelitian yang dilakukan dengan tujuan untuk membuat gambaran atau deskriptif tentang suatu keadaan. Studi kasus dalam penelitian ini adalah melaksanakan penelitian sesuai dengan asuhan keperawatan dari pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi, dan evaluasi keperawatan. Studi kasus yang dilakukan adalah asuhan keperawatan pada lansia dengan gangguan mobilitas fisik di PSTW Sabai Nan Aluih Sicincin tahun 2023.

B. Waktu dan Tempat

Penelitian ini dilakukan di Panti Tresna Werdha Sabai Nan Aluih Sicincin pada bulan November 2022 sampai bulan Mei 2023. Pendampingan asuhan keperawatan pada lansia yang menjadi sampel penelitian dilakukan selama satu minggu dari tanggal 2 Februari – 8 Februari dengan menerapkan asuhan keperawatan pada lansia dengan gangguan mobilitas fisik.

C. Populasi dan Sampel

1. Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah subjek yang memenuhi kriteria yang telah ditetapkan. Pada studi kasus ini, populasi yang digunakan adalah seluruh lansia yang mengalami gangguan mobilitas fisik yang menggunakan kursi roda di PSTW Sabai Nan Aluih Sicincin yang berumur diatas 60 tahun yaitu sebanyak 7 orang.

2. Sampel

Sampel dalam penelitian ini adalah salah satu lansia yang mengalami gangguan mobilitas fisik dengan alat bantu kursi roda yang berumur diatas 60 tahun di PSTW Sabai Nan Aluih Sicincin.

Adapun kriteria sampel dalam penelitian ini adalah :

a. Kriteria Inklusi sebagai berikut:

- 1) Lansia yang mengalami gangguan mobilitas yang menggunakan alat bantu kursi roda
- 2) Lansia dengan umur mulai dari 60 tahun
- 3) Lansia bersedia menjadi responden.
- 4) Lansia yang berada di panti sosial tresna werdha sabai nan aluih sicincin.
- 5) Lansia yang kooperatif dan mampu berkomunikasi dengan baik.

b. Kriteria Eksklusi

- 1) Lansia yang tidak berada di panti sosial tresna werdha sabai nan aluih sicincin
- 2) Lansia yang tidak bersedia menjadi responden

Dari 7 orang lansia yang mengalami gangguan mobilitas fisik terdapat 3 orang lansia yang memenuhi kriteria yang ditetapkan. Untuk penentuan 1 sampel dan 1 sampel cadangan peneliti menggunakan teknik simple random sampling menggunakan lotre, dari hasil lotre maka ditetapkan 1 orang sebagai sampel utama dalam penelitian yaitu Tn. M dan 1 orang sebagai sampel cadangan dalam penelitian yaitu Tn. S.

Dalam penelitian ini sampel cadangan tidak terpakai karena tidak ada kendala terhadap sampel utama.

D. Alat atau Instrumen Pengumpulan Data

Pengumpulan data pada pasien dimulai dengan pengkajian sampai evaluasi. Instrumen yang digunakan adalah format asuhan keperawatan gerontik yang dilakukan dengan cara anamnesa, pemeriksaan fisik, observasi dan studi dokumentasi dengan klien. Format pengkajian gerontik yang terdiri dari : identitas pasien, riwayat kesehatan (riwayat kesehatan sekarang, riwayat kesehatan dahulu, dan riwayat kesehatan keluarga), riwayat psikososial dan spiritual, pola kebiasaan sehari-hari, pengkajian status mental, dan pengkajian lingkungan. Untuk instrumennya adalah menggunakan, Derajat Kekuatan Otot, Pengkajian Tingkat Kemampuan Mobilitas, Pengukuran ADL, dan Indeks Barthel. Alat yang digunakan dalam penelitian ini yaitu tensimeter, stetoskop, termometer, dan refleks hammer.

E. Teknik Pengumpulan Data

Dalam pengumpulan data peneliti menggunakan teknik pengumpulan data sebagai berikut:

1. Wawancara (Anamnesa)

Dalam penelitian ini, peneliti melakukan wawancara pada klien untuk melengkapi data klien berupa identitas lansia, keluhan kesehatan klien, riwayat kesehatan, kebiasaan sehari-hari dengan menggunakan format pengkajian keperawatan gerontik.

2. Observasi

Peneliti melakukan pengamatan terhadap kondisi lansia untuk mendapatkan data keadaan umum dan keadaan lingkungan. Peneliti juga melakukan pengamatan terhadap perkembangan kondisi lansia selama dilakukan asuhan keperawatan.

3. Pengukuran

Peneliti melakukan pengukuran dengan memantau kondisi lansia menggunakan alat ukur pemeriksaan fisik, seperti mengukur tanda-tanda vital, tinggi badan, berat badan, pengukuran suhu, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan patella. Pengukuran dilakukan juga untuk menilai tingkat ketergantungan lansia dan pengukuran kekuatan otot.

4. Studi Dokumentasi

Studi dokumentasi merupakan pelengkap dari penggunaan metode observasi atau wawancara yang akan dilakukan oleh peneliti. Peneliti menggunakan data yang bersumber dari dokumen asli yang ada di PSTW Sabai Nan Aluih Sicincin dan dokumen tertulis seperti karya tulis yang terkait dengan fokus penelitian.

F. Jenis-Jenis Data

1. Data Primer

Data primer adalah data yang dikumpulkan langsung dari lansia seperti pengkajian kepada lansia yang meliputi: Identitas pasien, riwayat kesehatan, pengkajian psikologis, pola aktifitas lansia, dan pemeriksaan fisik terhadap lansia.

2. Data Sekunder

Data sekunder merupakan sumber data penelitian yang diperoleh langsung dari rekam medik, serta dari dokumentasi dari Panti Sosial Tresna Werdha Sabai Nan Aluih Sicincin. Data sekunder umumnya berupa bukti, data penunjang, catatan atau laporan historis yang telah tersusun dari arsip yang tidak dipublikasikan.

G. Prosedur Pengumpulan Data

1. Peneliti meminta surat izin survey data dari institusi asal peneliti yaitu Poltekkes Kemenkes RI Padang.
2. Peneliti mendatangi Dinas Penanaman Modal Satu Pintu provinsi Sumatera Barat dan menyerahkan surat izin survey data dari institusi untuk mendapatkan surat pengantar ke Dinas Sosial Provinsi Sumatera Barat.
3. Peneliti mendatangi Dinas Sosial Sumatera Barat dan menyerahkan surat rekomendasi survey data dari Dinas Penanaman modal satu pintu untuk mendapatkan surat izin survey data di PSTW Sabai Nan Aluih Sicincin.
4. Peneliti mendatangi PSTW Sabai Nan Aluih Sicincin dan menyerahkan surat izin survey data dari Dinas Sosial Sumatera Barat.
5. Peneliti meminta data jumlah lansia di PSTW Sabai Nan Aluih Sicincin kepada pimpinan PSTW didapatkan yaitu sebanyak 110 lansia pada November 2022.
6. Peneliti melakukan survey pendahuluan dengan melakukan survey ke wisma-wisma di PSTW Sabai Nan Aluih untuk menentukan populasi penelitian tersebut.
7. Peneliti meminta izin penelitian dari institusi asal peneliti yaitu Poltekkes Kemenkes Padang
8. Peneliti mendapatkan surat pengantar ke Dinas Sosial dari DPMSPP Sumbar untuk rekomendasi penelitian ke PSTW Sabai Nan Aluih Sicincin
9. Peneliti mendatangi PSTW dan menyerahkan surat izin penelitian ke PSTW Sabai Nan Aluih Sicincin.
10. Peneliti melakukan pemilihan sampel sesuai dengan kriteria yang telah ditentukan yaitu klien yang mengalami gangguan mobilisasi. Pemilihan sampel dilakukan berdasarkan kriteria inklusi dan eksklusi, dengan kriteria inklusi dan eksklusi dari 7

lansia yang mengalami gangguan mobilisasi didapat sebanyak 3 lansia yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi. Untuk mendapatkan 1 sampel, maka peneliti melakukan pemilihan dengan teknik *simple random sampling* dengan cara lotre dan di dapatkan lansia Tn. M sebagai sampel utama dan memilih 1 sampel cadangan dan didapatkan Tn.S

11. Peneliti memberikan penjelasan maksud dan tujuan penelitian kepada responden.
12. Peneliti memberikan informed consent kepada responden untuk di tanda tangani.
13. Peneliti mengontrak waktu responden untuk melakukan pengkajian dan wawancara menggunakan format pengkajian asuhan keperawatan gerontik.
14. Peneliti melakukan pengkajian yang meliputi anamnesa dan pemeriksaan fisik.
15. Peneliti melakukan penegakan diagnosa, intervensi, implementasi dan evaluasi pada responden, kemudian peneliti melakukan terminasi serta pendokumentasian.

H. Analisa Data

Hasil analisis yang didapat saat melakukan asuhan keperawatan mulai dari pengkajian kemudian dikelompokkan berdasarkan data objektif dan data subjektif sehingga dilakukan analisa data dan ditegakkan diagnosa keperawatan, kemudian merencanakan tindakan, melakukan tindakan sampai mengevaluasi hasil tindakan telah dinarasikan dan dibandingkan askep yang dilakukan terhadap Tn. M dengan teori dan penelitian terdahulu.

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian

Asuhan keperawatan dilakukan kepada lansia Tn.M selama 7 hari dimulai dari tanggal 2 Februari 2023 sampai dengan tanggal 8 Februari 2023 di Wisma Anai PSTW Sabai Nan Aluih Sicincin.

1. Pengkajian keperawatan

Klien adalah Tn.M seorang laki-laki yang berusia 89 tahun, beragama islam, seorang duda yang memiliki tiga orang anak, sumber informasi dalam pengkajian adalah klien sendiri. Keluarga yang dapat dihubungi adalah keponakan klien yang bernama Tn.S. Alasan klien masuk PSTW adalah kemauan sendiri karena klien merasa tidak ada yang akan mengurusnya di rumah. Klien mulai tinggal di PSTW Sabai Nan Aluih pada tanggal 1 Desember 2018.

Pada saat dilakukan pengkajian pada tanggal 2 februari 2023 keluhan utama yang di rasakan klien adalah Tn. M mengatakan bahwa ia mengalami kesulitan berjalan dan berpindah tempat tanpa bantuan kursi roda, kesulitan tersebut terjadi pada saat klien hendak berpindah dari kursi roda ke suatu tempat dan dari suatu tempat ke kursi roda. Klien mengatakan tidak mampu untuk berdiri dan berpindah tempat karena pinggang dan kakinya yang sakit dan kaku akibat pernah terjatuh dari tangga pada tahun 2018. Selain itu, klien mengatakan juga memiliki rasa takut akan jatuh saat berdiri akibat klien yang sering pusing karena tekanan darah yang tinggi sehingga klien harus menggunakan kursi roda untuk berpindah. Klien mengatakan sendi-sendi pada jari kakinya sering terasa kaku dan kesemutan . Pada saat di tanya berapa skala nyeri yang di rasakan oleh Tn. M, beliau mengatakan skala nyeri pada pinggangnya yaitu 4 dengan nyeri yang terasa seperti kaku dan di tusuk-tusuk serta menjalar hingga ke punggung, nyeri biasanya muncul pada saat berpindah dari suatu tempat ke kursi roda. Tn.M mengatakan skala nyeri

pada kaki beliau yaitu 3 dengan nyeri seperti kaku pada sendi-sendi jari kaki dan kaki sering terasa kesemutan. Klien mengatakan sudah mengalami hambatan dalam berjalan dan berpindah tempat sejak 5 tahun terakhir. Klien mengatakan saat berpindah ke kursi roda biasanya klien di bantu oleh pengasuh. Klien mengatakan lebih nyaman beraktivitas sehari-hari dengan bantuan kursi roda. Klien mengatakan juga memiliki penyakit hipertensi sejak 10 tahun yang lalu. Klien mengatakan saat tekanan darahnya tinggi klien merasakan pusing dan kuduk terasa berat serta nyeri pada pinggangnya juga ikut bertambah. Klien mengatakan tidak pernah mengecek kesehatannya secara rutin. Klien mengatakan jarang untuk olahraga akibat keadaannya yang memakai alat bantu kursi roda. Klien mengatakan tidur dengan cukup dan klien mengatakan sering mengkonsumsi makanan yang bersantan dan mengandung minyak. Klien mengatakan saat ini iyah masih sering merokok. Klien biasanya mengatasi masalah kesehatannya tersebut dengan minyak urut, istirahat yang cukup, dan berzikir.

Klien tidak memiliki alergi baik itu alergi makanan, obat, binatang, maupun lingkungan lainnya. Klien memiliki riwayat jatuh yaitu jatuh sendiri pada tahun 2018 yang lalu. Klien memiliki riwayat dirawat RSUD Padang Pariaman karena jatuh 5 tahun yang lalu. Klien juga memiliki penyakit hipertensi namun saat ini klien tidak mengkonsumsi obat hipertensi secara rutin. Klien mengatakan pernah minum obat hipertensi yaitu obat amlodipine jika pusing dan kuduk terasa berat. Klien mengatakan saat 4 bulan terakhir ini sudah tidak pernah mengkonsumsi obat amlodipine. Klien mengatakan takut minum obat amlodipine secara rutin karena takut akan merusak ginjalnya. Klien mengatakan bahwa penyakit hipertensi juga dimiliki oleh ibu klien. Secara psikologi dan spiritual klien, orang yang terdekat dengan klien adalah keponakannya, karena kedua anak klien sudah meninggal dan satu orang anaknya klien merantau. Saat ini masalah yang mempengaruhi klien adalah kesulitan dalam berjalan dan berpindah

tempat, hal tersebut mempengaruhi klien dalam beraktivitas. Mekanisme coping klien terhadap stress adalah beristirahat, sholat dan berzikir. Hal yang dipikirkan klien saat ini adalah masalah kesehatannya dan klien rindu dengan keluarga di kampungnya. Harapan klien setelah masuk panti adalah dirinya lebih terurus dan bisa menikmati waktu tuanya. Setelah masuk panti klien mengatakan bahwa dirinya lebih tenang dan lebih bahagia. Aktivitas keagamaan yang dilakukan klien adalah sholat lima waktu, mengaji 2x sehari, wirid 1 kali seminggu, dan berzikir. Kegiatan keagamaan yang ingin dilakukan klien adalah sholat berjamaah di masjid namun sulit jika menggunakan kursi roda. Klien percaya dengan adanya kematian.

Pola kebiasaan sehari-hari klien adalah makan 3 x sehari dengan nasi, lauk, sayur dan buah, nafsu makan klien baik tetapi klien tidak suka makan sayur, klien tidak ada alergi makanan, klien suka makan makanan yang bersantan seperti gulai tunjang dan rendang, berat badan klien adalah 47 kg dan tinggi badan klien adalah 146 cm. Kebiasaan berkemih klien adalah 5-8 kali sehari dengan warna kuning jernih, dan bau khas. Kebiasaan eliminasi klien adalah 1 kali sehari, dan terkadang kali ini tidak ada BAB dengan warna feses kuning kecoklatan dan konsistensi padat dan keras, klien BAB pagi atau malam hari, klien mengatakan kesulitan saat BAB. Klien tidak pernah mengonsumsi obat laksatif dan biasanya hanya makan buah untuk memperlancar BAB.

Kebiasaan mandi klien adalah 2x sehari dengan sabun, oral hygiene 1x sehari pada saat mandi pagi hari dengan sikat gigi dan odol, cuci rambut 2-3 x seminggu dengan shampo, serta gunting kuku 1 x seminggu. Kebiasaan tidur klien adalah 6-7 jam pada malam hari dan 1 jam pada siang hari. Kebiasaan olahraga klien yaitu klien mengikuti senam pagi sekali seminggu di kursi roda.

Klien mengatakan ketika waktu luang klien biasanya duduk-duduk sambil berbincang-bincang dengan temannya, selain itu klien biasanya membaca alqur'an dan berzikir. Keluhan klien dalam beraktifitas adalah kesulitan dalam berjalan, berdiri dan berpindah tempat, terkadang sesak setelah beraktifitas yang dirasa berat. Klien merokok, biasanya klien merokok sebanyak 3-4 batang/ hari, dan tidak ada ketergantungan obat.

Saat pemeriksaan fisik, ditemukan keadaan umum klien baik dengan menggunakan kursi roda. Tekanan darah adalah 178/80 mmHg, nadi 86x/menit, pernapasan 19x/menit, dan suhu tubuh 36,6°C. Kepala klien bersih, tidak ada ketombe, rambut pendek tipis, dan beruban serta agak rontok. Konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, pandangan klien cukup jelas dan masih bisa membaca alquran yang kecil. Hidung klien simetris, tidak ada sinus, tidak ada lesi dan tidak ada secret serta tidak ada pernapasan cuping hidung. Telinga klien simetris, tidak ada serumen, tampak bersih, dan tidak ada gangguan pendengaran. Mukosa bibir lembab, tidak pucat, gigi klien masih penuh, klien tidak menggunakan gigi palsu. Tidak ada gangguan pada klien saat mengunyah makanan, dan tidak ada kesulitan dalam menelan. Tidak ada pembengkakan kelenjer tiroid.

Pemeriksaan pada dada ditemukan dada simetris kiri dan kanan, tidak ada perbedaan bentuk dada, tidak ada retraksi dinding dada, tidak ada penggunaan otot bantu pernapasan, fremitus kiri teraba sama dengan kanan, tidak ada nyeri tekan, sonor dan terdengar vesikuler. Abdomen simetris dan supel tidak ada asites, tidak ada perbedaan warna abdomen, tidak ada pembengkakan, tidak ada nyeri tekan, tidak ada pembengkakan hepar, bising usus 35x/menit. Ekstermitas atas simetris, luka tidak ada, tidak ada edema, CRT < 2 detik, akral hangat. Ekstermitas bawah simetris kiri dan kanan, tidak ada luka dan tidak ada edema, CRT < 2 detik, otot kaki sebelah kanan tampak lemah. Kekuatan otot tangan kiri 5, tangan kanan 5, kaki kiri 4, kaki kanan 3.

Pengkajian status mental klien ditemukan daya orientasi waktu, tempat, dan orang adalah baik. Daya ingat jangka panjang dan jangka pendek klien baik. Selama proses asuhan keperawatan klien memiliki kontak mata yang baik dengan peneliti dan memiliki afek datar. Pada saat dilakukan pengkajian status mental dan fungsi intelektual didapatkan skor salah sebanyak 4 yang berarti Tn. M mengalami kerusakan intelektual ringan.

Pengkajian status kemandirian klien dengan menggunakan Indeks Barthel didapatkan total skornya adalah 13 yang artinya klien memiliki tingkat ketergantungan ringan (mobilitas: mandiri dengan kursi roda, naik tangga: tidak mampu, ke toilet: butuh bantuan tetapi dapat melakukan sesuatu sendiri). Sedangkan pengkajian untuk kemandirian dalam beraktivitas didapatkan skore 11 artinya klien adalah lansia yang ketergantungan saat melakukan aktivitas.

Pengkajian psikososial didapatkan data klien pada dasarnya puas dengan kehidupannya, klien mempunyai semangat yang baik setiap saat merasa bahagia untuk sebahagian besar hidupnya, klien merasa bahwa hidupnya sekarang ini lebih menyenangkan dan merasa penuh semangat. Klien merasa hidupnya tidak kosong, klien mengatakan tidak sering merasa bosan. Namun, klien merasa bahwa dirinya lebih banyak mempunyai masalah dengan ingatan dibandingkan kebanyakan orang. Kesimpulan yang didapat adalah klien tidak mengalami depresi.

Pengkajian fungsi kognitif di dapatkan data bahwa klien sudah banyak lupa dengan pertanyaan yang di berikan , seperti klien tidak dapat mengingat hari, tanggal, bulan, provinsi, kabupaten dan kecamatan klien tinggal. Klien juga tidak dapat mengeja sebuah kata dari huruf belakangnya. Klien tidak bisa membuat satu kalimat , tetapi yang klien buat hanya satu kata. Kesimpulan dari pengkajian status mental yang sudah di lakukan pada Tn,M yaitu klien menjawab dengan benar sebanyak 19 yang artinya klien mengalami kerusakan fungsi kognitif.

Penataan kamar klien yaitu kamar klien memiliki dua tempat tidur, terdapat dua buah lemari di dalam kamar, klien memiliki satu orang teman sekamar. Kamar tampak tidak padat dengan barang-barang. Kamar tampak bersih dan rapi. Penerangan di kamar klien tampak kurang karena hanya memiliki satu jendela kecil, penerangan pada jalan menuju kamar mandi baik dan penerangan menuju kamar cukup baik. Sirkulasi udara di kamar kurang baik, terdapat satu jendela di kamar Tn. M yang jarang dibuka oleh klien dan teman sekamar

Halaman pada wisma anai dilengkapi dengan banyak bunga dan cukup bersih. Terdapat kamar mandi yang bersih pada wisma anai, penerangan di kamar mandi cukup baik, lantai kamar mandi sedikit licin dan ada tempat pegangan pada jalan menuju kamar mandi dan menuju kamar. Terdapat got dan saluran pembuangan air kotor di belakang wisma. Sumber air minum yaitu dari air masak yang disediakan oleh pengurus PSTW. Terdapat tempat sampah besar yang berada di depan wisma. Sumber pencemaran di sekitar tempat tinggal klien adalah aroma pesing dan asap rokok.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan ditegakkan berdasarkan hasil pengkajian dengan menggunakan Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI). Berdasarkan pengkajian yang dilakukan pada Tn. M , ditegakkan diagnosa keperawatan sebagai berikut:

a. Gangguan mobilitas fisik b.d penurunan kekuatan otot dan kekakuan sendi d.d klien sulit berjalan dan berdiri (berpindah tempat), kekuatan otot menurun, terdapat kekakuan sendi pada jari-jari tangan dan jari kaki serta menggunakan alat bantu mobilitas kursi roda.

Data Subjektif yang didapatkan adalah Klien mengatakan sulit berdiri dan berpindah tempat dari suatu tempat ke kursi roda dan dari kursi roda ke suatu tempat, klien mengatakan pinggangnya sakit jika dipaksa untuk berdiri, klien mengatakan sendi-sendi terasa kaku, klien mengatakan kaki sering kesemutan,

klien mengatakan bahwa ia kesulitan berjalan atau berpindah tempat tanpa bantuan kursi roda, klien mengatakan tidak bisa untuk berdiri lama dan sulit melakukan aktivitas sehari-hari seperti berjalan keluar rumah tanpa bantuan kursi roda, mengambil makanan sendiri ke dapur, dan melakukan aktivitas di luar rumah seperti olahraga.

Data Objektif yang didapatkan adalah klien tampak kesulitan dalam berpindah tempat, klien tampak dibantu dengan kursi roda saat beraktivitas, skor tingkat kemandirian klien adalah 13 atau ketergantungan ringan. kekuatan otot ekstermitas mengalami penurunan yaitu:

555	555
333	444

b. Resiko jatuh dibuktikan dengan kekuatan otot menurun ditandai dengan klien sulit berjalan tanpa alat bantu

Data subjektif yang didapatkan adalah Klien mengatakan kesulitan berdiri dan berpindah tempat dari suatu tempat ke kursi roda, klien mengatakan tungkai terasa lemah dan kaki terasa kaku sendi pada bagian pinggang dan jari-jari kaki terasa kaku, klien mengatakan kadang merasa pusing akibat darah tingginya, klien mengatakan jika berpindah harus menggunakan kursi roda.

Data Objektif yang didapatkan adalah Klien tampak menggunakan alat bantu kursi roda, klien tampak terlihat kesulitan saat hendak berpindah ke kursi roda, klien tampak selalu di bantu jika hendak berpindah ke kursi roda. Tekanan darah klien adalah 170/85 mmHg.

c. Nyeri kronis b.d kondisi muskuloskeletal kronis d.d klien mengeluh nyeri pada jari ekstermitas atas dan bawah yang dirasakan sejak 5 tahun terakhir.

Data subjektif yang didapatkan adalah Klien mengatakan nyeri pinggang dan kaki jika hendak berpindah tempat dari kursi roda ke suatu tempat dan dari suatu tempat ke kursi roda, klien mengatakan nyeri meningkat apabila berpindah dari suatu tempat ke kursi roda, melakukan aktivitas dan cuaca dingin, dan klien mengatakan nyeri sendi pada jari-jari kaki sudah 5 tahun dirasakannya

Data objektif yang didapatkan adalah klien tampak meringis saat berpindah dari suatu tempat ke kursi roda, klien tidak mampu menuntaskan aktivitas saat nyeri muncul, nyeri pada pinggang klien memiliki skala nyeri 4 dan pada kaki klien memiliki skala nyeri 3 dengan durasi lebih kurang 5 menit.

3. Rencana Keperawatan

Perencanaan keperawatan ditetapkan dengan menentukan kriteria hasil serta intervensi keperawatan dengan menggunakan Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) dan Standar Diagnosa Keperawatan (SIKI) Berdasarkan diagnosa keperawatan yang telah ditegakkan, berikut rencana keperawatan untuk Tn. M:

a. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot dan kekakuan sendi.

Tujuan pertama yang ingin dicapai menurut SLKI adalah **mobilitas fisik meningkat** dengan kriteria hasil adalah Pergerakan ekstremitas meningkat, kekuatan otot meningkat, rentang gerak (ROM) meningkat, kaku sendi menurun, gerakan terbatas menurun, kelemahan fisik menurun. Tujuan kedua yang ingin dicapai **ambulasi meningkat** dengan kriteria hasil adalah menopang berat badan meningkat, berjalan dengan langkah efektif meningkat, berjalan dengan langkah pelan meningkat, berjalan dengan langkah sedang meningkat berjalan jarak pendek meningkat, berjalan jarak

sedang meningkat berjalan jarak jauh meningkat, nyeri saat berjalan menurun, keengganan berjalan menurun, perasaan khawatir saat berjalan menurun.

Perencanaan tindakan keperawatan (SIKI) yang akan dilakukan pertama adalah **Dukungan Ambulasi** yaitu dengan identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik, identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi, menjelaskan prosedur dan tujuan ambulasi, monitor tekanan darah sebelum memulai ambulasi, monitor kondisi umum selama melakukan ambulasi, fasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantuan yaitu kursi roda, melibatkan caregiver dalam memfasilitasi lansia dalam melakukan ambulasi latihan ambulasi. Intervensi selanjutnya yaitu melakukan **Teknik Latihan Penguatan Sendi** yaitu dengan identifikasi keterbatasan fungsi dan gerak sendi, monitor lokasi dan ketidaknyamanan atau rasa sakit selama gerakan, lakukan pengendalian nyeri sebelum memulai latihan, berikan posisi tubuh optimal untuk gerakan sendi pasif atau aktif, fasilitasi penyusunan jadwal latihan rentang gerak aktif maupun pasif, berikan penguatan posisi untuk melakukan latihan bersama, jelaskan kepada klien tujuan dan rencana latihan bersama, anjurkan duduk di tempat tidur, disisi tempat tidur, (*'menjuntai'*), atau dikursi, sesuai toleransi, anjurkan melakukan latihan rentang gerak aktif dan pasif secara sistematis, anjurkan mobilisasi sesuai toleransi.

b. Resiko jatuh dibuktikan dengan kekuatan otot menurun.

Tujuan pertama yang ingin dicapai menurut SLKI adalah **tingkat jatuh menurun** dengan kriteria hasil adalah jatuh dari tempat tidur menurun, jatuh saat berdiri menurun, jatuh saat duduk menurun, jatuh saat berjalan menurun, jatuh saat dipindahkan menurun, jatuh saat naik tangga menurun, jatuh saat dikamar mandi menurun, jatuh saat membungkuk dan menurun. Tujuan kedua yaitu **keseimbangan meningkat** dengan kriteria hasil adalah

mempertahankan keseimbangan saat duduk meningkat, mempertahankan keseimbangan dari posisi duduk ke berdiri meningkat, mempertahankan keseimbangan saat berdiri meningkat, pusing menurun.

Perencanaan tindakan keperawatan (SIKI) yang akan dilakukan adalah **pencegahan jatuh** yaitu dengan melakukan Identifikasi faktor risiko jatuh (mis Usia > 65 tahun, identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan resiko jatuh (mis: lantai licin, penerangan kurang), monitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya, tempatkan pasien beresiko tinggi jatuh dengan pantauan perawat, anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin, anjurkan untuk berpegangan pada pegangan yang tersedia pada dinding wisma anjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh, anjurkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan, menganjurkan klien untuk memanggil pengasuh jika ada kesulitan dalam beraktivitas, dan mengedukasi dan melibatkan caregiver dalam mengendalikan faktor penyebab resiko jatuh pada klien. SIKI kedua **manajemen keselamatan lingkungan**. dengan melakukan: Observasi: indentifikasi kebutuhan keselamatan klien (mis. fungsi fisik dan kognitif serta riwayat perilaku), monitor perubahan status keselamatan lingkungan. Terapeutik: hilangkan bahaya keselamatan lingkungan (mis. Biologi dan kimia), modifikasi lingkungan untuk meminimalkan bahaya dan risiko, dan sediakan alat bantu keamanan lingkungan

c. Nyeri kronis b.d kondisi muskuloskeletal kronis

Tujuan pertama yang ingin dicapai menurut SLKI adalah **tingkat nyeri menurun** dengan kriteria hasil adalah keluhan nyeri menurun, meringis menurun, gelisah menurun, kesulitan tidur menurun, pola tidur membaik.

Perencanaan tindakan keperawatan (SIKI) yang akan dilakukan pertama adalah **Manajemen Nyeri** yaitu dengan melakukan identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, identifikasi respons nyeri non verbal, identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri, monitor terapi komplementer yang sudah diberikan, berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri salah satunya dengan teknik relaksasi napas dalam, kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri, pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dan kolaborasi pemberian obat.

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan dilakukan sesuai dengan perencanaan tindakan keperawatan yang telah ditentukan dan disusun sebelumnya sesuai SIKI dan SLKI serta sesuai dengan hasil pengkajian Implementasi keperawatan dilakukan selama 5 hari yaitu dari tanggal 03 Februari – 07 Februari 2023. Berikut adalah implementasi keperawatan yang diberikan kepada Tn. M :

a. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot dan kekakuan sendi.

Implementasi keperawatan yang dilakukan adalah mengidentifikasi kemampuan pasien untuk mobilisasi/ berjalan dan berdiri, mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, mengidentifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi, memonitor kondisi umum selama melakukan ambulasi, memfasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu kursi roda, mengukur tekanan darah, nadi, pernafasan (TTV) sebelum dan setelah melakukan aktivitas, menjelaskan prosedur dan tujuan ambulasi, melibatkan caregiver dalam membantu klien saat melakukan latihan ambulasi dan membantu klien dalam berpindah dari kursi roda ke tempat tidur

dan sebaliknya, membantu klien dengan memapah klien berjalan ke kamar mandi atau sesuai kebutuhan, melakukan latihan ROM dan mengajarkan klien untuk melakukan latihan ROM secara mandiri

b. Resiko jatuh dibuktikan dengan kekuatan otot menurun.

Implementasi keperawatan yang dilakukan adalah mengidentifikasi faktor penyebab risiko jatuh, mengidentifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh (mis. Lantai licin, penerangan kurang), memonitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya, membantu klien dalam menggunakan kursi roda, menganjurkan klien untuk menggunakan alas kaki yang tidak licin, menganjurkan klien untuk berpegangan pada rail yang berada di dinding wisma, menganjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh, melibatkan caregiver dalam memodifikasi lingkungan untuk mencegah risiko jatuh seperti lantai licin dan barang berserakan di lantai kamar mandi.

c. Nyeri kronis b.d kondisi muskuloskeletal kronis

Implementasi keperawatan yang dilakukan adalah mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, mengidentifikasi respons nyeri nonverbal, mengidentifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri, memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri teknik napas dalam, dan mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri. Melibatkan caregiver dalam mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri.

5. Evaluasi Keperawatan

Berikut adalah hasil dan penilaian dari tindakan keperawatan yang telah diberikan kepada Tn. M selama 5 hari:

a. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot dan kekakuan sendi

Setelah diberikan asuhan keperawatan pada Tn. M, evaluasi pada hari pertama adalah S: Klien mengatakan masih kesulitan dalam berjalan dan berpindah tempat dari suatu tempat ke kursi roda dan sebaliknya, dan klien mengatakan pinggang masih kaku dan kaki terasa berat serta sendi pada jari-jari kaki masih kaku. O: TD sebelum aktivitas: 158/87 mmHg, TD setelah aktivitas: 170/89 mmHg, klien tampak masih sulit untuk berjalan dan tampak lemah saat berpindah tempat, klien tampak mampu mencoba latihan dengan tongkat untuk bisa berdiri dan berjalan dengan langkah yang sedikit, klien tampak lebih nyaman saat beraktivitas dengan menggunakan kursi roda, klien bersedia untuk melakukan latihan ROM. A: Masalah gangguan mobilitas fisik dan ambulasi belum teratasi P: Intervensi dilanjutkan dengan dukungan ambulasi dan latihan penguatan sendi

Pada hari kedua, S : Klien mengatakan kesulitan dalam berjalan dan berpindah dari suatu tempat ke kursi roda, Klien mengatakan pinggang masih kaku dan kaki terasa berat serta sendi pada kaki masih kaku, O :TD sebelum beraktivitas : 150/80 mmHg, Td setelah aktivitas : 165/86 mmHg, klien tampak masih sulit dan lemah saat berpindah , klien tampak lebih nyaman beraktivitas menggunakan kursi roda, klien bersedia untuk melakukan latihan ROM. A : Masalah gangguan mobilitas fisik: mobilitas fisik dan ambulasi belum teratasi P : Intervensi dukungan ambulasi dan latihan penguatan sendi dilanjutkan

Pada hari ketiga, S : Klien mengatakan kesulitan dalam berjalan dan berpindah dari suatu tempat ke kursi roda, klien mengatakan pinggang masih kaku dan kaki terasa berat serta sendi pada kaki masih kaku, lien mengatakan sudah mulai mencoba latihan ROM secara mandiri sedikit-dikit. O : TD sebelum beraktivitas : 150/80

mmHg, TD setelah aktivitas : 155/80 mmHg, klien tampak masih sulit dan lemah saat berpindah, klien tampak lebih nyaman beraktivitas menggunakan kursi roda, klien tampak kesulitan saat berpindah tempat. A: Masalah risiko jatuh: tingkat jatuh belum teratasi. P: Intervensi pencegahan jatuh dan manajemen keselamatan lingkungan dilanjutkan

Pada hari keempat, S : Klien mengatakan masih sulit dalam berjalan dan berpindah dari suatu tempat ke kursi roda, klien mengatakan kaku pada pinggang sudah agak berkurang, klien mengatakan kaki masih terasa berat namun kaku sendi pada kaki sudah agak berkurang, klien mengatakan sudah mulai mencoba latihan ROM secara mandiri pada pagi dan sore hari O : TD sebelum beraktivitas : 140/80 mmHg, TD setelah aktivitas : 150/80 mmHg, klien tampak sudah lebih baik saat berpindah, klien tampak sudah mulai bisa bergantung ke dinding untuk berpindah, klien tampak lebih nyaman beraktivitas menggunakan kursi roda, klien tampak kooperatif saat melakukan latihan ROM. A : Masalah gangguan mobilitas fisik: mobilitas fisik dan ambulasi belum teratasi. P : Intervensi dukungan ambulasi dan latihan penguatan sendi dilanjutkan (ROM)

Pada hari kelima, S : Klien mengatakan sudah berani untuk berpindah dari suatu tempat ke kursi roda dan sebaliknya dari kursi roda ke suatu tempat, klien mengatakan pinggangnya sudah mulai membaik walaupun masih sedikit kaku , klien sudah mampu dan berani untuk bergantung ke pegangan dinding untuk berpindah ke kursi roda, klien mengatakan kaki dan jari-jari kaki sudah lebih baik dari sebelumnya, kaku pada kaki juga sudah berkurang, klien mengatakan kakinya terasa lebih baik sejak dilakukan latihan ROM secara mandiri, klien mengatakan sudah bisa berpindah ke kursi roda secara mandiri tanpa bantuan dari pengasuh, klien mengatakan

sudah mulai mencoba latihan ROM secara mandiri sedikit-dikit. O : TD sebelum beraktivitas : 140/80 mmHg, TD setelah aktivitas : 150/80 mmHg, klien tampak sudah lebih baik saat berpindah , klien tampak sudah mulai bisa bergantung ke dinding untuk berpindah, klien tampak lebih nyaman beraktivitas menggunakan kursi roda, klien tampak kooperatif saat melakukan latihan ROM. A: Masalah gangguan mobilitas fisik teratasi sebagian. P: Intervensi dilanjutkan dengan dukungan ambulasi dan latihan penguatan sendi dilanjutkan oleh pengasuh dengan memfasilitasi dan membantu klien dalam melakukan aktivitas ambulasi dengan alat bantu kursi roda serta membimbing klien untuk latihan ROM Aktif 2x/ hari dengan mandiri.

b. Resiko jatuh b.d kekuatan otot menurun.

Setelah diberikan asuhan keperawatan pada Tn. M, evaluasi pada hari pertama adalah S: Pasien mengatakan masihtakut berjalan tanpa alat bantu, klien mengatakan tungkai kaki terasa lemah, perasaan oyong kadang masih dirasakan sesekali. O: Pasien tampak menggunakan kursi roda , klien tampak lemah A: Masalah risiko jatuh: tingkat jatuh belum teratasi P: Intervensi pencegahan jatuhnya dan manajemen keselamatan lingkungan dilanjutkan.

Pada hari kedua, S: Pasien mengatakan masihtakut berjalan tanpa alat bantu, klien mengatakan tungkai kaki terasa lemah., perasaan oyong kadang masih dirasakan sesekali. O: Pasien tampak menggunakan kursi roda untuk beraktivitas, klien tampak lemah A: Masalah risiko jatuh: tingkat jatuh belum teratasi P: Intervensi pencegahan jatuh dan manajemen keselamatan lingkungan dilanjutkan.

Pada hari ketiga: S: Pasien mengatakan masihtakut berjalan tanpa alat bantu, klien mengatakan tungkai kaki terasa lemah, klien mengatakan pusing berkurang O: Pasien tampak menggunakan kursi

roda saat berpindah, klien tampak kesulitan saat berpindah tempat
 A: Masalah risiko jatuh: tingkat jatuh belum teratasi P: Intervensi pencegahan jatuh dan manajemen keselamatan lingkungan dilanjutkan.

Pada hari keempat : S: Pasien mengatakan masih takut berjalan tanpa alat bantu akibat pingangnya yang sakit, klien mengatakan tungkai kaki terasa mulai agak membaik, klien mengatakan pusing berkurang. O: Pasien tampak menggunakan kursi roda saat berpindah, klien tampak kesulitan saat berpindah tempat. A: Klien masih berisiko untuk jatuh, masalah risiko jatuh belum teratasi. P: Intervensi pencegahan jatuh dan manajemen keselamatan lingkungan dilanjutkan.

Pada hari kelima : S: Pasien mengatakan sudah berani berpindah ke kursi roda secara mandiri, klien mengatakan tungkai kaki terasa lebih baik, Klien mengatakan pusing berkurang. O: Pasien tampak menggunakan kursi roda saat berpindah, klien tampak berani berpindah ke kursi roda secara mandiri. A: Klien masih berisiko untuk jatuh, masalah risiko jatuh teratasi sebagian P: Intervensi pencegahan jatuh dan manajemen keselamatan lingkungan dilanjutkan oleh klien dan dibantu oleh pengasuh.

c. Nyeri kronis b.d kondisi muskuloskeletal kronis.

Setelah diberikan asuhan keperawatan pada Tn. M, evaluasi pada hari pertama adalah S: Pasien mengatakan nyeri pada pinggang dan sendi kaki masih dirasakan, skala nyeri 3, durasi dan frekuensi tidak menentu, nyeri timbul ketika melakukan pergerakan atau berpindah dari suatu tempat ke kursi roda, di pagi hari dan di malam hari, pasien mengatakan sudah mampu melakukan teknik nafas dalam

untuk mengatasi rasa nyeri. O: Pasien tampak lebih nyaman dari sebelumnya, masih tampak gelisah ketika nyeri timbul tapi sudah berkurang, nyeri yang timbul tampak mengganggu aktivitas klien, TD: 170/89 mmHg, HR: 83 x/i, RR: 20 x/i. A: Masalah Nyeri kronis: tingkat nyeri belum teratasi. P: Intervensi manajemen nyeri dilanjutkan.

Pada hari kedua, S: Pasien mengatakan nyeri pada pinggang dan sendi kaki masih dirasakan, skala nyeri 3, durasi dan frekuensi tidak menentu, nyeri timbul ketika melakukan pergerakan atau berpindah dari suatu tempat ke kursi roda, di pagi hari dan di malam hari, pasien mengatakan sudah mampu melakukan teknik nafas dalam untuk mengatasi rasa nyeri. O: Pasien tampak lebih nyaman dari sebelumnya, klien masih tampak gelisah ketika nyeri timbul tapi sudah berkurang, nyeri yang timbul tampak mengganggu aktivitas klien. TD: 170/89 mmHg, HR: 83 x/i. RR: 20 x/i. A: Masalah Nyeri kronis: tingkat nyeri belum teratasi. P: Intervensi manajemen nyeri dilanjutkan.

Pada hari ketiga, S: Pasien mengatakan nyeri pada pinggang dan sendi kaki masih dirasakan, skala nyeri 2, durasi dan frekuensi tidak menentu. Nyeri timbul ketika melakukan pergerakan atau berpindah dari suatu tempat ke kursi roda, di pagi hari dan di malam hari. Pasien mengatakan sudah mampu melakukan teknik nafas dalam

untuk mengatasi rasa nyeri. O: Pasien tampak lebih nyaman dari sebelumnya. Masih tampak gelisah ketika nyeri timbul tapi sudah berkurang. Nyeri yang timbul tampak mengganggu aktivitas klien. TD: 170/89 mmHg HR: 83 x/i, RR: 20 x/i. A: Masalah Nyeri kronis: tingkat nyeri belum teratasi. P: Intervensi manajemen nyeri dilanjutkan.

Pada hari keempat, S: Pasien mengatakan nyeri pada pinggang dan sendi kaki masih dirasakan, skala nyeri 2, durasi dan frekuensi tidak menentu, nyeri timbul ketika melakukan pergerakan atau berpindah dari suatu tempat ke kursi roda, di pagi hari dan di malam hari, pasien mengatakan sudah mampu melakukan teknik nafas dalam untuk mengatasi rasa nyeri. O: Pasien tampak lebih nyaman dari sebelumnya, Masih tampak gelisah ketika nyeri timbul tapi sudah berkurang, nyeri yang timbul tampak mengganggu aktivitas klien, TD: 170/89 mmHg, HR: 83 x/i, RR: 20 x/i. A: Masalah Nyeri kronis: tingkat nyeri belum teratasi. P: Intervensi manajemen nyeri dilanjutkan.

Pada hari kelima, S: Pasien mengatakan nyeri pada pinggang dan sendi kaki sudah membaik, skala nyeri 1, nyeri timbul sudah berkurang ketika melakukan pergerakan atau berpindah dari suatu tempat ke kursi roda, pasien mengatakan sudah mampu melakukan teknik nafas dalam untuk mengatasi rasa nyeri. O: Pasien tampak

lebih nyaman dari sebelumnya, masih tampak lebih santai ketika nyeri timbul karena nyeri sudah berkurang, nyeri yang timbul tampak sudah berkurang dan tidak terlalu mengganggu aktivitas klien, TD: 145/80 mmHg, HR: 83 x/i, RR: 20 x/i. A: Masalah Nyeri kronis: tingkat nyeri teratasi sebagian . P: Intervensi manajemen nyeri dilanjutkan oleh klien secara mandiri dan dibantu oleh pengasuh.

B. Pembahasan Kasus

Setelah melaksanakan asuhan keperawatan pada Tn. M yang berusia 89 tahun dengan masalah gangguan mobilitas fisik di PSTW Sabai Nan Aluih Sicincin pada tanggal 2-8 Februari 2023 maka pada pembahasan kasus ini peneliti akan menganalisa data hasil penelitian dengan membahas kesenjangan antara teori dengan hasil temuan peneliti saat proses keperawatan yang dimulai dari proses pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan

1. Pengkajian Keperawatan

a. Identitas klien

Identitas klien didapatkan dari klien langsung saat pengkajian. Selama proses pengkajian klien berinteraksi dengan kooperatif dan terbuka kepada peneliti tentang keluhan dan keadaanya. Klien juga memberikan respon yang baik kepada peneliti. Klien adalah seorang lansia laki-laki berusia 89 tahun. Faktor penyebab klien mengalami gangguan mobilitas fisik yang ditemukan oleh peneliti adalah disebabkan oleh faktor cedera karena klien pernah terjatuh dan faktor penuaan karena Tn. M yang sudah berusia 89 tahun.

Faktor penyebab gangguan mobilitas fisik yang ditemukan peneliti pada pasiennya sejalan dengan faktor penyebab gangguan mobilitas fisik dalam penelitian Rosita (2020) yaitu menjelaskan faktor penyebab gangguan mobilitas fisik adalah faktor penuaan yang dapat mengakibatkan menurunnya fungsi tubuh dan juga faktor gangguan muskuloskeletal yang biasanya ditandai dengan adanya cedera dan kekakuan pada tubuh pasien akibat riwayat jatuh, kecelakaan, degeneratif, dan penyakit kronis. Hal ini didukung dalam teori yang disampaikan oleh Nasrullah (2016) Penyebab gangguan mobilitas fisik yaitu pada tingkat usia yang berbeda terdapat perbedaan kemampuan mobilitas. Ini dikarenakan kemampuan atau kematangan fungsi alat gerak sejalan dengan perkembangan usia, dimana semakin lanjut usia seseorang maka kemampuan fungsi alat geraknya semakin menurun. Selain itu, faktor penuaan dapat menyebabkan gangguan mobilitas. Menurut kholifah, (2016) masalah yang terjadi pada sistem muskuloskeletal akibat proses penuaan diantaranya adalah tulang rapuh, risiko terjadinya fraktur, kifosis, persendian besar dan menjadi kaku. Proses penuaan pada sistem muskuloskeletal dapat meningkatkan risiko terjadinya gangguan mobilitas

b. Keluhan Utama

Berdasarkan hasil pengkajian, keluhan utama yang dirasakan Tn. M adalah kesulitan saat berdiri maupun berpindah tempat dari suatu tempat ke kursi roda dan dari kursi roda ke suatu tempat karena saat ini pinggang sakit, kaki terasa sakit dan lemah jika digunakan. Klien mengatakan kaku pada pinggang, dan jari-jari kaki, klien mengatakan juga terasa nyeri pada jari-jari jari-jari kaki.

Keluhan utama yang ditemukan peneliti dengan yang ditemukan oleh Rosita (2020) terdapat kesamaan yaitu kaki sulit berjalan dan digerakkan serta adanya nyeri sendi. Selain itu peneliti juga menemukan adanya nyeri pada pinggang klien yang di akibat jatuh 5 tahun yang lalu. Sesuai dengan teori menurut Hermayudi dan Ariani (2017) keluhan utama pasien dengan gangguan muskuloskeletal akibat penyakit degenerasi dan jatuh , diantaranya adalah kekakuan sendi, deformitas dan imobilitas, keluhan utama yang ditimbulkan berupa keterbatasan gerak, bahkan dapat menyebabkan gangguan dalam beraktivitas.

Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan, Tn. M memiliki faktor penyebab yang menyebabkan klien mengalami keterbatasan bergerak dan berpindah atau gangguan mobilitas fisik. Faktor penyebab klien yang mengalami gangguan mobilitas fisik yang sesuai dengan SDKI (2016) diantaranya adalah adanya penurunan kendali otot, penurunan massa otot, penurunan kekuatan otot, kekakuan sendi, nyeri, dan keengganan dalam bergerak.

Sesuai dengan paparan teori dari Nasrullah (2016), penurunan massa otot dapat meningkatkan kelelahan dan tidak mampu mempertahankan aktivitas. Penurunan mobilitas dan gerak menyebabkan muskuloskeletal mengalami kerusakan yang besar dan terjadi perubahan patofisiologi yaitu atrofi. Penurunan kestabilan terjadi karena daya tahan yang hilang massa otot menurun, atrofi dan kehilangan sendi yang aktual.

Berdasarkan teori Nasrullah (2016), gangguan mobilitas juga mempengaruhi gangguan metabolisme kalsium dan gangguan mobilitas sendi pada muskuloskeletal sehingga klien akan mengalami kekakuan pada sendi. Hal ini sesuai dengan kondisi

yang ditemukan pada klien dimana klien memiliki keluhan kekakuan pada sendi pada bagian pinggang dan sendi pada jari-jari kaki, artinya hasil penelitian yang ditemukan sesuai dengan teori yang ada bahwa lansia dengan gangguan mobilitas juga mengalami keluhan kekakuan pada sendi.

c. Keluhan saat dikaji

Keluhan Tn. M saat dikaji adalah klien merasa takut akan jatuh karena klien merasa tubuhnya tidak seimbang dan klien sering pusing akibat tekanan darah tinggi, Klien mengeluh mengalami kesulitan berjalan dan berpindah tempat dari suatu tempat ke kursi roda akibat pernah terjatuh 5 tahun yang lalu yang mengakibatkan pinggangnya sakit dan kaku serta nyeri pada kaki dan kekakuan pada sendi jari-jari kaki. Pada saat pengkajian Tn.M mengatakan nyeri pada pinggangnya memiliki skala nyeri 4 dan nyeri pada kakinya dengan skala nyeri 3 terjadi pada saat klien hendak berpindah tempat, dengan durasi sekitar 5 menit. Klien merasa takut jatuh diakibatkan karena adanya penurunan kekuatan otot sehingga tubuh klien merasa tidak seimbang. Hal ini meningkatkan resiko jatuh pada klien.

Terdapat kesesuaian antara keluhan yang ditemukan oleh peneliti dengan keluhan yang ditemukan oleh Rosita (2020) yaitu responden mengeluh mengalami kesulitan saat berpindah tempat, nyeri pada kaki dan kekakuan pada sendi-sendi kakinya. Dan didukung dengan teori yang disampaikan oleh Nasrullah, (2020) faktor penyebab terjadinya gangguan mobilitas yaitu adanya nyeri, kelemahan otot, kekakuan sendi, kelelahan dan tingkat gangguan mobilitasnya.

Keluhan kaku dan nyeri sendi yang ditemukan pada Tn. M sesuai dengan teori yang telah dipaparkan, keluhan pasien dengan

gangguan muskuloskeletal akibat penyakit degenerasi menurut Hermayudi dan Ariani (2017) yang menyebabkan gangguan mobilitas adalah diantaranya nyeri dan kekakuan sendi. Sedangkan menurut Gemini dkk (2021) degenerasi mengakibatkan tulang kehilangan densitas atau cairan pada tulang dan tulang menjadi rapuh, persendian kaku dan membesar, tendon menyusut dan sclerosis, serabut otot mengecil sehingga gerakan menjadi lambat.

Biasanya terdapat nyeri pada muskuloskeletal, nyeri muncul saat bergerak, nyeri saat bergerak merupakan satu tanda masalah persendian. Degenerasi pada lutut juga menimbulkan nyeri selama dan setelah berjalan. Pada penyakit degenerasi, sendi sering mengalami kekakuan yang meningkat pada pagi hari setelah bangun tidur kekakuan sendi yang meningkat pada pagi hari setelah bangun tidur (Hermayudi dan Ariani, 2017). Berdasarkan penelitian Adnindya, dkk (2022) bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara riwayat jatuh dengan keseimbangan berjalan. Trauma akibat jatuh menyebabkan peningkatan variabilitas cara berjalan karna adanya cedera pada bagian tertentu sehingga menyebabkan kesulitan untuk berdiri dan berjalan. Serta memberikan pengaruh terhadap psikologi yaitu terbentuknya rasa takut akan jatuh kembali.

Keluhan yang ditemukan peneliti pada klien sesuai dengan teori yang ada bahwa keluhan nyeri dan kaku pada sendi Tn. M disebabkan oleh faktor degenerasi atau proses penuaan dan juga faktor riwayat jatuh yang pernah dialami olen Tn.M 5 tahun yang lalu.

d. Riwayat Kesehatan Dahulu

Klien pernah terjatuh pada tahun 2018 dan di rawat di RSUD Padang Pariaman pada bulan januari 2018. Menurut peneliti,

klien beresiko mengalami jatuh, selain karena adanya penurunan kekuatan otot, resiko klien mengalami jatuh juga berhubungan dengan penyakit klien. Berdasarkan hasil pengkajian klien memiliki riwayat penyakit hipertensi. Klien tidak meminum obat hipertensi dengan teratur sehingga gejala pusing sering terjadi pada klien, hal tersebut dapat menimbulkan resiko jatuh pada klien.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Rosita (2020) ditemukan penyebab resiko jatuh pada klien adalah karena adanya riwayat jatuh/ kecelakaan. Sedangkan yang ditemukan oleh peneliti, klien memiliki riwayat jatuh sehingga menyebabkan cedera pada pinggang beliau serta adanya penurunan kekuatan otot dan adanya penyakit hipertensi.

Menurut teori Nasrullah (2016) penurunan kestabilan terjadi karena daya tahan yang hilang, massa otot menurun, atrofi dan kehilangan sendi yang aktual. Sehingga, klien tidak dapat bergerak secara terus-menerus dan beresiko untuk jatuh. Sedangkan menurut Konitatillah dkk (2021) timbulnya penurunan perfusi ke jaringan otak dapat mempengaruhi tingkat keseimbangan bahkan kesadaran. Hal tersebut memungkinkan lansia yang mengalami hipertensi akan mengalami perubahan keseimbangan dan selanjutnya menyebabkan jatuh.

Menurut Murtiani dan Suidah (2019) resiko jatuh akan sangat berbahaya bagi lansia mengingat komplikasi yang mungkin timbul akibat terjatuh. Gangguan keseimbangan postural menjadi salah satu penyebab terjadinya jatuh pada lansia yang dapat mengakibatkan patah tulang, keseleo pada otot, perlukaan jaringan bahkan jatuh dapat mengakibatkan kematian pada lansia (Konitatillah dkk2021).

e. Pemeriksaan fisik

Pada saat dilakukan pemeriksaan fisik pada ekstermitas atas klien didapatkan bentuk simetris, tidak ada luka, tidak ada edema, CRT < 2 detik, akral hangat Kekuatan otot tangan kanan 5, kekuatan otot tangan kiri 5. Sedangkan pada ekstermitas bawah didapatkan data bentuk simetris kiri dan kanan, tidak ada luka dan tidak ada edema CRT < 2 detik otot kaki sebelah kanan tampak lemah, kekuatan otot kaki kanan 3 otot kaki kiri 4. Menurut peneliti menurunnya kekuatan otot pada klien disebabkan oleh faktor penuaan serta merupakan dampak dari gangguan mobilitas fisik tersebut.

Penurunan kekuatan otot yang ditemukan peneliti sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Alfiandry (2019), yaitu adanya penurunan kekuatan otot pada responden dimana kekuatan otot responden adalah 4. Dan dijelaskan dalam teori yang memaparkan bahwa hambatan mobilitas mempengaruhi otot klien dengan kehilangan daya tahan massa otot menurun atrofi dan stabilitas menurun. Metabolisme yang terganggu dan tidak digunakan dapat menurunkan massa otot. Penurunan massa otot akan berkelanjutan jika saat gangguan mobilitas menjadi parah dan otot tidak dilatih (Nasrullah2016).

2. Diagnosis Keperawatan

Berdasarkan proses pengkajian yang telah dilakukan oleh peneliti terhadap Tn. M didapatkan tiga masalah keperawatan yang muncul yaitu 1) gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot dan kekakuan sendi, 2) Resiko jatuh dibuktikan dengan kekuatan otot menurun, 3) Nyeri kronis b.d kondisi muskuloskeletal kronis.

Terdapat kesesuaian antara diagnosa yang diangkat oleh peneliti dengan diagnosa dalam penelitian Husna (2021) yaitu diagnosa yang di angkat adalah 1) gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot dan kekakuan sendi, 2) Resiko jatuh dibuktikan dengan kekuatan otot menurun, 3) Nyeri kronis b.d kondisi muskuloskeletal kronis.

Berdasarkan teori sebelumnya, kemungkinan diagnosis keperawatan yang akan muncul pada klien dengan gangguan mobilitas fisik menurut SDKI (2016) adalah sebagai berikut:

- a. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot
- b. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan imobilitas
- c. Defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal
- d. Resiko jatuh dibuktikan dengan gangguan keseimbangan

Pada penelitian ini terdapat 2 diagnosa keperawatan yang sesuai dengan teori yang dipaparkan diantaranya adalah gangguan mobilitas fisik dan resiko jatuh. Sedangkan diagnosa keperawatan intoleransi aktivitas dan defisit perawatan diri tidak dapat ditegakkan pada klien yang diteliti.

Menurut SDKI (2016) Intoleransi aktivitas adalah ketidakcukupan energi untuk melakukan aktivitas sehari-hari. Intoleransi aktivitas dapat ditegakkan jika pasien mengeluh lelah, frekuensi jantung meningkat > 20% dari kondisi sehat, dispnea saat/setelah aktivitas, merasa tidak nyaman setelah beraktivitas, merasa lemah, tekanan darah berubah >20% dari kondisi istirahat, gambaran EKG aritmia dan iskemia, sianosis. Tanda dan gejala tersebut tidak ditemukan pada klien yang diteliti sehingga diagnosa keperawatan intoleransi aktivitas tidak dapat ditegakkan Pada Tn. M. Defisit perawatan diri adalah ketidakmampuan dalam menyelesaikan aktifitas perawatan diri. Defisit perawatan

diri dapat ditegakkan jika ditemukan tanda dan gejala yang sesuai dengan SDKI (2016) Tanda dan gejala defisit perawatan diri diantaranya adalah menolak melakukan perawatan diri, tidak mampu mandi/ mengenakan pakaian makan/ ke toilet/ berhias secara mandiri, minat dalam melakukan perawatan diri kurang. Tanda dan gejala tersebut tidak ditemukan pada Tn. M sehingga diagnosa keperawatan defisit perawatan diri tidak dapat ditegakkan. Terdapat 1 diagnosa keperawatan yang ditegakkan tidak sesuai dengan teori yang ada yaitu nyeri kronis berhubungan dengan kondisi muskuloskeletal kronis. Nyeri kronis adalah pengalaman sensorik atau emosional berkaitan dengan kerusakan jaringan actual atau fungsional dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat dan kosntan yang berlangsung lebih dari 3 bulan. Diagnosa nyeri kronis dapat ditegakkan jika klien mengeluh nyeri, merasa depresi, tampak meringis, gelisah, tidak mampu menuntaskan aktivitas, merasa takut mengalami cedera berulang, bersikap protektifwaspada, anoreksia, fokus menyempit, berfokus pada diri sendiri. Pada hasil pengkajian, klien mengeluh mengalami nyeri sendi pada kakinya sudah berlangsung selama 5 tahun dan klien pernah diberi obat dari klinik untuk nyeri sendi tersebut. Tanda dan gejala yang muncul adalah klien mengeluh nyeri, tampak meringis, gelisah, tidak mampu menuntaskan aktivitas.

Berdasarkan tanda dan gejala tersebut peneliti menegakkan diagnosa nyeri kronis pada Tn.M. Menurut Hermayudi dan Ariani (2017) biasanya terdapat nyeri pada muskuloskeletal, nyeri muncul saat bergerak nyeri saat bergerak merupakan satu tanda masalah persendian. Degenerasi pada pinggang dan kaki juga menimbulkan nyeri selama dan setelah berpindah tempat.

3. Rencana Keperawatan

Intervensi keperawatan gerontik adalah proses penyusunan berbagai intervensi yang akan digunakan berguna untuk mencegah, menurunkan atau mengurangi masalah masalah yang ditemukan pada proses pengkajian hingga terbentuknya suatu diagnose Pada pengambilan intervensi juga ditentukan dengan memiliki prioritas masalah serta menentukan hasil dan tujuan yang diharapkan (Kholifah, 2016).

Intervensi pertama yaitu **gangguan mobilitas fisik dan penurunan kekuatan otot dan kekuatan sendi**. Intervensi keperawatan pada masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik bertujuan agar mobilitas fisik meningkat dan ambulasi meningkat. Mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil pergerakan ekstremitas lansia meningkat, kekuatan otot lansia meningkat, rentang gerak (ROM) meningkat. Ambulasi meningkat dengan kriteria hasil lansia mampu berjalan dengan langkah efektif meningkat dengan langkah pelan meningkat, langkah sedang meningkat, berjalan jarak jauh meningkat nyeri dan kaku pada persendian menurun. Tujuan tersebut dapat dicapai dengan pemberian intervensi keperawatan dukungan ambulasi dan teknik latihan penguatan sendi. Intervensi dukungan ambulasi diantaranya adalah jelaskan prosedur dan tujuan ambulasi, identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi, monitor tekanan darah sebelum memulai ambulasi, monitor kondisi umum selama melakukan ambulasi, fasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu kursi roda, melibatkan caregiver dalam memfasilitasi lansia dalam melakukan ambulasi latihan ambulasi. Sebelum itu lakukan latihan terhadap caregiver terkait latihan ambulasi agar caregiver dapat melanjutkan intervensi ini terhadap klien.

Intervensi teknik latihan penguatan sendi diantaranya adalah identifikasi keterbatasan fungsi dan gerak sendi, monitor lokasi dan ketidaknyamanan atau rasa sakit selama gerakan/aktifitas,

lakukan pengendalian nyeri sebelum memulai latihan, berikan posisi tubuh yang optimal untuk gerakan sendi pasif atau aktif, fasilitasi gerak sendi teratur dalam batas-batas rasa sakit, ketahanan, dan mobilitas sendi, berikan penguatan positif untuk melakukan latihan bersama, jelaskan kepada pasien/keluarga tujuan dan rencanakan latihan bersama, anjurkan duduk di tempat tidur, di sisi tempat tidur atau di kursi sesuai toleransi, anjurkan melakukan latihan ROM 2 kali sehari yaitu pagi dan sore selama 5 hari dengan durasi 15-20 menit, anjurkan memvisualisasikan gerak tubuh sebelum memulai gerakan, anjurkan ambulasi sesuai toleransi, melibatkan caregiver dalam memberikan latihan ROM pada lansia. Sebelum itu lakukan latihan terhadap caregiver terkait latihan teknik latihan sendi agar caregiver dapat melanjutkan intervensi ini terhadap klien.

Intervensi gangguan mobilitas fisik yang dilakukan oleh peneliti terdapat kesesuaian dengan penelitian yang dilakukan oleh Husna (2021) yaitu melakukan dukungan ambulasi yang bertujuan untuk meningkatkan ambulasi atau meningkatkan aktivitas klien, dan melakukan teknik latihan penguatan sendi. Di dukung oleh teori yang terdapat dalam buku SIKI (2026) intervensi utama dalam gangguan mobilitas fisik salah satunya adalah dukungan ambulasi, dan intervensi pendukung salah satunya adalah teknik latihan penguatan sendi.

Intervensi kedua adalah **resiko jatuh b.d penurunan kekuatan otot**. Intervensi keperawatan pada masalah keperawatan resiko jatuh bertujuan agar tingkat jatuh menurun. Tingkat jatuh menurun dengan kriteria hasil: jatuh dari tempat tidur menurun, jatuh saat berdiri menurun, jatuh saat duduk menurun, jatuh saat berjalan menurun, jatuh saat dipindahkan menurun, jatuh saat naik tangga menurun, jatuh saat dikamar mandi menurun, jatuh saat membungkuk dan menurun. Intervensi manajemen pencegahan jatuh adalah identifikasi faktor risiko jatuh (mis. Usia > 65 tahun, identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan resiko jatuh (mis. lantai licin,

penerangan kurang), monitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya, tempatkan pasien beresiko tinggi jatuh dengan pantauan perawat, anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin, anjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh, menganjurkan untuk berpegangan pada pegangan yang disediakan pada dinding wisma, anjurkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan, mengedukasi dan melibatkan caregiver dalam mengendalikan faktor penyebab resiko jatuh pada klien, dan libatkan caregiver terkait pemakaian kursi roda yang baik dan benar.

Intervensi resiko jatuh yang dilakukan peneliti terdapat kesesuaian dengan penelitian yang dilakukan oleh Husna (2021) dimana intervensi yang dilakukan adalah pencegahan jatuh dan manajemen keselamatan lingkungan yang bertujuan untuk menurunkan faktor resiko jatuh akibat perubahan kondisi fisik dan manajemen lingkungan agar mengurangi faktor penyebab terjadinya resiko jatuh.

Intervensi ketiga adalah **nyeri kronis b.d kondisi muskuloskeletal kronis**. Intervensi keperawatan pada masalah keperawatan nyeri kronis bertujuan agar tingkat nyeri menurun. Tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil Keluhan nyeri menurun, meringis menurun, gelisah menurun, kesulitan tidur menurun, frekuensi nadi membaik, tekanan darah membaik, dan pola tidur membaik. Intervensi keperawatan yang dilakukan untuk mencapai tujuan tersebut adalah manajemen nyeri. Intervensi manajemen nyeri diantaranya adalah Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, identifikasi respons nyeri nonverbal, identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri, monitor terapi komplementer yang sudah diberikan, berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri seperti teknik relaksasi nafas dalam, kontrol lingkungan yang memperberat rasa

nyeri, pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dan kolaborasi pemberian obat.

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan untuk diagnosa keperawatan **gangguan mobilitas fisik b.d penurunan kekuatan otot dan kekuatan sendi** yaitu mengidentifikasi kemampuan pasien untuk mobilitasi/ berjalan dan berdiri, mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, mengidentifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi, memonitor kondisi umum selama melakukan ambulasi, memfasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu kursi roda, mengukur tekanan darah, nadi, pernafasan (TTV) sebelum dan setelah melakukan aktivitas, menjelaskan prosedur dan tujuan ambulasi, melibatkan caregiver dalam membantu klien saat melakukan latihan ambulasi dan membantu klien dalam berpindah dari kursi roda ke tempat tidur dan sebaliknya, membantu klien dengan memapah klien berjalan ke kamar mandi atau sesuai kebutuhan, melakukan latihan ROM dan mengajarkan klien untuk melakukan latihan ROM secara mandiri. Pada saat implementasi keperawatan diterapkan klien sangat kooperatif dan memberikan respon positif karena klien merasa terbantu terutama berkaitan dengan masalah kesehatannya.

Ambulasi adalah tindakan yang berfungsi untuk meningkatkan kekuatan otot dan ketahanan otot. Ambulasi dilakukan dengan melatih posisi duduk di tempat tidur, turun dari tempat tidur, berdiri di samping tempat tidur berpindah ke kursi roda dan seterusnya. Kegiatan ini dilakukan secara berangsur-angsur (Hidayat & Uliyah, 2021).

Hasil penelitian oleh Uda dkk (2017), latihan range of motion dapat menjadi pilihan intervensi untuk mengatasi masalah pada sistem

muskuloskeletal karena latihan range of motion merupakan salah satu cara meningkatkan kelenturan sendi dan kekuatan otot pada lansia. Tn. M diberikan latihan ambulasi di dalam wisma dengan menggunakan kursi roda. Tn. M juga diberikan latihan ROM 2x sehari yaitu pagi dan sore dengan durasi 15-20 menit oleh perawat selama 5 hari dan klien melakukan latihan ROM secara mandiri pada pagi atau sore hari. Setelah latihan ROM dilakukan selama 5 hari klien mengatakan ototnya terasa lebih kuat dan kaku pada sendi jari kaki. Klien tampak mampu berdiri tanpa kursi roda namun harus berpegangan pada benda sekitar, otot kaki klien tampak lebih kuat dari pada sebelumnya. Hal ini sejalan dengan hasil penelitian dari Agusrianto & Rantesigi (2020) yaitu latihan Range Of Motion (ROM) pasif dilakukan rutin dua kali sehari pagi dan sore selama enam hari dengan durasi 15-20 menit. Hal ini bertujuan meningkatkan atau mempertahankan fleksibilitas dan kekuatan otot, mencegah kekakuan pada sendi, merangsang sirkulasi darah, dan pencegahan kelainan bentuk, kekakuan, dan kontraktur. Dalam melakukan gerakan ROM harus diulangi sekitar 8 kali gerakan, dilakukan secara perlahan dan hati-hati agar tidak menyebabkan kelelahan.

Implementasi keperawatan pada diagnosa keperawatan **resiko jatuh b.d kekuatan otot menurun** yaitu mengidentifikasi faktor penyebab risiko jatuh, mengidentifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh (mis. Lantai licin, penerangan kurang), memonitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya, membantu klien dalam menggunakan kursi roda, menganjurkan klien untuk menggunakan alas kaki yang tidak licin, menganjurkan klien untuk berpegangan pada rail yang berada di dinding wisma, menganjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh, melibatkan caregiver dalam memodifikasi lingkungan untuk mencegah risiko jatuh seperti lantai licin dan barang berserakan di lantai kamar mandi, serta melibatkan caregiver dalam pemakaian kursi roda yang baik dan benar.

Implementasi resiko jatuh yang dilakukan oleh peneliti terdapat kesamaan dengan penelitian yang dilakukan oleh Rosita (2020) yaitu mengidentifikasi faktor resiko, mengidentifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan resiko jatuh, memonitor dalam pemakaian kursi roda sebagai alat bantu klien, serta modifikasi lingkungan yang bertujuan untuk meningkatkan mobilitas dan keamanan klien. Dan didukung oleh teori yang memaparkan bahwa modifikasi lingkungan bertujuan untuk meningkatkan mobilitas dan keamanan lansia. Lansia dengan fungsi kognitif yang utuh mampu melakukan modifikasi lingkungan secara mandiri, sedangkan lansia dengan gangguan fungsi kognitif membutuhkan bantuan perawat atau terapis untuk melakukan modifikasi lingkungan (Dewi, 2014).

Implementasi keperawatan pada diagnosa keperawatan **nyeri kronis b.d kondisi muskuloskeletal kronis** yaitu mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, mengidentifikasi respons nyeri nonverbal, mengidentifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri, memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri teknik napas dalam, dan mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri. Melibatkan caregiver dalam mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri.

Implementasi keperawatan manajemen nyeri tidak sesuai dengan teori implementasi keperawatan yang dipaparkan sebelumnya. Tindakan ini diberikan pada Tn. M karena saat pengkajian ditemukan data-data yang mengarahkan klien mengalami nyeri kronis. Pada bagian pembahasan teori sebelumnya, klien tidak mengangkat masalah nyeri pada teori tersebut karena nyeri masuk ke dalam tanda/ gejala minor pada masalah gangguan mobilitas fisik yang artinya bisa ada dan bisa tidak ditemukan. Berhubung dari hasil pengkajian ditemukannya data yang mendukung, maka peneliti mengangkat diagnosa keperawatan nyeri kronis serta implementasi manajemen nyeri dalam penelitian ini.

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan tahap penilaian dari keseluruhan proses keperawatan untuk menentukan tercapainya tujuan asuhan keperawatan yang telah diterapkan kepada klien. Evaluasi keperawatan dilakukan dengan mengacu pada Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) sesuai kriteria hasil yang ada. Evaluasi keperawatan dilakukan dengan format SOAP. Evaluasi keperawatan dilakukan selama 5 hari setelah dilakukan implementasi keperawatan.

Evaluasi didefinisikan sebagai keputusan dari efektifitas asuhan keperawatan antara dasar tujuan keperawatan yang telah ditetapkan dengan respon perilaku lansia yang ditampilkan (Kholifah 2016).

Evaluasi keperawatan untuk masalah **keperawatan gangguan mobilitas fisik b.d menurunnya kekuatan otot dan kekuatan sendi** dapat diatasi sebagian, hal ini dibuktikan dengan klien belum mampu berjalan dengan langkah efektif, langkah cepat, klien belum mampu berjalan dengan jarak sedang dan jarak jauh, klien belum mampu berjalan dengan jarak dekat, namun klien sudah mampu untuk berdiri sendi tanpa bantuan orang lain, dan klien sudah mampu berpindah dari suatu tempat ke kursi roda tanpa bantuan dari orang lain. Evaluasi hasil setelah diberikan asuhan keperawatan selama 5 hari yaitu, S: Klien mengatakan sudah berani untuk berpindah dari suatu tempat ke kursi roda dan sebaliknya dari kursi roda ke suatu tempat, klien mengatakan pinggangnya sudah mulai membaik walaupun masih sedikit kaku, klien sudah mampu dan berani untuk bergantung ke pegangan dinding untuk berpindah ke kursi roda, klien mengatakan kaki dan jari-jari kaki sudah lebih baik dari sebelumnya, kaku pada kaki juga sudah berkurang, klien mengatakan kakinya terasa lebih baik sejak dilakukan latihan ROM secara mandiri, klien mengatakan sudah bisa berpindah ke kursi roda

secara mandiri tanpa bantuan dari pengasuh, klien mengatakan sudah mulai mencoba latihan ROM secara mandiri sedikit-dikit. O : TD sebelum beraktivitas : 140/80 mmHg, TD setelah aktivitas : 150/80 mmHg, klien tampak sudah lebih baik saat berpindah , klien tampak sudah mulai bisa bergantung ke dinding untuk berpindah, klien tampak lebih nyaman beraktivitas menggunakan kursi roda, klien tampak kooperatif saat melakukan latihan ROM. A: Masalah gangguan mobilitas fisik teratasi sebagian. P: Intervensi dilanjutkan dengan dukungan ambulasi dan latihan penguatan sendi dilanjutkan oleh pengasuh dengan memfasilitasi dan membantu klien dalam melakukan aktivitas ambulasi dengan alat bantu kursi roda serta membimbing klien untuk latihan ROM Aktif 2x/ hari dengan mandiri. Sebelum itu lakukan latihan terhadap caregiver terkait latihan ambulasi dan latihan penguatan sendi agar caregiver dapat melanjutkan intervensi ini terhadap klien.

Pada penelitian ini terdapat perubahan kemampuan klien dalam berjalan dan beraktivitas setelah diberikan implementasi ambulasi dan latihan ROM yaitu klien sudah mampu berpindah dari tempat duduk ke kursi roda tanpa bantuan dari orang lain dan sebaliknya dari kursi roda ke suatu tempat, klien mengatakan kaki dan jari-jari kaki sudah lebih baik dari sebelumnya, kaku pada kaki juga sudah berkurang, dan sakit pada pinggang klien juga sudah berkurang . Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Rosita (2020) dimana responden penelitiannya mengatakan kakinya terasa lebih kuat dan kekakuan sendi berkurang setelah diberikan latihan ROM. Sesuai dengan teori dari Uda dkk (2017), latihan range of motion menjadi salah satu cara meningkatkan kelenturan sendi dan kekuatan otot pada lansia.

Evaluasi keperawatan untuk masalah keperawatan **resiko jatuh b.d kekuatan otot menurun** dapat diatasi sebagian, hal ini dibuktikan dengan jatuh dari tempat tidur tidak ada, jatuh saat berdiri tidak ada, jatuh saat duduk tidak ada, jatuh saat berjalan tidak ada, namun klien

masih harus berpegangan pada rail dinding jika berjalan tanpa alat bantu dan klien. Evaluasi hasil setelah diberikan asuhan keperawatan selama 5 hari adalah S: Pasien mengatakan sudah berani berpindah ke kursi roda secara mandiri, klien mengatakan tungkai kaki terasa lebih baik, Klien mengatakan pusing berkurang. O: Pasien tampak menggunakan kursi roda saat berpindah, klien tampak berani berpindah ke kursi roda secara mandiri. A: Klien masih beresiko untuk jatuh, masalah resiko jatuh teratasi sebagian P: Intervensi pencegahan jatuh dan manajemen keselamatan lingkungan dilanjutkan oleh klien dan dibantu oleh pengasuh. Dan melibatkan pengasuh untuk membantu klien dalam pemakaian kursi roda yang baik dan benar untuk mengurangi resiko jatuh.

Evaluasi hasil yang ditemukan oleh peneliti sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Rosita (2020) yaitu masalah resiko jatuh teratasi sebagian dimana pasien mengatakan tungkai pada kakinya sudah baik, dan pusing sudah menurun, dan klien sudah mampu berpindah dari suatu tempat ke kursi roda secara mandiri dengan rencana tindak lanjut yang dapat dilakukan adalah pencegahan resiko jatuh dan manajemen keselamatan lingkungan. Di dukung dengan teori yang di paparkan oleh Agustina (2014), hal yang dapat dilakukan diantaranya adalah mengganti lampu dengan penerangan yang cukup, membersihkan lantai rumah, memindahkan barang-barang yang berserakan di lantai dan memindahkan barang-barang yang mudah bergeser.

Evaluasi keperawatan untuk masalah keperawatan **nyeri kronis b.d kondisi muskuloskeletal kronis** dapat diatasi, hal ini dibuktikan dengan keluhan nyeri menurun, gelisah tidak ada, meringis tidak ada. Evaluasi hasil setelah diberikan asuhan keperawatan selama 5 hari adalah S: Pasien mengatakan nyeri pada pinggang dan sendi kaki sudah membaik, skala nyeri 1, nyeri timbul sudah berkurang

ketika melakukan pergerakan atau berpindah dari suatu tempat ke kursi roda, pasien mengatakan sudah mampu melakukan teknik nafas dalam untuk mengatasi rasa nyeri. O: Pasien tampak lebih nyaman dari sebelumnya, masih tampak lebih santai ketika nyeri timbul karena nyeri sudah berkurang, nyeri yang timbul tampak sudah berkurang dan tidak terlalu mengganggu aktivitas klien, TD: 145/80 mmHg, HR: 83 x/i, RR: 20 x/i. A: Masalah Nyeri kronis: tingkat nyeri teratasi sebagian. P: Intervensi manajemen nyeri dilanjutkan oleh klien secara mandiri dan dibantu oleh pengasuh dengan mengajarkan teknik relaksasi tarik nafas dalam.

Hasil evaluasi dari implementasi yang telah dilakukan oleh peneliti sejalan dengan hasil yang terdapat dalam penelitian Rosita (2020) yaitu tingkat nyeri teratasi sebagian dimana pasien mengatakan nyeri pada pinggang dan kaki sudah berkurang, nyeri yang timbul sudah berkurang dan sudah mampu melakukan teknik nafas dalam secara mandiri untuk mengatasi rasa nyeri. Dan didukung dalam teori Ladesvita, dkk (2021) menjelaskan teknik relaksasi nafas dalam dapat mengendalikan nyeri dengan meminimalkan aktivitas simpatik dalam sistem syaraf otonom.

BAB V

PENUTUP

A. KESIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian Asuhan Keperawatan pada lansia dengan Gangguan Mobilitas Fisik di PSTW Sabai Nan Aluih Sicincin, dapat diambil kesimpulan sebagai berikut:

1. Pada hasil pengkajian didapatkan data klien yang mengalami gangguan mobilitas fisik yang dapat mengakibatkan terganggunya aktivitas klien seperti berpindah tempat dan berjalan tanpa bantuan kursi roda, mengambil makanan sendiri ke dapur, dan melakukan aktivitas di luar rumah seperti jalan-jalan dan olahraga, sehingga tingkat kemandirian klien menurun, namun hal tersebut dapat diatasi secara perlahan-lahan dengan memberikan asuhan keperawatan dengan menyusun rencana keperawatan sesuai masalah yang dialami klien.
2. Diagnosa yang muncul yaitu gangguan mobilitas fisik dengan data yang mendukung adalah kesulitan klien dalam berpindah tempat dari suatu tempat ke kursi roda dan dari kursi roda ke suatu tempat yang di sebabkan oleh pinggang dan kaki kaku. Diagnosa resiko jatuh dengan data klien mengatakan tungkai kaki terasa lemah, terasa sempoyongan saat berjalan, memiliki rasa takut saat berjalan serta lantai kamar mandi yang terlihat licin., diagnosa nyeri kronis dengan data klien mengeluh nyeri pada pinggang dan sendi jari-jari kaki saat berpindah tempat dari suatu tempat ke kursi roda, dan cuaca dingin sehingga mengganggu klien dalam memenuhi kebutuhan harian.
3. Intervensi keperawatan yang direncanakan sesuai dengan masalah keperawatan yang ditemukan. Intervensi yang telah direncanakan seperti membantu perpindahan sesuai

kebutuhan, membantu klien berdiri dan teknik ambulasi yang aman, monitoring vital sign, melatih ROM, mengidentifikasi keamanan klien, pantau gaya berjalan dan keseimbangan, modifikasi lingkungan yang aman, memantau keselamatan pemakaian kursi roda, melakukan pengkajian nyeri, mengajarkan manajemen nyeri teknik non farmakologis nafas dalam.

4. Implementasi keperawatan dilakukan berdasarkan intervensi yang telah direncanakan sesuai kondisi lansia dipanti. Implementasi untuk diagnosis gangguan mobilitas fisik pada partisipan seperti monitor TTV, mendampingi dan membantu klien dalam ambulasi, membantu klien dalam penggunaan kursi roda atau tongkat, serta melatih ROM. Implementasi untuk diagnosis nyeri kronis pada klien seperti melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif, mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri dan mengajarkan teknik manajemen nyeri non farmakologis nafas dalam. Implementasi untuk resiko jatuh pada kedua partisipan seperti mengidentifikasi faktor penyebab dan hal-hal yang dapat meningkatkan resiko jatuh, membantu klien dalam berpindah, membantu klien dalam penggunaan kursi roda, memantau gaya berjalan, menganjurkan klien memanggil pengasuh jika membutuhkan bantuan dalam berpindah serta modifikasi lingkungan yang aman.
5. Hasil evaluasi yang dilakukan selama 5 hari dalam bentuk SOAP, diagnosa keperawatan gangguan mobilitas fisik teratasi sebagian, diagnosa nyeri kronis sudah teratasi, dan diagnosa resiko jatuh teratasi sebagian.
6. Rencana tindak lanjut untuk diagnosa keperawatan gangguan mobilitas fisik yang dapat diberikan pada lansia yaitu menjelaskan kepada lansia pentingnya melakukan pergerakan tubuh seperti latihan ROM, sedangkan tindak lanjut bagi

pengasuh wisma memfasilitasi klien dalam menggunakan alat bantu mobilisasi kursi roda , dan membantu klien dalam mobilisasi yang aman serta selalu memberikan dukungan kepada lansia untuk melakukan latihan fisik atau pergerakan tubuh. Rencana tindak lanjut untuk diagnosa nyeri akut adalah menganjurkan lansia untuk melakukan teknik nafas dalam ketika merasakan nyeri , rencana tindak lanjut untuk diagnosa resiko jatuh yaitu selalu berhati- hati dalam berjalan maupun berpindah, gunakan sandal yang tidak licin, dan minta bantuan pengasuh dalam berpindah jika diperlukan.

B. SARAN

1. Bagi Pimpinan PSTW Sabai Nan Aluih Sicincin

Melalui pimpinan PSTW Sabai Nan Aluih Sicincin dapat memberikan motivasi serta bimbingan kepada semua pengasuh dan perawat agar dapat memberikan pelayanan secara optimal kepada lansia dan meningkatkan kembali kegiatan-kegiatan positif di dalam lingkungan Panti Sosial Tresna Werdha Sabai Nan Aluih Sicincin terutama pada pasien dengan gangguan mobilitas fisik yang menggunakan alat bantu berjalan.

2. Bagi Pengasuh wisma/Perawat

Penelitian yang dilakukan adalah tentang asuhan keperawatan pada lanjut usia dengan Gangguan Mobilitas Fisik di PSTW Sabai Nan Aluih Sicincin agar dapat menjadi acuan bagi perawat dan pengasuh panti dalam memberikan asuhan keperawatan secara profesional dan komprehensif kepada lansia yang mengalami gangguan mobilitas fisik. Dan bisa dijadikan sebagai acuan bagi pengasuh dalam melanjutkan intervensi yang telah peneliti lakukan yaitu latihan ambulasi, mengajarkan ROM, pencegahan jatuh, modifikasi lingkungan, dan manajemen nyeri dengan teknik relaksasi nafas dalam.

3. Bagi Mahasiswa dan Peneliti Berikutnya

Hasil penelitian yang peneliti dapatkan diharapkan dapat menjadi acuan dan menjadi bahan pembandingan pada peneliti selanjutnya dalam melakukan penelitian pada lansia dengan gangguan mobilitas fisik.

DAFTAR PUSTAKA

- Abubakar, R. (2021). *Pengantar Metodologi Penelitian*. SUKA-Press UIN Sunan Kalijaga.
- Alfiandry, (2019). *Asuhan Keperawatan Pada Lanjut Usia Dengan Gangguan Mobilisasi di PSTW Sabai Nan Aluih Sicincin Kabupaten Padang Pariaman*. Padang Tahun 2019 : Poltekkes Kemenkes padang
- Ariyanto, A., Puspitasari, N., & Utami, D. N. (2020). *Aktivitas Fisik Terhadap Kualitas Hidup Pada Lansia Physical Activity To Quality Of Life In The Elderly*. *Jurnal Kesehatan Al-Irsyad*, XIII(2), 145–151.
- Aziz, N. A, & T, E. (2021). *Buku Pengayaan Uji Kompetensi Keperawatan Gerontik*. Helth Books Publising.
- Badan Pusat Statistik. (2020). *Statistik penduduk lanjut usia*. <https://www.bps.go.id/publication/2020/12/21/0fc023221965624a644c1111/statistik-penduduk-lanjut-usia-2020.html>
- BPS Sumatera Barat. (2020). *Hasil sensus penduduk 2020 sumatera barat*.
- Dewi, S. utami, Sinaga, M. rianita, Oktafia, N. afni, & Wahyuningsih, S. (2022). *Keperawatan Gerontik*. PT.Global Eksekutif Teknologi.
- Dewi, S.R. 2014. *Buku Ajar Keperawatan Gerontik*. Yogyakarta : Budi Utama.
- Gemini, S., Yulia, R., & Roswandani, S. (2021). *Keperawatan Gerontik* (Ns. Muhammad Qosim (ed.)). Yayasan Penerbit muhammad Zaini.
- Hadi, A., Asrori, & Rusman. (2021). *Penelitian Kualitatif*. CV. Pena Persada Redaksi.
- Hermayudi, & Ariani, A.P (2017). *Penyakit Rematik*. Yogyakarta : Nuha Medika
- Hidayat, A. alimul. (2021). *Keperawatan Dasar 1* (N.Aulia Aziz (ed.)). Helth Books.
- Husna, R . 2021. *Asuhan Keperawatan Pada Lanjut Usia Dengan Gangguan Mobilitas fisik Di Pstw Sabai Nan Aluih Sicincin*. Padang : Poltekkes Kemenkes Padang

- Kemendes RI. (2018). *Hasil utama rikesdas*.
https://kesmas.kemkes.go.id/assets/upload/dir_519d41d8cd98f00/files/Hasil-rikesdas-2018_1274.pdf
- Kholifah, S. N. (2016). *Keperawatan Gerontik*. Pusdik SDM Kesehatan.
<http://bppsdmk.kemkes.go.id/pusdiksdmk/wp-content/uploads/2017/08/Keperawatan-Gerontik-Komprehensif.pdf>
- Konitatillah, dkk (2021). Hubungan Kemampuan Mobilisasi dengan resiko Jatuh pada Lansia Hipertensi. *Jkep*, 6(1), 9-25, <https://doi.org/10.32668/jkep.v6i1.323>
- Mukhid, A. (2021). *Metodologi Penelitian Pendekatan Kuantitatif* (Sri Rozqi Wahyuningrum (ed.)). CV. Jakad Media Publishing.
- Nasrullah, D. (2016). *Buku Ajar Keperawatan Gerontik* (T. Ismail (ed.)). CV. TRANS INFO MEDIA.
- PPNI. (2016). *SDKI*. Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional indonesia.
- PPNI. (2017). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia* (1st ed.). Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional indonesia.
- PPNI, Tim Pokja SLKI DPP. (2019) *Standar Luaran Keperawatan Indonesia "Defenisi & Kriteria Hasil Keperawatan"*. Jakarta: Dewan Pengurusn Pusat.
- Ramdhan, M. (2021). *Metodologi Penelitian* (A. A. Effendy (ed.); Pertama). Cipta Media Nusantara.
- Rikesdas. (2018). *Hasil utama rikesdas*.
https://kesmas.kemkes.go.id/assets/upload/dir_519d41d8cd98f00/files/Hasil-rikesdas-2018_1274.pdf
- Rohaedi, S., Putri, & Karimah. (2016). *Tingkat kemandirian lansia dalam activity daily living di pstw bandung*.
<https://ejournal.upi.edu/index.php/JPKI/article/download/2848/1883>
- Rosita, M. 2020. *Asuhan Keperawatan Pada Lanjut Usia Dengan Gangguan Mobilisasi Di Pstw Sabai Nan Aluih Sicincin*. Padang : Poltekkes Kemenkes Padang

- Ruswadi, D. I., & Supriatun. (2022). *Keperawatan Gerontik*. CV. Adanu Abimata.
- Savitri, W. P., & Indrawati, R. (2017). *Estimasi resiko pada lanjut usia yang mengalami kecelakaan lalu lintas di surabaya*.
- Sunarti, S. dkk. (2019). *Prinsip dasar kesehatan lanjut usia (Geriatri)*. Malang : UB Press.
- Uda, H. D. H., Muflih, M., & Amigo, T. A. E. (2017). *Latihan Range Of Motion Berpengaruh Terhadap Mobilitas Fisik Pada Lansia Di Balai Pelayanan Sosial Tresna Werdha Unit Abiyoso Yogyakarta*. *Jurnal Ners Dan Kebidanan Indonesia*, 4(3), 169. [https://doi.org/10.21927/jnki.2016.4\(3\).169-177](https://doi.org/10.21927/jnki.2016.4(3).169-177)
- United, Nations . (2020). *World Population Ageing*.
- WHO. (2022). *work stroke day*. <https://www.who.int/srilanka/news/detail/29-10-2022-world-stroke-day-2022>



KEMENTERIAN KESEHATAN RI
DIREKTORAT JENDERAL TENAGA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN PADANG



Tahun: 2022
Nomor: 01/01/2022
Tanggal: 28 Oktober 2022

NAMA-NAMA MAHASISWA YANG MELAKUKAN SURVEY DATA

NO	NAMA	NIM	ALAM PRODI/PRODI & II
1	Amalia Tiara Nika	20110101	Auditor Keperawatan Pada Layanan Rawat Inap Gagal AKK, pada kelas untuk ID PPTW Nika Nur Rizki Nurani
2	Ayanna Nabila	20110101	Auditor Keperawatan umum pada kelas dengan program akreditasi di PPTW Nabil Nur Rizki
3	Nisa Dauliyah	20110101	Auditor Keperawatan umum pada kelas dengan program akreditasi di PPTW Nika Nur Rizki

Disetujui oleh/Direktur, Padang, 28 Oktober 2022


Dr. Rochana Harahap, M.Si, M.Pd.
NIP. 196101119601102



KEMENTERIAN KESEHATAN RI
 DIREKTORAT JENDERAL TENAGA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN PADANG



Survei : PP 01/01/2022 (2022)

01 Januari 2022

Survei : **Survei**

Survei 101

Survei Hasil Penelitian Model Uji Terapan
 (Survei Uji Coba Terapan Kesehatan Dasar)

01
 Survei

Survei Terapan

Kelengkapan dengan cara administrasi tipe Survei Terapan Kesehatan Dasar Model Uji Coba Terapan Hasil Penelitian Model Uji Terapan Kesehatan Dasar (Survei Uji Coba Terapan Kesehatan Dasar) untuk Survei terapan model uji terapan kesehatan dasar untuk memberikan uji terapan kesehatan dasar terhadap Penilaian di rumah yang dapat dilakukan di:

NO	NAMA / NPM	KELOMPOK
1	Wahana Nabilah / 202101001	Kelompok Kesehatan Dasar Kelas II/1/2021/Poltekkes Padang

Survei Terapan hasil penelitian akan dilakukan oleh kelompok Survei Terapan Kesehatan Dasar dengan cara:



PEDIMISIAN MENJADI RESPONDE

Kepada Yth,
Bapak/Ibu calon responden
Di tempat

Dengan hormat,
Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Ayuana Nafila
NIM : 201110144

Mahasiswa Prodi III Administrasi Pelayang Jurusan Ekspedisi Pelayang
Fakultas Ekonomi Pelayang

Merupakan ini akan memohon kepada Bapak/Ibu untuk berpartisipasi dalam penelitian ini yang berjudul " Analisis Eksplorasi pada Lantai dengan Menggunakan Metode Fiskal di PTW Sahas Nasa Alah Nelayan Tahun 2022".

Penelitian ini bersifat ilmiah, dan Bapak dan Ibu saya tidak memohonkan untuk berpartisipasi atau memperoleh informasi atau penelitian ini diharapkan bapak/ibu dan keluarga agar dapat membantu dan diupayakan.

Sebelum bapak/ibu memohonkan agar membolehkan sebagai hal sebagai bahan pertimbangan untuk hal yang akan penelitian ini, yaitu sebagai berikut:

1. Tujuan penelitian ini untuk melihat Analisis Eksplorasi pada lantai program metode fiskal di PTW Sahas Nasa Alah Nelayan
2. Tujuan penelitian ini akan dipaparkan kerahasiaannya
3. Hasil penelitian ini akan dibagikan melalui tempat peneliti bekerja dengan tetap menjaga kerahasiaan responden bapak dan ibu
4. Jika ada yang belum jelas/ditanyakan dimohonkan kepada peneliti jika bapak/ibu sudah bersedia dan bersedia hal berpartisipasi dalam penelitian/ditanyakan bapak/ibu membolehkan hal penelitian yang akan dipaparkan yaitu informasi tersebut

Pdelayang, 2 Februari 2022



Ayuana Nafila

INFORMED CONSENT
(Lembar persetujuan)

Yang bertanggung jawab dibawah ini adalah :

Nama responden : M. Nur

Umur /gl lahir : 27 tahun / 18 Agustus 1994

Pertanggung jawab : Program PTW Subur Nur Alahk Siregar

Setelah mendapatkan penjelasan dari saudara peneliti , saya bersedia menjadi responden pada penelitian ini: nama Ayesha Nalla, NIM 202110104, Mahasiswa Prodi Di Kependidikan Paliang Jurusan Keperawatan Fakultas Kesehatan Paliang

Demikian surat persetujuan ini saya tulis dengan bebas dan paksaan dari pihak manapun

Paliang Parameo, 2 Februari 2023

Responden



(M. Nur)

**LEMBAR KEMULAIAN KARYA TULIS ILMIAH
PRATIPEL DAN KEPERAWATAN PADANG JURUSAN KEPERAWATAN
DITERRAS KESEHATAN DI PADANG**

Nama : Nurrisya Nabila
 NPM : 2020110000
 Pembimbing 1 : Hj. Marnani Murni, SKM., S.Kep., M. Kesmas
 Judul : Analisis Eksplorasi Pola Lantai Dengan Konsep Hidrologi
 Diempat Sosial Young Works Labat Kota Aceh Tenggara

No	Yanggal	Signature dan Nama Pembimbing	Tanda Tangan
1	Di berikan surat	Handwritten signature	Handwritten signature
2	Di berikan surat	Handwritten signature	Handwritten signature
3	Di berikan surat	Handwritten signature	Handwritten signature
4	Di berikan surat	Handwritten signature	Handwritten signature
5	Di berikan surat	Handwritten signature	Handwritten signature
6	Di berikan surat	Handwritten signature	Handwritten signature
7	Di berikan surat	Handwritten signature	Handwritten signature
8			
9			

10			
11			
12			
13			
14			

Case:

1. Lumber boarder fence allows being full boarder
2. Lumber boarder fence allows for parties using village with open production along

Director
 Lumber Boarder Fence Supervision Program

 David Bennett, Sr. M. Dept. of Justice
 888-272-6262/6263

**1. FORMULIR MONITORING DAN EVALUASI PELAKSIAN
PROSEDUR PENYERAPAN KELEMBARAN PERSEKUTUAN
PADA TINGKAT GERMASYAKSI DI PABRIK**

Nama : **Syamsul Huda**

NIM : **00110100**

Praktikum 1 : **Manajemen Mutu, TQM, MBO**

Judul : **Analisis Keseluruhan pada Lantai Dapur (Langkah Kelembaran Perse-
kutuan) pada Saat Pelaksanaan Tahun 2022**

No	Tanggal	Keperluan dan Jenis Penulisan	Kelembaran
1	Senin, 4 Mei 2022	Berkas dan dokumen proses dan data proses saat ini	
2	Rabu, 11 Mei 2022	Kelembaran proses	
3	Senin, 16 Mei 2022	Kelembaran dan MBO	
4	Senin, 16 Mei 2022	Kelembaran dan MBO	
5	Senin, 16 Mei 2022	Kelembaran dan MBO	
6			
7			
8			

9			
10			
11			
12			
13			
14			

Contoh:

1. Lakukan Survey baru dimana setiap hari kesediaan
2. Lakukan kesediaan berdasarkan jenisnya setiap minggu untuk memprediksi setiap

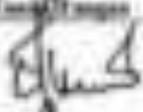
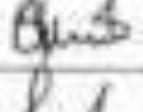
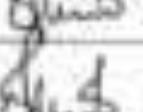
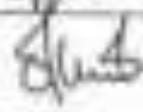
Mengetahui
 Ketua Prodi D-III Manajemen Pemasaran

Dr. Yana Fauziah, S.Pd., M.Pd.

NIP. 197002111990012001

**LEMBAR KONSULTASI KARYA TUJUH HARI
PRODI D-III KEPERAWATAN PARANG JURUSAN KEPERAWATAN
PILYAKAS KEMENKES RI PADANG**

Nama : Arwani Nalla
NIM : 20110100
Penyunting II : Hapsi Lestari, M. Kes., Sp. Kea
Judul : Analisis Representasi Pada Lantai Dengan Konsep Medis
 Dengan Soal Tesnya Waktu Sifat Van Alst Bussum

No	Tanggal	Kegiatan atau Tugas Penyunting	Tanda Tangan
1	19 Maret 2012	Menyusun soal dan tes jawab	
2	20 Mei 2012	Menyusun soal 1, dengan soal jawab multiple jawaban	
3	31 Mei 2012	Menyusun soal 2-3, menentukan jawaban dan jawab	
4	09 Juli 2012	Menyusun soal 1-3, menentukan jawaban jawaban dan soal 1 dan 2 dan jawaban jawaban dan soal 1 dan 2	
5	20 Juli 2012	Menyusun soal 1-3, menentukan jawaban dan jawaban	
6	24 Juli 2012	Acc. dengan proposal	
7			
8			
9			

00			
01			
02			
03			
04			

Contoh:

1. Lembar kontrol hasil observasi setiap kali kunjungan
2. Lembar konsultasi diarahkan ke peserta ulung sebagai salah satu sistem pendalaman ulung

Koordinator
 Kelas Praktikum Kependidikan Peningkat

 Henny Darmasari, S.Pd, M.Pd, Dra, D.Pd
 NIP. 197010201990321260

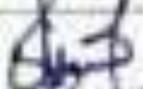
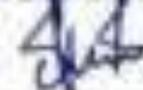
LEMBAR KOMUNITAS KARYA TULIH HINDAH
PRODI D-III KEPERAWATAN PADANG JURUSAN KEPERAWATAN
POLITEKNIK KEMENKES RI PADANG

Nama : **Ayanna Nafila**

NIM : **202110144**

Pembimbing I : **Heggy Susanto, S.Kep, M.Kep, Np.Dew**

Judul : **Analisa Keperawatan pada Lansia Dengan Gangguan Memori Tipe II
 PPTW Subal Nae Alahk Sitohin Tahun 2022**

No	Tanggal	Kegiatan atau tugas Pembimbing	Tanda Tangan
1	Jurnal - 1 Mei 2022	Kunjungan awal - penelitian awal dan literatur di perpustakaan	
2	Jurnal - 16 Mei 2022	Kunjungan awal wawancara - rumah	
3	Jurnal - 18 Mei 2022	Kunjungan awal di rumah dan pengisian	
4	Jurnal - 19 Mei 2022	Kunjungan rumah, dan di rumah dan keluarga	
5	Jurnal - 22 Mei 2022	Acc seluruh hasil.	
6			
7			
8			

8			
10			
11			
12			
13			
14			

Case:

1. Lesha found her phone using her brother
2. Lesha transfer attention to police along with your resolution along

Magistrate
 Karna Patel (10) Karna Patel



K. Yara Padmanab, S. Kim, M. Kim

100-1010000000000

PRAKTIK KEPERAWATAN GERONTIK
MAHASISWA TK III PRODI D III KEPERAWATAN PADANG
TAHUN 2022

FORM PENGKAJIAN

A. IDENTITAS DIRI KLIEN

Nama (Umur) ; Tn. M (89 Tahun)
Jenis kelamin ; Laki-Laki
Status Perkawinan ; Duda
Agama / Suku ; Islam/ Pitopang
Pendidikan terakhir ; SD
Sumber Informasi ; Pasien Sendiri
Keluarga yang bisa di hubungi ; Keponakan
Diagnosis Medis (Jika Ada) ; Hipertensi

B. RIWAYAT KESEHATAN SEKARANG

1. Keluhan utama

Tn. M mengatakan kesulitan saat berdiri maupun berpindah tempat karena kaki yang lemah dan pinggang yang terasa kaku dan sakit. Klien mengatakan kaku pada jari-jari kaki, dan pinggang. Klien juga mengatakan nyeri pada bagian pinggang dan kaki saat hendak bergerak atau berpindah tempat, baik itu berpindah dari kursi roda ke suatu tempat maupun berpindah dari suatu tempat ke kursi roda.

2. Keluhan saat dikaji

Pada saat dilakukan pengkajian pada tanggal 2 februari 2023 Tn. M mengatakan bahwa ia mengalami kesulitan berjalan dan berpindah tempat tanpa bantuan kursi roda, kesulitan tersebut terjadi pada saat klien hendak berpindah dari kursi roda ke suatu tempat dan dari suatu tempat ke kursi roda. Klien mengatakan tidak mampu untuk berdiri dan berpindah tempat karena pinggang dan kakinya yang sakit dan kaku akibat pernah terjatuh

dari tangga pada tahun 2018. Selain itu, klien mengatakan juga memiliki rasa takut akan jatuh saat berdiri akibat klien yang sering pusing karena tekanan darah yang tinggi sehingga klien harus menggunakan kursi roda untuk berpindah. Klien mengatakan sendi-sendi pada jari kakinya sering terasa kaku dan kesemutan . Pada saat di tanya berapa skala nyeri yang di rasakan oleh Tn. M, Tn.M mengatakan skala nyeri pada pinggangnya yaitu 4 dengan nyeri yang terasa seperti kaku dan di tusuk-tusuk serta menjalar hingga ke punggung, nyeri biasanya muncul pada saat berpindah dari suatu tempat ke kursi roda. Tn.M mengatakan skala nyeri pada kaki beliau yaitu 3 dengan nyeri seperti kaku pada sendi-sendi jari kaki dan kaki sering terasa kesemutan. Klien mengatakan sudah mengalami hambatan dalam berjalan dan berpindah tempat sejak 5 tahun terakhir. Klien mengatakan saat berpindah ke kursi roda biasanya klien di bantu oleh pengasuh. Klien mengatakan lebih nyaman beraktivitas sehari-hari dengan bantuan kursi roda. Klien mengatakan juga memiliki penyakit hipertensi sejak 10 tahun yang lalu. Klien mengatakan saat tekanan darahnya tinggi klien merasakan pusing dan kuduk terasa berat serta nyeri pada pinggangnya juga ikut bertambah. Klien mengatakan tidak pernah mengecek kesehatannya secara rutin. Klien mengatakan jarang untuk olahraga akibat keadaannya yang memakai alat bantu kursi roda. Klien mengatakan tidur dengan cukup dan klien mengatakan sering mengkonsumsi makanan yang bersantan dan mengandung minyak. Klien mengatakan saat ini iyah masih sering merokok.

3. Kronologi keluhan

a. Faktor pencetus

Cidera (jatuh sendiri)

Faktor fisiologi (faktor degeneratif/ penuaan)

b. Timbulnya keluhan ; () Mendadak ()

Bertahap

Keluhan pinggang terasa sakit dan kaki terasa berat saat klien hendak berpindah dari suatu tempat ke kursi roda dan dari kursi roda ke tempat

lain. Skala nyeri pada pinggang yang dirasakan klien yaitu dengan skala nyeri 4, pada kaki dan jari-jari kaki terutama saat berpindah tempat dengan skala nyeri 3.

c. Lamanya

Klien mengalami kesulitan dalam melakukan mobilisasi dan kaku pada pinggang dan sendi jari kaki semenjak 5 tahun yang lalu dengan durasi yang tidak menentu.

d. Upaya klien untuk Mengatasi

Klien mengatakan untuk mengatasi kesulitannya dalam mobilisasi maka klien menggunakan alat bantu kursi roda. Jika kaku dan nyeri terasa biasanya klien mengoleskan minyak urut ke bagian kaki dan pinggang serta klien beristirahat dengan cukup.

C. Alasan Masuk Panti

Klien mengatakan masuk ke panti sosial karena kemauannya sendiri karena klien merasa di rumah tidak ada yang mengurusnya karena anaknya sibuk sehingga klien memutuskan untuk masuk panti sosial agar terurus dan tidak mengganggu anak dan cucunya. Klien mengatakan senang tinggal di panti karena banyak teman sebayanya.

Tanggal Masuk : 1 Desember 2018

D. RIWAYAT KESEHATAN MASA LALU

1. Riwayat alergi (makanan, Obat, binatang, lingkungan)

Klien mengatakan tidak ada alergi baik berupa makanan, minuman, obat dan sebagainya.

2. Riwayat kecelakaan

Klien mengatakan pernah mengalami kecelakaan sehingga klien di rawat di rumah sakit, kecelakaan tersebut berupa jatuh sendiri yang menyebabkan klien tidak bisa berjalan hingga saat ini.

3. Riwayat di rawat di RS

Klien mengatakan pernah dirawat di RSUD Padang Pariaman akibat kecelakaan pada bulan Januari tahun 2018.

4. Riwayat pemakaian obat

Klien mengkonsumsi obat amlodipine karena hipertensinya, namun klien tidak meminum obat amlodipine secara rutin. Klien mengatakan minum obat amlodipine jika pusing dan kuduk terasa berat saja. Klien mengatakan takut mengkonsumsi obat amlodipine secara rutin karena takut akan merusak ginjalnya. Klien mengatakan pernah diberi obat untuk nyeri sendi namun klien tidak ingat dengan obatnya. Pada saat sekarang ini klien tidak mengkonsumsi obat amlodipine karena klien sudah tidak mau meminumnya lagi. Klien mengatakan sudah tidak mengkonsumsi obat amlodipine sejak 4 bulan terakhir.

E. RIWAYAT KESEHATAN KELUARGA

Klien mengatakan ibunya juga mengalami riwayat penyakit hipertensi sepertinya. Tetapi untuk penyakit lainnya seperti diabetes melitus, penyakit jantung, keluarga klien tidak ada yang menderita penyakit tersebut.

F. RIWAYAT PSIKOSOSIAL DAN SPIRITUAL

1. Orang terdekat dengan klien

Orang yang terdekat dengan klien saat ini adalah anak dan ponakannya.

2. Masalah yang mempengaruhi klien

Klien mengatakan masalah yang mempengaruhi klien saat ini adalah klien mengalami kesulitan dalam berjalan dan berpindah karena masalah tersebut mempengaruhi klien dalam beraktivitas.

3. Mekanisme koping terhadap stress

Mekanisme koping klien terhadap stress adalah dengan beristirahat dan sholat

4. Persepsi klien terhadap penyakitnya

a. Hal yang sangat dipikirkan klien saat ini:

Klien mengatakan yang dipikirkannya saat ini adalah masalah kesehatannya dan klien mengatakan rindu kampung halamannya

b. Harapan setelah menjalani pembinaan di panti:

Klien berharap setelah masuk panti, dirinya lebih terurus dan bisa menikmati waktu tuanya.

c. Perubahan setelah masuk panti

Setelah masuk panti klien mengatakan bahwa dirinya lebih tenang dan lebih Bahagia. Namun, klien mengatakan kondisi kesehatannya terasa semakin memburuk semenjak masuk panti

5. Sistem nilai kepercayaan

a. Aktifitas keagamaan / kepercayaan yang dilakukan (macam dan frekuensi)

Aktifitas keagamaan yang dilakukan adalah sholat 5 waktu, mengaji 2x sehari serta menghadiri wirid 1x seminggu setiap hari rabu

b. Kegiatan keagamaan / kepercayaan yang ingin dilakukan

Klien ingin mengikuti sholat berjamaah di masjid namun klien mengatakan terlalu sulit untuk ke masjid karena menggunakan kursi roda.

c. Kepercayaan akan adanya kematian

Klien percaya akan adanya kematian, klien mengatakan bahwa setiap makhluk hidup akan merasakan mati, oleh karena itu klien berusaha untuk beribadah semaksimal mungkin untuk mempersiapkan kematiannya.

G. POLA KEBIASAAN SEHARI-HARI

1. Nutrisi

- a. Frekuensi makan : Klien makan 3x sehari
- b. Jenis makanan : Nasi, lauk, buah dan sayur
- c. Kebiasaan sebelum makan : Minum air gula atau teh manis
- d. Nafsu makan : Klien mengatakan nafsu makannya baik, tetapi klien tidak suka makan sayur, dan suka meninggalkan sayur di piring pada saat makananya di kasih sayur.
- e. Makanan yang disukai : Makanan yang bersantan, seperti gulai tunjang dan rendang.

f. BB/TB : 47 kg/146 cm

2. Eliminasi

a. Berkemih

- 1) Frekuensi : Klien mengatakan BAK 5-8x sehari
- 2) Warna : Kuning
- 3) Keluhan BAK : Tidak ada keluhan

b. Defekasi

- 1) Frekuensi : 1x sehari, dan terkadang klien tidak BAB
- 2) Warna : Kuning kecoklatan
- 3) Waktu : Pagi
- 4) Bau : Normal, seperti bau feses umumnya
- 5) Konsistensi : Padat dan terkadang keras
- 6) Keluhan : Klien mengatakan sulit BAB dan agak keras saat mengejan
- 7) Pengalaman makan laksatif

Klien tidak pernah mengonsumsi obat laksatif, biasanya klien hanya banyak memakan buah untuk memperlancar BAB-nya

3. Higiene Personal

a. Mandi

- * Frekuensi : 2 kali sehari * Pakai Sabun (Ya / Tidak) : Ya

b. Higiene Oral

- * Frekuensi : 1 kali sehari * Waktu : Pagi

c. Cuci Rambut

- * Frekuensi : 2 kali seminggu * Pakai Shampo (Ya / Tidak) : Ya

d. Gunting kuku

- * Frekuensi : 1 kali seminggu

4. Istirahat dan tidur

- a. Lama tidur : 7-8 jam/hari
- b. Tidur siang : Kadang-kadang 1 jam
- c. Tidur malam : 6-7 jam

5. Aktivitas dan latihan

a. Olah Raga

Jenis dan frekuensi : Jarang, klien senam untuk gerakan yang ringan saja

b. Kegiatan waktu luang

Klien mengatakan ketika waktu luang klien biasanya duduk-duduk dengan penghuni wisma lainnya dan biasanya klien juga membaca alquran

c. Keluhan dalam beraktifitas

Klien mengatakan kesulitan dalam berjalan dan berdiri lama, klien juga mengatakan terkadang sesak napas setelah beraktifitas yang dirasa berat

6. Kebiasaan

- a. Merokok (Ya / Tidak) : Ya
Frekuensi / jumlah / lama pakai : 3-4 batang/ hari , sejak umur 17 tahun
- b. Minuman Keras (Ya / Tidak) : Tidak
Frekuensi / jumlah / lama pakai : Tidak
- c. Ketergantungan obat (Ya / Tidak) : Tidak
Frekuensi / jumlah / lama pakai : Tidak

H. PEMERIKSAAN FISIK

1. Keadaan Umum

Keadaan umum klien baik menggunakan kursi roda Tekanan darah adalah 168/80 mmHg, nadi 86x/menit, pernapasan 19x/menit, dan suhu tubuh 36,3°C

2. Pemeriksaan Fisik Head to Toe

- a. Kepala : Kepala bersih, rambut pendek tipis, beruban , dan rambut mudah rontok
- b. Mata : Konjunctiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, klien menggunakan kacamata, klien memiliki katarak, klien mengalami rabun dekat
- c. Hidung : Simetris, tidak ada pembengkakan sinus, tidak ada lesitidak ada secret dan tidak ada gangguan penciuman, tidak ada pernapasan cuping hidung
- d. Telinga : Telinga simetris, tidak ada serumen, telinga tampak bersih, tidak ada gangguan pendengaran
- e. Mulut dan bibir : Mukosa bibir lembab, tidak ada luka, tidak ada pucattersisa klien tidak menggunakan gigi palsu, terdapat banyak akar gigi yang belum dicabut, terdapat kesulitan dalam mengunyah makanan keras,tidak ada kesulitan dalam menelan
- f. Leher : Tidak ada pembengkakan kelenjar tiroid, tidak ada pembengkakan kelenjar getah bening dan tidak ada kaku kuduk
- g. Dada
 - 1) Inspeksi : Dada simetris kiri dan kanan, tidak ada perbedaan bentuk dada, tidak ada retraksi dinding dada, tidak ada penggunaan otot bantu pernapasan
 - 2) Palpasi nyeri tekan : Fremitus kiri teraba sama dengan kanan, tidak ada nyeri tekan
 - 3) Perkusi : Sonor
 - 4) Auskultasi : Vesikuler
- h. Abdomen
 - 1) Inspeksi : Abdomen simetris dan supel, tidak ada asites , tidak ada perbedaan warna abdomen
 - 2) Palpasi : Tidak ada pembengkakan, tidak ada nyeri tekan, tidak ada pembengkakan hepar

- 3) Perkusi : Tympani
- 4) Auskultasi : Bising usus normal 35x/ menit
- i. Genitalia : Tidak ada dilakukan pemeriksaan dan tidak ada keluhan
- j. Ekstermitas :
- 1) Atas : Bentuk simetris, tidak ada luka tidak ada edema CRT < 2 detik , akral hangat, tangan kiri tampak sulit menggenggam dan tampak kaku. Kekuatan otot tangan kanan 5 dan kekuatan otot tangan kiri 5
- 2) Bawah : Bentuk simetris kiri dan kanan , tidak ada luka dan tidak ada edema, CRT 2 detik, otot kaki sebelah kanan tampak lemah. Kekuatan otot kaki kanan 3 dan kekuatan otot kaki kiri 4
- k. Pengkajian kekuatan otot

Skala	Persentase Kekuatan Otot	Karakteristik	Ekstermitas Atas		Ekstermitas Bawah	
			Kiri	Kanan	Kiri	Kanan
0	0	Paralisis sempurna				
1	10	Tidak ada gerakan, kontraksi otot dapat di palpasi atau dilihat				
2	25	Gerakan otot penuh melawan gravitasi				
3	50	Gerakan yang normal melawan gravitasi				✓

4	75	Gerakan penuh yang normal melawan gravitasi dan melawan tahanan minimal	✓		✓	
5	100	Kekuatan normal, gerakan penuh yang normal melawan gravitasi dan tahanan penuh		✓		

Nilai kekuatan otot :

Ekstremitas	Kanan	Kiri
Atas	555	555
Bawah	333	444

I. PENGKAJIAN STATUS MENTAL

1. Daya orientasi (waktu, tempat, orang)

Daya orientasi waktu, tempat, dan orang adalah baik dibuktikan dengan klien mampu menyebutkan hari, tanggal, bulan dan tahun saat pengkajian klien mampu mengetahui tempat keberadaan dia saat ini dan klien mampu menyebutkan kembali nama peneliti

2. Daya ingat (jangka panjang, jangka pendek)

Daya ingat jangka panjang dan jangka pendek klien masih baik dibuktikan dengan klien mampu menceritakan kejadian saat bersekolah. Klien juga mampu menceritakan tentang anak dan cucunya

3. Kontak mata

Terdapat kontak mata yang baik oleh klien selama proses asuhan keperawatan

4. Afek

Afek klien selama proses asuhan keperawatan adalah datar

Short Portable Mental Status Questioner (SPSMQ)

Benar	Salah	No	Pertanyaan
	✓	1.	Tanggal berapa hari ini ?
	✓	2.	Hari apa sekarang ?
✓		3.	Apa nama tempat ini ?
	✓	4.	Dimana alamat anda ?
✓		5.	Berapa umur anda ?
✓		6.	Kapan anda lahir ?
✓		7.	Siapa presiden indonesia sekarang ?
	✓	8.	Siapa presiden indonesia sebelumnya ?
✓		9.	Siapa nama ibu anda ?
✓		10.	Coba hitung terbalik dari angka 20 ke 1 ?
6	4		

Interpretasi hasil:

Salah 0-2 : Fungsi Intelektual utuh

Salah 3-4 : Kerusakan intelektual ringan

Salah 5-7 : Kerusakan Intelektual Sedang

Salah 8-10 : Kerusakan intelektual berat

Kesimpulan : Jadi Tn. M mengalami kerusakan fungsi intelektual klien ringan karena klien menjawab 4 pertanyaan yang salah.

J. PENGKAJIAN STATUS KEMANDIRIAN

NO	Aktivitas	Mandiri (Nilai 1)	Bergantung (Nilai 0)
1	Mandi di kamar mandi (menggosok, membersihkan, dan mengeringkan badan).	1	
2	Menyiapkan pakaian, membuka, dan menggunakannya.	1	
3	Memakan makanan yang telah disiapkan.	1	
4	Memelihara kebersihan diri untuk penampilan diri (menyisir rambut, mencuci rambut, menggosok gigi, mencukur kumis).	1	
5	Buang air besar di WC (membersihkan dan mengeringkan daerah bokong).	1	
6	Dapat mengontrol pengeluaran feses (tinja)	1	
7	Buang air kecil dikamar mandi (membersihkan dan mengeringkan daerah kemaluan)	1	
8	Dapat mengontrol pengeluaran air kemih	1	
9	Berjalan dilingkungan tempat tinggal atau keluar ruangan tanpa alat bantu, seperti tongkat		0
10	Menjalankan agama sesuai agama dan kepercayaan yang dianut.	1	

11	Melakukan pekerjaan rumah, seperti : merapikan tempat tidur, mencuci pakaian, memasak, dan membersihkan ruangan.		0
12	Berbelanja untuk kebutuhan sendiri atau kebutuhan keluarga.		0
13	Mengelola keuangan (menyimpan dan menggunakan uang sendiri).	1	
14	Menggunakan transportasi umum untuk bepergian.		0
15	Menyiapkan obat dan minum obat sesuai dengan aturan (takaran obat dan waktu minum obat tepat).		0
16	Merencanakan dan mengambil keputusan untuk kepentingan keluarga dalam hal penggunaan uang, aktivitas sosial yang dilakukan dan kebutuhan akan pelayanan kesehatan.		0
17	Melakukan aktivitas diwaktu luang (kegiatan keagamaan, sosial, rekreasi, olah raga dan menyalurkan hobi).	1	
	<i>JUMLAH POIN MANDIRI</i>	11	

Analisis hasil :

Poin : 13 – 17 : Mandiri

Poin : 0 – 12 : Ketergantungan

Kesimpulan : Klien mengalami Ketergantungan

Pengkajian Status Kemandirian dengan indeks barthel

No	Item yang dinilai	Skor kemandirian	nilai
1	Makan	0 = Tidak mampu 1 = Butuh bantuan 2 = Mandiri	2
2	Mandi	0 = Tidak mampu 1 = Mandiri	1
3	Perawatan diri	0 = butuh bantuan orang lain 1 = Mandiri	1
4	Berpakaian	1 = Sebagian dibantu 2 = Mandiri	2
5	Buangkecil	0 = Inkontinensia atau pakai kateter dantidak terkontrol 1 = Kadang inkontinensia (maks, 1x24jam) 2 = Kontinensia (teratur)	1
6	Buangbesar	0 = Inkontinensia (tidak teratur atauperlu enema) 1= Kadang inkontinensia (sekali seminggu) 2 = Kontinensia (teratur)	2
7	Penggunaan toilet	0 = Tergantung bantuan orang lain 1 = Membutuhkan bantuan, tapi dapat melakukan beberapa hal sendiri 2 = Mandiri	1
8	Transfer	0 = Tidak mampu 1 = Butuh bantuan untuk bisa duduk (2 orang) 2 = Bantuan kecil (1 orang) 3 = Mandiri	2
9	Mobilitas	0 = Immobile (tidak mampu) 1= Menggunakan kursi roda 2 = Berjalan dengan bantuan satu orang 3= Mandiri (meskipun menggunakan alat seperti tongkat)	1
10	Naik tangga	0 = Tidak Mampu 1 = Membutuhkan (alat bantu) 2 = Mandiri	0
Total			13

Interpretasi hasil :

- | | |
|------------------------------|-------------------------------|
| 0-4 : Ketergantungan total | 12- 19: Ketergantungan ringan |
| 5-8 : Ketergantungan berat | 20 : Mandiri |
| 9-11 : Ketergantungan sedang | |

Kesimpulan : Tn.M mengalami ketergantungan ringan karena skor kemandirian adalah 13

K. PENGKAJIAN PSIKOSOSIAL

No	Pertanyaan	Jawaban		Pedoman jawaban
		Ya	Tidak	
1.	Apakah pada dasarnya anda puas dengan kehidupan anda?	✓		(tidak)
2.	Apakah anda telah meninggalkan banyak kegiatan dan minat atau kesenangan anda?		✓	(ya)
3.	Apakah anda merasa kehidupan anda kosong?		✓	(ya)
4.	Apakah anda sering merasa bosan?		✓	(ya)
5.	Apakah anda mempunyai semangat yang baik setiap saat?	✓		(tidak)
6.	Apakah anda takut bahwa sesuatu yang buruk akan terjadi pada anda?		✓	(ya)
7.	Apakah anda merasa bahagia untuk sebahagian besar hidup anda?	✓		(tidak)
8.	apakah anda sering merasa tidak berdaya?		✓	(ya)
9.	Apakah anda lebih senang tinggal dirumah, daripada keluar dan mengerjakan sesuatu yang baru?	✓		(ya)
10.	Apakah anda merasa bahwa anda lebih banyak mempunyai masalah dengan ingatan anda dibandingkan kebanyakan orang?		✓	(ya)
11.	Apakah anda berfikir bahwa hidup anda sekarang ini lebih menyenangkan ?		✓	(tidak)
12.	Apakah anda merasa tidak berharga seperti perasaan anda saat ini?		✓	(ya)
13.	Apakah anda merasa penuh semangat?	✓		(tidak)
14.	Apakah anda berfikir, bahwa kondisi anda saat ini tidak ada harapan?		✓	(ya)
15.	Apakah anda berfikir bahwa orang lain lebih baik keadannya daripada anda?		✓	(ya)
	Total jawaban "Ya"	5	10	

Interpretasi Hasil :

Setiap jawaban yang sesuai mempunyai skor 1 (satu)

Skor 5-9 : Kemungkinan depresi

Lebih dari 10 : Depresi

Kesimpulan: Klien tidak mengalami depresi

L. PENGKAJIAN FUNGSI KOGNITIF

FORMAT PENGKAJIAN MMSE

NO	ITEM PENILAIAN	BENAR (1)	SALAH (0)
1	ORIENTASI		
	1. Tahun berapa sekarang?	✓	
	2. Musim apa sekarang ?	✓	
	3. Tanggal berapa sekarang ?		✓
	4. Hari apa sekarang ?		✓
	5. Bulan apa sekarang ?		✓
	6. Dinegara mana anda tinggal ?	✓	
	7. Di Provinsi mana anda tinggal ?		✓
	8. Di kabupaten mana anda tinggal ?		✓
	9. Di kecamatan mana anda tinggal ?		✓
	10. Di desa mana anda tinggal ?	✓	
2	REGISTRASI		
	Minta klien menyebutkan tiga objek		
	11. Kursi	✓	
	12. Meja	✓	
	13. Pena	✓	
3	PERHATIAN DAN KALKULASI		
	Minta klien mengeja 5 kata dari belakang, misal” BAPAK “		
	14. K		✓
	15. A		✓
	16. P		✓
	17. A		✓
	18. B	✓	

4	MENGINGAT		
	Minta klien untuk mengulang 3 obyek Diatas		
	19. Kursi	✓	
	20. Meja	✓	

	21. Pena	✓	
5	BAHASA		
	Penamaan Tunjukkan 2 benda minta klien menyebutkan :		
	22. Jam tangan	✓	
	23. Pensil	✓	
	Pengulangan Minta klien mengulangi tiga kalimat berikut		
	24. “Tak ada jika, dan, atau tetapi “	✓	
	Perintah tiga langkah		
	25. Ambil kertas !	✓	
	26. Lipat dua !	✓	
	27. Taruh dilantai !	✓	
	d. Turuti hal berikut		
	28. Tutup mata	✓	
	29. Tulis satu kalimat		✓
	30. Salin gambar	✓	
	JUMLAH	19	11

Analisis hasil : Nilai ≤ 21 = Kerusakan kognitif

Kesimpulan : Tn. M mengalami kerusakan kognitif karena jumlah skornya adalah 19

M. PENGKAJIAN LINGKUNGAN (Membuat Denah)

Denah wisma Anai

Halaman				
K 1	Teras			
	Pintu			
K 2		Ruang tamu		
K 3	Ruang makan			
			dapur	Pintu
K 4	Wc1	Wc 2		

Keterangan :

K1: Kamar penghuni 1

K2: Kamar penghuni 2

K3: kamar penghuni 3

K4: kamar Klien

1. Penataan kamar

Penataan kamar Tn. M baik, kamar bersih dan rapi, lantai kamar dialasi oleh karpet, barang terlalu padat namun tertata rapi, di dalam kamar terdapat 2 lemari dengan ukuran sedang, dan untuk pencahayaan kamar kurang karena terdapat 1 jendela , tetapi jendela tersebut tidak bisa di buka.

2. Kebersihan dan kerapian:

Kamar Tn. M saat dilakukan observasi terlihat rapi, dan bersih. Untuk membersihkan kamar dan merapikan kasur biasanya dilakukan oleh pengasuh, tetapi Tn. M juga rajin merapikan alas kasur setiap selesai tidur.

3. Penerangan

Penerangan kamar Tn. M kurang terang, dan penerangan menuju kamarmandi juga kurang, dan penerangan menuju kamar Tn. M cukup baik.

4. Sirkulasi udara

sirkulasi udara kurang, di dalam kamar hanya terdapat satu jendela kecil tempat masuknya udara.

5. Penataan halaman

Halaman pada wisma Tn. M cukup bersih dan rapi serta terdapat banyakbunga yang menghiasi lingkungan wisma.

6. Penataan perabot

Penataan perabot di dalam wisma cukup baik dan aman, tidak ada perabot yang di susun acak dan membahayakan para lansia.

7. Keadaan kamar mandi

Kamar mandi bersih, penerangan kamar mandi cukup, lantai licin, dan terdapat pegangan di kamar mandi.

8. Pembuangan air kotor

Pembuangan air kotor pada masing-masing penghuni wisma yaitu terdapat got di belakang wisma.

9. Sumber air minum

Sumber air minum berasal dari air yang disediakan oleh panti yaitu air masak.

10. Pembuangan sampah

Pembuangan sampah berada di sebelah wisma, terdapat tong sampah besar untuk pembuangan sampah

11. Sumber pencemaran

Sumber pencemaran pada wisma adalah selokan dan dari lansia yang merokok

ANALISA DATA KEPERAWATAN GERONTIK

No	Data fokus	Masalah	Penyebab
1	<p>Data subektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Klien mengatakan sulit berdiri dan berpindah tempat dari suatu tempat ke kursi roda dan dari kursi roda ke suatu tempat. b. Klien mengatakan pinggangnya sakit jika dipaksa untuk berdiri c. Klien mengatakan sendi-sendi terasa kaku d. Klien mengatakan kaki sering kesemutaan e. Klien mengatakan bahwa ia kesulitan berjalan atau berpindah tempat tanpa bantuan kursi roda f. Klien mengatakan tidak bisa untuk berdiri lama dan sulit melakukan aktivitas sehari-hari seperti berjalan keluar rumah tanpa bantuan kursi roda, mengambil makanan sendiri ke dapur, dan melakukan aktivitas di luar rumah seperti olahraga. <p>Data objektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Klien tampak menggunakan alat bantu jalan yaitu kursi roda b. Klien terlihat kesulitan berjalan dan berpindah tempat c. Gerakan klien tampak terbatas d. Klien tampak lebih banyak duduk di teras wisma. e. Skor tingkat kemandirian 13/20 (ketergantungan ringan) f. Kekuatan otot ekstremitas bawah menurun, yaitu 	Gangguan mobilitas fisik	Penurunan kekuatan otot dan kekuatan sendi

	<table border="1"> <tr> <td>555</td> <td>555</td> </tr> <tr> <td>333</td> <td>444</td> </tr> </table> <p>g. TTV: TD: 170/85 mmHg HR: 76 x/i RR: 20 x/i S: 36,3°C</p>	555	555	333	444		
555	555						
333	444						
2	<p>Data Subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> Klien mengatakan nyeri pinggang dan kaki jika hendak berpindah tempat dari kursi roda ke suatu tempat dan dari suatu tempat ke kursi roda. Klien mengatakan nyeri meningkat apabila berpindah dari suatu tempat ke kursi roda , melakukan aktivitas dan cuaca dingin. Klien mengatakan nyeri sendi pada jari-jari kaki sudah 5 tahun dirasakannya <p>Data Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> Klien tampak meringis saat berpindah dari suatu tempat ke kursi roda Klien tampak gelisah Klien tampak tidak mampu menyelesaikan aktivitas jika nyeri muncul. Skala nyeri pinggang klien 4 dan skala nyeri kaki klien 3 dengan frekuensi dan durasi tidak menentu. TD: 170/85 mmHg HR: 76 x/i RR : 20 X/i S : 36,3 ‘ C 	Nyeri Kronis	Kondisi muskuluskletal kronis				

3	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Klien mengatakan kesulitan berdiri dan berpindah tempat dari suatu tempat ke kursi roda. b. Klien mengatakan tungkai terasa lemah dan kaki terasa kaku. c. Sendi pada bagian pinggang dan jari-jari kaki terasa kaku d. Klien mengatakan kadang merasa pusing akibat darah tingginya e. Klien mengatakan jika berpindah harus menggunakan kursi roda <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Klien tampak menggunakan alat bantu kursi roda b. Klien tampak terlihat kesulitan saat hendak berpindah ke kursi roda c. Gerakan klien tampak terbatas d. TTV: <ul style="list-style-type: none"> - TD: 170/85 mmHg - HR: 76 x/i - RR: 20 x/i - S: 36,3°C 	Resiko jatuh	Penurunan kekuatan otot
4	<p>Data Subjektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Klien mengatakan memiliki penyakit hipertensi b. Klien mengatakan tidak mengkonsumsi obat hipertensi secara rutin c. Klien mengatakan minum obat amlodipine jika pusing dan kaduk terasa berat saja 	Ketidakpatuhan	Ketidakadekuatan pemahaman

	<p>d. Klien mengatakan takut minum obat amlodipine secara rutin karena takut akan merusak ginjalnya</p> <p>e. Klien mengatakan pada saat ini beliau tidak mengkonsumsi obat amlodipine</p> <p>f. Klien mengatakan sudah 4 bulan tidak mengkonsumsi obat amlodipine</p> <p>g. Klien mengatakan masih merokok sebanyak 3-4 batang/hari</p> <p>h. Klien mengatakan masih suka mengkonsumsi makanan yang bersantan dan mengandung minyak</p> <p>i. Klien mengatakan tidak dapat melakukan olahraga karena keadaannya yang menggunkan kursi roda</p> <p>j. Klien mengatakan tidak pernah mengecek kesehatannya secara rutin</p> <p>Data objektif:</p> <p>a. Klien tampak masih merasakan gejala penyakit hipertensi seperti pusing dan kuduk berat</p> <p>b. Klien tampak gelisah jika tensinya naik</p> <p>c. Tekanan darah : 170/ 85 mmHg</p>		
5.	<p>Data Subjektif</p> <p>a. Klien mengatakan terkadang klien susah BAB dan klien mengatakan agak keras saat mengejan</p> <p>b. Klien mengatakan BAB 1x sehari dan terkadang klien tidak ada BAB selama seharian</p> <p>c. Klien mengatakan tidak suka memakan sayur, dan jika makanan klien di kasi</p>	Resiko Konstipasi	Kelemahan otot abdomen

Pembobotan :

- | | | |
|------------------|--|-----------------|
| 1. Sangat rendah | A : Resiko terjadi | F : Tempat |
| 2. Rendah | B : Resiko keparahan | G : Waktu |
| 3. Cukup | C : Potensial untuk pendidikan kesehatan | H : Dana |
| 4. Tinggi | D : Minat Masyarakat | I : Fakes |
| 5. Sangat Tinggi | E : Sesuai dengan program pemerintah | J : Sumber daya |

2. Diagnosa Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Ditemukan		Dipecahkan	
		Tanggal	Paraf	Tanggal	Paraf
1.	Gangguan mobilitas fisik b.d penurunan kekuatan otot dan kekuatan sendi	2 Februari 2023		8 Februari 2023	
2.	Resiko jatuh dibuktikan dengan kekuatan otot menurun	2 Februari 2023		8 Februari 2023	
3.	Nyeri kronis berhubungan dengan kondisi muskuloskeletal kronis	2 Februari 2023		8 Februari 2023	

3. Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan (SLKI)	Kriteria (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
1	Gangguan Mobilitas Fisik	Setelah dilakukan asuhan keperawatan kepada pasien mobilitas fisik dan ambulasi meningkat	<p>a. Mobilitas Fisik meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pergerakan ekstremitas meningkat 2. Kekuatan otot meningkat 3. Rentang gerak (ROM) meningkat 4. Kaku sendi menurun 5. Gerakan terbatas menurun. 6. Kelemahan fisik menurun <p>b. Ambulasi meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menopang berat badan meningkat. 2. Berjalan dengan langkah yang efektif meningkat. 3. Berjalan dengan langkah pelan meningkat. 4. berjalan dengan langkah sedang meningkat. 	<p>Dukungan Ambulasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan prosedur dan tujuan ambulasi. 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi. 3. Monitor tekanan darah sebelum memulai ambulasi. 4. Monitor kondisi umum selama melakukan ambulasi. 5. Fasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu. 6. Fasilitasi melakukan ambulasi fisik. <p>Teknik latihan penguatan sendi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi keterbatasan fungsi dan gerak sendi. 2. Monitor lokasi dan ketidaknyamanan atau rasa sakit selama gerakan 3. Lakukan pengendalian nyeri sebelum memulai latihan. 4. Berikan posisi tubuh optimal untuk gerakan sendi pasif atau aktif.

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan (SLKI)	Kriteria (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
			<p>5. berjalan dengan jarak pendek meningkat</p> <p>6. berjalan dengan jarak sedang meningkat</p> <p>7. berjalan jarak jauh meningkat</p> <p>8. kaku pada persendian menurun</p>	<p>5. Fasilitasi penyusunan jadwal latihan rentang gerak aktif maupun.</p> <p>6. Fasilitasi gerak sendi teratur dalam batas-batas rasa sakit ketahanan, dan mobilitas sendi.</p> <p>7. Berikan penguatan positif untuk melakukan latihan bersama.</p> <p>8. Jelaskan kepada klien tujuan dan rencana latihan bersama.</p> <p>9. Anjurkan duduk di tempat tidur, disisi tempat tidur, (<i>'menjantai'</i>), atau di kursi, sesuai toleransi.</p> <p>10. Anjurkan melakukan latihan rentang gerakaktif dan pasif secarasistematis.</p> <p>11. Anjurkan mobilisasi sesuai toleransi.</p>

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan (SLKI)	Kriteria (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
2	Resiko Jatuh	Setelah dilakukan asuhan keperawatan kepada pasien Tingkat jatuh menurun	<p>Tingkat jatuh menurun dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jatuh dari tempat tidur menurun 2. Jatuh saat berdiri menurun 3. Jatuh saat duduk Menurun.Jatuh saat berjalan menurun. 4. Jatuh saat dipindahkan menurun. 5. Jatuh saat naik tangga menurun. 6. Jatuh saat dikamar mandi menurun 7. Jatuh saat membungkuk menurun <p>Keseimbangan meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mempertahankan keseimbangan saat duduk meningkat. 2. Mempertahankan keseimbangan dari posisi duduk ke posisi berdiri meningkat. 3. Mempertahankan keseimbangan saat berdiri meningkat. 	<p>Pencegahan Jatuh:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi factor risiko jatuh (mis. Usia > 65 tahun, 2. Identifikasi factor lingkungan yang meningkatkan resiko jatuh (mis. Lantai licin, penerangan kurang) 3. Monitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya. 4. Tempatkan pasien beresiko tinggi jatuh dengan pantauan. Perawat. 5. Anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin 6. Anjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh. 7. Anjurkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri.

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan (SLKI)	Kriteria (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
			<p>4. Mempertahankan keseimbangan saat berjalan meningkat</p> <p>5. Pusing menurun.</p> <p>6. Tersandung menurun</p>	<p>Manajemen Keselamatan Lingkungan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kebutuhan keselamatan (mis. Kondisi fisik, fungsi kognitif, dan riwayat perilaku) 2. Monitor perubahan status keselamatan lingkungan. 3. Hilangkan bahaya keselamatan lingkungan (mis. Fisik, biologi, kimia), jika memungkinkan. 4. Modifikasi lingkungan untuk meminimalkan bahaya dan risiko. 5. Sediakan alat bantu keamanan lingkungan 6. Fasilitasi relokasi ke lingkungan yang aman.

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan (SLKI)	Kriteria (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
3	Nyeri kronis	Setelah dilakukan asuhan keperawatan kepada pasien Tingkat nyeri menurun	<p>Tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. keluhan nyeri menurun. 2. Meringis menurun. 3. Sikap protektif menurun. 4. Gelisah menurun. 5. Kesulitan tidur menurun, . 6. Frekuensi nadi membaik. 7. Pola tidur membaik. 	<p>Manajemen nyeri:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif yaitu meliputi lokasi, karakteristik, frekuensi, kualitas, intensitas atau beratnya nyeri. 2. Identifikasi skala nyeri. 3. Identifikasi respon nyeri non verbal. 4. Identifikasi faktor yang bisa memperingan dan memperberat nyeri. 5. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup. 6. Berikan klien teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri (teknik nafas dalam) 7. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri 8. Pertimbangkan jenis sumber nyeri 9. Kolaborasi pemberian obat anti nyeri

4. Catatan Perkembangan

Hari/ Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan	TTD
Jumat, 3 Februari 2023 Pukul : 09.00	Gangguan mobilitas fisik b.d penurunan kekuatan otot dan kekuatan sendi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengukur tanda- tanda vital sebelum dan sesudah melakukan aktivitas 2. Mengkaji kemampuan pasien untuk berjalan 3. Mengidentifikasi toleransi melakukan aktivitas fisik, melakukan ambulasi dan memonitor kondisi umum selama melakukan ambulasi. 4. Menjelaskan tujuan dan prosedur ambulasi. 5. Mengkaji keterbatasan fungsi dan gerak sendi. 6. Membantu pasien berpindah sesuai kebutuhan 7. Membantu pasien dari posisi duduk berpindah ke kursi roda 8. Membantu pasien dalam penggunaan alat bantu kursi roda 9. Memapah pasien saat keluar wisma 10. Melatih ROM (<i>Range Of Motion</i>) 	S : <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan kesulitan dalam berjalan dan berpindah dari suatu tempat ke kursi roda • Klien mengatakan pinggang masih kaku dan kaki terasa berat serta sendi pada kaki masih kaku O : <ul style="list-style-type: none"> • TD sebelum beraktivitas : 158/87 mmHg • Td setelah aktivitas : 170/89 mmHg • Klien tampak masih sulit dan lemah saat berpindah • Klien tampak lebih nyaman beraktivitas menggunakan kursi roda • Klien bersedia untuk melakukan latihan ROM 	

Hari/ Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan	TTD
			<p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Masalah gangguan mobilitas fisik: mobilitas fisik dan ambulasi belum teratasi <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Intervensi dukungan ambulasi dan latihan penguatan sendi dilanjutkan 	
<p>Jumat, 3 Februari 2023</p> <p>Pukul : 10.00</p>	<p>Resiko jatuh b.d kekuatan otot menurun</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi perilaku dan faktor yang mempengaruhi resiko jatuh 2. Mengidentifikasi factor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh. 3. Memantau kemampuan klien dalam berpindah tempat. 4. Membantu klien dalam menggunakan tongkat dan kursi roda. 5. Memantau gaya berjalan klien 6. Menganjurkan klien memanggil pengasuh atau orang lain jika membutuhkan bantuan dalam berpindah 	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan masih takut berjalan tanpa alat bantu • Klien mengatakan tungkai kaki terasa lemah. • Perasaan oyong kadang masih dirasakan sesekali. <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien tampak menggunakan kursi roda • Klien tampak lemah <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Masalah risiko jatuh: tingkat jatuh belum teratasi 	

Hari/ Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan
		7. Menganjurkan klien menggunakan alas kaki yang tidak licin	P: <ul style="list-style-type: none"> • Intervensi pencegahan jatuh dan manajemen keselamatan lingkungan dilanjutkan
Jumat, 3 Februari 2023 Pukul : 13.00	Nyeri kronis b.d kondisi muskuloskeletal kronis	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengukur tanda-tanda vital 2. Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif 3. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri. 4. Mengidentifikasi pengaruh nyeri terhadap kualitas hidup 5. Mengajarkan teknik nafas dalam untuk mengurangi nyeri yang dirasakan pasien 6. Melibatkan caregiver dalam mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri 	S: <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan nyeri pada pinggang dan sendi kaki masih dirasakan, skala nyeri 3, durasi dan frekuensi tidak menentu. • Nyeri timbul ketika melakukan pergerakan atau berpindah dari suatu tempat ke kursi roda, di pagi hari dan di malam hari. • Pasien mengatakan sudah mampu melakukan teknik nafas dalam untuk mengatasi rasa nyeri. O: <ul style="list-style-type: none"> • Pasien tampak lebih nyaman dari sebelumnya

Hari/ Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan	TTD
			<ul style="list-style-type: none"> • Masih tampak gelisah ketika nyeri timbul tapi sudah berkurang. • Nyeri yang timbul tampak mengganggu aktivitas klien. • TD: 170/89 mmHg • HR: 83 x/i • RR: 20 x/i <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Masalah Nyeri kronis: tingkat nyeri belum teratasi <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Intervensi manajemen nyeri dilanjutkan 	
<p>Sabtu, 4 Februari 2023</p> <p>Pukul 10.00</p>	<p>Gangguan mobilitas fisik b.d penurunan kekuatan otot dan kekuatan sendi</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengukur tanda- tanda vital sebelum dan sesudah melakukan aktivitas 2. Mengkaji kemampuan pasien untuk berjalan 3. Membantu pasien berpindah sesuai kebutuhan 4. Membantu pasien dalam penggunaan alat bantu 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan kesulitan dalam berjalan dan berpindah dari suatu tempat ke kursi roda • Klien mengatakan pinggang masih kaku dan kaki terasa berat serta sendi pada kaki masih kaku 	

Hari/ Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan	T T D
		5. Membantu pasien dari posisi duduk untuk berpindah ke kursi roda 6. Memapah pasien untuk berpindah dari kursi roda ke tempat tidur dan sebaliknya 7. Melatih ROM (<i>Range Of Motion</i>)	O : <ul style="list-style-type: none"> • TD sebelum beraktivitas : 150/80 mmHg • Td setelah aktivitas : 165/86 mmHg • Klien tampak masih sulit dan lemah saat berpindah • Klien tampak lebih nyaman beraktivitas menggunakan kursi roda • Klien bersedia untuk melakukan latihan ROM A : <ul style="list-style-type: none"> • Masalah gangguan mobilitas fisik: mobilitas fisik dan ambulasi belum teratasi P : <ul style="list-style-type: none"> • Intervensi dukungan ambulasi dan latihan penguatan sendi dilanjutkan 	
S abtu, 4 Februari 2023 Pukul 11.00	Resiko jatuh b.d kekuatan otot menurun	1. Mengidentifikasi perilaku dan faktor yang mempengaruhi resiko jatuh	S: <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan masih takut berjalan tanpa alat bantu 	

Hari/ Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan	T T D
		<ol style="list-style-type: none"> 2. Mengidentifikasi factor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh. 3. Memantau kemampuan klien dalam berpindah tempat. 4. Membantu klien dalam menggunakan tongkat dan kursi roda. 5. Menganjurkan klien memanggil pengasuh atau orang lain jika membutuhkan bantuan dalam berpindah 6. Menganjurkan klien menggunakan alas kaki yang tidak licin 	<ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan tungkai kaki terasa lemah. • Perasaan oyong kadang masih dirasakan sesekali. <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien tampak menggunakan kursi roda untuk beraktivitas • Klien tampak lemah <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Masalah risiko jatuh: tingkat jatuh belum teratasi <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Intervensi pencegahan jatuh dan manajemen keselamatan lingkungan dilanjutkan 	
<p>Sabtu, 4 Februari 2023</p> <p>Pukul 13.00</p>	<p>Nyeri kronis b.d kondisi muskuloskeletal kronis</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengukur tanda-tanda vital 2. Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif 3. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri. 	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan nyeri pada pinggang dan sendi kaki masih dirasakan, skala nyeri 3, durasi dan frekuensi tidak menentu. 	

Hari/ Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Implementasi Keperawatan	Intervensi Keperawatan	T T D
		<p>4. Mengidentifikasi pengaruh nyeri terhadap kualitas hidup</p> <p>5. Mengajarkan teknik nafas dalam untuk mengurangi nyeri yang dirasakan pasien</p> <p>6. Melibatkan caregiver dalam mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri</p>	<ul style="list-style-type: none"> •Nyeri timbul ketika melakukan pergerakan atau berpindah dari suatu tempat ke kursi roda , di pagi hari dan di malam hari. •Pasien mengatakan sudah mampu melakukan teknik nafas dalam untuk mengatasi rasa nyeri. <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Pasien tampak lebih nyaman dari sebelumnya. •Masih tampak gelisah ketika nyeri timbul tapi sudah berkurang. •Nyeri yang timbul tampak mengganggu aktivitas klien. • TD: 170/89 mmHg •HR: 83 x/i •RR: 20 x/i <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Masalah Nyeri kronis: tingkat nyeri belum teratasi 	

Hari/ Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan	TTD
			P: <ul style="list-style-type: none"> • Intervensi manajemen nyeri dilanjutkan 	
Minggu 5 Februari 2023 Pukul 10.00	Gangguan mobilitas fisik b.d penurunan kekuatan otot dan kekuatan sendi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengukur tanda- tanda vital sebelum dan sesudah melakukan aktivitas 2. Mengkaji kemampuan pasien untuk berjalan 3. Membantu pasien berpindah sesuai kebutuhan 4. Membantu pasien dalam penggunaan alat bantu kursi roda 5. Membantu pasien dari posisi duduk untuk berpindah ke kursi roda 6. Memapah pasien untuk berpindah dari kursi roda ke tempat tidur dan sebaliknya 7. Melatih ROM (<i>Range Of Motion</i>) 	S : <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan kesulitan dalam berjalan dan berpindah dari suatu tempat ke kursi roda • Klien mengatakan pinggang masih kaku dan kaki terasa berat serta sendi pada kaki masih kaku • Klien mengatakan sudah mulai mencoba latihan ROM secara mandiri sedikit-dikit O : <ul style="list-style-type: none"> • TD sebelum beraktivitas : 150/80 mmHg • TD setelah aktivitas : 155/80 mmHg • Klien tampak masih sulit dan lemah saat berpindah • Klien tampak lebih nyaman beraktivitas menggunakan kursi roda 	

Hari/ Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan	T T D
			<ul style="list-style-type: none"> • Klien tampak kooperatif saat melakukan latihan ROM <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Masalah gangguan mobilitas fisik: mobilitas fisik dan ambulasi belum teratasi <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Intervensi dukungan ambulasi dan latihan penguatan sendi dilanjutkan (ROM) 	
<p>Minggu 5 Februari 2023</p> <p>Pukul 11.00</p>	<p>Resiko jatuh b.d kekuatan otot menurun</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi perilaku dan faktor yang mempengaruhi resiko jatuh 2. Mengidentifikasi factor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh. 3. Memantau kemampuan klien dalam berpindah tempat. 4. Membantu klien dalam menggunakan kursi roda. 	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan masih takut berjalan tanpa alat bantu • Klien mengatakan tungkai kaki terasa lemah. • Klien mengatakan pusing berkurang <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien tampak menggunakan kursi roda saat berpindah 	

Hari/ Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan	T T D
		5. Menganjurkan klien memanggil pengasuh atau orang lain jika membutuhkan bantuan dalam berpindah 6. Menganjurkan klien menggunakan alas kaki yang tidak licin	<ul style="list-style-type: none"> • Klien tampak kesulitan saat berpindah tempat A: <ul style="list-style-type: none"> • Masalah risiko jatuh: tingkat jatuh belum teratasi P: <ul style="list-style-type: none"> • Intervensi pencegahan jatuh dan manajemen keselamatan lingkungan dilanjutkan 	
Minggu ,5 Februari 2023 Pukul 13.00	Nyeri kronis b.d kondisi muskuloskeletal kronis	1. Mengukur tanda-tanda vital 2. Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif 3. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri. 4. Mengidentifikasi pengaruh nyeri terhadap kualitas hidup 5. Mengajarkan teknik nafas dalam untuk mengurangi nyeri yang dirasakan pasien	S: <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan nyeri pada pinggang dan sendi kaki masih dirasakan, skala nyeri 2, durasi dan frekuensi tidak menentu. • Nyeri timbul ketika melakukan pergerakan atau berpindah dari suatu tempat ke kursi roda , di pagi hari dan di malam hari 	

Hari/ Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan	T T D
		<p>6. Melibatkan caregiver dalam mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan sudah mampu melakukan teknik nafas dalam untuk mengatasi rasa nyeri. <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien tampak lebih nyaman dari sebelumnya. • Masih tampak gelisah ketika nyeri timbul tapi sudah berkurang. • Nyeri yang timbul tampak mengganggu aktivitas klien. • TD: 170/89 mmHg • HR: 83 x/i • RR: 20 x/i <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Masalah Nyeri kronis: tingkat nyeri belum teratasi <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Intervensi manajemen nyeri dilanjutkan 	

Hari/ Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan	TTD
<p>Senin 6 Februari 2023</p> <p>Pukul 10.00</p>	<p>Gangguan mobilitas fisik b.d penurunan kekuatan otot dan kekuatan sendi</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengukur tanda- tanda vital sebelum dan sesudah melakukan aktivitas 2. Mengkaji kemampuan pasien untuk berjalan 3. Membantu pasien berpindah sesuai kebutuhan 4. Membantu pasien dalam penggunaan alat bantu kursi roda 5. Membantu pasien dari posisi duduk untuk berpindah ke kursi roda 6. Memapah pasien untuk berpindah dari kursi roda ke tempat tidur dan sebaliknya 7. Melatih ROM (<i>Range Of Motion</i>) 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan masih sulit dalam berjalan dan berpindah dari suatu tempat ke kursi roda • Klien mengatakan kaku pada pinggang sudah agak berkurang • Klien mengatakan kaki masih terasa berat namun kaku sendi pada kaki sudah agak berkurang • Klien mengatakan sudah mulai mencoba latihan ROM secara mandiri pada pagi dan sore hari <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • TD sebelum beraktivitas : 140/80 mmHg • TD setelah aktivitas : 150/80 mmHg • Klien tampak sudah lebih baik saat berpindah • Klien tampak sudah mulai bisa bergantung ke dinding untuk berpindah 	

Hari/ Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan	T T D
			<ul style="list-style-type: none"> • Klien tampak lebih nyaman beraktivitas menggunakan kursi roda • Klien tampak kooperatif saat melakukan latihan ROM <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Masalah gangguan mobilitas fisik: mobilitas fisik dan ambulasi belum teratasi <p>P :</p> <p>Intervensi dukungan ambulasi dan latihan penguatan sendi dilanjutkan (ROM</p>	
<p>Senin 6 Februari 2023</p> <p>Pukul 11.00</p>	<p>Resiko jatuh b.d kekuatan otot menurun</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi perilaku dan faktor yang mempengaruhi resiko jatuh 2. Mengidentifikasi factor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh. 3. Memantau kemampuan klien dalam berpindah tempat. 	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan masih takut berjalan tanpa alat bantu akibat pingangnya yang sakit • Klien mengatakan tungkai kaki terasa mulai agak membaik • Klien mengatakan pusing berkurang 	

Hari/ Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan	T T D
		<ol style="list-style-type: none"> 4. Membantu klien dalam menggunakan kursi roda. 5. Menganjurkan klien memanggil pengasuh atau orang lain jika membutuhkan bantuan dalam berpindah 6. Menganjurkan klien menggunakan alas kaki yang tidak licin 	<p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien tampak menggunakan kursi roda saat berpindah • Klien tampak kesulitan saat berpindah tempat <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien masih beresiko untuk jatuh, masalah resiko jatuh belum terarasi <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Intervensi pencegahan jatuh dan manajemen keselamatan lingkungan dilanjutkan 	
<p>Senin 6 Februari 2023</p> <p>Pukul 13.00</p>	<p>Nyeri kronis b.d kondisi muskuloskeletal kronis</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengukur tanda-tanda vital 2. Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif 3. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri. 4. Mengidentifikasi pengaruh nyeri terhadap kualitas hidup 	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan nyeri pada pinggang dan sendi kaki masih dirasakan, skala nyeri 2, durasi dan frekuensi tidak menentu. 	

Hari/ Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan	T T D
		<p>5. Mengajarkan teknik nafas dalam untuk mengurangi nyeri yang dirasakan pasien</p> <p>6. Melibatkan caregiver dalam mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Nyeri timbul ketika melakukan pergerakan atau berpindah dari suatu tempat ke kursi roda , di pagi hari dan di malam hari • Pasien mengatakan sudah mampu melakukan teknik nafas dalam untuk mengatasi rasa nyeri. <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien tampak lebih nyaman dari sebelumnya. • Masih tampak gelisah ketika nyeri timbul tapi sudah berkurang. • Nyeri yang timbul tampak mengganggu aktivitas klien. • TD: 170/89 mmHg • HR: 83 x/i • RR: 20 x/i 	

Hari/ Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan	T T D
			<p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Masalah Nyeri kronis: tingkat nyeri belum teratasi <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Intervensi manajemen nyeri dilanjutkan 	
<p>Selasa 7 Februari 2023</p> <p>Pukul 10.00</p>	<p>Gangguan mobilitas fisik b.d penurunan kekuatan otot dan kekuatan sendi</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengukur tanda- tanda vital sebelum dan sesudah melakukan aktivitas 2. Mengkaji kemampuan pasien untuk berjalan 3. Membantu pasien berpindah sesuai kebutuhan 4. Membantu pasien dalam penggunaan alat bantu kursi roda 5. Membantu pasien dari posisi duduk untuk berpindah ke kursi roda 6. Memapah pasien untuk berpindah dari kursi roda ke tempat tidur dan sebaliknya 7. Melatih ROM (<i>Range Of Motion</i>) 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan sudah berani untuk berpindah dari suatu tempat ke kursi roda dan sebaliknya dari kursi roda ke suatu tempat • Klien mengatakan pinggangnya sudah mulai membaik walaupun masih agak kaku • Klien sudah mampu dan berani untuk bergantung ke pegangan dinding untuk berpindah ke kursi roda 	

Hari/ Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan	TTD
			<ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan kaki dan jari-jari kaki sudah lebih baik dari sebelumnya, kaku pada kaki juga sudah berkurang • Klien mengatakan kakinya terasa lebih baik sejak dilakukan latihan ROM secara mandiri • Klien mengatakan sudah bisa berpindah ke kursi roda secara mandiri tanpa bantuan dari pengasuh • Klien mengatakan sudah mulai mencoba latihan ROM secara mandiri sedikit-dikit <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • TD sebelum beraktivitas : 140/80 mmHg • TD setelah aktivitas : 150/80 mmHg 	

Hari/ Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan	TTD
			<ul style="list-style-type: none"> • Klien tampak sudah lebih baik saat berpindah • Klien tampak sudah mulai bisa bergantung ke dinding untuk berpindah • Klien tampak lebih nyaman beraktivitas menggunakan kursi roda • Klien tampak kooperatif saat melakukan latihan ROM <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Masalah gangguan mobilitas fisik: mobilitas fisik dan ambulasi teratasi sebagian <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Intervensi dukungan ambulasi dan latihan penguatan sendi dilanjutkan oleh klien 	
<p>Selasa 7 Februari 2023</p> <p>Pukul 11.00</p>	<p>Resiko jatuh b.d kekuatan otot menurun</p>	<p>1. Mengidentifikasi perilaku dan faktor yang mempengaruhi resiko jatuh</p>	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan sudah berani berpindah ke kursi roda secara mandiri 	

Hari/ Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan	T T D
		<ol style="list-style-type: none"> 2. Mengidentifikasi factor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh. 3. Memantau kemampuan klien dalam berpindah tempat. 4. Membantu klien dalam menggunakan kursi roda. 5. Menganjurkan klien memanggil pengasuh atau orang lain jika membutuhkan bantuan dalam berpindah 6. Menganjurkan klien menggunakan alas kaki yang tidak licin 	<ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan tungkai kaki terasa lebih baik • Klien mengatakan pusing berkurang <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien tampak menggunakan kursi roda saat berpindah • Klien tampak berani berpindah ke kursi roda secara mandiri <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien masih beresiko untuk jatuh, masalah resiko jatuh teratasi sebagian <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Intervensi pencegahan jatuh dan manajemen keselamatan lingkungan dilanjutkan oleh klien 	
<p>Selasa 7 Februari 2023</p> <p>Pukul 11.00</p>	<p>Nyeri kronis b.d kondisi muskuloskeletal kronis</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengukur tanda-tanda vital 2. Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif 3. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan nyeri pada pinggang dan sendi kaki sudah membaik, skala nyeri 1 	

Hari/ Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan	TTD
		<p>4. Mengidentifikasi pengaruh nyeri terhadap kualitas hidup</p> <p>5. Mengajarkan teknik nafas dalam untuk mengurangi nyeri yang dirasakan pasien</p> <p>6. Melibatkan caregiver dalam mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Nyeri timbul sudah berkurang ketika melakukan pergerakan atau berpindah dari suatu tempat ke kursi roda • Pasien mengatakan sudah mampu melakukan teknik nafas dalam untuk mengatasi rasa nyeri. <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien tampak lebih nyaman dari sebelumnya. • Masih tampak lebih santai ketika nyeri timbul karena nyeri sudah berkurang • Nyeri yang timbul tampak sudah berkurang dan tidak terlalu mengganggu aktivitas klien • TD: 145/80 mmHg • HR: 83 x/i 	

Hari/ Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan	TTD
			<ul style="list-style-type: none"> • RR: 20 x/i <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Masalah Nyeri kronis: tingkat nyeri teratasi sebagian <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Intervensi manajemen nyeri dilanjutkan oleh klien secara mandiri 	



DINAS SOSIAL PROVINSI SUMATERA BARAT
LPTD PANTI SOSIAL TRESSA WERDHA
SABALNAN ALUH SICINCIN

Jalan Sawah - Kecamatan Sawah - Kabupaten Padang - Sumatera Barat - 25131
Telp. (075) 4121111 Fax. (075) 4121111
Email: ds@provsumbar.go.id



SURAT BEBERANG

Nomor : 443/SK/PTW/2022/2022

Yang bertanda tangan di bawah ini Kepala PTW Sabalnan Aluh Sicincin dengan ini
berangkat:

Nama : Nuzul Hafid
Jenis : Dirikan
Jumlah : Petugas Kemitraan 01
Tempat : Padang

Tujuan melakukan kegiatan di PTW Sabalnan Aluh Sicincin pada bulan November Tahun
2022 selanjutnya sebanyak 01 (satu) orang sebagai "Asisten Supervisor Pada Lantai Depan
Gedung Madrasah Falaq di LPTD Pant Sosial Tressa Werdha (PTW) Sabalnan Aluh Sicincin".

Demikian surat keberangkatan ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Padang, 21 Mei 2022

Kepala PTW Sabalnan Aluh Sicincin

Lampiran 13:



