



**POLTEKKES KEMENKES RI PADANG**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA LANSIA DENGAN  
GANGGUAN ADL (AKTIVITI OF DAILY LIVING)  
DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS  
NANGGALO KOTA PADANG**

**KARYA TULIS ILMIAH**

**SHINTIA EDRAWITA**

**NIM : 193110152**

**PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN PADANG  
JURUSAN KEPERAWATAN  
TAHUN 2022**



**POLTEKKES KEMENKES RI PADANG**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA LANSIA DENGAN  
GANGGUAN ADL (*AKTIVITI OF DAILY LIVING*)  
DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS  
NANGGALO KOTA PADANG**

**KARYA TULIS ILMIAH**

**Dianjurkan Ke Program Studi D III Keperawatan Politeknik Kesehatan  
Kemenkes Padang Sebagai Syarat Untuk Melakukan Penelitian**

**SHINTIA EDRAWITA**

**NIM : 193110152**

**PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN PADANG  
JURUSAN KEPERAWATAN  
TAHUN 2022**

**LEMBAR PERSETUJUAN**

**Karya Tulis Ilmiah**

Karya Tulis Ilmiah yang berjudul "Asuhan Keperawatan Lansia dengan gangguan ADL (*Activity Of Daily Living*) di Wilayah Kerja Puskesmas Nanggalo Kota Padang Tahun 2022" telah diperiksa, disetujui, untuk dipertahankan Tim Penguji Sidang Karya Tulis Ilmiah Program Studi D-III Keperawatan Padang Politeknik Kementerian Kesehatan Padang.

Padang, 25 Maret 2022

Menyetujui

Pembimbing 1



Ns. Lela Felnanda Amri, S.Kep.M.Kep.  
NIP. 19760206 200012 2 001

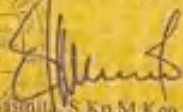
Pembimbing 2



Ns. Murniati Muchtar, SKM, M. Blended  
NIP. 19621122 198302 2 001

Mengetahui

Ketua Program Studi DIII Keperawatan Padang  
Politeknik Kesehatan RI Padang



Henni Samsul, S.Kp.M.Kep. Sp.Jiwa  
NIP. 19701020 199303 2002

## HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah diajukan oleh :

Nama : Shusha Edrawita

NIM : 193110152

Program Studi : D3 Keperawatan Padang

Judul : Asuhan Keperawatan Pada Lansia Dengan ADL (*Activity Of Daily Living*) Di Wilayah Kerja Puskesmas Nanggalo Kota Padang

Telah berhasil dipertahankan di hadapan dewan penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan pada Program Studi D3 Keperawatan Padang Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Padang.

### DEWAN PENGUJI

Ketua penguji : Tasman, S.Kp, M.Kep Sp. Kom

Penguji 1 : N. Rachmadanur, S.Kp, MKM

Penguji 2 : Ns. Lola Felanda Amri, S.Kep, M.Kep

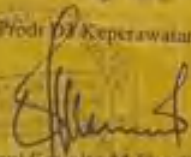
Penguji 3 : Ns. Hj. Murni Mochtar, S.Kep, SKM, M.Biomed

Di tempat : Poltekkes Kemenkes Padang

Tanggal : 27 Maret 2022

Mengetahui,

Ka. Prodi D3 Keperawatan Padang

  
Heppi Sumita, M.Kep, Sp. Jiw

NIP. 19701020 199303 2002

## KATA PENGANTAR

Puji syukur peneliti ucapkan kepada Allah SWT, karena atas berkat dan rahmat-Nya peneliti dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini dengan judul “**Asuhan Keperawatan pada Lansia dengan Gangguan ADL (*Aktiviti Of Daily Living*) di Puskesmas Nanggalo Padang Tahun 2022**”. Penulisan proposal KTI ini dilakukan untuk memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar DIII pada Program Studi DIII Keperawatan Padang Poltekkes Kemenkes Padang. Peneliti menyadari bahwa, peneliti tidak akan bisa menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah tanpa bantuan dan bimbingan dari **Ibu Ns. Lola Felnanda Amri, S.Kep, M.Kep** selaku pembimbing I dan **ibu Ns. Mucthar, SKM, M. Biomed** selaku pembimbing II yang telah menyediakan waktu, tenaga, dan pikiran untuk mengarahkan peneliti dalam menyusun Karya Tulis Ilmiah ini.

Selanjutnya peneliti juga mengucapkan terima kasih kepada yang terhormat :

- (1) Bapak Dr. Burhan Muslim, SKM, M.Si selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan RI Padang.
- (2) Ibu Ns Hj. Sila Dewi Anggraini, M.Kep,Sp. KMB selaku ketua Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes RI Padang.
- (3) Ibu Heppi Sasmita, M.Kep, Sp.Jiwa selaku Ketua Program Studi Prodi D-III Keperawatan Poltekkes Kemenkes RI Padang.
- (4) Ibu Dr. Devita Rizki selaku kepala puskesmas Nanggalo Kota Padang yang telah banyak membantu dalam usaha memperoleh data yang peneliti perlukan.
- (5) Bapak ibu Dosen dan Staf yang telah membantu dan memberikan ilmu dalam pendidikan untuk bekal bagi peneliti selama perkuliahan di Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes RI Padang.
- (6) Teristimewa orang tua dan keluarga yang telah memberi bantuan dukungan material dan moral.
- (7) Rekan-rekan seperjuangan Angkatan 2019 D III Keperawatan Padang yang telah memberikan dukungan dan semangat.
- (8) Sahabat dan teman-teman yang telah banyak membantu penelitian dalam menyelesaikan Proposal Karya Ilmiah ini.

Akhir kata, peneliti berharap Karya Tulis Ilmiah ini bermanfaat khususnya bagi peneliti sendiri dan pihak yang telah membacanya, serta peneliti mendoakan semoga segala bantuan yang telah diberikan oleh semua pihak mendapatkan balasan dari Allah SWT. Semoga KTI ini nantinya dapat membawa manfaat bagi pengembangan ilmu keperawatan. Amin.

Padang, April 2022

Peneliti

### HALAMAN PERNYATAAN ORISNALITAS

Karya Tulis Ilmiah ini adalah hasil karya saya sendiri dan semua sumber baik di kutip maupun dirujuk telah saya nyatakan dengan benar.

Nama : Shintia Edrawita

NIM : 193110152

Tanda tangan :



Tanggal : 27 Mei 2022

**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES PADANG  
PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN PADANG**

**Karya Tulis Ilmiah, Mei 2022**

**SHINTIA EDRAWITA**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA LANSIA DENGAN GANGGUAN ADL  
(*AKTIVITY OF DAILY LIVING*) DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS  
NANGGALO KOTA PADANG TAHUN 2022**

Isi: Xiii + 78 halaman + 2 tabel + 12 lampiran

**ABSTRAK**

Masalah kesehatan yang dialami oleh lanjut usia, berawal dari kemunduran se-sel tubuh, sehingga fungsi dan daya tubuh menurun serta faktor resiko penyakit meningkat, lansia semakin mengalami keterbatasan dalam melakukan *activity daily living (ADL)*. Tujuan penelitian ini untuk mendeskripsikan asuhan keperawatan pada lansia dengan ADL di wilayah kerja Puskesmas Nanggalo Kota Padang. Penelitian ini dilakukan bulan Januari sampai bulan Mei 2022. Desain yang digunakan adalah deskriptif dengan pendekatan studi kasus. Populasi 3 orang dengan sampel 1 orang lansia, menggunakan teknik simple random sampling dengan instrumen format pengkajian gerontik, wawancara, observasi, studi dokumen, dan data analisis membandingkan hasil asuhan keperawatan dengan teori dan penelitian sebelumnya. Berdasarkan hasil penelitian didapatkan hasil pengkajian klien mengeluh sulit untuk berjalan, sulit melakukan aktivitas sehari-hari seperti, pindah dari tempat tidur ke kursi, untuk melakukan BAB di bantu suami klien. Terdapat 3 diagnosa keperawatan yang ditemui pada responden yaitu intoleransi aktivitas, gangguan mobilitas fisik, dan resiko jatuh. Intervensi dengan kriteria hasil toleransi aktivitas meningkat, mobilitas fisik meningkat, tingkat jatuh klien saat beraktivitas menurun. Implementasi dilakukan 6 kali dengan mengajarkan latihan ROM. Evaluasi didapatkan klien mampu berjalan secara perlahan, klien mampu berjalan sekitar rumah, klien mampu pindah tempat dari tempat tidur ke kursi. Di simpulkan bahwa, keluarga klien sudah memahami dan mengetahui tentang gangguan ADL dan klien memakai tongkat untuk berjalan dari tempat tidur ke kursi. Disarankan kepada klien agar terus melakukan latihan ROM 2 kali sehari selama 3 minggu untuk mendapatkan hasil yang optimal. Dan diharapkan keluarga selalu membantu dan mengajarkan klien untuk latihan ROM.

**Kata Kunci: Gangguan ADL, Lanjut Lansia, Asuhan Keperawatan  
Daftar Pustaka : 26 (2009-2019)**



## DAFTAR RIWAYAT HIDUP



Nama : Shintia Edrawita  
NIM : 193110152  
Tempat/Tanggal Lahir : Selayo / 19Juli 2000  
Agama : Islam  
Status Perkawinan : Belum kawin  
Nama Orang Tua  
    Ayah : Edizal  
    Ibu : Erawita  
Alamat : Jorong Simpang 4, Aro Talang, Gunung Talang

### Riwayat Pendidikan

No	Pendidikan	Tahun Lulus
1	SD N 01 Gunung Talang	2012
2	SMP N 1 Gunung Talang	2015
3	SMA N 1 Gunung Talang	2018
4	Prodi D-III Keperawatan Padang, Poltekkes Kemenkes RI Padang	2022



## DAFTAR ISI

<b>KATA PENGANTAR</b> .....	<b>i</b>
<b>LEMBAR PERSETUJUAN</b> .....	<b>ii</b>
<b>DAFTAR DAFTAR ISI</b> .....	<b>v</b>
<b>DAFTAR TABEL</b> .....	<b>vii</b>
<b>DAFTAR LAMPIRAN</b> .....	<b>viii</b>
<b>BABI PENDAHULUAN</b> .....	
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah.....	6
C. Tujuan Penelitian.....	6
D. Manfaat Penelitian.....	7
<b>BAB II TINJAUAN KEPUSTAKAAN</b> .....	
A. Konsep Dasar Lansia.....	9
1. Defenisi Lansia.....	9
2. Batas-batas Lansia.....	11
3. Teori-teori Lansia.....	11
4. Ciri-ciri Lansia.....	14
5. Tipe-tipe Lansia.....	15
6. Perubahan Pada Lansia.....	17
B. Konsep Asuhan Gangguan ADL( <i>Aktiviti Of Daily Living</i> ).....	22
1. ADL( <i>Aktiviti Of Daily Living</i> ).....	22
2. Mobilitas dan Imobilitas.....	28
3. Kemandirian.....	33
C. Konsep Asuhan Keperawatan Pada Lansia dengan Gangguan ADL ( <i>Aktiviti Of Daily Living</i> ).....	
1. Pengkajian Keperawatan.....	37
2. Diagnosa Keperawatan.....	43
3. Intervensi Keperawatan.....	44
4. Implementasi Keperawatan.....	47
5. Evaluasi Keperawatan.....	47
<b>BAB III METODOLOGI PENELITIAN</b> .....	
A. Jenis dan Desain Penelitian.....	49
B. Tempat dan Waktu Penelitian.....	49
C. Populasi dan Sampel Penelitian.....	49
D. Alat / Instrumen Pengumpulan Data.....	51
E. Teknik Pengumpulan Data.....	52
F. Jenis Data.....	53
G. Analisa Data.....	53
<b>BAB IV DESKRIPSI KASUS DAN PEMBAHASAN</b> .....	
A. Deskripsi Kasus.....	54
B. Pembahasan.....	62

<b>BAB V PENUTUPAN</b> .....	
A. Kesimpulan.....	75
1. Pengkajian.....	75
2. Diagnosa Keperawatan.....	75
3. Intervensi Keperawatan.....	75
4. Implementasi Keperawatan.....	76
5. Evaluasi.....	76
B. Saran.....	77
<b>DAFTAR PUSTAKA</b> .....	
<b>LAMPIRAN</b> .....	

## DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Intervensi Keperawatan.....	44
---------------------------------------	----

## **Daftar Lampiran**

Lampiran 1: Ghant Chart Kegiatan Penelitian

Lampiran 2: Surat Izin Pengambilan Data ke Dinas Kesehatan Kota Padang dari  
Institusi Poltekkes Kemenkes Padang

Lampiran 3: Surat Balasan Izin Pengambilan Data Dari Dinas Kesehatan Kota  
Padang

Lampiran 4: Lembar Kesiadaan Sebagai Pembimbing 1

Lampiran 5: Lembar Kesiadaan Sebagai Pembimbing 2

Lampiran 6: Lembar Konsul Proposal KTI Penelitian Pembimbing 1

Lampiran 7: Lembar Konsul Proposal KTI Penelitian Pembimbing 2

Lampiran 8: Surat Izin Penelitian dari Institusi Poltekkes Kemenkes Padang

Lampiran 9: Surat Balasan Izin Penelitian dari Dinkes Kesehatan Kota Padang

Lampiran 10 : Surat selesai Penelitian dari Puskesmas

Lampiran 11: Lembar Persetujuan Responden

Lampiran 12: Lembar Hasil Pengkajian Asuhan Keperawatan Gerontik



# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang**

Lanjut usia adalah bagian dari proses tumbuh kembang. Lansia merupakan suatu proses alami yang di tentukan oleh Tuhan Yang Maha Esa, semua orang akan mengalami proses menjadi tua dan masa tua merupakan masa hidup manusia yang terakhir. Lanjut usia atau yang lazim disingkat dengan Lansia adalah warga Indonesia yang berusia 60 tahun (Statistik, 2015). Menurut WHO dalam Effendi dan Makhduki terbagi dalam beberapa batasan usia yaitu usia pertengahan antara usia 45 sampai 59 tahun, lanjut usia (elderly) berusia antara 60 dan 74 tahun, lanjut usia tua usia 75 dan 90 tahun, dan usia sangat tua di atas 90 tahun.

Lansia adalah kelompok manusia yang berusia 60 tahun ke atas yang dikemukakan oleh UU no 13 tahun 1998. Lansia dikatakan sebagai tahap akhir perkembangan pada daur kehidupan, yang pada umumnya mengalami berbagai gejala akibat terjadinya penurunan fungsi, perubahan akibat penurunan fungsi ini akan memberikan pengaruh pada seluruh aspek kehidupan (Kholifah, 2016). Untuk mengetahui perubahan itu berpotensi menimbulkan masalah mengingat pentingnya mengetahui populasi lansia.

Kemandirian lansia dalam melakukan ADL dapat di ukur mengikuti indeks pengukuran yang dikembangkan oleh Barthel. Berdasarkan indeks ADL Barthel tingkat ketergantungan terdiri dari mandiri, ketergantungan ringan, ketergantungan sebagian, ketergantungan berat, total care. Kemandirian dalam melaksanakan aktivitas sehari-hari dapat mempengaruhi kualitas hidup individu. Dimana seseorang yang mampu dalam melakukan aktivitas sehari-hari cenderung memiliki kualitas hidup yang baik pula.

Ketidakmandirian dalam melaksanakan aktivitas sehari-hari akan menyebabkan perubahan psikologis, dimana lanjut usia merasa rendah diri dan tidak berguna lagi. Selain itu lansia juga mengalami penurunan harga diri karena malu dengan



keadaannya pernyataan tersebut, hasil penelitian Yulianti antara harga diri dengan kualitas hidup lansia didapatkan bahwa harga diri mempengaruhi kualitas hidup lansia, dimana semakin rendah harga diri lansia maka semakin rendah pula kualitas hidup lansia.

Pada usia lanjut terjadi penurunan kondisi fisik/biologis, kondisi psikologis, serta perubahan kondisi sosial. Bentuk kemunduran fisik yang dialami lansia ditandai dengan kulit yang mulai keriput, penglihatan dan pendengaran berkurang, gigi ompong, mudah lelah, gerakan lamban, dan sebagainya selain itu juga terjadi kemunduran kognitif seperti mudah lupa, kemunduran orientasi terhadap, tempat, ruang, dan waktu (Maryam. S ddk, 2008).

Secara kejiwaan lansia berpotensi untuk mengalami perubahan sifat, seperti bersifat kaku dalam berbagai hal, kehilangan minat, tidak memiliki keinginan-keinginan tertentu, maupun kegemaran yang sebelumnya pernah ada (Tamher dan Noorkasiasi, 2009) Pada lansia terjadi juga perubahan hubungan sosial seperti lansia lebih tergantung pada orang lain dan pada lansia yang mengalami krisis sosial tak jarang lansia menarik diri atau mengisolasi diri dari kegiatan kemasyarakatan. Masalah pada lansia tersebut menuntut dirinya untuk menyesuaikan diri secara terus menerus, apabila proses penyesuaian diri dengan lingkungannya kurang berhasil salah satunya kemunduran / ketidak berdayaan fisik menjadi penyebab ketergantungan lansia pada orang lain sehingga tidak dapat melakukan aktifitas sehari – hari secara mandiri (Rinajumita, 2011).

Populasi lansia berdasarkan data Perserikatan Bangsa – bangsa (PBB) yang terdapat di dalam *United Nations* tentang *World Population Aging*, diperkirakan pada tahun 2015 terdapat 901 juta jiwa penduduk lanjut usia di dunia, jumlah ini diproyeksikan terus mencapai 2 miliar jiwa pada tahun 2050 (Heri & Cicih, 2019). Di kawasan Asia Tenggara menurut WHO populasi lansia sebesar 8 % atau sekitar 142 juta lansia, diperkirakan populasi lansia meningkat pada tahun 2050 (Kemenkes RI, 2013).

Di Indonesia persentase lansia pada tahun ke tahun mengalami peningkatan, pada tahun 2017 persentase lansia yakni 8,97 % (23,4 juta lansia), sedangkan Pada tahun 2018, persentase lansia mencapai 9,27 % atau sekitar 24,49 juta orang. Adapun persentase lansia di Indonesia pada tahun 2018 didominasi oleh lansia muda (kelompok umur 60-69 tahun) yang persentasenya mencapai 63,39 %, sisanya adalah lansia madya (kelompok umur 70-79 tahun) sebesar 27,92 %, dan lansia tua (kelompok umur 80+) sebesar 8,69 (BPS, 2018). Jumlah orang lanjut usia (Lansia) di Indonesia tahun 2021 sekitar 27,1 juta orang atau hampir 10% dari total penduduk. Pada tahun 2025 diproyeksikan jumlah Lansia meningkat menjadi 33,7 juta jiwa (11,8%). Provinsi Sumatera Barat menduduki peringkat ketujuh yang memiliki jumlah populasi lansia terbanyak di Indonesia. Populasi lansia di Sumatera Barat mencapai angka 44.403 orang dengan jumlah populasi terbanyak di kota Padang dengan jumlah 28.896 orang (BPA, 2015). Sedangkan di kota Padang usia lanjut yang berumur 60 tahun ke atas pada tahun 2018 berjumlah 653.581 orang dan mendapat pelayanan kesehatan sebanyak 38.693 orang atau 59,00 % (Dinas Kesehatan Kota Padang, 2018).

Pesatnya populasi lansia, menimbulkan masalah bagi kesehatan lansia hal ini disebabkan terjadinya penurunan fungsi tubuh akibat proses degeneratif yang tidak dapat dihindari, masalah kesehatan ini menggambarkan tingkat atau derajat kesehatan (Kemenkes RI, 2019). Masalah kesehatan yang dialami oleh lanjut usia, berawal dari kemunduran sel-sel tubuh, sehingga fungsi dan daya tahan tubuh menurun serta faktor resiko penyakit meningkat, hal ini membuat lansia sering mengalami masalah kesehatan (Kholifah, 2016).

Semakin bertambahnya usia, lansia semakin mengalami keterbatasan dalam melakukan activity of daily living. Berdasarkan hasil sensus American community survey didapatkan bahwa lansia berusia lebih dari 65 tahun memiliki keterbatasan dalam melakukan aktivitas sehari-hari sebanyak 28%. Keterbatasan aktivitas yang paling sering dialami lansia adalah mobilisasi (berjalan), mandi dan berpindah dari duduk ke tempat tidur. Keterbatasan mobilisasi dialami oleh lansia dengan usia , pada rentang usia 75 – 84 tahun sebesar 30%,  $\geq 85$  tahun dengan persentase

sebesar 47% dan pada rentan usia 65 – 74 tahun sebesar 20%, usia  $\geq$  85 tahun sebesar 35%. Keterbatasan aktivitas mandi dialami oleh lansia dengan pada rentang usia 75 – 84 tahun sebesar 15% dan pada rentang usia 65 – 74 tahun sebesar 10%. Keterbatasan berpindah dari duduk ke tempat tidur dialami oleh lansia dengan pada rentang usia 75 – 84 tahun sebesar 15%, usia  $\geq$  85 tahun dengan persentase sebesar 30% dan pada rentang usia 65 – 74 tahun sebesar 9% . Kondisi ini semakin memburuk seiring dengan bertambahnya usia (Administration on Aging, 2013).

Aktivitas sehari-hari adalah bagian dari kebutuhan fisiologis yang merupakan kebutuhan paling dasar pada manusia, menurut hirarki kebutuhan Maslow kualitas hidup diperoleh ketika kebutuhan dasar seseorang telah terpenuhi, timbul masalah dalam kehidupan lanjut usia yang akan mempengaruhi kualitas hidup yang tinggi, maka kehidupan individu tersebut mengarah pada keadaan sejahtera, sebaliknya jika seseorang mencapai kualitas hidup yang rendah, maka kehidupan individu tersebut mengarah pada keadaan tidak sejahtera

Aktivitas sehari – hari atau *Activity of Daily Living* adalah kegiatan yang rutin dilakukan dalam kehidupan sehari-hari. Berbagai kemunduran fisik mengakibatkan kemunduran gerak fungsional baik kemampuan mobilitas maupun perawatan diri. Kemunduran fungsi mobilitas meliputi penurunan kemampuan mobilitas di tempat tidur, berpindah, jalan/ambulasi, dan mobilitas dengan alat adaptasi. Kemunduran kemampuan perawatan diri meliputi penurunan kemampuan aktivitas makan, mandi, berpakaian, defekasi dan berkemih, merawat rambut, gigi, serta kumis dan kuku (Hardywinoto 2005).

Kemampuan fungsional ini harus dipertahankan semandiri mungkin. Sisa kemampuan harus diperhatikan pada aspek fisik dalam melakukan kegiatan sehari-hari, sehingga perlu dilakukan pengkajian kemampuan fungsional untuk melihat kemampuan lansia dalam melakukan perawatan diri mereka sendiri yang dimulai dari aktivitas kehidupan harian (Watson, 2003). Pengkajian kemampuan fungsional atau kemampuan dalam beraktivitas sehari-hari ini sangat penting

dilakukan untuk mengetahui tingkat kemandirian lansia dalam melakukan hal tersebut dan untuk mengetahui apakah lansia memiliki hambatan dalam melaksanakan fungsi kesehariannya. Kemampuan aktivitas sehari-hari ini dapat diketahui dengan cara memperhatikan *Activity of Daily Living* (ADL) yaitu kemampuan seseorang untuk mengurus atau merawat dirinya sendiri tidur, berpakaian, ke kamar mandi, dan seterusnya ( Mubarak, 2009 ).

Lansia yang memiliki ketergantungan atau tidak mandiri dalam *activity of daily living* sebagian besar cenderung mengekspresikan ketidakpuasan pada kehidupan mereka (Putri dkk, 2014). Menurut Harlock (1997) kepuasan hidup digunakan secara luas sebagai indeks kesejahteraan psikologis pada lansia (Putri dkk, 2014 ) parameter tingginya kualitas hidup pada lansia (Rohmah 2012).

Kualitas hidup adalah sejauh mana seseorang dapat merasakan dan menikmati terjadinya segala peristiwa penting dalam kehidupannya sehingga kehidupannya menjadi sejahtera orld Health Organization Quality of Life kualitas hidup sebagai persepsi individu terhadap kehidupannya di masyarakat dalam konteks budaya dan sistem nilai yang ada yang terkait dengan tujuan, harapan, standar, dan perhatian. Kualitas hidup merupakan suatu konsep yang sangat luas yang dipengaruhi kondisi fisik individu, psikologis, tingkat kemandirian, serta hubungan individu dengan lingkungan.

Jurnal *Elderly people's perspectives* yang ditulis oleh Wilhelmison, dkk penelitiannya didapatkan bahwa lansia memilih kesehatan, kemampuan fungsional, dan hubungan sosial menjadi faktor kualitas hidup mereka. Berdasarkan penelitian tersebut, kemampuan fungsional termasuk faktor yang paling dominan dipilih sebagai persepsi lansia tentang kualitas hidupnya. Kemampuan fungsional memiliki domain yaitu mandiri atau tidak tergantung pada orang lain, memiliki penglihatan yang baik, dapat mengingat, mampu melaksanakan aktivitas, bisa berjalan, mampu merawat diri dan lain lain.

Peran keluarga sangat diperlukan dalam perawatan lansia diantaranya yaitu menjaga dan merawat kondisi anggota keluarga yang lanjut usia, tetap dalam keadaan optimal dan produktif, mempertahankan dan meningkatkan dalam keluarga tersebut dapat diaplikasikan dengan baik, maka standar hidup lansia akan meningkat dengan baik terutama pada lansia yang memiliki gangguan aktivitas mandiri. Tetapi pada saat sekarang ini keluarga kurang berperan aktif dalam memberikan perawatan terhadap lansia, dan bahkan banyak keluarga menganggap bahwa lansia dipersepsikan secara negatif sebagai beban keluarga (Syamdarnianti, 2020).

Pada saat melakukan survai awal di Puskesmas Nanggalo Padang pada tanggal 06 Januari 2022 didapatkan data lansia 10 orang di puskesmas Nanggalo, didapatkan 3 lansia ada gangguan aktivitas sehari-hari. Hasil wawancara dengan beberapa lansia terdapat 3 lansia yang mengalami aktivitas sehari-hari di bantu keluarga, seperti, makan, mandi, dan berjalan. 1 lansia mengalami susah jalan dan susah makan jadi di bantu keluarga saat melakukan aktivitas sehari-hari, sedangkan lansia 2 lagi juga tidak bisa melakukan aktivitas seperti mandi, makan, dan berjalan dan di bantu oleh keluarga lansia, saat pergi keluar pasien menggunakan tongkat untuk berjalan dan ada juga menggunakan kursi roda.

Berdasarkan latar belakang di atas, peneliti telah melakukan penelitian tentang Asuhan Keperawatan dengan Gangguan ADL (*Aktiviti Of Daily Living*) pada lansia di Wilayah Kerja Puskesmas Nanggalo Padang, 2022.

## **B. Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang diatas maka permasalahan penelitian adalah “ bagaimanakah hubungan antara *activity of daily living* lansia dengan kualitas hidup lansia di wilayah kerja Puskesmas Nanggalo Padang tahun 2021 ”.

## **C. Tujuan Penelitian**

1. Tujuan Umum

Mampu mendeskripsikan kemandirian *Activity Daily Living* dengan kualitas hidup lansia di Kelurahan Steba Nanggalo Wilayah Kerja Puskesmas Nanggalo Padang Tahun 2021

2. Tujuan Khusus

Secara khusus penelitian ini dilakukan dengan tujuan:

- a. Mampu mendeskripsikan hasil pengkajian pada pasien lansia dengan Gangguan ADL (*Aktiviti Of Daily Living*) di Wilayah Kerja Puskesmas Nanggalo Kota Padang.
- b. Mampu mendeskripsikan rumusan diagnosa keperawatan pada pasien lansia dengan Gangguan ADL (*Aktiviti Of Daily Living*) di Wilayah Kerja Puskesmas Nanggalo Kota Padang.
- c. Mampu mendeskripsikan rencana keperawatan pada pasien lansia dengan Gangguan ADL (*Aktiviti Of Daily Living*) di Wilayah Kerja Puskesmas Nanggalo Kota Padang.
- d. Mampu mendeskripsikan tindakan keperawatan pada pasien lansia dengan Gangguan ADL (*Aktiviti Of Daily Living*) di Wilayah Kerja Puskesmas Nanggalo Kota Padang.
- e. Mampu melakukan evaluasi keperawatan pada pasien lansia dengan Gangguan ADL (*Aktiviti Of Daily Living*) di Wilayah Kerja Puskesmas Nanggalo Kota Padang.
- f. Mampu mendokumentasikan asuhan keperawatan pada pasien lansia dengan Gangguan ADL (*Aktiviti Of Daily Living*) di Wilayah Kerja Puskesmas Nanggalo Kota Padang.

#### **D. Manfaat Penelitian**

1. Aplikatif

- a. Bagi peneliti

Sebagai pedoman bagi aplikasi dalam ilmu keperawatan serta menambah wawasan ilmu pengetahuan serta dapat menambah kemampuan penulis dalam menerapkan asuhan keperawatan pada lansia dengan ADL (*Activity Of Daily Living*). Diharapkan juga dapat

menjadi pengetahuan berharga dari peneliti untuk lansia dan keluarga dalam menerapkan asuhan keperawatan tentang Gangguan ADL (*Activity Of Daily Living*)

b. Bagi Pendidikan

Diharapkan dapat memberi ilmu pengetahuan dalam penerapan asuhan keperawatan pada lansia dengan ADL (*Activity Of Daily Living*). Agar dapat meningkatkan pengetahuan pembaca mengenai asuhan keperawatan pada lansia dengan ADL (*Activity Of Daily Living*).

c. Tempat Penelitian

Diharapkan dapat memberikan manfaat dan ilmu pengetahuan bagi lansia dan keluarga dalam menerapkan asuhan keperawatan dengan gangguan ADL (*Aktiviti Of Daily Living*) diharapkan lansia dan keluarga dapat memahami asuhan keperawata ini dengan baik.

2. Pengembangan Keilmua

Diharapkan karya ilmiah ini dapat memberikan sumbangan pikiran dalam menerapkan asuhan keperawatan pada lansia dengan Gangguan ADL (*Aktiviti Of Daily Living*) di wilayah kerja Puskesmas Nanggalo Kota Padang





## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Konsep Lansia**

##### **1. Pengertian Lansia**

Menua atau menjadi tua adalah suatu keadaan yang terjadi di dalam kehidupan manusia, proses yang dilalui yaitu proses yang panjang, tidak hanya dimulai dari suatu waktu tertentu, tetapi dimulai dari permulaan kehidupan. Menjadi tua merupakan proses alamiah dimana akan mengalami tahap kehidupan yaitu anak, dewasa, dan tua, ketiga tahap ini berbeda di alami oleh tiap individu baik secara biologis atau secara psikologis. Mamasuki usia tua berarti mengalami kemunduran, misalnya kemunduran fisik yang ditandai oleh kulit mengendur, pendengaran kurang jelas, penglihatan semakin memburuk, gerakan lambat, dan figur tubuh yang tidak proporsional (Nugroho,2015).

Perubahan – perubahan dalam proses “*aging*” atau penuan merupakan masa ketika seorang individu berusaha untuk tetap menjalani hidup dengan bahagia melalui berbagai perubahan dalam hidup, bukan berarti hal ini dikatakan sebagai perubahan drastis, yang secara definisi telah melewati 45 tahun atau 60 tahun (Senja & Prasetyo, 2019).

Penuaan adalah proses perubahan alam secara bertahap dan berkelanjutan yang dimulai pada awal masa dewasa, selama usia paruh baya awal, banyak fungsi tubuh mulai menurun secara bertahap, secara tradisional usia 65 tahun telah ditetapkan sebagai awal usia tua, penetapan tersebut alasannya berdasarkan sejarah bukan karena alasan biologi, beberapa tahun yang lalu usia 65 tahun dipilih sebagai usia pensiun, dan terus menjadi usia pensiunan bagi kebanyakan orang di masyarakat maju (Ermawan, 2019).

Menua bukanlah sebagai sebagai suatu penyakit, tetapi merupakan proses yang berangsur-angsur mengakibatkan perubahan kumulatif yaitu menurunnya daya tahan tubuh dalam menghadapi rangsangan dari dalam dan luar tubuh. Dalam UU no 13 tahun 1998 menyatakan bahwa pelaksanaan pembangunan nasional yang bertujuan mewujudkan masyarakat adil dan makmur berdasarkan Pancasila dan UUD 1945, telah menghasilkan kondisi sosial masyarakat yang membaik dan usia harapan hidup makin meningkat, banyak di antara lansia yang masih berperan aktif sehingga meningkatkan kesejahteraan sosial bagi lansia (Kholifah, 2016).

## 2. Batasan – batasan Lansia

Menurut Sunaryo (2016), batasan-batasan umur lansia sebagai berikut :

- a. Menurut UU No 13 Tahun 1998 dalam Bab 1 Pasal 1 Ayat 2 yang berbunyi “lanjut usia adalah seseorang yang telah mencapai usia 60 tahun keatas”.
- b. Menurut *World Health Organization* (WHO) usia lanjut dibagi menjadi: Usia pertengahan (*middle age*) ialah 45 – 59 tahun, Lanjut usia (*elderly*) ialah 60 – 74 tahun, Lanjut usia tua (*old*) ialah 75 – 90 tahun, Usia sangat tua (*very old*) ialah > 90 tahun.
- c. Menurut Dra. Jos Masdani (Psikolog UI) terdapat empat fase yaitu: Fase inventus ialah 25 – 40 tahun, Fase virilities ialah 40 – 55 tahun, Fase presenium ialah 55 – 65 tahun, Fase senium ialah 65 sampai menutup usia.
- d. Menurut Prof. Dr. Koesoemato Setyonegoro masa lanjut usia (*geriatric age*) > 65 tahun atau 70 tahun, masa ini di bagi menjadi 3 batasan umur:  
*Young old* (70 – 75 tahun), *Old* (75 – 80 tahun), *Very old* (> 80 tahun)

## 3. Teori – teori Lansia

Proses menua bersifat individual dimana proses menua terjadi pada orang dengan usia berbeda, kebiasaan yang berbeda, tidak ada satu faktor yang ditemukan untuk mencegah proses menua.

a. Teori Biologi

1) Teori genetik

a) Teori *Genetic Clock*

Teori ini merupakan teori instrinsik yang menjelaskan bahwa ada jam biologis di dalam tubuh yang berfungsi untuk mengatur gen dan menentukan proses penuaan, proses menua ini telah terprogram secara genetik untuk spesies-spesies tertentu, umumnya di dalam inti sel setiap spesies memiliki suatu jam genetik/jam biologis sendiri dan setiap dari mereka mempunyai batas usia yang berbeda-beda yang telah di putar menurut replika tertentu.

b) Teori Mutasi Somatik

Teori ini meyakini bahwa penuaan terjadi karena adanya mutasi somatik akibat pengaruh lingkungan yang buruk, dan terjadinya kesalahan dalam proses transkripsi DNA atau RNA dan dalam proses translasi RNA protein/enzim kesalahan yang terjadi secara terus menerus akhirnya menimbulkan penurunan fungsi organ atau perubahan sel menjadi penyakit, setiap sel tersebut mengalami mutasi sehingga terjadinya penurunan kemampuan fungsional sel.

2) Teori Nongenetik

a) Teori Penurunan sistem imun tubuh (*Auto Immune Theory*)

Pengulangan mutasi dapat menyebabkan penurunan kemampuan sistem imun tubuh dalam mengenali dirinya sendiri, hal inilah yang mendasari peningkatan penyakit *auto imun* padalansia.

b) Teori Kerusakan Akibat Radikal Bebas

Teori ini terbentuk karena adanya proses metabolisme atau proses pernafasan di dalam mitokondria. Radikal bebas yang tidak stabil mengakibatkan oksidasi oksigen bahan organik, yang kemudian membuat sel tidak beregenerasi, radikal bebas ini dianggap sebagai penyebab penting terjadinya kerusakan fungsi sel,

sepertiasap kendaraan , asap rokok, zat pengawet makanan, radiasi, sinar ultraviolet yang mengakibatkan terjadinya perubahan pigmen dan kolagen pada proses menua.

### 3) Teori Menua Akibat Metabolisme

Teori ini menjelaskan bahwa metabolisme dapat mempengaruhi proses penuaan, hal ini terbukti dalam penelitian yang menguji hewan, dimana pengurangan asupan kalori ternyata bisa menghambat pertumbuhan dan memperpanjang umur, sedangkan perubahan asupan kalori yang menyebabkan kegemukan dapat memperpendek umur.

### 4) Teori Rantai Silang

Teori ini menjelaskan bahwa lemak, protein, karbohidrat, asam nukleat yang bereaksi dengan zat kimia dan radiasi, mengubah fungsi jaringan, hal tersebut menyebabkan adanya perubahan pada membran plasma yang mengakibatkan terjadinya jaringan yang kaku, kurang elastis, dan hilangnya fungsi pada proses menua.

### 5) Teori Fisiologi

Teori ini terdiri atas teori oksidasi stres, dimana terjadinya kelebihan usaha pada stres menyebabkan sel tubuh lebih terpakai.

## b. Teori Sosiologi

### 1. Teori Interaksi Sosial

Kemampuan lansia dalam mempertahankan interaksi sosial merupakan kunci mempertahankan status sosialnya, teori ini menjelaskan mengapa lansia bertindak pada situasi tertentu, seperti halnya dalam pokok – pokok *sosial exchange theory* adalah :

- a. Masyarakat terdiri atas aktor sosial yang berupaya mencapai tujuan masing-masing.
- b. Dalam upaya tersebut, terjadi interaksi sosial yang memerlukan

biaya dan waktu.

- c. Untuk mencapai tujuan yang hendak di capai, seseorang aktor mengeluarkan biaya.

## 2. Teori Aktivitas atau Kegiatan

Teori ini menyatakan bahwa lanjut usia yang sukses adalah mereka yang aktif dan banyak ikut serta dalam kegiatan sosial, para lansia akan merasakan kepuasan bila dapat melakukan aktivitas dan pertahankan aktivitas tersebut selama mungkin, padahal secara alamiah mereka mengalami penurunan jumlah kekuatan secara langsung.

## 3. Teori Kepribadian Berlanjut

Teori ini menjelaskan bahwa perubahan yang terjadi pada seorang lansia sangat di pengaruhi oleh tipe personalitas yang dimilikinya, menurutnya ada yang berkesinambungan dengan siklus kehidupan lansia, dimana dimungkinkan pengalaman hidup seorang pada suatu saat merupakan gambaran kelak saat ia menjadi lansia.

## 4. Teori Pembebasan

Teori yang pertama kali diajukan untuk menjelaskan bahwa bertambah usia seseorang akan beransur – ansur akan mulai melepaskan diri dari kehidupan sosialnya atau menarik diri dari pergaulan sekitarnya, dengan demikian kondisi ini akan berdampak pada penurunan interaksi sosial lansia, baik secara kualitas maupun kuantitas sehingga sering lanjut usia mengalami kehilangan ganda seperti kehilangan peran, hambatan kontak sosial, berkurangnya komitmen (Ermawan, 2019).

## 4. Ciri –ciri Lansia

Ciri – ciri lansia sebagai berikut :

- a. Periode Kemunduran.

Kemunduran pada lansia sebagai datang dari faktor fisik dan faktor psikologis, peran psikologis seperti motivasi memiliki peran yang penting dalam kemunduran pada lansia. Misalnya lansia yang memiliki motivasi yang rendah dalam melakukan kegiatan, maka akan mempercepat proses pemunduran fisik, akan tetapi ada juga lansia yang memiliki motivasi yang tinggi, maka kemunduran fisik pada lansia akan lebih lamaterjadi.

b. Status Kelompok Minoritas

Kondisi ini sebagai akibat dari sikap sosial yang tidak menyenangkan terhadap lansia dan diperkuat oleh pendapat yang kurang baik, misalnya lansia yang lebih senang mempertahankan pendapatnya maka sikap sosial di masyarakat menjadi negatif. tetapi ada juga lansia yang mempunyai tenggang rasa kepada orang lain sehingga sikap social masyarakat menjadipositif.

c. Perubahan Peran

Perubahan peran tersebut dilakukan karena lansia mulai mengalami kemunduran dalam segala hal. Perubahan peran pada lansia sebaiknya dilakukan atas dasar keinginan sendiri bukan atas dasar tekanan dari lingkungan. Misalnya lansia menduduki jabatan sosial di masyarakat sebagai ketua RW, sebaiknya masyarakat tidak memberhentikan lansia sebagai ketua RW Karena usianya.

d. Penyesuaian

Perlakuan yang buruk terhadap lansia membuat mereka cenderung mengembangkan konsep diri yang buruk sehingga dapat memperlihatkan bentuk perilaku yang buruk. Akibat dari perlakuan yang buruk itu membuat penyesuaian diri menjadi buruk pula. Contohnya lansia yang tinggal bersama keluarga sering tidak dilibatkan untuk mengambil keputusan karena dianggap pola pikir yang kuno, kondisi inilah yang menyebabkan lansia menarik diri dari lingkungan, cepattersinggung, memiliki harga diri yang rendah (Kholifah, 2016).

## 5. Tipe-tipe Lansia

Dizaman sekarang banyak ditemukan bermacam – macam tipe lanjut usia, yang menonjol di antaranya yaitu :

### a. Tipe arif bijaksana

Kaya dengan hikmah, pengalaman, menyesuaikan diri dengan perubahan zaman, mempunyai kesibukan, bersikap ramah, rendah hati, sederhana, dermawan, memenuhi undangan dan menjadi panutan.

### b. Tipe mandiri

Mengganti kegiatan yang hilang dengan yang baru, selektif dalam mencari pekerjaan, bergaul dengan teman dan memenuhi undangan.

### c. Tipe tidak puas

Konflik lahir batin, menentang proses penuaan sehingga menjadi pemaarah, tidak sabar, mudah tersinggung, sulit dilayani, pengkritik dan banyak menuntut.

### d. Tipe Pasrah

Menerima dan menunggu nasib baik, mengikuti kegiatan agama dan melakukan pekerjaan apa saja.

### e. Tipe Bingung

Kaget, kehilangan kepribadian, mengasingkan diri, minder, menyesal, pasif dan acuh tak acuh.

Lanjut usia dapat dikelompokkan dalam beberapa tipe yang bergantung pengalaman hidup, lingkungan, kondisi fisik, mental, sosial dan ekonominya. Tipe diantaranya :

#### a) Tipe Optimis

Tipe lanjut usia santai dan periang, penyesuaian cukup baik, mereka memandang masa lanjut usia dalam bentuk bebas dari tanggung jawab

dan sebagai kesempatan untuk menuruti kebutuhan pasifnya, tipe ini sering disebut juga lanjut usia tipe kursigoyang.

b) Tipe Konstruktif

Tipe lanjut usia ini mempunyai integritas baik dapat menikmati hidup, mempunyai toleransi yang tinggi, humoristik, fleksibel, dan tahu diri. Biasanya sifat ini terlihat sejak muda, mereka dengan tenang menghadapi proses tua dan menghadapi akhir.

c) Tipe Ketergantungan

Tipe lanjut usia ini masih dapat diterima di tengah masyarakat, tetapi selalu pasif, tidak berambisi, masih tahu diri, tidak mempunyai inisiatif dan bila bertindak tidak praktis, senang pensiun, tidak suka bekerja, dan senang berlibur, banyak makan dan minum.

d) Tipe Defensif

Lanjut usia biasanya sebelumnya mempunyai riwayat pekerjaan / jabatan yang tidak stabil, bersifat selalu menolak bantuan, emosi sering tidak terkontrol, memegang teguh kebiasaan, bersifat kompulsif akut, anehnya mereka takut menghadapi menjadi tua dan menyenangi masa pensiun.

e) Tipe Militan

Lanjut usia yang tidak mudah meyerah, serius, senang berjuang, dan bisa jadi panutan.

f) Tipe Pemarah

Tipe ini lanjut usia yang pemarah, tidak sabar, mudah tersinggung, selalu menyalahkan orang lain, menunjukkan penyesuaian yangburuk, lanjut usia sering mengekspresikan kepahitan dalam hidupnya.



## g) Tipe Bermusuhan

Tipe ini lanjut usia yang selalu menganggap orang lain yang menyebabkan kegagalan, selalu mengeluh, bersifat agresif, dan curiga, biasanya pekerjaan saat ia masih muda tidak stabil dan menganggap masa tua itu bukan hal yang baik, takut mati, iri pada orang lain, senang mengadu untuk pekerjaan.

## h) Tipe Putus Asa

Lanjut usia ini bersifat kritis dan menyalahkan diri sendiri, tidak mempunyai ambisi, mengalami penurunan sosial ekonomi, tidak dapat menyesuaikan diri (Nugroho, 2015).

## 6. Perubahan Pada Lansia

Perubahan – perubahan yang terjadi pada lansia semakin bertambahnya umur manusia, terjadi proses penuaan secara degeneratif yang akan berdampak pada perubahan – perubahan pada diri manusia, tidak hanya perubahan fisik, tetapi juga kognitif, perasaan, sosial, dan seksual.

### a. Perubahan fisik

#### 1. Sistem Indra

Pada sistem pendengaran yaitu terjadinya gangguan prebiakus karena hilangnya kemampuan daya pendengaran pada telinga dalam, terutama terhadap bunyi suara atau nada – nada yang tinggi, suara yang tidak jelas, sulit dimengerti oleh kata – kata, 50 % terjadi pada usia di atas 60 tahun.

#### 2. Sistem Integumen

Pada lansia kulit akan mengalami atropi, kendur, tidak elastis, kering dan berkerut. Kulit akan kekurangan cairan sehingga menjadi tipis dan berbercak, kekeringan kulit disebabkan atropi glandula sebacea dan glandula suoritera, timbul pigmen berwarna coklat pada kulit dikenal dengan *liver spot*.

#### 3. Sistem Muskuloskeletal

Perubahan sistem muskuloskeletal pada lansia yaitu pada jaringan

penghubung (kolagen dan elastin), kartilago, tulang, otot, dan sendi. Kolagen sebagai pendukung utama kulit, tendon, tulang, kartilago dan jaringan pengikat mengalami perubahan menjadi bentangan yang tidak teratur, jaringan kartilago pada persendian menjadi lunak dan mengalami granulasi sehingga permukaan sendi menjadi rata, kemampuan kartilago untuk regenerasi berkurang dan degenerasi yang terjadi cenderung ke arah progresif, konsekuensinya kartilago pada persendian menjadi rentan terhadap gesekan.

#### 4. Sistem Kardiovaskuler

Perubahan pada sistem kardiovaskuler pada lansia adalah massa jantung bertambah, ventrikel kiri mengalami hipertropi sehingga perengangan jantung berkurang, kondisi ini terjadi karena perubahan jaringan ikat. Perubahan ini disebabkan oleh penumpukan lipofusin, klasifikasi SA Node dan jaringan konduksi berubah menjadi jaringan ikat.

#### 5. Sistem Respirasi

Pada proses penuaan terjadi perubahan jaringan kat paru, kapasitas total paru tetap tetapi volume cadangan paru bertambah untuk mengkompensasi kenaikan ruang paru, udara yang mengalir ke paru berkurang. Perubahan pada otot, kortilago dan sendi torak mengakibatkan gerakan pernafasan terganggu dan kemampuan peregangan toraks berkurang.

#### 6. Pencernaan dan Metabolisme

Perubahan yang terjadi pada sistem pencernaan seperti penurunan produksi sebagai kemunduran fungsi yang nyata karena kehilangan gigi, indra pengecap menurun, rasa lapar menurun, liver makin mengecil dan menurunnya tempat penyimpanan, dan berkurangnya aliran darah.

#### 7. Sistem Perkemihan

Pada sistem perkemihan terjadi perubahan yang signifikan, banyak yang mengalami kemunduran, contohnya laju filtrasi, ekskresi, dan

reabsorpsi oleh ginjal.

#### 8. Sistem Saraf

Sistem susunan saraf mengalami perubahan anatomi dan atrofi yang progresif pada serabut saraf lansia, lansia mengalami penurunan koordinasi dan kemampuan dalam melakukan aktivitas sehari – hari.

#### 9. Sistem Reproduksi

Perubahan sistem reproduksi lansia ditandai dengan menciutnya ovarium dan uterus, terjadinya atrofi payudara pada perempuan. Pada laki – laki testis masih dapat memproduksi spermatozoa, meskipun adanya penurunan secara berangsur – angsur.

#### b. Perubahan Kognitif

Perubahan yang terjadi pada lansia yaitu penurunan daya ingat, kemampuan belajar, penurunan dalam pemecahan masalah, kinerja dan penurunan dalam pengambilan keputusan.

#### c. Perubahan Mental

Faktor yang mempengaruhi dalam perubahan mental yaitu perubahan fisik, perubahan pada kesehatan umum, gangguan konsep diri akibat kehilangan jabatan, rangkaian kehilangan yaitu kehilangan hubungan dengan teman, hilangnya ketegapan fisik, perubahan dalam konsep diri.

#### d. Perubahan Spritual

Agama atau kepercayaan makin terintegrasi dalam kehidupannya, lansia semakin matang dalam kehidupan keagamaan hal ini terlihat dalam berfikir dan bertindak sehari-hari.

#### e. Perubahan Psikososial

Terjadi pada saat pasangan hidup atau teman dekat meninggal terutama jika lansia mengalami penurunan kesehatan, seperti menderita penyakit

fisik berat, gangguan mobilitas atau gangguan sensorik terutama pendengaran.

#### 1) Duka Cita

Meninggalnya pasangan hidup, teman dekat, dapat meruntuhkan pertahanan jiwa yang telah rapuh pada lansia, hal ini memicu terjadinya gangguan fisik dan kesehatan.

#### 2) Depresi

Duka cita yang berlanjut akan menimbulkan perasaan kosong, lalu diikuti dengan keinginan untuk menangis yang berlanjut menjadi suatu episodedepresi.

#### 3) Gangguan Cemas

Dibagi dalam beberapa golongan seperti fobia, panik, gangguan cemas, gangguan stres setelah trauma dan gangguan obsesif kompulsif, gangguan. Gangguan tersebut merupakan kelanjutan dari dewasa muda dan berhubungan dengan sekunder akibat penyakit medis, depresi dan efek samping obat.

#### 4) *Parafrenia*

Suatu bentuk *skizofrenia* pada lansia ditandai dengan waham curiga seperti lansia yang sering merasa tetangganya mencuri barang-barangnya dan berniat untuk berniat membunuhnya.

#### 5) *Sindroma Diogenes*

Suatu kelainan dimana lansia menunjukkan penampilan perilaku sangat mengganggu, rumah atau kamar kotor dan bau karena lansia bermain-main dengan feses dan urin, sering menumpuk barangdengan tidak teratur, walaupun sudah di bersihkan keadaan akan tetap kembali ke keadaan semula (Kholifah, 2016).

### 7. Kemandirian Pada Lansia

Kemandirian lansia dalam ADL di definisikan sebagai kemandirian seseorang dalam melakukan aktivitas dan fungsi kehidupan harian yang di lakukan oleh manusia secara rutin dan universal (Kane, 1981 dalam Sari, 2013). Kemandirian berarti tanpa pengawasan, pengarahan atau bantuan

pribadi yang masih aktif. Seorang lansia yang menolak untuk melakukan fungsi dianggap sebagai tidak melakukan fungsi, meskipun dianggap mampu (Maryam, 2012).

Ketergantungan lanjut usia terjadi ketika mereka mengalami menurunnya fungsi luhur atau pikun dan mengidap berbagai penyakit. Ketergantungan lanjut usia yang tinggal di perkotaan akan di bebaskan kepada anak, terutama anak perempuan (Herwanto, 2010). Anak perempuan umumnya sangat di harapkan untuk dapat membantu atau merawat mereka ketika orang sudah lanjut usia. Anak perempuan sesuai dengan citra dirinya yang memiliki sikap kelembutan, ketelatenan dan tidak adanya unsur “sungkan” untuk minta di layani. Tekanan terjadi apabila lanjut usia tidak memiliki anak atau anak pergi urbanisasi ke kota. Mereka mengharapkan bantuan dari kerabat dekat, kerabat jauh, dan kemudian yang terakhir adalah panti wredha. Lanjut usia yang mempunyai tingkat kemandirian tertinggi adalah pasangan lanjut usia yang secara fisik kesehatannya prima. Dilihat dari aspek sosial ekonomi dapat di katakan cukup memadai dalam memenuhi segala macam kebutuhan hidup, baik lanjut usia yang memiliki anak maupun yang tidak memiliki anak.

Tingginya tingkat kemandirian mereka diantaranya karena orang lanjut usia telah terbiasa menyelesaikan pekerjaan di rumah tangga yang berkaitan dengan pemenuhan hayat hidupnya. Kemandirian lanjut usia dapat dilihat dari kualitas kesehatan mental. Ditinjau dari kualitas kesehatan mental, dapat di kemukakan hasil kelompok ahli dari WHO pada tahun 2010 (Hardywinoto, 2014). yang menyatakan bahwa mental yang sehat mempunyai ciri – ciri sebagai berikut :

- 1) Dapat menyesuaikan diri secara konstruktif dengan kenyataan/realitas, walau realitas tadi buruk,
- 2) Memperoleh kepuasan dari perjuangannya,
- 3) Merasa lebih puas untuk memberi daripada menerima,
- 4) Secara relatif bebas dari rasa tegang dan cemas,

- 5) Berhubungan dengan orang lain secara tolong menolong dan saling memuaskan,
- 6) Menerima kekecewaan untuk di pakai sebagai pelajaran untuk hari depan.

## **B. Konsep Gangguan ADL (*Aktiviti Of Daily Living*) Pada Lansia**

### **1. Pengertian *Activity of Daily Living* (ADL)**

*Activity of Daily Living* (ADL) adalah suatu bentuk pengukuran kemampuan seseorang untuk melakukan kegiatan sehari-harinya secara mandiri. Penentuan kemandirian fungsional dapat mengidentifikasi kemampuan dan keterbatasan klien sehingga memudahkan pemilihan intervensi yang tepat (Maryam, 2012). Kemandirian berarti tanpa pengawasan, pengarahan atau bantuan pribadi yang masih aktif. Seseorang lansia yang menolak untuk melakukan fungsi dianggap sebagai tidak melakukan fungsi, meskipun dianggap mampu. Kemandirian adalah kemampuan atau keadaan dimana individu mampu mengurus atau mengatasi kepentingannya sendiri tanpa bergantung dengan orang lain (Maryam, 2012).

#### **a. Aktivitas fisik pada lansia**

Umumnya ketika seseorang memasuki usia lanjut, sering mempunyai gambaran yang serba buruk tentang proses penuaan. Misalnya, kondisi kesehatan yang memburuk, sering sakit – sakitan, tidak berdaya, dan pikun. Banyak orang beranggapan bahwapenyakit yang muncul pada lanjut usia adalah hal yang biasa. Anggapan ini tidak sepenuhnya benar karena kelompok lanjut usia juga bisa dan mempunyai kesempatan dan hak untuk tetap hidup sehat. Sebagian besar penyebab kesehatan yang mengganggu lansia adalah terjadinya proses degenerasi sistem faali yang cukup dratis. Hal ini diakibatkan tidak adanya upaya meminimalisasi proses penuaan dan degeneratif melalui berbagai aktivitas fisik dan kontrol kesehatan yang rutin. Olahraga dapat memperbaiki komposisi tubuh, seperti lemak tubuh,

kesehatan tulang, masa otot, serta meningkatkan daya tahan, massa otot dan kekuatan otot, serta fleksibilitas. Dengan berolahraga, lansia lebih sehat, bugar, dan risiko jatuh berkurang. Olahraga dikatakan juga dapat mengurangi risiko penyakit diabetes melitus, hipertensi, dan penyakit jantung. Secara umum dikatakan bahwa olahraga pada lansia dapat menunjang kesehatan, yaitu dengan meningkatkan nafsu makan, membuat kualitas tidur lebih baik, dan mengurangi kebutuhan terhadap obat – obatan. Selain itu olahraga atau aktivitas fisik bermanfaat secara fisiologis, psikologis atau sosial. Aktivitas fisik yang bermanfaat untuk kesehatan lansia sebaiknya memenuhi kriteria FITT ( *frequency, intensity, time, type*). Frekuensi adalah seberapa sering aktivitas dilakukan, berapa hari dalam satu minggu. Intensitas adalah seberapa keras suatu aktivitas dilakukan. Biasanya diklasifikasikan menjadi intensitas rendah, sedang, dan tinggi. Waktu mengacu pada durasi, seberapa lama suatu aktivitas dilakukan dalam suatu pertemuan. Jenis aktivitas adalah jenis – jenis aktivitas fisik yang dilakukan.

Lansia dengan usia lebih dari 65 tahun disarankan melakukan olahraga yang tidak terlalu membebani tulang, seperti berjalan, latihan dalam air, bersepeda statis, dan dilakukan dengan harus mulai dengan intensitas rendah dan peningkatan dilakukan secara individual berdasarkan toleransi terhadap latihan fisik.

#### 1. Program latihan fisik untuk lansia

Program latihan utama lansia meliputi latihan daya tahan jantung paru (aerobik), kekuatan (strength), fleksibilitas, dan keseimbangan dengan cara progresif serta menyenangkan. Latihan melibatkan kelompok otot utama dengan gerakan seoptimal mungkin pada ROM yang bebas dari nyeri. Pembebanan pada tulang, perbaikan postur, melatih gerakan fungsional akan meningkatkan kekuatan, fleksibilitas,

dan keseimbangan. Olahraga dilakukan dengan cara menyenangkan disertai berbagai modifikasi, termasuk menggabungkan beberapa aktivitas sekaligus. Kombinasi berjalan yang bersifat rekreasi dan renang di air dengan intensitas yang menantang namun tetap nyaman dilakukan, kombinasi latihan spesifik untuk memperbaiki kekuatan dan fleksibilitas (latihan beban, *circuit training*, latihan dengan musik menari) bisa dilakukan. Kombinasi latihan kekuatan, keseimbangan, dan fleksibilitas bisa dilakukan dengan menggunakan bola. Latihan difokuskan pada teknik yang menstabilkan dan meningkatkan kekuatan, keseimbangan, dan fleksibilitas, serta mengintegrasikan tubuh dan pikiran serta melibatkan teknik pernafasan, konsentrasi, dan kontrol gerakan. Bagi lansia yang lemah secara fisik, aktivitas yang dilakukan dikaitkan dengan kegiatan sehari-hari dan mempertahankan kemandirian. Misalnya, teknik mengangkat beban yang benar, berjalan, dan menjaga postur yang benar.

a) Latihan Penguatan Otot

Bagi lansia disarankan untuk menambah latihan penguatan otot di samping latihan aerobik. Kebugaran otot memungkinkan lansia untuk melakukan kegiatan sehari-hari secara mandiri. Latihan fisik untuk penguatan otot adalah aktivitas yang memperkuat serta menyokong otot dan jaringan ikat. Latihan dirancang supaya otot mampu membentuk kekuatan untuk menggerakkan atau menahan beban. Misalnya, aktivitas yang melawan gravitasi seperti gerakan berdiri dari kursi, beberapa detik, dan berulang-ulang atau aktivitas dengan tahanan tertentu seperti latihan dengan tali elastik.

Latihan penguatan otot dilakukan setidaknya 2 hari seminggu dengan istirahat di antara sesi untuk masing-



masing kelompok otot. Intensitas untuk membentuk kekuatan otot menggunakan tahanan atau beban dengan 10–12 repetisi untuk masing – masing latihan. Intensitas latihan meningkat seiring dengan meningkatkan kemampuan individu. Jumlah repetisi harus ditingkatkan sebelum beban ditambah. Waktu yang dibutuhkan adalah satu set latihan dengan 10 – 15 repetisi.

b) Latihan fleksibilitas dan Keseimbangan

Kisaran sendi ( ROM ) yang memadai pada semua bagian tubuh sangat penting untuk mempertahankan fungsi muskuloskeletal, keseimbangan, dan kelincahan pada lansia. Latihan fleksibilitas dirancang dengan melihatkan peregangan otot dan setiap sendi – sendi utama ( pundul, punggung, bahu, lutut dan leher ).

Latihan fleksibilitas adalah aktivitas untuk membantu mempertahankan kisaran gerak sendi (ROM), yang diperlukan untuk melakukan aktivitas fisik dan tugas sehari–hari secara teratur. Latihan flelsibilitas disarankan dilakukan pada hari-hari dilakukannya latihan aerobik dan penguatan otot atau 2–3 hari per minggu. Intesits latihan dilakukan dengan memperhatikan rasa tidak nyaman atau nyeri. Peregangan dilakukan 3–4 kali, untuk masing–masing tarikan dipertahankan 10 – 30 detik. Peregangan dilakukan terutama pada kelompok otot – otot besar, dimulai dari otot – otot kecil. Contohnya dengan melakukan latihan yoga.

c) Olahraga dan Penyakit Pada Lansia

Olahraga pada lansia dilakukan dengan pertimbangan keamanan, masalah kesehatan, perlunya modifikasi latihan,

dan mempertimbangkan kelemahan yang mungkin ada. Scening diperlukan sebelum program latihan dimulai. Sangat penting untuk menanyakan apakah pasien aman untuk berlatih.

Selain itu, perlu dipikirkan pula apakah pasien lebih baik apakah aktif berlatih (sedentary).

Scening meliputi semua sistem utama tubuh, termasuk status kognitif, auskultasi arteri karotis, inspeksi hernia, penilaian keseimbangan, dan kemampuan mobilitas. Program latihan fisik bagi lansia disusun dengan berbagai pertimbangan terkait dengan kondisi fisik lansia.

Durasi latihan ditingkatkan secara bertahap. Lebih dianjurkan untuk menambah durasi daripada meningkatkan intensitas. Lingkungan dan fasilitas olahraga harus diperhatikan terkait dengan faktor keamanan. Modifikasi olahraga kadang diperlukan. Misalnya, lansia dengan penglihatan kurang dianjurkan bersepeda statis dari pada bersepeda di jalan. Program yang disusun juga harus memperhatikan masalah ortopedik yang mungkin ada, dianjurkan untuk menambah waktu pemanasan dan pendinginan, serta dipilih aktivitas yang tidak membutuhkan koordinasi tingkat tinggi. Rekomendasi olahraga untuk beberapa penyakit yang diderita oleh lansia.

d) Osteoarthritis

Olahraga direkomendasikan bagi lansia osteoarthritis untuk memperkuat otot dan mobilitas sendi memperbaiki kapasitas fungsional, menghilangkan nyeri dan kekakuan, dan mencegah deformitas lebih lanjut. Misalnya bersepeda dan latihan dalam air. Latihan aerobik meliputi aktivitas

yang membuat seseorang menahan beban tubuhnya sendiri ( weight bearing ) seperti berjalan atau aktivitas yang tidak secara langsung membuat tubuh menahan berat badan sendiri ( nonweight bearing ), seperti berenang dan bersepeda.

e) Penyakit Kardiovaskular

Latihan pada penderita penyakit kardiovaskuler difokuskan pada latihan aerobit 30-60 menit per hari untuk menurunkan tekanan darah. Latihan penguatan otot dilakukan dengan tekanan lebih rendah, repetisi lebih banyak, dan menghindari terjadinya manuver valsava. Suatu metaanalisis menunjukkan bahwa latihan aerobit intensitas sedang dapat menurunkan tekanan sistolik 11 poin dan diastolik rata – rata 8 poin.

f) Obesitas

Latihan aerobit dilakukan 45 – 60 menit untuk meningkatkan pengeluaran energ. Intensitas dan durasi di bawah yang direkomendasikan untuk menghindari cedera tulang.

g) Diabetes

Diabetes sering ditemukan bersama hipertensi dan obesitas. Latihan fisik pada penderita diabetes dilakukan dengan berbagai pertimbangan, termasuk efek olahraga terhadap insulin dan kadar gula darah.

## **2. Mobilitas dan imobilitas**

### **1. Pengertian Mobilitas**

Mobilitas adalah kemampuan seseorang untuk bergerak secara bebas, mudah, dan teratur, sehingga dapat beraktivitas untuk

memenuhi kebutuhan hidup sehat. Mobilitas dibutuhkan untuk meningkatkan kemandirian diri, meningkatkan kesehatan, memperlambat proses penyakit ( terutama penyakit degeneratif ), dan untuk aktualisasi diri (Hidayat and Uliyah 2014

## 2. Jenis mobilitas

### a. Mobilitas penuh

Mobilitas penuh merupakan kemampuan seseorang untuk bergerak secara penuh dan bebas sehingga dapat melakukan interaksi sosial dan menjalankan peras sehari – hari. Mobilitas penuh ini dipengaruhi oleh saraf motorik volunter dan sensorik untuk mengendalikan seluruh area tubuh.

### b. Mobilitas sebagian

Mobilitas sebagian merupakan keadaan ketika gerakan seseorang memiliki batasan yang jelas dan gerakan tersebut tidak dapat dilakukan dengan bebas karena gangguan pada saraf motorik dan sensorik area tubuhnya. Coontohnya, pada kasus cedera, patah tulang, paraplegi. Mobilitas sebagian dapat dibagi menjadi 2 jenis yaitu:

- 1) Mobilitas sebagai temporer, yaitu mobilitas sebagai sifatnya sementara.
- 2) Mobilitas sebagian permanen, yaitu mobilitas sebagian yang menetap.

### c. Faktor yang mempengaruhi mobilitas

Mobilitas seseorang dipengaruhi oleh beberapa faktor, yaitu :

#### a) Gaya hidup dan kebiasaan

Orang yang terbiasa berolahraga akan memiliki mobilitas yang lebih lentur dan lebih kuat daripada orang yang tidak terbiasa berolahraga.

#### b) Keadaan sakit dan cedera

Dapat dipengaruhi oleh fungsi sistem tubuh sehingga mempengaruhi pula mobilitas seseorang. Contohnya adalah orang yang keseleo akan sulit berjalan dari pada orang yang sehat.

c) Tingkat energi

Sumber utama untuk melakukan mobilitas. Untuk dapat melakukan mobilitas, dibutuhkan energi dalam jumlah adekuat.

d) Usia dan status perkembangan

Mobilitas pada setiap tingkatan usia dan perkembangan berbeda – beda. Hal ini berhubungan dengan kematangan dan penurunan fungsi alat gerak yang sejalan dengan perkembangan usia.

### 3. Pengertian imobilitas

Imobilitas adalah keadaan ketika seseorang tidak dapat bergerak dengan bebas berbagai hal, misalnya trauma tulang belakang, cedera otot berat, fraktur pada ekstremitas, dan kelainan saraf.

### 4. Jenis imobilitas

a. Imobilitas fisik

Imobilitas fisik merupakan imobilitas yang disebabkan oleh keterbatasan fisik. Hal ini dapat disebabkan oleh faktor lingkungan atau kondisi orang tersebut.

b. Imobilitas intelektual

Imobilitas intelektual merupakan imobilitas yang disebabkan oleh keterbatasan pengetahuan atau daya pikir, misalnya pada kasus pasien yang menderita kerusakan otak.

c. Imobilitas emosional

Imobilitas emosional merupakan imobilitas yang disebabkan oleh perubahan mendadak dalam menyesuaikan diri, misalnya pada pasien yang stress karena kehilangan salah satu

ekstremitasnya atau kehilangan suatu atau seseorang yang dicintai.

d. Imobilitas sosial

Imobilitas sosial merupakan imobilitas ketikan seseorang mengalami hambatan dalam melakukan interaksi sosial sehingga mempengaruhi peranya dalam kehidupan sosial. Contoh hambatan itu adalah penyakit yang diderita oleh orang tersebut.

e. Dampak imobilitas

Imobilitas dapat menyebabkan perubahan baik dalam segi fisik maupun fisiologis.

### 3. Perawatan sehari – hari

Perawatan yang di berikan kepada lanjut usia, terutama berhubungan dengan kebersihan perseorangan

a. Kebersihan Mulut dan Gigi

Kebersihan mulut dan gigi harus tetap di jaga dengan menyikat gigi dan berkumur secara teratur meskipun sudah ompong. Bagi yang masih aktif dan masih memiliki gigi yang cukup.

b. Perawatan gigi untuk lanjut usia

Alat :

- 1) Sikat gigi (oleskan pasta gigi secukupnya di atas sikat gigi).
- 2) Air bersih dalam gelas untuk kumur.
- 3) Baskom plastik berukuran sedang untuk membuang air kumur.
- 4) Handuk untuk alas dada.

c. Kebersihan kulit dan badan

Kulit menerima berbagai berbagai rangsangan ( stimulasi ) dari luar. Kulit merupakan pintu masuk kedalam tubuh, kebersihan kulit mencerminkan kesadaran seseorang terhadap pentingnya arti kebersihan. Kulit manusia berfungsi untuk melindungi bagian tubuh atau jaringan di bawahnya terhadap pukulan,

mencegah masuknya kuman penyakit. Mandi berguna untuk menghilangkan bau dan kotoran merangsang peredaran dan memberikan kesegaran pada tubuh (Amalia Senja, 2019).

Selama melakukan perawatan kulit ada beberapa hal yang harus diperhatikan

- 1) Periksa ada atau tidak ada lecet
- 2) Oleskan minyak pelembab kulit setiap selesai mandi agar kulit tidak terlalu kering.
- 3) Gunakan air hangat untuk mandi, yang berguna merangsang peredaran darah dan mencegah kedinginan.
- 4) Gunakan sabun yang halus dan jangan terlalu sering karena hal ini dapat mempengaruhi keadaan kulit yang sudah kering atau keliput

d. Perawatan kulit : mandi

Memandikan lanjut usia

Persiapan

- 1) Sediakan air hangat kuku dalam dua buah baskom
- 2) Sediakan handuk kecil
- 3) Sabun mandi dalam tempat Bedak atau lasion badan
- 4) Pakaian dan saputangan bersih.

e. Gangguan kulit ( dekubitus )

Dekubitus adalah kerusakan atau kematian kulit sampai jaringan di bawah kulit, bahkan menembus otot sampai mengenai tulang, akibat adanya penekanan pada suatu area secara terus – menerus sehingga mengakibatkan gangguan sirkulasi darah setempat. Lanjut usia mempunyai potensi besar untuk mengalami dekubitus karena perubahan kulit berkaitan dengan bertambahnya usia, antara lain berkurangnya jaringan lemak. Dekubitus disebabkan oleh faktor intrinik dan ekstrinsik.

f. Kebersihan kepala dan rambut

Seperti juga kuku, rambut tumbuh di luar epidermis. Pertumbuhan ini terjadi karena rambut mendapat makanan dari

pembuluh darah disekitar rambut. Warna rambut ditentukan oleh adanya pigmen, jika tidak dibersihkan, rambut menjadi kotor dan debu melekat di rambut. Tujuan membersihkan kepala adalah menghilangkan debu dan kotoran yang melekat di rambut dan di kulit kepala.

g. Pemeliharaan kuku

Kuku yang panjang mudah menyebabkan kuku cepat kotor, bahkan kuman penyakit. Oleh karena itu, lanjut usia harus selalu secara teratur memotong kuku.

h. Kebersihan tempat tidur dan posisi tidur

Tempat tidur yang bersih dapat memberikan rasa nyaman pada waktu tidur. Oleh sebab itu, kebersihan tempat tidur perlu sekali diperhatikan.

## 5. Kemandirian

### 1. Pengertian kemandirian

Kemandirian atau outonomy adalah kebebasan individu untuk memilih, untuk menjadi kesatuan yang bisa memerintah, menguasai dan menentukan dirinya sendiri. Kemandirian merupakan kemampuan untuk mengendalikan dan mengatur pikiran, perasaan dan tindakan sendiri secara bebas serta berusaha sendiri untuk mengatasi perasaan - perasaan malu dan keraguan raguan. Mandiri mengandung makna bahwa dalam menjalani hajat hidup sehari hari tidak tergantung pada orang lain. Kemandirian merupakan kemampuan untuk mengambil inisiatif, kemampuan mengatasi masalah, dan kemampuan untuk mempeloreh kepuasan dari usaha sendiri serta keinginan untuk mengerjakan suatu tanpa bantuan dari orang lain. Individu yang mandiri adalah individu yang memiliki ketaguhan hati tentang siapakah dia dan siapa yang bertanggung jawab atas perlakuan sendiri. Kemandirian berkembang dari ketergantungan yang terbesar terhadap orang lain menuju kepada semakin besarnya ketergantungan rehadap diri sendiri (Suardiman, 2011).



Menurut Desmita (2016) kemandirian adalah suatu kondisi dimana seseorang memiliki hasrat bersaing untuk maju demi kebaikan dirinya sendiri dan mampu mengambil keputusan dan inisiatif untuk mengatasi masalah yang dihadapi. Berdasarkan pemaparan di atas dapat dipahami bahwa kemandirian adalah kemampuan individu mengendalikan dan mengatur pikiran, serta perasaan untuk mengambil inisiatif dalam mengatasi masalah, kemampuan untuk memperoleh kepuasan dari usaha sendiri tanpa bantuan orang lain.

## **2. Aspek - aspek Kemandirian**

Menurut Hosnan (2016) aspek - aspek kemandirian ada 3 yaitu :

- 1) Kemandiria emosional, yakni aspek kemandirian yang menyatakan perubahan kedekatan hubungan emosional antara individu.
- 2) Kemandirian tingkah laku, yakni suatu kemampuan untuk membuat keputusan-keputusan tanpa tergantung pada orang lain dan melakukannya secara bertanggung jawab.
- 3) Kemandirian nilai, yakni kemampuan mekmanai seperangkat prinsip tentang benar dan salah, serta tentang apa yang penting dan apa yang tidak penting.

Senada dengan pendapat Steinberg (2016) membagi aspek - aspek kemandirian menjadi 3 bentuk, yaitu :

- a. Emotional autonomy (kemandirian emosional), merupakan aspek kemandirian yang berhubungan dengan perubahan kedekatan atau keterikatan hubungan emosional individu, terutama dengan keluarga. Juga menjelaskan kemandirian emosional adalah kemandirian yang merujuk pada pengertian yang dikembangkan mengenai individuasi dan melepaskan diri atas ketergantungan dalam pemenuhan kebutuhan- kebutuhan dasar dari orang tua.

Kemandirian emosional seseorang dapat dilihat dari beberapa

indikator, antara lain :

- a) Tidak mengadu kepada keluarga ketika mengalami kesedihan, kekecewaan, kekhawatiran, atau ketika dia sedang membutuhkan bantuan
  - b) Tidak lagi memandang keluarga sebagai orang yang mengetahui segala - galanya atau menguasai segala - galanya.
  - c) Seringkali mempunyai energi emosional yang besar dalam rangka menyelesaikan hubungan - hubungan di luar keluarganya, dan dalam kenyataan individu merasa lebih dekat dengan teman - temanya daripada keluarganya sendiri.
- b. Behaviora autonomy (kemandirian tingkah laku), merupakan aspek kemandirian yang memiliki kemampuan untuk membuat keputusan secara bebas dan melakukan tindak lanjut atas keputusan dibuat. Sukardi 2013, juga menjelaskan kemandirian tingkah laku adalah kemandirian dalam perilaku bebas untuk membuat atau berkehendak sendiri tanpa bergantung pada bimbingan keluarga. Kemandirian perilaku merujuk kepada kemampuan seseorang untuk melakukan aktivitas sebagai manifestasi dari berfungsinya kebebasan, dengan jelas menyangkut peraturan - peraturan yang wajar mengenai perilaku dan pengambilan keputusan seseorang. Kemandirian tingkah laku seseorang dapat dilihat dari beberapa indikator yaitu:
- a) Mampu untuk membuat keputusan sendiri dan mengetahui dengan pasti kapan seharusnya memintak dan mempertimbangkan nasehat dari orang lain.
  - b) Mampu mempertimbangkan bagian - bagian alternatif dari tindakan yang dilakukan berdasarkan penilaian diri sendiri dan saran - saran dari orang lain.
  - c) Mampu mencapai suatu keputusan yang bebas tentang bagaimana seharusnya bertindak atau melakukan keputusan dengan penuh percaya diri.

c. Value autonomiy (kemandirian nilai), yaitu aspek kebebasan untuk memaknai seperangkat prinsip tentang benar dan salah, hak dan kewajiban, apa yang penting dan apa yang kurang atau apa yang tidak penting (Sukardi, 2013) juga menjelaskan kemandirian nilai adalah kemandirian yang merujuk pada suatu pengertian mengenai kemampuan seseorang untuk mengambil keputusan - keputusan dan menetapkan pilihan yang lebih berpegang pada prinsip orang lain. Kemandirian nilai seseorang dapat dilihat dari beberapa indikator, yaitu:

- 1) Kemampuan individu dalam memikirkan segala sesuatu menjadi semakin abstrak, artinya berfikir tentang pentingnya memecahkan permasalahan dan mampu bersikap toleran terhadap perkembangan dalam kehidupan.
- 2) Keyakinan individu menjadi semakin bertambah mengakar pada prinsip - prinsip umum yang memiliki beberapa basis ideologis artinya individu memiliki keyakinan dan kepercayaan terhadapnya dirinya sesuai dengan arahan dan tujuan yang ingin dicapai
- 3) Keyakinan individu semakin baik dalam menerapkan nilai - nilai di dalam dirinya, bukan bergantung pada sistem nilai yang diharapkan oleh orang lain.

## **6. Faktor - faktor yang mempengaruhi Kemandirian**

Menurut Suhartini, 2016 adapun faktor - faktor yang mempengaruhi kemandirian usia lanjut ada 3 yaitu:

### **a. Kondisi kesehatan**

Masa tua ditandai oleh penurunan fungsi fisik, fungsi psikis, dan rentan terhadap berbagai penyakit. Kerentanan terhadap penyakit disebabkan oleh menurun fungsi berbagai organ tubuh. Diperlukan pelayanan kesehatan demi meningkatkan derajat kesehatan dan mutu kehidupan

usia lanjut agar tercapai masa tua yang bahagia dan berguna dalam kehidupan keluarga dan masyarakat sesuai dengan keberadaannya (Suardiman, 2011).

b. Kondisi social

Kondisi ini menunjukkan kebahagiaan bagi usia lanjut untuk bisa mengikuti kegiatan - kegiatan sosial seperti keagamaan dan meningkatkan kontak sosial antar sesama. Kontak sosial ini sangat berguna bagi lanjut usia agar memiliki kesempatan untuk saling bertukar informasi, saling belajar dan saling bercanda. Kontak sosial akan mendatangkan perasaan senang yang tidak dapat memenuhi bila usia lanjut dalam kesendirian (Suardiman, 2011).

c. Kondisi social

Usia lanjut yang masih mandiri dalam dalam kondisi ekonomi adalah usia yang masih bisa menyesuaikan diri dengan keadaan ekonominya saat ini. Pada umumnya kondisi ekonomi usia lanjut akan mengalami kemunduran ketika akan memasuki masa pensiun yang mengakibatkan turunya pendapatan, hilangnya fasilitas, wewenang, kekuasaan dan penghasilan.

## **C. Konsep Asuhan Keperawatan Pada Lansia dengan Gangguan**

### ***ADL(Aktiviti Of Daily Living)***

#### **1. Pengkajian Keperawatan**

Menurut Sunaryo (2016), pengkajian keperawatan merupakan tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan suatu proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan lansia, pengkajian ini dilakukan dengan tujuan menentukan kemampuan lansia, untuk memelihara diri sendiri, membantu menghindarkan bentuk dan pandangan lansia, dan memberikan waktu untuk lansia menjawab.

Perawat perlu melakukan pengkajian secara lengkap dan menyeluruh dalam memberikan asuhan keperawatan pada lansia, pengkajian pada lansia meliputi pengkajian biopsikososial, pengkajian kondusifistik, pengkajian psikososial, pengkajian psikologis, status fungsional, status nutrisi, dan interaksi diantara hal - hal tersebut.

a. Identitas lansia

Data yang dikaji dalam identitas lansia yaitu nama lansia, tempat tanggal lahir, umur menurut WHO yaitu elderly (60-74 tahun), jenis kelamin status perkawinan, agama dan pendidikan terakhir

b. Riwayat Kesehatan

1) Riwayat Kesehatan Sekarang

Pasien mengeluh susah tidur, dan penglihatan kurang jelas

2) Riwayat Kesehatan Dahulu

Pasien sudah lama mengalami aktivitas sehari hari tidak baik, susah tidur

3) Riwayat Kesehatan Keluarga

Keluarga tidak memiliki penyakit keturunan seperti DM dan Hipertensi.

c. Pemeriksaan Fisik

1) Kepala

Tidak ditemukan kelainan pada kepala, kepala terasa pusing, sakit kepala, kuduk terasa berat.

2) Mata

Bentuk mata simetris, penglihatan berkunang – kunang, mata memerah.

3) Hidung

Bentuk hidung simetris, penciuman baik, tidak ada lesi.

4) Telinga

Bentuk telinga simetris, tidak ada benjolan, tidak ada nyeri tekan

pada bagian belakang telinga, pendengaran baik.

5) Mulut dan tenggorokan

Mukosa bibir lembab, tidak ada kesulitan dalam menelan.

6) Leher

Pembesaran vena jugularis, tidak ada pembesaran kelenjar tiroid dan kelenjar getah bening, mengeluh kaku kuduk.

7) Dada

Tampak simetris, tidak ada nyeri tekan, dada terasa berdebar – debar, perubahan pada irama jantung, frekuensi jantung meningkat.

8) Abdomen

Bentuk simetris, tidak ada edema.

9) Genitalia

Tidak dilakukan pemeriksaan.

10) Ekstremitas

CRT < 2 detik, akral hangat, kadang di sertai oedema pada tungkai kaki.

11) Integumen

Kebersihan baik, tidak ada gangguan pada kulit.

d. Aktivitas

Kelemahan, letih, frekuensi jantung meeningkat

e. Eliminasi

Gangguan ginjal saat ini atau yang lalu.

f. Makanan

BB normal atau obesitas, adanya edema.

g. Pengkajian Psikologis

- 1) Bagaimana sikap lansia terhadap proses penuaan.
- 2) Apakah dirinya merasa di butuhkan atau tidak.
- 3) Apakah optimis dalam memandang suatu kehidupan.
- 4) Bagaimana mengatasi stres yang dialami.
- 5) Apakah mudah dalam menyesuaikan diri.
- 6) Apakah lansia sering mengalami kegagalan.
- 7) Apakah harapan pada saat ini dan yang akan datang.

- 8) Perlu di kaji juga mengenai fungsi kognitif, daya ingat, proses pikir, alam perasaan, orientasi, dan kemampuan dalam menyelesaikan masalah.

h. Perubahan sosialekonomi

- 1) Darimana sumber keuangan lansia.
- 2) Apa saja kesibukan lansia dalam mengisi waktu luang.
- 3) Kegiatan organisasi apa yang diikuti lansia.
- 4) Bagaimana pandangan lansia terhadap lingkungannya.
- 5) Seberapa sering lansia berhubungan dengan orang lain di halaman sekitar rumah.
- 6) Apakah bisa menyalurkan hobi lewat fasilitas yang ada

i. Perubahan spiritual data yang dikaji

- 1) Apakah secara teratur melakukan ibadah sesuai dengan keyakinan agamanya.
- 2) Apakah secara teratur mengikuti kegiatan keagamaan.
- 3) Bagaimana lansia mengatasi masalah, apakah ada berdoa.
- 4) Apakah lansia terlihat tabah dan tawakal

j. Pengkajian Status Mental

Pengkajian status mental yang perlu dikaji meliputi daya orientasi (waktu, tempat, orang), daya ingat ( jangka panjang, jangka pendek), kontak mata dan afek.

## k. Pengkajian Status Kemandirian

Tabel 2.1

## Pengkajian Status Kemandirian

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



	kebutuhan keluarga.		
13	Mengelola keuangan (menyimpan dan menggunakan uang sendiri).		
14	Menggunakan transportasi umum untuk bepergian.		
15	Menyiapkan obat dan minum obat sesuai dengan aturan (takaran obat dan waktu minum obat tepat).		
16	Merencanakan dan mengambil keputusan untuk kepentingan keluarga dalam hal penggunaan uang, aktivitas sosial yang dilakukan dan kebutuhan akan pelayanan kesehatan.		
17	Melakukan aktivitas diwaktu luang (kegiatan keagamaan, sosial, rekreasi, olah raga dan menyalurkan hobi).		
	<i>JUMLAH POIN MANDIRI</i>		

Analisis hasil :

Poin : 13 – 17 : Mandiri

Poin : 0 – 12 : Ketergantungan

i. Pengkajian Psikososial

Tabel 2.2  
Pengkajian Psikososial

No	Pertanyaan	Jawaban		Pedoman jawaban
		Ya	Tidak	
	Apakah pada dasarnya anda puas dengan kehidupan anda?			(tidak)
	Apakah anda telah meninggalkan banyak kegiatan dan minat atau kesenangan anda?			(ya)
	Apakah anda merasa kehidupan anda kosong?			(ya)

Apakah anda sering merasa bosan?			(ya)
Apakah anda mempunyai semangat yang baik setiap saat?			(tidak)
Apakah anda takut bahwa sesuatu yang buruk akan terjadi pada anda?			(ya)
Apakah anda merasa bahagia untuk sebahagian besar hidup anda?			(tidak)
apakah anda sering merasa tidak berdaya?			(ya)
Apakah anda lebih senang tinggal dirumah, daripada keluar dan mengerjakan sesuatu yang baru?			(ya)
Apakah anda merasa bahwa anda lebih banyak mempunyai masalah dengan ingatan anda dibandingkan kebanyakan orang?			(ya)
Apakah anda berfikir bahwa hidup anda sekarang ini lebih menyenangkan ?			(tidak)
Apakah anda merasa tidak berharga seperti perasaan anda saat ini?			(ya)
Apakah anda merasa penuh semangat?			(tidak)
Apakah anda berfikir, bahwa kondisi anda saat ini tidak ada harapan?			(ya)
Apakah anda berfikir bahwa orang lain lebih baik keadannya daripada anda?			(ya)
<b>Total jawaban “Ya”</b>			

*Bila jawaban “YA” lebih dari 5 dapat menandakan depresi.*

#### b. Pengkajian Lingkungan

Pengkajian lingkungan yang perlu dikaji meliputi penataan kamar lansia, kebersihan dan kerapian, penerangan, sirkulasi udara, penataan halaman ,keadaan kamar mandi, pembuangan air kotor, sumber air minum , pembuangan sampah, sumber pencemaran.

## 2. Diagnosa Keperawatan yang Mungkin Muncul

Menurut standar Dignosis Keperawatan Indonesia (SDKI,2017), masalah keperawatan yang muncul pada pasien gangguan *ADL (activity of daily giving)* pada lansia adalah

- a) Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot
- b) Intoleransi aktivitas berhubungan dengan imobilitas
- c) Defisit nutrisi berhubungan dengan hipermetabolik
- d) Keletihan berhubungan dengan gangguan tidur

## 3. Perencanaan Keperawatan

Perencanaan keperawatan menurut standar luaran keperawatan indonesia (SLKI,2018) dan standar intervensi keperawatan indonesia (SIKI, 2018).

Tabel 2.3  
Perencanaan keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	SLKI	SIKI
1	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan dengan penurunan kekuatan otot Dengan tanda dan gejala, yaitu : <b>Tanda dan Gejala Mayor</b>	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan : <b>1. Mobilitas fisik</b> Kriteria hasil : a. Penggerakan ekstremitas meningkat b. Kekuatan otot meningkat	<b>1. Dukungan Ambulasi</b> <i>Observasi</i> a. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya. b. Jelaskan prosedur dan

<p>- Subjektif</p> <p>a. Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas</p> <p>- Objektif</p> <p>a. Kekuatan otot menurun</p> <p>b. Rentang gerak (ROM)</p> <p><b>Tanda dan Gejala Minor</b></p> <p>- Subjektif</p> <p>a. nyeri saat bergerak</p> <p>b. enggan melakukan pergerakan</p> <p>c. merasa cemas bergerak</p> <p>- Objektif</p> <p>a. sendi kaku</p> <p>b. gerakan tidak terkoordinasi</p>	<p>c. Rentang gerak (ROM)</p> <p>d. Nyeri menurun</p> <p>e. Kecemasan menurun</p> <p>f. Gerakan terbatas menurun</p> <p>g. Kelemahan fisik menurun</p> <p>h. Kaku sendiri menurun</p> <p><b>2. Keseimbangan</b></p> <p>Kriteria hasil :</p> <p>a. Kemampuan duduk tanpa sandaran meningkat</p> <p>b. Kemampuan bangkit dari posisi duduk meningkat</p> <p>c. Keseimbangan berdiri meningkat</p> <p>d. Keseimbangan saat berjalan meningkat</p> <p>e. Pusing menurun</p>	<p>tujuan ambulasi</p> <p>c. Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi</p> <p>d. Monitor tekanan darah sebelum memulai ambulasi</p> <p>e. Fasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu.</p> <p><i>Terapeutik</i></p> <p>a. Fasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu</p> <p>b. Fasilitasi melakukan mobilisasi jika perlu</p> <p>c. Libatkan keluarga pasien untuk melakukan ambulasi</p>
---	---	--

			<p><i>Edukasi</i></p> <p>a. Jelaskan tujuan dan prosedur ambulisasi</p> <p>b. Ajarkan ambulisasi sederhana yang harus dilakukan</p>
2	<p>Intoleransi aktivitas berhubungan dengan imobilitas. Dengan tanda dan gejala, yaitu :</p> <p><b>Tanda dan Gejala Mayor</b></p> <p>- Subjektif</p> <p>a. mengeluh lelah.</p> <p>- Objektif</p> <p>a. frekuensi jantung meningkat &gt; 20 % dari kondisi istirahat.</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan :</p> <p><b>1. Toleransi Aktivitas</b></p> <p>a. Frekuensi nadi sedang</p> <p>b. Saturasi oksigen meningkat</p> <p>c. Kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari – hari meningkat</p> <p>d. Kecepatan berjalan meningkat</p> <p>e. Keluhan lelah menurun</p> <p>f. Dipsnea saat aktivitas menurun.</p>	<p><b>Manajemen Energi</b></p> <p><i>Observasi</i></p> <p>a. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan</p> <p>b. Monitor kelelahan fisik dan emosional</p> <p>c. Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas.</p> <p><i>Terapeutik</i></p>

		<p>g. Perasaan lelah menurun.</p> <p>h. Frekuensi nafas membaik.</p> <p><b>2. Ambulasi</b></p> <p>Kriterial hasil :</p> <p>a. Menompang berat meningkat.</p> <p>b. Berjalan dengan langkah efektif meningkat.</p> <p>c. Jalan dengan langkah pelan meningkat</p> <p>d. Berjalan dengan langkah cepat meningkat.</p> <p>e. Berjalan jarak jauh meningkat.</p> <p>f. Berjalan mengitari ruangan meningkat.</p>	<p>a. Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulasi.</p> <p>b. Lakukan latihan rentang gerak pasif dan aktif.</p> <p>c. Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan .</p> <p><i>Edukasi</i></p> <p>a. Anjurkan tirah baring</p> <p>b. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap</p> <p><i>Kalaborasi</i></p> <p>a. Kalaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan</p>
--	--	--	--

			asupan makan.
3	<p>Defisit nutrisi berhubungan dengan hipermetabolik Defenisi asupan nutrisi tidak cukup memenuhi kebutuhan metabolisme</p> <p><b>Tanda dan Gejala Mayor</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Subjektif</li> <li>a.cepat kenyang setelah makan</li> <li>b. nafsu makan menurun</li> <li>c. otot menelan lelah</li> <li>d. membran mukosa pucat</li> </ul>	<p><b>1. Status nutrisi</b></p> <p>Kriterial hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Porsi makan dihabiskan.</li> <li>b. Kekuatan otot menelan meningkat.</li> <li>c. Tidak ada rasa cepat kenyang</li> <li>d. Diare tidak ada</li> <li>e. Nafsu makan meningkat</li> <li>f. Membra mukosa membaik</li> </ul> <p><b>2.Tingkat depresi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. berat badan membaik</li> <li>nafsu makan membaik</li> </ul>	<p><b>Manajemen Nutrisi</b></p> <p><i>Observasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Identifikasi status nutrisi.</li> <li>b. Identifikasi alergi dan intoleransi makanan.</li> <li>c. Indentifikasi makanan yang disukai.</li> <li>d. Monitor asupan makanan.</li> <li>e. Monitor berat badan.</li> </ul> <p><i>Terapeutik</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu.</li> <li>b. Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi.</li> </ul>

			<p>c. Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein.</p> <p><i>Edukasi</i></p> <p>a. Anjurkan posisi duduk.</p> <p>b. Anjurkan diet yang diprogramkan .</p> <p><i>Kalaborasi</i></p> <p>a. Kalaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan.</p>
--	--	--	---

(Sumber: PPNI, 2016., PPNI,2018a., PPNI, 2018 )

### **B. Implementasi keperawatan**

Implementasi keperawatan adalah tahap pelaksanaan dari rencana keperawatan untuk pasien dengan tujuan hasil yang diharapkan bisa tercapai. Tindakan keperawatan yang dilakukan harus konsisten antara rencana keperawatan dengan pelaksanaan agar tujuan hasil yang telah ditetapkan bisa terwujud (Damanik, 2020).



### C. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah proses terakhir dari hasil mengkaji reapon pasien setelah dilakukan beberapa intervensi keperawatan yang telah diberikan sebelumnya. Evaluasi keperawatan dilakukan secara kontinuitas dalam meentukan rencana keperawatan yang efektif dan bagaimana rencana yang akan dilanjutkan, direvisi atau dihentikan setelah masalah diselesaikan dengan baik (Damanik, 2020).

### **BAB III**

#### **METODE PENELITIAN**

##### **A. Desain Penelitian**

Jenis penelitian yang digunakan peneliti yaitu penelitian kualitatif dengan desain penelitian studi kasus yang bersifat deskriptif, dimana penelitian yang dilakukan dengan tujuan untuk menggambarkan sesuatu berdasarkan fenomena yang didapatkan saat melakukan studi kasus (Kartika, 2017). Penelitian ini dilakukan untuk penerapan asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan ADL (*Aktiviti Of Daily Living*) pada lansia di Puskesmas Nanggalo Kota Padang

##### **B. Tempat dan waktu penelitian**

Penelitian asuhan keperawatan pada pasien Gangguan ADL (*Aktiviti Of Daily Living*) dilakukan di wilayah Puskesmas Nanggalo Kota Padang penelitian dilakukan mulai 02 maret sampai 15 maret 2022.

##### **C. Populasi dan Sampel**

###### **1. Populasi**

Populasi adalah keseluruhan subjek penelitian yang akan diteliti yang mana dapat berupa orang, benda, gejala, atau wilayah yang ingin diketahui peneliti (Kartika, 2017). Populasi yang diambil dalam penelitian ini adalah semua lansia dengan Gangguan ADL (*Aktiviti Of Daily Living*) dilakukan di Puskesmas Nanggalo Kota Padang. Berdasarkan survey awal yang dilakukan pada tanggal 6 Januari 2022 terdapat 3 lansia dengan gangguan ADL.

###### **2. Sampel**

Sampel merupakan sebagian dari keseluruhan objek yang diteliti dan dianggap mewakili seluruh populasi, atau sampel adalah elemen-elemen populasi yang dipilih berdasarkan kemampuan mewakilinnya (Kartika, 2017). Sampel penelitian ini adalah satu

orang lansia dengan Gangguan ADL (*Aktiviti Of Daily Living*) dilakukan di Wilayah Kerja Puskesmas Nanggalo Kota Padang.

Pengambilan sampel penelitian menggunakan teknik *purposive sampling*, yaitu teknik penetapan sampel dengan cara memilih sampel di antara populasi sesuai dengan yang dikehendaki peneliti mewakili karakteristik populasi (Nursalam, 2015).

Adapun kriteria sampel dari penelitian ini adalah :

a. Kriteria inklusi

Kriteria inklusi adalah karakteristik umum subyek penelitian dari suatu populasi yang akan diteliti (Kartika, 2017).

Kriteria inklusi penelitian ini diantaranya :

- 1). Lansia yang mengalami gangguan ADL (*Aktiviti Of Daily Living*) di Wilayah Kerja Puskesmas Nanggalo
- 2). Lansia yang bersedia dilakukan atau diberikan asuhan keperawatan tentang Gangguan ADL (*Aktiviti Of Daily Living*).
- 3). Lansia yang kooperatif dapat menjalin hubungan dengan perawat saling percaya

b. Kriteria eksklusi

Kriteria eksklusi adalah menghilangkan atau mengeluarkan subyek yang memenuhi kriteria inklusi dan studi karena berbagai sebab (Kartika, 2017).

Kriteria eksklusi penelitian ini diantaranya :

- 1) Lansia yang mengalami Gangguan ADL (*Aktiviti Of Daily Living*). Disertai komplikasi lainnya.
- 2) Lansia tidak kooperatif dan tidak mengikuti kegiatan
- 3) Lansia yang menolak asuhan keperawatan

#### **D. Alat dan Instrumen Penelitian**

Alat dan instrument yang digunakan dalam penelitian ini adalah format pengkajian gerontik (pengkajian, diagnose, intervensi, implementasi, evaluasi), alat pelindung diri terdiri dari masker, handscoon dan gown pelindung baju, alat pemeriksaan fisik yang terdiri dari tensi meter, meteran, dan timbangan berat badan

- 1). Format pengkajian keperawatan meliputi: identitas pasien, identifikasi penanggung jawab, riwayat kesehatan, kebutuhan dasar, pemeriksaan fisik, data psikologis, data sosial, data spiritual, lingkungan tempat tinggal, pemeriksaan laboratorium, dan progam pengobatan.
- 2). Format analisa data meliputi: nama pasien, nomor rekam medik, masalah, dan etiologi.
- 3). Format diagnosis keperawatan meliputi: nama pasien, nomor rekam medik, diagnosis keperawatan, tanggal dan paraf ditemukannya masalah, serta tanggal dan paraf terselesaikannya masalah.
- 4). Format rencana asuhan keperawatan meliputi : nama pasien, nomor rekam medik, diagnosis keperawatan SDKI, intervensi SIKI dan SLKI.
- 5). Format implementasi keperawatan meliputi: nama pasien, nomor rekam medik, hari dan tanggal, diagnosis keperawatan, dan paraf yang melakukan implementasi keperawatan.
- 6). Format evaluasi keperawatan meliputi : nama pasien, nomor rekam medik, hari dan tanggal, diagnosis keperawatan, evaluasi keperawatan, dan paraf yang mengevaluasi tindakan keperawatan

## **E. Teknik Pengumpulan data**

Teknik pengambilan data disesuaikan dengan masalah, tujuan penelitian, serta objek yang diteliti. Pengumpulan data dalam penelitian ini dilakukan dengan cara wawancara, observasi, pengukuran, pemeriksaan fisik dan dokumentasi serta menggunakan format pengkajian keperawatan medikal bedah sebagai alat acuan yang digunakan peneliti.

### 1). Observasi

Observasi adalah kegiatan mengumpulkan data dengan cara melakukan pengamatan langsung terhadap aktivitas, perilaku dan keadaan partisipan untuk memperoleh data tentang masalah kesehatan partisipan (Dharma, 2011). Dilakukan observasi untuk pemeriksaan fisik pada lansia

### 2). Pengukuran

Metoda pengukuran yang dilakukan pada pasien kanker payudara yaitu dapat menggunakan alat ukur pemeriksaan fisik seperti mengukur tekanan darah, nadi, suhu, pernapasan, Melakukan pengukuran nyeri dengan menggunakan skala nyeri numerik.

### 3). Wawancara

Pada penelitian pasien Gangguan ADL Wawancara yang dilakukan dengan mewawancarai identitas klien, identitas penanggung jawab, keluhan utama, ditanyakan aktifitas sehari-hari pasien seperti pola nutrisi, pola eliminasi, pola tidur pasien, apakah pasien dibantu keluaraga atau biasa melakukan aktifitas secara mandiri. Selain itu ditanyakan riwayat kesehatan pasien apakah pernah mengalami penyakit keturunan seperti DM, hipertensi, dan jantung.

### 4). Dokumentasi

Dokumentasi merupakan metode pengumpulan data dengan cara mengambil data yang berasal dari dokumen asli berupa gambar, dan tabel atau daftar periksa. Dalam penelitian ini peneliti menggunakan dokumentasi dari rumah sakit untuk menunjang penelitian yaitu

datadari rekam medik pasien . Untuk pasien ADL dibutuhkan seperti aktivitas sehari hari seperti makan, minum dan kegiatan sehari hari.

#### **F. Jenis – jenis data**

##### 1). Data Primer

Data primer adalah data yang bersumber langsung dari lansia seperti pengkajian lansia meliputi : identitas lansia , keluhan sejak kapan dirasakan , riwayat kesehatan lansia, riwayat kesehatan dahulu, riwayat keluarga ,pengobatan apa saja yang telah dilakukan , factor resiko, pola aktifitas sehari-hari.

##### 2). Data sekunder

Data sekunder adalah data penelitian yang diperoleh dari dokumen dari data lansia dengan Gangguan ADL (*Aktiviti Of Daily Living*) dan data jumlah lansia yang ada di Puskesmas Nanggalo Kota Padang.

#### **G. Analisis data**

Rencana analisis yang dilakukan pada penelitian ini adalah menganalisis semua temuan pada tahap proses keperawatan dengan gangguan ADL (*Aktiviti Of Daily Living*) pada lansia. Data yang telah didapatkan dari hasil melakukan asuhan keperawatan mulai dari pengkajian, penegakkan diagnosa, merencanakan tindakan, implementasi sampai evaluasi hasil tindakan yang telah diberikan. Analisa yang dilakukan adalah untuk menemukan apakah ada kesesuaian antara teori yang ada dengan keadaan yang dialami lansia dengan gangguan ADL (*Aktiviti Of Daily Living*).

## **BAB IV**

### **DESKRIPSI PEMBAHASAN KASUS**

#### **A. Deskripsi Kasus**

Penelitian dilakukan kepada Ny.N Perempuan berusia 62 Tahun, dengan masalah kesehatan dengan gangguan untuk berjalan dan mengalami stroke, penelitian dilakukan selama 12 hari di mulai dari tanggal 02 Maret – 13 Maret 2022, waktu penelitian di mulai jam 10.00 wib wilayah kerja Puskesmas Nanggalo Kota Padang dengan tepatnya di rumah Ny. N dengan melaksanakan asuhan keperawatan yang terfokus pada lansia.

#### **1. Hasil Pengkajian Keperawatan**

Hasil pengkajian didapatkan melalui wawancara, observasi, pemeriksaan fisik. Pengkajian keperawatan pada tanggal 05 maret-19 maret 2022, yang dincantumkan dalam tabel sebagai berikut:

##### **a. Identitas Diri Klien**

Ny. N seorang lansia perempuan, berumur 62 tahun, beragama islam, sumber informasi didapatkan dari Tn. S yaitu suami Ny. N

##### **b. Riwayat Kesehatan Sekarang**

Saat dilakukan pengkajian Ny. N mengatakan mempunyai riwayat stroke 5 tahun yang lalu, tongkat, saat klien melakukan aktivitas seperti, jalan dari tempat tidur ke kursi klien menggunakan tongkat, ganti baju klien dibantu suaminya, klien juga di bantu suaminya ke toilet untuk bab, semua kegiatan klien di bantu keluarga, tidak bisa berjalan, klien berjalan dibantu keluarga atau dan juga mengalami hipertensi. Hipertensi klien sering muncul ketika klien lagi banyak pikiran. Klien juga mengeluh ada asam urat dibagian kaki sebelah kanan. Ny. N mengeluh ketika kaki dan tangan sebelah kanan klien susah di gerakkan, mengakibatkan klien susah melakukan aktivitas. Saat dilakukan pemeriksaan tanda-tanda vital

didapatkan tekanan darah 120/80mmHg, nadi 110x/menit, pernafasan 23x/menit, suhu 36,5 C.

c. Riwayat Kesehatan Masa Lalu

Saat dilakukan pengkajian tentang riwayat kesehatan masa lalu Ny. N tidak memiliki riwayat alergi (obat, makanan, dan binatang) memiliki riwayat kecelakaan pada tahun 2013 dan diobati dengan cara di kerumah sakit.

d. Riwayat Kesehatan Keluarga

Tidak ada keluarga yang mengalami riwayat hipertensi dan penyakit keturunan lainnya.

e. Riwayat Psikososial dan Spitual :

Keadaan Spitual Ny. N yaitu rajin melaksanakan ibadah sholat, dan berdoa kepada Allah SWT agar diberikan kekuatan dan diangkat segala macam penyakit. Keadaan psikososial Ny. N memiliki keluarga yang sangat dekat dengan klien

f. Pola Kebiasaan Sehari-hari :

1. Pola Nutrisi: Kebiasaan sehari-hari Ny. N yaitu makan 3 kali sehari dengan porsi nasi lauk dan sayur dengan porsi biasa, kebiasaan Ny. N sebelum makan mencuci tangan dan berdoa, nafsu makan baik.
2. Pola Eliminasi:
  - kebiasaan berkemih Ny. N BAK 3-5 kali sehari, berwarna kuning, jernih, bau khas, dan tidak ada masalah dengan eliminasinya.
  - Kebiasaan defekasi Ny. N BAB 1 kali sehari setelah bangun tidur, warna kuning, konsistensi lembek dan tidak ditemukan masalah dalam proses defekasi.
3. Personal Hygiene: Ny. N memiliki kebiasaan mandi 2x sehari pagi dan sore dengan menggunakan sabun mandi cuci rambut 1x sehari menggunakan sampo, dan gunting kuku



4. Kebiasaan Tidur dan Istirahat: Ny. N yaitu tidur siang 2-3 jam, tidur malam 6-7 jam. Ny. N mengatakan tidak ada gangguan saat tidur.
5. Aktivitas dan Latihan : Ny. N melakukan jalan di sekitar rumah untuk melatih kakinya agar tidak kaku, setiap pagi, dan Ny. N melakukan setiap pagi gerakan kaki agar tidak kaku.
6. Kebiasaan : Ny. N memiliki kebiasaan memakan makanan yang mengandung gula tinggi dan kadang-kadang juga membuat makanan mengandung garam.

g. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik dilakukan pada tanggal 03 maret 2022 di dapatkan hasil:

- 1) Tanda-tanda vital didapatkan tekanan darah 120/80mmHg, pernafasan 23x/ menit, Nadi 110x/ menit, Suhu 36,5 C
- 2) Kepala : rambut Ny. N bersih, warna rambut putih, tidak ada lesi, rambut tidak rontok.
- 3) Mata : Mata Ny. N simetris kiri kanan, konjungtiva tampak anemis, sklera tidak ikterik, pupil isokor.
- 4) Telinga : telinga Ny. N tampak simetris kiri kanan tidak ada kelainan
- 5) Hidung : hidung Ny. N tampak bersih, lesi tidak ada, tidak ada pernafasan cuping hidung.
- 6) Bibir : bibir Ny. N tampak pucat, dan kering, tidak ada karies gigi
- 7) Mulut : mulut Ny. N agak tampak hitam
- 8) Leher : leher Ny. N tidak ada pembesaran kelenjer getah bening, dan pembesaran vena jugularis.
- 9) Toraks dan abdomen: normal
- 10) Ekstremitas : normal

h. Pengkajian status mental : daya orientasi Ny. N sangat baik dan dapat menyebutkan dan menjawab pertanyaan yang dianjurkan dan daya ingat Ny. N baik dapat mengingat dan menceritakan kejadian masa lalu, serta kontak mata bagus.

i. Pengkajian Status Mandiri

Status kemandirian klien dikategorikan memiliki ketergantungan pada keenam fungsi dasar. Klien memiliki kategori kemandirian sangat rendah. Klien memiliki ketergantungan dalam hal menyiapkan pakaian dan menggunakannya sehingga dibantu oleh suami dan anaknya. Klien juga tidak bisa melakukan aktivitas karena klien mengalami stroke.

j. Pengkajian Psikologi

Dari hasil wawancara dilakukan dengan menggunakan format pengkajian psikologi, didapatkan hasil bahwa klien mengalami depresi pada kesehatannya. Pada saat diwawancara, klien mengatakan hidup terasa bosan. Kontak matanya juga sesekali menjauh lawan bicara saat di tanya mengenai apakah ia berfikir bahwa keadaan orang lebih baik dari keadaannya sekarang.

k. Pengkajian Lingkungan

Keadaan rumah Ny. N terlihat baik. Rumah klien terletak dekat gang. Bagian dalam rumah klien terlihat bersih dan juga tidak beantakan, semua barang tertata sangat bagus di lemari. Kamar klien memiliki jendela dengan ventilasi dan sirkulasi udara yang cukup baik. Penataan di dalam kamar klien kurang tersusun rapi. Kamar klien kurang tersusun rapi dan kurang bersih. Klien tidak mampu membersihkan kamarnya setiap hari. Kamar mandi terbuat dari keramik tampak sabun, sampo dan peralatan mandi lainnya sangat rapi tertata. Pembuangan air kotor dialirkan ke selokan kecil di belakang rumah, kemudian nanti mengalir langsung ke sungai. Sumber air minum klien yaitu air galon isi ulang. Penataan halaman klien cukup baik dan bersih, halaman luar. Klien

mengatakan pembuangan sampah dikumpulin di depan rumah, nanti di angkut oleh mobil sampah.

## 2. Diagnosa Keperawatan

Setelah dilakukan analisis data, maka didapatkan prioritas diagnosa keperawatan sesuai dengan subjektif dan data objektif, yaitu:

- a. Itoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan
- b. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot
- c. Resiko jatuh berhubungan dengan penurunan kekuatan otot

Pada diagnosa pertama didapatkan subjektif yaitu, Ny. N mengeluh lelah setelah melakukan aktivitas banyak, sulit melakukan aktivitas secara mandiri seperti pindah tempat duduk, pergi ke toilet untuk BAB, dan Ny. N mengeluh badannya terasa lelah, dan tangan dan kakinya terasa berat. **Dari data tersebut maka didapatkan diagnosa keperawatan yaitu Itoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan .**

Pada diagnosa kedua didapat data subjektif yaitu, Ny. N mengatakan kakinya terasa lemah, sulit melakukan pergerakan, kadang terasa kesemutan diinjak, sendi-sendi terasa mulai kaku dan nyeri sendi lutut jika berjalan, Ny. N mengatakan tidak bisa berjalan tanpa bantuan, Ny. N mengatakan sulit untuk pindah tempat dan sulit melakukan aktivitas sehari-hari seperti, dari tempat tidur ke kursi dan melakukan BAB yang dibantu tongkat. Sedangkan objektif yaitu: Ny. N mengatakan tampak berjalan menggunakan tongkat, Ny. N tampak kesulitan berjalan dan beraktivitas, kekuatan otot ekstermitas bawah menurun, tampak gerakan Ny. N terbatas dan Ny. N tampak lebih suka duduk-duduk dan tidak nampak melakukan kegiatan senam. **Dari data tersebut maka didapatkan diagnosa keperawatan yaitu Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot.**

Pada diagnosa ketiga didapatkan data subjektif yaitu: Ny. N mengatakan kesulitan berjalan, tungkai terasa lemah, sulit melakukan aktivitas sehari-hari yaitu mandi di bantu, BAB di bantu keluarga dan kadang terasa

sempoyongan jika berjalan kelamaan. Ny. N mengatakan memiliki riwayat jatuh sebelumnya. Jika berjalan harus memakai tongkat. Sedangkan data objektif yaitu: Ny. N tampak menggunakan alat bantu seperti tongkat untuk berjalan, berjalan lambat dan berhati-hati, sulit untuk melakukan perpindahan. **Dari data tersebut, maka didapatkan diagnosa keperawatan yaitu resiko jatuh berhubungan dengan penurunan kekuatan otot.**

### 3. Rencana Keperawatan

**Rencana keperawatan yang diberikan pada diagnosa intoleransi aktivitas adalah edukasi kesehatan.** Observasi ini mengidentifikasi defisit aktivitas tertentu, monitor respon emosional, spiritual terdapat aktivitas tertentu, monitor respon emosional. Terapeutik seperti fasilitas aktivitas pengganti saat memiliki keterbatasan energi, fasilitas aktivitas relaksasi untuk merilekkan otot-otot tangan dan kaki.

**Intervensi yang diberikan pada diagnosa keperawatan mobilitas fisik adalah dukung ambulasi.** Kriteria hasil lansia menompang berat badan meningkat kekuatan otot meningkat, berjalan menanjak meningkat, berjalan menurun meningkat, berjalan jarak sedang meningkat Observasi dengan identifikasi keterbatasan fungsi dan gerak sendi, monitor lokasi dan sifat ketidaknyamanan atau rasa sakit selama pergerakan/aktivitas. Lakukan terapeutik dengan lakukan pengendalian nyeri sebelum memulai latihan, berikan posisi tubuh optimal untuk gerakan sendi yang pasif atau aktif, fasilitasi gerak sendi teratur dalam batas-batas rasa sakit, ketahanan dan mobilitas sendi, berikan penguatan positif untuk melakukan latihan bersama, fasilitasi menyusun jadwal latihan rentang gerak aktif maupun pasif. Berikan edukasi mengenai tujuan dan rencana latihan bersama, anjurkan duduk di tempat tidur, di sisi tempat tidur, atau di kursi sesuai toleransi, anjurkan ambulasi sesuai toleransi.

**Intervensi yang diberikan pada diagnosa keperawatan resiko jatuh adalah pencegahan jatuh.** Rencana keperawatan yang diberikan yaitu mengidentifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh,

menggunakan alat bantu berjalan, menganjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin, menganjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh.

#### **4. Implementasi**

**Implementasi yang dilakukan pada diagnosa keperawatan intoleransi aktivitas,** adalah melakukan indentifikasi kemampuan berpartisipasi dalam melakukan aktivitas. Memberi motivasi kepada Ny. N untuk melakukan aktivitas fisik seperti menggerakkan tangan dan kaki secara perlahan dan tidur secara teratur sehingga badan menjadi rileks jika mendapatkan istirahat dengan cukup.

**Implementasi yang dilakukan pada diagnosa keperawatan gangguan mobilitas fisik,** adalah mengukur danta vital sebelum dan sesudah melakukan aktivitas kaji kemampuan klien untuk berjalan, mengidentifikasi toleransi aktivitas fisik melakukan ambulasi dan memonitor kondisi umum selama melakukan ambulasi, membantu klien untuk berpindah sesuai kebutuhan, membantu klien untuk pindah duduk, membantu klien dalam menggunakan tongkat untuk berjalan, memberikan penjelasan mengenai tujuan tujuan dan prosedur ambulasi, mengkaji keterbatasan fungsi dan gerakan sendi, melatih klien dalam melakukan ROM menyusun jadwal latihan rentang gerak aktif, memberikan edukasi mengenai tujuan dan rencana latihan bersama

**Implementasi yang dilakukan pada diagnosa keperawatan resiko jatuh,** adalah Mengidentifikasi faktor risiko jatuh, mengidentifikasi factor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh, memonitor kemampuan klien berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya, membantu klien dalam menggunakan tongkat dan kursi roda, menganjurkan klien memanggil pengasuh dan orang lainjika membutuhkan bantuan untuk berpindah, menganjurkan klien menggunakan alas kaki yang tidak licin, dan menganjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh.

#### **5. Evaluasi**

Setelah melakukan implementasi pada Ny. N dengan **diagnosa keperawatan itoleransi aktivitas** didapatkan hasil evaluasi subjektif yaitu, Ny. N mampu melakukan istirahat yang cukup, melakukan senam Room secara teratur, pagi dan sore, dan Ny. N mampu melakukan penggerakan tangan secara perlahan, dan Ny. N sudah bisa berjalan perlahan meskipun masih di bantu tongkat.

Pada **diagnosa keperawatan mobilitas fisik** didapatkan Setelah dilakukan implementasi pada Ny. N dan evaluasi yang didapatkan selama 5 hari pada Ny. N pada diagnosis hambatan mobilitasi fisik pada hari pertama yaitu, S : klien mengatakan masih kesulitan berjalan, dan berpindah tempat, senditerasakudun mengatakan kurang bersemangat dalam melakukan aktivitas fisik. O: klien tampak lemah, sulit berjalan dan berpindah tempat dari kursi roda ke tempat tidur, bergantung pada alat bantu tongkat, klien hanya mampu berjalan dengan langkah pelan, klien tampak berjalan menaiki tangga membutuhkan bantuan 1 orang, klien mampu melakukan ROM aktif. Maka didapatkan penilaian masalah teratasi sebagian, dan intervensi dilanjutkan secara mandiri klien dan keluarga.

Pada **diagnosa keperawatan resiko jatuh** didapatkan hasil evaluasi subyektif yaitu, klien mengatakan masih bisa pergi sendiri ke toilet walaupun secara perlahan. Klien mengatakan terkadang ia dibantu oleh anaknya dalam membersihkan kamar. Klien mengatakan ke toilet di bantu anaknya. Sedangkan evaluasi objektif yang didapatkan yaitu, ruang tamu klien bersih dan rapi, dan sudah tidak ada barang yang berserakan di lantai. Maka didapatkan penilaian masalah teratasi sebagian, dan intervensi dilanjutkan secara mandiri klien dan keluarga.

## **B. Pembahasan Kasus**

Setelah melakukan asuhan keperawatan pada Ny. N berusia 62 tahun dengan gangguan aktivitas dalam kehidupan sehari-hari, maka pada BAB ini peneliti akan membahas tentang kesenjangan antara teori dengan hasil yang ditemukan dalam perawatan kasus gangguan mobilisasi yang telah dilakukan. Pembahasan ini sesuai dengan tahapan keperawatan yang dimulai dari proses pengkajian,

perumusan diagnosa, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi keperawatan. Telah dilakukan asuhan keperawatan mulai tanggal 02 maret sampai 16 maret 2022. Menurut Orem (2021) adalah aktivitas individu yang bertujuan memenuhi kebutuhan berlangsung hidupnya, mempertahankan kesehatan serta menyejahterakan individu sendiri baik dalam keadaan sehat maupun sakit.

## 1. Pengkajian

### a. IdentitasKlien

Identitas klien diperoleh langsung dari klien itu sendiri melalui wawancara. Selama berinteraksi klien tampak kooperatif dan memberikan respon yang positif kepada peneliti, klien dengan terbuka bercerita kepada peneliti tentang keluhan dan kondisinya saat ini. Klien merupakan seorang lansia yang berumur 62 tahun.

Klien mengalami gangguan ADL yaitu karena umur yang lanjut,. Seperti yang telah dijelaskan bahwa gangguan ADL salah satunya dapat disebabkan oleh faktor usia dan status perkembangan. (Hidayat & Uliyah, 2014). Penyebab lain gangguan ADL yaitu Pada tingkat usia yang berbeda, terdapat perbedaan kemampuan mobilitas. Ini dikarenakan kemampuan atau kematangan fungsi alat gerak sejalan dengan perkembangan usia terjadinya gangguan pada muskuluskletal (Nasrullah 2016).

Menurut Sunaryo (2015) mengatakan bahwa bertambahnya umur atau lanjut usia selalu berhubungan dengan penurunan tingkat aktivitas fisik, hal ini disebabkan oleh 3 hal yaitu perubahan pada struktur dan jaringan penghubung ( Kolagen dan elastin) pada sendi, tipe dan kemampuan aktivitas pada lansia berpengaruh terhadap struktur dan fungsi jaringan pada sendi, patologi dapat mempengaruhi jaringan penghubung sendi, sehingga dapat menyebabkan *functional limitation*.

### b. KeluhanUtama

Ny. N mengeluh sulit melakukan pergerakan dan nyeri sendi lutut..

Berdasarkan penelitian Regina (2018) pada lansia yang mengalami gangguan mobilisasi pada responden 1 klien mengeluh kedua kakinya susah digerakkan dan terasa nyeri ada lutut saat digerakkan. Pada responden 2 klien juga mengeluh kakinya susah digerakkan dan terasa nyeri saat diinjakkan dan berjalan. Sesuai yang telah dijelaskan diatas, menurut Hidayat & Uliyah (2014) salah satu faktor yang mempengaruhi mobilisasi yaitu usia dan status perkembangan, dimana terdapat perbedaan kemampuan mobilitas Pada tingkat usia yang berbeda karena, kemampuan atau kematangan fungsi alat gerak sejalan dengan perkembangan usia. Factor lain yaitu adanya riwayat menderita Rheumatoid arthritis (Aspiani,20014).

Bangun (2012) menjelaskan bahwa salah satu keluhan yang ditemukan pada lansia adalah Rheumatoid arthritis yang menyerang tulang, sendi, otot, atau jaringan lain disekitar sendi yang memiliki tiga keluhan utama yaitu nyeri dibagian sendi dan alat gerak terasa kaku dan lemah. Keluhan tersebut disertai otot lemah dan gangguan gerak.

c. Keluhan saatdikaji

Ny. N mengeluh sulit melakukan pergerakan, kakinya terasa lemah, susah digerakkan, terasa kesemutan saat diinjakkan dan ketika berjalan terasa nyeri (skala nyeri 2). Ny. N megeluh sendi-sendikaknya terasa mulai kaku. Ny. N mengatakan sulit menjaga keseimbangan. Ny. N mengatakan tidak bisa berdiri lama dan berdiri tanpa alat bantu. Ny. N juga mengatakan harus berjalan lambat dan berhati-hati agar tidak jatuh.

Menurut hasil dari penelitian yang telah dilakukan, Klien memang memiliki faktor fenyebab untuk mengalami gangguan mobilsasi diantaranya, penurunan massa otot, penurunan kekuatan otot, kekakuan sendi, gangguan mukuloskletal dan nyeri, yang disesuaikan dengan data-data yang terdapat dalam buku Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) tahun 2017.. Sebelumnya juga telah dijelaskan bahwa gangguan



Menurut Dewi (2014) nyeri yang dirasakan oleh lansia dapat berdampak terhadap gangguan pemenuhan kebutuhan aktivitas sehari-hari, mobilisasi, dan depresi lansia itu sendiri. Mobilisasi dapat dipengaruhi oleh gangguan muskuloskeletal salah satunya kekakuan sendi (Nasrullah, 2016). Menurunnya massa otot merupakan sebagai dampak dari gangguan mobilisasi yang menyebabkan turunnya kekuatan otot secara langsung (Hidayat & Uliyah2014).

#### d. Riwayat KesehatanDahulu

Klien memiliki riwayat jatuh 5 tahun yang lalu. Menurut peneliti lansia cenderung mengalami jatuh, hal ini berhubungan dengan faktor umur dari partisipan tersebut yang telah memasuki usia lanjut. Proses penuaan menyebabkan berkurangnya fungsi-fungsi organ (Sunaryo et al. 2015). Salah satu perubahan yang terjadi yaitu perubahan pada muskuloskeletal dimana masalah yang terjadi yaitu tulang kehilangan densitas cairan, terjadinya kerapuhan tulang, meningkatnya risiko terjadinya fraktur, kekakuan sendi, kekuatan dan stabilitas tulang menurun dan perubahan gaya berjalan yang mana hal tersebut bila terjadi pada lansia tentunya meningkatkan risiko jatuh padalansia(Nasrullah2016).Faktorrisikokejadianjatuhpadalansia dipengaruhi oleh faktor ekstrinsik yang berasal dari lingkungan klien seperti lantai yang licin, pencahayaan yang kurang, penempatan perabotan yang tidak tepat, dan jalan yang tidak datar serta penggunaan alat bantu mobilisasi yang kurang tepat atau hati-hati. Akibatnya lansia merasa ketakutan akan jatuh lagi dan memilih untuk lebih banyak tidur di kamar atau duduk di ruang tamu. Hal ini akan menurunkan status fungsional lansia dan meningkatkan ketergantungan dalam pelaksanaan aktivitassehari-hari.

#### e. Pemeriksaan Fisik

Pada saat dilakukan pemeriksaan fisik pada klien didapatkan data ekstremitas atas akral hangat dan CRT < 2, kekuatan otot 5. Sedangkan ekstremitas bawah didapatkan akral hangat, CRT < 2, kekuatan otot 4

untuk kiri dan kanan yaitu adanya pergerakan sendi, otot dapat melawan pengaruh gravitasi dengan tahananringan.

Penurunan kekuatan otot pada klien dapat disebabkan oleh proses penuaan, faktor riwayat jatuh yang mengakibatkan cedera pada sendi panggul klien dan keadaan lansia itu sendiri dimana lansia tersebut kurang aktif atau jarang untuk melakukan pergerakan serta penurunan kekuatan otot tersebut juga dapat mempengaruhi klien dalam memenuhi kebutuhan aktivitas sehari-harinya.

Berdasarkan teori yang telah dijelaskan didapatkan bahwa keterbatasan mobilisasi mempengaruhi otot klien melalui kehilangan daya tahan, penurunan masa otot, atrofi, dan penurunan stabilitas. Dimana massa otot menurun akibat metabolisme dan tidak digunakan. Jika imobilisasi berlanjut dan otot tidak dilatih, maka akan terjadi penurunan massa yang berkelanjutan dan menyebabkan kekakuan otot (Nasrullah,2016).

## **2. DiagnosaKeperawatan**

Peneliti penegakkan diagnosa keperawatan pada tanggal 02 maret 2022. Berdasarkan pengkajian yang telah dilakukan peneliti terhadap klien ditemukan beberapa masalah keperawatan yang muncul yaitu:.

Berdasarkan SDKI edisi 1 ditemukan 3 diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada lansia dengan gangguan mobilisasi yaitu:

- a) Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan
- b) Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatanotot
- c) Resiko jatuh berhubungan dengan gangguankeseimbangan
- d) Defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguanmuskuloskeletal.

Terdapat 2 diagnosa yang sesuai dengan teori yang telah dijelaskan yaitu hambatan mobilitas fisik dan resiko jatuh, sedangkan diagnosa intoleran aktifitas dan defisit perawatan diri tidak dapat ditegakkan karena pada saat pengkajian tidak ditemukan data-data yang mendukung untuk diangkat

diagnosis tersebut. Berdasarkan SDKI (edisi 1) Defisit perawatan diri adalah tidak mempunyai seseorang untuk melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri. Data yang mendukung ditegakkannya diagnosa defisit perawatan diri diantaranya menolak melakukan perawatan diri, tidak mau mandi/ mengenakan pakaian/ makan/ ke toilet/berhias secara mandiri, dan minat untuk melakukan perawatan diri kurang. Sedangkan intoleran aktifitas menurut SDKI (edisi 1) adalah ketidakcukupan energy untuk melakukan aktivitas sehari-hari. Data yang mendukung ditegakkannya diagnosa intoleran aktifitas diantaranya mengeluh lelah, frekuensi jantung meningkat 20% dari kondisi istirahat, dispnea saat/setelah aktivitas, merasa lemah, merasa tidak nyaman setelah beraktivitas, dan mengalami sianosis. Data-data tersebut berdasarkan hasil pengkajian tidak ditemukan atau tidak cukup untuk mendukung ditegakkan diagnose tersebut.

### **3. IntervensiKeperawatan**

Intervensi yang disusun pada masalah keperawatan yang pertama yaitu itoleransi aktivitas denga tujuan yang dicapai ambulasi dimana kriteria menunjukkan klien lansia melakukan latihan ROM selama di rumah secara teratur, klien dapat berjalan secara perlahan, kekuatan otot kaki klien semakin kuat, kecepatan berjalan klien semakin kuat. Lakukan observasi dengan identifikasi nyeri atau keluhan fisik lainnya, identifikasi toleransi aktivitas fisik melakukan ambulasi dan memonitor kondisi umum selama melakukan ambulasi. Pada terapeutik hal yang dilakukan adalah bantu klien untuk perpindahan sesuai kebutuhan, terapkan atau sediakan alat bantu (tongkat, walker, atau kursi roda).

Intervensi selanjutnya yaitu gangguan mobilitas fisik dengan tujuan yang ingin dicapai ambulasi dimana kriteria hasilnya menunjukkan klien lansia menopang berat badan meningkat, berjalan dengan langkah yang efektif meningkat, berjalan dengan langkah pelan meningkat, berjalan dengan langkah sedang meningkat, berjalan menanjak meningkat, berjalan menurun meningkat, berjalan jarak sedang meningkat. Rencana tindakan yang akan

dilakukan adalah dukungan ambulasi: Lakukan observasi dengan identifikasi nyeri atau keluhan fisik lainnya, identifikasi toleransi aktivitas fisik melakukan ambulasi dan memonitor kondisi umum selama melakukan ambulasi. Pada terapeutik hal yang dilakukan adalah bantu klien untuk perpindahan sesuai kebutuhan, terapkan atau sediakan alat bantu (tongkat, walker, atau kursi roda), fasilitasi klien melakukan mobilisasi fisik jika diperlukan. Berikan edukasi mengenai tujuan dan prosedur ambulasi. Selanjutnya yang kedua yaitu teknik latihan penguatan sendi dengan melakukan : Observasi dengan identifikasi keterbatasan fungsi dan gerak sendi, monitor lokasi dan sifat ketidaknyamanan atau rasa sakit selama pergerakan/aktivitas. Lakukan terapeutik dengan lakukan pengendalian nyeri sebelum memulai latihan, berikan posisi tubuh optimal untuk gerakan sendi yang pasif atau aktif, fasilitasi gerak sendi teratur dalam batas-batas rasa sakit, ketahanan dan mobilitas sendi, berikan penguatan positif untuk melakukan latihan bersama, fasilitasi menyusun jadwal latihan rentang gerak aktif maupun pasif. Berikan edukasi mengenai tujuan dan rencana latihan bersama, anjurkan duduk di tempat tidur, di sisi tempat tidur, atau di kursi sesuai toleransi, anjurkan ambulasi sesuai toleransi.

Pada masalah keperawatan selanjutnya yaitu resiko jatuh dengan tujuan yang ingin dicapai yaitu tingkat jatuh dengan kriteria hasil: klien tidak mengalami jatuh dari tempat tidur, klien tidak mengalami jatuh saat berdiri, klien tidak mengalami jatuh saat berjalan, klien tidak mengalami jatuh saat duduk, klien tidak mengalami jatuh saat dipindahkan, klien tidak mengalami jatuh saat naik tangga, klien tidak mengalami jatuh saat ke kamar mandi, dan klien tidak mengalami jatuh saat membungkuk. Tujuan yang kedua keseimbangan dengan kriteria hasil : mempertahankan keseimbangan saat duduk tanpa sandaran, klien mampu bangkit dari posisi duduk, klien mampu seimbang saat berdiri, klien mampu mempertahankan keseimbangan saat berdiri dan berjalan. Perencanaan intervensi keperawatan (SIKI) pertama pencegahan jatuh dengan melakukan: Observasi: identifikasi faktor risiko yang menyebabkan jatuh, identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan

risiko jatuh, monitor kemampuan perpindahan dari tempat tidur ke kursi dan sebaliknya. Terapeutik: gunakan alat bantu berjalan. Edukasi: anjurkan memanggil keluarga jika membutuhkan bantuan untuk berpindah, anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin, anjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh. 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.

#### 4. Implementasi Keperawatan

Tindakan keperawatan yang dilakukan untuk diagnosa **itoleransi aktivitas** yaitu memudahkan klien untuk melakukan aktivitas sehari-hari, kecepatan klien dalam berjalan mengidentifikasi toleransi aktivitas fisik melakukan ambulasi dan memonitor kondisi umum selama melakukan ambulasi, membantu klien untuk perpindahan sesuai kebutuhan, membantu klien dalam menggunakan alat bantu tongkat, memberikan penjelasan mengenai tujuan dan prosedur ambulasi, mengkaji keterbatasan fungsi dan gerak sendi, memperhatikan atau memonitor lokasi dan sifat ketidaknyamanan atau rasa sakit selama klien melakukan aktivitas, melatih klien dalam melakukan ROM (*Range of motion*) 1 kali sehari oleh peneliti selama 5 hari, menyusun jadwal latihan rentang gerak aktif ROM yaitu 2 kali sehari pada pagi dan sore hari, memberikan edukasi mengenai tujuan dan rencana latihan bersama.

Tindakan keperawatan yang dilakukan untuk diagnosis **gangguan mobilitas fisik** yaitu mengukur tanda-tanda vital sebelum dan sesudah melakukan aktivitas, kaji kemampuan klien untuk berjalan, mengidentifikasi toleransi aktivitas fisik melakukan ambulasi dan memonitor kondisi umum selama melakukan ambulasi, membantu klien untuk perpindahan sesuai kebutuhan,

membantu klien dalam menggunakan alat bantu tongkat, memberikan penjelasan mengenai tujuan dan prosedur ambulasi, mengkaji keterbatasan fungsi dan gerak sendi, memperhatikan atau memonitor lokasi dan sifat ketidaknyamanan atau rasa sakit selama klien melakukan aktivitas, melatih klien dalam melakukan ROM (*Range of motion*) 1 kali sehari oleh peneliti selama 5 hari, menyusun jadwal latihan rentang gerak aktif ROM yaitu 2 kali sehari pada pagi dan sore hari, memberikan edukasi mengenai tujuan dan rencana latihan bersama.

Pada penelitian ini peneliti menerapkan salah satu latihan fisik ROM (*Range of motion*), yaitu latihan rentang gerak sendi yang berguna untuk memelihara dan mempertahankan kekuatan otot serta memelihara mobilitas persendian (Hidayat and Uliyah 2014). Setelah dilakukan latihan ROM selama 5 hari klien mengatakan tungkai kakinya terasa sedikit lebih kuat dari sebelumnya, kekakuan pada sendi dirasa lebih berkurang, klien tampak mampu berjalan dengan jarak sedang dan kecepatan sedang, klien tampak mampu menaiki tangga tanpa bantuan orang lain namun masih memerlukan bantuan seperti tongkat dan pegangan di dinding dan klien tampak mampu memenuhi kebutuhan aktivitas harian secaramandiri.

Tindakan keperawatan pada diagnosa **Risiko Jatuh** adalah Mengidentifikasi faktor risiko jatuh, mengidentifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh, memonitor kemampuan klien berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya, membantu klien dalam menggunakan tongkat, menganjurkan klien memanggil keluarga jika membutuhkan bantuan untuk berpindah, menganjurkan klien menggunakan alas kaki yang tidak licin, dan menganjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh. 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).

Terdapat satu implementasi yang tidak sesuai dengan teori yaitu Manajemen Nyeri yang dilakukan untuk mengatasi nyeri kronis pada klien, manajemen nyeri merupakan mengidentifikasi dan mengelola pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan atau fungsional dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat dan konstan. implementasi yang dilakukan meliputi melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif yang meliputi lokasi, karakteristik, skala, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, mengidentifikasi pengaruh nyeri terhadap kualitas hidup, mengajarkan klien teknik nonfarmakologi teknik nafas dalam untuk mengurangi nyeri yang dirasakan klien. Tindakan ini diberikan pada klien dikarenakan ditemukan data-data pengkajian yang menunjukkan klien mengalami nyeri kronis, Pada pembahasan teori peneliti tidak mengintervisikan manajemen nyeri karena tidak mengangkatdiagnose nyeri kronis berhubungan tidak ditemukannya pada teori bahasan manifestasi klinis nyeri pada lansia yang mengalami gangguan mobilisasi. Menurut peneliti, Nyeri yang dirasakan merupakan faktor riwayat penyakit rheumatoid arthritis yang menyebabkan yang menyerang tulang, sendi, otot, atau jaringan lain disekitar sendi yang memiliki tiga keluhan utama yaitu nyeri dibagian sendi dan alat gerak terasa kaku dan lemah. Berhubungan dengan data-data yang ditemukan pada klien maka, peneliti mengangkat diagnosa Nyeri kronis dan implementasi manajemen nyeri untuk mengatasinya.

## **5. EvaluasiKeperawatan**

Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dari proses keperawatan yang digunakan untuk menentukan seberapa baik rencana keperawatan berkerja dengan meninjau respon klien. Evaluasi ini dilakukan dengan mengacu pada SLKI, berdasarkan kriteria yang ditentukan. Evaluasi keperawatan dilakukan dalam bentukSOAP. Evaluasi dilakukan selama 4 hari yang dimulai dari tanggal 04-07 maret 2022 pada Ny. N. dalam melakukan

evaluasi, peneliti tidak menemukan faktor penghambat selama penelitian.

Evaluasi keperawatan merupakan suatu proses berkelanjutan yang dilakukan saat perawat melakukan kontak dengan klien. Setelah dilakukannya intervensi, lalu mengumpulkan data subjektif dan objektif dari klien, keluarga, dan anggota tim kesehatan. Selama dilakukannya evaluasi perawat membuat keputusan klinis terus menerus untuk dilakukannya asuhan keperawatan (Potter & Perry, 2009).

Hasil evaluasi keperawatan diagnosa **gangguan mobilitas fisik berhubungan penurunan kekuatan otot** pada klien dapat teratasi sebagian, hal ini ditunjukkan dengan belum mampunya klien berjalan dengan langkah efektif, berjalan dengan langkah cepat, berjalan menurun, dan berjalan jarak jauh. Evaluasi hasil yang didapat pada diagnosis hambatan mobilitas fisik pada Ny. N setelah 12 hari perawatan yaitu S: klien mengatakan kesulitan dalam berjalan sudah mulai berkurang, klien mengatakan sudah mampu berjalan dengan langkah efektif, klien mengatakan setelah melakukan latihan ROM tungkai kakinya terasa lebih kuat untuk berjalan dari sebelumnya, kekakuan sendi dirasa mulai berkurang, klien mengatakan selalu melakukan latihan ROM 2 kali sehari yaitu pagi dan sore hari, dan klien mengatakan sudah memiliki semangat untuk melakukan aktivitas fisik dan mengikuti setiap kegiatan senam walau hanya mengikuti gerakan di atas kursi. O: klien tampak sudah mampu berjalan dengan jarak sedang, menaiki tangga tanpa bantuan orang lain, tampak berpindah dari kursi roda ke tempat tidur sudah mampu tanpa bantuan, tingkat kemandirian klien 4 (ketergantungan ringan) dengan skor 18/20. A: masalah gangguan mobilisasi: mobilitas fisik dan ambulasi teratasi sebagian. P: intervensi dukungan ambulasi dan latihan penguatan sendi dilanjutkan. Rencana tindak lanjut penelitian ini dilanjutkan kepada keluarga klien, berupa memfasilitasi dan membantu klien dalam penggunaan alat bantu mobilisasi, mengajarkan mobilisasi dengan cara yang



aman, memfasilitasi klien dalam pergerakan dan bimbing klien dalam melakukan latihan fisik ROM dan mendukung lansia untuk melakukan aktivitas fisik lainnya seperti senam.

Evaluasi keperawatan diagnosa **resiko jatuh berhubungan dengan Gangguan keseimbangan** pada klien teratasi sebagian pada hari kelima, hal ini dibuktikan dengan klien tidak mengalami jatuh saat berdiri, klien tidak mengalami jatuh saat duduk, klien tidak mengalami jatuh saat berjalan, klien tidak mengalami jatuh saat dipindahkan, klien tidak mengalami jatuh saat naik tangga, klien tidak jatuh saat di kamar mandi namun klien belum mampu mempertahankan keseimbangan dari posisi duduk ke berdiri, klien mampu mempertahankan keseimbangan saat berdiri, dan klien belum mampu mempertahankan keseimbangan saat berjalan sedang atau cepat.

Evaluasi hasil yang didapat pada diagnosis risiko jatuh setelah 12 hari implementasi yaitu, S: klien mengatakan sudah mampu berjalan tanpa alat bantu tetapi hanya sebentar dan beberapa langkah saja, klien mengatakan memiliki keberanian untuk berjalan lebih jauh, dan klien mengatakan sudah dapat mengendalikan lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh. O: klien tampak sudah berani berjalan pelan tanpa alat bantu namun hanya sebentar. klien tampak berjalan dengan langkah pelan dan berhati-hati, klien tampak berjalan menggunakan tongkat untuk berjalan, dan gangguan keseimbangan saat berjalan tidak ada. A: masalah risiko jatuh: tingkat jatuh teratasi sebagian. P: Intervensi pencegahan jatuh dilanjutkan oleh keluarga klien dengan mengendalikan lingkungan yang aman dari risiko jatuh dan membantu klien dalam ambulasi saat dibutuhkan.

## **BABV PENUTUP**

### **A. KESIMPULAN**

Berdasarkan hasil penelitian Asuhan Keperawatan pada lansia dengan Gangguan *ADL* di Wilayah Kerja Puskesmas Nanggalo Kota Padang, dapat diambil kesimpulan sebagai berikut:

#### 1. Pengkajian

Pada pengkajian didapatkan klien mengeluh susah jalan dan klien mengeluh susah untuk melakukan aktifitas secara mandiri, klien mengeluh kaki sebelah kanan terasa berat di angkat.

#### 2. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan yang diangkat pada kasus ini adalah itoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai, gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot, resiko jatuh berhubungan dengan gangguan mobilisasi.

#### 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, melatih ROM, melakukan pengkajian nyeri, mengajarkan manajemen nyeri teknik non farmakologis nafas dalam, mengidentifikasi keamanan klien, pantau gaya berjalan dan keseimbangan, modifikasi lingkungan yang aman.

#### 4. Implementasi keperawatan dilakukan berdasarkan intervensi yang telah direncanakan sesuai kondisi lansia dipuskesmas. Implementasi untuk diagnosis itoleransi aktivitas membantu klien untuk berjalan atau pindah

tempat, gangguan mobilitas fisik pada partisipan seperti monitor TTV, mendampingi dan membantu klien dalam ambulasi, membantu klien dalam tongkat, serta melatih ROM. 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 tongkat, memantau gaya berjalan, menganjurkan klien memanggil suami klien jika membutuhkan bantuan dalam berpindah serta modifikasi lingkungan yang aman.

5. Hasil evaluasi yang dilakukan selama 12 hari dalam bentuk SOAP, diagnosa keperawatan intoleransi aktivitas, teratasi sebagian gangguan mobilitas fisik teratasi sebagian, , 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 perawat memfasilitasi klien dalam menggunakan alat bantu mobilisasi tongkat, 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 defisit pengetahuan 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 jikadiperlukan.

## **B. SARAN**

### **1. Bagi Perawat**

Penelitian yang dilakukan adalah tentang asuhan keperawatan pada Lanjut Usia dengan Gangguan ADL di puskesmas nanggalo kota Padang agar dapat menjadi acuan bagi perawat dalam memberikan asuhan keperawatan secara profesional dan komprehensif kepada lansia.

2. Bagi Mahasiswa dan Peneliti Berikutnya

Hasil penelitian yang peneliti dapatkan diharapkan dapat menjadi acuan dan menjadi bahan perbandingan pada peneliti selanjutnya dalam melakukan penelitian pada lansia dengan gangguan ADL.

3. Bagi Keluarga

Disarankan kepada keluarga agar dapat terus mendampingi dan memastikan bahwa lansia tetap melakukan latihan yang telah diajarkan secara mandiri. Disarankan juga kepada keluarga agar tetap meneruskan penjadwalan latihan ROM seperti yang sudah diterapkan ketika dilakukan penelitian, serta disarankan juga kepada keluarga agar tetap mengatur dalam menjaga perawatan diri. Selain itu disarankan juga kepada keluarga untuk terus mendampingi klien dalam bentuk memberi dukungan baik secara fisik dan psikisnya. Diharapkan juga kepada keluarga agar tetap meneruskan untuk mencegah terjadinya ADL dengan penerapan latihan ROM, serta dapat segera melaksanakan intervensi yang belum tercapai selama dilakukannya penelitian.



## Daftar pustaka

- Amalia senja & Tulus Prasetyo. *Perawatan lansia oleh keluarga dab care give* Jakarta Tahun 2019
- Aspiani, R.Y. 2014. *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Gerontik*. Jakarta Timur : Trans Info Media
- Badan Pusat Statistik. (2010). *Statistik Penduduk Lanjut Usia 2010*.  
Badan Pusat Statistik. Jakarta. Bandiah, Siti. (2015). *Lanjut Usia dan Perawatan Gerontik*. Yogyakarta. NuhaMedica.
- Bangun, 2014. *Sehat dan Bugar pada Usia Lanjut dengan Jus Buah dan Sayur*. Jakarta : Agromedia Pustaka
- Budi Mulia 01 dan 03 Jakarta Timur. Skripsi. Universitas Indonesia. Hardywinoto, Setiabudhi. (2007). *Panduan Gerontologi*. Jakarta: Pustaka Utama. Kemenkes
- Darmojo, RB, Mariono, HH. (2004). *Geriatrik: Ilmu Kesehatan Usia Lanjut* (Edisi ke-3). Jakarta. Balai Penerbit FKUI.
- Dewi, S.R. 2014. *Buku Ajar Keperawatan Gerontik*. Yogyakarta : Budi Utama.
- Dinas Kesehatan Kota Padang. (2017). *Profil kesehatan kota padang*. Padang: Dinas Kesehatan Kota Padang.
- Dinas Kesehatan Kota Padang. (2018). *Profil Kesehatan Kota Padang Tahun 2018*.
- Ediawati, Ek. (2012). *Gambaran Tingkat Kemandirian Dalam Activity of Daily Living (ADL) Dan Resiko Jatuh Pada Lansia Di Panti Sosial Tresna Wredha*
- Ermawan, B. (2019). *Pengantar Patofisiologi*. Yogyakarta: Pustaka Baru Press.
- Hidayat , A.A. & Uliyah, M. 2014. *Pengantar Kebutuhan Dasar Manusia*. Selemba Medika
- Ida Untari *Keperawatan gerontik : Terapi tertawa dan senam cegah pikun*. Editor Wuri Praptiasani Jakarta : EGC, 2018.
- Kholifah, S. N. (2016). *Keperawatan gerontik*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Maryam dkk (2012). *Mengenai Usia Lanjut dan Perawatannya*, Jakarta: Selemba Medika
- Nasrullah, D. 2016. *Buku Ajar Keperawatan Gerontik*. Jakarta: Trans Info Media.
- Nugroho, W. (2015). *Keperawatan Gerontik & Geriatrik*. Jakarta: Buku Kedokteran EGC.
- Regina, F. 2018. *Asuhan Keperawatan Pada Lanjut Usia Dengan Gangguan Mobilisasi Di Pstw Sabai Nan Aluih Sicincin..*
- RI. (2012). *Situasi dan Analisa Lanjut Usia dan Gambaran Kesehatan Lanjut Usia di Indonesia*. Jakarta: Kemenkes.
- Senja, A., & Prasetyo, T. (2019). *Perawatan Lansia*. Jakarta: Bumi Medika.
- Sunaryo. (2016). *Asuhan Keperawatan Gerontik*. In *Penerbit Andi*. Yogyakarta: Andi.
- Syafrudin, SKM, Mkes, Ayi Diah Damayani, *Himpunan Penyuluh Kesehatan Pada Remaja dan Lansia*, Jakarta: Trans Info Media, 2011.
- Sari, w (2020). *Keperawatan Gerontik*. Malang. Nusantara

- Sudiman, P, S (2011). *Psikologi Usia Lanjut*. Yogyakarta : Gajah Mada University Press
- Sukardi, T (2013). *Faktor-faktor yang mempengaruhi Kemandirian*. Yogyakarta : Universitas Negeri
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. 2017. *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia : Definisi dan Indikator Diagnostik*. Jakarta : Dewan Pengurus PPNI.
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI. 2018. *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia : Definisi dan Tindakan Keperawatan*. Jakarta : Dewan Pengurus PPNI.
- Tim Pokja SLKI DPP PPNI. 2018. *Standar Luaran Keperawatan Indonesia : Definisi dan Kriteria sHasil Keperawatan*. Jakarta : DewanPengurus PPNI

## **ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK**

### **A. IDENTITAS DIRI KLIEN**

Nama (Umur) ; Ny. N . (62th)  
Jenis kelamin ; Perempuan  
Status Perkawinan ; Kawin  
Agama / Suku ; Islam/ Piliang  
Pendidikan terakhir ; SMA  
Sumber Informasi ; Ny. N dan Keluarga Ny. N  
Keluarga yang bisa di hubungi; Tn. S  
Diagnosis Medis (Jika Ada) ; -

### **B. RIWAYAT KESEHATAN SEKARANG**

1. Keluhan utama ; Saat dilakukan pengkajian tanggal 02 Maret 2022 pada pukul 14.00 WIB, didapatkan Ny. N mengeluh susah jalan karena mengalami strok, Ny. N mengatakan ia mengalami strok 5 tahun yang lalu, Ny. N mengalami susah aktivitas, seperti berjalan dari tempat tidur ke ruang tamu, dan pergi mandi, dan beberapa lama ini Ny. N selalu mengkonsumsi obat-obatan yang diberikan dokter dengan rutin, efeknya Ny. N saat mengkonsumsi obat mulai agak mendingan sakitnya, Ny. N mengatakan ia put tidak mampu berjalan sehingga Ny. N pergi ke toilet di bantu oleh suami Ny. N. Ny. N mengatakan tidak bisa menjaga keseimbangan dan harus menggunakan alat bantu
2. Kronologikeluhan
  - a) Faktor pencetus: Faktor Umur (Fisiologis)
  - b) Timbulnya keluhan : nyeri dirasakan jika klien berjalan lama, berdiri lama, melakukan aktivitas lama dan cuaca dingin secara tiba-tiba.
  - c) Lamanya keluhan: Durasi keluhan nyeri kurang lebih 10-20 menit. Keluhan nyeri sendi lutut dirasakan klien sudah lebih 5 tahun sebelum klien mengalami jatuh.
  - d) Upaya pasien untuk : mengistirahatkan sendi mengatasi keluhan



### **C. RIWAYAT KESEHATAN MASA LALU**

1. Riwayat Alergi: Ny. N mengatakan tidak ada alergi makanan, obat dan lingkungan.
2. Riwayat Kecelakaan : klien mengatakan memiliki riwayat jatuh 4 tahun 3 bulan yang lalu di rumah sakit Ibnu Sina Padang
3. Riwayat dirawat di Rumah sakit : Ny. N di rawat di rumah sakit Ibnu Sina Padang
4. Riwayat konsumsi obat: Ny. N banyak mengonsumsi obat yang diberikan dokter, untuk menghilangkan nyeri pada kaki dan tangan yang terkena stroke

### **D. RIWAYAT KESEHATAN KELUARGA**

Ny. N mengatakan tidak ada keluarganya yang mengalami penyakit keturunan seperti dm, hipertensi dan stroke.

### **E. RIWAYAT PSIKOLOGI DAN SPIRITUAL :**

1. Orang terdekat dengan pasien  
Ny. N mengatakan orang terdekat dengannya saat ini yaitu suami dan anaknya.
2. Masalah yang mempengaruhi pasien  
Keluarga Ny. N mengatakan Ny. N selalu memikirkan hal-hal yang sebenarnya tidak usah dipikirkan. Ny. N mengatakan sekarang yang terlalu mempengaruhi pikirannya adalah ada satu orang anak yang belum menikah.
3. Mekanisme koping terhadap stress  
Klien mengatakan saat ia mengalami suatu masalah ia akan menghadapinya dengan tenang.
4. Persepsi pasien terhadap penyakitnya  
Hal yang sangat dipikirkan klien saat ini: Klien mengatakan hal yang sangat dipikirkannya saat ini adalah persiapan keimanan dalam menghadapi kematian.

## **F. POLA KEBIASAAN SEHARI-HARI**

### **1. Nutrisi**

Ny. N mengatakan ia makan 2x sehari dengan nasi, sayur dan lauk. Klien mengatakan sekarang nafsu makanya menurun. Klien juga mengatakan dahulu ia memiliki kebiasaan minum bersoda, tetapi sekarang tidak lagi. Klien mengatakan ia menyukai makanan yang bersantan dan manis-manis. Klien dibantu keluarga untuk mengambil makanan. Klien minum 7-8 gelas/hari. Saat dikaji, klien memiliki berat 65 kg dengan tinggi 155 cm.

### **2. Eliminasi**

#### **a. Berkemih**

Klien mengatakan berkemih 5-6x dalam sehari dengan urine yang keluar berwarna kuning jernih.

#### **b. Defekasi**

Klien mengatakan ia buang air besar 2x sehari dengan warna kuning kecoklatan, konsistensi padat, dan buang air besar pada waktu pagi dan sore. Klien mengatakan ia tidak ada keluhan dengan defekasinya.

### **3. Higiene Personal**

#### **a. Mandi**

Klien mengatakan ia mandi 2x sehari dengan sabun dan terkadang dibantu oleh keluarga dalam menyiapkan peralatan untuk mandi

#### **b. Higiene Oral**

Klien mengatakan ia menyikat gigi 2x sehari dengan menggunakan pasta gigi. Ia menyikat gigi pada waktu pagi dan malam hari.

#### **c. Cuci Rambut**

Klien mengatakan ia mencuci rambut 1x sehari dalam 3 hari dengan menggunakan sampo. Klien mengatakan ia tidak bisa mencuci rambut sendiri.

#### **d. Gunting kuku**

Klien mengatakan ia menggunting kuku di bantu oleh anaknya saat terasa kukunya sudah panjang dan terasa terganggu.

### **4. Istirahat dan tidur**

Klien mengatakan ia tidur 5-6 jam/hari. Klien mengatakan ia selalu bangun

setiap jam 05.00 WIB untuk melaksanakan sholat subuh. Klien mengatakan ia tidur siang sekitar 2 jam sehari.

5. Aktivitas dan latihan

Klien mengatakan dengan pengerakan tubuhnya yang sekarang. Ia tidak mampu melakukan olahraga ataupun aktivitas. Disaat siang hari ia duduk di depan teras untuk melihat suasana diluar. Klien mengatakan ia tidak bisa berjalan lama karena kakinya terasa sakit saat dibawa jalan.

6. Kebiasaan

Klien mngatakan tidak memiliki kebiasaan merokok, minuman keras ataupun ketergantungan obat.

**G. PEMERIKSAAN FISIK**

1. TTV

Tekanan Darah : 120/80mmHg

Nadi : 70x/menit

Pernafasan : 19x/menit

Suhu : 36,5 C

2. Kepala : kepala tampak bersih, rambut tumbuh uban dan tidak mudah rontok

3. Mata : simetris kanan dan kiri, konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik.

4. Hidung : hidung tampak simetris, bersih dan tidak ada gangguan penciuman

5. Telinga : simetris, tidak ada gangguan pendengaran dan tidak ada serumen

6. Mulut dan bibir : mulut klien tampak bersih, bibir tampak kering, kadang berbicara terlalu perlan dan kurang jelas, serta gigi yang tidak lengkap.

7. Leher : tidak ada pembesaran kelenjer tiroid, dan tidak ada pembesaran kelenjer getah bening.

8. Dada

I : simetris kiri dan kanan

P : fremitus kiri dan kanan teraba normal

P : sonor

A : vesikuler

9. Abdomen

I : simetris

P : tidak ada pembengkakan pada abdomen

P : tympani

A : bising usus (+)

10. Genitali : tidak dilakukan pemeriksaan

11. Ekstemitas

Atas : simetris kiri dan kanan, CRT<2 detik, akral hangat

Bawah : simetris kiri dan kanan, tidak ada edema, klien tidak mampu berjalan terlalu lama, jika dipaksakan maka kaki klien terasa nyeri.

Kekuatan otot

Kiri	Kanan
4444	4444
3333	3333

## H. PENGKAJIAN STATUS MENTAL

1. Daya orientasi ( waktu, tempat, orang)

Daya orientasi klien sudah mulai berkurang. Klien mengatakan terkadang lupa dengan waktu, tempat, dan orang. Tetapi untuk orang terdekat, daya orientasi klien masih cukup baik. Saat dikaji, keluarga klien mengatakan saat malam hari klien susah tidur, karena sering merasa nyeri.

2. Daya ingat (jangka panjang, jangka pendek)

Klien mengatakan sekarang ia sudah mulai pelupa. Ia terkadang lupa nama orang yang suda beberapa kali menemuinya.

3. Kontak mata

Kontak mata klien cukup baik. Saat dikaji klien memperhatikan lawan

bicaranya.

4. Afek

Klien menunjukkan afek positif yaitu tenang dan menyenangkan

**I. PENKAJIAN STATUS ADL**

NO	Aktivitas	Mandiri (Nilai 1)	Bergantung (Nilai 0)
1	Mandi di kamar mandi (menggosok, membersihkan, dan mengeringkan badan).		0
p2	Menyiapkan pakaian, membuka, dan menggunakannya.		0
3	Memakan makanan yang telah disiapkan.		0
4	Memelihara kebersihan diri untuk penampilan diri (menyisir rambut, mencuci rambut, menggosok gigi, mencukur kumis).		0
5	Buang air besar di WC (membersihkan dan mengeringkan daerah bokong).		0
6	Dapat mengontrol pengeluaran feses (tinja)		0
7	Buang air kecil dikamar mandi (membersihkan dan mengeringkan daerah kemaluan)		0
8	Dapat mengontrol pengeluaran air kemih		0
9	Berjalan dilingkungan tempat tinggal atau keluar ruangan tanpa alat bantu, seperti tongkat	1	
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).		0
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).		0
	<i>JUMLAH POIN MANDIRI</i>	2	

Analisis hasil :

Poin : 13 – 17 : Mandiri

Poin : 0 – 12 : Ketergantungan

Hasil : klien memiliki poin 2 sehingga dapat disimpulkan klien memiliki ketergantungan pada keenam fungsi dasar. Klien termasuk ke dalam tingkat kemandirian rendah.

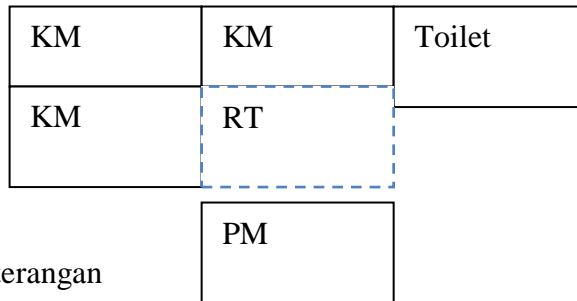
### C. PENGKAJIAN PSIKOSOSIAL

No	Pertanyaan	Jawaban		Pedoman jawaban
		Ya	Tidak	
	Apakah pada dasarnya anda puas dengan kehidupan anda?	√		(tidak)
	Apakah anda telah meninggalkan banyak kegiatan dan minat atau kesenangan anda?	√		(ya)
	Apakah anda merasa kehidupan anda kosong?	√		(ya)
	Apakah anda sering merasa bosan?	√		(ya)
	Apakah anda mempunyai semangat yang baik setiap saat?	√		(tidak)
	Apakah anda takut bahwa sesuatu yang buruk akan terjadi pada anda?	√		(ya)
	Apakah anda merasa bahagia untuk sebahagian besar hidup anda?	√		(tidak)
	Apakah anda sering merasa tidak berdaya?		√	(ya)
	Apakah anda lebih senang tinggal dirumah, daripada keluar dan mengerjakan sesuatu yang baru?		√	(ya)
	Apakah anda merasa bahwa anda lebih banyak mempunyai masalah dengan ingatan anda dibandingkan kebanyakan orang?	√		(ya)
	Apakah anda berfikir bahwa hidup anda sekarang ini lebih menyenangkan ?		√	(tidak)
	Apakah anda merasa tidak berharga seperti perasaan anda saat ini?		√	(ya)
	Apakah anda merasa penuh semangat?	√		(tidak)
	Apakah anda berfikir, bahwa kondisi anda saat ini tidak ada harapan?		√	(ya)
	Apakah anda berfikir bahwa orang lain lebih baik keadannya daripada anda?	√		(ya)

	<b>Total jawaban “Ya”</b>	<i>10</i>		
--	---------------------------	-----------	--	--

*Bila jawaban “YA” lebih dari 5 dapat menandakan depresi.*

#### L. PENGKAJIAN LINGKUNGAN (Membuat Denah)



Keterangan

KT : Kamar tidur

RT : Ruang Tamu

PM : Pintu masuk

##### 1. Penataan kamar lansia

Kamar klien tampak kurang bersih. Klien mengatakan akibat keterbatasan gerakannya, klien tidak sempat membersihkan kamarnya setiap hari. Klien mengatakan terkadang kamarnya berantakan terkadang rapi.

##### 2. Kebersihan dan kerapian

Kamar klien terlihat kurang rapi dan kurang bersih. Klien tidak mampu membersihkan kamarnya sendiri.

##### 3. Penerangan

Penerangan di kamar klien cukup baik

##### 4. Sirkulasi udara

Sirkulasi udara di dalam rumah dan kamar klien cukup baik

##### 5. Penataan halaman

Penataan halaman cukup baik dan bersih, halaman cukup luas

##### 6. Keadaan kamar mandi

Keadaan kamar mandi klien terbuat dari keramik, sehingga cukup licin dan klien harus berhati-hati jika di dalam kamar mandi

##### 7. Pembuangan air kotor



Pembuangan air kotor di alurkan ke selokan di belakang rumah, kemudian langsung ke sungai

8. Sumber air minum

Sumber air minum klien yaitu air galon isi ulang

9. Pembuangan sampah

Klien mengatakan pembuangan sampah di kumpulkan di depan pagar, nanti dijemput mobil sampah

10. Sumber pencemaran

### ANALISA DATA KEPERAWATAN GERONTIK

No	DATA	MASALAH	ETIOLOGI
1	<p>Ds</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Ny. S mengeluh lelah melakukan aktivitas banayak</li><li>- Ny. S mengatakan kakinya sulit untuk berjalan</li></ul> <p>Do</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Tanda-tanda vital tekanan darah 120/80 mmHg. Pernafasan : 23x/menit. Nadi 100x/menit. Suhu 36,5 C.</li><li>- kongjungtiva tampak anemis</li><li>- CRT &lt; 2 detik</li></ul>	<p>Intoleransi Aktivitas</p>	<p>Ketidakseimbangan antara suplai</p>
2	<p>Ds</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Klien sulit untuk melakukan pengerakan</li><li>- klien mengatakan sulit melakukan berjalan terlalu lama</li><li>- klien mengatakan kakinya sering kesemutan</li><li>- klien mengatakan tidak</li></ul>	<p>Gangguan Mobilitas</p>	<p>Penurunan Kekuatan Otot</p>

	<p>bisa berjalan tanpa bantuan tongkat</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- klien mengatakan sulit untuk berdiri lama dan sulit melakukan aktivitas sehari-hari</li> </ul> <p>Do</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- klien menggunakan alat bantu untuk berjalan yaitu tongkat</li> <li>- klien terlihat kesulitan berjalan dan aktivitas</li> <li>- gerakan klien terlihat terbatas</li> <li>- klien tampak lebih banyak duduk di ruang tamu</li> <li>- klien tidak ada melakukan senam</li> </ul>		
3	<p>Ds</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan kesulitan berjalan</li> <li>- Klien mengatakan tungkai terasa lemah</li> <li>- Sendi terasa kaku</li> <li>- Klien mengatakan kadang terasa oyong berjalan</li> <li>- Klien mengatakan jika berjalan harus</li> </ul>	Resiko jatuh	Penurunan Kekuatan Otot

	<p>menggunakan tongkat.</p> <p>Do</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Klien tampak berjalan lambat dan berhati-hati</li><li>- Klien tampak berjalan menggunakan tongkat untuk berjalan</li><li>- Klien tampak sulit untuk melakukan perpindahan</li></ul>		
--	---	--	--

### PRIORITAS DIAGNOSA KEPERAWATAN

No	Masalah Kesehatan/Keperawatan	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	Total	Prioritas
1.	Itoleransi aktivitas berhubungan dengan keseimbangan antar suplai	5	5	5	3	4	3	4	3	3	4	39	1
2.	Resiko jatuh berhubungan dengan kekuatan otot	4	4	3	2	3	2	4	3	3	3	31	3
3.	Gangguan mobilitas berhubungan dengan kekuatan otot	5	5	4	3	3	3	4	3	3	3	36	2

## **DIAGNOSA KEPERAWATAN**

1. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan
2. Gangguan mobilitas berhubungan dengan penurunan kekuatan otot
3. Resiko jatuh berhubungan dengan penurunan kekuatan otot

### INTERVENSI KEPERAWATAN

No	Diagnosa keperawatan	Tujuan	Kriteria Hasil (SLKI)	Tindakan Keperawatan (SIKI)
1	<p>Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan</p> <p>Gejala mayor</p> <p>a. Subjektif mengeluh lelah saat melakukan aktivitas</p> <p>b. Objektif Frekuensi jantung meningkat</p> <p>Gejala minor</p> <p>a. Subjektif Kaki merasa lemah</p> <p>b. Objektif Tekanan darah berubah</p>	<p>Setelah dilakukan aktivitas keperawatan 8x45 menit, diharapkan kegiatan aktivitas membaik</p>	<p>1. Frekuensi nadi normal</p> <p>2. Kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari</p> <p>3. Kecepatan berjalan</p> <p>4. Keluhan lelah berkurang</p>	<p>Terapi aktivitas</p> <p>Observasi</p> <p>a. Identifikasi defisit tingkat aktivitas</p> <p>b. Identifikasi kemampuan berpartisipasi dalam aktivitas tertentu</p> <p>c. Identifikasi sumber daya untuk aktivitas yang diinginkan</p> <p>d. Monitor respon</p>

				<p>emosional, fisik, sosial, spiritual terhadap aktivitas.</p> <p><b>Terapeutik</b></p> <p>a. Fasilitas makna aktivitas yang dipilih</p> <p>b. Fasilitas aktivitas rutin</p> <p>c. Tingkat keterlibatan dalam aktivitas</p> <p><b>Edukasi</b></p> <p>a. Jelaskan metode aktivitas fisik sehari-hari</p> <p>b. Ajarkan cara melakukan aktivitas yang dipilih</p> <p>c. Ajarkan melakukan aktivitas fisik, sosial,</p>
--	--	--	--	--



				<p>spritual, dan kongnitif dalam menjaga tubuh dan kesehatan</p> <p>d. Kalaborasi dengan terapis dalam merencanakan terapi aktivitas</p>
2	<p>Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kekuatan otot</p> <p>Definisi : Keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih</p> <p>Gejala mayor :</p> <p>a. Subjektif</p> <p>Mengeluh sulit mengerakkan</p> <p>b. Objektif</p> <p>-Kekuatan otot menurun</p> <p>-Retak gerak ROM menurun</p> <p>Gejala Minor</p> <p>a. Subjektif</p>	<p>Setelah dilakukan aktivitas keperawatan 8x45 menit, diharapkan kegiatan mobilitas fisik membaik</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisikal lainnya. <ol style="list-style-type: none"> <li>a.</li> </ol> </li> <li>2. Jelaskan prosedur dan tujuan ambulasi.</li> <li>3. Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi.</li> <li>4. Monitor tekanan</li> </ol>	<p>Mobilitas fisik</p> <p>Observasi</p> <p>a. Pengerakan otot meningkat</p> <p>b. Rentang gerak ROM meningkat</p> <p>c. Nyeri menurun</p> <p>d. Kecemasan menurun</p> <p>e. Kelemahan fisik menurun</p>

	<p>-nyeri saat bergerak</p> <p>-merasa cemas saat bergerak</p> <p>b. objektif</p> <p>- gerakan terbatas</p> <p>- fisik lemah</p>		<p>darah sebelum memulaia mbulasi.</p> <p>5. Monitor kondisi umum selama melakukana mbulasi.</p> <p>6. Fasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu.</p> <p>7. Fasilitasi melakukan ambulasisifisi k.</p>	
3	Resiko jatuh berhubungan dengan kekuatan otot	Setelah dilakukan tindakan keperawatan an 8x45 menit diharapkan tingkat jatuh menurun	<p>1. Jatuh saat berdiri menurun</p> <p>2. Jatuh saat berjalan menurun</p> <p>3. Jatuh saat dikamar mandi menurun</p>	<p>Pencegahan jatuh</p> <p>Observasi :</p> <p>a. Identifikasi faktor risiko jatuh</p> <p>b. Identifikasi faktor lingkungan yang</p>

				<p>meningka t risiko jatuh</p> <p>Terapeutik</p> <p>a. Gunakan alat bantu berjalan</p> <p>Edukasi</p> <p>a. Anjurkan menggun akan alat kaki yang tidak licin</p> <p>b. Ajurkan berkonse ntrasi untuk menjaga keseimba ngan tubuh</p> <p>c. Anjurkan melebark an jarak kedua kaki untuk meningkatk an keseimbang an saat berdiri</p>
--	--	--	--	---

### **CATATAN PERKEMBANGAN KLIEN**

Tanggal / jam	Diagnosa Keperawatan	Implementasi	Evaluasi	Ttd
1	Intoleransi aktivitas	1. Mengkaji status yang	S : a. Ny. N mengataka	

	berhubungan dengan kelemahan	<p>menyebabkan kelelahan</p> <p>2.Memonitor respon emosional, fisik sosial, spituat terhadap aktivitas</p> <p>3.Menganjurkan mengucapkan perasaan verbal mengenai keterbatasan yang dialami</p> <p>4.Tingkat keterlibatan dalam aktivitas</p> <p>5.Jelaskan metode aktivitas fisik sehari hari</p> <p>6.Anjurkan melakukan aktivitas fisik, sosial spitual dalam menjaga tubuh dan kesehatan</p>	<p>kaki terasa lemah</p> <p>b. Ny. N mengatakan terasa lelah saat melakukan aktivitas banyak.</p> <p>c. Ny. N mengatakan tidak ikut lakukan senam pagi.</p> <p>O :</p> <p>a. Ny. N tampak lelah</p> <p>b. Wajah Ny. N tampak pucat</p> <p>c. Konjungtiva tampak anemis</p> <p>A : masalah belum teratasi</p> <p>P : intervensi dilanjutkan</p>	
	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot	<p>1. Mengukur tanda-tanda vital sebelum dan sesudah melakukan aktivitas</p> <p>2. Mengkaji kemampuan</p>	<p>S :</p> <p>a. Pasien mengatakan masih kesulitan untuk berjalan dan berpindah tempat</p> <p>b. Klien</p>	

		<p>pasien untuk berjalan</p> <p>3. Mengidentifikasi toleransi melakukan aktivitas fisik</p> <p>4. Mengkaji keterbatasan fungsi dan gerak kaki</p> <p>5. Membantu klien berpindah sesuai kebutuhan</p> <p>6. Membantu klie dari duduk untuk berdiri</p> <p>7. Membantu klien dalam penggunaan alat bantu</p> <p>8. Membantu klien untuk berpindah tempat</p> <p>9. Melatih ROM</p>	<p>mengatakan kaki seing sakit dan kesemutan</p> <p>c. Klien mengatakan kadang masih malas untuk melakukan pengerakan.</p> <p>O :</p> <p>a. Klien tampak lemah dan sulit berjalan</p> <p>b. Klien tampak sulit untuk melakukan perpindahan dan melakukan aktivitas sehari-hari</p> <p>c. Skor harian gerakan terbatas</p> <p>d. Klien mau latihan ROM</p> <p>e. Pasien tampak menggunakan tongkat</p> <p>A : masalah belum teratasi</p> <p>P : intervensi dilanjutkan</p>	
--	--	---	---	--

	Resiko jatuh berhubungan dengan gangguan mobilisasi	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi perilaku dan faktor yang mempengaruhi resiko jatuh</li> <li>2. Mengidentifikasi faktor lingkungan yang meningkat resiko jatuh</li> <li>3. Memantau kemampuan klien dalam berpindah tempat</li> <li>4. Membantu klien untuk menggunakan tongkat</li> <li>5. Memantau gaya berjalan klien</li> <li>6. Menganjurkan klien untuk memanggil keluarga untuk membantu berpindah tempat</li> <li>7. Menganjurkan klien menggunakan alas kaki yang tidak licin</li> </ol>	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Pasien mengatakan masih takut untuk berjalan tanpa alat bantu</li> <li>b. Klien mengatakan kaki masih terasa lemah</li> </ol> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Pasien tampak lambat berjalan dan berhati-hati</li> <li>b. Pasien tampak berjalan menggunakan tongkat</li> <li>c. Klien tampak lemah</li> </ol> <p>A : masalah belum teratasi</p> <p>P : intervensi dilanjutkan</p>	
	Intoleransi aktivitas berhubungan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengkaji status fisiologi yang menyebabkan kelelahan</li> </ol>	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Ny. N mengatakan tubuh terasa</li> </ol>	

	dengan kelemahan	<p>2. Menganjurkan pasien mengungkapkan perasaan verbal</p> <p>3. Tingkat keterlibatan dalam aktivitas rekreasi</p> <p>4. Anjurkan melakukan aktivitas fisik, sosial, spiritual, dan kognitif dalam menjaga tubuh sehat</p>	<p>lemah</p> <p>b. Ny. N mengatakan saat banyak bergerak kaki terasa sakit</p> <p>O :</p> <p>a. Ny. N masih lemah</p> <p>b. Konjungtiva tampak anemis</p> <p>A : masalah belum teratasi</p> <p>P : intervensi dilanjutkan</p>	
2	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot	<p>1. Mengukur tanda-tanda vital dan sebelum dan sesudah melakukan aktivitas</p> <p>2. Mengkaji kemampuan pasien untuk berjalan</p> <p>3. Mengidentifikasi toleransi melakukan aktivitas fisik</p> <p>4. Mengkaji</p>	<p>S :</p> <p>a. Klien mengatakan masih kesulitan berjalan lama</p> <p>b. Klien mengatakan aktivitas masih terganggu</p> <p>O :</p> <p>a. Klien tampak sulit dalam berjalan</p> <p>b. Klien tampak menggunakan</p>	



		<p>keterbatasan fungsi dan gerak kaki</p> <p>5. Membantu klien berpindah sesuai kebutuhan</p> <p>6. Membantu klie dari duduk untuk berdiri</p> <p>7. Membantu klien dalam penggunaan alat bantu</p> <p>8. Membantu klien untuk berpindah tempat</p> <p>9. Melatih ROM</p>	<p>alat bantu</p> <p>c. Klie tampak bisa mau belajar ROM</p> <p>d. Pasien tampak lebih sering berjalan menggunakan tongkat</p> <p>A : masalah belum teratasi</p> <p>P : intervensi dilanjutkan</p>	
	<p>Resiko jatuh berhubungan dengan gangguan mobilisasi</p>	<p>1. Mengidentifikasi perilaku dan faktor yang mempengaruhi resiko jatuh</p> <p>2. Mengidentifikasi faktor lingkungan yang meningkat resiko jatuh</p> <p>3. Memantau kemampuan kliendalam berpindah tempat</p> <p>4. Membantu klien untuk menggunakan</p>	<p>S :</p> <p>c. Pasien mengatakan masih takut untuk berjalan tanpa alat bantu</p> <p>d. Klien mengatakan kaki masih terasa lemah</p> <p>O :</p> <p>d. Pasien tampak lambat berjalan dan berhati-hati</p>	

		<p>tongkat</p> <p>5. Memantau gaya berjalan klien</p> <p>6. Menganjurkan klien untuk memanggil keluarga untuk membantu berpindah tempat</p> <p>7. Menganjurkan klien menggunakan alas kaki yang tidak licin</p>	<p>e. Pasien tampak berjalan menggunakan tongkat</p> <p>f. Klien tampak lemah</p> <p>A : masalah belum teratasi</p> <p>P : intervensi dilanjutkan</p>	
	<p>Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan</p>	<p>1. Memonitor sumber energi yang dikonsumsi pasien</p> <p>2. Monitor tingkat kelelahan pasien</p> <p>3. Monganjurkan pasien istirahat dan rekreasi</p>	<p>S :</p> <p>a. Ny. N mengatakan tubuh terasa lemah</p> <p>b. Ny. N mengatakan saat banyak bergerak kaki terasa sakit</p> <p>O :</p> <p>a. Ny. N masih terasa lemah dan tampak sedang istirahat tidur</p> <p>b. Konjungtiva tampak anemis</p> <p>A : masalah belum teratasi</p>	

			P : intervensi di lanjutkan
3	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot	<p>1. Mengukur tanda-tanda vital sebelum dan sesudah melakukan aktivitas</p> <p>2. Mengkaji kemampuan pasien untuk berjalan</p> <p>3. Mengidentifikasi toleransi melakukan aktivitas fisik</p> <p>4. Mengkaji keterbatasan fungsi dan gerak kaki</p> <p>5. Membantu klien berpindah sesuai kebutuhan</p> <p>6. Membantu klie dari duduk untuk berdiri</p> <p>7. Membantu klien dalam penggunaan alat bantu</p> <p>8. Membantu klien untuk berpindah tempat</p>	<p>S :</p> <p>c. Klien mengatakan masih kesulitan berjalan lama</p> <p>d. Klien mengatakan aktivitas masih terganggu</p> <p>O :</p> <p>e. Klien tampak sulit dalam berjalan</p> <p>f. Klien tampak menggunakan alat bantu</p> <p>g. Klie tampak bisa mau belajar ROM</p> <p>h. Pasien tampak lebih sering berjalan menggunakan tongkat</p> <p>A : masalah belum teratasi</p> <p>P : intervensi dilanjutkan</p>

		9. Melatih ROM		
	Resiko jatuh berhubungan gangguan mobilisasi	<p>1. Mengidentifikasi perilaku dan faktor yang mempengaruhi resiko jatuh</p> <p>2. Mengidentifikasi faktor lingkungan yang meningkat resiko jatuh</p> <p>3. Memantau kemampuan klien dalam berpindah tempat</p> <p>4. Membantu klien untuk menggunakan tongkat</p> <p>5. Memantau gaya berjalan klien</p> <p>6. Mengajarkan klien untuk memanggil keluarga untuk membantu berpindah tempat</p> <p>7. Mengajarkan klien menggunakan alas kaki yang tidak licin</p>	<p>S :</p> <p>e. Pasien mengatakan masih takut untuk berjalan tanpa alat bantu</p> <p>f. Klien mengatakan kaki masih terasa lemah</p> <p>O :</p> <p>g. Pasien tampak lambat berjalan dan berhati-hati</p> <p>h. Pasien tampak berjalan menggunakan tongkat</p> <p>i. Klien tampak lemah</p> <p>A : masalah belum teratasi</p> <p>P : intervensi dilanjutkan</p>	
	intoleransi aktivitas berhubungan	1. Membantu pasien dalam melakukan aktivitas	<p>S :</p> <p>a. Ny. N mengatakan tubuhnya</p>	

	dengan kelemahan	sehari-hari 2. Menganjurkan pasien untuk istirahat 3. Memantau tingkat kelelahan 4. Tingkatkan keterlihatan dalam aktivitas rekreasi	masih lemah b. Ny. N mengatakan kaki masih terasa sakit O : a. Ny. N masih tampak pucat b. Ny. N tampak istirahat di kamar A : masalah belum teratasi P : intervensi dilanjutkan
4	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot	1. Mengukur tanda-tanda vital sebelum dan sesudah melakukan aktivitas 2. Mengkaji kemampuan pasien untuk berjalan 3. Mengidentifikasi toleransi melakukan aktivitas fisik 4. Mengkaji keterbatasan fungsi dan gerak	S : e. Klien mengatakan masih kesulitan berjalan lama f. Klien mengatakan aktivitas masih terganggu O : i. Klien tampak sulit dalam berjalan j. Klien tampak menggunakan alat bantu k. Klien tampak bisa

		<p>kaki</p> <p>5. Membantu klien berpindah sesuai kebutuhan</p> <p>6. Membantu klie dari duduk untuk berdiri</p> <p>7. Membantu klien dalam penggunaan alat bantu</p> <p>8. Membantu klien untuk berpindah tempat</p> <p>Melatih ROM</p>	<p>mau belajar ROM</p> <p>I. Pasien tampak lebih sering berjalan menggunakan tongkat</p> <p>A : masalah belum teratasi</p> <p>P : intervensi dilanjutkan</p>	
	Resiko jatuh berhubungan gangguan mobilisasi	<p>1. Mengidentifikasi perilaku dan faktor yang mempengaruhi resiko jatuh</p> <p>2. Mengidentifikasi faktor lingkungan yang meningkat resiko jatuh</p> <p>3. Memantau kemampuan kliendalam berpindah tempat</p> <p>4. Membantu klien untuk menggunakan tongkat</p> <p>5. Memantau gaya</p>	<p>S :</p> <p>a. Pasien mengatakan masih takut untuk berjalan tanpa alat bantu</p> <p>b. Klien mengatakan kaki masih terasa lemah</p> <p>O :</p> <p>a. Pasien tampak lambat berjalan dan berhati-hati</p> <p>b. Pasien tampak berjalan menggunakan tongkat</p>	

		<p>berjalan klien</p> <p>6. Menganjurkan klien untuk memanggil keluarga untuk membantu berpindah tempat</p> <p>7. Menganjurkan klien menggunakan alas kaki yang tidak licin</p>	<p>c. Klien tampak lemah</p> <p>A : masalah belum teratasi</p> <p>P : intervensi dilanjutkan</p>	
	<p>litoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan</p>	<p>1. Membantu pasien dalam melakukan aktivitas sehari-hari</p> <p>2. Menganjurkan pasien untuk istirahat</p> <p>3. Memantau tingkat kelelahan</p> <p>Tingkatkan keterlihatan dalam aktivitas rekreasi</p>	<p>S :</p> <p>a. Ny. N mengatakan tubuh terasa lemah</p> <p>b. Ny. N mengatakan saat banyak bergerak kaki terasa sakit</p> <p>O :</p> <p>a. Ny. N masih terasa lemah dan tampak sedang istirahat tidur</p> <p>b. Konjungtiva tampak anemis</p> <p>A : masalah belum teratasi</p> <p>P : intervensi di lanjutkan</p>	
	<p>Gangguan</p>	<p>1. Mengukur tanda-</p>	<p>S :</p>	

	<p>mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot</p>	<p>tanda vital sebelum dan sesudah melakukan aktivitas</p> <p>2. Mengkaji kemampuan pasien untuk berjalan</p> <p>3. Mengidentifikasi toleransi melakukan aktivitas fisik</p> <p>4. Mengkaji keterbatasan fungsi dan gerak kaki</p> <p>5. Membantu klien berpindah sesuai kebutuhan</p> <p>6. Membantu klie dari duduk untuk berdiri</p> <p>7. Membantu klien dalam penggunaan alat bantu</p> <p>8. Membantu klien untuk berpindah tempat</p> <p>9. Melatih ROM</p>	<p>a. Klien mengatakan masih kesulitan berjalan lama</p> <p>b. Klien mengatakan aktivitas masih terganggu</p> <p>O :</p> <p>a. Klien tampak sulit dalam berjalan</p> <p>b. Klien tampak menggunakan alat bantu</p> <p>c. Klie tampak bisa mau belajar ROM</p> <p>d. Pasien tampak lebih sering berjalan menggunakan tongkat</p> <p>A : masalah belum teratasi</p> <p>P : intervensi dilanjutkan</p>	
	<p>Resiko jatuh berhubungan</p>	<p>1. Mengidentifikasi perilaku dan faktor</p>	<p>S :</p> <p>a. Pasien</p>	



	gangguan mobilisasi	<p>yang mempengaruhi resiko jatuh</p> <p>2. Mengidentifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan resiko jatuh</p> <p>3. Memantau kemampuan klien dalam berpindah tempat</p> <p>4. Membantu klien untuk menggunakan tongkat</p> <p>5. Memantau gaya berjalan klien</p> <p>6. Menganjurkan klien untuk memanggil keluarga untuk membantu berpindah tempat</p> <p>7. Menganjurkan klien menggunakan alas kaki yang tidak licin</p>	<p>mengatakan masih takut untuk berjalan tanpa alat bantu</p> <p>b. Klien mengatakan kaki masih terasa lemah</p> <p>O :</p> <p>a. Pasien tampak lambat berjalan dan berhati-hati</p> <p>b. Pasien tampak berjalan menggunakan tongkat</p> <p>c. Klien tampak lemah</p> <p>A : masalah belum teratasi</p> <p>P : intervensi dilanjtkan</p>	
	litoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan	<p>1. Membantu pasien dalam melakukan aktivitas sehari-hari</p> <p>2. Menganjurkan pasien untuk istirahat</p> <p>3. Memantau tingkat</p>	<p>S :</p> <p>a. Ny. N mengatakan tubuh terasa lemah</p> <p>b. Ny. N mengatakan saat</p>	

		<p>kelelahan</p> <p>4. Tingkatkan keterlihatan dalam aktivitas rekreasi</p>	<p>banyak bergerak</p> <p>kaki terasa sakit</p> <p>O :</p> <p>a. Ny. N masih terasa lemah dan tampak sedang istirahat tidur</p> <p>b. Konjungtiva tampak anemis</p> <p>A : masalah belum teratasi</p> <p>P : intervensi di lanjutkan</p>	
	<p>Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot</p>	<p>1. Mengukur tanda-tanda vital sebelum dan sesudah melakukan aktivitas</p> <p>2. Mengkaji kemampuan pasien untuk berjalan</p> <p>3. Mengidentifikasi toleransi melakukan aktivitas fisik</p> <p>4. Mengkaji keterbatasan fungsi dan gerak kaki</p>	<p>S :</p> <p>g. Pasien mengatakan masih takut untuk berjalan tanpa alat bantu</p> <p>h. Klien mengatakan kaki masih terasa lemah</p> <p>O :</p> <p>a. Pasien tampak lambat berjalan dan berhati-hati</p> <p>b. Pasien tampak berjalan</p>	

		<p>5. Membantu klien berpindah sesuai kebutuhan</p> <p>6. Membantu klie dari duduk untuk berdiri</p> <p>7. Membantu klien dalam penggunaan alat bantu</p> <p>8. Membantu klien untuk berpindah tempat</p> <p>9. Melatih ROM</p>	<p>menggunakan tongkat</p> <p>c. Klien tampak lemah</p> <p>A : masalah belum teratasi</p> <p>P : intervensi dilanjtkan</p>	
	Resiko jatuh berhubungan gangguan mobilisasi	<p>1. Mengidentifikasi perilaku dan faktor yang mempengaruhi resiko jatuh</p> <p>2. Mengidentifikasi faktor lingkungan yang meningkat resiko jatuh</p> <p>3. Memantau kemampuan kliendalam berpindah tempat</p> <p>4. Membantu klien untuk menggunakan tongkat</p> <p>5. Memantau gaya berjalan klien</p>	<p>S :</p> <p>a. Pasien mengatakan masih takut untuk berjalan tanpa alat bantu</p> <p>b. Klien mengatakan kaki masih terasa lemah</p> <p>O :</p> <p>a. Pasien tampak lambat berjalan dan berhati-hati</p> <p>b. Pasien tampak berjalan menggunakan</p>	

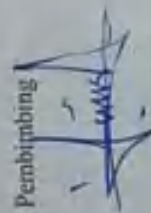
		<p>6. Mengajukan klien untuk memanggil keluarga untuk membantu berpindah tempat</p> <p>7. Mengajukan klien menggunakan alas kaki yang tidak licin</p>	<p>tongkat</p> <p>c. Klien tampak lemah</p> <p>A : masalah belum teratasi</p> <p>P : intervensi dilanjutkan</p>	
	<p>Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan</p>	<p>1. Memonitor respon emosional, fisik, sosial, spiritual terhadap aktivitas</p> <p>2. Tingkatkan keterlibatan dalam aktivitas rekreasi</p> <p>3. Jelaskan metode aktivitas sehari-hari</p> <p>4. Anjurkan melakukan aktivitas fisik, sosial, spritual dalam menjaga tubuh dan kesehatan</p> <p>5. Mengkaji status yang menyebabkan kelelahan</p> <p>6. Memonitor status energi supaya tidak lelah</p> <p>7. Membantu pasien untuk memilih aktivitas ringan yang akan dilakukan secara</p>	<p>S :</p> <p>a. Ny. N mengatakan tubuhnya sudah tidak lagi terasa lemah</p> <p>b. Ny. N mengatakan kaki tidak terasa sakit lagi</p> <p>c. Ny. N mengatakan akan rutin melakukan jalan-jalan sekitar teras rumah untuk menghirup udara segar.</p> <p>O :</p> <p>a. Pasien tampak bersemangat</p> <p>b. Sebagian adl sudah bisa</p>	

		<p>rutin untuk melancarkan sirkulasi kaki.</p>	<p>dilakukan secara mandiri</p> <p>A : masalah teratasi</p> <p>P : intervensi dihentikan</p>
	<p>Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot</p>	<p>1. Mengukur tanda-tanda vital sebelum dan sesudah melakukan aktivitas</p> <p>2. Mengkaji kemampuan pasien untuk berjalan</p> <p>3. Mengidentifikasi toleransi melakukan aktivitas fisik</p> <p>4. Mengkaji keterbatasan fungsi dan gerak kaki</p> <p>5. Membantu klien berpindah sesuai kebutuhan</p> <p>6. Membantu klie dari duduk untuk berdiri</p> <p>7. Membantu klien dalam penggunaan alat bantu</p>	<p>S :</p> <p>a. Klien mengatakan kesulitan dalam berjalan sudah berkurang</p> <p>b. Klien mengatakan setelah melakukan latihan ROM tungkai kaki terasa lebih kuat untuk berjalan dari sebelumnya</p> <p>c. Klien mengatakan sudah memiliki semangat untuk melakukan aktivitas fisik</p> <p>O :</p> <p>a. Klien mampu berjalan jarak jauh dengan bantuan</p>

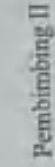
		8. Membantu klien untuk berpindah tempat 9. Melatih ROM	tongkat. b. Klien sudah mampu berpindah tempat c. Tingkat kemandirian 4 (ketergantungan ringan) O : masalah teratasi P : intervensi dihentikan	
--	--	--	---	--

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA LANSIA DENGAN GANGGUAN ADL DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS NANGGALO  
KOTA PADANG  
TAHUN 2022**

No	KEGIATAN	Oktober	November	Desember	Januari	Februari	Maret	April	Mei	Juni
1	Konsultasi dan AccJudul Proposal									
2	Pembuatan Proposal dan Konsultasi									
3	Pendaftaran Sidang Proposal									
4	Sidang Proposal									
5	Perbaikan Proposal									
6	Penelitian dan Penyusunan									
7	Pendaftaran Ujian KTI									
8	Sidang KTI									
9	Perbaikan KTI									
10	Pengumpulan Perbaikan KTI									
11	Publikasi									

Pembimbing  


Ns. Lola Felnanda Amri, S.Kep, M.Kep  
NIP. 197602062000122001

Pembimbing II  


Ns. Murniati Muehtar, SKM, M. M. Bionule  
NIP. 196211221983022001

Padang, Januari 2022  
Mahasiswa

  
Shintia Edrawita  
NIM. 193110152



**KEMENTERIAN KESEHATAN RI**  
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN  
SUMBERDAYA MANUSIA KESEHATAN  
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES PADANG  
Jl. SIMPANG PONDOK KOTI MANGGALD YELP. (0751) 7051399 FAX: (0751) 7058128 PADANG 25146  
Email : [pry@kzp Padang@gmail.com](mailto:pry@kzp Padang@gmail.com) Telp. *Jurusan Keperawatan* (0751) 7051848



Nomor : PP.03.01/58642/2021  
Lamp :  
Perihal : Izin Survey Data

16 Desember 2021

Kepada Yth. :  
Kepala Dinas Kesehatan Kota Padang  
Di  
Tempat

Dengan hormat,

Sehubungan dengan dilaksanakannya Penyusunan Proposal Karya Tulis Ilmiah (KTI) / Laporan Studi Kasus pada Mahasiswa Program Studi D III Keperawatan Padang Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Padang Semester Ganjil TA. 2021/2022, maka dengan ini kami mohon kepada Bapak/Ibu untuk memberikan izin kepada Mahasiswa untuk melakukan **Survey Data** di Instansi yang Bapak/Ibu Pimpin ( Nama Mahasiswa Terlampir ).

Demikianlah kami sampaikan, atas perhatian dan kesediaan Bapak/Ibu kami sampaikan ucapan terima kasih.



Direktur Poltekkes Kemenkes Padang

Dr. Burhan Muslim, SKM, M.Si  
Nip. 196101131986031002





Lampiran: -  
Nomor: PP-03.01/ 2021  
Tanggal: 16 Desember 2021

**NAMA-NAMA MAHASISWA YANG MELAKUKAN SURVEY DATA**

NO	NAMA	NIM	JUDUL PROPOSAL KTI
1	Shintia Edrawita	193110152	Asuhan Keperawatan Gangguan ADL (-Activity Of Daily Living) pada Lansia Di Puskesmas Nanggalo Padang
2	Putri Indah Dewi	193110185	Asuhan Keperawatan pada Lansia dengan Demensia di Wilayah Kerja Puskesmas Nanggalo Kota Padang
3	Tatik Sumary	193110196	Asuhan Keperawatan pada Ibu Hamil dengan Anemia Di Puskesmas Ambacang Kota Padang

*Dr. Burhan Muslim, SKM, M.Si*  
Direktur Poltekkes Kemenkes Padang  
*Dr. Burhan Muslim, SKM, M.Si*  
Nip. 196101131986031002



**PEMERINTAH KOTA PADANG  
DINAS KESEHATAN**

Di Padang, Kota Kecamatan Kota Padang  
Email: [info@padangkab.go.id](mailto:info@padangkab.go.id), [padangkab.go.id](mailto:padangkab.go.id), PKD Center 08111051117

Padang, 22 Desember 2021

Nomor : 891/ 0460 /DKK/2021  
Tempo :  
Perihal : lain pengambilan data

Kepada Yth  
Direktur Poltekkes Kemenkes Padang  
di  
Tempat

Sehubungan dengan surat Saudara nomor PP-1231/00642/2021 tanggal 16 Desember 2021 perihal yang sama pada pokok surat di atas bahwa Mahasiswa saudara melakukan pengambilan data di lingkungan Dinas Kesehatan Kota Padang. Pada prinsipnya kami tidak keberatan memberikan izin kepada

NAMA	NIM/NIP	Judul
(1)Shintia Edrawita (2)Putri Indah Dewi (3)Tatik Sundary	0	(1)Asuhan Keperawatan Gangguan ADL pada Lansia di Puskesmas Nanggalo Padang (2)Asuhan Keperawatan pada Lansia dengan Demensia di wilayah kerja Puskesmas Nanggalo Kota Padang (3)Asuhan keperawatan pada ibu hamil dengan anemia di Puskesmas Ambacang Kota Padang

Dengan ketentuan sebagai berikut :

1. Tidak menyimpang dari kerangka acuan penelitian/ kegiatan.
2. Wajib Vaksin Covid 19 (2 kali) bagi mahasiswa yang akan magang/ PKL
3. Melakukan kegiatan sesuai standar protokol kesehatan
4. Mematuhi semua peraturan yang berlaku.

Demikian disampaikan, atas perhatiannya kami ucapkan terima kasih



Kepala  
Kabid SDK  
Dra. Hj. Novita Latina, Apt  
NIP. 19661105199032004

- Tembusan disampaikan kepada Yth.
1. Ka. Bid. .... DKK Padang
  2. Ka. Pusk. .... Kota Padang
  3. Arsip



KEMENTERIAN KESEHATAN RI  
 BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN  
 SUMBERDAYA MANUSIA KESEHATAN  
 POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES PADANG  
 PRODI D-III KEPERAWATAN PADANG



JL. SEMPANG PONDOK KOPI NANGGALO TELP. (0751) 7051360 FAX. (0751) 7051218 PADANG 25144  
 Website : [www.poltekkes Kemenkes Padang.ac.id](http://www.poltekkes Kemenkes Padang.ac.id) Telp. Jurusan Keperawatan (0751) 7051848

Nr : PP.09.01/ 567/2021

Padang, 13 Desember 2021

Lamp : -

Perihal : Kesiediaan Sebagai Pembimbing KTI

Kepada Yth

Bapak/Ibu Ns. Fernando Amriep Sp. Perm. M. Ket

di

Tempat

Dengan Hormat,

Sehubungan akan dimulainya Penyusunan Karya Tulis Ilmiah ( KTI ) / Laporan Studi Kasus Mahasiswa Program  
 Studi D-III Keperawatan Padang Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Padang untuk Tahun Ajaran 2021/ 2022,  
 maka dengan ini kami mohon kesiediaan Bapak/Ibu sebagai Pembimbing Proposal dan Laporan hasil KTI mahasiswa

Nama Shenna Sulawita

Nim 1931051

Judul Proposal Empyuan Sol pada lengan

(Tersifat) Di Poltekkes Kemenkes Padang

Demikian kami sampaikan, atas kesiediaan Bapak/ Ibu kami ucapkan terima kasih.

Ka. Prodi D-III Keperawatan Padang

Henni Sasmita, M. Kep. Sp. Jhwa  
 NIP. 19701020 199303 2002

PERNYATAAN KESEDIAAN DAN MENYETUJUI

Dengan ini saya menyatakan Bersedia/ Tidak Bersedia sebagai Pembimbing Proposal dan Laporan hasil KTI dan  
 Menyetujui/ Tidak Menyetujui s/d

Nama Shenna Sulawita

Nim 1931051

Judul Proposal Pengaruh Keperawatan pada pasien gangguan ASI pada lengan  
Di Poltekkes Kemenkes Padang

Padang, 2021  
 Dono Bersangkutan

Ns. Lita Fernando Amriep Sp. Perm. M. Ket

NB: Coret salah satu dari bagian kesiediaan ini dan kemudian diserahkan ke sekretariat KTI



KEMENTERIAN KESEHATAN RI  
 BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN  
 SUMBERDAYA MANUSIA KESEHATAN  
 POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES PADANG  
 PRODI D-III KEPERAWATAN PADANG



Jl. SIBANGI PONDOK KOPPI NANGGALD TELP.(0751) 7851391 FAX: (0751) 788128 PADANG 25146  
 Website : <http://www.poltekkes-pdg.ac.id> Telp. Jurusan Keperawatan (0751) 7851848

No. PE.08.01/ 067/2021

Padang, 13 Desember 2021

Lamp.  
 Perihal: Kesediaan Sebagai Pembimbing KTI

Kepada Yth,  
 Bapak/Ibu M. Lamsari, S.Ni, S.P, KES  
 di  
 Tempat

Dengan Hormat,

Sehubungan akan dimulainya Penyusunan Karya Tulis Ilmiah ( KTI ) / Laporan Studi Kasus Mahasiswa Program Studi D-III Keperawatan Padang Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Padang untuk Tahun Ajaran 2021/ 2022, maka dengan ini kami mohon kesediaan Bapak/ Ibu sebagai Pembimbing Proposal dan Laporan hasil KTI mahasiswa.

Nama Heppi Sasmita  
 Nim 0516152  
 Judul Proposal Asuhan Keperawatan pada pasien gangguan ADI pada lansia  
 (Tersifat) Persuasif, Mencegah, dan Edukasi

Demikian kami sampaikan, atas kesediaan Bapak/ Ibu kami ucapkan terima kasih.

Ka. Prodi D-III Keperawatan Padang

Heppi Sasmita, N.Kep.Sp.Tiw  
 NIP. 19701020 199303 2002

PERNYATAAN KESEDIAAN DAN MENYETUJUI

Dengan ini saya menyatakan Bersedia/ Tidak Bersedia sebagai Pembimbing Proposal dan Laporan hasil KTI, dan Menyetujui/ Tidak Menyetujui s/d:

Nama Heppi Sasmita  
 Nim 0516152  
 Judul Proposal Asuhan Keperawatan pada pasien gangguan ADI pada lansia  
Persuasif, Mencegah, dan Edukasi

Padang, 2021

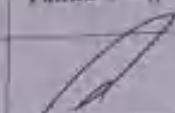
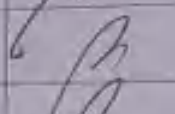
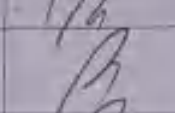
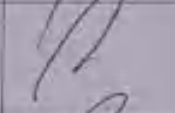
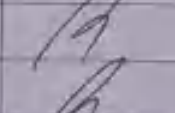
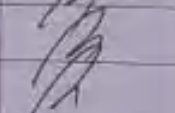

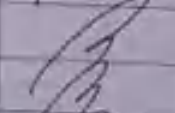
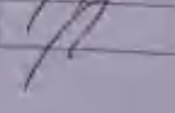




Dosen Berpengabdian

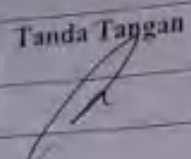
M. Lamsari, S.Ni, S.P, KES  
 (M. Lamsari, S.Ni, S.P, KES)

NB: Coret salah satu dari bagian kesediaan ini dan kemudian diserahkan ke sekretariat KTI

**LEMBAR KONSULTASI KARYA TULIS ILMIAH**  
**PRODI D-III KEPERAWATAN PADANG JURUSAN KEPERAWATAN**  
**POLTEKES KEMENKES PADANG**

Nama : Shinta Edrowita  
 NIM : 193110152  
 Pembimbing I : Ns. Lela Feinanda Amri, S.Kep, M.Kep  
 Judul : Asuhan Keperawatan Pada Lansia dengan ADL (*Activity Of Daily Living*) di Wilayah Kerja Puskesmas Nanggalo Kota Padang

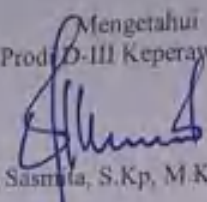
No	Tanggal	Kegiatan atau Saran Pembimbing	Tanda Tangan
1	12 Agustus 2021	ACC Judul	
2	11 September 2021	Konsultasi a. BAB I	
3	16 Desember 2021	Revisi BAB I	
4	21 Desember 2021	Konsultasi a. BAB II b. BAB III	
5	7 Januari 2022	Konsultasi a. BAB I b. BAB II c. BAB III	
6	12 Januari 2022	Revisi BAB II dan BAB III	
7	14 Januari 2022	Revisi BAB II dan BAB III	
8	17 Januari 2022	ACC Ujian Proposal	
9	20 April 2022	Konsultasi BAB IV	
10	22 April 2022	Revisi BAB IV	
11	11 Mei 2022	Konsultasi BAB V dan Abstrak	
12	12 Mei 2022	Revisi BAB IV, V dan Abstrak	
13	24 Mei 2022	Revisi Abstrak	

No	Tanggal	Kegiatan atau Saran <sup>*</sup> Pembimbing	Tanda Tangan
14	25 Mei 2022	ACC Ujian KTI	

Catatan:

1. Lembar konsul harus dibawa setiap kali konsultasi
2. Lembar konsul diserahkan ke panitia sidang sebagai salah satu syarat pendaftaran sidang

Mengetahui  
Ketua Prodi D-III Keperawatan Padang

  
Heppi Sasmata, S.Kp, M.Kep, Sp.Jiwa

**LEMBAR KONSULTASI PROPOSAL KARYA TULIS ILMIAH**  
**PRODI D-III KEPERAWATAN PADANG JURUSAN KEPERAWATAN**  
**POLTEKES KEMENKES PADANG**

Nama : Shinta Febawita  
 NIM : 193110152  
 Pembimbing II : H. Sunardi, SKM, M.Kes  
 Judul : Asuhan Keperawatan Pada Gangguan ADL Pada Lansia di Wilayah Kerja Puskesmas Nanggalo-Kota Padang

No	Tanggal	Kegiatan atau Saran Pembimbing	Tanda Tangan
1	11/09-2021	Acc judul	
2	16/09-2021	Konsep pada I -> lanjut ke sub II	
3	21/12-2021	Konsep pada bab II - lanjut ke sub II	
4	22/12-2021	Konsep pada bab I dan pindah ke sub II - lanjut ke sub II	
5	12/01-2022	Konsep pada bab I dan pindah ke sub II	
6	17/01-2022	Penyusunan pada bab II - lanjut ke sub II	
7	17/01-2022	Acc akhir usulan	
8			
9			
10			

Catatan:

1. Lembar konsultasi harus dibawa setiap kali konsultasi
2. Lembar konsultasi diserahkan kepada panitia sidang sebagai salah satu syarat pendaftaran sidang

Mengetahui  
Ketua Prodi D-III Keperawatan Padang

Heppi Sasmita, S.Kp, M.Kep, Sp.Jiwu



**LEMBAR KONSULTASI PROPOSAL KARYA TULIS ILMIAH  
PRODI D-III KEPERAWATAN PADANG JURUSAN KEPERAWATAN  
POLTEKKES KEMENKES PADANG**

Nama : Shinta Edrawita  
 NIM : 193110152  
 Pembimbing II : Ns. Murniali Muchtar, SKM, M. Biomed  
 Judul : Asuhan Keperawatan Pada Lansia dengan Gangguan ADL di Wilayah Kerja Puskesmas Nanggalo Kota Padang

No	Tanggal	Kegiatan atau Saran Pembimbing	Tanda Tangan
1	27 April 2022	Revisi proposal akhir dan Kertas Evaluasi dan hasil diskusi masalah keperawatan ADL	
2	11 Mei 2022	Revisi proposal... mengenai persiapan asuhan asuhan di masalah dengan ADL. Tuliskan asuhan	
3	26 Mei 2022	Revisi proposal... dan hasil Kp keperawatan ADL dan hasil wawancara-pada	
4	28 Mei 2022	Revisi proposal... dan hasil Kp keperawatan ADL dan hasil wawancara-pada	
5	29 Mei 2022	Revisi proposal... dan hasil Kp keperawatan ADL dan hasil wawancara-pada	
6			
7			
8			
9			
10			

Catatan

1. Lembar konsultasi harus dibawa setiap kali konsultasi
2. Lembar konsultasi diserahkan ke panitia sidang sebagai salah satu syarat pendaftaran sidang

Mengetahui  
 Ketua Prodi D-III Keperawatan Padang  
  
 Heppi Sasmita, S.Kp. M. Kep. Sp. Jiwa





KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA  
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN  
SUMBERDAYA MANUSIA KESEHATAN  
POLITEKNIK KESEHATAN PADANG  
R. SIMPANG PONDOK RUMAH NANGGALO TELP. (0751) 7051300 FAX: (0751) 7058128 PADANG 25144  
Website / E-MAIL: [www.poltekkes-padang.ac.id](http://www.poltekkes-padang.ac.id)



27 Januari 2022

Nomor : PP.03.01/ 06609/ 2022  
Perihal : Izin Penelitian

Kepada Yth.  
Kepala Dinas Kesehatan Kota Padang  
Di  
Tempat

Dengan hormat,

Sehubungan dengan telah dilaksanakannya Ujian Seminar Proposal Karya Tulis Ilmiah / Laporan Studi Kasus pada Mahasiswa Program Studi D 3 Keperawatan Padang Poltekkes Kemenkes Padang, maka dengan ini kami mohon kepada Bapak/Ibu untuk memberikan izin kepada Mahasiswa untuk melakukan *Penelitian* di Institusi yang Bapak/Ibu Pimpin a.n :

NO	N A M A /NIM	JUDUL KTI
1	Shintia Edrawita / 193110152	Asuhan Keperawatan pada Lansia dengan Gangguan ADL ( <i>Activity Of Daily Living</i> ) di Wilayah Kerja Puskesmas Nanggalo Kota Padang

Demikianlah kami sampaikan, atas perhatian dan kesediaan Bapak/Ibu kami sampaikan ucapan terima kasih.

Direktor Poltekkes Kemenkes Padang  
  
Dr. Barhan Muslim, SKM, M.Si  
NIP. 19610113 198603 1 002

Tembusan disampaikan Kepada Yth :

1. Pimpinan Puskesmas Nanggalo Padang
2. Pertinggal



**PEMERINTAH KOTA PADANG  
DINAS KESEHATAN**

Telp (0751) 462424

K. Bagasari, Atas (dan) Bawah Kota Padang  
Email: [info@padang.go.id](mailto:info@padang.go.id), Website: [padang.go.id](http://padang.go.id), SIPD: [sipd.padang.go.id](http://sipd.padang.go.id)

Padang, 4 Februari 2022

Nomor : 891/ 1085 /DKK/2022  
Lamp : -  
Perihal : Izin penelitian

Kepada Yth :  
Direktur Poltekkes Kemenkes Padang  
di  
Tempat

Sehubungan dengan surat Saudara nomor : PP.03.01/00604/2021, tanggal 27 Januari 2022 perihal yang sama pada pokok surat di atas bahwa Mahasiswa tersebut melakukan penelitian di Lingkungan Dinas Kesehatan Kota Padang. Pada prinsipnya kami tidak keberatan memberikan izin kepada

NAMA	NIM/NIP	Judul
Shintia Edrawita	191110152	Asuhan keperawatan pada lansia dengan gangguan ADL (Aktiviti Of Daily Living) di wilayah kerja Puskesmas Nanggalo Kota Padang

Dengan ketentuan sebagai berikut :

1. Tidak menyimpang dari kerangka acuan penelitian/ kegiatan.
2. Wajib Vaksin Covid 19 (2 kali) bagi mahasiswa yang akan magang/ PKL.
3. Melakukan kegiatan sesuai standar protokol kesehatan.
4. Mematuhi semua peraturan yang berlaku.

Demikian disampaikan, atas perhatiannya kami ucapkan terima kasih.

An. Kabid SKK  
Admankes Abdi Muda

Asni Novera, SKM  
Nip. 19711111-199503 2 001

Tembusan disampaikan kepada Yth :  
1. Ka. Bid.....DKK Padang  
2. Ka. Pusk.....Kota Padang  
3. Arsip



PEMERINTAH KOTA PADANG  
DINAS KESEHATAN  
PUSKESMAS NANGGALO

Jl. Solok No. 1 Kel. Surau Gedang, Kec. Nanggalo 25145  
Email: Puskesmasnanggalo.tan@yahoo.co.id; puskesmasnanggalo@gmail.com

Padang, 19 Mei 2022  
18 Syawal 1443 H

Nomor 802/05/HCN/2022  
Lampiran -  
Perihal Telah Selesai Penelitian

Kepada Yth  
Direktur Poltekkes Kemenkes  
Padang  
di  
Tempat

Dengan hormat,

Sehubungan dengan Surat Kepala Dinas Kesehatan Kota Padang No. 891/1095/DKK/2022 Perihal Izin Penelitian dan Pengambilan data a/n :

NO	NAMA	JUDUL PENELITIAN
1	Shintia Edrawali NIM: 193110152	Asuhan Keperawatan Pada Lansia Dengan gangguan ADL (AKTIVITY OF DAILY LIVING) di Wilayah Kerja Puskesmas Nanggalo Kota Pada Tahun 2022

Yang bersangkutan telah selesai melakukan penelitian pada tanggal 1 Maret 2022 sampai dengan 14 April 2022 di Wilayah Kerja Puskesmas Nanggalo.

Demikianlah surat ini disampaikan atas perhatiannya diucapkan terimakasih.

a/n Kepala  
Ka-TU  
Ade Suyata, S. ST  
NIP. 19710425 199503 2 00 1

Tembusan disampaikan kepada Yth :

DOKUMENTASI KEGIATAN



