

**KARYA TULIS ILMIAH**

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



**YESSI PERTIWI SETIANI**

**NIM 223110319**

**PRODI D 3 KEPERAWATAN PADANG**

**JURUSAN KEPERAWATAN**

**POLTEKKES KEMENKES PADANG**

**2025**

KARYA TULIS ILMIAH

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

Diajukan ke Program Studi Diploma 3 Keperawatan Padang Politeknik Komersial  
Padang sebagai salah satu syarat untuk memperoleh Gelar Akhir Madya  
Kependidikan



VERASI PERITTAT SETIAWAN

NIM 323110219

PRODI KEPERAWATAN

JURUSAN KEPERAWATAN

UNIVERSITAS PADANG

2022

## PERSETUJUAN PEMBIMBING

Tesis Akhir "Analisis Kepresensi pada Lantau dengan Gangguan Mobilitas  
Fisik di PTW Sabtu Nusa Ambon Samarai Kabupaten Padang Paser Utara"

Ditetapkan oleh:

NAMA : Yanti Partwi Suciati  
NIM : 229110019

Telah disetujui oleh pembimbing pada tanggal:

22 Mei 2025

Menyatakan,

Pembimbing Utama

  
N. Rachmadinata, S. Kp., M.Km.  
NIP. 19601120199011 1 001

Pembimbing Pendamping

  
Na. Yerry Widhi Aandi, M. Kem.  
NIP. 19910225 201902 2 001

Padang, 22 Mei 2025

Kemendikbud Diktora, J Kepurwatan Padang



Na. Yanti Fadewanti, M.Kep.  
NIP. 19750121 199901 2 005

**HALAMAN PENGESAHAN**

**KARYA TULIS JURNAL**

**"ANALISA KETEKANAN PADA LANTAI DENGAN GANJUAN  
MONOLITIK PADA DI PTW SAKALISAN ALITH SICKINUS KABUPATEN  
PADANG PAEJAMAN"**

Ditulis Oleh:  
**VESTIERTWI SETIAWAN**  
22110319

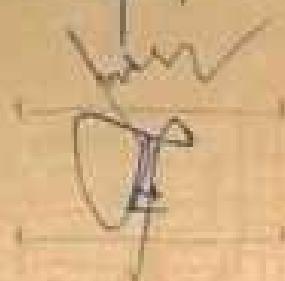
Telah disampaikan di depan Dewan Pengaji  
Padang Paejaman - 5 Juni 2023

**SUSUNAN DEWAN PENGAJI**

Ketua:  
Bapak M. Munirudin Machfud, S.KM., M.Milior  
NIP : 19621122 199302 2001



Anggota:  
Tegar, A. Kep. M. Kep. SanKim  
NIP : 19600522 199301 2001



Anggota:  
H. Rachmadzaki, S.Kp. M.KM.  
NIP : 19611129 199301 1001

Anggota:  
Dr. Yanti Wulfa Asmi, M.Kep  
NIP : 19910225 201902 2 001

Balige, 5 June 2023  
Citra Prada Mahgina J. Koperasiun Padang



**St. Yusri Firdausi, S.Kom., M.Kom.**  
G.P. 14700121 199901 2 001

HALAMAN PERSYATAAN ORIGINALITAS

Dengan teliti dan jujur saya menyatakan bahwa berikut ini yang  
dituliskan adalah hasil penelitian dan karya saya sendiri.

Nama : Yani Fitriah S.Pd.I

NIM : 223100119

Tanda Tangan



Tanggal : 5 Juni 2022

## PERNYATAAN TIDAK PLAGIAT

Yang beranda mengikuti bawah ini,

Nama Lengkap	Vera Permai Sintia
NIM	210130219
Tempat/Tanggal Lahir	Bekasi/21 September 2003
Tahun Masuk	2022
No. PA	No. IJ. Muncari Madani, SKM. M. Syamsul
Nama Penulis Utama	- N. Rukmidiani, S.Kp, M.KM
Nama Penulis Damping	No. Vera Willy Aditi S.Kip

Mengatakan bahwa saya telah melakukan penelitian dengan tujan penilaian hasil karya ilmiah saya, yang berjudul : "Anak Kepausan Pada Lantau Dengan Gangguan Mobilitas Pada di PSTW Sabtu Nap Alath Sincin Kecamatan Padang Panjang".

Apabila di ketahui hasil kerja ini diminta oleh seorang pengajar untuk dilakukan penilaian akademik.

Dampak dari pernyataan ini saya akan dengan sukacita memberi



Surabaya, 1 Januari 2023

210130219

**POLTEKKES KEMENKES RI PADANG  
PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN PADANG**

**Karya Tulis Ilmiah, Juni 2025  
YESSI PERTIWI SETIANI**

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

Isi: xvi + 120 Halaman + 1 Bagan + 8 Tabel + 13 Lampiran

**ABSTRAK**

Peningkatan jumlah lansia di Indonesia berdampak pada tingginya masalah kesehatan pada lansia. Permasalahan lansia sering terjadi disebabkan proses penuaan yang memengaruhi perubahan sistem tubuh termasuk muskuloskeletal, sehingga dapat menganggu mobilitas fisik. Tujuan penelitian untuk mengetahui asuhan keperawatan pada lansia dengan gangguan mobilitas fisik di PSTW Sabai Nan Aluih Sicincin. Jenis penelitian kualitatif, desain penelitian deskriptif dengan pendekatan studi kasus. Waktu penelitian bulan November 2024 sampai Juni 2025. Populasi 12 lansia dan sampel 1 lansia. Teknik purposive sampling dan simple random sampling dengan instrumen penelitian format pengkajian asuhan keperawatan gerontik. Data dikumpulkan melalui wawancara, observasi dan pengukuran. Analisis data membandingkan hasil asuhan keperawatan dengan teori dan penelitian sebelumnya. Hasil penelitian pengkajian klien mengeluh sulit berdiri lama, berjalan dan berpindah tempat dari suatu tempat ke kursi roda dan ketempat lain, nyeri dan kaku pada pinggang, lutut, dan jari kaki, nyeri dirasakan skala 4 pada pinggang dan skala 3 pada kedua lutut, serta beresiko jatuh karena memiliki riwayat jatuh sebelumnya. Diagnosis keperawatan yaitu gangguan mobilitas fisik, resiko jatuh dan nyeri kronis. Intervensi keperawatannya latihan ambulasi, teknik latihan penguatan sendi, pencegahan jatuh dan manajemen nyeri. Implementasinya latihan ambulasi dengan kursi roda dan tongkat, latihan ROM, pencegahan jatuh dengan modifikasi lingkungan, dan manajemen nyeri dengan teknik napas dalam. Evaluasi keperawatan didapatkan sebagian masalah teratas. Disimpulkan kondisi klien mengalami perbaikan dari sebelumnya, klien sudah mampu berjalan dengan tongkat dari suatu tempat ke kursi roda serta berpindah tempat dari satu tempat ke tempat lain dengan kursi roda tanpa bantuan orang lain, nyeri dan kaku pada pinggang, lutut dan jari kaki sudah mulai berkurang. Klien mampu melakukan latihan ROM secara mandiri. Disarankan *caregiver* dapat memfasilitasi lansia dalam latihan ambulasi serta dapat memodifikasi lingkungan panti terutama wisma untuk mencegah resiko jatuh.

**Kata Kunci: Gangguan Mobilitas Fisik, Lansia, Asuhan Keperawatan  
Daftar Pustaka : 34 (2016-2024)**

**POLYTECHNIC OF THE MINISTRY OF HEALTH OF THE REPUBLIC  
OF INDONESIA, PADANG  
D-III NURSING STUDY PROGRAM, PADANG**

**Scientific Paper, June 2025  
YESSI PERTIWI SETIANI**

**NURSING CARE OF AN OLDER ADULT WITH IMPAIRED PHYSICAL  
MOBILITY AT PSTW SABAI NAN ALUIH SICINCIN, PADANG  
PARIAMAN REGENCY**

Contents: xvi + 120 pages + 1 Figure + 8 Tables + 13 Appendices

**ABSTRACT**

The increasing number of older adults in Indonesia has led to a rise in health issues among this population. Age-related physiological changes—including musculoskeletal alterations—often impair physical mobility. This study aimed to examine the nursing care provided to an elderly resident with impaired physical mobility at PSTW Sabai Nan Aluih Sicincin. A qualitative, descriptive case-study design was conducted from November 2024 to June 2025. The population comprised 12 older adults, from which one subject was selected using purposive and simple random sampling. Data were collected through gerontological nursing assessment formats, interviews, observations, and measurements. Analysis involved comparing the nursing care outcomes with theoretical frameworks and previous research findings. The client reported difficulty standing for prolonged periods, walking, and transferring between locations (e.g., from a chair to a wheelchair), accompanied by pain and stiffness in the lower back, knees, and toes. Pain was rated 4/10 in the lower back and 3/10 in both knees. The client was also at risk for falls, with a history of previous falls. Nursing diagnoses included impaired physical mobility, risk for falls, and chronic pain. Interventions included ambulation training, joint-strengthening exercises, fall prevention strategies, and pain management. Implementation involved wheelchair- and cane-assisted ambulation, range-of-motion (ROM) exercises, environmental modifications to reduce fall risk, and deep-breathing techniques for pain relief. Evaluation indicated partial resolution of the identified problems. It was concluded that the client's condition improved: the client could walk with a cane to the wheelchair and independently transfer between locations using the wheelchair; pain and stiffness in the lower back, knees, and toes had decreased; and the client performed ROM exercises independently. It is recommended that caregivers facilitate ongoing ambulation training and continue environmental modifications—particularly within the facility's living quarters—to prevent future falls.

**Keywords:** Impaired Physical Mobility, Older Adult, Nursing Care  
**References:** 34 (2016–2024)

## **DAFTAR RIWAYAT HIDUP**



Nama : Yessi Pertiwi Setiani  
NIM : 223110319  
Tempat/Tanggal Lahir : Bekasi/ 21 September 2003  
Jenis Kelamin : Perempuan  
Agama : Islam  
Status Perkawinan : Belum Menikah  
Orang Tua  
Ayah : Ajon Bakri Tanjung (ALM)  
Ibu : Nurhayati  
Alamat : Pasar Jambu, Korong Kampung, Koto Tinggi,  
Kecamatan Enam Lingkung, Kabupaten Padang  
Pariaman

### Riwayat Pendidikan

No	Jenis Pendidikan	Tempat Pendidikan	Tahun
1.	Taman Kanak-Kanak	TK Aisyah Pakandangan	2009-2010
2.	Sekolah Dasar	SDN 07 Enam Lingkung	2010-2016
3.	Sekolah Menengah Pertama	SMPN 01 Enam Lingkung	2016-2019
4.	Sekolah Menengah Atas	SMAN 01 Enam Lingkung	2019-2022
5.	D-III Keperawatan Padang	Kemenkes Poltekkes Padang	2022-2025

## KATA PENGANTAR

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

Tugas Akhir ini berjudul tentang **“Asuhan Keperawatan Pada Lansia Dengan Gangguan Mobilitas Fisik Di PSTW Sabai Nan Aluih Sicincin Tahun 2025”**. Tugas Akhir ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar Ahli Madya Keperawatan pada program studi D-III Keperawatan Padang Jurusan Keperawatan Kemenkes Poltekkes Padang. Peneliti menyadari bahwa penulisan Tugas Akhir ini masih belum sempurna, oleh karena itu peneliti mengucapkan terima kasih kepada yang terhormat: Bapak N. Rachmadanur, S. Kp, M.KM selaku dosen pembimbing utama dan Ibu Ns. Verra Widhi Astuti, M. Kep selaku pembimbing pendamping yang telah menyediakan waktu, tenaga, dan pikiran untuk mengarahkan peneliti dalam menyusun tugas akhir ini.

Selanjutnya peneliti mengucapkan terima kasih kepada yang terhormat:

1. Ibu Renidayati, S.Kp, M.Kep, Sp. Jiwa selaku Direktur Kemenkes Poltekkes Padang.
2. Bapak Afzaidar, A.Ks, MM selaku Kepala UPTD PSTW Sabai Nan Aluih Sicincin Kab. Padang Pariaman yang telah memberikan izin kepada peneliti untuk mengambil data dan melakukan penelitian di PSTW Sabai Nan Aluih Sicincin.
3. Bapak Tasman, S.Kp. M. Kep, Sp.Kom selaku Ketua Jurusan Keperawatan Kemenkes Poltekkes Padang.
4. Ibu Ns. Yessi Fadriyanti, M. Kep selaku Ketua Program Studi D-III Keperawatan Padang Kemenkes Poltekkes Padang.
5. Ibu Ns. Hj. Murniati Muchtar, SKM, M.Biomed selaku dosen PA peneliti yang telah memberikan dukungan selama masa perkuliahan.
6. Bapak dan Ibu dosen beserta staf yang telah membimbing dan membantu selama perkuliahan di Jurusan Keperawatan Kemenkes Poltekkes Padang.

7. Cinta pertama dan panutanku, Ayahanda Alm Ajon Bakri Tanjung, beliau memang tidak sempat merasakan pendidikan sampai bangku perkuliahan, beliau memang tidak sempat mengantarkan dan menyaksikan momen bahagia peneliti, walaupun beliau cepat meninggalkan peneliti tapi peneliti yakin dan percaya beliau tersenyum bahagia disana melihat anak perempuannya sekarang sudah hampir menyelesaikan perkuliahan dan bisa melewati rintangan sehingga peneliti mampu melewati semuanya.
8. Teristimewa kepada Ibunda Nurhayati selaku satu-satunya orang tua peneliti saat ini, terimakasih atas setiap tetes keringat dalam setiap langkah pengorbanan dan kerja keras yang dilakukan untuk bisa mengantarkan anak-anaknya ke jenjang perkuliahan, walaupun kondisi fisiknya yang sudah mulai melemah sekarang, beliau tetap bekerja keras untuk membiayai kebutuhan keluarganya. Terimakasih telah mengusahakan segala kebutuhan penulis, membimbing dan selalu memberikan kasih sayang yang tulus tanpa merasa kurang dan mendoakan peneliti dalam keadaan apapun agar peneliti mampu bertahan untuk meraih mimpi di masa depan.
9. Kepada kakakku tercinta Myranti Nur Inshani, A.md. Kep, terimakasih atas semua dukungan, motivasi, kasih sayang serta bantuan yang telah beliau berikan selama peneliti kuliah. Terimakasih telah selalu ada disaat penulis menghadapi masalah. Dan terimakasih kepada kedua adikku Anisa Askiatul Rahmi dan Almunawir yang telah memberikan support, dukungan, semangat, dan yang tidak dapat ternilai harganya dengan apapun.
10. Kepada sahabat-sahabat peneliti yang tidak bisa peneliti sebutkan namanya, terimakasih telah memberikan support, dan selalu ada untuk penulis selama perkuliahan, terimakasih sudah mendengarkan keluh kesah penulis dan mebantu mencari solusi terhadap masalah yang penulis hadapi, serta kepada rekan-rekan seperjuangan mahasiswa Kemenkes Poltekkes Padang Program Studi D-III Keperawatan Padang angkatan 2022.

Peneliti menyadari Tugas Akhir ini masih terdapat kekurangan. Oleh sebab itu peneliti mengharapkan tanggapan, kritikan, dan saran yang membangun dari semua pihak untuk kesempurnaan Tugas Akhir ini. Akhir kata, peneliti berharap Allah SWT berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu.

Semoga nantinya dapat membawa manfaat bagi pengembangan ilmu pengetahuan, khususnya ilmu keperawatan.

Padang,        Juni 2025

Yessi Pertiwi Setiani

## DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PERSETUJUAN PEMBIMBING .....	ii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iii
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS.....	iv
HALAMAN PERNYATAAN TIDAK PLAGIAT.....	v
ABSTRAK .....	vi
DAFTAR RIWAYAT HIDUP.....	viii
KATA PENGANTAR .....	ix
DAFTAR ISI.....	xii
DAFTAR BAGAN .....	xiv
DAFTAR TABEL.....	xv
DAFTAR LAMPIRAN.....	xvi

### **BAB I PENDAHULUAN**

A. Latar Belakang .....	1
B. Rumusan Masalah .....	6
C. Tujuan Penelitian .....	7
D. Manfaat Penelitian .....	7

### **BAB II TINJAUAN PUSTAKA**

A. Konsep Lanjut Usia.....	9
1. Definisi Lansia .....	9
2. Batasan Usia Lansia .....	9
3. Ciri-ciri Lansia .....	9
4. Tipe Lansia .....	10
5. Karakteristik Lansia .....	11
6. Tugas Perkembangan .....	12
7. Proses Menua .....	12
8. Perubahan pada Lansia Akibat Proses Penuaan .....	13
9. Faktor-Faktor Yang Memengaruhi Proses Penuaan.....	24
B. Konsep Gangguan Mobilitas Pada Lansia .....	26
1. Pengertian Gangguan Mobilitas .....	26
2. Jenis – jenis Gangguan Mobilitas.....	26
3. Faktor yang Memengaruhi Mobilitas .....	27
4. Faktor Penyebab Gangguan Mobilitas .....	28
5. Manifestasi Klinis Gangguan Mobilitas Fisik.....	28
6. Etiologi Gangguan Mobilitas Fisik .....	29
7. Perubahan Sistem Tubuh Akibat Gangguan Mobilisasi.....	30
8. Penatalaksanaan Gangguan Mobilisasi .....	33
9. WOC Gangguan Mobilisasi .....	40
C. Konsep Asuhan Keperawatan Pada Lansia Dengan Gangguan Mobilitas Fisik.....	41
1. Pengkajian Keperawatan .....	41
2. Rencana Analisa Data .....	55

3. Kemungkinan Diagnosis Keperawatan .....	55
4. Perencanaan Keperawatan.....	56
5. Implementasi Keperawatan .....	62
6. Evaluasi Keperawatan .....	63
7. Dokumentasi Keperawatan.....	64
<b>BAB III METODE PENELITIAN</b>	
A. Jenis Dan Desain Penelitian.....	65
B. Tempat dan Waktu .....	65
C. Populasi dan Sampel .....	65
D. Alat dan Instrumen Pengumpulan Data .....	67
E. Teknik Pengumpulan Data .....	67
F. Jenis Data.....	68
G. Prosedur Pengumpulan Data.....	69
H. Analisis Data.....	70
<b>BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN</b>	
A. Hasil Penelitian .....	71
1. Pengkajian Keperawatan .....	71
2. Diagnosis Keperawatan .....	77
3. Rencana Keperawatan .....	80
4. Implementasi Keperawatan .....	83
5. Evaluasi Keperawatan .....	84
B. Pembahasan Kasus .....	94
1. Pengkajian Keperawatan .....	95
2. Diagnosis Keperawatan .....	100
3. Rencana Keperawatan .....	103
4. Implementasi Keperawatan .....	106
5. Evaluasi Keperawatan .....	110
<b>BAB V PENUTUP</b>	
A. Kesimpulan .....	115
B. Saran.....	116
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>118</b>
<b>LAMPIRAN</b>	

## **DAFTAR BAGAN**

Bagan 2. 1 WOC Gangguan Mobilisasi.....	40
---	----

## **DAFTAR TABEL**

Tabel 2. 1 Pengkajian Sistem Ekstremitas .....	47
Tabel 2. 2 Pengkajian Derajat Kekuatan Otot.....	47
Tabel 2. 3 Pengkajian Risiko Jatuh.....	48
Tabel 2. 4 Pengkajian Derajat Tingkat Kemampuan Mobilitas.....	49
Tabel 2. 5 Pengkajian Indeks Katz.....	49
Tabel 2. 6 Pengkajian MMSE .....	52
Tabel 2. 7 Pengkajian Skala Depresi .....	54
Tabel 2. 8 Intervensi Keperawatan Gangguan Mobilitas.....	56

## **DAFTAR LAMPIRAN**

- Lampiran 1 Surat Izin Survey Awal dari Kemenkes Poltekkes Padang
- Lampiran 2 Surat Izin Survei Awal dari Dinas Sosial
- Lampiran 3 Surat Izin Survei Awal dari PSTW Sabai Nan Aluih Sicincin
- Lampiran 4 Lembar Konsultasi KTI dengan Pembimbing Utama
- Lampiran 5 Lembar Konsultasi KTI dengan Pembimbing Pendamping
- Lampiran 6 Surat Izin Penelitian dari Kemenkes Poltekkes Padang
- Lampiran 7 Surat Izin Penelitian dari Dinas Sosial
- Lampiran 8 Surat Izin Penelitian dari PSTW Sabai Nan Aluih Sicincin
- Lampiran 9 Surat Bukti Selesai Penelitian dari PSTW Sabai Nan Aluih Sicincin
- Lampiran 10 Jadwal Karya Tulis Ilmiah (GANCHART)
- Lampiran 11 Informed Consent (Lembar Persetujuan)
- Lampiran 12 Format Asuhan Keperawatan Gerontik
- Lampiran 13 Foto Dokumentasi

## BAB I

### PENDAHULUAN

#### A. Latar Belakang

Istilah “lansia” merujuk pada individu yang telah berusia minimal 60 tahun. Menurut Permenkes RI No. 67 Tahun 2015, mereka yang mencapai batas usia tersebut dikategorikan sebagai lanjut usia<sup>1</sup>. Dewi dkk. (2022) menegaskan bahwa masa lanjut usia adalah tahapan kehidupan yang alamiah dan tak terelakkan bagi setiap manusia. Seiring bertambahnya umur, tubuh akan mengalami beragam perubahan fungsi yang dapat memicu masalah fisik, sosial, psikologis, hingga spiritual yang saling terkait<sup>2</sup>. Kondisi ini sering kali bermula dari terganggunya pemenuhan kebutuhan dasar pada lansia, sehingga mereka kesulitan menjaga kesehatannya. Hal ini sesuai dengan teori Maslow, yang menyatakan bahwa pemenuhan kebutuhan fisiologis, psikologis, sosial, dan spiritual merupakan fondasi bagi keseimbangan dan kelangsungan hidup seseorang<sup>3</sup>.

World Health Organization (WHO) mencatat bahwa populasi lanjut usia di seluruh dunia terus mengalami pertumbuhan tahunan. Menjelang 2030, diperkirakan satu dari setiap enam individu global telah berumur 60 tahun atau lebih. Data tahun 2020 menunjukkan sekitar 1 miliar orang memasuki kategori usia tersebut, dan angka ini diproyeksikan naik menjadi 1,4 miliar dalam rentang waktu berikutnya. Memasuki 2050, jumlah lanjut usia diperkirakan berlipat hingga mencapai 2,1 miliar, sedangkan populasi yang berusia 80 tahun ke atas diprediksi tumbuh tiga kali lipat, mencapai 426 juta jiwa<sup>4</sup>.

Jumlah lansia di Indonesia menurut BPS tahun 2023 mengalami kenaikan dibanding tahun sebelumnya. Pada tahun 2020 jumlah lansia di Indonesia yaitu sebanyak 10,82%, mengalami penurunan di tahun 2021 dimana jumlah lansia sebanyak 10,48%, namun mengalami kebaikan lagi pada tahun 2023 dengan jumlah lansia sebanyak 11,75%<sup>5</sup>.

Badan Pusat Statistik Sumatera Barat memperoleh data dimana jumlah lansia di Sumatera Barat mengalami kenaikan setiap tahunnya. Pada tahun 2020, jumlah lansia di Sumatera Barat yaitu 10,83% sebanyak 579.051 jiwa, pada tahun 2021 jumlah lansia di Sumatera Barat yaitu 603.360 jiwa, pada tahun 2022, jumlah lansia di Sumatra Barat yaitu sebanyak 629.493 jiwa<sup>6</sup>. Sedangkan pada tahun 2023 jumlah lansia di Sumatra Barat yaitu 654,2 ribu jiwa<sup>7</sup>.

Seiring bertambahnya usia, individu lanjut umur mengalami penurunan pada berbagai fungsi tubuh, terutama di sistem muskuloskeletal. Pada jaringan muskuloskeletal, proses penuaan memicu serangkaian perubahan fisiologis yang salah satunya berupa terbatasnya kemampuan bergerak secara mandiri pada satu atau lebih anggota tubuh<sup>8</sup>. Kondisi ini, yang dikenal sebagai gangguan mobilitas fisik, umumnya dipicu oleh kombinasi beberapa faktor: degradasi struktur tulang, perubahan laju metabolisme, berkurangnya kekuatan otot, kekakuan sendi, disfungsi neuromuskular, hingga aspek psikologis seperti kecemasan dan penurunan kognitif<sup>8</sup>. Faktor lainnya dari gangguan mobilitas fisik faktor degeneratif dan faktor lainnya seperti kecelakaan.

Di Indonesia, gangguan pada sistem muskuloskeletal menempati peringkat teratas di antara masalah kesehatan masyarakat. Berdasarkan laporan WHO 2020, diperkirakan sekitar 1,71 miliar orang di seluruh dunia mengalami berbagai kelainan muskuloskeletal<sup>9</sup>. Lucky et al. (2017) mengelompokkan empat gangguan utama yang banyak dijumpai pada lansia, yaitu osteoarthritis, rheumatoid arthritis, osteoporosis, dan low back pain<sup>10</sup>. Data Riset Kesehatan Dasar 2018 menunjukkan bahwa di kalangan lansia berusia  $\geq 55$  tahun, 40 % mengalami nyeri muskuloskeletal kronis, dan hampir setengahnya (49 %) melaporkan keluhan nyeri tersebut<sup>11</sup>. Sementara itu, WHO 2021 mencatat bahwa prevalensi radang sendi di Indonesia mencapai 81 % dari populasi, namun hanya 24 % yang memperoleh perawatan medis, sedangkan sekitar 71 % lainnya lebih memilih mengonsumsi obat pereda nyeri yang dijual bebas<sup>12</sup>.

Berdasarkan uraian kejadian di atas, lansia yang mengalami gangguan mobilitas fisik umumnya menunjukkan gejala seperti kesulitan menggerakkan anggota tubuh, berkurangnya kekuatan otot, terbatasnya rentang gerak (ROM), gerakan yang tersendat, timbul nyeri saat beraktivitas, serta kondisi fisik yang melemah<sup>8</sup>. Akibatnya lansia akan mengalami hambatan saat melakukan aktifitas seperti berjalan, menjaga keseimbangan, serta melakukan aktifitas harian lainnya, serta lansia akan mengalami ketergantungan dengan orang lain. Bahkan dapat beresiko jatuh yang bisa menyebabkan cedera, baik ringan sedang, berat hingga kematian.

Lansia kerap mengalami gangguan kecemasan dengan total kasus mencapai sekitar 8.114.774 orang, atau setara 3,3 % dari populasi global. Jika dikelompokkan menurut usia, prevalensi kecemasan tertinggi tercatat sebesar 5,4 % pada rentang 60–64 tahun, diikuti 5,1 % pada 65–69 tahun, 4,95 % pada 70–74 tahun, dan menurun menjadi 2,95 % pada kelompok usia 75–80 tahun<sup>13</sup>. Kecemasan atau ansietas yang dirasakan pada lansia akan mengganggu pikirannya sendiri, dan lansia dengan ansietas yang mengalami gangguan mobilitas akan mengganggu fokus pada lansia sehingga akan meningkatnya risiko jatuh terjadi pada lansia.

Penurunan aktivitas fisik pada lansia sering kali dikaitkan dengan peningkatan risiko terjadinya insiden jatuh. Martono (2015) mendefinisikan jatuh sebagai peristiwa di mana seseorang secara tidak sengaja tergeletak di tanah atau pada permukaan yang lebih rendah<sup>14</sup>. Data Riset Kesehatan Dasar (2013) menunjukkan prevalensi jatuh pada lansia usia 65–74 tahun sebesar 67,1%, dan melonjak menjadi 76,2% bagi mereka yang berusia di atas 75 tahun<sup>14</sup>. Liu et al. (2019) melaporkan bahwa 10% dari kasus jatuh pada lansia berakibat cedera serius, dengan 12,1% mengalami patah tulang, 33,3% terkilir, 45,9% memar, serta 8,7% mengeluhkan gangguan lainnya<sup>14</sup>.

Jatuh pada lansia dapat menimbulkan komplikasi mulai dari memar ringan dan keseleo hingga cedera tulang parah yang bahkan berpotensi menimbulkan

kematian<sup>14</sup>. Hasil studi yang dilakukan oleh Zulfadhl dan rekan-rekan pada tahun 2020 di Al-Asalmiya Nursing Journal Ilmu Keperawatan mengenai Kaitan Antara Motivasi untuk Berolahraga dan Risiko Jatuh pada Lanjut Usia di Panti Sosial Tresna Werdha Khusnul Khotimah Pekanbaru mengungkapkan bahwa 37 orang lanjut usia (56,9 %) berada dalam kategori risiko jatuh yang tinggi<sup>15</sup>.

Karena adanya perubahan dan penurunan fungsi tubuh pada orang lanjut usia, mereka akan menghadapi kesulitan dalam memenuhi kebutuhan dasar mereka. Menurut teori Virginia Henderson, kebutuhan dasar manusia terbagi atas 14 komponen, di antaranya bernafas secara efektif, memenuhi asupan makanan dan cairan yang cukup, mengatur proses eliminasi tubuh, bergerak serta mempertahankan posisi yang nyaman, dan memperoleh waktu tidur serta istirahat yang memadai<sup>3</sup>. Jika beberapa komponen kebutuhan dasar hidup manusia tersebut bermasalah pada lansia sehingga perlu adanya bantuan untuk perawatan memenuhi kebutuhan dasar lansia tersebut.

Berdasarkan dampak yang terjadi pada lansia dengan gangguan mobilitas fisik, maka perlu dilakukan penanganan berupa asuhan keperawatan, dimana sesuai dengan teori Orem yaitu tentang Self-Care Deficit Nursing Theory (SCDNT) yang terdiri atas tiga teori yang berhubungan, dimana teori ini merupakan teori defisit perawatan diri yang menjelaskan tentang bagaimana perawat dapat membantu pasien untuk mempertahankan kesehatannya<sup>3</sup>. Proses keperawatan yang dilakukan mulai dari pengkajian melalui anamnesa dan pemeriksaan fisik, kemudian merumuskan diagnosis keperawatan sesuai dengan masalah yang didapat dari hasil pengkajian, lalu dilanjutkan dengan merumuskan perencanaan intervensi dan melakukan intervensi yang diperlukan oleh lansia yang mengalami gangguan mobilisasi. Perawat dapat menyediakan pendampingan selama mobilisasi dan melaksanakan latihan penguatan sendi dengan gerakan terkontrol (Range of Motion/ROM). Metode ROM ini terbukti ampuh dalam memperluas rentang gerak dan meningkatkan kekuatan otot pada lansia<sup>16</sup>. Setelah asuhan diberikan, langkah berikutnya adalah melakukan

evaluasi ulang serta mendokumentasikan temuan untuk menilai efektivitas intervensi yang telah dilaksanakan.

Studi Didik Prapto Sasongko dan Suci Khasanah (2023) tentang “Penerapan gerakan terkontrol (Range Of Motion/ROM) dalam asuhan keperawatan untuk lansia dengan gangguan mobilitas fisik” menemukan bahwa implementasi latihan ROM mampu meningkatkan kekuatan otot ekstremitas. Setelah intervensi ROM dilakukan dua kali sehari selama tiga hari, terdapat peningkatan dalam kekuatan otot pasien. Selain itu, terapi ROM juga berkontribusi dalam mempertahankan fungsi kardiovaskular dan mencegah komplikasi seperti kontraktur<sup>17</sup>. Temuan ini menegaskan pentingnya intervensi awal dan terapi ROM dalam rehabilitasi pasien gangguan mobilitas untuk meningkatkan kualitas hidup dan kemandirian mereka.

Menurut studi kasus Rozanna et al. (2022) dalam Jurnal Ilmiah Mahasiswa Fakultas Keperawatan mengenai pelaksanaan gerakan terkontrol (Range of Motion/ROM) pada lansia dengan gangguan mobilitas fisik, kemampuan fisik pasien meningkat setelah menerima terapi ROM selama tiga hari<sup>16</sup>. Setelah intervensi tersebut, terjadi peningkatan signifikan pada beberapa aspek mobilitas dan kekuatan otot: skor tes keseimbangan berdiri naik dari satu menjadi tiga poin, waktu tempuh berjalan sejauh empat meter berkurang dari 18 menjadi 8 detik, kemampuan bangkit dari kursi muncul dengan pasien berhasil melakukannya tiga kali dalam 23 detik, dan kemampuan melakukan aktivitas fisik ringan secara mandiri seperti mencuci piring dan mencuci beberapa potong pakaian juga menunjukkan kemajuan<sup>16</sup>.

Hasil survei awal pada 15 November 2024 di PSTW Sabai Nan Aluih Sicincin menunjukkan bahwa fasilitas tersebut mampu menampung hingga 110 lansia. Dari survei itu teridentifikasi 85 lansia yang terdaftar di 13 wisma, dengan komposisi 59 pria dan 26 wanita. Melalui observasi yang dilakukan terhadap 85 lansia didapatkan 20 (23,5%) lansia yang menggunakan alat bantu mobilitas, yang tersebar di wisma Anai sebanyak 8 lansia, wisma pantai cermin sebanyak

5 lansia, wisma ombilin sebanyak 3 lansia, wisma antokan, tandikek, merapi talamau dan wisma selasih masing-masing terdapat 1 lansia yang menggunakan alat bantu mobilitas. Dimana alat bantu jalan yang digunakan lansia seperti kursi roda sebanyak 12 orang, kruk sebanyak 7 orang, dan walker 1 orang. Permasalahan lansia tersebut yaitu mengeluh nyeri sendi, sulit untuk berpindah tempat serta mandi dan makan, kelemahan otot, dan kekakuan sendi, Melalui observasi pada 13 wisma lansia yang paling banyak mengalami gangguan mobilitas terdapat pada wisma anai yaitu ditemukan sebanyak 8 dari 13 lansia yang mengalami gangguan mobilitas, dan yang lainnya tersebar di wisma lainnya. Dimana wisma anai termasuk ke dalam wisma perawatan yang kebutuhan aktifitas lansianya dibantu.

Berdasarkan wawancara dengan pengasuh wisma anai yang terdapat 8 dari 13 lansia tersebut mengalami gangguan mobilitas, dimana 5 orang lansia menggunakan kursi roda dan 3 orang lansia menggunakan kruk. Lansia tersebut ditandai dengan kesulitan dalam berpindah tempat dan berjalan, mengalami gangguan keseimbangan sehingga menggunakan alat bantu jalan, dan pergerakan lambat. Pengasuh wisma anai mengatakan lansia yang mengalami gangguan mobilitas tersebut memerlukan pengawasan perawatan setiap harinya, 5 dari 8 lansia yang membutuhkan bantuan dalam pemenuhan personal hygiene seperti mandi.

Berdasarkan latar belakang dan fenomena diatas penulis tertarik melakukan penelitian mengenai gangguan mobilitas fisik pada lansia dengan judul “Asuhan Keperawatan pada Lansia dengan Gangguan Mobilitas Fisik di PSTW Sabai Nan Aluih Sicincin Kabupaten Padang Pariaman”

## **B. Rumusan Masalah**

Bagaimana Asuhan Keperawatan pada lansia dengan gangguan mobilitas fisik di PSTW Sabai Nan Aluih Sicincin Kabupaten Padang Pariaman Tahun 2025.

## C. Tujuan

### 1. Tujuan Umum

Mampu mendeskripsikan asuhan keperawatan pada lansia dengan gangguan mobilitas fisik di PSTW Sabai Nan Aluih Sicincin Kabupaten Padang Pariaman Tahun 2025.

### 2. Tujuan Khusus

- a. Mampu mendeskripsikan pengkajian pada lansia dengan gangguan mobilitas fisik di PSTW Sabai Nan Aluih Sicincin Kabupaten Padang Pariaman.
- b. Mampu mendeskripsikan Rumusan diagnosa keperawatan pada lansia dengan gangguan mobilitas fisik di PSTW Sabai Nan Aluih Sicincin Kabupaten Padang Pariaman.
- c. Mampu mendeskripsikan intervensi keperawatan pada lansia dengan gangguan mobilitas fisik di PSTW Sabai Nan Aluih Sicincin Kabupaten Padang Pariaman.
- d. Mampu mendeskripsikan implementasi pada lansia dengan gangguan mobilitas fisik di PSTW Sabai Nan Aluih Sicincin Kabupaten Padang Pariaman.
- e. Mampu mendeskripsikan evaluasi keperawatan pada lansia dengan gangguan mobilitas fisik di PSTW Sabai Nan Aluih Sicincin Kabupaten Padang Pariaman.
- f. Mampu mendeskripsikan hasil dokumentasi keperawatan pada lansia dengan gangguan mobilitas fisik di PSTW Sabai Nan Aluih Sicincin Kabupaten Padang Pariaman.

## D. Manfaat Penelitian

### 1. Aplikatif

Dapat memberikan sumbangan pikiran dalam menerapkan Asuhan Keperawatan pada Lansia dengan Gangguan Mobilitas Fisik di PSTW Sabai Nan Aluih Sicincin.

## 2. Manfaat Pengembangan Keilmuan

### a. Penulis

Bagi penulis merupakan kesempatan dalam mengaplikasikan ilmu yang didapat selama perkuliahan dalam melakukan penelitian pada pasien dengan gangguan mobilitas fisik di PSTW Sabai Nan Aluih Sicincin.

### b. Petugas Di PSTW Sabai Nan Alush Sicincin

Dapat menjadi bahan pertimbangan dan sebagai bahan acuan dalam memberikan asuhan keperawatan pada lansia dengan gangguan mobilitas fisik dalam mengembangkan pelayanan terhadap penerapan asuhan keperawatan pada lansia dengan gangguan mobilitas di Panti Sosial Tresna Werdha Sabai Nan Aluih Sicincin.

### c. Institusi Pendidikan

Dapat dijadikan sebagai bahan dan sumber pembelajaran dalam meningkatkan asuhan keperawatan pada lansia dengan gangguan mobilitas fisik di Panti Sosial Tresna Werdha Sabai Nan Aluih Sicincin.

### d. Bagi Peneliti Selanjutnya

Dapat dijadikan referensi dan rujukan dalam ataupun pengaplikasian asuhan keperawatan pada lansia dengan gangguan mobilitas fisik di Panti Sosial Tresna Werdha Sabai Nan Aluih Sicincin.

## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### A. Konsep Lanjut Usia

##### 1. Definisi Lansia

Beragam penjelasan mengenai lansia bisa bervariasi, namun pada dasarnya menunjuk pada fase akhir siklus kehidupan manusia. Pada tahap ini, seseorang secara alamiah akan mengalami perubahan keseimbangan pada aspek fisik, mental, sosial, dan spiritual setelah memasuki rentang usia 60 tahun ke atas<sup>18</sup>. Dengan demikian, istilah “lanjut usia” merujuk pada individu yang sudah mencapai atau melebihi umur 60 tahun.

##### 2. Batasan Usia Lansia

Berbagai ahli membagi batasan usia lansia ke dalam empat golongan: usia paruh baya (45–59 tahun), lanjut usia (60–74 tahun), lansia lanjut (75–90 tahun), dan lansia sangat lanjut (di atas 90 tahun)<sup>18</sup>. Lebih lanjut, Kementerian Kesehatan RI mengklasifikasikan lansia menjadi beberapa kategori, yaitu pra-lansia (yang berusia 45–59 tahun), lansia (yang berusia 60 tahun ke atas), lansia berisiko tinggi (yang berusia 60 tahun ke atas dengan masalah kesehatan), lansia potensial (yang masih mampu melakukan pekerjaan atau aktivitas yang produktif), dan lansia tidak potensial (yang tidak dapat mencari nafkah dan bergantung pada orang lain)<sup>19</sup>.

##### 3. Ciri-ciri Lansia

Ciri-ciri lansia meliputi berbagai dimensi, menurut WHO tahun 2020 dalam sebuah buku keperawatan gerontik terdapat ciri-ciri umum yang berkaitan dengan lansia antara lain<sup>19</sup>:

- a. Penurunan fungsi fisik, yang mencakup berkurangnya kekuatan otot dan daya tahan, masalah penglihatan (baik rabun dekat maupun jauh), serta penurunan kemampuan mendengar.
- b. Perubahan pada kemampuan berpikir, yang terlihat dari menurunnya kemampuan mengingat jangka pendek, lambatnya cara memproses

informasi, kesulitan dalam menyelesaikan masalah yang rumit, serta meningkatnya risiko mengalami gangguan kognitif.

- c. Transformasi sosial, seperti pensiun dari pekerjaan atau tanggung jawab sosial lainnya, potensi terputusnya hubungan dengan teman sebaya, dan risiko isolasi bila dukungan sosial minim.
- d. Fluktuasi emosional, yaitu kerentanan terhadap kecemasan dan emosi yang intens, pergumulan eksistensial, serta penyesuaian terhadap stabilitas emosi.
- e. Kesehatan mental dan fisik yang menurun terlihat dari peningkatan risiko penyakit kronis, seperti penyakit jantung dan osteoporosis, masalah tidur, serta berkurangnya kemampuan untuk bergerak.

Sedangkan pendapat lain mengatakan ciri-ciri lansia yaitu<sup>20</sup>:

- a. Periode kemunduran, di mana faktor fisik dan psikologis lansia mulai menurun sehingga motivasi dan tenaga untuk beraktivitas menipis.
- b. Status minoritas sosial, yaitu ketika lansia mengalami sikap terpinggirkan atau kurang dihargai, meski ada pula yang tetap berperan aktif dalam masyarakat.
- c. Kebutuhan perubahan peran, karena penurunan kemampuan mendorong mereka beradaptasi dengan tugas atau peran baru. Reaksi negatif terhadap perlakuan buruk, di mana lansia yang diperlakukan tidak hormat cenderung menunjukkan sikap atau perilaku problematik.

#### **4. Tipe Lansia**

Tipe pada lansia sangat dipengaruhi oleh ciri-ciri pribadi, pengalaman hidup, lingkungan, serta keadaan fisik, mental, sosial, dan ekonomi yang mereka miliki<sup>21</sup>. Berdasarkan hal ini, dapat dikelompokkan sebagai berikut:

- a. Tipe orang yang bijaksana

Mengandalkan kebijaksanaan dan pengalaman yang dikumpulkan selama hidup untuk menyesuaikan diri dengan perubahan zaman;

cenderung bersikap rendah hati, murah hati, ramah, dan menjadi teladan di lingkungan sekitarnya.

b. Tipe mandiri

Mengganti rutinitas lama dengan kegiatan baru yang bermakna; selektif dalam memilih pekerjaan atau hobi, secara aktif bersosialisasi dengan teman-teman sebaya, serta senang menghadiri berbagai acara sosial.

c. Tipe tidak puas

Menghadapi penuaan dapat menimbulkan konflik batin, yang menyebabkan seseorang mudah marah, kurang sabar, sangat peka terhadap tindakan orang lain, sering mengeluarkan kritik, serta memiliki harapan yang tinggi.

d. Tipe pasrah

Menerima keadaan dengan lapang dada; fokus menjalankan aktivitas keagamaan dan tugas apa pun yang masih memungkinkan untuk dilakukan tanpa memaksakan diri.

e. Tipe bingung

Mengalami disorientasi identitas, cenderung mengasingkan diri, merasa minder, menyesal atas hal-hal di masa lalu, bersikap pasif, dan kurang peduli terhadap lingkungan sekitar.

## 5. Karakteristik Lansia

Ciri-ciri lansia menurut Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2017) dalam buku keperawatan gerontik di diantaranya<sup>22</sup>:

- a. Seseorang baru dikategorikan sebagai lansia saat usianya mencapai atau melebihi 60 tahun.
- b. Lansia menghadapi ragam kebutuhan dan tantangan mulai dari kondisi prima hingga sakit yang meliputi aspek biologis, psikologis, sosial, dan spiritual, serta mampu beradaptasi atau justru mengalami maladaptasi.
- c. Tempat tinggal lansia sangat beragam, baik dari segi fisik lingkungan maupun fasilitas pendukung.

## 6. Tugas Perkembangan

Tugas perkembangan pada lansia antara lain sebagai berikut<sup>18</sup>:

- a. Menyesuaikan diri dengan penurunan kesehatan dan kemampuan fisik.
- b. Menerima perubahan gaya hidup pasca-pensiun dan penurunan pendapatan.
- c. Menghadapi kehilangan pasangan hidup dan mengakui diri sebagai pribadi yang menua.
- d. Menjaga agar kehidupan sehari-hari tetap bermakna dan memuaskan.
- e. Menata ulang hubungan dengan anak-anak yang telah dewasa.
- f. Mencari strategi untuk mempertahankan atau meningkatkan kualitas hidup.

## 7. Proses Menua

Setiap makhluk hidup pasti akan mengalami yang namanya menjadi tua atau menua. Menua atau menjadi tua adalah suatu keadaaan yang alamiah terjadi di dalam kehidupan manusia dan ini adalah suatu proses sepanjang hidup, yang dimulai sejak permulaan kehidupan<sup>20</sup>. Menua didefinisikan sebagai penurunan, kelemahan, meningkatnya kerentanan terhadap berbagai penyakit dan perubahan lingkungan, hilangnya mobilitas dan ketangkasian, serta perubahan fisiologis yang terkait dengan usia. Penuaan adalah suatu proses normal yang ditandai dengan perubahan fisik, sosial, dan psikologis yang dapat terjadi pada semua orang pada saat mereka mencapai usia tahap perkembangan kronologis tertentu<sup>21</sup>. Menua merupakan suatu proses yang dimulai saat konsepsi dan merupakan bagian normal dari masa pertumbuhan dan perkembangan yang ditandai dengan menurunnya kemampuan tubuh untuk menggantikan sel-sel yang rusak<sup>22</sup>.

## 8. Perubahan pada Lansia Akibat Proses Penuaan

Semakin bertambahnya usia, proses penuaan berlangsung secara degeneratif dan kerap menimbulkan perubahan pada aspek jiwa atau kondisi individu<sup>22</sup>.

Perubahan yang dialami oleh lansia akibat proses penuaan antara lain:

### a. Perubahan Fisik

#### 1) Perubahan Fisiologi pada Sel dan Ekstrasel

Seiring bertambahnya usia, orang lanjut usia mengalami penurunan baik dalam penampilan maupun dalam fungsi tubuh. Kulit menjadi lebih tipis dan keriput, sementara massa otot dan lemak berkurang. Pada level seluler, jumlah sel menyusut walaupun masing-masing sel cenderung membesar, volume cairan tubuh termasuk cairan intraseluler juga merosot. Organ-organ vital seperti otak, otot, ginjal, darah, dan hati mengalami penurunan fungsi, dan gangguan pada proses regenerasi sel mengakibatkan atrofi otak dengan pengurangan massa sekitar 5–20 persen. Selain itu, tinggi badan lansia kian berkurang akibat susutnya lebar bahu dan melebar pada lingkar dada, perut, serta panggul<sup>21</sup>.

#### 2) Perubahan Fisiologi pada Sistem Kardiovaskular

Perubahan fisiologis pada sistem kardiovaskular umumnya terjadi seiring bertambahnya usia. Jantung berfungsi sebagai pemacu alami detak jantung, namun seiring waktu beberapa jalur konduksi dapat mengalami penumpukan lemak dan jaringan fibrosa, yang menyebabkan detak jantung melambat dan ventrikel kiri membesar. Lansia juga sering mengalami gangguan irama jantung, seperti fibrilasi atrium dan murmur jantung, yang umumnya disebabkan oleh kekakuan katup. Reseptor kardiovaskular yang biasanya memantau tekanan darah saat tubuh bergerak atau berubah posisi menjadi kurang peka, sehingga banyak lansia mengalami hipotensi ortostatik. Selain itu, dinding kapiler jantung menjadi lebih tebal dan arteri aorta

utama kehilangan sifat elastisnya, sehingga menjadi lebih tebal dan kaku. Sebagai akibat, massa otot jantung meningkat dan ventrikel kiri mengalami pembesaran, yang mengurangi kemampuan jantung untuk mengembang dan berkontraksi akibat perubahan pada jaringan ikat<sup>21</sup>.

Perubahan tersebut diakibatkan oleh akumulasi lipofuscin serta konversi jaringan SA node dan jalur konduksi menjadi jaringan ikat. Katup jantung menebal dan mengeras, sehingga kemampuan memompa darah baik dari segi kekuatan kontraksi maupun volume menurun. Elastisitas pembuluh darah menurun sementara resistensi perifer meningkat, memicu kenaikan tekanan darah. Dinding aorta menjadi kurang lentur, sedangkan katup jantung semakin kaku, hingga kemampuan pemompaan jantung menurun sekitar 1 persen setiap tahun setelah usia 20 tahun. Penurunan elastisitas pembuluh darah perifer dan efektivitas oksigenasi darah juga menyebabkan tekanan darah dapat jatuh drastis, misalnya hingga sekitar 65 mmHg, saat seseorang berpindah posisi dari tidur ke duduk atau berdiri, sehingga menimbulkan pusing mendadak. Sebaliknya, peningkatan resistensi pembuluh darah perifer dapat menaikkan tekanan sistolik hingga sekitar 170 mmHg dan diastolik hingga sekitar 90 mmHg. Selain itu, penuaan normal menyebabkan penurunan total cairan tubuh, berkurangnya volume darah dan cairan plasma, serta penurunan jumlah sel darah merah, sementara jumlah sel darah putih tetap sama namun kemampuannya melawan infeksi menurun<sup>21</sup>.

### 3) Perubahan Fisiologi pada Sistem Sistem Pernapasan

Proses penuaan pada sistem pernapasan serupa dengan organ lainnya. Seiring bertambahnya usia, fungsi maksimal paru-paru secara bertahap menurun, sehingga efisiensi pertukaran gas, aliran puncak, dan kapasitas vital juga berkurang. Kekuatan otot pernapasan melemah, sehingga efektivitasnya dalam

membentuk pertahanan terhadap bakteri, virus, dan patogen lain menurun<sup>21</sup>.

Pada penuaan, struktur jaringan ikat paru mengalami perubahan. Meskipun kapasitas total paru-paru relatif tetap, volume cadangan meningkat untuk mengimbangi pelebaran ruang udara, tetapi aliran udara yang masuk ke paru-paru menurun. Perubahan pada otot, tulang rawan, dan sendi toraks mengganggu gerakan pernapasan dan mengurangi kelenturan dinding dada. Bertambahnya usia juga berpengaruh pada elastisitas paru, melemahnya dan mengerasnya otot-otot pernapasan, serta peningkatan kapasitas residu, yang membuat proses menarik napas menjadi lebih berat. Alveoli melebar namun jumlahnya berkurang, kemampuan batuk menurun, dan terjadi penyempitan bronkus. Aktivitas silia menurun, sehingga ketika paru kehilangan elastisitas, kapasitas residu bertambah, napas terasa lebih berat, kapasitas pernapasan maksimum menurun, kedalaman napas berkurang, tekanan oksigen arterial turun hingga sekitar 75 mmHg, sedangkan karbon dioksida arterial relatif stabil karena melemahnya otot pernapasan dan dinding dada seiring usia<sup>21</sup>.

Perubahan usia pada sistem pernapasan umumnya tidak menimbulkan gejala pada individu yang masih sehat, tetapi akan membatasi kemampuan melakukan latihan aerobik intens seperti bersepeda, lari, atau mendaki gunung. Akibatnya, lansia memiliki keterbatasan dalam aktivitas fisik tertentu. Pada mereka yang memiliki kondisi medis seperti penyakit jantung atau obesitas, fungsi paru-paru bisa semakin terbatasi. Selain itu, lansia lebih rentan terhadap infeksi bakteri dan virus, misalnya pneumonia, serta risiko kanker paru-paru meningkat, sehingga penyakit pernapasan pada mereka cenderung berkembang lebih cepat dibandingkan orang dewasa muda<sup>21</sup>.

#### 4) Perubahan Fisiologi pada Sistem Integumen

Tanda penuaan pada kulit sangat mudah terlihat. Seiring bertambahnya usia, kulit menjadi keriput, menipis, dan lebih mudah terluka. Hal ini terjadi karena jumlah sel penghasil pigmen menurun, fungsi jaringan ikat menurun, dan kemampuan pembuluh darah melemah. Pada lansia, elastisitas dan kekuatan kulit berkurang, produksi minyak oleh kelenjar sebasea menurun, dan dermis menjadi rapuh. Akibatnya, kemampuan tubuh untuk menjaga suhu menurun lapisan lemak subkutan yang menahan panas menyusut dan sensitivitas terhadap sentuhan, getaran, tekanan, panas, maupun dingin ikut menurun<sup>21</sup>.

Kulit lansia mengalami atrofi, kehilangan kekencangan, menjadi kering, serta muncul keriput. Atrofi kelenjar sebasea dan kelenjar keringat menyebabkan kulit kehilangan kelembapan, sedangkan akumulasi melanosit menciptakan bercak cokelat yang sering disebut “liver spot.” Penipisan epidermis dan dermis serta berkurangnya serat elastis membuat kulit mudah kendur. Selain itu rambut di kepala menipis, rambut di hidung dan telinga justru menebal, dan pembuluh darah di lapisan kulit menipis. Proses keratinisasi terganggu sehingga permukaan kulit menjadi kasar dan bersisik, sementara pigmentasi yang tidak merata memunculkan bintik-bintik gelap. Di sekitar mata, lapisan kulit yang menipis menimbulkan kerutan halus. Secara keseluruhan respons kulit terhadap trauma menurun, produksi sebum berkurang, sintesis vitamin D menurun, dan kemampuan proteksi alami kulit melemah<sup>21</sup>.

Kulit yang menua juga lebih lambat pulih setelah cedera, sehingga luka tekan atau infeksi dapat memburuk pada lansia. Masalah kulit pada orang tua sering diperparah oleh kondisi penyerta seperti arteriosklerosis, gangguan hati, penyakit jantung, malnutrisi, diabetes, obesitas, stres, atau alergi. Untuk

meminimalkan dampak penuaan, asupan nutrisi yang seimbang dan hidrasi yang cukup sangat penting. Oleh karena itu, lansia disarankan menjalani pola makan bergizi dan gaya hidup sehat agar kulit tetap terlindungi dan dapat berfungsi optimal<sup>21</sup>.

5) Perubahan Fisiologi dalam Sistem Persyarafan

Sistem saraf pada lansia mengalami perubahan anatomi dan atrofi serabut saraf secara bertahap. Akibatnya, kemampuan koordinasi dan pelaksanaan aktivitas sehari-hari turut menurun. Perubahan struktur dan fungsi ini menyebabkan serabut saraf mengecil sehingga respons dan waktu reaksi terutama saat menghadapi stres menjadi lebih lambat. Selain itu, lapisan mielin pada akson berkurang atau bahkan hilang, sehingga kemampuan motorik dan refleks menurun. Berat otak juga berkurang sekitar 10 hingga 20 persen, yang semakin memperlambat respons terhadap stres dan reaksi secara umum. Ketika serabut saraf pancaindra menyusut, fungsi penglihatan dan pendengaran menurun, saraf penciuman dan perasa mengalami penurunan, ketahanan terhadap suhu dingin melemah, dan sensitivitas terhadap sentuhan berkurang<sup>21</sup>.

6) Perubahan Fisiologi Pada Sistem Endokrin

Seiring bertambahnya usia, hampir seluruh produksi hormon mengalami penurunan, sementara fungsi dan sekresi kelenjar paratiroid tetap terjaga. Hormon pertumbuhan hipofisis berada pada kadar yang lebih rendah dan terbatas di dalam peredaran darah. Selain itu, terjadi pengurangan sekresi adrenokortikotropik (ACTH), thyroid-stimulating hormone (TSH), follicle-stimulating hormone (FSH), dan luteinizing hormone (LH). Aktivitas tiroid berikut laju metabolisme basal (BMR) juga menurun, sehingga kemampuan pertukaran zat menurun. Sekresi aldosteron berkurang dan hormon seks termasuk progesteron, estrogen, serta testosteron juga menunjukkan penurunan produksi<sup>21</sup>.

## 7) Perubahan Fisiologi Pada Sistem Muskuloskeletal

Pada lansia, komponen muskuloskeletal termasuk kolagen, elastin, tulang rawan, otot, dan sendi mengalami perubahan struktural. Kolagen yang biasanya teratur pada kulit, tendon, tulang, dan tulang rawan menjadi terurai dan tidak beraturan. Tulang rawan pada persendian melemah dan mengalami granulasi, sehingga permukaan sendi yang semula halus menjadi lebih kasar. Kapasitas regenerasi tulang rawan menurun, sementara proses degenerasi justru terus berlangsung, membuat sendi semakin rentan terhadap aus. Pada tulang, kepadatan menurun seiring usia, yang secara fisiologis memicu osteoporosis dan berisiko menimbulkan nyeri, deformitas, serta patah tulang. Serat otot menipis dan jumlahnya berkurang, sedangkan jaringan ikat dan lemak di dalam otot justru meningkat, sehingga kekuatan otot merosot. Ligamen, tendon, dan fasia di sekitar sendi juga kehilangan elastisitasnya, menjadikan sendi kaku dan gerakannya terbatas<sup>21</sup>.

Perubahan muskuloskeletal ini jauh lebih nyata pada wanita pasca-menopause, yang rentan mengalami penurunan massa tulang secara drastis hingga menyebabkan osteoporosis. Akibatnya postur tubuh dapat berubah menjadi bungkuk (kifosis), otot melemah (atrofi) sehingga persendian tampak membesar dan kaku, dan sering timbul kram atau tremor. Tendon menurun elastisitasnya dan mengalami sklerosis, sedangkan diskus intervertebralis menyusut, mengurangi tinggi tubuh. Gerakan pada pinggang, lutut, serta sendi pergelangan jari menjadi terbatas, memengaruhi cara berjalan. Otot polos tetap relatif tidak banyak terpengaruh, namun keseluruhan kekuatan dan kelenturan sistem muskuloskeletal menurun signifikan<sup>21</sup>.

8) Perubahan Fisiologi pada Sistem Gastrointestinal

Perluasan diameter esofagus disertai penurunan produksi asam lambung dan gerakan peristaltik yang melemah, sehingga kemampuan penyerapan nutrisi juga berkurang. Ukuran lambung mengecil, sementara fungsi organ pendukung pencernaan menurun, menyebabkan berkurangnya sekresi hormon dan enzim. Perubahan pada saluran cerna ini juga berkontribusi pada kehilangan gigi terutama akibat penyakit periodontal yang mulai muncul setelah usia tiga puluh tahun dan menurunnya kesehatan mulut serta asupan nutrisi. Indra pengecap melemah karena iritasi kronis pada mukosa mulut dan atrofi sel pengecap di lidah hingga sekitar 80 persen, sehingga sensitivitas terhadap rasa asin, asam, dan pahit menurun. Pada lambung, kepekaan terhadap rasa lapar menurun, asam lambung berkurang, waktu pengosongan lambung lebih lama, dan gerakan peristaltik lemah yang sering berujung pada konstipasi. Selanjutnya, fungsi penyerapan di usus melemah dan daya serap menurun. Hati juga mengecil, kapasitas penyimpanan menurun, dan aliran darah ke organ tersebut semakin terbatas<sup>21</sup>.

9) Perubahan Fisiologi pada Sistem Genitourinaria

Pada lansia terjadi penurunan fungsi ginjal, meliputi laju filtrasi glomerulus, ekskresi, dan reabsorpsi. Berat ginjal menurun secara perlahan seiring bertambahnya usia, dan pada rentang usia 30–40 tahun kapasitas penyaringan darah berkurang hingga dua pertiga. Arteri yang memasok darah ke ginjal menyempit, sehingga ukuran organ dan jumlah nefron menurun, sedangkan dinding arteri kecil di glomerulus menebal sehingga kapasitas filtrasi makin berkurang. Penurunan ini berpengaruh pada kemampuan membuang zat sisa dan obat, sehingga beberapa obat mungkin tidak tereliminasi dengan efektif. Meski demikian, fungsi ginjal yang masih ada umumnya cukup untuk memenuhi kebutuhan tubuh, asalkan cadangan fungsi ginjal tidak tersisa<sup>21</sup>.

Ureter tidak banyak berubah, tetapi kandung kemih dan uretra mulai menunjukkan gejala penuaan. Volume maksimal yang dapat ditampung kandung kemih menurun, dan kemampuan menunda buang air kecil ikut berkurang. Aliran urin menuju uretra melambat, disertai kontraksi otot dinding kandung kemih yang tidak terkontrol penuh oleh otak, sehingga risiko inkontinensia meningkat. Pada perempuan, uretra memendek dan lapisannya menipis, yang melemahkan sfingter dan mempermudah kebocoran urine. Pada laki-laki, pembesaran prostat yang umum terjadi di atas usia 65 tahun dapat menghambat aliran urin, memicu retensi urine, dan berpotensi merusak ginjal jika tidak diatasi<sup>21</sup>.

Secara mikroskopis, nefron di ginjal lansia mengalami atrofi, dan aliran darah ke organ ini dapat menurun hingga 50 persen, sehingga fungsi tubulus menurun dan kemampuan mengonsentrasi urine berkurang. Hal ini terlihat dari penurunan berat jenis urine, peningkatan kadar urea darah (BUN), serta naiknya ambang ginjal terhadap glukosa. Kondisi kandung kemih juga menurun, dengan otot dinding yang melemah dan kapasitas tampung yang bisa turun hingga sekitar 200 ml, mendorong frekuensi buang air kecil lebih sering. Pada pria lanjut usia retensi urine lebih sering terjadi akibat prostat membesar, sedangkan pada wanita melemahnya otot-otot kandung kemih memperparah kehilangan kontrol dan kapasitas simpan urine<sup>21</sup>.

#### 10) Perubahan Fisiologi Pada Sistem Sistem Indera

- a) Perubahan pada sistem pendengaran: Pada lanjut usia sering terjadi presbyakusis, yaitu menurunnya kemampuan telinga dalam untuk mendengar, terutama frekuensi tinggi. Akibatnya suara terdengar tidak jelas dan kata-kata sulit dipahami. Sekitar 50 persen orang di atas usia 65 tahun mengalaminya. Selain itu, atrofi pada membran timpani dan

pembentukan otosklerosis pada tulang pendengaran dapat memperburuk pendengaran. Penumpukan kotoran telinga yang mengeras karena penebalan keratin juga turut menurunkan kemampuan mendengar, terutama pada mereka yang berada di bawah tekanan emosional atau stress<sup>21</sup>.

- b) Perubahan pada sistem penglihatan: Otot sfingter pupil mengalami pengerasan sehingga respon terhadap cahaya melemah, sementara bentuk bola mata menjadi lebih bulat. Lensa mata menebal dan keruh, sehingga katarak lebih mudah terbentuk dan penglihatan terganggu. Ambang reseptor cahaya meningkat, kemampuan menyesuaikan diri dengan kondisi gelap melambat, dan akomodasi mata berkurang. Lapang pandang menyempit dan kemampuan membedakan warna pada spektrum biru-hijau menurun<sup>21</sup>.
- c) Perabaan: Sensasi peraba menyampaikan informasi paling intuitif dan mudah diinterpretasikan. Ketika indera lain melemah, indra peraba menjadi sangat penting untuk membantu mengenali rangsangan di sekitar<sup>21</sup>.
- d) Pengecap dan penghidu: Sensitivitas terhadap keempat rasa pokok manis, asam, asin, dan pahit menurun seiring bertambahnya usia, dengan pelemahan paling signifikan pada persepsi rasa manis. Akibatnya, lansia kerap menambahkan gula berlebih untuk meningkatkan cita rasa. Penurunan kepekaan ini juga mendorong mereka memilih makanan lebih asin dan berbumbu kuat. Oleh karena itu, disarankan memanfaatkan bumbu alami seperti bawang merah, bawang putih, dan air perasan jeruk lemon sebagai opsi penyedap guna membatasi penggunaan garam<sup>21</sup>.

#### 11) Perubahan Fisiologi Pada Sistem Sistem Reproduksi

Pada wanita, otot-otot vagina cenderung mengencang sekaligus mengecil, ovarium menyusut, dan jaringan uterus, payudara, serta vulva berkurang massanya akibat atrofi. Mukosa vagina

menipis dan permukaannya menjadi lebih halus; produksi cairan menurun, pH bergeser ke arah basa, dan warnanya berubah. Pada pria, testis masih memproduksi spermatozoa, dan dorongan seksual bisa tetap terjaga hingga melewati usia 70 tahun. Jika kondisi kesehatan mendukung, aktivitas seksual yang teratur juga membantu memelihara fungsi reproduksi pada masa lanjut usia. Sekitar 75 % pria di atas 65 tahun mengalami pembesaran prostat<sup>21</sup>.

#### 12) Perubahan Fisiologi Pada Sistem Hematopoietic Dan Sistem Limfatik

Peran utama sistem hematopoietik dan limfatik adalah melindungi tubuh dari infeksi dan penyakit. Namun seiring bertambahnya usia, keefektifannya menurun. Sel T dan sel B yang menjadi komponen utama dalam menanggapi patogen spesifik menjadi kurang tanggap. Sel T memediasi kekebalan seluler dengan melawan infeksi dan invasi mikroba, sedangkan sel B berfungsi menghasilkan antibodi. Penurunan responsivitas kedua jenis sel ini menyebabkan tubuh lebih mudah diserang oleh bakteri dan virus. Oleh karena itu, vaksinasi sangat disarankan bagi lansia karena sistem limfatik mereka tidak sekuat saat muda. Selain itu, peningkatan angka kejadian kanker pada orang tua berkaitan dengan menurunnya kemampuan sistem limfatik dalam mengeliminasi sel-sel tumor, serta seringnya kekurangan nutrisi pada populasi usia lanjut<sup>21</sup>.

#### b. Perubahan Kognitif

Banyak lansia mengalami gangguan kognitif walaupun kelompok usia muda juga kadang mengalaminya terutama pada fungsi memori (daya ingat dan ingatan)<sup>22</sup>.

Berdasarkan Emmelia Ratnawati tahun 2017 dalam Arna<sup>22</sup>, faktor-faktor yang memengaruhi perubahan kognitif meliputi:

- 1) Perubahan fisik, khususnya organ perasa

- 2) Kondisi kesehatan secara umum
- 3) Tingkat pendidikan yang ditempuh
- 4) Aspek keturunan (hereditas)
- 5) Pengaruh lingkungan

Pada lansia, kemampuan mengingat jangka pendek, proses berpikir, kelancaran berbicara, serta keterampilan motorik cenderung menurun. Dampaknya, pengetahuan dan keterampilan yang sebelumnya sudah dikuasai dapat mengecil, sehingga risiko terjadinya demensia<sup>22</sup>.

### c. Perubahan Psikososial

Menurut Arna<sup>22</sup>, beberapa lansia mengalami perubahan psikososial akibat berbagai masalah kehidupan maupun proses penuaan itu sendiri, antara lain:

#### 1) Kesepian

Perasaan kesendirian kerap timbul ketika lansia kehilangan pasangan atau teman dekat, terlebih bila mereka juga menghadapi kondisi kesehatan serius, keterbatasan mobilitas, atau penurunan fungsi indra (misalnya kemampuan melihat).

#### 2) Gangguan cemas

Masalah kecemasan meliputi berbagai jenis, termasuk fobia, serangan panik, gangguan kecemasan umum, stres pasca-trauma, serta gangguan obsesif-kompulsif. Gangguan ini sering kali berhubungan dengan usia dewasa awal dan dapat timbul sebagai akibat dari penyakit fisik, depresi, efek samping obat, atau penghentian obat secara mendadak.

#### 3) Masalah tidur

Perubahan pola tidur pada orang tua merupakan faktor morbiditas yang penting, dengan dampak seperti rasa kantuk berlebihan di siang hari, kesulitan dalam berkonsentrasi dan mengingat, perubahan suasana hati yang tidak stabil, peningkatan risiko terjatuh, penggunaan obat tidur yang tidak

tepat, serta penurunan kualitas hidup. Risiko kematian, penyakit jantung, dan kanker lebih tinggi pada individu yang tidur kurang dari enam jam atau lebih dari sembilan jam setiap malam, jika dibandingkan dengan mereka yang tidur selama tujuh hingga delapan jam. Berdasarkan penyebabnya, gangguan tidur dapat dikategorikan menjadi insomnia primer, gangguan tidur sekunder disebabkan oleh masalah kejiwaan lainnya, gangguan tidur yang diakibatkan oleh kondisi medis, serta gangguan tidur yang disebabkan oleh zat (seperti obat-obatan atau alkohol).

#### 4) Pensiun

Menjelang pensiun, lansia sering mengalami perubahan psikososial karena penurunan produktivitas kerja. Mereka mungkin menghadapi penurunan pendapatan, hilangnya status atau jabatan, berkurangnya aktivitas harian, dan kesadaran akan keterbatasan hidup. Perubahan gaya hidup dan kemampuan ekonomi dapat menimbulkan stres, terutama jika disertai penyakit kronis atau keterbatasan fisik. Selain itu, pengurangan interaksi sosial dapat memicu rasa kesepian, dan penurunan kekuatan fisik memengaruhi citra diri serta konsep diri.

### 9. Faktor-Faktor Yang Memengaruhi Proses Penuaan

Faktor-faktor yang mempengaruhi proses penuaan menurut Arna<sup>22</sup>, antara lain:

#### a. Faktor Genetik atau Hereditas

Kerusakan dan kematian sel adalah bagian inheren dari siklus kehidupan, yang dipicu oleh DNA dalam mengoordinasikan aktivitas seluler. Dari perspektif genetika, perempuan memiliki sepasang kromosom X, sedangkan laki-laki hanya satu. Karena kromosom X memegang peranan krusial dalam menopang kehidupan, perempuan pada umumnya menikmati harapan hidup yang lebih tinggi dibandingkan laki-laki.

b. Asupan Gizi atau Nutrisi

Keseimbangan asupan gizi sangat penting untuk menjaga sistem kekebalan tubuh. Ketidakseimbangan, baik kekurangan maupun kelebihan nutrisi, dapat memengaruhi respon imun tubuh secara negatif.

c. Kondisi Kesehatan

Beberapa penyakit sering dikaitkan dengan proses penuaan, padahal tidak selalu disebabkan langsung oleh faktor usia. Sebaliknya, penyakit-penyakit tersebut lebih sering dipicu oleh pengaruh eksternal yang berlangsung terus-menerus dan berdampak buruk dalam jangka panjang.

d. Pengalaman Hidup

- 1) Paparan sinar matahari: Kulit yang tidak terlindungi dari paparan sinar UV cenderung mengalami penampakan bintik-bintik, terbentuknya kerutan halus, dan tampak lebih kusam.
- 2) Kurang olahraga: Rendahnya frekuensi aktivitas fisik menghambat pembentukan massa otot dan menurunkan kelancaran aliran darah.
- 3) Konsumsi alkohol: Alkohol menyebabkan dilatasi pembuluh kapiler di bawah kulit, sehingga meningkatkan aliran darah di lapisan permukaan.

e. Lingkungan

Penuaan secara biologis merupakan proses alami yang tidak dapat dicegah, namun lingkungan yang positif dan mendukung dapat membantu mempertahankan kesehatan lansia secara optimal.

f. Stress

Beban psikologis sehari-hari baik yang berasal dari rumah, pekerjaan, maupun interaksi sosial dapat mempercepat proses penuaan. Hal ini tercermin dalam pola hidup yang dijalani serta perubahan kondisi fisik dan mental seiring bertambahnya usia.

## B. Konsep Gangguan Mobilitas Pada Lansia

### 1. Pengertian Gangguan Mobilitas

Mobilitas atau kemampuan bergerak adalah kapasitas individu untuk melakukan gerakan dengan bebas, mudah, dan terkoordinasi, yang bertujuan untuk mendukung aktivitas sehari-hari guna menjaga kesehatan fisik. Sebaliknya, imobilitas merupakan suatu keadaan di mana individu tidak dapat bergerak dengan bebas karena adanya gangguan tertentu pada sistem pergerakan, seperti cedera pada tulang belakang, trauma otak yang parah disertai dengan patah tulang pada anggota tubuh, serta kondisi-kondisi lain yang serupa<sup>23</sup>.

Masalah gangguan mobilitas fisik merujuk pada batasan yang dialami individu dalam melaksanakan gerakan secara mandiri dengan memanfaatkan satu atau lebih anggota tubuh. Kondisi ini bisa disebabkan oleh berbagai hal, seperti kerusakan pada struktur tulang, gangguan metabolisme tubuh, penurunan kebugaran fisik, kurangnya kendali otot, massa dan kekuatan otot yang menurun, kekakuan sendi, serta faktor lain yang dapat mempengaruhi kemampuan bergerak. Gejala umum dari gangguan ini meliputi kesulitan dalam menggerakkan anggota tubuh, lemahnya kekuatan otot, dan terbatasnya jangkauan gerak<sup>8</sup>.

### 2. Jenis – jenis Gangguan Mobilitas

Menurut buku keperawatan jenis-jenis dari gangguan mobilitas ini yaitu<sup>23</sup>:

#### a. Imobilitas fisik

Imobilitas fisik adalah suatu kondisi di mana individu mengalami keterbatasan dalam melakukan gerakan tubuh, biasanya bertujuan untuk mencegah komplikasi yang berkaitan dengan pergerakan. Contohnya pada pasien hemiplegia yang tidak sanggup menahan beban pada sisi tubuh yang lumpuh, sehingga mereka tak bisa secara mandiri memindahkan posisi tubuh untuk mengurangi tekanan.

b. Imobilitas intelektual

Imobilitas intelektual mengacu pada kondisi di mana seseorang memiliki keterbatasan dalam fungsi berpikir atau kognitif, seperti pada individu yang mengalami kerusakan otak akibat gangguan neurologis atau penyakit tertentu.

c. Imobilitas emosional

Imobilitas emosional terjadi ketika seseorang mengalami hambatan dalam merespons secara emosional, biasanya disebabkan oleh perubahan besar dalam kehidupannya yang sulit untuk diadaptasi. Misalnya, stres berat setelah amputasi yang membuat seseorang kesulitan mengelola dan mengekspresikan perasaannya dengan normal.

d. Imobilitas sosial

Imobilitas sosial merupakan kondisi di mana seseorang kesulitan membina maupun menjaga hubungan dengan lingkungannya karena penyakit yang diderita, sehingga peran sosialnya dalam aktivitas sehari-hari terganggu.

### **3. Faktor yang Memengaruhi Mobilitas**

Menurut Hidayat<sup>23</sup>, mobilitas seseorang dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor, di antaranya sebagai berikut:

- a. Gaya hidup seseorang berperan dalam memengaruhi kemampuan bergeraknya, karena aktivitas dan kebiasaan harian yang dijalani turut membentuk tingkat mobilitas individu.
- b. Penyakit atau cedera dapat berdampak pada kemampuan tubuh dalam bergerak, sebab kondisi ini dapat mengganggu fungsi sistem organ. Sebagai ilustrasi, seseorang yang mengalami patah tulang paha akan kesulitan menggerakkan bagian tubuh bawahnya.
- c. Budaya juga memiliki pengaruh terhadap kemampuan mobilitas. Misalnya, individu dari budaya yang terbiasa berjalan kaki jarak jauh cenderung memiliki kemampuan bergerak yang lebih baik. Sebaliknya, dalam budaya tertentu, orang yang sedang sakit

mungkin dilarang beraktivitas, sehingga mobilitasnya menjadi terbatas.

- d. Tingkat energi sangat menentukan kemampuan bergerak, karena seseorang hanya dapat melakukan aktivitas fisik secara optimal jika memiliki energi yang mencukupi.

Usia dan tahapan perkembangan turut memengaruhi kemampuan seseorang dalam bergerak. Hal ini karena fungsi sistem gerak akan meningkat seiring dengan bertambahnya usia dan tingkat kematangan tubuh.

#### **4. Faktor Penyebab Gangguan Mobilitas**

Beberapa faktor yang dapat mengakibatkan terjadinya imobilisasi menurut Nasrullah, 2016 dalam Nafila tahun 2023, yaitu<sup>2</sup>:

- a. Gangguan musculoskeletal
  - 1) Osteoporosis
  - 2) Atrofi
  - 3) Kontraktur
  - 4) Kekakuan sendi
- b. Gangguan kardiovaskuler
  - 1) Hipotensi postural
  - 2) Vasodilatasi vena
- c. Gangguan sistem respirasi
  - 1) Penurunan gerak pernafasan
  - 2) Bertambahnya sekresi paru
  - 3) Atelektasis
  - 4) Pneumonia Hipostasis

#### **5. Manifestasi Klinis Gangguan Mobilitas Fisik**

Menurut buku Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) tahun 2017, tanda dan gejala pada gangguan mobilitas fisik antara lain<sup>8</sup>:

- a. Tanda dan Gejala Mayor
  - 1) Keluhan kesulitan memindahkan anggota gerak

- 2) Penurunan kekuatan otot
  - 3) Berkurangnya rentang gerak sendi
- b. Tanda dan Gejala Minor
- 1) Sensasi nyeri saat melakukan gerakan
  - 2) Keengganan untuk melakukan aktivitas motorik
  - 3) Munculnya kecemasan saat bergerak
  - 4) Kekakuan pada sendi
  - 5) Koordinasi gerakan yang terganggu
  - 6) Gerakan tubuh yang terbatas
  - 7) Kondisi fisik yang melemah

## 6. Etiologi Gangguan Mobilitas Fisik

Menurut buku SDKI tahun 2017, penyebab pada gangguan mobilitas fisik antara lain<sup>8</sup>:

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

- s. Gangguan kognitif
- t. Keengganan melakukan pergerakan
- u. Gangguan sensori persepsi

## 7. Perubahan Sistem Tubuh Akibat Gangguan Mobilisasi

### a. Perubahan Metabolisme

Secara umum, kurangnya pergerakan tubuh dapat mengganggu sistem metabolisme karena kecepatan metabolisme tubuh menurun. Hal ini dapat diamati melalui penurunan laju metabolisme basal yang berdampak pada berkurangnya energi yang dibutuhkan untuk memperbaiki sel tubuh. Akibatnya, proses penyerapan oksigen oleh sel menjadi terganggu. Ketika terjadi imobilitas, proses anabolisme cenderung menurun sedangkan katabolisme meningkat, yang berpotensi memicu gangguan metabolik. Selain itu, kondisi ini juga bisa menurunkan ekskresi urin dan meningkatkan kadar nitrogen, yang biasanya muncul pada hari kelima atau keenam seseorang mengalami imobilitas. Dampaknya mencakup berkurangnya aktivitas metabolik, penyusutan kelenjar, peningkatan pemecahan protein, ketidakseimbangan cairan dan elektrolit, pengurangan massa tulang, gangguan pada pemrosesan nutrisi, serta masalah pencernaan<sup>23</sup>.

### b. Ketidakseimbangan Cairan dan Elektrolit

Imobilitas dapat menyebabkan terganggunya keseimbangan cairan dan elektrolit dalam tubuh. Salah satu dampaknya adalah menurunnya jumlah protein yang tersedia serta berkurangnya konsentrasi protein dalam serum darah, yang dapat mengganggu pemenuhan kebutuhan cairan tubuh. Kurangnya perpindahan cairan dari pembuluh darah ke jaringan tubuh juga bisa menyebabkan pembengkakan (edema). Tidak hanya itu, imobilitas berperan dalam menurunkan aktivitas otot yang berujung pada pelepasan mineral dari tulang, sehingga meningkatkan penyerapan kembali kalium<sup>23</sup>.

c. Gangguan Pengubahan Zat Gizi

Penurunan asupan protein dan kalori saat mengalami imobilitas dapat menghambat pemrosesan nutrisi di tingkat sel. Dalam kondisi ini, sel tubuh tidak mampu menerima glukosa, asam amino, lemak, serta oksigen dalam jumlah cukup untuk menjalankan fungsi metabolisme secara optimal<sup>23</sup>.

d. Gangguan Fungsi Gastrointestinal

Ketidakmampuan untuk bergerak juga bisa memengaruhi sistem pencernaan. Gangguan ini disebabkan oleh menurunnya kemampuan tubuh dalam mencerna makanan, yang jika berlangsung terus menerus, akan menimbulkan keluhan seperti perut kembung, rasa mual, hingga nyeri lambung dan gangguan buang air besar<sup>23</sup>.

e. Perubahan Sistem Pernapasan

Kurangnya aktivitas fisik dapat memengaruhi fungsi pernapasan, ditandai dengan menurunnya kadar hemoglobin, berkurangnya ekspansi paru, dan melemahnya otot pernapasan. Penurunan hemoglobin menyebabkan pasokan oksigen dari paru-paru ke jaringan tubuh menurun, yang dapat menimbulkan gejala anemia. Sementara itu, berkurangnya ekspansi paru terjadi akibat tekanan pada jaringan paru-paru yang meningkat<sup>23</sup>.

f. Perubahan Kardiovaskular

Tidak bergerak dalam waktu lama bisa mengganggu fungsi jantung dan pembuluh darah. Dampak yang umum terjadi termasuk tekanan darah rendah saat berpindah posisi (hipotensi ortostatik), peningkatan beban kerja jantung, serta pembentukan bekuan darah (trombus). Tekanan darah rendah bisa disebabkan karena saraf otonom tidak dapat beradaptasi dengan baik. Kurangnya kontraksi otot akan menghambat kembalinya darah ke jantung, sementara posisi tubuh yang terus-menerus mendatar akan meningkatkan tekanan pada sistem kardiovaskular. Kekakuan vena akibat minimnya gerakan juga dapat menyebabkan terbentuknya bekuan darah<sup>23</sup>.

g. Perubahan Sistem Muskuloskeletal

Dampak imobilitas terhadap sistem otot dan tulang dapat dibedakan sebagai berikut<sup>23</sup>:

1) Gangguan pada otot

Massa otot dapat berkurang ketika tubuh tidak aktif, sehingga kekuatan dan stabilitas otot pun menurun. Penurunan massa ini bisa menyebabkan atrofi. Contohnya, setelah menjalani perawatan selama enam minggu, otot betis seseorang bisa tampak lebih kecil dan melemah.

2) Gangguan pada tulang

Imobilitas juga berisiko menimbulkan masalah pada struktur tulang dan sendi. Kondisi ini bisa menyebabkan kontraktur sendi, yaitu keadaan ketika sendi membengkok secara permanen karena pemendekan otot dan atrofi. Selain itu, tulang akan mengalami pengerosan (osteoporosis) akibat peningkatan resorpsi tulang, yang menyebabkan berkurangnya kadar kalsium dalam darah dan peningkatan pembuangan kalsium lewat urin.

h. Perubahan Sistem Integumen

Sistem integumen atau kulit juga terdampak akibat minimnya aktivitas. Penurunan aliran darah karena kurang gerak bisa menurunkan elastisitas kulit dan menyebabkan kerusakan jaringan permukaan (iskemia), yang jika berlangsung lama dapat menimbulkan luka tekan (dekubitus)<sup>23</sup>.

i. Perubahan Eliminasi

Kondisi tidak bergerak dapat menyebabkan pengurangan produksi urin, yang bisa disebabkan oleh kurangnya konsumsi cairan serta menurunnya aliran darah ke ginjal karena penurunan curah jantung<sup>23</sup>.

j. Perubahan Perilaku

Imobilitas juga berdampak pada kondisi psikologis seseorang. Beberapa perubahan yang mungkin muncul antara lain rasa marah, kebingungan, kecemasan, peningkatan emosi, depresi, gangguan

pola tidur, hingga penurunan kemampuan dalam mengatasi masalah. Perubahan ini berkaitan dengan perubahan peran sosial, persepsi diri, dan tekanan psikologis selama masa tidak aktif<sup>23</sup>.

## **8. Penatalaksanaan Gangguan Mobilisasi**

Menurut Hidayat, penatalaksanaan gangguan mobilisasi secara umum yaitu<sup>2</sup>:

- a. Ambulasi dini merupakan upaya untuk meningkatkan daya tahan dan kekuatan otot. Kegiatan ini dilakukan secara bertahap, dimulai dari latihan duduk di tempat tidur, berpindah ke tepi ranjang, berdiri di samping ranjang, lalu beralih ke kursi roda, dan seterusnya.

### 1) Latihan duduk di tempat tidur

Langkah-langkah:

- a) Berikan penjelasan kepada pasien mengenai tujuan dan tahapan kegiatan.
- b) Instruksikan pasien agar meletakkan lengannya di sisi tubuh dengan telapak tangan menghadap ke bawah.
- c) Tegakkan tubuh Anda di samping ranjang dan letakkan tangan Anda di atas bahu pasien.
- d) Bantu pasien untuk duduk dengan nyaman dan sediakan bantal sebagai penyangga punggungnya.

### 2) Pindah dari Tempat Tidur ke Kursi Roda

Langkah-langkah:

- a) Sampaikan tujuan dari tindakan yang akan dilaksanakan.
- b) Pastikan posisi rem kursi roda dalam keadaan terkunci.
- c) Tempatkan pasien dalam posisi dengan kaki dibuka selebar bahu.
- d) Luruskan lutut dan pinggul dengan sedikit penekanan.
- e) Mohon pasien untuk meletakkan tangannya di bahu Anda.
- f) Tempatkan tangan Anda di samping tubuh pasien untuk memastikan kestabilan.

g) Ketika kaki pasien menyentuh lantai, gunakan lutut Anda sebagai tumpuan agar pasien lebih mudah berdiri.

h) Arahkan pasien duduk perlahan di kursi roda hingga posisi stabil dan nyaman.

3) Pendampingan Saat Berjalan

Langkah-langkah:

a) Mohon uraikan secara rinci langkah-langkah yang akan dilaksanakan.

b) Minta pasien untuk meletakkan tangan di samping tubuhnya atau menggenggam tangan Anda.

c) Berdirilah di samping pasien, kemudian pegang pergelangan tangan dan lengan atasnya.

d) Anjurkan pasien untuk mulai berjalan dengan hati-hati.

b. Penyesuaian Posisi Tubuh Berdasarkan Kebutuhan Pasien

Penyesuaian posisi tubuh dilakukan untuk mendukung kebutuhan bergerak pasien, disesuaikan dengan tingkat kesulitan yang dihadapi. Posisi yang diterapkan terdiri dari posisi fowler, sim, trendelenburg, dorsal recumbent, lithotomy, dan genu pectoral.

1) Fowler: Posisi duduk dengan kepala lebih tinggi, berguna untuk kenyamanan dan mendukung pernapasan.

2) Sim: Posisi miring ke samping, biasa digunakan untuk pemberian obat rektal.

3) Trendelenburg: Posisi di mana kepala berada lebih rendah daripada kaki, berguna untuk meningkatkan aliran darah menuju otak.

4) Dorsal Recumbent: Posisi telentang dengan lutut ditekuk, umum dalam perawatan genital dan persalinan.

5) Lithotomy: Posisi berbaring dengan kaki terangkat ke arah perut, dipakai saat pemeriksaan organ reproduksi atau pemasangan KB.

- 6) Genu Pectoral: Posisi bertumpu pada dada dan lutut dengan bokong lebih tinggi, lazim digunakan untuk pemeriksaan rektum atau kolon sigmoid.

c. Latihan Gerak Sendi (Range of Motion / ROM)

Latihan ROM penting untuk pasien yang mengalami keterbatasan dalam bergerak akibat kondisi penyakit, cedera, atau kecacatan. Latihan ini berguna dalam mempertahankan kekuatan otot dan kelenturan sendi.

Berikut jenis latihan dan prosedurnya:

- 1) Fleksi dan ekstensi pergelangan tangan.

Langkah-langkahnya:

- a) Beri penjelasan terlebih dahulu.
- b) Letakkan lengan bawah Anda menjauh dari tubuh, dengan siku dalam keadaan ditekuk.
- c) Genggam pergelangan dan tangan pasien.
- d) Lakukan gerakan tangan ke arah dalam (fleksi) dan ke arah luar (ekstensi).
- e) Kembalikan ke posisi semula dan amati hasilnya.

- 2) Gerakan fleksi dan ekstensi pada siku

Langkah-langkahnya:

- a) Uraikan langkah-langkah yang akan dilaksanakan.
- b) Atur posisi lengan pasien dengan menjauh dari sisi tubuhnya, sehingga telapak tangan menghadap ke arah tubuh.
- c) Tempatkan tangan di atas siku pasien dan pegang tangannya dengan tangan yang lainnya.
- d) Lenturkan siku pasien agar tangannya mendekati bahu.
- e) Laksanakan dan kembalikan ke posisi semula.
- f) Tolong catat semua perubahan yang telah terjadi.

3) Gerakan pronasi dan supinasi pada lengan bawah.

Langkah-langkahnya:

- a) Jelaskan terlebih dahulu langkah-langkah yang akan diambil kepada pasien.
- b) Tempatkan lengan bawah pasien jauh dari tubuh dengan siku ditekuk.
- c) Gunakan satu tangan untuk memegang pergelangan tangan pasien, sementara tangan yang lain memegang tangan pasien.
- d) Putar bagian bawah lengan sehingga telapak tangan mengarah ke luar.
- e) Kembalikan ke tempat semula.
- f) Putar lengan kembali sehingga telapak tangan menghadap ke arah tubuh pasien.
- g) Kembalikan ke posisi awal.
- h) Catat hasil atau perubahan yang telah terjadi.

4) Memutar Bahu

Langkah-langkahnya:

- a) Sampaikan penjelasan kepada pasien mengenai prosedur yang akan dilaksanakan.
- b) Letakkan tangan pasien di samping tubuh dalam keadaan santai.
- c) Dengan satu tangan, pegang siku pasien, sementara tangan yang lain memegang pergelangan tangannya.
- d) Laksanakan pengangkatan lengan sesuai dengan prosedur yang telah ditentukan.
- e) Dokumentasikan hasil atau perubahan yang dirasakan.

5) Gerak Abduksi dan Adduksi

Langkah-langkahnya:

- a) Beritahukan terlebih dahulu kepada pasien mengenai tindakan yang akan dilaksanakan.

- b) Tempatkan lengan pasien di sepanjang sisi tubuh dengan cara yang alami.
  - c) Peganglah siku dan tangan pasien dengan mantap.
  - d) Gerakkan lengan menjauhi tubuh, lalu kembalikan.
  - e) Ulangi dengan menggerakkan lengan ke arah tubuh.
  - f) Catat respon atau perubahan selama gerakan dilakukan.
- 6) Putaran Bahu
- Langkah-langkahnya:
- a) Sebaiknya Anda menjelaskan terlebih dahulu prosedur kepada pasien.
  - b) Posisikan lengan menjauh dari tubuh, dengan siku ditekuk.
  - c) Pegang lengan atas pasien dekat siku, sementara tangan yang satunya memegang tangan pasien.
  - d) Putar lengan bawah ke arah ranjang sehingga telapak tangan menghadap ke bawah.
  - e) Kembalikan ke tempat asalnya.
  - f) Putar kembali ke arah yang berlawanan hingga telapak tangan menghadap ke atas.
  - g) Kembalikan ke tempat semula.
  - h) Rekam setiap perubahan yang terlihat.
- 7) Gerakan Meliuk dan Meluruskan Jari-Jari Kaki
- Langkah-langkahnya:
- a) Berikan informasi kepada pasien tentang prosedur yang akan dilaksanakan.
  - b) Peganglah jari-jari kaki dengan satu tangan dan peganglah kaki dengan tangan yang berbeda.
  - c) Silakan tekuk jari-jari ke bawah dengan lembut.
  - d) Perbaiki posisi dan dorong ke belakang.
  - e) Kembalikan ke tempat aslinya.
  - f) Dokumentasikan setiap modifikasi yang terjadi selama proses.

8) Pembalikan dan Pemulihan Kaki

Langkah-langkahnya:

- a) Berikan penjelasan singkat kepada pasien mengenai prosedur ini.
- b) Genggam bagian atas kaki dengan satu tangan dan pegang pergelangan kaki dengan tangan yang lainnya.
- c) Arahkan kaki ke dalam sehingga telapak kaki menghadap ke kaki yang lain.
- d) Kembalikan ke keadaan semula.
- e) Putar kaki tersebut menjauh dari kaki yang lain.
- f) Kembalikan ke tempat semula.
- g) Dokumentasikan setiap perubahan yang terjadi.

9) Gerakan Fleksi dan Ekstensi pada Pergelangan Kaki

Langkah-langkahnya:

- a) Berikan petunjuk tentang prosedur kepada pasien.
- b) Genggam telapak kaki pasien menggunakan satu tangan dan pegangan pergelangan kaki dengan tangan yang lainnya. Pastikan agar kaki tetap dalam posisi lurus dan santai.
- c) Lenturkan pergelangan tangan ke arah atas (ujung jari mengarah ke dada pasien).
- d) Kembalikan ke tempat asal.
- e) Tekuk ke arah yang berlawanan (ujung jari menjauh dari dada pasien).
- f) Dokumentasikan reaksi serta perubahan yang berlangsung.

10) Gerakan Fleksi dan Ekstensi pada Lutut

Langkah-langkahnya:

- a) Mohon sampaikan penjelasan mengenai prosedur yang akan dilakukan pada pasien.
- b) Tempatkan satu tangan di bawah lutut, sedangkan tangan yang lain mendukung tumit.
- c) Angkat kaki dan tekuk di bagian lutut serta paha.
- d) Dekatkan kaki ke arah dada sejauh yang dapat Anda lakukan.

- e) Kembalikan secara perlahan.
- f) Kembalikan ke tempat semula.
- g) Dokumentasikan perubahan yang tampak.

11) Pemputaran Panggul Paha

Langkah-langkahnya:

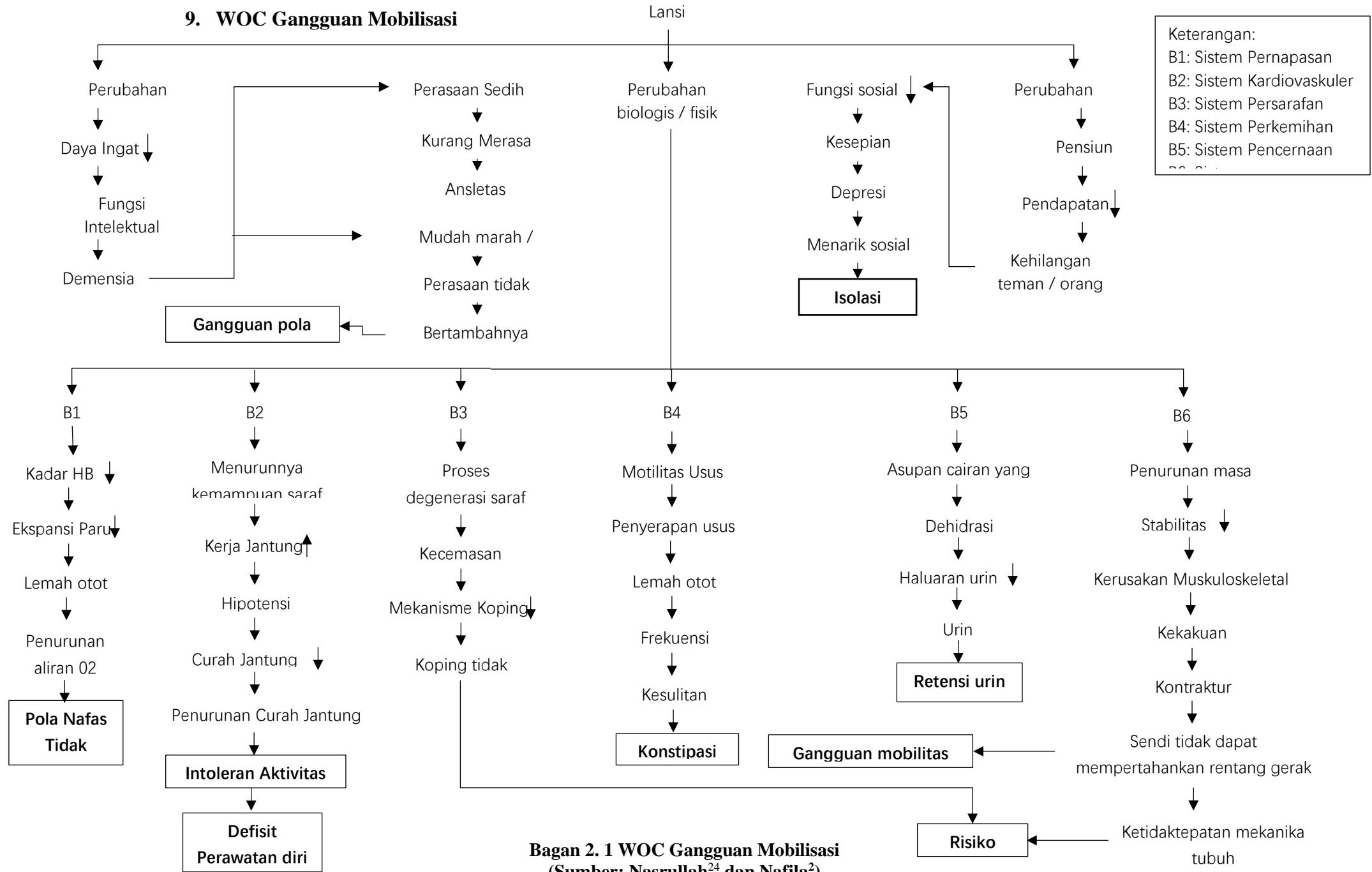
- a) Berikan penjelasan kepada pasien mengenai langkah-langkah prosedur yang akan dilakukan.
- b) Pegang pergelangan kaki dan lutut pasien dengan masing-masing tangan.
- c) Arahkan kaki Anda menjauh dari perawat.
- d) Selanjutnya, arahkan kembali ke sisi perawat.
- e) Kembalikan ke keadaan semula.
- f) Catat semua perubahan yang telah terjadi.

12) Gerakan Abduksi dan Adduksi pada Paha

Langkah-langkahnya:

- a) Informasikan kepada pasien tentang prosedur yang akan dilaksanakan.
- b) Tempatkan satu tangan di bawah lutut dan tangan lainnya di tumit pasien.
- c) Dengan memastikan posisi kaki tetap lurus, angkat sekitar 8 cm dari permukaan tempat tidur, kemudian gerakkan kaki tersebut menjauh dari tubuh (abduksi).
- d) Kembalikan ke posisi tubuh (adduksi).
- e) Kembalikan kaki ke posisi awal.
- f) Dokumentasikan setiap tanggapan atau perubahan yang terjadi.

## 9. WOC Gangguan Mobilisasi



## C. Konsep Asuhan Keperawatan Pada Lansia Dengan Gangguan Mobilitas Fisik

### 1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian keperawatan pada lanjut usia merupakan proses penelaahan menyeluruh terhadap kondisi pasien lansia guna mengumpulkan informasi penting yang mendukung penegakan diagnosis, identifikasi masalah kesehatan, serta kebutuhan promosi kesehatan yang spesifik. Data yang dihimpun mencakup data subjektif dan objektif yang meliputi aspek biologis, psikologis, sosial, spiritual, serta kondisi yang berhubungan langsung maupun tidak langsung dengan masalah kesehatan lansia, termasuk juga faktor lingkungan dan keluarga.

#### a. Identitas

Anamnesa identitas pasien meliputi nama, jenis kelamin, umur, status perkawinan, agama, tanggal masuk PSTW<sup>24</sup>.

#### b. Keluhan Utama

Keluhan yang paling sering dijumpai pada lansia adalah penyakit pada sistem muskuloskeletal, seperti rheumatoid arthritis, osteoarthritis, stroke, serta osteoporosis. Kondisi ini biasanya disertai nyeri sendi dan keterbatasan gerak sehingga mengganggu mobilitas<sup>24</sup>.

Menurut Hermayudi dan Ariani 2017 dalam Nafila<sup>2</sup>, berikut adalah keluhan utama yang umum dialami lansia dengan gangguan muskuloskeletal akibat degeneratif:

##### 1) Nyeri

Biasanya muncul saat pasien bergerak. Diperlukan identifikasi apakah rasa nyeri muncul setelah aktivitas tertentu. Nyeri yang muncul saat bergerak merupakan indikasi adanya gangguan sendi. Degenerasi pada panggul menyebabkan nyeri menjalar ke seluruh tubuh, sedangkan degenerasi lutut menimbulkan rasa sakit selama atau sesudah berjalan. Nyeri osteoarthritis juga cenderung

memburuk saat suhu dingin. Perlu dievaluasi apakah nyeri tersebut mereda dengan obat tertentu.

#### 2) Kekakuan Sendi

Perlu diperhatikan sendi mana yang mengalami kekakuan serta durasinya. Pada gangguan degeneratif, kekakuan sendi kerap meningkat pada pagi hari setelah bangun tidur.

#### 3) Bengkak

Pada tahap awal gangguan degeneratif, pembengkakan mungkin belum tampak dan baru muncul beberapa minggu setelah gejala nyeri timbul.

#### 4) Deformitas dan Imobilitas

Evaluasi waktu munculnya kondisi ini apakah terjadi mendadak atau perlahan, apakah berdampak pada pergerakan, apakah memburuk saat beraktivitas, dan apakah pasien memerlukan alat bantu.

#### 5) Perubahan Sensori

Identifikasi apakah pasien mengalami penurunan sensasi di bagian tubuh tertentu. Biasanya berkaitan dengan tekanan pada saraf atau pembuluh darah akibat pembengkakan, tumor, atau fraktur.

#### c. Riwayat Kesehatan Sekarang

Evaluasi mencakup penyebab utama keluhan pasien, seperti adanya nyeri, kelemahan otot, kelelahan, tingkat imobilitas, area tubuh yang terdampak, serta durasi terjadinya gangguan mobilitas<sup>24</sup>.

#### d. Riwayat Kesehatan Dahulu

Riwayat penyakit yang berhubungan dengan gangguan mobilitas perlu dikaji. Hal ini mencakup gangguan sistem saraf (misalnya stroke, cedera kepala, tekanan intrakranial tinggi, myasthenia gravis, guillain-barre, cedera spinal), gangguan sistem kardiovaskular (seperti serangan jantung, gagal jantung), serta gangguan sistem pernapasan (contohnya PPOK, pneumonia). Penggunaan obat seperti sedatif, depresan SSP, atau laksatif juga menjadi pertimbangan<sup>24</sup>.

e. Riwayat Kesehatan Keluarga

Penting untuk menggali riwayat penyakit dalam keluarga yang dapat berkontribusi secara genetik terhadap kondisi lansia. Misalnya, riwayat diabetes melitus, tuberkulosis, artritis, riketsia, dan osteomielitis<sup>24</sup>.

f. Penilaian Secara Fisik

1) Situasi Umum

Kondisi umum pasien umumnya menunjukkan tanda-tanda kelemahan.

2) Kesadaran

Lansia yang mengalami masalah musculoskeletal umumnya tetap dalam keadaan sadar dan berpikir jernih. Dalam situasi yang lebih serius, klien mungkin mengalami keluhan seperti pusing dan perasaan gelisah<sup>24</sup>.

3) Sistem Pernapasan

Pemantauan sistem pernapasan sebaiknya dilakukan setiap dua jam, terutama pada pasien dengan keterbatasan gerak. Pemeriksaan mencakup:

a) Pemeriksaan

Mengamati gerakan dada saat bernapas masuk dan keluar. Gerakan yang tidak seimbang dapat mengindikasikan adanya atelektasis.

b) Pemeriksaan suara tubuh melalui stetoskop.

Seluruh wilayah paru-paru untuk mengenali gangguan pada suara napas, suara retakan, atau mengi. Auskultasi terfokus pada bagian paru-paru yang berada di bagian bawah karena sekresi paru cenderung menumpuk di wilayah tersebut.

4) Indikator kesehatan utama

a) Suhu naik (lebih dari 37 derajat)

b) Denyut nadi meningkat (70-82 kali per menit)

c) Kenaikan tekanan darah

- d) Aktivitas pernapasan umumnya berada dalam kondisi normal atau dapat mengalami peningkatan.
- 5) Sistem Kardiovaskuler
- Studi tentang sistem kardiovaskuler yang perlu dilakukan pada pasien dengan masalah mobilitas adalah<sup>24</sup>:
- a) Memantau tekanan darah, tekanan darah pasien perlu diukur secara berkala, terutama ketika posisi tubuh berubah dari berbaring ke duduk atau berdiri. Hal ini bertujuan untuk mendeteksi kemungkinan terjadinya hipotensi ortostatik.
  - b) Penting untuk melakukan evaluasi nadi apeks dan nadi perifer, serta memeriksa denyut jantung pada keduanya, yaitu apeks dan nadi perifer. Posisi berbaring dalam jangka panjang dapat meningkatkan beban kerja jantung serta memicu peningkatan denyut nadi. Pada sebagian lansia, jantung mungkin tidak mampu beradaptasi terhadap beban ini dan menyebabkan terjadinya gagal jantung. Munculnya suara jantung ketiga di area apeks bisa menjadi tanda awal gagal jantung kongestif. Memantau nadi perifer juga penting untuk menilai kemampuan jantung dalam memompa darah secara efektif.
  - c) Mengamati apakah terdapat tanda-tanda stasis vena. Tanda seperti pembengkakan (edema) dan penyembuhan luka yang lambat menunjukkan adanya gangguan aliran balik vena dan ketidakmampuan jantung dalam mengatasi peningkatan beban. Edema cenderung muncul pada bagian tubuh yang menggantung seperti sakrum, tungkai, dan kaki. Jika fungsi jantung menurun, maka bagian tubuh yang jauh dari pusat seperti tangan, kaki, telinga, dan hidung akan terasa lebih dingin. Evaluasi sistem vena juga penting untuk mengidentifikasi risiko

trombosis vena dalam. Gumpalan darah ini dapat terlepas dan menyumbat pembuluh di paru-paru atau otak.

Untuk memeriksa adanya trombosis vena dalam, perawat harus membuka stocking elastis atau alat kompresi setiap delapan jam untuk mengamati betis pasien terhadap tanda seperti kemerahan, kehangatan, dan kelembaban. Tanda Homan, yaitu nyeri saat kaki didorsifleksikan, bisa menunjukkan kemungkinan trombus, meskipun tidak selalu muncul. Pengukuran lingkar betis dilakukan setiap hari pada jarak sepuluh sentimeter dari tengah tempurung lutut. Peningkatan ukuran lingkar betis bisa menjadi tanda awal adanya pembekuan darah. Pemeriksaan serupa juga dapat diterapkan pada paha jika pasien berisiko tinggi mengalami trombosis. Latihan fisik dan penggunaan stocking elastis dapat membantu mencegah kondisi ini.

#### 6) Sistem Metabolik

Pengkajian fungsi metabolisme dilakukan melalui beberapa pendekatan, seperti pengukuran antropometri untuk menilai adanya atrofi otot, pencatatan asupan dan keluaran cairan, serta analisis data laboratorium untuk mengevaluasi keseimbangan elektrolit dan kadar protein dalam darah. Proses penyembuhan luka juga diamati guna mengetahui adanya perubahan pada proses distribusi nutrisi. Selain itu, penilaian pola makan dan eliminasi klien bertujuan untuk mendeteksi gangguan pada sistem pencernaan<sup>24</sup>.

Pencatatan jumlah makanan dan cairan yang dikonsumsi dan dikeluarkan penting dilakukan untuk menentukan keseimbangan cairan tubuh. Ketidakseimbangan seperti dehidrasi dan edema dapat meningkatkan risiko kerusakan kulit pada pasien yang tidak aktif. Pemeriksaan laboratorium untuk elektrolit membantu mendeteksi gangguan elektrolit. Apabila terdapat luka,

keberhasilan proses penyembuhannya mencerminkan cukup atau tidaknya nutrisi yang disalurkan ke jaringan. Biasanya pasien dengan gangguan mobilitas mengalami penurunan nafsu makan. Oleh karena itu, perawat harus mengkaji pola makan dan preferensi makanan pasien sebelum memberikan makanan, agar kebutuhan gizi tetap terpenuhi dan mencegah gangguan nutrisi<sup>24</sup>.

7) Sistem Integumen

Perawat harus rutin memeriksa kondisi kulit pasien untuk mengetahui adanya tanda kerusakan atau luka tekan. Pemeriksaan kulit dilakukan saat pasien berpindah posisi, saat dibersihkan, atau ketika menjalani prosedur eliminasi. Minimal, pengkajian kulit harus dilakukan setiap dua jam sekali<sup>24</sup>.

8) Sistem Eliminasi

Asupan dan jenis cairan yang diberikan kepada pasien harus mencukupi untuk menjaga keseimbangan cairan dan mencegah komplikasi pada sistem ginjal. Ketidakseimbangan cairan dan elektrolit dapat meningkatkan risiko kerusakan ginjal, yang dapat berkembang menjadi infeksi kronis hingga gagal ginjal. Kekurangan cairan juga bisa memicu kerusakan kulit, pembentukan gumpalan darah, infeksi saluran pernapasan, serta konstipasi. Evaluasi eliminasi mencakup frekuensi dan konsistensi buang air besar, serta volume, warna, dan jumlah urin dan feses dalam kurun waktu 24 jam<sup>24</sup>.

9) Sistem Muskuloskeletal

Gangguan pada sistem muskuloskeletal biasanya dapat diidentifikasi melalui penurunan tonus otot, hilangnya massa otot, dan terbentuknya kontraktur. Pengukuran antropometri berguna dalam menilai kehilangan massa dan kekuatan otot. Pemeriksaan rentang gerak sangat penting dilakukan karena menjadi data awal untuk evaluasi lebih lanjut mengenai penurunan fungsi sendi. Rentang gerak diukur menggunakan alat

yang disebut goniometer, dengan fokus pada area seperti bahu, siku, lengan, pinggul, dan tungkai bawah<sup>24</sup>.

a) Refleks Ekstermitas

Tabel 2. 1 Pengkajian Sistem Ekstremitas

Refleks	Kanan	Kiri
Biceps	+	+
Triceps	+	+
Knee	+	+
Achiles	+	+

Sumber: Nasrullah, 2016

Keterangan:

Refleks (+) : Normal

Refleks (-) : Menurun/Meningkat

b) Pengkajian Derajat Kekuatan Otot

Tabel 2. 2 Pengkajian Derajat Kekuatan Otot

SKALA KEKUATAN NORMAL (%)	PERSENTASE KEKUATAN	KARAKTERISTIK
0	0	Paralisis sempurna
1	10	Tidak ada gerakan, kontraksi otot dapat dipalpasi atau dilihat
2	25	Gerakan otot penuh melawan gravitasi dengan topangan
3	50	Gerakan yang normal melawan gravitasi
4	75	Gerakan penuh yang normal melawan gravitasi dan melawan tahanan minimal
5	100	Kekuatan normal, gerakan penuh yang normal melawan gravitasi dan tahanan penuh

Sumber: Hidayat 2021

c) Pengkajian Resiko Jatuh

Tabel 2. 3 Pengkajian *Morse Fall Scale* (MFS)

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

Keterangan:

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

g. Pengkajian Status Fungsional

Pengkajian status fungsional adalah kemampuan untuk melakukan aktivitas yang dibutuhkan atau yang diinginkan dalam kehidupan sehari-hari<sup>2</sup>.

1) Pengkajian Kemampuan Mobilitas

Tabel 2. 4 Pengkajian Derajat Tingkat Kemampuan Mobilitas

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

Sumber: Hidayat, 2021

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

Tabel 2. 5 Pengkajian Indeks Katz

<b>No</b>	<b>Aktivitas</b>	<b>Mandiri</b>	<b>Tergantung</b>
<b>1. Mandi Mandiri:</b>			
	Bantuan hanya pada satu bagian mandi (seperti punggung atau ekstremitas		

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

No	Aktivitas	Mandiri	Tergantung
6.	<p><b>Makan Mandiri:</b> Mengambil makanan dari piring dan menyuapinya sendiri</p> <p><b>Tergantung:</b> Bantuan dalam hal mengambil makanan dari piring dan menyuapinya, tidak makan sama sekali, dan makan parenteral (NGT)</p>		

Sumber: Nasrullah, 2016

Keterangan : Beri tanda (✓) pada point yang sesuai dengan kondisi klien

Analisis Hasil :

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

#### h. Pengkajian Status Kognitif

Fungsi kognitif mencakup aktivitas mental sadar, antara lain berpikir, mengingat, belajar, dan menggunakan bahasa. Pada pasien lanjut usia, aspek di luar fisik justru sering lebih dominan, terutama

ketika mereka jatuh sakit. Bagian kognitif yang paling sering terganggu meliputi memori jangka pendek, persepsi, alur pikir, dan fungsi eksekutif. Kendala tersebut dapat menyulitkan dokter saat mengumpulkan data anamnesis, begitu pula dalam proses terapi dan pemantauan. Ketika fungsi kognitif terganggu, tingkat kepatuhan dan kemampuan pasien menjalankan program perawatan akan turun, dan pada akhirnya menghambat keseluruhan pengelolaan penyakit<sup>2</sup>.

Tabel 2. 6 Pengkajian MMSE

N O	ITEM PENILAIAN	BENA R (1)	SALA H (0)
1.	<b>ORIENTASI</b>		
1.	1. Tahun berapa sekarang?		
	2. Musim apa sekarang?		
	3. Tanggal berapa sekarang?		
	4. Hari apa sekarang?		
	5. Bulan apa sekarang?		
	6. Dinegara mana anda tinggal?		
	7. Di Provinsi mana anda tinggal?		
	8. Di kabupaten mana anda tinggal?		
	9. Di kecamatan mana anda tinggal?		
	10. Di desa mana anda tinggal?		
2.	<b>REGISTRASI</b>		
	Minta klien menyebutkan tiga objek		
11.	.....		
12.	.....		
13.	.....		
3.	<b>PERHATIAN DAN KALKULASI</b>		
	Minta klien mengeja 5 kata dari belakang. Missal “BAPAK”		
14.	K		
15.	A		
16.	P		
17.	A		
18.	B		
4.	<b>MENGINGAT</b>		
	Minta klien untuk mengulang 3 obyek di atas		
19.	.....		
	...		

N O	ITEM PENILAIAN	BENA R (1)	SALA H (0)
20.	.....		
	...		
21.	.....		
	...		
<b>5. BAHASA</b>			
	<b>Penamaan</b>		
	Tunjukkan 2 benda minta klien menyebutkan:		
22.	Kursi		
23.	Jam		
	<b>Pengulangan</b>		
	Minta klien mengulangi tiga kalimat berikut		
24.	“Taka ada jika, dan, atau tetapi”		
	<b>Perintah tiga langkah</b>		
25.	Ambil kertas!		
26.	Lipat dua!		
27.	Taruh dilantai!		
	<b>Turuti hal berikut</b>		
28.	Tutup mata		
29.	Tulis satu kalimat		
30.	Salin gambar		

**Analisis hasil : Nilai ≤ 21 = Kerusakan Kognitif**

i. Pengkajian Status Emosi atau Afektif

Lansia sering mengalami gangguan emosional. Berdasarkan pendapat Sunarti tahun 2019 yang dikutip oleh Nafila tahun 2023, sekitar 15 persen lansia mengalami kesulitan dalam mengendalikan ekspresi maupun emosinya. Beberapa tanda yang tampak antara lain menangis secara tiba-tiba atau tertawa yang tidak terkendali. Dampak penyakit terhadap kepribadian yang sering muncul mencakup penurunan respons emosional, hilangnya kontrol diri, berkurangnya rasa cemas, serta menurunnya kepekaan sosial. Di samping itu, lansia juga bisa mengalami kecemasan berlebih, perasaan depresi, dan menjadi lebih sensitif secara emosional<sup>2</sup>.

j. Pengkajian Spiritual

Perlu diketahui apakah lansia rutin melaksanakan ibadah sesuai dengan ajaran agamanya, serta apakah mereka aktif mengikuti kegiatan keagamaan seperti pengajian atau kegiatan sosial seperti menyantuni anak yatim dan kaum dhuafa. Selain itu, perlu dilihat juga bagaimana cara lansia menghadapi masalah, misalnya dengan berdoa atau bentuk pendekatan spiritual lainnya<sup>2</sup>.

k. Pengkajian Psikologis Lansia

Perlu ditelusuri bagaimana pandangan lansia terhadap proses menua, apakah mereka merasa masih memiliki peran dan dibutuhkan oleh lingkungan, serta apakah mereka memandang hidup dengan penuh harapan. Selain itu, perlu diperhatikan bagaimana cara mereka mengelola stres, apakah mereka mudah menyesuaikan diri dengan kondisi, serta apakah mereka pernah mengalami kegagalan atau memiliki harapan tertentu baik dalam waktu dekat maupun di masa yang akan datang<sup>2</sup>.

Tabel 2. 7 Pengkajian Skala Depresi

No	Pertanyaan	Jawaban	
		Ya	Tidak
1.	Apakah pada dasarnya anda puas dengan kehidupan anda?		(tidak)
2.	Apakah anda telah meninggalkan banyak kegiatan dan minat atau kesenangan anda?	(ya)	
3.	Apakah anda merasa kehidupan anda kosong?	(ya)	
4.	Apakah anda sering merasa bosan?	(ya)	
5.	Apakah anda mempunyai semangat yang baik setiap saat?		(tidak)
6.	Apakah anda takut bahwa sesuatu yang buruk akan terjadi pada anda?	(ya)	
7.	Apakah anda merasa bahagia untuk sebagian besar hidup anda:		(tidak)
8.	Apakah anda sering merasa tidak berdaya?	(ya)	
9.	Apakah anda lebih senang tinggal dirumah, dari pada keluar dan mengerjakan sesuatu yang baru?	(ya)	
10.	Apakah anda merasa bahwa anda lebih banyak mempunyai masalah dengan	(ya)	

No	Pertanyaan	Jawaban	
		Ya	Tidak
	ingatan anda dibandingkan kebanyakan orang?		
11.	Apakah anda berfikir bahwa hidup anda sekarang ini lebih menyenangkan?		(tidak)
12.	Apakah anda merasa tidak berharga seperti perasaan anda saat ini?		(ya)
13.	Apakah anda merasa penuh semangat?		(tidak)
14.	Apakah anda berfikir, bahwa kondisi anda saat ini tidak ada harapan?		(ya)
15.	Apakah anda berfikir bahwa orang lain lebih baik keadaanya dari pada anda?		(ya)
<b>Total Jawaban “Ya”</b>			

SETIAP JAWABAN YANG SESUAI MEMPUNYAI SKOR

“1” (SATU)

SKOR 5-9 : KEMUNGKINAN DEPRESI

SKOR 10 ATAU LEBIH : DEPRESI

## 2. Rencana Analisa Data

Analisis merupakan proses berpikir yang melibatkan kemampuan kognitif untuk mengembangkan penalaran dan daya pikir, yang dipengaruhi oleh latar belakang pendidikan, pengalaman, serta pemahaman dalam bidang keperawatan. Perencanaan analisis data mencerminkan kemampuan untuk mengaitkan berbagai data yang diperoleh dan menghubungkannya dengan teori atau prinsip-prinsip yang sesuai, sehingga dapat ditarik suatu kesimpulan yang logis<sup>2</sup>.

## 3. Kemungkinan Diagnosis Keperawatan

Menurut buku SDKI tahun 2017, diagnosis keperawatan yang dapat timbul pada lansia yang mengalami gangguan gerak adalah sebagai berikut<sup>8</sup>:

- Gangguan pada kemampuan bergerak fisik terkait dengan berkurangnya kekuatan otot.
- Ketidak toleran terhadap kegiatan yang berkaitan dengan ketidakmampuan bergerak.

- c. Risiko terjatuh dapat dibuktikan melalui adanya gangguan pada keseimbangan.
- d. Kekurangan dalam perawatan diri berhubungan dengan masalah muskuloskeletal.
- e. Retensi urin berhubungan dengan peningkatan tekanan uretra
- f. Pola pernapasan yang tidak efektif terkait dengan adanya hambatan dalam usaha bernapas.

#### **4. Perencanaan Keperawatan**

Perencanaan keperawatan pada lansia merupakan suatu tahapan dalam menyusun tindakan keperawatan yang bertujuan untuk mencegah, mengurangi, atau menanggulangi berbagai permasalahan yang dialami oleh lanjut usia. Rancangan asuhan keperawatan bagi lansia yang mengalami gangguan dalam mobilitas fisik mengacu pada buku Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) tahun 2016 serta Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) tahun 2016 adalah sebagai berikut<sup>25</sup>:

Tabel 2. 8 Intervensi Keperawatan Gangguan Mobilitas

N O	Diagnosa Keperawata n	Tujuan (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
1.	Gangguan Mobilitas Fisik	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan lima kali kunjungan, diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Pergerakan Ekstremitas meningkat</li> <li>b) Kekuatan otot meningkat</li> <li>c) Rentang gerak ROM meningkat</li> </ul>	<p><b>Dukungan Ambulasi:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</li> <li>b) Jelaskan prosedur dan tujuan ambulasi</li> <li>c) Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi</li> <li>d) Monitor darah tekanan sebelum memulai ambulasi</li> <li>e) Monitor kondisi umum selama</li> </ul>

N O	Diagnosa Keperawata n	Tujuan (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
		<p>d) Nyeri menurun</p> <p>e) Kecemasan menurun</p> <p>f) Kaku sendi menurun</p> <p>g) Gerak tidak terkoordinasi menurun</p> <p>h) Gerakan terbatas menurun</p> <p>i) Kelemahan fisik menurun</p>	<p>melakukan ambulasi</p> <p>f) Fasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu</p> <p>g) Fasilitasi melakukan ambulasi fisik</p> <p><b>Teknik Latihan Penguatan Sendi</b></p> <p>a) Identifikasi keterbatasan fungsi dan gerak sendi</p> <p>b) Lakukan pengendalian nyeri sebelum memulai latihan</p> <p>c) Berikan tubuh untuk posisi optimal gerakan sendi pasif atau aktif</p> <p>d) Fasilitasi gerak sendi teratur dalam batas-batas rasa sakit, ketahanan dan mobilitas sendi</p> <p>e) Berikan penguatan positif untuk melakukan latihan bersama</p> <p>f) Jelaskan kepada pasien atau keluarga tujuan dan rencana latihan Bersama</p> <p>g) Anjurkan duduk di tempat tidur di sisi tempat tidur (menjuntai) atau di kursi toleransi sesuai</p>

N O	Diagnosa Keperawata n	Tujuan (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
			<p>h) Anjurkan memvisualisasikan gerak tubuh sebelum memulai gerakan</p> <p>i) Anjurkan ambulasi sesuai toleransi kolaborasi dengan fisioterapi dalam mengembangkan dan melaksanakan program latihan</p> <p><b>Terapi Relaksasi Otot Progresif</b></p> <p>a) Identifikasi tempat yang tenang dan nyaman</p> <p>b) Monitor secara berkala untuk memastikan otak tidak aktif</p> <p>c) Berikan posisi bersandar pada kursi atau posisi lainnya yang nyaman</p> <p>d) Anjurkan melakukan relaksasi otot rahang</p> <p>e) Ajarkan memakai pakaian nyaman</p> <p>f) Anjurkan menegangkan otot selama 5 sampai 10 detik kemudian anjurkan untuk merilekskan otot 20 sampai 30 detik masing masing 8 sampai 16 kali</p>

N O	Diagnosa Keperawata n	Tujuan (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
			<p>g) Anjurkan fokus pada sensasi otot yang menegangkan</p> <p>h) Anjurkan fokus pada sensasi otot yang rileks</p> <p>i) Ajarkan melakukan Teknik relaksasi nafas dalam</p>
2.	Intoleransi Aktivitas	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama lima kali kunjungan, diharapkan toleransi aktivitas meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Frekuensi nadi sedang Saturasi oksigen meningkat</li> <li>b) Kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari meningkat</li> <li>c) Kecepatan berjalan meningkat</li> <li>d) Jarak berjalan meningkat</li> <li>e) Kekuatan tubuh bagian atas meningkat</li> <li>f) Kekuatan tubuh bagian bawah meningkat</li> <li>g) Keluhan lelah menurun</li> </ul>	<p><b>Manajemen Energi</b></p> <p>a) Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan</p> <p>b) Monitor kelelahan fisik dan emosional</p> <p>c) Monitor pola dan jam tidur</p> <p>d) Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas</p> <p>e) Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus seperti: cahaya, suara, kunjungan</p> <p>f) Lakukan latihan rentang gerak pasif dan aktif</p> <p>g) Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan secara bertahap</p> <p>h) Anjurkan melakukan</p>

N O	Diagnosa Keperawata n	Tujuan (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
		<p>h) Dipsnea saat aktivitas menurun</p> <p>i) Frekuensi nafas membaik</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan lima kali kunjungan, diharapkan ambulasi meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Menopang berat mengikat berjalan</li> <li>b) Berjalan dengan langkah pelan meningkat</li> <li>c) Berjalan dengan langkah sedang meningkat</li> <li>d) Berjalan dengan langkah cepat meningkat</li> <li>e) Berjalan menahan meningkat</li> <li>f) Berjalan menurut meningkat</li> <li>g) Berjalan jarak pendek meningkat</li> </ul>	<p>aktivitas secara bertahap</p> <p>i) Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan</p> <p><b>Terapi Aktifitas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Identifikasi defisit tingkat aktivitas</li> <li>b) Fasilitasi fokus pada kemampuan bukan defisit yang dialami</li> <li>c) Sepakati komitmen untuk meningkatkan frekuensi</li> <li>d) Fasilitasi mengembangkan kan motivasi dan penguatan diri</li> <li>e) Anjurkan cara melakukan aktivitas yang dipilih</li> <li>f) Anjurkan melakukan aktivitas fisik sosial spiritual dan kognitif dalam menjaga fungsi kesehatan dan</li> <li>g) Kolaborasi dengan terapis okupasi</li> </ul>

N O	Diagnosa Keperawata n	Tujuan (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
		h) Berjalan jarak sedang meningkat	
3.	Resiko Jatuh	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan lima kali kunjungan, diharapkan tingkat jatuh menurun dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Jatuh dari tempat tidur menurun</li> <li>b) Jatuh dari berdiri menurun</li> <li>c) Jatuh saat duduk menurun</li> <li>d) Jatuh saat berjalan menurun</li> <li>e) Jatuh saat dipindahkan menurun</li> <li>f) Jatuh saat naik tangga menurun</li> <li>g) Jatuh saat di kamar mandi menurun</li> <li>h) Jatuh saat membungkuk dan menurun</li> </ul>	<p><b>Pencegahan Jatuh:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Identifikasi faktor resiko jatuh misal usia lebih 65 tahun</li> <li>b) Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan resiko jatuh seperti lantai licin penerangan kurang</li> <li>c) Monitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya</li> <li>d) Tempatkan pasien beresiko tinggi jatuh dengan pantauan perawat</li> <li>e) Anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin</li> <li>f) Anjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh</li> <li>g) Anjurkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan</li> </ul>

N O	Diagnosa Keperawata n	Tujuan (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
			<p><b>Manajemen Keselamatan Lingkungan:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Identifikasi kebutuhan keselamatan</li> <li>b) Monitor perubahan status keselamatan lingkungan</li> <li>c) Hilangkan bahaya keselamatan jika memungkinkan</li> <li>d) Modifikasi lingkungan untuk meminimalkan resiko jatuh</li> <li>e) Sediakan alat bantu keamanan lingkungan (seperti pegangan tangan)</li> <li>f) Gunakan perangkat pelindung seperti rel samping pintu terkunci pagar</li> <li>g) Ajarkan individu keluarga dan kelompok resiko tinggibahaya lingkungan</li> </ul>

## 5. Implementasi Keperawatan

Pelaksanaan keperawatan merupakan serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat sebagai upaya untuk merealisasikan tindakan intervensi keperawatan sesuai rencana<sup>25</sup>.

Sesuai dengan buku Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) tahun 2016, terdapat beberapa intervensi keperawatan yang ditujukan

untuk lansia yang mengalami masalah dalam mobilitas fisik, meliputi<sup>25</sup>:

a) Dukungan Mobilisasi

Dukungan ini mencakup upaya membantu pasien dalam meningkatkan kemampuan gerak fisik. Kegiatan yang dilakukan antara lain membantu penggunaan perangkat bantu seperti tongkat, kruk, atau kursi roda serta memberikan edukasi mengenai pentingnya melakukan mobilisasi sejak dini.

b) Ambulasi dini dengan dukungan mobilisasi terhadap lansia

Ambulasi dini merupakan bantuan kepada lansia untuk meningkatkan kemampuan berpindah tempat. Tindakan ini mencakup latihan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda, berjalan menuju kamar mandi, dan berjalan sesuai kemampuan fisiknya.

c) Menajemen energi dengan mengajarkan latihan rentang gerak pasif dan aktif.

d) Terapi aktivitas dengan merekomendasikan kegiatan fisik secara teratur, interaksi sosial, kegiatan spiritual, dan latihan kognitif untuk mempertahankan fungsi dan kesehatan.

e) Pencegahan jatuh dan menajemen keselamatan lingkungan terhadap lansia.

## 6. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan bertujuan untuk menilai sejauh mana perkembangan kondisi kesehatan pasien setelah dilakukan tindakan keperawatan serta melihat pencapaian tujuan berdasarkan rencana yang telah dibuat. Evaluasi ini juga digunakan untuk memperbarui data awal serta merancang ulang perencanaan agar perawat dapat membuat keputusan, seperti<sup>2</sup>:

a) Menghentikan rencana tindakan jika tujuan telah terpenuhi.

b) Mengubah atau menyesuaikan intervensi bila diperlukan.

c) Melanjutkan metode yang terbukti efektif.

Untuk memudahkan proses evaluasi secara sistematis, gunakan kerangka SOAP (Subjective, Objective, Assessment, Plan):

- a) Subjective: keluhan, keluh kesah, atau masukan yang disampaikan pasien setelah tindakan keperawatan.
- b) Objective: temuan nyata yang diperoleh perawat melalui pemeriksaan fisik, pengukuran, atau observasi langsung.
- c) Assessment: penilaian atau interpretasi hasil S dan O, dengan membandingkan pencapaian terhadap diagnosa dan tujuan awal.
- d) Plan: langkah selanjutnya yang akan dirancang ulang berdasar respons pasien apakah intervensi dilanjutkan, dimodifikasi, atau dihentikan.

## 7. Dokumentasi Keperawatan

Dokumentasi keperawatan adalah catatan tertulis yang mencakup seluruh data penting untuk menetapkan diagnosis keperawatan, perencanaan tindakan, serta penilaian keperawatan. Catatan ini harus disusun secara terstruktur, dapat dipercaya, dan sah secara hukum. Isi dokumentasi meliputi seluruh tahapan proses keperawatan mulai dari pengkajian, intervensi, hingga tahap evaluasi<sup>2</sup>.

## **BAB III**

### **METODE PENELITIAN**

#### **A. Jenis Dan Desain Penelitian**

Jenis penelitian yang digunakan peneliti adalah penelitian kualitatif, desain deskriptif dengan pendekatan studi kasus<sup>26</sup>. Penelitian deskriptif ini bertujuan untuk mendeskripsikan atau memaparkan peristiwa penting yang terjadi masa kini<sup>26</sup>. Deskripsi dilakukan secara sistematis dan lebih menekankan pada fakta dan data dari pada penyimpulan ataupun pendapat. Penelitian studi kasus merupakan rancangan penelitian yang mencakup pengkajian satu unit penelitian secara intensif misalnya satu klien, keluarga, kelompok, komunitas atau institusi<sup>26</sup>. Studi kasus dalam penelitian ini adalah melaksanakan penelitian sesuai asuhan keperawatan dari pengkajian, diagnosis keperawatan intervensi keperawatan, implementasi dan evaluasi keperawatan. Studi kasus yang dilakukan berupa asuhan keperawatan pada lansia dengan gangguan mobilitas fisik di PSTW Sabai Nan Aluih Sicincin.

#### **B. Tempat dan Waktu**

Studi kasus ini dilakukan di PSTW Sabai Nan Aluih Sicincin Kabupaten Padang Pariaman. Waktu penelitian dimulai dari bulan November 2024 sampai bulan Juni 2025. Waktu pendampingan asuhan keperawatan pada lansia yang menjadi sampel penelitian dilakukan selama satu minggu, dari tanggal 10 Februari – 16 Februari 2025 dengan menerapkan asuhan keperawatan pada lansia dengan gangguan mobilitas fisik.

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

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

Populasi yang terdapat dalam penelitian ini merupakan individu-individu yang memenuhi kriteria yang telah ditentukan. Dalam studi kasus ini, populasi yang diteliti adalah semua lansia yang memiliki masalah dalam mobilitas fisik dan menggunakan kursi roda di PSTW Sabai Nan Aluih Sicincin, yang berusia di atas 60 tahun, dengan jumlah total sebanyak 12 orang.

## 2. Sampel

Sampel ialah sebagian anggota dari populasi yang dipilih untuk merepresentasikan keseluruhan kelompok dalam penelitian dengan menggunakan metode pengambilan sampel (sampling). Pengambilan sampel adalah proses pemilihan sebagian dari populasi yang dianggap dapat mencerminkan sifat-sifat keseluruhan populasi itu. Dalam penelitian ini, sampel yang dianalisis adalah seorang individu lanjut usia berusia lebih dari 60 tahun yang mengalami masalah dalam mobilitas fisik dan memanfaatkan kursi roda di PSTW Sabai Nan Aluih Sicincin.

Proses pengambilan sampel dilakukan dengan purposive sampling, yaitu metode pemilihan sampel yang didasarkan pada kriteria tertentu yang telah ditentukan sebelumnya, sehingga individu terpilih secara sengaja mampu mencerminkan karakteristik populasi yang menjadi fokus penelitian<sup>27</sup>.

Dengan demikian, objek penelitian ini adalah satu lansia pengguna kursi roda berusia di atas 60 tahun di PSTW Sabai Nan Aluih Sicincin.

Kriteria yang harus dipenuhi untuk sampel dalam penelitian ini adalah:

### a. Kriteria Inklusi sebagai berikut:

- 1) Lansia yang mengalami gangguan mobilisasi yang menggunakan alat bantu kursi roda
- 2) Lansia bersedia menjadi responden.
- 3) Para lanjut usia yang tinggal di panti sosial Tresna Werdha Sabai Nan Aluih Sicincin.
- 4) Lansia yang bersikap kooperatif dan memiliki kemampuan komunikasi yang baik.

### b. Kriteria Eksklusi

- 1) Lansia yang tiba-tiba mengalami penyakit dan perlu dirawat di rumah sakit.
- 2) Lansia yang meninggal dunia selama masih dilakukan penelitian

- 3) Lansia yang membatalkan kesediaanya menjadi responden selama masih dilakukanya penelitian

Dari 12 lansia yang mengalami masalah dalam bergerak, terdapat 7 lansia yang memenuhi kriteria yang ditetapkan. Untuk penentuan 1 sampel dan 1 sampel cadangan peneliti menggunakan teknik simple random sampling menggunakan lotre, dari hasil lotre maka ditetapkan 1 orang sebagai sampel utama dalam penelitian yaitu Tn. A dan 1 orang sebagai sampel cadangan dalam penelitian yaitu Tn. M.

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

#### **D. Alat dan Instrumen Pengumpulan Data**

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

#### **E. Teknik Pengumpulan Data**

Dalam pengumpulan data peneliti menggunakan teknik pengumpulan data sebagai berikut:

1. Wawancara (Anamnesa)

Dalam penelitian ini, peneliti melakukan wawancara pada klien untuk melengkapi data klien berupa identitas lansia, keluhan kesehatan klien,

riwayat kesehatan, kebiasaan sehari-hari dengan menggunakan format pengkajian keperawatan gerontik.

#### 2. Observasi

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

#### 3. Pengukuran

Peneliti memantau kondisi lansia dengan memanfaatkan berbagai instrumen pemeriksaan fisik, meliputi pengukuran tanda-tanda vital (denyut nadi, tekanan darah, laju pernapasan), tinggi dan berat badan, serta suhu tubuh. Selain itu, dilakukan pemeriksaan fisik menyeluruh termasuk tes patella untuk menilai refleks lutut. Untuk mengukur tingkat ketergantungan lansia, peneliti menggunakan Indeks Barthel, dan kekuatan otot dinilai melalui tes kekuatan isometrik.

#### 4. Studi Dokumentasi

Studi dokumentasi berfungsi sebagai pelengkap metode observasi dan wawancara yang telah dilakukan. Peneliti mengolah data primer dari dokumen resmi di PSTW Sabai Nan Aluih Sicincin, serta meninjau dokumen tertulis lain seperti laporan penelitian atau karya ilmiah yang relevan dengan topik gangguan mobilitas pada lansia.

### F. Jenis Data

Data Primer yang diambil untuk studi kasus ini menggunakan sumber klien langsung melalui proses pengkajian keperawatan yang terdiri dari data umum, riwayat kesehatan, riwayat kesehatan keluarga, dan hasil pemeriksaan fisik.

Data sekunder yang diperoleh untuk studi kasus ini adalah data-data yang didapatkan bersumber dari dokumen asli dan petugas yang ada di PSTW Sabai Nan Aluih Sicincin, data tersebut meliputi data yang melengkapi format pengkajian keperawatan.

## G. Prosedur Pengumpulan Data

1. Peneliti meminta surat izin survey pendahuluan (survey data) dari institusi asal peneliti yaitu Kemenkes Poltekkes Padang.
2. Peneliti mendatangi Dinas Sosial Sumatera Barat dan menyerahkan surat rekomendasi survey data dari institusi untuk mendapatkan surat izin survey data di PSTW Sabai Nan Aluih Sicincin.
3. Peneliti mendatangi PSTW Sabai Nan Aluih Sicincin dan menyerahkan surat izin survey data dari Dinas Sosial Sumatera Barat.
4. Peneliti meminta data jumlah lansia di PSTW Sabai Nan Aluih Sicincin kepada pimpinan PSTW
5. Peneliti melakukan survey pendahuluan dengan melakukan survey ke wisma-wisma di PSTW Sabai Nan Aluih untuk menentukan populasi penelitian tersebut.
6. Peneliti mengajukan permohonan izin untuk melaksanakan penelitian kepada institusi asal peneliti, yaitu Kemenkes Poltekkes Padang.
7. Peneliti mendapatkan surat pengantar ke Dinas Sosial dari institusi asal peneliti untuk rekomendasi penelitian ke PSTW Sabai Nan Aluih Sicincin.
8. Peneliti mendatangi PSTW dan menyerahkan surat izin penelitian ke PSTW Sabai Nan Aluih Sicincin
9. Peneliti melakukan pemilihan sampel berdasarkan kriteria yang telah ditentukan yaitu klien yang mengalami gangguan mobilisasi. Pemilihan sampel dilakukan berdasarkan kriteria inklusi dan eksklusi, dengan kriteria inklusi dan eksklusi dari 12 lansia yang mengalami gangguan mobilisasi didapatkan 7 lansia yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi. Untuk mendapatkan 1 sampel, maka peneliti melakukan pemilihan dengan teknik *simple random sampling* dengan cara lotre dan didapatkan lansia Tn. A sebagai sampel utama dan Tn. M sebagai sampel cadangan.
10. Peneliti menjelaskan arti dan tujuan dari penelitian kepada para responden.

11. Peneliti meminta persetujuan yang diinformasikan kepada responden untuk ditandatangani.
12. Peneliti mengatur waktu bagi responden untuk menjalani pemeriksaan dan wawancara dengan menggunakan format pengkajian perawatan bagi lansia.
13. Peneliti melakukan evaluasi yang mencakup wawancara medis dan pemeriksaan tubuh.
14. Peneliti melakukan diagnosis, intervensi, penerapan, dan evaluasi pada responden, setelah itu peneliti melaksanakan terminasi serta mendokumentasikan hasilnya.

## **H. Analisis Data**

Analisa data adalah cara mengolah data agar dapat disimpulkan atau diinterpretasikan menjadi informasi. Dalam Penelitian ini, peneliti melakukan analisa data dengan cara membandingkan data-data yang sudah didapatkan dari hasil pengkajian pada klien dengan teori yang ada dan hasil penelitian sebelumnya sehingga didapatkan suatu kesimpulan.

Hasil analisis yang didapat saat melakukan asuhan keperawatan mulai dari pengkajian kemudian dikelompokkan berdasarkan data objektif dan data subjektif sehingga dilakukan analisa data dan ditegakkan diagnosis keperawatan, kemudian merencanakan tindakan, melakukan tindakan sampai mengevaluasi hasil tindakan tekah di narasikan dan dibandingkan asuhan keperawatan dilakukan terhadap Tn. A dengan teori dan penelitian sebelumnya.

## **BAB IV**

### **HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN**

#### **A. Hasil Penelitian**

Asuhan keperawatan dilakukan pada Tn. A selama 7 hari dimulai dari tanggal 10 Februari 2025 sampai dengan tanggal 16 Februari 2025 di Wisma Anai PSTW Sabai Nan Aluih Sicincin.

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

Klien adalah Tn. A seorang laki-laki yang berusia 85 tahun, klien beragama islam, seorang duda yang memiliki 4 orang anak, sumber informasi pengkajian ini didapatkan dari klien sendiri. Keluarga klien yang dapat dihubungi adalah keponakan klien yang bernama Ny. E. Alasan klien masuk ke PSTW adalah karna kemauan sendiri karena klien merasa tidak ada lagi yang bisa mengurusnya dirumah. Klien berada di PSTW sudah lama yaitu sudah 10 tahun yang lalu.

Pada saat dilakukan pengkajian pada tanggal 10 Februari 2025 pukul 11.00 wib, Tn. A mengatakan bahwa ia kesulitan saat berdiri, berjalan dan berpindah tempat tanpa bantuan kursi roda, kesulitan tersebut terjadi saat klien ingin berpindah dari suatu tempat ke kursi roda bahkan sebaliknya, dan saat berjalan ke kamar mandi dengan alat bantu tongkat. Klien mengatakan tidak mampu berdiri dengan lama karna kaki terasa lemah, sulit digerakkan,dan sakit terutama pada bagian kedua lutut dan klien tidak mampu meluruskan bagian punggung karna kaku pada pinggang dan terasa sakit, hal ini terjadi karna pernah terjatuh di wisma. Namun klien tampak berusaha untuk berpindah tempat tanpa kursi roda dan menggantinya dengan tongkat untuk akses ke kamar mandi dengan berjalan perlahan dan tampak gemetar. Klien mengatakan bahwa ia merasa takut jatuh karna klien sering ketiduran tanpa sadar saat beraktifitas sehingga klien menggunakan kursi roda untuk berpindah dan beraktifitas. Klien mengatakan kakinya sering terasa kesemutan. Pada saat ditanya mengenai seberapa besar tingkat nyeri yang dialami oleh Tn. A, Tn.

A menyatakan bahwa tingkat nyeri pada daerah pinggang yang ia alami adalah 4, dengan sensasi nyeri yang mirip seperti ditusuk-tusuk dan menyebar ke area punggung, klien juga mengungkapkan bahwa nyeri yang dialaminya bersifat hilang timbul, dan biasanya terasa saat ia bergerak atau berpindah dari satu tempat ke kursi roda. Sedangkan pada kaki bagian lutut, Tn.A melaporkan bahwa tingkat nyeri yang dialaminya adalah 3, dengan sensasi nyeri yang terasa kaku dan ditusuk-tusuk. Kakinya sering kali mengalami kesemutan, dan klien menyatakan bahwa nyeri tersebut muncul dan menghilang. Umumnya, nyeri ini meningkat saat klien bergerak atau berpindah tempat. Selain itu klien juga mengatakan merasa lelah, dan sering mengantuk bahkan ketiduran saat beraktifitas. Tn. A mengatakan sudah lama berada di panti ini, sudah ada 10 tahun an, klien juga mengatakan ia mengalami hambatan saat berjalan dan berpindah tempat serta merasa nyeri pada pinggang dan lutut sejak 4 tahun terakhir. Klien mengatakan saat ingin pergi ke kamar mandi dan saat ingin berpindah ke kursi roda klien terkadang dibantu oleh pengasuh jika pengasuh ada di wisma. Klien mengatakan pernah terjatuh saat berusaha berjalan menggunakan tongkat untuk pergi ke kursi roda 2 bulan yang lalu, namun klien diam saja dan tidak memberitahu pengasuh wisma . Klien mengatakan lebih nyaman dan merasa aman jika beraktifitas menggunakan kursi roda. Klien mengatakan jarang berolahraga dan mengikuti kegiatan senam karna keadaanya yang menggunakan kursi roda. Klien mengatakan saat tidur di malam hari klien sering terbangun karna ingin buang air kecil, dan klien mengatakan saat beraktifitas sehari-hari klien sering merasa mengantuk bahkan ketiduran sambil duduk karna merasa badan lemah dan lelah. Klien mengatakan sering mengkonsumsi makanan berminyak dan klien mengatakan BAB sekali sehari, susah saat mengejan dan hanya sedikit yang keluar. Klien biasanya mengatasi masalah kesehatan yang dirasakanya dengan cara memakai minyak urut, dan istirahat.

Klien tidak memiliki catatan alergi terhadap makanan, minuman, obat-obatan, dan hal-hal lainnya. Klien mempunyai sejarah jatuh sendiri sekitar 4 tahun dan 2 bulan yang lalu namun saat itu klien tidak langsung memberitahu pengasuh yang berada disana. Klien tidak memiliki catatan perawatan di rumah sakit sebelumnya. Klien memiliki riwayat sakit maag. Klien mengkonsumsi obat ranitidine untuk obat maagnya jika perutnya terasa sakit. Klien menyatakan bahwa tidak ada anggota keluarganya yang memiliki riwayat kesehatan seperti hipertensi, diabetes, atau kondisi serupa yang dialaminya saat ini. Secara psikologis dan spiritual klien, orang yang terdekat dengan klien adalah keponakanya, karna 3 anak klien sudah meninggal, dan satu lagi sudah merantau dan tidak ada kabar. Saat ini, permasalahan yang dihadapi oleh klien adalah klien mengalami kesulitan dalam berjalan, dan berpindah sehingga klien tidak bisa melakukan aktifitas seperti teman-temannya yang lain. Mekanisme coping klien terhadap stress adalah beristirahat dan shalat. Persepsi klien terhadap penyakitnya adalah klien sudah bisa menerima keadaanya yang sekarang, namun terkadang klien merasa sedih karena tidak bisa beraktifitas dengan bebas tanpa menggunakan alat bantu kursi roda seperti teman-temannya yang lain. Aktifitas keagamaan yang dilakukan kliennya itu shalat 5 waktu sehari, dan membaca al-quran sekali sehari, serta mengikuti wirid sekali seminggu yang diadakan di panti. Kegiatan keagamaan yang ingin dilakukan klien saat ini yaitu klien ingin shalat berjamaah di masjid ke 5 waktu shalatnya namun klien kesulitan karena kondisinya yang sulit untuk berjalan dan menggunakan kursi roda. Klien percaya akan adanya kematian, oleh karen itu klien berusaha untuk tidak meninggalkan shalat 5 waktu dan melakukan ibadah lainnya.

Pola kebiasaan sehari-hari klien mencakup tiga kali makan dalam sehari, yang terdiri dari nasi, lauk, sayur, dan buah. Nafsu makan klien tergolong baik, tetapi klien seringkali tidak dapat menghabiskan makanannya karena merasa kenyang. Selain itu, klien tidak

mengonsumsi buah yang disediakan oleh panti karena merasa sudah cukup kenyang dengan nasi. Biasanya, sebelum makan, klien membaca basmalah dan berdoa. Klien tidak memiliki alergi terhadap makanan apa pun. Jenis makanan yang disukai oleh klien adalah ikan. Berat badan klien adalah 48 kg dan tinggi badan klien mencapai 146 cm. Kebiasaan buang air kecil klien terjadi sekitar 5-8 kali dalam sehari, dengan warna kuning, bening, dan memiliki aroma yang khas. Kebiasaan buang air besar klien adalah sekali dalam sehari, dengan jumlah yang sedikit dan terkadang tidak ada sama sekali. Feses berwarna kuning kecoklatan, memiliki konsistensi yang padat, dan terasa keras. Klien BAB biasanya di pagi hari, klien mengatakan sulit BAB, susah saat mengejan. Klien tidak pernah mengkonsumsi obat laksatif dan juga tidak ada mengkonsumsi buah yang biasanya diberikan oleh panti saat waktu makan.

Kebiasaan mandi klien yaitu 1 kali sehari dengan sabun, oral hygiene 1 kali sehari pada saat mandi, cuci rambut 1 kali sehari saat mandi menggunakan shampo, serta gunting kuku 1 kali seminggu. Kebiasaan tidur klien adalah selama 6 hingga 7 jam di malam hari dan 10 menit di siang hari. Klien tidak melakukan olahraga karena mengalami kesulitan dan menggunakan kursi roda. Klien mengatakan ketika waktu luang klien biasanya duduk-duduk dikursi roda di halaman sekitar wisma sambil melihat-lihat orang yang berada disekitar selain itu klien terkadang membaca al-quran sebentar di kamar. Keluhan klien saat beraktifitas adalah kesulitan saat menggerakkan tubuh, mengenakan pakaian, mandi, dan sulit saat berjalan dan berpindah. Klien tidak mempunyai ketergantungan obat.

Pada saat dilakukan pemeriksaan fisik, diperoleh informasi bahwa kondisi umum klien baik, meskipun terlihat lemah dan menggunakan kursi roda. Tekanan darah pasien adalah 110/80 mmHg, denyut nadi 86 kali per menit, suhu tubuh 36,3°C, dan frekuensi pernapasan 19 kali per menit. Rambut klien terawat, pendek dan tipis serta beruban. Kongjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, dan klien mengalami

rabun jauh. Hidung klien dalam kondisi bersih, tidak terdapat pembengkakan pada sinus, tidak ada lesi, serta tidak ada pernapasan yang sulit. Telinga klien terlihat simetris di sisi kiri dan kanan, bersih, serta tidak terdapat lesi. Mukosa bibir klien tampak kering, tidak terdapat luka, tidak terlihat pucat, gigi klien tidak utuh, dan tidak ada kesulitan dalam mengeluarkan atau menelan makanan. Leher klien tidak menunjukkan adanya pembengkakan pada kelenjar tiroid, tidak terdapat pembengkakan pada kelenjar getah bening, serta tidak ada lesi yang terdeteksi.

Pemeriksaan terhadap dada menunjukkan bahwa dada memiliki bentuk simetris di sisi kiri dan kanan, tidak terdapat retraksi pada dinding dada, serta tidak ada penggunaan otot bantu untuk bernapas. Fremitus di sisi kiri teraba sama dengan di sisi kanan, tidak ada rasa nyeri saat ditekan, suara yang dihasilkan sonor, dan terdengar vesikuler. Pemeriksaan abdomen klien menunjukkan bahwa daerah tersebut dalam keadaan baik dan tidak terdapat lesi. Suara usus terdengar normal dengan frekuensi 35 kali per menit. Tidak terdapat pembengkakan maupun nyeri saat ditekan. Ekstremitas atas simetris, kulit kering, tidak terdapat edema, akral hangat, CRT < 2 detik. Ekstremitas bawah simetris pada sisi kiri dan kanan, kulit kering, tidak terdapat luka dan tidak ada edema, CRT < 2 detik, otot kaki tampak lemah. Kekuatan otot tangan kiri adalah 5, tangan kanan 5, kaki kiri 4, dan kaki kanan 3.

Pengkajian mengenai status mental klien menunjukkan bahwa orientasi terhadap waktu, tempat, dan orang adalah baik. Kemampuan mengingat jangka panjang dan jangka pendek klien berada dalam kondisi baik, meskipun klien memiliki afek datar. Pada saat dilakukan pengkajian fungsi kognitif ditemukan skor salah sebanyak 3 sehingga Tn. A mengalami kerussksn intelektual ringan.

Pengkajian status kemandirian klien dengan menggunakan Indeks Katz didapatkan klien berada pada skor E yaitu Tn. A menunjukkan kemandirian dalam semua kegiatan sehari-hari, kecuali untuk mandi, berpakaian, berpindah tempat, dan satu fungsi tambahan lainnya. Dalam hal evaluasi kemandirian dalam beraktivitas, diperoleh skor 7, yang menunjukkan bahwa klien menunjukkan ketergantungan dalam melaksanakan aktivitas tersebut.

Pengkajian psikososial didapatkan data bahwa pada dasarnya klien merasa puas dengan kehidupanya. Klien memiliki semangat yang baik setiap waktu dan merasa bahagia untuk sebagian besar hidupnya. Klien merasa hidupnya tidak kosong, klien merasa tidak sring bosan, klien tidak merasa cemas akan hal-hal buruk yang mungkin terjadi padanya, dan klien tidak merasa memiliki lebih banyak masalah dengan ingatan dibandingkan dengan orang lain pada umumnya. Namun, klien merasa telah mengesampingkan banyak kegiatan dan minat demi kesenangan. Kesimpulannya, klien tidak menunjukkan tanda-tanda depresi.

Pengkajian risiko jatuh pada klien dengan menggunakan Morse Fall Scale (MFS) didapatkan skor 50 yang artinya klien mengalami risiko rendah untuk jatuh dan perlu diberikan tindakan pelaksanaan intervensi pencegahan jatuh standar.

Pengkajian fungsi kognitif pada klien didapatkan data bahwa klien masih kuat dengan ingatannya, seperti klien ingat dengan tahun, musim, hari, bulan, negara, provinsi, kabupaten, kecamatan, dan desa klien tinggal. Klien juga mampu menyebutkan objek yang ada disekitar klien serta mengulanginya kembali setelah diberikan pertanyaan yang lain, klien juga mampu menyebutkan nama benda yang ditunjuk saat pengkajian serta mampu mengulang kalimat yang disebutkan. Kesimpulannya klien mampu menjawab dengan benar sebanyak 25 yang artinya klien tidak mengalami kerusakan kognitif.

Penataan kamar klien yaitu kamar klien memiliki dua tempat tidur, terdapat 1 buah lemari didepan kamar klien, klien memiliki satu orang teman sekamar. Kamar klien tampak tidak padat dengan barang atau benda. Kamar klien bersih dan rapi. Penerangan di kamar klien bagus terdapat satu jendela yang selalu terbuka di pagi samapi sore hari, penerangan pada jalan untuk menuju ke kamar mandi kurang dan penerangan di kamar mandi cukup baik. Sirkulasi udara di kamar klien baik, karena terdapat satu jendela yang terbuka di pagi hari sampai sore hari.

Halaman pada Wisma Anai dilengkapi dengan banyak bunga dan cukup bersih serta rapi. Terdapat kamar mandi yang bersih, namun ada beberapa kamar mandi yang lantainya licin, dan terdapat pegangan di kamar mandi. Terdapat got dan saluran pembuangan air kotor dibelakang wisma anai. Sumber air minum yaitu dari air masak yang disediakan oleh pengurus PSTW. Terdapat tempat sampah yang berada disamping wisma, sumber pencemaran di sekitar tempat tinggal klien adalah selokan yang ada dibelakang wisma anai.

## **2. Diagnosis Keperawatan**

Diagnosis keperawatan ditegakkan berdasarkan hasil pengkajian dengan menggunakan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI). Berdasarkan pengkajian yang dilakukan pada Tn. A, ditegakkan diagnosis keperawatan sebagai berikut:

- a. Gangguan mobilitas fisik b.d penurunan kekuatan otot dan kekakuan sendi ditandai dengan klien sulit berjalan (berpindah tempat), kekuatan otot menurun, menggunakan alat bantu mobilitas kursi roda dan tongkat.**

Data Subjektif yang didapatkan adalah Klien mengatakan sulit berdiri, berjalan dan berpindah tempat tanpa bantuan kursi roda, klien mengatakan kesulitan saat ingin berpindah dari suatu tempat

ke kursi roda bahkan sebaliknya, dan saat berjalan ke kamar mandi dengan alat bantu tongkat, klien mengatakan tidak mampu berdiri dengan lama karna kaki terasa lemah, sulit digerakkan dan sakit terutama pada bagian kedua lutut, klien mengatakan tidak mampu meluruskan bagian punggung karna kaku pada pinggang dan terasa sakit jika diluruskan, klien mengatakan kakinya sering terasa kesemutan.

Data Objektif yang didapatkan adalah klien tampak kesulitan saat berjalan dan berpindah tempat, klien tampak menggunakan alat bantu jalan yaitu kursi roda, dan memakai tongkat saat ingin ke kamar mandi, gerakan klien tampak terbatas, klien tampak lebih banyak duduk di kursi roda, skor tingkat kemandirian 7/17 (Ketergantungan), kekuatan otot ekstremitas mengalami penurunan yaitu:

Ekstremitas	Kiri	Kanan
Atas	555	555
Bawah	444	333

**b. Risiko jatuh d.d kekuatan otot menurun dan penggunaan alat bantu berjalan ditandai dengan klien sulit berjalan dan berpindah tanpa alat bantu**

Data Subjektif yang didapatkan adalah klien mengatakan sulit berdiri, berjalan dan berpindah tempat tanpa bantuan kursi roda, klien mengatakan tidak mampu berdiri dengan lama karna kaki terasa lemah, sulit digerakkan dan sakit terutama pada bagian kedua lutut, klien mengatakan pernah jatuh sendiri di wisma 4 tahun yang lalu namun klien tidak langsung memberitahu pengasuh wisma, klien mengatakan jika beraktifitas klien harus menggunakan kursi roda, namun jika klien ingin ke kamar mandi klien menggunakan tongkat untuk berjalan dengan pelan-pelan, klien mengatakan pernah terjatuh saat berusaha berjalan

menggunakan tongkat untuk pergi ke kursi roda 2 bulan yang lalu, namun klien diam saja dan tidak memberitahu pengasuh wisma.

Data Objektif yang didapatkan adalah Klien tampak menggunakan alat bantu kursi roda saat beraktifitas, tapi saat ke kamar mandi klien tampak berusaha berjalan menggunakan tongkat dengan sangat perlahan dan tampak gemetaran, Klien tampak kesulitan saat hendak berpindah ke kursi roda, Gerakan klien tampak terbatas, Klien tampak susah menggerakkan kaki saat melangkah, Klien mengalami resiko rendah untuk jatuh, yaitu dibuktikan dengan hasil nilai pengkajian resiko jatuh (MFS) klien yaitu 50, sehingga klien perlu diberikan intervensi pencegahan jatuh standar.

**c. Nyeri Kronis b.d kondisi muskulokeletal kronis d.d klien mengeluh nyeri pada kedua lutut dan pinggang sejak 4 tahun terakhir**

Data Subjektif yang didapatkan adalah klien mengatakan tidak mampu berdiri dengan lama karna kaki terasa lemah, sulit digerakkan, dan sakit terutama pada bagian kedua lutut, klien mengatakan nyeri pada pinggang dan kedua lutut saat bergerak dan hendak berpindah tempat, klien mengatakan nyeri pada pinggang dan lutut sudah sejak 4 tahun dirasakanya, namun hilang timbul dan dirasakan saat bergerak, klien mengatakan tidak mampu meluruskan bagian punggung karna kaku pada pinggang dan terasa sakit jika diluruskan.

Data Objektif yang didapatkan adalah Klien tampak meringis saat berpindah tempat dari suatu tempat ke kursi roda serta saat berjalan dengan tongkat untuk ke kamar mandi, Klien tampak gelisah, Klien tampak tidak mampu menyelesaikan aktifitas saat nyeri muncul, Skala nyeri pinggang klien 4 dan skala nyeri kedua lutut klien 3 dengan frekuensi dan durasi tidak menentu.

### 3. Rencana Keperawatan

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

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

Tujuan pertama yang ingin dicapai menurut SLKI adalah **Mobilitas Fisik meningkat** dengan kriteria hasil adalah Pergerakan ekstremitas meningkat, kekuatan otot meningkat, rentang gerak (ROM) meningkat, kaku sendi menurun, gerakan terbatas menurun, kelemahan fisik menurun. Tujuan kedua yang ingin dicapai yaitu **ambulasi meningkat** dengan kriteria hasil adalah menopang berat badan meningkat, berjalan dengan langkah efektif meningkat, berjalan dengan langkah pelan meningkat, berjalan dengan langkah sedang meningkat berjalan jarak pendek meningkat, berjalan jarak sedang meningkat, berjalan jarak jauh meningkat, nyeri saat berjalan menurun, kaku pada persendian menurun, keengganahan berjalan menurun, perasaan khawatir saat berjalan menurun.

Perencanaan tindakan keperawatan (SIKI) yang akan dilakukan pertama adalah **dukungan ambulasi** yaitu dengan identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik, identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi, menjelaskan prosedur dan tujuan ambulasi, monitor tekanan darah sebelum memulai ambulasi, monitor kondisi umum selama melakukan ambulasi, fasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantuan yaitu kursi roda, melibatkan caregiver dalam memfasilitasi lansia dalam melakukan ambulasi latihan ambulasi. Intervensi selanjutnya yaitu melakukan **teknik**

**latihan penguatan sendi** yaitu dengan identifikasi keterbatasan fungsi dan gerak sendi, monitor lokasi dan ketidaknyamanan atau rasa sakit selama gerakan, lakukan pengendalian nyeri sebelum memulai latihan, berikan posisi tubuh optimal untuk gerakan sendi pasif atau aktif, fasilitasi penyusunan jadwal latihan rentang gerak aktif maupun pasif, berikan penguatan posisi untuk melakukan latihan bersama, Jelaskan kepada klien tujuan dan rencana latihan bersama, anjurkan duduk di tempat tidur, disisi tempat tidur, ('menjuntai'), atau di kursi, sesuai toleransi, anjarkan melakukan latihan rentang gerak aktif dan pasif secara sistematis, anjurkan mobilisasi sesuai toleransi.

**b. Risiko jatuh dibuktikan dengan kekuatan otot menurun dan penggunaan alat bantu berjalan**

Tujuan pertama yang ingin dicapai menurut SLKI adalah **tingkat jatuh menurun** dengan kriteria hasil adalah jatuh saat berdiri menurun, jatuh saat berjalan menurun, jatuh saat dipindahkan menurun, jatuh saat naik tangga menurun, jatuh saat dikamar mandi menurun, jatuh saat membungkuk menurun. Tujuan kedua yaitu **keseimbangan meningkat** dengan kriteria hasil adalah mempertahankan keseimbangan dari posisi duduk ke berdiri meningkat, mempertahankan keseimbangan saat berdiri meningkat, mempertahankan keseimbangan saat berjalan meningkat, perasaan bergoncang menurun, terasandung menurun.

Perencanaan tindakan keperawatan (SIKI) yang akan dilakukan adalah **pencegahan jatuh** yaitu dengan melakukan Identifikasi faktor risiko jatuh (mis Usia > 65 tahun), identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan resiko jatuh (mis: lantai licin, penerangan kurang), monitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya, tempatkan pasien beresiko tinggi jatuh dengan pantauan perawat, anjurkan menggunakan alas

kaki yang tidak licin, anjurkan untuk berpegangan pada pegangan yang tersedia pada dinding wisma anjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh, anjurkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan, menganjurkan klien untuk memanggil pengasuh jika ada kesulitan dalam beraktivitas, dan mengedukasi dan melibatkan caregiver dalam mengendalikan faktor penyebab resiko jatuh pada klien. Tindakan keperawatan kedua yang aka diberikan yaitu **manajemen keselamatan lingkungan** dengan melakukan indentifikasi kebutuhan keselamatan klien (mis. fungsi fisik dan kognitif serta riwayat perilaku), monitor perubahan status keselamatan lingkungan, hilangkan bahaya keselamatan lingkungan (mis. Biologi dan kimia), modifikasi lingkungan untuk meminimalkan bahaya dan risiko, dan sediakan alat bantu keamanan lingkungan.

c. **Nyeri Kronis berhubungan dengan kondisi musculoskeletal kronis**

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

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

#### **4. Implementasi Keperawatan**

Implementasi keperawatan dilakukan sesuai dengan perencanaan tindakan keperawatan yang telah ditentukan dan disusun sebelumnya sesuai SIKI dan SLKI serta sesuai dengan hasil pengkajian. Implementasi keperawatan dilakukan selama 6 hari yaitu dari tanggal 11 Februari – 16 Februari 2025. Berikut adalah implementasi keperawatan yang diberikan kepada Tn. A :

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

Implementasi keperawatan yang dilakukan adalah mengidentifikasi kemampuan pasien untuk mobiliasi/ berjalan dan berdiri, mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, mengidentifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi, memonitor kondisi umum selama melakukan ambulasi, memfasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu kursi roda dan tongkat, mengukur tekanan darah, nadi, pernafasan (TTV) sebelum dan setelah melakukan aktivitas, menjelaskan prosedur dan tujuan ambulasi, melibatkan caregiver dan lansia di wisma dalam membantu klien saat melakukan latihan ambulasi dan membantu klien dalam berpindah dari kursi roda ke tempat tidur atau ketempat lainnya, membantu klien dengan memapah klien berjalan ke kamar mandi atau sesuai kebutuhan serta mengajarkan lansia dan caregiver cara memapah klien saat berjalan, melakukan latihan ROM dan mengajarkan klien serta caregiver untuk melakukan latihan ROM secara mandiri.

**b. Resiko jatuh dibuktikan dengan kekuatan otot menurun dan penggunaan alat bantu berjalan**

Implementasi keperawatan yang dilakukan adalah mengidentifikasi faktor penyebab risiko jatuh, mengidentifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan resiko jatuh (mis. Lantai licin, penerangan kurang), memonitor kemampuan berpindah dari

tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya serta dari kamar ke kamar mandi dan sebaliknya, membantu klien dalam menggunakan kursi roda, mengajarkan lansia di wisma cara penggunaan kursi roda, menganjurkan klien untuk menggunakan alas kaki yang tidak licin, menganjurkan klien untuk berpegangan pada rail yang berada di dinding wisma, menganjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh, melibatkan caregiver dan lansia saat membantu klien dalam menggunakan kursi roda, melibatkan caregiver dalam memodifikasi lingkungan untuk mencegah resiko jatuh seperti lantai licin dan barang berserakan di lantai kamar mandi.

**c. Nyeri kronis berhubungan dengan kondisi musculoskeletal kronis**

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

## 5. Evaluasi Keperawatan

Berikut adalah hasil dan penilaian dari tindakan keperawatan yang telah diberikan kepada Tn. A selama 6 hari:

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

Setelah diberikan asuhan keperawatan **dukungan ambulasi dan latihan penguatan sendi** yaitu ROM pada Tn. A, evaluasi pada hari pertama yaitu, S : Klien mengatakan kesulitan saat berjalan dan berpindah dai suatu tempat ke kursi roda, Klien mengatakan kesulitan saat berjalan dan berpindah dai suatu tempat ke kursi

roda, Klien mengatakan kaki masih terasa lemah, susah untuk melangkah . O : TTV sebelum beraktifitas : TD 120/87 mmHg, HR 85 x/menit, RR 20 x/menit, TTV setelah beraktifitas, TD 125/89 mmHg, HR 88 x/menit, RR 22 x/menit, Klien tampak masih sulit dan lemah saat berpindah, Klien tampak masih berjalan dengan sangat perlahan (langkah satu per satu) dan gemetaran saat berjalan ke kamar mandi dengan tongkat, Klien tampak sering duduk dikursi saja dan tidak berpindah tempat dengan kursi roda, Klien tampak lebih nyaman berdiam diri duduk dikursi roda, Klien bersedia untuk melakukan latihan ROM, Klien tampak kesusahan menggerakkan kaki saat latihan ROM, Klien merasa sakit saat proses latihan ROM sehingga latihan ROM dihentikan, Selama proses pemberian latihan ROM pada klien tidak dilakukan sampai selesai karna klien terkadang ketiduran dan merasa sakit sehingga latihan ROM dihentikan. A : Masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi. P : Intervensi dukungan ambulasi dan latihan penguatan sendi dilanjutkan.

Pada hari kedua, S : Klien mengatakan masih kesulitan saat berjalan dan berpindah dari suatu tempat ke kursi roda, Klien mengatakan pinggang masih terasa sakit saat digerakkan, Klien mengatakan kaki masih terasa lemah, dan susah untuk melangkah . O : TTV sebelum beraktifitas : TD 120/85 mmHg, HR 83 x/menit, RR 19 x/menit, TTV setelah beraktifitas, TD 125/87 mmHg, HR 86 x/menit, RR 21 x/menit, Klien tampak masih sulit dan lemah saat berpindah, Klien tampak masih berjalan dengan sangat perlahan (langkah satu per satu) dan gemetaran saat berjalan ke kamar mandi dengan tongkat, Klien tampak sering duduk dikursi saja tanpa berpindah tempat, kecuali saat ingin ke kamar mandi dan waktu shalat masuk, Klien tampak lebih nyaman berdiam diri duduk dikursi roda, Klien bersedia untuk melakukan latihan ROM, Klien tampak kesusahan menggerakkan kaki saat latihan ROM,

Klien merasa sakit saat proses latihan ROM sehingga latihan ROM dihentikan. A : Masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi. P : Intervensi dukungan ambulasi dan latihan penguatan sendi dilanjutkan.

Pada hari ketiga, S : Klien mengatakan masih kesulitan saat berjalan dan berpindah dari suatu tempat ke kursi roda, Klien mengatakan pinggang masih terasa sakit saat digerakkan, Klien mengatakan kaki masih terasa lemah, dan tapi sudah tidak terlalu sulit untuk melangkah. O : TTV sebelum beraktifitas : TD 118/80 mmHg, HR 78 x/menit, RR 19 x/menit, TTV setelah beraktifitas, TD 123/86 mmHg, HR 84 x/menit, RR 20 x/menit, Klien tampak masih sulit dan lemah saat berpindah, Klien tampak masih berjalan dengan perlahan (langkah satu per satu) tapi sudah mulai lebih cepat dari yang sebelumnya, Klien masih tampak gemetaran saat berjalan ke kamar mandi dengan tongkat, Klien tampak lebih nyaman berdiam diri duduk dikursi roda, Klien tampak sudah mau beraktifitas diluar wisma dengan berpindah tempat menggunakan kursi roda, Klien bersedia untuk melakukan latihan ROM, Klien tampak kesusahan menggerakkan kaki saat latihan ROM, caregiver mampu melakukan ROM dengan dampingan ke klien. A : Masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi. P : Intervensi dukungan ambulasi dan latihan penguatan sendi (ROM) dilanjutkan.

Pada hari keempat, S : Klien mengatakan masih sulit saat berjalan dan berpindah dari suatu tempat ke kursi roda, Klien mengatakan pinggang masih terasa sakit saat digerakkan, Klien mengatakan kaki masih terasa lemah, tapi sudah tidak terlalu sulit untuk melangkah, Klien mengatakan sudah mencoba latihan ROM secara mandiri tapi masih kesulitan. O : TTV sebelum beraktifitas : TD 120/85 mmHg, HR 82 x/menit, RR 20 x/menit, TTV setelah

beraktifitas, TD 125/87 mmHg, HR 85 x/menit, RR 21 x/menit, Klien tampak sudah mulai bisa berpindah dari kursi roda ke kamar perlahan dengan tongkat, Klien tampak sudah bisa beraktifitas didalam wisma dengan alat bantu tongkat berjalan dengan perlahan, namun jika diluar wisma masih menggunakan kursi roda, Klien masih tampak gemetaran saat berjalan, lansia di wisma tampak bisa membantu klien berjalan didalam wisma dengan tongkat, Klien tampak lebih nyaman duduk di kursi roda, Klien tampak sudah mau beraktifitas diluar wisma dengan kursi roda, Klien bersedia untuk melakukan latihan ROM, Klien masih tampak kesusahan menggerakkan kaki saat latihan ROM. A : Masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi. P : Intervensi dukungan ambulasi dan latihan penguatan sendi (ROM) dilanjutkan.

Pada hari kelima, S : Klien mengatakan masih kesulitan saat berjalan dan berpindah dari suatu tempat ke kursi roda, Klien mengatakan pinggang masih terasa sakit saat digerakkan, Klien mengatakan kaki masih terasa lemah, tapi sudah tidak terlalu sulit untuk melangkah, Klien mengatakan sudah bisa berjalan dengan tongkat tapi pelan-pelan di dalam wisma, Klien mengatakan sudah mencoba latihan ROM secara mandiri tapi masih kesulitan, Klien mengatakan kaki masih terasa kesemutan tapi sudah tidak sesering sebelumnya. O : TTV sebelum beraktifitas : TD 123/82 mmHg, HR 80 x/menit, RR 19 x/menit, TTV setelah beraktifitas, TD 126/85 mmHg, HR 84 x/menit, RR 20 x/menit, Klien tampak masih sulit saat berpindah, tapi sudah lebih baik dari sebelumnya, Klien tampak sudah bisa berjalan dengan tongkat saat berada di wisma, tapi saat diluar wisma klien masih menggunakan kursi roda, Klien masih tampak gemetaran saat berjalan, Klien tampak lebih nyaman duduk dikursi roda, Klien tampak sudah beraktifitas diluar wisma dengan kursi roda, lansia di wisma tampak membantu

klien saat berpindah tempat dengan kursi roda, Klien bersedia untuk melakukan latihan ROM dengan caregiver didampingi oleh peneliti, Klien tampak masih kesusahan menggerakkan kaki saat latihan ROM, tapi sudah lebih baik dari sebelumnya. A : Masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi. P : Intervensi dukungan ambulasi dan latihan penguatan sendi (ROM) dilanjutkan.

Pada hari keenam, S : Klien mengatakan sudah berani berpindah dsri kursi roda kesuatu tempat dengan tongkat tanpa bantuan pengasuh selama di wisma, Klien mengatakan pinggang sudah mulai membaik tapi terkadang masih sakit saat digerakkan, Klien mengatakan kaki sudah membaik, sudah bertenaga dan tidak susah lagi untuk melangkah seperti sebelumnya, Klien mengatakan kaki terasa lebih baik semenjak beberapa hari ini dilakukan latihan ROM, Klien mengatakan kaki sudah tidak lagi terasa kesemutan, Klien mengatakan sudah mencoba latihan ROM secara mandiri dengan perlahan. O : TTV sebelum beraktifitas : TD 120/85 mmHg, HR 84 x/menit, RR 19 x/menit, TTV setelah beraktifitas, TD 125/88 mmHg, HR 87 x/menit, RR 20 x/menit, hasil pengkajian kekuatan otot meningkat yaitu tangan kanan 5, tangan kiri 5, kaki kanan 4 dan kaki kiri 4, Klien tampak sudah lebih baik saat berpindah dengan tongkat selama di wisma, Klien tampak sudah bisa berjalan dengan tongkat saat berada di wisma, tapi saat diluar wisma klien masih menggunakan kursi roda, Klien tampak tidak gemetaran lagi saat berjalan, lansia di wisma tampak membantu klien saat berpindah tempat menggunakan kursi roda, Klien tampak lebih nyaman duduk dikursi roda, Klien tampak lebih nyaman beraktifitas diluar wisma dengan kursi roda, Klien bersedia untuk melakukan latihan ROM, Klien tampak masih sedikit kesusahan menggerakkan kaki saat latihan ROM, tapi sudah lebih baik dari sebelumnya. A : Masalah gangguan mobilitas

fisik teratas sebagian. P : Intervensi dukungan ambulasi dan latihan penguatan sendi (ROM) dilanjutkan oleh klien.

**b. Risiko jatuh dibuktikan dengan kekuatan otot menurun dan penggunaan alat bantu berjalan**

Setelah diberikan asuhan keperawatan **pencegahan jatuh dan manajemen keselamatan lingkungan** pada Tn. A, evaluasi pada hari pertama adalah S : Klien mengatakan masih takut berjalan tanpa menggunakan alat bantu, Klien mengatakan tungkai kaki masih terasa lemah, Klien mengatakan kaki masih terasa berat dan susah untuk melangkah, Klien mengatakan masih merasa cemas dan gemytar saat berjalan dengan tongkat. O : Klien tampak menggunakan kursi roda untuk beraktifitas, Klien tampak lemah, Klien tampak gemytar saat berusaha berjalan ke kamar mandi dengan tongkat, TD : 125/89 mmHg, HR : 88 x/menit, RR : 22 x/menit. A : Masalah Risiko Jatuh belum teratas. P : Intervensi pencegahan jatuh dan manajemen keselamatan lingkungan dilanjutkan.

Pada hari kedua, S : Klien mengatakan masih takut berjalan tanpa menggunakan alat bantu, Klien mengatakan tungkai kaki masih terasa lemah, Klien mengatakan kaki masih terasa berat dan susah untuk melangkah dengan cepat, Klien mengatakan masih merasa cemas dan gemytar saat berjalan dengan tongkat. O : Klien tampak menggunakan kursi roda untuk beraktifitas, kecuali saat ke kamar mandi klien menggunakan tongkat, Klien masih tampak lemah, Klien masih tampak gemytar saat berusaha berjalan ke kamar mandi dengan tongkat, TD : 125/87 mmHg, HR : 86 x/menit, RR : 21 x/menit. A : Masalah Risiko Jatuh belum teratas. P : Intervensi pencegahan jatuh dan manajemen keselamatan lingkungan dilanjutkan.

Pada hari ketiga, S : Klien mengatakan masih takut berjalan tanpa menggunakan alat bantu, Klien mengatakan tungkai kaki masih terasa lemah, Klien mengatakan kaki masih terasa berat, tapi sudah mulai ada tenaga untuk melangkah dibanding sebelumnya, Klien mengatakan masih merasa cemas dan gemetar saat berjalan dengan tongkat. O : Klien tampak menggunakan kursi roda untuk beraktifitas, kecuali saat ke kamar mandi klien menggunakan tongkat, Klien masih tampak gemetar saat berusaha berjalan ke kamar mandi dengan tongkat, TD : 123/86 mmHg, HR : 84 x/menit, RR : 20 x/menit. A : Masalah Risiko Jatuh belum teratasi. P : Intervensi pencegahan jatuh dan manajemen keselamatan lingkungan dilanjutkan.

Pada hari keempat, S : Klien mengatakan masih takut berjalan tanpa menggunakan alat bantu karna kaki masih terasa lemah dan pinggang masih terasa sakit saat bergerak, Klien mengatakan tungkai kaki masih terasa lemah, Klien mengatakan masih merasa cemas dan gemetar saat berjalan dengan tongkat. O : Klien tampak menggunakan kursi roda untuk beraktifitas, kecuali saat didalam wisma klien sudah bisa berjalan perlahan dengan alat bantu tongkat, klien tampak dibantu oleh temannya saat berpindah tempat dengan kursi roda, Klien masih tampak gemetar saat berusaha berjalan dengan tongkat, TD : 125/87 mmHg, HR : 85 x/menit, RR : 21 x/menit. A : Masalah Risiko Jatuh belum teratasi. P : Intervensi pencegahan jatuh dan manajemen keselamatan lingkungan dilanjutkan.

Pada hari kelima, S : Klien mengatakan masih takut berjalan tanpa menggunakan alat bantu, Klien mengatakan tungkai kaki sudah terasa mulai membaik, Klien mengatakan kaki sudah mulai ada tenaga untuk melangkah dibanding sebelumnya, Klien mengatakan masih merasa cemas dan gemetar saat berjalan dengan tongkat, tapi sudah lebih baik dari sebelumnya. O : Klien tampak

menggunakan kursi roda untuk beraktifitas, kecuali saat berada di wisma klien menggunakan tongkat, Klien masih tampak gemetar saat berusaha berjalan ke kamar mandi dengan tongkat, klien tampak dibantu oleh temannya saat berjalan dengan tongkat ke kamar mandi dan saat berpindah tempat menggunakan kursi roda, TD : 126/85 mmHg, HR : 84 x/menit, RR : 20 x/menit. A : Masalah Risiko Jatuh belum teratasi. P : Intervensi pencegahan jatuh dan manajemen keselamatan lingkungan dilanjutkan.

Pada hari keenam, S : Klien mengatakan sudah berani berjalan dengan tongkat selama didalam wisma tanpa bantuan pengasuh, Klien mengatakan tungkai kaki sudah terasa membaik dari sebelumnya, Klien mengatakan kaki sudah mulai bertenaga untuk melangkah, Klien mengatakan tidak gemetar lagi saat berjalan dengan tongkat. Caregiver mengatakan sudah bisa menggunakan alat bantu kursi roda dan tongkat untuk membantu klien saat berpindah tempat. O : Klien tampak menggunakan kursi roda untuk beraktifitas, kecuali saat berada di wisma klien menggunakan tongkat, Klien tampak sudah bisa berjalan dengan tongkat secara mandiri, Klien tampak tidak gemetar lagi saat berusaha berjalan dengan tongkat, klien tampak dibantu oleh temannya saat berpindah tempat dengan kursi roda. TD : 125/88 mmHg, HR : 87 x/menit, RR : 20 x/menit. A : Masalah Risiko Jatuh teratas sebagian. P : Intervensi pencegahan jatuh dan manajemen keselamatan lingkungan dilanjutkan oleh klien dan pengasuh wisma.

**c. Nyeri kronis berhubungan dengan kondisi muskuloskletal**

Setelah diberikan asuhan keperawatan **manajemen nyeri** pada Tn. A, evaluasi pada hari pertama adalah S : Klien mengatakan nyeri pada pinggang dan kedua lutut kaki masih terasa saat bergerak, Klien mengatakan skala nyeri 3, durasi dan frekuensi tidak dapat

ditentukan, Klien mengatakan sudah bisa dan mengetahui teknik nafas dalam untuk mengatasi rasa nyeri. O : Klien tampak gelisah dan menahan sakit saat nyeri timbul, Nyeri yang timbul tampak mengganggu aktifitas klien, Klien tampak sudah bisa melakukan teknik nafas dalam yang telah diajarkan saat nyeri terasa namun masih belum tepat, TD : 125/89 mmHg, HR : 88 x/menit, RR : 22 x/menit. A : Masalah nyeri kronis belum teratasi. P : Intervensi manajemen nyeri dilanjutkan.

Pada hari kedua, S : Klien mengatakan masih terasa nyeri pada pinggang dan kedua lutut kaki saat bergerak, Klien mengatakan skala nyeri 3, durasi dan frekuensi tidak dapat ditentukan, Klien mengatakan sudah bisa dan mengetahui teknik nafas dalam untuk mengatasi rasa nyeri namun terkadang lupa mempraktekkanya saat nyeri terasa. O : Klien tampak masih gelisah dan menahan sakit saat nyeri timbul, Nyeri yang timbul tampak mengganggu aktifitas klien, Klien tampak sudah bisa melakukan teknik nafas dalam yang telah diajarkan saat nyeri terasa namun masih belum tepat, TD : 125/87 mmHg, HR : 86 x/menit, RR : 21 x/menit. A : Masalah nyeri kronis belum teratasi. P : Intervensi manajemen nyeri dilanjutkan.

Pada hari ketiga, S : Klien mengatakan masih terasa nyeri pada pinggang dan kedua lutut kaki saat bergerak, Klien mengatakan skala nyeri 2, durasi dan frekuensi tidak dapat ditentukan, Klien mengatakan sudah bisa dan mengetahui teknik nafas dalam untuk mengatasi rasa nyeri namun terkadang lupa mempraktekkanya saat nyeri terasa. O : Klien tampak masih gelisah saat nyeri timbul tapi sudah berkurang dari sebelumnya, Nyeri yang timbul tampak mengganggu aktifitas klien, Klien tampak sudah bisa melakukan teknik nafas dalam yang telah diajarkan saat nyeri terasa, Klien tampak ada menggunakan minyak pada kedua lutut dan

pinggangnya, TD : 123/86 mmHg, HR : 84 x/menit, RR : 20 x/menit. A : Masalah nyeri kronis belum teratasi. P : Intervensi manajemen nyeri dilanjutkan.

Pada hari keempat, S : Klien melaporkan bahwa rasa nyeri pada bagian pinggang dan kedua lututnya masih terasa saat ia bergerak, Klien mengatakan skala nyeri 2, durasi dan frekuensi tidak dapat ditentukan, Klien mengatakan sudah bisa dan mengetahui teknik nafas dalam untuk mengatasi rasa nyeri namun terkadang lupa mempraktekkannya saat nyeri terasa. O : Klien terlihat lebih nyaman dibandingkan sebelumnya. Meskipun klien masih menunjukkan gelisah saat nyeri timbul tapi sudah berkurang dari sebelumnya. Nyeri yang timbul tampak mengganggu aktifitas klien, Klien tampak sudah bisa melakukan teknik nafas dalam yang telah diajarkan. Klien tampak ada menggunakan minyak pada kedua lutut dan pinggangnya, TD : 125/87 mmHg, HR : 85 x/menit, RR : 21 x/menit. A : Masalah nyeri kronis belum teratasi. P : Intervensi manajemen nyeri dilanjutkan.

Pada hari kelima, S : Klien mengungkapkan bahwa masih mengalami rasa sakit di bagian pinggang dan kedua lutut saat bergerak. Klien menilai tingkat nyeri tersebut pada skala 2, namun durasi dan frekuensi rasa sakit tidak dapat dijelaskan. Klien juga menyatakan bahwa ia telah dapat melakukan teknik pernapasan dalam untuk mengurangi rasa sakit, meskipun terkadang lupa untuk melaksanakannya saat nyeri muncul. Klien mengatakan setiap pagi mengoleskan minyak pada kesua lutut dan pinggang. O : Klien tampak lebih nyaman dari sebelumnya, Klien tampak masih gelisah saat nyeri timbul tapi sudah berkurang dari sebelumnya, Nyeri yang timbul tampak mengganggu aktifitas klien, Klien tampak sudah mampu menerapkan teknik pernapasan dalam yang telah diajarkan ketika merasakan nyeri. Klien tampak ada

menggunakan minyak pada kedua lutut dan pinggangnya, TD : 126/85 mmHg, HR : 84 x/menit, RR : 20 x/menit. A : Masalah nyeri kronis belum teratasi. P : Intervensi manajemen nyeri dilanjutkan.

Pada hari keenam, S : Klien melaporkan bahwa rasa nyeri pada pinggang dan kedua lututnya telah mengalami perbaikan, dengan tingkat nyeri berada pada skala 1. Durasi dan frekuensi rasa nyeri tersebut tidak dapat diukur secara pasti. Klien menyampaikan bahwa nyeri saat bergerak kini jarang muncul. Selain itu, klien juga mengungkapkan bahwa ia sudah dapat melakukan teknik pernapasan dalam untuk mengurangi rasa sakit. Setiap pagi, klien rutin mengoleskan minyak pada kedua lutut dan pinggangnya. O : Klien terlihat lebih nyaman dibandingkan sebelumnya. Klien menunjukkan tanda-tanda lebih rileks saat rasa nyeri muncul karena rasa nyeri tersebut sudah menurun. Rasa nyeri yang terjadi tampak tidak lagi mengganggu aktivitas klien. Klien terlihat sudah mampu melakukan teknik pernapasan dalam yang telah diajarkan. Klien juga tampak sedang menggunakan minyak pada kedua lutut dan pinggangnya. TD : 125/88 mmHg, HR : 87 x/menit, RR : 20 x/menit. A : Masalah nyeri kronis teratas sebagian. P : Intervensi manajemen nyeri dilanjutkan oleh klien secara mandiri.

## B. Pembahasan Kasus

Setelah melaksanakan asuhan keperawatan pada Tn. A yang berusia 85 tahun dengan masalah gangguan mobilitas fisik di PSTW Sabai Nan Aluih Sicincin pada tanggal 10-16 Februari 2025 maka pada pembahasan kasus ini ini peniliti akan menganalisa data hasil penelitian dengan membahas kesenjangan antara teori dengan hasil temuan peniliti saat proses keperawatan yang dimulai dari proses pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan.

## **1. Pengkajian Keperawatan**

### **a. Identitas Klien**

Identitas klien didapatkan langsung dari klien saat melakukan pengkajian dengan klien. Selama proses pengkajian klien berinteraksi dengan kooperatif dan terbuka ke peniliti tentang keluhan dan keadaan yang dirasakanya. Klien juga memberikan respon yang baik ke peniliti. Klien adalah seorang laki-laki yang berusia 85 tahun. Faktor penyebab klien mengalami gangguan mobilitas fisik yang ditemukan peniliti saat pengkajian adalah karena faktor penuaan atau usia karena Tn. A yang sudah berusia 85 tahun. Berdasarkan batasan usia lansia, usia 85 tahun ini dikelompokkan menjadi kategori usia lansia tua (old) dimana rentang usianya yaitu 75 – 90 tahun<sup>18</sup>.

Faktor yang menyebabkan gangguan mobilitas fisik yang peneliti temukan pada pasien sejalan dengan faktor penyebab gangguan mobilitas fisik dalam penelitian Husna<sup>27</sup> dimana dijelaskan faktor penyebab gangguan mobilitas fisik adalah faktor penuaan yang mengakibatkan menurunnya fungsi tubuh. Hal ini didukung dalam teori yang dikatakan Hidayat<sup>23</sup>, dimana dikatakan bahwa usia memengaruhi kemampuan mobilitas, di mana dengan bertambahnya umur, kematangan dan kekuatan sistem muskuloskeletal mengalami penurunan. Pandangan serupa diungkap Nasrullah<sup>24</sup>, yang menyatakan bahwa perbedaan usia menjelaskan variasi kemampuan bergerak; semakin tua seseorang, semakin berkurang efektivitas alat geraknya. Selain itu, menurut Nafila<sup>2</sup>, masalah yang terjadi pada sistem muskuloskeletal dapat mengakibatkan terjadinya imobilisasi atau gangguan mobilitas pada seseorang.

### **b. Keluhan Utama**

Berdasarkan hasil pengkajian yang dilakukan peneliti, keluhan utama yang dirasakan Tn. A yaitu kesulitan saat berjalan dan

berpindah tempat dari kursi roda ke suatu tempat bahkan sebaliknya, serta dari suatu tempat ke tempat yang lain, kaki terasa lemah dan kedua lutut terasa nyeri saat digerakkan, klien mengatakan pinggang terasa sakit dan kaku saat digerakkan, serta sering merasa kesemutan pada kaki.

Terdapat kesamaan keluhan utama yang ditemukan peneliti dengan yang ditemukan oleh Nafila<sup>2</sup> yaitu kesulitan saat berjalan dan berpindah tempat dari kursi roda ke suatu tempat dan sebaliknya, kaki terasa lemah, dan kaku pada pinggang. Selain itu peneliti juga menemukan adanya nyeri pada pinggang sejak 4 tahun yang lalu akibat jatuh sendiri. Sesuai dengan teori dimana keluhan utama pada pasien dengan gangguan muskuloskeletal akibat penyakit degenari dan jatuh, diantaranya kekakuan sendi, deformitas dan imobilitas, keluhan utama yang ditimbulkan berupa keterbatasan gerak, bahkan dapat menyebabkan gangguan dan hambatan dalam beraktifitas<sup>27</sup>.

Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan, Tn. A memiliki faktor penyebab yang menyebabkan pasien mengalami keterbatasan gerak dan berpindah atau gangguan mobilitas fisik. Faktor penyebab klien mengalami gangguan mobilitas fisik yang sesuai dengan SDKI<sup>8</sup> diantaranya penurunan kekuatan otot, kekakuan sendi, penurunan kendali otot, penurunan massa otot, nyeri dan keengganan dalam bergerak.

Berdasarkan teori Nasrullah<sup>24</sup>, gangguan mobilitas memperangguhi gangguahn metabolisme kalsium dan gangguan mobilitas sendi pada muskuloskeletal sehingga mengakibatkan klien akan mengalami kekakuan pada sendi. Hal ini sesuai dengan kondisi yang peneliti temukan pada klien dimana klien mengeluh kaku pada sendi dan sakit pada kedua lutut kaki dan pinggang, yang

artinya hasil hasil penelitian yang ditemukan peneliti sesuai dengan teori bahwa lansia dengan gangguan mobilitas akan mengalami kekakuan pada sendi.

### c. Keluhan Saat Dikaji

Keluhan Tn. A saat dikaji yaitu klien merasa takut jatuh karena klien tidak bisa berdiri terlalu lama dan merasa tubuhnya tidak seimbang dan kedua lutut nyeri, serta sering ketiduran tanpa sadar saat beraktifitas. Klien mengeluh kesulitan saat berjalan dan berpindah tempat dari suatu tempat ke kuris roda atau ketempat lainnya. Klien pernah terjatuh 4 tahun yang lalu sehingga pinggang klien kaku dan sakit saat digerakkan serta kaki sering terasa kesemutan. Pada saat pengkajian Tn. A mengatakan skala nyeri yang ia rasakan pada area pinggang yaitu 4 dengan nyeri yang terasa seperti ditusuk-tusuk dan menyebar ke punggung, klien mengatakan nyeri dirasakan hilang timbul, nyeri biasanya terasa saat bergerak dan berpindah dari suatu tempat ke kursi roda. Sedangkan pada kaki bagian lutut, Tn.A mengatakan skala nyeri yang dirasakan yaitu 3 dengan nyeri seperti kaku dan ditusuk-tusuk dan kaki klien sering terasa kesemutan, klien mengatakan nyeri dirasakan juga hilang timbul, nyeri biasanya muncul saat bergerak dan berpindah tempat, dengan frekuensi dan durasi yang tidak dapat ditentukan.

Klien merasa takut jatuh dikarenakan adanya penurunan kekuatan otot sehingga mengakibatkan kaki terasa lemah dan tidak bisa berdiri dengan lama, serta merasa tubuh tidak seimbang, hal ini dapat meningkatkan risiko jatuh pada klien. Hal ini sesuai dengan penelitian Agustiningrum<sup>14</sup> dimana adanya penurunan rasa percaya diri pada klien sehingga munculnya rasa takut akan jatuh karena tidak mampu utnuk menjaga kesimbangan tubuh.

Terdapat kesesuaian antara keluhan yang ditemukan oleh peneliti dengan yang ditemukan Nafila<sup>2</sup> yaitu klien mengeluh mengalami kesulitan saat berjalan dan berpindah tempat, nyeri dan kaku pada pinggang dan kakinya. Dan didukung dengan teori yang dikemukakan oleh Nasrullah<sup>24</sup>, dimana faktor penyebab terjadinya gangguan mobilitas yaitu adanya nyeri, kelemahan otot, kekakuan sendi, kelelahan dan tingkat gangguan mobilitasnya.

Keluhan kaku dan nyeri pada sendi yang dirtemukan pada Tn. A sesuai dengan teori yang telah dipaparkan, dimana keluhan pasien dengan gangguan pada sistem musculoskeletal akibat penyakit degenerasi menurut Hermayudi dan Ariani tahun 2017 dalam Nafila<sup>2</sup> menyebutkan yang menyebabkan gangguan mobilitas adalah nyeri dan kekakuan sendi. Sedangkan menurut Gemini<sup>21</sup> degenerasi mengakibatkan tulang kehilangan densitas atau cairan yang ada pada tulang dan tulang akan menjadi rapuh, kaku pada sendi, dan membesar, tendon menyusut dan sclerosis, serabut otot mengencil sehingga mengakibatkan gerakan seseorang menjadi lambat.

Biasanya terdapat nyeri pada musculoskeletal, nyeri dirasakan saat bergerak, nyeri saat bergerak merupakan suatu tanda masalah pada persendian. Degenarasi pada lutut juga menimbulkan nyeri salama dan sesudah berjalan. Menurut teori Hermayudi, pada penyakit degenerasi, sendi sering mengalami kekakuan yang meningkat pada pagi hari setelah bangun tidur<sup>2</sup>. Berdasarkan penelitian Adnindy<sup>28</sup> bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara riwayat jatuh dengan keseimbangan berjalan. Trauma akibat jatuh menyebabkan peningkatan variabilitas cara berjalan karna adanya cidera pada bagian tertentu sehingga menyebabkan kesulitan untuk berdiri dan berjalan. Serta memberikan pengaruh terhadap psikologi yaitu terbentuknya rasa takut akan jatuh kembali.

Keluhan yang ditemukan peniliti pada klien sesuai dengan teori yang ada bahwa keluhan nyeri dan kaku pada sendi Tn. A disebabkan faktor degenari atau proses penuaan dan juga faktor riwayat jatuh yang pernah dialami Tn. A 4 tahun yang lalu.

#### **d. Riwayat Kesehatan Dahulu**

Klien memiliki riwayat jatuh 4 tahun yang lalu dan 2 bulan yang lalu. Menurut peneliti klien beresiko mengalami jatuh, selain karena adanya penurunan kekuatan otot, klien juga memiliki riwayat jatuh sebanyak 2 kali, dan setelah dilakukan pengkajian resiko jatuh pada klien dengan *Morse Fall Scale* (MFS) didapatkan skor sebanyak 50 yang artinya klien mengalami risiko rendah untuk jatuh yang rentang skornya 25 - 50 dan dibutuhkan pelaksanaan intervensi pencegahan jatuh standar.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Vaishya<sup>29</sup> ditemukan bahwa jatuh yang terjadi pada lansia disebabkan karena memiliki riwayat jatuh sebelumnya. Sedangkan yang ditemukan oleh peneliti, klien memiliki riwayat jatuh sebelumnya sehingga menyebabkan cidera pada pinggang serta adanya penurunan kekuatan otot, yang berarti terdapat kesesuaian antara hasil yang ditemukan peneliti dengan penelitian yang dilakukan Vaishya.

Menurut Murtiani<sup>30</sup>, resiko jatuh akan sangat berbahaya bagi lansia karena komplikasi yang mungkin akan timbul akibat terjatuh. Gangguan keseimbangan postural menjadi salah satu penyebab terjadinya jatuh pada lansia yang dapat menyebabkan patah tulang, keseleo pada otot, luka pada jaringan bahkan dapat mengakibatkan kematian pada lansia<sup>31</sup>.

#### e. Pemeriksaan Fisik

Saat pemeriksaan fisik ekstremitas atas, kedua sisi tampak simetris dengan kulit kering tanpa luka atau pembengkakan, akral terasa hangat, dan capillary refill time (CRT) < 2 detik. Kekuatan otot lengan kanan dan kiri sama-sama terukur pada skala 5. Sementara itu, pada ekstremitas bawah bentuk kaki kiri dan kanan juga simetris, kulit kering tanpa luka maupun edema, serta CRT < 2 detik. Namun, otot kaki menunjukkan kelemahan dengan kekuatan 4 pada kaki kiri dan 3 pada kaki kanan. Peneliti menyimpulkan bahwa penurunan kekuatan otot ini dipengaruhi oleh proses penuaan serta efek langsung dari gangguan mobilitas fisik yang dialami pasien.

Penurunan kekuatan otot yang ditemukan peneliti sejalan dengan penelitian Alfiandry<sup>30</sup>, yaitu adanya penurunan kekuatan otot pada responden yaitu 4. Dan dijelaskan dalam teori yang memaparkan bahwa hambatan mobilitas mempengaruhi otot klien dengan kehilangan daya tahan massa otot menurun, atrofi dan stabilitas menurun. Metabolisme yang terganggu dan tidak digunakan dapat menurunkan massa otot. Penurunan massa otot akan berkelanjutan jika saat gangguan mobilitas menjadi parah dan otot tidak dilatih<sup>24</sup>.

## 2. Diagnosis Keperawatan

Berdasarkan proses pengkajian yang dilakukan peneliti terhadap Tn. A didapatkan tiga masalah keperawatan yang muncul yaitu 1) Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot dan kekakuan sendi, 2) Risiko jatuh dibuktikan dengan kekuatan otot menurun dan penggunaan alat bantu berjalan, 3) Nyeri kronis berhubungan dengan kondisi muskuloskletal kronis.

Terdapat kesesuaian antara diagnosis yang diangkat peneliti dengan diagnosis dalam penelitian Nafila<sup>2</sup> yaitu diagnosis yang diangkat 1)

gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot dan kekakuan sendi, 2) Risiko jatuh dibuktikan dengan kekuatan otot menurun, 3) Nyeri kronis berhubungan dengan kondisi muskuloskletal kronis.

Berdasarkan teori sebelumnya, kemungkinan diagnosis keperawatan yang akan muncul pada klien dengan gangguan mobilitas fisik menurut SDKI adalah sebagai berikut<sup>8</sup>:

- a. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot
- b. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan gangguan keseimbangan
- c. Resiko jatuh dibuktikan dengan gangguan keseimbangan
- d. Defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan muskuloskletal
- e. Retensi urin berhubungan dengan peningkatan tekanan uretra
- f. Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya nafas.

Dalam penelitian ini, terdapat dua diagnosis keperawatan yang sejalan dengan teori yang telah dijelaskan sebelumnya, yaitu gangguan mobilitas fisik dan risiko terjatuh. Sedangkan diagnosan intoleransi aktifitas, defisit perawatan diri, retensi urin, dan pola napas tidak efektif tidak dapat ditegakkan pada klien yang diteliti.

Menurut SDKI<sup>8</sup>, intoleransi aktivitas diartikan sebagai ketidakmampuan tubuh untuk menyediakan energi yang memadai dalam menjalankan aktivitas harian. Diagnosis intoleransi aktivitas dapat dilakukan jika terdapat beberapa indikator berikut: pasien mengeluhkan kelelahan, denyut jantung meningkat lebih dari 20% dari nilai normal, muncul sesak napas saat atau setelah beraktivitas, ketidaknyamanan setelah melakukan aktivitas, kelemahan otot, perubahan tekanan darah lebih dari 20% dibandingkan saat istirahat, pola EKG menunjukkan aritmia atau tanda iskemia, serta adanya

kebiruan pada kulit. Tanda dan gejala tersebut tidak ditemukan pada klien yang diteliti sehingga diagnosis keperawatan intoleransi aktivitas tidak dapat ditegakkan pada Tn. A. Defisit perawatan diri merujuk pada ketidakmampuan untuk melakukan kegiatan yang berhubungan dengan perawatan diri. Defisit perawatan diri dapat diidentifikasi apabila terdapat tanda dan gejala yang relevan dengan SDKI. Tanda dan gejala dari kekurangan dalam perawatan diri meliputi penolakan untuk menjalani perawatan diri, ketidakmampuan untuk mandi, mengenakan pakaian, makan, menggunakan toilet, ataupun berbandan secara mandiri, serta minimnya minat dalam melakukan perawatan diri. Ciri-ciri dan tanda-tanda tersebut tidak terdeteksi pada Tn. A Oleh karena itu, diagnosis keperawatan mengenai ketidakmampuan dalam perawatan diri tidak dapat ditentukan. Retensi urin merujuk pada kondisi di mana pengosongan kandung kemih tidak berlangsung secara penuh. Retensi urin dapat didiagnosis jika pasien mengalami sensasi penuh pada kandung kemih, mengeluhkan kebocoran urin, mengalami disuria atau anuria, mengalami distensi pada kandung kemih, mempunyai inkontinensia yang berlebihan, dan terdapat sisa urin sebanyak 150 ml atau lebih. Namun, tanda dan gejala tersebut tidak terdeteksi pada klien yang diteliti, sehingga diagnosis keperawatan mengenai retensi urin tidak dapat ditentukan untuk Tn. A. Selanjutnya, pola pernapasan yang tidak efektif adalah saat proses inspirasi dan/atau ekspirasi tidak menghasilkan ventilasi yang memadai. Pola napas tidak efektif dapat ditegakkan jika ditemukan tanda dan gejala yang sesuai dengan SDKI, tanda dan gejala tersebut diantaranya adalah dispnea, penggunaan otot bantu pernapasan, fase ekspirasi memanjang, pola napas abnormal (mis. Takipnea, bradipnea, hiperventilasi), ortopnea, pernapasan cuping hidung, ventilasi semenit menurun, kapasitas vital menurun, tekanan ekspirasi menurun, tekanan inspirasi menurun. Tanda dan gejala tersebut tidak ada ditemukan pada klien yang diteliti sehingga diagnosis keperawatan pola napas tidak efektif tidak dapat peneliti tegakkan pada Tn. A.

Terdapat 1 diagnosis keperawatan yang ditegakkan tidak sesuai dengan teori yang ada yaitu nyeri kronis berhubungan dengan kondisi muskuloskeletal kronis. Nyeri kronis adalah pengalaman sensorik atau emosional berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat dan kosntan yang berlangsung lebih dari 3 bulan. Diagnosa nyeri kronis dapat ditegakkan jika klien mengeluh nyeri, merasa depresi, tampak meringis, gelisah, tidak mampu menuntaskan aktivitas, merasa takut mengalami cidera berulang, bersikap protektifwaspada, anoreksia, fokus menyempit, berfokus pada diri sendiri. Pada hasil pengkajian, klien mengeluh mengalami nyeri sendi pada kakinya sudah berlangsung selama 4 tahun dan klien pernah diberi obat dari klinik untuk nyeri sendi tersebut. Tanda dan gejala yang muncul adalah klien mengeluh nyeri, tampak meringis, gelisah, tidak mampu menuntaskan aktivitas. Berdasarkan tanda dan gejalan tersebut peneliti menegakkan diagnosis keperawatan nyeri kronis pada Tn. A. Menurut Hermayudi biasanya terdapat nyeri pada musculoskeletal, nyeri yang muncul saat bergerak, dimana nyeri saat bergerak merupakan satu tanda masalah persendian. Degenerasi pada lutut dan pinggang juga menimbulkan nyeri selama dan sesudah berjalan<sup>27</sup>.

### 3. Rencana Keperawatan

Intervensi keperawatan gerontik adalah proses penyusunan berbagai intervensi yang akan digunakan berguna untuk mencegah, menurunkan atau mengurangi masalah masalah yang ditemukan pada proses pengkajian hingga terbentuknya sudatu diagnosePada pengambilan intervensi juga ditentukan dengan memiliki prioritas masalah serta menentukan hasil dan tujuan yang diharapkan<sup>32</sup>.

Intervensi pertama yaitu **gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot dan kekakuan sendi.** Intervensi keperawatan pada masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik bertujuan agar mobilitas fisik meningkat dan ambulasi meningkat.

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

Intervensi teknik latihan penguatan sendi diantaranya adalah identifikasi keterbatasan fungsi dan gerak sendi, monitor lokasi dan ketidaknyamanan atau rasa sifat sakit selama gerakan/aktifitas, lakukan pengendalian nyeri sebelum memulai latihan, berikan posisi tubuh yang optimal untuk gerakan sendi pasif atau aktif, fasilitasi gerak sendi teratur dalam batas-batas rasa sakit, ketahanan, dan mobilitas sendi, berikan penguatan positif untuk melakukan latihan bersama, jelaskan kepada pasien tujuan dan rencanakan latihan bersama, anjurkan duduk di tempat tidur, di sisi tempat tidur atau di kursi sesuai toleransi, anjurkan melakukan latihan ROM 2 kali sehari yaitu pagi dan sore dengan durasi 15-20 menit, anjurkan memvisualisasikan gerak tubuh sebelum memulai gerakan, anjurkan ambulasi sesuai toleransi, melibatkan caregiver dalam memberikan latihan ROM pada lansia. Sebelum itu lakukan latihan terhadap

caregiver terkait latihan teknik latihan sendi agar caregiver dapat melanjutkan intervensi ini terhadap klien.

Intervensi gangguan mobilitas fisik yang peneliti lakukan terdapat kesesuaian dengan penelitian yang dilakukan Nafila<sup>2</sup> yaitu melakukan dukungan ambulasi yang bertujuan untuk meningkatkan ambulasi dan aktifitas klien, dan melakukan teknik latihan penguatan sendi. Hal ini didukung oleh teori dalam buku SIKI<sup>25</sup> dimana intervensi utama yang diberikan untuk diagnosis gangguan mobilitas fisik salah satunya dukungan ambulasi, dan intervensi pendukungnya salah satunya adalah teknik latihan penguatan sendi.

Intervensi kedua adalah **resiko jatuh dibuktikan dengan penurunan kekuatan otot dan penggunaan alat bantu berjalan**. Intervensi keperawatan pada diagnosis keperawatan resiko jatuh bertujuan agar tingkat jatuh menurun. Tingkat jatuh menurun dengan kriteria hasil diantaranya jatuh dari tempat tidur menurun, jatuh saat berdiri menurun, jatuh saat berjalan menurun, jatuh saat dipindahkan menurun, jatuh saat naik tangga menurun, jatuh saat dikamar mandi menurun, jatuh saat membungkuk menurun. Intervensi manajemen pencegahan jatuh adalah identifikasi faktor risiko jatuh (mis. Usia > 65 tahun, identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan resiko jatuh (mis. lantai licin, penerangan kurang), monitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya, tempatkan pasien beresiko tinggi jatuh dengan pantauan perawat, anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin, anjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh, menganjurkan untuk berpegangan pada pegangan yang disediakan pada dinding wisma, anjurkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan, mengedukasi dan melibatkan caregiver dalam mengendalikan faktor penyebab resiko jatuh pada klien, dan libatkan caregiver terkait pemakaian kursi roda yang baik dan benar.

Intervensi risiko jatuh yang peneliti lakukan pada klien terdapat kesesuaian dengan yang dilakukan peniliti Nafila<sup>2</sup> dimana intervensi yang dilakukan adalah pencegahan jatuh dan manajemen keselamatan lingkungan yang bertujuan untuk menurunkan faktor risiko jatuh akibat perubahan kondisi fisik pada klien dan memanajemen lingkungan agar mengurangi faktor yang menyebabkan terjadinya risiko jatuh.

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

#### 4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan untuk diagnosis **keperawatan gangguan mobilitas fisik b.d penurunan kekuatan otot dan kekakuan sendi** yaitu mengukur tanda-tanda vital seperti tekanan darah, nadi, pernafasan sebelum dan setelah melakukan aktivitas, mengidentifikasi kemampuan pasien untuk mobiliasi/berjalan dan berdiri,

mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, mengidentifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi, menjelaskan prosedur dan tujuan ambulasi, memonitor kondisi umum selama melakukan ambulasi, memfasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu kursi roda dan tongkat, melibatkan caregiver serta lansia lainnya yang berada di wisma anak dalam membantu klien saat melakukan latihan ambulasi dan membantu klien dalam berpindah dari kursi roda ke tempat tidur dan sebaliknya, membantu klien dengan memapah klien berjalan ke kamar mandi atau sesuai kebutuhan, melakukan latihan ROM dan mengajarkan klien untuk melakukan latihan ROM secara mandiri. Pada saat implementasi keperawatan diberikan klien sangat kooperatif dan memberikan respon positif karena klien merasa terbantu terutama berkaitan dengan masalah kesehatannya.

Ambulasi merupakan serangkaian aktivitas yang bertujuan untuk memperkuat otot dan membangun daya tahan otot. Proses ini dimulai dengan latihan duduk di atas tempat tidur, dilanjutkan turun dari ranjang, berdiri di samping ranjang, bermigrasi ke kursi roda, dan secara bertahap beralih ke berjalan dengan kecepatan lambat dan seterusnya. Pelaksanaan ambulasi sebaiknya dilakukan secara bertahap untuk memaksimalkan peningkatan kekuatan dan ketahanan otot<sup>23</sup>.

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Uda<sup>33</sup>, latihan range of motion dapat menjadi pilihan intervensi untuk mengatasi masalah pada sistem musculoskeletal karena latihan range of motion merupakan salah satu cara meningkatkan kelenturan sendi dan kekuatan otot pada lansia. Tn. A diberikan latihan ambulasi di dalam wisma dengan menggunakan kursi roda dan tongkat. Tn. A juga diberikan latihan ROM 2x sehari yaitu pagi dan sore dengan durasi 15-20 menit oleh perawat dan klien melakukan latihan ROM secara mandiri pada sore hari. Setelah latihan ROM dilakukan selama 6 hari klien mengatakan ototnya terasa lebih

kuat dan kaku pada pinggang dan sendi jari kaki berkurang dibanding sebelumnya. Klien tampak mampu berdiri tanpa kursi roda namun harus berpegangan pada benda sekitar atau menggunakan tongkat, otot kaki klien tampak lebih kuat dari pada sebelumnya. Hal ini sejalan dengan hasil penelitian dari Agusrianto<sup>33</sup>, di mana latihan pasif Range of Motion (ROM) dilakukan secara teratur dua kali sehari pagi dan sore selama enam hari, setiap sesi berlangsung 15–20 menit. Tujuan utamanya adalah untuk mempertahankan atau menambah kelenturan sendi dan kekuatan otot, mencegah kekakuan atau perubahan bentuk pada sendi, merangsang aliran darah, serta menghindari kontraktur. Setiap gerakan ROM diulang sekitar delapan kali dengan kecepatan lambat dan hati-hati agar tidak menimbulkan kelelahan.

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

Implementasi risiko jatuh yang dilakukan oleh peneliti terdapat kesamaan dengan penelitian yang dilakukan oleh Husna<sup>27</sup> yaitu

mengidentifikasi faktor resiko, mengidentifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan resiko jatuh, memonitor dalam pemakaian kursi roda sebagai alat bantu klien, serta modifikasi lingkungan yang bertujuan untuk meningkatkan mobilitas dan keamanan klien. Dan didukung oleh teori yang memeparkan bahwa modifikasi lingkungan bertujuan untuk meningkatkan mobilitas dan keamanan lansia. Lansia dengan fungsi kognitif yang utuh mampu melakukan modifikasi lingkungan secara mandiri, sedangkan lansia dengan gangguan fungsi kognitif membutuhkan bantuan perawat atau terapis untuk melakukan modifikasi lingkungan<sup>2</sup>.

Implementasi keperawatan pada diagnosis keperawatan **nyeri kronis b.d kondisi musculoskeletal kronis** yaitu mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, mengidentifikasi respons nyeri nonverbal, mengidentifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri, memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri teknik napas dalam, dan mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri. Selain itu juga perlu melibatkan caregiver dalam mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri.

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

serta memberikan implementasi manajemen nyeri pada klien dalam penelitian ini.

## 5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan tahap penilaian dari keseluruhan proses keperawatan yang telah diberikan untuk menentukan tercapainya tujuan asuhan keperawatan yang telah diterapkan kepada klien. Evaluasi keperawatan dilakukan dengan mengacu pada Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) sesuai dengan kriteria hasil yang ada, evaluasi keperawatan dilakukan dengan format SOAP. Evaluasi keperawatan dilakukan selama 6 hari setelah dilakukan implementasi keperawatan. Evaluasi diartikan sebagai penetapan keberhasilan asuhan keperawatan melalui perbandingan antara tujuan awal yang telah ditetapkan dan respons perilaku yang ditunjukkan oleh lansia<sup>32</sup>.

Evaluasi keperawatan untuk masalah keperawatan **gangguan mobilitas fisik b.d menurunnya kekuatan otot dan kekakuan sendi** dapat diatasi sebagian, hal ini dibuktikan dengan klien belum mampu berjalan dengan langkah efektif, langkah cepat, klien belum mampu berjalan dengan jarak sedang dan jarak jauh tanpa alat bantu, klien belum mampu berjalan dengan jarak dekat tanpa alat bantu, namun klien sudah mampu untuk berdiri sendi tanpa bantuan orang lain, klien sudah mampu berpindah tempat dar kursi roda ke kamar mandi dengan tongkat tanpa bantuan orang lain dan klien sudah mampu berpindah dari suatu tempat ke kursi roda tanpa bantuan dari orang lain, caregiver dan salah satu lansia di wisma anak sudah mampu membantu klien dalam berpindah tempat dengan alat bantu berjalan serya mendampingi dalam melakukan ROM namun masih dalam pendampingan. Evaluasi hasil setelah diberikan asuhan keperawatan selama 6 hari yaitu, S : Klien mengatakan sudah berani berpindah dsri kursi roda kesuatu tempat dengan tongkat tanpa bantuan pengasuh

selama di wisma, Klien mengatakan pinggang sudah mulai membaik tapi terkadang masih sakit saat digerakkan, Klien mengatakan kaki sudah membaik, sudah bertenaga dan tidak susah lagi untuk melangkah seperti sebelumnya, Klien mengatakan kaki terasa lebih baik semenjak beberapa hari ini dilakukan latihan ROM, Klien mengatakan kaki sudah tidak lagi terasa kesemutan, Klien mengatakan sudah mencoba latihan ROM secara mandiri dengan perlahan. O : TTV sebelum beraktifitas : TD 120/85 mmHg, HR 84 x/menit, RR 19 x/menit, TTV setelah beraktifitas, TD 125/88 mmHg, HR 87 x/menit, RR 20 x/menit, kekuatan otot pada kaki kanan mengalami kenaikan dimana sebelumnya berada pada skala 3 pada hari ke 6 mengalami kenaikan menjadi skala 4, Klien tampak sudah lebih baik saat berpindah dengan tongkat selama di wisma, Klien tampak sudah bisa berjalan dengan tongkat saat berada di wisma, tapi saat diluar wisma klien masih menggunakan kursi roda, Klien tampak tidak gemetaran lagi saat berjalan, klien tampak dibantu oleh temannya saat berpindah tempat dengan kuris roda dan tongkat, Klien tampak lebih nyaman duduk dikursi roda, Klien tampak lebih nyaman beraktifitas diluar wisma dengan kursi roda, Klien bersedia untuk melakukan latihan ROM, Klien tampak masih sedikit kesusahan menggerakkan kaki saat latihan ROM, tapi sudah lebih baik dari sebelumnya. A : Masalah gangguan mobilitas fisik teratasi sebagian. P : Intervensi dukungan ambulasi dan latihan penguatan sendi (ROM) dilanjutkan oleh pengasuh dan klien untuk latihan ROM aktif 2 x/hari dengan mandiri.

Pada penelitian ini terdapat perubahan kemampuan klien dalam berjalan dan beraktivitas setelah diberikan implementasi ambulasi dan latihan ROM yaitu klien sudah mampu berpindah dari tempat duduk ke kursi roda tanpa bantuan dari orang lain dan sebaliknya dari kursi roda ke suatu tempat serta berjalan dengan tongkat selama berada didalam wisma tanpa bantuan orang lain, klien mengatakan kaki dan jari-jari kaki sudah lebih baik dari sebelumnya, kaku pada pinggang

dan lutut juga sudah berkurang, dan sakit pada pinggang klien juga sudah berkurang . Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Husna<sup>27</sup> dimana responden penelitiannya mengatakan kakinya terasa lebih kuat dan kekakuan sendi berkurang setelah diberikan latihan ROM. Sesuai dengan teori dari Uda<sup>33</sup>, latihan range of motion menjadi salah satu cara meningkatkan kelenturan sendi dan kekuatan otot pada lansia.

Evaluasi keperawatan untuk masalah keperawatan **risiko jatuh d.d kekuatan otot menurun dan penggunaan alat bantu berjalan** dapat diatas sebagian, hal ini dibuktikan dengan jatuh dari tempat tidur tidak ada, jatuh saat berdiri tidak ada, jatuh saat duduk tidak ada, jatuh saat berjalan tidak ada, namun klien masih harus berpegangan pada rail dinding jika berjalan atau menggunakan alat bantu tongkat saat berjalan didalam wisma . Evaluasi hasil setelah diberikan asuhan keperawatan selama 6 hari yaitu S : Klien mengatakan sudah berani berjalan dengan tongkat selama didalam wisma tanpa bantuan pengasuh, Klien mengatakan tungkai kaki sudah terasa membaik dari sebelumnya, Klien mengatakan kaki sudah mulai bertenaga untuk melangkah, Klien mengatakan tidak gemetar lagi saat berjalan dengan tongkat. O : Klien tampak menggunakan kursi roda untuk beraktifitas, kecuali saat berada di wisma klien menggunakan tongkat, Klien tampak sudah bisa berjalan dengan tongkat secara mandiri, Klien tampak tidak gemetar lagi saat berusaha berjalan dengan tongkat, TD : 125/88 mmHg, HR : 87 x/menit, RR : 20 x/menit. A : Masalah Risiko Jatuh teratasi sebagian. P : Intervensi pencegahan jatuh dan manajemen keselamatan lingkungan dilanjutkan oleh klien dan pengasuh wisma, serta melibatkan pengasuh untuk membantu klien dalam menggunakan kursi roda dan tongkat yang baik dan benar untuk mengurangi risiko jatuh.

Evaluasi hasil yang diperoleh oleh peneliti sejalan dengan temuan penelitian yang dilakukan oleh Husna<sup>27</sup> yaitu masalah resiko jatuh teratasi sebagian dimana pasien mengatakan tungkai pada kakinya sudah baik, dan pusing sudah menurun, dan klien telah mampu berpindah dari satu tempat ke kursi roda secara mandiri. Rencana tindak lanjut yang dapat dilakukan meliputi pencegahan risiko jatuh dan manajemen keselamatan lingkungan.

Evaluasi keperawatan untuk masalah keperawatan **nyeri kronis b.d kondisi muskuloskeletal kronis** dapat diatasi, hal ini dibuktikan dengan keluhan nyeri menurun, gelisah tidak ada, meringis tidak ada. Evaluasi hasil setelah diberikan asuhan keperawatan selama 6 hari adalah S : Klien melaporkan bahwa rasa nyeri di pinggang dan kedua lututnya telah mengalami perbaikan, dengan skala nyeri berada pada angka 1, durasi dan frekuensi tidak dapat ditentukan, Klien mengatakan saat bergerak nyeri sudah jarang timbul, Klien menyatakan telah mampu menggunakan teknik pernapasan dalam untuk mengurangi rasa nyeri. Klien juga menyampaikan bahwa setiap pagi ia selalu mengoleskan minyak pada kedua lutut dan pinggangnya. O : Klien tampak lebih nyaman dari sebelumnya, Klien tampak lebih rileks saat nyeri timbul karna nyeri sudah berkurang, Nyeri yang timbul tampak tidak lagi mengganggu aktifitas klien, Klien terlihat sudah mampu melaksanakan teknik pernapasan dalam yang telah diajarkan. Klien tampak ada menggunakan minyak pada kedua lutut dan pinggangnya, TD : 125/88 mmHg, HR : 87 x/menit, RR : 20 x/menit. A : Masalah nyeri kronis teratasi sebagian. P : Intervensi manajemen nyeri dilanjutkan oleh klien secara mandiri dan dibantu oleh pengasuh.

Temuan evaluasi yang diperoleh selaras dengan penelitian Husna<sup>27</sup>, dimana pasien melaporkan pengurangan nyeri pada pinggang dan kaki serta kemampuan untuk menggunakan teknik pernapasan dalam secara

mandiri guna meredakan rasa sakit. Dan di dukung dalam teori Amir<sup>34</sup> yang menjelaskan bahwa relaksasi melalui pernapasan dalam dapat mengendalikan nyeri dengan mereduksi aktivitas simpatik pada sistem saraf otonom.

## **BAB V**

### **PENUTUP**

#### **A. Kesimpulan**

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

1. Pada hasil pengkajian pada klien didapatkan data klien mengalami gangguan mobilitas fisik yang mengakibatkan terganggunya aktifitas klien seperti berjalan, berpindah tempat dan berjalan tanpa bantuan kursi roda, mengambil makanan ke dapur, serta melakukan aktifitas di luar wisma seperti jalan-jalan, olahraga, sehingga meningkatkan ketergantungan klien dan tingkat kemandirian klien menurun. Namun hal tersebut dapat diatasi secara perlahan dengan memberikan asuhan keperawatan yang sesuai dengan masalah yang terjadi pada klien dengan menyusun rencana keperawatan untuk klien.
2. Diagnosa yang muncul yaitu gangguan mobilitas fisik dengan data yang mendukung yaitu kesulitan saat berjalan, kesulitan dalam berpindah tempat dari suatu tempat ke kursi roda dan dari kursi roda ke suatu tempat yang di sebabkan oleh pinggang dan kaki kaku, kaki terasa lemah, dan nyeri pada kedua lutut, kekuatan otot kaki menurun. Diagnosa risiko jatuh dengan data klien mengatakan tungkai kaki terasa lemah, tidak bisa berdiri dengan lama, merasa cemas dan takut saat berjalan, kaki sering terasa kesemutan, lantai kamar mandi yang terlihat licin. Dan diagnosa nyeri kronis dengan data klien mengeluh nyeri pada pinggang dan kedua lutut kaki saat berpindah tempat dari suatu tempat ke kursi roda, dan cuaca dingin sehingga mengganggu klien dalam beristirahat dan beraktifitas.
3. Intervensi keperawatan yang direncanakan disesuaikan dengan masalah keperawatan yang ditemukan pada klien. Intervensi yang telah direncanakan seperti memonitor tanda-tanda vital, melakukan latihan ambulasi, melatih ROM, memantau gaya berjalan dan

keseimbangan, mengidentifikasi keamanan klien, memantau penggunaan alat bantu berjalan, melakukam pengkajian nyeri, mengajarkan manajemen nyeri dengan teknik nafas dalam.

4. Implementasi keperawatan dilakukan berdasarkan intervensi yang telah direncanakan. Implementasi untuk diagnosis gangguan mobilitas fisik yang diberikan seperti memonitor tanda-tanda vital, mendampingi dan membantu klien dalam ambulasi, membantu klien dalam penggunaan kursi roda atau tongkat, serta melatih ROM. Implementasi untuk risiko jatuh seperti mengidentifikasi faktor penyebab dan hal-hal yang dapat meningkatkan resiko jatuh, membantu klien dalam berpindah, membantu klien dalam penggunaan kursi roda dan tongkat, memantau gaya berjalan, menganjurkan klien memanggil pengasuh jika membutuhkan bantuan dalam berpindah serta modifikasi lingkungan yang aman. Implementasi untuk diagnosis nyeri kronis pada klien seperti melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif, mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri dan mengajarkan teknik manajemen nyeri non farmakologis nafas dalam.
5. Hasil evaluasi yang dilakukan selama 6 hari didokumentasikan dalam bentuk SOAP, yaitu diagnosa keperawatan gangguan mobilitas fisik teratas sebagian, diagnosa resiko jatuh teratas sebagian, dan diagnosa nyeri kronis sudah teratas sebagian.
6. Semua proses penelitian saat pemberian asuhan keperawatan mulai dari pengkajian, pemberian intervensi, implementasi, serta evaluasi telah peneliti dokumentasikan dan telah dilampirkan dalam karya tulis ilmiah ini.

## B. Saran

1. Bagi Pimpinan PSTW Sabai Nan Aluih Sicincin

Karena adanya masalah keperawatan yang belum teratas pada lansia direkomendasikan agar PSTW Sabai Nan Aluih mengedukasi perawat dan caregiver dalam memberikan pelayanan terhadap lansia dengan

gangguan mobilitas fisik serta memfasilitasinya, seperti tersedianya prosedur latihan ambulasi dan prosedur pencegahan jatuh sebagai pedoman dalam melanjutkan rencana tindak lanjut.

2. Bagi Pengasuh Wisma/ Petugas

Berdasarkan adanya masalah keperawatan yang belum teratasi pada lansia, diharapkan perawat dan caregiver wisma dapat melanjutkan rencana tindak lanjut terkait masalah yang dialami oleh lansia sesuai dengan intervensi keperawatan yang telah dilaksanakan sebelumnya oleh peneliti. Disarankan kepada caregiver untuk memfasilitasi dan mendampingi lansia dalam latihan ambulasi dan latihan ROM serta dapat memodifikasi lingkungan untuk mencegah resiko jatuh.

3. Bagi Mahasiswa dan Peneliti Selanjutnya

Temuan penelitian ini diharapkan dapat berfungsi sebagai rujukan sekaligus bahan perbandingan bagi studi-studi berikutnya yang mengeksplorasi lansia dengan gangguan mobilitas fisik.

## DAFTAR PUSTAKA

1. Minarti, P NDM, Febrian NA, Adinata AA, Riskika S, Mardiana N, et al. Konsep Usia Lanjut [Internet]. Rizmedia Pustaka Indonesia; 2024. 201 p. Available from: <https://books.google.co.id/books?id=VDYpEQAAQBAJ>
2. Nafila A. Asuhan Keperawatan Pada Lansia Dengan Gangguan Mobilitas Fidik Di PSTW Sabai Nan Aluih Sicincin Kabupaten Padang Pariaman. Poltekkes Kemenkes Padang; 2023.
3. Kirana SAC, Martyastuti NE, Lestari AS. Falsafah Dan Teori Keperawatan. Jambi: PT. Sonpedia Publishing Indonesia; 2023. 1–23 p.
4. WHO. Penuaan dan Kesehatan [Internet]. World Health Organization. 2024. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health#>
5. Rizaty MA. Data Persentase Penduduk Lanjut Usia di Indonesia pada 2023 [Internet]. DataIndonesia.id. 2024. Available from: <https://dataindonesia.id/varia/detail/data-persentase-penduduk-lanjut-usia-di-indonesia-pada-2023>
6. BPS Sumatera Barat. Jumlah Penduduk Menurut Kelompok Umur dan Jenis Kelamin di Provinsi Sumatera Barat (Jiwa), 2022 [Internet]. Badan Pusat Statistik Provinsi Sumatera Barat. 2022. Available from: <https://sumbar.bps.go.id/id/statistics-table/2/NjY3IzI=/jumlah-penduduk-menurut-kelompok-umur-dan-jenis-kelamin-di-provinsi-sumatera-barat.html>
7. BPS Sumatera Barat. Jumlah Penduduk Menurut Kelompok Umur dan Jenis Kelamin di Provinsi Sumatera Barat, 2023 [Internet]. Badan Pusat Statistik Provinsi Sumatera Barat. 2023. Available from: <https://sumbar.bps.go.id/id/statistics-table/3/WVc0MGEyMXBkVFUxY25KeE9HdDZkbTQzWkVkb1p6MDkjMw==/jumlah-penduduk-menurut-kelompok-umur-dan-jenis-kelamin-di-provinsi-sumatera-barat--2023.html?year=2023>
8. Tim Pokja SDKI DPP PPNI. Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia. Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional indonesia; 2017.
9. Azizie HA, Susilowati IH. Analisis Faktor Risiko Keluhan Subjektif Gangguan Muskuloskeletal (MSDs) Pada Guru Dan Murid SMA Akibat Pembelajaran Jarak Jauh Di Bogor. Natl J Occup Heal Saf. 2022;3(1).
10. Rianti EDD, Soekanto A, Lystyawati F. Angka Kejadian Keluhan Muskuloskeletal Dengan Usia Di Wilayah Kerja Puskesmas Dukuh Kupang RW V Surabaya. BIOSAPPHEIRE J Biol dan Divers. 2023;2(1):36–43.
11. Rahmawati. Analisis Asuhan Keperawatan Pada Lansia Yang Mengalami Immobility Dengan Masalah Nyeri Menggunakan Intervensi Kompres Air Hangat Di Balai Rehabilitasi Sosial Lanjut Usia Gau Mabaji Gowa. UIN Alauddin Makassar; 2022.
12. Rahmadani D, Manullang I, Riswan L., Julia Simanjuntak L, Minanda W, M. Noer R. Pencegahan Gout Arthritis Melalui Diet Rendah Purin & Cinnamon Warm Compresses Di Posyandu Hang Tuah, Kampung Tua Bakau Serip. Media Abdimas [Internet]. 2024 Oct 14;3(3):13–7. Available

- from:<https://journals.upiyai.ac.id/index.php/MediaAbdimas/article/view/745>
13. Utami LT, Silvitasari I. Tingkat Kecemasan Berhubungan Tingkat Kemandirian Lansia Di Posyandu Mawar X Pajang Laweyan. *Nurs News J Ilm Keperawatan*. 2022;6(3):144–52.
  14. Agustiningrum R, Winarti A, Setianingsih S, Suyami S, Khusnawati I. Aktifitas fisik berhubungan dengan risiko jatuh pada lansia. *J Keperawatan Jiwa* [Internet]. 2023;11(3):645–54. Available from: <https://jurnal.unimus.ac.id/index.php/JKJ/article/download/12628/pdf>
  15. Zulfadhl M, Hamid A, Lita L. Hubungan Motivasi Melakukan Latihan Fisik Dengan Risiko Jatuh Pada Lansia Pada Panti Sosial Tresna Werdha Khusnul Khotimah Pekanbaru. *Al-Asalmiya Nurs J Ilmu Keperawatan (Journal Nurs Sci)*. 2020;9(1):19–26.
  16. Rozanna R, Febriana D, Rahmawati. Pemberian Range Of Motion (ROM) Pada Lansia Dengan Gangguan Mobilitas Fisik : Suatu Studi Kasus. *J Ilm Mhs Fak Keperawatan*. 2022;1(3):37–43.
  17. Sasongko DP, Khasanah S. Penerapan Range of Motion (ROM) pada Asuhan Keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik Pasien Stroke Hemoragik. *J Penelit Perawat Prof*. 2023;5(4):1507–14.
  18. Ruswadi DI, Supriatun E. Keperawatan Gerontik. Jawa Barat: CV. Adanu Abimata; 2022.
  19. Mujiadi, Rachmah S. Buku Ajar Keperawatan Gerontik. STIKes Majapahit Mojokerto. 2022.
  20. Manurung MEM, Utami RA, Tandilangi AA, Maria D, Kusumaningsih I, Saragih NSNSD, et al. Ilmu Dasar Keperawatan Gerontik. Yayasan Kita Menulis; 2023.
  21. Gemini S, Yulia R, Roswandani S, Pakpahan HM, Setiowati E, Hardiyati, et al. Keperawatan Gerontik [Internet]. Yayasan Penerbit Muhammad Zaini; 2021. Available from: <https://books.google.co.id/books?id=KZJCEAAAQBAJ>
  22. Arna DYD, Kelabora J, Ranti IN, Horhoruw NA, Pariati, Firdaus NI, et al. Bunga Rampai Lansia Dan Permasalahnya [Internet]. Media Pustaka Indo; 2024. Available from: <https://books.google.co.id/books?id=Aor2EAAAQBAJ>
  23. Hidayat AA. Keperawatan Dasar 1; Untuk Pendidikan Ners [Internet]. Health Books Publishing; 2021. Available from: <https://books.google.co.id/books?id=TRYfEAAAQBAJ>
  24. Nasrullah D. Buku Ajar Keperawatan Gerontik Edisi 1. 2016;283. Available from: <http://bppsdmk.kemkes.go.id/pusdiksdmk/wp-content/uploads/2017/08/Keperawatan-Gerontik-Komprehensif.pdf>
  25. Tim Pokja SIKI DPP PPNI. Standar Intervensi Keperawatan Indonesia. 2016.
  26. Nursalam. Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan. Salemba Medika; 2020.
  27. Husna RN. Asuhan Keperawatan pada Lansia dengan Gangguan Mobilitas Fisik di PSTW Sabai Nan Aluih Sicincin Kabupaten Padang Pariaman. 2022;
  28. Adnindya MR, Redha AH, Septadina IS, Suciati T, Wardiansah W.

- Analisis Hubungan Usia, Indeks Masa Tubuh, Kecepatan Berjalan Dan Riwayat Jatuh Dengan Keseimbangan Berjalan Lansia Majelis Taklim Asmaul Husna Palembang. *J Kedokt dan Kesehat Publ Ilm Fak Kedokt Univ Sriwij.* 2022;9(2):191–8.
- 29. Vaishya R, Vaish A. Falls in Older Adults are Serious. *Indian J Orthop [Internet].* 2020;54(1):69–74. Available from: <https://doi.org/10.1007/s43465-019-00037-x>
  - 30. Murtiani N, Suidah H. Pengaruh Pemberian Intervensi 12 Balance Exercise Terhadap Keseimbangan Postural Pada Lansia. *J Keperawatan.* 2019;12(1):42–52.
  - 31. Mar'ah Konitatillah SK, Susumaningrum LA, Rasni H, Susanto T, Dewi R. Hubungan Kemampuan Mobilisasi dengan Risiko Jatuh pada Lansia Hipertensi. *Jkep.* 2021;6(1):9–25.
  - 32. Kholifah SN. Keperawatan gerontik. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia; 2016.
  - 33. Uda HDH, Mufliah M, Amigo TAE. Latihan Range of Motion Berpengaruh Terhadap Mobilitas Fisik pada Lansia di Balai Pelayanan Sosial Tresna Werdha Unit Abiyoso Yogyakarta. *J Ners dan Kebidanan Indones.* 2017;4(3):169.
  - 34. Amir H, Duhaling M. Manajemen Relaksasi Nafas Dalam Untuk Mengurangi Sesak Nafas Pada Pasien Congestive Heart Failure: Studi Kasus. *J Ilm STIKES Kendal [Internet].* 2023;13(4):1371–6. Available from: <http://journal.stikeskendal.ac.id/index.php/PSKM>

## Lampiran 1

 **Kemenkes** | Kementerian Kesehatan

PP.OLEH MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA  
Tentang Keterbukaan Informasi Publik  
Dalam Pelaksanaan Survei Awal (Initial Prevalence Survey)

Peraturan  
Tahun  
2024  
Perihal  
*Survei Awal (Initial Prevalence Survey)*

Kepada Yth. :  
Ketua Dinas Sosial Provinsi  
Sumatera Barat  
Di  
Tempat  
Dengan hormat,

Selanjutnya dengan dilaksanakannya Penyusunan Proposal Survei Telaah Hasil (PTTH) Laporan Survei Kesehatan pada Masaawal Program Milenial di III Keprovinsi Padang, Forum Komunikasi Komunitas Pendidikan Padang Selatan Gugus TA. 2024/2025, maka dengan ini kami memberi kepada Yth. Bapak Ketua Dinas Sosial Provinsi Sumatera Barat melalui Survei Awal (Initial Prevalence Survey) di bawah yang merupakan Proposi

No	Nama	NIM	JUBIL. PRINCIPAL KTI	Tanggal Survey Awal
1	VENUS PESTIWI SETIANI	221110319	Analis Keprofesional Pemkab Dengar Gangguan Malaria di PTTH Nusa Barat Sumatra	11 November 2024 - 20 Desember 2024

Pembacaan kewenangan dan potensi dan kesulitan dapat dilakukan dengan menyimpulkan dengan ketemu bantuan.

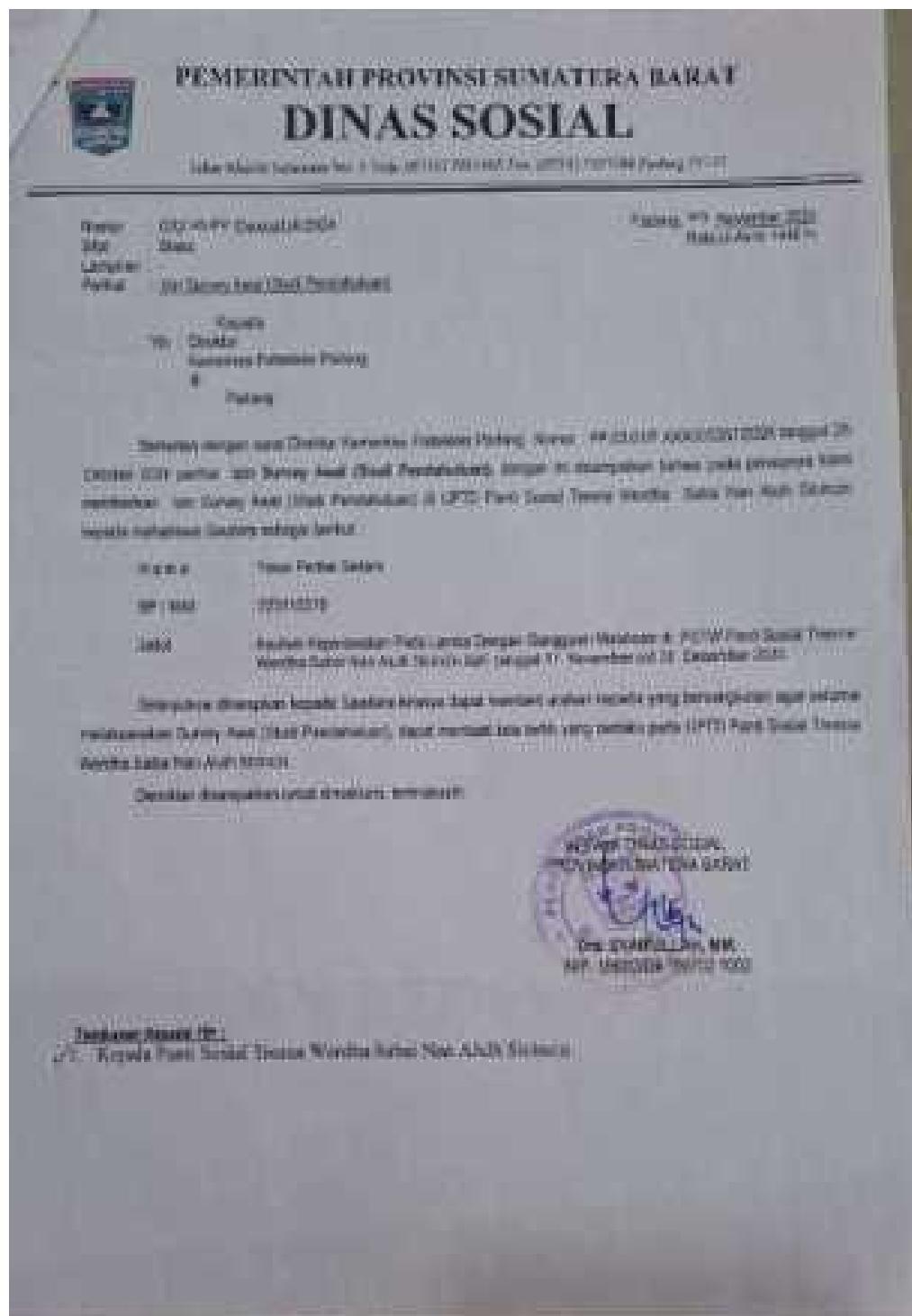
Kepala Dinas Sosial  
Provinsi Sumatera Barat

Rumiyati, S.Kn, M.Kep, Sp.Jur



www.sosial.sumsel.go.id

Lampiran 2



### Lampiran 3

 <p>DINAS SOSIAL PROVINSI SUMATERA BARAT UPTD PANTI SOSIAL TRESNA WERDHA SABAI NAN ALUIH SIONON</p> <p>Jl. Raya Padang - Batuherang Km. 10,500, 29151 Padang, Sumatera Barat</p>			
LEMBAR DISPOSISI			
Bunyi dan	Orang Tua/Sesama Istri	Dilantik Tgl	✓ 11/11/2014
No. Surat	SK/2014/11/2014/018/11/2014	No. Surat	070/108/11/2014/2014
Tgl. Surat	01 - 11 - 2014	Sifat	<input type="checkbox"/> Sangat segera <input type="checkbox"/> Segera <input type="checkbox"/> Rrahala
Pentul	Waka Stafing Panti (Jadi Pendukung)		
Diberikan kepada Sdr:	Instruksi / Informasi		
<p><input type="checkbox"/> Kesiapan Tati Usaha <input type="checkbox"/> Kesi PKJ <input checked="" type="checkbox"/> Kesi PPP <input type="checkbox"/> Pendahuluan</p> <p>Dengan hormat Razap</p> <p><input type="checkbox"/> Tanggapan dan Siaran <input type="checkbox"/> Proses ketika lantau <input type="checkbox"/> Koordinasi/Konfirmasi</p> <p><i>Razap 11-11-2014</i></p>			

## Lampiran 4

 <b>Kementerian Kesehatan</b> Departemen Kesehatan Jl. Kuning Raya Kec. Cengkareng Jakarta Barat 11530 (021) 50123456 www.kemkes.go.id	<b>Konferensi Sekretariat Pendidikan Padang Tentang Pengembangan Pendidikan Sekolah Dasar Dalam Masa Depan</b>		
<b>Lembaga Konferensi Tingkat Ahli/Lembaga Tinggi/Institusi/Teknologi</b>			
<b>PENDIDIKAN/MAK/LITERASI DAN KEGIATAN PELAJARAN</b>			
<b>JURUSAN KONSEP KONSEP</b>			
<b>KEDILIGESI POLITEKNIK PADANG</b>			
<b>Nama</b>	Vina Putri Sulisti		
<b>NIM</b>	223110719		
<b>Pendidikan Dasar</b>	N. Rachmatullah, S.Kip, M.KM		
<b>Jabat</b>	Auditor Kompetensi Pada Lintas Disiplin Organisasi Industri dan di Pusat Studi Terwujud Wimbo Sulistyo Akbar Syah Syuraini		
<b>No.</b>	<b>Tanggal</b>	<b>Kegiatan Akhir Setiap Pendidikan</b>	<b>Tanda Tangan</b>
1.	04 Oktober 2024	Menulis surat jalinan dengan dosen	
2.	05 Oktober 2024	Menulis surat HAD 1 dan surat resmi lainnya perihal faktur dan faktur uang	
3.	10 Oktober 2024	Menulis surat HAD 1, HAD 2 HAD 3 dan surat perihal faktur dan faktur uang	
4.	20 Oktober 2024	Menulis surat HAD 1, HAD 2, HAD 3 dan surat perihal faktur dan faktur uang	
5.	21 Oktober 2024	Menulis surat HAD 1, HAD 2, HAD 3, dan surat perihal faktur dan faktur uang untuk membuka bank account	
6.	24 Oktober 2024	ACE HAD 1, HAD 2, HAD 3 dan berjalan-jalan	
7.	27 Oktober 2024	Konsultasi dengan dosen penulis	

V	21 May 2023	Konsolidierte BAA IV des BAU V: vorläufige jahresabschlüsse	
VI	26 May 2023	Konsolidierte BAA IV des BAU V:	
VII	29 May 2023	Konsolidierungsabschluss, potentiell lagende Konzesse	
VIII	5 June 2023	Konsolidierte Bilanzen	
IX	11 June 2023	ACC unter ständigem Berat.	

100

THE PINE TURTLE TIMES

St. Paul Public Library

Lampiran 5

 <b>KEMENTERIAN DILAKUKAN PADA</b> <b>POLITEKNIK PADJADJARAN</b>	<b>Administrator Rektorat</b> <b>Rektoratus Padang</b> <b>Jl. Sumur Bandung Km. 1, Simpang Tukum, Simpang Tukum, Padang West Sumatra 25166</b> <b>http://padjadjaran.ac.id</b>		
<b>LAMPIRAN KONSEPTEKSI TUGAS AKHIR KARYA YANG DIBUAT</b>			
<b>BUKU DIPLOMA 3 KEPERAWATAN FAKULTAS KEDOKTERAN DAN KEGURUAN POLITEKNIK POLYTEKNIK PADJADJARAN</b>			
<b>Nama</b>	Tina Putri Sari		
<b>NIM</b>	12310910		
<b>Pembimbing Penulis</b>	Ir. Muli Widhi Astuti, M.Kes <sup>1</sup>		
<b>Sekel</b>	Auditor Kepresensi Tugas Akhir Dengan Disajikan Melalui		
<b>Fakultas Kedokteran dan Keguruan Politeknik Padjadjaran</b>			
<b>No.</b>	<b>Tanggal</b>	<b>Kegiatan Akhir Karya Penulis</b>	<b>Tanda Tangan</b>
1.	16 Oktober 2024	Bersiap persiapan ACC (akhir)	
2.	21 Oktober 2024	Bersiap BAP 1 dan persiapan BAP 1 bersama dengan pengajar dan ketua tim	
3.	21 Oktober 2024	Bersiap BAP 1 dan persiapan BAP 1 bersama dengan pengajar dan ketua tim	
4.	6 Desember 2024	Bersiap BAP 1, BAP 2, BAP 3 bersama dengan pengajar dan ketua tim pada hari tersebut	
5.	11 Desember 2024	Bersiap BAP 1, BAP 2, BAP 3 bersama dengan pengajar dan ketua tim pada hari tersebut	
6.	18 Desember 2024	Bersiap BAP 1, BAP 2, BAP 3 bersama dengan pengajar dan ketua tim	
7.	21 Desember 2024	ACC BAP 1, BAP 2, BAP 3 dan Tesis Sidang Promosi	

9.	17 February 2023	Beritahuan bahwa penilaian dan tindakan terhadap seseorang pengguna teknologi adalah	
10.	20 February 2023	Beritahuan DAB 2, DAB 3, DAB 4 dan seseorang memberikan perintah penilaian yang sama pada pengguna teknologi yang sama	
11.	21 March 2023	Beritahuan DAB 2, DAB 3 dan seseorang memberikan perintah penilaian yang sama pada pengguna teknologi yang sama	
12.	23 March 2023	ALC/ACTL bagi seseorang teknologi	

Disagreement

Dr. Mohd. Othman Sulaiman

No. Your Signature: 00000000000000000000

NOV 2023 (2023-11-01)

## Lampiran 6

Kementerian Kesehatan  
Departemen Kesehatan

■ Jl. Jenderal Sudirman Km. 10  
Jakarta Selatan 12110  
■ 021 5611 1111  
■ [www.kemkes.go.id](http://www.kemkes.go.id)

Nomor : PNP/BLD/PJ/2020/0000000000  
Perihal : Lahan Penanaman

Tujuan :  
Kepada Yth.  
Kepala Dinas Sosial Provinsi Sumatera Barat  
Di:  
Tempat:  
Dokumen Berikut:  
Scholarships dengan disponsori oleh Perguruan Tinggi Raja Haji Fatah (RHT) /  
Lapangan Studi Rancas pada Mahasiswa Program Studi D3 Kependidikan Pendidikan Anak  
Kependidikan Kesehatan Pendidikan Kesehatan Olahraga (A. 2014/2021), untuk mengikuti lomba  
creatif tingkat Nasional yang bertujuan untuk meningkatkan kualitas Mahasiswa dalam melaksanakan Pendidikan di  
Indonesia yang Baik dan Benar.

NO	NAMA	NIM	JUDUL PROPOSAL RTH	TARAF PENGETAHUAN
1	VICEDI PERMATA SETIAWAN	2014010119	Bantuan Kependidikan Pendidikan Daring Untuk Para Mahasiswa Fakultas di PTITR Raja Haji Fatah Universitas	01 Februari 2021 31 Maret 2021

Dokumentasi hasil tanggulan atau pertemuan dan diskusi dapat dilakukan dengan cara mengirim  
surat tertulis bukti.

Director Komisi Penilaian Pendidikan

Rasidiyati, SE, MM, Spd, MM



## Lampiran 7

**Pemerintah Provinsi Sumatera Barat**  
**DINAS SOSIAL**

Jalan KH H. Sultan No. 3 Telp. (0753) 301003 Fax. (0753) 307238 Padang 21127

---

Nama	DR. H. Dwi Suryadi, MM	Tanggal	27 Januari 2010
NIK	1301010001010001	Sertifikat	1445-1
Lantaran	-		
Pekerjaan	Anggota Komisi		

Kepada  
Wakil Direktorat Kesejahteraan Pangan dan Kesehatan Padang, nomor  
pergantian sertifikat dengan tgl 26 Januari 2010 jurnal Ikr Penitius, dengan ini disampaikan bahwa  
waktu penyelesaian tugas sebagaimana dijelaskan di bawah ini:  
1. penitius di UPGRD Pada masa Tugas Waktu Gabut dari Akhir  
Bersama dan bersempena hari pertama ke Dinas Sosial Provinsi Sumatera Barat sejak tgl. 1 Januari  
2010.  
Waktu penyelesaian tugas sebagai berikut:

Waktu	Tujuan Penyelesaian
07/1/2010	22/1/2010
Jadi 30 hari	Selesai menyelesaikan tugas bersama dengan penitius di bawah ini: Pada masa Tugas Waktu Gabut dari Akhir Bersama.
Tujuan Penitius	Pada masa Tugas Waktu Gabut dari Akhir Bersama.

Sebagaimana diatasnya kepada Saya berwajib membuat surat kepada yang bersangkutan  
agar seluruh tugas penitius dapat berlaku sejak hari yang berlaku pada UPGRD Pada masa Tugas  
Waktu Gabut dari Akhir Bersama.

Diketahui dan disampaikan untuk ditandatangani, termasuk:

  
Dr. H. Dwi Suryadi, MM  
Anggota Komisi

*[Handwritten signature]*

Lampiran 8

 <p style="text-align: center;"><b>DINAS SOSIAL PROVINSI SUMATERA BARAT</b>  <b>UPTD PANTI SOSIAL TRESNA WERDAH</b>  <b>SABAI NAN ALUH ALUH SICINCIN</b></p>			
<small>Jl. Raya Padang - Lubukgantung KM. 10,500, 26152, Lubukgantung, Kecamatan Lubukgantung, Kabupaten Padang Lawas Utara, Sumatra Barat</small>			
<b>LEMBAR DISPOSISI</b>			
Surat dari	<i>Dinas Sosial</i>	Terima Tgl	<i>16-01-2025</i>
No. Surat	<i>25</i>	Nr. Surat	<i>001/RS/2025</i>
Tgl. Surat	<i>01-01-2025</i>	<input type="checkbox"/> Sangat Segera <input type="checkbox"/> Segera <input type="checkbox"/> Padawak	
Pernah	<i>Isi surat ini</i>		
Diteruskan kepada Sdr:	Instruksi / Informasi: <i>Tr Lengg BSI Lkt-2 01/2025</i>		
<input type="checkbox"/> Kasubbag Tata Usaha <input type="checkbox"/> Kas-PKJ <input checked="" type="checkbox"/> Kas-PPP <input type="checkbox"/> Bendahara			
Dengan hormat dan harap :			
<input type="checkbox"/> Tanggapan dari Segera <input type="checkbox"/> Proses lebih lanjut <input type="checkbox"/> Koordinasi/Konfirmasi <input type="checkbox"/>			

Lampiran 9



## Lampiran 10

NO	KEGIATAN	WAKTU											
		Okt	Nov	Des	Jan	Febr	Maret	April	Mai	Juni	Okt	Nov	Des
1	Penyusunan dan konsultasi proposal	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
2	Pendaftaran sidang proposal												
3	Sidang proposal												
4	Revisi proposal												
5	Pendidikan, penyusunan dan konsultasi												
6	Pendaftaran ejuan KTI												
7	Sidang KTI												
8	Revisi KTI												
9	Pengumpulan perbaikan KTI												
10	Publikasi												

**JADWAL PENELITIAN**

Asuhan Keperawatan Pada Lansia Dengan Gangguan Makanan Phisi Di PSTW Sabtu Nan Aulih Sielman

Padang, 19 Mei 2025

Pembimbing Utama,  
  
N. Rachmaniar, S.Kep, MKM  
19681120 199303 1 002

Pembimbing Pendamping,  
  
N. Syahril Widiwi Azizah, M.Kes  
19910225 201902 2 001

Mahasiswa  
  
Vesni Partwi Setiani  
223110319

## Lampiran 11

INFORMED CONSENT (Lanskap Persetujuan)	
Yang bertanggung jawab dibawah ini adalah :	
Nama Respondee	<b>Ammarudin</b>
Umur Tgl Lahir	45 Tahun
Pengantar Jiwah	Pengajar STKIP Sultan Nurjati Cirebon
Sekolah ini mengizinkan penelitian dan studi pascasarjana, yang berdasarkan temuan riset dan penelitian atas nama Yeni Putri Sariati, NIM 223130770 Mahasiswa Prodi D3 Komputerisasi Pajang Jurusan Kependidikan Komunitas Pendidikan Pajang.	
Diketahui dan diketahui bahwa saya telah mengerti segala informasi diatas	
Pajang Perakatan, 10 Februari 2024	
 _____ <b>Ammarudin</b>	

## Lampiran 12

### PENGKAJIAN KEPERAWATAN GERONTIK

#### A. IDENTITAS DIRI KLIEN

Nama (Umur) : Tn. A (85 Tahun)  
Jenis Kelamin : Laki-laki  
Status Perkawinan : Cerai Mati  
Agama/Suku : Islam/ Piliang  
Pendidikan Terakhir : SD  
Sumber Informasi : Klien dan Pengasuh Wisma Anai  
Keluarga yang bisa dihubungi: Keponakan  
Diagnosis Medis (Jika Ada) : Maag

#### B. RIWAYAT KESEHATAN SEKARANG

##### 1. Keluhan Utama

Tn. A mengatakan kesulitan saat berdiri, berjalan maupun berpindah tempat karna kaki terasa lemah dan pinggang terasa sakit dan kaku. Klien mengatakan nyeri pada bagian lutut serta pinggang saat bergerak ataupun berpindah tempat, baik berpindah dari suatu tempat ke kursi roda bahkan sebaliknya.

Pada saat dilakukan pengkajian pada tanggal 10 Februari 2025 pukul 11.00 wib, Tn. A mengatakan bahwa ia kesulitan saat berdiri, berjalan dan berpindah tempat tanpa bantuan kursi roda, kesulitan tersebut terjadi saat klien ingin berpindah dari suatu tempat ke kursi roda bahkan sebaliknya, dan saat berjalan ke kamar mandi dengan alat bantu tongkat. Klien mengatakan tidak mampu berdiri dengan lama karna kaki terasa lemah, sulit digerakkan, dan sakit terutama pada bagian kedua lutut dan klien tidak mampu meluruskan bagian punggung karna kaku pada pinggang dan terasa sakit, hal ini terjadi karna pernah terjatuh di wisma. Namun klien tampak berusaha untuk berpindah tempat tanpa kursi roda dan menggantinya dengan tongkat untuk akses ke kamar mandi dengan berjalan perlahan dan tampak gemetar. Klien mengatakan bahwa ia merasa takut jatuh karna klien sering ketiduran tanpa sadar saat

beraktifitas sehingga klien menggunakan kursi roda untuk berpindah dan beraktifitas. Klien mengatakan kakinya sering terasa kesemutan. Pada saat ditanya berapa skala nyeri yang dirasakan Tn. A, Tn. A mengatakan skala nyeri yang ia rasakan pada area pinggang yaitu 4 dengan nyeri yang terasa seperti ditusuk-tusuk dan menyebar ke punggung, klien mengatakan nyeri dirasakan hilang timbul, nyeri biasanya terasa saat bergerak dan berpindah dari suatu tempat ke kursi roda. Sedangkan pada kaki bagian lutut, Tn.A mengatakan skala nyeri yang dirasakan yaitu 3 dengan nyeri seperti kaku dan ditusuk-tusuk dan kaki klien sering terasa kesemutan, klien mengatakan nyeri dirasakan juga hilang timbul, nyeri biasanya muncul saat bergerak dan berpindah tempat. Tn. A mengatakan sudah lama berada di panti ini, sudah ada 10 tahun an, klien juga mengatakan ia mengalami hambatan saat berjalan dan berpindah tempat serta merasa nyeri pada pinggang dan lutut sejak 4 tahun terakhir. Klien mengatakan saat ingin pergi ke kamar mandi dan saat ingin berpindah ke kursi roda klien terkadang dibantu oleh pengasuh jika pengasuh ada di wisma. Klien mengatakan pernah terjatuh saat berusaha berjalan menggunakan tongkat untuk pergi ke kursi roda 2 bulan yang lalu, namun klien diam saja dan tidak memberitahu pengasuh wisma . Klien mengatakan lebih nyaman dan merasa aman jika beraktifitas menggunakan kursi roda. Klien mengatakan jarang berolahraga dan mengikuti kegiatan senam karna keadaanya yang menggunakan kursi roda. Klien mengatakan saat tidur di malam hari klien sering terbangun karna ingin buang air kecil.

## 2. Kronologi Keluhan

### a. Faktor pencetus

Cidera (jatuh sendiri) dan faktor fisiologis yaitu faktor degeneratif/penuaan.

### b. Timbulnya keluhan: ( ✓ ) Mendadak ( ) Bertahap

Keluhan nyeri pada pinggang dan lutut kaki terasa saat klien bergerak dan berpindah tempat. Skala nyeri yang dirasakan pada

pinggang klien yaitu dengan skala nyeri 4, dan pada lutut kaki skala nyeri yang dirasakan klien yaitu dengan skala nyeri 3.

c. Lamanya:

Klien mengalami kesulitan dalam melakukan mobilisasi dan merasa kaku pada pinggang sejak 4 tahun yang lalu dengan durasi yang tidak menentu

d. Upaya klien untuk mengatasi:

Klien mengatakan untuk mengatasi kesulitannya dalam mobilisasi makanya klien menggunakan kursi roda, namun klien masih mampu berusaha untuk menggunakan alat bantu tongkat untuk mengakses kamar mandi dan berjalan kembali ke kursi roda dengan sangat pelan walaupun gemetaran. Jika kaku dan nyeri terasa biasanya klien mengoleskan minyak urut ke bagian kaki dan pinggang serta langsung istirahat.

### C. RIWAYAT KESEHATAN MASA LALU

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

Klien mengatakan tidak ada memiliki alergi baik itu makanan, minuman, obat-obatan dan sebagainya.

2. Riwayat Kecelakaan

Klien mengatakan pernah jatuh sendiri di wisma 4 tahun yang lalu namun klien tidak langsung memberitahu pengasuh di wisma saat kejadian tersebut, dan hanya mendiamkannya saja. Klien juga mengatakan pernah terjatuh saat berusaha berjalan menggunakan tongkat untuk pergi ke kursi roda 2 bulan yang lalu, namun klien diam saja dan tidak memberitahu pengasuh wisma.

3. Riwayat di rawat di RS

Klien mengatakan tidak pernah dirawat di RS sebelumnya

4. Riwayat pemakaian obat

Klien mengkonsumsi obat ranitidine untuk obat maagnya.

## **D. RIWAYAT KESEHATAN KELUARGA**

Klien mengatakan keluarganya tidak ada memiliki riwayat penyakit seperti hipertensi, diabetes, atau yang seperti dirasakan klien sekarang.

## **E. RIWAYAT PSIKOSOSIAL DAN SPIRITAL**

1. Orang terdekat dengan klien

Orang yang terdekat dengan klien saat ini adalah keponakan.

2. Masalah yang mempengaruhi klien

Klien menngatakan masalah yang mempengaruhi klien saat ini adalah klien mengalami kesulitan dalam berjalan dan berpindah sehingga klien tidak bisa melakukan aktifitas seperti teman-temannya yang lain.

3. Mekanisme coping terhadap stress

( ) Pemecahan Masalah ( ) Minum Obat

( ) Tidur ( ) Makan

( ) Cari Pertolongan ( ) Lainnya, beristirahat dan shalat

4. Persepsi klien terhadap penyakitnya

Klien mengatakan sudah menerima keadaanya seperti yang sekarang, namun terkadang klien merasa sedih karna tidak bisa beraktifitas dengan bebas tanpa menggunakan alat bantu kursi roda seperti teman-temannya yang lain.

5. Sistem nilai kepercayaan

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

Aktifitas keagamaan yang dilakukan klien yaitu shalat 5 waktu sehari, mengaji sebentar sekali sehari, dan mengikuti wirid sekali seminggu yang diadakan di PSTW

- b. Kegiatan keagamaan/kepercayaan yang ingin dilakukan

Klien ingin shalat berjamaah di masjid untuk ke 5 waktu shalatnya namun klien mengatakan sulit karna kondisinya yang sekarang sulit untuk berjalan dan menggunakan kursi roda.

- c. Kepercayaan akan adanya kematian

Klien mengatakan percaya akan adanya kematian, klien mengatakan semua makhluk hidup pasti akan mengalami kematian, oleh karna

itu klien berusaha untuk tidak meninggalkan shalat 5 waktunya dan melakukan ibadah lainnya.

## F. POLA KEBIASAAN SEHARI-HARI

### 1. Nutrisi

- a. Frekuensi makan: Klien makan 3x sehari, namun sering tidak habis
- b. Jenis makanan: Nasi, lauk, sayur dan buah
- c. Kebiasaan sebelum makan: Membaca basmalah dan berdoa
- d. Nafsu makan:

Klien mengatakan nafsu makanya baik, tapi terkadang nasinya tidak habis karena merasa kenyang, dan klien mengatakan tidak memakan buah yang biasanya diberikan dari panti

- e. Makanan yang disukai/alergi/pantangan:

Klien mengatakan makanan yang klien sukai yaitu ikan, klien mengatakan tidak ada pantangan dan alergi terhadap makanan.

- f. BB/TB: 48 kg/ 146 cm

### 2. Eliminasi

- a. Berkemih

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

- b. Defekasi

- 1) Frekuensi : 1x sehari, jumlahnya sedikit
- 2) Warna : Kuning kecoklatan
- 3) Waktu : Pagi
- 4) Bau : Normal, seperti bau feses umumnya
- 5) Konsistensi : Padat
- 6) Keluhan yang berhubungan dengan defekasi :

Klien mengatakan BAB nya kadang hanya sedikit, dan susah saat mengejan

7) Pengalaman makan laksatif :

Klien tidak pernah mengkonsumsi makanan laksatif, biasanya klien hanya makan nasi yang diberikan dari wisma

3. Higiene Personal

a. Mandi

- Frekuensi : 1x sehari
- Pakai sabun (Ya/Tidak) : Ya

b. Higiene Oral

- Frekuensi : 1x sehari
- Waktu : Pagi

c. Cuci Rambut

- Frekuensi : 1x sehari
- Pakai shampo (Ya/Tidak) : Ya

d. Gunting Kuku

- Frekuensi : 1x seminggu

4. Istirahat dan tidur

- a. Lama tidur (jam/hari) : 6 – 7 jam/hari
- b. Tidur Siang (Ya/Tidak) : Ya, 10 menit

5. Aktifitas dan latihan

- a. Olahraga (Ya/Tidak) : Tidak  
Jenis dan frekuensi : Klien mengatakan tidak ada berolahraga karna susah untuk bergerak dan berpindah tempat

b. Kegiatan waktu luang

Klien mengatakan diwaktu luang biasanya klien duduk – duduk di kursi roda di halaman sekitar wisma sambil melihat – lihat orang yang berada disekitar.

c. Keluhan dalam beraktifitas:

- ( ✓ ) Pergerakan tubuh ( ) Sesak nafas setelah latihan
- ( ✓ ) Mengenakan Pakaian ( ✓ ) Mandi
- ( ✓ ) Bersolek/Berhias ( ) Lain-lain berjalan dan berpindah

6. Kebiasaan

- a. Merokok (Ya/Tidak) : Tidak  
Frekuensi/jumlah/lama pakai : -
- b. Minuman Keras (Ya/Tidak) : Tidak  
Frekuensi/jumlah/lama pakai : -
- c. Ketergantungan Obat (Ya/Tidak) : Tidak  
Frekuensi/jumlah/lama pakai : -

**G. PEMERIKSAAN FISIK (Head To Toe)**

1. Keadaan Umum (TTV)

- a. TD : 110/80 mmHg
- b. Nadi : 86 x/menit
- c. Suhu : 36,3 °C
- d. RR : 19 x/menit

2. Rambut : Rambut bersih, pendek dan tipis, beruban

3. Mata : Kongjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, klien mengalami rabun jauh

4. Hidung : Bersih, tidak ada pembengkakan sinus, tidak ada lesi, tidak ada pernapsan cuping hidung

5. Telinga : Telinga simetris, bersih, tidak ada lesi

6. Mulut dan Bibir : Mukosa bibir kering, tidak ada luka, tidak tampak pucat, gigi tidak lengkap, tidak ada kesulitan mengunyah dan menelan makanan.

7. Leher : Tidak ada pembengkakan kelenjer tiroid, tidak ada pembengkakan kelenjer getah bening, tidak ada lesi

8. Dada

- a. Inspeksi : Simetris kiri dan kanan, tidak ada perbedaan bentuk dada, tidak ada retraksi dinding dada, tidak ada penggunaan oto bantu pernapasan
- b. Palpasi : Fremitus kiri teraba sama dengan kanan, tidak ada nyeri tekan
- c. Perkusii : Sonor
- d. Auskultasi : Vesikuler

9. Abdomen

- a. Inspeksi : Simetris dan supel, tidak ada lesi
- b. Auskultasi : Bising usus normal 35 x/menit
- c. Palpasi : Tidak ada pembengkakan, tidak ada nyeri tekan
- d. Perkusi : Timpani

10. Genitalia : Tidak ada dilakukan pemeriksaan, tidak ada keluhan

11. Ekstremitas

- a. Atas : Bentuk simetris, terdapat ruam (dermatitis kontak alergi), kulit tampak kering, tidak ada edema, CRT < 2 detik, akral hangat, kekuatan otot tangan kanan 5 dan kekuatan otot kiri 5.
- b. Bawah : Simetris kiri dan kanan, kulit tampak kering, tidak ada luka dan tidak ada edema, CRT < 2 detik, otot kaki tampak lemah yaitu kekuatan otot kaki kanan 3 dan kekuatan otot kaki kiri 4.

12. Pengkajian Kekuatan Otot

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

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

Nilai Kekuatan Otot

Ekstremitas	Kiri	Kanan
Atas	555	555
Bawah	444	333

## H. PENGKAJIAN STATUS MENTAL

### 1. Daya Orientasi (waktu, tempat, orang)

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

### 2. Daya ingat (jangka Panjang, jangka pendek)

Daya ingat jangka panjang dan jangka pendek klien masih baik, hal ini dibuktikan dengan klien mampu menceritakan kejadian saat dia bersekolah, mampu menceritakan tentang keluarganya, dan mampu menceritakan tentang teman peneliti yang pernah ada di wisma tersebut sebelumnya saat praktik di sana.

3. Kontak mata

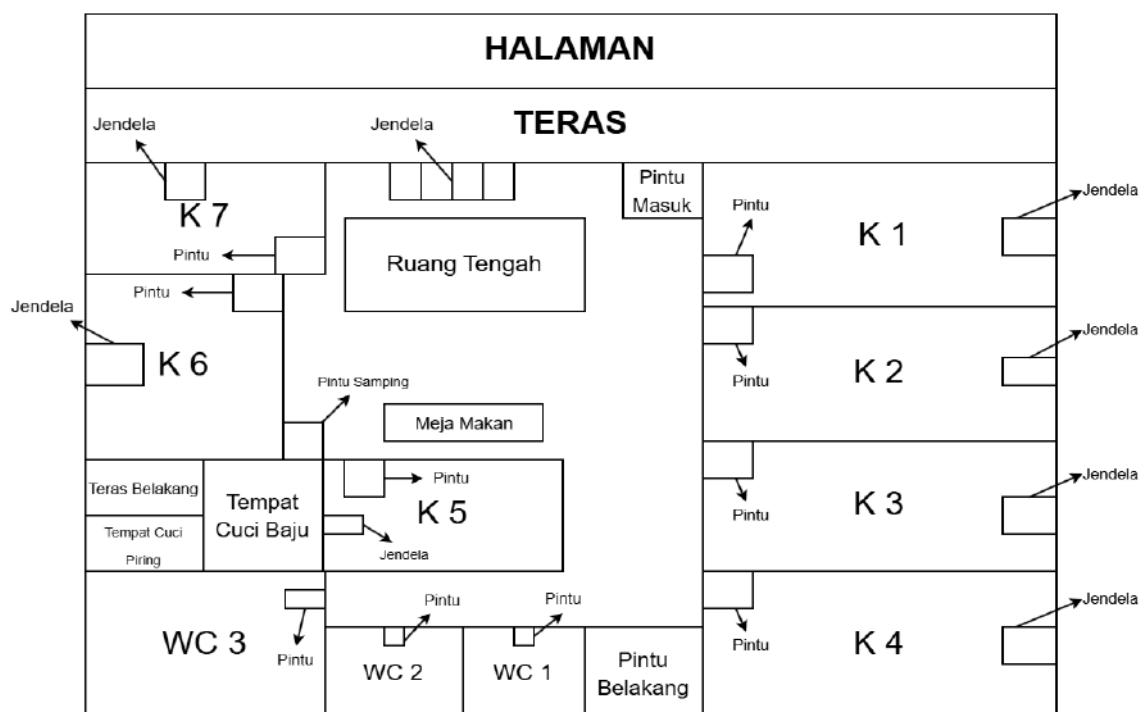
Kontak mata klien baik selama proses asuhan keperawatan diberikan.

4. Afek

Afek klien selama proses asuhan keperawatan adalah datar, namun sesekali ada tertawa.

## I. PENGKAJIAN LINGKUNGAN

### Denah Wisma Anai



### Keterangan :

K1 : Kamar Penghuni 1&2

K2 : Kamar Penghuni 3&4

K3 : Kamar Penghuni 5&6

K4 : Kamar Penghuni 7

K5 : Kamar Penghuni 8&9

K6: Kamar Penghuni 10&11

K7: Kamar Klien dan Penghuni 13

1. Penataan Kamar Lansia :

Penataan kamar Tn. A baik, kamar klien berada disebelah kanan dari pintu masuk wisma anai, kamar klien bersih dan rapi, lantai kamar keramik, didalam kamar terdapat 2 tempat tidur, tempat tidur klien berada di sebelah kanan dari pintu masuk kamar.

2. Kebersihan dan kerapian :

Kamar Tn. A saat dilakukan observasi terlihat rapi, dan bersih. Untuk membersihkan kamar biasanya dibantu oleh pengasuh, tapi untuk merapikan tempat tidur biasanya klien yang merapikan setelah klien bangun tidur.

3. Penerangan :

Penerangan di kamar Tn. A bagus, terdapat 1 jendela yang terbuka sehingga cahaya dan udara bisa masuk, namun penerangan untuk menuju ke kamar mandi kurang, karna terdapat di ujung dan melewati lorong yang tidak ada lampu.

4. Sirkulasi udara :

Sirkulasi udara bagus, di kamar Tn. A terdapat 1 jendela yang lumayan besar dan terbuka serta terdapat ventilasi , serta di ruang tengah terdapat 4 jendela yang juga terbuka sehingga udara bisa masuk. Terdapat 3 pintu di wisma anai, yang berada di depan, disamping serta di belakang yang juga terbuka.

5. Penataan halaman :

Halaman pada wisma Tn. A cukup bersih dan rapi, terdapat banyak bunga yang berada di halaman wisma.

6. Keadaan kamar mandi

Kamar mandi di wisma Tn. A bersih, namun ada beberapa kamar mandi yang lantainya licin, penerangan kamar mandi cukup terang, terdapat pegangan di kamar mandi

7. Pembuangan air kotor

Pembuangan air kotor di wisma Tn. A yaitu terdapat got di belakang wisma tersebut.

8. Sumber air minum

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

9. Pembuangan sampah

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

10. Sumber pencemaran

Sumber pencemaran pada wisma adalah selokan yang ada di belakang wisma

### **PENGKAJIAN STATUS KEMANDIRIAN**

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

13.	Mengelola keuangan (menyimpan dan menggunakan uang sendiri)	1	
14.	Menggunakan transportasi umum untuk bepergian		0
15.	Menyiapkan obat dan minum obat sesuai dengan aturan (takaran obat dan waktu minum obat tepat)		0
16.	Merencanakan dan mengambil keputusan untuk kepentingan Kelompok khusus (Lansia) dalam hal penggunaan uang, aktivitas social yang dilakukan dan kebutuhan akan pelayanan kesehatan		0
17.	Melakukan aktivitas diwaktu luang (kegiatan keagamaan, social, rekreasi, olah raga dan menyalurkan hobi)		0
	<b>JUMLAH POIN MANDIRI</b>	<b>7</b>	

Analisis Hasil :

Poin : 13-17 : Mandiri

Poin : 0 – 12 : Ketergantungan

**Kesimpulan : Klien mengalami Ketergantungan dibuktikan dengan jumlah poin Mandiri 7**

### PENGKAJIAN INDEKS KATZ

No	Aktivitas	Mandiri	Tergantung
1.	<p><b>Mandi Mandiri:</b> Bantuan hanya pada satu bagian mandi (seperti punggung atau ekstremitas yang tidak mampu) atau mandi sendiri sepenuhnya.</p> <p><b>Tergantung:</b> Bantuan mandi lebih dari satu bagian tubuh, bantuan masuk dan keluar dari bak mandi, serta tidak mandi sendiri.</p>		✓
2.	<p><b>Berpakaian Mandiri:</b> Mengambil aju dari lemari, memakai pakaian, melepaskan pakaian, mengancingi/mengikat pakaian.</p>		✓

	<b>Tergantung:</b> Tidak dapat memakai baju sendiri atau hanya sebagian		
3.	<b>Ke Kamar Kecil Mandiri:</b> Masuk dan keluar dari kamar kecil kemudian membersihkan genetalia sendiri.  <b>Tergantung:</b> Menerima bantuan untuk masuk ke kamar kecil dan menggunakan pispot.	√	
4.	<b>Berpindah Mandiri:</b> Berpindah ke dan dari tempat tidur untuk dudu, bangkit dari kursi sendiri  <b>Tergantung:</b> Bantuan dalam naik atau turun dari tempat tidur atau kursi, tidak melakukan satu atau lebih perpindahan		√
5.	<b>Kontinen Mandiri:</b> BAK dan BAB seluruhnya dikontrol sendiri  <b>Tergantung:</b> Inkontinensia parsial atau total, penggunaan kateter, pispot, enema dan pembalut (pampers)	√	
6.	<b>Makan Mandiri:</b> Mengambil makanan dari piring dan menuapinya sendiri  <b>Tergantung:</b> Bantuan dalam hal mengambil makanan dari piring dan menuapinya, tidak makan sama sekali, dan makan parenteral (NGT)	√	

Keterangan : Beri tanda (√) pada point yang sesuai dengan kondisi klien

Analisis Hasil :

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

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

**Kesimpulan : Klien pada skore E yaitu pasien bisa melakukan aktivitas sehari-hari kecuali mandi, berpakaian, berpindah dan fungsi tambahan.**

#### PENGKAJIAN RISIKO JATUH

##### PENGKAJIAN MFS (MORSE FALL SCALE)

No	Pengkajian	Skala	Nilai	Ket
1.	Riwayat jatuh: apakah lansia pernah jatuh dalam 3 bulan terakhir?	Tidak 0 Ya 25	25	Klien mengatakan pernah terjatuh saat berusaha berjalan menggunakan tongkat untuk pergi ke kursi roda 2 bulan yang lalu, namun klien diam saja dan tidak memberitahu pengasuh wisma

2.	Diagnosa sekunder : apakah lansia memiliki lebih dari satu penyakit?	Tidak 0	0	Klien mengatakan sakit maag
		Ya 15		
3.	Alat bantu jalan: - Bed rest/dibantu perawat - Kruk/ tongkat /walker/ kursi roda - Berpegangan pada benda-benda di seitar (kursi, meja, lemari)	0 15 30	15	Klien mengatakan menggunakan kursi roda untuk berpindah tempat, kecuali untuk ke kamar mandi klien berusaha berjalan dengan pelan menggunakan tongkat, dan klien tampak berjalan dengan tongkat sangat pelan, dan tampak gemetar
4.	Terapi Intravena: apakah saat ini lansia terpasang infus?	Tidak 0 Ya 20	0	Klien tidak terpasang infus selama di panti
5.	Gaya berjalan / cara berpindah : - Normal / bed rest / immobile (tidak dapat bergerak sendiri)	0	10	Saat klien berjalan menggunakan tongkat untuk pergi ke kamar mandi dan kembali ke kursi roda klien tampak lemah, melangkah satu per satu dengan sangat pelan dan gemetar
	- Lemah (tidak bertenaga)	10		
	- Gangguan/ tidak normal ( pincang/ diseret)	20		
6.	Status Mental: - Lansia menyadari kondisi dirinya	0	0	Klien menyadari kondisinya yang sekarang untuk susah bejalan dan berpindah tempat tanpa bantuan kursi roda
	- Lansia mengalami keterbatasan daya ingat	15		

<b>Jumlah Nilai MFS</b>	50	Klien mengalami Resiko rendah untuk jatuh
-------------------------	----	---

Keterangan :

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

**Kesimpulan : Tn. A mengalami Risiko Rendah untuk jatuh karna nila MFS klien yaitu 50**

## PENGKAJIAN PSIKOSOSIAL

### GERIATRIC DEPRESSION SCALE (SKALA DEPRESI)

No	Pertanyaan	Jawaban	
		Ya	Tidak
1.	Apakah pada dasarnya anda puas dengan kehidupan anda?	√	(tidak)
2.	Apakah anda telah meninggalkan banyak kegiatan dan minat atau kesenangan anda?	√ √	
3.	Apakah anda merasa kehidupan anda kosong?	(ya)	√
4.	Apakah anda sering merasa bosan?	(ya)	√
5.	Apakah anda mempunyai semangat yang baik setiap saat?	√	(tidak)
6.	Apakah anda takut bahwa sesuatu yang buruk akan terjadi pada anda?	(ya)	√
7.	Apakah anda merasa bahagia untuk sebahagian besar hidup anda:	√	(tidak)
8.	Apakah anda sering merasa tidak berdaya?	(ya)	√
9.	Apakah anda lebih senang tinggal dirumah, dari pada keluar dan mengerjakan sesuatu yang baru?	(ya) √	
10.	Apakah anda merasa bahwa anda lebih banyak mempunyai masalah dengan ingatan anda dibandingkan kebanyakan orang?	(ya)	√

11.	Apakah anda berfikir bahwa hidup anda sekarang ini lebih menyenangkan?		(tidak) √
12.	Apakah anda merasa tidak berharga seperti perasaan anda saat ini?	(ya)	√
13.	Apakah anda merasa penuh semangat?	√	(tidak)
14.	Apakah anda berfikir, bahwa kondisi anda saat ini tidak ada harapan?	(ya)	√
15.	Apakah anda berfikir bahwa orang lain lebih baik keadaanya dari pada anda?	(ya)	√
	<b>Total jawaban “Ya”</b>	<b>6</b>	<b>9</b>

SETIAP JAWABAN YANG SESUAI MEMPUNYAI SKOR “1” (SATU)

SKOR 5-9 : KEMUNGKINAN DEPRESI

SKOR 10 ATAU LEBIH : DEPRESI

**Kesimpulan : Klien tidak mengalami depresi**

#### **FORMAT PENGKAJIAN MMSE**

N O	ITEM PENILAIAN	BENAR (1)	SALAH (0)
1.	<b>ORIENTASI</b>		
	1. Tahun berapa sekarang?	1	
	2. Musim apa sekarang?	1	
	3. Tanggal berapa sekarang?		0
	4. Hari apa sekarang?	1	
	5. Bulan apa sekarang?	1	
	6. Dinegara mana anda tinggal?	1	
	7. Di Provinsi mana anda tinggal?	1	
	8. Di kabupaten mana anda tinggal?	1	
	9. Di kecamatan mana anda tinggal?	1	
	10. Di desa mana anda tinggal?	1	
2.	<b>REGISTRASI</b>		
	Minta klien menyebutkan tiga objek		
	11. Sapu	1	
	12. Meja	1	
	13. Kursi	1	
3.	<b>PERHATIAN DAN KALKULASI</b>		
	Minta klien mengeja 5 kata dari belakang. Missal “BAPAK”		
	14. K		0

	15. A		0
	16. P		0
	17. A	1	
	18. B	1	
4.	<b>MENGINGAT</b>		
	Minta klien untuk mengulang 3 obyek di atas		
	19. Sapu	1	
	20. Meja	1	
	21. Kursi	1	
5.	<b>BAHASA</b>		
	<b>Penamaan</b>		
	Tunjukkan 2 benda minta klien menyebutkan:		
	22. Pena	1	
	23. Jam	1	
	<b>Pengulangan</b>		
	Minta klien mengulangi tiga kalimat berikut		
	24. "Taka ada jika, dan, atau tetapi"	1	
	<b>Perintah tiga langkah</b>		
	25. Ambil kertas!	1	
	26. Lipat dua!	1	
	27. Taruh dilantai!	1	
	<b>Turuti hal berikut</b>		
	28. Tutup mata	1	
	29. Tulis satu kalimat		0
	30. Salin gambar	1	
	<b>JUMLAH</b>	<b>25</b>	

**Analisis hasil : Nilai  $\leq 21$  = Kerusakan Kognitif**

**Kesimpulan : Tn. A tidak mengalami kerusakan kognitif**

### **PENGKAJIAN FUNGSI KOGNITIF (SPMSQ)**

No	Item Pertanyaan	Benar	Salah
1.	Jam berapa sekarang? Jawab : Jam 10.00		✓
2.	Tahun berapa sekarang? Jawab: 2025	✓	
3.	Kapan Bapak/Ibu lahir? Jawab: 1940	✓	

4.	Berapa umur Bapak/Ibu sekarang? Jawab: 80 tahun		✓
5.	Dimana alamat Bapak/Ibu sekarang? Jawab: Anai, Sicincin	✓	
6.	Berapa jumlah anggota keluarga yang tinggal Bersama Bapak/Ibu? Jawab: Tidak ada	✓	
7.	Siapa nama anggota keluarga yang tinggal Bersama Bapak/Ibu? Jawab: Tidak ada	✓	
8.	Tahun berapa Hari Kemerdekaan Indonesia? Jawab: 1945	✓	
9.	Siapa nama Presiden Republik Indonesia sekarang? Jawab: Prabowo	✓	
10.	Coba hitung terbalik dari angka 20 ke 1? Jawab: Tidak bisa		✓
	<b>JUMLAH</b>	7	3

Analisis Hasil:

Skore Salah : 0-2 : Fungsi Intelektual Utuh

Skore Salah : 3-4 : Kerusakan Intelektual Ringan

Skore Salah : 5-7 : Kerusakan intelektual Sedang

Skore Salah : 8-10 : Kerusakan Intelektual Berat

**Kesimpulan : Tn. A mengalami kerusakan intelektual ringan karna klien menjawab 3 pertanyaan yang salah.**

## ANALISIS DATA KEPERAWATAN GERONTIK

<b>No</b>	<b>DATA</b>	<b>ETIOLOGI</b>	<b>MASALAH</b>
1.	<p><b>DS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Klien mengatakan sulit berdiri, berjalan dan berpindah tempat tanpa bantuan kursi roda</li> <li>b. Klien mengatakan kesulitan saat ingin berpindah dari suatu tempat ke kursi roda bahkan sebaliknya, dan saat berjalan ke kamar mandi dengan alat bantu tongkat.</li> <li>c. Klien mengatakan tidak mampu berdiri dengan lama karna kaki terasa lemah, sulit digerakkan dan sakit terutama pada bagian kedua lutut</li> <li>d. Klien mengatakan tidak mampu meluruskan bagian punggung karna kaku pada pinggang dan terasa sakit jika diluruskan</li> <li>e. Klien mengatakan kakinya sering terasa kesemutan</li> </ul> <p><b>DO:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Klien tampak menggunakan alat bantu jalan yaitu kursi roda, dan memakai tongkat saat ingin ke kamar mandi</li> <li>b. Klien tampak kesulitan saat berjalan dan berpindah tempat</li> <li>c. Gerakan klien tampak terbatas</li> </ul>	Penurunan kekuatan otot dan kekakuan sendi	Gangguan mobilitas fisik

	<p>d. Klien tampak lebih banyak duduk di kursi roda</p> <p>e. Skor tingkat kemandirian 7/17 (Ketergantungan)</p> <p>f. Kekuatan otot ekstremitas bawah menurun, yaitu:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Ekstremitas</th><th>Kiri</th><th>Kanan</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Atas</td><td>555</td><td>555</td></tr> <tr> <td>Bawah</td><td>444</td><td>333</td></tr> </tbody> </table> <p>g. TTV:</p> <p>TD : 110/80 mmHg</p> <p>HR : 86 x/menit</p> <p>RR : 19 x/menit</p> <p>S : 36,3°C</p>	Ekstremitas	Kiri	Kanan	Atas	555	555	Bawah	444	333		
Ekstremitas	Kiri	Kanan										
Atas	555	555										
Bawah	444	333										
2.	<p><b>DS:</b></p> <p>a. Klien mengatakan tidak mampu berdiri dengan lama karna kaki terasa lemah, sulit digerakkan, dan sakit terutama pada bagian kedua lutut</p> <p>b. Klien mengatakan nyeri pada pinggang dan kedua lutut saat bergerak dan hendak berpindah tempat</p> <p>c. Klien mengatakan nyeri pada pinggang dan lutut sudah sejak 4 tahun dirasakanya, namun hilang timbul dan dirasakan saat bergerak</p>	Kondisi musculoskeletal kronis	Nyeri Kronis									

	<p>d. Klien mengatakan tidak mampu meluruskan bagian punggung karna kaku pada pinggang dan terasa sakit jika diluruskan</p> <p><b>DO:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Klien tampak meringis saat berpindah tempat dari suatu tempat ke kursi roda serta saat berjalan dengan tongkat untuk ke kamar mandi</li> <li>b. Klien tampak gelisah</li> <li>c. Klien tampak tidak mampu menyelesaikan aktifitas saat nyeri muncul</li> <li>d. Skala nyeri pinggang klien 4 dan skala nyeri kedua lutut klien 3 dengan frekuensi dan durasi tidak menentu</li> <li>e. TD : 110/80 mmHg</li> <li>f. HR : 86 x/menit</li> <li>g. RR : 19 x/menit</li> <li>h. S : 36,3°C</li> </ul>		
3.	<p><b>DS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Klien mengatakan sulit berdiri, berjalan dan berpindah tempat tanpa bantuan kursi roda</li> <li>b. Klien mengatakan tidak mampu berdiri dengan lama karna kaki terasa lemah, sulit digerakkan</li> </ul>	Kekuatan otot menurun dan penggunaan alat bantu berjalan	Risiko Jatuh

	<p>dan sakit terutama pada bagian kedua lutut</p> <p>c. Klien mengatakan pernah jatuh sendiri di wisma 4 tahun yang lalu namun klien tidak langsung memberitahu pengasuh wisma.</p> <p>d. Klien mengatakan jika beraktifitas klien harus menggunakan kursi roda, namun jika klien ingin ke kamar mandi klien menggunakan tongkat untuk berjalan dengan pelan-pelan.</p> <p>e. Klien mengatakan pernah terjatuh saat berusaha berjalan menggunakan tongkat untuk pergi ke kursi roda 2 bulan yang lalu, namun klien diam saja dan tidak memberitahu pengasuh wisma.</p> <p><b>DO:</b></p> <p>a. Klien tampak menggunakan alat bantu kursi roda saat beraktifitas, tapi saat ke kamar mandi klien tampak berusaha berjalan menggunakan tongkat dengan sangat perlahan dan tampak gemetaran</p> <p>b. Klien tampak kesulitan saat hendak berpindah ke kursi roda</p> <p>c. Gerakan klien tampak terbatas</p>	
--	---	--

	<p>d. Klien tampak susah menggerakkan kaki saat melangkah</p> <p>e. Klien mengalami resiko rendah untuk jatuh, yaitu dibuktikan dengan hasil nilai pengkajian resiko jatuh (MFS) klien yaitu 50, sehingga klien perlu diberikan intervensi pencegahan jantuh standar.</p> <p>f. TD : 110/80 mmHg</p> <p>g. HR : 86 x/menit</p> <p>h. RR : 19 x/menit</p> <p>i. S : 36,3 °C</p>		
--	--	--	--

#### PRIORITAS MASALAH

No .	Masalah	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	Total	Prioritas
1.	Gangguan mobilitas fisik b.d penurunan kekuatan otot dan kekakuan sendi	5	5	5	3	4	4	4	3	3	3	39	1
2.	Nyeri kronis b.d kondisi muskuloskletal kronis	5	4	4	3	4	3	4	3	3	3	36	3

3.	Risiko jatuh d.d kekuatan otot menurun dan penggunaan alat bantu berjalan	5	4	5	3	4	3	4	3	3	3	37	2
----	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	---

**Pembobotan :**

- |                   |                      |                |
|-------------------|----------------------|----------------|
| 1 = Sangat rendah | A. Resiko terjadi    | F. Tempat      |
| 2 = Rendah        | B. Resiko keparahan  | G. Waktu       |
| 3 = Cukup         | C. Potensi untuk     | H. Faskes      |
| 4 = Tinggi        | Pendidikan Kesehatan | I. Dana        |
| 5 = Sangat tinggi | D. Minat Kesehatan   | J. Sumber daya |
|                   | E. Sesuai dengan     |                |
|                   | program pemerintah   |                |

**DAFTAR DIAGNOSA KEPERAWATAN**

1. Gangguan mobilitas fisik b.d penurunan kekuatan otot dan kekakuan sendi
2. Risiko jatuh d.d kekuatan otot menurun dan penggunaan alat bantu berjalan
3. Nyeri kronis b.d kondisi muskuloskeletal kronis

**RENCANA ASUHAN KEPERAWATAN KELOMPOK KHUSUS (LANSIA)**

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan (SLKI)			Intervensi Keperawatan (SIKI)
		Umum	Khusus		
1.	Gangguan Mobilitas Fisik	Setelah dilakukan asuhan keperawatan kepada pasien diharapkan <b>Mobilitas fisik</b>	<b>a. Mobilitas Fisik meningkat dengan kriteria hasil:</b>	<b>Dukungan Ambulasi</b> 1. Jelaskan prosedur dan tujuan ambulasi	

		<p><b>dan Ambulasi meningkat</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pergerakan ekstremitas meningkat</li> <li>2. Kekuatan otot meningkat</li> <li>3. Rentang gerak (ROM) meningkat</li> <li>4. Kaku sendi menurun</li> <li>5. Gerakan terbatas menurun</li> <li>6. Kelemahan fisik menurun</li> </ol> <p><b>b. Ambulasi meningkat dengan kriteria hasil:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menopang berat badan meningkat</li> <li>2. Berjalan dengan langkah yang efektif meningkat</li> <li>3. Berjalan dengan langkah pelan meningkat</li> <li>4. Berjalan dengan langkah sedang meningkat</li> <li>5. Berjalan dengan langkah pendek meningkat</li> <li>6. Berjalan dengan jarak sedang meningkat</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi.</li> <li>3. Monitor tekanan darah sebelum memulai ambulasi.</li> <li>4. Monitor kondisi umum selama melakukan ambulasi.</li> <li>5. Fasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu.</li> <li>6. Fasilitasi melakukan ambulasi fisik.</li> </ol> <p><b>Teknik Latihan Penguatan Sendi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi keterbatasan fungsi dan gerak sendi</li> <li>2. Monitor lokasi dan ketidaknyamanan atau rasa sakit selama gerakan</li> <li>3. Lakukan pengendalian nyeri sebelum memulai latihan.</li> <li>4. Berikan posisi tubuh optimal</li> </ol>
--	--	---	---

		<p>7. Berjalan jarak jauh meningkat</p> <p>8. Kaku pada persendian menurun</p>	<p>untuk gerakan sendi pasif atau aktif.</p> <p>5. Fasilitasi penyusunan jadwal latihan rentang gerak aktif maupun.</p> <p>6. Fasilitasi gerak sendi teratur dalam batasbatas rasa sakit ketahanan, dan mobilitas sendi.</p> <p>7. Berikan penguatan positif untuk melakukan latihan Bersama</p> <p>8. Jelaskan kepada klien tujuan dan rencana latihan bersama.</p> <p>9. Anjurkan duduk di tempat tidur, disisi tempat tidur (menjuntai), atau di kursi, sesuai toleransi.</p> <p>10. Ajarkan melakukan latihan rentang gerak aktif dan pasif secara sistematis.</p>
--	--	--	--

				11. Anjurkan mobilisasi sesuai toleransi.
2.	Risiko Jatuh	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan kepada pasien diharapkan Tingkat jatuh menurun dan Keseimbangan meningkat</p>	<p><b>a. Tingkat jatuh menurun dengan kriteria hasil:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jatuh saat berdiri menurun</li> <li>2. Jatuh saat berjalan menurun</li> <li>3. Jatuh saat naik tangga menurun</li> <li>4. Jatuh saat dikamar mandi menurun</li> <li>5. Jatuh saat membungkuk menurun</li> </ol> <p><b>b. Keseimbangan meningkat dengan kriteria hasil:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mempertahankan keseimbangan dari posisi duduk ke posisi berdiri meningkat</li> <li>2. Mempertahankan keseimbangan saat berdiri meningkat</li> <li>3. Mempertahankan keseimbanganan</li> </ol>	<p><b>Pencegahan Jatuh</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi faktor risiko jatuh (mis. Usia &gt; 65 tahun)</li> <li>2. Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan resiko jatuh (mis. Lantai licin, penerangan kurang)</li> <li>3. Monitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya.</li> <li>4. Tempatkan pasien beresiko tinggi jatuh dengan pantauan perawat atau pengasuh</li> <li>5. Anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin</li> <li>6. Anjurkan berkonsentrasi untuk menjaga</li> </ol>

		<p>saat berjalan meningkat</p> <p>4. Perasaan bergoncang menurun</p> <p>5. Tersandung menurun</p>	<p>keseimbangan tubuh.</p> <p>7. Anjurkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri.</p> <p><b>Manajemen Keselamatan Lingkungan</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Identifikasi kebutuhan keselamatan (mis. Kondisi fisik, fungsi kognitif, dan riwayat perilaku)</li> <li>Monitor perubahan status keselamatan lingkungan.</li> <li>Hilangkan bahaya keselamatan lingkungan (mis. Fisik, biologi, kimia), jika memungkinkan</li> <li>Modifikasi lingkungan untuk meminimalkan bahaya dan risiko.</li> <li>Sediakan alat bantu keamanan lingkungan</li> </ol>
--	--	---	--

				6. Fasilitasi relokasi ke lingkungan yang aman.
3.	Nyeri Kronis	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan kepada pasien</p> <p><b>Tingkat Nyeri menurun</b></p>	<p><b>Tingkat nyeri dengan kriteria hasil:</b></p> <p>7. Keluhan nyeri menurun</p> <p>8. Meringis menurun</p> <p>9. Sikap protektif menurun</p> <p>10. Gelisah menurun</p> <p>11. Frekuensi nadi membaik</p> <p>12. Pola tidur membaik</p>	<p><b>Manajemen Nyeri</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas atau beratnya nyeri.</li> <li>Identifikasi skala nyeri.</li> <li>Identifikasi respon nyeri non verbal.</li> <li>Identifikasi faktor yang bisa memperingan dan memperberat nyeri.</li> <li>Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup.</li> <li>Berikan klien teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri (teknik nafas dalam)</li> <li>Kontrol lingkungan yang</li> </ol>

				memperberat rasa nyeri 8. Pertimbangkan jenis sumber nyeri 9. Kolaborasi pemberian obat anti nyeri
--	--	--	--	--

## CATATAN PERKEMBANGAN

Tanggal 1 / Jam	Diagnosis Keperawatan	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan	TT D
Selasa/ 11 Februari 2025 Pukul : 09.00	Gangguan Mobilitas Fisik b.d penurunan kekuatan otot dan kekakuan sendi	<p>1. Mengukur TTV sebelum dan sesduah melakukan aktifitas</p> <p>2. Mengkaji kemampuan pasien untuk berjalan</p> <p>3. Mengidentifikasi toleransi melakukan aktivitas fisik, melakukan ambulasi dan memonitor kondisi umum selama melakukan ambulasi</p> <p>4. Menjelaskan tujuan dan prosedur ambulasi.</p> <p>5. Mengkaji keterbatasan fungsi dan gerak sendi.</p> <p>6. Membantu pasien berpindah sesuai kebutuhan</p> <p>7. Membantu pasien berdiri dan berjalan</p>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan kesulitan saat berjalan dan berpindah dai suatu tempat ke kursi roda</li> <li>- Klien mengatakan pinggang masih terasa kaku dan sakit saat digerakkan</li> <li>- Klien mengatakan kaki masih terasa lemah, susah untuk melangkah</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- TTV sebelum beraktifitas : TD 120/87 mmHg, HR 85 x/menit, RR 20 x/menit</li> <li>- TTV setelah beraktifitas, TD 125/89 mmHg, HR 88 x/menit, RR 22 x/menit</li> </ul>	

		<p>dengan tongkat dari kursi roda ke tempat yang diinginkan</p> <p>8. Membantu pasien berpindah dari kamar ke kamar mandi dengan alat bantu tongkat</p> <p>9. Membantu pasien dalam penggunaan alat bantu kursi roda dan tongkat</p> <p>10. Memapah pasien saat berusaha berjalan dengan alat bantu tongkat</p> <p>11. Melatih ROM (Range Of Motion)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien tampak masih sulit dan lemah saat berpindah</li> <li>- Klien tampak masih berjalan dengan sangat perlahan (langkah satu per satu) dan gemetaran saat berjalan ke kamar mandi dengan tongkat</li> <li>- Klien tampak sering duduk dikursi saja dan tidak berpindah tempat dengan kursi roda</li> <li>- Klien tampak lebih nyaman berdiam diri duduk dikursi roda</li> <li>- Klien bersedia untuk melakukan latihan ROM</li> <li>- Klien tampak kesusahan menggerakkan kaki saat latihan ROM</li> </ul>
--	--	--	--

			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien merasa sakit saat proses latihan ROM sehingga latihan ROM dihentikan</li> <li>- Selama proses pemberian latihan ROM pada klien tidak dilakukan sampai selesai karena klien terkadang ketiduran dan merasa sakit sehingga latihan ROM dihentikan</li> </ul> <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi</li> </ul> <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Intervensi dukungan ambulasi dan latihan penguatan sendi dilanjutkan</li> </ul>	
Selasa/ 11	Risiko Jatuh d.d kekuatan otot menurun dan	1. Mengidentifikasi prilaku dan faktor yang	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan masih takut</li> </ul>	

Februari 2025  Pukul : 10.00	penggunaan alat bantu berjalan	mempengaruhi risiko jatuh  2. Mengidentifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh.  3. Memantau kemampuan klien dalam berpindah tempat  4. Membantu klien dalam menggunakan tongkat dan kursi roda.  5. Memantau gaya berjalan klien  6. Menganjurkan klien memanggil pengasuh atau orang lain jika membutuhkan bantuan dalam berpindah  7. Menganjurkan klien menggunakan alas kaki yang tidak licin	berjalan tanpa menggunakan alat bantu  - Klien mengatakan tungkai kaki masih terasa lemah  - Klien mengatakan kaki masih terasa berat dan susah untuk melangkah  - Klien mengatakan masih merasa cemas dan gemtar saat berjalan dengan tongkat  O :  - Klien tampak menggunakan kursi roda untuk beraktifitas  - Klien tampak lemah  - Klien tampak gemtar saat berusaha berjalan ke kamar mandi dengan tongkat  - TD : 125/89 mmHg  - HR : 88 x/menit
--	--------------------------------------	--	--

			<p>- RR : 22 x/menit</p> <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Masalah Risiko Jatuh belum teratasi</li> </ul> <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Intervensi pencegahan jatuh dan manajemen keselamatan lingkungan dilanjutkan</li> </ul>	
Selasa/ 11 Februari 2025  Pukul : 13.00	Nyeri kronis b.d kondisi muskuloskleta l kronis	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengukur tanda-tanda vital</li> <li>2. Melakukan pengkajian nyeri secara lengkap</li> <li>3. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri.</li> <li>4. Mengidentifikasi pengaruh nyeri terhadap kualitas hidup</li> <li>5. Mengajarkan teknik nafas dalam untuk mengurangi nyeri</li> </ol>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan nyeri pada pinggang dan kedua lutut kaki masih terasa saat bergerak</li> <li>- Klien mengatakan skala nyeri 3, durasi dan frekuensi tidak dapat ditentukan</li> <li>- Klien mengatakan sudah bisa dan mengetahui teknik nafas dalam untuk</li> </ul>	

	<p>yang dirasakan pasien</p> <p>6. Melibatkan caregiver dalam mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri</p>	<p>mengatasi rasa nyeri.</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien tampak gelisah dan menahan sakit saat nyeri timbul</li> <li>- Nyeri yang timbul tampak mengganggu aktifitas klien</li> <li>- Klien tampak sudah bisa melakukan teknik nafas dalam yang telah diajarkan saat nyeri terasa namun masih belum tepat</li> <li>- TD : 125/89 mmHg</li> <li>- HR : 88 x/menit</li> <li>- RR : 22 x/menit</li> </ul> <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Masalah nyeri kronis belum teratas</li> </ul> <p>P :</p>
--	---	---

			- Intervensi manajemen nyeri dilanjutkan	
Rabu/ 12 Februari 2025  Pukul : 10.00	Gangguan Mobilitas Fisik b.d penurunan kekuatan otot dan kekakuan sendi	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengukur TTV sebelum dan sesduah melakukan aktifitas</li> <li>2. Mengkaji kemampuan pasien untuk berjalan</li> <li>3. Melakukan ambulasi dan memonitor kondisi umum selama melakukan ambulasi</li> <li>4. Menjelaskan kembali tujuan dan prosedur ambulasi.</li> <li>5. Membantu pasien berpindah sesuai kebutuhan</li> <li>6. Membantu klien berjalan dengan tongkat dari kursi roda ke tempat yang diinginkan</li> <li>7. Membantu pasien berpindah dari kamar ke kamar</li> </ol>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan masih kesulitan saat berjalan dan berpindah dari suatu tempat ke kursi roda</li> <li>- Klien mengatakan pinggang masih terasa sakit saat digerakkan</li> <li>- Klien mengatakan kaki masih terasa lemah, dan susah untuk melangkah</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- TTV sebelum beraktifitas : TD 120/85 mmHg,</li> <li>HR 83 x/menit,</li> <li>RR 19 x/menit</li> <li>- TTV setelah beraktifitas, TD 125/87 mmHg,</li> <li>HR 86 x/menit,</li> <li>RR 21 x/menit</li> <li>- Klien tampak masih sulit dan</li> </ul>	

		<p>mandi dengan alat bantu tongkat</p> <p>8. Membantu pasien dalam penggunaan alat bantu kursi roda dan tongkat</p> <p>9. Memapah pasien saat berusaha berjalan dengan alat bantu tongkat</p> <p>10. Melatih ROM (Range Of Motion)</p>	<p>lemah saat berpindah</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien tampak masih berjalan dengan sangat perlahan (langkah satu per satu) dan gemetaran saat berjalan ke kamar mandi dengan tongkat</li> <li>- Klien tampak sering duduk dikursi saja tanpa berpindah tempat, kecuali saat ingin ke kamar mandi dan waktu shalat masuk</li> <li>- Klien tampak lebih nyaman berdiam diri duduk dikursi roda</li> <li>- Klien bersedia untuk melakukan latihan ROM</li> <li>- Klien tampak kesusahan menggerakkan kaki saat latihan ROM</li> </ul>	
--	--	--	---	--

			<p>- Klien merasa sakit saat proses latihan ROM sehingga latihan ROM dihentikan</p> <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi</li> </ul> <p>P :</p> <p>Intervensi dukungan ambulasi dan latihan penguatan sendi dilanjutkan</p>	
Rabu/ 12 Februari 2025 Pukul : 11.00	Risiko Jatuh d.d kekuatan otot menurun dan penggunaan alat bantu berjalan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi perilaku dan faktor yang mempengaruhi risiko jatuh</li> <li>2. Mengidentifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh.</li> <li>3. Memantau kemampuan klien dalam berpindah tempat</li> </ol>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan masih takut berjalan tanpa menggunakan alat bantu</li> <li>- Klien mengatakan tungkai kaki masih terasa lemah</li> <li>- Klien mengatakan kaki masih terasa berat dan susah untuk melangkah dengan cepat</li> </ul>	

		<p>4. Membantu klien dalam menggunakan tongkat dan kursi roda.</p> <p>5. Memantau gaya berjalan klien</p> <p>6. Mengajurkan klien memanggil pengasuh atau orang lain jika membutuhkan bantuan dalam berpindah</p> <p>7. Mengajurkan klien menggunakan alas kaki yang tidak licin</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan masih merasa cemas dan gemetar saat berjalan dengan tongkat</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien tampak menggunakan kursi roda untuk beraktivitas, kecuali saat ke kamar mandi klien menggunakan tongkat</li> <li>- Klien masih tampak lemah</li> <li>- Klien masih tampak gemetar saat berusaha berjalan ke kamar mandi dengan tongkat</li> <li>- TD : 125/87 mmHg</li> <li>- HR : 86 x/menit</li> <li>- RR : 21 x/menit</li> </ul>	
--	--	--	--	--

			<p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Masalah Risiko Jatuh belum teratas</li> </ul> <p>P :</p> <p>Intervensi pencegahan jatuh dan manajemen keselamatan lingkungan dilanjutkan</p>	
Rabu/ 12 Februari 2025  Pukul : 13.15	Nyeri kronis b.d kondisi muskuloskleta l kronis	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengukur tanda-tanda vital</li> <li>2. Melakukan pengkajian nyeri secara lengkap</li> <li>3. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri.</li> <li>4. Mengidentifikasi pengaruh nyeri terhadap kualitas hidup</li> <li>5. Mengajarkan kembali teknik nafas dalam untuk mengurangi nyeri yang dirasakan</li> </ol>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan masih terasa nyeri pada pinggang dan kedua lutut kaki saat bergerak</li> <li>- Klien mengatakan skala nyeri 3, durasi dan frekuensi tidak dapat ditentukan</li> <li>- Klien mengatakan sudah bisa dan mengetahui teknik nafas dalam untuk mengatasi rasa nyeri namun terkadang lupa</li> </ul>	

		<p>pasien serta mempraktekkanya</p> <p>6. Menanyakan apakah klien ada mempraktekkan teknik nafas dalam saat merasa nyeri</p> <p>7. Melibatkan caregiver dalam mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri</p>	<p>mempraktekkanya saat nyeri terasa</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien tampak masih gelisah dan menahan sakit saat nyeri timbul</li> <li>- Nyeri yang timbul tampak mengganggu aktifitas klien</li> <li>- Klien tampak sudah bisa melakukan teknik nafas dalam yang telah diajarkan saat nyeri terasa namun masih belum tepat</li> <li>- TD : 125/87 mmHg</li> <li>- HR : 86 x/menit</li> <li>- RR : 21 x/menit</li> </ul> <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Masalah nyeri kronis belum teratasi</li> </ul> <p>P :</p>
--	--	---	--

			Intervensi manajemen nyeri dilanjutkan	
Kamis/ 13 Februari 2025 Pukul : 09.30	Gangguan Mobilitas Fisik b.d penurunan kekuatan otot dan kekakuan sendi	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengukur TTV sebelum dan sesduah melakukan aktifitas</li> <li>2. Mengkaji kemampuan pasien untuk berjalan</li> <li>3. Melakukan ambulasi dan memonitor kondisi umum selama melakukan ambulasi</li> <li>4. Menjelaskan kembali tujuan dan prosedur ambulasi.</li> <li>5. Membantu pasien berpindah sesuai kebutuhan</li> <li>6. Membantu pasien berpindah dari kamar ke kamar mandi dengan alat bantu tongkat</li> <li>7. Membantu pasien dalam penggunaan</li> </ol>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan masih kesulitan saat berjalan dan berpindah dari suatu tempat ke kursi roda</li> <li>- Klien mengatakan pinggang masih terasa sakit saat digerakkan</li> <li>- Klien mengatakan kaki masih terasa lemah, dan tapi sudah tidak terlalu sulit untuk melangkah</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- TTV sebelum beraktifitas : TD 118/80 mmHg, HR 78 x/menit, RR 19 x/menit</li> <li>- TTV setelah beraktifitas, TD 123/86 mmHg,</li> </ul>	

		<p>alat bantu kursi roda dan tongkat</p> <p>8. Memapah pasien saat berusaha berjalan dengan alat bantu tongkat</p> <p>9. Melatih ROM (Range Of Motion)</p>	<p>HR 84 x/menit, RR 20 x/menit</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien tampak masih sulit dan lemah saat berpindah</li> <li>- Klien tampak masih berjalan dengan perlahan (langkah satu per satu) tapi sudah mulai lebih cepat dari yang sebelumnya</li> <li>- Klien masih tampak gemetaran saat berjalan ke kamar mandi dengan tongkat</li> <li>- Klien tampak lebih nyaman berdiam diri duduk dikursi roda</li> <li>- Klien tampak sudah mau beraktivitas diluar wisma dengan berpindah tempat menggunakan kursi roda</li> </ul>	
--	--	--	--	--

			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien bersedia untuk melakukan latihan ROM</li> <li>- Klien tampak kesusahan menggerakkan kaki saat latihan ROM</li> </ul> <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi</li> </ul> <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Intervensi dukungan ambulasi dan latihan penguatan sendi (ROM) dilanjutkan</li> </ul>	
Kamis/ 13 Februari 2025 Pukul : 10.30	Risiko Jatuh d.d kekuatan otot menurun dan penggunaan alat bantu berjalan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi perilaku dan faktor yang mempengaruhi risiko jatuh</li> <li>2. Mengidentifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh.</li> </ol>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan masih takut berjalan tanpa menggunakan alat bantu</li> <li>- Klien mengatakan tungkai kaki masih terasa lemah</li> </ul>	

		<p>3. Memantau kemampuan klien dalam berpindah tempat</p> <p>4. Membantu klien dalam menggunakan tongkat dan kursi roda.</p> <p>5. Memantau gaya berjalan klien</p> <p>6. Menganjurkan klien memanggil pengasuh atau orang lain jika membutuhkan bantuan dalam berpindah</p> <p>7. Menganjurkan klien menggunakan alas kaki yang tidak licin</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan kaki masih terasa berat, tapi sudah mulai ada tenaga untuk melangkah dibanding sebelumnya</li> <li>- Klien mengatakan masih merasa cemas dan gemetar saat berjalan dengan tongkat</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien tampak menggunakan kursi roda untuk beraktifitas, kecuali saat ke kamar mandi klien menggunakan tongkat</li> <li>- Klien masih tampak gemetar saat berusaha berjalan ke kamar mandi dengan tongkat</li> <li>- TD : 123/86 mmHg</li> </ul>
--	--	--	--

			<ul style="list-style-type: none"> <li>- HR : 84 x/menit</li> <li>- RR : 20 x/menit</li> </ul> <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Masalah Risiko Jatuh belum teratas</li> </ul> <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Intervensi pencegahan jatuh dan manajemen keselamatan lingkungan dilanjutkan</li> </ul>	
Kamis/ 13 Februari 2025  Pukul : 11.40	Nyeri kronis b.d kondisi muskuloskleta l kronis	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengukur tanda-tanda vital</li> <li>2. Melakukan pengkajian nyeri secara lengkap</li> <li>3. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri.</li> <li>4. Mengidentifikasi pengaruh nyeri terhadap kualitas hidup</li> <li>5. Mengajarkan kembali teknik nafas dalam untuk</li> </ol>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan masih terasa nyeri pada pinggang dan kedua lutut kaki saat bergerak</li> <li>- Klien mengatakan skala nyeri 2, durasi dan frekuensi tidak dapat ditentukan</li> <li>- Klien mengatakan sudah bisa dan mengetahui teknik nafas dalam untuk mengatasi rasa</li> </ul>	

		<p>mengurangi nyeri yang dirasakan pasien serta mempraktekkanya</p> <p>6. Menanyakan apakah klien ada mempraktekkan teknik nafas dalam saat merasa nyeri</p> <p>7. Memastikan apakah klien ada menggunakan minyak untuk mengatasi rasa nyeri pada kedua lutut dan pinggang</p> <p>8. Melibatkan caregiver dalam mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri</p>	<p>nyeri namun terkadang lupa mempraktekkanya saat nyeri terasa</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien tampak masih gelisah saat nyeri timbul tapi sudah berkurang dari sebelumnya.</li> <li>- Nyeri yang timbul tampak mengganggu aktifitas klien</li> <li>- Klien tampak sudah bisa melakukan teknik nafas dalam yang telah diajarkan saat nyeri terasa</li> <li>- Klien tampak ada menggunakan minyak pada kedua lutut dan pinggangnya.</li> </ul> <p>- TD : 123/86 mmHg</p> <p>- HR : 84 x/menit</p> <p>- RR : 20 x/menit</p>	
--	--	---	--	--

			<p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Masalah nyeri kronis belum teratas</li> </ul> <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Intervensi manajemen nyeri dilanjutkan</li> </ul>	
Jumat/ 14 Februari 2024 Pukul : 09.00	Gangguan Mobilitas Fisik b.d penurunan kekuatan otot dan kekakuan sendi	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengukur TTV sebelum dan sesduah melakukan aktifitas</li> <li>2. Mengkaji kemampuan pasien untuk berjalan</li> <li>3. Membantu pasien berpindah sesuai kebutuhan</li> <li>4. Membantu pasien dalam penggunaan alat bantu kursi roda dan tongkat</li> <li>5. Memapah pasien saat berusaha berjalan dengan alat bantu tongkat</li> <li>6. Melatih ROM (Range Of Motion)</li> </ol>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan masih sulit saat berjalan dan berpindah dari suatu tempat ke kursi roda</li> <li>- Klien mengatakan pinggang masih terasa sakit saat digerakkan</li> <li>- Klien mengatakan kaki masih terasa lemah, tapi sudah tidak terlalu sulit untuk melangkah</li> <li>- Klien mengatakan sudah mencoba latihan ROM secara mandiri tapi masih kesulitan</li> </ul>	

		O : <ul style="list-style-type: none"> <li>- TTV sebelum beraktifitas : TD 120/85 mmHg, HR 82 x/menit, RR 20 x/menit</li> <li>- TTV setelah beraktifitas, TD 125/87 mmHg, HR 85 x/menit, RR 21 x/menit</li> <li>- Klien tampak sudah mulai bisa berpindah dari kursi roda ke kamar perlahan dengan tongkat</li> <li>- Klien tampak sudah bisa beraktifitas didalam wisma dengan alat bantu tongkat berjalan dengan perlahan, namun jika diluar wisma masih menggunakan kursi roda</li> <li>- Klien masih tampak gemetaran saat berjalan</li> </ul>	
--	--	---	--

			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien tampak lebih nyaman duduk dimkursi roda</li> <li>- Klien tampak sudah mau beraktifitas diluar wisma dengan kursi roda</li> <li>- Klien bersedia untuk melakukan latihan ROM</li> <li>- Klien masih tampak kesusahan menggerakkan kaki saat latihan ROM</li> </ul> <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi</li> </ul> <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Intervensi dukungan ambulasi dan latihan penguatan sendi (ROM) dilanjutkan</li> </ul>	
Jumat/ 14	Risiko Jatuh d.d kekuatan	1. Mengidentifikasi prilaku dan faktor	S :	

Februari 2025	otot menurun dan penggunaan alat bantu berjalan	<p>yang mempengaruhi risiko jatuh</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Mengidentifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh.</li> <li>3. Memantau kemampuan klien dalam berpindah tempat</li> <li>4. Membantu klien dalam menggunakan tongkat dan kursi roda.</li> <li>5. Memantau gaya berjalan klien</li> <li>6. Menganjurkan klien memanggil pengasuh atau orang lain jika membutuhkan bantuan dalam berpindah</li> <li>7. Menganjurkan klien menggunakan alas kaki yang tidak licin</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan masih takut berjalan tanpa menggunakan alat bantu karna kaki masih terasa lemah dan pinggang masih terasa sakit saat bergerak</li> <li>- Klien mengatakan tungkai kaki masih terasa lemah</li> <li>- Klien mengatakan masih merasa cemas dan gemetar saat berjalan dengan tongkat</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien tampak menggunakan kursi roda untuk beraktifitas, kecuali saat didalam wisma klien sudah bisa berjalan perlahan dengan alat bantu tongkat</li> </ul>	
------------------	---	--	---	--

			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien masih tampak gemetar saat berusaha berjalan dengan tongkat</li> <li>- TD : 125/87 mmHg</li> <li>- HR : 85 x/menit</li> <li>- RR : 21 x/menit</li> </ul> <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Masalah Risiko Jatuh belum teratasi</li> </ul> <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Intervensi pencegahan jatuh dan manajemen keselamatan lingkungan dilanjutkan</li> </ul>	
Jumat/ 14 Februari 2025  Pukul : 11.00	Nyeri kronis b.d kondisi muskuloskletal kronis	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengukur tanda-tanda vital</li> <li>2. Melakukan pengkajian nyeri secara lengkap</li> <li>3. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri.</li> </ol>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan nyeri pada pinggang dan kedua lutut kaki masih terasa nyeri saat bergerak</li> <li>- Klien mengatakan skala nyeri 2, durasi dan</li> </ul>	

		<p>4. Mengidentifikasi pengaruh nyeri terhadap kualitas hidup</p> <p>5. Mengajarkan kembali teknik nafas dalam untuk mengurangi nyeri yang dirasakan pasien serta mempraktekkannya</p> <p>6. Menanyakan apakah klien ada mempraktekkan teknik nafas dalam saat merasa nyeri</p> <p>7. Memastikan apakah klien ada menggunakan minyak untuk mengatasi rasa nyeri pada kedua lutut dan pinggang</p> <p>8. Melibatkan caregiver dalam mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri</p>	<p>frekuensi tidak dapat ditentukan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan sudah bisa dan mengetahui teknik nafas dalam untuk mengatasi rasa nyeri namun terkadang lupa mempraktekkannya saat nyeri terasa</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien tampak lebih nyaman dari sebelumnya</li> <li>- Klien tampak masih gelisah saat nyeri timbul tapi sudah berkurang dari sebelumnya.</li> <li>- Nyeri yang timbul tampak mengganggu aktifitas klien</li> <li>- Klien tampak sudah bisa melakukan teknik nafas dalam yang telah diajarkan</li> </ul>	
--	--	--	---	--

			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien tampak ada menggunakan minyak pada kedua lutut dan pinggangnya.</li> <li>- TD : 125/87 mmHg</li> <li>- HR : 85 x/menit</li> <li>- RR : 21 x/menit</li> </ul> <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Masalah nyeri kronis belum teratasi</li> </ul> <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Intervensi manajemen nyeri dilanjutkan</li> </ul>	
Sabtu/ 15 Februari 2025 Pukul : 09.15	Gangguan Mobilitas Fisik b.d penurunan kekuatan otot dan kekakuan sendi	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengukur TTV sebelum dan sesduah melakukan aktifitas</li> <li>2. Mengkaji kemampuan pasien untuk berjalan</li> <li>3. Membantu pasien berpindah sesuai kebutuhan</li> <li>4. Membantu pasien dalam</li> </ol>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan masih kesulitan saat berjalan dan berpindah dari suatu tempat ke kursi roda</li> <li>- Klien mengatakan pinggang masih terasa sakit saat digerakkan</li> <li>- Klien mengatakan kaki masih terasa</li> </ul>	

	<p>penggunaan alat bantu kursi roda dan tongkat</p> <p>5. Memapah pasien saat berusaha berjalan dengan alat bantu tongkat</p> <p>6. Melatih ROM (Range Of Motion)</p>	<p>lemah, tapi sudah tidak terlalu sulit untuk melangkah</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan sudah bisa berjalan dengan tongkat tapi</li> </ul> <p>pelan-pelan di dalam wisma</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan sudah mencoba latihan ROM secara mandiri tapi masih kesulitan</li> <li>- Klien mengatakan kaki masih terasa kesemutan tapi sudah tidak sesering sebelumnya</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- TTV sebelum beraktifitas : TD 123/82 mmHg, HR 80 x/menit, RR 19 x/menit</li> <li>- TTV setelah beraktifitas, TD 126/85 mmHg,</li> </ul>	
--	---	---	--

			<p>HR 84 x/menit, RR 20 x/menit</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien tampak masih sulit saat berpindah, tapi sudah lebih baik dari sebelumnya</li> <li>- Klien tampak sudah bisa berjalan dengan tongkat saat berada di wisma, tapi saat diluar wisma klien masih menggunakan kursi roda</li> <li>- Klien masih tampak gemetaran saat berjalan</li> <li>- Klien tampak lebih nyaman duduk dikursi roda</li> <li>- Klien tampak sudah beraktifitas diluar wisma dengan kursi roda</li> <li>- Klien bersedia untuk melakukan latihan ROM</li> </ul>	
--	--	--	---	--

			<p>- Klien tampak masih kesusahan menggerakkan kaki saat latihan ROM, tapi sudah lebih baik dari sebelumnya</p> <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi</li> </ul> <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Intervensi dukungan ambulasi dan latihan penguatan sendi (ROM) dilanjutkan</li> </ul>	
Sabtu/ 15 Februari 2025 Pukul : 10.00	Risiko Jatuh d.d kekuatan otot menurun dan penggunaan alat bantu berjalan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi perilaku dan faktor yang mempengaruhi risiko jatuh</li> <li>2. Mengidentifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh.</li> <li>3. Memantau kemampuan klien</li> </ol>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan masih takut berjalan tanpa menggunakan alat bantu</li> <li>- Klien mengatakan tungkai kaki sudah terasa mulai membaik</li> </ul>	

		<p>dalam berpindah tempat</p> <p>4. Membantu klien dalam menggunakan tongkat dan kursi roda.</p> <p>5. Mengajurkan klien memanggil pengasuh atau orang lain jika membutuhkan bantuan dalam berpindah</p> <p>6. Mengajurkan klien menggunakan alas kaki yang tidak licin</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan kaki sudah mulai ada tenaga untuk melangkah dibanding sebelumnya</li> <li>- Klien mengatakan masih merasa cemas dan gemtar saat berjalan dengan tongkat, tapi sudah lebih baik dari sebelumnya</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien tampak menggunakan kursi roda untuk beraktivitas, kecuali saat berada di wisma klien menggunakan tongkat</li> <li>- Klien masih tampak gemtar saat berusaha berjalan ke kamar mandi dengan tongkat</li> </ul>	
--	--	---	---	--

			<ul style="list-style-type: none"> <li>- TD : 126/85 mmHg</li> <li>- HR : 84 x/menit</li> <li>- RR : 20 x/menit</li> </ul> <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Masalah Risiko Jatuh belum teratas</li> </ul> <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Intervensi pencegahan jatuh dan manajemen keselamatan lingkungan dilanjutkan</li> </ul>	
Sabtu/ 15 Februari 2025  Pukul : 11.00	Nyeri kronis b.d kondisi muskuloskleta l kronis	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengukur tanda-tanda vital</li> <li>2. Melakukan pengkajian nyeri secara lengkap</li> <li>3. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri.</li> <li>4. Mengidentifikasi pengaruh nyeri terhadap kualitas hidup</li> </ol>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan masih terasa nyeri pada pinggang dan kedua lutut kaki saat bergerak</li> <li>- Klien mengatakan skala nyeri 2, durasi dan frekuensi tidak dapat ditentukan</li> <li>- Klien mengatakan sudah bisa</li> </ul>	

		<p>5. Mengajarkan kembali teknik nafas dalam untuk mengurangi nyeri yang dirasakan pasien serta mempraktekkanya</p> <p>6. Menanyakan apakah klien ada mempraktekkan teknik nafas dalam saat merasa nyeri</p> <p>7. Memastikan apakah klien ada menggunakan minyak untuk mengatasi rasa nyeri pada kedua lutut dan pinggang</p> <p>8. Melibatkan caregiver dalam mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri</p>	<p>melakukan teknik nafas dalam untuk mengatasi rasa nyeri namun terkadang lupa mempraktekkanya saat nyeri terasa</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan setiap pagi mengoleskan minyak pada kesua lutut dan pinggang</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien tampak lebih nyaman dari sebelumnya</li> <li>- Klien tampak masih gelisah saat nyeri timbul tapi sudah berkurang dari sebelumnya.</li> <li>- Nyeri yang timbul tampak mengganggu aktifitas klien</li> <li>- Klien tampak sudah bisa melakukan teknik nafas dalam yang</li> </ul>	
--	--	---	--	--

			<p>telah diajarkan saat nyeri terasa</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien tampak ada menggunakan minyak pada kedua lutut dan pinggangnya.</li> </ul> <p>- TD : 126/85 mmHg</p> <p>- HR : 84 x/menit</p> <p>- RR : 20 x/menit</p> <p>A :</p> <p>- Masalah nyeri kronis belum teratasi</p> <p>P :</p> <p>- Intervensi manajemen nyeri dilanjutkan</p>	
Minggu / 16 Februari 2025 Pukul : 09.00	Gangguan Mobilitas Fisik b.d penurunan kekuatan otot dan kekakuan sendi	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengukur TTV sebelum dan sesudah melakukan aktifitas</li> <li>2. Mengkaji kemampuan pasien untuk berjalan</li> <li>3. Membantu pasien berpindah sesuai kebutuhan</li> </ol>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan sudah berani berpindah dsri kursi roda kesuatu tempat dengan tongkat tanpa bantuan pengasuh selama di wisma</li> <li>- Klien mengatakan pinggang sudah</li> </ul>	

		<p>4. Membantu pasien dalam penggunaan alat bantu kursi roda dan tongkat</p> <p>5. Memapah pasien saat berusaha berjalan dengan alat bantu tongkat</p> <p>6. Melatih ROM (Range Of Motion)</p>	<p>mulai membaik tapi terkadang masih sakit saat digerakkan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan kaki sudah membaik, sudah bertenaga dan tidak susah lagi untuk melangkah seperti sebelumnya</li> <li>- Klien mengatakan kaki terasa lebih baik semenjak beberapa hari ini dilakukan latihan ROM</li> <li>- Klien mengatakan kaki sudah tidak lagi terasa kesemutan</li> <li>- Klien mengatakan sudah mencoba latihan ROM secara mandiri dengan perlahan</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- TTV sebelum beraktifitas : TD 120/85 mmHg,</li> </ul>	
--	--	--	--	--

			<p>HR 84 x/menit, RR 19 x/menit</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- TTV setelah beraktifitas, TD 125/88 mmHg, HR 87 x/menit, RR 20 x/menit</li> <li>- Kekuatan otot kaki kanan mengalami kenaikan menjadi skala 4.</li> <li>- Klien tampak sudah lebih baik saat berpindah dengan tongkat selama di wisma</li> <li>- Klien tampak sudah bisa berjalan dengan tongkat saat berada di wisma, tapi saat diluar wisma klien masih menggunakan kursi roda</li> <li>- Klien tampak tidak gemetaran lagi saat berjalan</li> <li>- Klien tampak lebih nyaman</li> </ul>	
--	--	--	--	--

			<p>duduk dikursi roda</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien tampak lebih nyaman beraktifitas diluar wisma dengan kursi roda</li> <li>- Klien bersedia untuk melakukan latihan ROM</li> <li>- Klien tampak masih sedikit kesusahan menggerakkan kaki saat latihan ROM, tapi sudah lebih baik dari sebelumnya</li> </ul> <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Masalah gangguan mobilitas fisik teratasi sebagian</li> </ul> <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Intervensi dukungan ambulasi dan latihan penguatan sendi (ROM) dilanjutkan oleh klien</li> </ul>	
--	--	--	--	--

Minggu / 16 Februari 2025  Pukul : 10.00	Risiko Jatuh d.d kekuatan otot menurun dan penggunaan alat bantu berjalan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi perilaku dan faktor yang mempengaruhi risiko jatuh</li> <li>2. Mengidentifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh.</li> <li>3. Memantau kemampuan klien dalam berpindah tempat</li> <li>4. Membantu klien dalam menggunakan tongkat dan kursi roda.</li> <li>5. Menganjurkan klien memanggil pengasuh atau orang lain jika membutuhkan bantuan dalam berpindah</li> <li>6. Menganjurkan klien menggunakan alas kaki yang tidak licin</li> </ol>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan sudah berani berjalan dengan tongkat selama didalam wisma tanpa bantuan pengasuh</li> <li>- Klien mengatakan tungkai kaki sudah terasa membaik dari sebelumnya</li> <li>- Klien mengatakan kaki sudah mulai bertenaga untuk melangkah</li> <li>- Klien mengatakan tidak gemetar lagi saat berjalan dengan tongkat</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien tampak menggunakan kursi roda untuk beraktifitas, kecuali saat berada di wisma klien menggunakan tongkat</li> </ul>
--	---	---	---

			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien tampak sudah bisa berjalan dengan tongkat secara mandiri</li> <li>- Klien tampak tidak gemetar lagi saat berusaha berjalan dengan tongkat</li> <li>- TD : 125/88 mmHg</li> <li>- HR : 87 x/menit</li> <li>- RR : 20 x/menit</li> </ul> <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Masalah Risiko Jatuh teratas sebagian</li> </ul> <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Intervensi pencegahan jatuh dan manajemen keselamatan lingkungan dilanjutkan oleh klien dan pengasuh wisma</li> </ul>	
Minggu / 16	Nyeri kronis b.d kondisi	1. Mengukur tanda-tanda vital	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan nyeri pada</li> </ul>	

Februari 2025	muskuloskleta l kronis	<p>2. Melakukan pengajian nyeri secara lengkap</p> <p>3. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri.</p> <p>4. Mengidentifikasi pengaruh nyeri terhadap kualitas hidup</p> <p>5. Mengajarkan kembali teknik nafas dalam untuk mengurangi nyeri yang dirasakan pasien serta mempraktekkan teknik nafas dalam saat merasa nyeri</p> <p>6. Menanyakan apakah klien ada mempraktekkan teknik nafas dalam saat merasa nyeri</p> <p>7. Memastikan apakah klien ada menggunakan minyak untuk mengatasi rasa nyeri pada kedua</p>	<p>pinggang dan kedua lutut kaki sudah membaik, skala nyeri 1, durasi dan frekuensi tidak dapat ditentukan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan saat bergerak nyeri sudah jarang timbul</li> <li>- Klien mengatakan sudah bisa melakukan teknik nafas dalam untuk mengatasi rasa nyeri</li> <li>- Klien mengatakan setiap pagi selalu mengoleskan minyak pada kesua lutut dan pinggang</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien tampak lebih nyaman dari sebelumnya</li> <li>- Klien tampak lebih rileks saat nyeri timbul</li> </ul>	
------------------	---------------------------	---	--	--

		<p>lutut dan pinggang</p> <p>8. Melibatkan caregiver dalam mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri</p>	<p>karna nyeri sudah berkurang</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nyeri yang timbul tampak tidak lagi menganggu aktifitas klien</li> <li>- Klien tampak sudah bisa melakukan teknik nafas dalam yang telah diajarkan</li> <li>- Klien tampak ada menggunakan minyak pada kedua lutut dan pinggangnya.</li> <li>- TD : 125/88 mmHg</li> <li>- HR : 87 x/menit</li> <li>- RR : 20 x/menit</li> </ul> <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Masalah nyeri kronis teratas sebagian</li> </ul> <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Intervensi manajemen nyeri dilanjutkan oleh klien secara mandiri saat nyeri kembali terasa.</li> </ul>	
--	--	--	--	--

**Lampiran 13**

**DOKUMENTASI TINDAKAN**









## Galuh Putri

### KTI Yessi Pertwi Setiani D5 Keperawatan Padang.pdf

-  [View document details](#)
-  [View document submission history \(2\)](#)
-  [View document submission statistics \(0\)](#)

#### Document Details

Last modified on:	2023-09-04 10:00:00	118 Pages
Submitted on:	2023-09-04 10:00:00 UTC+0	20.60 MB file
Download link:	<a href="#">Download document</a>	92,327 Downloads
File name:	KTI Yessi Pertwi Setiani D5 Keperawatan Padang.pdf	
File type:	PDF	

## 16% Overall Similarity

此报告是自动检测功能生成的初步报告。

### 引文来源:

- Wikipedia
- Google Books

### 参考文献:

- 未标注来源

### Top Sources:

1. Wikipedia
2. Wikipedia
3. Wikipedia contributors (Eds.)

### 相似性段落:

#### 相似性段落 (共 1 页)

相似性段落 (共 1 页) (100%)

All sources by the author (100%) 14 sentences of this document are identical to or very similar to other sources. These sentences are highlighted below.

When a sentence is identical to another, however, each sentence will only count as 100%.