



POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES RI PADANG

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA LANSIA DENGAN
GANGGUAN ADL (*ACTIVITY DAILY LIVING*)
DI PANTI SOSIAL TRESNA WERDHA
SABAI NAN ALUIH SICINCIN**

KARYA TULIS ILMIAH

AMANDA TIARA NELSA
NIM : 203110161

**PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN PADANG
POLTEKKES KEMENKES RI PADANG
TAHUN 2023**



POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES RI PADANG

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA LANSIA DENGAN
GANGGUAN ADL (*ACTIVITY DAILY LIVING*)
DI PANTI SOSIAL TRESNA WERDHA
SABAI NAN ALUIH SICINCIN**

KARYA TULIS ILMIAH

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

**AMANDA TIARA NELSA
NIM : 203110161**

**PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN PADANG
POLTEKKES KEMENKES RI PADANG
TAHUN 2023**

DAFTAR ISI

Daftar Isi

1. **Daftar Isi** 1

2. **Daftar Isi** 1

3. **Daftar Isi** 1

4. **Daftar Isi** 1

5. **Daftar Isi** 1

6. **Daftar Isi** 1

DAFTAR ISI

DAFTAR ISI

1. **Daftar Isi** 1

2. **Daftar Isi** 1

3. **Daftar Isi** 1

4. **Daftar Isi** 1

5. **Daftar Isi** 1



DAFTAR ISI

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR

Puji dan Syukur atas kehadiran Allah SWT, karena atas berkat dan rahmat-Nya kepada kita sehingga sampai saat ini peneliti masih diberi rahmat kemudahan untuk selalu terbuka akal dan pikiran, mata, serta hati dalam mencari ilmu.

Karya Tulis Ilmiah ini berjudul tentang “**Asuhan Keperawatan Pada Lansia Dengan Gangguan ADL (*Activity Daily Living*) Di Panti Sosial Tresna Werdha Sabai Nan Aluih Sicincin**”. Penulisan karya tulis ilmiah ini dilakukan untuk memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar Ahli Madya Keperawatan pada Program Studi D-III Keperawatan Padang Poltekkes Kemenkes Padang. Peneliti menyadari bahwa, peneliti tidak akan bisa menyelesaikan karya tulis ilmiah tanpa bantuan dan bimbingan Ibu Ns. Lola Felnanda Amri, S. Kep., M. Kep selaku pembimbing I dan Ibu Renidayati, S. Kp., M. Kep., Sp. Jiwa selaku pembimbing II sekaligus Direktur Poltekkes Kemenkes Padang yang telah menyediakan waktu, tenaga, dan pikiran untuk mengarahkan peneliti dalam menyusun karya tulis ilmiah ini. Tidak lupa juga ucapan terima kasih peneliti sampaikan kepada Ibu Heppi Sasmita, S. Kp., M. Kep., Sp. Jiwa selaku penguji 1 sekaligus Wakil Direktur 3 Poltekkes Kemenkes Padang dan Ibu Ns. Hj. Murniati Muchtar, S. Kep, SKM. M. Biomed selaku penguji 2 yang telah memberikan masukan dan saran untuk penyempurnaan karya tulis ilmiah ini.

Selanjutnya peneliti juga mengucapkan terimakasih kepada yang terhormat :

- (1) Bapak Afzaidir, A.Ks., MM selaku Kepala Panti Sosial Tresna Werdha Sabai Nan Aluih Sicincin.
- (2) Bapak Tasman, S. Kp, M. Kep, Sp. Kom selaku Ketua Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Padang.
- (3) Ibu Ns. Yessi Fadriyanti, M. Kep selaku Ketua Program Studi DIII Keperawatan Poltekkes Kemenkes Padang.
- (4) Ibu Ns. Delima, S. Pd, S. Kep, M. Kes selaku Pembimbing Akademik yang selalu memotivasi peneliti selama perkuliahan dan selama penyusunan karya tulis ilmiah ini.

- (5) Bapak Ibu Dosen dan Staf yang telah membantu dan memberikan ilmu dalam pendidikan untuk bekal bagi peneliti selama perkuliahan di Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Padang.
- (6) Teristimewa kepada Bapak Bachtiar dan Ibu Yurnelis selaku kedua orangtua peneliti yang telah memberikan dukungan, semangat dan kasih sayang yang tidak ternilai harganya dengan apapun.
- (7) Terimakasih kepada sahabat-sahabat saya Nadila, Vivi, Sindu, Rubby, dan Salsa yang selalu bersedia mendengarkan keluh kesah, suka duka serta memberi motivasi kepada peneliti sehingga dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
- (8) Terimakasih kepada teman seperjuangan mahasiswa Poltekkes Kemenkes Padang Program Studi D-III Keperawatan Padang angkatan 2020.

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

Padang, Mei 2023

Amanda Tiara Nelsa

LEMBAR ORISINALITAS

Karya Tulis Ilmiah ini adalah hasil karya sendiri, dan semua sumber yang dikutip dengan benar telah saya cantumkan dalam

Nama Aranda Fery Nisus

NIM. 2011041

Tanggal Mei 2023

Tanda Tangan



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

Karya Tulis Ilmiah, Mei 2023

Amanda Tiara Nelsa

**Asuhan Keperawatan Pada Lansia Dengan Gangguan ADL (*Activity Daily Living*)
Di Panti Sosial Tresna Werdha Sabai Nan Aluih Sicincin**

Isi : xii + 82 + 6 tabel + 13 lampiran

ABSTRAK

Masalah kesehatan yang dialami oleh lanjut usia, berawal dari kemunduran sel-sel tubuh, sehingga fungsi daya tahan tubuh menurun, perubahan pada sistem musculoskeletal, lansia akan mengalami atrofi, lansia juga mengalami penurunan fungsi kognitif dan psikomotorik, oleh karena itulah lansia semakin mengalami keterbatasan dalam melakukan aktivitas sehari-hari atau ADL (*Activity Daily Living*). Tujuan penelitian ini yaitu menerapkan asuhan keperawatan pada lansia dengan gangguan ADL (*Activity Daily Living*). Desain yang digunakan deskriptif berbentuk studi kasus. Tempat penelitian di PSTW Sabai Nan Aluih Sicincin, waktu pelaksanaan asuhan keperawatan mulai tanggal 2 s/d 8 Februari 2023. Populasi 28 lansia dan sampel 1 orang menggunakan teknik purposive sampling sesuai kriteria. Instrumen pengumpulan data yaitu format asuhan keperawatan gerontik, observasi, pengukuran, wawancara dan dokumentasi. Data dianalisis dengan membandingkan hasil asuhan keperawatan dengan teori penelitian sebelumnya. Hasil penelitian menunjukkan bahwa klien kesulitan untuk berjalan tanpa bantuan, sulit melakukan aktivitas sehari-hari, kondisi lingkungan klien yang dapat meningkatkan resiko jatuh. Diagnosis keperawatan yang ditemukan risiko jatuh, gangguan mobilitas fisik, dan defisit perawatan diri. Intervensi keperawatan yang dilakukan adalah pencegahan jatuh, dukungan mobilisasi, dan dukungan perawatan diri. Implementasi yang dilakukan adalah mengedukasi lingkungan yang meminimalkan resiko jatuh, mengedukasi aktivitas fisik rutin dan melatih untuk melakukan perawatan diri secara mandiri. Evaluasi menunjukkan bahwa kemampuan klien dalam menjaga kondisi lingkungan sudah baik, kemampuan melakukan aktivitas rutin sudah baik dan juga melakukan perawatan diri sudah baik namun harus tetap dibantu pengasuh. Saran yaitu diharapkan pengasuh wisma selalu membantu dan mengajak klien untuk terus melakukan aktivitas berjalan dan tidak berdiam diri di kamar.

**Kata Kunci : Gangguan ADL, Lanjut Usia, Asuhan Keperawatan
Daftar Pustaka : 46 (2011-2022)**

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



Nama : Amanda Tiara Nelsa
NIM : 203110161
Tempat/Tanggal Lahir : Padang/ 13 Juni 2002
Agama : Islam
Status Perkawinan : Belum Kawin
Nama Orangtua
Ayah : Bachtiar
Ibu : Yurnelis
Alamat : Komp. Wisma Indah Lestari Blok E. 3, Lubuk
Buaya, Padang

Riwayat Pendidikan

No.	Pendidikan	Tahun Lulus
1.	SD N 11 Lubuk Buaya, Padang	2014
2.	SMP N 34 Lubuk Buaya, Padang	2017
3.	SMA N 8 Lubuk Buaya, Padang	2020
4.	Prodi D-III Keperawatan Padang, Poltekkes Kemenkes Padang	2023

DAFTAR ISI

HALAMAN PERSETUJUAN.....	Error! Bookmark not defined.
HALAMAN PENGESAHAN	Error! Bookmark not defined.
KATA PENGANTAR.....	iv
LEMBAR ORISINALITAS	Error! Bookmark not defined.
ABSTRAK	vii
DAFTAR RIWAYAT HIDUP.....	viii
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR LAMPIRAN.....	xii
BAB I.....	1
PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	8
C. Tujuan Penelitian.....	8
D. Manfaat Penelitian.....	9
BAB II	11
TINJAUAN PUSTAKA.....	11
A. Konsep Lansia	11
1. Pengertian Lansia.....	11
2. Batasan Usia Lansia	12
3. Ciri-Ciri Lansia	13
4. Tipe-Tipe Lansia.....	16
5. Perubahan Pada Lansia.....	18
6. Permasalahan Pada Lansia	23
7. Kemandirian Pada Lansia.....	26
B. Konsep ADL (<i>Activity Of Daily Living</i>) Pada Lansia	29
1. Pengertian Activity Daily Living (ADL)	29
2. Mobilitas dan Imobilitas.....	31
3. Perawatan Sehari-Hari.....	33
4. Kemandirian ADL (<i>Activity Daily Living</i>).....	35

C. Konsep Asuhan Keperawatan Pada Lansia Dengan Gangguan ADL (Activity of Daily Living)	36
1. Pengkajian Keperawatan	36
2. Diagnosa Keperawatan Yang Mungkin Muncul	45
3. Intervensi Keperawatan.....	45
4. Implementasi Keperawatan	50
5. Evaluasi Keperawatan	50
6. Dokumentasi Keperawatan.....	50
BAB III.....	51
METODE PENELITIAN	51
A. Desain Penelitian.....	51
B. Tempat dan Waktu Penelitian	51
C. Populasi dan Sampel	51
D. Alat dan Instrumen Penelitian.....	52
E. Teknik Pengumpulan Data.....	53
F. Jenis-Jenis Data	54
G. Prosedur Pengumpulan Data.....	54
H. Analisis Data.....	56
BAB IV	57
DESKRIPSI DAN PEMBAHASAN KASUS.....	57
A. Deskripsi Hasil.....	57
B. Pembahasan Kasus	67
BAB V	80
PENUTUP.....	80
A. KESIMPULAN.....	80
B. SARAN.....	82
DAFTAR PUSTAKA	

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Tabel Pengkajian Status Kemandirian	27
Tabel 2.2 Tabel Pengukuran Kekuatan Otot	38
Tabel 2.3 Tabel Pengkajian Psikososial	41
Tabel 2.4 Tabel Indeks Barthel	42
Tabel 2.5 Tabel Pengkajian MMSE	43
Tabel 2.6 Tabel Intervensi Keperawatan	45

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Lampiran Format Pengkajian Asuhan Keperawatan Gerontik
- Lampiran 2 Lampiran Konsultasi Pembimbing I
- Lampiran 3 Lampiran Konsultasi Pembimbing II
- Lampiran 4 Lampiran Surat Izin Survey Data dari Institusi Poltekkes Kemenkes Padang
- Lampiran 5 Lampiran Surat Izin Survey Data dari Dinas Penanaman Modal Dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Provinsi Sumatera Barat
- Lampiran 6 Lampiran Surat Izin Survey Data dari Dinas Sosial Sumatera Barat
- Lampiran 7 Lampiran Format Survey Data Awal
- Lampiran 8 Lampiran Surat Izin Penelitian Dari Institusi Poltekkes Kemenkes Padang
- Lampiran 9 Lampiran Surat Izin Penelitian Dari Dinas Penanaman Modal Dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Provinsi Sumatera Barat
- Lampiran 10 Lampiran Surat Izin Penelitian dari Dinas Sosial Sumatera Barat
- Lampiran 11 Lampiran Informed Consent
- Lampiran 12 Lembar bukti telah selesai melakukan penelitian dari PSTW Sabai Nan Aluih Sicincin
- Lampiran 13 Lampiran Ganchart

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Rentang kehidupan manusia dimulai dari usia kandungan, bayi, remaja, dewasa dan lansia sampai alam barzah yakni meninggal. Dalam setiap rentang kehidupan manusia ada tugas perkembangan masing-masing yang harus dilalui oleh setiap manusia yang lahir ke dunia. Dalam setiap tugas perkembangan harus berkembang sesuai dengan masa dan usianya dan tidak boleh terlewat. Kalau terlewat akan terjadi *miss development* yang sulit dirubah dan dididik kembali. Ada delapan tahapan pertumbuhan manusia yang dimulai dari fase dalam *prenatal* (dalam kandungan), bayi, kanak-kanak awal, kanak-kanak tengah dan akhir, remaja, dewasa muda, dewasa tengah, dan lansia (dewasa akhir) (Jannah et al., 2017).

Penuaan atau Proses Menua merupakan proses alamiah yang terjadi setelah melalui tiga tahap kehidupan yaitu masa anak-anak, masa dewasa, dan masa tua yang tidak dapat dihindari oleh setiap individu yang merupakan proses sepanjang hidup yang tidak hanya dimulai pada waktu tertentu, melainkan dimulai sejak permulaan kehidupan (Marlita, 2017). Proses menua merupakan suatu proses dimana menghilangnya secara perlahan kemampuan jaringan untuk memperbaiki diri, mengganti diri serta mempertahankan struktur dan fungsi tubuh pada normalnya, hal ini disebabkan karena bertambahnya usia seseorang (World Bank, 2019).

Seseorang dikatakan telah memasuki masa dewasa akhir (lansia) adalah dimana tahap ini terjadi pada usia 60 tahun ke atas. Seseorang akan mengalami proses penuaan, yang ditandai dengan kulit menjadi keriput, massa tubuh berkurang, sampai menurunnya daya tahan fisik. Fungsi kognitif dan psikomotorik lansia juga mengalami kemunduran. Seseorang juga mungkin tidak mudah memahami perkataan seseorang, aktivitas menjadi terbatas, dan kurang cekatan. Selain itu, lansia cenderung

berfokus pada spiritual untuk bersiap menghadapi kematian (Jannah et al., 2017).

Selain itu, banyak juga perubahan dan masalah yang terjadi pada lansia seiring dengan proses penuaan, seperti penurunan fungsi biologis, psikologis, sosial, ataupun ekonomi. Semua perubahan yang terjadi pada lansia ini tentu saja akan menjadi stresor bagi lansia dan akan mempengaruhi kesejahteraan hidup lansia. Kurangnya kesejahteraan hidup lansia karena proses penuaan akan mengurangi kualitas hidup lansia secara progresif (Supriadi, 2018)

Lanjut Usia (Lansia) adalah seseorang yang telah memasuki usia 60 tahun keatas. Lansia merupakan kelompok pada manusia yang telah masuk ke tahap akhir dari fase kehidupannya. Kelompok yang dikategorikan lansia ini akan terjadi suatu proses yang disebut dengan *Anging Process* atau biasa disebut penuaan (JAWA et al., 2020). Lansia mengalami berbagai perubahan baik secara fisik, mental maupun sosial. Perubahan yang bersifat fisik contohnya yaitu penurunan kekuatan fisik, stamina dan penampilan. Hal ini dapat menyebabkan beberapa orang menjadi depresi atau merasa tidak senang saat memasuki masa tua. Mereka menjadi tidak efektif dalam pekerjaan dan peran sosial yang biasa mereka lakukan, hal ini dikarenakan mereka hanya mengandalkan energi yang tersisa di masa dewasa akhir (masa tua) mereka saja (Hidayat, A.A & Uliyah, 2014).

Oleh karena kemunduran fisik dan mental itulah seorang lansia akan mengalami hambatan untuk melakukan aktivitas hariannya, serta dapat mengakibatkan ketidakmampuan dalam melaksanakan peranan hidup secara normal. Hal ini dikarenakan terjadinya penurunan fungsi alat tubuh yang dapat membatasi gerak lanjut usia sehingga sering menimbulkan keluhan yang sangat mengganggu yang pada akhirnya menurunkan produktivitas lansia (Raveena, 2017). Seiring dengan bertambahnya usia, jaringan dan organ mengalami penurunan yang menyebabkan mudahnya lansia terserang penyakit. Penurunan

kemampuan fisik lansia mengakibatkan tingkat ketergantungan lansia semakin tinggi dalam pemenuhan kebutuhan dasar harian (Manafe & Berhimpon, 2022).

Komposisi penduduk lansia bertambah dengan pesat baik di negara maju maupun negara berkembang. Hal ini disebabkan oleh penurunan angka *mortalitas* (kematian), serta peningkatan angka harapan hidup (*life expectancy*), yang mengubah struktur penduduk secara keseluruhan. Saat ini, di seluruh dunia jumlah lansia diperkirakan ada 500 juta jiwa dengan usia rata-rata 60 tahun ke atas. *World Health Organization* (WHO) memperkirakan tahun 2025 jumlah lansia di seluruh dunia akan mencapai 1,2 miliar orang yang akan terus bertambah hingga 2 miliar orang di tahun 2050. WHO juga memperkirakan 75% populasi lansia di dunia pada tahun 2025 berada di negara berkembang (Friska et al., 2020).

Sementara menurut WHO, di kawasan Asia Tenggara populasi lansia sebesar 8% atau sekitar 142 juta jiwa. Pada tahun 2050 diperkirakan populasi lansia meningkat 3 kali lipat dari tahun 2013. Pada tahun 2000 jumlah Lansia sekitar 5.300.000 (7,4%) dari total populasi, sedangkan pada tahun 2010 jumlah Lansia 24.000.000 (9,77%) dari total populasi, dan tahun 2020 diperkirakan jumlah lansia mencapai 28.800.000 (11,34%) dari total populasi (Chairil & Rambe, 2022).

Sedangkan menurut pendapat Friska pada tahun 2020, Asia dan Indonesia dari tahun 2015 sudah memasuki era penduduk menua (*ageing population*) karena jumlah penduduknya yang berusia 60 tahun ke atas (penduduk lansia) melebihi angka 7%. Jumlah lansia di Indonesia mencapai 23,66 juta jiwa penduduk lansia di Indonesia (9,03%). Diprediksi jumlah penduduk lansia tahun 2020 (27,08 juta), tahun 2025 (33,69 juta), tahun 2030 (40,95 juta) dan tahun 2035 (48,19 juta) (Friska et al., 2020).

Dari banyaknya pendapat terkait jumlah lansia diatas, dalam penelitian Aria tahun 2019 mengatakan bahwa sebanyak 80% lansia telah mengalami ketergantungan dalam beraktivitas (keterbatasan gerak)

sebagai akibat adanya penurunan fungsi sel. Oleh karena itu dibutuhkan penanganan dan pemeriksaan secara dini sehingga dapat dilakukan pencegahan dan promosi kesehatan pada lansia. Dan juga kemampuan pada lansia harus diidentifikasi, yaitu apakah lansia dapat beraktivitas dengan mandiri dan seberapa besar kemampuan yang masih dimiliki (Aria, R., Ikhsan, I., & Nurlaily, 2019).

Besarnya jumlah penduduk lansia di Indonesia di masa mendatang membawa dampak positif maupun negatif. Berdampak positif ketika penduduk lansia berada dalam keadaan sehat, aktif dan produktif. Sedangkan dikatakan berdampak negatif ketika besarnya jumlah penduduk lansia menjadi beban akibat lansia memiliki masalah penurunan kesehatan yang menyebabkan peningkatan disabilitas, tidak adanya dukungan sosial dan lingkungan yang tidak ramah terhadap penduduk lansia (Prabasari et al., 2017).

Indonesia termasuk negara yang sedang mengalami penuaan penduduk, dengan semakin meningkatnya jumlah penduduk usia 60 tahun atau lebih. Proporsi lansia meningkat dua kali lipat pada kurun waktu 1971-2019, dari 4,5% menjadi 9,6%. Menurut Survei Sosial Ekonomi Nasional (Susenas) tahun 2019, sebanyak 25,6 juta lanjut usia, terdiri dari 52,4% perempuan dan 47,6% laki-laki. Diproyeksikan penduduk lansia akan mencapai 63,3 juta (19,8%) pada tahun 2045 (Heri & Cicih, 2022).

Berdasarkan Profil Badan Pusat Statistik (BPS) pada tahun 2016 mengatakan bahwa jumlah lansia diperkirakan akan meningkat hingga 27,1 juta jiwa pada tahun 2020, sedangkan pada tahun 2025 menjadi 33,7 juta jiwa dan pada tahun 2035 yaitu 48,2 juta jiwa. Sementara itu, Profil Direktorat Jenderal Kependudukan dan Pencatatan Sipil (Dukcapil) menjelaskan bahwa penduduk Indonesia yang berusia 60 tahun ke atas atau lansia berjumlah 30,16 juta jiwa pada tahun 2021, sementara Sumatera Barat tercatat berada dalam urutan ke 10 dengan jumlah lansia 674 ribu jiwa (6,74%) dari 34 provinsi di Indonesia.

Ditambah lagi populasi lansia di Indonesia memiliki angka yang cukup tinggi dan merupakan suatu fenomena alamiah sebagai akibat dari proses penuaan, serta terjadinya masa tua dalam kehidupan manusia menciptakan keterbatasan di dalam hidupnya karena adanya proses penuaan disertai berbagai penurunan dan perubahan baik secara fisik, mental, ekonomi, sosial, psikologis maupun spiritual. Pada lansia kebahagiaan serta kesuksesan merupakan dambaan di setiap individu yang memasuki masa tua (JAWA et al., 2020).

Jadi, peningkatan jumlah lansia di Indonesia di masa depan memberikan dampak positif bila penduduk lansia berada dalam keadaan sehat, aktif dan produktif, namun jika lansia memiliki masalah penurunan kesehatan akan berakibat pada peningkatan biaya pelayanan kesehatan, penurunan pendapatan, peningkatan disabilitas, tidak adanya dukungan sosial dan lingkungan yang tidak ramah terhadap penduduk lansia (Widyastuti & Ayu, 2019). Semakin menuanya seseorang maka kemampuan fisiknya akan semakin menurun, sehingga dapat mengakibatkan kemunduran pada peran-peran sosialnya. Hal ini mengakibatkan pula timbulnya gangguan dalam hal mencukupi kebutuhan hidupnya, sehingga dapat meningkatkan ketergantungan yang memerlukan bantuan orang lain. Apabila ketergantungan tidak segera diatasi, maka akan menimbulkan beberapa akibat seperti menurunnya kemampuan dalam pemenuhan *Activity Daily Living* (ADL).

ADL (*Activity Daily Living*) adalah kegiatan melakukan pekerjaan rutin sehari-hari dan merupakan aktivitas pokok bagi perawatan diri. ADL merupakan salah satu alat ukur untuk menilai kapasitas fungsional seseorang dengan menanyakan aktivitas kehidupan sehari-hari, untuk mengetahui lansia yang membutuhkan pertolongan orang lain dalam melakukan aktivitas kehidupan sehari-hari atau dapat melakukannya secara mandiri. Menghasilkan informasi yang berguna untuk mengetahui ada atau tidaknya kerapuhan pada lanjut usia yang membutuhkan perawatan. Apabila masalah ADL tidak segera teratasi, maka kita tidak akan tahu kerapuhan seperti apa yang dialami lansia dimasa tuanya dan

kita juga tidak bisa mempersikan bantuan keperawatan sesuai kemampuannya.

Lansia disebut juga sebagai suatu individu yang menghendaki kemandirian dalam mempertahankan hidup, kesehatan dan kesejahteraan. Kemandirian pada lanjut usia tergantung pada kemampuan status fungsionalnya dalam melakukan aktivitas sehari-hari. Kemandirian merupakan sikap individu yang diperoleh secara komulatif dalam perkembangan dimana individu akan terus belajar untuk bersikap mandiri dalam menghadapi berbagai situasi di lingkungan, sehingga individu mampu berfikir dan bertindak sendiri. Kemampuan pada lansia harus diidentifikasi, yaitu apakah lansia masih dapat beraktivitas dengan mandiri dan seberapa besar kemampuan yang masih dimiliki. Kemampuan fungsional ini harus dipertahankan semandiri mungkin dan harus diperhatikan dalam melakukan kegiatan sehari-hari, sehingga perlu dilakukan pengkajian kemampuan fungsional untuk melihat kemampuan lansia dalam melakukan perawatan diri mereka sendiri yang dimulai dari aktivitas kehidupan harian. Pengkajian tingkat kemandirian lansia dalam melakukan aktivitas sehari-hari atau ADL penting untuk mengetahui tingkat ketergantungan lansia dalam rangka menetapkan level bantuan bagi lansia dan perencanaan perawatan jangka panjang (Purba et al., 2022).

Pada tahun 2018, Chen melakukan penelitian tentang proporsi lansia di Jepang dan mendeskripsikan lebih dari 27% lansia di Jepang akan menunjukkan keterbatasan dalam melakukan kegiatan sehari-hari dan fungsi sosial. Mayoritas peningkatan ketergantungan muncul dari penuaan pada populasi di Jepang. Usia keseluruhan rata-rata adalah 76 tahun, dan proporsi perempuan adalah 61,1%. Diantara mereka yang mengalami ketergantungan, proporsi subjek dengan ringan, sedang, dan total adalah 25,4%; 49,8%; dan 24,8% (Chen et al., 2018).

Sementara itu, penelitian yang dilakukan oleh Rohaedi yaitu tahun 2017, mendeskripsikan tentang tingkat kemandirian lansia dalam melakukan ADL di Panti Sosial Tresna Werdha Senja Rawi. Dalam penelitiannya didapatkan gambaran tingkat kemandirian lansia (60-69 tahun) dalam memenuhi ADL menunjukkan bahwa sebagian besar lansia sebanyak 15 orang (72%) termasuk dalam ketergantungan sebagian, 3 orang (14%) termasuk mandiri dan 3 orang (14%) termasuk dalam ketergantungan total (Rohaedi. Slamet., 2017).

Pada saat peneliti melakukan praktek lapangan mata ajar Keperawatan Gerontik di Panti Sosial Tresna Werdha Sabai Nan Aluih Sicincin pada November 2022 kemarin, didapatkan jumlah lansia yaitu 86 lansia di panti. Terdapat sekitar 32% lansia memiliki masalah dalam pemenuhan kebutuhan ADL seperti mandi, toileting, berhias, makan, dan berpindah tempat. Masalah tersebut ada di beberapa wisma di panti tersebut dan minimal terdapat satu lansia dengan masalah pemenuhan ADL. Jadi disini peneliti melakukan penelitian pada lansia dengan ketergantungan ADL yang bertujuan untuk mengukur tingkat kemampuan lansia dalam melakukan aktivitas ADL, sehingga dapat memberikan asuhan keperawatan yang tepat, seperti peningkatan kebutuhan gizi pada lansia untuk bisa menghasilkan energi yang cukup, menuntun lansia untuk bisa melakukan kegiatan secara mandiri sesuai kemampuan yang dimiliki.

Pada saat peneliti melakukan survei awal di Panti Sosial Tresna Werdha Sabai Nan Aluih Sicincin pada tanggal 7 Desember 2022 didapatkan kapasitas jumlah lansia yang dapat ditampung di panti yaitu 110 lansia. Tapi setelah dilakukan survei awal didapatkan ada 80 lansia di Panti Sosial Tresna Werdha Sabai Nan Aluih Sicincin. Berdasarkan survei awal masalah ADL lansia terbanyak ada di wisma Pantai Cermin dan Gunung Tigo, karena hampir semua lansia di wima tersebut mengalami masalah ADL minimal dua masalah ADL. Peneliti mengelompokkan lansia berdasarkan berapa masalah ADL yang lansia alami, hasil survei data didapatkan ada 14 lansia yang memiliki satu masalah ADL, ada 6 lansia yang memiliki dua masalah ADL, ada 4 lansia yang memiliki tiga

masalah ADL, ada 1 lansia yang memiliki empat masalah ADL, dan ada 3 lansia yang memiliki lima masalah ADL. Ketika lansia mengalami masalah susah berjalan, mandi, makan, dan berpindah duduk biasanya untuk melakukan kegiatan tersebut sebagian besar dibantu oleh teman sesama lansia dan sesekali dibantu oleh pengasuh panti. Saat pergi keluar ada lansia menggunakan kursi roda sebagai walker dan ada juga lansia yang menggunakan tongkat. Untuk lansia dalam penelitian ini, peneliti menyiapkan satu lansia utama dengan 4 masalah ADL (Mandi, Toileting, Berhias, Berpindah Tempat) dan satu lansia cadangan dengan 3 masalah ADL yang teknik pengambilan lansia tersebut dengan teknik *simple random sampling*.

Berdasarkan uraian diatas peneliti melakukan asuhan keperawatan pada lansia dengan gangguan *Activity Daily Living* (ADL) di Panti Sosial Tresna Werdha Sabai Nan Aluih Sicincin tahun 2023.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian diatas maka permasalahan dalam penelitian adalah “Bagaimanakah Asuhan Keperawatan pada Lansia dengan Gangguan *Activity Daily Living* (ADL) di Panti Sosial Tresna Werdha Sabai Nan Aluih Sicincin Tahun 2023”.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Mampu mendeskripsikan asuhan keperawatan pada lansia dengan gangguan *Activity Daily Living* (ADL) sesuai dengan batas kemampuan lansia di Panti Sosial Tresna Werdha Sabai Nan Aluih Sicincin Tahun 2023.

2. Tujuan Khusus

a) Mampu mendeskripsikan pengkajian tingkat kemampuan melalui pemberian asuhan keperawatan pada lansia dengan Gangguan

ADL (*Activity Daily Living*) di Panti Sosial Tresna Werdha Sabai Nan Aluih Sicincin,

- b) Mampu mendeskripsikan diagnosa keperawatan pada lansia dengan Gangguan ADL (*Activity Daily Living*) di Panti Sosial Tresna Werdha Sabai Nan Aluih Sicincin,
- c) Mampu mendeskripsikan perencanaan keperawatan pada lansia dengan Gangguan ADL (*Activity Daily Living*) di Panti Sosial Tresna Werdha Sabai Nan Aluih Sicincin,
- d) Mampu mendeskripsikan implementasi keperawatan pada lansia dengan Gangguan ADL (*Activity Daily Living*) di Panti Sosial Tresna Werdha Sabai Nan Aluih Sicincin,
- e) Mampu mendeskripsikan evaluasi keperawatan pada lansia dengan Gangguan ADL (*Activity Daily Living*) di Panti Sosial Tresna Werdha Sabai Nan Aluih Sicincin,
- f) Mampu mendokumentasikan asuhan keperawatan pada lansia dengan Gangguan ADL (*Activity Daily Living*) di Panti Sosial Tresna Werdha Sabai Nan Aluih Sicincin.

D. Manfaat Penelitian

1. Aplikatif

a) Bagi Peneliti

Sebagai pedoman bagi aplikasi dalam ilmu keperawatan serta menambah wawasan ilmu pengetahuan dan juga dapat menambah kemampuan peneliti dalam menerapkan asuhan keperawatan pada lansia dengan ADL (*Activity Daily Living*). Diharapkan juga dapat menjadi pengalaman berharga bagi peneliti dan dapat diterapkan dalam kehidupan sehari-hari yang ditujukan untuk lansia dan keluarga dalam menerapkan asuhan keperawatan tentang ADL (*Activity Daily Living*).

b) Bagi Pendidikan

Diharapkan dapat memberi ilmu pengetahuan dalam penerapan asuhan keperawatan pada lansia dengan Gangguan ADL (*Activity*

Daily Living). Agar dapat meningkatkan pengetahuan pembaca mengenai asuhan keperawatan pada lansia dengan Gangguan ADL (*Activity Daily Living*).

c) Tempat Penelitian

Diharapkan dapat memberikan manfaat dan ilmu pengetahuan bagi pihak Panti Sosial Tresna Werdha Sabai Nan Aluih Sicincin dalam menerapkan asuhan keperawatan dengan ADL (*Activity Daily Living*). Dan diharapkan juga peneliti dapat memahami asuhan keperawatan ini dengan baik.

2. Pengembangan Keilmuan

Diharapkan karya tulis ilmiah ini dapat memberikan sumbangan pikiran dalam menerapkan asuhan keperawatan pada lansia dengan Gangguan ADL (*Activity Daily Living*).

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Lansia

1. Pengertian Lansia

Rentang kehidupan manusia dimulai dari usia kandungan, infancy, bayi, remaja, dewasa dan lansia sampai alam barzah yakni meninggal. Dalam setiap rentang kehidupan manusia ada tugas perkembangan masing-masing yang harus dilalui oleh setiap manusia yang lahir ke dunia. Dalam setiap tugas perkembangan harus berkembang sesuai dengan masa dan usianya dan tidak boleh terlewat. Kalau terlewat akan terjadi *miss development* yang sulit dirubah dan dididik kembali (Jannah et al., 2017).

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

Seseorang dikatakan telah memasuki masa dewasa akhir (lansia) adalah dimana tahap ini terjadi pada usia 60 tahun ke atas. Seseorang akan mengalami proses penuaan, yang ditandai dengan kulit menjadi keriput, massa tubuh berkurang, sampai menurunnya daya tahan fisik. Fungsi kognitif dan psikomotorik lansia juga mengalami kemunduran. Seseorang juga mungkin tidak mudah memahami perkataan seseorang, aktivitas menjadi terbatas, dan

kurang cekatan. Selain itu, lansia cenderung berfokus pada spiritual untuk bersiap menghadapi kematian (Jannah et al., 2017).

Tidak jauh berbeda dari pendapat diatas, Ermawan pada tahun 2019 juga menjelaskan tentang penuaan yaitu proses perubahan alami secara bertahap dan berkelanjutan yang dimulai pada awal masa dewasa, selama usia paruh baya awal, banyak fungsi tubuh mulai menurun secara bertahap, secara tradisional usia 65 tahun telah ditetapkan sebagai awal usia tua, penetapan tersebut alasannya berdasarkan sejarah bukan karena alasan biologi, beberapa tahun yang lalu usia 65 tahun dipilih sebagai usia pensiun, dan terus menjadi usia pensiunan bagi kebanyakan orang di masyarakat maju (Ermawan, 2019).

Sementara itu Friska pada tahun 2020 menjelaskan bahwa lansia merupakan kelompok pada manusia yang telah masuk ke tahap akhir dari fase kehidupannya. Kelompok yang dikategorikan lansia ini akan terjadi suatu proses yang disebut dengan *Aging Process* atau biasa disebut dengan penuaan. Di Indonesia, populasi penduduk saat ini sedang berada di era *aging population* dimana jumlah penduduk yang sudah lebih dari 60 tahun itu melebihi 7 persen dari total penduduk. Dan di Indonesia di perkirakan akan terjadi pertumbuhan penduduk lansia yang sangat pesat, hal ini sebagai akibat dari terjadinya suatu transisi demografi dimana saat ini Negara Indonesia itu sudah berada pada tahapan angka kematian yang rendah (Friska et al., 2020).

2. Batasan Usia Lansia

Sunaryo pada tahun 2016 menjelaskan batasan-batasan umur lansia sebagai berikut : a) Menurut UU No. 13 Tahun 1998 dalam Bab 1 Pasal 1 Ayat 2 yang berbunyi “lanjut usia adalah seseorang yang telah mencapai usia 60 tahun keatas”; b) Menurut *World Health Organization* (WHO) usia lanjut dibagi menjadi : Usia pertengahan (*Middle Age*) ialah 45-59 tahun, Lanjut usia (*Elderly*) ialah 60-74

tahun, Lanjut usia tua (*Old*) ialah 75-90 tahun, Usia Sangat Tua (*Very Old*) ialah > 90 tahun; c) Menurut Masdani terdapat empat fase yaitu : Fase *inventus* ialah 25-40 tahun, Fase *virilities* ialah 40-55 tahun, Fase *presenium* ialah 55-65 tahun, Fase *senium* ialah 65 sampai menutup usia; d) Menurut Koesoemato Setyonegoro, masa lanjut usia (*geriatric age*) > 65 tahun atau 70 tahun, masa ini dibagi menjadi 3 batasan umur : *Young old* (70-75 tahun), *Old* (75-80 tahun), *Verv old* (>80 tahun) (Sunaryo, 2016).

Tidak jauh berbeda dari pendapat Sunaryo diatas, Departemen Kesehatan RI juga menjelaskan batasan usia lansia pada tahun 2012 mengelompokkan batasan usia lansia menjadi : a) Virilitas (prasenium) yaitu masa persiapan usia lanjut yang menampakkan kematangan jiwa (Usia 55 – 59 tahun); b) Usia Lanjut Dini (senescen) yaitu kelompok yang mulai memasuki masa usia lanjut dini (Usia 60 – 64 tahun); c) Lansia Berisiko Tinggi yaitu bagi lansia yang menderita berbagai penyakit degeneratif (Usia >65 tahun) (Depkes, 2012)

Kementerian Kesehatan RI pada tahun 2015 menjelaskan bahwa lanjut usia dikelompokkan menjadi usia lanjut(60-69 tahun) dan usia lanjut dengan risiko tinggi (lebih dari 70 tahun atau lebih dengan masalah kesehatan) (Kholifah, 2016).

3. Ciri-Ciri Lansia

Disetiap proses kehidupan setiap orang akan melewati perubahan-perubahan yaitu pada fisik dan mental terlebih khusus kebiasaan atau keterampilan yang sebelumnya dimiliki. Beberapa pergantian fisik yang akan dimiliki pada masa lansia yaitu terjadi kerutan di wajah, daya tahan tubuh yang mulai menurun, terjadi kemunduran penglihatan dan pendengaran dan yang paling terlihat yaitu rambut yang mulai memutih (Raveena, 2017).

Menurut Kholifah pada tahun 2016, ciri-ciri lansia yaitu sebagai berikut : a. Periode Kemunduran, kemunduran pada lansia sebagian datang dari faktor fisik dan faktor psikologis, peran psikologis seperti motivasi memiliki peran yang penting dalam kemunduran pada lansia, misalnya lansia yang memiliki motivasi yang rendah dalam melakukan kegiatan, maka akan mempercepat proses kemunduran fisik, akan tetapi ada juga lansia yang memiliki motivasi yang tinggi, maka kemunduran fisik pada lansia akan lebih lama terjadi; b. Status Kelompok Minoritas, kondisi ini sebagai akibat dari sikap sosial yang tidak menyenangkan terhadap lansia dan diperkuat oleh pendapat yang kurang baik, misalnya lansia yang lebih senang mempertahankan pendapatnya maka sikap sosial di masyarakat menjadi negatif, tetapi ada juga lansia yang mempunyai tenggang rasa kepada orang lain sehingga sikap sosial masyarakat menjadi positif; c. Perubahan Peran, perubahan peran tersebut dilakukan karena lansia mulai mengalami kemunduran dalam segala hal, perubahan peran pada lansia sebaiknya dilakukan atas dasar keinginan sendiri bukan atas dasar tekanan dari lingkungan, misalnya lansia menduduki jabatan sosial di masyarakat sebagai ketua RW, sebaiknya masyarakat tidak memberhentikan lansia sebagai ketua RW karena usianya; d. Penyesuaian. Perlakuan yang buruk terhadap lansia membuat mereka cenderung mengembangkan konsep diri yang buruk sehingga dapat memperlihatkan bentuk perilaku yang buruk, akibat dari perlakuan yang buruk itu membuat penyesuaian diri menjadi buruk pula, contohnya lansia yang tinggal bersama keluarga sering tidak dilibatkan untuk mengambil keputusan karena dianggap pola pikir yang kuno, kondisi inilah yang menyebabkan lansia menarik diri dari lingkungan, cepat tersinggung, memiliki harga diri yang rendah (Kholifah, 2016).

Sementara itu dalam penelitian Novia pada tahun 2016, menyebutkan beberapa ciri lansia diantaranya : a. Lansia merupakan periode kemunduran Kemunduran pada lansia sebagian datang dari faktor fisik dan faktor psikologis sehingga motivasi memiliki peran yang penting dalam kemunduran pada lansia, misalnya lansia yang memiliki motivasi yang rendah dalam melakukan kegiatan, maka akan mempercepat proses kemunduran fisik, akan tetapi ada juga lansia yang memiliki motivasi yang tinggi, maka kemunduran fisik pada lansia akan lebih lama terjadi; b. Penyesuaian yang buruk pada lansia perilaku yang buruk terhadap lansia membuat mereka cenderung mengembangkan konsep diri yang buruk sehingga dapat memperlihatkan bentuk perilaku yang buruk, akibat dari perlakuan yang buruk itu membuat penyesuaian diri lansia menjadi buruk pula, contohnya yaitu lansia yang tinggal bersama keluarga sering tidak dilibatkan untuk pengambilan keputusan karena dianggap pola pikirnya kuno, kondisi inilah yang menyebabkan lansia menarik diri dari lingkungan, cepat tersinggung dan bahkan memiliki harga diri yang rendah (Novia, 2016).

Departemen Kesehatan RI tahun 2012 mengklasifikasikan lansia terdiri dari : a. Pra lansia yaitu seorang yang berusia antara 45-59 tahun; b. Lansia ialah seorang yang berusia 60 tahun atau lebih; c. Lansia risiko tinggi ialah seorang yang berusia 60 tahun atau lebih dengan masalah kesehatan; d. Lansia potensial adalah lansia yang masih mampu melakukan pekerjaan dan kegiatan yang dapat menghasilkan barang atau jasa; e. Lansia tidak potensial ialah lansia yang tidak berdaya mencari nafkah sehingga hidupnya bergantung pada bantuan orang lain (Depkes, 2012).

4. Tipe-Tipe Lansia

Dizaman sekarang banyak ditemukan bermacam-macam tipe lanjut usia, yang menonjol diantaranya yaitu : a. Tipe Arif Bijaksana, kaya dengan hikmah, pengalaman, menyesuaikan diri dengan perubahan zaman, mempunyai kesibukan, bersikap ramah, rendah hati, sederhana, dermawan, memenuhi undangan dan menjadi panutan; b. Tipe Mandiri, mengganti kegiatan yang hilang dengan yang baru, selektif dalam mencari pekerjaan, bergaul dengan teman dan memenuhi undangan; c. Tipe Tidak Puas, konflik lahir batin, menentang proses penuaan sehingga menjadi pemarah, tidak sabar, mudah tersinggung, sulit dilayani, pengkritik dan banyak menuntut; d. Tipe Pasrah, menerima dan menunggu nasib baik, mengikuti kegiatan agama dan melakukan pekerjaan apa saja; e. Tipe Bingung, kaget, kehilangan kepribadian, mengasingkan diri, minder, menyesal, pasif dan acuh tak acuh (Prabasari et al., 2017).

Sementara itu Dewi tahun pada 2014 juga menjelaskan pengelompokan lansia yang terdiri dalam beberapa tipe yang bergantung pengalaman hidup, lingkungan, kondisi fisik, mental, sosial dan ekonominya, tipe diantaranya : a. Tipe Optimis, tipe lanjut usia santai dan periang, penyesuaian cukup baik, mereka memandang masa lanjut usia dalam bentuk bebas dari tanggung jawab dan sebagai kesempatan untuk menuruti kebutuhan pasifnya, tipe ini sering disebut juga lanjut usia tipe kursi goyang; b. Tipe Konstruktif, tipe lanjut usia ini mempunyai integritas baik dapat menikmati hidup, mempunyai toleransi yang tinggi, humoristic, fleksibel, dan tahu diri, biasanya sifat ini terlihat sejak muda, mereka dengan tenang menghadapi proses tua dan menghadapi akhir; c. Tipe Ketergantungan, tipe lanjut usia ini masih dapat diterima di tengah masyarakat, tetapi selalu pasif, tidak berambisi, masih tahu diri, tidak mempunyai inisiatif dan bila bertindak tidak praktis, senang pensiun, tidak suka bekerja, dan senang berlibur, banyak makan dan minum; d. Tipe Defensif, lanjut usia biasanya

sebelumnya mempunyai riwayat pekerjaan/jabatan yang tidak stabil, bersifat selalu menolak bantuan, emosi sering tidak terkontrol, memegang teguh kebiasaan, bersifat kompulsif akut, anehnya mereka takut menghadapi menjadi tua dan menyenangi masa pensiun; e. Tipe Militan, lanjut usia yang tidak mudah menyerah, serius, senang berjuang, dan bisa jadi panutan; f. Tipe Pemarah, tipe ini lanjut usia yang pemarah, tidak sabar,, mudah tersinggung, selalu menyalahkan orang lain, menunjukkan penyesuaian yang buruk, lanjut usia ini sering mengekspresikan kepahitan dalam hidupnya; g. Tipe Bermusuhan, tipe ini lanjut usia yang selalu menganggap orang lain yang menyebabkan kegagalan, selalu mengeluh bersifat agresif, dan curiga, biasanya pekerjaan saat ia masih muda tidak stabil dan menganggap masa tua itu bukan hal yang baik, takut mati, iri pada orang lain, senang mengadu untuk pekerjaan; h. Tipe Putus Asa, lanjut usia ini bersikap kritis dan menyalahkan diri sendiri, tidak mempunyai ambisi, mengalami penurunan sosial ekonomi, tidak dapat menyesuaikan diri (Setiati, 2015).

Sedangkan Tipe lanjut usia menurut Supriadi, sebagai berikut: 1. Tipe arif bijaksana Kaya dengan hikmah pengalaman menyesuaikan diridengan perubahan jaman, mempunyai kesibukan, bersikap ramah, rendah hati, sederhana, dermawan, memenuhi, undangan, dan menjadi panutan; 2. Tipe mandiri Mengganti kegiatan-kegiatan yang hilang dengan kegiatan-kegiatan baru, selektif dalam mencari pekerjaan, teman pergaulan, serta memenuhi undangan; 3. Tipe tidak puas Konflik lahir batin menentang proses ketuaan, yang menyebabkan kehilangan kecantikan, kehilangan daya tarik jasmaniah, kehilangan kekuasaan, status, teman yang disayangi, pemarah, tidak sabar, mudah tersinggung, menuntut, sulit dilayani, dan pengritik; 4. Tipe pasrah Menerima dan menunggu nasib baik, mempunyai konsep habis gelap terbitlah terang, mengikuti kegiatan beribadah, ringan

kaki, pekerjaan apa saja dilakukan; 5. Tipe bingung Kaget, kehilangan kepribadian, mengasingkan diri, merasa minder, menyesal, pasif, mental, sosial dan ekonominya. Tipe ini antara lain: Tipe optimis, Tipe konstruktif, Tipe ketergantungan, Tipe defensive, Tipe militant dan serius, Tipe marah atau frustrasi (the angry man), Tipe putus asa (benci pada diri sendiri) atau *self heating man* (Supriadi, 2018).

5. Perubahan Pada Lansia

Proses penuaan ditandai dengan perubahan fisiologis yang terlihat dan tidak terlihat. Perubahan fisik yang terlihat seperti kulit yang mulai keriput dan mengendur, rambut yang berubah, gigi yang ompong, serta adanya penumpukan lemak di pinggang dan perut. Perubahan fisik yang tidak terlihat seperti diantaranya perubahan fungsi organ, seperti penglihatan, pendengaran, kepadatan tulang. Untuk itu sangat penting melakukan pengecekan kesehatan secara rutin (Senja Amalia & Prasetyo Tulus, 2019).

Potter dan Perry tahun 2013 mengatakan bahwa, proses menua mengakibatkan terjadinya banyak perubahan pada lansia yang meliputi : a. Perubahan fisiologis Pemahaman kesehatan pada lansia umumnya bergantung pada persepsi pribadi atas kemampuan fungsi tubuhnya, lansia yang memiliki kegiatan harian atau rutin biasanya menganggap dirinya sehat, sedangkan lansia yang memiliki gangguan fisik, emosi, atau sosial yang menghambat kegiatan akan menganggap dirinya sakit, perubahan fisiologis pada lansia beberapa diantaranya, kulit kering, penipisan rambut, penurunan pendengaran, penurunan refleks batuk, pengeluaran lender, penurunan curah jantung dan sebagainya, perubahan tersebut tidak bersifat patologis, tetapi dapat membuat lansia lebih rentan terhadap beberapa penyakit, perubahan tubuh terus menerus terjadi seiring bertambahnya usia dan dipengaruhi kondisi kesehatan, gaya hidup, stressor, dan lingkungan; b. Perubahan

fungsional. Fungsi pada lansia meliputi bidang fisik, psikososial, kognitif, dan sosial, penurunan fungsi yang terjadi pada lansia biasanya berhubungan dengan penyakit dan tingkat keparahannya yang akan memengaruhi kemampuan fungsional dan kesejahteraan seorang lansia, status fungsional lansia merujuk pada kemampuan dan perilaku aman dalam aktivitas harian (ADL). ADL sangat penting untuk menentukan kemandirian lansia. Perubahan yang mendadak dalam ADL merupakan tanda penyakit akut atau perburukan masalah kesehatan; c. Perubahan kognitif Perubahan struktur dan fisiologis otak yang dihubungkan dengan gangguan kognitif (penurunan jumlah sel dan perubahan kadar neurotransmitter) terjadi pada lansia yang mengalami gangguan kognitif maupun tidak mengalami gangguan kognitif, gejala gangguan kognitif seperti disorientasi, kehilangan keterampilan berbahasa dan berhitung, serta penilaian yang buruk bukan merupakan proses penuaan yang normal; d. Perubahan psikososial, selama proses penuaan akan melibatkan proses transisi kehidupan dan kehilangan, semakin panjang usia seseorang, maka akan semakin banyak pula transisi dan kehilangan yang harus dihadapi, transisi hidup, yang mayoritas disusun oleh pengalaman kehilangan, meliputi masa pensiun dan perubahan keadaan finansial, perubahan peran dan hubungan, perubahan kesehatan, kemampuan fungsional dan perubahan jaringan sosial (Potter, P.A., Perry, A.G., Stockert, P.A., Hall, 2013).

Berdasarkan penelitian Ratnawati tahun 2017, perubahan psikososial erat kaitannya dengan keterbatasan produktivitas kerjanya. Oleh karena itu, lansia yang memasuki masa-masa pensiun akan mengalami kehilangan-kehilangan sebagai berikut: a. Kehilangan finansial (pedapatan berkurang); b. Kehilangan status (jabatan/posisi, fasilitas); c. Kehilangan teman/kenalan atau relasi; d. Kehilangan pekerjaan /kegiatan, kehilangan ini erat kaitannya dengan beberapa hal sebagai berikut: 1) Merasakan atau sadar

terhadap kematian, perubahan bahan cara hidup (memasuki rumah perawatan, pergerakan lebih sempit); 2) Kemampuan ekonomi akibat pemberhentian dari jabatan. Biaya hidup meningkat padahal penghasilan yang sulit, biaya pengobatan bertambah; 3) Adanya penyakit kronis dan ketidakmampuan fisik; 4) Timbul kesepian akibat pengasingan dari lingkungan sosial; 5) Adanya gangguan saraf pancaindra, timbul kebutaan dan kesulitan; 6) Gangguan gizi akibat kehilangan jabatan; 7) Rangkaian kehilangan, yaitu kehilangan hubungan dengan teman dan keluarga; 8) Hilangnya kekuatan dan ketegapan fisik (perubahan terhadap gambaran diri, perubahan konsep diri) (Ratnawati, 2017).

Kholifah pada tahun 2016, menjelaskan tentang perubahan-perubahan yang terjadi pada lansia yaitu semakin bertambahnya umur manusia, terjadi proses penuaan secara degeneratif yang akan berdampak pada perubahan-perubahan pada diri manusia, tidak hanya perubahan fisik, tetapi juga kognitif, perasaan, sosial, dan seksual.

a. Perubahan Fisik : 1) Sistem Indra, pada sistem pendengaran yaitu terjadinya gangguan prebiakus karena hilangnya kemampuan daya pendengaran pada telinga dalam, terutama terhadap bunyi suara atau nada-nada yang tinggi, suara yang tidak jelas, sulit dimengerti oleh kata-kata, 50% terjadi pada usia di atas 60 tahun; 2) Sistem Integumen, pada lansia kulit akan mengalami atropi, kendur, tidak elastis, kering, dan berkerut, kulit akan kekurangan cairan sehingga menjadi tipis dan berbercak-bercak, kekeringan kulit disebabkan atropi glandula sebacea dan glandula suoritera, timbul pigmen berwarna coklat pada kulit dikenal dengan liver spot; 3) Sistem Muskuloskeletal, perubahan sistem muskuloskeletal pada lansia yaitu pada jaringan penghubung (koalogen dan elastin), kartilago, tulang, otot, dan sendi, kolagen sebagai pendukung utama kulit, tendon, tulang, kartilago dan jaringan pengikat

mengalami perubahan menjadi bentangan yang tidak teratur, jaringan kartilago pada persendian menjadi lunak dan mengalami granulasi sehingga permukaan sendi menjadi rata, kemampuan kartilago untuk regenerasi berkurang dan degenerasi yang terjadi cenderung kearah progresif, konsekuensinya kartilago pada persendian menjadi rentan terhadap gesekan; 4) Sistem Kardiovaskuler, perubahan pada sitem kardiovaskuler pada lansia adalah massa jantung bertambah, ventrikel kiri mengalami hipertropi sehingga peregangan jantung berkurang, kondisi ini terjadi karena perubahan jaringan ikat, perubahan ini disebabkan oleh penumpukan lipofusin, klasifikasi SA Node dan jaringan konduksi berubah menjadi jaringan ikat; 5) Sistem Respirasi, pada proses penuaan terjadi perubahan jaringan ikat paru, kapasitas total paru tetap tetapi volume cadangan paru bertambah untuk mengkompensasi kenaikan ruang paru, udara yang mengalir ke paru berkurang, perubahan pada otot, kortilago dan sendi torak mengakibatkan gerakan pernafasan terganggu dan kemampuan peregangan toraks berkurang; 6) Pencernaan dan Metabolisme, perubahan yang terjadi pada sistem pencernaan seperti penurunan produksi sebagai kemunduran fungsi yang nyata karena kehilangan gigi, indra pengecap menurun, rasa lapar menurun, liver makin mengecil dan menurunnya tempat penyimpanan, dan berkurangnya aliran darah; 7) Sistem Perkemihan, pada sistem perkemihan terjadi perubahan yang signifikan, banyak yang mengalami kemunduran, contohnya laju filtrasi, eksresi, dan reabsorpsi oleh ginjal; 8) Sistem Saraf, sistem susunan saraf mengalami perubahan anatomi dan atropi yang progresif pada serabut saraf lansia, lansia mengalami penurunan koordinasi dan kemampuan dalam melakukan aktivitas sehari-hari; 9) Sistem Reproduksi, perubahan sistem reproduksi lansia ditandai

dengan menciutnya ovary dan uterus, terjadinya atrofi payudara pada perempuan, pada laki-laki testis masih dapat memproduksi spermatozoa, meskipun adanya penurunan secara berangsur-angsur.

- b. Perubahan Kognitif : Perubahan yang terjadi pada lansia yaitu penurunan daya ingat, kemampuan belajar, penurunan dalam pemecahan masalah, kinerja dan penurunan dalam pengambilan keputusan.
- c. Perubahan Mental : Faktor yang mempengaruhi dalam perubahan mental yaitu perubahan fisik, perubahan pada kesehatan umum, gangguan konsep diri akibat kehilangan jabatan, rangkaian kehilangan yaitu kehilangan hubungan dengan teman, hilangnya ketegapan fisik, perubahan dalam konsep diri.
- d. Perubahan Spiritual : Agama atau kepercayaan makin terintegrasi dalam kehidupannya, lansia semakin matang dalam kehidupan keagamaan. Hal ini terlihat dalam berfikir dan bertindak sehari-hari.
- e. Perubahan Psikososial : Terjadi pada saat pasangan hidup atau teman dekat meninggal terutama jika lansia mengalami penurunan kesehatan, seperti menderita penyakit fisik berat, gangguan mobilitas atau gangguan sensorik terutama pendengaran : 1) Duka Cita, meninggalnya pasangan hidup, teman dekat, dapat meruntuhkan pertahanan jiwa yang telah rapuh pada lansia, hal ini memicu terjadinya gangguan fisik dan kesehatan; 2) Depresi, duka cita yang berlanjut akan menimbulkan perasaan kosong, lalu diikuti dengan keinginan untuk menangis yang berlanjut menjadi suatu episode depresi; 3) Gangguan Cemas, dibagi dalam beberapa golongan seperti fobia, panik, gangguan cemas, gangguan stress setelah trauma dan gangguan obsesif kompulsif, gangguan tersebut merupakan kelanjutan dari dewasa muda dan berhubungan dengan

sekunder akibat penyakit medis, depresi dan efek samping obat; 4) *Parafrenia*, merupakan suatu bentuk *skizofrenia* pada lansia ditandai dengan waham curiga seperti lansia yang sering merasa tetangganya mencuri barang-barangnya dan berniat untuk membunuhnya; 5) Sindroma Diogenes, suatu kelainan di masa lansia menunjukkan penampilan perilaku sangat mengganggu, rumah atau kamar kotor dan bau karena lansia bermain-main dengan feses dan urin, barang sering menumpuk tidak teratur, walaupun sudah dibersihkan keadaan akan tetap kembali ke keadaan semula (Kholifah, 2016).

6. Permasalahan Pada Lansia

Banyak orang merasa khawatir dan takut menghadapi kehidupan di masa tua. Kekhawatiran tersebut menjadi suatu permasalahan bagi lansia yang kadangkala muncul karena ketegangan emosional yang meningkat di usia lanjut seiring dengan perubahan-perubahan yang terjadi pada usia sebagai ciri-ciri seseorang telah memasuki masa usia lanjut sebagaimana yang telah dijelaskan sebelumnya. Permasalahan-permasalahan pada lansia dipandang sebagai akibat dari perubahan-perubahan yang dialaminya yang menyertai proses penuaan dan reaksi terhadap perubahan tersebut juga beragam tergantung kepada kepribadian individu yang bersangkutan. Kadangkala sebagian lansia dapat menyesuaikan diri dengan perubahan tersebut dan mencoba untuk bersosialisasi, tetapi di lain pihak banyak lansia yang mengatasi masalahnya dengan sangat buruk karena mereka merasa tidak mampu dan belum siap menghadapi datangnya masa usia lanjut.

Kecenderungan emosional yang meningkat pada lansia menjadikan perubahan tersebut sebagai suatu permasalahan, sehingga mengakibatkan munculnya gangguan kesehatan jiwa yang meliputi rasa kecemasan, rasa takut dalam menghadapinya. Secara umum, ada beberapa bentuk permasalahan yang ada pada masa tua, yaitu

sebagai berikut: 1. Permasalahan pekerjaan, sesuai dengan tugas perkembangan dari generasi ke generasi, sehingga pekerjaan yang menuntut aktivitas fisik dan mental banyak didominasi oleh kaum muda karena lansia cenderung lebih lamban dalam melakukan tugas-tugas yang menuntut mempelajari hal-hal baru, akibatnya lansia merasa kurang dihargai dan tidak dibutuhkan dalam pekerjaan; 2. Permasalahan minat, perubahan minat pada lansia jelas mempengaruhi penyesuaian di lingkungan sosial karena dengan menurunnya kemampuan fisik, mental dan sosial menjadikan lansia lebih cepat merasa apatis dan bosan dalam mencoba hal-hal yang baru; 3. Isolasi dan kesepian, perubahan pada lansia membuat mereka merasa terisolasi dari lingkungan sosial, semakin menurunnya kualitas intelektual menjadikan lansia sulit menyesuaikan diri dengan cara-cara berpikir dan gaya-gaya baru dari generasi yang lebih muda, begitu juga sebaliknya, renggangnya ikatan kekeluargaan dan ketidakacuhan keluarga terhadap lansia, membuat mereka terpaksa hidup menyepi di lembaga-lembaga penampungan kaum lansia; 4. Disinhibisi, semakin bertambahnya usia seseorang semakin kurang pula kemampuan mereka dalam mengendalikan perasaan dan kurang dapat mengekang diri dalam berbuat, sehingga hal-hal kecil yang seharusnya tidak perlu dipermasalahkan menjadi dipermasalahkan, tetapi bagi lansia dapat membangkitkan luapan emosi dan mungkin mereka bereaksi dengan ledakan kemarahan; 5. Perubahan suasana hati, perubahan-perubahan fisiologis dalam otak dan sistem syaraf yang terjadi pada lansia adalah salah satu penyebab timbulnya perubahan suasana hati dan perubahan pada beberapa aspek perilaku lansia, hal ini terlihat pada perilaku yang bereaksi secara tiba-tiba dan tampak tidak beralasan, seperti ingin marah-marah, ingin menyendiri, dan lainnya, keadaan seperti itu mungkin merupakan bagian yang sudah sewajarnya dalam proses masa tua, tetapi kebanyakan penyebab dari semua itu adalah kurangnya

perhatian orang-orang terhadap lansia; 6. Peranan iman, menurunnya kemampuan fisik dan mental pada lansia memungkinkan mereka untuk tidak membenci dan merasa takut memandang hari akhir, karena usia lanjut memang merupakan masa dimana kesadaran beragama harus ditingkatkan, tetapi tidak semua lansia merasa tentram dalam menghadapi dan menyongsong akhir kehidupan mereka di dunia, karena permasalahan ini muncul apabila lemahnya keimanan seseorang dalam menghadapinya sehingga menimbulkan rasa takut dan cemas dalam menghadapi kematian yang akan lebih meningkat pada usia lanjut (Supriadi, 2018).

Lansia rentan terhadap berbagai masalah kehidupan. Masalah umum yang dihadapi oleh lansia diantaranya: a. Masalah ekonomi Usia lanjut ditandai dengan penurunan produktivitas kerja, memasuki masa pensiun atau berhentinya pekerjaan utama, disisi lain, usia lanjut dihadapkan pada berbagai kebutuhan yang semakin meningkat seperti kebutuhan akan makanan yang bergizi seimbang, pemeriksaan kesehatan secara rutin, kebutuhan sosial dan rekreasi, lansia yang memiliki pensiun kondisi ekonominya lebih baik karena memiliki penghasilan tetap setiap bulannya, lansia yang tidak memiliki pensiun, akan membawa kelompok lansia pada kondisi tergantung atau menjadi tanggungan anggota keluarga (Suardiman, P, 2011); b. Masalah sosial Memasuki masa lanjut usia ditandai dengan berkurangnya kontak sosial, baik dengan anggota keluarga atau dengan masyarakat, kurangnya kontak sosial dapat menimbulkan perasaan kesepian, terkadang muncul perilaku regresi seperti mudah menangis, mengurung diri, serta merengek-rengok jika bertemu dengan orang lain sehingga perilakunya kembali seperti anak kecil (Kuntjoro, 2014); c. Masalah kesehatan Peningkatan usia lanjut akan diikuti dengan meningkatnya masalah kesehatan lansia yang ditandai dengan penurunan fungsi fisik dan rentan terhadap penyakit (Suardiman, P,

2011); d. Masalah psikososial adalah hal-hal yang dapat menimbulkan gangguan keseimbangan sehingga membawa lansia kearah kerusakan atau kemerosotan yang progresif terutama aspek psikologis yang mendadak, misalnya, bingung, panik, depresif, dan apatis, hal itu biasanya bersumber dari munculnya stressor psikososial yang paling berat seperti, kematian pasangan hidup, kematian sanak saudara dekat, atau trauma psikis (Kartinah & Agus, 2014).

7. Kemandirian Pada Lansia

Tingkat kemandirian tertinggi merupakan keadaan dimana lansia memiliki kesehatan fisik yang prima, dari segi finansial memadai atau mencukupi dan memenuhi segala macam kebutuhannya. Faktor kondisi fisik dan fungsi kognitif merupakan bagian dari faktor kemandirian. Pengetahuan atau kognitif dan kesehatan fisik diperlukan dalam memenuhi kebutuhan lansia dan dapat mempengaruhi perilaku lansia dalam kemandirian dalam memenuhi aktivitas sehari-hari. Kemandirian bagi lansia memberikan rasa kebanggaan dan kehormatan karena tidak menjadi beban bagi orang lain, selain itu kemandirian juga mampu mempertahankan harga diri lansia yang dapat meningkatkan kebahagiaan dan kepuasan dalam dirinya (Novia, 2016). Kemandirian lansia dalam ADL didefinisikan sebagai kemandirian seseorang dalam melakukan aktivitas dan fungsi kehidupan harian yang dilakukan oleh manusia secara rutin dan universal. Kemandirian berarti tanpa pengawasan, pengarahan atau bantuan pribadi yang masih aktif. Seorang lansia yang menolak untuk melakukan fungsi dianggap sebagai tidak melakukan fungsi, meskipun dianggap mampu. Ketergantungan lansia terjadi ketika mereka mengalami penurunan fungsi luhur atau pikun dan mengidap berbagai penyakit. Ketergantungan lanjut usia yang tinggal di perkotaan akan dibebankan kepada anak, terutama anak perempuan. Anak perempuan umumnya sangat di harapkan untuk dapat membantu

atau merawat mereka ketika orangtua sudah lanjut usia. Anak perempuan sesuai dengan citra dirinya yang memiliki sikap kelembutan, ketelatenan dan tidak adanya unsur “sungkan” untuk minta dilayani. Tekanan terjadi apabila lanjut usia tidak memiliki anak atau anak pergi merantau ke kota. Mereka mengharapkan bantuan dari kerabat dekat, kerabat jauh, dan kemudian yang terakhir adalah panti werdha. Lanjut usia yang memiliki tingkat kemandirian tertinggi adalah pasangan lanjut usia yang secara fisik kesehatannya prima. Dilihat dari aspek sosial ekonomi dapat dikatakan cukup memadai dalam memenuhi segala macam kebutuhan hidup, baik lanjut usia yang memiliki anak maupun yang tidak memiliki anak.

Tingginya tingkat kemandirian mereka diantaranya karena orang lanjut usia telah terbiasa menyelesaikan pekerjaan di rumah tangga yang berkaitan dengan pemenuhan hayat hidupnya. Kemandirian lanjut usia dapat dilihat dari kualitas kesehatan mental (Rohaedi. Slamet., 2016).

Untuk menilai status kemandirian pada lansia diperlukan tabel penilaian sebagai berikut :

Tabel 2.1
Pengkajian Status Kemandirian

No.	Aktivitas	Mandiri (1)	Bergantung (0)
1	Mandi dikamar mandi (menggosok, membersihkan, dan mengeringkan badan)		
2	Menyiapkan pakaian, membuka dan menggunakannya.		
3	Memakan makanan yang telah disiapkan.		
4	Memelihara kebersihan diri untuk penampilan diri (menyisir rambut, mencuci rambut, menggosok gigi ,mencukur kumis).		
5	Buang air besar di WC (membersihkan dan mengeringkan daerah bokong)		

6	Dapat mengontrol pengeluaran feses (tinja).		
7	Buang air kecil di kamar mandi (membersihkan dan mengeringkan daerah kemaluan).		
8	Dapat mengontrol pengeluaran air kemih.		
9	Berjalan di lingkungan tempat tinggal atau keluar ruangan tanpa alat bantu, seperti tongkat.		
10	Menjalankan agama sesuai kepercayaan yang dianut.		
11	Melakukan pekerjaan rumah, seperti : merapikan tempat tidur, mencuci pakaian ,memasak, dan membersihkan ruangan.		
12	Berbelanja untuk kebutuhan sendiri atau kebutuhan keluarga.		
13	Mengelola keuangan (menyimpan dan menggunakan uang sendiri).		
14	Menggunakan transportasi umum untuk bepergian.		
15	Menyiapkan obat dan minum obat sesuai aturan (takaran obat dan waktu minum obat yang tepat).		
16	Merencanakan dan mengambil keputusan untuk kepentingan keluarga dalam hal penggunaan uang, aktivitas sosial yang dilakukan dan kebutuhan akan pelayanan kesehatan.		
17	Melakukan aktivitas di waktu luang (kegiatan keagamaan, sosial, rekreasi, olahraga, dan menyalurkan hobi).		
	<i>JUMLAH POIN MANDIRI</i>		

Analisis hasil :

- 17 : Mandiri
- 13-16 : Ketergantungan Ringan
- 9-12 : Ketergantungan Sedang
- 5-8 : Ketergantungan Berat
- 0-4 : Ketergantungan

B. Konsep ADL (*Activity Of Daily Living*) Pada Lansia

1. Pengertian Activity Daily Living (ADL)

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

Tidak jauh berbeda dari pendapat diatas, Setiati juga mengungkapkan tentang ADL, yaitu kegiatan yang rutin dilakukan dalam kehidupan sehari – hari). Berbagai kemunduran fisik mengakibatkan kemunduran gerak fungsional baik kemampuan mobilitas maupun perawatan diri. Kemunduran fungsi mobilitas meliputi penurunan kemampuan mobilitas di tempat tidur, berpindah, jalan / ambulasi, dan mobilitas dengan alat adaptasi. Kemunduran kemampuan perawatan diri meliputi penurunan kemampuan aktivitas makan, mandi, berpakaian, defekasi dan berkemih, merawat rambut, gigi, serta kumis dan kuku (Setiati, 2015).

Umumnya ketika seseorang memasuki masa usia lanjut, sering mempunyai gambaran yang serba buruk tentang proses penuaan. Misalnya, kondisi kesehatan yang memburuk, sering sakit-sakitan, tidak berdaya, dan pikun. Banyak orang beranggapan bahwa penyakit yang muncul pada lansia adalah hal yang biasa. Anggapan ini tidak sepenuhnya benar karena kelompok lansia juga bisa dan mempunyai kesempatan dan hak untuk tetap hidup sehat. Hal ini diakibatkan tidak adanya upaya meminimalisasi proses penuaan

dan degeneratif melalui berbagai aktivitas fisik dan kontrol kesehatan yang rutin. Olahraga dapat memperbaiki komposisi tubuh, seperti lemak tubuh, kesehatan tulang, massa otot, serta meningkatkan daya tahan, dan kekuatan otot, serta fleksibilitas. Dengan berolahraga, lansia lebih sehat, bugar, dan resiko jatuh berkurang. Olahraga dikatakan juga dapat mengurangi resiko penyakit diabetes mellitus, hipertensi, dan penyakit jantung. Secara umum dikatakan bahwa olahraga pada lansia dapat menunjang kesehatan, yaitu dengan meningkatkan nafsu makan, membuat kualitas tidur lebih baik, dan mengurangi kebutuhan terhadap obat-obatan. Selain itu olahraga atau aktivitas fisik bermanfaat secara fisiologis, psikologis atau sosial. Aktivitas fisik yang bermanfaat untuk kesehatan lansia sebaiknya memenuhi kriteria FITT yaitu frequency (frekuensi), intensity (intensitas), type (jenis), dan time (durasi) (Nuraeni et al., 2019).

Sementara dampak dari ketidakterpenuhinya ADL (*Activity of Daily Living*) pada lansia adalah lansia akan tampak tidak terawat dan tampak kotor jika kebutuhan ADL nya tidak terpenuhi. Lansia yang memiliki masalah ketidakterpenuhi ADL akan lebih cenderung bergantung dan tidak bisa memenuhi kebutuhan aktivitasnya sehari-hari secara mandiri. Hal ini juga diungkapkan dalam penelitian yang dilakukan Amalia (2019), ia mengatakan bahwa kurangnya kemampuan dalam melakukan ADL adalah akibat dari kurangnya kemampuan realitas yang menyebabkan ketidakpedulian terhadap diri dan lingkungannya (Senja Amalia & Prasetyo Tulus, 2019).

2. Mobilitas dan Imobilitas

a. Mobilitas

1) Pengertian Mobilitas

Mobilitas adalah kemampuan seseorang untuk bergerak secara bebas, mudah, dan teratur. Sehingga dapat beraktivitas untuk memenuhi kebutuhan hidup sehat. Mobilitas dibutuhkan untuk meningkatkan kemandirian diri, meningkatkan kesehatan, memperlambat proses penyakit (terutama penyakit degeneratif), dan untuk auskultasi diri (Hidayat, A.A & Uliyah, 2014).

2) Jenis Mobilitas

1. Mobilitas Penuh, Mobilitas penuh merupakan kemampuan seseorang untuk bergerak secara penuh dan bebas sehingga dapat melakukan interaksi sosial dan menjalankan peran sehari-hari, Mobilitas penuh ini dipengaruhi oleh saraf motorik volunter dan sensorik untuk mengendalikan seluruh area tubuh; 2. Mobilitas Sebagian, Mobilitas sebagian merupakan keadaan ketika gerakan seseorang memiliki batasan yang jelas dan gerakan tersebut tidak dapat dilakukan dengan bebas karena gangguan pada saraf motorik dan sensorik area tubuhnya, Contohnya, pada kasus cedera, patah tulang, Mobilitas sebagian dapat dibagi menjadi 2 jenis yaitu : Mobilitas sebagian temporer, yaitu mobilitas sebagian yang sifatnya sementara dan Mobilitas sebagian permanen, yaitu mobilitas sebagian yang menetap.

3) Faktor Yang Mempengaruhi Mobilitas. Mobilitas seseorang dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu :1. Gaya Hidup dan Kebiasaan yaitu orang yang terbiasa berolahraga akan memiliki mobilitas yang lebih lentur dan lebih kuat daripada orang yang tidak terbiasa berolahraga; 2. Keadaan Sakit dan Cedera yang dapat dipengaruhi oleh fungsi sistem tubuh sehingga mempengaruhi pola mobilitas seseorang, contohnya adalah orang yang keseleo akan sulit berjalan

daripada orang yang sehat, selanjutnya; 3. Tingkat energi yang merupakan sumber utama untuk melakukan mobilitas, untuk dapat melakukan mobilitas karena dibutuhkan energi dalam jumlah adekuat; 4. Usia dan Status Perkembangan yang berbeda disetiap tingkatan dan hal ini berhubungan dengan kematangan dan penurunan fungsi alat gerak yang sejalan dengan perkembangan usia.

b. Imobilitas

1) Pengertian Imobilitas

Imobilitas adalah keadaan ketika seseorang tidak dapat bergerak dengan bebas dalam berbagai hal, misalnya trauma tulang belakang, cedera otot berat, fraktur pada ekstremitas, dan kelainan saraf (Kuntjoro, 2014).

2) Jenis Imobilitas

a) Imobilitas Fisik, merupakan imobilitas yang disebabkan oleh keterbatasan fisik, hal ini dapat disebabkan oleh faktor lingkungan atau kondisi orang tersebut; b) Imobilitas Intelektual, merupakan imobilitas yang disebabkan oleh keterbatasan pengetahuan atau daya pikir, misalnya pada kasus pasien yang menderita kerusakan otak; c) Imobilitas Emosional, merupakan imobilitas yang disebabkan oleh perubahan mendadak dalam menyesuaikan diri, misalnya pada pasien stress karena kehilangan salah satu ekstremitasnya atau kehilangan suatu hal atau seseorang yang dicintainya; d) Imobilitas Sosial, merupakan imobilitas ketika seseorang mengalami hambatan dalam melakukan interaksi sosial sehingga mempengaruhi perannya dalam kehidupan sosial, contoh hambatan itu adalah penyakit yang diderita orang tersebut.

3) Dampak Imobilitas

Imobilitas dapat menyebabkan perubahan baik dalam segi fisik maupun psikologis.

3. Perawatan Sehari-Hari

Perawatan yang diberikan kepada lanjut usia, terutama berhubungan dengan kebersihan perseorangan.

a. Kebersihan Mulut dan Gigi

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

b. Perawatan Gigi untuk Lanjut Usia

Alat : Sikat gigi (oleskan pasta gigi secukupnya di atas sikat gigi), Air bersih dalam gelas untuk berkumur, Baskom plastik berukuran sedang untuk membuang air kumur, Handuk untuk alas dada,

c. Kebersihan Kulit dan Badan

Kulit menerima berbagai rangsangan (stimulasi) dari luar. Kulit merupakan pintu masuk kedalam tubuh, kebersihan kulit mencerminkan kesadaran seseorang terhadap pentingnya arti kebersihan. Kulit manusia berfungsi untuk melindungi bagian tubuh atau jaringan di bawahnya terhadap pukulan, mencegah masuknya kuman penyakit. Mandi berguna untuk menghilangkan bau dan kotoran, serta merangsang peredaran dan memberikan kesegaran pada tubuh (Senja Amalia & Prasetyo Tulus, 2019).

Selama melakukan perawatan kulit ada beberapa hal yang harus diperhatikan, yaitu : Periksa ada atau tidaknya lecet pada kulit, Oleskan minyak pelembab kulit setiap selesai mandi agar kulit tidak terlalu kering, Gunakan air hangat untuk mandi, yang berguna merangsang peredaran darah dan mencegah kedinginan, Gunakan sabun yang halus dan jangan

terlalu sering karena hal ini dapat mempengaruhi keadaan kulit yang sudah kering atau keriput.

d. Perawatan Kulit : Mandi

Memandikan lansia.

Persiapan : Sediakan air hangat kuku dalam dua buah baskom, Sediakan handuk kecil, Sabun mandi dalam tempat, bedak, lotion badan, Pakaian dan saputangan bersih.

e. Gangguan Kulit : Dekubitus

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

f. Kebersihan Kepala dan Rambut

Seperti juga kuku, rambut tumbuh di luar epidermis. Pertumbuhan ini terjadi karena rambut mendapat makanan dari pembuluh darah di sekitar rambut. Warna rambut ditentukan oleh adanya pigmen, jika tidak dibersihkan, rambut menjadi kotor dan debu melekat di rambut. Tujuan membersihkan kepala adalah menghilangkan debu dan kotoran yang melekat di rambut dan kulit kepala.

g. Pemeliharaan Kuku

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

h. Kebersihan Tempat Tidur dan Posisi Tidur

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

4. Kemandirian ADL (Activity Daily Living)

Meningkatnya usia harapan hidup penduduk dapat menyebabkan peningkatan jumlah lansia dari tahun ketahun. Peningkatan jumlah lansia akan menyebabkan berbagai masalah kesehatan seperti meningkatnya penyakit degeneratif dan kanker yang menyebabkan penurunan produktifitas lansia. Penurunan produktifitas pada lansia terjadi karena penurunan fungsi, sehingga dapat menyebabkan lansia mengalami penurunan kemandirian dalam melaksanakan kegiatan harian. Adapun tujuan dari penelitian ini adalah mengidentifikasi gambaran tingkat kemandirian dalam memenuhi *activities daily living*. Penelitian ini menggunakan metode deskriptif kuantitatif, dengan teknik pengambilan sampel menggunakan *total sampling* sebanyak 21 lansia yang berusia 60 – 69 tahun di Panti Sosial Tresna Wredha Senjarawi. Instrumen menggunakan *barthel index*. Teknik analisa data menggunakan distribusi frekuensi. Hasil penelitian gambaran tingkat kemandirian lansia (60 – 69 tahun) dalam memenuhi *activities daily living* menunjukkan bahwa sebagian besar lansia sebanyak 15 orang (72%) termasuk dalam ketergantungan sebagian, 3 orang (14 %) termasuk mandiri dan 3 orang (14%) termasuk dalam ketergantungan total. Bahwa sebagian besar lansia di Panti Sosial Tresna Wredha Senjarawi memiliki ketergantungan sebagian dalam menjalani aktifitas kehidupannya. Diharapkan dapat dikembangkan program – program kesehatan bagi lansia yang dapat meningkatkan kemandirian lansia.

C. Konsep Asuhan Keperawatan Pada Lansia Dengan Gangguan ADL (Activity of Daily Living)

1. Pengkajian Keperawatan

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

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

a) Identitas Lansia

Data yang dikaji dalam identitas lansia yaitu nama lansia, tempat dan tanggal lahir, umur berdasarkan WHO, jenis kelamin, status perkawinan, agama, dan pendidikan terakhir.

b) Riwayat Kesehatan

- 1) Riwayat Kesehatan Sekarang (RKS) : Pada RKS lansia biasanya dikaji apa saja yang lansia keluhkan masa sekarang, misalnya susah tidur, penglihatan kabur/kurang jelas.
- 2) Riwayat Kesehatan Dahulu (RKD) : Pada RKD lansia biasanya dikaji apakah keluhan yang lansia rasakan itu sudah lama atau mengkaji penyakit apa saja yang pernah

lansia alami masa dahulu. Misal, kecelakaan, aktivitas sehari-hari yang tidak baik, kebiasaan susah tidur.

3) Riwayat Kesehatan Keluarga (RKK) : Pada RKK lansia yang dikaji adalah jenis kesehatan keluarga, penyakit apa saja yang pernah diderita keluarga atau mungkin ada penyakit keturunan yang dimiliki keluarga misalnya, diabetes, hipertensi.

c) Pemeriksaan Fisik

- 1) Kepala : Apakah pada kepala ditemukan masalah seperti kepala simetris atau tidak, kepala terasa pusing dan berputar-putar, kepala terasa berat.
- 2) Mata : Apakah pada mata ditemukan masalah seperti antara kedua mata simetris atau tidak, penglihatan jelas atau tidak, mata memerah atau tidak, katarak atau tidak.
- 3) Hidung : Apakah pada hidung ditemukan masalah seperti penciuman masih baik atau tidak, terdapat polip atau tidak, terdapat luka atau tidak.
- 4) Telinga : Apakah pada telinga ditemukan masalah seperti antara kedua telinga simetris atau tidak, pendengaran masih terdengar jelas atau tidak, terdapat benjolan atau tidak, terdapat nyeri tekan atau tidak.
- 5) Mulut dan Tenggorokan : Apakah pada mulut dan tenggorokan ditemukan masalah seperti mukosa bibir lembab atau tidaknya, apakah lansia sulit menelan atau tidaknya
- 6) Leher : Apakah pada leher ditemukan masalah seperti terdapat pembesaran vena jugularis atau tidak, terdapat pembesaran kelenjar tiroid atau tidak, apakah lansia mengeluh kaku kuduk.
- 7) Dada : Apakah pada dada ditemukan masalah seperti dada simetris atau tidak, terdapat nyeri tekan atau tidak, dada terasa berdebar-debar atau tidak, terdapat perubahan pada

irama jantung atau tidak, frekuensi jantung meningkat atau tidak.

- 8) Abdomen : Apakah pada abdomen ditemukan masalah atau tidak seperti bentuk abdomen simetris atau tidak, terdapat edema atau tidak.
- 9) Genitalia : Tidak dilakukan pemeriksaan.
- 10) Ekstremitas : Apakah pada ekstremitas atas maupun bawah terdapat masalah seperti CRT kurang atau lebih dari 2 detik, akral hangat atau tidak, apakah terdapat edema atau tidak. Pemeriksaan derajat kekuatan otot yang dinyatakan dalam skala pengukuran menggunakan angka, dimulai dari angka 0 hingga 5. Dimana semakin kecil angka, semakin lemah kekuatan otot, begitupun sebaliknya. Berikut tabel pengukuran derajat kekuatan otot :

Tabel 2.2

Pengukuran Kekuatan Otot

Skala	Persentase Kekuatan Otot (%)	Karakteristik	Ekstremitas Atas		Ekstremitas Bawah	
			Kanan	Kiri	Kanan	Kiri
0	0	Paralisis Sempurna				
1	10	Tidak ada gerakan, kontraksi otot dapat dipalpasi atau dilihat				
2	25	Gerakan otot penuh melawan gravitasi				
3	50	Gerakan yang normal melawan gravitasi				
4	75	Gerakan penuh yang normal melawan gravitasi dan melawan tahanan minimal				
5	100	Kekuatan normal, gerakan penuh yang				

		normal melawan gravitasi dan tahanan penuh				
--	--	--	--	--	--	--

Sumber : (Aspiani, 2014)

11) Integumen : Apakah pada integument terdapat masalah seperti kebersihan baik atau tidak, terdapat gangguan seperti gatal atau kemerahan atau tidak.

d) Aktivitas

Hal yang dikaji pada aktivitas lansia adalah tingkat kelemahan, keletihan, serta frekuensi jantung lansia meningkat atau tidak saat menjalankan aktivitas. Serta mengkaji aktivitas apa saja yang sering dilakukan lansia.

e) Eliminasi

Hal yang dikaji pada eliminasi lansia adalah terdapat masalah atau tidak nya BAB dan BAK lansia, apakah terdapat gangguan ginjal pada saat sekarang atau masa lalu. Serta mengkaji perkiraan jumlah frekuensi BAK dan BAB lansia perharinya.

f) Makanan

Hal yang dikaji pada makanan lansia adalah makanan apa yang sering dikonsumsi lansia, apakah makanan tersebut menyebabkan BB normal atau obesitas atau tidak, apakah makanan tersebut menyebabkan TD tinggi atau tidak.

g) Pengkajian Psikologis

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

- 8) Perlu dikaji juga mengenai fungsi kognitif, daya ingat, proses piker, alam perasaan, orientasi, dan kemampuan dalam menyelesaikan masalah.
- h) Perubahan Sosial dan Ekonomi
 - 1) Darimanakah sumber keuangan lansia,
 - 2) Apa saja kesibukan lansia dalam mengisi waktu luang,
 - 3) Kegiatan organisasi apa yang diikuti lansia,
 - 4) Bagaimana pandangan lansia terhadap lingkungannya,
 - 5) Seberapa sering lansia berhubungan dengan orang lain di sekitar tempat tinggal,
 - 6) Apakah lansia bisa menyalurkan hobi lewat fasilitas yang ada
 - i) Perubahan Data Spiritual Yang Dikaji
 - 1) Apakah lansia taat melaksanakan ibadah berdasarkan agama yang dianutnya,
 - 2) Apakah lansia teratur dalam mengikuti kegiatan keagamaan,
 - 3) Bagaimana cara lansia mengatasi masalah, apakah dengan berdo'a,
 - 4) Apakah lansia terlihat tabah dan tawakal,
 - j) Pengkajian Status Mental

Hal yang perlu dikaji pada status mental adalah daya orientasi (waktu, tempat, orang), daya ingat(jangka panjang, jangka pendek), kontak mata, dan afek.
 - k) Pengkajian Status Kemandirian

Dapat menggunakan format tabel pengkajian status kemandirian (tabel 2.1)

1) Pengkajian Psikososial

Tabel 2.3

Pengkajian Psikososial

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

	kondisi anda saat ini tidak ada harapan?			
15	Apakah anda berfikir bahwa orang lain lebih baik keadannya daripada anda?			
	Total Jawaban “ya”			

Bila jawaban “ya” lebih dari 5 dapat menandakan depresi.

m) Pengukuran ADL (*Activity Daily Living*) dengan Indeks Barthel

Indeks Barthel merupakan suatu alat ukur pengkajian yang berfungsi mengukur kemandirian fungsional dalam hal perawatan diri dan mobilitas dengan sistem penilaian yang didasarkan pada kemampuan seseorang untuk melakukan aktivitas kehidupan sehari-hari secara mandiri.

Tabel 2.4

Indeks Barthel

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

7.	Berpindah	0 : Tidak dapat 1 : Butuh bantuan 2 : Dapat duduk dengan sedikit 3 : Mandiri	
8.	Mobilitas	0 : Tidak bergerak 1 : Mandiri dengan kursi roda 2 : Berjalan dengan bantuan	
9.	Naik turun tangga	0 : Tidak mampu 1 : Perlu bantuan 2 : Mandiri	
	Jumlah		

Berdasarkan tabel diatas, interpretasi hasil menurut Barthel adalah:

- 0 – 3 : Dependen Berat
- 4 – 8 : Dependen Sedang
- 9 – 14 : Dependen Ringan
- 15 – 18 : Mandiri

Sumber : (Nuraeni et al., 2019)

n) Pengkajian Mini Mental State Examination (MMSE)

Tes Mini-Mental State Examination atau Folstein adalah kuesioner 30 poin yang digunakan secara luas dalam pengaturan klinis dan penelitian untuk mengukur gangguan kognitif. Ini biasanya digunakan dalam pengobatan dan kesehatan terkait untuk menyaring demensia.

Tabel 2.5

MMSE

No.	Item Penilaian	Benar (1)	Salah (0)
1	ORIENTASI		
	1. Tahun berapa sekarang ?		
	2. Musim apa sekarang ?		
	3. Tanggal berapa sekarang ?		
	4. Hari apa sekarang ?		
	5. Bulan apa sekarang ?		
	6. Di Negara mana anda tinggal ?		
	7. Di Provinsi mana anda tinggal ?		
	8. Di kabupaten mana anda tinggal ?		
	9. Di kecamatan mana anda tinggal ?		
	10. Di desa mana anda tinggal ?		
2	REGISTRASI		
	Minta klien menyebutkan 3 objek		
	11.		

	12.		
	13.		
3	PERHATIAN DAN KALKULASI		
	14. K		
	15. A		
	16. P		
	17. A		
	18. B		
4	MENGINGAT		
	Minta klien untuk mengulang 3 objek diatas		
	19.		
	20.		
	21.		
5.	BAHASA		
	Penamaan Tunjukkan 2 benda, minta klien menyebutkan :		
	22. Jam tangan		
	23. Pensil		
	Pengulangan Minta klien mengulangi tiga kalimat berikut :		
	24. Taka da jika, dan, atau tetapi		
	Perintah tiga langkah		
	25. Ambil kertas !		
	26. Lipat dua !		
	27. Taruh dilantai !		
	Turuti hal berikut		
	28. Tutup mata		
	29. Tulis satu kalimat		
	30. Salin gambar		
	JUMLAH		

Analisis hasil :

20-30 : Tidak ada gangguan kognitif

18-23 : Gangguan kognitif sedang

0 -17 : Gangguan kognitif berat

o) Pengkajian Lingkungan

Pada pengkajian lingkungan yang perlu dikaji meliputi penataan kamar lansia, kebersihan dan kerapian, penerangan, sirkulasi udara, penataan tempat tidur, keadaan kamar mandi, pembuangan air

kotor, sumber air minum, pembuangan sampah, sumber pencemaran.

2. Diagnosa Keperawatan Yang Mungkin Muncul

Berdasarkan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI, 2017), masalah keperawatan yang mungkin muncul pada lansia dengan gangguan ADL (*Activity Daily Living*) adalah :

- a) Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan Penurunan Kekuatan Otot,
- b) Harga Diri Rendah Situasional berhubungan dengan Perubahan Pada Citra Tubuh,
- c) Keputusan berhubungan dengan Penurunan Kondisi Fisiologis,
- d) Defisit Perawatan Diri berhubungan dengan Kelemahan,
- e) Isolasi Sosial berhubungan dengan Perubahan Penampilan Fisik.
- f) Risiko Jatuh berhubungan dengan Kekuatan Otot Menurun.

3. Intervensi Keperawatan

Perencanaan keperawatan menurut Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI, 2018) dan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI, 2018) perencanaan keperawatan berdasarkan diagnosa diatas adalah :

Tabel 2.6

Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	SLKI	SIKI
1	Gangguan Mobilitas Fisik b/d Penurunan Kekuatan Otot Dengan tanda dan gejala yaitu : Tanda dan gejala	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan : Mobilitas fisik <u>Kriteria hasil :</u> a. Penggerakan ekstremitas meningkat	Dukungan Mobilisasi Observasi : a. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya.

<p>mayor</p> <p><u>Subjektif :</u></p> <p>Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas</p> <p><u>Objektif :</u></p> <ol style="list-style-type: none"> a. Kekuatan otot menurun b. Rentang gerak (ROM) menurun <p>Tanda dan Gejala Minor</p> <p><u>Subjektif :</u></p> <ol style="list-style-type: none"> a. Nyeri saat bergerak b. Enggan melakukan pergerakan c. Merasa cemas bergerak <p><u>Objektif :</u></p> <ol style="list-style-type: none"> a. Sendi kaku b. Gerakan tidak terkoordinasi c. Gerakan terbatas d. Fisik lemah 	<ol style="list-style-type: none"> b. Kekuatan otot meningkat c. Rentang gerak (ROM) meningkat d. Nyeri menurun e. Kecemasan menurun f. Gerakan terbatas menurun g. Kelemahan fisik menurun h. Kaku sendi menurun i. Gerakan tidak terkoordinasi menurun 	<ol style="list-style-type: none"> b. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan. c. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi. <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu. b. Fasilitasi melakukan pergerakan. <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi. b. Anjurkan melakukan mobilisasi dini. c. Anjurkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. Duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi).
--	--	---

2	<p>Risiko Jatuh b/d Kekuatan Otot Menurun</p> <p>Faktor Resiko :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Usia ≥ 65 tahun (pada dewasa) atau ≤ 2 tahun (pada anak) b. Riwayat jatuh c. Anggota gerak bawah prosthesis (buatan) d. Penggunaan alat bantu jalan e. Penurunan tingkat kesadaran f. Perubahan fungsi kognitif g. Lingkungan tidak aman (mis. Licin, gelap, lingkungan asing) h. Kondisi pasca operasi i. Hipotensi ortostatik j. Perubahan kadar glukosa darah k. Anemia l. Kekuatan Otot Menurun m. Gangguan pendengaran n. Gangguan keseimbangan o. Gangguan penglihatan (mis. Glaucoma, katarak, 	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan :</p> <p>Tingkat Jatuh <u>Kriteria hasil :</u></p> <ol style="list-style-type: none"> a. Jatuh dari tempat tidur menurun b. Jatuh saat berdiri menurun c. Jatuh saat duduk menurun d. Jatuh saat berjalan menurun e. Jatuh saat dipindahkan menurun f. Jatuh saat naik tangga menurun g. Jatuh saat di kamar mandi menurun h. Jatuh saat membungkuk menurun 	<p>Pencegahan Jatuh</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Identifikasi faktor resiko jatuh (mis. Usia > 65 tahun, penurunan tingkat kesadaran, deficit kognitif, hipotensi ortostatik, gangguan keseimbangan, gangguan penglihatan, neuropati) b. Identifikasi risiko jatuh setidaknya sekali setiap shift atau sesuai kebijakan institusi c. Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh (mis. Lantai licin, penerangan kurang) d. Hitung risiko jatuh menggunakan skala (Mis. <i>Fall Morse Scale</i>, <i>Humpty Dumpty Scale</i>) jika perlu e. Monitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Orientasikan ruangan pasien b. Pastikan roda

	<p>ablasio retina, neuritis optikus</p> <p>p. Neuropati</p> <p>q. Efek agen farmakologis (mis. Sedasi, alcohol, anastesi umum)</p>		<p>tempat tidur dan kursi roda selalu dalam kondisi terkunci</p> <p>c. Pasang <i>handrail</i> tempat tidur</p> <p>d. Atur tempat tidur mekanis pada posisi terendah</p> <p>e. Tempatkan pasien beresiko tinggi jatuh dekat dengan pantauan perawat dari <i>nurse station</i></p> <p>f. Gunakan alat bantu berjalan (mis. Kursi roda, walker)</p> <p>g. Dekatkan bel pemanggil dalam jangkauan pasien</p> <p>Edukasi :</p> <p>a. Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah</p> <p>b. Anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin</p> <p>c. Anjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh</p> <p>d. Anjurkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri</p> <p>e. Ajarkan cara menggunakan bel pemanggil untuk memanggil perawat.</p>
3	<p>Defisit Perawatan Diri b/d Kelemahan</p> <p>Dengan tanda dan gejala yaitu :</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan maka diharapkan :</p> <p>Paerawatan Diri</p>	<p>Dukungan Perawatan Diri</p> <p>Observasi :</p> <p>a. Identifikasi</p>

	<p>Tanda dan Gejala Mayor</p> <p><u>Subjektif :</u></p> <p>-</p> <p><u>Objektif :</u></p> <p>a. Tidak mampu mandi/mengenakan pakaian/makan/ke toilet/berhias secara mandiri</p> <p>b. Minat melakukan perawatan diri kurang</p> <p>Tanda dan Gejala Minor</p> <p><u>Subjektif :</u></p> <p>-</p> <p><u>Objektif :</u></p> <p>-</p>	<p><u>Kriteria hasil :</u></p> <p>a. Kemampuan mandi meningkat</p> <p>b. Kemampuan mengenakan pakaian meningkat</p> <p>c. Kemampuan makan meningkat</p> <p>d. Kemampuan ke toilet (BAB/BAK) meningkat</p> <p>e. Verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri meningkat</p> <p>f. Minat melakukan perawatan diri meningkat</p> <p>g. Melakukan kebersihan diri meningkat</p> <p>h. Mempertahankan kebersihan mulut meningkat</p>	<p>kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia</p> <p>b. Monitor tingkat kemandirian</p> <p>c. Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan</p> <p><u>Terapeutik :</u></p> <p>a. Sediakan lingkungan yang terapeutik (mis. Suasana hangat, rileks, privasi)</p> <p>b. Siapkan keperluan pribadi (mis. Parfum, sikat gigi, sabun mandi)</p> <p>c. Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri</p> <p>d. Fasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan</p> <p>e. Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri</p> <p>f. Jadwalkan rutinitas perawatan diri</p> <p><u>Edukasi :</u></p> <p>a. Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan.</p>
--	--	---	--

4. Implementasi Keperawatan
Implementasi keperawatan adalah tahap pelaksanaan dari rencana keperawatan untuk pasien dengan tujuan hasil yang diharapkan bisa tercapai. Tindakan keperawatan yang dilakukan harus konsisten antara rencana keperawatan dengan pelaksanaan agar tujuan hasil yang telah ditetapkan bisa terwujud.

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

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

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Desain Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan peneliti yaitu penelitian kualitatif dengan desain penelitian studi kasus yang bersifat deskriptif, dimana penelitian yang dilakukan dengan tujuan untuk menggambarkan sesuatu berdasarkan fenomena yang didapatkan saat melakukan studi kasus. Penelitian ini dilakukan untuk penerapan asuhan keperawatan pada lansia dengan Gangguan ADL (*Activity Daily Living*) di PSTW Sabai Nan Aluih Sicincin.

B. Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian asuhan keperawatan pada lansia dengan Gangguan ADL (*Activity Daily Living*) dilakukan di Panti Sosial Tresna Werdha Sabai Nan Aluih Sicincin pada bulan Januari sampai Juni 2023. Asuhan keperawatan dilakukan selama 7 hari dengan menerapkan asuhan keperawatan pada lansia dengan gangguan ADL.

C. Populasi dan Sampel

1. Populasi

Populasi adalah keseluruhan subjek penelitian yang akan diteliti yang mana dapat berupa orang, benda, gejala, atau wilayah yang ingin diketahui peneliti. Populasi yang diambil oleh peneliti dalam penelitian ini adalah semua lansia dengan Gangguan ADL (*Activity Daily Living*) dilakukan di PSTW Sabai Nan Aluih Sicincin. Berdasarkan survei awal yang dilakukan pada tanggal 7 Desember 2022 didapatkan populasi sebanyak 28 lansia yang memiliki masalah ADL di PSTW Sabai Nan Aluih Sicincin.

2. Sampel

Sampel merupakan bagian dari keseluruhan objek yang diteliti dan dianggap mewakili seluruh populasi, atau sampel adalah elemen-

elemen populasi yang dipilih berdasarkan kemampuan mewakilinya. Sampel dalam penelitian ini adalah 1 orang lansia utama yang diambil dengan teknik *purposive sampling* yang sesuai dengan kriteria Inklusi yang ditetapkan peneliti yaitu lansia dengan 4 masalah ADL (Mandi, Toileting, Berhias, Berpindah tempat) di PSTW Sabai Nan Aluih Sicincin.

Adapun kriteria sampel dari penelitian ini adalah :

a) Kriteria Inklusi

Kriteria inklusi adalah karakteristik umum subyek penelitian dari suatu populasi yang akan diteliti .

Kriteria inklusi penelitian ini diantaranya :

- 1) Lansia yang mengalami Gangguan *ADL* (Mandi, Toileting, Berhias, Berpindah Tempat) di Panti Sosial Tresna Werdha Sabai Nan Aluih Sicincin,
- 2) Lansia yang bersedia dilakukan atau diberikan asuhan keperawatan tentang Gangguan *ADL* ,
- 3) Lansia yang dapat menjalin hubungan dengan perawat serta saling percaya.

b) Kriteria Eksklusi

Kriteria eksklusi adalah menghilangkan atau mengeluarkan subyek yang tidak memenuhi kriteria inklusi dan studi karena berbagai sebab .Kriteria eksklusi penelitian ini diantaranya :

- 1) Lansia yang mengalami Gangguan *ADL* yang disertai komplikasi lainnya,
- 2) Lansia yang menolak untuk dilakukan asuhan keperawatan.

D. Alat dan Instrumen Penelitian

Pengumpulan data pasien yang digunakan dalam penelitian ini adalah format pengkajian gerontik (pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi, evaluasi). Sedangkan untuk instrument

dalam penelitian ini adalah menggunakan Pengkajian Status Kemandirian, Pengkajian Psikososial, Pengkajian Indeks Barthel, Pengkajian Mini Mental State Examination (MMSE). Alat yang digunakan dalam penelitian ini adalah alat pemeriksaan fisik yang terdiri dari tensi meter, stetoskop, termometer.

E. Teknik Pengumpulan Data

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

1. Observasi

Observasi adalah kegiatan mengumpulkan data dengan cara melakukan pengamatan langsung terhadap aktivitas, perilaku dan keadaan lansia untuk memperoleh data tentang batas kemampuan lansia dalam menjalankan kehidupan sehari-hari.

2. Pengukuran

Metoda pengukuran yang dilakukan pada pasien lansia dengan gangguan ADL yaitu dapat menggunakan format pengukuran ADL dengan Pengukuran Indeks Barthel dan didapatkan skor 8 yaitu tergolong ketergantungan sedang dimana klien bisa melakukan segala aktivitas dengan dibantu orang lain.

3. Wawancara

Pada penelitian pasien Gangguan ADL Wawancara yang dilakukan dengan mewawancarai identitas klien, identitas penanggung jawab, keluhan utama, ditanyakan aktifitas sehari-hari lansia seperti pola nutrisi, pola eliminasi, pola tidur pasien, apakah lansia dibantu keluarga atau biasa melakukan aktifitas sehari-hari secara mandiri. Selain itu ditanyakan riwayat kesehatan lansia apakah lansia mempunyai riwayat kecelakaan atau riwayat jatuh.

4. Dokumentasi

Dokumentasi merupakan metode pengumpulan data dengan cara mengambil data berdasarkan kegiatan yang sudah dilakukan. Untuk lansia dengan masalah ADL dibutuhkan dokumentasi berupa pengambilan gambar masalah ADL pada lansia seperti aktivitas sehari-hari seperti makan, minum, berhias, dan lain sebagainya.

F. Jenis-Jenis Data

1. Data Primer

Data primer adalah data yang bersumber langsung dari lansia seperti pengkajian lansia meliputi : identitas lansia , keluhan yang dirasakan saat melakukan kegiatan sehari-hari , riwayat kesehatan lansia, riwayat kesehatan dahulu, riwayat keluarga ,pengobatan atau terapi apa saja yang telah dilakukan untuk mengatasi keluhan, pola aktifitas sehari-hari lansia.

2. Data sekunder

Data sekunder adalah data penelitian yang diperoleh dari status data lansia dengan Gangguan ADL (*Activity Daily Living*) dan data jumlah lansia yang ada di Panti Sosial Tresna Werdha Sabai Nan Aluih Sicincin.

G. Prosedur Pengumpulan Data

1. Peneliti meminta surat izin survey data dari institusi asal peneliti yaitu Poltekkes Kemenkes RI Padang.
2. Peneliti mendatangi Dinas Penanaman Modal Satu Pintu Provinsi Sumatera Barat dan menyerahkan surat izin survey data dari institusi untuk mendapatkan surat pengantar ke Dinas Sosial Provinsi Sumatera Barat.
3. Peneliti mendatangi Dinas Sosial Sumatera Barat dan menyerahkan surat rekomendasi survey data dari Dinas Penanaman modal satu pintu untuk mendapatkan surat izin survey data di PSTW Sabai Nan Aluih Sicincin.

4. Peneliti mendatangi PSTW Sabai Nan Aluih Sicincin dan menyerahkan surat izin survey data dari Dinas Sosial Sumatera Barat.
5. Peneliti mendata berapa jumlah lansia di PSTW Sabai Nan Aluih Sicincin ke semua wiswa yaitu didapatkan 80 lansia pada 7 Desember 2022. Dan peneliti mengelompokkan lansia berdasarkan kategori berapa masalah ADL yang dimiliki dan di dapatkan yaitu terdapat 14 lansia dengan satu masalah ADL, 6 lansia dengan dua masalah ADL, 4 lansia dengan tiga masalah ADL, 1 lansia dengan empat masalah ADL, dan 3 lansia dengan lima masalah ADL. Dan peneliti menetapkan sampel yaitu 1 lansia dengan 4 masalah ADL (Mandi, Toileting, Berhias, Berpindah Tempat).
6. Peneliti mendatangi lansia yang sudah menjadi sampel tetap sesuai kriteria untuk menjelaskan maksud dan tujuan penelitian serta mengontrak waktu.
7. Peneliti meminta surat izin penelitian dari institusi asal peneliti yaitu Poltekkes Kemenkes RI Padang.
8. Peneliti mendatangi Dinas Penanaman Modal Satu Pintu Provinsi Sumatera Barat dan menyerahkan surat izin penelitian dari institusi untuk mendapat surat pengantar ke Dinas Sosial Provinsi Sumatera Barat.
9. Peneliti mendatangi Dinas Sosial Sumatera Barat dan menyerahkan surat rekomendasi penelitian dari Dinas Penanaman Modal Satu Pintu untuk mendapatkan surat izin penelitian di PSTW Sabai Nan Aluih Sicincin.
10. Peneliti mendatangi PSTW Sabai Nan Aluih Sicincin dan menyerahkan surat izin penelitian dari Dinas Sosial Sumatera Barat
11. Peneliti memberikan penjelasan maksud dan tujuan penelitian kepada responden.
12. Peneliti memberikan informed consent kepada responden untuk di tanda tangani.

13. Peneliti mengontrak waktu responden untuk melakukan asuhan keperawatan selama 7 hari menggunakan format pengkajian asuhan keperawatan gerontik.
14. Peneliti melakukan pengkajian yang meliputi pengkajian identitas diri, riwayat kesehatan, penegakan diagnosa, intervensi, implementasi dan evaluasi pada responden, kemudian peneliti melakukan terminasi serta pendokumentasian.

H. Analisis Data

Rencana analisis yang dilakukan pada penelitian ini adalah menganalisis semua temuan pada tahap proses keperawatan dengan gangguan ADL (*Activity Daily Living*) pada lansia. Data yang telah didapatkan dari hasil melakukan asuhan keperawatan mulai dari pengkajian, penegakan diagnosa, merencanakan tindakan, implementasi sampai evaluasi hasil tindakan yang telah diberikan. Analisis yang dilakukan adalah untuk membandingkan apakah ada kesesuaian antara perencanaan tindakan yang ada dengan teori lansia dengan gangguan ADL (*Activity Daily Living*).

BAB IV

DESKRIPSI DAN PEMBAHASAN KASUS

A. Deskripsi Hasil

Penelitian dilakukan kepada Ibu A, perempuan berusia 90 tahun, dengan gangguan *Activity Daily Living* yaitu mandi, berpindah tempat, berhias, dan toileting. Penelitian dilakukan selama 7 hari dimulai dari tanggal 2 – 8 Februari 2023, waktu penelitian dimulai dari jam 08.00 WIB wilayah PSTW Sabai Nan Aluih Sicincin tepatnya di Wisma Antokan dengan melaksanakan asuhan keperawatan yang berfokus pada lansia.

1. Pengkajian Keperawatan

Hasil pengkajian didapatkan melalui observasi, wawancara, pengukuran, dan dokumentasi. Pengkajian keperawatan pada tanggal 3 Februari 2023, yang dicantumkan sebagai berikut :

a) Identitas Diri Klien

Identitas klien langsung diperoleh dari Ibu A dan ada beberapa dari ibu pengasuh wisma. Selama berinteraksi klien tampak kurang kooperatif tapi masih memberikan respon positif, klien terbuka bercerita kepada peneliti tentang keluhan yang dirasakan saat ini. Klien bernama Ibu A seorang lansia perempuan, berumur 90 tahun, beragama Nasrani.

b) Riwayat Kesehatan Sekarang

Saat dilakukan pengkajian klien mengatakan selalu menggunakan tongkat atau dibantu teman sesama lansia atau pengasuh wisma untuk melakukan kegiatan seperti duduk di tempat tidur, dibantu berjalan ke kamar mandi, mengambil makanan, memakaikan pakaian, dan berhias. Klien juga mengeluh terasa kaku dibagian pinggang dan lutut , dan mengatakan susah berjalan karna otot kaki yang lemah.

c) Riwayat Kesehatan Masa Lalu

Saat dilakukan pengkajian tentang riwayat kesehatan masa lalu klien tidak memiliki riwayat alergi (obat, makanan, binatang), juga tidak memiliki riwayat kecelakaan atau riwayat jatuh, tidak pernah dirawat di RS, dan tidak dalam masa mengonsumsi obat rutin.

d) Riwayat Kesehatan Keluarga

Klien mengatakan ia tidak mengetahui ada atau tidaknya keluarga yang memiliki masalah kesehatan atau penyakit keturunan lainnya.

e) Riwayat Psikososial dan Spiritual

Klien mengatakan ia tidak memiliki orang terdekat selama berada di wisma. Klien mengatakan masalah yang mempengaruhi klien saat ini adalah klien mengalami kesulitan dalam melakukan aktivitas. Mekanisme koping klien terhadap stress adalah dengan beristirahat. Klien mengatakan yang dipikirkannya saat ini adalah masalah kesehatannya. Klien berharap setelah masuk panti dirinya lebih terurus dan bisa menikmati masa tuanya. Klien mengatakan setelah masuk panti dirinya lebih tenang.

f) Pola Kebiasaan Sehari-Hari

1) Pola Nutrisi

Klien makan 3x sehari. dengan jenis makanan nasi lunak, lauk, sayur, dan buah. Klien mengatakan nafsu makannya baik. Klien mengatakan menyukai makanan yang berkuah seperti lontong dan soto.

2) Pola Eliminasi

- BAK klien yaitu sekitar 3-5x sehari dengan memakai pempers, BAK berwarna kuning jernih, dan klien mengatakan tidak ada keluhan

- BAB klien yaitu sekitar 1x sehari, BAB berwarna kuning kecoklatan, BAB biasanya pada pagi hari, bau BAB seperti feses pada umumnya, konsistensi BAB padat dan terkadang keras, serta klien mengatakan terkadang susah BAB dan sulit mengejan.

- Klien mengatakan tidak pernah mengonsumsi obat laksatif, biasanya jika mengalami susah BAB klien hanya memperbanyak minum air putih dan banyak mengonsumsi sayur dan buah.

3) Personal Hygiene

Klien mandi 1x dalam sehari menggunakan sabun dan air bersih. Klien menggosok gigi ketika pagi hari memakai odol. Klien mencuci rambut setiap hari tapi tidak memakai shampoo. Klien mengatakan menggunting kuku setiap 1x dalam seminggu.

4) Kebiasaan Tidur dan Istirahat

Pada siang hari, klien mengatakan biasa tidur sekitar 2-3 jam, dan tidur malam sekitar 6-7 jam. Klien mengatakan tidak memiliki masalah gangguan tidur.

5) Aktivitas dan Latihan

Klien mengatakan tidak pernah lagi mengikuti kegiatan senam yang ada setiap minggu. Klien mengatakan ketika waktu luang hanya menghabiskan waktu dikamar, tidak berbaur dengan lansia lain di wisma. Klien mengatakan ia memiliki alasan kenapa tidak beraktivitas yaitu karena ia sudah tidak bisa lagi melaksanakan aktivitas itu sendiri dan harus memerlukan bantuan bimbingan ketika berjalan klien mengatakan tidak mau meminta bantuan untuk beraktivitas karena memang

tidak ada keinginan juga untuk keluar selain mandi dan buang air.

6) Kebiasaan

Klien tidak memiliki kebiasaan merokok, tidak meminum minuman keras, dan tidak dalam ketergantungan obat.

g) Pemeriksaan Fisik (Head To Toe)

Pemeriksaan fisik dilakukan pada tanggal 3 Februari 2023 dan didapatkan hasil :

- 1) Tanda-tanda vital didapatkan tekanan darah 125/78 mmHg, nadi 97x/menit, nafas 21x/menit, dan suhu 36,5 C.
- 2) Kepala : Rambut klien bersih, rambut pendek dan beruban, tidak ada luka, rambut tidak rontok dan tidak berketombe.
- 3) Mata : Konjungtiva tidak anemis, sclera tidak ikterik, klien tidak menggunakan kacamata, penglihatan kabur dan kadang-kadang mata terasa gatal.
- 4) Telinga : Telinga klien simetris kiri, telinga tampak sedikit kotor, dan tidak memiliki gangguan pendengaran.
- 5) Hidung : Hidung klien tampak sedikit kotor, tidak ada gangguan penciuman, tidak ada luka, tidak ada pernafasan cuping hidung.
- 6) Mulut dan Bibir : Mukosa bibir klien lembab, tidak ada luka, tidak pucat, klien tidak memakai gigi palsu, banyak akar gigi yang belum dicabut sehingga terdapat kesulitan dalam mengunyah makanan keras seperti daging sapi dan ayam serta tidak ada kesulitan dalam menelan.
- 7) Leher : Leher klien tidak ada pembesaran kelenjar tiroid dan tidak ada pembesaran kelenjar getah bening.
- 8) Toraks
 - Inspeksi : Dada simetris kiri dan kanan, tidak ada perbedaan bentuk dada, tidak ada retraksi dinding dada, tidak ada penggunaan otot bantu napas.

- Palpasi : Fremitus kiri dan kanan teraba sama, tidak ada nyeri tekan.

- Perkusi : Sonor

- Auskultasi : Vesikuler

9) Abdomen

- Inspeksi : Abdomen simetris dan supel, tidak ada sites.

- Palpasi : Tidak ada pembengkakan, tidak ada nyeri tekan, tidak ada pembengkakan hepar.

- Perkusi : Tympani

- Auskultasi : Bising usus normal

10) Genitalia : Tidak dilakukan pemeriksaan dan tidak ada keluhan

11) Ekstremitas

Ekstremitas atas bentuk simetris, tidak ada luka, tidak ada edema CRT < 2 detik, akral hangat, tangan kanan tampak sulit menggenggam. Kekuatan otot tangan kanan 4 kekuatan otot tangan kiri 5.

Ekstremitas bawah bentuk simetris, tidak ada edema, CRT < 2 detik, otot kaki sebelah kiri tampak lemah. Kekuatan otot kaki kanan 4, kekuatan otot kaki kiri 3.

h) Pengkajian Status Mental

Daya orientasi klien kurang baik, tidak dapat menjawab beberapa pertanyaan yang diajukan, daya ingat klien kurang baik karena tidak dapat mengingat dan menceritakan kejadian di masa lalu. Klien memiliki kontak mata yang kurang karena sesekali menjauh saat berbicara dengan lawan bicara. Dan afek klien menunjukkan positif yaitu tenang dan menyenangkan.

i) Pengkajian Status Mandiri

Status kemandirian klien dikategorikan memiliki ketergantungan pada kelima fungsi dasar. Klien memiliki kategori kemandirian sangat rendah. Klien memiliki ketergantungan, baik itu untuk duduk di tempat tidur, berjalan ke kamar mandi, berpakaian, berhias, maupun untuk menyiapkan makan sendiri sehingga dibantu teman sesama lansia dan ibu pengasuh wisma. Klien juga tidak bisa melakukan aktivitas karena klien mengalami penurunan kekuatan otot dan juga usia yang sudah lebih 65 tahun.

j) Pengkajian Psikologi

Kesimpulannya klien tidak mengalami depresi atau memikirkan hal-hal yang tidak perlu. Dapat diartikan klien hanya berfokus pada kehidupan yang dijalani sekarang dibuktikan dengan puas menjalani kehidupan sekarang.

k) Pengkajian Lingkungan

Keadaan Wisma Antokan terlihat baik. Kamar klien terletak didekat kamar mandi. Bagian dalam kamar klien terlihat kurang bersih karena sedikit terdapat debu di atas lemari klien. Barang-barang tersusun rapi dan tidak berantakan. Kamar klien terdapat jendela yang menghadap ke wisma sebelah dan selalu terbuka setiap harinya dan mulai dibuka saat pagi hari dan ditutup menjelang sore ke maghrib. Penataan di dalam kamar klien tersusun rapi. Yang membersihkan kamar klien setiap harinya adalah ibu pengasuh wisma karena klien tidak mampu membersihkan kamar sendiri. Di Wisma Antokan terdapat 3 kamar mandi, yang berlantaikan keramik tidak licin (khusus kamar mandi), terdapat peralatan mandi seperti sabun dan jaring sabun untuk penggosok badan. Pembuangan air kotor dialirkan ke selokan kecil di belakang wisma. Penataan

halaman di Wisma Antokan cukup baik dan bersih. Ibu pengasuh wisma mengatakan untuk pengumpulan sampah terletak di depan rumah, dan diangkut setiap harinya.

2. Diagnosa Keperawatan

Setelah dilakukan analisa data, maka diagnosa yang ditemukan sebanyak tiga diagnosa. Karena keterbatasan waktu maka peneliti hanya mendokumentasikan tiga prioritas utama yaitu :

- a. Risiko Jatuh berhubungan dengan Kekuatan Otot Menurun
- b. Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan Penurunan Kekuatan Otot
- c. Defisit Perawatan Diri berhubungan dengan Kelemahan

Pada diagnosa pertama didapatkan data subjektif yaitu Klien mengatakan jika tidak menggunakan tongkat atau tidak dibantu ketika berdiri dan berjalan akan terasa tidak seimbang dan terasa mau jatuh. Sedangkan data objektif yaitu Klien tampak sempoyongan jika berdiri terlalu lama; Klien tampak bertumpu pada tongkat untuk berdiri; Jarak kedua kaki klien saat berdiri tampak agak rapat yang membuat klien susah menjaga keseimbangan saat berdiri; Klien tampak selalu bertumpu pada dinding jug untuk melakukan perpindahan posisi berdiri . **Dari data tersebut maka didapatkan diagnosa keperawatan yaitu Resiko jatuh berhubungan dengan Kekuatan otot menurun.**

Pada diagnosa kedua didapatkan data subjektif yaitu Klien mengatakan kesulitan saat berjalan karena saat ini kaki terasa lemah jika digunakan; Klien mengatakan terasa kaku pada bagian pinggang dan lutut; Klien mengatakan bahwa ia kesulitan berjalan dan berpindah tempat tanpa tongkat ataupun bantuan pengasuh; Klien mengatakan lebih nyaman melakukan aktivitas sehari-hari dengan tongkat dan bantuan pengasuh; Klien mengeluh tidak mampu menggenggam dengan baik pada tangan kanan karena terasa berat dan lemah; Klien mengatakan tidak mampu

membersihkan kamar dan tempat tidur sendiri. Sedangkan data objektif yaitu Klien tampak kesulitan saat bangun dari tempat tidur dan berpindah tempat; Klien tampak menggunakan tongkat dan dibantu pengasuh untuk beraktivitas ; Gerakan klien tampak terbatas; Saat dilakukan pengkajian kemandirian dengan Indeks Barthel, skor tingkat ketergantungan klien adalah 8 atau ketergantungan sedang (mobilitas : berjalan dengan bantuan, naik turun tangga : tidak mampu, ke toilet : butuh bantuan tapi dapat duduk sedikit); Kekuatan otot ekstremitas : kanan (4), kiri (3); Klien tidak pernah lagi mengikuti senam . **Dari data tersebut maka didapatkan diagnosa keperawatan yaitu Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan Penurunan Kekuatan Otot.**

Pada diagnosa ketiga didapatkan data subjektif yaitu Klien mengatakan tidak mampu untuk mandi sendiri karena saat mandi harus bertumpu pada dinding; Klien mengatakan untuk berpakaian dan berhias tidak bisa dilakukan secara mandiri. Sedangkan data objektifnya yaitu Minat klien dalam melakukan perawatan diri kurang; Klien tampak tidak mampu untuk mandi, ke toilet, dan berhias secara mandiri; Klien tampak menolak dalam melakukan perawatan diri; Klien mencuci rambut tidak memakai shampoo; Hidung dan telinga klien tampak sedikit kotor. **Dari data tersebut maka didapatkan diagnosa keperawatan yaitu Defisit Perawatan diri berhubungan dengan Kelemahan.**

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan yang diberikan pada diagnosa Risiko Jatuh adalah Pencegahan Jatuh. Observasi yaitu dengan mengidentifikasi faktor risiko jatuh misal usia lebih dari 65 tahun, mengidentifikasi risiko jatuh, mengidentifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh misal lantai licin dan penerangan yang kurang, memonitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi. Terapeutik yaitu dengan menempatkan lansia berisiko

tinggi jatuh dekat dengan pantauan pengasuh, menggunakan alat bantu berjalan misalnya tongkat. Dan untuk edukasi yaitu dengan menganjurkan pasien untuk memanggil pengasuh jika membutuhkan bantuan untuk berpindah, menganjurkan untuk melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri

Intervensi keperawatan yang diberikan pada diagnosa Gangguan Mobilitas Fisik adalah Dukungan Mobilisasi.

Observasi ini mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan, memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi. Terapeutik seperti fasilitas melakukan pergerakan. Dan edukasi seperti ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan misal duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi.

Intervensi keperawatan yang diberikan pada diagnosa Defisit Perawatan Diri adalah Dukungan Perawatan Diri.

Observasi ini mengidentifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia, memonitor tingkat kemandirian, dan mengidentifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan. Terapeutik ini menyediakan lingkungan yang memiliki suasana hangat, rileks, dan berprivasi. Menyediakan keperluan pribadi seperti sabun mandi, damping dalam melakukan perawatan diri, fasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan, fasilitasi kemandirian dan bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri, serta jadwalkan rutinitas perawatan diri. Untuk edukasi bisa dengan menganjurkan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan.

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi yang dilakukan pada diagnosa Risiko Jatuh, adalah membantu klien berpindah tempat sesuai kebutuhan; memastikan lantai selalu kering; menyediakan pencahayaan yang cukup; membimbing lansia berjalan ditambah bantuan tongkat; menganjurkan tidak menggunakan alas kaki yang licin; menganjurkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri sesuai batas kemampuan.

Implementasi yang dilakukan pada diagnosa Gangguan Mobilitas Fisik, adalah mengukur tanda-tanda vital sebelum dan sesudah melakukan aktivitas; kaji kemampuan klien ketika berjalan; kaji keterbatasan fungsi dan gerak kaki; membantu klien berpindah sesuai kebutuhan; membantu klien dalam penggunaan alat bantu; membantu klien dari posisi duduk untuk berdiri.

Implementasi yang dilakukan pada diagnosa Defisit Perawatan Diri, adalah menetapkan batas bantuan yang diberikan pada lansia sesuai dengan kemampuan untuk perawatan diri; menyediakan lingkungan yang memiliki suasana hangat, rileks, dan berprivasi; menyediakan keperluan pribadi seperti sabun mandi; dampingi dalam melakukan perawatan diri; membuat jadwal rutinitas perawatan diri.

5. Evaluasi Keperawatan

Setelah melakukan implementasi pada Ibu A dengan **diagnosa keperawatan risiko jatuh** didapatkan hasil evaluasi subjektif yaitu klien mengatakan masih belum bisa pergi ke kamar mandi sendiri; klien mengatakan masih harus dibantu dalam membersihkan kamar dan tempat tidur; klien mengatakan masih takut untuk berjalan tanpa alat bantu; klien mengatakan kaki masih terasa lemah. Hasil evaluasi objektif yaitu klien tampak berjalan lambat dan berhati-hati; klien tampak tidak bersemangat; kamar lansia bersih dan rapi serta tidak ada barang yang berserakan di

lantai yang menyebabkan risiko jatuh. Maka didapatkan resiko jatuh belum teratasi, dan intervensi dilanjutkan oleh peneliti selama lima hari kedepan.

Setelah melakukan implementasi pada Ibu A dengan **diagnosa keperawatan gangguan mobilitas fisik** didapatkan hasil evaluasi subjektif yaitu klien mengatakan masih kesulitan berjalan dan berpindah tempat; klien mengatakan kaki terasa kaku dan klien mengatakan kurang semangat dalam melakukan aktivitas. Hasil evaluasi objektif yaitu klien tampak lemah; klien sulit ketika berpindah dari satu tempat ke tempat lain; klien bergantung pada alat bantu tongkat; klien hanya mampu berjalan dengan langkah pelan. Maka didapatkan gangguan mobilitas fisik belum teratasi dan intervensi dilanjutkan oleh peneliti selama lima hari kedepan.

Setelah melakukan implementasi pada Ibu A dengan **diagnosa keperawatan defisit perawatan diri** didapatkan hasil evaluasi subjektif yaitu klien mengatakan masih kesulitan untuk melakukan perawatan diri mandi, berhias, berpakaian, dan makan. Hasil evaluasi objektif yaitu klien tampak kesulitan saat mandi sendiri karena harus berpegangan pada dinding kamar mandi; klien juga tampak kebingungan jika harus memakai pempers dan baju sendiri; klien juga kesulitan berjalan untuk mengambil makanan. Maka didapatkan penilaian masalah defisit perawatan diri belum teratasi dan intervensi dilanjutkan oleh peneliti sampai lima hari kedepan.

B. Pembahasan Kasus

Setelah melakukan asuhan keperawatan pada Ibu A berusia 90 tahun dengan gangguan aktivitas dalam kehidupan sehari-hari, maka pada BAB ini peneliti akan membahas tentang kesenjangan antara teori dengan hasil yang ditemukan dalam perawatan kasus gangguan aktivitas yang telah dilakukan. Pembahasan ini sesuai dengan tahapan keperawatan yang dimulai dari proses pengkajian, perumusan

diagnosa, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi keperawatan. Telah dilakukan asuhan keperawatan mulai tanggal 2 – 8 Februari 2023.

1. Pengkajian Keperawatan

a. Identitas Klien

Identitas klien ada yang diperoleh langsung dari pasien ada juga beberapa dari pengasuh wisma melalui wawancara. Selama berinteraksi klien tampak memberikan respon positif kepada peneliti, klien dengan terbuka bercerita pada peneliti keluhan dan kondisi saat ini. Klien merupakan seorang lansia yang berumur 90 tahun. Klien mengalami gangguan ADL yaitu karena usia lanjut.

Seperti yang telah dijelaskan sebelumnya salah satu penyebab gangguan ADL adalah karena faktor usia dan status perkembangan (Hidayat, A.A & Uliyah, 2014). Pada tingkat usia yang berbeda, terdapat perbedaan kemampuan mobilitas. Ini dikarenakan kemampuan atau kematangan fungsi alat gerak sejalan dengan perkembangan usia yang terjadi (Nasrullah, 2016).

Seiring dengan penjelasan diatas, dalam Buku Asuhan Keperawatan Gerontik tahun 2021 yang disusun oleh Emmelia menjelaskan bahwa perubahan otot pada lansia umumnya menjadi lembek dan mengendur, sedangkan pada persendian terutama pada bagian tungkai dan lengan membuat mereka menjadi agak sulit berjalan (Emmelia Ratnawati, 2021).

Begitupun dengan hasil penelitian Sunaryo pada tahun 2015 menjelaskan bahwa bertambahnya umur atau lanjut usia selalu berhubungan dengan penurunan tingkat aktivitas fisik, hal ini disebabkan oleh 3 hal yaitu perubahan pada struktur dan jaringan penghubung (Kolagen dan elastin) pada sendi, tipe dan kemampuan aktivitas pada lansia berpengaruh terhadap struktur dan fungsi jaringan pada

sendi, patologi dapat mempengaruhi jaringan penghubung sendi, sehingga dapat menyebabkan *functional limitation* (Sunaryo, 2015).

Hal yang sudah ditemukan pada klien sejalan dengan hasil penelitian Sunaryo dan teori dari Buku Asuhan Keperawatan Gerontik oleh Emmelia Ratnawati. Dimana klien mengalami masalah kekakuan sendi dan kemampuan aktivitas sendi semakin menurun karena faktor usia dan status perkembangan sendi yang semakin menurun.

b. Keluhan Utama

Berdasarkan hasil pengkajian keluhan yang dirasakan klien yaitu kesulitan ketika berjalan dikarenakan kaki terasa kaku dan terasa berat.

Berdasarkan hasil penelitian Regina pada tahun 2018 menjelaskan bahwa pada lansia yang mengalami gangguan mobilisasi pada lansia mengeluh kedua kakinya susah digerakkan dan terasa kaku pada saat diinjakkan dan berjalan. Sesuai yang telah dijelaskan diatas, salah satu faktor yang mempengaruhi mobilisasi yaitu usia dan status perkembangan. Pada tingkat usia yang berbeda karena, kemampuan atau kematangan fungsi alat gerak sejalan dengan perkembangan usia (Regina, 2018).

Tidak jauh berbeda dari hasil penelitian Regina diatas, penelitian Bangun pada tahun 2012 menjelaskan bahwa salah satu keluhan yang ditemukan pada lansia adalah Rheumatoid Arthritis yang menyerang tulang, sendi, otot, atau jaringan lain disekitar sendi yang memiliki tiga keluhan utama yaitu nyeri dibagian sendi dan alat gerak terasa kaku dan lemah. Keluhan tersebut disertai penurunan kekuatan otot dan keterbatasan dalam gerak (Bangun, 2012).

Sementara itu dalam Buku Ajar Keperawatan Gerontik, Nasrullah pada tahun 2016 memaparkan suatu teori dimana penurunan massa otot dapat meningkatkan kelelahan dan tidak mampu mempertahankan aktivitas. Penurunan mobilitas dan gerak menyebabkan muskuloskeletal mengalami kerusakan dan kekakuan pada sendi. Penurunan kestabilan terjadi karena daya tahan yang hilang, massa otot menurun.

Hal yang ditemukan peneliti terkait kondisi klien dimana klien memiliki keluhan kekakuan pada sendi ekstremitas bawah, artinya hasil penelitian yang ditemukan sesuai dan sejalan dengan penelitian Bangun dan teori yang dikemukakan oleh Nasrullah.

c. Keluhan Saat Dikaji

Keluhan klien saat dikaji yaitu klien sulit melakukan pergerakan, kakinya terasa lemah, susah digerakkan, dan ketika berjalan terasa berat dan kaku. Klien mengeluh sendi-sendi nya terasa kaku dan sulit menjaga keseimbangan saat berdiri. Klien mengatakan tidak bisa berdiri terlalu lama dan tanpa alat bantu. Klien mengatakan harus berjalan lambat dan berhati-hati agar tidak jatuh. Klien merasa takut jatuh diakibatkan karena adanya penurunan kekuatan otot sehingga tubuh klien terasa tidak seimbang. Hal ini juga dapat memicu pada resiko jatuh klien.

Menurut hasil dari penelitian yang telah dilakukan oleh Aziz Alimul Hidayat pada tahun 2014, klien memang memiliki faktor penyebab untuk mengalami gangguan aktivitas diantaranya, penurunan kekuatan dan massa otot, kekakuan sendi. Gangguan aktivitas dapat dipengaruhi oleh gangguan muskuloskeletal salah satunya kekakuan sendi. Menurunnya massa otot merupakan sebagai dampak dari

gangguan musculoskeletal yang menyebabkan turunnya kekuatan otot secara langsung (Hidayat, A.A & Uliyah, 2014).

Tidak berbeda jauh dengan teori Nugroho tahun 2008 dalam Agustina tahun 2014, bahwa faktor intrinsik penyebab jatuh pada lansia adalah kelemahan otot, gangguan gaya berjalan, kelemahan otot ekstremitas bawah, kekakuan sendi

Hasil penelitian yang ditemukan peneliti sesuai dan sejalan dengan hasil penelitian Hidayat serta teori yang sudah dijelaskan oleh Nugroho. Dimana salah satu penyebab klien sulit melakukan pergerakan, kaki terasa berat saat berjalan dan sulit menjaga keseimbangan saat berdiri adalah karena penurunan kekuatan massa otot karena terjadinya proses penuaan.

d. Riwayat Kesehatan Dahulu

Klien tidak memiliki gangguan kesehatan di masa lalu. Menurut peneliti lansia cenderung mengalami jatuh, hal ini berhubungan dengan faktor umur dari klien tersebut yang telah memasuki masa usia lanjut.

Seiring dengan pernyataan diatas , Sunaryo pada tahun 2015 juga menyebutkan bahwa proses penuaan menyebabkan berkurangnya fungsi-fungsi organ (Sunaryo, 2015).

Beriringan dengan yang dijelaskan Sunaryo, Nasrullah pada tahun 2016 menjelaskan satu teori dimana salah satu perubahan yang terjadi yaitu perubahan pada musculoskeletal dimana masalah yang terjadi yaitu terjadinya kerapuhan tulang, meningkatnya risiko terjadinya fraktur, tulang kehilangan densitas cairan, kekakuan sendi, kekuatan dan stabilitas tulang menurun dan perubahan gaya berjalan yang mana hal tersebut bisa terjadi

pada lansia tentunya meningkatkan risiko jatuh pada lansia (Nasrullah, 2016).

Faktor risiko kejadian jatuh pada lansia dipengaruhi oleh faktor ekstrinsik yang berasal dari lingkungan klien seperti lantai yang licin, pencahayaan yang kurang, penempatan perabotan yang tidak tepat, serta penggunaan alat bantu mobilisasi yang kurang tepat atau hati-hati. Dan dari hal inilah yang menyebabkan lansia takut untuk bergerak lebih dan lebih memilih untuk banyak tidur di kamar dan jarang duduk di ruang tamu atau teras wisma. Hal ini akan menurunkan status fungsional lansia dan meningkatkan ketergantungan dalam pelaksanaan aktivitas sehari-hari.

Hal yang ditemukan oleh peneliti pada klien tidak sesuai dengan hasil penelitian Sunaryo dan teori yang dikemukakan oleh Nasrullah terkait riwayat jatuh karena klien merasa tidak memiliki riwayat jatuh sebelumnya.

e. Pemeriksaan Fisik

Pada saat dilakukan pemeriksaan fisik pada lansia didapatkan data ekstremitas atas klien berbentuk simetris, tidak ada luka, tidak ada edema, akral hangat dan CRT < 2 detik, kekuatan otot ekstremitas atas (kanan 4 kiri 5). Sedangkan ekstremitas bawah klien bentuk simetris kiri dan kanan, tidak ada luka, tidak ada edema, akral hangat, CRT < 2 detik, kekuatan otot ekstremitas bawah (kanan 4 kiri 3). Klien jarang mengikuti kegiatan seperti senam.

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

Hal tersebut juga sejalan dengan hasil penelitian dari Alfiandry tahun 2019, dimana Alfiandry menyebutkan bahwa kekuatan otot sangat dipengaruhi oleh faktor usia dan bagaimana lansia mengatasi penurunan kekuatan otot tersebut apakah tetap dibawa beraktivitas ringan atau hanya didiamkan saja yang akan berakibat pada kekakuan sendi (Alfiandry, 2019)

Berdasarkan teori yang dijelaskan oleh Nasrullah pada tahun 2016 menjelaskan bahwa keterbatasan mobilisasi mempengaruhi otot klien melalui kehilangan daya tahan, penurunan massa otot, dan penurunan stabilitas dimana massa otot menurun akibat metabolisme dan tidak digunakan, jika imobilisasi berlanjut dan otot tidak dilatih, maka akan terjadi penurunan massa yang berkelanjutan dan menyebabkan kekakuan otot (Nasrullah, 2016).

Hal yang sudah ditemukan peneliti sejalan dengan hasil penelitian Alfiandry dan teori yang dikemukakan oleh Nasrullah, yaitu ditandai dengan kebiasaan kurang aktif melakukan pergerakan seperti senam dengan gerakan yang ringan. Hal ini terjadi karena penurunan kekuatan massa otot yang disebabkan oleh proses penuaan.

2. Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan proses pengkajian yang sudah dilakukan peneliti pada klien Ibu A, didapatkan 3 diagnosa keperawatan (SDKI), karena keterbatasan waktu maka peneliti hanya mendokumentasikan 3 prioritas utama berdasarkan Tingkat Kegawatdaruratan dan Hirarki Maslow yaitu :

- a) Risiko Jatuh berhubungan dengan Kekuatan Otot Menurun
- b) Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan Penurunan Kekuatan Otot
- c) Defisit Perawatan Diri berhubungan dengan Kelemahan

Berdasarkan teori yang sudah peneliti paparkan sebelumnya, kemungkinan diagnosa yang akan muncul pada klien dengan gangguan ADL berdasarkan SDKI tahun 2017 yaitu :

- a) Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot
- b) Harga diri rendah situasional berhubungan dengan perubahan pada citra tubuh
- c) Keputusan berhubungan dengan penurunan kondisi fisiologis
- d) Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan
- e) Isolasi sosial berhubungan dengan perubahan penampilan fisik
- f) Risiko jatuh berhubungan dengan kekuatan otot menurun

Pada penelitian ini terdapat 3 diagnosa keperawatan yang sesuai dengan teori yang dipaparkan sebelumnya yaitu gangguan mobilitas fisik, risiko jatuh, dan defisit perawatan diri. Sedangkan diagnosa isolasi sosial, harga diri rendah, dan keputusan tidak dapat ditegakkan pada klien yang diteliti.

Menurut SDKI (2017), Risiko jatuh adalah berisiko mengenai kerusakan fisik dan gangguan kesehatan akibat terjatuh. Risiko jatuh dapat ditegakkan apabila klien mengeluh tidak bisa berjalan jika tidak ada bantuan seperti pegangan pada dinding, menggunakan tongkat atau dibimbing ketika berjalan, dan juga kondisi lingkungan yang tidak memadai seperti lantai dengan keramik licin, penyusunan perabot di kamar yang tidak sesuai yang meningkatkan resiko jatuh, jadi keluhan yang telah ditemukan pada klien sesuai dengan yang telah dipaparkan diatas sehingga diagnosa risiko jatuh dapat ditegakkan. Gangguan Mobilitas Fisik adalah keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri. Gangguan mobilitas fisik dapat ditegakkan jika klien mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas, kaki pada bagian

ekstremitas. Dan keluhan yang telah disebutkan ditemukan pada klien sehingga diagnosa gangguan mobilitas fisik dapat ditegakkan. Defisit perawatan diri adalah ketidakmampuan dalam menyelesaikan aktifitas perawatan diri. Defisit perawatan diri dapat ditegakkan jika ditemukan keluhan seperti menolak melakukan perawatan diri, tidak mampu mandi/mengenakan pakaian/ ke toilet/ berhias secara mandiri, minat dalam melakukan perawatan diri kurang. Dan keluhan yang telah disebutkan ditemukan pada klien sehingga diagnosa defisit perawatan diri dapat ditegakkan.

3. Intervensi Keperawatan

a) Intervensi yang disusun pada masalah keperawatan yang pertama yaitu risiko jatuh dengan tujuan yang ingin dicapai dimana kriteria hasilnya menunjukkan klien lansia dapat menopang berat badan meningkat, berjalan dengan langkah efektif meningkat, nyeri saat berjalan menurun, kaku pada persendian menurun, keengganan berjalan menurun, perasaan khawatir saat berjalan menurun.

Rencana tindakan yang sudah dilakukan adalah pencegahan jatuh dengan melakukan observasi yaitu : 1. Mengidentifikasi faktor risiko jatuh (mis. Usia > 65 tahun); 2. Mengidentifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh (mis. Lantai licin, penerangan kurang); 3. Memonitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi maupun sebaliknya. Pada terapeutik hal yang dilakukan adalah : 1. Memastikan tempat tidur dan kursi selalu dalam kondisi aman; 2. Menempatkan klien beresiko tinggi jatuh dekat dengan pantauan pengasuh; 3. Menggunakan alat bantu berjalan. Berikan edukasi berupa : 1. Anjuran untuk memanggil pengasuh jika membutuhkan bantuan untuk berpindah; 2. Anjuran berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh; 3. Anjuran melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri.

b) Intervensi yang disusun pada masalah keperawatan yang kedua yaitu gangguan mobilitas fisik dengan tujuan yang ingin dicapai dimana kriteria hasilnya menunjukkan klien lansia mengalami pergerakan ekstremitas meningkat, kekuatan otot meningkat, nyeri menurun, kaku sendi menurun, dan kelemahan fisik menurun.

Rencana tindakan yang sudah dilakukan adalah dukungan mobilisasi dengan melakukan observasi yaitu : 1. Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya; 2. Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan, memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi. Pada terapeutik hal yang dilakukan adalah memberikan fasilitas melakukan pergerakan jika diperlukan. Berikan edukasi berupa mobilisasi sederhana yang harus dilakukan misal duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi. Selanjutnya yang kedua yaitu teknik latihan penguatan sendi dengan melakukan observasi yaitu : 1. Mengidentifikasi keterbatasan fungsi dan gerak sendi; 2. Memonitor lokasi dan sifat ketidaknyamanan atau rasa sakit selama gerakan/aktivitas. Pada terapeutik hal yang dilakukan adalah : 1. Berikan posisi tubuh optimal untuk gerakan sendi pasif atau aktif; 2. Memfasilitasi gerak sendi teratur dalam batas-batas rasa sakit, ketahanan, dan mobilitas sendi; 3. Berikan penguatan positif untuk melakukan latihan bersama. Berikan edukasi berupa : 1. Mengajarkan duduk ditempat tidur, disisi tempat tidur atau di kursi sesuai toleransi; 2. Mengajarkan memvisualisasikan gerak tubuh sebelum memulai gerakan.

c) Intervensi yang disusun pada masalah keperawatan yang ketiga yaitu defisit perawatan diri dengan tujuan yang ingin dicapai dimana kriteria hasilnya menunjukkan klien lansia mengalami kemampuan mandi meningkat, kemampuan mengenakan pakaian meningkat, kemampuan makan meningkat, kemampuan ke toilet (BAB/BAK) meningkat, verbalisasi keinginan melakukan

perawatan diri meningkat, minat melakukan perawatan diri meningkat, mempertahankan kebersihan diri meningkat.

Rencana tindakan yang sudah dilakukan adalah dukungan perawatan diri dengan melakukan observasi yaitu : 1. Mengidentifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia; 2. Memonitor tingkat kemandirian; 3. Mengidentifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan. Pada terapeutik hal yang dilakukan adalah : 1. Menyediakan lingkungan yang hangat rileks dan privasi; 2. Menyiapkan keperluan pribadi, misal sabun mandi; 3. Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri; 4. Fasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan; 5. Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri; 6. Jadwalkan rutinitas perawatan diri. Berikan edukasi berupa menganjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan.

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi yang dilakukan pada diagnosa Risiko Jatuh, adalah membantu pengurangan resiko jatuh lansia dengan memastikan lantai selalu kering; membantu klien berpindah tempat sesuai kebutuhan; menyediakan pencahayaan yang cukup; membimbing lansia berjalan ditambah bantuan tongkat; menganjurkan tidak menggunakan alas kaki yang licin; menganjurkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri sesuai batas kemampuan. Pada saat implementasi keperawatan diterapkan, klien menunjukkan respon positif karena klien merasa terbantu terutama berkaitan dengan masalah kesehatannya.

Implementasi yang dilakukan pada diagnosa Gangguan Mobilitas Fisik, adalah mengukur ttv sebelum dan sesudah melakukan aktivitas; kaji kemampuan klien ketika berjalan; kaji keterbatasan fungsi dan gerak kaki; membantu klien berpindah sesuai

kebutuhan; membantu klien dari posisi duduk hingga berdiri; membantu klien dalam penggunaan alat bantu berjalan.

Implementasi yang dilakukan pada diagnosa Defisit Perawatan Diri, adalah menetapkan batas bantuan yang diberikan pada klien sesuai dengan kemampuan untuk perawatan diri; menyediakan lingkungan yang berprivasi; menyediakan keperluan pribadi seperti sabun mandi; dampingi dalam melakukan perawatan diri; membuat jadwal rutinitas perawatan diri.

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dari proses keperawatan yang digunakan untuk menentukan seberapa baik rencana keperawatan bekerja dengan meninjau respon klien. Evaluasi keperawatan yang dilakukan dalam bentuk SOAP. Evaluasi dilakukan selama 5 hari yaitu pada tanggal 3-7 Februari 2023 pada klien, dalam melakukan evaluasi, peneliti tidak menemukan faktor penghambat selama penelitian.

Evaluasi disefinisikan sebagai keputusan dari efektifitas asuhan keperawatan antara dasar tujuan keperawatan yang telah ditetapkan dengan respon perilaku lansia yang ditampilkan (Dewi, 2014).

Setelah melakukan implementasi pada Ibu A dengan diagnosa keperawatan risiko jatuh didapatkan hasil evaluasi subjektif yaitu klien mengatakan masih belum bisa pergi ke kamar mandi sendiri; klien mengatakan masih harus dibantu dalam membersihkan tempat tidur dan kamar; klien mengatakan masih takut untuk berjalan tanpa alat bantu; klien mengatakan kaki masih terasa lemah. Hasil evaluasi objektif yaitu klien tampak berjalan lambat dan berhati-hati; klien tampak berjalan menggunakan tongkat; klien tampak tidak bersemangat; kamar lansia bersih dan rapi serta tidak ada barang yang berserakan di lantai yang menyebabkan risiko jatuh. Maka didapatkan penilaian masalah resiko jatuh

teratasi sebagian, dan intervensi dilanjutkan oleh peneliti selama lima hari kedepan.

Rencana tindak lanjut yang dapat dilakukan adalah pencegahan resiko jatuh sesuai dengan teori yang dikemukakan Agustina pada tahun 2014, dimana hal yang dapat dilakukan diantaranya mengganti lampu dengan penerangan yang cukup, membersihkan lantai rumah, memindahkan barang-barang yang berserakan di lantai dan memindahkan barang-barang yang mudah bergeser (Agustina, 2014).

Setelah melakukan implementasi pada klien dengan diagnosa keperawatan gangguan mobilitas fisik didapatkan hasil evaluasi subjektif yaitu klien mengatakan masih kesulitan berjalan dan berpindah tempat; klien mengatakan kaki masih terasa kaku; mengatakan kurang semangat dalam melakukan aktivitas. Hasil evaluasi objektif yaitu klien tampak lemah; klien sulit ketika berpindah dari satu tempat ke tempat lain; klien bergantung pada alat bantu tongkat; klien hanya mampu berjalan dengan langkah pelan. Maka didapatkan penilaian masalah gangguan mobilitas fisik teratasi sebagian dan intervensi dilanjutkan oleh peneliti selama lima hari kedepan.

Setelah melakukan implementasi pada Ibu A dengan diagnosa keperawatan defisit perawatan diri didapatkan hasil evaluasi subjektif yaitu klien mengatakan masih kesulitan untuk melakukan perawatan mandi, berhias, berpakaian, dan makan. Hasil evaluasi objektif yaitu klien tampak kesulitan saat mandi sendiri karena harus berpegangan pada dinding kamar mandi; klien juga tampak kebingungan jika harus memakai pempers dan baju sendiri; klien juga kesulitan berjalan untuk mengambil makanan. Maka didapatkan penilaian masalah defisit perawatan diri teratasi sebagian dan intervensi dilanjutkan oleh peneliti selama lima hari kedepan.

BAB V

PENUTUP

A. KESIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian Asuhan Keperawatan pada lansia dengan Gangguan ADL di Panti Sosial Tresna Werdha Sabai Nan Aluih Sicincin, dapat diambil kesimpulan sebagai berikut :

1. Pengkajian

Pada pengkajian didapatkan klien mengeluh susah melakukan kegiatan sehari-hari secara mandiri, klien mengeluh kesulitan berjalan dan berpindah tempat sendiri, klien mengeluhkan kaki yang sering terasa kaku karena tidak pernah dibawa beraktivitas lebih, klien masih takut untuk berjalan tanpa alat bantu, klien masih membutuhkan bantuan untuk perawatan diri.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang muncul yaitu risiko jatuh didukung oleh data klien yaitu klien tidak bisa melaksanakan aktivitas sehari-hari tanpa bantuan tongkat dan pegangan serta klien kesulitan menjaga keseimbangan saat berdiri. Diagnose gangguan mobilitas fisik didukung oleh data klien yaitu kaki terasa lemah, kaku dan terasa berat saat dibawa berjalan serta klien harus memakai tongkat atau dipegangi saat berjalan. Diagnosa defisit perawatan diri didukung oleh data klien yaitu klien tidak bisa melakukan aktifitas perawatan diri secara mandiri seperti mandi, berhias, toileting, menggunting kuku.

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan yang direncanakan sesuai dengan masalah keperawatan yang ditemukan. Intervensi untuk diagnosa risiko jatuh adalah pencegahan jatuh, untuk diagnosa gangguan mobilitas fisik adalah dukungan mobilisasi, dan untuk diagnosa defisit perawatan diri adalah dukungan perawatan diri.

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan dilakukan berdasarkan intervensi yang telah direncanakan sesuai kondisi lansia di panti sosial. Implementasi untuk diagnosa risiko jatuh yaitu membantu klien berpindah tempat sesuai kebutuhan, memastikan lantai selalu kering, menyediakan pencahayaan yang cukup, membimbing lansia berjalan ditambah bantuan tongkat, menganjurkan tidak menggunakan alas kaki yang licin, menganjurkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri sesuai batas kemampuan. Implementasi untuk diagnosa gangguan mobilitas fisik yaitu mengukur ttv sebelum dan sesudah melakukan aktivitas, kaji kemampuan klien ketika berjalan, kaji keterbatasan fungsi dan gerak kaki, membantu klien berpindah sesuai kebutuhan, membantu klien dari posisi duduk hingga berdiri, membantu klien dalam penggunaan alat bantu berjalan. Implementasi untuk diagnosa defisit perawatan diri yaitu menetapkan batas bantuan yang diberikan pada klien sesuai dengan kemampuan untuk perawatan diri, menyediakan lingkungan yang berprivasi, menyediakan keperluan pribadi seperti sabun mandi, dampingi dalam melakukan perawatan diri, membuat jadwal rutinitas perawatan diri.

5. Evaluasi Keperawatan

Hasil evaluasi yang dilakukan selama 5 hari dalam bentuk SOAP, diagnosa keperawatan risiko jatuh belum teratasi, diagnosa gangguan mobilitas fisik belum teratasi, dan diagnosa defisit perawatan diri belum teratasi.

6. Rencana Tindak Lanjut

Rencana tindak lanjut untuk diagnosa risiko jatuh yang dapat diberikan pada klien yaitu menjelaskan kepada klien pentingnya melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri, sedangkan tindak lanjut bagi pengasuh memfasilitasi klien dalam penyediaan ruangan yang menjauhkan dari risiko

jatuh. Rencana tindak lanjut untuk diagnosa gangguan mobilitas fisik adalah menjelaskan pada klien pentingnya melakukan pergerakan seperti berjalan di sekitaran wisma dengan dibimbing agar kaki tidak terlalu kaku, rencana tindak lanjut bagi pengasuh yaitu membantu klien dalam mobilisasi yang aman walaupun dalam waktu yang sebentar agar kaki tidak terlalu kaku lagi. Rencana tindak lanjut untuk diagnosa defisit perawatan diri yaitu menjelaskan pada klien bahwa perawatan diri itu penting agar kita pun jadi bersemangat ketika melakukan aktivitas dalam keadaan yang bersih, rencana tindak lanjut bagi pengasuh yaitu selalu mendampingi klien dalam perawatan diri, membuat jadwal rutinitas perawatan diri.

B. SARAN

1. Bagi Perawat

Penelitian yang dilakukan adalah tentang Asuhan Keperawatan pada Lansia dengan Gangguan ADL di Panti Sosial Tresna Werdha Sabai Nan Aluih Sicincin agar dapat menjadi acuan bagi perawat dalam memberikan asuhan keperawatan secara professional dan komprehensif pada lansia.

2. Bagi Mahasiswa dan Peneliti Berikutnya

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

3. Bagi Pengasuh

Disarankan kepada pengasuh agar dapat terus mendampingi dan memastikan bahwa lansia tetap melakukan latihan yang diajarkan. Disarankan juga kepada pengasuh agar tetap mengatur dalam menjaga perawatan diri. Selain itu disarankan juga kepada pengasuh untuk memberikan dukungan baik secara fisik maupun psikis.

DAFTAR PUSTAKA

- Abubakar, R. (2021). *Pengantar Metodologi Penelitian*. SUKA-Press UIN Sunan Kalijaga.
- Agustina, L. (2014). *Deskriptif tentang Karakteristik lingkungan yang beresiko terjadinya jatuh pada lansia di Desa Susukan Kecamatan Susukan Kabupaten Semarang*.
- Alfiandry. (2019). *Asuhan Keperawatan Pada Lanjut Usia Dengan Gangguan Mobilisasi Di PSTW Sabai Nan Aluih Sicincin Kabupaten Padang Pariaman*.
- Aria, R., Ikhsan, I., & Nurlaily, N. (2019). *Kemandirian Lanjut Usia Dalam Kehidupan Sehari-Hari*. <https://doi.org/10.33369/jvk.v2i1.10651>
- Aspiani, R. Y. (2014). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Gerontik*. Jakarta Timur : Trans Info Media.
- Bangun. (2012). *Sehat dan Bugar pada Usia Lanjut dengan Jus Buah dan Sayur*. Jakarta : Agromedia Pustaka.
- Chairil, & Rambe, I. W. U. (2022). Tingkat Kepuasan Lansia Tentang Pelayanan Kesehatan di Panti Khusnul Khotimah Pekanbaru. *Photon: Jurnal Sain Dan Kesehatan*, 12(2), 76–84. <https://doi.org/10.37859/jp.v12i2.3446>
- Chen, B. K., Jalal, H., Suen, S. C., Eggleston, K., Hurley, M., Schoemaker, L., & Bhattacharya, J. (2018). Peramalan tren kecacatan dalam masyarakat yang sangat menua : mengadaptasi model lansia masa depan ke Jepang. *Journal Of The Economics Of Ageing (Vol.8)*. <https://doi.org/10.1016/j.jeoa.2016.06.001>
- Depkes, R. (2012). *Profil Data Kesehatan Indonesia*. <https://www.kemkes.go.id/article/view/13010200015/download-pusdatin-profil-kesehatan-indonesia-2012.html>
- Dewi, S. R. (2014). *Buku Ajar Keperawatan Gerontik*. Budi Utama.
- Emmelia Ratnawati. (2021). *Asuhan Keperawatan Gerontik*. Yogyakarta : Pustaka Baru Press.
- Ermawan, B. (2019). *Pengantar Patofisiologi*. Yogyakarta : Pustaka Baru Press.
- Friska, B., Usraleli, U., Idayanti, I., Magdalena, M., & Sakhnan, R. (2020). The Relationship Of Family Support With The Quality Of Elderly Living In Sidomulyo Health Center Work Area In Pekanbaru Road. *Jurnal Proteksi Kesehatan*, 9(1), 1–8. <https://doi.org/10.36929/jpk.v9i1.194>
- Hadi, A., Asrori, & R. (2021). *Penelitian Kualitatif*. Purwokerto : CV. Pena Persada Redaksi.
- Heri, L., & Cicih, M. (2022). *Lansia di era bonus demografi Older person in the era of demographic dividend*. 17(1), 1–14. <https://doi.org/10.14203/jki.v17i1.636>
- Hidayat, A.A & Uliyah, M. (2014). *Pengantar Kebutuhan Dasar Manusia*.

Jakarta Pusat : Salemba Medika.

- Jannah, M., Yacob, F., & Julianto. (2017). Rentang Kehidupan Manusia (Life Span Development) Dalam Islam. *Gender Equality:International Journal of Child and Gender Studies*, 3(1), 97–114.
- JAWA, P., KALISAT, J., & HISWANDOKO, M. F. (2020). Program Studi S-1 Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Jember. *Repository.Unmuhjember.Ac.Id*.
- Kartinah dan Agus, S. (2014). *Masalah psikososial pada lanjut usia*. Berita Ilmu Keperawatan ISSN 1979-2697, Vol 1, No. 1. diakses pada 20 November 2018. <https://publikasiilmiah.ums.ac.id/>
- Kholifah, S. N. (2016). *Keperawatan Gerontik*. Jakarta : Kemenkes RI.
- Kuntjoro, Z. (2014). *Masalah Kesehatan Jiwa Lansia*. Jakarta: CV. Trans Info Media.
- Manafe, L. A., & Berhimpon, I. (2022). Hubungan Tingkat Depresi Lansia Dengan Interaksi Sosial Lansia di BPSLUT Senja Cerah Manado. *Jurnal Ilmiah Hospitality* 749, 11(1), 749–758.
- Marlita. (2017). *Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Tingkat Kemandirian Lansia Dalam Melakukan Activity Daily Living (ADL) Di UPT PSTW Khusnul Khotimah*.
- Maryam. (2012). *Mengenai Usia Lanjut dan Perawatannya*. Jakarta Pusat : Salemba Medika.
- Nasrullah, D. (2016). *Buku Ajar Keperawatan Gerontik*. Jakarta Timur : Trans Info Media.
- Novia, T. (2016). *Hubungan Fungsi Kognitif Dengan Tingkat Kemandirian Aktivitas Sehari-hari Pada Lansia di UPT Panti Werha Budhi Dharma Ponggalan*.
- Nugroho, W. (2015). *Keperawatan Gerontik & Geriatrik*. Buku Kedokteran EGC.
- Nuraeni, R., Akbar, M. R., & Tresnasari, C. (2019). Pengaruh Senam Lansia terhadap Tingkat Kebugaran Fisik pada Lansia Berdasar atas Uji Jalan 6 Menit. *Jurnal Integrasi Kesehatan & Sains*, 1(2), 121–126. <https://doi.org/10.29313/jiks.v1i2.4633>
- Potter, P.A., Perry, A.G., Stockert, P.A., Hall, A. M. (2013). *Fundamentals of Nursing*. 8th ed. St. Louis, Missouri: Elsevier Mosby.
- Prabasari, N. A., Juwita, L., & Maryuti, I. A. (2017). Jurnal Ners LENTERA, Vol. 5, No. 1, Maret 2017 Pengalaman Keluarga Dalam Merawat Lansia di Rumah (STUDI FENOMENOLOGI). *Jurnal Ners Lentera*, 5(1), 56–68.
- Purba, E. P., Veronika, A., Ambarita, B., & Sinaga, D. (2022). Tingkat Kemandirian Lansia Dalam Pemenuhan Activity Daily Living (ADL) di Panti Pemenang Jiwa. *Healthcaring: Jurnal Ilmiah Kesehatan*, 1(1), 27–35.

<https://doi.org/10.47709/healthcaring.v1i1.1320>

- Ramdhan, M. (2021). *Metodologi Penelitian*. Cipta Media Nusantara.
- Ratnawati, E. (2017). *Asuhan Keperawatan Gerontik*. Yogyakarta : Pustaka Baru Press.
- Raveena, A. (2017). *Perubahan fisiologis apa saja yang terjadi akibat proses penuaan?* <https://www.dictio.id/t/perubahan-fisiologis-apa-saja-yang-terjadi-akibat-proses-penuaan/6104>
- Regina, F. (2018). *Asuhan Keperawatan Pada Lanjut Usia Dengan Gangguan Mobilisasi Di PSTW Sabai Nan Aluih Sicincin*.
- Rohaedi, Slamet. (2016). *Tingkat Kemandirian Lansia dalam Activities Daily living Di Panti Sosial Tresna Werdha Senja Rawi*. Jurnal Pendidikan Keperawatan Indonesia Vol. 2 No. 1.
- SDKI. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia : Definisi dan Indikator Diagnostik*. Jakarta : Dewan Pengurus PPNI.
- Senja Amalia & Prasetyo Tulus. (2019). *Perawatan Lansia*. Jakarta : Bumi Medika.
- Setiati. (2015). *Keperawatan Gerontik dan Geriatrik*. Jakarta: EGC.
- SIKI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia : Definisi dan Tindakan Keperawatan*. Jakarta : Dewan Pengurus PPNI.
- SLKI. (2018). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia : Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan*. Jakarta : Dewan Pengurus PPNI.
- Suardiman, P, S. (2011). *Psikologi Usia Lanjut*. Gajah Mada University Press.
- Sunaryo. (2015). *Asuhan Keperawatan Gerontik* (Andi (ed.)).
- Supriadi. (2018). Lanjut Usia Dan Permasalahannya. *Jurnal PPKn & Hukum*, 10(2), 84–94.
- Widyastuti, D., & Ayu. (2019). Tingkat Ketergantungan Lansia Berdasarkan Usia dan Jenis Kelamin Di Panti Sosial Trseno Werda Nirwana Puri Samarinda. *Borneo Nursing Journal (BNJ)*, 1(1), 1–15.
- World Bank. (2019). *World Population Ageing 2019*. http://link.springer.com/chapter/10.1007/978-94-007-5204-7_6

ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK

A. IDENTITAS DIRI KLIEN

Nama (Umur)	: Ibu A (90 tahun)
Jenis Kelamin	: Perempuan
Status Perkawinan	: Cerai Mati
Agama	: Nasrani
Pendidikan Terakhir	: SD
Sumber Informasi	: Ibu A dan Ibu Pengasuh Wisma
Keluarga Yang Bisa Dihubungi	: -
Diagnosa Medis (Jika Ada)	: -

B. RIWAYAT KESEHATAN SEKARANG

1. Keluhan Utama

Saat dilakukan pengkajian Ibu A mengatakan selalu menggunakan tongkat atau dibantu teman sesama lansia atau pengasuh wisma untuk melakukan kegiatan seperti duduk di tempat tidur, dibantu berjalan ke kamar mandi, mengambil makanan, memakaikan pakaian, dan berhias. Klien juga mengeluh terasa kaku dibagian pinggang dan lutut, klien juga mengatakan susah berjalan karna otot kaki yang lemah.

2. Kronologi Keluhan

a) Faktor Pencetus

Faktor Umur (Fisiologis)

b) Timbulnya Keluhan

Keluhan kaku dibagian pinggang dan lutut, dan susah berjalan karena otot kaki yang melemah.

c) Lamanya

Durasi keluhan kaki yang dirasakan ketika bangun dari posisi tidur yang lama tepatnya ketika ingin mandi dan makan. Keluhan susah berjalan dirasakan ketika ingin berjalan ke kamar mandi.

d) Upaya Klien Untuk Mengatasi

Tidur untuk menghilangkan kekakuan pinggang dan meluruskan kaki untuk mengurangi kekakuan.

C. RIWAYAT KESEHATAN MASA LALU

1. Riwayat Alergi

Ibu A mengatakan tidak ada alergi makanan, obat dan lingkungan.

2. Riwayat Kecelakaan

Ibu A mengatakan tidak memiliki riwayat kecelakaan atau riwayat jatuh.

3. Riwayat dirawat di RS

Ibu A mengatakan tidak pernah dirawat di RS

4. Riwayat Konsumsi Obat

Ibu A mengatakan tidak dalam masa mengonsumsi obat rutin.

D. RIWAYAT KESEHATAN KELUARGA

Ibu A mengatakan ia tidak mengetahui ada atau tidaknya keluarga yang memiliki masalah kesehatan atau penyakit keturunan lainnya.

E. RIWAYAT PSIKOSOSIAL DAN SPIRITUAL

1. Orang terdekat dengan klien

Ibu A mengatakan tidak memiliki orang terdekat selama di wisma.

2. Masalah yang mempengaruhi klien

Klien mengatakan masalah yang mempengaruhi klien saat ini adalah klien mengalami kesulitan dalam melakukan aktivitas sehari-hari secara mandiri.

3. Mekanisme koping terhadap stress

Mekanisme koping klien terhadap stress adalah dengan beristirahat.

4. Persepsi klien terhadap penyakitnya

Klien mengatakan yang dipikirkannya saat ini adalah masalah kesehatannya. Klien berharap setelah masuk panti, dirinya lebih terurus dan bisa menikmati masa tuanya. Klien mengatakan setelah masuk panti dirinya lebih tenang.

5. Sistem nilai kepercayaan

a. Aktifitas keagamaan/kepercayaan yang dilakukan

Aktifitas keagamaan yang dilakukan adalah berdoa setiap harinya, serta menyanyikan lagu pujian.

- b. Kegiatan keagamaan/kepercayaan yang ingin dilakukan
Klien ingin mendengarkan ceramah keagamaan seperti yang pernah dilakukannya dulu dan membaca kitab suci.
- c. Kepercayaan akan adanya kematian
Klien percaya akan adanya kematian, klien mengatakan bahwa setiap makhluk hidup akan merasakan mati, oleh karena itu klien berusaha untuk beribadah semaksimal mungkin untuk mempersiapkan kematiannya.

F. POLA KEBIASAAN SEHARI-HARI

1. Nutrisi

- a) Frekuensi makan
Klien makan 3x sehari
- b) Jenis makanan
Nasi lunak, lauk, sayur, buah
- c) Kebiasaan sebelum makan
-
- d) Nafsu makan
Klien mengatakan nafsu makannya baik
- e) Makanan yang disukai
Klien mengatakan menyukai makanan yang berkuah seperti lontong dan soto.

2. Eliminasi

- a) Berkemih
 - 1) Frekuensi
Klien mengatakan BAK 3-5x sehari (Klien memakai pempers)
 - 2) Warna
Kuning jernih
 - 3) Keluhan
Klien mengatakan tidak ada keluhan

- b) Defekasi
 - 1) Frekuensi
1x sehari
 - 2) Warna
Kuning kecoklatan
 - 3) Waktu
Pagi
 - 4) Bau
Normal, seperti bau feses pada umumnya
 - 5) Konsistensi
Padat dan terkadang keras
 - 6) Keluhan
Klien mengatakan terkadang susah BAB dan sulit mengejan
 - c) Pengalaman makan laksatif
Klien mengatakan tidak pernah mengonsumsi obat laksatif, biasanya jika mengalami susah BAB klien banyak minum air putih dan banyak makan sayur dan buah.
3. Hygiene Personal
- a) Mandi
 - Frekuensi : 1x sehari
 - Pakai sabun : Ya
 - b) Oral Hygiene
 - Frekuensi : 1x sehari
 - Waktu : Pagi
 - Pakai odol : Ya
 - c) Cuci Rambut
 - Frekuensi : Setiap hari
 - Pakai shampoo : Tidak
 - d) Gunting Kuku
 - Frekuensi : 1x seminggu

4. Kebiasaan Tidur dan Istirahat
 - a) Tidur siang : Kadang-kadang (1-2 jam)
 - b) Tidur malam : 6-7 jam
5. Aktivitas dan Latihan
 - a) Olahraga

Klien mengatakan tidak pernah lagi mengikuti kegiatan senam yang ada setiap minggu.
 - b) Kegiatan waktu luang

Klien mengatakan ketika waktu luang hanya menghabiskan waktu dikamar, tidak berbaur dengan lansia lain di wisma.
 - c) Keluhan dalam beraktivitas

Klien mengatakan ia memiliki alasan kenapa tidak beraktivitas yaitu karena ia sudah tidak bisa lagi melaksanakan aktivitas itu sendiri dan harus memerlukan bantuan bimbingan ketika berjalan. Klien mengatakan tidak mau meminta bantuan untuk beraktivitas karena memang tidak ada keinginan juga untuk keluar selain mandi dan buang air.
6. Kebiasaan
 - a) Merokok : Tidak
 - b) Minuman keras : Tidak
 - c) Ketergantungan obat : Tidak

G. PEMERIKSAAN FISIK

Pemeriksaan fisik dilakukan tanggal 3 Februari 2023, didapatkan hasil :

1. TTV

Tekanan darah : 125/78 mmHg
Nadi : 97 x/menit
Nafas : 21 x/menit
Suhu : 36,5 C
2. Kepala

Rambut klien bersih, rambut pendek dan beruban, tidak ada luka, rambut tidak rontok dan tidak berketombe.

3. Mata

Konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, klien tidak menggunakan kacamata, penglihatan kabur dan kadang-kadang mata terasa gatal.

4. Hidung

Hidung klien tampak sedikit kotor, tidak ada gangguan penciuman, tidak ada luka, tidak ada pernafasan cuping hidung.

5. Telinga

Telinga klien simetris, telinga tampak sedikit kotor, tidak memiliki gangguan pendengaran.

6. Mulut dan Bibir

Mukosa bibir lembab, tidak ada luka, tidak pucat, klien tidak memakai gigi palsu, banyak akar gigi yang belum dicabut sehingga terdapat kesulitan dalam mengunyah makanan keras seperti daging sapi dan ayam, tidak ada kesulitan dalam menelan.

7. Leher

Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid dan tidak ada pembesaran kelenjar getah bening.

8. Dada

a. Inspeksi

Dada simetris kiri dan kanan, tidak ada perbedaan bentuk dada, tidak ada retraksi dinding dada, tidak ada penggunaan otot bantu napas.

b. Palpasi

Fremitus kiri dan kanan teraba sama, tidak ada nyeri tekan

c. Perkusi

Sonor

d. Auskultasi

Vesikuler

9. Abdomen

a. Inspeksi

Abdomen simetris dan supel, tidak ada asites

b. Palpasi

Tidak ada pembengkakan, tidak ada nyeri tekan, tidak ada pembengkakan hepar

c. Perkusi

Tympani

d. Auskultasi

Bising usus normal

10. Genitalia

Tidak dilakukan pemeriksaan dan tidak ada keluhan

11. Ekstremitas

Pengukuran kekuatan otot ekstremitas :

Skala	Persentase Kekuatan Otot (%)	Karakteristik	Ekstremitas Atas		Ekstremitas Bawah	
			Kanan	Kiri	Kanan	Kiri
0	0	Paralisis Sempurna				
1	10	Tidak ada gerakan, kontraksi otot dapat dipalpasi atau dilihat				
2	25	Gerakan otot penuh melawan gravitasi				
3	50	Gerakan yang normal melawan gravitasi				V
4	75	Gerakan penuh yang normal melawan gravitasi dan melawan tahanan minimal	V		V	
5	100	Kekuatan normal, gerakan penuh yang normal melawan gravitasi dan tahanan penuh		V		

a. Atas

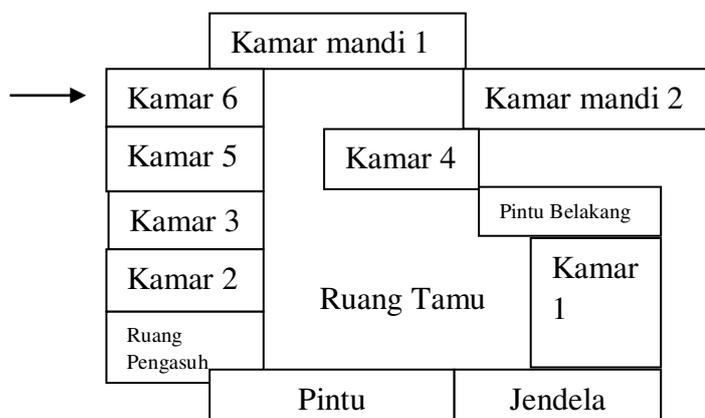
Bentuk simetris, tidak ada luka, tidak ada edema, CRT < 2 detik, akral hangat. Tangan kanan tampak sulit menggenggam. Kekuatan otot tangan kanan 4, kekuatan otot kiri 5.

b. Bawah

Bentuk simetris, tidak ada luka, tidak ada edema, CRT < 2 detik, otot kaki sebelah kiri tampak lemah. Kekuatan otot kaki kanan 4, kekuatan otot kaki kiri 3.

H. PENGKAJIAN LINGKUNGAN

Keadaan Wisma Antokan terlihat baik. Kamar Ibu A terletak didekat kamar mandi pertama. Bagian dalam kamar Ibu A terlihat kurang bersih karena sedikit terdapat debu di atas lemari Ibu A. Barang-barang tersusun rapi dan tidak berantakan. Kamar Ibu A terdapat jendela yang menghadap ke wisma sebelah dan selalu terbuka setiap harinya dan mulai dibuka saat pagi hari dan ditutup menjelang sore ke maghrib. Penataan di dalam kamar Ibu A tersusun rapi. Yang membersihkan kamar Ibu A setiap harinya adalah ibu pengasuh wisma karena Ibu A tidak mampu membersihkan kamar sendiri. Di Wisma Antokan terdapat 3 kamar mandi, yang berlantaikan keramik tidak licin (khusus kamar mandi), terdapat peralatan mandi seperti sabun dan jaring sabun untuk penggosok badan. Pembuangan air kotor dialirkan ke selokan kecil di belakang wisma. Penataan halaman di Wisma Antokan cukup baik dan bersih. Ibu pengasuh wisma mengatakan untuk pengumpulan sampah terletak di depan rumah, dan diangkut setiap harinya.



Ket. :

Kamar 6 : Kamar Ibu A

I. PENGKAJIAN STATUS MENTAL

Daya orientasi Ibu A kurang baik, tidak dapat menjawab beberapa pertanyaan yang diajukan, daya ingat Ibu A kurang baik karena tidak dapat mengingat dan menceritakan kejadian di masa lalu. Ibu A memiliki kontak mata yang kurang karena sesekali menjauh saat berbicara dengan lawan bicara. Dan afek Ibu A menunjukkan afek positif yaitu tenang dan menyenangkan.

J. PENGKAJIAN STATUS KEMANDIRIAN

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

14	Menggunakan transportasi umum untuk bepergian.		0
15	Menyiapkan obat dan minum obat sesuai aturan (takaran obat dan waktu minum obat yang tepat).		0
16	Merencanakan dan mengambil keputusan untuk kepentingan keluarga dalam hal penggunaan uang, aktivitas sosial yang dilakukan dan kebutuhan akan pelayanan kesehatan.		0
17	Melakukan aktivitas di waktu luang (kegiatan keagamaan, sosial, rekreasi, olahraga, dan menyalurkan hobi).		0
JUMLAH POIN MANDIRI		3	

Interpretasi Hasil :

- 17 : Mandiri
- 13-16 : Ketergantungan Ringan
- 9-12 : Ketergantungan Sedang
- 5-8 : Ketergantungan Berat
- 0-4 : Ketergantungan

Jumlah poin mandiri 3, berada di titik **KETERGANTUNGAN**

Status kemandirian Ibu A dikategorikan memiliki ketergantungan pada kelima fungsi dasar. Ibu A memiliki kategori kemandirian sangat rendah. Ibu A memiliki ketergantungan, baik itu untuk mandi, berhias, toileting, berpindah tempat maupun untuk menyiapkan makan sendiri sehingga dibantu teman sesama lansia dan ibu pengasuh wisma. Ibu A juga tidak bisa melakukan aktivitas karena Ibu A mengalami penurunan kekuatan otot dan juga usia yang sudah lebih 65 tahun.

K. PENGKAJIAN PSIKOSOSIAL/GERIATRIC DEPRESION SCALE (SKALA DEPRESI)

No.	Pertanyaan	Jawaban	
		Ya	Tidak
1.	Apakah pada dasarnya anda puas dengan kehidupan anda ?	1	
2.	Apakah anda telah meninggalkan banyak kegiatan dan minat atau kesenangan anda ?		1
3.	Apakah anda merasa kehidupan anda kosong ?		1
4.	Apakah anda sering merasa bosan ?	1	
5.	Apakah anda mempunyai semangat yang baik setiap saat ?		1
6.	Apakah anda takut bahwa sesuatu yang buruk akan terjadi pada anda ?		1

7.	Apakah anda merasa bahagia untuk sebahagian besar hidup anda ?	1	
8.	Apakah anda sering merasa tidak berdaya ?	1	
9.	Apakah anda lebih senang tinggal dirumah, daripada keluar dan mengerjakan sesuatu yang baru ?	1	
10.	Apakah anda merasa bahwa anda lebih banyak mempunyai masalah dengan ingatan anda dibandingkan kebanyakan orang ?		1
11.	Apakah anda berfikir bahwa hidup anda sekarang ini lebih menyenangkan ?		1
12.	Apakah anda merasa tidak berharga seperti perasaan anda saat ini ?		1
13.	Apakah anda merasa penuh semangat ?		1
14.	Apakah anda berfikir, bahwa kondisi anda saat ini tidak ada harapan ?	1	
15.	Apakah anda berfikir bahwa orang lain lebih baik keadaanya daripada anda ?	1	
Total jawaban "Ya"		7	

Interpretasi hasil :

Kesimpulannya klien tidak mengalami depresi atau memikirkan hal-hal yang tidak perlu. Dapat diartikan klien hanya berfokus pada kehidupan yang dijalani sekarang dibuktikan dengan puas menjalani kehidupan sekarang.

L. PENGKAJIAN MINI MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE)

No.	Item Penilaian	Benar (1)	Salah (0)
1	ORIENTASI		
	1. Tahun berapa sekarang ?		0
	2. Musim apa sekarang ?		0
	3. Tanggal berapa sekarang ?		0
	4. Hari apa sekarang ?		0
	5. Bulan apa sekarang ?		0
	6. Di Negara mana anda tinggal ?	1	
	7. Di Provinsi mana anda tinggal ?	1	
	8. Di kabupaten mana anda tinggal ?		0
	9. Di kecamatan mana anda tinggal ?		0
	10. Di desa mana anda tinggal ?		0
2	REGISTRASI		
	Minta klien menyebutkan 3 objek		
	11. Bantal	1	
	12. Gelas	1	
	13. Sendok	1	
3	PERHATIAN DAN KALKULASI		
	14. K		0
	15. A		0
	16. P		0
	17. A		0
	18. B		0
4	MENGINGAT		

	Minta klien untuk mengulang 3 objek diatas		
	19. Bantal	1	
	20. Gelas		0
	21. Sendok	1	
5.	BAHASA		
	Penamaan Tunjukkan 2 benda, minta klien menyebutkan :		
	22. Jam tangan	1	
	23. Pensil		0
	Pengulangan Minta klien mengulangi tiga kalimat berikut :		
	24. Taka da jika, dan, atau tetapi	1	
	Perintah tiga langkah		
	25. Ambil kertas !	1	
	26. Lipat dua !		0
	27. Taruh dilantai !	1	
	Turuti hal berikut		
	28. Tutup mata	1	
	29. Tulis satu kalimat		0
	30. Salin gambar		0
	JUMLAH	12	

Analisis Hasil :

Kesimpulan yang didapat yaitu klien mengalami gangguan kognitif berat. Karena klien mengalami masalah dalam hal berupa penyebutan tahun, tanggal, dan daerah dimana ia tinggal sekarang. Klien juga tidak bisa mengeja huruf secara terbalik. Klien juga tidak bisa menyebutkan kembali satu objek yang sudah dipilih sebelumnya. Klien juga tidak bisa mengikuti perintah untuk menulis satu kalimat dan menyalin gambar.

M. PENGUKURAN ADL (ACTIVITY DAILY LIVING) DENGAN INDEKS BARTHEL

No.	Jenis ADL	Kategori	Skor
1.	Makan	0 : Tidak mampu 1 : Perlu bantuan 2 : Mandiri	1
2.	Mandi	0 : Tergantung orang lain 1 : Mandiri	0
3.	Perawatan diri	0 : Perlu bantuan 1 : Mandiri	0
4.	Berpakaian	0 : Tergantung orang lain 1 : Sebagian dibantu 2 : Mandiri	0
5.	Buang air kecil	0 : Tidak bisa mengontrol (perlu kateter dan tidak dapat mengatur) 1 : BAK kadang-kadang	1

		(sekali/24 jam) 2 : Terkontrol penuh (lebih dari 7 hari)	
6.	Pengguna Toilet	0 : Tergantung bantuan orang lain 1 : Butuh bantuan 2 : Dapat duduk dengan sedikit 3 : Mandiri	2
7.	Berpindah	0 : Tidak dapat 1 : Butuh bantuan 2 : Dapat duduk dengan sedikit 3 : Mandiri	2
8.	Mobilitas	0 : Tidak bergerak 1 : Mandiri dengan kursi roda 2 : Berjalan dengan bantuan	2
9.	Naik turun tangga	0 : Tidak mampu 1 : Perlu bantuan 2 : Mandiri	0
	Jumlah		8

Interpretasi Hasil :

Kesimpulan yang didapat yaitu klien tergolong ketergantungan (dependen) dalam tingkat sedang dimana klien bisa melakukan segala aktivitas dengan dibantu orang lain. Misal, dalam hal makan klien bisa menyuapi diri sendiri tapi harus dibantu dalam mempersiapkan makan. Contoh lagi, dalam hal berpakaian klien harus dibantu dalam pemasangan pempers dan pemasangan pakaian, serta berhias seperti menyisir dan memakai bedak.

N. ANALISA DATA

No.	Data	Masalah	Etiologi
1.	Ds : a) Klien mengatakan kesulitan saat berjalan karena saat ini kaki terasa lemah jika digunakan. b) Klien mengatakan terasa kaku pada bagian pinggang dan lutut. c) Klien mengatakan bahwa ia kesulitan berjalan dan	Gangguan Mobilitas Fisik	Penurunan kekuatan otot dan Kekakuan Sendi

	<p>berpindah tempat tanpa tongkat ataupun bantuan pengasuh</p> <p>d) Klien mengatakan lebih nyaman melakukan aktivitas sehari-hari dengan tongkat dan bantuan pengasuh</p> <p>e) Klien mengeluh tidak mampu menggenggam dengan baik pada tangan kanan karena terasa berat dan lemah</p> <p>f) Klien mengatakan tidak mampu membersihkan kamar dan tempat tidur sendiri</p> <p>Do :</p> <p>a) Klien tampak kesulitan saat bangun dari tempat tidur dan berpindah tempat</p> <p>b) Klien tampak menggunakan tongkat dan dibantu pengasuh untuk beraktivitas</p> <p>c) Gerakan klien tampak terbatas</p> <p>d) Saat dilakukan pengkajian kemandirian dengan Indeks Barthel, skor tingkat ketergantungan klien adalah 8 atau ketergantungan sedang</p>		
--	--	--	--

	<p>(mobilitas : berjalan dengan bantuan, naik turun tangga : tidak mampu, ke toilet : butuh bantuan tapi dapat duduk sedikit)</p> <p>e) Kekuatan otot ekstremitas bawah : kanan (4), kiri (3)</p> <p>f) Klien tidak pernah lagi mengikuti senam</p>		
2.	<p>Ds :</p> <p>a) Klien mengatakan jika tidak menggunakan tongkat atau tidak dibantu ketika berdiri dan berjalan akan terasa tidak seimbang dan terasa mau jatuh</p> <p>Do :</p> <p>a) Klien tampak sempoyongan jika berdiri terlalu lama</p> <p>b) Klien tampak bertumpu pada tongkat untuk berdiri</p> <p>c) Jarak kedua kaki klien saat berdiri tampak agak rapat yang membuat klien susah menjaga keseimbangan saat berdiri</p> <p>d) Klien tampak selalu bertumpu pada dinding juga untuk melakukan</p>	Resiko jatuh	Kekuatan otot menurun

	perpindahan posisi berdiri		
3.	<p>Ds :</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Klien mengatakan tidak mampu untuk mandi sendiri karena saat mandi harus bertumpu pada dinding b) Klien mengatakan untuk berpakaian dan berhias tidak bisa dilakukan secara mandiri <p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Minat klien dalam melakukan perawatan diri kurang b) Klien tampak tidak mampu untuk mandi, ke toilet, dan berhias secara mandiri c) Klien tampak menolak dalam melakukan perawatan diri d) Klien mencuci rambut tidak memakai shampoo e) Hidung dan telinga klien tampak sedikit kotor 	Defisit perawatan diri	Kelemahan
4.	<p>Ds :</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Klien mengatakan untuk apa keluar kamar lebih baik di dalam saja b) Klien mengatakan tidak mau berbaur dengan lansia lain c) Klien mengatakan tidak 	Gangguan interaksi sosial	Ketiadaan orang terdekat

	<p>punya orang terdekat</p> <p>d) Klien mengatakan tidak mau keluar selain mandi dan buang air</p> <p>Do :</p> <p>a) Klien tampak lebih nyaman duduk sendiri di kamar</p> <p>b) Kontak mata klien kurang saat berbicara</p> <p>c) Klien tampak tidak lagi ikut kegiatan seperti wirid dan kegiatan sosial lainnya</p>		
5.	<p>Ds :</p> <p>a) Klien mengatakan tidak mampu mempelajari keterampilan baru</p> <p>b) Klien mengatakan tidak mampu mengingat informasi factual</p> <p>c) Klien mengatakan tidak mampu mengingat perilaku tertentu yang pernah dilakukan</p> <p>d) Klien mengatakan tidak mampu mengingat peristiwa</p> <p>Do :</p> <p>a) Klien tidak dapat menjawab beberapa pertanyaan yang diberikan (hari, bulan, tahun, dimana tinggal)</p> <p>b) Klien tidak dapat</p>	Gangguan memori	Proses penuaan

	<p>menceritakan kejadian/cerita masa lalu</p> <p>c) Klien tidak bisa mengeja huruf secara terbalik</p> <p>d) Klien tidak menyebutkan kembali objek yang dipilih</p> <p>e) Klien tidak bisa menulis kalimat dan menyalin gambar</p>		
--	--	--	--

O. MASALAH YANG DITEMUKAN PADA KLIEN

- 1) Gangguan mobilitas fisik b/d Penurunan kekuatan otot dan kekakuan sendi
- 2) Resiko jatuh b/d Kekuatan otot menurun
- 3) Gangguan interaksi sosial b/d Ketiadaan orang terdekat
- 4) Defisit perawatan diri b/d Kelemahan
- 5) Gangguan memori b/d Proses penuaan

P. PRIORITAS MASALAH

No.	Teknik Pengambilan Prioritas Masalah	Diagnosa	Prioritas
1.	Tingkat Kegawatdaruratan yang Mengancam Jiwa	Resiko jatuh b/d Kekuatan otot menurun	1
		Gangguan mobilitas fisik b/d Penurunan kekuatan otot dan kekakuan sendi	2
2.	Hirarki Maslow	Defisit perawatan diri b/d Kelemahan	3
		Gangguan interaksi sosial b/d Ketiadaan orang terdekat	4
		Gangguan memori b/d Proses penuaan	5

Dari tabel diatas dapat disimpulkan bahwa urutan prioritas masalah pada klien Ibu A dengan gangguan ADL adalah :

- a. Resiko jatuh b/d Kekuatan otot menurun
- b. Gangguan mobilitas fisik b/d Penurunan kekuatan otot dan kekakuan sendi
- c. Defisit perawatan diri b/d Kelemahan
- d. Gangguan interaksi sosial b/d Ketiadaan orang terdekat
- e. Gangguan memori b/d Proses penuaan

Q. INTERVENSI KEPERAWATAN

No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan (SLKI)	Intervensi (SIKI)
1.	Resiko Jatuh b/d Kekuatan otot menurun	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 5 x 45 menit diharapkan tingkat jatuh menurun dengan kriteria hasil : <ol style="list-style-type: none"> 1. Jatuh saat berjalan menurun 2. Jatuh saat dikamar mandi menurun 	<p>Pencegahan Jatuh</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Identifikasi faktor risiko jatuh. b. Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh. <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Gunakan alat bantu berjalan / setiap berjalan selalu berpegangan pada besi di dinding wisma ketika berjalan <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Anjurkan

			<p>menggunakan alas kaki yang tidak licin.</p> <p>b. Anjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh.</p> <p>c. Anjurkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri.</p> <p>d. Anjurkan selalu berpegangan pada dinding besi di wisma ketika berjalan</p>
2.	Gangguan mobilitas fisik b/d Penurunan kekuatan otot dan kekakuan sendi	<p>Setelah dilakukan aktivitas keperawatan 5 x 45 menit diharapkan mobilitas fisik membaik dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kaki terasa lemah menurun 2. Sendi-sendii kaku pada kaki menurun 3. Kesusahan berjalan menurun 4. Kesulitan melakukan aktivitas menurun 	<p>Dukungan Mobilisasi</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya. b. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan. c. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi.

			<p>Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu. b. Fasilitasi melakukan pergerakan. <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi. b. Anjurkan melakukan mobilisasi dini. c. Anjurkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. Duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi).
3.	Defisit perawatan diri b/d Kelemahan	<p>Setelah dilakukan aktivitas keperawatan 5 x 45 menit diharapkan perawatan diri (mandi, berpakaian, berhias, toileting) meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Kemampuan mandi meningkat 	<p>Dukungan Perawatan Diri</p> <p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia.

		<p>2. Kemampuan mengenakan pakaian meningkat</p> <p>3. Kemampuan ke toilet (BAB/BAK) meningkat</p> <p>4. Verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri meningkat</p> <p>5. Minat melakukan perawatan diri meningkat</p> <p>6. Mempertahankan kebersihan diri meningkat</p> <p>7. Mempertahankan kebersihan mulut meningkat.</p>	<p>b. Monitor tingkat kemandirian.</p> <p>c. Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan.</p> <p>Terapeutik :</p> <p>a. Sediakan lingkungan yang terapeutik (mis. Suasana hangat, rileks, privasi).</p> <p>b. Siapkan keperluan pribadi (mis. Parfum, sikat gigi, sabun mandi).</p> <p>c. Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri.</p> <p>d. Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri.</p> <p>e. Jadwalkan rutinitas</p>
--	--	--	--

			<p>perawatan diri.</p> <p>Edukasi :</p> <p>a. Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan.</p>
--	--	--	--

R. CATATAN PERKEMBANGAN KLIEN

Tanggal / Jam	Diagnosa Keperawatan	Implementasi	Evaluasi	TTD
3 Februari 2023 / 09.00 WIB	Risiko jatuh b/d Kekuatan otot menurun	<p>a. Membantu klien berpindah tempat sesuai kebutuhan</p> <p>b. Memastikan lantai selalu kering</p> <p>c. Menyediakan pencahayaan yang cukup</p> <p>d. Membimbing lansia berjalan ditambah bantuan tongkat</p> <p>e. Menganjurkan tidak menggunakan alas kaki yang licin</p> <p>f. Membantu klien</p>	<p>S :</p> <p>a) Klien mengatakan masih takut untuk berjalan tanpa tongkat atau tanpa dibimbing</p> <p>b) Klien mengatakan kaki masih terasa lemah</p> <p>c) Klien mengatakan masih belum bisa ke kamar mandi sendiri</p> <p>O :</p> <p>a) Klien tampak berjalan lambat</p>	

		<p>dalam membersihkan tempat tidur dan kamar</p> <p>g. Menganjurkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri sesuai batas kemampuan</p>	<p>dan berhati-hati</p> <p>b) Klien tampak tidak bersemangat</p> <p>c) Klien masih membutuhkan bantuan dalam membersihkan kamar dan tempat tidur untuk keamanan lingkungan klien</p> <p>d) Klien masih belum bisa melebarkan jarak kedua kaki untuk menjaga keseimbangan</p> <p>A : Resiko jatuh belum teratasi</p> <p>P : Intervensi teratasi sebagian dan Implementasi dilanjutkan oleh pengasuh wisma</p>	
	Gangguan mobilitas fisik b/d	a. Mengukur tanda-tanda vital sebelum dan	<p>S :</p> <p>a) Klien mengatakan</p>	

	<p>Penurunan kekuatan otot dan kekakuan sendi</p>	<p>sesudah melakukan aktivitas</p> <p>b. Kaji kemampuan klien ketika berjalan</p> <p>c. Kaji keterbatasan fungsi dan gerak kaki</p> <p>d. Membantu klien berpindah sesuai kebutuhan</p> <p>e. Membantu klien dari posisi duduk untuk berdiri</p> <p>f. Membantu klien dalam penggunaan alat bantu</p>	<p>masih kesulitan untuk berjalan dan berpindah tempat</p> <p>b) Klien mengatakan kaki terasa lemah dan agak sedikit ngilu</p> <p>c) Klien mengatakan masih malas untuk melakukan beberapa aktivitas</p> <p>O :</p> <p>a) TD : 123/78 mmHg Nadi : 99x/i Nafas : 19x/i Suhu : 36,5 C</p> <p>b) Klien melakukan aktivitas dengan langkah yang pelan dan sangat hati-hati</p> <p>c) Klien masih kesulitan untuk</p>	
--	---	---	--	--

			<p>melakukan aktivitas sehari-hari sendiri dan masih memerlukan bantuan</p> <p>d) Klien masih belum mau diajak untuk beraktivitas seperti berjalan di ruang tamu</p> <p>A : Gangguan Mobilitas Fisik belum teratasi</p> <p>P : Intervensi teratasi sebagian dan Implementasi dilanjutkan oleh pengasuh wisma</p>	
	<p>Defisit Perawatan Diri b/d Kelemahan</p>	<p>a. Menetapkan batas bantuan yang diberikan sesuai kemampuan untuk perawatan diri</p> <p>b. Menyediakan lingkungan yang berprivasi</p> <p>c. Menyediakan keperluan pribadi seperti sabun</p>	<p>S : Klien mengatakan masih kesulitan untuk melakukan perawatan diri mandi, berhias, berpakaian.</p> <p>O : a) Klien tampak kesulitan saat mandi sendiri karna harus</p>	

		<p>mandi</p> <p>d. Damping dalam melakukan perawatan diri</p> <p>e. Membuat jadwal rutinitas perawatan diri</p> <p>f. Mengajari bagaimana untuk toileting di kamar mandi</p>	<p>berpegangan pada dinding kamar mandi</p> <p>b) Klien masih belum bisa untuk pergi ke kamar mandi sendiri</p> <p>c) Klien tampak kebingungan jika harus memakai pempers dan baju sendiri</p> <p>A : Defisit perawatan diri belum teratasi</p> <p>P : Intervensi teratasi sebagian dan Implementasi dilanjutkan oleh pengasuh wisma</p>	
<p>4 Februari 2023 / 09.00 WIB</p>	<p>Risiko Jatuh b/d Kekuatan Otot Menurun</p>	<p>a. Membantu klien berpindah tempat sesuai kebutuhan</p> <p>b. Memastikan lantai selalu kering</p> <p>c. Menyediakan pencahayaan</p>	<p>S :</p> <p>a) Klien mengatakan masih takut untuk berjalan tanpa alat bantu</p> <p>b) Klien mengatakan</p>	

		<p>yang cukup</p> <p>d. Membimbing lansia berjalan ditambah bantuan tongkat</p> <p>e. Menganjurkan tidak menggunakan alas kaki yang licin</p> <p>f. Membantu klien dalam membersihkan tempat tidur dan kamar</p> <p>g. Menganjurkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri sesuai batas kemampuan</p>	<p>kaki masih terasa lemah</p> <p>O :</p> <p>a) Klien tampak berjalan lambat dan berhati-hati sambil dipegangi</p> <p>b) Klien tampak berjalan menggunakan tongkat</p> <p>c) Klien masih tampak lemah</p> <p>A :</p> <p>Resiko jatuh belum teratasi</p> <p>P :</p> <p>Intervensi teratasi sebagian dan Implementasi dilanjutkan oleh pengasuh wisma</p>	
	<p>Gangguan mobilitas fisik b/d</p> <p>Penurunan kekuatan otot dan Kekakuan sendi</p>	<p>a. Mengukur tanda-tanda vital sebelum dan sesudah melakukan aktivitas</p> <p>b. Kaji kemampuan klien ketika berjalan</p>	<p>S :</p> <p>a) Klien mengatakan masih kesulitan berjalan lama</p> <p>b) Klien mengatakan aktivitas sehari-</p>	

		<p>c. Kaji keterbatasan fungsi dan gerak kaki</p> <p>d. Membantu klien berpindah sesuai kebutuhan</p> <p>e. Membantu klien dari posisi duduk untuk berdiri</p> <p>f. Membantu klien dalam penggunaan alat bantu</p>	<p>hari masih sulit dilakukan sendiri</p> <p>O :</p> <p>a) TD : 118/64 mmHg</p> <p>Nadi : 90x/i</p> <p>Nafas : 20x/i</p> <p>Suhu : 36,3 C</p> <p>b) Klien tampak sulit ketika berjalan</p> <p>c) Klien tampak sesekali menggunakan alat bantu tongkat</p> <p>d) Klien tampak mulai mau berjalan kecil disekitar ruang tamu wisma</p> <p>e) Klien lebih sering berjalan dibimbing daripada memakai tongkat</p> <p>A :</p> <p>Gangguan mobilitas fisik belum teratasi</p> <p>P :</p>	
--	--	---	--	--

			Intervensi teratasi sebagian dan Implementasi dilanjutkan oleh pengasuh wisma	
	Defisit Perawatan Diri b/d Kelemahan	<ul style="list-style-type: none"> a. Menetapkan batas bantuan yang diberikan sesuai kemampuan untuk perawatan diri b. Menyediakan lingkungan yang berprivasi c. Menyediakan keperluan pribadi seperti sabun mandi d. Damping dalam melakukan perawatan diri e. Membuat jadwal rutinitas perawatan diri f. Melakukan pemotongan kuku satu kali dalam seminggu g. Mengajari bagaimana untuk toileting di kamar mandi 	<p>S :</p> <p>Klien mengatakan masih kesulitan untuk melakukan perawatan diri mandi, berhias, berpakaian.</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Klien tampak kesulitan saat mandi sendiri karna harus berpegangan pada dinding kamar mandi b) Klien belum bisa untuk ke kamar mandi sendiri c) Klien sudah dibantu dalam pemotongan kuku satu kali dalam seminggu d) Klien tampak kebingungan jika harus memakai 	

			<p>pempers dan baju sendiri</p> <p>A : Defisit perawatan diri belum teratasi</p> <p>P : Intervensi teratasi sebagian dan Implementasi dilanjutkan oleh pengasuh wisma</p>	
<p>5 Februari 2023 / 09.00 WIB</p>	<p>Risiko Jatuh b/d Kekuatan Otot Menurun</p>	<p>a. Membantu klien berpindah tempat sesuai kebutuhan</p> <p>b. Memastikan lantai selalu kering</p> <p>c. Menyediakan pencahayaan yang cukup</p> <p>d. Membimbing lansia berjalan ditambah bantuan tongkat</p> <p>e. Menganjurkan tidak menggunakan alas kaki yang licin</p> <p>f. Membantu klien</p>	<p>S :</p> <p>a) Klien mengatakan masih takut untuk berjalan tanpa alat bantu</p> <p>b) Klien mengatakan kaki masih terasa lemah</p> <p>O :</p> <p>a) Klien tampak lambat berjalan dan berhati-hati</p> <p>b) Klien tampak berjalan menggunakan tongkat</p> <p>c) Klien tampak</p>	

		<p>dalam membersihkan tempat tidur dan kamar</p> <p>g. Menganjurkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri sesuai batas kemampuan</p>	<p>lemah</p> <p>A : Resiko jatuh belum teratasi</p> <p>P : Intervensi teratasi sebagian dan Implementasi dilanjutkan oleh pengasuh wisma</p>	
	<p>Gangguan mobilitas fisik b/d</p> <p>Penurunan kekuatan otot</p>	<p>a. Mengukur tanda-tanda vital sebelum dan sesudah melakukan aktivitas</p> <p>b. Kaji kemampuan klien ketika berjalan</p> <p>c. Kaji keterbatasan fungsi dan gerak kaki</p> <p>d. Membantu klien berpindah sesuai kebutuhan</p> <p>e. Membantu klien dari posisi duduk untuk berdiri</p> <p>f. Membantu klien dalam penggunaan</p>	<p>S :</p> <p>a) Klien mengatakan masih kesulitan berjalan lama</p> <p>b) Klien mengatakan aktivitas sehari-hari masih belum bisa dilakukan sendiri</p> <p>O :</p> <p>a) TD : 128/66 mmHg Nadi : 92x/i Nafas : 19x/i Suhu : 36 C</p> <p>b) Klien tampak</p>	

		alat bantu	<p>berjalan jika tidak dibimbing</p> <p>c) Klien terkadang masih menggunakan tongkat</p> <p>d) Klien tampak mulai mau berjalan kecil disekitar ruang tamu wisma</p> <p>A : Gangguan mobilitas fisik belum teratasi</p> <p>P : Intervensi teratasi sebagian dan Implementasi dilanjutkan oleh pengasuh wisma</p>	
	Defisit Perawatan Diri b/d Kelemahan	<p>a. Menetapkan batas bantuan yang diberikan sesuai kemampuan untuk perawatan diri</p> <p>b. Menyediakan lingkungan yang berprivasi</p> <p>c. Menyediakan keperluan pribadi seperti sabun mandi</p>	<p>S : Klien mengatakan masih kesulitan untuk melakukan perawatan diri mandi, berhias, berpakaian.</p> <p>O : a) Klien tampak kesulitan saat mandi sendiri karna harus berpegangan</p>	

		<p>d. Dampingi dalam melakukan perawatan diri</p> <p>e. Membuat jadwal rutinitas perawatan diri</p> <p>f. Mengajari bagaimana untuk toileting di kamar mandi</p> <p>g. Membantu mencuci rambut satu kali dalam seminggu</p>	<p>pada dinding kamar mandi</p> <p>b) Klien masih belum bisa untuk ke kamar mandi sendiri</p> <p>c) Klien sudah dibantu mencuci rambut memakai shampoo dan air mengalir</p> <p>d) Klien tampak kebingungan jika harus memakai pempers dan baju sendiri</p> <p>A : Defisit perawatan diri belum teratasi</p> <p>P : Intervensi teratasi sebagian dan Implementasi dilanjutkan oleh pengasuh wisma</p>	
6 Februari 2023 / 09.00 WIB	Risiko Jatuh b/d Kekuatan Otot Menurun	<p>a. Membantu klien berpindah tempat sesuai kebutuhan</p> <p>b. Memastikan</p>	<p>S :</p> <p>a) Klien mengatakan masih takut untuk berjalan</p>	

		<p>lantai selalu kering</p> <p>c. Menyediakan pencahayaan yang cukup</p> <p>d. Membimbing lansia berjalan ditambah bantuan tongkat</p> <p>e. Menganjurkan tidak menggunakan alas kaki yang licin</p> <p>f. Membantu klien dalam membersihkan tempat tidur dan kamar</p> <p>g. Menganjurkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri sesuai batas kemampuan</p>	<p>tanpa bantuan</p> <p>b) Klien mengatakan kaki masih terasa lemah</p> <p>O :</p> <p>a) Klien tampak berjalan lambat dan berhati-hati</p> <p>b) Klien tampak terkadang berjalan menggunakan tongkat</p> <p>A :</p> <p>Resiko jatuh belum teratasi</p> <p>P :</p> <p>Intervensi teratasi sebagian dan Implementasi dilanjutkan oleh pengasuh wisma</p>	
	<p>Gangguan mobilitan fisik b/d Penurunan</p>	<p>a. Mengukur tanda-tanda vital sebelum dan sesudah melakukan aktivitas</p>	<p>S :</p> <p>a) Klien mengatakan masih takut</p>	

	<p>kekuatan otot dan kekakuan sendi</p>	<p>b. Kaji kemampuan klien ketika berjalan</p> <p>c. Kaji keterbatasan fungsi dan gerak kaki</p> <p>d. Membantu klien berpindah sesuai kebutuhan</p> <p>e. Membantu klien dari posisi duduk untuk berdiri</p> <p>f. Membantu klien dalam penggunaan alat bantu</p>	<p>untuk berjalan tanpa alat bantu</p> <p>b) Klien mengatakan kaki masih terasa lemah</p> <p>O :</p> <p>a) TD : 119/68 mmHg</p> <p>Nadi : 90x/i</p> <p>Nafas : 18x/i</p> <p>Suhu : 36,3 C</p> <p>b) Klien tampak berjalan lambat dan berhati-hati</p> <p>c) Klien terkadang berjalan menggunakan tongkat</p> <p>d) Klien sudah mau berjalan sebentar di sekitar ruang tamu</p> <p>A :</p> <p>Gangguan mobilitas fisik belum teratasi</p> <p>P :</p> <p>Intervensi teratasi sebagian dan Implementasi dilanjutkan oleh</p>	
--	---	--	---	--

			pengasuh wisma	
	Defisit Perawatan Diri b/d Kelemahan	<ul style="list-style-type: none"> a. Menetapkan batas bantuan yang diberikan sesuai kemampuan untuk perawatan diri b. Menyediakan lingkungan yang berprivasi c. Menyediakan keperluan pribadi seperti sabun mandi d. Damping dalam melakukan perawatan diri e. Membuat jadwal rutinitas perawatan diri f. Mengajari bagaimana untuk toileting di kamar mandi 	<p>S :</p> <p>Klien mengatakan masih kesulitan untuk melakukan perawatan diri mandi, berhias, berpakaian.</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Klien tampak kesulitan saat mandi sendiri karna harus berpegangan pada dinding kamar mandi b) Klien masih belum bisa untuk ke kamar mandi sendiri c) Klien tampak kebingungan jika harus memakai pempers dan baju sendiri <p>A :</p> <p>Defisit perawatan diri belum teratasi</p> <p>P :</p> <p>Intervensi teratasi sebagian dan</p>	

			Implementasi dilanjutkan oleh pengasuh wisma	
7 Februari 2023 / 09.00 WIB	Risiko Jatuh b/d Kekuatan Otot Menurun	<p>a. Membantu klien berpindah tempat sesuai kebutuhan</p> <p>b. Memastikan lantai selalu kering</p> <p>c. Menyediakan pencahayaan yang cukup</p> <p>d. Membimbing lansia berjalan ditambah bantuan tongkat</p> <p>e. Menganjurkan tidak menggunakan alas kaki yang licin</p> <p>f. Membantu klien dalam membersihkan tempat tidur dan kamar</p> <p>g. Menganjurkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan</p>	<p>S :</p> <p>a) Klien mengatakan masih takut untuk berjalan tanpa bantuan</p> <p>b) Klien mengatakan kaki masih terasa lemah</p> <p>O :</p> <p>a) Klien tampak berjalan lambat dan berhati-hati</p> <p>b) Klien terkadang tampak berjalan menggunakan tongkat</p> <p>c) Klien tampak tidak bersemangat ketika akan beraktivitas</p> <p>A :</p> <p>Resiko jatuh belum teratasi</p> <p>P :</p> <p>Intervensi teratasi sebagian dan</p>	

		keseimbangan saat berdiri sesuai batas kemampuan	Implementasi dilanjutkan oleh pengasuh wisma	
	Gangguan mobilitas fisik b/d Penurunan kekuatan otot dan kekakuan sendi	<ul style="list-style-type: none"> a. Mengukur tanda-tanda vital sebelum dan sesudah melakukan aktivitas b. Kaji kemampuan klien ketika berjalan c. Kaji keterbatasan fungsi dan gerak kaki d. Membantu klien berpindah sesuai kebutuhan e. Membantu klien dari posisi duduk untuk berdiri f. Membantu klien dalam penggunaan alat bantu 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Klien mengatakan kesulitan dalam berjalan masih ada b) Klien mengatakan setelah beberapa kali melakukan jalan di ruang tamu kaki sedikit berkurang kakunya <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> a) TD : 127/74 mmHg Nadi : 93x/i Nafas : 19x/i Suhu : 36,6 C b) Klien belum mampu berjalan jarak jauh maupun dengan bantuan bimbingan dan tongkat 	

			<p>c) Klien mulai bisa berangsur-angsur menggeser badan untuk berpindah tempat dengan bertumpu pada tepian yang kuat</p> <p>A : Gangguan mobilitas fisik belum teratasi</p> <p>P : Intervensi teratasi sebagian dan Implementasi dilanjutkan oleh pengasuh wisma</p>	
	<p>Defisit Perawatan Diri b/d Kelemahan</p>	<p>a. Menetapkan batas bantuan yang diberikan sesuai kemampuan untuk perawatan diri</p> <p>b. Menyediakan lingkungan yang berprivasi</p> <p>c. Menyediakan keperluan pribadi seperti sabun mandi</p> <p>d. Damping dalam</p>	<p>S : Klien mengatakan masih kesulitan untuk melakukan perawatan diri mandi, berhias, berpakaian.</p> <p>O : a) Klien tampak kesulitan saat mandi sendiri karna harus berpegangan pada dinding</p>	

		<p>melakukan perawatan diri</p> <p>e. Membuat jadwal rutinitas perawatan diri</p> <p>f. Mengajari bagaimana untuk toileting di kamar mandi</p>	<p>kamar mandi</p> <p>b) Klien masih belum bisa untuk ke kamar mandi</p> <p>c) Klien tampak kebingungan jika harus memakai pempers dan baju sendiri</p> <p>A : Defisit perawatan diri belum teratasi</p> <p>P : Intervensi teratasi sebagian dan Implementasi dilanjutkan oleh pengasuh wisma</p>	
--	--	--	---	--

KEMENTERIAN KESEHATAN RI
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES PADANG

No. :
 Tanggal :
 Di :
 Oleh :
 Nama :
 No. Absen :
 Kelas :
 Mata Kuliah :
 Topik :
 Waktu :
 Tempat :
 Tanggal :
 Waktu :
 Tempat :

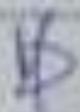
No.	Tanggal	Kegiatan dan Waktu Pelaksanaan	Tempat Kegiatan
1	19.5.23	...	...
2	19.5.23	...	...
3	19.5.23	...	...
4	19.5.23	...	...
5	19.5.23	...	...
6	19.5.23	...	...
7	19.5.23	...	...
8	19.5.23	...	...
9	19.5.23	...	...
10	19.5.23	...	...
11	19.5.23	...	...
12	19.5.23	...	...
13	19.5.23	...	...
14	19.5.23	...	...


 ...
 ...

KEMENTERIAN KESEHATAN RI
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES PADANG

No. :
 Tanggal :
 Di :
 Oleh :
 Nama :
 No. :
 No. :
 No. :

No	Tanggal	Kegiatan dan Nama Perawat	Tempat Kerja
1	10/01/2023	10/01/2023	
2	10/01/2023	10/01/2023	
3	10/01/2023	10/01/2023	
4	10/01/2023	10/01/2023	
5	10/01/2023	10/01/2023	
6	10/01/2023	10/01/2023	
7	10/01/2023	10/01/2023	
8	10/01/2023	10/01/2023	
9	10/01/2023	10/01/2023	
10	10/01/2023	10/01/2023	
11	10/01/2023	10/01/2023	
12	10/01/2023	10/01/2023	
13	10/01/2023	10/01/2023	
14	10/01/2023	10/01/2023	


 Nama :
 No. :
 No. :



KEMENTERIAN KESEHATAN RI
 DIREKTORAT JENJANG TENAGA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN PADANG



No. : 001/01/2022
 Tanggal : 1 Juli
 Perihal : Survei

20 Juli 2022

Kepada Yth

Kepala Dinas Perikanan Kota Padang
 Perikanan Tangkap dan Pesisir Perairan
 Sumatera Barat

di

Padang

Dengan Hormat,

Sehubungan dengan dilaksanakannya Perencanaan Program Kerja Dinas Kesehatan (PKD) / Laporan
 Hasil Evaluasi dan Monev Program Kerja (LHEM) Kementerian Kesehatan Padang tentang Sistem Kesehatan Masyarakat
 Sumatera Padang (SKM) (Survei) t.a. 2022/2023, maka dengan ini kami mohon kepada Bapak/Ibu
 untuk berpartisipasi dan mengisi kuesioner yang terdapat dalam Surat Baku di bawah yang menjadi
 Program Kerja Monev Sistem Kesehatan Masyarakat.

Demikian surat permohonan ini kami sampaikan dan kerendahan hati kami ucapkan terima kasih.

Direktur Jenderal Kesehatan Masyarakat

 Dr. Sulken Tholito, S.P., M.P.H.
 NIP. 196301011983031001



KEMENTERIAN KESEHATAN RI
DIREKTORAT JENDERAL TENAGA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN PADANG



Uraian :
Pekerja :
Tempat :
Tanggal :

NAMA-NAMA MENDIRIWI KARYA BELAKANG KEMERDEKAAN

NO	NAMA	NOMOR	URAIAN PENCAPAIAN KARYA
1	Sumardi Taha Siregar	001110111	Merupakan Karyawan Pabrik Lada di Kota Kampar dengan total 40% pada tahun 2010 di Pabrik Lada yang diarahkan ke Medan
2	Sumardi Taha Siregar	001110111	Merupakan Karyawan pabrik pada tahun 2010 dengan program pendidikan di Pabrik Lada yang diarahkan ke Medan
3	Sumardi Taha Siregar	001110111	Merupakan Karyawan pabrik pada tahun 2010 dengan program pendidikan di Pabrik Lada yang diarahkan ke Medan

(Signature)
Politeknik Kesehatan Padang
Jl. ...
Padang, Sumatera Barat 25139



PEMERINTAH PROVINSI SUMATERA BARAT
DINAS SOSIAL



Jalan Garuda Indonesia No. 1, Kota Padang 25131 Sumatera Barat, Indonesia Telp. (0751) 7511344 Faxing (0751) 7511345

Tanggal: 07 Desember 2020
 Di: Padang
 Kepada: Jh. Dedy Satrio
 Perihal: Jh. Dedy Satrio

Tanggal: 07 Desember 2020
 Kepada: Jh.
 Di: Dinas Sosial Sumatera Barat
 Kecamatan Padang Tengah
 Padang

Berdasarkan laporan permohonan Dana Penunjang Sosial dan Penunjang Khusus dari Pihak Pihak (Pihak) yang bersangkutan, yang telah disampaikan kepada Dinas Sosial Padang Tengah Sumatera Barat pada tanggal 07 Desember 2020, dan setelah melalui proses verifikasi, Dinas Sosial Padang Tengah Sumatera Barat telah melakukan pemeriksaan dan verifikasi terhadap data yang disampaikan oleh Pihak (Pihak) yang bersangkutan, dan berdasarkan hasil pemeriksaan dan verifikasi tersebut, Dinas Sosial Padang Tengah Sumatera Barat telah memutuskan untuk memberikan Dana Penunjang Sosial dan Penunjang Khusus kepada Pihak (Pihak) yang bersangkutan.

No.	Nama	NPWP	Alamat
1.	Arifin, Satrio	20110101	Jalan Pengantar Blok Lantai 1000 Kecamatan Padang Tengah, Padang Tengah Sumatera Barat
2.	Arifin, Satrio	20110101	Jalan Pengantar Blok Lantai 1000 Kecamatan Padang Tengah, Padang Tengah Sumatera Barat

Dana ini diberikan sebagai bentuk perhatian dan kepedulian Pemerintah Provinsi Sumatera Barat kepada Pihak (Pihak) yang bersangkutan, yang akan digunakan untuk keperluan sosial yang bersangkutan.

Demikian informasi ini disampaikan kepada Pihak (Pihak) yang bersangkutan, yang dapat digunakan sebagai bukti untuk keperluan administrasi yang bersangkutan.

(Signature)
ARY TUDHANGI SARI SARI
 Kepala Dinas Sosial

(Signature)
 Kepala Dinas Sosial

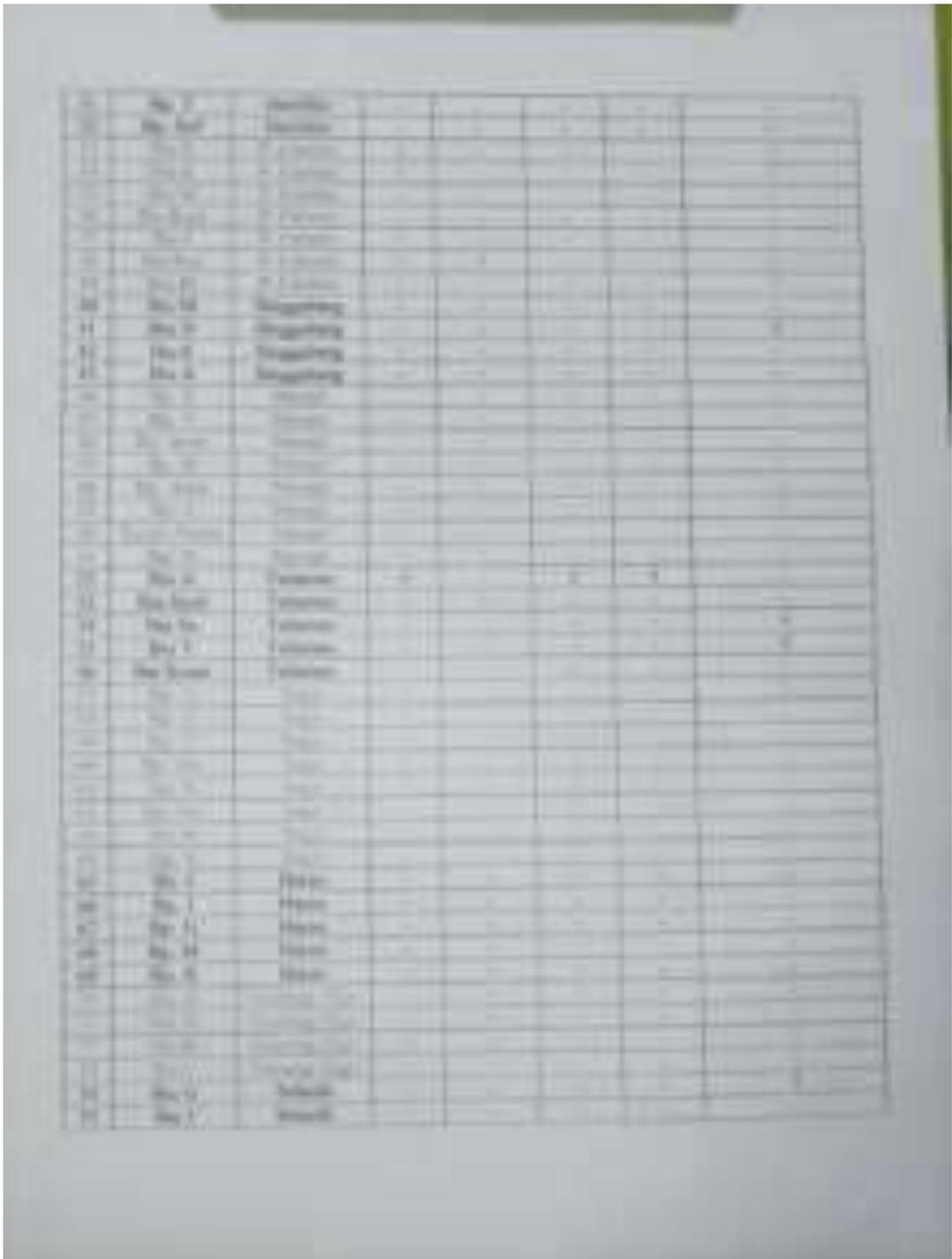
JURNAL AKTIF BERKUALITAS DI PUSAT SUMBER TENAGA MANUSIA
Kelompok 1: ALIYAH ALYAN

Nama Mahasiswa: *Allyah Alyan*

NPM: *2001010101*

Judul: *Analisis Manajemen Pemasaran (Marketing Management) dengan Pendekatan SWOT dan Analisis Porter*
 Lokasi: *Universitas Andalas Padang, Sumatera Barat*

No	Tgl	Tempat	Materi Pokok (Materi Pokok Utama)				
			Teori	Praktek	Studi Kasus	Penyimpulan	Referensi
1	10/01/2023	Universitas Andalas Padang	Definisi dan Fungsi Manajemen Pemasaran				
2	11/01/2023	Universitas Andalas Padang	Analisis SWOT dan Porter				
3	12/01/2023	Universitas Andalas Padang	Strategi Pemasaran				
4	13/01/2023	Universitas Andalas Padang	Segmentasi, Targeting, dan Positioning (STP)				
5	14/01/2023	Universitas Andalas Padang	Perencanaan Anggaran Pemasaran				
6	15/01/2023	Universitas Andalas Padang	Evaluasi Kinerja Pemasaran				
7	16/01/2023	Universitas Andalas Padang	Manajemen Hubungan Pelanggan				
8	17/01/2023	Universitas Andalas Padang	Manajemen Distribusi				
9	18/01/2023	Universitas Andalas Padang	Manajemen Promosi				
10	19/01/2023	Universitas Andalas Padang	Manajemen Harga				
11	20/01/2023	Universitas Andalas Padang	Manajemen Produk				
12	21/01/2023	Universitas Andalas Padang	Manajemen Rantai Pasok				
13	22/01/2023	Universitas Andalas Padang	Manajemen Inovasi				
14	23/01/2023	Universitas Andalas Padang	Manajemen Keberlanjutan				
15	24/01/2023	Universitas Andalas Padang	Manajemen Digital				
16	25/01/2023	Universitas Andalas Padang	Manajemen Data				
17	26/01/2023	Universitas Andalas Padang	Manajemen Risiko				
18	27/01/2023	Universitas Andalas Padang	Manajemen Krisis				
19	28/01/2023	Universitas Andalas Padang	Manajemen Reputasi				
20	29/01/2023	Universitas Andalas Padang	Manajemen Etika				
21	30/01/2023	Universitas Andalas Padang	Manajemen Hukum				
22	31/01/2023	Universitas Andalas Padang	Manajemen Lingkungan				



No	Uraian	Uraian	Uraian	Uraian	Uraian	Uraian	Uraian
1	100	100	100	100	100	100	100
2	100	100	100	100	100	100	100
3	100	100	100	100	100	100	100
4	100	100	100	100	100	100	100
5	100	100	100	100	100	100	100
6	100	100	100	100	100	100	100
7	100	100	100	100	100	100	100
8	100	100	100	100	100	100	100
9	100	100	100	100	100	100	100
10	100	100	100	100	100	100	100

Keuntungan, kerugian, dan biaya operasi perusahaan ABC, (dalam 1000) sebagai berikut:

1. Laba operasi 1000, biaya operasi 1000
2. Laba operasi 1000, biaya operasi 1000
3. Laba operasi 1000, biaya operasi 1000
4. Laba operasi 1000, biaya operasi 1000
5. Laba operasi 1000, biaya operasi 1000



REPUBLIK INDONESIA
DEPARTEMEN KESEHATAN RI
DIREKTORAT JENDERAL TANGGA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN PADANG



Tahun: 2019
 Nomor: 001/2019

11 Maret 2019

Tuanku Guru Besar Politeknik Kesehatan Padang

Di:

Padang

Sebagai berikut:

Sehubungan dengan telah dilaksanakannya Uji Coba Program Kerja Politeknik - Laporan
 dan Laporan pada Mahasiswa Program Studi D-1 Experimental Public Health Kesehatan Politeknik
 Kesehatan Padang dan hasil analisis laporan tersebut, untuk memberikan nilai kepada Mahasiswa serta
 memberikan Penilaian di antara yang sesuai Peringkat A-C.

No	KELOMPOK	Nilai
1	001/2019	80

Demikian surat keputusan ini diberikan dan diberikan kepada yang bersangkutan agar dapat dipergunakan
 sebagaimana mestinya.

(Signature)
 Kepala Politeknik Kesehatan Padang

REKORSTAMBOL VEKSEL BERTANGGUNG

Keputusan No.

Keputusan Dirjen Perikanan Budidaya

di Jakarta

Keputusan Menteri

yang bertanggung jawab di bidang

Perikanan - Perikanan Tangkap

tanggal 20/11/2024

Melaksanakan PEREDD Ekspor/Import Perikanan, Nelayan Ekspor/Import Perikanan

Komoditas Perikanan

Berita ini akan diterbitkan dalam bentuk surat keputusan yang ditujukan ke yang terdapat "Badan Ekspor/Import Perikanan Tangkap (BEPIT) - (Activity Daily Living) (ADL) PPTW Suku/Provinsi/Instansi".

Keputusan ini berlaku selanjutnya, dengan ini telah dilaksanakan untuk mempersiapkan dan menetapkan kebijakan dan prosedur di lingkungan Bepit/DA, dan kebijakan yang akan ditetapkan di lingkungan ini.

Keputusan Bepit/DA ini merupakan, dan akan dilaksanakan sebagai hal sebagai dalam pelaksanaan dan akan dilaksanakan di, dan sebagai berikut:

1. Tujuan pembuatan ini untuk mengatur Badan Ekspor/Import Perikanan Tangkap (BEPIT) - (Activity Daily Living) (ADL) PPTW Suku/Provinsi/Instansi
2. Untuk memastikan di mana di mana terdapatnya. Hal ini bertujuan untuk memastikan bahwa semua prosedur ekspor/Import Perikanan Tangkap (BEPIT) - (Activity Daily Living) (ADL) PPTW Suku/Provinsi/Instansi
3. Hal ini yang telah dilaksanakan di lingkungan ini
4. Hal ini yang akan dilaksanakan dan akan dilaksanakan dalam pelaksanaan di, dan sebagai Bepit/DA ini merupakan hal yang penting yang akan dilaksanakan pada wilayah ini.

Padang, 1 Februari 2024



Jenderal Perikanan



DINAS SOSIAL PROVINSI SUMATERA BARAT
UPD PANTI SOSIAL YRENSA WERDHA
KABUPATEN ALLI BI SICIN IN



BUKTI LUNAS

Nomor: 001/Ag. 0019/2022/001

Tang telahlah dapat dibayar ke Kasbon P2W Nama Pemilik berikut dengan rincian sebagai berikut:

Nama	Yrensa Werdha
Tempat	Padang
Alamat	Kawasan Komersial II
Alamat	Padang

Tang telahlah menerima di P2W Nama Pemilik tersebut pada bulan Januari 2022 dengan nilai Rp 100.000.000,- sesuai dengan Nota Lunas yang tertera di bawah ini. Demikian Bukti Lunas ini dibuat dan benar-benar (P2W) Nama Pemilik tersebut.

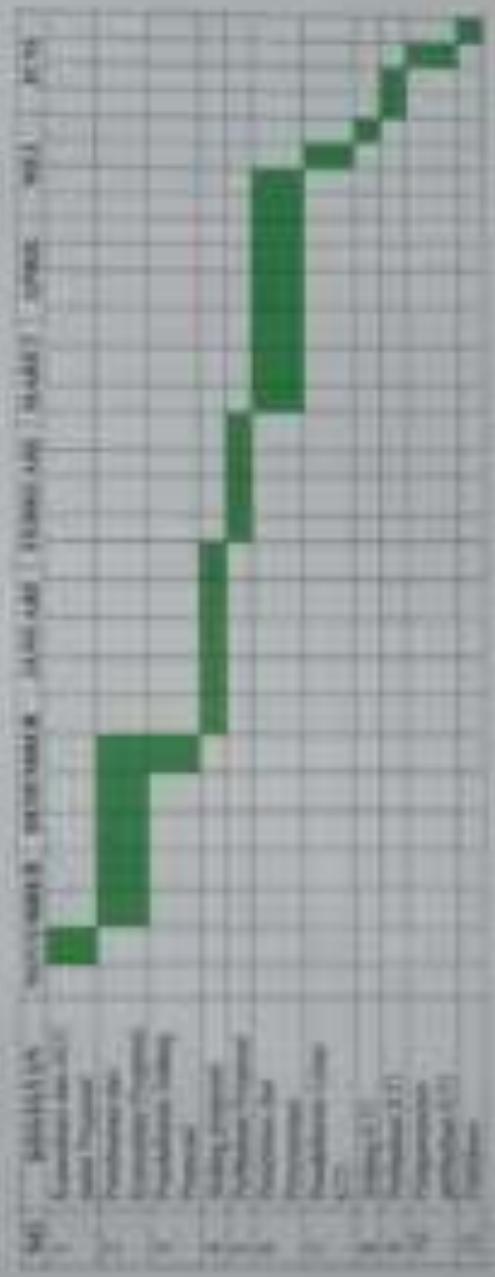
Dinas dan Kasbon ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Padang, 21 Mei 2022



[Signature]
 Kepala Dinas Sosial

ANALISIS KEMAMPUAN PADA CAKUPAN HENJUAN GAGASAN AN AMI SOCIETY BAKAL JIJINGRUDH
 PANTI MENTAL TERBUKA BERBINA CERAIAN ALI HUSNAIN



Halaman 1 dari 1

[Signature]
 Nama: ...
 NIM: ...

[Signature]
 Nama: ...
 NIM: ...

[Signature]
 Nama: ...
 NIM: ...

...

DOKUMENTASI

