



**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES PADANG**

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

**KARYA TULIS ILMIAH**

**RIFQA NURUL HUSNA**

**NIM: 193110150**

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





**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES PADANG**

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

**KARYA TULIS ILMIAH**

**Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar  
Ahli Madya Keperawatan**

**RIFQA NURUL HUSNA**

**NIM: 193110150**

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

## PERNYATAAN PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah yang berjudul "Asuhan Keperawatan pada Lansia dengan Gangguan Mobilitas Fisik di PSTW Sabai Nan Aluh Sisincin Tahun 2022 telah diperiksa dan disetujui untuk dipertahankan dihadapan Tim Penguji Ujian Karya Tulis Ilmiah Program Studi D-III Keperawatan Padang Politeknik Kementerian Kesehatan Padang.

Padang, Mei 2022

Menyetujui

Pembimbing 1



N. Rachmadhanur, S. Kp, MEM  
NIP. 196811201993031003

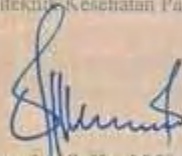
Pembimbing 2



Na. Murniati Muchtar, S. Kep, SKM, M. Biomed  
NIP. 196211221983022001

Mengetahui,

Ketua Prodi D-III Keperawatan Padang  
Politeknik Kesehatan Padang



Heppi Sasmita, S. Kp, M. Kep, Sp. Jiwa  
NIP. 19701020199303200

## HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah diajukan oleh:

Nama : Rifqa Nurul Husna  
NIM : 193110150  
Program Studi : D-III Keperawatan Padang  
Judul : Asuhan Keperawatan pada Lansia dengan Gangguan Mobilitas Fisik di PSTW Sabai Nan Aluh Sicincin

KTI ini telah diuji dan dipertahankan di depan Tim Penguji Ujian KTI Program Studi D-III Keperawatan Padang Politeknik Kesehatan Kemenkes Padang dan dinyatakan telah memenuhi syarat dan diterima.

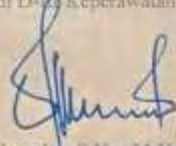
Dewan Penguji

Ketua Penguji : Tasman, S.Kp, M.Kep, Sp. Kom  
Penguji 1 : Ng. Loin Felnandu Amri, S.Kep, M.Kep  
Penguji 2 : N. Rachmadanur, S.Kp, MKM  
Penguji 3 : Na. Hj. Murniati Muchtar S.KM, M.Biomed



Di tempat : Poltekkes Kemenkes Padang  
Tanggal : Mei 2022

Mengetahui  
Ka. Prodi D-III Keperawatan Padang



Heppi Saamita, S.Kp, M.Kep, Sp. Jwa

NIP. 19701020199303200

## DAFTAR RIWAYAT HIDUP



**Nama** : Rifqa Nurul Husna  
**Tempat, Tanggal Lahir** : Sicincin, 23 November 2001  
**Jenis Kelamin** : Perempuan  
**Agama** : Islam  
**Status Perkawainan** : Belum Kawin  
**Alamat** : Rimbo Bakung, Nagari Sicincin, Kec 2X11 Enam Lingkung, Kab. Padang Pariaman, Provinsi Sumatera Barat

### Nama Orang Tua

**Ayah** : Mardhatil

**Ibu** : Maimon Yanti

### Riwayat Pendidikan:

No	Jenis Pendidikan	Tempat Pendidikan	Tahun
1.	TK	TK Tunas Mekar Kampung Guci	2006-2007
2.	SD	SDN 01 2X11 Enam Lingkung	2007-2013
3.	SMP	SMPN 1 2X11 Enam Lingkung	2013-2016
4.	SMA	SMAN 5 Bukittinggi	2016-2019
5.	D-III Keperawatan	Poltekkes Kemenkes Padang	2019-2022

:

## LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS

Karya tulis ilmiah ini adalah hasil karya saya sendiri dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk telah saya nyatakan dengan benar

Nama : Rifqa Nurul Husna

NIM : 193110150

Tanda Tangan :



Tanggal : 6 Juni 2022

## KATA PENGANTAR

Puji syukur saya panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat dan rahmat-Nya, saya dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini. Penulisan KTI ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar Diploma III Program Studi D III Keperawatan Padang Poltekkes Kemenkes Padang. Saya menyadari bahwa tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak, dari masa perkuliahan sampai pada penyusunan KTI ini, sangatlah sulit bagi saya untuk menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini. Oleh karena itu, saya mengucapkan terimakasih kepada Bapak N. Rachmadanur, S. Kp, MKM selaku Pembimbing 1 dan Ibu Ns. Murniati Muchtar, S. Kep, SKM. M. Biomed selaku Pembimbing 2 yang telah menyediakan waktu, tenaga dan pikiran untuk mengarahkan saya dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini. Tidak lupa juga saya mengucapkan terima kasih kepada:

1. Bapak Tasman, S.Kp, M.Kep, Sp. Kom sebagai Penguji 1 dan Ibu Ns. Lola Felnanda Amri, S.Kep, M.Kep sebagai Penguji 2
2. Pimpinan PSTW Sabai Nan Aluih yang telah membantu dalam memperoleh data yang saya perlukan
3. Bapak Dr. Burhan Muslim, SKM, M.Si selaku Direktur Politeknik Kesehatan Padang
4. Ibu Ns. Sila Dewi Anggreini, S. Pd, M.Kep. Sp. KMB selaku Ketua Jurusan Keperawatan Padang Politeknik Kesehatan Padang
5. Ibu Heppi Sasmita, M. Kep, Sp. Jiwa selaku Ketua Program Studi D-III Keperawatan Padang
6. Bapak/ Ibu dosen dan staf yang telah membimbing dan membantu selama proses pengurusan Karya Tulis Ilmiah ini
7. Keluarga saya terkhusus Papa, Ibu, dan Kakak yang selalu memberikan dukungan dan selalu mendoakan yang terbaik untuk saya
8. Sahabat saya serta teman-teman seperjuangan saya khususnya di Prodi D3 Keperawatan Padang Angkatan 2019, serta semua pihak yang tidak



bisa saya sebutkan satu persatu yang telah membantu dalam pembuatan karya tulis ini

Akhir kata, saya berharap Tuhan Yang Maha Esa berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga Karya Tulis Ilmiah ini membawa manfaat bagi pengembangan ilmu keperawatan.

Padang, 2022

Peneliti

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

Karya Tulis Ilmiah  
Mei 2022  
RIFQA NURUL HUSNA

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA LANSIA DENGAN GANGGUAN  
MOBILITAS FISIK DI PSTW SABAI NAN ALUIH SICINCIN  
KABUPATEN PADANG PARIAMAN 2022**

**XIV + 99 halaman + 1 gambar + 6 tabel + 15 lampiran**

**ABSTRAK**

Permasalahan khusus yang sering terjadi pada lansia disebabkan oleh proses penuaan karena mengakibatkan perubahan dalam sistem tubuh, salah satunya sistem muskuloskeletal yang menimbulkan gangguan mobilitas fisik. Tujuan penelitian ini untuk mengetahui asuhan keperawatan pada lansia dengan gangguan mobilitas fisik. Penelitian dilakukan bulan Desember 2021 sampai Mei 2022. Desain penelitian adalah deskriptif dengan pendekatan studi kasus. Populasi sebanyak 6 lansia dan sampel 1 lansia, menggunakan teknik *purposive sampling* dengan instrumen penelitian berupa format pengkajian aspek gerontik. Dikumpulkan data melalui wawancara, observasi dan pengukuran. Data dianalisa dengan membandingkan hasil asuhan keperawatan dengan teori dan penelitian sebelumnya. Hasil penelitian didapatkan klien mengeluh sulit berjalan dan berdiri, kaku dan nyeri pada sendi serta klien beresiko jatuh karena tubuh terasa tidak seimbang. Diagnosa keperawatan utama yang muncul adalah gangguan mobilitas fisik, resiko jatuh, nyeri kronis. Intervensi keperawatan yaitu latihan ambulasi, teknik penguatan sendi, pencegahan jatuh dan manajemen nyeri. Implementasinya adalah latihan ambulasi dengan tongkat, latihan ROM, pencegahan jatuh dengan modifikasi lingkungan, dan manajemen nyeri dengan teknik napas dalam. Evaluasi keperawatan didapatkan sebagian masalah teratasi. Disimpulkan bahwa klien sudah mampu berjalan dengan alat bantu tongkat, kaku dan nyeri pada sendi jari sudah berkurang. Klien mampu melakukan latihan ROM mandiri. Disarankan kepada *caregiver* dapat memfasilitasi lansia dalam latihan ambulasi serta dapat memodifikasi lingkungan untuk mencegah resiko jatuh. Diharapkan klien melakukan latihan ROM 2x/hari dan manajemen nyeri saat nyeri muncul kembali.

**Kata kunci : Auhan Keperawatan, Lansia, Gangguan Mobilitas Fisik  
Daftar Pustaka : 34 (2012-2021)**

## DAFTAR ISI

<b>HALAMAN JUDUL</b> .....	i
<b>PERNYATAAN PERSETUJUAN</b> .....	ii
<b>HALAMAN PENGESAHAN</b> .....	iii
<b>DAFTAR RIWAYAT HIDUP</b> .....	iv
<b>LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS</b> .....	v
<b>KATA PENGANTAR</b> .....	vi
<b>ABSTRAK</b> .....	viii
<b>DAFTAR ISI</b> .....	ix
<b>DAFTAR TABEL</b> .....	xii
<b>DAFTAR BAGAN</b> .....	xiii
<b>DAFTAR LAMPIRAN</b> .....	xiv
<b>BAB I PENDAHULUAN</b> .....	1
<b>A. Latar Belakang</b> .....	1
<b>B. Rumusan Masalah</b> .....	7
<b>C. Tujuan Penulisan</b> .....	7
1. Tujuan Umum .....	7
2. Tujuan Khusus .....	7
<b>D. Manfaat Penulisan</b> .....	7
1. Manfaat Aplikatif.....	7
2. Manfaat Pengembangan Keilmuan.....	8
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA</b> .....	9
<b>A. Konsep Lansia</b> .....	9
1. Definisi Lansia .....	9
2. Karakteristik Lansia .....	9
3. Batasan Lansia .....	11
4. Tipe Lansia.....	11
5. Tugas Perkembangan Lansia .....	12
6. Proses Penuaan.....	13
7. Perubahan pada Lansia Akibat Proses Penuaan.....	13
<b>B. Konsep Gangguan Mobilitas Fisik</b> .....	25
1. Definisi Mobilitas .....	25
2. Jenis Gangguan Mobilitas.....	25

3. Definisi Gangguan Mobilitas Fisik/Imobilitas Fisik.....	26
4. Faktor Penyebab Gangguan Mobilitas Fisik.....	26
5. Manifestasi Klinis Gangguan Mobilitas Fisik .....	28
6. Perubahan Sistem Tubuh Akibat Gangguan Mobilitas Fisik.....	29
7. Penatalaksanaan Gangguan Mobilitas Fisik .....	33
8. Web of Caution (WOC) .....	36
<b>C. Asuhan Keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik pada Lansia.....</b>	<b>37</b>
1. Pengkajian Keperawatan.....	37
2. Rencana Analisa data.....	51
3. Kemungkinan Diagnosis Keperawatan.....	51
4. Perencanaan Keperawatan .....	52
7. Implementasi Keperawatan.....	57
8. Evaluasi Keperawatan.....	57
<b>BAB III METODOLOGI PENELITIAN .....</b>	<b>58</b>
<b>A. Desain Penelitian.....</b>	<b>58</b>
<b>B. Tempat dan Waktu Penelitian .....</b>	<b>58</b>
<b>C. Populasi dan Sampel Penelitian.....</b>	<b>58</b>
<b>D. Teknik Pengumpulan Data .....</b>	<b>60</b>
<b>E. Instrumen Pengumpulan Data.....</b>	<b>61</b>
<b>F. Jenis Data.....</b>	<b>61</b>
<b>G. Prosedur Pengumpulan Data.....</b>	<b>62</b>
<b>H. Analisa Data .....</b>	<b>63</b>
<b>BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN .....</b>	<b>64</b>
<b>A. Hasil Penelitian.....</b>	<b>64</b>
1. Pengkajian Keperawatan.....	64
2. Diagnosis Keperawatan .....	69
3. Rencana Keperawatan.....	70
4. Implementasi Keperawatan.....	72
5. Evaluasi Keperawatan.....	74
<b>B. Pembahasan Kasus .....</b>	<b>77</b>
1. Pengkajian Keperawatan.....	78
2. Diagnosis Keperawatan .....	83
3. Rencana Keperawatan.....	85
4. Implementasi Keperawatan.....	87
5. Evaluasi Keperawatan.....	90

<b>BAB V PENUTUP</b> .....	93
<b>A. Kesimpulan</b> .....	93
<b>B. Saran</b> .....	95
<b>DAFTAR PUSTAKA</b> .....	<b>96</b>
<b>LAMPIRAN</b> .....	99

## DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Pengkajian Sistem Ekstermitas .....	43
Tabel 2.2 Derajat Kekuatan Otot .....	44
Tabel 2.3 Kategori Tingkat Kemampuan Mobilitas .....	46
Tabel 2.4 Indeks KATZ .....	46
Tabel 2.5 Indeks Barthel .....	47
Tabel 2.6 Intervensi Keperawatan Gangguan Mobilitas.....	52

## DAFTAR BAGAN

Gambar 2.1 WOC Gangguan Mobilitas Fisik.....	36
--	----

## **DAFTAR LAMPIRAN**

- Lampiran 1 Lembaran Konsultasi Karya Tulis Ilmiah Pembimbing 1
- Lampiran 2 Lembaran Konsultasi Karya Tulis Ilmiah Pembimbing 2
- Lampiran 3 Lembar survey data dari Institusi ke Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Provinsi Sumatera Barat
- Lampiran 4 Lembar survey data dari Institusi ke Dinas Sosial Provinsi Sumatera Barat
- Lampiran 5 Surat Rekomendasi Izin survey data dari Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Provinsi Sumatera Barat untuk Dinas Sosial Provinsi Sumatera Barat
- Lampiran 6 Surat Izin survey data dari Dinas Sosial untuk UPTD PSTW Sabai Nan Aluih Sicincin
- Lampiran 7 Surat Izin penelitian dari Institusi ke Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Provinsi Sumatera Barat
- Lampiran 8 Surat Izin Penelitian dari Institusi ke Dinas Sosial Provinsi Sumatera Barat
- Lampiran 9 Surat Rekomendasi Izin Penelitian dari Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Provinsi Sumatera Barat untuk Dinas Sosial Provinsi Sumatera Barat
- Lampiran 10 Surat Izin Penelitain dari Dinas Sosial untuk UPTD PSTW Sabai Nan Aluih Sicincin
- Lampiran 11 Imformed Conccent
- Lampiran 12 Lembar bukti telah selesai melakukan penelitian dari PSTW Sabai Nan Aluih
- Lampiran 13 Asuhan Keperawatan Gerontik
- Lampiran 14 Format tilik indeks Barthel dan kekuatan otot
- Lampiran 15 Gantchart





# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang**

Lansia adalah seseorang yang berusia lebih dari 60 tahun dan mengalami perubahan anatomis, fisiologis, dan biokimia pada tubuh sehingga mempengaruhi fungsi dan kemampuan tubuh secara menyeluruh (Setiorini & Wulandari, 2018). Permasalahan khusus yang sering terjadi pada lansia adalah proses penuaan yang terjadi secara alami dengan konsekuensi timbulnya masalah fisik, mental, dan sosial (Sunaryo dkk, 2015).

Proses penuaan adalah proses terjadinya perubahan kumulatif pada makhluk hidup, termasuk tubuh, jaringan, dan sel yang mengalami kapasitas fungsional. Menua merupakan suatu kondisi yang terjadi di dalam kehidupan manusia. Proses menua berlangsung pada sepanjang kehidupan yang tidak hanya dimulai dari suatu waktu tertentu, namun dimulai sejak awal terjadinya proses kehidupan. Penuaan pada manusia dikaitkan dengan perubahan degeneratif pada kulit, tulang, jantung, pembuluh darah, paru-paru, saraf dan jaringan tubuh lainnya (Widiyawati & Sari, 2020).

Masalah yang terjadi pada proses penuaan meliputi perubahan dari tingkat sel hingga semua sistem dalam tubuh, di antaranya pada sistem pernapasan, pendengaran, penglihatan, kardiovaskuler, sistem pengaturan tubuh, gastrointestinal, genitalia, urinaria, endokrin, integument dan muskuloskeletal. Masalah yang terjadi pada sistem muskuloskeletal akibat proses penuaan diantaranya tulang rapuh, risiko terjadinya fraktur, kifosis, persendian besar dan menjadi kaku (Muhith & Sitoyo, 2016). Tulang lansia mengalami penurunan masa jenis dan menjadi rapuh. Hal ini terjadi karena adanya perubahan bentuk tulang pada tingkat seluler yang mengakibatkan lansia berisiko mengalami osteoporosis

dan berisiko mengalami komplikasi lain seperti fraktur dimana fraktur tersebut dapat membuat mobilisasi jadi terbatas. Proses penuaan pada sistem muskuloskeletal dapat meningkatkan risiko gangguan mobilitas (Dewi, 2014).

Gangguan mobilitas fisik adalah keterbatasan dalam gerak fisik dari satu atau lebih ekstermitas secara mandiri yang diakibatkan oleh beberapa penyebab diantaranya kerusakan integritas struktur tulang, perubahan metabolisme, ketidakbugaran fisik, penurunan kendali otot, penurunan massa otot, kekakuan sendi dan lainnya. Gangguan Mobilitas fisik ditandai dengan adanya keluhan sulit menggerakkan ekstermitas, kekuatan otot menurun dan rentang gerak menurun (PPNI, 2016). Jika terjadi gangguan mobilitas, maka otot akan memendek dan mengecil serta adanya penebalan kartilago sehingga menyebabkan sendi menjadi kaku dan lansia akan kesulitan saat bergerak (Dewi, 2014).

Berdasarkan penelitian Rohaedi (2016) di Jurnal Pendidikan Keperawatan Indonesia tentang tingkat kemandirian lansia dalam ADL di PSTW Senja Rawi, gangguan mobilitas dapat menyebabkan komplikasi pada hampir semua sistem organ. Kondisi kesehatan mental lanjut usia menunjukkan bahwa pada umumnya lanjut usia tidak mampu melakukan aktifitas sehari – hari (Malida, 2011). Sedangkan berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Konitalillah dkk (2021) dalam Jurnal FKEP Universitas Negeri Jambi tentang hubungan kemampuan mobilisasi dengan risiko jatuh pada lansia hipertensi, dijelaskan bahwa dampak fisiologis gangguan mobilitas dan perilaku tidak aktif lansia yaitu lansia akan mengalami penurunan massa otot sebanyak 3% perhari, yang akan berpengaruh pada kekuatan otot dan keseimbangan postural.

Berdasarkan data dari WHO (2021), antara tahun 2015 sampai tahun 2020 jumlah populasi lansia di dunia meningkat dua kali lipat. Penduduk lansia di dunia meningkat dari 1 miliar pada tahun 2020 menjadi 1,4 miliar pada tahun 2021. WHO memperkirakan pada tahun 2050 penduduk lansia akan meningkat berlipat ganda (2,1 Miliar).

*World Population Prospect* memperkirakan penduduk lansia di Indonesia pada tahun 2020 sebesar 20,08 juta jiwa, pada tahun 2025 sebesar 33,65 juta jiwa, pada tahun 2030 sebesar 40,95 juta jiwa, dan pada tahun 2035 sebesar 48,19 juta jiwa (Pusdatin, 2017). Berdasarkan data dari Badan Pusat Statistik (2020) terdapat 9,92% lansia (26,82 Juta) di Indonesia dan hampir sebagian lansia di Indonesia mengalami keluhan kesehatan baik fisik maupun psikis, yaitu sebanyak 48,14%. Sementara itu, persentase lansia yang mengalami sakit hampir mencapai seperempat lansia yang ada di Indonesia yaitu 24.35%.

Berdasarkan data Susenas Maret 2020, Provinsi Sumatera Barat termasuk salah satu dari enam provinsi yang telah berada di fase struktur penduduk tua yakni persentase penduduk lansianya telah berada di atas 10 persen, yaitu sebanyak 10,01 % (BPS, 2020). Persentase penduduk lansia di Sumatera Barat per Januari 2021 adalah sebesar 10,83 %, persentase tersebut naik dibandingkan 10 tahun terakhir (BPS Provinsi Sumatera Barat, 2021).

Pertambahan jumlah penduduk lansia akan mengakibatkan berbagai masalah seperti masalah medis teknis, mental psikologis dan sosial ekonomi. Penduduk berusia lanjut lebih membutuhkan pelayanan kesehatan dibanding dengan penduduk usia lain. Di samping terjadinya perubahan pola penyakit menjadi pola penyakit degeneratif, penyembuhannya juga memerlukan waktu yang lebih lama (Muhith & Sitojo, 2016).

Provinsi Sumatera Barat memiliki persentase penduduk lansia yang mengalami keluhan kesehatan selama sebulan terakhir pada sensus penduduk tahun 2020 adalah sebanyak 49,94% dan angka kesakitan lansia sebanyak 24,21%, serta rasio ketergantungan penduduk lansia yang ada di Sumatera Barat ada sebanyak 16,61%.

Jumlah lanjut usia terlantar di Sumatera Barat dari tahun 2018 sampai tahun 2020 mengalami peningkatan. Tahun 2018 terdapat 31.849 lansia terlantar di Sumatera Barat. Tahun 2019 terdapat 41.074 lansia terlantar di Sumatera Barat. Tahun 2020 terdapat 46.755 lansia terlantar di Sumatera Barat (Dinas Sosial Sumatera Barat, 2020)

Panti Sosial Tresna Werdha (PSTW) adalah panti sosial yang mempunyai tugas memberikan bimbingan dan pelayanan bagi lanjut usia terlantar agar dapat hidup secara wajar dalam kehidupan bermasyarakat (Iska dkk, 2016). Panti Werdha adalah unit pelaksana teknis di bidang pembinaan kesejahteraan sosial lansia yang memberikan pelayanan kesejahteraan sosial untuk lansia berupa pemberian penampungan, jaminan hidup, seperti pakaian, pemeliharaan kesehatan, pengisian waktu luang termasuk rekreasi, bimbingan sosial mental serta agama sehingga mereka dapat menikmati hari tua diliputi ketentraman lahir dan batin (Kholifah, 2016).

Berdasarkan survey awal yang dilakukan pada tanggal 7 Januari 2022 di PSTW Sabai Nan Aluih Sicincin, didapatkan data terdapat 110 kapasitas daya tampung lansia yang dapat tinggal di PSTW Sabai Nan Aluih. Pada survey awal tersebut terdapat 71 lansia yang berada di tempat. Dari 71 lansia tersebut, terdapat 22 (30,9%) lansia yang mengalami gangguan mobilitas fisik yang ditandai dengan penggunaan alat bantu mobilitas. Terdapat 10 lansia yang menggunakan kursi roda, 11 lansia menggunakan tongkat dan 1 lansia menggunakan kruk.

Berdasarkan wawancara dengan pengasuh dan 3 orang lansia yang berada di salah satu wisma, masalah lansia dengan gangguan mobilitas fisik tersebut umumnya nyeri sendi, sulit berdiri lama, sulit berjalan jauh, nyeri pinggang, kelemahan otot, gangguan keseimbangan, sendi kaku, sulit melakukan aktivitas sehari-hari, sulit menjaga kebersihan diri dan lingkungan.

Berdasarkan observasi yang dilakukan pada lansia dengan gangguan mobilitas fisik tersebut, lansia tampak sulit melakukan aktivitas sehari-hari dan tampak sulit dalam merawat diri serta tampak sulit melakukan personal hygiene. Saat wawancara dengan 3 lansia yang mengalami gangguan mobilitas fisik dikatakan bahwa lansia tersebut belum pernah diberikan latihan ROM selama di PSTW Sabai Nan Aluih Sicincin.

Penelitian Rohaedi (2016) yang dikutip dari Malida (2011) di Jurnal Pendidikan Keperawatan Indonesia tentang tingkat kemandirian lansia dalam ADL di PSTW Senja Rawi dijelaskan perawat berperan penting dalam perawatan yang berkelanjutan pada lansia dan masalah kesehatan yang terjadi pada lansia seperti gangguan mobilitas fisik memerlukan penatalaksanaan keperawatan. Maka perawat berperan memberikan asuhan keperawatan serta dukungan dan motivasi agar masalah kesehatan pada lansia dapat diatasi melalui proses asuhan keperawatan. Peran perawat sangat dibutuhkan untuk mempertahankan derajat kesehatan lansia pada taraf yang tinggi agar terhindar dari penyakit dan gangguan kesehatan sehingga lansia masih dapat memenuhi kebutuhan dengan mandiri.

Penatalaksanaan penyakit pada lanjut usia bersifat khusus karena penyakit pada lanjut usia bukan hanya terdiri dari satu penyakit, terjadinya penurunan fungsi organ, serta lansia rentan sakit atau stres dan lebih membutuhkan rehabilitasi yang tepat sehingga kelompok lansia membutuhkan perhatian khusus di bidang kesehatan. Tindakan yang dapat diberikan pada gangguan mobilitas dapat berupa

memulihkan kembali status fungsional atau aktivitas sehari-hari kearah kemandirian sesuai taraf kemampuan pasien, mengikutsertakan peran keluarga dan memperkenalkan faktor risiko secepatnya (Muhith & Sitooyo, 2016).

Gangguan mobilitas yang terjadi pada lansia bisa diatasi dengan memberikan intervensi seperti latihan *range of motion*, kontraksi otot isometrik dan isotonik, kekuatan/ketahanan, aerobik, sikap, dan mengatur posisi tubuh. Latihan *range of motion* merupakan latihan pergerakan sebisa mungkin yang dilakukan oleh sendi. Latihan *range of motion* menjadi salah satu cara meningkatkan kelenturan sendi dan kekuatan otot pada lansia (Uda dkk., 2017).

Hasil penelitian Uda dkk (2017) dalam Jurnal Ners dan Kebidanan Indonesia tentang Latihan ROM berpengaruh terhadap mobilitas fisik pada lansia di Balai PSTW Unit Abiyoso Yogyakarta, terdapat peningkatan fleksibilitas sendi setelah diberikan edukasi latihan berbentuk *range of motion* selama 6 minggu dengan 5x latihan dalam seminggu. Terjadi peningkatan kecenderungan tulang belakang pada kelompok yang telah dilatih ROM sebanyak 16,4%, rentang gerak tersebut dibandingkan dengan kelompok kontrol setelah periode latihan. Berdasarkan penelitian tersebut, latihan *range of motion* dapat menjadi pilihan intervensi untuk mengatasi masalah pada sistem muskuloskeletal, penelitian tersebut dapat menjadi pedoman dalam memberikan intervensi untuk lansia yang mengalami gangguan mobilitas fisik. Intervensi tersebut dapat diberikan karena gangguan mobilitas fisik ditandai dengan penurunan fungsi kekuatan otot dan rentang gerak.

Berdasarkan latar belakang dan fenomena diatas maka peneliti telah melakukan penelitian tentang Asuhan Keperawatan pada Lansia dengan Gangguan Mobilitas Fisik di PSTW Sabai Nan Aluih Sicincin tahun 2022.

## **B. Rumusan Masalah**

Berdasarkan uraian latar belakang di atas maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah “Bagaimana Asuhan Keperawatan pada Lansia dengan Gangguan Mobilitas Fisik di PSTW Sabai Nan Aluih Sicincin tahun 2022”

## **C. Tujuan Penulisan**

### **1. Tujuan Umum**

Mampu mendeskripsikan asuhan keperawatan pada lansia dengan gangguan mobilitas fisik di PSTW Sabai Nan Aluih Sicincin tahun 2022.

### **2. Tujuan Khusus**

- a. Mampu mendeskripsikan hasil pengkajian keperawatan pada lansia dengan gangguan mobilitas fisik di PSTW Sabai Nan Aluih Sicincin tahun 2022.
- b. Mampu mendeskripsikan rumusan diagnosa keperawatan pada lansia dengan gangguan mobilitas fisik di PSTW Sabai Nan Aluih Sicincin tahun 2022.
- c. Mampu mendeskripsikan rencana keperawatan pada lansia dengan gangguan mobilitas fisik di PSTW Sabai Nan Aluih Sicincin tahun 2022.
- d. Mampu mendeskripsikan tindakan keperawatan pada lansia dengan gangguan mobilitas fisik di PSTW Sabai Nan Aluih Sicincin tahun 2022.
- e. Mampu mendeskripsikan evaluasi keperawatan pada lansia dengan gangguan mobilitas fisik di PSTW Sabai Nan Aluih Sicincin tahun 2022.

## **D. Manfaat Penulisan**

### **1. Manfaat Aplikatif**

Karya tulis ilmiah ini dapat memberikan sumbangan pikiran dalam menerapkan Asuhan Keperawatan pada Lansia dengan Gangguan Mobilitas Fisik di PSTW Sabai Nan Aluih Sicincin tahun 2022.



## **2. Manfaat Pengembangan Keilmuan**

### **a. Peneliti**

Karya tulis ilmiah ini dapat menambah ilmu pengetahuan dan pengalaman serta kemampuan untuk menerapkan asuhan keperawatan pada keperawatan pada lansia dengan gangguan mobilitas fisik berdasarkan dengan yang sudah dipelajari.

### **b. Institusi Pendidikan**

Karya tulis ilmiah ini dapat menambah informasi bahan rujukan atau perbandingan, khususnya mengenai penerapan asuhan keperawatan pada lansia dengan gangguan mobilitas fisik.

### **c. Panti Sosial Tresna Werdha**

Karya tulis ilmiah ini dapat menjadi bahan rujukan dan pedoman bagi perawat dan pegawai dinas sosial dalam penerapan asuhan keperawatan pada lansia yang ada di PSTW Sabai Nan Aluih Sicincin.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

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

##### **1. Definisi Lansia**

Lansia merupakan tahap akhir dari proses kehidupan manusia. Melalui masa ini, lansia mempunyai kesempatan untuk mengembangkan pribadi menjadi lebih baik dan menjadi lebih matang. Usia tua adalah tahap dimana makhluk hidup telah mencapai masa emas dan masa jayanya dan beberapa juga mengalami penurunan seiring berjalanya waktu (Suardiman, 2011 dalam Triningtyas & Muhayati, 2018).

Lansia merupakan tahap penutup dalam rentang hidup seseorang dimana seseorang telah melalui tahap terdahulu yang lebih menyenangkan dan memiliki waktu yang lebih bermanfaat. Usia 60 tahun biasanya dianggap sebagai garis batasan antara usia paruh baya dengan usia lanjut, serta sebagai usia pensiun dan tanda dimulainya usia lanjut (Triningtyas & Muhayati, 2018).

Lansia adalah kondisi yang ditandai dengan ketidakmampuan mereka untuk menjaga keseimbangan dengan keadaan stress fisiologis. Ketidakmampuan ini dikaitkan dengan menurunnya kelangsungan hidup dan peningkatan individu (Hawari, 2001 dalam Muhith & Sitoyo, 2016).

##### **2. Karakteristik Lansia**

Karakteristik lansia menurut Kholifah (2016) adalah sebagai berikut :

###### **a. Lansia mengalami kemunduran**

Kemunduran pada usia lanjut sebagian disebabkan oleh faktor fisik dan psikis. Motivasi memegang peranan penting dalam kemunduran lanjut usia. Seorang lansia yang memiliki motivasi rendah untuk melakukan

kegiatan akan mengalami proses penurunan fisik yang cepat. Sebaliknya, seseorang akan mengalami proses penurunan fisik yang lambat ketika memiliki motivasi yang tinggi dalam melakukan kegiatan.

b. Lansia berada dalam status kelompok minoritas

Lansia dikelompokkan ke minoritas disebabkan oleh sikap lingkungan sosial yang kurang baik terhadap lansia serta pendapat yang kurang menyenangkan dari beberapa orang kepada lansia, seperti lansia sering mempertahankan pendapatnya sehingga sikap sosial di masyarakat terhadap lansia menjadi negatif. Tetapi ada juga lansia yang memiliki sikap tenggang rasa kepada orang lain sehingga pandangan sosial terhadap lansia tersebut menjadi positif.

c. Penuaan membutuhkan perubahan peran

Perubahan peran ini dilakukan karena lansia mulai mengalami penurunan dalam segala hal. Perubahan peran lansia lebih baik dilakukan bukan dari tekanan lingkungan namun dilakukan atas kemauannya sendiri. Misalnya salah satu lansia menjabat sebagai ketua RW, sebaiknya masyarakat tidak memberhentikannya hanya karna usianya yang sudah tua.

d. Penyesuaian lansia yang buruk

Jika lansia tidak diperlakukan dengan baik, mereka akan memperlihatkan bentuk perilaku yang buruk juga sehingga penyesuaian diri lansia ikut menjadi buruk. Misalnya lansia yang tidak dilibatkan untuk pengambilan keputusan dalam suatu keluarga karena dianggap memiliki pola pikir kuno. Hal tersebut dapat membuat lansia menarik diri, cepat tersinggung, hingga rendah diri.

### 3. Batasan Lansia

Batasan usia lansia menurut Badan Pusat Statistik (2010) dalam Sitanggang dkk (2021) dibagi menjadi empat kategori diantaranya:

- a. Usia pra lansia yaitu usia 45-59 tahun
- b. Usia lansia muda yaitu usia 60-69 tahun
- c. Usia lansia menengah yaitu usia 70-79 tahun
- d. Usia lansia tua yaitu usia 80 tahun keatas

Sedangkan batasan lansia menurut WHO (1999) adalah usia lanjut (elderly) yaitu antara usia 60-74 tahun, usia tua (old) yaitu 75-90 tahun dan usia sangat tua (very old) adalah usia >90 tahun (Kholifah, 2016).

### 4. Tipe Lansia

Tipe lansia menurut Widiyawati dan Sari (2020) dikutip dalam buku R. Siti Maryam, dkk (2008) adalah sebagai berikut :

- a. Tipe Arif Bijaksana  
Bekerja dengan kearifan dan pengalaman, menyesuaikan diri dengan perkembangan zaman, sederhana, rendah hati, dermawan, memenuhi undangan, dan menjadi panutan.
- b. Tipe Mandiri  
Lansia yang mampu mengganti kegiatan yang hilang dengan kegiatan yang baru, memilih pekerjaan, bergaul dengan teman, dan memenuhi undangan.
- c. Tipe Tidak Puas  
Adanya permasalahan lahir batin yang tidak sesuai dengan proses penuaan, kemarahan, ketidaksabaran, frustasi, kesulitan saat diberikan pelayanan, dan suka mengkritik serta banyak tuntutan.

d. Tipe Pasrah

Tipe yang menerima dan menunggu datangnya nasib baik, mengikuti kegiatan keagamaan, dan melakukan semua pekerjaan.

e. Tipe Bingung

Tipe lansia dimana hilangnya kepribadian, suka menyendiri, menyesal, pasif dan acuh tak acuh.

### **5. Tugas Perkembangan Lansia**

Sebagian besar tugas perkembangan lansia lebih berkaitan pada kehidupan pribadi daripada kehidupan orang lain. Lansia diharapkan mampu beradaptasi dengan penurunan kekuatan dan penurunan kesehatan fisik secara bertahap. Lansia juga diharapkan menemukan kegiatan yang dapat menggantikan pekerjaan sebelumnya yang menyita sebagian besar waktu mereka ketika muda. Sementara itu, cepat atau lambat lansia harus mampu beradaptasi dan menyesuaikan diri dengan kematian suami atau istri. Berikut tugas perkembangan lansia menurut Havighurst Hurlock (1980) dalam Triningtyas dan Muhayati (2018) :

- a. Beradaptasi terhadap penurunan kebugaran dan kesehatan fisik
- b. Menyesuaikan diri dengan pensiun dan pendapatan yang lebih rendah dari sebelumnya
- c. Beradaptasi terhadap kematian suami atau istri
- d. Membangun hubungan dengan teman sebaya
- e. Mengatur kehidupan fisik yang memuaskan
- f. Beradaptasi dengan fleksibel terhadap peran sosial

## **6. Proses Penuaan**

Proses penuaan dianggap sebagai proses keseluruhan dan dimulai pada saat konsepsi. Penuaan adalah proses yang berkelanjutan, tetapi tidak berarti bahwa seseorang meninggal hanya pada usia tua, karena individu memiliki perbedaan genetik, psikologi sosial, dan faktor ekonomi yang saling berkaitan dalam kehidupan sehingga proses menua setiap orang berbeda-beda. Dalam perjalanan hidup seseorang, ada yang mengalami pengalaman traumatis baik fisik maupun emosional yang dapat menurunkan kemampuan seseorang untuk memperbaiki atau memelihara diri sendiri. Tahap akhir kehidupan yang disebut penuaan merupakan dimana organisme tidak dapat lagi menyeimbangkan proses “Pengerusakan dan perbaikan” (Muhith & Sitoyo, 2016).

## **7. Perubahan pada Lansia Akibat Proses Penuaan**

### **a. Perubahan fisik**

#### **1) Perubahan fisiologi pada sel dan ekstra sel**

Pada lansia perubahan sel dan ekstra sel menyebabkan menurunnya tampilan dan fungsi fisik. Kulit menjadi lebih tipis dan keriput, masa tubuh dan jumlah lemak mengalami penurunan. Jumlah sel mengalami penurunan serta ukuran sel menjadi lebih besar. Jumlah cairan tubuh dan cairan intraseluler mengalami penurunan. Mekanisme perbaikan sel mengalami gangguan, berat otak berkurang 5-20% dari sebelumnya. Tinggi badan lansia mengalami penurunan karna adanya pengurangan lebar bahu dan pelebaran lingkaran dada dan perut serta diameter pelvis (Gemini dkk, 2021).

#### **2) Perubahan Fisiologi dalam Sistem Kardiovaskuler**

Perubahan yang terjadi pada sistem kardiovaskuler adalah berkembangnya timbunan lemak dan jaringan fibrosa dalam saat jantung mengatur detak jantung, akibatnya jantung berdetak lebih

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

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

### 3) Perubahan Fisiologi pada Sistem Pernapasan

Proses penuaan menyebabkan fungsi paru-paru menurun sehingga terjadi penurunan kemampuan paru-paru dalam pertukaran gas, aliran puncak dan kapasitas vital paru-paru. Terjadi kelemahan pada otot pernapasan serta penurunan efektivitas paru-paru dalam melawan bakteri dan virus. Proses penuaan menyebabkan perubahan pada jaringan ikat paru, volume cadangan paru meningkat untuk kompensasi kenaikan ruang paru, serta terjadi penurunan aliran udara ke paru-paru. Pernapasan terganggu dan fungsi toraks mengalami penurunan yang diakibatkan oleh perubahan otot, tulang dan sendi. Terjadi penurunan elastisitas paru, serta kekuatan otot paru menurun dan kaku. Terjadi kenaikan kapasitas residu sehingga respirasi lebih berat, alveoli melebar dan jumlah alveoli mengalami penurunan. (Gemini dkk, 2021).

#### 4) Perubahan Fisiologi pada Sistem Integumen

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

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

Perubahan kulit ini dapat diatasi dengan pemenuhan nutrisi dan cairan yang cukup dan benar. Lansia mudah mengalami kekurangan gizi dan rentan terhadap cedera, oleh karena itu perlu diperhatikan gaya hidup dan nutrisi lansia tersebut (Gemini dkk, 2021).



#### 5) Perubahan Fisiologis pada Sistem Saraf

Sistem persarafan mengalami perubahan dan penyusutan pengembangan saat proses penuaan. Lansia mengalami kemunduran koordinasi dan kemampuan dalam beraktivitas karena adanya perubahan pada struktur dan fungsi sistem saraf. Terjadi penurunan fungsi serta penurunan respon saraf dan waktu respon terutama berhubungan dengan stress, menurunnya lapisan mielin akson sehingga menyebabkan penurunan respon motorik dan reflek. Penurunan berat otak menyebabkan respon dan waktu menerima respon oleh saraf menjadi menurun. Saat terjadinya perubahan ukuran pada saraf pancaindra maka akan menyebabkan penurunan daya penglihatan, mengecilnya saraf penciuman dan perasa, penurunan ketahanan terhadap suhu rendah, sensitif terhadap perubahan suhu, dan sentuhan menjadi kurang sensitif (Gemini dkk, 2021).

#### 6) Perubahan Fisiologi pada Sistem Endokrin

Terjadi penurunan produksi hormon, penurunan fungsi pluitari pertumbuhan hormon, penurunan produksi CTH, TSH, FSH, LH, aktivitas tiroid menurun, BMR berkurang, daya pertukaran zat berkurang, produksi aklosteron menurun, berkurangnya sekresi hormon reproduksi seperti progresteron, ekstrogen dan testostosterone (Gemini dkk, 2021).

#### 7) Perubahan Fisiologi pada Sistem Muskuloskeletal

Perubahan yang terjadi pada sistem muskuloskeletal adalah berubahnya jaringan penghubung pada tulang yaitu kolagen dan elastin, kartilago, tulang, otot, dan sendi. Perubahan bentuk pada jaringan ikat dan kolagen yang mendukung pertumbuhan kulit, tendon, tulang, kartilago, Jaringan kartilago menjadi lemah dan mengalami granulasi, sehingga permukaan sendi menjadi datar.

Penurunan kemampuan kartilago untuk regenerasi dan degenerasi menyebabkan sendi rentan terhadap gesekan. Perubahan yang terjadi pada tulang adalah penurunan kepadatan tulang sehingga mengakibatkan osteoporosis dan lebih lanjut mengakibatkan nyeri, deformitas, dan patah tulang (Gemini dkk, 2021).

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

#### 8) Perubahan Fisiologi pada Sistem Pencernaan

Perubahan pada sistem pencernaan adalah terjadi pelebaran esofagus, asam lambung menurun, peristaltik dan daya absorbs menurun. Ukuran lambung mengecil dan organ aksesoris lainnya mengalami penurunan fungsi sehingga produksi hormon dan enzim pencernaan menurun. Perubahan gastrointestinal menyebabkan lansia kehilangan gigi. Kehilangan gigi pada lansia disebabkan oleh periodontal disease yang bisa terjadi setelah umur 30 tahun,

Kesehatan gigi buruk, nutrisi buruk, menurunnya indra pengecap. Pada lambung terjadi perubahan berupa rasa lapar mulai berkurang, asam lambung menurun, waktu pengosongan lambung lebih lambat, peristaltik menurun dan muncul, konstipasi, fungsi penyerapan pada lambung berkurang dan daya absorbs menurun (Gemini dkk, 2021).

#### 9) Perubahan Fisiologi pada Sistem Indra

Perubahan pada sistem pendengaran adalah terjadi gangguan pendengaran (Prebiakusis), hilangnya kemampuan atau daya pendengaran pada telinga dalam, terutama terhadap bunyi dan nada yang tinggi, suara menjadi terdengar menjadi tidak jelas dan lansia mengalami kesulitan dalam memahami kata-kata. 50 % lansia diatas 65 tahun mengalami perubahan fisiologi pada sistem indra. Mengecilnya membrane timpani sehingga menyebabkan lansia mengalami otosklerosis. Terjadi penumpukan serumen dan dapat mengeras karna kartin meningkat, daya dengar berkurang pada lansia dengan ketegangan jiwa atau stress (Gemini dkk, 2021).

Perubahan pada sistem penglihatan adalah adanya sklerosis pada spingter pupil dan respon pupil terhadap cahaya berkurang. Lensa mata menjadi buram dan mengalami katarak sehingga mengakibatkan gangguan penglihatan, meningkatnya ambang penglihatan, pengamatan sinar berubah, daya adaptasi terhadap gelap berubah, daya akomodasi mulai menghilang, lapang pandang berkurang, daya membedakan warna biru hijau pada skala menurun. Perubahan pada indra perabaan berupa indra perabaan menyampaikan pesan paling penting dan mudah diterjemahkan. Jika indra lain hilang, indra perabaan akan membantu (Gemini dkk, 2021).

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

#### 10) Perubahan fisiologi pada Sistem Reproduksi

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

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

#### 11) Perubahan Fisiologi pada Sistem Hematopoietik dan Sistem Limfatik

Melindungi tubuh dari infeksi dan penyakit merupakan peran utama sistem hematopoietic dan limfatik. Seiring bertambahnya usia, sistem ini mengalami penurunan efektifitas. Sel yang berfungsi sebagai penyerang seperti sel T, Sel B dan sel primer mengalami penurunan respon. Sel T berfungsi sebagai kekebalan seluler dan biasanya merespon infeksi dan invasi pathogen. Sedangkan Sel B berfungsi

untuk memproduksi antibodi. Pada lansia, sel tersebut kurang responsive sehingga membuat tubuh rentan terhadap infeksi bakteri dan virus. Lansia dianjurkan untuk vaksinasi virus karena sistem limfatiknya mengalami penurunan fungsi tidak seperti waktu usia muda. Selain itu, penurunan kemampuan sistem limfatik untuk mengeliminasi sel tumor dengan efektif dapat meningkatkan kejadian kanker pada lansia. Kekurangan gizi juga dapat menjadi penyebab kanker pada lansia (Gemini dkk, 2021).

b. Perubahan Psikologis dan Sosial pada Lanjut Usia

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

1) Perubahan Psikologis (Mental)

Perubahan psikologis pada lansia dipengaruhi oleh beberapa faktor, yaitu perubahan fisik yang menjadi lemah, kesehatan umum, tingkat pendidikan, keturunan, dan lingkungan. Perubahan psikologis lansia adalah lansia akan bersikap lebih egosentris, mudah curiga, pelit atau tamak. Sikap umum yang ditemukan pada hampir seluruh lansia ini perlu dimengerti, karena keinginan lansia berumur panjang, sebisa mungkin tenaga yang dikeluarkan sedikit, mengharapkan tetap memiliki peran dalam masyarakat, mempertahankan hak dan harta, tetap ingin berwibawa dan jika meninggal ingin secara terhormat dan masuk surga (Gemini dkk, 2021).

Faktor psikologis yang mempengaruhi lansia adalah:

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

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

- a) Tipe kepribadian konstruktif, lansia yang memiliki tipe kepribadian ini tidak banyak mengalami perubahan, tenang dan mantap hingga tua.
- b) Tipe kepribadian mandiri, lansia dengan tipe ini cenderung mengalami *post power syndrome*, terutama jika masa lansia tidak diisi dengan kegiatan yang memberikan hak pada dirinya.
- c) Tipe kepribadian tergantung, tipe ini dipengaruhi oleh kehidupan keluarga. Jika kehidupan keluarga harmonis maka saat lansia tidak ada perubahan kepribadian, namun jika pasangan hidup meninggal, maka pasangan yang ditinggalkan akan jadi berduka, apalagi jika tidak segera bangkit dari rasa duka tersebut.
- d) Tipe kepribadian bermusuhan, lansia dengan tipe ini merasa tidak puas dengan kehidupannya, keinginan yang tidak

diperkirakan secara tepat dapat menyebabkan berantaknya kondisi ekonomi lansia tersebut.

- e) Tipe kepribadian kritik diri, lansia dengan tipe ini umumnya tampak kesusahan, karena sikapnya yang sulit dibantu atau menyusahkan dirinya sendiri (Gemini dkk., 2021).

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

## 2) Perubahan Sosial

Produktivitas dan identitas seseorang dalam peranan saat bekerja menjadi tolak ukur dalam menilai seseorang. Jika lansia pensiun, maka lansia akan mengalami berbagai kehilangan seperti kehilangan finansial, kehilangan status, kehilangan teman atau relasi, kehilangan pekerjaan, perubahan cara hidup, perubahan ekonomi, kesepian (Gemini dkk, 2021).

### 3) Perubahan Spiritual

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

### 4) Perubahan terkait pekerjaan

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

Pada kenyataannya ada lansia yang menerima dan ada yang takut kehilangan, serta ada yang senang memiliki jaminan hari tua, namun ada juga lansia yang bersikap tak acuh terhadap pensiun. Setiap sikap tersebut memiliki dampak untuk setiap individu, baik dampak baik maupun dampak buruk. Dampak baiknya yaitu lebih menenangkan lansia sedangkan dampak buruknya adalah pensiun akan mengganggu kesejahteraan hidup lansia. Sebaiknya masa pensiun diisi dengan kegiatan untuk mempersiapkan diri agar pensiun berdampak baik bagi lansia. Sebelum pensiun, lansia sebaiknya tidak hanya diberi waktu kerja atau tidak hanya dengan memperoleh gaji penuh.



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

#### 5) Perubahan Terkait Peran Sosial di Masyarakat

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

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

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

## **B. Konsep Gangguan Mobilitas Fisik**

### **1. Definisi Mobilitas**

Mobilitas atau mobilisasi adalah kemampuan seseorang untuk bergerak dengan bebas, mudah, dan teratur yang bertujuan untuk memenuhi kebutuhan hidup yang sehat. Setiap manusia butuh bergerak. Mobilisasi diperlukan untuk meningkatkan kemandirian diri, meningkatkan kesehatan, memperlambat proses penyakit khususnya penyakit degeneratif dan untuk aktualisasi diri (harga diri dan citra tubuh) (Ambarwati, 2014).

### **2. Jenis Gangguan Mobilitas**

Jenis gangguan mobilitas menurut Hidayat dan Uliyah (2014) adalah sebagai berikut:

- a. Imobilitas fisik, yaitu pembatasan dalam bergerak dengan fisik yang bertujuan untuk mencegah terjadinya gangguan komplikasi pergerakan seperti yang dilakukan pada pasien hemiplegia dimana tidak bisa mempertahankan tekanan di daerah paralisis sehingga tidak boleh mengubah posisi tubuhnya agar tidak adanya tekanan.
- b. Imobilitas intelektual, yaitu keadaan seseorang ketika mengalami keterbatasan daya pikir misalnya pada pasien yang mengalami kerusakan otak akibat suatu penyakit.
- c. Imobilitas emosional, yaitu kondisi ketika seseorang mengalami keterbatasan secara emosional karena adanya perubahan secara tiba-tiba

dalam menyesuaikan diri, misalnya keadaan stres berat yang dikarenakan seseorang yang mengalami amputasi sehingga ia kehilangan bagian anggota tubuhnya atau kehilangan sesuatu yang dicintainya.

- d. Imobilitas sosial, kondisi seseorang yang mengalami keterbatasan dalam melakukan interaksi sosial yang disebabkan oleh keadaan penyakit sehingga dapat mempengaruhi perannya dalam kehidupan bersosial.

### **3. Definisi Gangguan Mobilitas Fisik/Imobilitas Fisik**

Gangguan mobilitas fisik atau imobilisasi menurut North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) adalah suatu kondisi ketika individu mengalami atau beresiko mengalami keterbatasan dalam gerak fisik (Kim et al, 1995 dalam Nasrullah, 2016). Gangguan mobilitas fisik adalah kondisi dimana seseorang tidak mampu bergerak dengan bebas karena kondisi yang mengganggu pergerakan atau mengganggu aktivitas, seperti seseorang mengalami trauma tulang belakang, cedera otak berat dengan fraktur pada ekstermitas dan lain-lain (Nasrullah, 2016).

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

Faktor yang mempengaruhi gangguan mobilitas fisik adalah sebagai berikut :

- a. Gaya Hidup

Adanya perubahan gaya hidup mampu mempengaruhi kemampuan mobilitas individu, karena gaya hidup akan berpengaruh pada kebiasaan sehari-hari seseorang (Hidayat dan Uliyah, 2014).

- b. Proses penyakit/cidera

Proses penyakit dapat berdampak pada kemampuan mobilitas karena memengaruhi fungsi tubuh. Misalnya, seseorang yang mengalami fraktur femur akan mengalami ketidakmampuan pergerakan ekstremitas bawah (Hidayat dan Uliyah, 2014).

c. Kebudayaan.

Kebudayaan mampu mempengaruhi mobilitas individu, contohnya: orang yang mempunyai budaya sering berjalan jauh memiliki kemampuan mobilitas yang kuat, tetapi sebaliknya, jika ada seseorang yang mengalami gangguan mobilisasi (sakit), maka akan dilarang untuk beraktivitas karena adat dan budaya tertentu (Hidayat dan Uliyah, 2014).

d. Tingkat Energi.

Energi merupakan sumber untuk melakukan mobilitas. Sehingga, agar mampu melakukan suatu aktivitas, maka perlu memiliki energi yang cukup (Hidayat dan Uliyah, 2014).

e. Usia dan status perkembangan.

Pada tingkat usia yang berbeda, terdapat perbedaan kemampuan mobilitas. Hal ini disebabkan oleh kemampuan atau kematangan fungsi alat gerak seiring dengan perkembangan usia (Hidayat dan Uliyah, 2014). Usia berpengaruh terhadap kemampuan seseorang dalam melakukan mobilitas pada individu lansia, kemampuan untuk melakukan aktivitas dan mobilisasi menurun sejalan dengan penuaan (Ambarwati, 2014)

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

- a. Kerusakan integritas struktur tulang
- b. Perubahan metabolisme
- c. Ketidakbugaran fisik
- d. Penurunan kendali otot
- e. Penurunan massa otot
- f. Penurunan kekuatan otot

- g. Keterlambatan perkembangan
- h. Kekakuan sendi
- i. Kontraktur
- j. Malnutrisi
- k. Gangguan muskuloskeletal
- l. Gangguan neuromuskular
- m. Indeks massa tubuh diatas presentil ke-75 sesuai usia
- n. Efek agen farmakologis
- o. Program pembatasan gerak
- p. Nyeri
- q. Kurang terpapar informasi tentang aktivitas fisik
- r. Kecemasan
- s. Gangguan kognitif
- t. Keengganan melakukan pergerakan
- u. Gangguan sensori persepsi

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

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

- a. Tanda dan Gejala Mayor:
  - 1) Mengeluh sulit menggerakkan ekstermitas
  - 2) Kekuatan otot menurun
  - 3) Rentang gerak menurun
- b. Tanda dan Gejala Minor:
  - 1) Nyeri saat bergerak
  - 2) Enggan melakukan pergerakan
  - 3) Merasa cemas saat bergerak
  - 4) Kaku pada sendi
  - 5) Gerakan tidak terkoordinasi
  - 6) Gerakan terbatas

## 7) Fisik lemah

### **6. Perubahan Sistem Tubuh Akibat Gangguan Mobilitas Fisik**

#### a. Perubahan Metabolisme

Sistem endokrin adalah sistem yang berfungsi untuk memproduksi hormon atau sekresi kelenjar untuk mempertahankan fungsi vital, misalnya respon terhadap cedera, pertumbuhan dan perkembangan, reproduksi, homeostatis ion, metabolisme energi. Sistem endokrin mempengaruhi pertahanan homeostatis ion. Sistem endokrin berfungsi dalam mengatur lingkungan eksternal dengan cara memelihara keseimbangan natrium, kalium, air dan keseimbangan asam basa, sehingga sistem endokrin berfungsi untuk mengatur metabolisme energi. Hormon tiroid berfungsi untuk meningkatkan laju metabolik basal dan energi, sehingga dapat digunakan oleh sel melalui integrasi kerja antara hormon pada sistem pencernaan (Nasrullah, 2016).

Gangguan mobilitas mengganggu fungsi metabolisme normal diantaranya adalah laju metabolik, metabolisme karbohidrat lemak dan protein dan gangguan pencernaan. Keberadaan tahap infeksi usus pada pasien gangguan mobilitas mengalami peningkatan bmr karena demam atau penyembuhan luka. Demam dan penyembuhan luka dapat meningkatkan oksigen seluler (Nasrullah, 2016).

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

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

b. Perubahan pada Sistem Respirasi

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

c. Perubahan Sistem Kardiovaskuler

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

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

d. Perubahan Sistem Muskuloskeletal

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

Pengaruh otot. Pemecahan protein mengakibatkan klien mengalami penambahan masa tubuh yang membentuk sebagian otot. Oleh sebab itu, penurunan massa otot dapat meningkatkan kelelahan dan tidak mampu mempertahankan aktivitas. Metabolisme yang terganggu dan tidak digunakan dapat menurunkan massa otot. Penurunan massa otot akan berkelanjutan jika saat gangguan mobilitas menjadi parah dan otot tidak dilatih (Nasrullah, 2016).

Pengaruh skelet, gangguan mobilitas menyebabkan 2 perubahan pada skelet yaitu terganggunya metabolisme kalsium dan kelainan sendi. Imobilisasi mengakibatkan resorpsi tulang sehingga jaringan tulang menjadi kurang padat dan menyebabkan osteoporosis. Jika setiap proses terjadi maka klien akan beresiko mengalami fraktur patologis.

Gangguan mobilitas dan aktivitas yang tidak menyangga tubuh dapat menyebabkan kecepatan resorpsi tulang meningkat. Resorpsi tulang ini mengakibatkan kalsium terlepas ke dalam darah sehingga menyebabkan hiperkalsemia. Merupakan suatu keadaan abnormal dan biasanya permanen yang ditandai dengan sendi fleksi dan terfiksasi. Hal tersebut terjadi karena sendi tidak digunakan, atrofi dan dan otot memendek. Kontraktur sendi menyebabkan sendi tidak mampu mempertahankan



rentang gerak dengan penuh. Kontraktur menjadikan sendi tidak berfungsi. Satu macam kontraktur umum terjadi di adalah foot drop dapat mengakibatkan kaki terfiksasi pada posisi plantarfleksi secara permanen. Kaki akan sulit bergerak pada posisi ini (Nasrullah, 2016).

e. Perubahan Sistem Integumen

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

f. Perubahan Eliminasi Urin

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

Seiring dengan waktu gangguan mobilitas yang berlanjut, asupan cairan terbatas, dan penyebab lain seperti demam akan meningkatkan resiko dehidrasi. Sehingga haluaran urine menurun sekitar pada hari kelima atau keenam (Perry dan Potter, 2005 dalam Nasrullah, 2016).

Urine yang pekat ini dapat meningkatkan resiko terjadinya batu ginjal dan infeksi. Resiko kontaminasi akan meningkat jika perawatan perineal buruk setelah defekasi terutama pada wanita. Pemakaian urine menetap dapat menjadi penyebab lain infeksi saluran perkemihan pada klien imobilisasi (Perry dan Potter, 2005 dalam Nasrullah, 2016)

Selain mengakibatkan perubahan pada sistem tubuh gangguan mobilitas dapat mengakibatkan terjadinya perubahan perkembangan khususnya pada lansia. Umumnya lansia akan mengalami kehilangan total massa tulang progresif. Beberapa kemungkinan yang dapat mengakibatkan keadaan tersebut adalah aktivitas fisik, perubahan hormon, dan resorpsi tulang aktual. Akibat dari kehilangan massa tulang tersebut adalah tulang menjadi lebih lemah, tulang belakang lebih lunak dan tertekan, tulang panjang menjadi kurang resisten terutama ketika membungkuk. Lansia akan berjalan lebih lama dan tampak kurang koordinasi. langkah lansia menjadi lebih pendek dan mereka lebih memiliki kaki yang dekat secara bersamaan, yang mengurangi dasar dukungan. Hal ini menyebabkan tubuh lansia menjadi tidak stabil dan beresiko untuk jatuh dan cedera (Nasrullah, 2016).

## **7. Penatalaksanaan Gangguan Mobilitas Fisik**

Penatalaksanaan gangguan mobilisasi secara umum menurut Hidayat dan Uliyah (2014), yaitu :

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

Pengaturan posisi dalam mengatasi masalah kebutuhan mobilitas dapat disesuaikan dengan tingkat hambatan, seperti posisi fowler, sim, trendelenburg, dorsal recumbent, lithotomi, dan genu pectoral.

1) Posisi Fowler

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

2) Posisi Sim

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

3) Posisi Trendelenburg

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

4) Posisi Dorsal Recumbent

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

5) Posisi Lithotomi

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

6) Posisi Genu Pectoral

Pada posisi ini pasien menungging dengan kedua kaki ditekuk dan dada menempel pada bagian atas tempat tidur. Posisi ini dilakukan untuk memeriksa daerah rectum dan sigmoid

c. Latihan ROM Pasif dan Aktif

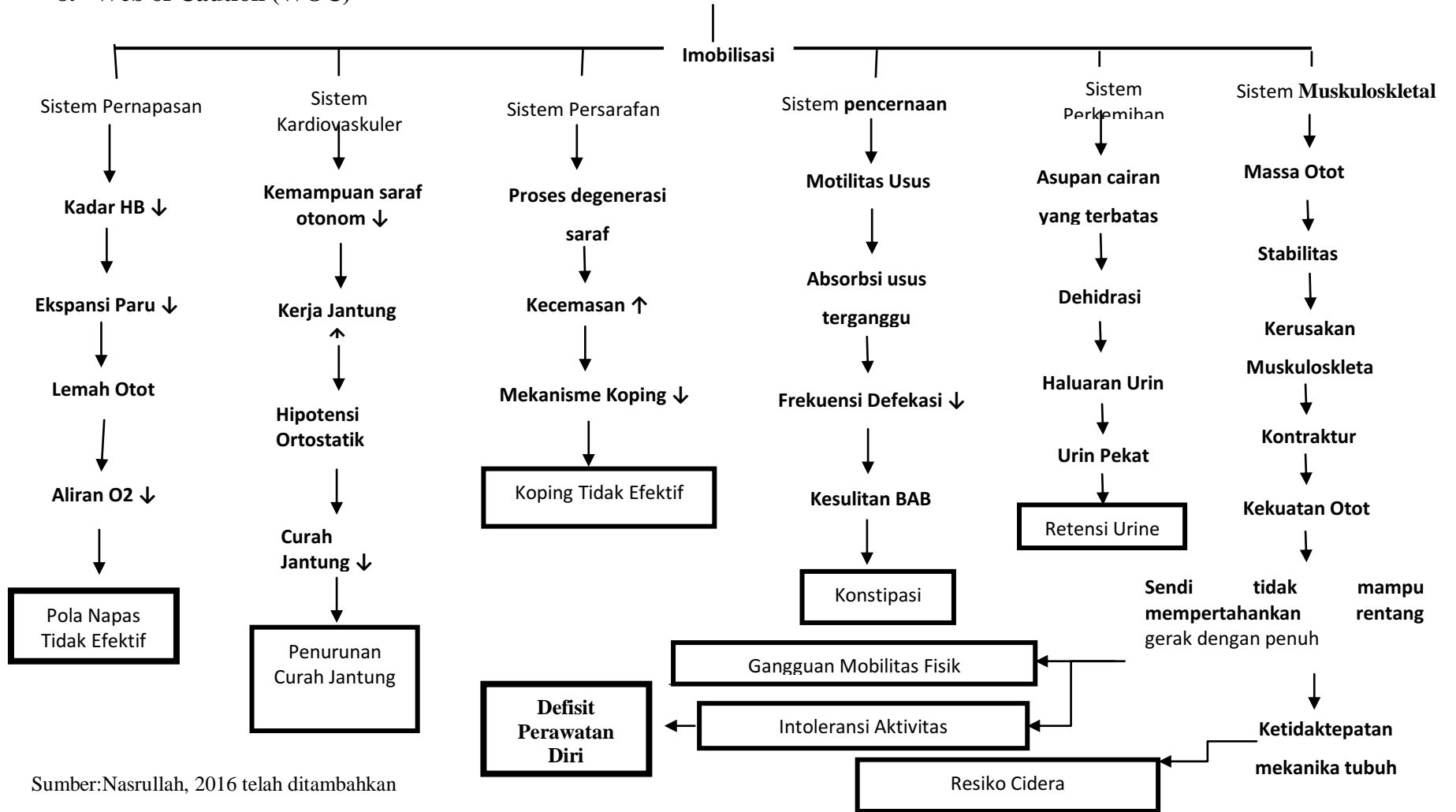
Pasien yang mobilitas sendinya terbatas karena penyakit, diabilitas, atau trauma memerlukan latihan sendi untuk mengurangi bahaya imobilitas (Hidayat dan Uliyah, 2014).

Berikut beberapa gerakan latihan ROM yang dilakukan untuk memelihara dan mempertahankan kekuatan otot serta memelihara mobilitas persendian:

- 1) Fleksi dan ekstensi pergelangan Tangan
- 2) Fleksi dan ekstensi siku
- 3) Pronasi dan supinasi lengan
- 4) Pronasi fleksi bahu
- 5) Abduksi dan adduksi
- 6) Rotasi bahu
- 7) Fleksi dan ekstensi Jari – jari
- 8) Inversi dan eversi Kaki
- 9) Fleksi dan ekstensi Pergelangan Kaki
- 10) Fleksi dan ekstensi Lutut
- 11) Rotasi pangkal paha
- 12) Abduksi dan adduksi pangkal paha
- 13) Latihan ambulasi
- 14) Duduk diatas tempat tidur
- 15) Turun dari tempat tidur, berdiri, kemudian duduk di kursi roda
- 16) Membantu berjalan

### 8. Web of Caution (WOC)

Gangguan muskuloskeletal, gangguan kardiovaskular, gangguan sistem respirasi,



Sumber: Nasrullah, 2016 telah ditambahkan

Gambar 2.1 WOC Gangguan Mobilitas Fisik

## C. Asuhan Keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik pada Lansia

### 1. Pengkajian Keperawatan

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

#### a. Identitas Klien

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

#### b. Identitas Penanggung Jawab

Identitas penanggung jawab sangat perlu untuk memudahkan dan jadi penanggung jawab klien selama perawatan, serta yang terkumpul meliputi nama, umur, pendidikan, pekerjaan, hubungan dengan klien dan alamat (Ode, 2012).

#### c. Keluhan Utama

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

##### 1) Nyeri

Biasanya nyeri pada muskuloskeletal, nyeri saat bergerak, Identifikasi apakah nyeri timbul setelah diberi aktivitas atau Gerakan. Nyeri saat bergerak merupakan satu tanda masalah persendian. Degenerasi panggul menimbulkan nyeri selama badan bertumpu pada sendi tersebut. Degenerasi pada lutut

menimbulkan nyeri selama dan setelah berjalan. Nyeri pada osteoarthritis makin meningkat pada suhu dingin. Identifikasi apakah nyeri dapat diatasi dengan obat tertentu.

## 2) Kekakuan Sendi

Identifikasi sendi yang mengalami kekakuan, lamanya kekakuan tersebut dan apakah selalu terjadi remisi kekakuan beberapa kali sehari. Pada penyakit degenerasi sendi sering mengalami kekakuan yang meningkat pada pagi hari setelah bangun tidur kekakuan sendi yang meningkat pada pagi hari setelah bangun tidur.

## 3) Bengkak

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

## 4) Deformitas dan Imobilitas

Identifikasi kapan terjadinya apakah tiba-tiba atau bertahap, apakah menimbulkan keterbatasan gerak, apakah semakin memburuk dengan aktivitas, apakah klien menggunakan alat bantu.

## 5) Perubahan Sensori

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

#### d. Riwayat Penyakit Sekarang

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

#### e. Riwayat Penyakit Dahulu

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

#### f. Riwayat Penyakit Keluarga

Riwayat penyakit keluarga perlu diketahui untuk menentukan hubungan genetik yang perlu diidentifikasi, misalnya penyakit DM yang merupakan predisposisi penyakit sendi degeneratif, TBC, artritis, riketsia, osteomyelitis, dan lain-lain (Hermayudi dan Ariani, 2017).



g. Pemeriksaan Fisik

1) Keadaan Umum

Keadaan umum pasien biasanya ditemukan kelemahan (Aspiani, 2014 dalam Regina, 2018)

2) Kesadaran

Lansia dengan gangguan muskuloskeletal biasanya memiliki kesadaran kompos mentis. Pada kasus yang lebih parah klien dapat mengeluh pusing dan gelisah (Ode, 2012).

3) Sistem Pernapasan

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

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

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

4) Sistem Kardiovaskuler

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

- a) Memantau tekanan darah, tekanan darah klien harus diukur, terutama saat tekanan darah berubah dari berbaring (rekumben) ke duduk atau berdiri akibat risiko terjadinya hipotensi ortostatik (Nasrullah, 2016).
- b) Mengevaluasi nadi apeks maupun nadi perifer, berbaring dalam posisi rekumben meningkatkan beban kerja jantung dan meningkat denyut nadi. Pada beberapa klien, terutama lansia, jantung tidak dapat mentoleransi peningkatan beban kerja dan berkembang menjadi gagal jantung. Suara jantung ketiga yang terdengar dibagian apeks merupakan indikasi awal gagal jantung kongestif. Memantau nadi perifer memungkinkan perawat mengevaluasi kemampuan jantung memompa darah (Nasrullah, 2016).
- c) Observasi adanya tanda-tanda adanya stasis vena (mis. Edema dan penyembuhan luka yang buruk), edema mengindikasikan ketidakmampuan jantung menagani peningkatan beban kerja. Karena edema bergerak diarea tubuh yang menggantung, pengkajian klien imobilisasi harus meliputi sakrum, tungkai dan kaki. Jika jantung tidak mampu mentoleransi peningkatan beban kerja, maka area tubuh perifer seperti tangan, kaki, hidung, dan daun telinga akan lebih dingin dari daerah pusat tubuh. Perawat mengkaji sistem vena karena *trombosis vena profunda* merupakan bahaya dari keterbatasan mobilitas. Embolus adalah trombus yang terlepas, berjalan mengikuti sistem sirkulasi ke paru-paru atau otak dan mengganggu sirkulasi (Nasrullah, 2016).

Untuk mengkaji trombosis vena profunda, perawat melepas stocking elastis klien dan atau sequential compression devices

(SCDs) setiap 8 jam dan mengobservasi betis terhadap kemerahan, hangat, kelembaban. Tanda homan (Homan's sign) atau nyeri betis pada kaki dorsifleksi, mengidentifikasi kemungkinan adanya trombus, tetapi tanda ini tidak selalu ada. Ketika melakukan hal ini perawat menandai sebuah. Disetiap betis 10 cm dari tengah patela. Lingkar betis diukur setiap hari menggunakan tanda tersebut untuk penempatan alat pengukur. Peningkatan satu bagian diameter merupakan indikasi awal trombosis. Trombosis vena profunda juga dapat terjadi di paha untuk itu pengukuran paha harus dilakukan setiap hari apabila klien cenderung terjadi trombosis. Pada beberapa klien, trombosis vena profunda dapat dicegah dengan latihan aktif dan stoking elastis (Nasrullah, 2016).

#### 5) Sistem Metabolik

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

Pengukuran asupan dan haluaran nutrisi membantu perawat untuk menentukan apakah terjadi keseimbangan cairan. Dehidrasi dan edema dapat meningkatkan laju kerusakan kulit pada klien dengan gangguan mobilitas. Pengukuran laboratorium terhadap kadar elektrolit darah dapat mengindikasikan ketidakseimbangan elektrolit. Apabila klien dengan gangguan mobilitas mempunyai luka maka penyembuhan luka menunjukkan indikasi nutrisi yang

dibawa ke jaringan. Kemajuan penyembuhan yang normal yang diindikasikan bahwa kebutuhan metabolisme jaringan luka terpenuhi. Pada umumnya anoreksia terjadi pada klien gangguan mobilitas. asupan makanan klien harus dikaji terlebih dahulu sebelum makanan diberikan. Ketidakseimbangan nutrisi dapat dihindari apabila perawat mengkaji pola makan klien dan makanan yang disukai sebelum keadaan gangguan mobilitas (Nasrullah, 2016).

#### 6) Sistem Muskuloskeletal

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

Tabel 2.1 Pengkajian Sistem Ekstermitas

	<b>Refleks</b>	<b>Kanan</b>	<b>Kiri</b>
--	----------------	--------------	-------------

ter.

Pen

gkaj

ian

rentang gerak dilakukan pada daerah seperti bahu, siku, lengan, panggul, dan kaki (Nasrullah, 2016).

a) Refleks Ekstermitas

Biceps	+	-
Triceps	+	+
Knee	+	+
Achilles	+	+

Sumber : Nasrullah, 2016

Keterangan:

Refleks (+): Normal

Refleks (-): Menurun/Meningkat

b) Pengkajian Derajat Kekuatan Otot

Tabel 2.2 Derajat Kekuatan Otot

Skala	Persentase Kekuatan Otot (%)	Karakteristik
0	0	Paralisis Sempurna
1	10	Tidak ada gerakan, kontraksi otot dapat dipalpasi atau dilihat
2	25	Gerakan otot penuh melawan gravitasi
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 : A. A. Hidayat dan Uliyah, 2014

#### 7) Sistem Integumen

Biasanya ditemukan turgor kulit menurun. Kulit dapat mengalami atrofi akibat imobilitas yang lama. Selain itu, perpindahan cairan antar-kompartemen pada area tubuh yang menggantung dapat mengganggu keutuhan dan kesehatan dermis dan jaringan subkutan. Pada akhirnya kondisi ini akan menyebabkan penurunan elastisitas kulit. Selain itu ditemukan kerusakan kulit pada pasien dengan gangguan mobilitas. Kondisi dengan gangguan mobilitas dapat mengganggu sirkulasi dan suplai nutrisi menuju area tertentu. Ini mengakibatkan iskemia dan nekrosis jaringan superficial yang dapat menimbulkan ulkus dekubitus (Ambarwati, 2014).

#### 8) Sistem Eliminasi Klien

Status eliminasi klien harus dievaluasi setiap shift, dan total asupan dan haluaran dievaluasi setiap 24 jam. Perawat harus menentukan bahwa klien menerima jumlah dan jenis cairan melalui oral atau parenteral dengan benar. Ketidakadekuatan asupan dan haluaran atau ketidakseimbangan cairan dan elektrolit dapat meningkatkan resiko gangguan sistem ginjal, terjadi perubahan dari infeksi berulang menjadi gagal ginjal. Dehidrasi juga meningkatkan risiko kerusakan kulit, pembentukan thrombus, infeksi pernafasan, dan konstipasi. Status eliminasi juga meliputi frekuensi dan konsistensi pengeluaran feses (Nasrullah, 2016).

#### h. Pengkajian Status Fungsional

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

### 1) Pengkajian Kemampuan Mobilitas

Tabel 2.3 Kategori Tingkat Kemampuan Mobilitas

<b>Tingkat Mobilitas</b>	<b>Kategori</b>
Tingkat 0	Mampu merawat diri sendiri secara penuh
Tingkat 1	Memerlukan penggunaan alat
Tingkat 2	Memerlukan bantuan dan pengawasan orang lain
Tingkat 3	Memerlukan bantuan, pengawasan orang lain dan peralatan
Tingkat 4	Sangat bergantung dan tidak dapat melakukan atau berpartisipasi dalam perawatan

Sumber : A. A. Hidayat dan Uliyah, 2014

### 2) Pengkajian INDEKS KATZ (Indeks Kemandirian Pada Aktivitas Kehidupan Sehari-hari)

Tabel 2.4 Indeks KATZ

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

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

Sumber : Nasrullah, 2016

### 3) Pengukuran ADL (*Activity of Daily Living*) dengan Barthel Indeks

Tabel 2.5 Indeks Barthel

<b>No</b>	<b>Jenis ADL</b>	<b>Kategori</b>	<b>Skor</b>
1	Makan	0: Tidak dapat 1: Perlu bantuan	



No	Jenis ADL	Kategori	Skor
		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	Buang Air Besar	0: Inkontinensia 1: Kadang inkontinensia (sekali seminggu) 2: Terkontrol penuh	
7	Penggunaan Toilet	0: Tergantung bantuan orang lain 1: Perlu bantuan tetapi dapat	

No	Jenis ADL	Kategori	Skor
		melakukan sesuatu sendiri 2: Mandiri	
8	Berpindah	0 : Tidak dapat 1: Butuh Bantuan 2: Dapat duduk dengan sedikit 3: Mandiri	
9	Mobilitas	0: Tidak bergerak/ tidak mampu 1: Mandiri dengan kursi roda 2: berjalan dengan bantuan 3: Mandiri	
10	Naik Turun Tangga	0: Tidak mampu 1: Perlu bantuan 2: Mandiri	

Sumber: (Aziz dan EduNers, 2021)

Interpretasi Hasil:

20 : Mandiri

12-19 : Ketergantungan Ringan

9-11 : Ketergantungan Sedang

5-8 : Ketergantungan Berat

0-4 : Ketergantungan

i. Pengkajian Status Kognitif

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

j. Pengkajian Status Emosi atau Afektif

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

k. Pengkajian Spiritual

Kaji apakah lansia secara teratur melakukan ibadah sesuai dengan keyakinan agamanya, apakah lansia secara teratur mengikuti atau terlibat aktif dalam kegiatan misalnya pengajian dan penyantunan

anak yatim atau fakir miskin. Kaji bagaimana cara lansia menyelesaikan masalah apakah dengan berdoa (Kholifah, 2018).

### 1. Pengkajian Psikologis Lansia

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

### 2. Rencana Analisa data

Analisa adalah kemampuan kognitif dalam mengembangkan daya pikir dan penalaran yang dipengaruhi oleh latar belakang ilmu pengetahuan pengalaman dan pengertian dalam keperawatan. Perencanaan dalam data merupakan kemampuan menghubungkan data dan mengkaitkan data tersebut sesuai dengan konsep teori prinsip-prinsip yang relevan untuk menjadi suatu kesimpulan (Ratnawati, 2017 dalam Rosita, 2020).

### 3. Kemungkinan Diagnosis Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang muncul pada lansia dengan gangguan mobilitas

menurut SDKI (2016) adalah sebagai berikut:

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

#### 4. Perencanaan Keperawatan

Perencanaan keperawatan gerontik adalah suatu proses penyusunan berbagai intervensi keperawatan yang berguna untuk mencegah, menurunkan atau mengurangi masalah-masalah lansia (Kholifah, 2016).

Rencana asuhan keperawatan pada lansia dengan gangguan mobilitas fisik menurut SIKI (2018) dan SLKI (2016) adalah sebagai berikut :

Tabel 2.6 Intervensi Keperawatan Gangguan Mobilitas

No	Diagnosis Keperawatan	Tujuan (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
1	Gangguan Mobilitas Fisik	1. Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam <b>mobilitas fisik</b> meningkat dengan kriteria hasil : <ol style="list-style-type: none"> <li>Pergerakan ekstremitas meningkat</li> <li>Kekuatan otot meningkat.</li> <li>Rentang gerak (ROM) meningkat</li> <li>Nyeri menurun</li> </ol>	<b>Dukungan Ambulasi:</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya.</li> <li>Jelaskan prosedur dan tujuan ambulasi.</li> <li>Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi.</li> <li>Monitor tekanan darah sebelum memulai ambulasi.</li> </ol>

No	Diagnosis Keperawatan	Tujuan (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
		e. Kecemasan menurun f. Kaku sendi menurun g. gerak tidak terkoordinasi menurun. h. Gerakan terbatas menurun i. Kelemahan fisik menurun	5. Monitor kondisi umum selama melakukan ambulasi. 6. Fasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu. 7. Fasilitasi melakukan ambulasi fisik.
2	Intoleransi Aktivitas	5. Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam <b>toleransi aktivitas</b> meningkat dengan kriteria hasil : a. frekuensi nadi sedang. b. Saturasi oksigen meningkat. c. Kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari meningkat. d. Kecepatan berjalan meningkat.	<b>Manajemen Energi</b> 1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan. 2. Monitor kelelahan fisik dan emosional. 3. Monitor pola dan jam tidur. 4. Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas.

No	Diagnosis Keperawatan	Tujuan (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
		<p>e. Jarak berjalan meningkat.</p> <p>f. Kekuatan tubuh bagian atas meningkat.</p> <p>g. Kekuatan tubuh bagian bawah meningkat.</p> <p>h. Keluhan lelah menurun.</p> <p>i. Dispnea saat aktivitas menurun</p> <p>j. Dispnea setelah aktivitas menurun.</p> <p>k. Perasaan lelah menurun.</p> <p>l. Frekuensi nafas membaik.</p> <p>6. Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam <b>ambulasi</b> meningkat dengan kriteria hasil :</p> <p>a. Menopang berat meningkat.</p> <p>b. Berjalan dengan</p>	<p>5. Sediakan lingkungan nyaman dan redah stimulus (mis. Cahaya, suara, kunjungan)</p> <p>6. Lakukan latihan rentang gerak pasif dan/atau aktif.</p> <p>7. Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan secara bertahap</p> <p>8. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap.</p> <p>9. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan.</p> <p><b>Terapi Aktivitas</b></p> <p>1. Identifikasi defisit tingkat aktivitas.</p> <p>2. Fasilitasi focus pada kemampuan, bukan defisit yang</p>

No	Diagnosis Keperawatan	Tujuan (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
		<p>langkah yang efektif meningkat</p> <p>c. Berjalan dengan langkah pelan meningkat.</p> <p>d. Berjalan dengan langkah sedang meningkat.</p> <p>e. Berjalan dengan langkah cepat meningkat.</p> <p>f. Berjalan menanjak meningkat</p> <p>g. Berjalan menurun meningkat.</p> <p>h. Berjalan jarak pendek.</p> <p>i. Berjalan jarak sedang meningkat..</p> <p>j. Berjalan jarak jauh meningkat.</p> <p>k. Berjalan mengitari ruangan meningkat</p>	<p>dialami.</p> <p>3. Sepakati komitmen untuk meningkatkan frekuensi dan rentang aktivitas.</p> <p>4. Fasilitasi aktivitas fisik rutin.</p> <p>5. Fasilitasi mengembangkan motivasi dan penguatan diri.</p> <p>6. Ajarkan cara melakukan aktivitas yang dipilih.</p> <p>7. Anjurkan melakukan aktivitas fisik, social spiritual, dan kognitif dalam menjaga fungsi dan kesehatan.</p> <p>8. Kolaborasi dengan terapis okupasi dalam merencanakan</p>



No	Diagnosis Keperawatan	Tujuan (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
3	Resiko Jatuh	<p>1. Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam <b>Tingkat Jatuh</b> menurun dengan kriteria hasil :</p> <p>a. Jatuh dari tempat tidur menurun</p> <p>b. Jatuh saat berdiri menurun</p> <p>c. Jatuh saat duduk menurun</p> <p>d. Jatuh saat berjalan menurun</p> <p>e. Jatuh saat dipindahkan menurun.</p> <p>f. Jatuh saat naik tangga menurun.</p> <p>g. Jatuh saat dikamar mandi menurun.</p> <p>h. Jatuh saat membungkuk dan menurun.</p>	<p><b>Pencegahan Jatuh:</b></p> <p>1. Identifikasi factor risiko jatuh (mis. Usia &gt; 65 tahun,</p> <p>2. Identifikasi factor lingkungan yang meningkatkan resiko jatuh (mis. Lantai licin, penerangan kurang</p> <p>3. Monitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya.</p> <p>4. Tempatkan pasien beresiko tinggi jatuh dengan pantauan. Perawat.</p> <p>5. Anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin.</p> <p>6. Anjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh.</p> <p>7. Anjurkan</p>

No	Diagnosis Keperawatan	Tujuan (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
			melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan

### 7. Implementasi Keperawatan

Pelaksanaan adalah realisasi rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Kegiatan dalam pelaksanaan juga meliputi pengumpulan data berkelanjutan, mengobservasi respon klien selama dan sesudah pelaksanaan tindakan, serta menilai data yang baru (Budiono, 2016). Tindakan keperawatan gerontik adalah realisasi rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan (Kholifah, 2016).

### 8. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi didefinisikan sebagai keputusan dari efektifitas asuhan keperawatan antara dasar tujuan keperawatan yang telah ditetapkan dengan respon perilaku lansia yang tampilkan (Craven & Hirnle, 2000 dalam Kholifah, 2016)

## **BAB III METODE PENELITIAN**

### **A. Desain Penelitian**

Desain penelitian yang digunakan adalah penelitian deskriptif dengan pendekatan studi kasus. Penelitian deskriptif adalah yang bertujuan untuk mendeskripsikan atau memaparkan peristiwa penting yang terjadi masa kini (Nursalam, 2015). Studi kasus merupakan rancangan penelitian yang mencakup pengkajian satu unit penelitian secara intensif misalnya pada satu klien, keluarga, kelompok, komunitas, atau institusi (Nursalam, 2015). Jenis penelitian yang digunakan adalah jenis penelitian kualitatif yaitu jenis penelitian dengan pengumpulan data pada suatu latar alamiah dengan maksud menafsirkan fenomena yang terjadi (Anggito & Setiawan, 2018). Studi kasus yang dilakukan berupa asuhan keperawatan pada lansia dengan gangguan mobilitas fisik di PSTW Sabai Nan Aluih Sicincin tahun 2022.

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

Studi kasus ini dilakukan di PSTW Sabai Nan Aluih Sicincin Kabupaten Padang Pariaman. Waktu penelitian dimulai dari bulan Desember 2021 sampai bulan Mei 2022. Waktu pendampingan asuhan keperawatan pada lansia yang menjadi sampel penelitian dilakukan selama satu minggu dimulai dari tanggal 2 Maret 2022 – 8 Maret 2022.

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

#### **1. Populasi**

Populasi dalam penelitian adalah subjek (misalnya manusia; klien) yang memenuhi kriteria yang telah ditetapkan (Nursalam, 2015). Pada studi kasus ini, populasi yang digunakan adalah seluruh lansia yang mengalami gangguan mobilitas fisik yang menggunakan kursi roda di PSTW Sabai Nan Aluih yang berumur 75-90 tahun yaitu sebanyak 6 orang.

## 2. Sampel

Sampel merupakan bagian populasi terjangkau yang dapat digunakan sebagai objek penelitian melalui sampling. Sampling merupakan proses menyeleksi porsi dari populasi yang dapat mewakili populasi yang ada (Nursalam, 2015). Sampel yang digunakan pada studi kasus ini adalah satu lansia yang mengalami gangguan mobilitas fisik dengan kursi roda berumur 75-90 tahun di PSTW Sabai Nan Aluih Sicincin tahun 2022.

Pengambilan sampel (sampling) pada studi kasus ini dilakukan dengan *purposive sampling*. *Purposive sampling* adalah teknik penetapan sampel dengan cara memilih sample di antara populasi sesuai dengan yang dikehendaki peneliti sehingga sampel tersebut dapat mewakili karakteristik populasi yang telah dikenal sebelumnya (Nursalam, 2015). Adapun kriteria yang digunakan untuk penetapan sampel diatas adalah:

### a. Kriteria Inklusi

- 1) Lansia yang bersedia menjadi partisipan
- 2) Lansia yang berada di tempat
- 3) Lansia yang kooperatif

### b. Kriteria Eksklusi

- 1) Lansia yang mengalami gangguan pendengaran dan penglihatan
- 2) Lansia yang tidak dapat berkomunikasi dengan baik
- 3) Lansia yang mengalami masalah kesehatan yang serius

Peneliti menentukan sampel dengan teknik *simple random sampling* apabila jumlah sampel yang cocok dengan kriteria inklusi dan kriteria eksklusi lebih dari satu, maka *Simple random sampling* adalah pemilihan sampel jenis probabilitas yang paling sederhana. Untuk mencapai sampling ini, setiap elemen diseleksi secara acak. Jika sampling frame kecil, nama bisa ditulis pada secarik kertas, diletakkan di kotak, diaduk, dan diambil secara acak setelah semuanya terkumpul (Nursalam, 2015).

Setelah ditetapkan kriteria inklusi dan eksklusi pada 6 orang lansia, didapatkan 3 lansia yang memenuhi kriteria tersebut. Untuk memilih satu sampel, peneliti melakukan teknik *simple random sampling* dengan cara lotre dan didapatkan lansia J sebagai sampel pada penelitian ini.

#### **D. Teknik Pengumpulan Data**

Dalam pengumpulan data peneliti menggunakan teknik pengumpulan data sebagai berikut:

1. Wawancara (Anamnesa)

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

2. Observasi

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

3. Pengukuran

Peneliti melakukan pengukuran dengan memantau kondisi lansia menggunakan alat ukur pemeriksaan fisik, seperti mengukur tanda-tanda vital, tinggi badan, berat badan, pengukuran suhu, pemeriksaan fisik dan

pemeriksaan patella. Pengukuran dilakukan juga untuk menilai tingkat ketergantungan lansia dengan indeks barthel serta dalam pengukuran kekuatan otot.

#### 4. Studi Dokumentasi

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

### **E. Instrumen Pengumpulan Data**

Instrumen pengumpulan data yang digunakan pada studi kasus ini adalah format pengkajian keperawatan pada lansia, alat pemeriksaan fisik yang terdiri dari timbangan, tensi meter, stetoskop, thermometer, penlight, reflek harmer.

### **F. Jenis Data**

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

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

### **G. Prosedur Pengumpulan Data**

Adapun langkah-langkah pengumpulan data yang dilakukan oleh peneliti adalah sebagai berikut:

1. Peneliti meminta surat izin survey awal dari institusi asal peneliti yaitu Poltekkes Kemenkes Padang
2. Peneliti mendatangi Dinas Penanaman Modal Satu Pintu Provinsi Sumatera Barat untuk mendapatkan surat pengantar ke Dinas Sosial Provinsi Sumatera Barat.
3. Peneliti mendatangi Dinas Sosial Provinsi Sumatera Barat dan menyerahkan untuk rekomendasi permintaan data dari Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Provinsi Sumatera Barat untuk mendapatkan surat izin survey awal di PSTW Sabai Nan Aluih
4. Peneliti mendatangi PSTW Sabai Nan Aluih dan menyerahkan surat izin permintaan data dari PSTW Sabai Nan Aluih.
5. Peneliti meminta data jumlah lansia di PSTW Sabai Nan Aluih Sicincin dan didapatkan data bahwa terdapat 110 daya tampung lansia di PSTW Sabai Nan Aluih dan terdapat 71 lansia yang berada di tempat .
6. Peneliti melakukan survey awal dengan melakukan survey ke wisma-wisma di PSTW Sabai Nan Aluih untuk menentukan populasi penelitian tersebut.
7. Peneliti meminta surat izin penelitian dari institusi asal peneliti yaitu Poltekkes Kemenkes Padang.
8. Peneliti mendapatkan surat pengantar ke Dinas Sosial dari DPMSPP Sumbar untuk rekomendasi penelitian ke PSTW Sabai Nan Aluih
9. Peneliti mendatangi PSTW Sabai Nan Aluih dan menyerahkan surat izin penelitian dari PSTW Sabai Nan Aluih.
10. Peneliti memilih sampel dengan kriteria yang telah ditentukan dengan cara *purposive sampling* dan didapatkan 3 lansia yang sesuai dengan kriteria yang ditetapkan. Untuk memilih satu sampel peneliti melakukan teknik

*simple random sampling* dengan cara lotre dan didapatkan lansia Ny.J sebagai klien untuk dilakukan penelitian.

11. Peneliti memberikan penjelasan maksud dan tujuan penelitian kepada responden dan peneliti memberikan *informed consent* kepada responden
12. Peneliti melakukan kontrak waktu dengan responden untuk melakukan pengkajian dan wawancara menggunakan format pengkajian asuhan keperawatan gerontik
13. Peneliti melakukan pengkajian keperawatan gerontik pada responden
14. Peneliti melakukan penegakan diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi, dan evaluasi pada responden, kemudian peneliti melakukan terminasi serta pendokumentasian.

#### **H. Analisa Data**

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





## **BAB IV**

### **HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN**

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

Pendampingan asuhan keperawatan dilakukan kepada lansia Ny. J dimulai dari tanggal 2 Maret 2022 hingga tanggal 8 Maret 2022 di Wisma Singgalang PSTW Sabai Nan Aluih Sicincin

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

Klien adalah Ny. J seorang perempuan yang berusia 85 tahun beragama islam, seorang janda yang memiliki dua orang anak, sumber informasi dalam pengkajian adalah klien sendiri. Keluarga yang dapat dihubungi adalah anak pertama klien bernama Ny. A. Alasan klien masuk PSTW adalah kemauan sendiri karena klien merasa tidak ada yang akan mengurusnya di rumah. Klien mulai tinggal di PSTW Sabai Nan Aluih pada tanggal 1 Desember 2015.

Saat pengkajian tanggal 2 Maret 2022, ditemukan keluhan utama yang dirasakan klien adalah klien mengatakan kesulitan saat berjalan maupun berdiri karena saat ini kaki terasa berat dan lemah jika digunakan. klien mengeluh otot ekstermitas terasa pegal dan lemah, Gerakan klien tampak terbatas. Klien mengatakan kaku pada jari-jari tangan dan jari-jari kaki, klien mengatakan terasa nyeri pada jari-jari tangan dan jari-jari kaki. Kaku dan nyeri terasa terutama pada jari kaki kanan dan pada jari tangan kiri dengan skala nyeri 3. Klien mengatakan bahwa ia kesulitan berjalan dan berpindah tempat tanpa kursi roda sejak 5 tahun yang lalu. Saat klien mencoba berjalan tanpa alat bantu klien merasa takut akan jatuh karena klien merasa tubuhnya tidak seimbang dan klien sering pusing akibat tekanan darah tinggi. Klien harus berpegangan saat pindah dari kursi roda ke tempat tidur. Klien tidak memiliki riwayat jatuh. Klien biasanya mengatasi masalah kesehatannya tersebut dengan minyak urut dan istirahat yang cukup.

Klien memiliki alergi dengan makanan laut dan telur, reaksi alergi berupa gatal-gatal pada kulit. Klien memiliki riwayat dirawat di RS Unand karena ulkus peptikum. Klien juga memiliki penyakit hipertensi namun saat ini klien tidak mengonsumsi obat amlodipine dengan teratur, klien tidak meminum obat amlodipine secara rutin. Klien mengatakan minum obat amlodipine jika pusing dan kuduk berat saja. Klien mengatakan takut minum obat amlodipine secara rutin karena takut akan merusak ginjalnya. Klien mengatakan pernah diberi obat untuk nyeri sendi, namun klien lupa dengan nama obatnya. Klien mengatakan tidak ada keluarganya yang memiliki riwayat penyakit serupa dengan klien.

Secara psikososial dan spiritual klien, orang yang terdekat dengan klien adalah kedua anaknya. Saat ini masalah yang mempengaruhi klien adalah kesulitan dalam berjalan dan berpindah, hal tersebut mempengaruhi klien dalam beraktivitas. Mekanisme koping klien terhadap stress adalah beristirahat dan sholat. Hal yang dipikirkan oleh klien saat ini adalah masalah kesehatannya dan klien rindu dengan kampung halamannya. Harapan klien setelah masuk panti adalah dirinya lebih terurus dan bisa menikmati waktu tuanya. Setelah masuk panti klien mengatakan bahwa dirinya lebih tenang dan lebih bahagia. Namun, kondisi kesehatannya terasa semakin memburuk semenjak masuk panti. Aktivitas keagamaan yang dilakukan klien adalah sholat 5 waktu, mengaji 2x/hari, serta wirid 1x/minggu. Kegiatan keagamaan yang ingin dilakukan klien adalah sholat berjamaah di masjid namun sulit jika menggunakan kursi roda. Klien percaya dengan adanya kematian.

Pola kebiasaan sehari-hari klien adalah makan 3x sehari dengan nasi, lauk, sayur dan buah, klien minum air gula atau teh manis sebelum makan, nafsu makan klien baik dan klien alergi makanan laut dan telur, berat badan klien adalah 46 kg dan tinggi badan adalah 143 cm. Kebiasaan berkemih klien

adalah 5-8x sehari dengan warna urin kuning jernih. Kebiasaan eliminasi klien adalah 1x sehari dengan warna feses kuning kecoklatan dan konsistensi padat terkadang keras, klien BAB pagi atau malam hari dan klien terkadang susah BAB. Klien tidak pernah mengonsumsi obat laksatif dan biasanya hanya makan buah untuk memperlancar BAB.

Kebiasaan mandi klien adalah 1x sehari dengan sabun, oral hygiene 1x sehari pada pagi hari dengan odol, cuci rambut 1-2x seminggu dengan shampoo, serta gunting kuku 1x seminggu. Kebiasaan tidur klien adalah 6-7 jam pada malam hari dan 1 jam pada siang hari. Kebiasaan olahraga klien yaitu klien mengikuti senam sesekali namun jarang, klien biasanya ikut senam untuk gerakan yang ringan saja.

Klien mengatakan ketika waktu luang klien biasanya duduk-duduk dengan penghuni wisma lainnya dan biasanya klien juga membaca alquran. Keluhan klien dalam beraktivitas adalah kesulitan dalam berjalan dan berdiri dan terkadang sesak setelah beraktivitas yang dirasa berat. Klien tidak merokok dan tidak ada ketergantungan obat.

Saat pemeriksaan fisik, ditemukan keadaan umum klien baik dengan menggunakan kursi roda. Tekanan darah adalah 150/80 mmHg, nadi 86x/menit, pernapasan 19x/menit, dan suhu tubuh 36,3°C. Kepala klien bersih, rambut pendek tipis dan beruban serta mudah rontok. Konjunktiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, klien memiliki mata katarak dan rabun dekat serta menggunakanacamata. Hidung simetris, tidak ada sinus, tidak ada lesi dan tidak ada secret serta tidak ada pernapasan cuping hidung. Telinga simetris, tidak ada serumen, tampak bersih dan tidak ada gangguan pendengaran. Mukosa bibir lembab, tidak pucat, gigi klien tersisa 3 buah, klien tidak menggunakan gigi palsu. Terdapat kesulitan dalam mengunyah

makanan keras dan tidak ada kesulitan dalam menelan. Tidak ada pembengkakan kelenjar tiroid.

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

Pengkajian status mental klien ditemukan daya orientasi waktu, tempat, dan orang adalah baik. Daya ingat jangka panjang dan jangka pendek klien baik. Selama proses asuhan keperawatan klien memiliki kontak mata yang baik dengan peneliti dan memiliki afek datar.

Pengkajian status kemandirian klien dengan menggunakan Indeks Barthel didapatkan total skornya adalah 15 yang artinya klien memiliki tingkat ketergantungan ringan (mobilitas: mandiri dengan kursi roda, naik tangga: tidak mampu, ke toilet: butuh bantuan tetapi dapat melakukan sesuatu sendiri). Sedangkan pengkajian untuk kemandirian dalam beraktivitas didapatkan skore 12 artinya klien adalah lansia yang ketergantungan saat melakukan aktivitas.

Pengkajian psikososial didapatkan data klien pada dasarnya puas dengan kehidupannya, klien mempunyai semangat yang baik setiap saat merasa bahagia untuk sebahagian besar hidupnya, klien merasa bahwa hidupnya

sekarang ini lebih menyenangkan dan merasa penuh semangat. Klien merasa hidupnya tidak kosong, klien mengatakan tidak sering merasa bosan. Namun, klien merasa bahwa dirinya lebih banyak mempunyai masalah dengan ingatan dibandingkan kebanyakan orang. Kesimpulan yang didapat adalah klien tidak mengalami depresi.

Penataan kamar klien yaitu kamar klien memiliki dua tempat tidur, terdapat dua buah lemari di dalam kamar, klien memiliki satu orang teman sekamar. Kamar tampak padat dengan barang-barang. Kamar tampak bersih namun ada beberapa barang yang tertumpuk di atas kasur klien sehingga kamar tampak kurang rapi. Penerangan di kamar klien tampak cukup baik, penerangan pada jalan menuju kamar mandi baik dan penerangan menuju kamar cukup baik. Sirkulasi udara di kamar kurang baik, terdapat satu jendela di kamar Ny. J yang jarang dibuka oleh klien dan teman sekamar.

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

## 2. Diagnosis Keperawatan

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

- a. Gangguan mobilitas fisik b.d penurunan kekuatan otot dan kekakuan sendi d.d klien sulit berjalan dan berdiri (berpindah tempat), kekuatan otot menurun, terdapat kekakuan sendi pada jari-jari tangan dan jari kaki serta menggunakan alat bantu mobilitas kursi roda. Data Subjektif yang didapatkan adalah klien mengatakan kesulitan saat berjalan maupun berdiri karena saat ini kaki terasa berat dan lemah jika digunakan. Klien mengatakan kaku pada jari-jari tangan dan jari-jari kaki. klien mengeluh otot ekstermitas terasa pegal dan lemah, Klien mengatakan lebih nyaman beraktivitas sehari-hari dengan kursi roda. Data Objektif yang didapatkan adalah klien tampak kesulitan dalam berpindah tempat, klien dibantu dengan kursi roda saat beraktivitas gerakan klien terbatas, skor tingkat kemandirian klien adalah 15 atau ketergantungan ringan. kekuatan otot ekstermitas mengalami penurunan yaitu :

$$\begin{array}{r|l} 555 & 444 \\ \hline 333 & 444 \end{array}$$

- b. Resiko jatuh dibuktikan dengan kekuatan otot menurun ditandai dengan klien sulit berjalan tanpa alat bantu subjektif yang didapatkan adalah klien mengatakan sulit berjalan tanpa alat bantu/ kursi roda, klien jika tidak menggunakan kursi roda tubuhnya terasa tidak seimbang dan pusing yang disebabkan oleh tekanan darah tinggi yaitu 150/80 mmhg. Data Objektif yang didapatkan adalah klien harus berpegangan saat pindah dari kursi roda ke tempat tidur, klien sulit dalam berjalan dan

berdiri. Klien memiliki katarak dan menggunakan kacamata untuk rabun dekatnya.

- c. Nyeri kronis b.d kondisi muskuloskeletal kronis d.d klien mengeluh nyeri pada jari ekstermitas atas dan bawah yang dirasakan sejak 5 tahun terakhir. Data subjektif yang didapatkan adalah klien mengatakan terasa nyeri pada jari-jari tangan dan jari-jari kaki. Klien juga mengeluh tidak mampu menggenggam dengan baik pada tangan sebelah kiri karena nyeri. Keluhan nyeri muncul pada jari kaki terutama kaki sebelah kanan saat digunakan untuk berdiri dan berjalan dengan skala 3. Keluhan nyeri juga muncul pada jari-jari tangan, terutama tangan kiri jika digunakan untuk menggenggam dengan skala nyeri 3 dengan durasi nyeri tidak menentu. Data objektif yang didapatkan adalah klien tampak meringis saat mencoba berdiri lama, klien tidak mampu menuntaskan aktivitas saat nyeri muncul,

### 3. Rencana Keperawatan

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

- a. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot dan kekakuan sendi. Tujuan pertama yang ingin dicapai menurut SLKI adalah **mobilitas fisik meningkat** dengan kriteria hasil adalah Pergerakan ekstremitas meningkat, kekuatan otot cukup meningkat, rentang gerak (ROM) meningkat, nyeri menurun, kecemasan menurun, kaku sendi menurun, gerakan terbatas menurun, kelemahan fisik menurun. Tujuan kedua yang ingin dicapai **ambulasi meningkat**



dengan kriteria hasil adalah berjalan dengan langkah efektif meningkat, berjalan dengan langkah pelan meningkat, berjalan dengan langkah sedang meningkat, berjalan jarak pendek meningkat, berjalan jarak sedang meningkat, berjalan jarak jauh meningkat, nyeri saat berjalan menurun, kaku pada persendian menurun, keengganan berjalan menurun, perasaan khawatir saat berjalan menurun.

Perencanaan tindakan keperawatan (SIKI) yang akan dilakukan pertama adalah **Dukungan Ambulasi** yaitu dengan menjelaskan prosedur dan tujuan ambulasi, identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi, monitor tekanan darah sebelum memulai ambulasi, monitor kondisi umum selama melakukan ambulasi, fasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantuan yaitu tongkat, melibatkan *caregiver* dalam memfasilitasi lansia dalam melakukan ambulasi latihan ambulasi. Intervensi selanjutnya yaitu melakukan **Teknik Latihan Penguatan Sendi** yaitu dengan latihan ROM. Melakukan latihan ROM Pasif dan ROM Aktif,

- b. Resiko jatuh dibuktikan dengan kekuatan otot menurun. Tujuan pertama yang ingin dicapai menurut SLKI adalah **tingkat jatuh menurun** dengan kriteria hasil adalah jatuh dari tempat tidur menurun, jatuh saat berdiri menurun, jatuh saat duduk menurun, jatuh saat berjalan menurun, jatuh saat dipindahkan menurun, jatuh saat naik tangga menurun, jatuh saat dikamar mandi menurun, jatuh saat membungkuk dan menurun.

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

perawat. anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin, anjurkan untuk berpegangan pada pegangan yang tersedia pada dinding wisma, anjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh, anjurkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan, menganjurkan klien untuk memanggil pengasuh jika ada kesulitan dalam beraktivitas, dan mengedukasi dan melibatkan *caregiver* dalam mengendalikan faktor penyebab resiko jatuh pada klien.

- c. Nyeri kronis b.d kondisi muskuloskeletal kronis. Tujuan pertama yang ingin dicapai menurut SLKI adalah **tingkat nyeri menurun** dengan kriteria hasil adalah keluhan nyeri menurun, meringis menurun, gelisah menurun, kesulitan tidur menurun, frekuensi nadi membaik, tekanan darah membaik, proses berpikir membaik, fokus membaik, pola tidur membaik.

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

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

Implementasi keperawatan dilakukan sesuai dengan perencanaan tindakan keperawatan yang telah ditentukan dan disusun sebelumnya sesuai SIKI dan

SLKI serta sesuai dengan hasil pengkajian. Implementasi keperawatan dilakukan selama 5 hari yaitu dari tanggal 03 Maret-07 Maret 2022. Berikut adalah implementasi keperawatan yang diberikan kepada Ny. J:

- a. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot dan kekakuan sendi. Implementasi keperawatan yang dilakukan adalah mengukur tekanan darah, nadi, pernafasan (TTV) sebelum dan setelah melakukan aktivitas, mengkaji kemampuan pasien untuk mobilisasi/ berjalan dan berdiri, mengkaji adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, menjelaskan prosedur dan tujuan ambulasi, mengidentifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi, memonitor kondisi umum selama melakukan ambulasi, memfasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu tongkat, melibatkan *caregiver* dalam membantu klien saat melakukan latihan ambulasi dan membantu klien dalam berpindah dari kursi roda ke tempat tidur dan sebaliknya, membantu klien dengan memapah klien berjalan ke kamar mandi atau sesuai kebutuhan, melakukan latihan ROM dan mengajarkan klien untuk melakukan latihan ROM secara mandiri.
  
- b. Resiko jatuh dibuktikan dengan kekuatan otot menurun. Implementasi keperawatan yang dilakukan adalah mengidentifikasi faktor penyebab risiko jatuh, mengidentifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh (mis. Lantai licin, penerangan kurang), memonitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya, membantu klien dalam menggunakan kursi roda atau tongkat, menganjurkan klien untuk menggunakan alas kaki yang tidak licin, menganjurkan klien untuk berpegangan pada rail yang berada di dinding wisma, menganjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh, melibatkan *caregiver* dalam memodifikasi lingkungan untuk

mencegah resiko jatuh seperti lantai licin dan barang berserakan di lantai kamar mandi.

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

## 5. Evaluasi Keperawatan

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

- a. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot dan kekakuan sendi. Setelah diberikan asuhan keperawatan pada Ny. J, evaluasi pada hari pertama adalah S: Klien mengatakan masih kesulitan dalam berjalan dan berdiri lama dan klien mengatakan kaki masih terasa berat dan sendi pada jari kaki dan jari tangan masih terasa kaku. O: TD sebelum aktivitas: 147/87 mmHg, TD setelah aktivitas: 151/88 mmHg, klien tampak masih sulit untuk berjalan dan tampak lemah saat berpindah tempat, klien tampak mampu mencoba latihan dengan tongkat untuk bisa berdiri dan berjalan dengan langkah yang sedikit, klien tampak lebih nyaman saat beraktivitas dengan menggunakan kursi roda, klien bersedia untuk melakukan latihan ROM. A: Masalah gangguan mobilitas fisik dan ambulasi belum teratasi. P: Intervensi dilanjutkan dengan dukungan ambulasi dan latihan penguatan sendi.

Pada hari kedua, klien mengatakan masih sulit berjalan dan berdiri lama, klien tampak mau mencoba berjalan dari kamar ke ruang tengah dengan tongkat. Pada hari ketiga, klien mengatakan masih sulit berjalan namun rasa berat pada kaki sudah berkurang, kaku sendi pada jari tangan kiri sudah berkurang, klien tampak sudah mulai mencoba melakukan latihan ROM secara mandiri, klien mampu menggunakan tongkat saat berjalan dari kamar ke ruang tamu. Pada hari keempat, klien mengatakan rasa berat pada kaki sudah tidak ada, kaku sendi pada jari kaki kanan dan jari tangan kiri sudah berkurang, klien sudah mampu menggenggam dengan tangan kiri, klien sudah bisa berjalan dari kamar ke teras wisma dengan menggunakan tongkat. Klien sudah mampu berjalan tanpa alat bantu dari kamar ke ruang tengah namun harus berpegangan pada rail di dinding wisma.

Pada hari kelima, S: Klien mengatakan sudah mampu berjalan tanpa alat bantu dengan lambat dari kamar ke ruang tengah tanpa alat bantu dengan lambat-lambat namun masih kesulitan jika berjalan terlalu lama dan kaku sendi pada jari kaki kanan dan jari tangan kiri sudah berkurang. Serta sudah mampu beraktivitas secara perlahan tanpa kursi roda. O: TD sebelum aktivitas: 139/75 mmHg, TD setelah aktivitas: 145/86 mmHg, tingkat kemandirian (indeks Barthel) klien meningkat: 17 yang artinya klien ketergantungan ringan. Kekuatan otot kaki kanan meningkat (4) A: Masalah gangguan mobilitas fisik teratasi sebagian. P: Intervensi dilanjutkan dengan dukungan ambulasi dan latihan penguatan sendi dilanjutkan oleh *caregiver* dengan memfasilitasi dan membantu klien dalam melakukan aktivitas ambulasi dengan alat bantu tongkat serta membimbing klien untuk latihan ROM Aktif 2x/ hari dengan mandiri

b. Resiko jatuh b.d kekuatan otot menurun. Setelah diberikan asuhan keperawatan pada Ny. J, evaluasi pada hari pertama dan pada hari kedua adalah S: Klien mengatakan masih belum mampu berjalan tanpa alat bantu, jika tidak menggunakan alat bantu, klien harus dipapah agar tidak jatuh, badannya yang tidak seimbang dan sering pusing membuatnya takut terjatuh. O: klien beraktivitas menggunakan kursi roda namun jika ke kamar mandi klien menggunakan tongkat dan berpegangan pada benda di lingkungan sekitar, klien tampak berjalan lambat dan hati-hati saat berjalan ke kamar mandi, klien menggunakan alas kaki ke kamar mandi. A: Klien masih beresiko untuk jatuh, masalah risiko jatuh belum teratasi. P: Intervensi dilanjutkan dengan pencegahan jatuh. Pada hari ketiga klien mengatakan sudah mau beraktivitas lebih sering dengan menggunakan tongkat dan berpegangan pada rail besi yang ada di dinding wisma, Pada hari keempat, klien tampak berjalan lambat dan hati-hati saat berjalan ke kamar mandi dan ke teras wisma dengan menggunakan tongkat

Pada hari kelima, S: Klien berani untuk tidak menggunakan alat bantu namun berjalan dengan berpegangan pada dinding atau rail besi agar tidak jatuh. O: Klien beraktivitas menggunakan tongkat namun klien sudah berani berjalan dan berdiri tanpa alat bantu dari kamar ke ruang tengah dengan hati-hati, klien tampak berjalan lambat dan hati-hati saat berjalan ke kamar mandi dan ke luar wisma. A: Tingkat resiko untuk jatuh berkurang, masalah teratasi Sebagian. P: Intervensi dilanjutkan dengan pencegahan jatuh dilanjutkan oleh *caregiver* dengan modifikasi lingkungan, menganjurkan klien berhati-hati dalam berjalan dan menganjurkan klien untuk meminta bantuan *caregiver* dalam aktivitas yang diperlukan.

c. Nyeri kronis b.d kondisi muskuloskeletal kronis. Setelah diberikan asuhan keperawatan pada Ny. J, evaluasi pada hari pertama adalah S: Klien mengatakan nyeri masih terasa pada jari kaki terutama jari kaki sebelah kanan saat digunakan untuk berdiri dan berjalan dengan durasi nyeri tidak menentu dengan skala nyeri 3. Nyeri masih dirasakan pada jari tangan kiri dengan skala nyeri 2, klien mengatakan nyeri sedikit berkurang setelah melakukan teknik napas dalam. O: Klien tampak tidak meringis seperti sebelumnya, Klien gelisah jika nyeri muncul terlalu lama, TD: 151/88 mmhg, Nadi: 86x/menit, RR: 20x/menit. A: Nyeri masih ada, masalah nyeri kronis belum teratasi. P: Intervensi dilanjutkan dengan manajemen nyeri. Pada hari kedua dan hari ketiga nyeri sendi pada jari kaki kanan berkurang dengan skala nyeri 2, namun nyeri sendi masih dirasakan pada jari tangan kiri. Klien mampu melakukan napas dalam secara mandiri. Pada hari keempat nyeri jari kaki kanan masih sedikit nyeri, namun nyeri pada sendi jari tangan kiri sudah berkurang dan klien sudah dapat menggenggam barang dengan tangan kirinya.

Pada hari kelima, S: Nyeri pada kaki kanan sudah jarang muncul, kecuali jika berjalan lama. O: Meringis tidak ada, gelisah tidak ada, tangan kiri sudah dapat digunakan untuk beraktivitas dan klien sudah tampak mampu berjalan tanpa alat bantu, TD: 145/86 mmhg, Nadi: 70x/menit, RR: 20x/menit. A: Nyeri menurun masalah nyeri kronis belum teratasi. P: Intervensi dilanjutkan dengan manajemen nyeri secara mandiri oleh klien.

## **B. Pembahasan Kasus**

Setelah melaksanakan pendampingan asuhan keperawatan pada Ny. J yang berusia 85 tahun dengan masalah gangguan mobilitas fisik di PSTW Sabai Nan Aluih Sicincin pada tanggal 2-8 Maret 2022, maka pada pembahasan kasus ini

peneliti akan menganalisa data hasil penelitian dengan membahas kesenjangan antara teori dengan hasil temuan peneliti saat proses keperawatan yang dimulai dari proses pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan

## **1. Pengkajian Keperawatan**

### **a. Identitas klien**

Identitas klien didapatkan dari klien langsung saat pengkajian. Selama proses pengkajian klien berinteraksi dengan kooperatif dan terbuka kepada peneliti tentang keluhan dan keadaanya. Klien juga memberikan respon yang baik kepada peneliti. Klien adalah seorang lansia perempuan berusia 85 tahun.

Faktor penyebab klien mengalami gangguan mobilitas fisik yang ditemukan oleh peneliti adalah disebabkan oleh faktor usia dan faktor penuaan karena Ny. J berusia 85 tahun. Berdasarkan batasan lansia menurut WHO (1999), usia 85 tahun dikelompokkan ke kategori usia tua (old) yaitu umur 75-90 tahun.

Pada penelitian yang dilakukan oleh Rosita (2020) dan Alfiandry (2019) tentang asuhan keperawatan lansia dengan gangguan mobilisasi juga disebabkan oleh faktor usia. Hal ini sesuai dengan teori yang dipaparkan sebelumnya bahwa usia berpengaruh terhadap kemampuan seseorang dalam melakukan mobilitas pada individu lansia, kemampuan untuk melakukan aktivitas dan mobilisasi menurun sejalan dengan penuaan (Ambarwati, 2014). Hal ini disebabkan oleh kemampuan atau kematangan fungsi alat gerak seiring dengan perkembangan usia (Hidayat & Uliyah, 2014).



Selain itu, faktor penuaan dapat menyebabkan gangguan mobilitas. Menurut Muhith & Sitoyo (2016) masalah yang terjadi pada sistem muskuloskeletal akibat proses penuaan diantaranya adalah tulang rapuh, risiko terjadinya fraktur, kifosis, persendian besar dan menjadi kaku. Proses penuaan pada sistem muskuloskeletal dapat meningkatkan risiko terjadinya gangguan mobilitas (Dewi, 2014)

b. Keluhan Utama

Berdasarkan hasil pengkajian, keluhan utama yang dirasakan Ny. J adalah kesulitan saat berjalan maupun berdiri karena saat ini kaki terasa berat dan lemah jika digunakan. Klien mengatakan kaku pada jari-jari tangan dan jari-jari kaki, klien mengatakan juga terasa nyeri pada jari-jari tangan dan jari-jari kaki.

Pada penelitian Alfiandry (2019), keluhan utama yang dirasakan responden penelitiannya adalah kaki sulit digerakkan dan berjalan terasa nyeri. Sedangkan penelitian yang dilakukan oleh Rosita (2020) keluhan utama yang dirasakan responden adalah sulit melakukan pergerakan dan nyeri pada sendi lutut.

Keluhan utama yang ditemukan peneliti dengan yang ditemukan oleh peneliti sebelumnya terdapat kesamaan yaitu kaki sulit berjalan dan digerakkan serta adanya nyeri sendi. Sesuai dengan teori menurut Hermayudi dan Ariani (2017), keluhan utama pasien dengan gangguan muskuloskeletal akibat penyakit degenerasi, diantaranya adalah deformitas dan imobilitas, keluhan utama yang ditimbulkan berupa keterbatasan gerak, bahkan yang memburuk dengan aktivitas.

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

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

Berdasarkan teori Nasrullah (2016), gangguan mobilitas juga mempengaruhi gangguan metabolisme kalsium dan gangguan mobilitas sendi pada muskuloskeletal sehingga klien akan mengalami kekakuan pada sendi. Hal ini sesuai dengan kondisi yang ditemukan pada klien dimana klien memiliki keluhan kekakuan pada sendi jari tangan dan sendi jari kaki, artinya hasil penelitian yang ditemukan sesuai dengan teori yang ada bahwa lansia dengan gangguan mobilitas juga mengalami keluhan kekakuan pada sendi.

c. Keluhan saat dikaji

Keluhan Ny. J saat dikaji adalah klien merasa takut akan jatuh karena klien merasa tubuhnya tidak seimbang dan klien sering pusing akibat tekanan darah tinggi. Klien mengeluh otot ekstermitas terasa pegal dan lemah, Klien mengeluh kaku dan nyeri pada sendi jari kaki terutama kaki sebelah kanan (skala nyeri 3). Klien juga mengeluh kaku dan nyeri pada

jari tangan kirinya sehingga klien tidak mampu menggenggam dengan baik (skala nyeri 3).

Klien merasa takut jatuh diakibatkan karena adanya penurunan kekuatan otot sehingga tubuh klien merasa tidak seimbang. Hal ini meningkatkan resiko jatuh pada klien. Berdasarkan teori oleh Nugroho (2008) dalam Agustina (2014), faktor instrinsik penyebab jatuh pada lansia adalah kelemahan otot, gangguan gaya berjalan, kelemahan otot ekstermitas bawah, kekakuan sendi. Beberapa faktor tersebut ditemukan pada Ny. J yaitu adanya kelemahan otot ekstermitas dan adanya kaku pada sendi sehingga meningkatkan resiko jatuh pada klien.

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

Biasanya terdapat nyeri pada muskuloskeletal, nyeri muncul saat bergerak, nyeri saat bergerak merupakan satu tanda masalah persendian. Degenerasi pada lutut juga menimbulkan nyeri selama dan setelah berjalan. Pada penyakit degenerasi, sendi sering mengalami kekakuan yang meningkat pada pagi hari setelah bangun tidur kekakuan sendi yang meningkat pada pagi hari setelah bangun tidur (Hermayudi dan Ariani, 2017). Keluhan yang ditemukan peneliti pada klien sesuai dengan teori

yang ada bahwa keluhan nyeri dan kaku pada sendi Ny. J disebabkan oleh faktor degenerasi atau proses penuaan.

d. Riwayat Kesehatan Dahulu

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

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

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

Menurut Murtiani dan Suidah (2019), resiko jatuh akan sangat berbahaya bagi lansia mengingat komplikasi yang mungkin timbul akibat terjatuh.

Gangguan keseimbangan postural menjadi salah satu penyebab terjadinya jatuh pada lansia yang dapat mengakibatkan patah tulang, keseleo pada otot, perlukaan jaringan bahkan jatuh dapat mengakibatkan kematian pada lansia ( Konitatillah dkk, 2021).

e. Pemeriksaan fisik

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

Adanya penurunan kekuatan otot juga ditemukan pada penelitian yang dilakukan oleh Alfiandry (2019), dimana kekuatan otot responden adalah 4. Berdasarkan teori yang sudah dijelaskan sebelumnya, Hambatan mobilitas mempengaruhi otot klien dengan kehilangan daya tahan massa otot menurun atrofi dan stabilitas menurun. Metabolisme yang terganggu dan tidak digunakan dapat menurunkan massa otot. Penurunan massa otot akan berkelanjutan jika saat gangguan mobilitas menjadi parah dan otot tidak dilatih (Nasrullah, 2016).

## **2. Diagnosis Keperawatan**

Berdasarkan proses pengkajian yang telah dilakukan oleh peneliti terhadap Ny. J didapatkan tiga masalah keperawatan yang muncul yaitu, 1) gangguan

mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot dan kekakuan sendi. 2) Resiko jatuh dibuktikan dengan kekuatan otot menurun. 3) Nyeri kronis b.d kondisi muskuloskeletal kronis.

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

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

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

Menurut SDKI (2016) Intoleransi aktivitas adalah ketidakcukupan energi untuk melakukan aktivitas sehari-hari. Intoleransi aktivitas dapat ditegakkan jika pasien mengeluh lelah, frekuensi jantung meningkat  $> 20\%$  dari kondisi sehat, dispnea saat/setelah aktivitas, merasa tidak nyaman setelah beraktivitas, merasa lemah, tekanan darah berubah  $> 20\%$  dari kondisi istirahat, gambaran EKG aritmia dan iskemia, sianosis. Tanda dan gejala tersebut tidak ditemukan pada klien yang diteliti sehingga diagnosa keperawatan intoleransi aktivitas tidak dapat ditegakkan pada Ny. J. Defisit perawatan diri adalah ketidakmampuan dalam menyelesaikan aktifitas perawatan diri. Defisit perawatan diri dapat ditegakkan jika ditemukan tanda dan gejala yang sesuai dengan SDKI (2016). Tanda dan gejala deficit perawatan diri diantaranya adalah menolak melakukan perawatan diri, tidak mampu mandi/ mengenakan pakaian/ makan/ ke toilet/ berhias secara

mandiri, minat dalam melakukan perawatan diri kurang. Tanda dan gejala tersebut tidak ditemukan pada Ny. J sehingga diagnosa keperawatan defisit perawatan diri tidak dapat ditegakkan.

Terdapat 1 diagnosa keperawatan yang ditegakkan tidak sesuai dengan teori yang ada yaitu nyeri kronis berhubungan dengan kondisi muskuloskeletal kronis. Nyeri kronis adalah pengalaman sensorik atau emosional berkaitan dengan kerusakan jaringan actual atau fungsional dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat dan kosntan yang berlangsung lebih dari 3 bulan. Diagnosa nyeri kronis dapat ditegakkan jika klien mengeluh nyeri, merasa depresi, tampak meringis, gelisah, tidak mampu menuntaskan aktivitas, merasa takut mengalami cedera berulang, bersikap protektif, waspada, anoreksia, fokus menyempit, berfokus pada diri sendiri. Pada hasil pengkajian, klien mengeluh mengalami nyeri sendi pada kakinya sudah berlangsung selama 5 tahun dan klien pernah diberi obat dari klinik untuk nyeri sendi tersebut. Tanda dan gejala yang muncul adalah klien mengeluh nyeri, tampak meringis, gelisah, tidak mampu menuntaskan aktivitas, waspada. Berdasarkan tanda dan gejala tersebut peneliti menegakkan diagnosa nyeri kronis pada Ny. J. Menurut Hermayudi dan Ariani (2017) biasanya terdapat nyeri pada muskuloskeletal, nyeri muncul saat bergerak, nyeri saat bergerak merupakan satu tanda masalah persendian. Degenerasi pada lutut juga menimbulkan nyeri selama dan setelah berjalan.

### **3. Rencana Keperawatan**

Intervensi keperawatan pada masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik bertujuan agar mobilitas fisik meningkat dan ambulasi meningkat. Mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil pergerakan ekstremitas lansia meningkat, kekuatan otot lansia meningkat, rentang gerak (ROM) meningkat. Ambulasi meningkat dengan kriteria hasil lansia mampu berjalan dengan langkah efektif meningkat, dengan langkah pelan meningkat, langkah sedang

meningkat, berjalan jarak jauh meningkat nyeri dan kaku pada persendian menurun. Tujuan tersebut dapat dicapai dengan pemberian intervensi keperawatan dukungan ambulasi dan teknik latihan penguatan sendi. Intervensi dukungan ambulasi diantaranya adalah jelaskan prosedur dan tujuan ambulasi, identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi. monitor tekanan darah sebelum memulai ambulasi. monitor kondisi umum selama melakukan ambulasi. fasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu tongkat, melibatkan *caregiver* dalam memfasilitasi lansia dalam melakukan ambulasi latihan ambulasi.

Intervensi teknik latihan penguatan sendi diantaranya adalah identifikasi keterbatasan fungsi dan gerak sendi, monitor lokasi dan sifat ketidaknyamanan atau rasa sakit selama gerakan/aktifitas, lakukan pengendalian nyeri sebelum memulai latihan, berikan posisi tubuh yang optimal untuk gerakan sendi pasif atau aktif, fasilitasi gerak sendi teratur dalam batas-batas rasa sakit, ketahanan, dan mobilitas sendi, berikan penguatan positif untuk melakukan latihan bersama, jelaskan kepada pasien/keluarga tujuan dan rencanakan latihan bersama, anjurkan duduk di tempat tidur, di sisi tempat tidur atau di kursi sesuai toleransi, anjurkan melakukan latihan rentang gerak aktif dan pasif secara sistematis, anjurkan memvisualisasikan gerak tubuh sebelum memulai gerakan, anjurkan ambulasi sesuai toleransi, melibatkan *caregiver* dalam memberikan latihan ROM pada lansia.

Intervensi keperawatan pada masalah keperawatan resiko jatuh bertujuan agar tingkat jatuh menurun. Tingkat jatuh menurun dengan kriteria hasil: jatuh dari tempat tidur menurun, jatuh saat berdiri menurun. jatuh saat duduk menurun, jatuh saat berjalan menurun, jatuh saat dipindahkan menurun, jatuh saat naik tangga menurun, jatuh saat dikamar mandi menurun, jatuh saat membungkuk dan menurun. Intervensi manajemen pencegahan jatuh adalah



identifikasi faktor risiko jatuh (mis. Usia > 65 tahun, identifikasi factor lingkungan yang meningkatkan resiko jatuh (mis. lantai licin, penerangan kurang), monitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya, tempatkan pasien beresiko tinggi jatuh dengan pantauan perawat, anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin, anjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh, menganjurkan untuk berpegangan pada pegangan yang disediakan pada dinding wisma, anjurkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan, mengedukasi dan melibatkan *caregiver* dalam mengendalikan faktor penyebab resiko jatuh pada klien

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

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

Implementasi keperawatan untuk diagnosa keperawatan gangguan mobilitas fisik yaitu mengukur tekanan darah, nadi, pernafasan (TTV) sebelum dan setelah melakukan aktivitas, mengkaji kemampuan pasien untuk mobilitasi/ berjalan dan berdiri, mengkaji adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya.

menjelaskan prosedur dan tujuan ambulasi, mengidentifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi, memfasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu tongkat, membantu klien dalam berpindah dari kursi roda ke tempat tidur, membantu klien dengan memapah klien berjalan ke kamar mandi atau sesuai kebutuhan, melakukan latihan ROM, mengajarkan klien untuk melakukan latihan ROM secara mandiri. Pada saat implementasi keperawatan diterapkan klien sangat kooperatif dan memberikan respon positif karena klien merasa terbantu terutama berkaitan dengan masalah kesehatannya.

Ambulasi adalah tindakan yang berfungsi untuk meningkatkan kekuatan otot dan ketahanan otot. Ambulasi dilakukan dengan melatih posisi duduk di tempat tidur, turun dari tempat tidur, berdiri di samping tempat tidur, berpindah ke kursi roda dan seterusnya. Kegiatan ini dilakukan secara berangsur-angsur (Hidayat & Uliyah, 2014)

Hasil penelitian oleh Uda dkk (2017), latihan range of motion dapat menjadi pilihan intervensi untuk mengatasi masalah pada sistem muskuloskeletal karena latihan range of motion merupakan salah satu cara meningkatkan kelenturan sendi dan kekuatan otot pada lansia. Ny. J diberikan latihan ambulasi di dalam wisma dengan menggunakan tongkat. Ny. J juga diberikan latihan ROM 1x sehari oleh perawat selama 5 hari pada pagi hari dan klien melakukan latihan ROM secara mandiri pada sore atau malam hari. Setelah latihan ROM dilakukan selama 5 hari, klien mengatakan ototnya terasa lebih kuat dan kaku pada sendi jari kaki dan sendi jari tangannya berkurang. Klien tampak mampu berjalan dan berdiri tanpa kursi roda namun harus menggunakan tongkat dan harus berpegangan pada benda sekitar, otot kaki dan tangan klien tampak lebih kuat daripada sebelumnya.

Implementasi keperawatan pada diagnosa keperawatan resiko jatuh yaitu mengidentifikasi faktor penyebab risiko jatuh, mengidentifikasi faktor

lingkungan yang meningkatkan resiko jatuh (mis. Lantai licin, penerangan kurang), memonitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya. membantu klien dalam menggunakan kursi roda atau tongkat. menganjurkan klien untuk menggunakan alas kaki yang tidak licin, menganjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh. Melibatkan *caregiver* dalam mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri

Implementasi keperawatan pada diagnosa keperawatan nyeri kronis yaitu mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, mengidentifikasi respons nyeri nonverbal, mengidentifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri, memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri dengan teknik napas dalam, mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri. Klien tampak kooperatif saat diajarkan teknik napas dalam. Melibatkan *caregiver* dalam mengontrol lingkungan yang dapat memperberat rasa nyeri

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

## 5. Evaluasi Keperawatan

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

Evaluasi didefinisikan sebagai keputusan dari efektifitas asuhan keperawatan antara dasar tujuan keperawatan yang telah ditetapkan dengan respon perilaku lansia yang tampilkan (Craven & Hirnle, 2000 dalam Kholifah, 2016).

Evaluasi keperawatan untuk masalah keperawatan **gangguan mobilitas fisik** dapat diatasi sebagian, hal ini dibuktikan dengan klien belum mampu berjalan dengan langkah efektif, langkah cepat, klien belum mampu berjalan dengan jarak sedang dan jarak jauh, namun klien sudah mampu berjalan dengan jarak dekat. Evaluasi hasil setelah diberikan asuhan keperawatan selama 5 hari yaitu, S: Klien mengatakan sudah mampu berjalan tanpa alat bantu dengan lambat dari kamar ke ruang tengah tanpa alat bantu dengan lambat-lambat namun masih kesulitan jika berjalan terlalu lama dan kaku sendi pada jari kaki kanan dan jari tangan kiri sudah berkurang, rasa berat dan lemah pada kaki sudah berkurang, Serta sudah mampu beraktivitas secara perlahan tanpa kursi roda. O: TD sebelum aktivitas: 139/75 mmHg, TD setelah aktivitas: 145/86 mmHg, tingkat kemandirian klien meningkat: 17 yang artinya klien ketergantungan ringan. Kekuatan otot kaki kanan meningkat (4) A: Masalah gangguan mobilitas fisik teratasi sebagian. P: Intervensi dilanjutkan dengan dukungan ambulasi dan latihan penguatan sendi dilanjutkan oleh *caregiver* dengan memfasilitasi dan membantu klien

dalam melakukan aktivitas ambulasi dengan alat bantu tongkat serta membimbing klien untuk latihan ROM Aktif 2x/ hari dengan mandiri

Pada penelitian ini, terdapat perubahan kemampuan klien dalam berjalan dan beraktivitas setelah diberikan implementasi ambulasi dan latihan ROM yaitu klien sudah mampu berjalan tanpa kursi roda dan kekakuan sendi pada jari-jari tangan dan kaki sudah berkurang, serta berat pada kaki sudah hilang. Hal ini juga ditemukan pada penelitian yang dilakukan oleh Rosita (2020) dimana responden penelitiannya mengatakan kakinya terasa lebih kuat dan kekakuan sendi berkurang setelah diberikan latihan ROM. Sesuai dengan teori dari Uda dkk (2017), latihan *range of motion* menjadi salah satu cara meningkatkan kelenturan sendi dan kekuatan otot pada lansia.

Evaluasi keperawatan untuk masalah keperawatan **resiko jatuh** dapat diatasi sebagian, hal ini dibuktikan dengan jatuh dari tempat tidur tidak ada, jatuh saat berdiri tidak ada, jatuh saat duduk tidak ada, jatuh saat berjalan tidak ada, namun klien masih harus berpegangan pada rail dinding jika berjalan tanpa alat bantu dan klien. Evaluasi hasil setelah diberikan asuhan keperawatan selama 5 hari adalah S: Klien klien sudah berani untuk tidak menggunakan alat bantu namun berjalan dengan berpegangan pada dinding atau rail besi agar tidak jatuh. O: Klien beraktivitas menggunakan tongkat namun klien sudah berani berjalan dan berdiri tanpa alat bantu, klien tampak berjalan lambat dan hati-hati saat berjalan ke kamar mandi dan ke luar wisma. A: Tingkat resiko untuk jatuh berkurang, masalah teratasi sebagian. P: Intervensi dilanjutkan dengan pencegahan jatuh dilanjutkan oleh *caregiver* dengan modifikasi lingkungan, menganjurkan klien berhati-hati dalam berjalan dan menganjurkan klien untuk meminta bantuan *caregiver* dalam aktivitas yang diperlukan

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

Evaluasi keperawatan untuk masalah keperawatan **nyeri kronis** dapat diatasi, hal ini dibuktikan dengan keluhan nyeri menurun, gelisah tidak ada, meringis tidak ada. Evaluasi hasil setelah diberikan asuhan keperawatan selama 5 hari adalah S: Nyeri pada kaki kanan sudah jarang muncul, kecuali jika berjalan lama. O: Meringis tidak ada, gelisah tidak ada, tangan kiri sudah dapat digunakan untuk beraktivitas dan klien sudah tampak mampu berjalan tanpa alat bantu, TD: 145/86 mmhg, Nadi: 70x/menit, RR: 20x/menit. A: Nyeri menurun masalah nyeri kronis teratasi sebagian. P: Intervensi dilanjutkan dengan manajemen nyeri secara mandiri oleh klien. Intervensi manajemen nyeri secara mandiri dapat dilakukan klien jika sewaktu-waktu nyeri kembali muncul.

## **BAB V PENUTUP**

### **A. Kesimpulan**

Setelah dilakukan penelitian Asuhan Keperawatan pada Ny. J dengan Gangguan Mobilitas Fisik di PSTW Sabai Nan Aluih Sicincin, disimpulkan sebagai berikut:

1. Hasil pengkajian keperawatan pada klien didapatkan data, klien dengan masalah gangguan mobilitas fisik mengalami kesulitan dalam berjalan dan berdiri yang mempengaruhi klien dalam beraktivitas sehingga meningkatkan ketergantungan klien dan tingkat kemandirian klien menurun. Hal tersebut dapat diatasi dengan menyusun intervensi keperawatan yang sesuai dengan masalah yang terjadi pada klien.
  
2. Diagnosa keperawatan yang muncul yaitu gangguan mobilitas fisik didukung oleh data klien yang kesulitan berjalan dan berdiri karena adanya penurunan kekuatan otot sehingga klien sulit untuk beraktivitas. Diagnosa keperawatan resiko jatuh muncul didukung oleh data klien yang mengatakan tidak mampu berjalan tanpa alat bantu karena tubuhnya terasa tidak seimbang dan sering pusing yang disebabkan oleh hipertensi. Diagnosa keperawatan nyeri kronis muncul didukung oleh data klien mengeluh nyeri pada sendi jari kaki dan jari tangan, terutama pada sendi jari kaki kanan dan jari tangan kiri.
  
3. Intervensi keperawatan disusun berdasarkan masalah keperawatan yang ditemukan. Perencanaan keperawatan berupa memonitor tanda-tanda vital, latihan ambulasi, teknik latihan penguatan sendi, pencegahan jatuh, dan manajemen nyeri .

4. Implementasi keperawatan dilakukan sesuai perencanaan keperawatan yang telah disusun. Implementasi keperawatan masalah gangguan mobilitas fisik berupa pemantauan tanda-tanda vital, membantu dan memfasilitasi aktivitas ambulasi, memfasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu tongkat, membantu klien dalam berpindah dari kursi roda ke tempat tidur, membantu klien dengan memapah klien berjalan ke kamar mandi atau sesuai kebutuhan, melakukan latihan ROM, memonitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya, membantu klien dalam menggunakan kursi roda atau tongkat. menganjurkan klien untuk menggunakan alas kaki yang tidak licin, melibatkan *caregiver* dalam mengendalikan faktor penyebab resiko jatuh, melakukan pengkajian nyeri, memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri dengan teknik napas dalam, mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri.
  
5. Evaluasi keperawatan setelah diberikan asuhan keperawatan selama 5 hari untuk masalah keperawatan gangguan mobilities fisik teratasi sebagian, dan masalah keperawatan resiko jatuh teratasi sebagian, masalah keperawatan nyeri kronis teratasi sebagian.
  
6. Rencana tindak lanjut untuk masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik dapat berupa *caregiver* memfasilitasi klien dalam ambulasi dan mobilisasi, *caregiver* memfasilitasi klien dalam melakukan latihan ROM, dan mendukung aktivitas lansia. Rencana tindak lanjut untuk masalah keperawatan resiko jatuh dapat berupa mengendalikan faktor penyebab resiko jatuh dengan modifikasi lingkungan oleh *caregiver*. Rencana tindak lanjut untuk masalah keperawatan nyeri kronis dapat berupa intervensi manajemen nyeri secara mandiri dilakukan klien jika sewaktu-waktu nyeri kembali muncul.



## **B. Saran**

### **1. Bagi Pimpinan PSTW Sabai Nan Aluih Sicincin**

Karena adanya masalah keperawatan yang belum teratasi pada lansia direkomendasikan agar PSTW Sabai Nan Aluih mengedukasi perawat dan *caregiver* dalam memberikan pelayanan terhadap lansia dengan gangguan mobilitas fisik seperti tersedianya prosedur latihan ambulasi dan prosedur pencegahan jatuh sebagai pedoman dalam melanjutkan rencana tindak lanjut.

### **2. Bagi Perawat/ Pengasuh Wisma**

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

### **3. Bagi Mahasiswa dan Peneliti Berikutnya**

Hasil penelitian yang didapatkan dapat dijadikan acuan dan dijadikan bahan perbandingan untuk peneliti selanjutnya dalam melakukan penelitian pada lansia dengan gangguan mobilitas fisik.



## DAFTAR PUSTAKA

- Agustina, Lisa. (2014) *Deskriptif tentang Karakteristik Lingkungan yang beresiko terjadinya Jatuh pada Lansia di Desa Susukan Kecamatan Susukan Kabupaten Semarang*. Jurnal Keperawatan FIKKES. 7(2). 100-106.
- Alfiandry. (2019). *Asuhan Keperawatan Pada Lanjut Usia Dengan Gangguan Mobilisasi Di Pstw Sabai Nan Aluih Sicincin Kabupaten Padang Pariaman*. Padang Tahun 2019 : Poltekkes Kemenkes Padang
- Ambarwati, F. R. (2014). *Konsep Kebutuhan Dasar Manusia*. Yogyakarta: Dua Satria Offset.
- Anggito, A., & Setiawan, J. (2018). *Metodologi Penelitian Kualitatif*. Sukabumi: CV Jejak.
- Aziz, N. A., & EduNers, T. (2021). *Buku Pengayaan Uji Kompetensi Keperawatan Gerontik*. Surabaya: Health Books Publishing.
- Badan Pusat Statistik Provinsi Sumatera Barat. (2021). Hasil Sensus Penduduk 2020 Provinsi Sumatera Barat. *Bps.Go.Id*, 27, 1–8
- BPS. (2020). *Statistik Penduduk Lanjut Usia*. Jakarta: Badan Pusat Statistik.
- Budiono. (2016). *Konsep Dasar Keperawatan*. Jakarta: BPPSDM Kemenkes RI.
- Dewi, S. R. (2014). *Buku Ajar Keperawatan Gerontik*. Yogyakarta: Deepublish.
- Dinas Sosial Sumatera Barat (2020). *Buku Data PPKS dan PSKS Sumatera Barat 2020*. Padang: Dinas Sosial Sumatera Barat
- Gemini, S dkk (2021). *Keperawatan Gerontik*. Pidie: Yayasan Penerbit Muhammad Zaini.
- Hermayudi, & Ariani, A. P. (2017). *Penyakit Rematik*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Hidayat, A. A., & Uliyah, M. (2014). *Pengantar Kebutuhan Dasar Manusia* (2nd ed.). Jakarta Selatan: Salemba Medika.
- Iska, S.dkk (2016). *Pergeseran Nilai Adat Minangkabau Dalam Pengurusan Orang Tua Lanjut Usia (Studi Pada Panti Sosial Di Sumatera Barat)*. Batusangkar: IAIN Batusangkar.  
[https://repo.iainbatusangkar.ac.id/xmlui/bitstream/handle/123456789/13289/1591503354450\\_Laporan Penelitian 2016 Pergeseran Nilai Adat.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repo.iainbatusangkar.ac.id/xmlui/bitstream/handle/123456789/13289/1591503354450_Laporan_Penelitian_2016_Pergeseran_Nilai_Adat.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

- Kholifah, S. N. 2016. (2016). *Keperawatan Gerontik*. Jakarta Selatan: BPPSDM Kemenkes RI.
- Konitatillah, dkk (2021). Hubungan Kemampuan Mobilisasi dengan Risiko Jatuh pada Lansia Hipertensi. *Jkep*, 6(1), 9–25. <https://doi.org/10.32668/jkep.v6i1.323>
- Muhith, A, & Sitoyo, S. (2016). *Pendidikan Keperawatan Gerontik* (1st ed.). Yogyakarta: ANDI.
- Nasrullah, D. (2016). *Buku Ajar Keperawatan Gerontik*. Jakarta: Trans Info Media.
- Nursalam. (2015). *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan Pendekatan Praktis*. Jakarta Selatan: Salemba Medika.
- Ode, S. La. (2012). *Asuhan Keperawatan Gerontik Berstandarkan Nanda NIC NOC*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- PPNI. (2016). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia*. Jakarta Selatan: DPP PPNI.
- PPNI. (2017). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia*. Jakarta Selatan: DPP PPNI.
- PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia*. Jakarta Selatan: DPP PPNI.
- Pusdatin. (2017). *Analisis Lansia di Indonesia*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Indonesia.
- Regina, F. (2018). *Asuhan Keperawatan Pada Lanjut Usia Dengan Gangguan Mobilisasi Di PSTW Sabai Nan Aluih Sicincin*. Padang: Poltekkes Kemenkes Padang
- Rohaedi, S. dkk (2016). Tingkat Kemandirian Lansia Dalam Activities Daily Livingdi Panti Sosial Tresna Werdha Senja Rawi. *Jurnal Pendidikan Keperawatan Indonesia*, 2(1), 16. <https://doi.org/10.17509/jpki.v2i1.2848>
- Rosita, M. (2020). *Asuhan Keperawatan Pada Lansia Dengan Gangguan Mobilisasi Di PSTW Sabai Nan Aluih Sicincin Kabupaten Padang Pariaman tahun 2020*. Padang: Poltekkes Kemenkes Padang
- Setiorini, E., & Wulandari, N. A. (2018). *Asuhan Keperawatan Lanjut Usia Dengan Penyakit Digestif*. Malang: MNC Publishing.
- Sunarti, S. dkk (2019). *Prinsip Dasar Kesehatan Lanjut Usia (Geriatri)*. Malang: UB Press.
- Sunaryo, dkk (2015). *Asuhan Keperawatan Gerontik* (1st ed.). Yogyakarta: ANDI.

- Triningtyas, D. A., & Muhayati, S. (2018). *Mengenal Lebih Dekat Tentang Lanjut Usia*. Magetan: Ae Mediak Grafika.
- Uda, dkk (2017). Latihan Range of Motion Berpengaruh Terhadap Mobilitas Fisik pada Lansia di Balai Pelayanan Sosial Tresna Werdha Unit Abiyoso Yogyakarta. *Jurnal Ners Dan Kebidanan Indonesia*, 4(3), 169. [https://doi.org/10.21927/jnki.2016.4\(3\).169-177](https://doi.org/10.21927/jnki.2016.4(3).169-177)
- WHO. (2021). *WHO - aging and health*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>. Diakses pada tanggal 1 Januari 2021 Pukul 09.30 WIB
- Widiyawati, W., & Sari, D. J. E. (2020). *Keperawatan Gerontik*. Malang: Literasi Nusantara.

# LAMPIRAN

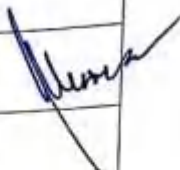


Lampiran 1 Lembaran Konsultasi Karya Tulis Ilmiah Pembimbing 1

**LEMBAR KONSULTASI KTI**  
**PRODI D-III KEPERAWATAN PADANG JURUSAN KEPERAWATAN**  
**POLTEKES KEMENKES RI PADANG**

Nama : Rifqa Nurul Husna  
 NIM : 193110150  
 Pembimbing 1 : N. Rachmadanur, S.Kp, MKM  
 Judul : Asuhan Keperawatan pada Lansia dengan Gangguan  
 Mobilitas Fisik di PSTW Sabai Nan Ajuib Sierincei Tahun  
 2022

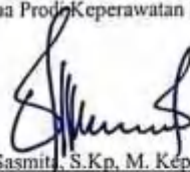
No	Tanggal	Kegiatan Atau Saran Pembimbing	Tanda Tangan
1	15/08/21	Konsultasi judul KTI	
2	06/09/21	berdiskusi bab I, perbaikan sesuai saran	
3	27/09/21	lanjut bab II & III	
4	20/10/21	perbaiki bab II & III	
5	06/01/22	perbaiki bab II dan III sesuai saran	
6	12/01/22	lengkapi KTI	
7	10/01/22	Perbaiki sesuai saran	
8	17/01/22	ACC diseminarkan	
9	16/04/22	Judul KTI diganti permasalahan terbaru	
10	11/04/22	Abstrak ditambahkan	

11	06/09/20	ACC seminar ban'1	
12			
13			
14			

Catatan :

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

Mengetahui  
Ketua Prodi Keperawatan Padang



Heppi Sasmita, S.Kp, M. Kép, Sp. Jiwa

NIP. 19701020 199303 2 002






Lampiran 2 Lembaran Konsultasi Karya Tulis Ilmiah Pembimbing 2

**LEMBAR KONSULTASI KTI**  
**PRODI D-III KEPERAWATAN PADANG JURUSAN KEPERAWATAN**  
**POLTEKKES KEMENKES RI PADANG**

**Nama :** Rifqa Nurul Husna  
**NIM :** 192110150  
**Pembimbing 2 :** Ns. Hj. Murniati Muchtar S. KM, M. Biomed  
**Judul :** Asuhan Keperawatan pada Lansia dengan Gangguan Mobilitas Fisik di PSTW Sabal Nan Atuh Skincind Padang Pariaman Tahun 2022

No	Tanggal	Kegiatan Atau Saran Pembimbing	Tanda Tangan
1	29/12/2021	Konfirmasi awal penelitian dasar, bab 1, dan pengkajian antropik dan psikomotorik	
2	28/12/2021	Pertemuan mengenai format, pembuatan penelitian, cara pengumpulan, transfer ke komputer dan cetak	
3	04/01/2022	Pertemuan literatur survey awal di rumah, pengumpulan data, dan pembuatan proposal	
4	9/01/2022	Pertemuan bab II, format penulisan, prosedur penulisan, format dan tabel di pengantar, tabel penulisan, penulisan tabel	
5	17/01/2022	Halaman judul penelitian (1) maksimum adalah dua kali, konsep judul, spasi, huruf yang penulisan yang menggunakan di bawah	
6	19/01/2022	Konfirmasi tentang kepastian/kepercayaan sesuai mandatar, dan lain-lain yang ada di proposal	
7	19/01/2022		
8	25/01/2022	Konfirmasi bab 1 dan bab 2, format dan penulisan data ke komputer, cetak dan pengisian lampiran	
9	15/01/2022	Konfirmasi format dan data ke komputer, penulisan penulisan pengisian mobilisasi fisik, cara dan cara pengisian	
10	24/01/2022	Pertemuan pengisian mobilisasi oral dan mobilisasi fisik dan lain-lain, cara dan penulisan data ke komputer	

11	22/09/22	- Tambahkan lagi pembahasan dgn kegiatan penelitian sebelumnya di BMS 1 - Urutkan pembahasan mdr di pengantar-eva	
12	25/09/22	- Deteksi penelitian di posttest, SOP ROR - Struktur, pengumpulan data & waktu penelitian melalui ta abstrak	
13	28/09/22	Acc sidang Haré RTI	
14			

Catatan :

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

Mengetahui

Ketua Prodi Keperawatan Padang



Hepi Susanti, S.Kn, M. Kep. Sa, JIWA

NIP. 19701020 199303 2 002

Lampiran 3 Lembar survey data dari Institusi ke Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Provinsi Sumatera Barat



**KEMENTERIAN KESEHATAN RI**  
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN  
SUMBERDAYA MANUSIA KESEHATAN  
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES PADANG

JL. SEMPANG PONDOK KOPI NANGGALD TELP.(0751) 7051300 FAX: (0751) 7058128 PADANG 25146  
Email : [prodikepadang@gmail.com](mailto:prodikepadang@gmail.com) Telp. *Jurusan Keperawatan (0751) 7051848*



Nomor : PP.03.01/08608/2021  
Lamp : -  
Perihal : *Izin Survey Data*

13 Desember 2021

Kepada Yth. :

Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Provinsi Sumatera Barat

Di

Tempat

Dengan hormat,

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

NO	NAMA	NIM	JUDUL PROPOSAL KTI
1	Rifqa Nurul Husna	193110150	Asuhan Keperawatan Pada Lansia Dengan Gangguan Mobilitas Fisik di PSTW Sabai Nan Aluih

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

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



**KEMENTERIAN KESEHATAN RI**  
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN  
SUMBERDAYA MANUSIA KESEHATAN  
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES PADANG  
Jl. SEMPANG PONDOK KOPRI HANIBALD TELP. (0751) 7061300 FAX: (0751) 7061328 PADANG 25116  
Email : prodi@pkkpadang@gmail.com Telp. Kersanan Keperawatan (0751) 7051848



Nomor : PP.03.01/08608/2021  
Lamp : -  
Perihal : Izin Survey Data

13 Desember 2021

Kepada Yth :

Dinas Sosial Provinsi Sumatera Barat

Di

Tempat

Dengan hormat,


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

NO	NAMA	NIM	JUDUL PROPOSAL KTI
1	Rifqa Nurul Husna	193110150	Asuhan Keperawatan Pada Lansia Dengan Gangguan Mobilitas Fisik di PSTW Sabai Nan Aluh

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

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

Lampiran 5 Surat Rekomendasi Izin survey data dari Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Provinsi Sumatera Barat untuk Dinas Sosial Provinsi Sumatera Barat

**PEMERINTAH PROVINSI SUMATERA BARAT  
DINAS PENANAMAN MODAL  
DAN PELAYANAN TERPADU SATU PINTU**  
Jln. Setia Budi No.15 Padang Telp. 0751-811341, 811343 Fax. 0751-811342  
<http://dpmptsp.sumbarprov.go.id>

---

**SURAT KETERANGAN**  
Nomor : 570 / 2290 - PERIZ/DPM&PTSP/XX/2021

**REKOMENDASI PERMINTAAN DATA**

**Menimbang** : a. Bahwa untuk tertib administrasi dan pengendalian pelaksanaan penelitian dan pengembangan perlu ditetapkan rekomendasi penelitian;  
b. Bahwa sesuai konideran huruf a diatas, serta hasil Verifikasi Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Provinsi Sumatera Barat, berkas Persyaratan Administrasi Penelitian telah memenuhi syarat.

**Mengingat** : 1. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 18 Tahun 2002 tentang Sistem Nasional Penelitian, Pengembangan dan Penerapan Ilmu Pengetahuan dan Teknologi;  
2. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintah Daerah;  
3. Peraturan Menteri Dalam Negeri Republik Indonesia Nomor 20 Tahun 2011 tentang Pedoman Penelitian dan Pengembangan di Lingkungan Kementerian Dalam Negeri dan Pemerintah Daerah;  
4. Peraturan Menteri Dalam Negeri Republik Indonesia Nomor 64 Tahun 2011 Tentang Pedoman Penelitian Rekomendasi Penelitian yang telah diubah dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 7 Tahun 2014 tentang Penelitian Rekomendasi Penelitian.

**Memperhatikan** : Sesuai Surat Direktur Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes RI Padang Nomor : PP-63.01/06608/2021 tanggal 22 Desember 2021 tentang Permohonan Izin Permintaan Data.

Dengan ini menerangkan bahwa kami memberikan Rekomendasi Permintaan Data kepada :

Nama : RIFQA NURUL HUSNA  
Tempat/Tanggal lahir : Sincin/ 23 November 2021  
Pekerjaan : Mahasiswa  
Alamat : Rimbo Bataung, Sincin  
Nomor Kartu Identitas : 1305156311010001  
Judul Penelitian/ Permintaan Data : Akibat Keperawatan pada Lansia dengan Gangguan Mobilitas Fisik di PSTW Sabai Nan Aduh Sincin  
Lokasi Pengambilan Data : PSTW Sabai Nan Aduh Sincin  
Jadwal Pengambilan Data : 28 Desember 2021 s.d 29 Mei 2022  
Anggota Tim : RIFQA NURUL HUSNA

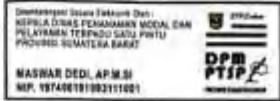
Dengan ketentuan sebagai berikut :

1. Wajib menghormati dan menaati peraturan dan tata tertib di daerah setempat/Lokasi Penelitian;
2. Pelaksanaan penelitian agar tidak mengganggu untuk tujuan yang dapat mengganggu Kestabilan Keselamatan dan Ketertiban di daerah setempat;
3. Melaporkan hasil penelitian dan seijinnya kepada Gubernur Sumatera Barat melalui Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Provinsi Sumatera Barat;
4. Bila terjadi penyimpangan dari maksud/tujuan penelitian ini, maka surat rekomendasi ini tidak berlaku dengan sendirinya.

Demikianlah Rekomendasi ini dibuat untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Padang, 28 Desember 2021

A.n GUBERNUR SUMATERA BARAT  
KEPALA DINAS PENANAMAN MODAL DAN  
PELAYANAN TERPADU SATU PINTU



Tertibuat  
1. Kepala Gubernur Sumatera Barat (sebagai kepala)  
2. Kepala Badan Kepegawaian Provinsi Sumatera Barat

Lampiran 6 Surat Izin survey data dari Dinas Sosial untuk UPTD PSTW Sabai Nan  
Aluih Sicincin



PEMERINTAH PROVINSI SUMATERA BARAT  
**DINAS SOSIAL**

Jalan Khatib Sulaiman No. Telp. (0751) 7051465 Fax. (0751) 5 7057284 Padang 25137

Nomor : 070 / 006 / Dinsos / UK-2022  
Sifat : Biasa  
Lampiran : -  
Perihal : Izin Survey Data

Padang, 05 Januari 2022  
Kepada Yth :  
Sdr. Direktur BPPSDM Kesehatan  
Politeknik Kesehatan Kemenkes Padang  
di  
Tempat

Berkaitan dengan rekomendasi Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Provinsi Sumatera Barat Nomor : 570/2290 - PERIZ/DPM&PTPS/XIII/2021 tanggal 28 Desember 2021 dan surat Saudara Nomor : PP.03.01/0860R/2021 tanggal 13 Desember 2021 Izin Survey Data, maka disampaikan bahwa pada prinsipnya kami memberikan izin kepada mahasiswa Saudara untuk melaksanakan Survey Data di UPTD Pantli Sosial Tresna Werdha ( PSTW ) Sabai Nan Aluh Sicincin, dengan jadwal tanggal 28 Desember 2021 s/d 28 Mei 2022 dengan terlebih dahulu memperhatikan hasil tes Covid-19 ( tes swab ) sebelum masuk UPTD dimaksud :

NO	NAMA	NIM	JUDUL
1.	Ritga Nurul Husna	193110150	Asuhan Keperawatan pada Lansia dengan Gangguan Mobilitas Fisik di PSTW Sabai Nan Aluh Sicincin

Dapat kami tambahkan bahwa, untuk kedepan diharapkan adanya kerjasama ( MOU ) antara Dinas Sosial Provinsi Sumatera Barat dengan Politeknik Kesehatan Kemenkes Padang, Untuk lebih mempererat hubungan dimasa yang akan datang.

Selanjutnya diharapkan Kepada Saudara kiranya dapat memberi arahan kepada yang bersangkutan agar selama melaksanakan Survey Data, dapat mentaati protokol kesehatan covid-19 yang berlaku pada UPTD Pantli Sosial Tresna Werdha Sabai Nan Aluh Sicincin, serta mematuhi ketentuan Dari Dinas Penanaman Modal Dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Provinsi Sumatera Barat.

Demikian disampaikan untuk dimaklumi, Terimakasih!



Tembusan

1. Kepala Pantli Sosial Tresna Werdha Sabai Nan Aluh Sicincin.
2. Peringgal

Lampiran 7 Surat Izin penelitian dari Institusi ke Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Provinsi Sumatera Barat





KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA  
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN  
SUMBERDAYA MANUSIA KESEHATAN  
POLITEKNIK KESEHATAN PADANG  
Jl. Jenderal Sudirman Km. 10,5 (DIPK) Kecamatan Padang (25145) Sumatera Barat  
Telp. (0751) 4611111 Fax. (0751) 4611112



Nomor : PP.03.01/ 0401 / 2022  
Perihal : Izin Penelitian

24 Januari 2022

Kepada Yth :  
Dinas Pemanfaatan Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Provinsi Sumatera Barat  
Di  
Tempat

Dengan hormat,

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

NO	N A M A NIM	JUDUL KTI
1	Rifqa Nurul Husna / 193110150	Asuhan Keperawatan pada Lansia dengan Gangguan Mobilitas Fisik di PSTW Sabai Nan Aluh Siemole

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

  
Dit. Padang, 24 Januari 2022  
Np. 193101501926031002

Lampiran 8 Surat Izin Penelitian dari Institusi ke Dinas Sosial Provinsi Sumatera Barat

 **KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA**  
**BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN**  
**SUMBERDAYA MANUSIA KESEHATAN**  
**POLITEKNIK KESEHATAN PADANG**  
Jl. Smpang Pondok Kopi Natigalo Telp. (0751) 7881300 Fax: (0751) 7881328 Padang 25148  
Website : [www.poltekkes.padang.go.id](http://www.poltekkes.padang.go.id)

 24 Januari 2022

Nomor : PP.03.01/ 00477 / 2022  
Perihal : Izin Penelitian

Kepada Yth. :  
Dinas Sosial Provinsi Sumatera Barat  
Di  
Tempat

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

NO	N A M A /NIM	JUDUL KTI
1	Rifqa Nurul Husna / 193110150	Asuhan Keperawatan pada Lansia dengan Gangguan Mobilitas Fisik di PSTW Sebai Nan Aluh Siacinin

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

  
Dik. Burhan Muslim, SKM, M.Si  
Nip. 196101431986031002

Lampiran 9 Surat Rekomendasi Izin Penelitian dari Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Provinsi Sumatera Barat untuk Dinas Sosial Provinsi Sumatera Barat

**PEMERINTAH PROVINSI SUMATERA BARAT**  
**DINAS PENANAMAN MODAL**  
**DAN PELAYANAN TERPADU SATU PINTU**  
Jln. Setia Budi No.15 Padang Telp. 0751-811341, 811343 Fax. 0751-811342  
<http://dpmptsp.sumbarprov.go.id>

---

**SURAT KETERANGAN**  
Nomor : 570/153-PER/2/DPM&PTSP/2022

**Rekomendasi Penelitian**

Menimbang : a. Bahwa untuk tertib administrasi dan pengendalian pelaksanaan penelitian dan pengembangan perlu diterbitkan rekomendasi penelitian;  
b. Bahwa sesuai konsideran huruf a diatas, serta hasil Verifikasi Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Provinsi Sumatera Barat, berkas Persyaratan Administrasi Penelitian telah memenuhi syarat.

Mengingat : 1. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 18 Tahun 2002 tentang Sistem Nasional Penelitian, Pengembangan dan Penerapan Ilmu Pengetahuan dan Teknologi;  
2. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintah Daerah;  
3. Peraturan Menteri Dalam Negeri Republik Indonesia Nomor 20 Tahun 2011 tentang Pedoman Penelitian dan Pengembangan di Lingkungan Kementerian Dalam Negeri dan Pemerintah Daerah;  
4. Peraturan Menteri Dalam Negeri Republik Indonesia Nomor 64 Tahun 2011 Tentang Pedoman Penerbitan Rekomendasi Penelitian yang telah Diubah dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 7 Tahun 2014 tentang Penerbitan Rekomendasi Penelitian.

Memperhatikan : Sesuai Surat Potbekkes Kemenkes Padang Nomor : Pp.03.01/00477/2022 Tanggal 24 Januari 2022 Tentang Mohon Surat Pengantar Izin Penelitian.

Dengan ini Menerangkan Bahwa Kami Memberikan Rekomendasi Penelitian Kepada :

Nama : Rifqa Nurul Husna  
Tempat/Tanggal Lahir : Sincin/ 23 November 2001  
Pekerjaan : Mahasiswa  
Alamat : Rimbo Bakung, Sincin  
Nomor Kartu Identitas : 1305156311010001  
Judul Penelitian : Asuhan Keperawatan Pada Lansia Dengan Gangguan Mobilitas Fisik Di Pstw Sabai Nan Aluh Sincin Tahun 2022  
Lokasi Penelitian : Pstw Sabai Nan Aluh Sincin  
Jadwal Penelitian : 30 Januari 2022 s.d 30 Juni 2022  
Penanggung Jawab : Rifqa Nurul Husna

Dengan ketentuan sebagai berikut

1. Wajib menghormati dan mematuhi peraturan dan tata tertib di daerah setempat / Lokasi Penelitian;
2. Pelaksanaan penelitian agar tidak disalahgunakan untuk tujuan yang dapat mengganggu Kestabilan Keamanan dan Ketertiban di daerah setempat;
3. Melaporkan hasil penelitian dan sejenaknya kepada Gubernur Sumatera Barat melalui Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Provinsi Sumatera Barat;
4. Bila terjadi penyimpangan dari maksud / tujuan penelitian ini, maka surat rekomendasi ini tidak berlaku dengan sendirinya.


Demikianlah Rekomendasi ini dibuat untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.


Padang, 28 Januari 2022

A.n. GUBERNUR SUMATERA BARAT  
KEPALA DINAS PENANAMAN MODAL DAN PELAYANAN TERPADU SATU PINTU

Terdapat: 1. Salinan Surat ini diantar (jika ada laporan);  
2. Salinan Babon Kejangkal/Promo Sumatera Barat

Ditandatangani secara Elektronik oleh:  
KEPALA DINAS PENANAMAN MODAL DAN PELAYANAN TERPADU SATU PINTU  
PROVINSI SUMATERA BARAT

  
WASWAR DEDI AP.M.Si  
NIP. 197406181993111001





Lampiran 10 Surat Izin Penelitain dari Dinas Sosial untuk UPTD PSTW Sabai Nan Aluih Sicincin



**PEMERINTAH PROVINSI SUMATERA BARAT**  
**DINAS SOSIAL**

Jalan Khatib Sulaiman No. Telp. (0751) 7051465 Fax. (0751) 5 7057284 Padang 25137

Nomor : 070 / 169 / Dirsos / LK-2022  
Sifat : Biasa  
Lampiran : -  
Perihal : Izin Penelitian

Padang, 09 Februari 2022  
Kepada Yth :  
✓ Sdr. Direktur BPPSDM Kesehatan  
Politeknik Kesehatan Kemenkes Padang  
di  
Tempat

Berkaitan dengan rekomendasi Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Provinsi Sumatera Barat Nomor : 570/153 - PER/D/DPMS/PTPSN/2022 tanggal 28 Januari 2022 dan surat Saudara Nomor : PP.03.01/ 00477/ 2022 tanggal 24 Januari 2022 Perihal Izin Penelitian, maka disampaikan bahwa pada prinsipnya kami memberikan izin kepada mahasiswa Saudara untuk melaksanakan Penelitian di UPTD Pantii Sosial Tresna Wertha ( PSTW ) Sabai Nan Aluih Sicincin, pada tanggal 30 Januari 2022 s.d 30 Juni 2022 dengan terlebih dahulu memperlihatkan hasil tes Covid-19 ( tes swab ) sebelum masuk UPTD dimaksud :

NO	NAMA	NIM	JUDUL
1.	Rifka Nurul Hasna	193110150	Asuhan Keperawatan pada Lansia dengan Gangguan Mobilitas Fisik di PSTW Sabai Nan Aluih Sicincin Tahun 2022.

Dapat kami tambahkan bahwa, untuk kedepan diharapkan adanya kerjasama ( MOU ) antara Dinas Sosial Provinsi Sumatera Barat dengan Politeknik Kesehatan Kemenkes Padang, untuk lebih mempererat hubungan dimasa yang akan datang.

Selanjutnya diharapkan kepada Saudara kiranya dapat memberi arahan kepada yang bersangkutan agar selama melaksanakan Penelitian, dapat mentaati protokol kesehatan covid-19 yang berlaku pada UPTD Pantii Sosial Tresna Wertha Sabai Nan Aluih Sicincin, serta mematuhi ketentuan Dari Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Provinsi Sumatera Barat.

Demikian disampaikan untuk dimaklumi, terimakasih.

KEPALA DINAS SOSIAL  
PROVINSI SUMATERA BARAT  
  
ARRY YUSWANDI, M.K.M.  
NIP. 19750810 199803 1006

- Terselaku
1. Kepala Pantii Sosial Tresna Wertha Sabai Nan Aluih Sicincin
  2. Peringgal

## Lampiran 11 Informed Consent

### Pemohonan Menjadi Responden

Kepada Yth,  
Bapak/ibu calon Responden  
Di Tempat

Dengan Hormat  
Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Rifqa Nurul Husna  
NIM : 193110150  
Mahasiswa Prodi D3 Keperawatan Padang Jurusan Keperawatan  
Poltekkes Kemenkes Padang

Bersama ini kami memohon Bapak/ibu untuk berpartisipasi dalam penelitian ini yang berjudul "Asuhan Keperawatan pada Lansia dengan Gangguan Mobilitas Fisik di PSTW Sabai Nan Aluih Sicincin Tahun 2022".

Penelitian ini bersifat sukarela, Ibu/Bapak dan keluarga boleh memutuskan untuk berpartisipasi atau mengajukan keberatan atas penelitian ini kapanpun bapak/ibu dan keluarga inginkan tanpa ada konsekuensi dan dampak tertentu.

Sebelum bapak ibu memutuskan, saya akan menjelaskan beberapa hal sebagai bahan pertimbangan untuk ikut serta dalam penelitian ini, yaitu sebagai berikut:

1. Tujuan penelitian ini untuk melihat Asuhan Keperawatan pada pasien gangguan mobilitas fisik di PSTW Sabai Nan Aluih Sicincin
2. Dalam penelitian ini akan dijamin kerahasiaannya. Hasil penelitian ini akan diberikan institusi tempat peneliti bekerja dengan tetap menjaga kerahasiaan identitas bapak dan ibu.
3. Jika ada yang belum jelas, silahkan ditanyakan kepada peneliti
4. Jika bapak/ibu sudah memahami dan bersedia ikut berpartisipasi dalam penelitian ini, silahkan bapak/ibu menandatangani lembar persetujuan yang akan dilampirkan yaitu *informed consent*

Padang, 1 Maret 2022

Peneliti



Rifqa Nurul Husna

## INFORMED CONCENT

(Lembar Persetujuan)

Tang bertanda tangan dibawah ini:

Nama Responden : Jarina  
Umur/ tgl lahir : 85 tahun / 08 106 / 1937  
Penanggung jawab : Petugas PSTW Sabai Nani Aluik  
Hubungan :

Setelah mendapat penjelasan dari saudara peneliti, saya bersedia menjadi responden pada penelitian atas nama Rifqa Nurul Husna, NIM 193110150, Mahasiswa Prodi D3 Keperawatan Padang Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Padang

Demikianlah surat persetujuan ini saya tanda tangan tanpa ada paksaan dari pihak manapun

Padang, 1 Maret 2022

Responden



( Jarina )

Lampiran 12 Lembar bukti telah selesai melakukan penelitian dari PSTW Sabai Nan Aluih



**SURAT KETERANGAN TELAH MELAKUKAN PENELITIAN**

NO : 465/195 /PSTW/2022

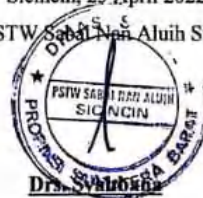
Yang bertanda tangan dibawah ini Kepala PSTW Sabai Nan Aluih Sicincin, dengan ini menerangkan :

Nama : Rifqa Nurul Husna  
NIM : 193110150  
Program Studi : DIII Keperawatan  
Universitas : Politeknik Kesehatan Kemenkes Padang

Telah selesai melakukan penelitian di Panti Sosial Tresna Werdha Sabai Nan Aluih Sicincin terhitung mulai tanggal 28 Desember 2021 sampai 28 Mei 2022 untuk memperoleh data dalam rangka penyusunan Karya Tulis Ilmiah yang berjudul "*Asuhan Keperawatan Pada Lansia Dengan Gangguan Mobilitas Fisik di PSTW Sabai Nan Aluih Sicincin*".

Demikian surat keterangan ini dibuat dan diberikan kepada yang bersangkutan untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.


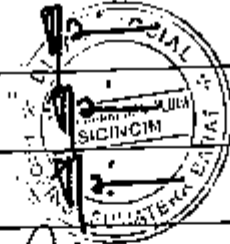












Sicincin, 25 April 2022  
Kepala PSTW Sabai Nan Aluih Sicincin



NIP. 19640806 199303 1 003

**DAFTAR HADIR PENELITIAN KARYA TULIS ILMIAH  
POLTEKKES KEMENKES RI PADANG**

**NAMA** : RIFQA NURUL HUSNA  
**NIM** : 193110130  
**JUDUL KTI** : ASUHAN KEPERAWATAN PADA LANSIA DENGAN GANGGUAN MOBILITAS FISIK DI PSTW SABAI NAN ALUIH SICINCIN TAHUN 2022  
**LOKASI PENELITIAN** : PSTW SABAI NAN ALUIH SICINCIN PADANG PARJAMAN

Hari/ Tanggal	Tanda Tangan Peneliti	Tanda Tangan Perawat/ Pengasuh/ Pengurus PSTW
Rabu / 2-03-2022		
Kamis / 3-03-2022		
Jumat / 4-03-2022		
Sabtu / 5-03-2022		
Minggu / 6-03-2022		
Senin / 7-03-2022		
Selasa / 8-03-2022		



FORM PENGKAJIAN KEPERAWATAN GERONTIK

**I. Pengkajian Keperawatan**

A. Identitas Diri Klien

- |                                  |                    |
|----------------------------------|--------------------|
| 1. Nama (Umur)                   | : Ny. J (85 tahun) |
| 2. Jenis kelamin                 | : Perempuan        |
| 3. Status Perkawinan             | : Janda            |
| 4. Agama / Suku                  | : Islam / Jambak   |
| 5. Pendidikan terakhir           | : SLTA             |
| 6. Sumber Informasi              | : Klien Sendiri    |
| 7. Keluarga yang bisa di hubungi | : Ny. A            |
| 8. Diagnosis Medis               | : Hipertensi       |
| 9. Tanggal Pengkajian            | : 2 Maret 2022     |

B. Riwayat Kesehatan Sekarang

1. Keluhan utama:

Ny. J mengatakan kesulitan saat berjalan maupun berdiri karena saat ini kaki terasa berat dan lemah jika digunakan. Klien mengatakan kaku pada jari-jari tangan dan jari-jari kaki, klien mengatakan terasa nyeri pada jari-jari tangan dan jari-jari kaki. Kaku dan nyeri terasa terutama pada jari kaki kanan dan pada jari tangan kiri

2. Keluhan saat dikaji:

Ny. J mengatakan bahwa ia kesulitan berjalan dan berpindah tempat tanpa kursi roda, klien mengalami hambatan dalam berjalan dan berpindah tempat sejak 5 tahun terakhir. Klien mengatakan lebih nyaman beraktivitas sehari-hari dengan kursi roda dan saat klien mencoba berjalan tanpa alat bantu klien merasa takut akan jatuh karena klien merasa tubuhnya tidak seimbang dan klien sering pusing akibat tekanan darah tinggi sehingga klien harus menggunakan kursi roda atau tongkat saat berjalan. Klien biasanya menggunakan tongkat jika ke kamar mandi. Klien juga mengeluh tidak mampu menggenggam dengan baik pada tangan sebelah kiri

karena nyeri. Saat pengkajian klien mengeluh otot ekstermitas terasa pegal dan lemah, Gerakan klien tampak terbatas Klien harus berpegangan saat pindah dari kursi roda ke tempat tidur

### 3. Kronologi keluhan

#### a. Faktor pencetus:

Faktor fisiologis (Faktor Penuaan/ degeneratif)

#### b. Timbulnya keluhan:

Keluhan kaki terasa berat dan lemah timbul saat klien berdiri atau berjalan. Keluhan nyeri muncul pada jari kaki terutama kaki sebelah kanan saat digunakan untuk berdiri dan berjalan dengan skala nyeri 3. Keluhan nyeri juga muncul pada jari-jari tangan, terutama tangan kiri jika digunakan untuk menggenggam dengan skala nyeri 3

#### c. Lamanya:

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

#### d. Upaya klien untuk mengatasi:

Klien mengatakan jika mengalami kesulitan dalam mobilisasi maka klien akan menggunakan kursi roda. Jika kaku dan nyeri mulai terasa klien biasanya mengoleskan minyak urut ke bagian kaki dan tangan yang nyeri serta klien beristirahat dengan cukup

### C. Alasan Masuk Panti:

Klien mengatakan masuk ke panti sosial karena kemauan sendiri karena klien merasa di rumah tidak ada yang akan mengurusnya karena anaknya sibuk sehingga klien memutuskan untuk masuk panti sosial agar terurus dan tidak mengganggu anak dan cucunya. Klien mengatakn jika di panti maka ia akan memiliki banyak teman sebaya.

Tanggal Masuk: 1 Desember 2015

#### D. Riwayat Kesehatan Masa Lalu

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

Klien alergi dengan makanan laut dan telur. Reaksi alergi klien berupa gatal-gatal kemerahan pada seluruh tubuhnya

2. Riwayat kecelakaan

Klien tidak memiliki riwayat kecelakaan atau riwayat jatuh

3. Riwayat di rawat di RS

Klien pernah dirawat di RS UNAND selama 10 hari akibat ulkus peptikum

4. Riwayat pemakaian obat

Klien mengonsumsi obat amlodipine dan obat omeprazole saat sakit perut, namun klien tidak meminum obat amlodipine secara rutin. Klien mengatakan minum obat amlodipine jika pusing dan kuduk berat saja. Klien mengatakan takut minum obat amlodipine secara rutin karena takut akan merusak ginjalnya. Klien mengatakan pernah diberi obat untuk nyeri sendi namun klien tidak mengingat yang mana obatnya.

#### E. Riwayat Kesehatan Keluarga

Klien mengatakan tidak ada keluarganya yang memiliki riwayat hipertensi serta penyakit serupa dengan klien sebelumnya

#### F. Riwayat Psikososial dan Spiritual

1. Orang terdekat dengan klien

Orang yang terdekat dengan klien adalah kedua anaknya

2. Masalah yang mempengaruhi klien

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

3. Mekanisme koping terhadap stress

Mekanisme koping klien terhadap stress adalah dengan beristirahat dan sholat

#### 4. Persepsi klien terhadap penyakitnya

##### a. Hal yang sangat dipikirkan klien saat ini:

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

##### b. Harapan setelah menjalani pembinaan di panti:

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

##### c. Perubahan setelah masuk panti

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

#### 5. Sistem nilai kepercayaan

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

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

##### b. Kegiatan keagamaan / kepercayaan yang ingin dilakukan:

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

##### c. Kepercayaan akan adanya kematian:

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

#### G. Pola Kebiasaan Sehari-Hari

##### 1. Nutrisi

a. Frekuensi makan : Klien makan 3x sehari

b. Jenis makanan : Nasi, lauk, buah dan sayur

c. Kebiasaan sebelum makan: Minum air gula atau teh manis

d. Nafsu makan : Klien mengatakan nafsu makannya baik

e. Makanan yang disukai : Tidak ada makanan khusus, klien menyukai semua jenis makanan.

f. BB/TB : 46 kg/ 143 cm

## 2. Eliminasi

### a. Berkemih

1) Frekuensi : Klien mengatakan BAK 5-8x sehari

2) Warna : Kuning Jernih

3) Keluhan BAK : Tidak ada keluhan,

### b. Defekasi

1) Frekuensi : 1x sehari

2) Warna : Kuning kecoklatan

3) Waktu : Pagi dan malam

4) Bau : Normal, seperti bau feses umumnya

5) Konsistensi : Padat dan terkadang keras

6) Keluhan : Klien mengatakan terkadang klien susah BAB dan agak keras saat mengejan

7) Pengalaman makan laksatif:

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

## 3. Higiene Personal

### a. Mandi

1) Frekuensi : 1x sehari

2) Pakai Sabun : ya

### b. Oral Hygiene

1) Frekuensi : 1x sehari

2) Waktu : Pagi

3) Pakai Odol : Iya

### c. Cuci Rambut

1) Frekuensi : 1-2x seminggu

2) Pakai Shampo : Ya

d. Gunting kuku

1) Frekuensi : 1x seminggu

4. Istirahat dan tidur

a. Lama tidur : 7-8 jam/ hari

b. Tidur siang : Kadang-kadang (1 Jam)

c. Tidur malam : 6-7 Jam

5. Aktivitas dan latihan

a. Olah Raga

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

b. Kegiatan waktu luang

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

c. Keluhan dalam beraktifitas

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

6. Kebiasaan

a. Merokok : Tidak

b. Minuman keras : Tidak

c. Ketergantungan obat : Tidak

H. Pemeriksaan Fisik

1. Keadaan Umum

Keadaan umum klien baik menggunakan kursi roda. Tekanan darah adalah 150/80 mmHg, nadi 86x/menit, pernapasan 19x/menit, dan suhu tubuh 36,3°C

2. Pemeriksaan Fisik Head to Toe

a. Kepala : Kepala bersih, rambut pendek tipis dan beruban, rambut mudah rontok

b. Mata : Konjunctiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, klien menggunakan kacamata, klien memiliki katarak, klien mengalami rabun dekat.

- c. Hidung : Simetris, tidak ada pembengkakan sinus, tidak ada lesi, tidak ada secret dan tidak ada gangguan penciuman, tidak ada pernapasan cuping hidung
- d. Telinga : Telinga simetris, tidak ada serumen, telinga tampak bersih, tidak ada gangguan pendengaran
- e. Mulut dan bibir: Mukosa bibir lembab, tidak ada luka, tidak ada pucat, tersisa 3 buah gigi, klien tidak menggunakan gigi palsu, terdapat banyak akar gigi yang belum dicabut, terdapat kesulitan dalam mengunyah makanan keras, tidak ada kesulitan dalam menelan
- f. Leher : Tidak ada pembengkakan kelenjar tiroid, tidak ada pembengkakan kelenjar getah bening dan tidak ada kaku kuduk
- g. Dada
  - 1) Inspeksi : Dada simetris kiri dan kanan, tidak ada perbedaan bentuk dada, tidak ada retraksi dinding dada, tidak ada penggunaan otot bantu pernapasan
  - 2) Palpasi : Fremitus kiri teraba sama dengan kanan, tidak ada nyeri tekan
  - 3) Perkusi : Sonor
  - 4) Auskultasi : Vesikuler
- h. Abdomen
  - 1) Inspeksi : Abdomen simetris dan supel, tidak ada asites, tidak ada perbedaan warna abdomen
  - 2) Palpasi : Tidak ada pembengkakan, tidak ada nyeri tekan, tidak ada pembengkakan hepar
  - 3) Perkusi : Timpani
  - 4) Auskultasi : Bising usus normal 35x/menit
- i. Genitalia : Tidak ada dilakukan pemeriksaan dan tidak ada keluhan

j. Ekstermitas

- 1) Atas : Bentuk simetris, tidak ada luka, tidak ada edema, CRT < 2 detik, akril hangat, tangan kiri tampak sulit menggenggam dan tampak kaku. Kekuatan otot tangan kanan 5, kekuatan otot kiri 4
- 2) Bawah : Bentuk simetris kiri dan kanan, tidak ada luka dan tidak ada edema, CRT < 2 detik, otot kaki sebelah kanan tampak lemah. Kekuatan otot kaki kanan 3, otot kaki kiri 4

k. Pengkajian kekuatan otot

Skala	Persentase Kekuatan Otot (%)	Karakteristik	Ekstermitas Atas		Ekstermitas Bawah	
			Kiri	Kanan	Kiri	Kanan
0	0	Paralisis Sempurna				
1	10	Tidak ada gerakan, kontraksi otot dapat 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		✓		



## I. Pengkajian Status Mental

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

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

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

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

### 3. Kontak mata

Terdapat kontak mata yang baik oleh klien selama proses asuhan keperawatan

### 4. Afek

Afek klien selama proses asuhan keperawatan adalah datar

## J. Pengkajian Status Kemandirian

No	Jenis ADL	Kategori	Skor
1	Makan	0: Tidak dapat 1: Perlu bantuan 2: Mandiri	2
2	Mandi	0: Tergantung orang lain 1: Mandiri	1
3	Perawatan Diri	0: Perlu bantuan 1: Mandiri	1
4	Berpakaian	0: Tergantung orang lain 1: Sebagian dibantu 2: Mandiri	2

No	Jenis ADL	Kategori	Skor
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)	2
6	Buang Air Besar	0: Inkontinensia 1: Kadang inkontinensia (sekali seminggu) 2: Terkontrol penuh	2
7	Penggunaan Toilet	0: Tergantung bantuan orang lain 1: Perlu bantuan tetapi dapat melakukan sesuatu sendiri 2: Mandiri	1
8	Berpindah	0: Tidak dapat 1: Butuh Bantuan 2: Dapat duduk dengan sedikit 3: Mandiri	3
9	Mobilitas	0: Tidak bergerak/ tidak mampu 1: Mandiri dengan kursi roda 2: berjalan dengan bantuan 3: Mandiri	1
10	Naik Turun Tangga	0: Tidak mampu 1: Perlu bantuan 2: Mandiri	0

Total skore: 15

Interpretasi Hasil:

20 : Mandiri

12-19 : Ketergantungan Ringan

9-11 : Ketergantungan Sedang

5-8 : Ketergantungan Berat

0-4 : Ketergantungan

Tingkat ketergantungan klien adalah ketergantungan ringan

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

NO	Aktivitas	Mandiri (Nilai 1)	Bergantung (Nilai 0)
	kepercayaan yang dianut.		
11	Melakukan pekerjaan rumah, seperti : merapikan tempat tidur, mencuci pakaian, memasak, dan membersihkan ruangan.	1	
12	Berbelanja untuk kebutuhan sendiri atau kebutuhan keluarga.		0
13	Mengelola keuangan (menyimpan dan menggunakan uang sendiri).	1	
14	Menggunakan transportasi umum untuk bepergian.		0
15	Menyiapkan obat dan minum obat sesuai dengan aturan (takaran obat dan waktu minum obat tepat).		0
16	Merencanakan dan mengambil keputusan untuk kepentingan keluarga dalam hal penggunaan uang, aktivitas sosial yang dilakukan dan kebutuhan akan pelayanan kesehatan.		0
17	Melakukan aktivitas diwaktu luang (kegiatan keagamaan, sosial, rekreasi, olah raga dan menyalurkan hobi).	1	
	Jumlah Poin	12	

Analisis hasil:

Poin : 13 – 17: Mandiri

Poin : 0 – 12: Ketergantungan

Klien ketergantungan

## K. Pengkajian Psikososial

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

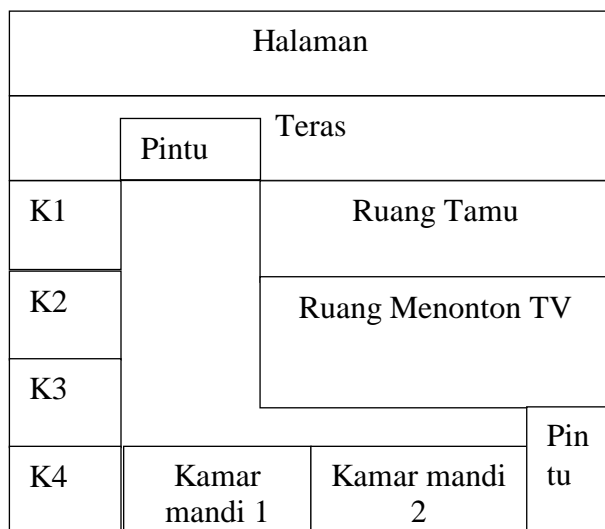
14.	Apakah anda berfikir, bahwa kondisi anda saat ini tidak ada harapan?		✓	(ya)
15.	Apakah anda berfikir bahwa orang lain lebih baik keadannya daripada anda?		✓	(ya)
<b>Total jawaban “Ya”</b>				

Kesimpulan: Klien tidak mengalami depresi

#### L. Pengkajian Lingkungan

Denah:

Wisma Singgalang



Keterangan :

K1: Kamar penghuni 1

K2: Kamar penghuni 2

K3: Kamar penghuni 3

K4: Kamar klien

1. Penataan kamar lansia

Kamar Ny. J memiliki dua tempat tidur, terdapat dua buah lemari di dalam kamar Ny. J klien memiliki satu orang teman sekamar. Kamar tampak padat dengan barang-barang.

2. Kebersihan dan kerapian

Kamar tampak bersih namun ada beberapa barang yang tertumpuk di atas kasur klien sehingga kamar tampak kurang rapi.

3. Penerangan

Penerangan di kamar klien tampak cukup baik, penerangan pada jalan menuju kamar mandi baik dan penerangan menuju kamar cukup baik

4. Sirkulasi udara

Sirkulasi udara di kamar Ny. J kurang baik, terdapat satu jendela di kamar Ny. J yang jarang dibuka oleh klien dan teman sekamar.

5. Penataan halaman

Halaman pada wisma singgalang dilengkapi dengan banyak bunga dan cukup bersih

6. Keadaan kamar mandi

Terdapat kamar mandi yang bersih pada wisma klien tinggal, penerangan di kamar mandi cukup baik, lantai tidak terlalu licin dan ada tempat pegangan pada jalan menuju kamar mandi

7. Pembuangan air kotor

Terdapat got dan saluran pembuangan air kotor di belakang wisma

8. Sumber air minum

Sumber air minum yaitu dari air masak yang disediakan oleh pengurus PSTW

9. Pembuangan sampah

Terdapat tempat sampah besar yang berada di depan wisma

10. Sumber pencemaran

Sumber pencemaran di sekitar tempat tinggal klien adalah aroma pesing dan asap rokok

## ANALISA DATA

No	Data Fokus	Masalah	Penyebab
1.	<p>Data Subjektif:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>a. Klien mengatakan kesulitan saat berjalan maupun berdiri karena saat ini kaki terasa berat dan lemah jika digunakan.</li><li>b. Klien mengatakan kaku pada jari-jari tangan dan jari-jari kaki</li><li>c. Klien mengatakan bahwa ia kesulitan berjalan dan berpindah tempat tanpa kursi roda</li><li>d. klien mengalami hambatan dalam berjalan dan berpindah tempat sejak 5 tahun terakhir</li><li>e. Klien mengatakan lebih nyaman beraktivitas sehari-hari dengan kursi roda</li><li>f. klien mengeluh otot ekstermitas terasa pegal dan lemah,</li><li>g. Klien mengatakan kaku pada jari-jari tangan dan jari-jari kaki,</li><li>h. Klien juga mengeluh tidak mampu menggenggam dengan baik pada tangan sebelah kiri karena nyeri</li></ul>	<p>Gangguan Mobilitas Fisik</p>	<p>Penurunan kekuatan otot dan kekakuan sendi</p>



	<p>Data Objektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Klien tampak kesulitan dalam berpindah tempat</li> <li>Klien dibantu dengan kursi roda saat beraktivitas</li> <li>Gerakan klien tampak terbatas</li> <li>Saat dilakukan pengkajian kemandirian dengan indeks Barthel, skor tingkat ketergantungan klien adalah 15 atau ketergantungan ringan (mobilitas: mandiri dengan kursi roda, naik tangga : tidak mampu, ke toilet: butuh bantuan tetapi dapat melakukan sesuatu sendiri)</li> <li>Kekuatan otot ekstermitas mengalami penurunan yaitu : <table border="1" data-bbox="467 1213 712 1325"> <tr> <td>555</td> <td>444</td> </tr> <tr> <td>333</td> <td>444</td> </tr> </table> </li> </ol>	555	444	333	444		
555	444						
333	444						
2.	<p>Data Subjektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Klien mengatakan terasa nyeri pada jari-jari tangan dan jari-jari kaki.</li> <li>Kaku dan nyeri terasa terutama pada jari kaki kanan dan pada jari tangan kiri</li> <li>Klien juga mengeluh tidak mampu menggenggam dengan baik pada tangan sebelah kiri karena nyeri.</li> </ol>	Nyeri Kronis	Kondisi Muskuloskeletal Kronis				

	<p>d. Keluhan nyeri muncul pada jari kaki terutama kaki sebelah kanan saat digunakan untuk berdiri dan berjalan dengan skala nyeri 3.</p> <p>e. Keluhan nyeri juga muncul pada jari-jari tangan, terutama tangan kiri jika digunakan untuk menggenggam dengan skala nyeri 3 dengan durasi nyeri tidak menentu</p> <p>f. Nyeri pada sendi dirasakan sejak 5 tahun terakhir</p> <p>Data Objektif:</p> <p>a. Klien tampak meringis saat mencoba berjalan lama</p> <p>b. Klien tidak mampu menuntaskan aktivitas saat nyeri muncul</p>		
3.	<p>Data Subjektif:</p> <p>a. Klien mengatakan jika tidak menggunakan kursi roda tubuhnya terasa tidak seimbang karena pusing yang disebabkan oleh tekanan darah tinggi</p> <p>b. Klien mengatakan memiliki penyakit hipertensi</p> <p>c. Klien mengatakan takut jatuh jika tidak menggunakan kursi roda untuk beraktivitas sehari-hari</p>	Resiko Jatuh	Kekuatan otot menurun

	<p>Data Objektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Klien harus berpegangan saat pindah dari kursi roda ke tempat tidur</li> <li>b. Tekanan darah klien adalah 150/80 mmHg</li> <li>c. Klien tampak sulit dalam berjalan dan berdiri</li> <li>d. Klien memiliki katarak dan menggunakan kacamata untuk rabun dekatnya</li> </ol>		
4.	<p>Data Subjektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Klien mengatakan terkadang klien susah BAB dan klien mengatakan agak keras saat mengejan</li> <li>b. Klien mengatakan BAB 1x sehari pada pagi atau malam hari</li> <li>c. Klien tidak pernah mengonsumsi obat laktasif</li> </ol> <p>Data Objektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Klien tidak menggunakan gigi palsu, tersisa 3 buah gigi dan terdapat banyak akar gigi yang belum dicabut sehingga klien kesulitan dalam mengunyah makanan keras</li> </ol>	Resiko Konstipasi	Pertumbuhan gigi tidak adekuat dan kelemahan otot abdomen
5.	<p>Data Subjektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Klien mengatakan memiliki penyakit</li> </ol>	Ketidakpatuhan	Ketidakadekuatan pemahaman

	<p>hipertensi</p> <p>b. Klien mengatakan tidak mengonsumsi obat hipertensi dengan teratur</p> <p>c. Klien mengatakan minum obat amlodipine jika pusing dan kuduk berat saja</p> <p>d. Klien mengatakan takut minum obat amlodipine secara rutin karena takut akan merusak ginjalnya</p> <p>Data Objektif:</p> <p>a. Tampak gejala penyakit masih ada seperti pusing dan kuduk berat</p>		
--	---	--	--

No	Masalah Kesehatan / Keperawatan	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	Total	Prioritas
----	---------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	-------	-----------

1	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot dan kekakuan sendi	5	5	5	3	4	4	4	3	3	3	39	1
2	Nyeri kronis berhubungan dengan kondisi muskuloskeletal kronis	5	4	4	3	4	3	4	3	3	3	36	3
3	Resiko jatuh dibuktikan dengan kekuatan otot menurun	5	5	5	3	4	3	4	3	3	3	38	2
4	Resiko konstipasi berhubungan dengan pertumbuhan gigi tidak adekuat dan kelemahan otot abdomen	5	4	4	3	3	3	3	3	3	3	34	5
5	Ketidapatuhan berhubungan dengan ketidakadekuatan pemahaman	5	4	4	3	2	4	3	3	4	3	35	4

**Pembobotan:**

1. Sangat Rendah
2. Rendah
3. Cukup
4. Tinggi
5. Sangat Tinggi

A = Risiko Terjadi

B = Risiko Keparahan

C = Potensial untuk Pendidikan

Kesehatan

D = Minat Masyarakat

E = Sesuai dengan program

Pemerintah

F = Tempat

G = Waktu

I = Dana

H = Faskes

J = Sumber Daya

**Prioritas Masalah**

No	Diagnosa Keperawatan	Ditemukan		Dipecahkan	
		Tanggal	Paraf	Tanggal	Paraf
1	Gangguan mobilitas fisik b.d penurunan kekuatan otot dan kekakuan sendi d.d klien sulit berjalan dan berpindah tempat, kekuatan otot menurun, terdapat kekakuan sendi pada jari-jari tangan dan jari kaki serta menggunakan alat bantu mobilitas kursi roda	<b>02-03-2022</b>		<b>08-03-2022</b>	
2	Resiko jatuh dibuktikan dengan kekuatan otot menurun berjalan ditandai dengan klien sulit berjalan tanpa alat bantu.	<b>02-03-2022</b>		<b>08-03-2022</b>	
3	Nyeri kronis b.d kondisi muskuloskeletal kronis d.d klien mengeluh nyeri pada persendian jari ekstermitas atas dan bawah sejak 5 tahun terakhir	<b>02-03-2022</b>		<b>08-03-2022</b>	
4.	Ketidakpatuhan berhubungan dengan ketidakadekuatan pemahaman ditandai dengan klien tidak mengonsumsi obat hipertensi dengan teratur serta gejala hipertensi seperti pusing sering terasa	<b>02-03-2022</b>		<b>08-03-2022</b>	

5.	Resiko konstipasi berhubungan dengan pertumbuhan gigi tidak adekuat dan kelemahan otot abdomen d.d klien mengatakan feses padat dan terkadang keras saat BAB	<b>02-03-2022</b>		<b>08-03-2022</b>	
----	--	-------------------	--	-------------------	--

## II. Intervensi Keperawatan

No	Diagnosis Keperawatan	Tujuan (SLKI)	Kriteria (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
1	Gangguan Mobilitas Fisik	Setelah dilakukan asuhan keperawatan kepada pasien, <b>mobilitas fisik dan ambulasi</b> meningkat	<p><b>Mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil:</b></p> <p>j. Pergerakan ekstremitas meningkat (5)</p> <p>k. Rentang gerak (ROM) meningkat (5)</p> <p>l. Kaku sendi menurun (5)</p> <p>m. Gerakan terbatas menurun (5)</p> <p>n. Kelemahan fisik menurun (5)</p> <p>o. Kekuatan otot meningkat cukup meningkat (4)</p> <p><b>Ambulasi meningkat dengan kriteria hasil :</b></p> <p>a. Berjalan dengan langkah efektif cukup meningkat (4)</p> <p>b. Berjalan dengan Langkah pelan meningkat (5)</p> <p>c. Berjalan dengan Langkah sedang</p>	<p><b>Dukungan Ambulasi:</b></p> <p>8. Jelaskan prosedur dan tujuan ambulasi.</p> <p>9. Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi.</p> <p>10. Monitor tekanan darah sebelum memulai ambulasi.</p> <p>11. Monitor kondisi umum selama melakukan ambulasi.</p> <p>12. Fasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu.</p> <p>13. Fasilitasi melakukan ambulasi fisik.</p> <p>14. Melibatkan <i>caregiver</i> dalam membantu klien saat latihan ambulasi</p> <p><b>Teknik Latihan Penguatan Sendi</b></p> <p>1. Identifikasi</p>



No	Diagnosis Keperawatan	Tujuan (SLKI)	Kriteria (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
			<p>meningkat (5)</p> <p>d. Berjalan jarak pendek meningkat (5)</p> <p>e. Berjalan jarak sedang meningkat (5)</p> <p>f. Berjalan jarak jauh cukup meningkat (4)</p> <p>g. Nyeri saat berjalan menurun (5)</p> <p>h. Kaku pada persendian menurun (5)</p> <p>i. Keengganan berjalan menurun (5)</p> <p>j. Perasaan khawatir saat berjalan menurun (5)</p>	<p>keterbatasan fungsi dan gerak sendi</p> <p>2. Monitor lokasi dan sifat ketidaknyamanan atau rasa sakit selama gerakan/aktifitas</p> <p>3. Lakukan pengendalian nyeri sebelum memulai latihan</p> <p>4. Berikan posisi tubuh yang optimal untuk gerakan sendi pasif atau aktif</p> <p>5. Fasilitasi gerak sendi teratur dalam batas-batas rasa sakit, ketahanan, dan mobilitas sendi</p> <p>6. Berikan penguatan positif untuk melakukan latihan bersama</p> <p>7. Jelaskan kepada pasien/keluarga tujuan dan</p>

No	Diagnosis Keperawatan	Tujuan (SLKI)	Kriteria (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
				<p>rencanakan latihan Bersama</p> <p>8. Anjurkan duduk di tempat tidur, di sisi tempat tidur atau di kursi sesuai toleransi</p> <p>9. Anjurkan melakukan latihan rentang gerak aktif dan pasif secara sistematis</p>
2	Resiko Jatuh	Setelah dilakukan asuhan keperawatan <b>Tingkat Jatuh</b>	<b>Tingkat Jatuh menurun dengan kriteria hasil:</b> i. Jatuh dari tempat tidur menurun (5) j. Jatuh saat berdiri menurun (5) k. Jatuh saat duduk menurun (5) l. Jatuh saat berjalan menurun (5) m. Jatuh saat dipindahkan menurun. (5) n. Jatuh saat naik tangga menurun. (5) o. Jatuh saat dikamar	<b>Pencegahan Jatuh:</b> 8. Identifikasi faktor risiko jatuh (mis. Usia > 65 tahun, 9. Identifikasi factor lingkungan yang meningkatkan resiko jatuh (mis. Lantai licin, penerangan kurang) 10. Monitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya. 11. Tempatkan pasien beresiko tinggi jatuh dengan pantauan

No	Diagnosis Keperawatan	Tujuan (SLKI)	Kriteria (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
			<p>mandi menurun. (5)</p> <p>p. Jatuh saat membungkuk dan menurun. (5)</p>	<p>perawat.</p> <p>12. Anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin.</p> <p>13. Anjurkan menggunakan pegangan yang berada di sekitar kamar mandi saat ke kamar mandi</p> <p>14. Anjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh.</p> <p>15. Anjurkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan</p> <p>16. Mengedukasi dan melibatkan <i>caregiver</i> dalam mengendalikan faktor penyebab resiko jatuh</p>
3	Nyeri kronis	Setelah dilakukan asuhan keperawatan <b>tingkat nyeri menurun</b>	<b>Tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil:</b> a. Keluhan nyeri menurun (5) b. Meringis menurun (5)	<b>Manajemen Nyeri</b> 10. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri

No	Diagnosis Keperawatan	Tujuan (SLKI)	Kriteria (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
			<ul style="list-style-type: none"> <li>c. Gelisah menurun (5)</li> <li>d. Kesulitan tidur menurun (5)</li> <li>e. Frekuensi nadi membaik (5)</li> <li>f. Proses berpikir membaik (5)</li> <li>g. Fokus membaik (5)</li> <li>h. Pola tidur membaik (5)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>11. Identifikasi respons nyeri non verbal</li> <li>12. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</li> <li>13. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri</li> <li>14. Monitor terapi komplementer yang sudah diberikan</li> <li>15. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (Teknik napas dalam)</li> <li>16. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri</li> <li>17. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri</li> <li>18. Kolaborasi pemberian obat</li> <li>19. Melibatkan <i>caregiver</i> dalam mengontrol</li> </ul>

No	Diagnosis Keperawatan	Tujuan (SLKI)	Kriteria (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
				lingkungan yang memperberat rasa nyeri

### III. Catatan Perkembangan

Hari/ tgl	Diagnosa Kep	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan	TTD
Kamis/03-03-2022 08.00 WIB	Gangguan mobilitas fisik b.d penurunan kekuatan otot dan kekakuan sendi	<ol style="list-style-type: none"> <li>Mengukur tekanan darah, nadi, pernafasan (TTV) sebelum dan setelah melakukan aktivitas</li> <li>Mengkaji kemampuan pasien untuk mobilitasi/ berjalan dan berdiri</li> <li>Menjelaskan prosedur dan tujuan ambulasi.</li> <li>Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi.</li> <li>Monitor kondisi</li> </ol>	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Klien mengatakan masih kesulitan dalam berjalan dan berdiri lama</li> <li>Klien mengatakan kaki masih terasa berat dan sendi pada kaki dan tangan masih terasa kaku</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>TD sebelum aktivitas: 147/87 mmHg</li> <li>TD setelah aktivitas: 151/88</li> </ul>	

Hari/ tgl	Diagnosa Kep	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan	TTD
		<p>umum selama melakukan ambulasi dengan latihan berjalan menggunakan tongkat</p> <p>6. Memfasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu. Tongkat</p> <p>7. Melibatkan <i>caregiver</i> dalam dalam membantu klien saat latihan ambulasi</p> <p>8. Membantu klien dalam berpindah dari kursi roda ke tempat tidur</p> <p>9. Membantu klien dengan memapah klien berjalan ke kamar mandi atau sesuai kebutuhan</p> <p>10. Melakukan latihan ROM</p> <p>11. Mengajarkan klien</p>	<p>mmHg</p> <p>- Klien tampak masih sulit untuk berjalan dan tampak lemah saat berpindah tempat dengan tongkat</p> <p>- Klien tampak mampu mencoba latihan dengan tongkat untuk bisa berdiri dan berjalan</p> <p>- Klien tampak lebih nyaman saat beraktivitas dengan menggunakan kursi roda</p> <p>- Klien bersedia untuk melakukan latihan ROM</p> <p>A:</p> <p>- Masalah gangguan mobilitas fisik dan ambulasi belum teratasi</p>	

Hari/ tgl	Diagnosa Kep	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan	TTD
		<p>untuk melakukan latihan ROM secara mandiri</p>	<p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Intervensi dilanjutkan dengan dukungan ambulasi dan latihan penguatan sendi (latihan ROM)</li> </ul>	
<p>Kamis/03-03-2022  09.00</p>	<p>Resiko jatuh b.d kekuatan otot menurun</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi faktor penyebab risiko jatuh</li> <li>2. Mengidentifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh (mis. Lantai licin, penerangan kurang)</li> <li>3. Memonitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya.</li> <li>4. Membantu klien dalam menggunakan tongkat</li> </ol>	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan masih takut dan belum mampu berjalan tanpa kursi roda</li> <li>- Klien mengatakan jika tidak menggunakan alat bantu, klien harus dipapah agar tidak jatuh</li> <li>- Klien mengatakan badannya yang tidak seimbang membuatnya takut terjatuh</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien masih</li> </ul>	

Hari/ tgl	Diagnosa Kep	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan	TTD
		<p>5. Menganjurkan klien untuk menggunakan alas kaki yang tidak licin</p> <p>6. Menganjurkan klien untuk berpegangan pada rail yang disediakan di dinding wisma</p> <p>7. Menganjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh.</p> <p>8. Melibatkan <i>caregiver</i> dalam mengendalikan faktor penyebab resiko jatuh</p>	<p>beraktivitas menggunakan kursi roda</p> <p>- Klien tampak berjalan lambat dan hati-hati saat berjalan ke kamar mandi dengan tomkat</p> <p>A: Klien masih beresiko untuk jatuh, masalah risiko jatuh belum teratasi</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan dengan pencegahan jatuh oleh klien dan modifikasi lingkungan oleh <i>caregiver</i></p>	
<p>Kamis/03-03-2022</p> <p>10.00 WIB</p>	<p>Nyeri kronis b.d kondisi muskuloskeletal kronis</p>	<p>1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas</p>	<p>S:</p> <p>- Klien mengatakan nyeri masih terasa pada sendi jari kaki terutama</p>	



Hari/ tgl	Diagnosa Kep	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan	TTD
		<p>nyeri</p> <p>2. Mengidentifikasi respons nyeri non verbal</p> <p>3. Mengidentifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri</p> <p>4. Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri : Napas Dalam</p> <p>5. Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri</p> <p>6. Melibatkan <i>caregiver</i> dalam mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri</p>	<p>kaki sebelah kanan saat digunakan untuk berdiri dan berjalan dengan durasi nyeri tidak menentu dengan skala nyeri 3</p> <p>- Klien mengatakan nyeri masih dirasakan pada jari tangan kiri dengan skala nyeri 2</p> <p>- Klien mengatakan mengerti dengan teknik napas dalam dan mencoba melakukannya</p> <p>- Klien mengatakan nyeri sedikit berkurang setelah melakukan napas dalam</p> <p>O:</p> <p>- Klien tampak</p>	

Hari/ tgl	Diagnosa Kep	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan	TTD
			<p>tidak meringis seperti sebelumnya</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien gelisah jika nyeri muncul terlalu lama</li> <li>- Klien tampak masih sulit beraktivitas akibat nyeri</li> <li>- TD: 151/88 mmhg</li> <li>- Nadi: 86x/menit</li> <li>- RR: 20x/menit</li> </ul> <p>A: Nyeri masih ada, masalah nyeri kronis belum teratasi</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan dengan manajemen nyeri</p>	
<p>Jumat/ 04-03-2022 08.00 WIB</p>	<p>Gangguan mobilitas fisik b.d penurunan kekuatan otot dan kekakuan</p>	<p>1. Mengukur tekanan darah, nadi, pernafasan (TTV) sebelum dan setelah melakukan</p>	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan masih kesulitan dalam berjalan dan berdiri lama</li> </ul>	

Hari/ tgl	Diagnosa Kep	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan	TTD
	sendi	aktivitas 2. Mengkaji kemampuan pasien untuk mobilitasi/ berjalan dan berdiri 3. Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi. 4. Monitor kondisi umum selama melakukan ambulasi. 5. Memfasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu tongkat 6. Melibatkan <i>caregiver</i> dalam membantu klien saat latihan ambulasi 7. Membantu klien dalam berpindah dari kursi roda ke tempat tidur 8. Membantu klien	- Klien mengatakan kaki masih terasa berat dan sendi pada jari kaki masih terasa kaku - Klien mengatakan kaku sendi pada tangan kiri sedikit berkurang namun masih terasa nyeri O: - TD sebelum aktivitas: 140/85 mmHg - TD setelah aktivitas: 149/88 mmHg - Klien tampak masih sulit untuk berjalan dan tampak lemah saat berpindah tempat - Klien tampak mau mencoba melakukan ambulasi menggunakan	

Hari/ tgl	Diagnosa Kep	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan	TTD
		<p>dengan memapah klien berjalan ke kamar mandi baik menggunakan tongkat maupun tidak</p> <p>9. Melakukan latihan ROM</p>	<p>tongkat dari kamar ke ruang tengah</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien tampak masih lebih nyaman saat beraktivitas dengan menggunakan kursi roda</li> <li>- Klien kooperatif saat dilakukan latihan ROM</li> </ul> <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Masalah gangguan mobilitas fisik dan belum teratasi</li> </ul> <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Intervensi dilanjutkan dengan dukungan ambulasi dan latihan penguatan sendi (ROM)</li> </ul>	
Jumat/ 04-03-2022	Resiko jatuh b.d kekuatan otot menurun	1. Mengidentifikasi faktor penyebab risiko jatuh	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan masih belum</li> </ul>	

Hari/ tgl	Diagnosa Kep	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan	TTD
09.30		<p>2. Mengidentifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan resiko jatuh (mis. Lantai licin, penerangan kurang)</p> <p>3. Memonitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya</p> <p>4. Membantu klien dalam menggunakan kursi roda atau tongkat</p> <p>5. Menganjurkan klien untuk menggunakan alas kaki yang tidak licin</p> <p>10. Menganjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh.</p> <p>11. Melibatkan</p>	<p>mampu berjalan tanpa alat bantu</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan jika tidak menggunakan alat bantu, klien harus dipapah agar tidak jatuh</li> <li>- Klien mengatakan badannya yang tidak seimbang membuatnya takut terjatuh</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien beraktivitas menggunakan kursi roda namun jika ke kamar mandi klien menggunakan tongkat dan klien berpegangan pada benda di lingkungan sekitar</li> <li>- Klien tampak berjalan lambat</li> </ul>	

Hari/ tgl	Diagnosa Kep	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan	TTD
		<p><i>caregiver</i> dalam mengendalikan faktor penyebab resiko jatuh</p>	<p>dan hati-hati saat berjalan ke kamar mandi</p> <p>- Klien mau menggunakan alas kaki saat berjalan ke kamar mandi</p> <p>A: Klien masih beresiko untuk jatuh, masalah risiko jatuh belum teratasi</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan dengan pencegahan jatuh oleh klien dan modifikasi lingkungan oleh <i>caregiver</i></p>	
<p>Jumat/ 04-03-2022 10.00 WIB</p>	<p>Nyeri kronis b.d kondisi muskuloskeletal kronis</p>	<p>1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</p>	<p>S:</p> <p>- Klien mengatakan nyeri masih terasa pada kaki sebelah kanan saat digunakan untuk</p>	

Hari/ tgl	Diagnosa Kep	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan	TTD
		<p>2. Mengidentifikasi respons nyeri non verbal</p> <p>3. Mengidentifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri</p> <p>4. Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri : Napas Dalam</p> <p>5. Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri</p> <p>6. Melibatkan <i>caregiver</i> dalam mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri</p>	<p>berdiri dan berjalan dengan durasi nyeri tidak menentu dengan skala nyeri 2</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan nyeri masih dirasakan pada jari tangan kiri dengan skala nyeri 2</li> <li>- Klien mengatakan saat kaki nyeri di malam hari ia melakukan teknik napas dalam</li> <li>- Klien mengatakan nyeri sedikit berkurang setelah melakukan napas dalam tersebut</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien tampak tidak meringis seperti sebelumnya</li> <li>- Gelisah berkurang</li> </ul>	

Hari/ tgl	Diagnosa Kep	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan	TTD
			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien tampak masih masih sulit berjalan dan beraktivitas akibat nyeri</li> <li>- TD: 149/88 mmhg</li> <li>- Nadi: 76x/menit</li> <li>- RR: 20x/menit</li> </ul> <p>A:</p> <p>Nyeri masih ada, masalah nyeri kronis belum teratasi</p> <p>P:</p> <p>Intervensi dilanjutkan dengan manajemen nyeri</p>	
<p>Sabtu/ 05-03-2022</p> <p>09.00 WIB</p>	<p>Gangguan mobilitas fisik b.d penurunan kekuatan otot dan kekakuan sendi</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengukur tekanan darah, nadi, pernafasan (TTV) sebelum dan setelah melakukan aktivitas</li> <li>2. Mengkaji kemampuan pasien untuk mobilitasi/</li> </ol>	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan masih kesulitan dalam berjalan dan berdiri lama</li> <li>- Klien mengatakan rasa berat pada kaki sudah berkurang dan</li> </ul>	



Hari/ tgl	Diagnosa Kep	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan	TTD
		berjalan dan berdiri 3. Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi. 4. Mengidentifikasi kemampuan klien dalam beraktivitas 5. Monitor kondisi umum selama melakukan ambulasi. 6. Memfasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu. Tongkat 7. Melibatkan <i>caregiver</i> dalam membantu klien saat latihan ambulasi 8. Membantu klien dalam berpindah dari kursi roda ke tempat tidur 9. Membantu klien dengan memapah	sendi pada kaki kanan masih terasa kaku - Klien mengatakan kaku sendi pada tangan kiri sudah berkurang namun saat mencoba menggenggam suatu benda masih terasa nyeri - Klien mengatakan mau berkativitas dengan tongkat lebih sering - Klien mengatakan sudah mulai mencoba melakukan latihan ROM secara mandiri sedikit-sedikit. O: - TD sebelum aktivitas: 142/84 mmHg - TD setelah	

Hari/ tgl	Diagnosa Kep	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan	TTD
		<p>klien berjalan ke kamar mandi menggunakan tongkat atau tanpa alat bantu</p> <p>10. Melakukan latihan ROM</p>	<p>aktivitas: 147/85 mmHg</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien tampak masih sulit untuk berjalan tanpa alat bantu</li> <li>- Klien tampak mampu menggunakan tongkat saat berjalan dari kamar ke ruang tamu</li> <li>- Klien kooperatif saat dilakukan latihan ROM</li> </ul> <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Masalah gangguan mobilitas fisik dan belum teratasi</li> </ul> <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Intervensi dilanjutkan dengan dukungan ambulasi dan latihan penguatan sendi (ROM)</li> </ul>	

Hari/ tgl	Diagnosa Kep	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan	TTD
Sabtu/ 05-03-2022  09.30	Resiko jatuh b.d kekuatan otot menurun	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi faktor penyebab risiko jatuh</li> <li>2. Mengidentifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh (mis. Lantai licin, penerangan kurang)</li> <li>3. Memonitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya</li> <li>4. Membantu klien dalam menggunakan kursi roda atau tongkat</li> <li>6. Menganjurkan klien untuk menggunakan alas kaki yang tidak licin</li> <li>7. Menganjurkan berkonsentrasi</li> </ol>	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan masih belum mampu berjalan tanpa alat bantu kursi roda</li> <li>- Klien mengatakan Sudah mau untuk menggunakan tongkat lebih sering namun masih sedikit takut untuk terjatuh</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien beraktivitas menggunakan tongkat dan klien tampak berpegangan pada rail besi yang ada di dinding wisma saat berjalan</li> <li>- Klien tampak berjalan lambat dan hati-hati saat berjalan ke kamar</li> </ul>	

Hari/ tgl	Diagnosa Kep	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan	TTD
		<p>untuk menjaga keseimbangan tubuh.</p> <p>8. Melibatkan <i>caregiver</i> dalam mengendalikan faktor penyebab resiko jatuh</p>	<p>mandi</p> <p>A: Klien masih beresiko untuk jatuh, masalah risiko jatuh belum teratasi</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan dengan pencegahan jatuh oleh klien dan modifikasi lingkungan oleh <i>caregiver</i></p>	
<p>Sabtu/ 05-03-2022</p> <p>11. 30 WIB</p>	<p>Nyeri kronis b.d kondisi muskuloskeletal kronis</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</li> <li>2. Mengidentifikasi respons nyeri non verbal</li> <li>3. Memberikan teknik nonfarmakologis</li> </ol>	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan nyeri masih terasa pada jari kaki sebelah kanan saat digunakan untuk berdiri dan berjalan dengan durasi nyeri tidak menentu dengan skala nyeri 2</li> <li>- Klien mengatakan</li> </ul>	

Hari/ tgl	Diagnosa Kep	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan	TTD
		<p>untuk mengurangi rasa nyeri : Latihan Napas Dalam</p> <p>4. Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri</p> <p>5. Melibatkan <i>caregiver</i> dalam mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri</p>	<p>nyeri masih dirasakan pada jari tangan kiri dengan skala nyeri 2 jika menggenggamkan tangannya, namun jika tidak digunakan, nyeri tidak ada muncul.</p> <p>- Klien mengatakan nyeri sedikit berkurang setelah melakukan teknik napas dalam</p> <p>O:</p> <p>- Klien tampak tidak meringis lagi</p> <p>- Gelisah berkurang</p> <p>- Klien tampak masih masih sulit berjalan dan beraktivitas akibat nyeri</p> <p>- TD: 147/85 mmhg</p>	

Hari/ tgl	Diagnosa Kep	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan	TTD
			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nadi: 86x/menit</li> <li>- RR: 20x/menit</li> </ul> <p>A:</p> <p>Nyeri masih ada, masalah nyeri kronis belum teratasi</p> <p>P:</p> <p>Intervensi dilanjutkan dengan manajemen nyeri</p>	
<p>Minggu/ 06-03-2022</p> <p>08.00 WIB</p>	<p>Gangguan mobilitas fisik b.d penurunan kekuatan otot dan kekakuan sendi</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengukur tekanan darah, nadi, pernafasan (TTV) sebelum dan setelah melakukan aktivitas</li> <li>2. Mengkaji kemampuan pasien untuk mobilitasi/ berjalan dan berdiri</li> <li>3. Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi.</li> <li>4. Mengidentifikasi kemampuan klien dalam beraktivitas</li> <li>5. Monitor kondisi</li> </ol>	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan masih kesulitan dalam berjalan</li> <li>- Klien mengatakan rasa berat pada kaki sudah tidak ada dan sendi pada kaki kanan masih terasa kaku namun sudah berkurang</li> <li>- Klien mengatakan kaku sendi pada jari tangan kiri sudah berkurang</li> <li>- Klien mengatakan</li> </ul>	

Hari/ tgl	Diagnosa Kep	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan	TTD
		<p>umum selama melakukan ambulasi.</p> <p>6. Memfasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu tongkat</p> <p>7. Melibatkan <i>caregiver</i> dalam membantu klien saat latihan ambulasi</p> <p>8. Membantu klien dalam berpindah dari kursi roda ke tempat tidur</p> <p>9. Membantu klien dengan memapah klien berjalan ke kamar mandi menggunakan tongkat</p> <p>10. Melakukan latihan ROM</p>	<p>tangan sudah mampu menggenggam suatu benda</p> <p>- Klien mengatakan sudah nyaman beraktivitas dengan tongkat ke teras wisma</p> <p>- Klien mengatakan melakukan latihan ROM pada sore hari dan pada pagi hari</p> <p>O:</p> <p>- TD sebelum aktivitas: 149/74 mmHg</p> <p>- TD setelah aktivitas: 150/76 mmHg</p> <p>- Klien sudah bisa berjalan dari kamar ke teras wisma dengan lambat-lambat dengan</p>	

Hari/ tgl	Diagnosa Kep	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan	TTD
			<p>menggunakan tongkat</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien sudah mampu berjalan tanpa alat bantu dari kamar ke ruang tengah namun harus berpegangan pada rail dinding wisma</li> <li>- Klien tampak sudah nyaman saat beraktivitas dengan menggunakan tongkat</li> <li>- Klien beraktivitas menggunakan kursi roda namun jika ke kamar mandi dan ke teras wisma klien mau menggunakan tongkat</li> </ul> <p>A:</p>	



Hari/ tgl	Diagnosa Kep	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan	TTD
			<p>- Masalah gangguan mobilitas fisik dan belum teratasi</p> <p>P:</p> <p>Intervensi dilanjutkan dengan dukungan ambulasi dan latihan penguatan sendi</p>	
<p>Minggu/ 06-03-2022</p> <p>09.00</p>	<p>Resiko jatuh b.d kekuatan otot menurun</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memonitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya</li> <li>2. Membantu klien dalam menggunakan kursi roda atau tongkat</li> <li>3. Menganjurkan klien untuk menggunakan alas kaki yang tidak licin</li> <li>4. Menganjurkan berkonsentrasi untuk menjaga</li> </ol>	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan mampu berjalan dengan tongkat</li> <li>- Klien mangatakan sudah mau berjalan tanpa alat bantu sedikit-sedikit dari kamar ke ruang tengah namun harus berpegangan</li> <li>- Klien mengatakan badannya yang tidak seimbang membuatnya takut terjatuh jika tidak ada alat bantu</li> </ul>	

Hari/ tgl	Diagnosa Kep	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan	TTD
		<p>keseimbangan tubuh.</p> <p>5. Melibatkan <i>caregiver</i> dalam mengendalikan faktor penyebab resiko jatuh</p>	<p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien beraktivitas menggunakan kursi roda namun jika ke kamar mandi dan ke teras wisma klien mau menggunakan tongkat</li> <li>- Klien tampak berjalan lambat dan hati-hati saat berjalan ke kamar mandi dan ke teras wisma dengan menggunakan tongkat</li> </ul> <p>A:</p> <p>Klien masih beresiko untuk jatuh, masalah risiko jatuh belum teratasi</p> <p>P:</p>	

Hari/ tgl	Diagnosa Kep	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan	TTD
			Intervensi dilanjutkan dengan pencegahan jatuh oleh klien dan modifikasi lingkungan oleh <i>caregiver</i>	
Minggu/ 06-03-2022 10.00 WIB	Nyeri kronis b.d kondisi muskuloskeletal kronis	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</li> <li>2. Mengidentifikasi respons nyeri non verbal</li> <li>3. Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</li> <li>4. Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri</li> <li>5. Melibatkan <i>caregiver</i> dalam</li> </ol>	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan nyeri jari kaki kanan masih nyeri namun sudah berkurang</li> <li>- Klien mengatakan nyeri pada jari tangan kiri sudah berkurang dan sudah dapat menggenggam suatu barang</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien tampak tidak meringis lagi</li> <li>- Gelisah tidak ada</li> <li>- Klien tampak masih sulit</li> </ul>	

Hari/ tgl	Diagnosa Kep	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan	TTD
		<p>mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri</p>	<p>berjalan karna masih ada nyeri pada kaki kanan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- TD: 150/76 mmhg</li> <li>- Nadi: 76x/menit</li> <li>- RR: 20x/menit</li> </ul> <p>A: Nyeri masih ada, masalah nyeri kronis belum teratasi</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan dengan manajemen nyeri</p>	
<p>Senin/ 07-03-2022  08.00 WIB</p>	<p>Gangguan mobilitas fisik b.d penurunan kekuatan otot dan kekakuan sendi</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengukur tekanan darah, nadi, pernafasan (TTV) sebelum dan setelah melakukan aktivitas</li> <li>2. Mengkaji kemampuan pasien untuk mobiliasi/ berjalan dan berdiri</li> <li>3. Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan</li> </ol>	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan sudah mampu berjalan tanpa alat bantu dari kamar ke ruang tengah dan ke teras wisma tanpa alat bantu dengan lambat-lambat namun masih kesulitan jika</li> </ul>	

Hari/ tgl	Diagnosa Kep	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan	TTD
		<p>ambulasi.</p> <p>4. Mengidentifikasi kemampuan klien dalam beraktivitas</p> <p>5. Monitor kondisi umum selama melakukan ambulasi</p> <p>6. Memfasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu tongkat</p> <p>7. Melibatkan <i>caregiver</i> dalam membantu klien saat latihan ambulasi</p> <p>8. Membantu klien dalam berpindah dari kursi roda ke tempat tidur</p> <p>9. Membantu klien dengan memapah klien berjalan ke kamar mandi atau sesuai dengan kebutuhan klien</p>	<p>berjalan terlalu lama</p> <p>- Klien mengatakan lebih nyaman untuk berjalan menggunakan tongkat</p> <p>- Klien mengatakan rasa berat pada kaki sudah tidak ada dan kaku sendi pada jari kaki kanan sudah berkurang</p> <p>- Klien mengatakan kaku sendi pada jari tangan kiri berkurang</p> <p>- Klien mengatakan sudah mampu beraktivitas tanpa kursi roda secara perlahan</p> <p>O:</p> <p>- TD sebelum aktivitas: 139/75 mmHg</p>	

Hari/ tgl	Diagnosa Kep	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan	TTD
			<ul style="list-style-type: none"> <li>- TD setelah aktivitas: 145/86 mmHg</li> <li>- Klien sudah bisa berjalan dari kamar ke teras wisma tanpa alat bantu dengan lambat-lambat dan berpegangan pada dinding/ benda sekitar</li> <li>- Klien tampak sudah mau berjalan tanpa alat bantu secara perlahan</li> <li>- Klien tampak sudah mampu berpindah tempat dari kursi roda ke tempat tidur tanpa bantuan orang lain</li> <li>- Tingkat kemandirian klien meningkat dengan Skore indeks</li> </ul>	

Hari/ tgl	Diagnosa Kep	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan	TTD
			<p>barthel : 17</p> <p>- Kekuatan otot kaki kanan meningkat menjadi 4</p> <p>A:</p> <p>Masalah gangguan mobilitas fisik teratasi sebagian</p> <p>P:</p> <p>Intervensi dilanjutkan oleh <i>caregiver</i> dengan memfasilitasi dan membantu klien dalam ambulasi dengan tongkat seta membimbing klien untuk latihan ROM 2x/hari secara mandiri</p>	
<p>Senin/ 07-03-2022</p> <p>09.30</p>	<p>Resiko jatuh b.d kekuatan otot menurun</p>	<p>1. Memonitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya</p> <p>2. Mengkaji lingkungan yang</p>	<p>S:</p> <p>- Klien mengatakan mampu berjalan tanpa alat bantu secara perlahan dan berpegangan pada benda</p>	

Hari/ tgl	Diagnosa Kep	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan	TTD
		<p>dapat meningkatkan potensi jatuh</p> <p>3. Menganjurkan klien untuk menggunakan alas kaki yang tidak licin</p> <p>4. Menganjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh.</p> <p>5. Melibatkan <i>caregiver</i> dalam mengendalikan faktor penyebab resiko jatuh</p>	<p>sekitar</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan jika tidak menggunakan alat bantu, klien sudah berani untuk tidak menggunakan alat bantu namun berjalan dengan berpegangan pada dinding atau rail besi agar tidak jatuh</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien beraktivitas menggunakan tongkat namun klien sudah berani berjalan dan berdiri tanpa alat bantu</li> <li>- Klien tampak berjalan lambat dan hati-hati saat berjalan ke kamar mandi dan ke luar wisma</li> </ul>	



Hari/ tgl	Diagnosa Kep	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan	TTD
			<p>A:</p> <p>Tingkat resiko untuk jatuh berkurang, masalah teratasi sebagian</p> <p>P:</p> <p>Intervensi dilanjutkan dengan pencegahan jatuh oleh klien dan modifikasi lingkungan oleh <i>caregiver</i> dan menganjurkan klien berhati-hati dalam berjalan dan menganjurkan klien untuk meminta bantuan <i>caregiver</i> dalam aktivitas yang diperlukan</p>	
<p>Senin/ 07-03-2022</p> <p>10.00 WIB</p>	<p>Nyeri kronis b.d kondisi muskuloskeletal kronis</p>	<p>1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas</p>	<p>S:</p> <p>- Klien mengatakan nyeri kaki kanan sudah berkurang dan frekuensi</p>	

Hari/ tgl	Diagnosa Kep	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan	TTD
		<p>nyeri</p> <p>2. Mengidentifikasi respons nyeri non verbal</p> <p>3. Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p>4. Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri</p> <p>5. Melibatkan <i>caregiver</i> dalam mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri</p>	<p>nyeri muncul adalah jarang, namun jika berjalan terlalu lama nyeri akan muncul</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan nyeri pada tangan kiri sudah berkurang dan sudah dapat digunakan untuk beraktivitas</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Meringis tidak ada</li> <li>- Gelisah tidak ada</li> <li>- Klien tampak mampu berjalan tanpa alat bantu secara perlahan dan hati-hati</li> <li>- TD: 145/86 mmhg</li> <li>- Nadi: 70x/menit</li> <li>- RR: 20x/menit</li> </ul>	

Hari/ tgl	Diagnosa Kep	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan	TTD
			<p>A:  Nyeri menurun  masalah nyeri kronis teratasi</p> <p>P:  Intervensi dilanjutkan dengan manajemen nyeri secara mandiri oleh klien</p>	

Lampiran 14 Format Tilik Indeks Barthel

Format Tilik Indeks Barthel

No	Jenis ADL	Kategori	Skor	
			Sebelum diberikan asuhan keperawatan	Setelah diberikan asuhan keperawatan
1	Makan	0: Tidak dapat 1: Perlu bantuan 2: Mandiri	2	2
2	Mandi	0: Tergantung orang lain 1: Mandiri	1	1
3	Perawatan Diri	0: Perlu bantuan 1: Mandiri	1	1
4	Berpakaian	0: Tergantung orang lain 1: Sebagian dibantu 2: Mandiri	2	2

No	Jenis ADL	Kategori	Skor	
			Sebelum diberikan asuhan keperawatan	Setelah diberikan asuhan keperawatan
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)	2	2
6	Buang Air Besar	0: Inkontinensia 1: Kadang inkontinensia (sekali seminggu) 2: Terkontrol penuh	2	2
7	Penggunaan Toilet	0: Tergantung bantuan orang lain 1: Perlu bantuan tetapi dapat melakukan sesuatu sendiri 2: Mandiri	1	1
8	Berpindah	0: Tidak dapat 1: Butuh Bantuan 2: Dapat duduk dengan sedikit 3: Mandiri	3	3

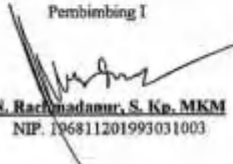
No	Jenis ADL	Kategori	Skor	
			Sebelum diberikan asuhan keperawatan	Setelah diberikan asuhan keperawatan
9	Mobilitas	0: Tidak bergerak/ tidak mampu 1: Mandiri dengan kursi roda 2: berjalan dengan bantuan 3: Mandiri	1	2
10	Naik Turun Tangga	0: Tidak mampu 1: Perlu bantuan 2: Mandiri	0	1
Total Score			15	17

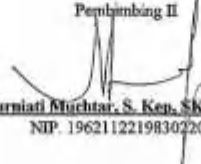
Skala	Persentase Kekuatan Otot (%)	Karakteristik	2 Maret 2022				8 Maret 2022				
			Ekstermitas Atas		Ekstermitas Bawah		Ekstermitas Atas		Ekstermitas Bawah		
			Kiri	Kanan	Kiri	Kanan	Kiri	Kanan	Kiri	Kanan	
0	0	Paralisis Sempurna									
1	10	Tidak ada gerakan, kontraksi otot dapat dipalpasi atau dilihat									
2	25	Gerakan otot penuh melawan gravitasi									
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		✓				✓			


Lampiran 15 Gantchart

**GANT CHART**  
**ASUHAN KEPERAWATAN PADA LANSIA DENGAN GANGGUAN MOBILITAS FISIK**  
**DI PSTW SABAI NAN ALUIH SICINCIN**  
**TAHUN 2022**

No	Kegiatan	November	Desember	Januari	Februari	Maret	April	Mei
1	Konsultasi dan Acc Judul Proposal							
2	Mengumpulkan dan mencari referensi							
2	Pembuatan Proposal dan Konsultasi							
3	Pendaftaran Sidang Proposal							
4	Sidang Proposal							
5	Perbaikan Proposal							
6	Penelitian dan Penyusunan KTI							
7	Konsultasi KTI dengan pembimbing							
8	Acc KTI dan Pendaftaran Ujian KTI							
9	Sidang KTI							
9	Perbaikan KTI							
10	Pengumuman Perbaikan KTI							
11	Publikasi							

Pembimbing I  
  
**N. Rachmadamar, S. Ke. MKM**  
 NIP. 196811201993031003

Pembimbing II  
  
**Ns. Murniati Murchtar, S. Ke., SKM, M.Biomed**  
 NIP. 196211221983022001

Padang, Januari 2022  
 Mahasiswa  
  
**Rifqa Nurul Husna**  
 NIM. 193110150



DOKUMENTASI

