

**ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK PADA Ny. F
DENGAN GANGGUAN MOBILITAS FISIK
PENDERITA STROKE DI YAYASAN PEMENANG
JIWA MEDAN**

KARYA TULIS ILMIAH



Oleh:

**Ester Rahel Purnama Pardosi
NIM. 052024014**

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN SANTA ELISABETH
MEDAN
2025**



**ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK PADA Ny. F
DENGAN GANGGUAN MOBILITAS FISIK
PENDERITA STROKE DI YAYASAN PEMENANG
JIWA MEDAN**

KARYA TULIS ILMIAH

Disusun sebagai salah satu syarat menyelesaikan pendidikan Profesi Ners
Program Studi Profesi Ners
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan



Oleh:

**Ester Rahel Purnama Pardosi
NIM. 052024014**

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN SANTA ELISABETH
MEDAN
2025**



Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan

LEMBAR PENGESAHAN

KARYA TULIS ILMIAH INI TELAH DISETUJUI UNTUK
DIPERTAHANKAN
PADA UJIAN SIDANG KARYA ILMIAH AKHIR
TANGGAL 30 MEI 2025

MENGESAHKAN

Ketua Program Studi Profesi Ners



Lindawati F. Tampubolon, S.Kep., Ns., M.Kep

Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan



Mestiana Br. Kato, M.Kep., DNSc



LEMBAR PENETAPAN TIM PENGUJI

KARYA ILMIAH AKHIR INI TELAH DIPERTAHANKAN DI DEPAN TIM
PENGUJI UJIAN SIDANG KARYA ILMIAH AKHIR
PROGRAM STUDI PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN SANTA ELISABETH MEDAN
PADA TANGGAL 30 MEI 2025

TIM PENGUJI

TANDA TANGAN

Ketua : Samfriati Sinurat, S.Kep., Ns.,MAN

Anggota : Mardiaty Barus S.Kep., Ns., M.Kep

Anggota : Helinida Saragih S.Kep., Ns., M.Kep



STIKES SANTA ELISABETH MEDAN



Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan

LEMBAR PERSETUJUAN


Diajukan sebagai salah satu syarat guna memperoleh gelar
Ners (Ns)

Oleh:

Ester Rahel Purnama Pardosi

Medan, 30 Mei 2025

Menyetujui,
Ketua Penguji


Samfriati Siurur, S.Kep., Ns.,MAN

Anggota

Anggota



Mardiaty Barus, S.Kep.,Ns.,M.Kep



Helinida Saragih, S.Kep.,Ns.,M.Kep



LEMBAR PERSETUJUAN

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat dan rahmat-Nya penulis dapat menyelesaikan karya ilmiah akhir penelitian ini. Adapun judul karya ilmiah akhir ini adalah **“Asuhan Keperawatan Gerontik Pada Ny. F Dengan Gangguan Mobilitas Fisik Penderita Stroke Di Yayasan Pemenang Jiwa Medan”**.

Karya ilmiah akhir penelitian ini telah banyak mendapat bimbingan, perhatian dan kerja sama dari berbagai pihak. Oleh karena itu peneliti mengucapkan terima kasih kepada:

1. Mestiana Br. Karo, M. Kep., DNSc selaku Ketua STIKes Santa Elisabeth Medan, yang telah memberikan kesempatan untuk mengikuti menyelesaikan penyusunan karya ilmiah akhir ini.
2. Oma Ance selaku Penanggung jawab di Panti Yayasan Pemenang Jiwa Medan yang telah memberi izin kepada penulis untuk melakukan penelitian di Yayasan Pemenang Jiwa Medan.
3. Lindawati F. Tampubolon, S.Kep.,Ns.,M.Kep selaku Ketua Program Studi Ners yang telah memberikan kesempatan untuk mengikuti menyelesaikan penyusunan karya ilmiah akhir ini.
4. Samfriati Sinurat, S.Kep., Ns.,MAN selaku dosen pembimbing saya dalam penyusunan karya ilmiah akhir yang bersedia meluangkan waktu untuk membimbing saya.



5. Mardiaty Barus S.Kep., Ns., M.Kep selaku penguji I yang telah bersedia memberi waktu dalam membimbing dan menguji saya pada karya ilmiah akhir ini.
6. Helinida Saragih, S.Kep., Ns., M.Kep selaku penguji II saya yang telah bersedia memberi waktu dalam membimbing dan menguji saya pada karya ilmiah akhir ini.
7. Teristimewa kepada keluarga, orang tua tercinta Alm Ayahanda Hotlan Pardosi, Ibunda Nuria Arta Minar Hutagaol yang selalu memberi dukungan baik materi, doa dan motivasi serta kepada adik saya bernama Henok Pangihutan Pardosi, dan kakak saya bernama Rosiva Rebecca Pardosi dan opung boru saya dan sahabat terkasih saya yang bernama Paskalis Andri Saputra yang telah memberikan dukungan dan semangat kepada penulis.

Dengan rendah hati peneliti mengucapkan terimakasih kepada semua pihak yang telah berpartisipasi, akhir kata penulis mengucapkan semoga karya ilmiah ini dapat bermanfaat dalam pengembangan ilmu pengetahuan khususnya ilmu keperawatan.

Medan, 10 Februari 2025

Penulis

Ester Rahel Pardosi



DAFTAR ISI

	Halaman
SAMPUL DEPAN	i
SAMPUL DALAM DAN PERSYARATAN GELAR.....	ii
LEMBAR PENGESAHAN	iii
LEMBAR PENETAPAN TIM PENGUJI	iv
LEMBAR PERSETUJUAN	v
KATA PENGANTAR.....	vi
RINGKASAN/SINOPSIS KARYA ILMIAH AKHIR	viii
DAFTAR ISI.....	x
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1. Latar Belakang.....	1
1.2. Identifikasi Masalah	4
1.3. Tujuan Penelitian.....	4
1.3.1. Tujuan umum.....	4
1.3.2. Tujuan khusus	4
1.4. Manfaat Penelitian.....	5
1.4.1. Manfaat teoritis	5
1.4.2. Manfaat Praktis	5
BAB 2 TINJAUAN TEORITIS	7
2.1. Konsep Lansia	7
2.1.1. Definisi lansia	7
2.1.2. Klasifikasi Lansia	7
2.1.3. Proses penuaan.....	8
2.1.4. Perubahan pada lansia akibat proses penuaan	8
2.2. Konsep Gangguan Mobilitas fisik	11
2.2.1. Definisi gangguan mobilitas fisik	11
2.2.2. Penyebab gangguan mobilitas fisik	11
2.2.3. Manifestasi klinis gangguan mobilitas fisik	13
2.2.4. Penatalaksanaan gangguan mobilitas fisik.	13
2.2.5 Skala Penilaian ROM.....	15
2.3. Konsep Stroke	16
2.3.1. Definisi stroke	16
2.3.2. Etiologi.....	17
2.3.3. Manifestasi klinis	17
2.3.4. Penatalaksanaan	18
2.3.5 Diagnosa Keperawatan Pasien Stroke	19
BAB 3 PENDOKUMENTASIAN ASUHAN KEPERAWATAN	20
3.1. Pengkajian.....	20



STIKes Santa Elisabeth Medan

4.2. Analisa Data.....	28
4.3. Diagnosa Keperawatan	32
4.4. Rencana Keperawatan	33
3.4 Tindakan Keperawatan	37
3.5. Evaluasi Keperawatan	38
BAB 4 PEMBAHASAN	42
4.1. Gangguan mobilitas fisik b.d penurunan kekuatan otot (D.0054)	42
4.2. Gangguan pola tidur b/d kontrol tidur (D.0055).....	43
4.3. Ketidakberdayaan b/d interaksi interpersonal tidak memuaskan (D.0092).....	44
4.4. Risiko jatuh b/d usia ≥ 65 tahun dan penggunaan alat bantu jalan (D.0143).....	45
BAB 5 SIMPULAN DAN SARAN.....	47
5.1. Simpulan	47
5.2. Saran	48
DAFTAR PUSTAKA	49
LAMPIRAN.....	51
1. Pengkajian Mini Mental State Exam (MMSE)	
2. Pengkajian Indeks Katz	
3. Pengkajian Fungsi Kognitif	
4. Pengkajian Inventaris IBD	



STIKES SANTA ELISABETH MEDAN



BAB 1 PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Lansia menurut WHO merupakan sekelompok penduduk yang berumur 60 tahun atau lebih. Dalam kategori lansia ini tentu banyak mengalami kemunduran dalam aspek kehidupan seperti lansia merasakan kesepian, penderitaan karena kondisi fisik, beban hidup dan juga tekanan dalam keluarga, lansia merasa dirinya hanya menjadi beban keluarga, takut akan kematian, dan mengkhawatirkan banyak hal dan sebagainya (Wea & Wahyuni, 2022).

Lansia merupakan tahap akhir dari proses penuaan. Menua adalah suatu keadaan yang terjadi didalam kehidupan manusia. Memasuki usia lanjut ada beberapa masalah yang dialami oleh para lansia, diantaranya adalah masalah kognitif. Fungsi kognitif pada lansia dapat diukur dengan menggunakan Skor *Mini Mental State Examination* (MMSE), Lanjut usia juga akan mengalami perubahan pada segi fisik, kognitif, dan psikososialnya (Finamore et al., 2021).

Stroke adalah kerusakan jaringan otak yang disebabkan oleh berkurangnya atau terhentinya suplai oksigen dalam darah secara tiba-tiba. Jaringan otak yang mengalami penurunan suplai oksigen akan mengalami penurunan fungsi dan kematian sel. Dampak dari stroke biasanya melibatkan manifestasi kelemahan otot pada tungkai, gangguan postural, dan atrofi otot. Atrofi otot mengakibatkan berkurangnya mobilitas sendi karena berkurangnya cairan sinovial, yang menyebabkan kekakuan sendi. Pengurangan mobilitas sendi ialah konsekuensi dari kekakuan sendi. Hemiparesis yakni konsekuensi umum dari stroke, ditandai

dengan kelemahan unilateral yang menyebabkan penurunan tonus otot dan selanjutnya imobilisasi pada sisi tubuh yang terkena (Haiga et al., 2022).

Stroke menjadi salah satu masalah kesehatan utama bagi masyarakat. Hampir di seluruh dunia stroke menjadi masalah yang serius dengan angka morbiditas dan mortalitas yang lebih tinggi dibandingkan dengan angka kejadian penyakit kardiovaskuler. Serangan stroke yang mendadak dapat menyebabkan kecacatan fisik dan mental serta kematian, baik pada usia produktif maupun lanjut usia, 80% stroke adalah non hemoragik stroke (SNH) (Mardiana et al., 2021).

Gangguan pada bagian sistem muskuluskeletal dapat mempengaruhi perubahan dan terjadinya penurunan fungsi tubuh yang baik dan mental serta dapat mengakibatkan gangguan gerak pada lansia. Gangguan gerak pada lansia dapat mempengaruhi gerakan motorik lansia seperti terjadinya penurunan tenaga dan penurunan kekuatan pada lansia yang disebabkan karena bertambah usia (Rozanna et al., 2022)

Berdasarkan data dari WHO (2021), 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 belipat ganda (2,1 miliar).

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, presentase lansia yang mengalami sakit hampir mencapai seperempat lansia yang ada di indonesia yaitu 24.35%.

Masalah yang sering terjadi pada pasien stroke adalah gangguan mobilitas fisik. Gangguan mobilitas fisik merupakan ketidakmampuan untuk melakukan atau mengendalikan gerakan tubuh secara efektif, yang dapat mempengaruhi kemampuan untuk bergerak, duduk, berdiri, berjalan, atau melakukan aktivitas sehari-hari lainnya. Intervensi utama yang dilakukan pada pasien stroke yang mengalami gangguan mobilitas fisik yaitu dukungan ambulasi dan mobilisasi. Gangguan mobilitas fisik atau immobilitas ini disebabkan oleh: persendian yang kaku, pergerakan yang terbatas waktu beraksi yang lambat, keadaan tidak stabil bila berjalan, keseimbangan tubuh yang jelek, gangguan perdarahan darah, gangguan penglihatan, gangguan pendengaran, gangguan pada perabaan. Salah satu faktor yang dapat mempengaruhi gangguan fisik atau immobilitas adalah kondisi fisik menahun, kapasitas mental, status mental seperti kesedihan dan depresi, penerimaan terhadap berfungsinya anggota tubuh dan dukungan anggota keluarga (Dwijayanti et al., 2023).

Pergerakan pada persendian yang dapat dilakukan pada lansia yang sedang mengalami hambatan gerak ialah dengan melakukan latihan gerak sehingga dapat meningkatkan gerakan persendian pada para lansia. Latihan gerak atau *Range Of Motion* (ROM) dapat dilakukan oleh lansia sesuai dengan kemampuan lansia sehingga tidak menimbulkan rasa nyeri saat melakukan gerakan dan aktifitas sehari-hari dapat terpenuhi (Rozanna et al., 2022).

Berdasarkan latar belakang dan fenomena diatas maka penulis telah memberikan Asuhan keperawatan gerontik pada Ny. F dengan gangguan mobilitas fisik penderita stroke di yayasan pemenang jiwa medan.

1.2 Identifikasi Masalah

Berdasarkan uraian latar belakang diatas maka rumusan masalah ini adalah “Bagaimana Asuhan keperawatan gerontik pada Ny. F dengan gangguan mobilitas fisik penderita stroke di Yayasan Pemenang Jiwa Medan.

1.3 Tujuan Penyusunan Karya Ilmiah Akhir

1.3.1. Tujuan Umum

Mampu mendeskripsikan asuhan keperawatan gerontik pada Ny. F dengan gangguan mobilitas fisik penderita stroke di Yayasan Pemenang Jiwa medan.

1.3.2. Tujuan Khusus

- a. Mampu mendeskripsikan hasil pengkajian keperawatan gerontik pada Ny. F dengan gangguan mobilitas fisik penderita stroke di Yayasan Pemenang Jiwa medan.
- b. Mampu mendeskripsikan rumusan diagnosa keperawatan gerontik pada Ny. F dengan gangguan mobilitas fisik penderita stroke di Yayasan Pemenang Jiwa medan.
- c. Mampu mendeskripsikan rencana keperawatan gerontik pada Ny. F dengan gangguan mobilitas fisik penderita stroke di Yayasan Pemenang Jiwa medan.
- d. Mampu mendeskripsikan tindakan keperawatan gerontik pada Ny. F dengan gangguan mobilitas fisik penderita stroke di Yayasan Pemenang Jiwa medan.

- e. Mampu mendeskripsikan evaluasi keperawatan gerontik pada Ny. F dengan gangguan mobilitas fisik penderita stroke di Yayasan Pemenang Jiwa medan.

1.4 Manfaat

1.4.1 Manfaat teoritis

Penelitian ini berguna menjadi salah satu sebagai sumber bahan bacaan mengenai keperawatan gerontik pada Ny. F dengan gangguan mobilitas fisik penderita stroke di Yayasan Pemenang Jiwa medan.

1.4.2. Manfaat praktisi

a. Yayasan Pemenang Jiwa medan

Karya tulis ilmiah ini dapat menjadi bahan pedoman bagi pegawai dalam penerapan asuhan keperawatan gerontik pada Ny. F dengan gangguan mobilitas fisik penderita stroke

b. Institusi pendidikan

Karya tulis ilmiah ini dapat menambah informasi khususnya mengenai penerapan asuhan keperawatan gerontik pada Ny. F dengan gangguan mobilitas fisik penderita stroke di Yayasan Pemenang Jiwa medan.

c. Peneliti

Karya tulis ilmiah ini dapat menambah ilmu pengetahuan dan kemampuan untuk menerapkan asuhan keperawatan gerontik pada Ny. F dengan gangguan mobilitas fisik penderita stroke di Yayasan Pemenang Jiwa medan.

BAB 2 TINJAUAN TEORITIS

2.1 Konsep Lansia

2.1.1 Definisi lansia

Lansia menurut WHO merupakan sekelompok penduduk yang berumur 60 tahun atau lebih. Dalam kategori lansia ini tentu banyak mengalami kemunduran dalam aspek kehidupan seperti lansia merasakan kesepian, penderitaan karena kondisi fisik, beban hidup dan juga tekanan dalam keluarga, lansia merasa dirinya hanya menjadi beban keluarga, takut akan kematian, dan mengkhawatirkan banyak hal dan sebagainya (Wea & Wahyuni, 2022). Lansia merupakan tahap akhir dari proses penuaan. Menua adalah suatu keadaan yang terjadi didalam kehidupan manusia. Memasuki usia lanjut ada beberapa masalah yang dialami oleh para lansia, diantaranya adalah masalah kognitif. Fungsi kognitif pada lansia dapat diukur dengan menggunakan Skor *Mini Mental State Examination* (MMSE). Lanjut usia juga akan mengalami perubahan pada segi fisik, kognitif, dan psikososialnya (Finamore et al., 2021).

2.1.2 Klasifikasi lansia

1. Klasifikasi lansia menurut (WHO 2020) adalah sebagai berikut:
 - a. Elderly: 60-74 tahun.
 - b. Old: 75-89 tahun
 - c. Very old: >90 tahun
2. Klasifikasi lansia menurut (Riskesdas 2020) adalah sebagai berikut:
 - a. Pralansia (Presenilis), seorang yang berusia antara 45-59 tahun.

- b. Lansia, seseorang yang berusia 60 tahun atau lebih.
- c. Lansia resiko tinggi, seseorang yang berusia 70 tahun atau lebih
- d. Lansia potensial, lansia yang masih mampu melakukan pekerjaan dan kegiatan yang dapat menghasilkan barang/jasa
- e. Lansia tidak potensial, lansia yang tidak berdaya mencari nafkah sehingga hidupnya bergantung pada orang lain.

2.1.3. Proses penuaan

Proses penunaan adalah proses yang dialami lansia yang tidak hanya berpengaruh terhadap segi kehidupan akan tetapi juga akan diikuti dengan kemunduran fisik dan juga mental. Masalah-masalah yang akan muncul ketika memamsuki usia lanjut penurunan kondisi fisik sebagai disability, berkurangnya kemampuan melihat dan intoleransi akktivitas, kemudian penurunan status mental seperti berkurang nya kemampuan memori dan perubahan psikososial antara lain seperti berhenti dari pekerjaan, kemiskinan, isolasi sosial dan lainnya (Damayanti et al., 2020).

2.1.4. Perubahan pada lansia akibat proses penuaan

a. Perubahan fisik

1. Perubahan fisiologi pada sel

Pada lansia perubahan sel dapat menyebabkan penurunan tampilan dan fungsi fisik. Kulit menjadi menipis dan keriput, masa tubuh dan jumlah lemak dapat mengalami penurunan. Jumlah sel mengalami penurunan serta ukuran sel menajdi lebih besar. Jumlah cairan tubuh dan cairan intraseluler

mengalami penurunan, mekanisme perbaikan sel mengalami gangguan, berat otak berkurang 5-20% dari sebelumnya (Damayanti et al., 2020)

2. Sistem pendengaran dan pengelihanatan

Pada sistem pendengaran membran timpani menjadi atropi dan menyebabkan osteosklerosis serta terjadinya pengumpulan cerumen. Sistem penglihatan terjadi sfingter pupil timbul sklerosis dan hilangnya respon terhadap sinar, kornea lebih berbentuk sferis (bola) selain itu terjadi peningkatan ambang pengamatan sinar, menurunnya lapang pandang dan menurunnya daya membedakan warna biru dan hijau (Damayanti et al., 2020)

3. Sistem kardiovaskuler

Perubahan pada sistem kardiovaskuler sistem kardiovaskuler lansia terutama pada katup jantung memompa darah 1% setiap tahun sesudah umur 20 tahun. Hilangnya elastisitas pembuluh darah dan tekanan darah meninggi akibat resistensi dari pembuluh darah perifer (Damayanti et al., 2020).

4. Sistem respirasi

Pada sistem respirasi lansia pada otot-otot pernafasan mengalami kehilangan kekuatan dan menjadi kaku, menurunnya aktivitas dari silia. Paru-paru kehilangan elastisitas, alveoli melebar dan jumlahnya berkurang. Kemampuan batuk pun berkurang (Damayanti et al., 2020).

5. Sistem gastrointestinal

Pada sistem gastrointestinal lansia berubah dengan terjadinya kehilangan gigi, indera pengecap menurun, esofagus melebar, hati mengecil, sensitivitas lapar menurun, asam lambung menurun, peristaltik usus lemah dan terjadi konstipasi dengan fungsi absorpsi melemah (Damayanti et al., 2020).

6. Sistem integumen

Kulit pada lansia mengalami kehilangan jaringan lemak, rambut menipis berwarna kelabu, elastisitasnya berkurang, kuku jari mengeras dan menjadi rapuh, kelenjar keringat berkurang jumlahnya dan fungsinya (Damayanti et al., 2020).

7. Sistem muskuloskeletal

Kehilangan densitas (cairan) dan makin rapuhnya tulang, menjadi kifosis, pinggang, lutut dan jari-jari pergerakan terbatas, diskus intervertebralis menipis dan menjadi pendek (tingginya berkurang), persediaan membesar dan menjadi kaku. Tendon mengerut dan mengalami sklerosis, atrofi serabut otot sehingga lansia bergerak lamban, otot-otot kram dan tremor. Selain penurunan masa otot, juga dijumpai berkurangnya rasio otot dengan jaringan lemak (Damayanti et al., 2020).

b. Perubahan psikologi (mental)

Lansia akan menyadari akan adanya kematian, mengalami penyakit kronis dan ketidakmampuan dalam mobilisasi. Lansia juga mengalami perubahan-

perubahan memori dan kenangan serta perubahan IQ (*Intelligentina Quantion*) serta perubahan terhadap gambar diri dan konsep diri (Damayanti et al., 2020).

c. Perubahan sosial ekonomi

nilai seseorang sering kali diukur melalui peroduktivitas yang dikaitkan dengan perannya dalam pekerjaan. Jika mengalami pensiun, lansia akan mengalami kehilangan finansial, kehilangan status, kehilangan teman dan menglaami kehilangan pekerjaan (Damayanti et al., 2020).

2.2 Konsep Gangguan Mobilitas Fisik

2.2.1. Definisi gangguan mobilitas fisik

Gangguan mobilitas fisik merupakan suatu keadaan dimana seseorang yang tidak dapat bergerak secara bebas dikarenakan kondisi yang mengganggu pergerakan (aktivitas), misalnya mengalami trauma tulang belakang, cedera otak berat yang disertai fraktur pada esketrmitas dan faktor yang berhubungan dengan hambatan mobilitas (Kesehatan et al., 2022).

2.2.2. Penyebab gangguan mobilitas fisik

Keletihan dan kelemahan adalah menjadi penyebab paling umum yang sering terjadi dan menjadi keluhan bagi lanjut usia. Sekitar 43% lanjut usia telah diidentifikasi memiliki gaya hidup kurang gerak yang turut berperan terhadap intoleransi aktivitas fisik dan penyakit, sekitar 50% penurunan fungsional pada lanjut usia dikaitkan dengan kejadian penyakit sehingga mengakibatkan menjadi ketergantungan kepada orang lain. (Kesehatan et al., 2022)

Berdasarkan Nursing Outcome Classification and Nursing Intervention Classification (NOC & NIC) adalah pasien yang mengalami kesulitan dalam membolak-balik posisi, keterbatasan dalam kemampuan melakukan keterampilan motorik dan keterbatasan rentang pergerakan sendi.

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. Keenganan melakukan pergerakan
- u. Gangguan sensori persepsi

2.2.3. Manifestasi klinis gangguan mobilitas fisik

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

a. Tanda dan gejala mayor:

- a. Mengeluh sulit menggerakkan ekstermitas
- b. Kekuatan otot menurun
- c. Rentang gerak menurun

b. Tanda dan gejala minor:

- a. Nyeri saat bergerak
- b. Enggan melakukan pergerakan
- c. Merasa cemas saat bergerak
- d. Kaku pada sendi
- e. Gerakan tidak terkoordinasi
- f. Gerakan terbatas
- g. Fisik lemah

2.2.4. Penatalaksanaan gangguan mobilitas fisik

Menurut (Kesehatan et al., 2022) Penatalaksanaan gangguan mobilitas fisik 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

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) Infersi dan eferasi 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

2.2.5 Skala Penilaian ROM

Menurut Brunner, L. S., & Suddarth, D. S. (2018), Adapun skala penilaian dari ROM yaitu:

Skor	Penilaian
0	Tidak ada gerakan sama sekali (paralisis)
1	Hanya kontraksi otot, tanpa pergerakan sendi
2	Pergerakan hanya bila dibantu sepenuhnya (pasif)
3	Bisa menggerakkan sendiri tapi tidak mencapai batas normal
4	Hampir normal, sedikit keterbatasan
5	Gerakan normal, penuh, tanpa hambatan

2.3 Konsep Stroke

2.3.1. Definisi Stroke

Stroke Non Hemoragik yang biasanya dikenal dengan Stroke Iskemik yaitu Stroke yang diakibatkan adanya penurunan fungsi otak yang disebabkan karena gangguan suplai darah ke bagian otak tidak lancar bahkan terhambat akibat penyumbatan atau penyempitan pembuluh darah, stroke adalah tanda klinis disfungsi atau kerusakan jaringan otak yang disebabkan kurangnya aliran darah ke otak sehingga mengganggu kebutuhan darah dan oksigen di jaringan otak (Pambudiasih, 2021).

2.3.2. Etiologi

Menurut Pambudiasih, (2021) stroke diakibatkan karena 2 hal yang terjadi seperti:

1. Trombosis Sereberi

Pembuluh darah mengalami oklusi sehingga mengakibatkan penyumbatan jaringan dan terjadi edem disekitarnya. Beberapa keadaan yang menyebabkan trombosis serebri adalah Arteriosklerosis yaitu penyempitan dan pengerasan pada dinding pembuluh darah yang diakibatkan penumpukan plak pada dinding arteri dan Trombosit yang melekat pada permukaan plak bersamaan dengan fibrin dan perlekatan tersebut perlahan menyebabkan plak membesar dan terbentuk trombus.

2. Emboli

Penyumbatan dan penyempitan yang terjadi dipembuluh darah otak akibat bekuan lemak, darah, serta udara. Umumnya emboli berasal dari thrombus

dijantung dan terlepas kemudian menyumbat arteri serebra dan menyebabkan suplai oksigen ke otak tidak efektif.

2.3.3 Manifestasi klinis

Menurut Pambudiasih, (2021) tanda dan gejala stroke seperti:

- a. Kehilangan Motorik
 - 1) Kelumpuhan dan kelemahan pada salah satu anggota tubuh
 - 2) Penurunan kekuatan otot
- b. Gangguan Dalam Komunikasi
 - 1) Kelumpuhan pada saraf yang berfungsi untuk berbicara dan menyebabkan kesulitan dalam berbicara atau biasa disebut disartria.
 - 2) Kehilangan kemampuan dalam berbicara, bicara cedal atau pelo dan mulut mencong atau tidak simetris (Facial Palsy).
- c. Gangguan Persepsi
 - 1) Kehilangan setengah lapang pandang yang berkaitan dengan sisi tubuh yang mengalami kelumpuhan atau biasa disebut Hemiamopsia
 - 2) Menjauh sisi tubuh yang sakit
 - 3) Kehilangan sensori seperti kehilangan rasa peka dan sentuhan

2.3.4 Penatalaksanaan

Menurut (Pambudiasih, 2021) ada beberapa penatalaksanaan pada pasien stroke yaitu :

- a. Penatalaksanaan Umum
 - 1) posisi kepala dan badan atas 20-30 derajat
 - 2) bebaskan jalan napas, pemberian oksigen 2-3liter/menit

- 3) Pemasangan kateter untuk pengosongan kandung kemih
- 4) Kontrol tekanan darah dan suhu tubuh
- 5) Pemberian nutrisi secara oral diberikan pada pasien dengan fungsi menelan yang masih baik dan pemasangan NGT dengan pasien yang mengalami penurunan kesadaran
- 6) Latih mobilisasi jika memungkinkan

b. Penatalaksanaan Medis

- 1) Trombolitik (streptokinase)
- 2) Anti Trombolitik (asetosol, ticlopidin, colostazol, dipiridamol)
- 3) Antikoagulan (heparin)
- 4) Hemoragik (pentoxifylin)
- 5) Antagonis serotonin (nifedipine)
- 6) Antagonis calcium (nifedipine, piracetam)
- 7) Kejang (antikonvulsan)

2.3.5 Diagnosa Keperawatan Pada Pasien Stroke

Gangguan Mobilitas Fisik (SDKI D.0054)

- Definisi: Keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri.
- Penyebab: Kerusakan integritas struktur tulang, perubahan metabolisme, ketidakbugaran fisik, penurunan kendali otot, penurunan massa otot, penurunan kekuatan otot, keterlambatan perkembangan, kekakuan sendi, kontraktur, malnutrisi, gangguan muskuloskeletal, gangguan neuromuskular, indeks massa tubuh di atas persentil ke-75 sesuai usia,

efek agen farmakologis, program pembatasan gerak, nyeri, kurang terpapar informasi tentang aktivitas fisik, kecemasan, gangguan kognitif, keengganan melakukan pergerakan, gangguan sensoripersepsi.

- Gejala dan Tanda Mayor:
 - Subjektif: Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas.
 - Objektif: Kekuatan otot menurun, rentang gerak (ROM) menurun.



BAB 3

PENDOKUMENTASIAN ASUHAN KEPERAWATAN

FORMAT PENGKAJIAN ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK

A. PENGKAJIAN

1. BIODATA

Nama : Ny. F

Jenis kelamin : Perempuan

Umur : 74 tahun

Status perkawinan : Cerai

Pekerjaan : IRT

Agama : Buddha

Pendidikan terakhir : SD

Alamat : Jl. Pendidikan Gg. Indah No. 65

Tanggal masuk panti : 10 Maret 2020

Tanggal pengkajian : 10 Februari 2025

Diagnosa medis : Mobilitas Fisik

2. RIWAYAT KESEHATAN

- a. Keluhan utama : Ny. F mengatakan sulit bergerak, merasa lemah pada kaki sebelah kiri dan sangat mengganggu aktivitas sehari-harinya, dan kaki sebelah kiri susah untuk di gerakkan sejak mengalami stroke sejak 1 tahun yang lalu. Skala kekuatan otot pada

Ny. F ditemukan pada skor 3 yaitu Ny. F Bisa menggerakkan tangan dan kaki kiri sendiri tetapi tidak mencapai batas normal.

- b. Riwayat penyakit sekarang : Ny. F mengatakan saat ini terkena stroke dan sangat susah untuk bergerak dikarenakan kaki pada sebelah kiri sulit untuk digerakkan
- c. Riwayat penyakit yang lalu : Ny. F mengatakan dia memiliki riwayat penyakit hipertensi saat umur 50 tahun dan stroke Sejak 1 tahun yang lalu, dan pernah jatuh dikamar mandi selama tinggal di yayasan peminang jiwa 1 kali dikarenakan lantai yang licin. Dan Ny. F pernah masuk rumah sakit jiwa pada tahun 2022 yang dibawa oleh keluarganya akibat depresi ditinggal oleh suaminya dan terapi obat yang masih dikonsumsi hingga saat ini yaitu: Resperidone 2x 1/2 (Pagi dan Malam).
- d. Riwayat Kesehatan keluarga : Ny. F Mengatakan tidak memiliki riwayat kesehatan keluarga

3. POLA AKTIVITAS SEHARI-HARI

- a. Pola tidur / istirahat

Sebelum sakit : Ny. F mengatakan dia selalu tidur tepat waktu untuk tidur malam atau pun beristirahat siang hari.

Sesudah sakit : Ny. F mengatakan sulit tidur tengah malam dan sering terbangun pada tengah malam untuk bak ke kamar mandi, Ny. f bisa tidur mulai dari jam 22.00-05.00 wib dan sedangkan siang hari tidak bisa tidur sama sekali karena ribut.

b. Pola eliminasi

Sebelum sakit : Ny. F mengatakan selalu BAK kurang lebih 5-6 kali sehari dan BAB 1-2 kali sehari dengan konsistensi lembek.

Sesudah sakit : Ny. F mengatakan BAK kurang lebih 6-8 kali sehari dan BAB sangat jarang dengan 4 hari sekali dengan konsistensi agak keras.

c. Pola makan dan minum

Sebelum sakit : Ny. F mengatakan selalu makan 3 kali sehari dengan porsi sepiring dan porsi habis lengkap dengan sayur dan ikan.

Sesudah sakit : Ny. F mengatakan dia tidak selera untuk makan dan porsi jarang habis dikarenakan lauk yang hampir sama setiap harinya selama di yayasan pemenang jiwa, dan nafsu makan berkurang.

d. Kebersihan diri

Sebelum sakit : Ny. F mengatakan selalu mandi setiap pagi dan sore dan selalu berganti pakaian sendiri.

Sesudah sakit : Ny. F mengatakan bahwa dia hanya mandi pagi dan dibantu oleh teman panti untuk mandi dan berpakaian.

e. Pola kegiatan atau aktivitas

Sebelum sakit : Ny. F mengatakan dia biasanya selalu beraktivitas mulai pagi hari dan sejak ia menikah bekerja sebagai tukang jahit rumahan.

Sesudah sakit : Ny. F mengatakan dia tidak dapat melakukan aktivitas seperti biasanya karena dia tidak dapat bergerak bebas dan pernah jatuh dikamar mandi 1 kali karena lantai yang licin dan harus menggunakan dorongan kursi / tongkat atau bantuan orang lain untuk berjalan dan berdiri.

f. Penggunaan bahan yang merusak Kesehatan

Ny. F mengatakan tidak sedang menggunakan bahan yang dapat merusak kesehatan.

g. Riwayat alergi

Ny. F mengatakan tidak memiliki riwayat alergi makanan ataupun obatan.

4. DATA PSIKOSOSIAL

a. Pola komunikasi

Ny. F mengatakan bahwa dia jarang berkomunikasi dengan orang lain dan Ny. F mengatakan tidak suka berbicara dengan teman sekamarnya karena selalu beda pendapat mengenai suatu hal dan memiliki masalah pribadi satu dengan yang lain.

b. Orang yang paling dekat dengan pasien

Ny. F mengatakan orang yang paling dekat dengannya ialah keluarganya dan saat ini dia hanya memiliki 1 teman dekat dipanti yayasan pemenang jiwa yang selalu membantu Ny. F untuk berdiri dan berjalan dengan bantuan dipapah.

c. Hubungan dengan orang lain

Ny. F mengatakan kurang akrab terhadap teman sekamar dan kurang dapat berkomunikasi dengan alasan beda pendapat dan selalu memilih menyendiri duduk di teras panti yayasan pemenang jiwa.

d. Data kognitif

Ny. F mengalami depresi sedang yang di dapat dari data pengkajian IBD dengan skor 14 dimana Ny. F selalu merasa gagal sebagai orang tua untuk anak-anaknya dikarenakan pada saat kecil anak-anaknya Ny. F sudah merasakan kehilangan ayahnya dikarenakan Ny. F sudah bercerai dengan suaminya dan tidak dapat memenuhi kebutuhan anak-anaknya, dan selama di panti yayasan pemenang jiwa anak-anaknya tidak pernah menanyakan kabar Ny. F.

5. DATA SPIRITUAL

a. Ketaatan beribadah

Ny. F mengatakan ia menganut agama Buddha dan dia selalu beribadah sembahyang setiap pagi.

b. Keyakinan terhadap sehat dan sakit

Ny. F mengatakan bahwa Allah lah yang memberi dan dia lah yang dapat menyembuhkannya dari setiap penyakit yang dia alami.

6. PEMERIKSAAN FISIK**a. Penampilan umum**

Ny. F tampak berpenampilan rapi dan baju rapi serta celana rapi, kuku bersih dan pendek, rambut bewarna putih dan kulit kering, kulit sudah mengendur dan keriput dan klien mengalami kesusahan untuk berdiri dan berjalan selalu duduk dikursi dan ketika berjalan selalu membutuhkan bantuan orang lain.

b. Tanda-tanda vital

Tekanan darah: 140/100 mmhg

Nadi : 72 x/i

Suhu : 36,5 °C

Pernafasan : 22 x/i

c. Pemeriksaan kepala dan leher

1. Kepala : Kulit kepala Ny. F tampak bersih, tidak ada luka, rambut Ny. F tampak putih

2. Wajah : Wajah Ny. F tampak berkerut, terdapat bintik-bintik hitam di wajah, bentuk wajah oval.

3. Mata : Mata Ny. F tampak isokor, konjungtiva kemerahan, tampak kelopak mata yang besar.

4. Hidung : Hidung Ny. F simetris, terdapat 2 lobang hidung

5. Mulut dan faring : Bibir tampak kering, terdapat sariawan di bibir, tonsil tampak normal.

STIKes Santa Elisabeth Medan

d. Pemeriksaan *integument*/kulit: Kulit tampak kering dan berketuban, dan tampak berbintik-bintik hitam dibagian daerah kulit tangan dan wajah.

e. Pemeriksaan dada dan *thorax*

1. Inspeksi : Bentuk dada terlihat simetris.
2. Palpasi : kedalaman ekspansi dada pasien normal dan dada bergerak secara simetris.
3. Perkusi : Terdengar bunyi sonor dari kedua lapang dada
4. Auskultasi : Suara nafas Ny. F terdengar normal

f. Pemeriksaan abdomen

1. Inspeksi : Tampak perut Ny. F tidak ada luka atau memar, dan kulit perut Ny. F tampak keriput
2. Auskultasi : Terdengar suara peristaltik usus Ny. F 26 x/i
3. Perkusi : Terdapat bunyi timpani pada abdomen
4. Palpasi : Terdapat nyeri tekan dirasakan pada bagian hepar.

g. Pemeriksaan muskuloskeletal : Tampak Ny. F menggunakan bantuan orang lain untuk dipapah ketika berdiri dan duduk, dan selalu menggunakan dorongan kursi ketika berjalan.

Skala otot

5	3
5	3

h. Pemeriksaan neurologis : Tidak ada kelainan pada neurologis Ny. F

7. PEMERIKSAAN PENUNJANG

- a. Laboratorium : -
- b. Foto rontgen : -

8. PENATALAKSANAAN DAN TERAPI

- a. Terapi :

- 1. *Risperidone* 3mg 2x $\frac{1}{2}$ (pagi dan malam)

- b. Penatalaksanaan perawatan :

- 1. Pengkajian mini mental state *exam*

Hasil dari pengkajian, didapat hasil jumlah benar adalah 26 dimana bahwa Ny. F mengalami kerusakan gangguan kognitif ringan.

- 2. Pengkajian indeks *ketz*

Didapatkan hasil bahwa Ny. F berada pada hasil F, dimana Kemandirian kemandirian dalam semua hal kecuali mandi, berpakaian, kamar kecil, berpindah dan satu fungsi tambahan.

- 3. Pengkajian short portable mental status questionnaire (SPMSQ) dari hasil pengkajian Ny. F mendapat 3 skor salah yakni fungsi intelektual Ny. F dalam kategori kerusakan intelektual ringan

- 4. Pengkajian intervensi depresi *beck*.

Dari hasil pengkajian Intervensi *Beck*, didapatkan hasil jumlah penilaian yaitu 14 dimana penilaian depresi sedang.

2. ANALISA DATA

Tanggal	<i>Symptom</i>	<i>Problem</i>	Etiologi
10 Februari 2025	<p>Data subjektif</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ny. F mengatakan sulit bergerak, merasa lemah, memiliki riwayat hipertensi sejak umur 50 tahun dan stroke sejak 1 tahun lalu. - Ny. F mengatakan susah untuk menggerakkan kaki sebelah kiri. <p>Data objektif</p> <p>Obs ttv</p> <p>Td. : 140/100 mmHg</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ny. F terlihat ketika berdiri atau berjalan selalu membutuhkan bantuan orang lain untuk dipapah atau membutuhkan batuan kursi dengan mendorong kursi kedepan. 	<p>Gangguan</p> <p>Mobilitas Fisik</p> <p>(D. 0054)</p>	<p>Penurunan</p> <p>daya tahan</p> <p>fisik</p> <p>menurun</p> <p>akibat usia</p> <p>tua.</p>

STIKes Santa Elisabeth Medan

	<div>- Kekuatan otot</div> <table><tr><td>5</td><td>3</td></tr><tr><td>5</td><td>3</td></tr></table>	5	3	5	3		
5	3						
5	3						
10 Februari 2025	<div>Data subjektif</div> <div>- Ny. F mengatakan susah tidur pada malam hari karena sering terbangun tengah malam untuk BAK kamar mandi. dan jam tidur 22.00-05.00 wib dan siang hari tidak dapat tidur dikarenakan ribut</div> <div>Data objektif</div> <div>- Terlihat kantung mata dan berwarna hitam</div> <div>- Terlihat mata sayu karena kurang tidur</div> <div>- Terlihat sering menguap</div>	Gangguan Pola Tidur (D.0055)	Kontrol Tidur				
10 Februari 2025	<div>Data Subjektif</div> <div>- Ny. F mengalami depresi sedang yang di dapat dari data pengkajian IBD dengan skor 14 dimana dalam kategori</div>	Ketidakberdayaan (D. 0092)	Interaksi intrapersonal tidak memuaskan				

	<p>depresi sedang.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ny. F selalu merasa gagal sebagai orang tua untuk anak-anaknya dikarenakan semasa kecil anak-anaknya Ny. F sudah bercerai dengan suami dan tidak dapat memenuhi kebutuhan anak anaknya, dan selama di Panti Yayasan Pemenang Jiwa anak-anaknya tidak pernah menanyakan kabar Ny. F <p>Data Objektif</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terlihat sering menyendiri dan melamun saat duduk di depan teras panti yayasan pemenang jiwa. 		
10 Februari 2025	<p>Data Subjektif</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ny. F mengatakan tidak dapat melakukan aktivitas seperti biasanya, tidak dapat bergerak bebas dan 	<p>Risiko Jatuh (D. 0143)</p>	<p>Usia \geq 65 tahun dan Penggunaan alat bantu</p>

	<p>pernah jatuh dikamar mandi 1 kali karena lantai yang licin.</p> <p>- Ny. F mengatakan susah mengerakkan kaki pada sebelah kiri.</p> <p>Data Objektif</p> <p>- Menggunakan bantuan orang lain saat beraktifitas.</p> <p>- Terlihat Ny. F tidak bisa sendirian untuk melakukan aktifitas untuk berdiri dan berjalan dan Ny. F selalu meminta bantuan orang lain untuk dipapah dan dibantu saat berdiri.</p> <p>- Kekuatan otot</p> <table><tr><td>5</td><td>3</td></tr><tr><td>5</td><td>3</td></tr></table>	5	3	5	3		
5	3						
5	3						

3. DIAGNOSA KEPERAWATAN

No	Diagnosa Keperawatan	Nama Jelas
1	Gangguan mobilitas fisik b/d Penurunan daya tahan fisik menurun akibat usia tua d/d pasien sulit bergerak, merasa lemah, memiliki riwayat hipertensi sejak umur 50 tahun dan stroke sejak 1 tahun lalu.	ESTER
2	Gangguan pola tidur b/d kontrol tidur d/d Ny. F mengalami depresi sedang yang di dapat dari data pengkajian IBD dengan skor 14 dimana dalam kategori depresi sedang. Ny. F selalu merasa gagal sebagai orang tua untuk anak-anaknya dikarenakan semasa kecil anak-anaknya Ny. F sudah bercerai dengan suami dan tidak dapat memenuhi kebutuhan anak anaknya, dan selama di Panti Yayasan Pemenang Jiwa anak-anaknya tidak pernah menanyakan kabar Ny. F	ESTER

3	Ketidakberdayaan b/d interaksi interpersonal tidak memuaskan d/d mengatakan tidak dapat melakukan aktivitas seperti biasanya, tidak dapat bergerak bebas dan pernah jatuh dikamar mandi 1 kali karena lantai yang licin. Ny. F mengatakan susah mengerakkan kaki pada sebelah kiri.	ESTER
4	Resiko jatuh b/d Usia ≥ 65 tahun dan Penggunaan alat bantu d/d mengatakan tidak dapat melakukan aktivitas seperti biasanya, tidak dapat bergerak bebas dan pernah jatuh dikamar mandi 1 kali karena lantai yang licin.	ESTER

4. RENCANA ASUHAN KEPERAWATAN

Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Hasil Yang Diharapkan	Rencana Tindakan	TTD
10 Februari 2025	Gangguan mobilitas fisik b/d penurunan daya tahan fisik menurun akibat sudah tua	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam (L.05042) diharapkan ; - Kekuatan otot tidak menurun - Pergerakan extremitas meningkat - Kelemahan fisik membaik - Rentak gerak (ROM) membaik	Dukungan mobilisasi (I. 05173) Observasi: - Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan Teraupetik: - Fasilitasi aktivitas dengan alat bantu - Bantu ADL - Latih rentak gerak (ROM) Edukasi: - Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi - Anjurkan mobilisasi sederhana	E S T E R
10 Februari 2025	Gangguan pola tidur b/d kontrol tidur	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam (L. 05045) diharapkan: - Keluhan	Dukungan tidur (I. 09265) Observasi : - Identifikasi pola aktivitas dan tidur - Identifikasi faktor pengganggu tidur Teraupetik: - Modifikasi	E S T E R

		<p>sulit tidur menurun</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluhan tidak puas tidur menurun 	<p>lingkungan yang nyaman</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terapkan jadwal tidur rutin - Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis; pijat, pengaturan posisi). <p>Edukasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan pentingnya tidur cukup - Anjurkan menepati kebiasaan tidur 	
10 Februari 2025	Ketidakberdayaan b/d interaksi interpersonal tidak memuaskan	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam (L. 09071)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perasaan diasingkan menurun - Pernyataan rasa malu menurun - Perasaan tertekan (depresi) menurun. 	<p>Dukungan Emosional (I. 09307)</p> <p>Observasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi harapan pasien dalam pencapaian <p>Teraupetik:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sadarkan bahwa kondisi yang dialami memiliki nilai penting - Pandu mengingat kembali kenangan yang menyenangkan - Libatkan pasien secara aktif dalam 	E S T E R



			<p>perawatan</p> <p>Edukasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan konsekuensi tidak menghadapi rasa bersalah - Anjurkan mengungkapkan perasaan terhadap kondisi dengan realistis - Anjurkan mempertahankan hubungan teraupetik dengan orang lain - Latih cara mengembangkan spritual diri 	
10 Februari 2025	Risiko jatuh b/d Usia ≥ 65 tahun dan penggunaan alat bantu	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x 24 jam (L. 14138) diharapkan; <ul style="list-style-type: none"> - Jatuh saat dikamar mandi menurun 	<p>Pencegahan jatuh (I.14540)</p> <p>Observasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi faktor risiko jatuh - Monitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi <p>Teraupetik:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pastikan roda tempat tidur/kursi roda dalam keadaan baik 	E S T E R



STIKes Santa Elisabeth Medan

			<ul style="list-style-type: none">- Atur posisi tempat tidur <p>Edukasi:</p> <ul style="list-style-type: none">- Anjurkan memakai alas kaki yang tidak licin- Anjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh	
--	--	--	---	--

5. Tindakan Keperawatan

No. Diagnosa	Tanggal/jam	Implementasi	Ttd
1	10-2-25	- Memperkenalkan diri dan melakukan pengkajian kepada Ny. F mengenai keluhan yang dirasakan dan mengkaji skor index kats, ibd, mmse.	E
	14.30		S
	15.00	- Melakukan pengkajian dan mengukur skala kekuatan otot pada Ny. F	T
	15.15	- Membantu ADL ny. F dengan membantu ke kamar mandi	E
2	10-2-25	- Melakukan pengkajian kualitas tidur Ny. F	R
	16.05	- Mengkaji faktor pengganggu pola tidur Ny. F	E
	16.10	- Mengedukasi cara memberikan rasa nyaman sebelum tidur	S
3	10-2-25	- Mengajak dan mengkaji Ny. F untuk bercerita mengenai diri dan keluarga nya serta perasaan yang sedang di alami.	T
	16.45		E



STIKes Santa Elisabeth Medan

	17.00	- Berdiskusi mengenai pentingnya diri sendiri dan menghargai keadaan yang ada sekarang	T E R
	17.05	- Bercerita bersama Ny. F mengingat hal baik dan kenangan baik di masa lalu	
4	10-2-25	- Melakukan pengkajian riwayat jatuh dan lokasi jatuh Ny. F	E S
	17.20		
	17.30	- Mengobservasi kemampuan berpindah Ny. F	T E
	17.40	- Mengedukasi Ny. F cara berdiri dan sesudah duduk dengan baik yaitu dengan berpegangan pada meja atau kursi yang ada disekitar.	R



STIKes Santa Elisabeth Medan

No. Diagnosa	Tanggal/jam	Implementasi	Ttd
1	11-2-25	- Membantu ADL Ny.F seperti	E
	14.30	membantu berpindah dari tempat tidur ke kursi	S T
	14.40	- Menjelaskan pentingnya mobilisasi sederhana	E R
	14.45	- Menjelaskan apa itu ROM dan tujuan ROM dan melatih Ny.F untuk melakukan ROM	
	14.50	- Mengevaluasi kemampuan Ny.F setelah dilakukan ROM	
2	11-2-24	- Melakukan pengkajian pola tidur Ny. F	E
	15.40	kembali	S
	15.50	- Memberikan edukasi cara tidur yang rutin pada Ny. F	T E
		- Menjelaskan cara pola tidur yang sehat dan pentingnya tidur yang cukup	R
3	11-2-25	- Menjelaskan untuk mencoba menerima keadaan dan keberadaannya saat ini dengan ikhlas pada Ny. F	E S T
	16.15		
	16.25	- Mendengarkan cerita perasaan Ny. F dan menjelaskan pentingnya	E R
	16.30		



STIKes Santa Elisabeth Medan

		mengungkapkan perasaan atau bercerita kepada orang lain	
4	11-2-25	<ul style="list-style-type: none">- Melakukan pengaturan posisi tempat yang nyaman saat Ny. F akan melakukan mobilisasi- Menganjurkan Ny. F untuk menggunakan alas kaki yang tidak licin- Membantu Ny. F melakukan mobilisasi dan menganjurkan untuk menjaga keseimbangan saat melakukan mobilisasi.	E S T E R



STIKes Santa Elisabeth Medan

No. Diagnosa	Tanggal/ jam	Implementasi	Ttd
1	12-2-25	- Melakukan pengukuran skala kekuatan otot Ny. F	E
	08.30		S
	09.00	- Melakukan pelatihan gerakan ROM pada Ny. F	T
	09.20	- Mengevaluasi kembali kemampuan dan pengetahuan setelah dilakukan ROM pada Ny. F Membantu dan menemani Ny.F melakukan ADL merapikan pakaian nya	E R
2	12-2-25	- Mengevaluasi kualitas tidur Ny. F setelah dilakukan pengaturan aktifitas dan tidur yang seimbang	E
	10.45		S
	11.00	- Menjelaskan pentingnya menepati jadwal tidur pada Ny. F	T
	11.10	- Melakukan modifikasi tempat tidur yang nyaman di tempat tidur Ny. F	E R
3	12-2-25	- Mendengarkan cerita perasaan Ny. F dan mengevaluasi hasil perasaan setelah bercerita kepada teman atau orang lain.	E
	11.45		S
	12.00	- Dan kembali menjelaskan pentingnya	T E R

		<p>melakukan komunikasi terapeutik kepada orang lain</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menjelaskan pentingnya keterkaitan beribadah sesuai dengan ajaran agamanya dengan ketenangan hati untuk saat ini 	
4	<p>12-2-25</p> <p>13.10</p> <p>13.20</p> <p>13.30</p> <p>13.40</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Melakukan pengkajian kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi pada Ny. F - Memastikan lantai kamar mandi tidak licin saat Ny. F ingin ke kamar mandi - Menganjurkan menjaga keseimbangan saat melakukan mobilisasi - Memastikan Ny. F dalam kondisi yang baik saat berpindah 	<p>E</p> <p>S</p> <p>T</p> <p>E</p> <p>R</p>

Implementasi Gangguan Mobilitas Fisik

Frekuensi: 6x dalam 2 minggu (dalam 1 minggu 3 kali)

Durasi: 10–15 menit

No	Jenis Gerakan	Teknik Pelaksanaan	Hasil Yang Diharapkan
1	Fleksi	Melipat sendi kebawah (dimulai dari wajah, lengan, lutut) hingga maksimal dengan bantuan perawat.	Rentang gerak meningkat, tidak ada nyeri, otot terasa lebih rileks.
2	Ekstensi	Meluruskan kembali sendi ke posisi awal.	Tidak ada kekakuan, sendi lebih fleksibel.
3	Abduksi	Menggerakkan anggota tubuh menjauhi garis tengah tubuh (seperti: lengan ke samping).	Meningkatkan kemampuan mengangkat lengan tanpa rasa sakit.
4	Adduksi	Menggerakkan anggota tubuh mendekati garis tengah tubuh.	Gerakan mendekatkan lengan/ tungkai terasa lebih ringan, tidak kaku.
5	Rotasi	Memutar sendi ke arah dalam/ luar (contoh: rotasi bahu).	Pasien lebih nyaman dalam pergerakan memutar, nyeri berkurang.
6	Sirkumduksi	Menggerakkan sendi dalam gerakan melingkar (gabungan fleksi, ekstensi, abduksi, adduksi).	Koordinasi gerakan lebih baik, tidak terasa kaku.

5. Evaluasi Keperawatan

Tanggal/No. Diagnosa	Catatan perkembangan				
10 Februari 2025 No. 1	<p>S: Ny. F mengatakan masih susah bergerak dan, merasa lemah, susah untuk menggerakkan kaki sebelah kiri</p> <p>O: - Obs ttv. Td. 140/100 mmHg</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dibantu oleh teman panti untuk kamar mandi - Terlihat ketika berjalan menggunakan dorongan kursi/pegangan meja yang ada disekeliling - Kekuatan otot <table border="1"> <tr> <td>5</td><td>3</td></tr> <tr> <td>5</td><td>3</td></tr> </table> <p>A: Masalah Gangguan mobilitas fisik belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan Intervensi</p>	5	3	5	3
5	3				
5	3				
10 Februari 2025 No. 2	<p>S: Ny. F mengatakan tidak dapat tidur paa siang hari dikarenakan ribut, dan pada malam hari sering terbangun ingin BAK kamar mandi sering.</p>				



STIKes Santa Elisabeth Medan

	<p>O: - Terlihat kantung mata</p> <p>- Terlihat lemas</p> <p>- Terlihat sering menguap</p> <p>A: Masalah gangguan pola tidur belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan Intervensi</p>									
10 Februari 2025 No. 3	<p>S: Ny. F mengatakan kurang akrab dengan teman sekamar, nafsu makan menurun, merasa gagal sebagai orang tua.</p> <p>O: - Terlihat sering bengong di teras panti yayasan pemenang jiwa</p> <p>A: Masalah ketidakberdayaan belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan Intervensi</p>									
10 Februari 2025 No.4	<p>S: Ny. F mengatakan tidak dapat melakukan aktivitas seperti biasanya, tidak dapat bergerak bebas, kaki kiri tidak dapat digerakkan sendiri,</p> <p>O: - Menggunakan kursi ketika berjalan</p> <p>- Kekuatan otot</p> <table><tr><td>5</td><td> </td><td>3</td></tr><tr><td colspan="3"><hr/></td></tr><tr><td>5</td><td> </td><td>3</td></tr></table> <p>A: Masalah Risiko jatuh belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan Intervensi</p>	5		3	<hr/>			5		3
5		3								
<hr/>										
5		3								



STIKes Santa Elisabeth Medan

11 Februari 2025 No 1	<p>S: Ny. F mengatakan susah bergerak, masih merasa lemas pada kaki sebelah kiri, kekuatan otot masih rendah</p> <p>O: - Obs ttv. Td. 140/100 mmHg</p> <ul style="list-style-type: none">- Terlihat lemas- Tidak dapat mengangkat kaki kiri sendiri- Terlihat mengerti tujuan dan prosedur dilakukan ROM- Kekuatan otot <table><tr><td>5</td><td>3</td></tr><tr><td>5</td><td>3</td></tr></table> <p>A: Masalah Gangguan mobilitas fisik belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan Intervensi</p>	5	3	5	3
5	3				
5	3				
11 Februari 2025 No. 2	<p>S: Ny. F mengatakan mulai dapat tidur pada siang hari tetapi masih sering terbangun dimalam hari untuk BAK</p> <p>O: - Terlihat kantung mata</p> <ul style="list-style-type: none">- Terlihat menguap- Terlihat menerima dan memahami cara mengatur pola tidur yang cukup <p>A: Masalah gangguan pola tidur sebagian teratasi</p> <p>P: Lanjutkan Intervensi</p>				
11 Februari 2025	<p>S: Ny. F mengatakan mulai dapat berteman dengan teman</p>				

No. 03	<p>sekamar, dan masih merasa gagal sebagai orang tua dan tidak di perhatikan oleh anaknya</p> <p>O: - Mulai berbicara banyak saat menjawab</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terlihat menyendiri duduk diteras panti yayasan pemenang jiwa <p>A: Masalah ketidakberdayaan belum teratasi</p> <p>P: Lanjukan intevensi</p>				
<p>11 Februari 2025</p> <p>No 4</p>	<p>S: Ny. F mengatakan dapat melakukan aktivitas seperti biasanya dikursi, dan mulai dapat mengatur keseimbangan saat berdiri, berjalan, dan duduk menggunakan dorongan pegangan kursi</p> <p>O: - Menggunakan dorongan kursi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kekuatan otot <table border="1" data-bbox="598 1299 742 1422"> <tr> <td>5</td><td>3</td></tr> <tr> <td>5</td><td>3</td></tr> </table> <ul style="list-style-type: none"> - Terlihat Ny. F memeriksa pegangan kursi saat akan digunakan <p>A: Masalah Risiko jatuh teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi selesai</p>	5	3	5	3
5	3				
5	3				
<p>12 Februari 2025</p> <p>No.1</p>	<p>S: Ny. F mengatakan susah bergerak dan sedikit masih merasa lemas, kaki dan tangan kiri mulai dapat</p>				

STIKes Santa Elisabeth Medan

	<p>diangkat sedikit.</p> <p>O: - Obs ttv. Td. 130/90 mmHg</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terlihat lemas berkurang - Terlihat menggunakan pegangan kursi saat melakukan aktifitas diluar dan memakai bantuan teman untuk kamar mandi - Terlihat berjalan menggunakan dorongan kursi dengan menyeret kaki sebelah kiri - Terlihat Ny. F memahami gerakan ROM - Kekuatan otot <table border="1"> <tr> <td>5</td><td>3</td></tr> <tr> <td>5</td><td>3</td></tr> </table> <p>A: Masalah Gangguan mobilitas fisik teratasi</p> <p>P: Lanjutkan Intervensi</p>	5	3	5	3
5	3				
5	3				
12 Februari 2025 No.2	<p>S: Ny. F mengatakan mulai dapat tidur namun sering terbangun, mulai dapat mengatur jadwal aktivitas dengan tidur</p> <p>O: - Terlihat kantung mata</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menguap menurun <p>A: Masalah gangguan pola tidur teratasi</p> <p>P: Lanjutkan Intervensi</p>				
12 Februari 2025	<p>S: Ny. F mengatakan mulai sering berkomunikasi dengan</p>				

No 3	<p>orang lain dan berteman dengan teman sekamar, dan perasaan gagal menjadi orang tua masih ada.</p> <p>O: - Mulai tersenyum saat diajak bercanda</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mulai dapat menerima teman - Mulai aktif mengikuti TAK <p>A: Masalah ketidakberdayaan teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p>				
<p>12 Februari 2025</p> <p>No 4</p>	<p>S: Ny. F mengatakan dapat melakukan aktivitas seperti biasanya dikursi, tidak dapat bergerak bebas dan mulai dapat mengatur keseimbangan saat berjalan menggunakan pegangan kursi</p> <p>O: - Menggunakan Pegangan kursi saat berdiri, berjalan, dan duduk</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kekuatan otot <table border="1" data-bbox="598 1377 742 1512"> <tr> <td>5</td><td>3</td></tr> <tr> <td>5</td><td>3</td></tr> </table> <ul style="list-style-type: none"> - Terlihat Ny. F memeriksa pegangan kursi <p>A: Masalah Risiko jatuh teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p>	5	3	5	3
5	3				
5	3				

BAB 4

PEMBAHASAN

2.1 Gangguan mobilitas fisik b/d penurunan kekuatan otot

Hasil pengkajian pada Ny. F ditemukan adanya masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik. Pasien mengatakan sulit bergerak dan tidak mampu menggerakkan tangan dan kaki sebelah kiri, kekuatan otot menurun pada tangan dan kaki kiri nilai kekuatan otot (3), rentang gerak pasien menurun, nilai indeks katz nilai F yaitu kemandirian dalam semua hal kecuali mandi, berpakaian, kamar kecil, berpindah dan satu fungsi tambahan.

Gangguan mobilitas fisik merupakan suatu keadaan dimana seseorang yang tidak dapat bergerak secara bebas dikarenakan kondisi yang mengganggu pergerakan (aktivitas), misalnya mengalami trauma tulang belakang, cedera otak berat yang disertai fraktur pada extremitas dan faktor yang berhubungan dengan hambatan mobilitas (Kesehatan et al., 2022).

Tindakan yang diberikan kepada Ny. F selama tiga hari berupa mengkaji adanya keluhan fisik, dan mengajarkan pasien untuk melakukan pergerakan sederhana yaitu ROM aktif untuk melatih otot. Pergerakan pada persendian yang dapat dilakukan pada lansia yang sedang mengalami hambatan gerak ialah dengan melakukan latihan gerak sehingga dapat meningkatkan gerakan persendian pada para lansia. Latihan gerak atau *Range Of Motion* (ROM) dapat dilakukan oleh lansia sesuai dengan kemampuan lansia sehingga tidak menimbulkan rasa nyeri saat melakukan gerakan dan aktifitas sehari-hari dapat terpenuhi (Rozanna et al., 2022).

Hasil evaluasi pada Ny. F di hari pertama, kedua dan ketiga mobilitas fisik belum meningkat karena data yang di temukan belum memenuhi kriteria hasil yang disusun. Data yang ditemukan dihari ketiga yaitu, pasien mengatakan anggota tubuh sebelah kiri masih mengalami kelemahan, dan mengatakan susah bergerak, kekuatan otot masih rendah namun di buktikan dengan pasien dapat mengangkat tangan kiri sedikit walaupun masih bergetar. Oleh karena itu intervensi dukungan mobilisasi masih perlu dilanjutkan.

2.2 Gangguan pola tidur b/d kontrol tidur

Hasil pengkajian yang dilakukan pada Ny. F ditemukan adanya masalah gangguan pola tidur. Pasien mengatakan susah untuk tidur jika ribut, dan pada malam hari sering terbangun karena selalu ingin merasa bak.

Menurut (Utami et al., 2021) faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas tidur lansia yaitu stress, psikologis, gizi, lingkungan, motivasi, gaya hidup dan olahraga. Lingkungan merupakan faktor pentik untuk penerapan sleep hygiene. Seperti kepadatan dan luas kamar pencahayaan terlalu terang dan kebisingan dari lingkungan sangat berpengaruh dengan kualitas tidur pasien.

Dari masalah yang muncul maka diberikan intervensi yang dilaksanakan pada Ny. F berupa dukungan tidur (I.09265) dengan tujuan untuk memfasilitasi siklus tidur dan terjaga yang teratur. Tindakan dilakukan selama tiga hari perawatan yaitu, mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur, mengidentifikasi faktor pengganggu tidur, dan memodifikasi lingkungan seperti pencahayaan, kebisingan, suhu, serta tempat tidur.

Hasil evaluasi pada Ny. F di hari pertama, kedua dan ketiga gangguan pola tidur cukup menurun karena perawat selalu mengecek pasien dan lingkungan sekitar pasien yang dapat membuat pasien terganggu tidur.

2.3 Ketidakberdayaan b/d interaksi interpersonal tidak memuaskan

Hasil pengkajian yang dilakukan pada ny. F ditemukan adanya masalah ketidakberdayaan, Ny. F mengatakan kurang akrab terhadap teman sekamar, sering merasa gagal sebagai orang tua.

Menurut (Amin et al., 2022) seorang lansia akan mengalami perubahan dan penurunan pada berbagai aspek. Seperti penurunan dan perubahan pada aspek biologis, psikologis dan sosial. Adanya perubahan tersebut membutuhkan kemampuan lansia untuk beradaptasi. Lansia yang memiliki kemampuan dalam penyesuaian diri terhadap keberhasilan atau kegagalan selama kehidupannya akan mencapai perkembangan yang optimal guna mencapai integritas diri, lansia akan menerima perubahan-perubahan yang terjadi dengan keikhlasan, mampu beradaptasi dengan keterbatasan yang dimilikinya sertamemiliki kebijakan dalam menyikapi proses kehidupan yang dialaminya. Sebaliknya lansia yang tidak menerima perubahan dapat menyebabkan keputusan bahkan bisa terjadi derpesi. Dari masalah yang muncul maka dilakukan intervensi pada Ny. F berupa dukungan emosional (I. 09256) yang bertujuan dapat memfalisasi mengungkapkan perasaan cemas, marah atau sedih. Tindakan keperawatan yang dilakukan selama 2 hari yaitu: Identifikasi fungsi marah, frustasi pasien, Identifikasi yang memicu emosi, Fasilitasi mengungkapkan perasaan cemas, marah atau sedih, Lakukan sentuhan untuk memberikan dukungan (mis,

merangkul, menepuk-nepuk), Jelaskan konsekuensi tidak menghadapi rasa bersalah atau malu, Anjurkan mengungkapkan perasaan yang dialami (mis, ansietas, marah, sedih).

Hasil evaluasi pada Ny. F di hari pertama kriteria hasil belum tercapai namun di hari ke dua Ny. F mulai dapat bergaul dan berteman pada teman sekamar dan mulai bercerita banyak mengenai perasaan yang dialami dan mulai berpikiran positif.

Pengkaji berasumsi bahwa intervensi dapat dilanjutkan bila kejadian atau masalah ketidakberayaan terjadi kembali kepada Ny. F.

2.4 Risiko jatuh b/d usia \geq 65 tahun dan penggunaan alat bantu jalan

Hasil pengkajian yang dilakukan pada Ny. F ditemukan adanya masalah risiko jatuh. Pasien mengatakan tidak dapat melakukan aktivitas seperti biasanya, tidak dapat bergerak bebas dan pernah terjatuh dikamar mandi selama tinggal dipanti yayasan pemenang jiwa dikarenakan lantai yang licin.

Menurut (Rohima et al., 2020) Jatuh sering kali dialami para lansia yang disebabkan beberapa faktor, yaitu faktor intrinsik berupa penyakit yang diderita terutama semua penyakit dalam, digestif, endokrin, gangguan penglihatan, sistem anggota gerak, gangguan sistem saraf pusat, penyakit sistemik dan efek dari terapi obat-obatan yang digunakan. Faktor ekstrinsik dapat diidentifikasi dari kondisi lingkungan tinggal lansia yaitu penggunaan alat bantu berjalan, lingkungan rumah turun tangga, lantai licin, penerangan kurang, toilet jauh dari kamar, kondisi ruang tidak ergonomis, tempat tidur terlalu tinggi/rendah.

Dari masalah yang muncul maka dilakukan intervensi pada Ny. F berupa pencegahan jatuh (I. 14540), yang bertujuan untuk mengidentifikasi faktor risiko jatuh dan memonitor kemampuan berpindah. Tindakan keperawatan yang dilakukan selama 3 hari yaitu Identifikasi faktor risiko jatuh, Monitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda, Pastikan roda tempat tidur/kursi roda dalam keadaan baik, Atur posisi tempat tidur, Anjurkan memakai alas kaki yang tidak licin, Anjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh.

Hasil evaluasi pada Ny. F di hari pertama dan kedua sesuai dengan kriteria hasil yang diharapkan karena perawat melakukan indentifikasi faktor risiko jatuh dan memonitor kamampuan berpindah pasien.

Pengkaji berasumsi bahwa intervensi dapat dilakukan pada pasien untuk menghindari risiko jatuh pada pasien.

BAB 5 SIMPULAN DAN SARAN

4.1 Simpulan

1. Hasil pengkajian pasien ditemukan keluhan utama adalah kelemahan ekstremitas atas dan bawah pada sebelah kiri.
2. Diagnosa keperawatan yang ditemukan pada Ny. F terdapat 4 diagnosa, yaitu, gangguan mobilitas fisik b/d penurunan daya tahan fisik menurun akibat usia tua, gangguan pola tidur b/d kontrol tidur, ketidakberdayaan b/d interaksi interpersonal tidak memuaskan serta risiko jatuh b/d usia ≥ 65 tahun dan penggunaan alat bantu jalan.
3. Perencanaan keperawatan yang disusun berdasarkan standar intervensi keperawatan Indonesia (SIKI) dan disesuaikan dengan diagnosis keperawatan yang ditegakkan berdasarkan kriteria mayor dan minor.
4. Implementasi keperawatan yang dilaksanakan kepada pasien selama tiga hari disesuaikan dengan perencanaan yang telah di susun berdasarkan teori dan kebutuhan yang ada pada pasien,
5. Evaluasi keperawatan dari pemberian asuhan keperawatan pada Ny. F diagnosa keperawatan yang sebagian teratasi yaitu gangguan mobilitas fisik dan gangguan pola tidur, ketidakberdayaan dan resiko jatuh.

5.2 Saran

a. Panti Yayasan Pemenang Jiwa medan

Karya tulis ilmiah ini dapat menjadi bahan rujukan dan pedoman bagi perawat dan pegawai dalam penerapan asuhan keperawatan gerontik dengan gangguan mobilitas fisik penderita stroke

b. Institusi pendidikan

Karya tulis ilmiah ini dapat menambah informasi bahan rujukan atau perbandingan, khususnya mengenai penerapan asuhan keperawatan gerontik dengan masalah gangguan mobilitas fisik penderita stroke

c. Peneliti

Karya tulis ilmiah ini dapat menambah ilmu pengetahuan dan pengalaman serta kemampuan untuk menerapkan asuhan keperawatan gerontik dengan masalah gangguan mobilitas fisik penderita stroke



DAFTAR PUSTAKA

- Amin, M. K., Keliat, B. A., & Hargian, G. (2022). Terapi kelompok terapeutik dan psikoedukasi keluarga dalam pencapaian integritas diri dan pencegahan depresi pada lansia. *Journal of Chemical Information and Modeling*, 5(9), 1689–1699.
- Damayanti, R., Irawan, E., Tania, M., Rahmawati, R., & Khasanah, U. (2020). Hubungan Activity Of Daily Living (ADL) Dengan Tingkat Depresi Pada Lansia. *Jurnal Keperawatan BSI*, 8(2), 247–255.
- Dwijayanti, E., Maryoto, M., & Kurniawan, W. E. (2023). Asuhan Keperawatan Gerontik Gangguan Mobilitas Fisik dengan STROKE di Puskesmas Sumbang. 1. *Journal of Management Nursing*, 2(3), 226–229. <https://doi.org/10.53801/jmn.v2i3.105>
- Finamore, P. da S., Kós, R. S., Corrêa, J. C. F., D, Collange Grecco, L. A., De Freitas, T. B., Satie, J., Bagne, E., Oliveira, C. S. C. S., De Souza, D. R., Rezende, F. L., Duarte, N. de A. C. A. C. D. A. C., Grecco, L. A. C. A. C., Oliveira, C. S. C. S., Batista, K. G., Lopes, P. de O. B., Serradilha, S. M., Souza, G. A. F. de, Bella, G. P., ... Dodson, J. (2021). No Title أمين. *Journal of Chemical Information and Modeling*, 53(February), 2021.
- Haiga, Y., Prima Putri Salman, I., & Wahyuni, S. (2022). Perbedaan Diagnosis Stroke Iskemik dan Stroke Hemoragik dengan Hasil Transcranial Doppler di RSUP Dr. M. Djamil Padang. *Scientific Journal*, 1(5), 391–400. <https://doi.org/10.56260/sciena.v1i5.72>
- Kesehatan, P., Padang, K., Husna, R. N., Studi, P., Padang, D. K., & Keperawatan, J. (2022). Asuhan keperawatan pada lansia dengan gangguan mobilitas fisik di pstw sabai nan aluih sicincin kabupaten padang pariaman. *karya tulis ilmiah*.
- Mardiana, S. S., Hidayah, N., Asiyah, N., & Noviani, R. (2021). The Correlation Of Stroke Frequency And Blood Pressure With Stroke Severity In Non Hemorrhagic Stroke Patients Hubungan Frekuensi Stroke Dan Tekanan Darah Dengan Keparahan Stroke Pada Pasien STROKE. *Proceeding of The 14th University Research Colloquium : Seri Kesehatan*, 960–978.
- Rohima, V., Rusdi, I., & Karota, E. (2020). Faktor Resiko Jatuh pada Lansia di Unit Pelayanan Primer Puskesmas Medan Johor. *Jurnal Persatuan Perawat Nasional Indonesia (JPPNI)*, 4(2), 108. <https://doi.org/10.32419/jppni.v4i2.184>

- Rozanna, R., Febriana, D., & Rahmawati. (2022). Pemberian Range Of Motion (ROM) Pada Lansia Dengan Gangguan Mobilitas Fisik : Suatu Studi Kasus. *Jurnal Ilmiah Mahasiswa Fakultas Keperawatan*, 1(3), 37–43.
- Utami, R. J., Indarwati, R., & Pradanie, R. (2021). Analisa Faktor Yang Mempengaruhi Kualitas Tidur Lansia Di Panti. *Jurnal Health Sains*, 2(3), 362–380. <https://doi.org/10.46799/jhs.v2i3.135>
- Wea, M., & Wahyuni, L. S. (2022). Spiritualitas Pelayanan Pastoral Terhadap Para Lansia. In *Theos : Jurnal Pendidikan Dan Theologi*, 2(7), 209–214. <https://doi.org/10.56393/intheos.v2i7.1243>



LAMPIRAN

Pengelolaan Gangguan Mobilitas Fisik pada Pasien Hemiparesis dengan Stroke Non Hemoragik" yang diterbitkan di Jurnal Keperawatan Berbudaya Sehat (e-ISSN: 2986-8548), Vol. 2, No. 1, Januari 2024

Penulis: Muhammad Aldo Aditama & Ummu Muntamah

Institusi: Universitas Ngudi Waluyo, Jawa Tengah, Indonesia

DOI: 10.35473/JKBS.v2i1.2444

Link Jurnal: <http://jurnal.unw.ac.id/index.php/JKBS>

Latar Belakang

- Stroke non-hemoragik menyebabkan gangguan neurologis, termasuk gangguan mobilitas fisik seperti hemiparesis (kelemahan pada satu sisi tubuh).
- Kasus stroke cukup tinggi di Indonesia, dan latihan **Range of Motion (ROM)** dianggap efektif untuk meningkatkan kemampuan mobilitas pasien.

Tujuan Penelitian

- Mendeskripsikan proses asuhan keperawatan (pengkajian, diagnosis, intervensi, implementasi, evaluasi) pada pasien hemiparesis dengan stroke non-hemoragik di RSUD Pandan Arang Boyolali.

Intervensi Utama

- Latihan **Range of Motion (ROM)**: 2x sehari, 15–35 menit, minimal 4 minggu.
- Dukungan ambulasi.
- Pemantauan tanda vital.
- Dukungan perawatan diri bersama keluarga.

Hasil

- Setelah 3 hari terapi:
 - ✓ **Kekuatan otot tangan kanan** meningkat dari skor 2 ke 3.
 - ✓ **Kekuatan otot kaki kanan** meningkat dari skor 1 ke 3.
 - ✓ Masalah gangguan mobilitas fisik **belum sepenuhnya teratasi**, perlu perawatan jangka panjang.

Kesimpulan

- Latihan ROM efektif dalam meningkatkan kekuatan otot dan rentang gerak pasien, tetapi butuh waktu lebih panjang untuk pemulihan optimal.
- Peran keluarga penting dalam mendukung latihan ROM dan perawatan sehari-hari.

Asuhan Keperawatan Gangguan Pola Tidur Melalui Terapi Audio Murottal dengan Sleep Quality Index pada Lansia

Penulis: Maritta Sari & Aulia Ramadhani

Institusi: STIKES Sapta Bakti, Bengkulu

Jurnal: Jurnal Vokasi Kesehatan (JUVOKES)

ISSN: 2963-6833 (Online)

Volume: 1, Nomor 1, Tahun 2022 (Halaman 9-32)

Link Jurnal: <https://journal.bengkuluinstitute.com/index.php/juvokes>

Pendahuluan

- Lansia rentan mengalami gangguan pola tidur, terutama yang menderita hipertensi.
- Hipertensi sering disebut sebagai *silent killer*.
- Terapi non-farmakologi seperti terapi Murottal dianggap efektif tanpa efek samping, membantu menurunkan hormon stres, meningkatkan endorfin, memperbaiki mood, dan meningkatkan kualitas tidur.

Hasil

- Responden 1: TD awal 150/90 mmHg, sulit tidur, cemas, lelah. Setelah terapi, tidur lebih nyenyak, kepala tidak sakit, kualitas tidur membaik.
- Responden 2: TD awal 150/100 mmHg, nyeri kepala, sulit tidur, tidak puas tidur. Setelah terapi, kualitas tidur membaik, aktivitas meningkat.

Intervensi Keperawatan

- Manajemen nyeri.
- Dukungan tidur.
- Manajemen energi (Responden 2).
- Terapi Murottal Surah Ar-Rahman (50 dB, 15 menit, 7 hari berturut-turut)

Evaluasi

- Kedua pasien menunjukkan peningkatan kualitas tidur: lebih nyenyak, tidak terbangun malam hari, aktivitas harian meningkat.

Kesimpulan Jurnal

- Terapi audio Murottal efektif meningkatkan kualitas tidur pada lansia dengan hipertensi.
- Implementasi terapi Murottal selama 7 hari menunjukkan peningkatan signifikan pada pola tidur, pengurangan gejala cemas, dan nyeri kepala.
- Kolaborasi dengan terapi farmakologi (Amlodipin) mendukung efektivitas terapi.

Pengaruh Logoterapi terhadap Ketidakberdayaan Klien Penyakit Kronis

Penulis: Cucu Rokayah

Institusi: Fakultas Keperawatan, Universitas Bhakti Kencana, Bandung

Jurnal: *Media Karya Kesehatan*

Volume & Edisi: Volume 7, Nomor 2, November 2024

Link Jurnal: Media Karya Kesehatan

Latar Belakang

- Penyakit kronis sering memicu ketidakberdayaan karena faktor fisiologis, manajemen pengobatan, kehilangan, stigma, dan ketidakpastian.
- Dampak: perasaan putus asa hingga risiko bunuh diri.
- **Logoterapi** (Viktor Frankl) membantu individu menemukan makna hidup di tengah penderitaan.

Metode

- **Desain:** Pre-posttest (quasi-eksperimen)
- **Sampel:** 16 klien penyakit kronis (gagal ginjal, hipertensi, diabetes, jantung, dsb.)

Pembahasan

- Logoterapi efektif membantu klien:
 - Menemukan makna hidup di balik penderitaan.
 - Mengurangi perasaan tertekan, cemas, takut mati.
 - Meningkatkan motivasi untuk terapi (misalnya hemodialisa teratur).
 - Meningkatkan kontrol diri dan pemaknaan positif.
- Klien menyadari penyakit sebagai peluang mendekatkan diri pada Tuhan & keluarga.
- Dukungan keluarga & masyarakat penting dalam pemulihan.

Pencegahan Risiko Jatuh pada Pasien dengan Diagnosis Keperawatan Dyspneu:**Studi Kasus**

Penulis: Cristina Esria Valentin Tambunan, Alfid Tri Afandi*, Kholid Rosyidi Muhammad Nur, Sri Wahyuni

Institusi: Fakultas Keperawatan Universitas Jember & Praktisi RS Jember Klinik

Jurnal: *Jurnal Keperawatan Sehat Mandiri*

Volume & Edisi: Volume 2, Nomor 1, Mei 2024

Penerbit: Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Padang

e-ISSN: 3026-3441

Link Jurnal:

<https://jurnal.poltekkespadang.ac.id/ojs/index.php/keperawatan/issue/archive>

Latar Belakang

- Risiko jatuh merupakan masalah keselamatan pasien yang sering terjadi di rumah sakit.
- Penyebab: faktor fisiologis (usia, penyakit), psikologis, dan lingkungan.
- Pencegahan risiko jatuh penting dilakukan melalui:
 - Pengkajian risiko awal.
 - Re-assessment berkala.
 - Intervensi edukasi.

Hasil

- **Pasien Ny. M:** skor MFS 65 (hari pertama), 55 (hari kedua & ketiga) → risiko jatuh tinggi (≥ 45).
- Tindakan pencegahan:
 - Pemasangan gelang kuning & label segitiga kuning.
 - Edukasi pasien & keluarga.
 - Pemasangan pagar tempat tidur.
 - Penyesuaian lingkungan (lampu, alas kaki, tidak mengunci kamar mandi, dll.).
- **Peran Perawat:**

- Caregiver, Educator, Client Advocate, Counselor, Collaborator, Coordinator, Change Agent, Consultant.

Pembahasan

Pencegahan risiko jatuh memerlukan:

- Kepatuhan terhadap SOP.
- Kolaborasi tim.
- Edukasi menyeluruh.

Kesimpulan

- memegang peran kunci dalam pencegahan risiko jatuh melalui pengkajian, reassessment, dan edukasi.
- Pencegahan risiko jatuh harus dilakukan sejak pasien masuk rumah sakit.
- Perlu edukasi berkelanjutan untuk keluarga.

MINI MENTAL STATE EXAM (MMSE)

NO	ITEM PENILAIAN	BENAR (1)	SALAH (0)
1.	ORIENTASI		
	1. Tahun berapa sekarang?	√	
	2. Musim apa sekarang?	√	
	3. Tanggal berapa sekarang?	√	
	4. Hari apa sekarang?	√	
	5. Bulan apa sekarang?	√	
	6. Di Negara mana anda tinggal?	√	
	7. Di propinsi mana anda tinggal?		√
	8. Di kabupaten mana anda tinggal?		√
	9. Di kecamatan mana anda tinggal?		√
	10. Di desa mana anda tinggal?		√
2.	REGISTRASI		
	Minta klien menyebutkan tiga objek		
	11. Kertas	√	
	12. Pulpen	√	
	13. Meja	√	

3.	PERHATIAN DAN KALKULASI		
	Minta klien mengeja 5 kata dari belakang, missal “BAPAK”		
	14. K	√	
	15. A	√	
	16. P	√	
	17. A	√	
	18. B	√	
4.	MENGINAT	√	
	Minta klien untuk mengulang objek di atas		
	19. Kertas	√	
	20. Pulpen	√	
	21. Meja	√	
5.	BAHASA		
	a. Penamaan		
	Tunjukkan 2 benda minta klien menyebutkan:		
	22. Jam tangan	√	
	23. Pensil	√	
	b. Pengulangan		
	Minta klien mengulang tiga kalimat berikut:		
	24. “tak ada jika, dan, atau tetapi”		√
	c. Perintah tiga langkah		
	25. Ambil kertas!	√	
	26. Lipat dua!	√	

	27. Taruh di lantai!	√	
	d. Turuti hal berikut		
	28. Tutup mata	√	
	29. Tulis satu kalimat	√	
	30. Salin gambar	√	
	JUMLAH	26	4

ANALISA HASIL : 26 Kerusakan kognitif ringan

INDEKS KATZ

NO	AKTIFITAS	MANDIRI	TERGANTUNG
1.	Mandi:		
	Bantuan hanya pada satu bagian mandi (seperi punggung atau ekstremitas yang tidak mampu) atau mandi sendiri sepenuhnya.		√
	Bantuan mandi lebih dari satu bagian tubuh, bantuan masuk dan keluar dari bak mandi, serta tidak mandi sendiri		
2.	Berpakaian		
	Mengambil baju dari lemari, memakai pakaian, melepaskan pakaian, mengancing/mengikat pakaian.		√
	Tidak dapat memakai baju sendiri atau hanya sebagian		
3.	Ke kamar kecil		
	Masuk dan keluar dari kamar kecil kemudian membersihkan genitalia		√

	sendiri		
	Menerima bantuan untuk masuk ke kamar kecil dan menggunakan pispot		
4.	Berpindah		
	Berpindah tempat dari tempat tidur untuk duduk, bangkit dari kursi sendiri		√
	Bantuan dalam naik atau turun dari tempat tidur atau kursi, tidak melakukan satu atau lebih perpindahan		
5.	Kontinen		
	BAK dan BAB seluruhnya dikontrol sendiri		√
	Inkontinensia parsial atau total; penggunaan kateter, pispot, enema dan pembalut (pampers)		
6.	Makan		
	Mengambil makanan dari piring dan menyuapinya sendiri	√	
	Bantuan dalam hal mengambil makanan dari piring dan menyuapinya, tidak makan sama sekali, dan makan parenteral (NGT)		

KETERANGAN :

ANALISA HASIL: Nilai F: kemandirian dalam semua hal kecuali dari mandi, berpakaian, ke kamar kecil, berpindah dan satu fungsi tambahan.

SHORT PORTABLE MENTAL STATUS QUESTIONNAIRE (SPMSQ)

PENGKAJIAN FUNGSI KOGNITIF

NO	ITEM PERTANYAAN	BENAR	SALAH
1.	Jam berapa sekarang? Jawab: 15:30		√
2.	Tahun berapa sekarang? Jawab: 2023		√
3.	Kapan bapak/ibu lahir? Jawab: 13 Januari 1951	√	
4.	Berapa umur bapak/ibu sekarang? Jawab: 74 tahun	√	
5.	Dimana alamat bapak/ibu sekarang? Jawab: jl. Pendidikan gg indah	√	
6.	Berapa jumlah anggota keluarga yang tinggal bersama bapak/ibu? Jawab: tidak ada	√	
7.	Siapa nama anggota keluarga yang tinggal bersama bapak/ibu? Jawab: tidak ada	√	
8.	Tahun berapa hari kemerdekaan Indonesia? Jawab : 17 agustus 1945	√	
9.	Siapa nama presiden republik Indonesia sekarang Jawab: joko Widodo		√
10.	Coba hitung terbalik dari angka 20 dari 1 Jawab : 20, 19, 18, 17, 16, 15, 14, 13, 12, 11, 10, 9, 8, 7, 6, 5, 4, 3, 2, 1	√	
	JUMLAH	7	3

ANALISA HASIL : Skore Salah : 3 (kerusakan intelektual ringan)

INVENTARIS DEPRESI BECK (IBD)

NO	ITEM PERTANYAAN	SKOR
1.	Kesedihan	
	Saya sangat sedih/tidak bahagia dimana saya tidak dapat menghadapinya	3
	Saya galau/sedih sepanjang waktu dan tidak dapat keluar darinya	2
	Saya merasa sedih atau galau	1
	Saya tidak merasa sedih	0
2.	Pesimisme	
	Saya merasa bahwa masa depan adalah sia-sia dan sesuatu tidak dapat membaik	3
	Saya merasa tidak mempunyai apa-apa untuk memandang ke depan	2
	Saya merasa berkecil hati mengenai masa depan	1
	Saya tidak begitu pesimis atau kecil hati tentang masa depan	0
3.	Rasa kegagalan	
	Saya merasa benar-benar gagal sebagai seseorang (orang tua, suami, istri)	3
	Seperti melihat ke belakang hidup saya, semua yang dapat saya lihat hanya kegagalan	2
	Saya merasa telah gagal melebihi orang pada umumnya	1
	Saya tidak merasa gagal	0
4.	Ketidakpuasan	
	Saya tidak puas dengan segalanya	3
	Saya tidak lagi dapat mendapatkan ketidakpuasan dari apapun	2

	Saya tidak menyukai cara yang saya gunakan	1
	Saya tidak merasa tidak puas	0
5.	Rasa bersalah	
	Saya merasa seolah-olah saya sangat buruk atau tidak berharga	3
	Saya merasa sangat bersalah	2
	Saya merasa buruk atau tidak berharga sebagai bagian dari waktu yang baik	1
	Saya merasa benar-benar tidak bersalah	0
6.	Tidak menyukai diri sendiri	
	Saya benci diri sendiri	3
	Saya muak dengan diri sendiri	2
	Saya tidak suka dengan diri sendiri	1
	Saya tidak merasa kecewa dengan diri sendiri	0
7.	Membahayakan diri sendiri	
	Saya akan membunuh diri sendiri jika saya mempunyai kesempatan	3
	Saya mempunyai rencana pasti tentang tujuan bunuh diri	2
	Saya merasa lebih baik mati	1
	Saya tidak mempunyai pikiran mengenai membahayakan diri sendiri	0
8.	Menarik diri dari social	
	Saya telah kehilangan semua minat saya pada orang lain dan tidak peduli pada mereka semua	3
	Saya telah kehilangan semua minat saya pada orang lain dan mempunyai sedikit perasaan pada mereka	2
	Saya kurang berminat pada orang lain daripada sebelumnya	1
	Saya tidak kehilangan minat pada orang lain	0

9.	Keragu-raguan	
	Saya tidak dapat membuat keputusan sama sekali	3
	Saya mempunyai banyak kesulitan dalam membuat Keputusan	2
	Saya berusaha mengambil Keputusan	1
	Saya membuat keputusan yang baik	0
10.	Perubahan gambaran diri	
	Saya merasa bahwa saya jelek atau tampak menjijikkan	3
	Saya merasa bahwa ada perubahan yang permanen dalam penampilan saya dan ini membuat saya tidak menarik	2
	Saya khawatir bahwa saya tampak tua atau tidak menarik	1
	Saya tidak merasa bahwa saya tampak lebih buruk daripada sebelumnya	0
11.	Kesulitan kerja	
	Saya tidak melakukan pekerjaan sama sekali	3
	Saya telah mendorong diri saya sendiri dengan keras untuk melakukan sesuatu	2
	Ini memerlukan upaya tambahan untuk mulai melakukan sesuatu	1
	Saya dapat bekerja kira-kira sebaik sebelumnya	0
12.	Keletihan	
	Saya sangat lelah untuk melakukan sesuatu	3
	Saya lelah untuk melakukan sesuatu	2
	Saya lelah lebih dari yang biasanya	1
	Saya tidak lebih lelah dari biasanya	0
13.	Anoreksia	
	Saya tidak lagi mempunyai nafsu makan sama sekali	3
	Nafsu makan saya sangat memburuk sekarang	2

	Nafsu makan saya tidak sebaik sebelumnya	1
	Nafsu makan saya tidak buruk dari yang biasanya	0

PENILAIAN : 14 (Depresi Sedang)

STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL (SOP) MELATIH RANGE OF MOTION (ROM)

Pengertian	Tindakan melatih otot atau persendian yang diberikan kepada pasien yang mobilitas sendinya terbatas karena penyakit, disabilitas, atau trauma, dimana klien menggerakkan masing-masing persediannya sesuai gerakan normal baik secara aktif ataupun pasif yang dilakukan untuk mempertahankan atau memperbaiki tingkat kemampuan menggerakkan persendian secara normal
Tujuan	<ul style="list-style-type: none"> • Untuk mengurangi kekakuan pada sendi dan kelemahan pada otot yang dapat dilakukan secara aktif maupun pasif tergantung dengan keadaan pasien • Meningkatkan atau mempertahankan fleksibilitas dan kekuatan otot • Merangsang sirkulasi darah • Mencegah kontraktur dan kelainan bentuk
Indikasi	<ul style="list-style-type: none"> • Pasien dengan keterbatasan mobilisasi • Pasien tirah baring total atau pasien dengan paralisis ekstremitas total
Kontraindikasi	<ul style="list-style-type: none"> • Trombus atau emboli dan peradangan pada pembuluh darah • Kelainan sendi atau tulang • Klien fase mobilisasi karena kasus penyakit (jantung) • Trauma baru dengan kemungkinan ada fraktur yang tersembunyi atau luka dalam • Nyeri hebat • Sendi kaku atau tidak dapat bergerak
Prosedur Pelaksanaan	<p>A. Tahap Pra-Interaksi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan verifikasi kebutuhan klien untuk tindakan 2. Mencuci tangan 3. Menyiapkan peralatan dengan sistematis dan rapi 4. Perawat memakai APD. <p>B. Tahap Orientasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan salam sebagai pendekatan terapeutik

STIKes Santa Elisabeth Medan

2. Menjelaskan tujuan, kontrak waktu dan prosedur tindakan pada klien / keluarga

3. Menanyakan persetujuan dan kesiapan pasien sebelum prosedur dilakukan.

C. Tahap Kerja

1. Tutup pintu dan jendela atau pasang sampiran untuk menjaga privasi klien

2. Mencuci tangan

3. Atur ketinggian tempat tidur yang sesuai agar memudahkan perawat dalam bekerja dan penggunaan selalu prinsip-prinsip mekanika tubuh

4. Posisikan klien dengan posisi supinasi dekat dengan perawat dan buka bagian tubuh yang akan di gerakkan

5. Rapatkan kedua kaki dan letakkan kedua tangan pada masing-masing sisi tubuh

6. Kaji denyut nadi sebelum latihan

7. Latih rentang gerak persendian klien

AKTIF ROM

Berikan intruksi atau motivasi kepada klien untuk menggerakkan persendian tubuh klien sesuai dengan rentang geraknya.

Catatan :

- Selama latihan, kaji kemampuan untuk intolaransi gerakan rentang gerak (ROM) dan masing-masing persendian
- Kembalikan pada posisi awal setelah masing-masing gerakan
- Ulangi masing-masing gerakan tiga kali

PASIF ROM

Catatan :

- Selama latihan, kaji kemampuan untuk toleransi gerakan rentang gerak (ROM) dan masing-masing persendian
- Kembalikan pada posisi awal setelah masing-masing gerakan
- Ulangi masing-masing gerakan tiga kali

GERAKAN-GERAKAN ROM

1.GERAKAN KEPALA

Cara : a. Fleksi, menggerakkan dagu dan menempelkan ke dada

b. Ekstensi, mengembalikan kepala ke posisi tegak

c. Hiperekstensi, menekuk kepala ke belakang

d. Fleksi lateral, memiringkan kepala ke arah setiap bahu

e. Rotasi, memutar kepala dalam gerakan sirkuler

2.GERAKAN TANGAN

Cara :

a. Fleksi, menaikkan lengan ke posisi di samping tubuh ke depan ke posisi di atas kepala

b. Ekstensi, mengembalikan lengan ke posisi di samping tubuh

c. Hiperekstensi, menggerakkan lengan ke belakang tubuh, siku tetap lurus

d. Abduksi, menaikkan lengan ke posisi samping di atas kepala dengan telapak tangan jauh dari kepala

e. Adduksi, menurunkan lengan ke samping dan menyilang tubuh sejauh mungkin

f. Sirkumduksi, menggerakkan lengan dengan lingkaran penuh

g. Rotasi dalam, dengan siku fleksi, memutar bahu dengan menggerakkan lengan sampai ibu jari menghadap ke dalam dan belakang

h. Rotasi luar, dengan siku fleksi, menggerakkan lengan sampai ibu jari ke atas dan samping kepala

i. Fleksi, menekuk siku lengan bawah bergerak ke depan sendi bahu dan tangan sejajar bahu

j. Ekstensi, meluruskan siku dengan menurunkan tangan

k. Fleksi, menggerakkan telapak tangan ke sisi bagian dalam lengan bawah

l. Ekstensi, menggerakkan jari-jari sehingga jari-jari, tangan bawah berada dalam arah yang sama

m. Hiperekstensi, membawa permukaan tangan dorsal ke belakang sejauh mungkin

n. Abduksi (fleksi radial), menekuk pergelangan tangan miring (medial ke ibu jari)

o. Adduksi (fleksi ulnar), menekuk pergelangan tangan miring (lateral ke arah lima jari)

3.GERAKAN JARI-JARI

Cara :

- a. Fleksi, membuat genggam
- b. Ekstensi, meluruskan jari-jari tangan
- c. Hiperekstensi, menggerakkan jari-jari tangan ke belakang sejauh mungkin
- d. Abduksi, merenggangkan jari-jari tangan yang satu dengan yang lain
- e. Adduksi, merapatkan jari tangan
- f. Fleksi, menggerakkan ibu jari menyilang permukaan telapak tangan
- g. Menggerakkan ibu jari lurus menjauh dari tangan
- h. Abduksi, menjauhkan ibu jari ke samping
- i. Adduksi, menggerakkan ibu jari ke depan tangan
- j. Oposisi, menyentuh ibu jari ke setiap jari tangan yang sama

4.GERAKAN KAKI

Cara :

- a. Fleksi, menggerakkan tungkai ke depan dan atas
- b. Ekstensi, menggerakkan kembali ke samping tungkai yang lain
- c. Hiperekstensi, menggerakkan tungkai ke belakang tubuh
- d. Abduksi, menggerakkan tungkai menjauhi tubuh
- e. Adduksi, menggerakkan tungkai ke posisi medial dan melebihi jika mungkin
- f. Rotasi luar, memutar kaki dan tungkai menjauhi tungkai lain
- g. Sirkumduksi, menggerakkan tungkai melingkar
- h. Fleksi, menggerakkan tumit ke arah belakang paha
- i. Ekstensi, mengembalikan tungkai ke lantai
- j. Dorsofleksi, menggerakkan kaki sehingga jari kaki menekuk ke atas
- k. Eversion, memutar telapak kaki kesamping luar
- l. Inversion, memutar telapak kaki kesamping dalam
- m. Fleksi, melengkungkan jari kaki ke bawah
- n. Ekstensi, meluruskan jari kaki
- o. Abduksi, merenggangkan jari kaki satu dengan yang lain
- p. Adduksi, merapatkan kembali bersama-sama

D. TAHAP TERMINASI

- | | |
|--|---|
| | <ol style="list-style-type: none">1. Mengevaluasi hasil tindakan dan respon klien2. Kaji denyut nadi setelah latihan3. Menjelaskan bahwa tindakan sudah selesai di lakukan pada klien atau keluarga pamit4. Mendokumentasikan tindakan |
|--|---|

DOKUMENTASI

(Melakukan Pengkajian Pada Ny. F)



(Melakukan Penyuluhan Hipertensi Pada Ny. F)



Mengajarkan Ny. F Latihan ROM (Range Of Motion)







(mengajarkan Bermain congklak untuk mengatasi kesepian Ny.f)

