



STIKes Santa Elisabeth Medan

ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK DENGAN MASALAH GANGGUAN MOBILITAS FISIK PADA NY.D DI PANTI JOMPO YAYASAN PEMENANG JIWA SUMATERA TAHUN 2025

KARYA ILMIAH AKHIR



Oleh:

Kristin Angelina Gultom

NIM. 052024020

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN SANTA ELISABETH
MEDAN PROGRAM STUDI PROFESI NERS
TAHUN 2024/2025**



STIKes Santa Elisabeth Medan

ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK DENGAN MASALAH GANGGUAN MOBILITAS FISIK PADA NY.D DI PANTI JOMPO YAYASAN PEMENANG JIWA SUMATERA TAHUN 2025

KARYA ILMIAH AKHIR

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



Oleh:

Kristin Angelina Gultom
NIM. 052024020

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN SANTA ELISABETH
MEDAN PROGRAM STUDI PROFESI NERS
TAHUN 2024/2025**



STIKes Santa Elisabeth Medan

LEMBAR PENGESAHAN

KARYA ILMIAH AKHIR INI TELAH DISETUJUI UNTUK
DIPERTAHANKAN
PADA UJIAN SIDANG KARYA ILMIAH AKHIR
TANGGAL 19 Mei 2025



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

Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan





STIKes Santa Elisabeth Medan

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 19 Mei 2025

TIM PENGUJI

TANDA TANGAN

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

Anggota: Dr. Lilis Novitarum, S.Kep.,Ns.,M.Kep

Anggota: Lindawati Simorangkir, S.Kep.,Ns.,M.Kes



STIKes Santa Elisabeth Medan

LEMBAR PERESETUJUAN

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

Oleh:
Kristin Angelina Gultom

Medan, 19 Mei 2025

Menyetujui,
Ketua Penguji

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

Anggota

(Dr. Lilis Novitarum, S.Kep., Ns., M.Kep)

(Lindawati Simorangkir, S.Kep.,Ns.,M.Kes)



KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa karena rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyusun karya ilmiah akhir ini yang berjudul “Asuhan Keperawatan Gerontik Dengan Masalah Gangguan Mobilitas Fisik Pada Ny.D di Panti Jompo Yayasan Pemenang Jiwa Sumatera Tahun 2025”. Karya ilmiah ini disusun sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan jenjang Profesi Ilmu Keperawatan program Studi Ners di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan.

Pada penyusunan karya ilmiah ini penulis menyadari bahwa semuanya ini tidak semata-mata hasil kerja penulis sendiri, melainkan juga berkat bimbingan dan dorongan dari pihak-pihak yang telah membantu baik secara materi maupun non materi. Oleh karena itu, pada kesempatan ini penulis mengucapkan terimakasih kepada :

1. Mestiana Br. Karo, M.Kep., DNSc selaku ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan, yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas untuk mengikuti pendidikan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan.
2. Ance Valionida selaku pemilik Yayasan Panti Jompo Pemenang Jiwa Sumatera Utara yang telah memberi izin kepada saya untuk melakukan praktek profesi di panti jompo Yayasan Pemenang jiwa sumatera utara medan.
3. Lindawati F. Tampubolon, S.kep., Ns., M.Kep selaku Ketua Program Studi Profesi Ners Ilmu Keperawatan yang telah banyak membantu, memberikan



bimbingan, motivasi, waktu, dan masukan yang bersifat membangun sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir.

4. Friska Sembiring, S.Kep.,Ns.,M.Kep selaku dosen pembimbing akademik yang memberikan motivasi, selama menempuh pendidikan di Program Studi Ners Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan.
5. Helinida Saragih, S.Kep.,Ns.,M.Kep selaku penguji I yang selalu membantu, membimbing serta mengarahkan penulis dalam penyusunan karya ilmiah ini.
6. Dr. Lilis Novitarum, S.Kep., Ns., M.Kep selaku dosen penguji II yang telah membantu dan membimbing dengan sangat baik dan sabar dalam penyusunan karya ilmiah ini.
7. Lindawati Simorangkir, S.Kep.,Ns.,M.Kes selaku dosen penguji III yang telah membantu dan membimbing dengan sangat baik dan sabar dalam penyusunan karya ilmiah ini.
8. Seluruh dosen dan tenaga kependidikan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan yang telah membimbing, mendidik, dalam menjalani pendidikan.
9. Teristimewa kepada kedua orang tua saya tercinta Ayahanda Pasti Darma Gultom dan Ibunda Rosinda Sinaga yang telah membesarkan saya dengan penuh kasih sayang dan dukungan baik dari segi materi maupun motivasi yang diberikan kepada penulis. Serta kepada saudara saya Rasmi Juniarti Gultom, Nico Adrianus Gultom, Roy Kristoforus Gultom dan seluruh keluarga besar yang selalu memberikan semangat yang tidak terhenti dan doa yang tidak terputus demi kelancaran pembuatan karya ilmiah ini.



STIKes Santa Elisabeth Medan

10. Seluruh teman-teman mahasiswa/i Program Studi Profesi Ners Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan stambuk 2024 yang telah berjuang bersama-sama dan saling memberikan dukungan.

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

Medan, 19 Mei 2025

(Kristin Angelina Gultom)



STIKes Santa Elisabeth Medan

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.....	vii
RINGKASAN/SINOPSIS KARYA ILMIAH AKHIR	viii
DAFTAR ISI.....	x
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1. Latar Belakang.....	1
1.2. Identifikasi Masalah	2
1.3. Tujuan Karya ilmiah	3
1.3.1. Tujuan umum	3
1.3.2. Tujuan khusus	3
1.4. Manfaat Karya ilmiah	4
BAB 2 TINJAUAN TEORITIS	7
2.1. Konsep Lansia	7
2.1.1. Pengertian Lansia.....	7
2.1.2. Kategori/Rentan Lansia	7
2.1.3. Proses menua	7
2.1.4. Perubahan pada lansia.....	8
2.1.5. Tipe-tipe Lansia	8
2.2. Konsep Gangguan mobilitas fisik.....	8
2.2.1. Pengertian Gangguan mobilitas fisik.....	8
2.2.2. Penyebab gangguan mobilitas fisik	8
2.2.3. Klasifikasi	8
2.2.4. Penanganan Gangguan mobilitas fisik.....	8
2.2.5. Patofisiologi	8
2.3. Konsep Asuhan Keperawatan	9
2.3.1. Pengkajian keperawatan	9
2.3.2. Diagnosa keperawatan	10
2.3.3. Intervensi keperawatan	11
2.3.4. Implementasi keperawatan	11
2.3.5. Evaluasi keperawatan	11
BAB 3 Pendokumentasian Asuhan Keperawatan.....	13
BAB 4 Pembahasan.....	28
4.1. Gangguan mobilitas fisik b.d gangguan muskuloskeletal (D.0054).....	28
4.2. Defisit perawatan diri b.d gangguan muskuloskeletal (D.0109).....	29
4.3. Resiko jatuh b.d usia > 65 tahun dan penggunaan alat bantu (D.0143).....	30



STIKes Santa Elisabeth Medan

BAB 5	Simpulan dan Saran	32
5.1.	Simpulan	32
5.2.	Saran	33
DAFTAR PUSTAKA		34
LAMPIRAN.....		35



BAB 1 PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Gangguan Mobilitas Fisik didefinisikan sebagai "keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri". 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 (Mauliddiyah et al., 2022).

Menurut World Health Organization (WHO), prevalensi gangguan Mobilitas Fisik ini meningkat seiring dengan bertambahnya usia populasi global, naiknya angka penyakit tidak menular seperti stroke dan diabetes, serta meningkatnya kasus cedera. WHO memperkirakan sekitar 1 miliar orang di dunia mengalami disabilitas, di mana gangguan mobilitas merupakan bentuk yang paling umum, khususnya di kalangan lansia (Kalache & Gatti, 2003).

Beberapa temuan penting dari WHO dan literatur internasional menunjukkan, Di negara berpenghasilan rendah dan menengah, prevalensi gangguan mobilitas lebih tinggi karena keterbatasan akses layanan rehabilitasi. Cedera tulang belakang, stroke, dan osteoarthritis adalah penyebab utama gangguan mobilitas. Prevalensi gangguan mobilitas meningkat drastis pada individu berusia di atas 60 tahun, mencapai lebih dari 35% pada kelompok ini di beberapa wilayah (Burton et al., 2023).

Berdasarkan hasil yang didapatkan di Panti Yayasan Pemenang Jiwa Sumatra pada tahun 2025, terdapat 60 orang lansia dan Diantaranya terdapat beberapa lansia yang mengalami gangguan mobilitas fisik yang ditandai dengan lansia tidak mampu berpindah tempat dan lansia Membutuhkan alat bantu jalan (kursi roda).

Proses terjadinya gangguan mobilitas fisik ini dimulai dari adanya penyebab awal yang beragam, seperti gangguan neurologis (misalnya stroke atau cedera tulang belakang), gangguan muskuloskeletal (seperti fraktur atau artritis), penyakit kardiopulmoner, trauma fisik, atau bahkan faktor psikologis seperti depresi. Penyebab-penyebab ini kemudian menimbulkan gangguan pada struktur atau fungsi tubuh, seperti penurunan kekuatan otot, kekakuan sendi, gangguan koordinasi, atau nyeri yang menghambat gerakan. Akibatnya, individu mulai mengalami kesulitan dalam melakukan aktivitas sehari-hari, seperti berjalan, berdiri, atau naik tangga. Jika tidak segera ditangani, kondisi ini bisa berkembang menjadi masalah sekunder yang lebih serius, seperti penyusutan otot (atrofi), luka tekan (dekubitus), hingga penurunan kualitas hidup secara menyeluruh. Penanganan gangguan mobilitas fisik biasanya melibatkan kombinasi terapi fisik, penggunaan alat bantu, pengobatan, dan modifikasi lingkungan untuk mendukung pergerakan pasien secara optimal (Mauliddiyah et al., 2022).

Upaya pencegahan terhadap kejadian gangguan mobilitas fisik adalah dengan Range Of Motion (ROM) yang terdiri dari serangkaian gerakan yang bertujuan untuk mempertahankan atau meningkatkan kemampuan gerakan sendi

yang normal dan lengkap serta meningkatkan masa otot dan tonus otot (Mauliddiyah et al., 2022).

1.2. Identifikasi Masalah

Berdasarkan latar belakang yang telah diuraikan diatas, maka rumusan masalah dalam karya ilmiah akhir ini adalah bagaimana asuhan keperawatan gerontik pada ny.D dengan gangguan Mobilitas fisik.

1.3. Tujuan Karya ilmiah

1.3.1. Tujuan umum

Untuk melakukan Asuhan Keperawatan Gerontik Pada Ny D Dengan Masalah Gangguan Mobilitas Fisik di Panti Jompo yayasan Pemenang Jiwa Sumatera Utara Tahun 2025.

1.3.2. Tujuan khusus

1. Melakukan pengkajian pada Ny. D dengan masalah gangguan mobilitas fisik di Panti Jompo yayasan Pemenang Jiwa Sumatera utara Tahun 2025.
2. Merumuskan diagnosa asuhan keperawatan dengan masalah gangguan mobilitas fisik penderita di Panti Jompo yayasan Pemenang Jiwa Sumatera utara ahun 2025.
3. Menyusun rencana asuhan keperawatan dengan masalah gangguan mobilitas fisik di Panti Jompo yayasan Pemenang Jiwa Sumatera utara Tahun 2025.

4. Melakukan rencana asuhan keperawatan dengan masalah gangguan mobilitas fisik di Panti Jompo yayasan Pemenang Jiwa Sumatera utara Tahun 2025.
5. Melakukan evaluasi keperawatan dengan masalah gangguan mobilitas fisik di Panti Jompo yayasan Pemenang Jiwa Sumatera utara Tahun 2025.

1.4. Manfaat Karya ilmiah

Bagi institusi pendidikan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan sebagai masukan pendidikan untuk memberikan wawasan dan pengetahuan serta informasi mengenai asuhan keperawatan dengan masalah gangguan mobilitas fisik dan mengajarkan tentang ROM terutama pada mata kuliah gerontik, KMB, dan keperawatan dasar.

BAB 2 TINJAUAN TEORITIS

1.1 Konsep Lansia

2.1.1 Pengertian

Menurut (Ummah, 2019), perubahan-perubahan dalam proses penuaan merupakan masa ketika seorang individu berusaha untuk menjalani hidup dengan bahagia melalui perubahan hidup yang terjadi. Secara definisi, seorang individu yang telah melewati usia 45 tahun hingga 60 tahun keatas disebut Lansia.

Lansia merupakan tahap akhir perkembangan pada daur kehidupan manusia mencapai usia >60 tahun keatas. Peningkatan jumlah lansia dapat menyebabkan masalah dalam proses penurunan fungsi berbagai organ seperti jumlah sel, aktivitas, kemampuan mencium, berkurangnya sensitivitas dan nafsu makan sehingga mengalami perubahan struktural, fisiologis, fungsi otak, berfikir dan mudah lupa. Hal ini menimbulkan perubahan fisik dan mental yang kerap disebut demensia (Azhari et al., 2022).

2.1.1 Batasan Lansia

Menurut *World Health Organization* (WHO) dalam Dhian (2023), batasan lansia meliputi:

1. Usia pertengahan (*Middle Age*) yaitu usia 45-54 tahun
2. Lansia (*Elderly*) yaitu usia 55-65 tahun
3. Lansia muda (*Young old*) yaitu usia 66-74 tahun
4. Lansia tua (*Old*) yaitu usia 75-90 tahun
5. Lansia sangat tua (*Very old*) yaitu usia > 90 tahun

2.1.2 Proses Menua

Menurut (Andarii, 2023), menua atau menjadi tua adalah suatu keadaan yang terjadi di dalam kehidupan manusia. Proses menua merupakan proses sepanjang hidup yang dimulai sejak permulaan kehidupan manusia. WHO dan UU Nomor 13/Tahun 1998 menyebutkan bahwa 60 tahun merupakan usia permulaan tua. Menua bukanlah suatu penyakit, tetapi merupakan proses yang berangsur-angsur mengakibatkan perubahan yang kumulatif, merupakan proses penurunan daya tahan tubuh dalam menghadapi rangsangan dari dalam dan luar tubuh yang berakhir dengan kematian.

Menurut (Ummah, 2019), proses menua merupakan kombinasi berbagai macam faktor yang saling berkaitan. Sampai saat ini banyak definisi dan teori yang menjelaskan tentang proses menua yang tidak seragam. Secara umum proses menua didefinisikan sebagai perubahan yang terkait waktu, bersifat universal, instrinsik, profresif dan detrimental. Keadaan tersebut dapat menyebabkan berkurangnya kemampuan beradaptasi terhadap lingkungan untuk dapat bertahan hidup.

Proses menua yang terjadi bersifat individual, yang berarti:

- a. Tahap proses menua terjadi pada orang dengan usia berbeda.
- b. Setiap lansia memiliki kebiasaan yang berbeda.
- c. Tidak ada satu faktor pun yang dapat mencegah proses menua.

2.1.4. Perubahan Pada Lansia

Menurut (Andarii, 2023), ada beberapa perubahan pada lansia antara lain:

- a. Perubahan biologis system tubuh

1. Sel

- Pada lansia jumlah sel akan lebih sedikit dan ukurannya lebih besar
- Cairan tubuh dan cairan intraselular akan berkurang
- Proporsi protein di otak, ginjal dan hati juga ikut berkurang
- Jumlah sel otak akan menurun

2. System persyarafan

- Rata-rata berkurangnya saraf neocortical sebesar 1 detik
- Hubungan persyarafan cepat menurun
- Lambat dalam merespin, baik dari gerakan maupun jarak waktu

3. System pendengaran

- Gangguan pada pendengaran
- Membrane timpani atrofi
- Terjadi pengumpulan dan pengerasan serumen
- Pendengaran menurun pada usia lanjut yang mengalami ketegangan jiwa

4. System penglihatan

- Timbul sklerosis pada sfinter pupil dan hilangnya respon terhadap sinar
- Kornea lebih berbentuk seperti bola

b. Perubahan kognitif

- *Memory* (daya ingat)
- IQ
- Kemampuan belajar

- Kemampuan pemahaman

- Motivasi

c. Perubahan psikososial

- Kesehatan umum

- Keturunan

- Gangguan konsep diri

d. Perubahan spiritual

Agama dan kepercayaan makin terintegrasi dalam kehidupannya.

2.1.5 Tipe- Tipe Lansia

Pada umumnya lansia lebih dapat beradaptasi tinggal di rumah sendiri dari pada tinggal bersama anak-anaknya. Adapun tipe-tipe pada lansia yaitu (Dhian, 2023),

a. Tipe arif bijaksana

Yaitu tipe kaya pengalaman, menyesuaikan diri dengan perubahan zaman, ramah, rendah hati menjadi panutan

b. Tipe mandiri

Yaitu tipe bersifat selektif terhadap pekerjaan, mempunyai kegiatan

c. Tipe tidak puas

Yaitu tipe lahir batin, menentang proses penuaan yang menyebabkan hilangnya kecantikan, daya tarik jasmani, kehilangan kekuasaan, jabatan, teman

d. Tipe pasrah

Yaitu lansia yang menerima dan menunggu nasib baik

e. Tipe bingung

Yaitu lansia yang kehilangan kepribadian, mengasingkan diri, minder, pasif dan kaget.

2.2 Konsep gangguan mobilitas fisik

2.2.1 Pengertian gangguan mobilitas fisik

Gangguan mobilitas fisik adalah kondisi di mana seseorang mengalami keterbatasan dalam bergerak secara bebas, baik sebagian maupun seluruh tubuh, yang dapat memengaruhi kemampuan menjalani aktivitas sehari-hari secara mandiri. gangguan mobilitas fisik (Impaired Physical Mobility) didefinisikan sebagai: Kondisi di mana seseorang mengalami keterbatasan dalam gerakan fisik secara mandiri di satu atau lebih ekstremitas (Surya Rini et al., 2018). Gangguan atau kelainan fungsi fisik disebut juga dengan kata gangguan mobilitas fisik atau imobilitas. Gangguan mobilitas fisik (immobilisasi) didefinisikan oleh North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) sebagai suatu keadaan dimana individu yang mengalami atau beresiko mengalami keterbatasan gerakan fisik. (Medika, 2023)

2.2.2 Penyebab gangguan mobilitas fisik

Gangguan mobilitas fisik atau imobilitas ini disebabkan oleh: persendian yang kaku, pergerakan yang terbatas, waktu beraksi yang lambat, keadaan tidak stabil bila berjalan, keseimbangan tubuh yang jelek, gangguan peredaran darah, gangguan penglihatan, gangguan pendengaran, gangguan pada perabaan. Faktor yang mempengaruhi gangguan mobilitas fisik atau imobilitas adalah kondisi fisik

menahun, kapasitas mental, status mental seperti kesedihan dan depresi, penerimaan terhadap berfungsinya anggota tubuh dan dukungan anggota keluarga (Medika, 2023).

2.2.3 Klasifikasi

Berdasarkan jenisnya, mobilisasi terbagi atas dua jenis, yaitu:

- a. Mobilisasi penuh Mobilisasi penuh merupakan kemampuan seseorang untuk bergerak dengan batasan tidak jelas dan mampu bergerak secara bebas tanpa adanya gangguan pada bagian tubuh.
- b. Mobilisasi sebagian Mobilisasi sebagian adalah ketidakmampuan seseorang untuk bergerak secara bebas dan aktif karena dipengaruhi oleh gangguan saraf motorik dan sensorik pada area tubuhnya.

2.2.4 Penanganan gangguan mobilitas fisik

Penanganan terhadap gangguan mobilitas fisik yaitu dapat diberikan kompres air hangat yang memiliki tujuan memperlancar sirkulasi darah, mengurangi rasa sakit, memberi rasa nyaman dan tenang sehingga dapat mengurangi terjadinya nyeri pada saat melakukan mobilitas fisik, ROM yang merupakan latihan rehabilitasi yang bertujuan untuk mempertahankan atau meningkatkan kemampuan gerakan sendi yang normal dan lengkap, serta meningkatkan massa otot dan tonus otot.

2.2.4 Patofisiologis

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan

Proses asuhan keperawatan terdiri dari pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi dan evaluasi.

1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian merupakan tahapan utama dari sebuah proses keperawatan dan juga merupakan proses mengumpulkan data yang berkaitan dengan kondisi pasien ataupun keluarganya untuk digunakan oleh perawat sebagai acuan dalam melakukan proses asuhan keperawatan dalam upaya memberikan asuhan keperawatan, baik pada individu, keluarga, kelompok dan Masyarakat.

Pengkajian keperawatan dalam gerontik ini terdiri dari :.

- a. Identifikasi pasien
- b. Keluhan utama
- c. Riwayat penyakit sekarang
- d. Riwayat penyakit dahulu
- e. Riwayat penyakit keluarga
- f. Pengkajian psiko-sosial-spiritual
- g. Pemeriksaan fisik
- h. Pemeriksaan abdomen
- i. Ekstermitas
- j. Aktifitas dan istirahat
- k. Sirkulasi
- l. Eliminasi

m. Pemeriksaan neuro sensori dan neurologi

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yaitu penilaian yang dilakukan secara klinis tentang respon pasien terhadap masalah Kesehatan ataupun pada proses kehidupannya baik itu dalam kondisi yang potensial ataupun aktual.

3. Intervensi Keperawatan

Rencana keperawatan merupakan fase dari proses keperawatan yang penuh pertimbangan dan sistematis serta mencakup pembuatan keputusan untuk menyelesaikan masalah.

Perawat membantu pasien ataupun keluarga dengan cara berikut :

- 1) Memberikan perawatan langsung
- 2) Menghilangkan hambatan terhadap layanan yang dibutuhkan
- 3) Meningkatkan kapasitas pasien untuk bertindak atas Namanya sendiri dan memikul tanggung jawab.

Perawat bertanggung jawab membantu keluarga atau pasien dalam melaksanakan rencana keperawatan. Perawat dapat mengambil peran sebagai pelatih, konselor, advokat, coordinator, konsultan dalam membantu pasien atau keluarga dalam menerapkan rencana keperawatan yang mereka libatkan secara erat dalam pembuatannya.

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi merupakan salah satu bagian dari asuhan keperawatan yang merupakan tindakan kegiatan yang bertujuan untuk mengatasi masalah yang dikeluhkan oleh pasien, biasanya implementasi mengikuti perencanaan yang

sudah ditetapkan agar dapat tercapainya tujuan dan hasil yang diperkirakan.

Tindakan keperawatan terhadap pasien mencakup dapat berupa:

1. Menstimulasi kesadaran atau penerimaan mengenal masalah dan kebutuhan Kesehatan dengan cara:
 - a. memberikan informasi penyuluhan atau konseling
 - b. mengidentifikasi kebutuhan dan harapan tentang Kesehatan
2. Menstimulasi pasien untuk memutuskan cara perawatan yang tepat, dengan cara:
 - a. mengidentifikasi konsekuensi tidak melakukan tindakan
 - b. mengidentifikasi sumber-sumber yang dimiliki keluarga
 - c. mendiskusikan tentang konsekuensi setiap Tindakan
3. Memberikan kepercayaan diri dalam merawat anggota keluarga yang sakit:
 - a. menggunakan alat dan fasilitas yang ada di rumah
 - b. mengawasi keluarga melakukan Tindakan keperawatan
5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan proses asuhan keperawatan yang dilakukan untuk mengevaluasi kemajuan status Kesehatan pasien, membandingkan respon individu dengan kriteria hasil yang telah ditetapkan dan menyimpulkan hasil kemajuan masalah keperawatan yang telah disusun bersama dengan perawat.

BAB 3

PENDOKUMENTASIAN ASUHAN KEPERAWATAN

A. Pengkajian

1. Biodata

Nama : Ny. D

Jenis Kelamin : Perempuan

Umur : 67 Tahun (27-07-1957)

Status Perkawinan : Janda/cerai mati

Pekerjaan : Tidak Bekerja

Agama : Kristen protestan

Pendidikan Terakhir : SMA

Alamat : komp. Tasbi Medan

Tanggal Masuk Panti : 25-09-2019

Tanggal Pengkajian : 03-02-2025

Diagnosa Medis : -

2. Riwayat Kesehatan

a. Keluhan Utama

Ny. D mengatakan tidak mampu menggerakkan tangan dan kaki sebelah kanan. Ny. D menggunakan kursi roda untuk berpindah tempat

b. Riwayat Penyakit Sekarang

Pada saat dilakukan pengkajian kepada pasien mengeluh sulit menggerakkan bagian ekstremitas kanan atas dan bawah dan Ny.D masuk dengan alasan sering marah-marah kepada pengasuhnya sewaktu masih di rumah.

c. Riwayat Kesehatan yang lalu

Ny. D mengatakan sudah mengalami stroke sejak 7 tahun yang lalu

d. Riwayat kesehatan keluarga

Ny. D mengatakan tidak tahu dan sudah lupa

2. Pola Aktivitas Sehari-hari

a. Pola tidur/istirahat

Sebelum sakit : Ny. D mengatakan pola tidur teratur. Tidur malam 20:00 wib dan terbangun 04:00 wib.

Saat sakit : Ny. D mengatakan sejak di panti tidur tetap teratur karena diperhatikan oleh ibu panti tidur pukul 20:00 dan bangun 04.00 pagi.

b. Pola eliminasi

Sebelum sakit : klien mengatakan buang air kecil dan buang air besar lancar

Saat sakit : Ny. D mengatakan buang air besar dan buang air kecil lancar (Tampak Ny.D menggunakan pampers).

c. Pola makan dan minum

Sebelum sakit : Ny. D mengatakan makan makan 2-3 kali sehari dan porsi selalu habis, dan minum air putih 6-8 gelas perhari.

Saat sakit : Ny. D mengatakan selama di panti Ny.D makan dengan teratur 3 kali sehari dan habis

d. Kebersihan diri

Sebelum sakit : Ny. D mengatakan mandi 2 kali dalam sehari tanpa bantuan dan melakukannya secara mandiri

Saat sakit : Ny. D mengatakan mandi 1 kali dalam sehari dengan bantuan karyawan di yayasan pemenang jiwa dan dibantu mengenakan pampers dan pakaian setiap harinya dan Ny.D juga jarang sikat gigi.

e. Pola kegiatan atau aktivitas

Sebelum sakit : Ny. D mengatakan sebelum sakit sangat suka pergi keladang dan melakukan pekerjaan di rumah

Saat sakit : Ny. D mengatakan tidak mampu untuk melakukan aktivitas sendiri, Ny.D hanya duduk dikursi roda, kebutuhan sehari-hari dibantu oleh petugas panti. Kegiatan-kegiatan yang ada di yayasan pemenang jiwa, seperti ibadah pagi, senam pagi, dan aktivitas lainnya.

f. Penggunaan bahan yang merusak kesehatan

Ny. D mengatakan tidak pernah merokok atau minum alkohol karena merusak kesehatan.

g. Riwayat elergi

Tidak memiliki alergi makanan atau obat

3. Data Psikososial

a. Pola Komunikasi

Ny. D mengatakan berkomunikasi menggunakan bahasa Indonesia dan selalu mau berkomunikasi dengan orang lain yang berada di lingkungan yayasan pemenang jiwa.

b. Orang yang paling dekat dengan pasien

Ny.D mengatakan orang yang paling dekat dengannya yaitu anaknya dan dipanti Ny.D selalu mau berkomunikasi dengan oma(pemilik yayasan) dan teman-teman yang berada disana.

c. Hubungan dengan orang lain

Ny. D mengatakan berbicara sekadarnya saja dengan orang lain.

d. Data kognitif

Ny. D mampu mengingat nama, tahun lahir, serta alamat rumahnya

4. Data Spiritual

a. Ketaatan Beribadah

Ny. D mengatakan dirinya beragama kristen protestan, sering beribadah di Gereja dan saat berada di yayasan pemenang jiwa Ny.D mengatakan setiap pagi mengikuti ibadah pagi yang ada di panti.

b. Keyakinan terhadap sehat dan sakit

Ny. D mengatakan sehat dan sakit tergantung pada umur dan kepercayaan kepada Tuhan, mampu memberikan kesehatan dan hidup kepada setiap umat manusia.

5. Pemeriksaan fisik

a. Penampilan umum

Ny. D sadar penuh, berpenampilan rapi, menggunakan kursi roda

b. Tanda-tanda vital

Td: 140/90

HR: 70x/i

RR: 18x/i

T : 36, 8°C

c. Pemeriksaan Kepala dan leher

1. Kepala : Kepala tampak bersih, dengan rambut yang memutih, tidak ada ketombe.
2. Wajah : Wajah tampak bersih, mudah tersenyum
3. Mata : mata mulai tampak rabun jauh, tidak ada katarak
4. Hidung : Hidung tampak bersih, tidak ada sinus dan mampu mencium aroma
5. Mulut dan faring : Mulut tampak kotor, gigi kuning dan ada beberapa gigi yang patah

d. Pemeriksaan Integumen/kulit

Kulit tampak keriput, berwarna sawomatang, CRT < 3 detik, tidak ada edema atau lesi.

e. Pemeriksaan Thorax dan dada

1. Inspeksi : Dada tampak simetris, tidak ada lesi
2. Palpasi : Fremitas dada menghasilkan getaran yang sama
3. Perkusi : Terdengar bunyi sonor
4. Auskultasi : Tidak ada bunyi tambahan yang dihasilkan

f. Pemeriksaan Abdomen

1. Inspeksi : Perut tampak sedikit berlemak, tidak ada lesi
2. Auskultasi : Hasil peristaltik usus normal 18x/i
3. Perkusi : Terdengar normal bunyi timpani
4. Palpasi : Tidak ada nyeri tekan

g. Pemeriksaan Muskuloskeletal

Ny. D tidak mampu berdiri atau berjalan, tidak mampu untuk berpindah sendiri, tidak mampu ke kamar mandi sendiri, semua dibantu oleh alat bantu jalan yaitu kursi roda. Hasil pengkajian indeks katz dengan nilai D yang artinya mandiri dalam semua hal, kecuali mandi dan berpakaian dan satu fungsi tambahan yaitu berpindah tempat. Hasil pemeriksaan kekuatan otot ditemukan pada ekstremitas kanan atas dan bawah hasilnya 2, untuk bagian ekstremitas kiri atas dan bawah hasilnya 4.

2	4
2	4

Keterangan :

Lumpuh total : 0

Ada gravitasi : 1

Dapat menggerakkan dengan bantuan : 2

Dapat melawan gravitasi : 3

Dapat menahan tekanan ringan : 4

Dapat menahan tekanan berat : 5

h. Pemeriksaan Neurologis

Ny. D mampu merasakan rangsangan nyeri yang diberikan

6. Pemeriksaan penunjang

a. Laboratorium : -

b. Foto rontgen : -

7. Penatalaksanaan dan terapi

a. Therapi

Terapi yang di berikan kepada Ny. D yaitu Amlodipine untuk hipertensi (1x 1) di minum di pagi hari setelah makan.

b. Penatalaksanaan perawatan

- Melakukan Latihan Range Of Motion (ROM) pada Ny.L disaat waktu senggang.

- Melakukan latihan berjalan disekitar panti jompo setiap pagi kepada Ny.L

B. Analisa Data

Tanggal	Symptom	Problem	Etiologi
03/2/2025	DS: - Ny. D mengatakan tidak mampu menggerakkan tangan dan kaki sebelah kanan - Ny. D mengatakan memiliki penyakit stroke sejak 7 tahun	Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054)	Gangguan Neuromuskular

	<p>yang lalu DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ny. D tampak menggunakan kursi roda untuk berpindah dan memobilisasi - Ny. D membutuhkan bantuan orang lain untuk mandi dan saat berpakaian - Dari pengkajian indeks Katz yang di dapat pada Ny. D yaitu nilai D, mandiri dalam semua hal, kecuali mandi, berpakaian dan satu fungsi tambahan yaitu berpindah tempat - Gerakan yang dilakukan terbatas - kekuatan otot (3) 		
03/2/2025	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ny. D mengatakan mandi hanya 1 kali sehari - Ny. D mengatakan jarang sikat gigi <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak gigi kotor dan mulut kotor - Tidak mampu untuk berhias mandiri - Tidak mampu mandi secara mandiri 	Defisit perawatan diri (D.0109)	Gangguan Muskuloskeletal
03/2/2025	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ny. D mengatakan tidak mampu berjalan dan berdiri sendiri - Ny. D mengatakan sulit untuk menggerakkan 	Resiko Jatuh (D.0143)	Kekuatan otot menurun

	<p>ekstremitas sebelah kanan</p> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none">- Adanya riwayat stroke- Hasil pemeriksaan kekuatan otot ditemukan pada ekstremitas kanan atas dan bawah hasilnya 2, untuk bagian ekstremitas kiri atas dan bawah hasilnya 4 <div><div></div><div><div>2</div><div>4</div></div><div><div>2</div><div>4</div></div></div> <ul style="list-style-type: none">- hasil pengkajian <i>indeks katz</i> dengan nilai D yang artinya mandiri dalam semua hal, kecuali mandi, berpakaian, dan satu fungsi tambahan yaitu berpindah tempat.- Adanya penggunaan kursi roda untuk mobilisasi.- Ny.D berusia 67 tahun.		
--	---	--	--

C. Diagnosa Keperawatan

No	Tanggal Muncul	Diagnosa Keperawatan
1.	03/02/2025	Gangguan mobilitas fisik bd gangguan neuromuskular
2.	03/02/2025	Defisit perawatan diri bd gangguan muskuloskeletal
3.	03/02/2025	Resiko jatuh bd kekuatan otot menurun



D. Rencana Asuhan Keperawatan

Tanggal	Diagnosa Keperawatan	SIKI	SLKI	Tanda tangan
03/02/2025	Gangguan mobilitas fisik (D.0054)	Dukungan mobilisasi (I.06171) Observasi: 1. Identifikasi adanya keluhan fisik lainnya 2. Monitor tekanan darah sebelum melakukan mobilisasi 3. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi Terapeutik 1. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu 2. Libatkan keluarga untuk membantu pasien Edukasi 1. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 2. Anjurkan melakukan mobilisasi dini	Mobilitas fisik (L.05042) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24jam, diharapkan tingkat gangguan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria 1. Pergerakan ekstremitas meningkat 2. Kekuatan otot meningkat 3. Rentang gerak sendi meningkat	Kristin angelina gultom
03/02/2025	Defisit perawatan diri (D.0109)	Dukungan perawatan diri (I.11348) Observasi: 1. Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia 2. Monitor tingkat kemandirian. Terapeutik 1. Sediakan lingkungan yang aman. 2. Siapkan keperluan pribadi 3. Dampingi dalam	Perawatan diri (L.11103) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam, diharapkan tingkat memori meningkat dengan kriteria 1. Kemampuan mandi meningkat 2. Kemampuan mengenakan pakaian meningkat 3. Kemampuan	Kristin angelina gultom



STIKes Santa Elisabeth Medan

		melakukan perawatan diri sampai mandiri Edukasi 1. Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan	makan meningkat 4. Kemampuan ke toilet meningkat 5. Melakukan perawatan diri meningkat	
03/02/2025	Resiko jatuh (D.0143)	Pencegahan jatuh (I.14540) Observasi: 1. Identifikasi faktor resiko penurunan kekuatan otot 2. Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan resiko jatuh (mis, lantai licin, penerangan ruangan) Terapeutik 1. Gunakan alat bantu berjalan (kursi roda) Edukasi 1. Anjurkan pemanggilan perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah.	Tingkat jatuh (L.14138) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam, diharapkan resiko jatuh menurun dengan kriteria: 1. Jatuh dari tempat tidur menurun 2. Jatuh saat berdiri menurun 3. Jatuh saat duduk menurun 4. Jatuh saat berjalan menurun	Kristin angelina gultom

E. Tindakan keperawatan

No diagnosa	Tanggal	Implementasi	Tanda tangan
(1,2,3) (1,3) (1,2)	04/02/2025	- Melakukan komunikasi terapeutik untuk membina hubungan saling percaya kepada Ny.D serta melakukan pengkajian. - Mengarahkan Ny.D untuk menjaga kebersihan - Melakukan observasi Td: 130/90 mmhg HR: 68x/i RR: 20x/i T: 36,2°C - mendampingi Ny.D untuk mengikuti	KRISTIN



STIKes Santa Elisabeth Medan

(2)		ibadah pagi - mendampingi Ny.D serapan pagi - mendampingi Ny.D untuk meminum obat amlodipine 1x1	
(1,3) (1,3) (2) (1) (1) (1,2,3)	05/02/2025	- Melakukan komunikasi terapeutik kembali untuk membina hubungan saling percaya kepada Ny.D - Melakukan pengkajian pada Ny.D meliputi keluhan yang pasien rasakan dan riwayat penyakit yang diderita. - Melakukan pengkajian MMSE dengan nilai 28 yang artinya tidak menunjukkan adanya kerusakan kognitif. - Mendampingi Ny.D untuk memenuhi nutrisi. - Melakukan Observasi Td: 120/90 mmhg HR:70x/i RR:x/i T: 36,2°C - Memberikan terapi ROM untuk melatih kekuatan otot pasien	
(1,2,3) (1,3) (1) (1,2,3) (1,3) (1,3) (1,3) (2)	06/02/2025	- Melakukan komunikasi terapeutik kembali untuk membina hubungan saling percaya pada Ny.D - Mendampingi Ny.D minum obat yang dikonsumsi yaitu amlodipine 1x1 - Menilai kekuatan otot Ny.D dengan hasil kekuatan otot ditemukan pada bagian ekstremitas kanan atas dan bawah hasilnya 2, untuk bagian ekstremitas kiri atas dan bawah hasilnya 4. - Melakukan observasi Td: 120/90 mmhg HR:70x/i RR:x/i T: 36,2°C - Melakukan pengkajian indeks katz yaitu di dapatkan hasil tingkat kemandirian Ny. D dalam kategori nilai D yaitu, mandiri dalam semua hal, kecuali mandi, berpakaian dan satu fungsi tambahan yaitu berpindah tempat. - Memberikan terapi ROM pada Ny.D - Mendampingi Ny.D untuk makan malam - Mendampingi Ny.D untuk mengikuti	

		ibadah malam - Monitoring Ny.D untuk beristirahat secara teratur dan memperhatikan kondisi tempat tidur untuk mengurangi resiko jatuh dari tempat tidur. - Membantu mengganti pempers dan pakaian Ny. D yang basah	
--	--	--	--

F. Evaluasi

Tanggal/No. DX	Catatan perkembangan
04/02/2025	S: Ny. D mengatakan masih sulit menggerakkan tangan dan kaki sebelah kanan O: Ku: ringan, kes : CM, menggunakan kursi roda sebagai alat bantu,kekuatan otot lemah A: Gangguan mobilitas fisik belum teratasi P: - Intervensi di lanjutkan - Berikan terapi ROM setiap hari - Ajarkan mobilisasi sederhana
1	
2	S: Ny. D mengatakan mandi 1x dalam sehari, jarang sikat gigi O: Ku: ringan, kes : CM, tampak mulut dan gigi kotor, makan berantakan A: Defisit perawatan diri belum teratasi P: - Intervensi di lanjutkan - Ajarkan untuk makan dengan rapi
3	S: Ny. D mengatakan sulit berjalan dan berdiri secara mandiri O: Menggunakan kursi roda untuk berpindah, kekuatan otot menurun A:Masalah resiko jatuh belum teratasi P: - Intervensi di lanjutkan - Perhatikan lingkungan seperti lantai licin dan pencahayaan ruangan - Pantau K/U
05/02/2025 - 06/02/2025	S: Ny. D mengatakan masih sulit menggerakkan tangan dan kaki sebelah kanan O: Ku: ringan, kes : CM, menggunakan kursi roda sebagai alat bantu,kekuatan otot lemah A: Gangguan mobilitas fisik belum teratasi P: - Intervensi di lanjutkan - Berikan terapi ROM setiap hari
1	
2	S: Ny. D mengatakan mandi 1x dalam sehari, jarang sikat gigi O: pakaian tampak bersih walaupun masih berantakan A: Defisit perawatan diri belum teratasi P: - Intervensi di lanjutkan - Ajarkan untuk makan dengan rapi - Bantu perawatan diri
	S: Ny. D mengatakan sulit berjalan dan berdiri secara mandiri O: Menggunakan kursi roda untuk berpindah, kekuatan otot



STIKes Santa Elisabeth Medan

3	<p>menurun</p> <p>A: Masalah resiko jatuh tidak menjadi aktual</p> <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none">- Intervensi di lanjutkan- Perhatikan lingkungan seperti lantai licin dan pencahayaan ruangan- Pantau K/U
---	--

BAB 4 PEMBAHASAN

Kegiatan pemberian asuhan keperawatan pada lansia ini dilakukan di yayasan pemenang jiwa, kliennya adalah salah satu dari lansia yang mengalami gangguan mobilitas fisik. Pemberian asuhan keperawatan dilakukan mulai dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan tindakan keperawatan, pelaksanaan tindakan keperawatan dan evaluasi keperawatan yang dilakukan selama kurang lebih 4 hari mulai dari tanggal 3 februari 2025 - 6 februari 2025.

4.1 Pengkajian

Berdasarkan fakta yang terjadi pada saat dilakukan pengkajian pada Ny.D umur 67 tahun ditemukan adanya masalah keperawatan yaitu gangguan mobilitas fisik, Ny.D mengatakan tidak mampu menggerakkan ekstremitas kanan atas dan bawah, kekuatan otot menurun pada tangan dan kaki sebelah kanan (2) dari hasil pengkajian *indeks katz* dengan nilai D yang artinya mandiri dalam semua hal, kecuali mandi, berpakaian, dan satu fungsi tambahan yaitu berpindah tempat, Dari pengkajian MMSE yang bertujuan untuk mengetahui kemampuan seseorang dalam berpikir atau menguji aspek kognitif di dapatkan jumlah benar 28 yang dimana bahwa Ny. D tidak menunjukkan adanya kerusakan kognitif.

Gangguan mobilitas fisik adalah kondisi yang menghambat kemampuan seseorang untuk bergerak bebas, dan penyebabnya sangat bervariasi, mencakup faktor neurologis, muskuloskeletal, metabolik, hingga psikososial (Kumar et al., 2025). gangguan mobilitas fisik merupakan salah satu tantangan kesehatan paling umum dan berdampak besar pada kualitas hidup lansia. Mobilitas terbatas menyebabkan ketergantungan, resiko jatuh, dan penurunan kognitif.masalah

utama mobilitas fisik pada lansia yaitu sarkopenia (penurunan massa otot), risiko tinggi jatuh dan cedera, keterbatasan fungsional setelah patah tulang atau stroke, kondisi neurologis seperti parkinson atau gangguan kognitif, konstipasi dan gangguan organik yang tidak terlihat, ketidakseimbangan psikososial (depresi, isolasi) (Zhou et al., 2025). gangguan mobilitas fisik pada lansia adalah hasil dari interaksi kompleks antara faktor biologis, neurologis, psikososial, dan lingkungan. Dengan memahami penyebabnya secara menyeluruh, intervensi yang tepat dapat dirancang untuk mempertahankan atau meningkatkan kualitas hidup lansia (Nguyen et al., 2025).

Tindakan keperawatan yang diberikan kepada Ny.D selama tiga hari berupa mengkaji adanya keluhan fisik, dan mengajarkan pasien untuk melakukan pergerakan sederhana yaitu ROM aktif untuk melatih otot. Menurut (Ummah, 2019) dengan melakukan terapi ROM dua kali sehari, dalam lima hari pun terdapat peningkatan pergerakan sendi dari 64% menjadi 91%, dilakukan dengan waktu 10-15 menit akan berpengaruh terhadap rentang gerak.

Hasil evaluasi pada Ny.D di hari pertama, kedua dan ketiga mobilitas fisik belum meningkat karena data yang ditemukan belum memenuhi kriteria hasil yang disusun. Data yang ditemukan di hari ketiga yaitu, pasien mengatakan anggota tubuh ekstremitas kanan atas dan bawah masih mengalami kelemahan, kekuatan otot cukup meningkat dibuktikan dengan pasien dapat mengangkat tangan kanan sedikit walaupun masih bergetar.

Penulis berasumsi bahwa gangguan mobilitas fisik sangat berpengaruh pada lansia karena jika tidak ditangani maka akan muncul masalah lain seperti risiko

jatuh akibat kekuatan otot menurun, perubahan-perubahan tersebut akan mempengaruhi aktifitas fisik sehari-hari, salah satu perubahan yang terjadi akibat penuaan adalah perubahan kualitas dan kuantitas otot rangka. Saat ini diketahui bahwa massa otot dan kekuatan otot saling berkaitan dan perubahan massa otot mempengaruhi perubahan kekuatan otot dan berdasarkan pengkajian yang telah dilakukan didapatkan hasil Ny.D mengalami penurunan kekuatan otot dibagian ekstremitas kanan atas dan bawah dari situ dapat diperoleh fakta bahwa ada kesamaan fakta dengan teori yang ada.

4.2 Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan fakta penulis mengambil diagnosa gangguan mobilitas fisik karena dari data pengkajian didapatkan data *indeks katz* Ny.D dengan nilai D yang artinya mampu melakukan semua aktivitas kecuali mandi, berpakaian, dan satu fungsi tambahan yaitu berpindah tempat.

Menurut (Nguyen et al., 2025), gangguan mobilitas fisik merupakan keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri yang ditandai dengan merusakkan integritas struktur tulang, perubahan metabolisme, ketidakbugaran fisik, penurunan kendali otot, penurunan kekuatan otot, keterlambatan perkembangan, kekakuan sendi, kontraktur, malnutrisi.

Penulis berasumsi gangguan mobilitas fisik termasuk dalam diagnosa karena dari data pengkajian didapatkan data Ny.D dari hasil pengkajian *indeks katz* dengan nilai D yang artinya Ny.D mampu melakukan semua aktivitas kecuali mandi, berpakaian, dan satu fungsi tambahan yaitu berpindah tempat.

Berdasarkan tinjauan kasus yang dilakukan Ny.D mengatakan tidak mampu menggerakkan ekstremitas kanan atas dan bawah untuk melakukan mobilisasi sehari-hari, hasil pemeriksaan kekuatan otot ditemukan pada ekstremitas kanan atas dan bawah dengan nilai 2 dan pada ekstremitas kiri atas dan bawah dengan nilai 4.

Menurut (SDKI, 2018) resiko jatuh dengan faktor resiko, usia, riwayat jatuh, penggunaan alat bantu berjalan, lingkungan tidak aman, dan kekuatan otot menurun.

Penulis berasumsi bahwa dari data yang didapatkan dari hasil pengkajian Ny.D mengatakan sulit untuk menggerakkan ekstremitas kanan atas dan bawah, hasil pemeriksaan kekuatan otot ditemukan pada ekstremitas kanan atas dan bawah dengan nilai 2 dan pada ekstremitas kiri atas dan bawah dengan nilai 4, maka dari standart diagnosa keperawatan indonesia diagnosa yang digunakan yaitu resiko jatuh berhubungan dengan kekuatan otot menurun.

4.3 Intervensi Keperawatan

Berdasarkan tinjauan kasus yang telah dilakukan oleh penulis pada Ny.D diperoleh data bahwa Ny.D mengatakan sulit menggerakkan ekstremitas kanan atas dan bawah, dari hasil pengkajian *indeks katz* Ny.D dengan nilai D yang artinya mampu melakukan semua aktivitas kecuali mandi, berpakaian, dan satu fungsi tambahan yaitu berpindah tempat.

Menurut (SIKI, 2018), tindakan utama yaitu dukungan mobilisasi merupakan meningkatkan kemampuan dalam bergerak secara mandiri atau dengan bantuan, guna mencegah komplikasi akibat imobilisasi dan

mempertahankan fungsi fisik. Menurut (Nguyen et al., 2025), bahwa ROM dapat digunakan untuk Mempertahankan atau meningkatkan kemampuan gerakan sendi yang normal dan lengkap, serta meningkatkan massa otot dan tonus otot pada lansia.

Penulis berasumsi bahwa ketika seseorang mengalami gangguan mobilitas fisik maka intervensi yang dapat dilakukan secara mandiri yaitu dukungan mobilisasi seperti ROM yang berfungsi untuk Meningkatkan kemampuan gerakan sendi yang normal dan lengkap, serta meningkatkan massa otot dan tonus otot maka dari itu standart intervensi keperawatan yang digunakan yaitu dukungan mobilisasi.

Pada diagnosa yang kedua defisit perawatan diri (I.11348), di dapatkan dari buku SIKI yang diambil adalah: dukungan perawatan diri yang dimana ada 7 item yang dilakukan dalam intervensi pada defisit perawatan diri ini adalah identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia, monitor tingkat kemandirian, identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan, sediakan lingkungan yang terapeutik, dampingi dalam melakukan perawatan diri, fasilitasi kemandirian bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri, dan anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan. Menurut SIKI (2016) terdapat 10 item intervensi tetapi 7 item yang di lakukan dikarenakan keterbatasan waktu dan tempat penulis.

Berdasarkan tinjauan kasus yang dilakukan Ny.D mengatakan tidak mampu menggerakkan ekstremitas kanan atas dan bawah untuk melakukan

mobilisasi sehari-hari, hasil pemeriksaan kekuatan otot ditemukan pada ekstremitas kanan atas dan bawah dengan nilai 2 dan pada ekstremitas kiri atas dan bawah dengan nilai 4.

Menurut (Nguyen et al., 2025), pencegahan jatuh adalah intervensi yang dilakukan oleh perawat untuk mengidentifikasi dan menurunkan resiko pasien terjatuh akibat perubahan kondisi fisik, atau psikologis. Didukung oleh (Nguyen et al., 2025), mendampingi lansia dengan meningkatkan keterlibatan pasien didalam program pencegahan resiko jatuh.

Penulis berasumsi bahwa ketika seseorang mengalami resiko jatuh maka intervensi keperawatan yang dapat dilakukan secara mandiri yaitu mengidentifikasi faktor resiko jatuh seperti usia, Ny.D berusia 67 tahun dan mengidentifikasi faktor lingkungan maka dari standart intervensi keperawatan yang digunakan yaitu pencegahan jatuh.

4.4 Implementasi Keperawatan

Berdasarkan fakta ketika seseorang mengalami gangguan mobilitas fisik maka intervensi keperawatan yang dapat dilakukan secara mandiri yaitu latihan dukungan mobilisasi seperti ROM yang berfungsi untuk Meningkatkan kemampuan gerakan sendi yang normal dan lengkap, serta meningkatkan massa otot dan tonus otot maka standart intervensi keperawatan yang digunakan yaitu dukungan mobilisasi.

Menurut (Muhammad Aldo Aditama & Ummu Muntamah, 2024), teknik yang digunakan yaitu terapi ROM, latihan ROM dapat meningkatkan aktivitas neuromuskuler dan muskuler dengan cara merangsang produksi asetilkolin dan

kontraksi pada saraf-saraf otot, serta meningkatkan metabolisme pada mitokondria untuk menghasilkan energi ATP yang diperlukan untuk kontraksi otot dan meningkatkan tonus otot polos ekstremitas. Menurut (Muhammad Aldo Aditama & Ummu Muntamah, 2024) latihan ROM merupakan latihan rehabilitasi yang bertujuan untuk mempertahankan atau meningkatkan kemampuan gerakkan sendi yang normal dan lengkap, serta meningkatkan massa otot dan tonus otot. Menurut (Muhammad Aldo Aditama & Ummu Muntamah, 2024) pada penelitian yang dilakukan di RSUD kardinah kota tegal melakukan terapi ROM selama 3 hari dan dilakukan 2x dalam sehari di dapatkan hasil kekuatan otot mengalami peningkatan.

Penulis berasumsi bahwa dari hasil intervensi dukungan mobilisasi diterapkan pada Ny.D setelah pengkajian. Penerapan tindakan ROM dilakukan untuk meningkatkan kemampuan gerakkan sendi yang normal dan lengkap, serta meningkatkan massa otot dan tonus otot. Implementasi ini dilakukan pada tanggal 5 februari 2025.

Diagnosa defisit perawatan diri, selama tiga hari perawat melakukan berupa memonitor tingkat kemandirian, mendampingi dalam melakukan perawatan diri, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri, memonitor kebersihan tubuh, menyediakan lingkungan yang aman dan nyaman, dampingi dalam melakukan perawatan diri, fasilitasi kemandirian bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri, dan anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan. Menurut (Salman et al., 2022) perawatan diri sangat penting untuk mencegah kelemahan dan gangguan kesehatan.

Berdasarkan tinjauan kasus yang dilakukan Ny.D mengatakan sulit untuk menggerakkan ekstremitas kanan atas dan bawah , Ny.D tampak menggunakan alat bantu jalan (kursi roda), hasil pemeriksaan kekuatan otot ditemukan pada ekstremitas kanan atas dan bawah hasilnya 2 dan ekstremitas kiri atas dan bawah hasilnya 4.

Menurut (Salman et al., 2022), pencegahan jatuh perlu untuk dilakukan seperti mengidentifikasi faktor penurunan fungsi dari sistem muskuloskeletal dapat mempengaruhi kejadian imobilisasi dan merupakan salah satu faktor internal yang turut berperan terhadap kejadian imobilisasi. Menurut (Setyorini & Setyaningrum, 2018), memasang hand rall tempat tidur dan mengunci roda tempat sangat ampuh untuk mengurangi resiko jatuh pada lansia.

Penulis berasumsi bahwa dari hasil intervensi pencegahan jatuh diterapkan pada Ny.D setelah pengkajian. Penerapan tindakan mandiri yang dilakukan yaitu mengidentifikasi faktor jatuh dan memonitor lingkungan yang dilakukan pada Ny.D pada tanggal 5 februari 2025.

4.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi dilakukan selama kurang > 4 hari , evaluasi dilakukan untuk mengetahui perkembangan kondisi klien dari awal dilakukan tindakan hingga selesai. Kondisi klien dengan umur 67 tahun sudah dikategorikan usia lanjut pada saat dilakukan implementasi untuk belajar mengingat klien kurang terfokus dengan tindakan yang diberikan, meskipun klien mau mengikuti seluruh tindakan. Seperti halnya mulai dari pertama klien sudah di orientasikan waktu akan tetapi, sesuai dengan teori bahwa evaluasi merupakan tahap akhir yang bertujuan untuk

menilai apakah tindakan keperawatan yang telah dilakukan tercapai atau tidak untuk mengatasi suatu masalah.

Menurut (Muhammad Aldo Aditama & Ummu Muntamah, 2024), teknik yang digunakan yaitu terapi ROM, latihan ROM dapat meningkatkan aktivitas neuromuskuler dan muskuler dengan cara merangsang produksi asetilkolin dan kontraksi pada saraf-saraf otot, serta meningkatkan metabolisme pada mitokondria untuk menghasilkan energi ATP yang diperlukan untuk kontraksi otot dan meningkatkan tonus otot polos ekstremitas. Menurut (Muhammad Aldo Aditama & Ummu Muntamah, 2024) latihan ROM merupakan latihan rehabilitasi yang bertujuan untuk mempertahankan atau meningkatkan kemampuan gerakan sendi yang normal dan lengkap, serta meningkatkan massa otot dan tonus otot. Menurut (Muhammad Aldo Aditama & Ummu Muntamah, 2024) pada penelitian yang dilakukan di RSUD kardinah kota tegal melakukan terapi ROM selama 3 hari dan dilakukan 2x dalam sehari di dapatkan hasil kekuatan otot mengalami peningkatan.

Penulis berasumsi bahwa setelah direncanakan intervensi latihan ROM untuk meningkatkan kemampuan gerakan sendi yang normal dan lengkap , serta meningkatkan massa otot dan tonus otot pada lansia dengan gangguan mobilitas fisik berupa terapi ROM maka setelah dilakukan penerapan ROM evaluasi yang ditemukan dihari ketiga yaitu, pasien mengatakan anggota tubuh sebelah kanan masih mengalami kelemahan, kekuatan otot cukup meningkat di buktikan dengan pasien dapat mengangkat tangan kanan sedikit walaupun masih bergetar. Oleh karena itu intervensi dukungan mobilitas fisik masih perlu dilanjutkan.

Hasil evaluasi asuhan keperawatan gerontik defisit perawatan diri di hari pertama, kedua, dan ketiga pasien tidak mampu memenuhi kebutuhan nya secara mandiri, perawatan diri seperti mandi sepenuhnya di bantu oleh perawat, oleh karena itu intervensi perlu di lanjutkan.

Penulis berasumsi bahwa resiko jatuh pada lansia dapat mengakibatkan keterbatasan fisik, mengurangi kapasitas untuk melaksanakan aktivitas sehari-hari namun pada pengkajian *indeks katz* hasil yang didapatkan yaitu Ny.D mampu melakukan semua aktivitas kecuali mandi, berpakaian, dan satu fungsi tambahan yaitu berpindah tempat.

Hasil evalusi asuhan keperawatan gerontik resiko jatuh di hari pertama, kedua dan ketiga tingkat jatuh cukup menurun karena perawat selalu mengecek pasien dan lingkungan sekitar pasien yang dapat membuat pasien jatuh.

BAB 5

SIMPULAN DAN SARAN

1.1 Simpulan

Dari hasil penatalaksanaan asuhan keperawatan gerontik pada Ny.D dengan masalah gangguan mobilitas fisik, dapat disimpulkan bahwa :

1. Saat dilakukan pengkajian didapatkan bahwa Ny. D sudah menderita stroke selama 7 tahun yang lalu. Ny. D tidak mampu menggerakkan tangan dan kaki sebelah kanan dan menggunakan kursi roda untuk berpindah tempat. Ny. D berjenis kelamin perempuan, beragama kristen, protestan, alamat Komp. Tasbih Blok medan . Ny. D dapat berkomunikasi dengan baik dan dapat mengingat nama oma dan opa yang tinggal 1 unit dengannya. Ny. D juga mengonsumsi obat anti hipertensi yaitu amlodipine (1x1). Nilai indeks katz nilai D yaitu mandiri dalam semua hal, kecuali mandi, berpakaian dan berpindah tempat. Dari pengkajian MMSE yang bertujuan untuk mengetahui kemampuan seseorang dalam berpikir atau menguji aspek kognitif di dapatkan jumlah benar 28 yang dimana bahwa Ny. D tidak menunjukkan adanya kerusakan kognitif.
2. Berdasarkan data yang di dapat ditemukan 3 diagnosa keperawatan pada Ny. D yaitu gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan

neuromuskular, defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal, resiko jatuh berhubungan dengan usia > 65 tahun dan penggunaan alat bantu.

3. Intervensi yang dilakukan mencakup pada diagnosa keperawatan yang ditegakkan dan dibuat sesuai dengan SIKI dan SLKI. Pada diagnosa yang pertama Pada diagnosa yang pertama yaitu gangguan mobilitas fisik, didapatkan dari buku SIKI yang di ambil adalah: dukungan mobilisasi yang dimana ada 10 item dan hanya 7 item yang dilakukan dalam intervensi pada gangguan mobilisasi fisik. Pada diagnosa yang kedua defisit perawatan diri, di dapatkan dari buku SIKI yang diambil adalah: dukungan perawatan diri yang dimana ada 10 item dan hanya 7 item yang dilakukan. Pada diagnosa ketiga yaitu resiko jatuh, di dapatkan dari buku SIKI yang di ambil adalah : pencegahan jatuh yang dimana ada 17 item dan hanya 8 item yang dilakukan, dikarenakan keterbatasan waktu dan alat.
4. Implementasi yang dilakukan lebih difokuskan dengan tindakan keperawatan mandiri. Adapun implementasi yang telah dilakukan pada diagnosa pertama yaitu berupa mengkaji adanya keluhan fisik, monitor tekanan darah sebelum melakukan mobilisasi, monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi, jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi, anjurkan mobilisasi dini, dan mengajarkan pasien untuk melakukan pergerakan sederhana yaitu ROM aktif untuk melatih otot.

Diagnosa defisit perawatan diri, selama tiga hari perawat melakukan berupa memonitor tingkat kemandirian, mendampingi dalam melakukan perawatan diri, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri, memonitor kebersihan tubuh, menyediakan lingkungan yang aman dan nyaman, dampingi dalam melakukan perawatan diri, fasilitasi kemandirian bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri, dan anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan.

Diagnosa resiko jatuh, perawat melakukan berupa mengidentifikasi faktor resiko jatuh, mengidentifikasi faktor lingkungan yang dapat mengakibatkan resiko jatuh.

5. Evaluasi keperawatan dapat berupa respon verbal dan hasil penulis untuk melakukan asuhan keperawatan dan keadaan pasien. Hasil evaluasi dari ketiga diagnosa yaitu 2 diagnosa belum teratasi, 1 diagnosa sedikit teratasi karena keterbatasan waktu.

1.2 Saran

Bagi institusi pendidikan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan sebagai masukan pendidikan untuk memberikan wawasan dan pengetahuan serta informasi mengenai asuhan keperawatan dengan masalah gangguan mobilitas fisik dan mengajarkan tentang ROM terutama pada mata kuliah gerontic, KMB, dan keperawatan dasar.

DAFTAR PUSTAKA

- Aditama, M. A., & Muntamah, U. (2024). Pengelolaan Gangguan Mobilitas Fisik pada Pasien Hemiparesis dengan Stroke Non Hemoragik. *Jurnal Keperawatan Berbudaya Sehat*, 2(1).
- Andarii. (2023). *Keperawatan Gerontik* (p. 174).
- Azhari, A. A., Suhariyanto, S., Ernawati, E., Juniartati, E., & Sulistyawati, D. (2022). Asuhan Keperawatan Lansia dengan Demensia: Studi Kasus. *Jurnal Keperawatan Cikini*, 3(2), 75–83. <https://doi.org/10.55644/jkc.v3i2.89>
- Burton, A., Drew, S., Cassim, B., Jarjou, L. M., Goberman-Hill, R., Noble, S., Mafirakureva, N., Graham, S. M., Grundy, C., Hawley, S., Wilson, H., Manyanga, T., Marenah, K., Trawally, B., Masters, J., Mushayavanhu, P., Ndekwere, M., Paruk, F., Lukhele, M., ... Gregson, C. L. (2023). Fractures in sub-Saharan Africa: epidemiology, economic impact and ethnography (Fractures-E3): study protocol. *Wellcome Open Research*, 8, 261. <https://doi.org/10.12688/wellcomeopenres.19391.1>
- Kalache, A., & Gatti, A. (2003). Active ageing: a policy framework. *Advances in Gerontology = Uspekhi Gerontologii / Rossiiskaia Akademiia Nauk, Gerontologicheskoe Obshchestvo*, 11, 7–18. <https://doi.org/10.1080/tam.5.1.1.37>
- Kumar, P., Buckley, J., Roddy, E., & Thomas, M. J. (2025). Physical Impairments in People With Gout: A Scoping Review. *Musculoskeletal Care*, 23(2). <https://doi.org/10.1002/msc.70103>
- Mauliddiyah, D., Ulfah, M., & Siwi, A. S. (2022). Asuhan Keperawatan dengan Masalah Gangguan Mobilitas Fisik pada Pasien Stroke Non Hemoragik (SNH). *Journal of Management Nursing*, 2(1), 168–172. <https://doi.org/10.53801/jmn.v2i1.74>
- Medika, J. M. (2023). *Jurnal Menara Medika* <https://jurnal.umsb.ac.id/index.php/menaramedika/index> JMM 2023 p-ISSN 2622-657X, e-ISSN 2723-6862. 5(2), 159–165.
- Muhammad Aldo Aditama, & Ummu Muntamah. (2024). Pengelolaan Gangguan Mobilitas Fisik Pada Pasien Hemiparesis Dengan Stroke Non Hemoragik. *Jurnal Keperawatan Berbudaya Sehat*, 2(1), 7–14. <https://doi.org/10.35473/jkbs.v2i1.2444>
- Nguyen, T., Behrens, M., Broscheid, K. C., Bielitzki, R., Rohkohl, K., Rudolph, I., Meiler, K., Franke, J., & Schega, L. (2025). Effects of an additional multimodal intervention (MultiMove) during inpatient rehabilitation on clinical and functional outcomes in patients with chronic low back pain– a pilot trial. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 26(1). <https://doi.org/10.1186/s12891-025-08494-2>
- Salman, I. P. P., Haiga, Y., & 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>
- Setyorini, A., & Setyaningrum, N. (2018). Pengaruh Latihan Range of Motion

- (Rom) Aktif Assitif Terhadap Rentang Gerak Sendi Pada Lansia Yang Mengalami Immobilisasi Fisik. *Surya Medika: Jurnal Ilmiah Ilmu Keperawatan Dan Ilmu Kesehatan Masyarakat*, 13(2), 77–84. <https://doi.org/10.32504/sm.v13i2.116>
- Surya Rini, S., Kuswardhani, T., & Aryana, S. (2018). Faktor – faktor yang berhubungan dengan gangguan kognitif pada lansia di Panti Sosial Tresna Werdha Wana Seraya Denpasar. *Jurnal Penyakit Dalam Udayana*, 2(2), 32–37. <https://doi.org/10.36216/jpd.v2i2.35>
- Ummah, M. S. (2019). Keperawatan gerontik. *Sustainability (Switzerland)*, 11(1), 1–14.
- Zhou, Y., Yu, C., Lu, P., Zhao, J., & Affiliated, T. S. (2025). *with cognitive frailty and depression*. 15(4), 1–12. <https://doi.org/10.5498/wjp.v15.i4.103827>

LAMPIRAN



STIKES SANTA ELISABETH MEDAN

Ny. Dewi

3. MINI MENTAL STATE EXAM (MMSE)

Batasan

Merupakan instrument pengkajian sederhana yang digunakan untuk mengetahui kemampuan seseorang dalam berpikir atau menguji aspek kognitif apakah ada perbaikan atau semakin memburuk.

Tujuan

Untuk mengkaji kemajuan klien berhubungan dengan intervensi.

Prinsip

1. Akurat dan sistematis
2. Berkesinambungan
3. Jaga privacy klien

Alat

1. Lembar Observasi
2. Alat tulis (pulpen dan buku tulis)

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. Bula 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. <u>Lilin</u>	✓	
	12. <u>Lampu</u>	✓	
	13. <u>Meja</u>	✓	
3	PERHATIAN DAN KALKULASI		
	Minta klien mengeja 5 kata dari belakang, missal "BAPAK"		
	14. K	✓	
	15. A	✓	
	16. P	✓	
	17. A	✓	
	18. B	✓	
4	MENGINGAT		
	Minta klien untuk mengulang objek di atas		
	19. <u>Meja</u>	✓	
	20. <u>Lampu</u>	✓	
	21. <u>Lilin</u>	✓	

STIKes Santa Elisabeth Medan

No	ITEM PENILAIAN	BENAR (1)	SALAH (0)
5	BAHASA		
	a. Penamaan	✓	
	Tunjukkan 2 benda minta klien menyebutkan:		
	22. Jam tangan	✓	
	23. Pensil	✓	
	b. Pengulangan		
	Minta klien mengulangi tiga kalimat berikut:		
	24. "Tak ada jika, dan, atau tetapi"	✓	
	c. Perintah tiga langkah		
	25. Ambil kertas!	✓	
	26. Lipat dua!	✓	
	27. Taruh di lantai!		
	b. Turuti hal berikut		
	28. Tutup mata	✓	
	29. Tulis satu kalimat		✓
	30. Salin gambar		✓
	JUMLAH		

Analisa hasil:
Nilai ≤ 21 : Kerusakan kognitif

Catatan:

Dari hasil pengkajian, didapatkan jumlah benar adalah 20 dimana lebih besar dari 21 yang dimana bahwa ng.0 tidak menunjukkan adanya kerusakan kognitif

Medan,
Pembimbing

4. INDEKS KATZ

BATASAN

Alat yang digunakan untuk menentukan hasil tindakan dan prognosis pada lanjut usia dan penyakit kronis.

TUJUAN

Menggambarkan tingkat fungsional klien (mandiri atau tergantung) dan secara objektif mengukur efek tindakan yang diharapkan untuk memperbaiki fungsi.

PRINSIP

1. Tenang dan sabar
2. Akurat dan sistematis
3. Berkesinambungan

ALAT

1. Lembar observasi
2. Alat tulis (pulpen dan kertas)

PROSEDUR

No	AKTIFITAS	Mandiri	Tergantung
1	Mandi:		
	Bantuan hanya pada satu bagian mandi (seperti 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, mengancingi/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 ke dan 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)	✓	

DOKUMENTASI