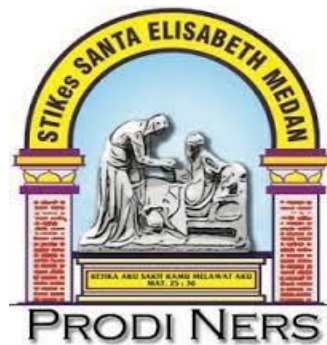




**ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK PADA NY.A DENGAN  
MASALAH UTAMA DISTRESS SPIRITUAL DI YAYASAN  
PEMENANGJIWA SUMATRA RUMAH PENULIHAN  
PANTI JOMPO TAHUN 2025**

**KARYA ILMIAH AKHIR**



Nola Yohana Sitanggang  
NIM. 0520204077

**PROGRM STUDI PROFESI NERS  
SEKOLAH TINGG ILMU KESEHATAN SANTA ELISABETH MEDAN  
TAHUN 2025**

**ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK PADA NY.A DENGAN  
MASALAH UTAMA KESEPIAN DI YAYASAN PEMENANG  
JIWA SUMATRA RUMAH PENULIHAN PANTI JOMPO  
TAHUN 2025**

**KARYA ILMIAH AKHIR**

Sebagai salah satu syarat menyelesaikan Pendidikan profesi NERS  
Program Studi profesi Ners Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa  
Elisabeth Medan



Nola Yohana Sitanggang  
NIM. 0520204077

**PROGRM STUDI PROFESI NERS  
SEKOLAH TINGG ILMU KESEHATAN SANTA ELISABETH MEDAN  
TAHUN 2025**

**LEMBAR PENGESAHAN**

**KARYA ILMIAH AKHIR INI TELAH DISETUJUI UNTUK  
DIPERTAHANKAN  
PADA UJIAN SIDANG KARYA ILMIAH AKHIR  
TANGGAL 22 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. Karo, M. Kep., DNSc)**




**LEMBAR PENETAPAN TIM PENGUJI**

**KARYA ILMIAH AKHIR INI TELAH DIPERTAHANKAN DI DEPAN TIM  
PENGUJIAN SIDANG KARYA ILMIAH AKHIR PROGRAM STUDI  
PROFESI NERS SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN SANTA  
ELISABETH MEDAN PADA TANGGAL 22 MEI 2025**

**TIM PENGUJI**

**TANDA TANGAN**

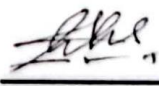
**Ketua : Helinida Saragih, S.Kep.,Ns.,M.Kep**



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



**: Lili Suryani Tumanggor, S.Kep.,Ns.,M.Kep**





**LEMBAR PERSETUJUAN**

**Diajukan sebagai Salah Satu Syarat Guna Memperoleh gelar Ners (Ns)**

Oleh :  
Nola Yohana Sitanggang  
052024077

Medan, 22 Mei 2025

Menyetujui  
Ketua Penguji

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

Anggota

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

(Lili Suryani Tumanggor, S.Kep.,Ns.,M.Kep)

**KATA PENGANTAR**

Puji dan syukur penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa karena rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyusun karya tulis ilmiah akhir ini yang berjudul “Asuhan Keperawatan Gerontik Pada Ny.A Dengan Masalah Utama Distress Spiritual Di Yayasan Pemenang Jiwa Sumatra Rumah Pemulihan Panti Jompo 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 (STIKes) Santa Elisabeth Medan. Pada penyusunan karya ilmiah ini penulis menyadari bahwa semuanya ini tidak semata-mata hasil kerja pengkaji 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 STIKes Santa Elisabeth Medan, yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas untuk mengikuti pendidikan di STIKes Santa Elisabeth Medan.
2. Ev Ance Cholia selaku ketua Panti Yayasan Pemenang Jiwa Medan yang telah memberikan nasehat dan motivasi selama melakukan dinas selama 2 minggu pada stase gerontik .
3. Lindawati F. Tampubolon, S.kep., Ns., M.Kep selaku Ketua Program Studi Profesi Ners yang telah memberikan semangat.

4. Helinida Saragih, S.Kep.,Ns.,M.Kep selaku penguji I dan Dosen Pembimbing yang selalu membantu, membimbing serta mengarahkan penulis dengan penuh kesabaran dan memberikan ilmu yang bermanfaat dalam penyusunan karya ilmiah ini.

5. Mardiaty Barus, S,kep.,Ns.,M.Kep selaku dosen penguji II yang telah membantu dan membimbing dengan sangat baik dan sabar dalam penyusunan karya ilmiah ini.

6. . Lili Suryani Tumanggor, S,kep.,Ns.,M.Kep selaku dosen penguji III yang telah membantu dan membimbing dengan baik dan sabar dalam penyusunan karya ilmiah ini.

7. Teristimewa kepada kedua orang tua saya Bapak Parningotan Sitanggang dan mama saya Helena Hutasoit yang selalui mendukung dan memberi semangat demi kelancaran Pendidikan dan juga keempat saudara saya yang selalu memberikan dukungan dan semangat.

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, 22 Mei 2025

Penulis





(Nola Yohana Sitanggang )

## DAFTAR ISI

<b>Halaman</b>	
<b>SAMPUL DEPAN.....</b>	<b>i</b>
<b>SAMPUL DALAM DAN PERSYARATAN GELAR.....</b>	<b>ii</b>
<b>LEMBAR PENGESAHAN.....</b>	<b>iii</b>
<b>LEMBAR PENETAPAN TIM PENGUJI .....</b>	<b>iv</b>
<b>LEMBAR PERSETUJUAN .....</b>	<b>v</b>
<b>KATA PENGANTAR.....</b>	<b>vii</b>
<b>RINGKASAN/SINOPSIS KARYA ILMIAH AKHIR .....</b>	<b>viii</b>
<b>DAFTAR ISI.....</b>	<b>x</b>
<b>BAB 1 PENDAHULUAN.....</b>	<b>1</b>
1.1. Latar Belakang .....	1
1.2. Identifikasi Masalah .....	3
1.3. Tujuan Penelitian .....	3
1.3.1. Tujuan umum .....	3
1.3.2. Tujuan khusus.....	3
1.4. Manfaat Penelitian .....	4
1.4.1. Manfaat teoritis.....	4
1.4.2. Manfaat Praktis.....	4
<b>BAB 2 TINJAUAN TEORITIS .....</b>	<b>5</b>
<b>2.1. Konsep Dasar Medis.....</b>	<b>5</b>
2.1.1. Konsep Lansia.....	5
2.1.2. Pengertian .....	5
2.1.3. Etiologi .....	5
2.1.4. Tanda dan gejala .....	6
2.1.5. Faktor yang mempengaruhi.....	6
2.1.6. Perkembangan Spiritual .....	6
2.1.7. Karakteristik .....	7
<b>2.2. Konsep Asuhan Keperawatan.....</b>	<b>8</b>
2.2.1. Pengkajian keperawatan.....	8
2.2.2. Diagnosa keperawatan .....	9
2.2.3. Intervensi keperawatan .....	9
2.2.4. Implementasi keperawatan.....	10
2.2.5. Evaluasi keperawatan.....	10
<b>BAB 3 PENDOKUMENTASIAN ASUHAN KEPERAWATAN .....</b>	<b>11</b>
<b>BAB 4 PEMBAHASAN .....</b>	<b>39</b>
4.1. Pengkajian .....	40
4.1. Diagnosa .....	40
4.3 Intervensi .....	41



4.4. Implementasi .....	42
4.5. Evaluasi .....	43
<b>BAB 5 SIMPULAN DAN SARAN.....</b>	<b>44</b>
5.1. Simpulan .....	44
5.2. Saran .....	45
<b>DAFTAR PUSTAKA.....</b>	<b>46</b>

## **BAB 1 PENDAHULUAN**

### **1.1.Latar Belakang**

Menurut Fatsiwi (2024), keperawatan gerontik adalah cabang keperawatan yang khusus memusatkan perhatiannya untuk pasien dengan usia di atas 60 tahun dalam keadaan sehat ataupun sakit yang bekerja di berbagai setting layanan seperti di rumah, rumah sakit, atau panti jompo serta komunitas yang dibekali dengan ilmu pengetahuan, keahlian, dan keterampilan keperawatan gerontik meliputi biopsikososio dan spiritual untuk memastikan bahwa lansia dapat melakukan fungsi optimal secara menyeluruh.

Distres spiritual adalah Gangguan pada keyakinan atau sistem nilai berupa kesulitan merasakan makna dan tujuan hidup melalui hubungan dengan diri, orang lain, lingkungan atau Tuhan. Spiritualitas sebagai kondisi atau pengalaman yang dapat menyediakan individu-individu dengan arah dan makna, atau menyediakan perasaan memahami, mendukung, keseluruhan dalam diri (inner wholeness) atau keterhubungan. Keterhubungan dapat dengan diri sendiri, orang lain, alam semesta, Tuhan, atau kekuatan supernatural yang lain. (Helena,2023).

Menurut World Health Organization (WHO) (2020) pada orang dewasa, diperkirakan setiap tahunnya mengalami stress yang disebabkan tekanan ekonomi dan berbagai konflik sebanyak 99.000.000 kasus. Di Amerika Serikat,

diperkirakan 8.000.000 pasien berobat ke dokter dan lebih dari 250.000 pasien dirawat di rumah sakit tiap tahun (1,5% merupakan pasien dewasa) yang disebabkan Distres Spiritual. (Muhammad Ikhsan, 2024)

National Council on Aging and Older People melaporkan bahwa prevalensi lansia di Amerika yang mengalami kesepian menunjukkan angka yang cukup tinggi sebanyak 62% lansia (Damayanti, 2013). Persentase lansia di Indonesia sendiri yang mengalami kesepian ringan sebanyak 69%, kesepian sedang 11%, kesepian berat 2%, dan sisanya sebanyak 16% tidak mengalami kesepian. (Eva fitriana, 2021).

Spiritualitas dapat diartikan sebagai sesuatu yang multidimensi, yaitu dimensi eksistensial dan dimensi agama. Dimensi eksistensial berfokus pada tujuan dan arti kehidupan dan dimensi agama lebih berfokus pada hubungan seseorang dengan Tuhan Yang Maha Penguasa. Spiritualitas pada lansia rentan untuk mengalami perubahan dikarenakan beberapa penyebab yang terjadi akibat penurunan fungsi tubuh dalam diri lansia. Penyebab yang dapat mengakibatkan lansia mengalami perubahan perilaku spiritual yaitu menurunnya kesehatan lansia dan kurangnya dukungan pada lansia. Menurunnya kesehatan lansia dapat menyebabkan lansia tidak dapat beraktifitas baik seperti sebelumnya dan membuat lansia mengalami pembatasan dalam pergerakan maupun berpindah tempat. Hal ini dapat mempengaruhi perilaku spiritual lansia yang sebelumnya dapat melakukan kegiatan ibadah kemudian menjadi terhalangi. Sedangkan kurangnya dukungan pada lansia yang berasal dari keluarga maupun lingkungan sekitarnya dapat menyebabkan lansia mengalami kesepian. (Bini Matillah, 2018).

Dampak yang terjadi jika seseorang mengalami stress yaitu pada kondisi psikologisnya, Dimana masalah psikologis yang sering dialami lansia yaitu Kesepian

Kesepian lebih sering terjadi pada usia tua, mereka yang berusia 65 tahun ke atas memiliki prevalensi tingkat kesepian sebesar 80%. Kesepian dapat mempengaruhi kondisi psikososial pada lansia. Banyaknya permasalahan psikologis yang berkembang pada lansia dalam konteks hubungan antarpribadi dan pengalaman kelompok (keluarga, pernikahan, pekerjaan, atau kelompok sosial) sehingga terapi kelompok dapat menjadi konteks yang penting untuk mempelajari cara mengatasi permasalahan dengan lebih efektif.

Adapun beberapa faktor yang mempengaruhi perasaan kesepian pada lansia yang berada di Panti antara lain karena tatanan tempat tinggal yang berbeda dengan keluarga, kurang berinteraksi sosial, hubungan dengan warga lanjut usia lain yang tidak terjalin dengan baik, dan kurangnya interaksi social (Lutfi, 2024).

Salah satu upaya untuk mempertahankan fungsi kognitif dan menstimulasi fungsi kognitif serta meningkatkan interaksi sosial adalah terapi aktivitas kelompok bermain DAKON). Permainan Dakon digunakan sebagai stimulus terhadap fungsi otak dalam memproses informasi yang menyenangkan yang sangat baik. Stimulus yang menyenangkan membuat otak cepat melaksanakan fungsinya dalam memproses informasi untuk meningkatkan fungsi kognitif termasuk memori

Teknik relaksasi otot progresif merupakan Teknik relaksasi otot dalam yang tidak memerlukan imajinasi, ketekunan atau sugesti. Relaksasi otot progresif

memusatkan perhatian pada suatu aktivitas otot dengan melakukan Teknik relaksasi untuk mendapatkan perasaan rileks. Teknik relaksasi ini mengkombinasikan rangkaian nafas dalam dan serangkaian seri kontraksi dan relaksasi otot. Teknik relaksasi otot progresif memungkinkan pasien untuk mengendalikan respon tubuhnya terhadap ketegangan ( Krisna Wisnusakti, 2021).

Dalam Ari (2020), Menyebutkan relaksasi progresif sebagai salah satu Teknik relaksasi otot yang terbukti dalam program terapi terhadap ketegangan otot mampu mengatasi keluhan ansietas, stress, insomnia, kelelahan, kram otot, nyeri leher dan pinggang, tekanan darah tinggi, fobia ringan, dan gagap. ( Krisna Wisnusakti, 2021).

## **1.2.Tujuan**

### **1.2.1. Tujuan Umum**

Untuk mengetahui dan memberikan asuhan keperawatan gerontik dengan masalah utama Distress Spiritual:kesehian

### **1.2.2. Tujuan khusus**

1. Melakukan pengkajian dengan masalah Distress Spiritual: Kesehian
2. Merumuskan diagnosa asuhan keperawatan dengan masalah Distress Spiritual: Kesehian
3. Menyusun rencana asuhan keperawatan dengan masalah Distress Spiritual: Kesehian



4. Melakukan rencana dan menganalisis tindakan yang diberikan kepada klien dengan masalah Distress Spiritual: Kesepian
5. Melakukan evaluasi keperawatan dengan masalah Distress Spiritual: Kesepian

STIKES SANTA ELISABETH MEDAN

## **BAB 2**

### **TINJAUAN TEORITIS**

#### **2.1. Konsep dasar medik**

##### **2.1.1 . Defenisi Lansia**

Menurut undang – undang Nomor 13 tahun 1998, lansia adalah seorang yang berusia 60 tahun atau lebih dan merupakan fase terakhir dari kehidupan setiap manusia. Lansia dikatakan sebagai organisme yang telah mencapai batas usia atau sakala emas. (Annita, E. F. 2022).

Lansia merupakan kelompok umur pada manusia yang telah memasuki fase akhir dari fase kehidupannya dan akan terjadinya suatu proses penuaan, menua bukan merupakan suatu penyakit, tetapi proses berkurangnya daya tahan tubuh dalam menghadapi rangsangan dari dalam maupun dari luar tubuh (Hidayatulloh, A. 2019).

##### **2.1.2. Batasan usia**

Menurut WHO 2013 terdapat Batasan – Batasan usia lansia Batasan usia lansia sebagai berikut :

1. Usia pertengahan ( middle age ), yaitu kelompok umur 45 sampai 59 tahun
2. Lanjut usia (elderly) , yaitu antara usia 60 – 74 tahun
3. Lanjut usia tua (old), yaitu usia antara 75 – 90 tahun
4. Usia sangat tua (very old), yaitu usia diatas 90 tahunan. (Annita, E. F. 2022).

### 3. Perubahan yang terjadi pada lansia

Seiring bertambahnya usia pada system tubuh lansia akan mengalami beberapa perubahan yakni :

#### A. Perubahan fisik – biologis/ jasmani

Perubahan fisik yang terjadi pada lansia meliputi sel, sistem penglihatan, sistem kardiovaskuler, sistem termoregulasi, sistem pernafasan, sistem genitourinary, sistem gastrointestinal, sistem endokrin, sistem integumen, sistem reproduksi. (Annita, E. F. 2022).

B. Perubahan psikososial Perubahan psikososial ini terjadi Ketika seseorang telah mengalami penurunan. Yakni kehilangan sumber pendapatan (income) yang berkurang, ditinggalkan oleh keluarga, kehilangan teman atau pendamping hidup, dan merasakan atau kesadaran akan kematian.

C. Perubahan mental – emosional/ jiwa meliputi : Perubahan mental dan emosional pada lansia/ jiwa yakni, daya ingat menurun, terutama pada peristiwa yang baru saja terjadi, sering lupa / pikun, emosi berubah ( sering marah-marah, rasa harga diri tinggi, dan sangat muda tersinggung).

d. Perubahan spiritual Perubahan spiritual pada lansia ditandai dengan semakin matangnya kehidupan keagamaannya.

E. Perubahan pola tidur Perubahan pola tidur pada lansia disebabkan karna adanya perubahan susunan saraf pusat yang mempengaruhi pola tidur

### 2.1.2. Pengertian

Menurut Mundakir (2021), distress spiritual adalah suatu gangguan yang berkaitan dengan prinsip-prinsip kehidupan, keyakinan, kepercayaan atau keagamaan dari pasien yang menyebabkan gangguan pada aktivitas spiritual, yang merupakan akibat dari masalah-masalah fisik atau psikososial yang dialami.

### 2.1.3. Tanda dan gejala distress spiritual

Menurut Mundakir (2021), tanda dan gejala yang dapat ditemukan pada pasien dengan distress spiritual melalui wawancara, adalah:

- a. Selalu menanyakan kebenaran dari keyakinan yang dianutnya (contoh: pasien kurang atau tidak yakin lagi dengan agama yang selama ini dianutnya)
- b. Merasa tidak nyaman terhadap keyakinan atau agama yang dianutnya
- c. Ketidakmampuan melakukan kegiatan keagamaan yang biasa dilakukannya secara rutin.
- d. Perasaan ragu terhadap agama atau keyakinan yang dimilikinya
- e. Menyatakan perasaan tak ingin hidup.
- f. Merasakan kekosongan jiwa yang berkaitan dengan keyakinan atau agamanya.
- g. Mengatakan putus hubungan dengan orang lain atau Tuhan.
- h. Mengekspresikan perasaan, marah, takut, cemas terhadap arti hidup ini, penderitaan, atau kematian.

### 2.1.4. Penyebab distress spiritual



Menurut ida (2023), penyebab distress spiritual dibagi menjadi 3 faktor diantaranya ialah.

a. Faktor Fisik

Faktor fisik, misalnya kecacatan akibat kecelakaan atau bencana alam atau buatan manusia.

b. Faktor psikologis

Faktor psikologis, misalnya kehilangan orang yang berarti atau harta benda akibat bencana.

c. Faktor lingkungan

Faktor lingkungan, misalnya gangguan akibat kerusakan atau hilangnya potensi atau situasi lingkungan yang selama ini akrab dengan pasien.

2.1.5. Faktor yang mempengaruhi spiritual

a. Tahap perkembangan individu

Usia perkembangan dapat mennetuka proses pemenuhan kebutuhan spiritual, karena setiap tahap perkembangan mempunyai cara tersendiri untuk meyakini kepercayaan terhadap Tuhan.

b. Dukungan keluarga

Keluarga mempunyai peran yang sangat besar terhadap pemenuhan kebutuhan spiritual, karena keluarga memiliki ikatan emosional yang kuat dalam berinteraksi pada aktifitas sehari hari.

C. Latar belakang budaya.

Latar belakang budaya seperti ras/suku, memiliki pemahaman, cara yang berbeda beda dalam pemenuhan kebutuhan spiritualnya sesuai dengan adat dan keyakinan yang dimiliki.

d. Pengalaman hidup sebelumnya

e. Krisis dan perubahan

#### 2.1.6. Perkembangan spiritual

Menurut minarti (2022), perkembangan spiritual dikategorikan ke dalam tingkat perkembangan sesuai dengan umur, yaitu:

a. Usia anak merupakan tahap perkembangan kepercayaan berdasarkan pengalaman. Perilaku tentang kepercayaan didapatkan dari pengalaman berinteraksi dengan orang tua, keluarga, maupun orang lain. Pada tahap ini anak cenderung lebih banyak untuk melihat/mengobservasi ketika orang lain melakukan tindakan ibadah atau bahkan meniru dengan apa yang dilakukannya, seperti berdoa sebelum tidur, berdoa sebelum makan, dan lain sebagainya.

b. Usia remaja akhir usia remaja merupakan usia dimana mereka sudah berperan aktif dalam setiap aktifitas termasuk untuk kegiatan ibadah dan keagamaan, usia ini juga mempunyai rasa memiliki dan memaknai keyakinannya. Pada masa ini remaja sudah mempunyai keinginan untuk mewujudkan keinginan dan harapannya melalui doa dan ibadah lain. Apabila keinginannya belum terpenuhi, maka akan timbul rasa kecewa.

c. Usia dewasa awal usia perkembangan dewasa sudah mempunyai pemikiran yang rasional, sehingga segala tindakan yang dilakukan akan bersifat

rasional dan berdasarkan logika. Pada masa ini, timbul perasaan akan penghargaan terhadap kepercayaannya.

d. Usia pertengahan dewasa pada masa ini, tingkatan kepercayaan dari diri sendiri, perkembangan ini diawali dengan semakin kuatnya kepercayaan diri yang dipertahankan walaupun menghadapi perbedaan keyakinan yang lain, dan lebih mengerti akan kepercayaan dirinya.

#### 2.1.7. Karakteristik spiritual, terdapat 4 karakteristik spiritual, yaitu:

Menurut hamidah (2023), terdapat 4 karakteristik spiritual diantaranya yaitu.

a. Hubungan diri sendiri. Seseorang yang memiliki spiritual yang baik mengetahui siapa dirinya, apa yang bisa dilakukan, memiliki sikap percaya diri, mempunyai pikiran yang tenang, yakin pada masa depan dan harmoni dengan diri sendiri.

b. Hubungan dengan alam harmonis. Tingkat spiritual seseorang dapat dilihat dari hubungan dirinya dengan alam. Seseorang akan mengetahui tentang iklim, margasatwa, pohon, tanaman, cara berkomunikasi dengan alam, cara melindungi alam dan cara mengabadikan alam apabila memiliki spiritual yang baik.

c. Hubungan dengan orang lain harmonis, merupakan karakteristik dari seseorang yang memiliki spiritual yang baik. Berbagi waktu pengetahuan dan sumber secara timbal balik dengan orang lain, mengasuh anak, mengasuh orang tua, merawat dan menjenguk orang sakit, mengunjungi orang lain, dan melayat

serta mendoakan orang yang meninggal untuk meyakini kehidupan dan kematian adalah

cara seseorang yang baik secara spiritual untuk menciptakan hubungan harmonis dengan orang lain.

d. Hubungan dengan ketuhanan. Melaksanakan ibadah sholat dan berdoa dengan perlengkapan keagamaan, serta Bersatu dengan alam, merupakan cara berhubungan dengan Tuhan pada seseorang yang memiliki tingkat spiritualitas yang baik

## **2.2.Konsep Asuhan Keperawatan**

### **2.2.1.Pengkajian Keperawatan**

Pengkajian merupakan tahapan utama dari sebuah proses keperawatan dan juga merupakan proses sistematis yang dilakukan untuk mengumpulkan data dari berbagai sumber, yang digunakan untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan seorang pasien.

- a. Identitas 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

l. Sirkulasi

l. Eliminasi

m. Pemeriksaan neuro sensori dan neurologi

#### 2.2.2. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah suatu penilaian klinis mengenai respon klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialami baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosa ditetapkan berdasarkan analisis dan interpretasi data yang diperoleh dari pengkajian klien . (Indra Ruswadi 2022)

Diagnosa keperawatan diantaranya:

1.     Ansietas
2.     Berduka
3.     Distress spiritual
4.     Gangguan citra tubuh
5.     Gangguan identitas diri
6.     Gangguan persepsi sensorik
7.     Harga diri rendah kronis
8.     Harga diri rendah situasional
9.     Keputusasaan

#### 2.2.3. Intervensi keperawatan

Intervensi adalah panduan untuk perilaku spesifik yang diharapkan dari klien atau tindakan yang harus dilakukan oleh perawat. Intervensi dilakukan untuk membantu klien mencapai hasil yang diharapkan. Intervensi keperawatan merupakan segala treatment yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (outcome) yang diharapkan. (Indra Ruswadi, 2022)

#### 2.2.4. Implementasi keperawatan

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang lebih baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan (Indra Ruswadi, 2022)

#### 2.2.5. Evaluasi keperawatan

Evaluasi adalah tahap akhir dari proses keperawatan yang merupakan perbandingan yang sistematis dan terencana antara hasil akhir yang teramati dan tujuan atau kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan.

**FORMAT PENGKAJIAN ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK****A. PENGKAJIAN****10. BIODATA**

Nama : Ny.A

Jenis Kelamin : Perempuan

Umur : 85 Tahun

Status Perkawinan : Menikah

Pekerjaan : Tidak bekerja

Agama : Kristen protestan

Pendidikan terakhir : SMA

Alamat : Prumnas mandala No 236

Tanggal Masuk Panti : 18 april 2018

Tanggal Pengkajian : 21 Januari 2025

Diagnosa : Distress spiritual

**11. RIWAYAT KESEHATAN****a. Keluhan Utama**

Ny.A mengatakan iya merasa kesepian karena iya rindu dengan anak-anaknya dan ny.a tidak memiliki orang terdekat untuk dia bisa cerita. Ny.a juga mengatakan kaki sebelah kiri pada bagian lutut terasa sakit, suka keram dan sering terasa nyeri. Ny.a mengatakan beliau pernah jatuh

**b. Riwayat Penyakit Sekarang**

Ny.A mengatakan sulit berjalan dan kaki terasa nyeri. Ny.a mengatakan nyeri pada bagian lutut sebelah kiri, nyeri yang dirasakan ny.a seperti di tusuk-tusuk dan terasa panas, nyeri yang dirasakan sekitar lutut bagian kiri, skala nyeri 5 (nyeri sedang), dan nyeri dirasakan terus menerus apalagi saat kaki di gerakkan/ saat beraktivitas seperti jalan. Ny.a juga mengatakan kaki suka keram ny.a mengalami penyakit hipertensi sudah mulai 3 tahun yang lalu, mempunyai penyakit gula dan juga asam urat. saat dilakukan pengecekan kgd sewaktu posyandu lansia kgd ny.a mencapai 195ml/dl dan pemeriksaan asam urat terakhir oleh dokter 8,5 mg/dL

**c. Riwayat Kesehatan Yang Lalu**

Ny.A mengatakan sudah mengidap penyakit hipertensi selama 3 tahun yang lalu dan juga asam urat serta ada penyakit gula juga

**d. Riwayat Kesehatan Keluarga**

-

**12. POLA AKTIVITAS SEHARI-HARI****a. Pola Tidur/Istirahat**

Sebelum Sakit : Ny. A mengatakan bisa tidur nyenyak saat malam hari. Ny.a juga bisa istirahat atau tidur siang dengan baik



Saat Sakit

: Ny. A mengatakan susah untuk tidur, tidur sebentar dan suka terbangun di malam hari. Tidur pada jam 12 keatas ny.a suka terbangun di malam hari karena rasa keinginan buang air kecil terus menerus. Terkadang tidur jam 12 atau jam 1 dan bangun sekitar jam 2 untuk buang air kecil kemudian menunggu waktu untuk bisa tidur lagi sekitar jam 2/ 3. Total tidur ny.a pada malam hari sekitar 3-4 jam dan untuk istirahat sia Ny.a mengatakan selalu teringat dengan anak-anaknya. Ny.a ingin sekali bertemu dengan anaknya ny.a sering merasa pusing pada pagi atau siang hari dan tengkuk terasa sakit. ny.a jd lebih sering menguap

**b. Pola Eliminasi**  
Sebelum Sakit

: Ny. A mengatakan BAB dan BAK tidak ada masalah

Saat Sakit

: Ny. A mengatakan BAK tidak ada

masalah namun lebih sering dari biasanya terutama di malam hari dan BAB sulit serta tidak rutin 1x sehari.

**c. Pola Makan dan Minum**

Sebelum Sakit

: Ny. A mengatakan makan 3x sehari, makan sayur dan ikan serta suka makan buah. Porsi makan selalu habis dan minum 8-10 gelas/ hari

Saat Sakit

: Ny. A mengatakan nafsu makan baik, makan 3x sehari porsi nasi sedikit dan lebih suka makan sayur

**d. Kebersihan diri**

Sebelum Sakit

: Ny. A mengatakan mandi 2x sehari dan selalu menjaga kebersihan diri, sikat gigi harus sampai bersih dan keramas 1x 2 hari

Saat Sakit : Ny. A mengatakan mandi 1x sehari yaitu di pagi hari. Ny.a tidak kuat mandi sore karena merasa dingin bahkan jam 4 sore pun ny.a tidak kuat untuk mandi

**e. Pola Kegiatan atau Aktifitas**

Sebelum Sakit : Ny. A mengatakan dulu memiliki bisnis jualan pakaian dan punya bisnis bar dan beraktivitas seperti biasanya.

Saat Sakit : Ny. A mampu kegiatan ibadah pagi dan sore di panti. Ny.a tidak mampu mengikuti senam di panti yang dilaksanakan setiap pagi setelah selesai sarapan dan ny.a mengatakan tidak mampu lagi melakukan kegiatan seperti biasanya. Berjalanpun hanya mampu sebentar dan berjalan menggunakan bantuan tongkat.

Indeks kets:

Skala kekuatan otot pada ny.a

ekstremitas kiri bawah 2 dimana otot dapat bergerak dengan bebas dengan bantuan dalam melawan efek gravitasi. Rentang ekstremitas atas kanan dan kiri 90°, ekstremitas bawah kanan 90°, dan kiri 15°

**f. Penggunaan Bahan yang Merusak Kesehatan**

Ny. A mengatakan dulu dirinya seorang perokok dan suka minum minuman keras

**g. Riwayat Alergi**

Ny. A tidak memiliki alergi makanan dan obat

**13. DATA PSIKOSOSIAL**

**a. Pola Komunikasi**

Ny. A mengatakan berkomunikasi menggunakan bahasa Indonesia. Ny. a tidak terlalu suka berkomunikasi dengan orang sekitar yang ada di panti

**b. Orang yang paling dekat dengan pasien**

Ny. A mengatakan tidak ada orang terdekat selama dirinya berada di panti jompo

c. Hubungan dengan orang lain

Ny. A mengatakan bicara dengan seadanya saja. Ny.a tidak mau begitu terlalu berbagi cerita pada orang-orang yang ada di panti. Ny.a mau bercerita dengan pemilik panti/oma tetapi jarang.

d. Data kognitif

Ny. A mengatakan daya ingat masih bagus. Ny.a masih ingat semuanya mulai dari tahun, tanggal, hari dan masi ingat cerita masa lalunya

14. **DATA SPIRITUAL**

a. Ketaatan Beribadah

Ny. A mengikuti ibadah di panti tetapi tidak fokus. Saat berdoa juga terkadang ny.a membuka mata. Ny.a juga suka lupa berdoa. Ny.a mengatakan sebelum tidur dan bangun tidur jarang berdoa

b. Keyakinan terhadap sehat dan sakit

Ny. A mengatakan percaya kepada tuhan saat sehat maupun sakit. Tetapi terkadang ny.a mau marah kepada tuhan saat penyakitnya kambuh.

**15. PEMERIKSAAN FISIK****a. Penampilan Umum**

Ny. A tampak sadar penuh (compos mentis) ny.a tampak sangat rapih dan bersih, mata sayup, kuku bersih dan panjang serta kulit sudah mulai mengerut/keriput. Wajah tampak sedih dan terlihat lemas

**b. Tanda-tanda Vital**

Td : 160/90

Hr : 78x/i

RR : 20x/I

T : 36,3

**c. Pemeriksaan Kepala dan Leher**

1. Kepala : Kepala tampak bersih, rambut panjang lurus dan rambut berwarna pirang dan pada bagian pangkal rambut berwarna putih.

2. Wajah : Wajah tampak bersih, wajah tampak penuaan dan kulit wajah sudah mulai mengerut/ keriput

3. Mata : Mata tampak sayup dan sudah tidak bisa melihat dengan jarak jauh

1. Hidung : Hidung tampak bersih dan simetris

2. Mulut dan Faring : Mulut dan faring tampak bersih dan tidak berbau

d. Pemeriksaan Integumen/Kulit

Kulit tampak kering, kulit terasa lebih tipis dan sudah mengerut/berkeriput

e. Pemeriksaan Thorax dan Dada

1. Inspeksi : Thorax dada tampak normal dan simetris

2. Palpasi : Tremitus dada kanan dan kiri memiliki getaran yang sama

3. Perkusi : Terdengar bunyi sonor

4. Auskultasi : Tidak ada bungi tambahan suara nafas terdengar normal

**f. Pemeriksaan Abdomen**

1. Inspeksi : Abdomen tampak normal ( simetris)
2. Auskultasi : Peristaltik normal dalam batas normal
3. Perkusi : Terdengar suara tympani ( normal )
4. Palpasi : Tidak ada pembengkakan ( normal)

**g. Pemeriksaan Muskuloskeletal**

Ny. A tidak mampu berdiri lama tanpa bantuan dan berjalan harus menggunakan tongkat. Ny.a tidak dapat berjalan tanpa tongkat, ny.a juga tidak mampu lama berjalan karena menurunnya kekuatan pada ekstremitas bawah kiri nya.a . Ny.a jika ingin berdiri dan berjalan menggunakan bantuan tongkat dan alat bantu pegang lainnya, kekuatan otot pada ny.a ekstremitas kiri bawah 2 dimana otot tidak dapat bergerak dengan bebas dengan bantuan dalam melawan efek gravitasi. Rentang ekstremitas atas kanan dan kiri 90°, ekstremitas bawah kanan 90°, dan kiri 15°

Esktremitas atas

5	5
5	5

Kekuatan otot tangan kanan 5



Kekuatan otot tangan kiri 5

Ekstremitas bawah

5	5
2	2

Kekuatan otot kaki kanan 5

Kekuatan otot kaki kiri 2

h. Pemeriksaan Neurologis

Ny. A mampu merasakan rangsangan nyeri yang diberikan.

16. **PEMERIKSAAN PENUNJANG**

a. Laboratorium

-

b. Foto Rontgen

-

17. **PENATALAKSANAAN DAN TERAPI**

a. Terapi

Amlodipine 1x1 ( pagi hari)

Metformin 1x1 (pagi hari)

Allopurinol 1x1 (pagi hari)

b. Penatalaksanaan Perawatan

- Melakukan pendekatan dengan komunikasi terapeutik untuk mengajak ny.a mau bercerita dan berinteraksi dengan yang lain
- Melakukan pengkajian indeks katz untuk menilai kemandirian ny.a
- Mengkaji skala kekuatan otot ny.a kekuatan otot pada ny.a ekstremitas kiri bawah 2 dimana otot dapat bergerak dengan bebas dengan bantuan dalam melawan efek gravitasi. Rentang ekstremitas atas kanan dan kiri 90°, ekstremitas bawah kanan 90°, dan kiri 15°
- Mengnjurkan minum obat secara teratur
- Melakukan pengkajian MMSE untuk menilai kemampuan kognitif ny.a dengan jumlah benar 22.

**PENGKAJIAN SISTEM PERSYARAFAN (12 SARAF KRANIAL)**

I Olfaktorik : Indra penciuman klien bagus

II Optikus : Penglihatan klien menurun

III Okulomotoris : Kontraksi pupil okuler

IV Tracheleus : Mampu menggerakkan bola mata kebawah

V Trigeminal : Gerakan mengunyah pelan/lambat

VI Abduksen : Pergerakan lateral

VII Fasialis : Mampu mengendalikan otot wajah

VIII Vestibulocochlearis : Kurangnya pendengaran dan kurang keseimbangan

IX Glossofaringeus : Rangsangan menelan pelan/lambat

X Vagus : Mampu menelan saliva

XI Aksesoris : Mampu mengendalikan pergerakan kepala

XII Hipoglosus : Mampu menggerakkan lidah saat berbicara dan mengunyah

**i. ANALISA DATA**

Tanggal	Symptom	Problem	Etiologi
21 januari 2025	Ds: 1.ny.a mengatakan hidupnya tidak berarti 2.ny.a mengatakan merasa bersalah atas masa lalunya. 3.Ny.a mengatakan dirinya merasa terasingkan	Distress Spiritual (D. 0082)	Kesepian

	<p>selama berada di panti</p> <p>Do:</p> <p>1.Ny.a tampak tidak fokus saat mengikuti ibadah</p> <p>2.Ny.a tampak menolak berinteraksi dengan orang yang ada di panti</p> <p>DS:</p> <p>1.ny.a mengatakan sulit berjalan</p> <p>2.ny.a mengatakan sulit menggerakkan kaki sebelah kiri</p> <p>3.Ny.a mengatakan kaki sebelah kiri sering mengalami nyeri pada bagian lutut</p> <p>(P)klien mengatakan nyeri dibagian lutut kaki sebelah kiri</p> <p>(Q) nyeri yang dirasakan seperti tertusuk dan juga terasa panas</p> <p>(R)nyeri dirasakan di sekitar lutut bagian kiri</p> <p>(S) skala nyeri 5 (nyeri sedang)</p> <p>(T) nyeri dirasakan terus menerus terutama saat kaki di gerakkan dan saat beraktivitas seperti berjalan.</p>	Gangguan mobilitas fisik (D.0054)	Nyeri
--	---	-----------------------------------	-------



	<p>DO:</p> <p>1.ny.a tampak kesulitan kesulitan menggerakan kaki sebelah kiri</p> <p>2.Ny.a tidak bebas dalam menggerakkan kaki sebelah kiri dan tidak mampu mengangkat kaki sebelah kiri kekuatan otot pada</p> <p>3.ny.a ekstremitas kiri bawah 2 dimana otot dapat Rentang ekstremitas bawah kanan 90°, dan kiri 15°</p> <p>Ds:</p> <p>1.Ny.A mengatakan kaki sebelah kiri pada bagian lutut terasa sakit, suka kram dan sering terasa nyeri.</p> <p>2.Ny.a mengatakan tidak mampu berjalan lama</p> <p>3.4Ny.a mengatakan beliau pernah jatuh</p> <p>4.Ny.a mengatakan memiliki penyakit hipertensi dan asam urat</p> <p>Do:</p> <p>1.Ny. A tidak mampu berdiri lama tanpa bantuan</p> <p>2.Ny.a berjalan</p>	Resiko jatuh (D.0143)	Kekuatan otot menurun
--	---	-----------------------	-----------------------



harus menggunakan tongkat menurunnya kekuatan pada ekstremitas bawah kiri nya.a . kekuatan otot pada ny.a ekstremitas kiri bawah 2 dimana otot dapat Rentang ekstremitas atas kanan dan kiri 90°, ekstremitas bawah kanan 90°, dan kiri 15°



--	--	--	--

ii. **DIAGNOSA KEPERAWATAN**

No	Tanggal Muncul	Diagnosa Keperawatan
1	22 Januari 2025	Distress spiritual berhubungan dengan kesepian ditandai dengan mengatakan hidupnya tidak berarti, mengatakan merasa bersalah atas masa lalunya. mengatakan dirinya merasa terasingkan selama berada di panti. tampak tidak fokus saat mengikuti ibadah dan tampak

		menolak berinteraksi dengan orang yang ada di panti
2	22 januari 2025	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri ditandai dengan sulit berjalan, sulit menggerakkan kaki sebelah kiri, kaki sebelah kiri sering mengalami nyeri pada bagian lutut tidak mampu mengangkat kaki/ menggerakkan kaki sebelah kiri dengan bebas kekuatan otot ekstremitas kiri bawah 2 dimana otot dapat Rentang ekstremitas bawah kanan 90°, dan kiri 15°
3	22 januari 2025	Resiko jatuh berhubungan dengan kekuatan otot menurun di tandai dengan kaki sebelah kiri pada bagian lutut terasa sakit, suka kram dan sering terasa nyeri, tidak mampu berjalan lama, tidak mampu berdiri lama tanpa bantuan, menurunnya kekuatan pada ekstremitas bawah kiri kekuatan otot ekstremitas kiri bawah 2 dimana otot dapat Rentang ekstremitas bawah kanan 90°, dan kiri 15°

**iii. RENCANA ASUHAN KEPERAWATAN**

Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Intervensi	TANDA TANGAN
22 Januari 2025	Distress spiritual berhubungan dengan	Setelah dilakukan intervensi keperawatan	Dukungan Spiritual (I.09276) Observasi	Nola





	kesepian (D.0082)	selama 3x pertemuan maka diharapkan Status spiritual membaik (L.0909) a.Peningkatan ekspresi makna dan tujuan hidup b.Peningkatan ekspresi kebahagiaan dengan tujuan hidup c.Peningkatan ekspresi sentimen pemberdayaan d.Kecenderungan untuk marah kepada Tuhan berkurang. e.Berdoa menjadi lebih mudah	Identifikasi perasaan khawatir, kesepian dan ketidak berdayaan Identifikasi harapan dan kekuatan pasien  Terapeutik Berikan kesempatan mengekspresikan dan meredakan marah secara tepat.  Edukasi anjurkan berinteraksi dengan keluarga, teman atau orang lain .  Berikan edukasi tentang pentingnya berinteraksi dengan lingkungan sekitar.  Libatkan klien dalam kegiatan yang ada di panti. Berikan terapi bermain pada klien	
22 Januari 2025	Gangguan mobilitas fisik berhubungan	Setelah dilakukan pertemuan selama 3x	Dukungan ambulasi ( I. 06171)	Nola

	dengan nyeri (D.0054)	diharapkan Mobilitas fisik ( L.05042) Pergerakan ekstremitas (4) Kekuatan otot (4) Gerakan terbatas (4) kelemahan fisik (4)	Observasi Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai ambulasi  Terapeutik Fasilitasi aktifitas ambulasi dengan alat bantu (mis. Tongkat, kruk) Fasilitasi melakukan mobilisasi fisik, <i>jika perlu</i> Ajarkan pasien merendam kaki menggunakan air hangat  Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur.	
22 Januari 2025	Resiko jatuh berhubungan dengan kekuatan otot menurun ( D.0143)	Setelah dilakukan 3x pertemuan diharapkan Tingkat jatuh menurun (L. 14138) - Jatuh saat berdiri (4)	Pencegahan Jatuh (I.14540)  Observasi a. Identifikasi factor resiko jatuh (contohnya usia >65 tahun, penurunan tingkat	Nola

		<p>- Jatuh saat berjalan (4) Jatuh saat dikamar mandi (4)</p>	<p>kesadaran, defisit kognitif, hipotensi ortostatik, gangguan keseimbangan, gangguan penglihatan, neuropati) b. Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan potensi risiko jatuh (contohnya lantai licin, kurang pencahayaan) c. monitor kemampuan berpindah</p> <p>Terapeutik Gunakan alat bantu berjalan (Mis. Kursi roda, walker)</p> <p>Edukasi -Anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin - anjurkan konsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh.</p>	
--	--	---	---	--



--	--	--	--	--

**iv. TINDAKAN KEPERAWATAN**

Hari / Tgl	Dx.Kep	Implementasi	TANDA TANGAN
21 Januari 2025	1	Melakukan komunikasi terapeutik untuk membangun	Nola

		<p>hubungan saling percaya</p> <p>Membina hubungan saling percaya pada klien</p> <p>R/: Klien mampu berinteraksi dengan baik</p> <p>mengidentifikasi yang dirasakan oleh klien</p> <p>R/: Klien merasa sedih karena beliau merasa kesepian karena tidak ada orang terdekatnya</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Menganjurkan pentingnya berinteraksi di lingkungan panti</li><li>- Mengajak klien untuk ikut mengambil peran dalam kegiatan panti dengan memilih lagu</li><li>- Mengapresiasi setiap apa yang disampaikan oleh pasien</li></ul> <p>Menyediakan terapi bermain dalam peningkatan kualitas hidup dengan memberikan terapi bermain congklak</p>	
--	--	--	--

	2	<p>Mengidentifikasi adanya nyeri</p> <p>R/: klien mengatakan nyeri pada bagian lutuh sebelah kiri</p> <p>Monitor TTV klien</p> <p>Td : 180/90</p> <p>R/: klien mengatakan sering pusing dan tengkuk terasa sakit</p> <p>Memfasilitas aktivitas dengan alat bantu</p> <p>R/: klien berjalan menggunakan alat bantu tongkat</p> <p>Mengajak klien untuk merendam kaki menggunakan air hangat</p> <p>Memfasilitasi mobilisasi fisik ( melakukan kegiatan terapi untuk melatih kekuatan otot)</p> <p>Mengajarkan ambulasi sederhana ( mengajak klien jalan santai dengan perlahan sambil di papah dan melakukan olahraga dengan cara duduk )</p>	
--	---	--	--



	3	<p>R/: klien mampu mengikuti dengan baik dalam waktu sebentar)</p> <p>Membina hubungan saling percaya</p> <p>Mengidentifikasi faktor resiko jatuh</p> <p>R/: Klien berusia 85 tahun kemampuan dan kekuatan pasien berjalan sudah berkurang.</p> <p>Monitor kemampuan berpindah</p> <p>R/: klien mampu berpindah dengan bantuan alat (tongkat)</p> <p>Mengidentifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan resiko jatuh</p> <p>R/: Klien mengatakan lantai terkadang licin dan penerangan kurang</p> <p>menggunakan alat bantu jalan</p> <p>R/: Klien berjalan</p>	
--	---	---	--



22 Januari 2025	1	<p>menggunakan tongkat</p> <p>Mengajarkan klien untuk melatih keseimbangan diri baik waktu berdiri maupun saat berjalan.</p> <p>Menanyakan perasaan klien</p> <p>R/: Klien mengalami perasaan senang karena kedatangan mahasiswa</p> <p>Memberikan terapi music untuk mengatasi kesepian klien</p> <p>R: klien menyampaikan music/lagu kesukaannya You Raise Me Up</p> <p>Melakukan edukasi kepada klien pentingnya berkomunikasi pada orang yang ada di sekitar</p> <p>R/: klien tidak mau terlalu berinteraksi dengan orang yang</p>
-----------------	---	--





	2	<p>ada di panti</p> <p>Memfasilitasi terapi bermain congklak untuk mengatasi kesepian</p> <p>R/: klien tampak senang dan mengikuti permainan yang diberikan</p> <p>Monitor adanya nyeri</p> <p>R/: klien mengatakan kaki kiri bawah bagian lutut masih nyeri.</p> <p>Kaki tidak mampu di angkat tinggi</p> <p>Monitor tekanan darah (TTV) pasien</p> <p>Td : 160/90</p> <p>Memfasilitasi aktifitas menggunakan alat bantu</p> <p>R/: klien menggunakan alat bantu berjalan (tongkat)</p> <p>Menganjurkan melakukan ambulasi dengan perlahan</p>	
--	---	---	--

	3	<p>R/: klien mampu berjalan dengan perlahan</p> <p>Menganjurkan melakukan ambulasi sederhana. Seperti sering berjalan secara perlahan untu melatih kekuatan otot</p> <p>R/: klien mampu mengikuti kegiatan berjalan/ jalan santai yang dilakukan mahasiswa.</p> <p>Monitor faktor resiko jatuh</p> <p>R/: klien mengatakan kekuatan otor kaki sebelah kiri menurun.</p> <p>Pada bagian lutut lemah dan sering terasa sakit dan nyeri</p> <p>Monitor kemampuan berpindah</p> <p>R/: klien mampu berpindah menggunakan alat bantu tongkat</p> <p>Mengidentifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan resiko jatuh</p> <p>R/: klien mengatakan lantai</p>	
--	---	---	--



23 Januari 2025	1	<p>suka basah,ketumpahan air</p> <p>Menanyakan perasaan klien</p> <p>R/: klien mengatakan perasaan senang</p> <p>Memotivasi klien agar mengikuti ibadah dengan baik</p> <p>R/: klien mengatakan akan mengikuti ibada dengan baik dan lebih fokus lagi</p> <p>Mengajak klien bernyanyi bersama klien</p> <p>R/: klien mampu mengikuti arahan yang diberikan</p>	
	2	<p>Menanyakan adanya nyeri</p> <p>R/: klien mengatakan kaki sebelah kiri sulit di gerakkan, terasa nyeri pada bagian lutut</p> <p>Mengukur tekanan darah pasien</p> <p>Td : 160/90</p>	

		<p>Mengkaji kemampuan berjalan dan berdiri</p> <p>R/: klien tidak mampu berjalan tanpa bantuan tongkat dan berdiri hanya sebentar</p> <p>Menjelaskan tujuan dan prosedur ambulasi</p> <p>Monitor kondisi umum selama melakukan ambulasi dengan</p> <p>Latihan berjalan menggunakan tongkat</p> <p>Mengidentifikasi kemampuan klien dalam melakukan aktivitas.</p>	
	3	<p>Monitor kemampuan berpindah</p> <p>R/: klien mampu berpindah dengan menggunakan alat bantu (tongkat)</p> <p>Mengajarkan menggunakan alas kaki yang tidak licin</p>	



		R/: Klien menggunakan sandal yang layak/ tidak licin	
--	--	--	--

**v. Evaluasi Keperawatan**

Tgl/ waktu	No. Dx	Evaluasi	Nama
21/01/2025	1/1	S : Klien mengatakan bersedia menerima dan mengikuti intervensi yang diberikan O : Klien antusias mengikuti kegiatan terapi bermain congklak yang di berikan A : Masalah distress spiritual berhubungan dengan	

		kesepian belum teratasi P : intervensi dilanjutkan	
	1/2	S : klien mengatakan lutut sebelah kiri terasa nyeri sehingga sedikit sulit digerakkan dan berjalan. Klien mengatakan tidak bisa melakukan aktivitas seperti biasanya. Aktifitas terbatas O : Kekuatan otot menurun kekuatan otot ekstremitas kiri bawah 2 dimana otot dapat dengan rentang ekstremitas bawah kanan 90°, dan kiri 15° A : Masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi P : intervensi dilanjutkan belum teratasi P : intervensi dilanjutkan	
	1/3	S : Klien mengatakan sulit berjalan, kaki suka keram dan nyeri di kaki sebelah kiri bagian lutut memiliki Riwayat penyakit hipertensi O : klien tampak sulit berjalan Klien tampak kesakitan Klien menggunakan alat bantu jalan (tongkat) A : Masalah resiko jatuh belum teratasi P : intervensi dilanjutkan	
22/01/2025	2/1	S : klien mengatakan merasa senang saat kedatangan mahasiswa Klien mengatakan mau mengikuti kegiatan yang diberikan mahasiswa O : klien mampu mengikuti terapi music dan terapi bermain congklak yang diberikan dengan senang A : Masalah distress spiritual berhubungan dengan kesepian sebagian teratasi P : Intervensi dilanjutkan.	
	2/2	S : Klien mengatakan aktivitas terbatas Klien mengatakan nyeri pada bagian lutut kaki sebelah kiri O : Klien tampak sulit berjalan A : Masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi P : intervensi dilanjutkan	
	2/3	S : Klien mengatakan berjalan harus menggunakan tongkat. Klien mengatakan kaki sebelah kiri bagian lutut masih sakit dan tidak bisa di gerakkan dengan bebas O : klien tampak tidak kuat berjalan lama Klien tidak mampu berdiri lama tanpa bantuan alat	

		(tongkat/pegangan lainnya) A : Masalah resiko jatuh belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan	
23/01/2025	3/1	S : Klien mengatakan akan lebih fokus saat mengikuti ibadah O : klien tampak mulai mengikuti ibadah dengan baik A : masalah Resiko spiritual sebagian teratasi P : Intervensi dilanjutkan	
	3/2	S : Klien mengatakan sudah mulai melakukan aktivitas dengan berjalan kaki dengan sendirinya secara perlahan O : Kekuatan otot menurun kekuatan otot pada ny.a ekstremitas kiri bawah 2 dimana otot dapat Rentang ekstremitas bawah kanan 90°, dan kiri 15° A : Masalah teratasi sebagian P : Intervensi dilanjutkan	
	3/3	S : Klien mengatakan tidak bisa berjalan tanpa bantuan alat (tongkat) dan tidak bisa berdiri terlalu lama Kaki sebelah kiri bagian lutut masih terasa nyeri O A : masalah resiko jatuh belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan	

## **BAB 4 PEMBAHASAN**

### **4.1. Pengkajian**

Pada pengkajian dilakukan pada format yang telah ditetapkan. Pengumpulan data dilakukan melalui wawancara dan observasi. Pengkajian dilakukan pada tanggal 21 Januari 2025 pada ny.a berusia 85 tahun, beragama kristen protestan yang beralamatkan di prumnas mandala No. 236 dengan hasil

pengkajian didapatkan Ny.A mengatakan bahwa ia merasa sedih, dan sendirian karena di tinggalkan oleh suaminya dan kedua anaknya. Anaknya juga tidak pernah mengunjunginya selama beliau masuk panti. Beliau merasa sendiri walaupun banyak teman-temannya di panti tapi beliau rindu pada anak-anaknya. Dan dari hasil pengkajian tampak ny.a saat dipinti ibadah ny.a tidak fokus dalam mengikuti kegiatan ibadah dan jarang membuat doa di panti. Ny.a masih ada rasa penyesalan dalam dirinya karena beliau pernah menjadi seorang pengedar dan pernah di penjara.

#### **4.2.Diagnosa**

Berdasarkan pengkajian yang telah dianalisis di sesuai dengan teori didapatkan 10 diagnosa diantaranya.

1. Ansietas
2. Berduka
3. Distress Spiritual
4. Gangguan citra tubuh
5. Gangguan identitas diri
6. Gangguan persepsi sensori
7. Perubahan pola tidur
8. Harga diri rendah kronis
9. Keputusanasaan



Setelah dilakukan pengkajian pada ny.a terdapat kesenjangan antara diagnosa pada teori terhadap diagnosa pada hasil pengkajian. Pada hasil pengkajian terdapat 3 diagnosa pada pasien diantaranya

- Distress spiritual berhubungan dengan kesepian
- Risiko jatuh bergubungan dengan kekuatan otot menurun
- Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri

Penulis berasumsi dari hasil pengkajian yang telah dilakukan dilihat dari data subjektif dan objektif yang menunjukkan ke 3 diagnosa tersebut.

#### 1. Distress spiritual bd kesepian

Menurut PPNI (2018), distress spiritual adalah gangguan pada keyakinan atau sistem nilai berupa kesulitan merasakan makna dan tujuan hidup melalui hubungan dengan diri sendiri, orang lain, lingkungan atau Tuhan. Hal ini disebabkan oleh beberapa faktor antara lain. Perubahan pola hidup, kesepian, pengasingan diri, merasakan hidupnya terasa tidak/ kurang bermakna, merasa menderita dan tidak mampu beribadah.

Setelah dilakukan intervensi terdapat perkembangan klien dalam melakukan satu terapi yaitu art therapy. Art therapy merupakan suatu pendekatan terapeutik yang menggunakan ekspresi kreatif.

#### 2. Gangguan mobilitas fisik b/d nyeri

Menurut PPNI (2018), gangguan mobilitas fisik adalah keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara

mandiri. Hal; ini disebabkan nyeri yang ditandai dengan sulit mengerakkan ekstremitas, kekuatan otot menurun, nyeri saat bergerak, merasa cemas saat bergerak..

Berdasarkan hasil obeservasi ny.a mengeluh kaki sebelah kiri bagian lutut terasa sakit, nyeri. Kaki suka kram tidak mampu berjalan tanpa menggunakan alat bantu dan tidak mampu berdiri terlalu lama atau berjalan dnegan jarak yang jauh.

Hal ini sejalan dengan kevin (2022), terapi rendam kaki air hangat memberikan respon terhadap panas melalui stimulus yang mentransmisikan impuls dari perifer ke hipotalamus, merendam kaki air hangat merupakan pemberian aplikasi panas pada tubuh untuk mengurangi gejala nyeri akut maupun kronis.

### 3. Risiko jatuh b/d kekuatan otot menurun

Menurut PPN (2018), risiko jatuh yaitu beresiko mengalami kerusakan fisik dan gangguan kesehatan akibat terjatuh. Hal ini disebabkan oleh usia  $\geq 65$  tahun (pada deewasa) atau  $\leq 2$  tahun (pada anak) riwayat jatuh, penggunaan alat bantu berjalan, perubahan fungsi kognitif, lingkungan tidak aman (mis. Licin, gelap, lingkungan asing). Perubahan kadar glukosa darah, kekuatan otot menurun, gangguan pendengaran, gangguan keseimbangan, gangguan penglihatan (mis. Glaukoma, katarak, ablasio retina, neuritis optikus, efek agen farmakologi (mis. Sedasi, alkoholl, anastesi umum).

Setelah dilakukan intervensi keperawatan terhadap perkembangan klien dalam mengurangi risiko jatuh terjadi dengan mengontrol kemampuan berpindah serta menggunakan alas kaki yang tidak licin.

Hal ini sejalan dengan amin (2022), dengan melakukan balance exercise untuk melatih keseimbangan. Balance exercise adalah aktifitas fisik yang dilakukan untuk meningkatkan kestabilan tubuh dengan meningkatkan kekuatan otot ekstremitas bawah. Balance exercise berguna untuk memandirikan para lansia agar mengoptimalkan kemampuan sehingga menghindari dari dampak yang terjadi oleh karena tidak mampu otak, otot dan tulang bekerja sama menjaga keseimbangan tubuh agar tetap seimbang dan mencegah risiko jatuh.

#### **4.3. Intervensi**

Sesuai dengan teori di dapatkan perbedaan diagnosa antara teori dengan pengkajian. Sesuai dengan hasil yang didapatkan pada pasien bahwasanya intervensi yang dilakukan pada pasien distress spiritual berhubungan dengan kesepian yaitu diberikan terapi bermain, mendengar musik, bercakap-cakap, mengajak pasien bercerita dan melakukan gerakan atau olahraga ankle strategy exercise. Dengan meminta pemilik panti dan pengurus panti serta beberapa orang tua yang ada di panti untuk ada dengan ny.a agar ny.a tidak merasa kesepian. Perawat berharap intervensi yang telah diterapkan dapat dilanjutkan.

Tindakan keperawatan yang direncanakan untuk pasien dengan distress spiritual berhubungan dengan nyeri

Tujuan : Klien mampu mengatasi kesepian dengan mencari teman yang bisa diajak berbicara/ngobrol dan bisa di ajak untk melakukan kegiatan bermain seperti bermain congklak.

Kriteria evaluasi: Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan

Klien mampu berbaur dengan orang sekitar, fokus dalam mengikuti kegiatan ibadah, mau bercerita dan mau bergabung jika ada kegiatan seperti bermain.

#### **4.4.Implementasi**

Pada tahap ini penulis telah memberikan tindakan keperawatan sesuai dengan intervensi yang telah disusun pada setiap diagnosa. Penulis telah menerapkan strategis pelaksanaan dengan melakukan cara untuk mengatasi kesepian dengan melakukan hal-hal yang disukai seperti mendengar musik,bermain seperti bermain congklak , menjadi pendengar yang baik. Implementasi di lakukan mulai tanggal 21 Januari 2025.

#### **4.5.Evaluasi**

Klien mampu mengikuti dan melaksanakan intervensi yang diberikan dan klien bersedia untuk melanjutkan intervensi dikemudian hari dengan mulai mau mendekatkan diri dengan temannnya dan bercakap-cakap,melakukan gerakan sederhana atau bisa disebut olahraga duduk dengan menggerakkan kedua tangan, badan,dan kaki seperti yang telah di ajarkan, melakukan terapi bermain yang telah disediakan (bermain congklak) dengan penghuni panti lainnya serta mampu melakukan teknik relaksasi nafas dalam.

## **BAB 5**

### **KESIMPULAN DAN SARAN**

#### **5.1 Kesimpulan**

Setelah melakukan pengkajian terhadap Ny.a maka dapat disimpulkan klien dapat mengatasi kesepiannya. Dimana klien dapat melakukan terapi yang telah diajarkan oleh penulis seperti mendekatkan diri dengan orang yang ada di

panti, mencari teman untuk bercakap-cakap/ berbagi cerita, fokus saat mengikuti ibadah, mengikuti kegiatan bermain seperti bermain congklak. Pengkajian yang dilakukan sesuai diagnosa yang diperoleh dari hasil pengkajian. Dan implementasi yang dilakukan sejalan dengan strategi pelaksanaan mengatasi distress spiritual, kesepian. Pada tahap evaluasi, masalah yang dihadapi tidak semua teratasi karena klien perlu rutin menerapkan intervensi yang telah ditetapkan.

## **5.2 Saran**

### **1. Bagi mahasiswa**

Diharapkan mahasiswa mampu melakukan asuhan keperawatan gerontik yang sesuai dengan tahap yang tepat yang diperoleh dari pendidikan maupun lapangan praktik.

### **2. Bagi pasien**

Pasien dapat tetap melakukan/ melanjutkan intervensi dan terapi yang telah diberikan

### **3. Bagi yayasan pemenang jiwa sumatra**

Diharapkan agar melanjutkan dalam pemberian asuhan keperawatan pada Ny.a sehingga tercapai tujuan yang optimal dan tetap melaksanakan tindakan keperawatan berdasarkan intervensi yang telah lakukan.

**DAFTAR PUSTAKA**

Amik Muladi, (2022). Pengaruh Balance Exercise Terhadap Tingkat kesimbangan Postural. Dalam Menurunkan Resiko Jatuh Pada lansia.

Anisa Ell Rahayani, (2023). Pemenuhan kebutuhan Psikososial Dan Spiritual.

Bini Matillah , et, al. (2018). Hubungan Spiritualitas dengan Kesepian pada Lansia di UPT Pelayanan Sosial Tresna Werdha (PSTW). Jember

- Eva Fitriana (2021). Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Tingkat Kesepian Pada Lansia. Nusantara Hasana Journal.
- Helena, (2023). Asuhan Keperawatan Jiwa Diagnosa Resiko. Jakarta
- Kelvin Alvaredo (2022). Efektifitas Terapi Rendam Kaki Air Hangat Dan Massage Pada Klien Hipertensi Dengan Masalah Keperawatan Gangguan Rasa Nyaman. Jurnal Kreativitas Pengabdian Kepada Masyarakat (PKM). Universitas Malahayati.
- Lutfi Arofatul Inaya (2024). Terapi Aktivitas Kelompok Okupasi Art “Wasimapan” Terhadap Penurunan Tingkat Kesepian Pada Lansia. Jawa Tengah
- Muhammad Ikhsan, (2024). Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Terjadinya Distres Spiritual pada Lansia di Kemukiman Keumala Dalam Kecamatan Keumala Kabupaten PidFaktor-Faktor yang Mempengaruhi Terjadinya Distres Spiritual pada Lansia di Kemukiman Keumala Dalam Kecamatan Keumala Kabupaten Pidie. Aceh.
- Mundakir, (2021). Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa. Surabaya
- Ni Luh, (2023). Penerapan Art Therapy untuk Mengatasi Distress Spiritual Pada Lansia Di Desa Tindaki Provinsi Sulawesi Tengah. Jurnal Kesehatan dan teknologi
- Gusti Sumarsih, (2023). Asuhan Keperawatan Pada Lansia Dengan Resiko jatuh. Cv Mitra Edukasi Negeri. ISBN: 978-623-8079-81-0
- Indra Ruswadi, (2022). Keperawatan Gerontik Pengetahuan Praktis Bagi Perawat Dan Mahasiswa Keperawatan. Jawa Barat. No ISBN: 978-623-497-073-1



- Khrisna wisnusakti, (2021). Pengaruh terapi relaksasi otot progresif terhadap Tingkat stress Pada Lansia Di RW 23 Kelurahan melong. Indonesia. P-ISSN: 2541- 0849.
- Sherlyna Prihandhani, (2024). Pemberdayaan kader lansia Dalam Penerapan Manajemen Resiko Jatuh Pada Lansia Di Desa Sembung.
- Vela Purnamasari, (2022). Peran Keluarga Pada Lansia Yang Memiliki Resiko jatuh Di Dusun Selur Desa Tangkil Kecamatan Panggul Kabupaten Trenggalek
- Yesi Arisandi, (2023). Buku keperawatan Gerontik. Jawa Tengah. ISBN: 978-623-423-735-1
- PPNI, T. P. (2016). Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Indonesia.
- PPNI, T. P. (2018). Standar Intervensi Keperawatan Indonesia. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Indonesia.
- PPNI, T. P. (2019). Standar Luaran Keperawatan Indonesia. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Indonesia.

### 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	<b>ORIENTASI</b>		
	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	<b>REGISTRASI</b>		
	Minta klien menyebutkan tiga objek		
	11. <i>Tempat sampah</i>		
	12. <i>Lemon</i>		
	13. <i>Kardus</i>		
3	<b>PERHATIAN DAN KALKULASI</b>		
	Minta klien mengeja 5 kata dari belakang, missal "BAPAK"		
	14. K	✓	
	15. A	✓	
	16. P	✓	
	17. A	✓	
	18. B	✓	
4	<b>MENGINGAT</b>		
	Minta klien untuk mengulang objek di atas		
	19. <i>Tempat sampah</i>	✓	
	20. <i>Lemon</i>	✓	
	21. <i>Kardus</i>	✓	

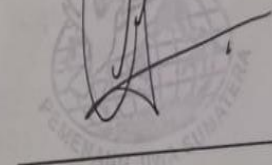
Panduan Praktek Keperawatan Gerontik Prodi Ners Tahap Profesi STIKes St. Elisabeth

No	ITEM PENILAIAN	BENAR (1)	SALAH (0)
5	<b>BAHASA</b>		
	a. Penamaan		
	Tunjukkan 2 benda minta klien menyebutkan:		
	22. Jam tangan		
	23. Pensil	✓	
	<b>b. Pengulangan</b>	✓	
	Minta klien mengulangi tiga kalimat berikut:		
	24. "Tak ada jika, dan, atau tetapi"	✓	
	<b>c. Perintah tiga langkah</b>		
	25. Ambil kertas!	✓	
	26. Lipat dua!	✓	
	27. Taruh di lantai!	✓	
	<b>b. Turuti hal berikut</b>		
	28. Tutup mata	✓	
	29. Tulis satu kalimat		✓
	30. Salin gambar		✓
<b>JUMLAH</b>		12	

Analisa hasil:  
 Nilai  $\leq 21$  : Kerusakan kognitif

Catatan:

Medan,  
 Pembimbing





STIKES SANTA ELISABETH MEDAN

#### 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	<b>Mandi:</b> 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	<b>Berpakaian</b> Mengambil baju dari lemari, memakai pakaian, melepaskan pakaian, mengancingi/mengikat pakaian. Tidak dapat memakai baju sendiri atau hanya sebagian	✓	
3	<b>Ke Kamar Kecil</b> Masuk dan keluar dari kamar kecil kemudian membersihkan genitalia sendiri Menerima bantuan untuk masuk ke kamar kecil dan menggunakan pispot	✓	
4	<b>Berpindah</b> 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	<b>Kontinen</b> BAK dan BAB seluruhnya dikontrol sendiri Inkontinensia parsial atau total; penggunaan kateter, pispot, enema dan pembalut (pampers)	✓	

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

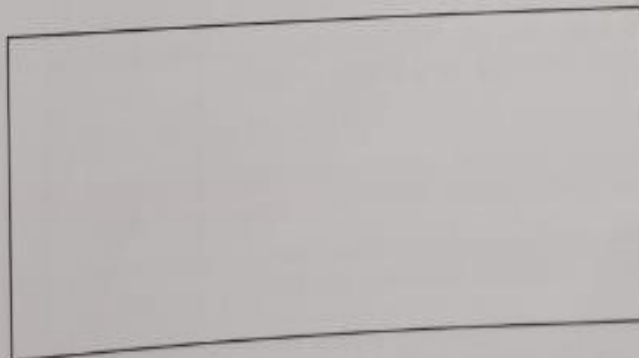
Keterangan:

**Beri tanda (✓) pada point yang sesuai kondisi klien**

**Analisis Hasil:**

- Nilai A : Kemandirian dalam hal makan, kontinen (BAB/BAK), berpindah, ke kamar kecil, mandi dan berpakaian.
- Nilai B : Kemandirian dalam semua hal kecuali satu dari fungsi tersebut
- Nilai C : Kemandirian dalam semua hal, kecuali mandi dan satu fungsi tambahan
- Nilai D : Kemandirian dalam semua hal, kecuali mandi, berpakaian dan satu fungsi tambahan.
- Nilai E : Kemandirian dalam semua hal kecuali mandi, berpakaian, ke kamar kecil dan satu fungsi tambahan
- Nilai F : Kemandirian dalam semua hal kecuali mandi, berpakaian, ke kamar kecil, berpindah dan satu fungsi tambahan
- Nilai G : Ketergantungan pada keenam fungsi tersebut

**Catatan:**



Medan, 2022  
Pembimbing

















