

**ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK PADA NY.L DENGAN
MASALAH GANGGUAN MUSKULOSKELETAL
DIPANTI JOMPO YAYASAN PEMENANG
JIWA SUMATERA UTARA
TAHUN 2025**

KARYA ILMIAH AKHIR



Oleh:

**JUNI RATNA SARI ZAI
NIM. 052024018**

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



**ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK PADA NY.L DENGAN
MASALAH GANGGUAN MUSKULOSKELETAL
DIPANTI JOMPO YAYASAN PEMENANG
JIWA SUMATERA UTARA
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:

JUNI RATNA SARI ZAI
NIM. 052024018

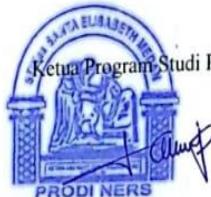
**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN SANTA ELISABETH
MEDAN PROGRAM STUDI PROFESI NERS
TA 2024/2025**



LEMBAR PENGESAHAN

KARYA ILMIAH INI TELAH DISETUJUI UNTUK
DIPERTAHANKAN
PADA UJIAN SIDANG KARYA ILMIAH AKHIR
PADA TANGGAL 29 April 2025

MENGESAHKAN



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

Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan



(Mestiana Br. Koro, M.Kep.,DSc)



STIKES SANTA ELISABETH MEDAN



LEMBAR PENETAPAN TIM PENGUJI

KARYA ILMIAH AKHIR INI TELAH DIPERTAHANKAN DI DEPAN TIM
PENGUJI UJIAN SIDANG KARYA ILMIAH AKHIR
PROGTAM STUDI PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN SANTA ELISABETH MEDAN
PADA TANGGAL 29 April 2025

TIM PENGUJI

Ketua : Mardiati Barus, S.Kep., Ns., M. Kep
Anggota : Rotua E. Pakpahan, S.Kep., Ns., M.Kep
: Mestiana Br. Karo, M.Kep.,DNSc

TANDA TANGAN







STIKES SANTA ELISABETH MEDAN



LEMBAR PERSETUJUAN

Diajukan sebagai salah satu syarat guna memperoleh gelar

Ners (Ns)

Oleh:

Juni Ratna Sari Zai

Medan, 29 April 2025

Menyetujui

Ketua Penguji

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

Anggota

Rotua E. Pakpahan, S.Kep., Ns., M.Kep

Mestiana Br. Karo, M.Kep., DNSc



STIKES SANTA ELISABETH MEDAN



KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kehadirat Tuhan Yang Maha Esa, atas rahmat dan karunia-Nya, sehingga diberikan kesehatan dan kesempatan untuk dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir ini dengan judul “Asuhan Keperawatan Gerontik pada Ny. F dengan Gangguan Muskuloskeletal Di Yayasan Pemenang Jiwa Medan Tahun 2025”.

Selama penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini banyak hambatan yang telah dilalui oleh penulis, namun berkat bantuan dan bimbingan yang diberikan oleh berbagai pihak, sehingga penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini dapat terselesaikan. Oleh karena itu pada kesempatan ini perkenankan penulis untuk menyampaikan ucapan terima kasih kepada:

1. Mestiana Br. Karo, M.Kep.,DNSc selaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan dan selaku penguji III yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas untuk mengikuti serta menyelesaikan Pendidikan Profesi Ners di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan.
2. Ev Ance Valionida selaku pemilik yayasan panti jompo pemenang jiwa sumatera utara medan tahun 2025 yang telah memberikan izin melaksanakan praktek profesi di panti jompo Yayasan pemenang jiwa sumatera utara medan.
3. Ibu Lindawati F. Tampubolon, S.Kep.,Ns.,M.Kep. Selaku Ketua Program Studi Ners Ilmu Keperawatan telah banyak membantu, memberikan bimbingan, motivasi, waktu, dan masukan baik berupa pertanyaan, saran dan



kritik yang bersifat membangun sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Ilmiah ini.

4. Mardiaty Barus S. Kep., Ns., M.Kep selaku penguji I yang telah membantu, membimbing dan memberikan masukan baik berupa pertanyaan, saran, dan kritik yang bersifat membangun sehingga penulis dapat menyelesaikan karya ilmiah akhir ini.
5. 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.
6. Seluruh staf dosen Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan yang telah membimbing dan mendidik karya tulis ilmiah dalam upaya pencapaian Pendidikan Profesi Ners. Terimakasih untuk motivasi dan dukungan yang diberikan kepada Saya, untuk segala cinta dan kasih yang telah tercurah selama proses Pendidikan.
7. Teristimewa kepada keluarga tercinta Ayahanda Talizatulo Zai dan Ibunda tercinta Oniria Zega yang telah membesar saya dengan penuh cinta dan kasih saying, memberikan doa yang tiada henti, dukungan moral dan motivasi yang luar biasa selama mengikuti Pendidikan Profesi Ners. Kakak dan abang yang telah memberikan motivasi, doa, dukungan dalam penyelesaian Karya Ilmiah Akhir ini.
8. Seluruh teman-teman sejawat dan seperjuangan Program Studi Ners Tahap profesi stambuk 2024 yang saling memberikan motivasi dan doa dalam menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir ini.



Penulis menyadari bahwa pada karya tulis ilmiah ini masih jauh dari kesempurnaan, baik isi maupun pada teknik dalam penulisan. Oleh karena itu, dengan segala kerendahan hati penulis akan menerima kritikan dan saran yang bersifat membangun untuk kesempurnaan karya tulis ilmiah ini. Semoga Tuhan Yang Maha Kuasa memberikan berkat dan karunia-Nya kepada semua pihak yang telah banyak membantu peneliti. Semoga karya tulis ilmiah ini akan dapat bermanfaat nantinya dalam pengembangan ilmu pengetahuan khususnya bagi Profesi Ners Keperawatan.

Medan, 29 April 2025
Penulis

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Juni Ratna Sari Zai".

Juni Ratna Sari Zai



DAFTAR ISI

	Halaman
SAMPUL DEPAN	i
SAMPUL DALAM DAN PERNYATAAN GELAR.....	ii
LEMBAR PENGESAHAN	iii
LEMBAR PENETAPAN TIM PENGUJI	iv
LEMBAR PERSETUJUAN	v
KATA PENGANTAR.....	vi
DAFTAR ISI	viii
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Perumusan Masalah	4
1.3 Tujuan	4
1.3.1 Tujuan Umum	4
1.3.2 Tujuan Khusus	4
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	6
2.1 Lansia	6
2.1.1 Defenisi Lansia	6
2.1.2 Klasifikasi Lansia	6
2.1.3 Perubahan Fisiologis Pada Lansia	7
2.1.4 Perubahan Fisik	8
2.2 Muskuloskeletal	10
2.2.1 Defenisi	10
2.2.2 Anatomi.....	10
2.2.3 Gejala dan penyebab gangguan muskuloskeletal	13
2.2.4 Pencegahan	15
BAB 3 PENGKAJIAN	18
3.1 Pengkajian	18
3.2 Diagnosa.....	27
3.3 Intervensi.....	28
3.4 Implementasi	29
3.5 Evaluasi	32
BAB 4 PEMBAHASAN	35
4.1 Pengkajian	35
4.2 Diagnosa.....	36
4.3 Intervensi.....	37
4.4 Implementasi	39
4.5 Evaluasi	40
BAB 5 KESIMPULAN DAN SARAN.....	41
DAFTAR PUSTAKA	



BAB 1

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Menurut Brunner (2010), *Muskuloskeletal disorders* merupakan sekumpulan gejala atau gangguan yang berkaitan dengan jaringan otot, tendon, ligament, kartilago, sistem saraf, struktur tulang, dan pembuluh darah. *Muskuloskeletal disorders* pada awalnya menyebabkan sakit, nyeri, mati rasa, kesemutan, bengkak, kekakuan, gemetar, gangguan tidur, dan rasa terbakar.

Menurut Brunner (2010), gangguan *musculoskeletal* atau biasa disebut *musculoskeletal disorders* merupakan suatu gangguan yang terjadi pada punggung dan tulang belakang, terutama pada pekerja selama masa kerja mereka. Jumlah kunjungan medis akibat nyeri punggung bawah menempati urutan kedua setelah jumlah kunjungan untuk penyakit saluran pernapasan atas. Sebagian besar nyeri punggung bawah disebabkan oleh salah satu dari banyak masalah *musculoskeletal*, termasuk ketegangan lumbosakral akut, ligament lumbosakral yang tidak stabil dan otot yang lemah, dan Panjang kaki yang tidak seimbang.

Berdasarkan data dari World Health Organization (WHO) tahun 2021 menyatakan bahwa sekitar 1.71 miliar orang mengalami gangguan musculoskeletal disorders di seluruh dunia. Di antara gangguan musculoskeletal, nyeri punggung bagian bawah menyebabkan angka tertinggi dengan prevalensi 568 juta orang.

Menurut Riskesdas (2018), prevalensi penyakit musculoskeletal di Indonesia sebesar 7,9%. prevalensi tertinggi berdasarkan diagnosis berada di Aceh 13,3% kemudian Bengkulu 10,5% dan bali 8,5%. Keluhan *musculoskeletal*



disorder yang dirasakan seseorang mengakibatkan Sebagian besar pekerjaan menjadi terganggu dan tidak bisa bekerja.

Menurut Brunner (2010), Kesehatan sistem *musculoskeletal* saling bergantung dengan sistem tubuh lainnya. Sistem *musculoskeletal* berfungsi memberikan dukungan, melindungi organ vital, serta memungkinkan Gerakan melalui interaksi kompleks antara otot, tulang, dan jaringan ikat. Sendi menyatukan tulang dan membiarkan tubuh bergerak serta otot-otot yang menempel pada kerangka berkontraksi, menggerakkan tulang dan menghasilkan panas, yang membantu menjaga suhu tubuh.

Menurut Brunner (2010), pasien yang lebih tua mungkin mengalami nyeri punggung yang berhubungan dengan patah tulang belakang akibat osteoporosis atau metastasis tulang. Penyebab lainnya termasuk gangguan ginjal, masalah panggul, obesitas, stress dan terkadang depresi juga menyebabkan nyeri pinggang. Nyeri punggung akibat gangguan *musculoskeletal* biasanya diperburuk oleh aktivitas, sedangkan nyeri akibat kondisi lain tidak.

Menurut Brunner (2010), kebanyakan pasien perlu mengubah pola aktivitas mereka untuk menghindari rasa sakit yang bertambah parah. Memutar, menekuk, mengangkat, dan menggapai, yang semuanya memberi tekanan pada punggung, dihindari. Pasien diajarkan untuk sering mengubah posisi, duduk sebaiknya dibatasi 20 hingga 50 menit berdasarkan tingkat kenyamanan. Istrahat di tempat tidur dianjurkan selama 1 hingga 2 hari, dengan maksimal 4 hari hanya jika nyeri sangat parah.



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.L dengan gangguan *musculoskeletal*.

1.3 Tujuan Penyusunan Karya Ilmiah Akhir

1.3.1 Tujuan Umum

Penulis dapat memperoleh pengalaman secara nyata dalam memberikan asuhan keperawatan gerontik pada lansia yang mengalami gangguan *musculoskeletal* di Yayasan Pemenang Jiwa Sumatera.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Penulis dapat melaksanakan pengkajian keperawatan gerontik pada pasien dengan gangguan *musculoskeletal*.
2. Penulis mampu menegakkan diagnose keperawatan gerontik pada pasien dengan gangguan *musculoskeletal*.
3. Penulis mampu Menyusun rencana tindakan keperawatan gerontik pada pasien dengan gangguan *musculoskeletal*.
4. Penulis mampu melaksanakan tindakan keperawatan gerontik pada pasien dengan gangguan *musculoskeletal*.
5. Penulis mampu melaksanakan evaluasi keperawatan gerontik pada pasien dengan gangguan *musculoskeletal*.



1.4 Manfaat

1. Manfaat teoritis

Diharapkan suhan keperawatan gerontik dengan gangguan *musculoskeletal* diharapkan dapat menjadi sumber informasi dan tambahan referensi bagi ilmu keperawatan.

2. Manfaat Praktik

1. Bagi Institusi Pendidikan

Diharapkan karya tulis ilmiah akhir ini dapat menambah keluasan ilmu dan teknologi terapan bidang keperawatan dalam asuhan keperawatan gerontik pada pasien dengan *musculoskeletal* di Yayasan Pemenang Jiwa Sumatera tahun 2025.

2. Bagi Lansia

Penulis berharap dengan dilakukannya asuhan keperawatan gerontik mampu melakukan aktivitas sedikit demi sedikit.

3. Bagi Profesi Perawat

Sebagai sarana meningkatkan ilmu pengetahuan dan menambah keterampilan dalam melakukan asuhan keperawatan pada gerontik dengan gangguan *musculoskeletal*.



BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar *Muskuloskeletal*

2.2.1 Anatomi fisiologi *musculoskeletal*

1. Tulang

Fungsi utama tulang adalah menopang, melindungi organ dalam, pergerakan, produksi sel darah, dan penyimpanan mineral. Tulang menyediakan kerangka pendukung yang menjaga tubuh agar tidak roboh dan juga memungkinkan tubuh menahan beban. Tulang juga melindungi organ dan jaringan vital dibawahnya. Misalnya tengkorak yang membungkus otak, tulang belakang yang mengelilingi sumsum tulang belakang, dan tulang rusuk yang berisi paru-paru dan jantung. Tulang berfungsi sebagai titik perlekatan otot, yang dihubungkan ke tulang melalui tendon, tulang bertindak sebagai pengungkit otot, dan pergerakan terjadi sebagai akibat kontraksi otot yang diterapkan pada pengungkit tersebut. Tulang mengandung jaringan hematopoietic untuk produksi sel darah merah dan putih (Lewis et al, 2011).

2. Sendi

Sendi (artikulasi) adalah tempat ujung-ujung dua tulang saling berdekatan dan bergerak satu sama lain. Sendi yang paling umum adalah tipe diarthrodial (sinovial) yang dapat digerakkan bebas. Setiap sendi terbungkus dalam kapsul jaringan ikat fibrosa, yang menyatukan kedua tulang untuk membentuk rongga. Kapsul dilapisi oleh membrane sinovial, yang mengeluarkan cairan sinovial kental untuk melumasi sendi, mengurangi gesekan, dan memungkinkan permukaan yang



berlawanan meluncur dengan mulus satu sama lain. Ujung tiap ujung ditutupi tulang rawan articular (hialin). Struktur pendukung (misalnya ligament, tendon) memperkuat kapsul sendi dan memberikan batasan serta stabilitas pada pergerakan sendi (Lewis et al. 2011).

3. Tulang rawan

Tiga jenis jaringan tulang rawan adalah hialin, elastis, dan berserat. Tulang rawan hialin yang umum mengandung serat kolagen dalam jumlah sedang. Hal ini ditemukan di trachea, bronkus, hidung, lempeng epifisis dan permukaan artikular tulang. Tulang rawan elastis yang mengandung serat kolagen dan elastis, lebih fleksibel dibandingkan tulang rawan hialin. Hal ini ditemukan di telinga, epiglottis, dan laring. Tulang rawan berserat (fibrocartilage) Sebagian besar terdiri dari serat kolagen dan merupakan jaringan keras yang sering berfungsi sebagai peredam kejut, hal ini ditemukan di antara cakram tulang belakang dan juga membentuk bantalan pelindung antara tulang-tulang korset panggul, lutut dan bahu (Lewis et al. 2011).

4. Otot

Tiga jenis jaringan otot jantung (lurik, tak sadar), otot polos (tidak lurik, tak sadar), dan otot rangka (lurik, sukarela). Otot jantung ditemukan di jantung, kontraksi spontannya mendorong darah melalui sistem peredaran darah. Otot polos terjadi di dinding struktur berongga seperti saluran udara, arteri, saluran pencernaan, kandung kemih, dan rahim, kontraksi otot polos dimodulasi oleh pengaruh saraf dan hormonal. Otot rangka memerlukan rangsangan saraf untuk berkontraksi, menyumbang sekitar setengah dari berat badan manusia. Otot



rangka ditutupi oleh epimysium, lapisan fasia dalam yang berkesinambungan. Epimisium membantu otot meluncur di atas struktur di dekatnya, jaringan ikat yang mengelilingi dan meluas ke otot dapat dibagi lagi menjadi Kumpulan serat atau fasikuli (Lewis et al. 2011).

5. Ligamen dan tendon

Ligamen dan tendon keduanya terdiri dari jaringan ikat fibrosa padat yang berisi Kumpulan serat kolagen rapat yang disusun dalam bidang yang sama untuk menambah kekuatan. Tendon menempelkan otot ke tulang sebagai perpanjangan dari selubung otot yang menempel pada periosterum. Ligamen menghubungkan tulang ke tulang misalnya tibia ke tulang paha di sendi lutut. Ligamen mempunyai kandungan elastis yang lebih tinggi dibandingkan tendon, ligamen juga memberikan stabilitas sekaligus memungkinkan pergerakan terkontrol pada sendi. Ligamen dan tendon memiliki suplai darah yang relative buruk, biasanya membuat proses perbaikan jaringan menjadi lambat setelah cedera. Misalnya, peregangan atau robeknya ligamen yang terjadi karena keseleo mungkin memerlukan waktu yang lama untuk pulih (Lewis et al. 2011).

6. Fascia

Fascia mengacu pada lansia jaringan ikat dengan serat saling bertautan yang dapat menahan peregangan terbatas. Fascia superfisial terletak tepat di bawah kulit. Fascia adalah jaringan fibrosa padat yang mengelilingi Kumpulan otot, saraf dan pembuluh darah dan membungkus otot-otot individu, memungkinkan mereka untuk bertindak secara mandiri dan meluncur satu sama



lain selama kontraksi, selain itu fasia memberi kekuatan pada jaringan otot (Lewis et al.2011).

7. Bursae

Bursae adalah kantung kecil jaringan ikat yang dilapisi membran sinovial dan berisi cairan sinovial kental untuk melindungi tendon dari cedera. Biasanya terletak di tonjolan tulang atau sendi untuk mengurangi tekanan dan mengurangi gesekan antara bagian yang bergerak misalnya, bursa ditemukan di antara patella dan kulit (bursa prepatellar), antara prosesus olecranon pada siku dan kulit (olecranon bursae), antara kepala humerus dan proses acromion skapula (bursae subacromial), dan antara trokanter mayor femur proksimal dan kulit (bursa trokanterika). Bursitis adalah peradangan pada kantung bursa, perdangan mungkin bersifat akut atau kronis (Lewis at al.2011).

2.2.2 Definisi *musculoskeletal disorders*

Menurut Brunner (2010), *musculoskeletal disorders* merupakan sekumpulan gejala atau gangguan yang berkaitan dengan jaringan otot, tendon, ligament, kartilago, sistem saraf, struktur tulang, dan pembuluh darah. *Musculoskeletal disorders* pada awalnya menyebabkan sakit, nyeri, mati rasa, kesemutan, bengkak, kekakuan, gemetar, gangguan tidur dan rasa terbakar.

Musculoskeletal disorders merupakan gangguan kronik pada otot, tendon, dan saraf yang disebabkan oleh penggunaan tenaga secara repetitive, pergerakan yang cepat, penggunaan tenaga yang besar, kontak dengan tekanan, postur janggut atau ekstrim, getaran dan temperature yang rendah.



Menurut Lewis et al (2011), pasien yang mengalami gangguan *musculoskeletal* dapat mengalami ciri-ciri yang paling umum meliputi sebagai berikut:

1. Nyeri
2. Kelemahan Otot
3. Deformitas
4. Keterbatasan Gerakan
5. Kekakuan
6. Krepitasi sendi (suara berderak)
7. Pembengkakan atau kelainan bentuk tulang
8. Kulit memerah
9. Ketidakselarasan tulang (misalnya, kaki tertekuk)
10. Fraktur
11. Demam (infeksi tulang)
12. Penurunan berat badan

2.2 Konsep Dasar Lansia

2.2.1 Definisi Lansia

Lansia merupakan seseorang yang telah mencapai tahap akhir dalam siklus kehidupan manusia, yang ditandai dengan 60 tahun ke atas, lansia mengalami suatu proses alami yang tidak dapat dihindari dan pasti akan dialami. Dalam keperawatan gerontik, lansia dianggap sebagai kelompok orang yang mengalami perubahan kompleks dalam hal fisik, psikologis dan sosial. Perubahan ini



mencakup penurunan fungsi fisiologis, seperti penurunan kekuatan otot, penurunan kapasitas organ dan penurunan sistem kekebalan tubuh.

Menurut Fatimah (2018), Lansia sering kali menghadapi perubahan dalam interaksi sosial, peran keluarga, dan status ekonomi secara sosial. Dukungan keluarga dan lingkungan sosial sangat penting untuk kesejahteraan lansia, untuk membuat pendekatan keperawatan yang holistic dan berpusat pada kebutuhan orang tua, yang bertujuan untuk mempertahankan atau meningkatkan kualitas hidup mereka seiring dengan bertambahnya usia.

2.2.2 Batasan Lansia

Menurut Fatimah (2018), batasan usia lansia meliputi antara lain sebagai berikut:

1. Usia 45-59 tahun = Usia Pertengahan (*middle age*)
2. Usia 60-74 tahun = Lanjut usia (*elderly*)
3. Usia 75-90 tahun = Lanjut usia tua (*old*)
4. Usia diatas 90 tahun = Usia sangat tua (*very old*)

2.2.3 Teori Penuaan

Menurut Fatimah (2018), Ada beberapa teori yang menjelaskan proses penuaan, yang dapat dibagi menjadi beberapa kategori antara lain teori biologis, psikologis, sosiologis dan evolusi. Berikut adalah beberapa teori utama tentang proses penuaan:

1. Teori Biologis
 - a. teori radikal bebas : menyatakan bahwa penuaan terjadi karena kerusakan sel yang disebabkan oleh radikal bebas, yaitu molekul yang



sangat reaktif yang dapat merusak komponen seluler seperti DNA, protein dan lipid.

- b. Teori genetik : menyatakan bahwa penuaan dikendalikan oleh genetik dan bahwa setiap organisme memiliki jam biologis yang menentukan umur panjangnya.

2. Teori Psikologis

- a. teori aktivitas : menyatakan bahwa individu yang tetap aktif secara fisik dan sosial cenderung memiliki kualitas hidup yang lebih baik dan penuaan yang lebih sehat.
- b. Teori *Disengagement* : menyatakan bahwa penuaan adalah proses alami dimana individu secara bertahap menarik diri dari peran sosial dan tanggung jawab.

3. Teori Sosiologis

- a. Teori *Continuity* : menyatakan bahwa individu yang mempertahankan pola hidup, kebiasaan, dan hubungan sosial yang konsisten sepanjang hidup mereka cenderung mengalami penuaan yang lebih positif.

2.2.4 Faktor yang mempengaruhi penuaan lansia

Menurut Fatimah (2018), perubahan-perubahan yang terjadi pada lansia dipengaruhi oleh berbagai faktor yang dibagi menjadi dua kategori utama, yaitu:

1. Faktor Internal

- a. Genetika : gen yang diwariskan dapat mempengaruhi kecepatan dan cara penuaan, termasuk risiko penyakit kronis yang terkait dengan usia seperti, *Alzheimer* dan penyakit jantung.



- b. Hormon : perubahan hormonal, seperti penurunan produksi hormon estrogen pada wanita setelah menopause atau penurunan testosterone pada pria, dapat mempengaruhi proses penuaan, termasuk densitas tulang, distribusi lemak tubuh, dan fungsi seksual.
 - c. Metabolisme
 - d. Sistem kekebalan tubuh
 - e. Sistem sel
 - f. Sistem organ
2. Faktor Eksternal
- a. Perubahan sosial
 - 1) Peran meliputi post power syndrome (pension dan PHK), single woman, dan single parent
 - 2) Keluarga dan teman meliputi kehilangan (meninggal) dan kesendirian
 - 3) Ekonomi, politik, hukum, agama, Pendidikan, rekreasi, keamanan dan transportasi.
 - b. Perubahan Psikologis
 - Meliputi short term memory (penurunan fungsi kognitif dan aktivitas fisik), frustasi, depresi, kecemasan, dan takut kehilangan kebebasan serta takut menghadapi kematian.
 - c. Perubahan Lingkungan
 - d. Gaya hidup
 - e. Stressor



2.2.5 Peran Anggota Keluarga Terhadap Lansia

Menurut Fatimah (2018), peran anggota keluarga terhadap lansia ada beberapa, yaitu:

1. Melakukan pembicaraan terarah
2. Memberikan kasih saying dan perhatian, menghormati dan menghargai, jangan menganggapnya sebagai beban.
3. Memberi kesempatan untuk tinggal bersamanya
4. Mempertahankan kehangatan keluarga, menyediakan waktu untuk mendengar keluh kesahnya.
5. Memeriksakan Kesehatan secara teratur, dorong untuk tetap hidup bersih dan sehat.

2.2.6 Peran Keluarga Dalam Perawatan Lansia

Keluarga merupakan *support system* utama bagi lansia dalam mempertahankan kesehatannya. Peranan keluarga antara lain :

1. Menjaga atau merawat lansia
2. Mempertahankan dan meningkatkan status mental
3. Mengantisipasi perubahan status sosial
4. Memberikan motivasi
5. Memfasilitasi kebutuhan spiritual

2.3 Konsep Dasar 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 mengenai 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 dirumah
 - 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 (04 Februari 2025)

1. BIODATA

Nama : Ny. L
Jenis Kelamin : Perempuan
Umur : 70 Tahun
Status Perkawinan : Menikah
Pekerjaan : Tidak Bekerja
Agama : Kristen Protestan
Pendidikan terakhir : SMA
Alamat : Jl. Seiberas Sekata Psr 7
Tanggal Masuk Panti : 12 Agustus 2024
Tanggal Pengkajian : 04 Feb 2025
Diagnosa Medis : -

2. RIWAYAT KESEHATAN

a. Keluhan Utama

Klien mengatakan sudah pernah mengalami jatuh dikamar mandi hingga mengalami kekauan sendi dan kelemahan otot di ekstermitas kanan atas dan bawah, dan 4 bulan terakhir ini sering mengeluh nyeri dibagian punggung bagian bawah.

P (*provokatif*) : Ny. L mengatakan nyeri pada bagian punggung saat melakukan aktivitas.
Q (*quality*) : Ny.L mengatakan nyeri seperti di tusuk-tusuk.
R (*regions*) : Nyeri di rasakan pada punggung bagian bawah



S (scale) : skala nyeri 7

T (time) : Nyeri dirasakan hilang timbul.

b. Riwayat Penyakit Sekarang

Pada saat dilakukan pengkajian kepada pasien mengeluh sulit mengerakkan bagian ekstermitas kanan atas dan bawah, serta mengeluh nyeri dibagian punggung jika melakukan aktivitas.

c. Riwayat Kesehatan Yang Lalu

Klien mengatakan saat pengkajian Ny.L pernah jatuh di kamar mandi dan mengalami stroke atau kelumpuhan pada satu sisi tubuh (hemiparesis) lima bulan yang lalu (September 2024).

d. Riwayat Kesehatan Keluarga

Klien mengatakan tidak terlalu mengingat persis tentang Kesehatan keluarganya, apalagi dia yang berada di panti tidak setiap hari bertemu dengan keluarganya.

3. POLA AKTIVITAS SEHARI-HARI

a. Pola tidur/istirahat

Sebelum Sakit : Klien mengatakan dapat tidur dengan nyenyak, setelah bangun tidur pasien merasa segar, klien tidur di malam hari mulai dari jam 22.00-05.00 wib.

Saat Sakit : Klien mengatakan setelah berada di panti jompo tidurnya sering terbangun pada malam hari, dimulai dari jam 21.00-05.00 Wib.



b. Pola eliminasi

Sebelum Sakit : Klien mengatakan buang air kecil 4-6 kali sehari, warna kuning jernih. Buang air besar 1 kali sehari dengan konsistensi lembek dan berbentuk.

Saat Sakit : Klien mengbuang air kecil dalam sehari dan buang air besar tidak masalah dengan frekuensi 1 kali sehari (tampak menggunakan pampers).

c. Pola makan dan minum

Sebelum Sakit : Klien mengatakan makan 2-3x /harinya dan porsi selalu habis, dan minum air putih 6-8 gelas dalam seharinya.

Saat Sakit : Klien mengatakan selama di panti dia selalu teratur makan 3 kali sehari dengan porsi 5-6 sendok makan dan minum air putih 5-6 gelas perharinya, klien dalam minum air putih menurun sejak sakit.

d. Kebersihan diri

Sebelum sakit : Klien mengatakan mandi 2 kali sehari tanpa bantuan dan melakukannya secara mandiri.

Saat Sakit : Klien mengatakan mandi 1 kali sehari dengan bantuan karyawan di Yayasan pemenang jiwa



dan dibantu mengenakan pampers dan pakaian setiap harinya.

e. Pola kegiatan atau aktifitas

Sebelum sakit : Klien mengatakan sebelum sakit sangat suka bekerja dan sering pergi ke ladang dan melakukan pekerjaan rumah.

Saat sakit : Klien mengatakan tidak mampu untuk melakukan aktivitas sendiri, pasien hanya duduk di kursi 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

Klien mengatakan sering mengonsumsi makanan siap saji dan juga suka makan makanan yang pedas-pedas.

g. Riwayat Alergi

Tidak ada

4. DATA PSIKOSOSIAL

a. Pola Komunikasi

Klien mengatakan berkomunikasi menggunakan Bahasa Indonesia dan selalu mau berkomunikasi dengan orang lain yang berada di sekitarnya atau dilingkungan Yayasan pemenang jiwa.

b. Orang yang paling dekat dengan pasien



Klien mengatakan orang terdekatnya adalah anaknya, dan dia selalu mau berkomunikasi dengan Oma (pemilik Yayasan) dan teman-temannya yang berada disana.

c. Hubungan dengan orang lain

Klien mengatakan berbicara dengan sekedarnya saja dengan orang lain.

d. Data kognitif

Klien mengatakan daya ingat sudah mulai menurun atau berkurang dan sering lupa dengan informasi yang diberikan. Sesuai dengan hasil pengkajian MMSE didapatkan hasil 23 yang artinya tidak mengalami kerusakan kognitif.

5. DATA SPIRITAL

a. Ketaatan Beribadah

Klien mengatakan dia menganut agama kristen protestan, sering beribadah di gereja dan saat berada di Yayasan pemenang jiwa klien mengatakan setiap pagi melakukan kegiatan spiritual seperti ibadah pagi dan berdoa sendiri di atas tempat tidur.

b. Keyakinan terhadap sehat dan sakit

Klien mengatakan sehat dan sakit tergantung pada umur serta kepercayaan kepada Tuhan, mampu memberikan Kesehatan dan hidup kepada setiap umat manusia.



6. PEMERIKSAAN FISIK

a. Penampilan Umum

Klien tampak sadar penuh, tampak rapi, duduk diatas kursi roda, wajah terlihat segar, kuku bersih dan tidak Panjang.

b. Tanda-tanda Vital

TD : 135/90 mmHg

RR : 21 x/i

P : 75 x/i

c. Pemeriksaan Kepala dan Leher

1. Kepala : Rambut putih, tidak ada ketombe, rambut pendek, tidak ada lesi di sekitar kepala.

2. Wajah : Terlihat segar, bersih dan kulit wajah mengerut/keriput

3. Mata : Adanya lingkaran hitam di palpebrae, conjungtiva kemerahan, scelera tidak ikterik.

4. Hidung : Hidung normal, pesek, tidak ada lesi.

5. Mulut dan Faring : Tidak ada jamur, bibir tampak kering, gusi normal, tidak ada perdarahan, gigi geligi normal, mampu mengunyah makanan keras.

d. Pemeriksaan Integumen/Kulit

Kulit tampak kering, kulit teraba lebih tipis dan berkeriput.

e. Pemeriksaan thorax dan dada

1. Inspeksi : Thorax dan dada tampak simetris dan tampak



normal

2. Palpasi : Tanda nyeri tidak ada, vocal fremitus kanan dan kiri menghasilkan getaran sama.
3. Perkusi : Sonor
4. Auskultasi : Suara napas normal, suara ucapan normal, dan jelas, suara tambahan tidak ada.

f. Pemeriksaan Abdomen

1. Inspeksi : Abdomen tampak simetris dan tampak normal
2. Auskultasi : Peristaltik dalam batas normal 18x/i.
3. Perkusi : Terdengar normal bunyi timpani
4. Palpasi : Tidak ada pembengkakan

g. Pemeriksaan Muskuloskeletal

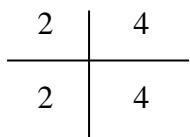
Klien tidak mampu berdiri dan berjalan sendiri, tidak mampu untuk berpindah sendiri, tidak mampu kekamar mandi sendiri, semua dibantu menggunakan alat bantu jalan yaitu kursi roda. Hasil pengkajian indeks Katz dengan nilai D, yang artinya mandiri dalam semua hal, kecuali mandi, berpakaian dan satu fungsi tambahan yaitu berpindah tempat.

Skala Kekuatan Otot

Ekstermitas atas : mengatakan tangan kanan dapat menggerakkan dengan bantuan dengan skala (2), sedangkan tangan kiri dapat menahan tekanan ringan (4).



Ekstermitas Bawah : mengatakan kaki kanan dapat menggerakkan dengan bantuan alat (walker/kursi roda) jika melakukan aktivitas, sedangkan kaki kiri dapat menahan tekanan ringan.



Keterangan

Lumpuh Total : 0

Ada gravitas : 1

Dapat menggerakkan dengan bantuan : 2

Dapat melawan gravitasi : 3

Dapat menahan tekanan ringan : 4

Dapat menahan tekanan berat : 5

Rentang Gerak

Setelah dilakukan Latihan ROM (*Range Of Motion*) ekstermitas atas mengalami pertambahan derajat rentang gerak, mampu mengangkat lengan atas hingga 180 derajat dan rotasi ekternal memutar lengan ke luar hingga 85 derajat. Sedangkan pada bagian ekstermitas bawah mampu memutar keluar hingga 120 derajat.

Kekakuan Sendi

Kekakuan sendi yang dialami oleh klien setelah mengalami stroke yaitu dibagian bahu yang dimana otot bahu yang kaku dapat menyebabkan lengan sulit diangkat atau di putar.



h. Pemeriksaan Neurologis

Ny.L merasakan rangsangan nyeri yang diberikan, nyeri yang dirasakan pada ektermitas kanan menurun dari nyeri yang dirasakan pada ekstermitas kiri.

7. PEMERIKSAAN PENUNJANG

a. Laboratorium

-

b. Foto Rontgen

-

8. PENATALAKSANAAN DAN TERAPI

a. Therapi

Tidak ada

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

No	Tanggal	Symptom	Etiologi	Problem
1.	04-02-2025	DS: - Ny.L mengatakan nyeri dibagian punggung bawah satu bulan setelah mengalami stroke,. Nyeri mucul saat melakukan aktivitas, skala nyeri 7 nyeri seperti ditusuk-tusuk, nyeri hilang timbul.	Kondisi Muskuloskeletal Kronis	Nyeri Kronis (D.0078)



		<p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none">- eksstermitas kanan bawah dan atas tampak sulit digerakkan- Ny.L tampak meringis- Tampak gelisah- Tampak lemas- TD : 135/90 mmHg- RR : 21 x/i- P : 75 x/i		
2.	04-02-2025	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none">- Ny.L mengatakan tangan dan kaki kanan sulit untuk digerakkan- terasa kaku dan mengalami kelemahan otot <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none">- Ny.L tampak tidak mampu berdiri atau berpindah tempat- Menggunakan kursi roda- Mandi dan berpakaian dibantu oleh karyawan- Pasien mengalami kekakuan sendi pada bagian bahu sebelah kanan.- Kekuatan otot klien eksstermitas kanan atas dan bawah bernilai 2, eksstermitas kiri atas dan bawah bernilai 4.- Rentang gerak klien terbatas mampu mengangkat lengan atas hingga 180 derajat dan rotasi eksternal memutar lengan ke luar hingga 85 derajat. Sedangkan pada bagian eksstermitas bawah mampu memutar keluar hingga 120 derajat.	Gangguan Neuromuskuler	Gangguan Mobilitas Fisik



3.	04-02-2025	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ny.L mengatakan pernah jatuh di kamar mandi - Mengatakan ada riwayat stroke - Tidak dapat menggerakkan ekstermitas kanan atas dan bawah <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ny.L tampak menggunakan kursi roda untuk melakukan imobilisasi - Tampak fisik melemah 	Usia \geq 65 tahun dan penggunaan alat bantu berjalan yaitu kursi roda.	Risiko Jatuh
----	------------	--	---	--------------

C. DIAGNOSA KEPERAWATAN

No	Tanggal Muncul	Diagnosa Keperawatan	Prioritas Masalah
1	04-02-2025	Nyeri kronis b/d kondisi musculoskeletal kronis ditandai klien mengatakan nyeri dibagian punggung bawah satu bulan setelah mengalami stroke, nyeri muncul saat melakukan aktivitas, skala nyeri 7 nyeri seperti ditusuk-tusuk, nyeri hilang timbul. ekstermitas kanan bawah dan atas tampak sulit digerakkan,tampak meringis, gelisah, lemas, TD: 135/90mmHg,RR : 21 x/I, P: 75 x/i123.	1
2	04-02-2025	Gangguan mobilitas fisik b/d Gangguan neuromuskuler ditandai dengan klien mengatakan tangan dan kaki kanan sulit untuk digerakkan terasa kaku dan mengalami kelemahan otot. tampak tidak mampu berdiri atau berpindah tempat menggunakan kursi roda mandi dan berpakaian dibantu oleh karyawan,Pasien mengalamikekakuan sendi pada bagian bahu, Kekuatan otot ekstermitas kanan atas dan bawah bernilai 2, ekstermitas kiri atas dan bawah bernilai 4. Rentang gerak klien mampu mengangkat lengan atas hingga 180 derajat dan rotasi ekternal memutar lengan ke luar hingga 85 derajat. Sedangkan pada bagian ekstermitas bawah mampu memutar keluar hingga 120 derajat.	2
3	04-02-2025	Resiko jatuh bd usia $>$ 65 tahun dan penggunaan alat bantu berjalan yaitu kursi roda ditandai dengan riwayat jatuh dikamar mandi dan riwayat stroke,	3



		tampak adanya penggunaan kursi roda untuk mobilisasi, butuh bantuan dalam berpindah baik bantuan alat atau orang lain, kekuatan otot menurun, fisik melemah.	
--	--	--	--

D. RENCANA ASUHAN KEPERAWATAN

No	Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Tujuan Dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
1	Nyeri Kronis (D. 0078)	Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan nyeri kronis menurun dengan kriteria hasil: <ol style="list-style-type: none">1. Keluhan nyeri menurun2. Meringis menurun3. Gelisah menurun	Manajemen nyeri (I. 08238) Observasi: <ol style="list-style-type: none">1. Identifikasi skala nyeri2. Identifikasi respon nyeri non verbal <p>Terapeutik Fasilitasi istirahat dan tidur</p> <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Jelaskan strategi meredakan nyeri2. Ajarkan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri.
2	Gangguan mobilitas fisik	Mobilitas Fisik setelah dilakukan Tindakan keperawatan gerontik diharapkan tingkat gangguan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria <ol style="list-style-type: none">1. Pergerakan ekstremitas cukup meningkat2. Kekuatan otot cukup meningkat3. Rentang gerak sendi ROM cukup meningkat	Dukungan mobilisasi Observasi: <ol style="list-style-type: none">1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none">1. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. walker)2. Fasilitas melakukan pergerakan, jika perlu3. Latih melakukan ROM <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none">1. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi2. Anjurkan



			<ul style="list-style-type: none"> - melakukan mobilisasi dini 3. Ajarkan mobilisasi sederhana
3	Risiko jatuh	<p>Klien tidak mengalami jatuh atau cedera selama dalam perawatan dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jatuh dari tempat tidur cukup menurun 2. Jatuh saat berdiri cukup menurun 3. Jatuh saat dikamar mandi cukup menurun 	<p>Pencegahan jatuh : Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi faktor resiko jatuh 2. Identifikasi risiko jatuh setidaknya sekali setiap shift 3. Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh (mis, lantai yang licin, pencahayaan yang buruk) 4. Monitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya. <p>Teraupetik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pastikan kursi roda selalu dalam kondisi terkunci. 2. Gunakan alat bantu kursi roda <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan memanggil perawat jika butuh bantuan. 2. Anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin.

E. TINDAKAN KEPERAWATAN

Diagnosa	Tanggal/Jam	Implementasi
(1,2,3)	04-02-2025/ 08.15	<ul style="list-style-type: none"> - Memperkenalkan diri terlebih dahulu kepada pasien
(1)	09.00	<ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak meringis kesakitan. Mengkaji karakteristik nyeri yang dialami pasien. Klien mengatakan nyeri muncul saat melakukan aktivitas, skala nyeri 7, nyeri seperti di tusuk-tusuk,hilang timbul
(1)	09.15	<ul style="list-style-type: none"> - mengajarkan teknik non farmakologis: relaksasi nafas dalam. Klien



			mengatakan nyeri berkurang.
(2)	10.00	-	Melakukan pengkajian kepada klien meliputi keluhan yang dirasakan, ada riwayat stroke.
(2)	10.30	-	Melakukan pengkajian indeks katz yaitu didapatkan hasil nilai D kemandirian dalam semua hal kecuali mandi, berpakaian, kekamar kecil dan berpindah.
(1,2,3)	11.00	-	Menanyakan Kembali apakah ada keluhan lainnya atau nyeri pada klien.
(2)	11.30	-	Melakukan mobilisasi dini, berdiri dalam beberapa menit dengan bantuan perawat.
(2,3)	12.30	-	Mengontrak/memberitahukan kepada klien bahwa besok akan dilakukan Latihan ROM (Range Of Motion).
(3)	13.45	-	Mengkaji lingkungan dan riwayat jatuh. Klien mengatakan sudah pernah jatuh di kamar mandi
(2,3)	14.00	-	Membantu klien berpindah dari kursi roda ke tempat tidur
	14.25	-	Menganjurkan klien menggunakan alas kaki yang tidak licin
		-	Membantu klien untuk mengganti pampers

(1)	05-02-2025 08.10	-	Memperhatikan gestur dan ekspresi wajah saat merasakan nyeri
(1)	08.30	-	Melatih Kembali klien untuk melakukan teknik relaksasi napas dalam, dan mengidentifikasi tingkat nyeri yang dirasakan. klien mengatakan nyeri sudah mulai berkurang.
(1)	08.45	-	



(2)	09.15	- Memberikan terapi ROM kepada klien untuk Latihan rentang Gerak dan sembari memonitor keadaan umum klien saat melakukan terapi. klien melakukan dan mengikuti Latihan ROM dengan bantuan perawat.
(2,3)	10.00	- Melatih berdiri dari kursi roda dalam beberapa menit dan membantu memegang klien. Klien mampu berdiri dalam beberapa menit dengan bantuan perawat.
(2)		- Mengajak klien melakukan Gerakan ROM secara mandiri. Klien melakukan Latihan ROM secara mandiri secara perlahan (menggerakkan tangan dan kaki secara berulang-ulang) dan dipantau oleh perawat.
(1,2,3)	11.30	- Mendampingi klien makan siang
(2,3)	11.40	- Memastikan roda kursi roda dalam kondisi yang baik.
(2,3)	12.25	- Membantu klien berpindah dari kursi roda ke tempat tidur dengan bantuan perawat dan sebaliknya.
(1,2,3)	12.30	- Menganjurkan kepada klien meminta bantuan perawat jika tidak mampu mobilisasi.
(2,3)	13.15	- Mengunci rem kursi roda klien

(1)	06-02-2025 14.20	- Menanyakan kembali nyeri yang dirasakan. Klien mengatakan masih merasakan nyeri jika melakukan aktivitas (duduk dan berdiri).
(1)	16.00	- Melatih kembali cara melakukan teknik relaksasi napas dalam. Klien mampu



(1)	16.15	<ul style="list-style-type: none">- melakukan Teknik relaksasi napas dalam.
(2)	17.00	<ul style="list-style-type: none">- Melatih klien mobilisasi berdiri dan berjalan dengan bantuan perawat. Klien mampu berjalan dengan bantuan perawat.
(1,2)	17.10	<ul style="list-style-type: none">- Mengkaji adanya nyeri atau keluhan lainnya saat mobilisasi
(2)	17.30	<ul style="list-style-type: none">- Melakukan Latihan ROM (Range Of Motion) kepada klien untuk melatih rentang Gerak.
(2,3)	17.45	<ul style="list-style-type: none">- Membantu klien dengan memapah klien untuk ke kamar mandi.
(2)	18.00	<ul style="list-style-type: none">- Mengajurkan klien melakukan ROM secara mandiri. Klien mampu melakukan ROM secara perlahan-lahan dan dipantau oleh perawat.
(2)	18.30	<ul style="list-style-type: none">- Memonitor klien berpindah tempat dari tempat tidur ke kursi roda secara pelan-pelan dengan bantuan perawat
(2)	18.45	<ul style="list-style-type: none">- Melatih klien berkonsentrasi saat mobilisasi untuk menjaga keseimbangan tubuh.
(3)	19.00	<ul style="list-style-type: none">- Mengingatkan Kembali klien untuk menggunakan alas kaki yang tidak licin.
(1,2,3)	19.25	<ul style="list-style-type: none">- Mengganti pakaian klien
(3)	20.30	<ul style="list-style-type: none">- Mengecek kembali handal tempat tidur apakah terpasang dengan benar.



F. EVALUASI

Tanggal/No.DX	Catatan Perkembangan
04-02-2025 Nyeri kronis	S: Ny.L mengatakan ekstermitas kanan atas dan bawah masih terasa kaku dan sulit digerakkan, nyeri dibagian punggung masih terasa sakit. O: Ny.L tampak meringis, gelisah dan lemas A: Nyeri masih dirasakan P: - Intervensi diteruskan <ul style="list-style-type: none">- Mengidentifikasi kemampuan fisik Ny.L dalam melakukan suatu kegiatan- Identifikasi tingkat nyeri yang dirasakan- Identifikasi pola aktivitas (mis, menggerakkan kedua kaki, berdiri dan duduk).
Gangguan mobilitas fisik	S : Ny.L mengatakan ekstermitas kanan atas dan bawah sulit untuk digerakkan dan masih terasa kaku. O : - Ny.L menggunakan kursi roda <ul style="list-style-type: none">- Kekuatan otot melemah- Gerakkan terbatas- Sendi kaku- Adanya riwayat stroke A : Gangguan mobilitas fisik belum teratasi P : Intervensi keperawatan dilanjutkan <ul style="list-style-type: none">- Berikan terapi ROM minimal 2 kali sehari mengangkat tangan dan kaki keatas ke bawah dan Gerakan lainnya.
Risiko Jatuh	S : Ny.L mengatakan sulit berjalan dan berdiri hanya bisa duduk diatas kursi roda O : Tidak mampu mengerakkan ekstermitas kanan atas dan bawah <ul style="list-style-type: none">- Penggunaan alat bantu kursi roda- Kekuatan otot menurun- Tidak mampu melakukan adl mandiri A : Risiko jatuh belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan <ul style="list-style-type: none">- Bantu saat mobilisasi berpindah- Pantau agar kursi roda tetap terkunci- Pantau handall tempat tidur

Tanggal/No.DX	Catatan Perkembangan
05-02-2025 Nyeri Kronis	S : Ny.L mengatakan kedua kaki masih sulit untuk digerakkan dan masih merasakan nyeri dibagian punggung O : Ny.L tampak lemas, gelisah dan meringis kesakitan tiap melakukan aktivitas ringan A : Nyeri masih belum teratasi P : - Intervensi dilanjutkan <ul style="list-style-type: none">- Mengidentifikasi kemampuan fisik Ny.L dalam melakukan suatu kegiatan- Identifikasi tingkat nyeri yang dirasakan- Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri



Gangguan mobilitas fisik	S : Ny.L mengatakan tidak mampu bertahan berdiri tanpa bantuan orang lain. O : kaki gemetaran pada saat dilakukan Latihan berdiri <ul style="list-style-type: none">- Masih belum mampu mengangkat tangan sebelah kanan sepenuhnya- Mampu melakukan ROM dengan mandiri A : Gangguan mobilitas fisik belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan <ul style="list-style-type: none">- Pantau ku saat mobilisasi- Anjurkan ambulasi sederhana- Latihan ROM- Identifikasi adanya nyeri atau keluhan lainnya
Risiko Jatuh	S : Ny.L mengatakan sulit berjalan dan berdiri hanya bisa duduk diatas kursi roda O : Tidak mampu mengerakkan esktermitas kanan atas dan bawah <ul style="list-style-type: none">- Penggunaan alat bantu kursi roda- Kekuatan otot menurun- Tidak mampu melakukan adl mandiri A : Risiko jatuh belum teratasi P : intervensi dilanjutkan <ul style="list-style-type: none">- Monitor kemampuan berpindah- Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan- Anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin- Anjurkan melebarkan kedua kaki untuk menjaga keseimbangan.

Tanggal/No.DX	Catatan Perkembangan
06-02-2025 Nyeri kronis	S : Ny.L mengatakan nyeri masih dirasakan jika banyak melakukan aktivitas O : Ny.L tampak lemas, gelisah dan meringis kesakitan jika nyeri timbul A : Nyeri masih belum teratasi P : Intervensi diteruskan <ul style="list-style-type: none">- Mengidentifikasi kemampuan fisik dalam melakukan suatu kegiatan- Mengidentifikasi tingkat nyeri yang dirasakan- Mengidentifikasi faktor yang memperberat atau meringankan nyeri.
Gangguan mobilitas fisik	S : Ny.L mengatakan mulai bisa berdiri dan berjalan secara perlahan dengan bantuan orang lain. O : Kaki gemetaran pada saat dilakukan Latihan berdiri <ul style="list-style-type: none">- Sudah bisa mengangkat tangan kanan secara pelan-pelan dan beberapa menit.- Mampu melakukan gerakan ROM dengan mandiri A : Gangguan mobilitas fisik belum teratasi P : Intervensi keperawatan dilanjutkan <ul style="list-style-type: none">- Pantau ku saat mobilisasi



	<ul style="list-style-type: none">- Anjurkan ambulasi sederhana- Latihan ROM- Identifikasi adanya nyeri atau keluhan lainnya
Risiko Jatuh	S : Ny.L mengatakan sulit berjalan dan berdiri hanya bisa duduk diatas kursi roda O : Tidak mampu menggerakkan ekstermitas kanan atas dan bawah <ul style="list-style-type: none">- Penggunaan alat bantu kursi roda- Kekuatan otot menurun- Tidak mampu melakukan adl mandiri A : Risiko jatuh belum teratasi P : Intervensi keperawatan dilanjutkan <ul style="list-style-type: none">- Monitor kemampuan berpindah- Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan- Anjurkan melebarkan kedua kaki untuk menjaga keseimbangan.



BAB 4

PEMBAHASAN

Dalam bab 4 ini, penulis akan membahas ada tidaknya kesenjangan antara tinjauan Pustaka dengan pelaksanaan asuhan keperawatan yang telah dilaksanakan secara berkesinambungan, mengacu pada tujuan khusus. Berdasarkan hasil penerapan asuhan keperawatan pada klien lansia dengan gangguan *musculoskeletal* pada Ny.L di panti jompo Yayasan pemenang jiwa Sumatera tahun 2025 penulis mengambil kesimpulan sebagai berikut:

4.1 Pengkajian

Pengkajian dilakukan pada tanggal 4 februari 2025 kepada Ny.L dengan menggunakan metode pengkajian wawancara dan pemeriksaan fisik untuk menambah data yang diperlukan. Dari hasil pengkajian yang didapatkan pada Ny.L yang berusia 70 tahun mengatakan tidak mampu menggerakkan ekstermitas kanan atas dan bawah, nyeri punggung bagian bawah dengan skala nyeri 7, kekuatan otot menurun dengan kekuatan otot (2), rentang Gerak pasien menurun, nilai indeks katz nilai D, yaitu mandiri dalam semua hal, kecuali mandi, berpakaian, keamar kecil, dan berpindah. Hasil pengkajian *minimental examination* (MMSE) Ny.L tidak mengalami gangguan kognitif dengan nilai 23, pengkajian *short portable mental status questionnaire* (SPMSQ) Ny.L didapatkan kerusakan intelektual ringan.

Menurut Ignatavicius (2010), mengatakan bahwa pasien dengan gangguan *musculoskeletal* dapat mengalami ciri-ciri berupa ketidakselarasan tulang, kelemahan otot, pembengkakan atau kelainan bentuk tulang, fraktur, peradangan



sendi, kulit memerah, demam dan nyeri. Kelemahan otot dan nyeri merupakan salah satu keluhan yang di alami oleh Ny.L dengan kondisinya sekarang.

Tindakan keperawatan yang diberikan kepada Ny.L selama tiga hari berupa mengkaji adanya keluhan fisik, dan mengajarkan pasien untuk melakukan pergerakan sedehana yaitu ROM aktif untuk melatih otot. Menurut (Sesep et al., 2024) 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.L 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 ekstermitas kanan atas dan bawah masih mengalami kelemahan, kekuatan otot cukup meningkat dibuktikan dengan pasien dapat mengangkat tangan kanan sedikit walaupun masih bergetar.

Menurut asumsi penulis, berdasarkan pengkajian yang dilakukan kepada Ny.L dengan gangguan musculoskeletal dapat menimbulkan kekakuan otot ataupun kelemahan otot sehingga membuat pasien menggunakan alat bantu (kursi roda) pada saat melakukan aktivitas sehari-hari.

4.2 Diagnosa Keperawatan

Setelah penulis melakukan pengkajian kepada Ny.L ditemukan data bahwa saat ini Ny.L mengalami keadaan kurang sehat yaitu mengalami kekakuan sendi dan kelemahan otot. Setelah dilakukan pengkajian keperawatan terdapat 3 diagnosa keperawatan dengan prioritas masalah yaitu nyeri kronis b/d kondisi



musculoskeletal kronis, gangguan mobilitas fisik b/d gangguan neuromuskuler dan risiko jatuh b/d usia ≥ 65 tahun dan penggunaan alat bantu berjalan kursi roda.

Menurut SDKI (2017), nyeri kronis adalah sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan actual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berinteritas ringan hingga berat dan konstan, yang berlangsung lebih dari 3 bulan. Dari pengkajian yang didapatkan nyeri kronis b/d kondisi muskoloskeletal kronis ditandai dengan Ny.L tampak meringis, gelisah, lemas dan skala nyeri 7.

Menurut SDKI (2017), gangguan mobilitas fisik adalah keterbatasan dalam Gerakan fisik dari satu atau lebih ekstermitas secara mandiri. Dari pengkajian yang di dapatkan gangguan mobilitas fisik b/d gangguan neuromuskuler ditandai dengan Ny.L tampak tidak mampu berdiri atau berpindah tempat, tampak menggunakan kursi roda, tampak mandi dan berpakaian dibantu oleh karyawan.

Menurut SDKI (2017) risiko jatuh adalah Berisiko mengalami kerusakan fisik dan gangguan Kesehatan akibat terjatuh. Dari pengkajian yang didapatkan risiko jatuh b/d usia ≥ 65 tahun dan penggunaan alat bantu berjalan ditandai dengan Ny.L mengatakan pernah jatuh di kamar mandi, mengatakan ada riwayat stroke, tampak menggunakan kursi roda untuk melakukan imobilisasi.

4.3 Intervensi Keperawatan

Perencanaan asuhan keperawatan yang direncanakan berdasarkan masalah yang sedang dialami pasien saat ini yang mencakup tindakan keperawatan mandiri, observasi dan Tindakan kolaborasi yaitu pada diagnosa nyeri kronis yang diberikan yaitu manajemen nyeri dengan cara identifikasi skala nyeri, Identifikasi respon nyeri non



verbal, Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingkat nyeri, Fasilitasi istirahat dan tidur, Jelaskan strategi meredakan nyeri, Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri, Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya. Pada diagnose gangguan mobilitas fisik yang diberikan yaitu Latihan ROM, dan untuk diagnose risiko jatuh diberikan intervensi yaitu pencegahan jatuh. Dimana intervensi ini diberikan pada Ny.L selama 3x24 jam dengan pemantauan penuh.

Menurut penelitian (Hilda Mazarani Devi, 2020), salah satu intervensi yang diberikan Teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri adalah teknik relaksasi napas dalam, fasilitasi istirahat dan tidur, edukasi yang dilakukan ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri.

Menurut (Brunner 2010), rencana keperawatan yang dapat dilakukan pada pasien seperti menghilangkan rasa sakit, meningkatkan mobilitas fisik, penggunaan Teknik mekanik tubuh yang melestarikan punggung, meningkatkan harga diri, dan pengurangan berat badan.

Menurut penelitian yang dilakukan oleh (Permatasari et al. 2024), mengatakan bahwa latihan pergerakan bagi penderita merupakan prasarad bagi tercapainya kemandirian pasien, karena Latihan gerak akan membantu secara berangsur-angsur fungsi tungkai dan lengan Kembali atau mendekati normal. Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada pengaruh Latihan ROM (*Range Of Motion*) terhadap peningkatan kekuatan otot pada pasien.

Menurut asumsi penulis, dalam melakukan Tindakan keperawatan maka perlu dilakukan perencanaan keperawatan pada proses keperawatan yang dimulai dari penentuan tujuan (khusus dan umum), penetapan standar dan kriteria serta menentukan perencanaan untuk mengatasi masalah.



4.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan tahap ketika perawat mengaplikasikan rencana asuhan keperawatan ke dalam bentuk intervensi keperawatan guna membantu klien mencapai tujuan yang ditetapkan. Implementasi keperawatan dilakukan penulis pada tanggal 04 februari -06 februari 2025, Tindakan yang dilakukan oleh penulis seperti mengajarkan Teknik relaksasi nafas dalam pada Ny.L, mengidentifikasi tingkat nyeri yang dirasakan menggunakan angka 1-10, mengidentifikasi kemampuan fisik dalam melakukan suatu kegiatan, melakukan Latihan Gerakan *Range Of Motion* (ROM), dan kegiatan lainnya yang dilaksanakan di panti jompo Yayasan pemenang jiwa.

Menurut penelitian (Ranida Arsi, 2024), pemberian terapi kompres rebusan air serai mempunyai pengaruh yang signifikan terhadap penurunan skala nyeri pada lansia dimana kompres hangat serai dapat digunakan sebagai alternatif untuk mengurangi intensitas nyeri dikarenakan terdapat kandungan minyak atsiri dan enzim siklo-oksigenasi yaitu pedas yang bersifat hangat dimana efek hangat yang timbul dapat meredakan nyeri kaku sehingga dapat mengurangi peradangan.

Menurut (Brunner 2010) untuk meningkatkan mobilitas fisik, Latihan ROM dapat meningkatkan kekuatan otot pada pasien. *Range Of Motion* adalah Latihan Gerakan sendi yang memungkinkan terjadinya kontraksi dan pergerakan otot dimana pasien menggerakkan masing-masing persendiannya sesuai Gerakan normal baik secara aktif maupun pasif dengan tujuan untuk mempertahankan atau memelihara kekuatan otot, memelihara mobilisasi persendian, merangsang sirkulasi darah dan untuk mencegah kelainan bentuk.

Menurut asumsi penulis, implementasi keperawatan yang dilakukan pada pasien dengan gangguan musculoskeletal sudah sesuai dengan intervensi yang telah ditetapkan,



dimana implementasi dilakukan sesuai dengan tetap memperhatikan prioritas masalah pada pasien.

4.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan yang didapatkan dengan diagnosa pertama yaitu nyeri kronis b/d kondisi muskoloskeletal kronis menurun namun masih dirasakan selama 3 hari dimana terdapatnya penurunan nyeri pada Ny.L setelah diberikannya terapi non farmakologis (relaksasi napas dalam) dari skala nyeri 7 menjadi skala nyeri 4.

Evaluasi yang didapatkan dengan diagnose kedua yaitu gangguan mobilitas fisik b/d gangguan neuromuskuler masih terganggu selama 3 hari dilakukan intervensi, namun adanya peningkatan kekuatan otot setelah dilakukannya Latihan *Range Of Motion* (ROM) aktif atau pasif pada Ny.L

Evaluasi yang didapatkan dengan diagnose ketiga yaitu risiko jatuh b/d usia ≥ 65 tahun dan penggunaan alat bantu masih terganggu, dimana kekuatan otot masih melemah dan tidak mampu melakukan adl secara mandiri

Menurut penelitian Dhika (2022), tercapainya hasil yang diharapkan pada diagnose gangguan mobilitas fisik yaitu pergerakan ekstermitas meningkat, kekuatan otot meningkat, nyeri menurun dengan hasil klien tampak bisa bergerak secara mandiri dan kekuatan otot klien meningkat pada ekstermitas bawah sebelah kanan.

Menurut asumsi penulis, evaluasi yang dilakukan setelah diberikan asuhan keperawatan gerontik pada Ny.L dengan gangguan musculoskeletal dari 3 diagnosa yang diangkat nyeri menurun namun masih dirasakan, gangguan mobilitas fisik dan risiko jatuh masih terganggu namun ada peningkatan kekuatan otot, dengan menggunakan evaluasi formatif dimana pelaksanaan Tindakan keperawatan dinilai dengan menggunakan SOAP setiap diagnosa.



BAB 5

SIMPULAN DAN SARAN

5.1 Simpulan

Berdasarkan hasil studi kasus asuhan eperawatan lansia dengan gangguan muskuloskeletal di panti jompo Yayasan pemenang jiwa tahun 2025, penulis dapat memberikan Kesimpulan sebagai berikut:

1. Pengkajian

Hasil pengkajian yang didapatkan pada klien menunjukkan adanya masalah, klien mengatakan sudah pernah mengalami jatuh dikamar mandi hingga mengalami kekauan sendi dan kelemahan otot di ekstermitas kanan atas dan bawah, dan 4 bulan terakhir ini sering mengeluh nyeri dibagian punggung bagian bawah.

2. Diagnosa

Diagnosa keperawatan yang ditemukan pada klien terdapat 3 diagnosa yaitu, nyeri kronis b/d kondisi musculoskeletal kronis, gangguan mobilitas fisik b/d gangguan neuromuskuler, serta risiko jatuh b/d usia lebih dari 65 tahun dan penggunaan alat bantu.

3. Intervensi keperawatan

Intervensi keperawatan pada klien disusun berdasarkan prioritas masalah keperawatan. Intervensi keperawatan yang dilakukan oleh penulis di susun dengan mengacu pada standar luaran keperawatan Indonesia (SLKI) dan standar luaran keperawatan indonesia (SIKI).



4. Implementasi keperawatan

Implementasi keperawatan yang dilaksanakan kepada pasien selama tiga hari disesuaikan dengan perencanaan yang telah di susun berdasarkan teori dan kebutuhan yang ada pada pasien.

5. Evaluasi keperawatan

Evaluasi keperawatan dari pemberian asuhan keperawatan pada klien diagnosa keperawatan yang teratasi sebagian yaitu nyeri kronis b/d kondisi muskuloskeletal kronis, gangguan mobilitas fisik b/d gangguan neuromuskuler dan risiko jatuh b/d usia lebih 65 tahun dan penggunaan alat bantu berjalan yaitu kursi roda.

5.2 Saran

Dalam rangka meningkatkan pemberian asuhan keperawatan yang komprehensif pada kasus kelolaan pasien, maka penulis dapat menyampaikan beberapa saran sebagai berikut:

1. Bagi perkembangan ilmu keperawatan

Hasil penelitian studi kasus ini diharapkan dapat memberikan informasi mengenai perkembangan ilmu keperawatan dibidang keperawatan dan pemahaman tentang asuhan keperawatan gerontik dengan masalah gangguan muskuloskeletal.



-
2. Bagi Institusi Pendidikan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabaeth Medan.

Hasil penelitian studi kasus ini diharapkan dapat menjadi bahan masukan serta refrensi karya tulis ilmiah untuk asuhan keperawatan gerontik dengan masalah gangguan muskuloskeletal.



DAFTAR PUSTAKA

- Buku Ajar Keperawatan Gerontik. (2024). (n.p.): PT. Sonpedia Publishing Indonesia.
- Brunner and suddarth. 2010. *Text Book Of Medical Surgical Nursing. 12th Edition.China : LWW*. Vol. 26.
- Fatimah, & Nuryaningsih. (2018). *Buku Ajar Buku Ajar*.
- Hilda Mazarani Devi, lilis setyowati. (2020). *Manajemen Nyeri Kronis Menggunakan Terapi Non-Farmakologis Kombinasi pada Klien Lansia dengan Arthritis rheumatoid: Studi Kasus. Jurnal Media Komunikasi Ilmu Kesehatan*, 12(02), 70–76.
- Permatasari et al. 2024. (2024). *Penerapan Terapi Range of Motion (Rom) Terhadap Peningkatan Kekuatan Otot Pada Pasien Dengan Stroke Application of Range of Motion (Rom) Therapy To Increasing Muscle Strength in Patients With Stroke. Jurnal Cendikia Muda*, 4(2), 255–261.
- Ranida Arsi, 2024. (2024). *TERHADAP INTENSITAS NYERI RHEUMATOID ARTHRITIS PADA LANSIA PENDAHULUAN* Lansia adalah seseorang yang telah memasuki usia 60 tahun keatas , lansia mengalami berbagai perubahan baik secara fisik , mental maupun sosial , perubahan yang bersifat fisik yaitu pe. 9, 1–10.
- Sesep, F., Marbun, M., Murni, L., & Sagala, B. (2024). *Indonesian Trust Nursing Journal (ITNJ) PENGARUH LATIHAN RANGE OF MOTION PASIF TERHADAP KEKUATAN OTOT PADA PASIEN STROKE NON HEMORAGIK DI MURNI TEGUH MEMORIAL HOSPITAL*. 2(2), 14–20.
- Sry Desnayanti Purba . (2021). *Efektivitas ROM (Range Of Motion) terhadap kekuatan otot pada pasien stroke di Rumah Sakit Royal Prima Tahun 2021*
- SDKI 2018, Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (Ist Ed). Jakarta Selatan: Dewan Pengurus PPNI.
- SIKI 2018, Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (Ist Ed). Jakarta Selatan: Dewan Pengurus PPNI.
- SLKI 2018, Standar Luaran Keperawatan Indonesia (Ist Ed). Jakarta Selatan: Dewan Pengurus PPNI.



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. Alat tulis (pulpen dan kertas)

PROSEDUR

No.	AKTIFITAS	MANDIRI	TERGANTUNG
1.	Mandi:		
	Bantuan hanya pada satu bagian mandi (seperti punggung atau ekstermitas yang tidak mampu) atau mandi sendiri sepenuhnya.		✓
	Bantuan mandi lebih dari satu bagian tubuh, bantuan masuk dan keluar dari bak mandi, serta tidak mandi sendiri		✓
2	Berpakaian		
	Mengambil baju dari lemari, memakai pakaian, melepaskan pakaian, mengancing/mengikat pakaian.		✓
	Tidak dapat memakai baju sendiri atau hanya Sebagian		✓
3	Ke kamar kecil		
	Masuk dan keluar dari kamar		✓



	kecil kemudian membersihkan genitalia sendiri		
	Menerima bantuan untuk masuk ke kamar kecil dan menggunakan pispol		✓
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, pispol, enema dan pembalut (pampers)		✓
6	Makan		
	Mengambil makanan dari piring dan menuapinya sendiri		✓
	Bantuan dalam hal mengambil makanan dari piring dan menuapinya, 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 :

Hasil yang didapat yaitu nilai D yang artinya kemandirian dalam semua hal, kecuali mandi, berpakaian dan satu fungsi tambahan.



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?	1	
	2. Musim apa sekarang?		0
	3. Tanggal berapa sekarang?	1	
	4. Hari apa sekarang?	1	
	5. Bulan apa sekarang?	1	
	6. Di negara mana anda tinggal?	1	
	7. Di propinsi mana anda tinggal?		0



	8. Di kabupaten mana anda tinggal?		0
	9. Di kecamatan mana anda tinggal?		0
	10. Di desa mana anda tinggal?		0
2	REGISTRASI		
	Minta klien menyebutkan tiga objek		
	11. Pensil	1	
	12. Cangkir	1	
	13. Buku	1	
3	PERHATIAN DAN KALKULASI		
	Minta klien mengeja 5 kata dari belakang, misal “BAPAK”		
	14. K	1	
	15. A	1	
	16. P	1	
	17. A	1	
	18. B	1	
4	MENGINGAT		
	Minta klien untuk mengulang objek diatas		
	19. Pensil	1	
	20. Cangkir	1	
	21. Buku	1	
5	BAHASA		
	a. Penamaan		
	Tunjukkan 2 benda minta klien menyebutkan		



	:		
	22. Jam tangan	1	
	23. Pensil	1	
	b. Pengulangan		
	Minta klien mengulangi tiga kalimat berikut:		
	24. "Tak ada jika, dan, atau tetapi"		0
	c. Perintah tiga langkah		
	25. Ambil kertas	1	
	26. Lipat dua	1	
	27. Taruh di lantai	1	
	d. Turuti hal berikut:		
	28. Tutup mata	1	
	29. Tulis satu kalimat	1	
	30. Salin gambar		0
	JUMLAH	23	

Analisa Hasil :

Nilai ≤ 21 : Kerusakan kognitif

Catatan :

Sesuai dengan hasil pengkajian MMSE didapatkan hasil 23 yang artinya tidak mengalami kerusakan kognitif.



Nama Mahasiswa : Juni Ratna S. Zai
NIM : 052024010
Judul : Asuhan keperawatan Gerontik Pada N.Y.L..
Dari Masalah Gangguan Muskuloskeletal
Di Panti Jompo yakisuri Permenang Siwa ..
Surriatara Utara Tahun 2025
Nama Pembimbing I : Mardiyati Barus, S.Kep., M.S., M.Kep

NO	HARI/ TANGGAL	PEMBIMBING	PEMBAHASAN	PARAF
				PEMBIMBING I
1.	Selasa / 08 - 09 - 2025	Mardiyati Barus, S.Kep., M.S., M.Kep	- Bab 1 BAB 2 (11/1300) Pustaka)	✓
2.	Senin / 14 - 09 - 2025	Mardiyati Barus, S.Kep., M.S., M.Kep	Menyuswarkan intervensi dengan implementasi	✓
3.	Rabu / 22 - 09 - 2025	Mardiyati Barus S.Kep., M.S., M.Kep	Menyuswarkan/ membaikat EOP - perbaikan page dari spasi	✓



STIKES SANTA ELISABETH MEDAN



Buku Bimbingan Karya Ilmiah Akhir Prodi Ners Tahap Profesi STIKes Santa Elisabeth Medan

4.	Jannat / 25-09-2025	Mardiyati Cawas, S.Kep.,N.S.M.Kep		
----	------------------------	--------------------------------------	--	--



Evidence Based Practice (EBP)

**PENERAPAN EVIDENCE BASED PRACTICE TERAPI INFRARED
TERHADAP PENURUNAN NYERI PADA LANSIA DENGAN
MUSKULOSKELETAL**
Aulia Gawara, Kina Hutajulu, Agrina

TUJUAN

Untuk mengurangi skor nyeri sehingga EBP bisa dijadikan intervensi lanjutan bagi tenaga Kesehatan dalam mengurangi nyeri pada lansia yang mengalami gangguan musculoskeletal.

HASIL

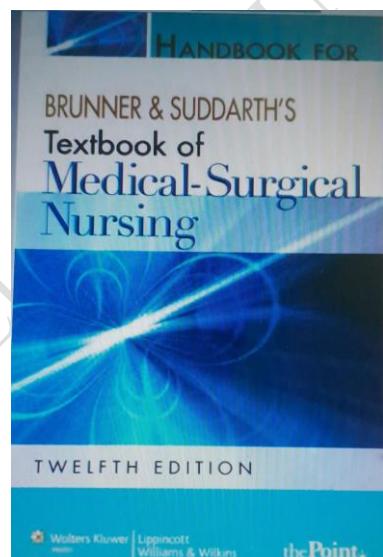
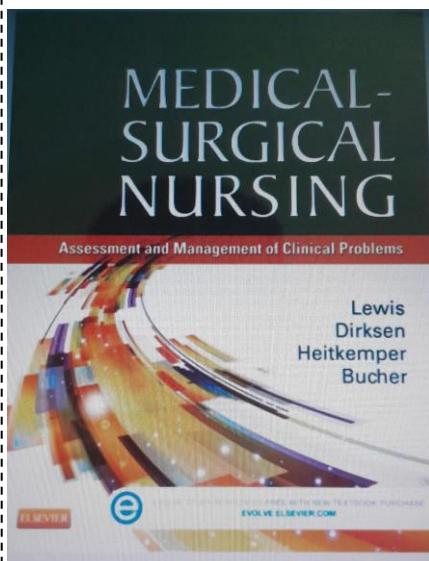


Pada praktik berbasis bukti ini, terapi infared ini dilakukan 3x dalam seminggu selama 3 minggu dengan lama pemberian 10 menit kepada lansia yang mengalami nyeri pada musculoskeletal. Hasil penerapan *evidence based practice* ini didapatkan hasil dari 4 responden menunjukkan bahwa terdapat penurunan nyeri setelah diberikan terapi *unfaread*.

KESIMPULAN

Infared merupakan gelombang elektromagnetik yang menghasilkan efek internal termasuk peningkatan mikrovaskuler dan peningkatan suhu jaringan regional. Relaksasi otot dan peningkatan ekstensibilitas jaringan setelah diberikan terapi infared mungkin memiliki peran dalam meningkatkan aliran darah dengan menurunkan tekanan dari otot-otot di pembuluh darah.







STIKES SANTA ELISABETH MEDAN