

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. R DAN NY. P DENGAN  
OSTEOARTHRITIS MENGGUNAKAN TERAPI KOMPLEMENTER  
SENAM BUGAR LANSIA DI WISMA MELATI PANTI SOSIAL  
TRESNA WERDHA BUDI MULIA 4  
CIRACAS TAHUN 2023**



**Disusun Oleh :**

**ANIS FAISHAL WAHIB**

**NPM :22.156.03.11.016**

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MEDISTRA INDONESIA  
BEKASI 2023**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. R DAN NY. P DENGAN  
OSTEOARTHRITIS MENGGUNAKAN TERAPI KOMPLEMENTER  
SENAM BUGAR LANSIA DI WISMA MELATI PANTI SOSIAL  
TRESNA WERDHA BUDI MULIA 4  
CIRACAS TAHUN 2023**

**Karya Ilmiah Akhir Ners**

DIANJURKAN SEBAGAI SALAH SATU SYARAT UNTUK  
MEMPEROLEH GELAR NERS PADA PROGRAM STUDI  
PROFESI NERS STIKES MEDISTRA INDONESIA



**Disusun Oleh :**

**ANIS FAISHAL WAHIB**

**NPM :22.156.03.11.016**

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MEDISTRA INDONESIA  
BEKASI 2023**

## **LEMBAR PERNYATAAN**

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : ANIS FAISHAL WAHIB

NPM : 22.156.03.11.016

Program Studi : Profesi Ners

Dengan ini menyatakan bahwa Tugas Akhir dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Ny,R dan Ny,P Dengan Osteoarthritis Menggunakan Terapi Komplementer Senam Bugar Lansia di Wisma Melati Panti Sosial Tresna Werdha Budi Mulia 4 Ciracas Tahun 2023” adalah benar merupakan hasil karya sendiri dan bukan merupakan jiplakan maupun mengcopy sebagian dari hasil karya orang lain.

Apabila dikemudian hari ternyata ditemukan ketidaksesuaian dengan pernyataan ini, maka saya bersedia mempertanggungjawabkan dan menerima sanksi, sesuai dengan ketentuan yang telah dibuat oleh STIKes Medistra Indonesia.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya

Bekasi,04 Januari 2023

Anis Faishal Wahib

## LEMBAR PERSETUJUAN

Karya Ilmiah Akhir Ners dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Ny,R dan Ny,P Dengan Osteoarthritis Menggunakan Terapi Komplementer Senam Bugar Lansia di Wisma Melati Panti Sosial Tresna Werdha Budi Mulia 4 Ciracas Tahun 2023” telah diperiksa oleh Preseptor satu dan Preseptor dua dan disetujui untuk Melaksanakan Seminar Hasil.

Bekasi, 13 April 2023

Menyetujui,

Penguji I

Penguji II

Nurti Y.K. Gea, Ns., M.Kep.,Sp.Kep.A  
NUPN. 0326067902

Lisna Agustina, S.Kep., Ns., M.Kep  
NIDN. 0404088405

Mengetahui:

Kepala Program Studi Ilmu Keperawatan (S1) dan Pendidikan Profesi Ners Sekolah  
Tinggi Ilmu Kesehatan Medistra Indonesia

Kiki Deniati, S.Kep.,Ns.,M.Kep  
NIDN. 0316028302

## LEMBAR PENGESAHAN KARYA ILMIAH AKHIR

Yang bertandatangan di bawah ini :

Nama : Anis Faishal Wahib

NPM : 221560311016

Program Studi : Profesi Ners

Judul Karya Ilmiah Akhir : “Asuhan Keperawatan Pada Ny,R dan Ny,P Dengan Osteoarthritis Menggunakan Terapi Komplementer Senam Bugar Lansia di Wisma Melati Panti Sosial Tresna Werdha Budi Mulia 4 Ciracas Tahun 2023”

Telah diperiksa, dikaji dan diujikan dalam seminar hasil pada Tanggal 13 April 2023

Bekasi,13 April 2023

Penguji I

Penguji II

Nurti Y.K. Gea, Ns., M.Kep.,Sp.Kep.A  
NIDN. 0326067902

Lisna Agustin, S.Kep.,Ns.,M.Kep  
NIDN. 0404088405

Wakil Ketua I Bidang Akademik Keperawatan  
STIKes Medistra Indonesia

Kepala Program Studi Ilmu (S1) dan  
Pendidikan Profesi Ners

Puri Kresnawati, SST.,M.KM  
NIDN. 0309049001

Kiki Deniati S.Kep.,Ns.,M.Kep  
NIDN. 0316028302

Disahkan

Ketua STIKes Medistra Indonesia

Dr. Lenny Irmawati Sirait, SST.,M.Kes

NIDN. 0319017902

## KATA PENGANTAR

Dengan mengucapkan puji dan syukur kehadirat Allah SWT atas segala rahmat yang telah diberikan kepada penulis, baik berupa kesehatan fisik dan mental sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir Ners ini dengan judul: “Asuhan Keperawatan Pada Ny,R dan Ny,P Dengan Osteoarthritis Menggunakan Terapi Komplementer Senam Bugar Lansia di Wisma Melati Panti Sosial Tresna Werdha Budi Mulia 4 Ciracas Tahun 2023” yang merupakan salah satu persyaratan untuk memperoleh gelar Ners Program Studi Profesi pada STIKes Medistra Indonesia, Bekasi.

Penulis mengucapkan terima kasih yang tidak terhingga kepada semua pihak yang telah memberikan bantuan sehingga memungkinkan Karya Ilmiah Akhir Ners ini terwujud. Ucapan terima kasih penulis sampaikan kepada :

1. Bapak Usman Ompusunggu, SE., selaku Pembina Yayasan Medistra Indonesia
2. Bapak Saver Mangandar Ompusunggu, SE., selaku Ketua Yayasan Medistra Indonesia
3. Ibu Dr. Lenny Irmawaty Sirait, SST., M.Kes selaku ketua dari STIKes Medistra Indonesia
4. Ibu Puri Kresna Wati, SST., M.KM., selaku Wakil Ketua I Bidang Akademik STIKes Medistra Indonesia.
5. Ibu Sinda Ompusunggu, S.H., selaku Wakil Ketua II Bidang Administrasi dan Kepegawaian STIKes Medistra Indonesia
6. Ibu Hainun Nisa, SST., M. Kes., selaku Wakil Ketua III Bidang Kemahasiswaan dan Alumni STIKes Medistra Indonesia
7. Ibu Kiki Deniati, S.Kep., Ns., M.Kep., selaku ketua program studi S1 Ilmu Keperawatan dan Profesi Ners STIKes Medistra Indonesia
8. Ibu Nurti YK Gea, S.Kep.,Ns.,M.Kep.,Sp.Kep.A Selaku Koordinator Profesi Ners serta dosen penguji I Karya Ilmiah Akhir Ners.
9. Lisna Agustina,S.Kep.,Ns.,M.Kep Selaku Dosen Pembimbing Karya Ilmiah Akhir Ners
10. Seluruh Dosen dan Staff STIKes Medistra Indonesia yang turut membantu memberikan banyak ilmu, masukan dan arahan selama proses pendidikan

11. Teruntuk ibu dan bapak saya beserta keluarga terimakasih atas segala doa dan motivasi yang tiada henti telah kalian berikan. Tanpa doa dan dukungan dari kalian mungkin penulis tidak akan sampai pada titik sekarang ini.
12. Serta Mega Sri Lestari yang sudah membantu dalam proses pengerjaan, dan memberikan berbagai support serta doa.
13. Penulis menyadari bahwa Karya Ilmiah Akhir ini masih jauh dari sempurna, untuk itu penulis sangatmengharapkan saran dan kritik yang membangun dari berbagai pihak.
14. Akhir kata, penulis berharap semoga Karya Ilmiah Akhir ini dapat diterima dan bermanfaat dengan baik.

Bekasi, Maret 2023

Anis Faishal Wahib

## DAFTAR ISI

LEMBAR PERNYATAAN.....	i
LEMBAR PERSETUJUAN .....	ii
LEMBAR PENGESAHAN KARYA ILMIAH AKHIR .....	<b>iii</b>
KATA PENGANTAR .....	iv
DAFTAR ISI.....	vi
DAFTAR TABEL.....	ix
DAFTAR GAMBAR .....	x
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang .....	<b>1</b>
B. Tujuan.....	<b>4</b>
C. Manfaat.....	<b>5</b>
BAB II TINJAUAN TEORI .....	6
A. Konsep Lanjut Usia.....	<b>6</b>
1. Pengertian lanjut usia .....	6
2. Batas usia lanjut .....	7
3. Tipe tipe lanjut usia.....	7
4. Teori Teori Proses Menua.....	8
5. Tugas Perkembangan Lanjut Usia .....	9
6. Perubahan-perubahan yang terjadi pada lansia .....	12
B. Konsep Dasar Osteoarthritis Pada Lansia .....	<b>14</b>
1. Definisi Osteoarthritis .....	14
2. Etiologi.....	15
3. Patofisiologi .....	15
4. Manifestasi Klinis .....	16
5. Faktor Risiko.....	17
6. Pemeriksaan Penunjang Osteoarthritis.....	19
7. Penatalaksanaan Medis .....	20
8. Diagnosis.....	21

9. Intensitas Nyeri .....	22
10. Konsep Asuhan Keperawatan Lansia Dengan Osteoartritis .....	25
<b>C. Senam Bugar Lansia.....</b>	<b>41</b>
1. Definisi Senam Bugar Lansia .....	41
2. Tujuan Senam Bugar Lansia .....	42
3. Manfaat Senam Bugar Lansia .....	43
4. Frekuensi senam bugar lansia .....	43
5. Efektivitas senam bugar lansia.....	44
6. Teknik dan cara berlatih senam bugar lansia .....	44
7. Langkah-langkah senam bugar lansia .....	45
8. Gerakan Senam Bugar Lansia.....	47
a. Berjalan dengan jari kaki menyentuh tumit .....	47
b. Berdiri menggunakan satu kaki.....	48
9. Pengaruh Senam Bugar Lansia .....	51
<b>BAB III TINJAUAN KASUS.....</b>	<b>52</b>
<b>ASUHAN KEPERAWATAN 1.....</b>	<b>52</b>
A. PENGKAJIAN.....	52
B. ANALISA DATA .....	67
B. PRIORITAS DIAGNOSIS KEPERAWATAN .....	68
C. RENCANA KEPERAWATAN .....	69
D. CATATAN PERKEMBANGAN DAN EVALUASI.....	72
<b>ASUHAN KEPERAWATAN 2.....</b>	<b>83</b>
A. PENGKAJIAN.....	83
B. ANALISA DATA .....	98
C. Prioritas Diagnosa Keperawatan .....	99
D. RENCANA KEPERAWATAN .....	100
E. CATATAN PERKEMBANGAN DAN EVALUASI .....	102
<b>BAB IV PEMBAHASAN.....</b>	<b>113</b>
A. Pengkajian .....	113
B. Diagnosa Keperawatan.....	115
C. Intervensi .....	117
D. Implementasi .....	119

E. Evaluasi.....	<b>120</b>
BAB V PENUTUP .....	122
A. Kesimpulan .....	<b>122</b>
B. Saran .....	<b>123</b>
DAFTAR PUSTAKA .....	125

## DAFTAR TABEL

Tabel 2. 1 Klasifikasi radiografi osteoarthritis menurut kriteria Kellgren-Lawrence .....	22
Tabel 2. 2 Pengkajian fungsional klien .....	30
Tabel 2. 3 Modifikasi dan Barthel .....	31
Tabel 2. 4 Pengkajian status mental dan kognitif gerontic .....	32
Tabel 2. 5 Identifikasi aspek kognitif dan fungsi mental dengan menggunakan MMSE (Mini Mental Status Exam) .....	34
Tabel 2. 6 The timed up and go (tug) Test .....	36
Tabel 2. 7 APGAR Keluarga .....	38
Tabel 2. 8 Geriatric Depression Scale (GDS) .....	39
Tabel 2. 9 Intervensi .....	41
Tabel 3. 1 Pengkajian fungsional klien .....	57
Tabel 3. 2 Modifikasi dari Barthel Indeks .....	58
Tabel 3. 3 Short Portable Mental Status Questioner (SPSMQ) .....	59
Tabel 3. 4 MMSE (Mini Mental Status Exam) .....	61
Tabel 3. 5 The timed up and go (tug) Test .....	64
Tabel 3. 6 APGAR Keluarga .....	66
Tabel 3. 7 Geriatric Depression Scale (GDS) .....	67
Tabel 3. 8 Analisis data .....	68
Tabel 3. 9 Prioritas Diagnosis Keperawatan .....	68
Tabel 3. 10 Rencana Keperawatan .....	71
Tabel 3. 11 Catatan Perkembangan dan Evaluasi Hari Ke 1 .....	75
Tabel 3. 12 Catatan Perkembangan dan Evaluasi Hari ke 2 .....	78
Tabel 3. 13 Catatan perkembangan dan Evaluasi Hari ke 3 .....	82
Tabel 3. 14 Pengkajian fungsional klien .....	88
Tabel 3. 15 Modifikasi dari Barthel Indeks .....	90
Tabel 3. 16 Short Portable Mental Status Questioner (SPSMQ) .....	90
Tabel 3. 17 MMSE (Mini Mental Status Exam) .....	92
Tabel 3. 18 The timed up and go (tug) Test .....	95
Tabel 3. 19 APGAR Keluarga .....	97
Tabel 3. 20 Geriatric Depression Scale (GDS) .....	98
Tabel 3. 21 Analisis Data .....	99
Tabel 3. 22 Prioritas Diagnosa Keperawatan .....	99
Tabel 3. 23 Rencana Keperawatan .....	102
Tabel 3. 24 Catatan Perkembangan Hari ke 1 .....	105
Tabel 3. 25 Catatan Perkembangan Hari ke 2 .....	108
Tabel 3. 26 Catatan Perkembangan Hari 3 .....	112

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2. 1 Gerakan leher .....	45
Gambar 2. 2 Gerakan bahu dan lengan .....	46
Gambar 2. 3 Gerakan kaki .....	46
Gambar 2. 4 Berjalan dengan jari menyentuh tumit .....	47
Gambar 2. 5 Berdiri menggunakan satu kaki.....	48
Gambar 2. 6 Berdiri menggunakan satu kaki.....	48
Gambar 2. 7 Berjalan menyamping .....	49
Gambar 2. 8 Berjalan sambil jinjit.....	50
Gambar 2. 9 Memutar pergelangan kaki.....	50

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang**

Lanjut usia atau lansia adalah tahap akhir dari perkembangan pada kehidupan manusia yang dimulai pada usia 60 tahun. Pada lansia akan mengalami penurunan fungsi organ tubuh untuk memperbaiki diri atau mengganti atau mempertahankan fungsi normalnya (Mu, 2019). Seiring dengan bertambahnya usia pada seseorang maka terjadi kecenderungan menurunnya berbagai kapasitas fungsional baik pada tingkat seluler maupun pada tingkat organ yang dapat menyebabkan terjadinya degenerasi sejalan dengan proses menua (Syahadat & Vera, 2020).

Pada proses ini dapat berpengaruh pada perubahan fisiologis yang tidak hanya berpengaruh terhadap penampilan fisik, namun juga terhadap fungsi dan tanggapannya pada rutinitas dan kehidupan sehari-hari. Setiap individu mengalami perubahan-perubahan tersebut secara berbeda, ada yang laju penurunannya cepat dan dramatis, serta ada juga perubahannya lebih tidak bermakna. Lansia biasanya terjadi kemunduran sel-sel karena proses penuaan yang berakibat pada kelemahan organ, kemunduran fisik, timbulnya berbagai macam penyakit seperti peningkatan kadar asam urat (Sustrani dalam Syahadat & Vera, 2020)

Populasi lansia di dunia mengalami peningkatan dari 8% pada tahun 1950 menjadi 18% pada tahun 2018. Jumlah populasi lansia di Asia Tenggara yaitu sekitar 142.000.000 jiwa dengan presentase 8%, kemudian meningkat pada tahun 2010 dengan jumlah 24.000.000 atau sekitar 9,77% dan pada tahun 2020 jumlah lansia kembali meningkat dengan jumlah 28.000.000 jiwa atau sekitar 11,34%. Menurut World Health Organization diperkirakan pada tahun 2050 populasi lansia akan mengalami peningkatan 3 kali lipat dari tahun ini (WHO, 2016). Indonesia merupakan negara terbesar ke-4 di dunia yang memiliki jumlah lanjut usia. Berdasarkan survei

Badan Pusat Statistik tahun 2020, populasi lansia perempuan di Indonesia lebih banyak 1% dari lansia laki-laki dengan perbandingan lansia perempuan 52,29% dan lansia laki-laki 47,71%. Di Indonesia jumlah lansia didominasi oleh usia 60-69 tahun dengan presentase 64,29%, usia 70-79 tahun dengan presentase 27,23% dan lansia berusia 80 tahun keatas dengan presentase 8,49% (BPS, 2020).

Osteoarthritis adalah penyakit degeneratif pada sendi yang ditandai gejala patologis pada seluruh struktur sendi, adanya kerusakan tulang rawan sendi, munculnya sklerosis dan osteofit pada tepi tulang, meregangnya kapsul sendi, timbul peradangan dan lemahnya otot-otot disekitar sendi (Susanti & Wahyuningrum, 2021). Gangguan mobilitas fisik ini menyebabkan lansia membatasi aktivitas yang dikemudian hari akan mengarah pada penurunan mobilitas (Indraswari, 2018).

Berdasarkan data dari Riset Kesehatan Dasar Nasional (Riskesdas) pada tahun 2018, prevalensi penyakit sendi di Indonesia tercatat sekitar 7,3 % dan osteoarthritis (OA) atau radang sendi merupakan penyakit sendi yang umum terjadi (Kementrian Kesehatan RI, 2018). Diagnosis osteoarthritis ditegakkan berdasarkan temuan radiologis dan klinis yang sesuai. Prediksi tersering terjadinya osteoarthritis adalah ekstremitas inferior yaitu lutut dan panggul, sehingga osteoarthritis merupakan penyebab tersering terjadinya disabilitas ekstremitas inferior pada usia lanjut (Sasono et al., 2020).

Resiko osteoarthritis yang dipengaruhi oleh banyak faktor seperti obesitas. OA juga memiliki beberapa faktor risiko lain, yaitu faktor usia, jenis kelamin, dan pekerjaan dengan aktivitas yang berat. Obesitas dapat meningkatkan beban biomekanik pada sendi lutut, panggul dan sendi lainnya 2 selama aktivitas, yang biasanya dikaitkan dengan pemicu timbulnya osteoarthritis (Winangun, 2019).

Data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2018 pada usia  $\geq 15$  tahun rata-rata prevalensi penyakit sendi/rematik sebesar 74,81%. Provinsi

Aceh merupakan provinsi dengan prevalensi osteoarthritis tertinggi yaitu sekitar 13,26% dan provinsi dengan prevalensi terendah adalah Sulawesi Barat yaitu sekitar 3,16%, 2 sedangkan di Jawa Timur angka prevalensinya yaitu sekitar 6,72%. Osteoarthritis paling banyak terjadi pada individu dengan usia 75 tahun ke atas yaitu 18,95% dan jenis kelamin perempuan mempunyai prevalensi osteoarthritis tertinggi yaitu 8,46% dan untuk laki-laki memiliki angka prevalensi 6,13% (Risikesdas 2018). Dan penelitian yang dilakukan oleh World Health Organization menunjukkan bahwa di Amerika Serikat kejadian osteoarthritis berdasarkan diagnosis dan gejala dokter telah mencapai 24,7%, dan diperkirakan terus meningkat hingga tahun 2040 dengan indikasi lebih dari 25,9% akan mengalami kelumpuhan atau kecacatan akibat osteoarthritis (Akbar dan Santoso, 2019). Osteoarthritis pada beberapa kejadian akan menimbulkan rasa sakit yang ditimbulkan saat bergerak, penderita osteoarthritis akan mengalami gangguan mobilitas fisik karena saat dipakai berjalan, lutut akan terasa sakit dan ngilu yang akan menimbulkan gangguan aktivitas sehari-hari, perubahan emosional dan sosial ekonomi sehingga dapat mempengaruhi kualitas hidup penderita (Ismaningsih, 2018).

Osteoarthritis terjadi akibat ketidakrataan tulang rawan sendi disusul ulserasi dan hilangnya tulang rawan sendi sehingga terjadi kontak tulang dengan tulang dalam sendi disusul dengan terbentuknya kista subkondral, osteofit pada tepi tulang dan reaksi radang pada membran sinovial. Pembengkakan sendi, penebalan membran sinovial dan kapsul sendi, serta teregangnya ligament menyebabkan ketidakstabilan dan deformitas. Otot disekitar sendi menjadi lemah karena efusi sinovial dan disuse atropy pada satu sisi dan spasme otot pada sisi lain (Ismaningsih dan Silviani, 2018). Gangguan mobilitas fisik pada osteoarthritis sangat besar berpengaruhnya karena saat seseorang melakukan aktifitas, kontraksi otot selalu dirangsang oleh saraf sehingga otot terkontrol kekuatan dan akurasi. Akibat perubahan patofisiologi diatas menyebabkan kekakuan pada gerakan persendian, keterbatasan gerak, kekuatan otot menjadi lemah, sehingga

menyebabkan perubahan alignment sendi dan gerakan sendi tertentu menjadi terhambat yang mengakibatkan penderita osteoarthritis mengalami gangguan mobilitas fisik.

Penanganan pada kasus osteoarthritis di PSTW sebenarnya sudah terdapat agenda untuk dilakukan senam bugar lansia setiap pagi hari, akan tetapi dalam pelaksanaannya kurangnya motivasi dari perawat pelaksana yang bertugas menjadikan program itu kurang tepat sasaran sehingga hanya lansia yang memiliki kemauan saja yang mengikuti agenda tersebut sedangkan lansia yang kurang ada kemauan atau tidak memiliki motivasi hanya berdiam diri di ruangan saja, beberapa lansia penderita osteoarthritis juga mendapatkan penanganan seperti berobat dan control ke puskesmas terdekat. Dari beberapa lansia yang mempunyai Riwayat osteoarthritis mengatakan hanya menangani gejala yang muncul dengan cara mengurut dan mengelus elus kakinya dengan minyak agar mengurangi rasa nyeri yang muncul

## **B. Tujuan**

### **1. Tujuan umum**

Mengaplikasikan asuhan keperawatan yang komprehensif mengenai asuhan keperawatan pada Ny R dan Ny P dengan Osteoarthritis menggunakan terapi komplementer senam bugar lansia di Wisma Melati Panti Sosial Tresna Werdha Budi Mulia 4 Ciracas Tahun 2023

### **2. Tujuan Khusus**

- a. Dapat melakukan pengkajian riwayat Osteoarthritis menggunakan terapi komplementer senam bugar lansia di Wisma Melati Panti Sosial Tresna Wardha Budi Mulia 4 Ciracas Tahun 2023
- b. Dapat menentukan diagnosa Keperawatan Gerontik Ny.R dan Ny P dengan Osteoarthritis menggunakan terapi komplementer senam bugar lansia di Wisma Melati Panti Sosial Tresna Wardha Budi Mulia 4 Ciracas Tahun 2023

- c. Dapat melakukan implementasi Keperawatan Gerontik Ny.R dan Ny P dengan Osteoarthritis menggunakan terapi komplementer senam bugar lansia di Wisma Melati Panti Sosial Tresna Wardha Budi Mulia 4 Ciracas Tahun 2023
- d. Dapat melakukan evaluasi Keperawatan Gerontik Ny.R dan Ny P dengan Osteoarthritis menggunakan terapi komplementer senam bugar lansia di Wisma Melati Panti Sosial Tresna Wardha Budi Mulia 4 Ciracas
- e. Untuk menganalisis kesenjangan antara teori dan praktik pada penerapan Asuhan Keperawatan pada kedua lansia dengan osteoarthritis melalui pemberian terapi komplementer senam bugar lansia di Panti Wardha Budi Mulia 4 Ciracas

### C. Manfaat

#### 1. Bagi Institusi PSTW

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi masukan dan informasi untuk penanganan lansia khususnya dengan kasus osteoarthritis. Diharapkan dapat dijadikan masukan dalam upaya peningkatan mutu pelayanan Kesehatan pada lansia khususnya pada kasus osteoarthritis

#### 2. Bagi Institusi Pendidikan

Hasil penulisan ini diharapkan dapat menjadi masukan data untuk upaya-upaya yang dilakukan mengenai suatu penyakit khususnya osteoarthritis pada lansia, pada mata kuliah asuhan keperawatan gerontik dan dapat dijadikan acuan bagi pembelajaran asuhan keperawatan

#### 3. Bagi Lansia

Hasil penulisan ini diharapkan dapat menambah pengetahuan klien mengenai suatu penyakit, khususnya penyakit Osteoarthritis. Diharapkan dapat menerapkan senam bugar lansia dengan rutin dan dapat melakukan tindakan yang tepat untuk mengatasi tanda gejala yang muncul baik pada diri klien, atau orang terdekat dan sekitar.

## **BAB II**

### **TINJAUAN TEORI**

#### **A. Konsep Lanjut Usia**

##### **1. Pengertian lanjut usia**

Lansia atau lanjut usia adalah tahap akhir dari perkembangan daur kehidupan manusia. Menurut UU No. 13 Tahun 1998 tentang Kesejahteraan Lansia, seseorang disebut lansia apabila usianya lebih dari 60 tahun (Hartini et al., 2018). Menjadi tua merupakan keadaan yang terjadi di dalam kehidupan manusia. Proses menua adalah proses akumulasi progresif dari berbagai perubahan fisiologis di dalam organ tubuh manusia, menurunnya daya tahan tubuh dalam menghadapi rangsangan dari dalam maupun dari luar tubuh yang dapat menyebabkan seseorang terserang penyakit bahkan kematian dan perubahan fisiologis maupun psikologis pada lansia (Amalia & Tulus, 2019).

Lansia merupakan tahap akhir dari proses penuaan. Proses menjadi tua akan dialami oleh setiap orang. Masa tua merupakan masa hidup manusia yang terakhir, dimana pada masa ini seseorang akan mengalami kemunduran fisik, mental dan social secara bertahap sehingga tidak dapat melakukan tugasnya sehari-hari (tahap penurunan). Penuaan merupakan perubahan kumulatif pada makhluk hidup, termasuk tubuh, jaringan dan sel, yang mengalami penurunan kapasitas fungsional. Pada manusia, penuaan dihubungkan dengan perubahan degeneratif pada kulit, tulang, jantung, pembuluh darah, paru-paru, saraf dan jaringan tubuh lainnya. Dengan kemampuan regeneratif yang terbatas, mereka lebih rentan terkena berbagai penyakit, sindroma dan kesakitan dibandingkan dengan orang dewasa lain (Kholifah, 2016).

## 2. Batas usia lanjut

Menurut World Health Organisation (2019) lansia meliputi :

1. Usia pertengahan (middle age) antara usia 45 sampai 59 tahun
2. Lanjut usia (elderly) antara usia 60 sampai 74 tahun
3. Lanjut usia tua (old) antara usia 75 sampai 90 tahun
4. Usia sangat tua (very old) diatas usia 90 tahun

Sedangkan batasan umur usia lanjut menurut Departemen Kesehatan RI meliputi:

- a. Pralansia (prasenilis), seseorang yang berusia antara 45 sampai 59 tahun.
- b. Lansia, seseorang yang berusia 60 tahun atau lebih.
- c. Lansia resiko tinggi, seseorang yang berusia 70 tahun atau lebih, atau seseorang yang berusia 60 tahun atau lebih dengan masalah kesehatan.
- d. Lansia potensial, lansia yang masih mampu melakukan pekerjaan atau kegiatan yang dapat menghasilkan barang atau jasa.
- e. Lansia tidak potensial, lansia yang tidak berdaya mencari nafkah sehingga hidupnya bergantung pada bantuan orang lain.

## 3. Tipe tipe lanjut usia

Ada beberapa tipe lanjut usia menurut (Kusumo, 2020) antara lain :

1. Tipe arif bijaksana Lanjut usia ini kaya dengan hikmah, pengalaman, menyesuaikan diri dengan perubahan zaman, mempunyai kesibukan, bersikap ramah, rendah hati, sederhana, dermawan, memenuhi undangan dan menjadi panutan.
2. Tipe mandiri Lanjut usia ini senang mengganti kegiatan yang hilang dengan kegiatan baru, selektif dan mencari pekerjaan dan teman pergaulan serta memenuhi undangan. 22
3. Tipe tidak puas Lanjut usia yang selalu mengalami konflik lahir batin, menentang proses penuaan yang menyebabkan kehilangan

kecantikan, kehilangan daya tarik jasmani, kehilangan kekuasaan, status, teman yang disayangi, pemarah, tidak sabar, mudah tersinggung, menuntut, sulit dilayani dan pengkritik.

4. Tipe pasrah Lanjut usia yang selalu menerima dan menunggu nasib baik, mempunyai konsep habis (habis gelap datang terang), mengikuti kegiatan beribadat, ringan kaki, pekerjaan apa saja dilakukan
5. Tipe bingung Lanjut usia yang kagetan, kehilangan kepribadian, mengasingkan diri, merasa minder, menyesal, pasif dan acuh tak acuh.

#### 4. Teori Teori Proses Menua

Menua atau menjadi tua adalah keadaan dimana keadaan yang terjadi didalam kehidupan manusia. Proses menua adalah proses yang terjadi sepanjang hidup, tidak hanya dimulai dari suatu waktu tertentu tetapi dimulai sejak permulaan hidup.(Syah, 2019). Menjadi tua merupakan proses alamiah yang berarti seseorang telah melalui tiga tahap kehidupan yaitu anak, dewasa, dan tua. Tiga tahap ini berbeda baik secara biologis maupun secara psikososial. Memasuki usia tua berarti mengalami kemunduran misalnya kemunduran fisik yang ditandai dengan kulit yang mengendur, rambut memutih, gigi mulai ompong, pendengaran kurang jelas penglihatan semakin memburuk, Gerakan lambat, dan igur tubuh yang tidak proposional. Teori proses penuaan dibagi menjadi 2 bagian yaitu biologis dan psikososial :

1. Teori Biologis Yang termasuk dalam teori biologis adalah:
  - a. Teori jam genetic Teori ini menyatakan bahwa proses menua terjadi akibat adanya progam genetik di dalam nuklei. Jam ini berputar dalam jangka waktu tertentu dan jika jam ini sudah habis putarannya maka akan menyebabkan berhentinya proses miosis. Hal ini ditunjukkan oleh hasil penelitian, dari teori itu ditunjukkan dengan adanya teori membelah sel dalam kultur

dengan umur spesies mutasi somatic (teori errorcatastrophe). Hal penting lainnya yang perlu diperhatikan dalam menganalisis faktor penyebab terjadi proses menua adalah faktor lingkungan yang menyebabkan terjadinya mutasi somatik. Radiasi dan zat kimia dapat memperpendek umur menurut teori ini terjadi mutasi progresif pada DNA sel somatik akan menyebabkan terjadinya penurunan sel fungsional tersebut.

- b. Teori interaksi social Teori ini menjelaskan mengapa lanjut usia bertindak pada suatu situasi tertentu, yaitu atas dasar hal-hal yang dihargai masyarakat. Kemampuan lanjut usia untuk terus menjalin interaksi sosial merupakan kunci mempertahankan status sosialnya berdasarkan kemampuannya bersosialisasi.
  - c. Teori eror katastrop
  - d. Teori pemakaian dan kekuasaan.
2. Teori Psikososial Yang termasuk dalam teori psikososial ada beberapa teori psikososial yang berkaitan dengan proses penuaan diantaranya yaitu :
- a. Activity theory Penuaan mengakibatkan penurunan jumlah kegiatan secara langsung.
  - b. Continuity theory Adanya suatu kepribadian berlanjut yang menyebabkan adanya suatu pola perilaku yang meningkatkan stress.
  - c. Disengagement theory Putusnya hubungan dengan luar seperti dengan masyarakat, hubungan dengan individu lain

#### 5. Tugas Perkembangan Lanjut Usia

Menurut (Febrina, 2016) kesiapan lansia untuk beradaptasi atau menyelesaikan diri terhadap perkembangan usia lanjut dipengaruhi oleh proses tumbuh kembang pada tahap sebelumnya. Apabila seseorang pada tahap tumbuh kembang sebelumnya melakukan kegiatan sehari-hari dengan teratur dan baik serta membina hubungan yang serasi dengan orang-orang disekitarnya, maka pada usia lanjut ia akan tetap melakukan

kegiatan yang bisa ia lakukan pada tahap perkembangan sebelumnya seperti olahraga, mengembangkan hobbi bercocok tanaman, dll. Adapun tugas perkembangan lansia adalah sebagai berikut:

- a. Mempersiapkan diri untuk kondisi yang menurun
- b. Mempersiapkan diri untuk pensiun
- c. Membentuk hubungan baik dengan orang yang seusianya
- d. Mempersiapkan kehidupan baru
- e. Melakukan penyesuaian terhadap kehidupan sosial/masyarakat secara santai
- f. Mempersiapkan diri untuk kematiannya dan kematian pasangan.

Menurut Potter & Perry (2005) tugas perkembangan muncul dari banyak sumber. Tugas-tugas tersebut muncul dari kematangan fisik, tekanan budaya dari masyarakat, dan nilai serta aspirasi pribadi. Tugas perkembangan utama pada lansia adalah mengklarifikasi, memperdalam, dan menemukan fungsi seseorang yang sudah diperoleh dari proses belajar dan beradaptasi seumur hidup. Ahli teori perkembangan menyakini bahwa sangatlah penting bagi lansia untuk terus tumbuh, berkembang, dan mengubah diri mereka jika ingin mempertahankan dan ingin meningkatkan kesehatan.

Menurut Erickson dalam Potter & Perry (2005) Menurut Erickson, kesiapan lansia untuk beradaptasi atau menyesuaikan diri terhadap tugas perkembangan usia lanjut dipengaruhi oleh proses tumbuh kembang pada tahap sebelumnya. Apabila seseorang pada tahap tumbuh kembang sebelumnya melakukan kegiatan sehari-hari dengan teratur dan baik serta membina hubungan yang serasi dengan orang-orang disekitarnya, maka pada usia lanjut ia akan tetap melakukan kegiatan yang biasa ia lakukan pada tahap perkembangan sebelumnya seperti olahraga, mengembangkan

hobi bercocok tanam dan lain-lain. Adapun tugas perkembangan lansia adalah sebagai berikut :

- a. Mempersiapkan diri untuk kondisi yang menurun.
- b. Mempersiapkan diri untuk pensiun.
- c. Membentuk hubungan baik dengan orang seusianya.
- d. Mempersiapkan kehidupan baru.
- e. Melakukan penyesuaian terhadap kehidupan social atau masyarakat secara santai.
- f. Mempersiapkan diri untuk kematiannya dan kematian pasangan.

Menurut Peck dalam Potter & Perry (2005) Peck mengkonseptualisasi tiga tugas yang berisi pengaruh dari hasil konflik antara perbedaan integritas dan keputusasaan

- a. Perbedaan ego versus preokupasi peran kerja

Tugas ini membutuhkan pergeseran sistem nilai seseorang yang memungkinkan lansia untuk mengevaluasi ulang dan mendefinisikan kembali pekerjaan mereka. Penilaian ulang ini mengarahkan lansia untuk mengganti peran yang sudah hilang dan aktivitas baru. Selanjutnya, lansia mampu menemukan cara-cara baru memandang diri mereka sendiri sebagai orang yang berguna selain peran orang tua dan okupasi.

- b. Body Transendens versus preokupasi tubuh

Sebagian besar lansia mengalami beberapa penurunan fisik. Untuk beberapa orang, kesenangan dan kenyamanan berarti kesejahteraan fisik. Orang-orang tersebut mungkin mengalami kesulitan terbesar dan mengabaikan status fisik mereka. Peck mengemukakan bahwa dalam sistem nilai mereka, sumber-sumber kesenangan sosial, mental dan rasa menghormati diri sendiri dapat mengabaikan kenyamanan fisik semata.

### c. Transendensi ego versus preokupasi ego

Peck mengemukakan bahwa cara paling konstruktif untuk hidup ditahun-tahun terakhir dapat didefinisikan : hidup secara dermawan dan tidak egois yang merupakan prospek dari kematian personal (The Right Of The Ego). Yang bisa disebut paras dan perasaan kurang penting dibandingkan pengetahuan yang telah diperoleh seseorang untuk masa depan yang lebih luas dan lebih panjang daripada yang dapat dicakup dari ego seseorang. Manusia menyelesaikan hal melalui warisan mereka, anak-anak mereka, kontribusi mereka pada masyarakat dan persahabatan mereka. Kemudian, untuk mencapai integritas, seseorang harus mengembangkan kemampuan untuk mendefinisikan diri kembali, untuk melepas identitas okupasi, untuk bangkit dari ketidaknyamanan fisik, dan untuk membentuk makna pribadi yang melampaui jangkauan pemusatan diri.

### 6. Perubahan-perubahan yang terjadi pada lansia

Terdapat beberapa perubahan fisik dan fungsi yang akan terjadi akibat proses menua yaitu Menurut (Novianta, 2018) :

1. Sel : Jumlah sel mulai menurun, ukuran sel lebih besar , mekanisme perbaikan otak terganggu, otak menjadi atrofi, beratnya berkurang 5- 10%
2. Sistem pernafasan : Menurun hubungan persarafan, Berat otak menurun 10 - 20% (sel saraf otak setiap orang berkurang setiap harinya). Respon dan waktu untuk bereaksi lambat, khususnya terhadap stress. Saraf panca-indra mengecil. Penglihatan berkurang, pendengaran menghilang, saraf penciuman dan perasa mengecil, lebih sensitif terhadap perubahan suhu dan rendahnya ketahanan terhadap dingin. Kurang sensitif terhadap sentuhan defisit memori.
3. Sistem pendengaran : Hilangnya daya pendengaran pada telinga dalam, terutama terhadap bunyi suara atau nada yang tinggi, suara yang tidak jelas, sulit mengerti kata-kata, 50% terjadi pada usia di

atas 65 tahun, Membran timpani menjadi atrofi menyebabkan otosklerosis, dan Terjadi pengumpulan serumen, dapat mengeras karena meningkat keratin.

4. Sistem Penglihatan : Sfingter pupil timbul sklerosis dan respon terhadap sinar, menghilang, Kornea lebih berbentuk sferis (bola), Lensa lebih suram (kekeruhan pada lensa), menjadi katarak, jelas menyebabkan gangguan penglihatan, dan Meningkatnya ambang, pengamatan sinar, daya adaptasi terhadap kegelapan lebih lambat, susah melihat dalam gelap.
5. Sistem Kardovaskuler : Katup jantung menebal dan menjadi kaku, Elastisitas dinding aorta menurun dan Kehilangan elastisitas pembuluh darah, efektivitas pembuluh darah perifer untuk oksigenasi berkurang, perubahan posisi dari tidur ke duduk (duduk ke berdiri) bisa menyebabkan tekanan darah menurun menjadi 65mmhg (mengakibatkan pusing mendadak).
6. Sistem pengaturan suhu tubuh : Temperatur tubuh menurun (hipotermia) secara fisiologis  $\pm 35^{\circ}\text{C}$  ini akibat metabolisme yang menurun, Pada kondisi ini, lanjut usia akan merasa kedinginan dan dapat pula menggigil, pucat dan gelisah, Keterbatasan reflex menggigil dan tidak dapat memproduksi panas yang banyak sehingga terjadi penurunan aktivitas otot.
7. Sistem Pernafasan : Otot pernafasan mengalami kelemahan akibat atrofi, kehilangan kekuatan, dan menjadi kaku, Aktivitas silia menurun.
8. Sistem Pencernaan : Rasa lapar menurun (sensitivitas lapar menurun), asam lambung, motilitas dan waktu pengosongan lambung menurun, Peristaltik lemah dan biasanya timbul konstipasi, Fungsi absorpsi melemah (daya absorbs menurun, terutama karbohidrat), Hati semakin mengecil dan tempat penyimpanan menurun, aliran darah berkurang.

9. Sistem reproduksi : Wanita : Vagina mengalami kontraktur dan mengecil, Ovari menciut, uterus mengalami atrofi, Atrofi payudara, Atrovi vulva, Selaput lendir vagina menurun, permukaan menjadi halus, sekresi berkurang, sifatnya menjadi alkali dan terjadi perubahan warna.
10. Sistem endokrin : Estrogen, progesteron, dan testosteron yang memelihara reproduksi dan gairah seks. Hormon ini mengalami penurunan, dan Produksi hampir semua hormon menurun.
11. Sistem integumen : Kulit mengerut atau keriput akibat kehilangan jaringan lemak, Permukaan kulit cenderung kusam, kasar, dan bersisik (Karena kehilangan proses keranitasi serta perubahan ukuran dan bentuk sel epidermis), Timbul bercak pigmentasi akibat proses melanogenesis yang tidak merata pada permukaan kulit sehingga tampak bintik bintik atau noda cokelat.
12. Sistem muskuluskeletal : Tulang kehilangan densitas (cairan) dan semakin rapuh, Gangguan tulang, yakni mudah mengalami demineralisasi, Kekuatan dan stabilitas tulang menurun, terutama vertebra, pergelangan, dan paha. Insiden osteoporosis dan fraktur meningkat pada area tulang tersebut, Kartilago yang meliputi permukaan sendi tulang penyangga rusak dan aus, Kifosis, Gerakan pinggang, lutut dan jari-jari pergelangan terbatas, Gangguan gaya berjalan.

## B. Konsep Dasar Osteoarthritis Pada Lansia

### 1. Definisi Osteoarthritis

Osteoarthritis merupakan suatu gangguan kesehatan degeneratif dimana terjadi kekakuan dan peradangan pada persendian yang ditandai dengan kerusakan rawan sendi sehingga dapat menyebabkan nyeri pada sendi tangan, leher, punggung, pinggang, dan yang paling sering adalah pada sendi lutut (Kalim & Wahono, 2019). Osteoarthritis berasal dari bahasa Yunani yaitu osteo yang berarti tulang arthro yang berarti sendi dan

itis yang berarti inflamasi. Osteoarthritis suatu penyakit sendi kronis yang ditandai dengan kelainan tulang rawan (kartilago) sendi dan tulang didekatnya (Helmi, 2016). Osteoarthritis merupakan penyakit degeneratif jangka panjang yang ditandai dengan kemunduran tulang rawan sendi yang menyebabkan tulang saling bergesekan yang dapat memicu timbulnya nyeri, kekakuan dan gangguan aktivitas sehari-hari (Herawaty, 2022).

## 2. Etiologi

Osteoarthritis disebabkan oleh faktor faktor biomekanik dan biokimia. Faktor biomekanik di karenakan kegagalan mekanisme protektif, seperti kapsul sendi, ligament, otot-otot, serabut aferen, dan tulang-tulang pada sendi. Osteoarthritis juga bisa terjadi akibat komplikasi dari penyakit sendi yang lain Osteoarthritis merupakan penyakit yang belum jelas diketahui penyebabnya tetapi terdapat predisposisi yang dapat mengakibatkan penyakit ini yaitu : faktor usia, jenis kelamin, obesitas, dan penyakit sendi lainnya. Menurut Ismaningsih & Selviani, (2018)

## 3. Patofisiologi

Osteoarthritis terjadi karena adanya perubahan pada metabolisme tulang rawan sendi khususnya sendi lutut. Peningkatan aktivitas enzim yang bersifat merusak makromolekul matriks tulang rawan sendi dan menurunnya sintesis proteoglikan dan kolagen. Pada proses degenerasi kartilago articular akan menghasilkan zat yang bisa menimbulkan suatu reaksi inflamasi yang merangsang makrofag untuk menghasilkan IL-1 sehingga meningkatkan enzim proteolitik untuk degradasi matriks ekstraseluler (Sembiring, 2018). Perubahan proteoglikan mengakibatkan tingginya resistensi tulang rawan untuk menahan kekuatan tekanan dari sendi dan pengaruh yang lain yang dapat membebani sendi. Menurunnya kekuatan tulang rawan akan disertai perubahan yang tidak sesuai dengan kolagen dan kondrosit akan mengalami kerusakan. Selanjutnya akan terjadi perubahan komposisi molekuler dan matriks rawan sendi yang diikuti oleh kelainan fungsi matriks rawan sendi. Jika dilihat melalui mikroskop, terlihat permukaan tulang rawan mengalami

fibrilasi dan berlapis-lapis. Hilangnya tulang rawan akan menyebabkan penyempitan rongga sendi (Sembiring, 2018).

Terjadi pembentukan osteofit pada tepi sendi terhadap tulang rawan yang rusak. Pembentukan osteofit merupakan suatu respon fisiologis untuk memperbaiki dan membentuk kembali sendi. Dengan penambahan luas permukaan sendi untuk menerima beban, osteofit diharapkan dapat memperbaiki perubahan awal tulang rawan pada osteoarthritis. Semakin lama akan terjadi pengikisan yang progresif yang menyebabkan tulang dibawahnya akan ikut terkikis. Pada tekanan yang melebihi kekuatan biomekanik tulang, akan mengakibatkan tulang subkondrial merespon dengan meningkatkan selularitas dan vascular sehingga tulang akan menjadi tebal dan padat. Proses ini disebut eburnasi yang nantinya mengakibatkan sclerosis tulang subkondrial. Tulang rawan sendi menjadi aus, rusak, dan menimbulkan gejala osteoarthritis seperti nyeri sendi, kaku, dan deformitas (Sembiring, 2018).

#### 4. Manifestasi Klinis

Gejala klinis pada Osteoarthritis yang biasanya muncul menurut Rekomendasi IRA tahun 2014 yaitu :

- a. Nyeri OA diakibatkan oleh 3 penyebab mayor: akibat gerakan dari faktor mekanis, akibat inflamasi synovial. Pada OA tidak selalu ditemukan adanya inflamasi. Hanya kira-kira 40% kasus yang disertai inflamasi yang disebabkan oleh lepasnya Kristal kalsium-pirofosfat atau serpihan rawan sendi ke rongga sendi. Pada kasus yang terjadi adalah nyeri akibat gerakan faktor mekanis. Perubahan mekanikal disebabkan oleh perubahan anatomis yang lanjut akibat beratnya penyakit. Nyeri mekanikal timbul setelah penderita melakukan aktivitas dan tidak timbul pada pagi hari serta tidak disertai dengan kaku sendi (joint stiffness).
- b. Kaku pagi Nyeri atau kaku sendi dapat timbul setelah pasien berdiam diri atau tidak melakukan banyak gerakan, seperti duduk di kursi atau mobil

dalam waktu yang cukup lama atau bahkan setelah bangun tidur di pagi hari

- c. Hambatan gerak sendi, biasanya bertambah berat perlahan sejalan dengan penambahan rasa nyeri. Hambatan gerakan dapat konsentris (seluruh arah gerakan) atau eksentris (satu arah gerakan).
- d. Krepitasi saat gerakan aktif karena adanya pergesekan kedua permukaan tulang sendi pada saat sendi digerakkan atau dimanipulasi secara pasif. Krepitasi yang semakin jelas berhubungan dengan bertambah beratnya penyakit.
- e. Pembengkakan sendi akibat adanya osteofit marginal yang muncul pada permukaan tulang rawan dan dapat mengubah permukaan sendi. Sendi yang terkena secara perlahan-lahan dapat membesar. Tanda-tanda adanya peradangan pada sendi (nyeri tekan, gangguan gerak, rasa hangat yang merata, dan warna kemerahan) dapat dijumpai pada OA karena sinovitis

## 5. Faktor Risiko

Harus diingat bahwa masing-masing sendi mempunyai beban biomekanik, dan persentase gangguan yang berbeda, sehingga peran faktor-faktor risiko tersebut untuk masing-masing OA tertentu berbeda yaitu sebagai berikut (Winangun, 2019) :

1. Umur Dari semua faktor risiko untuk timbulnya OA, faktor usia adalah yang terkuat. Prevalensi dan beratnya OA semakin meningkat dengan bertambahnya umur. OA hampir tidak pernah pada anak-anak, jarang pada umur di bawah 40 tahun dan sering pada umur di atas 60 tahun. Akan tetapi harus diingat bahwa OA bukan akibat menua saja. Perubahan tulang rawan sendi pada usia lanjut berbeda dengan perubahan pada OA.
2. Jenis Kelamin Wanita lebih sering terkena OA lutut dan OA sendi lainnya, dan lelaki lebih sering terkena OA paha, pergelangan tangan dan leher. Secara keseluruhan, di bawah 45 tahun frekuensi OA kurang

lebih sama pada laki-laki dan wanita, tetapi di atas 50 tahun (setelah menopause) frekuensi OA lebih banyak pada wanita daripada pria. Hal ini menunjukkan adanya peran hormonal pada patogenesis OA.

3. Suku Bangsa Prevalensi dan pola terkenanya sendi pada OA nampaknya terdapat perbedaan diantara masing-masing suku bangsa. Misalnya OA pada paha lebih jarang diantara orang-orang kulit hitam dan Asia daripada Kaukasia, OA lebih sering dijumpai pada orang-orang Amerika asli (Indian) dari pada orang-orang kulit putih. Hal ini mungkin berkaitan dengan perbedaan cara hidup maupun perbedaan pada frekuensi kelainan kongenital dan pertumbuhan.
4. Genetik Faktor herediter juga berperan pada timbulnya OA, misalnya pada seorang wanita dengan ibu yang mengalami OA pada sendi-sendi interfalang distal (nodus Heberden) akan mengalami 3 kali lebih sering OA pada sendi-sendi tersebut, dibandingkan dengan seorang wanita dengan ibu tanpa OA tersebut. Adanya mutasi dalam gen prokolagen II atau gen-gen struktural lain untuk unsur-unsur tulang rawan sendi seperti kolagen tipe IX dan XII, protein pengikat atau proteoglikan dikatakan berperan dalam timbulnya kecenderungan familial pada OA tertentu.
5. Kegemukan dan Penyakit Metabolik Berat badan yang berlebih nyata berkaitan dengan meningkatnya risiko untuk timbulnya OA baik pada wanita maupun pada pria. Kegemukan ternyata tidak hanya berkaitan dengan OA pada sendi yang menanggung beban, tapi juga pada OA sendi lain. Di samping faktor mekanis (karena meningkatnya beban mekanis), diduga terdapat faktor lain (metabolik) yang berperan pada timbulnya OA. Pasien-pasien OA ternyata mempunyai risiko penyakit jantung koroner dan hipertensi yang lebih tinggi daripada orang-orang tanpa osteoarthritis.
6. Cedera Sendi, Pekerjaan, dan Olahraga Pekerjaan berat yang menggunakan seluruh sendi ataupun dengan pemakaian satu sendi yang terus menerus (misalnya tukang pahat, pemetik kapas) berkaitan dengan

peningkatan risiko OA tertentu. Demikian juga cedera sendi dan olahraga berkaitan dengan risiko terjadinya OA yang lebih tinggi (misalnya robeknya meniscus, ketidakstabilan ligament).

7. Kelainan Pertumbuhan Kelainan kongenital dan pertumbuhan (misalnya penyakit Perthes dan dislokasi kongenital paha) telah dikaitkan dengan timbulnya osteoarthritis paha pada usia muda. Mekanisme ini juga diduga berperan pada lebih banyaknya OA pada laki-laki dan ras tertentu. Tingginya kepadatan tulang dikatakan dapat meningkatkan risiko timbulnya OA. Hal ini mungkin timbul karena tulang yang lebih padat (keras) tak membantu mengurangi benturan beban yang diterima oleh tulang rawan sendi. Akibatnya tulang rawan sendi menjadi lebih mudah robek.

#### 6. Pemeriksaan Penunjang Osteoarthritis

Menurut Winangun (2019), Pada penderita OA, dilakukannya pemeriksaan radiografi pada sendi yang terkena sudah cukup untuk memberikan suatu gambaran diagnostic. Gambaran Radiografi sendi yang menyokong diagnosis OA adalah :

1. Penyempitan celah sendi yang seringkali asimetris (lebih berat pada bagian yang menanggung beban seperti lutut).
2. Peningkatan densitas tulang subkondral ( sklerosis )
3. Kista pada tulang
4. Osteofit pada pinggir sendi
5. Perubahan struktur anatomi sendi.

Berdasarkan temuan-temuan radiografis diatas, maka OA dapat diberikan suatu derajat. Kriteria OA berdasarkan temuan radiografis dikenal sebagai kriteria Kellgren dan Lawrence yang membagi OA dimulai dari tingkat ringan hingga tingkat berat. Perlu diingat bahwa pada awal penyakit, gambaran radiografis sendi masih terlihat normal. Menurut Kellgren dan Lawrence secara radiologis Osteoarthritis diklasifikasikan sebagai berikut (Winangun, 2019) :

1. Grade 0 : Normal, tidak terdapat gambaran osteoarthritis
2. Grade 1 : Ragu-ragu, tanpa osteofit, penyempitan persendian meragukan
3. Grade 2 : Minimal, osteofit sedikit pada tibia dan patella dan permukaan sendi menyempit asimetris.
4. Grade 3 : Moderate, adanya osteofit moderate pada beberapa tempat, permukaan sendi menyempit, dan tampak sklerosis subkondral.
5. Grade 4 : Berat, adanya osteofit yang besar, permukaan sendi menyempit secara komplit, sklerosis subkondral berat, dan kerusakan permukaan sendi

## 7. Penatalaksanaan Medis

Pengobatan yang dapat menyembuhkan OA sampai saat ini belum ditemukan. Pengobatan lebih ditujukan pada pengurangan nyeri, menjaga atau mempertahankan mobilitas dan mencegah terjadinya gangguan fungsi, memperbaiki kualitas hidup dan mencegah terjadinya efek toksik dari obat. Tujuan penatalaksanaan pasien yang mengalami osteoarthritis adalah untuk edukasi pasien, pengendalian rasa sakit, memperbaiki fungsi sendi yang terserang dan menghambat penyakit supaya tidak menjadi lebih parah. Pengelolaan osteoarthritis berdasarkan atas sendi yang terkena dan berat ringannya osteoarthritis yang diderita. Penatalaksanaan osteoarthritis terbagi atas 3 hal, yaitu (Winangun, 2019) :

1. Terapi Farmakologis Karena tujuan utama terapi ini untuk mengurangi nyeri secara efektif dengan toksisitas yang rendah, obat topikal sering digunakan sebelum medikasi oral. Krim capsaicin terbukti ampuh dalam penanganan nyeri OA yang bekerja local dengan deplesi neurotransmitter substans P. Ketika menggunakan obat topikal atau hasilnya kurang baik, analgesik murni biasanya dibutuhkan. Asetaminofen adalah terapi farmakologi sistemik pertama yang direkomendasikan untuk OA lutut dan pinggul. Sejumlah besar literatur yang membandingkan asetaminofen dengan plasebo dan dengan NSAID pada jangka lama menunjukkan asetaminofen inferior terhadap

NSAID dan secara klinis tidak superior terhadap plasebo untuk mengurangi nyeri OA dalam jangka panjang. Analgesik murni lainnya telah efektif yaitu tramadol, analgesik yang bekerja di sentral, dan analgesik opioid. Namun, keduanya memiliki insidensi yang tinggi terhadap efek samping yang tidak bisa ditoleransi. Obat Anti Inflamasi Non Steroid (OAINS), Inhibitor COX-2 (Siklooksigenase-2), dan Asetaminofen untuk mengobati rasa nyeri yang timbul pada Osteoarthritis, penggunaan OAINS dan inhibitor COX-2 dinilai lebih efektif daripada penggunaan asetaminofen. Namun karena risiko toksisitas OAINS lebih tinggi dari pada asetaminofen, maka tetap menjadi obat pilihan pertama dalam penanganan rasa nyeri pada osteoarthritis. Cara lain untuk mengurangi dampak toksisitas dari OAINS adalah dengan cara mengkombinasikannya dengan menggunakan inhibitor COX-2.

## 2. Terapi Non Farmakologis

- a. Edukasi atau penjelasan kepada pasien perlu dilakukan agar pasien dapat mengetahui serta memahami tentang penyakit yang dideritanya, bagaimana agar penyakitnya tidak bertambah semakin parah, dan agar persediannya tetap terpakai
- b. Terapi fisik atau rehabilitasi Terapi ini dilakukan untuk melatih pasien agar persendiannya tetap dapat dipakai dan melatih pasien untuk melindungi sendi yang sakit, Penurunan berat badan, Berat badan yang berlebih merupakan faktor yang memperberat osteoarthritis. Oleh karena itu, berat badan harus dapat dijaga agar tidak berlebih dan diupayakan untuk melakukan penurunan berat badan apabila berat badan berlebih

## 8. Diagnosis

Diagnosis Osteoarthritis biasanya didasarkan pada gambaran klinis dan radiografi. Pada penderita osteoarthritis, dilakukannya pemeriksaan radiografi pada sendi yang terkena sudah cukup untuk memberikan suatu

gambaran diagnostik. Gambaran radiografi sendi yang mendukung diagnosis OA adalah: Penyempitan celah sendi yang seringkali asimetris (lebih berat pada bagian yang menanggung beban), Peningkatan densitas (sklerosis) tulang subkondral, Osteofit pada pinggir sendi, Perubahan struktur anatomi sendi (Winangun, 2019).

#### Klasifikasi radiografi osteoarthritis menurut kriteria Kellgren-Lawrence

Derajat	Klasifikasi	Gambaran radiografis
0	Normal	Tidak ada gambaran radiografis yang abnormal
1	Meragukan	Tampak osteofit kecil
2	Minimal	Tampak osteofit, celah sendi normal
3	Sedang	Osteofit jelas, penyempitan celah sendi
4	Berat	Penyempitan celah sendi berat dan adanya sclerosis

Tabel 2. 1 Klasifikasi radiografi osteoarthritis menurut kriteria Kellgren-Lawrence

## 9. Intensitas Nyeri

### a. Definisi

Nyeri adalah suatu pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual dan potensial (International Association for the Study of Pain, 2011). Nyeri merupakan respon subjektif terhadap stressor fisik maupun psikologis (Priscilla LeMone dkk, 2012). Meskipun nyeri menimbulkan rasa ketidaknyamanan, namun sebenarnya nyeri memberikan suatu peran perlindungan dan peringatan terhadap kemungkinan kondisi yang mengancam kesehatan. Pasien sebagai subjek yang dapat menjelaskan nyeri yang mereka alami secara akurat sebagai dasar pengkajian dan asuhan keperawatan yang akan dilakukan terkait nyeri.

### b. Fisiologi Nyeri

Nosiseptor adalah reseptor saraf untuk nyeri. Nyeri terjadi apabila jaringan yang mengandung nosiseptor mengalami cedera. Stimulus yang intens dan berlangsung lama akan menyebabkan nyeri yang lebih hebat

dibanding stimulus yang ringan dan singkat. Nosisseptor berespon terhadap <http://repository.unimus.ac.id> stimulus mekanik, kimia, atau termal. Persepsi nyeri dipengaruhi oleh variasi sensitivitas terhadap jenis stimulus dan distribusi nosisseptor ke berbagai jaringan (LeMone, Burke M, & Bauldoff, 2012).

### c. Proses Terjadinya Nyeri

Proses terjadinya nyeri menurut Ganong tahun 2011 dibagi menjadi 4 proses yaitu:

#### 1) Proses Induksi

Pada proses transduksi stimulus noxius di ubah ke impuls elektrikal pada ujung saraf

#### 2) Proses Transmisi

Proses transmisi menyalurkan impuls melalui serabut A-delta dan serabut C dari perifer ke medulla spinalis. Kemudian impuls tersebut mengalami modulasi sebelum dilanjutkan ke thalamus oleh traktus spinothalamicus dan sebagiannya ke traktus spinoretikularis. Selanjutnya impuls disalurkan ke thalamus dan somatosensoris di cortex cerebri sehingga menimbulkan persepsi nyeri (Ganong, 2008).

#### 3) Proses Modulasi

Terjadinya interaksi antara sistem analgesic endogen yang dihasilkan tubuh, masuk ke kornu posterior medulla spinalis yang merupakan proses ascenden yang dikontrol oleh otak. Kemudian analgesik endogen menekan impuls nyeri pada kornu posterior medulla spinanlis yang berperan sebagai pintu untuk menyalurkan impuls nyeri

#### 4) Persepsi

Setelah melalui 3 proses yaitu transduksi, transmisi, dan modulasi, pada akhirnya menghasilkan suatu proses subjektif yang disebut sebagai persepsi nyeri.

#### d. Jenis dan Karakteristik Nyeri

Jenis dan karakteristik nyeri berdasarkan durasinya dapat dibagi menjadi dua yaitu nyeri akut dan nyeri kronis (LeMone et al., 2012).

- 1) Nyeri akut Nyeri akut mempunyai awitan mendadak dan membuat diri menjadi terbatas dan terlokalisasi. Penyebab nyeri akut biasanya dapat diidentifikasi seperti akibat trauma, pembedahan, atau inflamasi.
- 2) Nyeri kronik Nyeri kronik merupakan nyeri yang berkelanjutan atau menetap setelah penyebab nyeri tersebut hilang. Nyeri kronis tidak selalu memiliki penyebab yang dapat diidentifikasi.

#### e. Faktor yang mempengaruhi respon nyeri

Beberapa faktor yang dapat mempengaruhi respon nyeri yaitu:

- 1) Usia Usia dapat mempengaruhi persepsi dan ekspresi seseorang terhadap nyeri. Usia juga mempengaruhi waktu respon terhadap nyeri dikarenakan transmisi stimulus nyeri menurun. Pada lansia, biasanya lebih sulit mengungkapkan keluhan nyeri sehingga menjadi tantangan bagi professional kesehatan untuk melakukan pengkajian dan penatalaksanaan nyeri yang efektif (Helms & Barone, 2011).
- 2) Jenis kelamin Studi klinis menunjukkan bahwa perempuan memiliki ambang batas nyeri yang lebih rendah dan mengalami intensitas nyeri lebih tinggi dibanding pria menurut (Toomey, 2010).
- 3) Pengaruh psikologis Intensitas nyeri dapat dipengaruhi oleh faktor psikologis seperti perhatian, harapan, sugesti. Selain itu nyeri muncul dapat dikarenakan ansietas maupun ketakutan (Priyanto, 2010).
- 4) Pengalaman masa lalu Individu yang pernah mengalami nyeri di masa lampau akan lebih mudah mengatasi nyerinya (Priyanto, 2010).

f. Tolak ukur intensitas nyeri

Nyeri merupakan kondisi berupa perasaan tidak menyenangkan yang sifatnya subjektif dan setiap individu memiliki persepsi nyeri yang berbeda dalam hal skala dan tingkatannya. Ada beberapa cara untuk mengetahui skala nyeri menurut (Latifin & Kusuma, 2014) yaitu:

- 1) Numeric Rating Scale Digunakan pada pasien anak usia > 9 tahun dan dewasa dengan menggunakan angka untuk melambangkan intensitas nyeri yang dirasakan. Angka yang digunakan adalah 0-10 dimana interpretasi dari angka tersebut adalah sebagai berikut : 0 = tidak nyeri 1-3 = nyeri ringan (sedikit mengganggu aktivitas sehari-hari) 4-6 = nyeri sedang (gangguan nyata terhadap aktivitas sehari-hari) 7-10 nyeri berat (tidak dapat melakukan aktivitas sehari-hari)
- 2) Visual Analogue Scale (VAS) Visual Analogue Scale adalah suatu alat yang digunakan untuk menilai skala nyeri yang disajikan dalam bentuk garis horizontal.
- 3) Wong Baker Faces Pain Scale Digunakan pada pasien anak-anak > 3 tahun dan dewasa yang tidak dapat menggambarkan intensitas nyeri nya dengan angka

10. Konsep Asuhan Keperawatan Lansia Dengan Osteoarthritis

a. Pengkajian

1) Pengumpulan data

a) Identitas klien

Meliputi nama, umur, jenis kelamin, pendidikan, alamat, pekerjaan, agama, pendidikan terakhir, tanggal masuk panti, suku bangsa, dan penanggung jawab.

b) Riwayat keluarga

Meliputi gambaran silsilah (kakek atau nenek, orang tua, paman, bibi, saudara kandung, pasangan, anak-anak). Gambarkan dengan genogram (tiga generasi).

c) Riwayat pekerjaan

Meliputi status pekerjaan saat ini, pekerjaan sebelumnya, sumber-sumber pendapatan dan kecukupan terhadap kebutuhan.

d) Riwayat lingkungan hidup

Meliputi tipe tempat tinggal, jumlah kamar, jumlah tingkat, jumlah orang yang tinggal dirumah, derajat privasi, tetangga terdekat, dan alamat atau telpon.

e) Riwayat rekreasi

Meliputi hobby atau minat dari klien, keanggotaan organisasi klien, tempat liburan.

f) Sumber atau sistem pendukung

Meliputi dokter, perawat, rumah sakit/puskesmas/klinik, pelayanan kesehatan di rumah.

g) Deskripsi hari khusus kebiasaan ritual waktu tidur

h) Status kesehatan saat ini

Meliputi status kesehatan umum selama setahun yang lalu, status kesehatan umum selama 5 tahun yang lalu, keluhan utama yang dirasakan klien biasanya didapatkan kelemahan anggota gerak sebelah badan, bicara pelo, dan tidak dapat berkomunikasi. pengetahuan tentang penatalaksanaan masalah kesehatan, obatobatan yang sering klien konsumsi, status imunisasi, nutrisi klien apakah ada pembatasan makan dan minum apakah ada masalah yang dapat mempengaruhi masukan makanan misal, kesulitan menelan, gangguan mobilisasi.

i) Status kesehatan masa lalu

Meliputi penyakit masa anak-anak yang pernah diderita, penyakit serius atau kronik yang di derita klien. Apakah klien pernah dirawat dirumah sakit, apakah klien pernah di operasi.

## 2) Pemeriksaan fisik

### a) Aktivitas/Istirahat

#### Gejala :

- Nyeri sendi karena gerakan, nyeri tekan, memburuk dengan stress pada sendi : kekakuan pada pagi hari
- Keletihan
- Keterbatasan ruang gerak, atrofi otot, kulit : kontraktur/ kelainan pada sendi dan otot

#### Tanda :

- Malaise
- Keterbatasan rentang gerak, atrofi otot, kulit : kontraktur atau kelainan pada sendi dan otot

### b) Kardiovaskular Gejala :

jantung cepat, tekanan darah menurun Tanda : fenomena Raynaud dari tangan (misalnya pucat litermiten, sianosis kemudian kemerahan pada jari sebelum warna kembali normal)

### c) Integritas Ego

- Factor-faktor stress akut atau kronis : misalnya finansial, pekerjaan, ketidakmampuan, factor-faktor hubungan
- Keputusan dan ketidakberdayaan
- Ancaman pada konsep diri, citra tubuh, identitas pribadi misalnya ketergantungan pada orang lain

### d). Makanan atau cairan

- Ketidakmampuan untuk menghasilkan / mengkonsumsi makanan / cairan adekuat:mual
- Anoreksia
- Kesulitan untuk mengunyah
- Kekeringan pada membrane mukosa

e).Hygiene Berbagai kesulitan untuk melaksanakan aktivitas pribadi, ketergantungan pada orang lain

f) Neurosensori

Kesemutan pada tangan dan kaki pembengkakan sendi

g) Nyeri/kenyamanan

Fase akut nyeri (kemungkinan tidak disertai dengan pembengkakan jaringan lunak pada sendi. Rasa nyeri kronis dan kekakuan (terutama pagi hari).

h) Keamanan

- Kulit mengkilat, tegang, nodul sub mitaneus
- Lesi kulit, ulkas kaki
- Kesulitan dalam menangani tugas/pemeliharaan rumah tangga
- Demam ringan menetap
- Kekeringan pada mata dan membran mukosa

i) Interaksi Sosial

Kerusakan interaksi dengan keluarga atau orang lain, perubahan peran: isolasi.

j) Penyuluhan/Pembelajaran

- Riwayat reumatik pada keluarga
- Penggunaan makanan kesehatan, vitamin, penyembuhan penyakit tanpa pengujian.
- Riwayat perikarditis, lesi tepi katup. Fibrosis pulmonal, pkeuritis. 11. Pemeriksaan Diagnostik
- Reaksi aglutinasi: positif
- LED meningkat pesat
- protein C reaktif : positif pada masa inkubasi.
- SDP: meningkat pada proses inflamasi
- JDL: Menunjukkan ancaman sedang
- Ig (Igm & Ig G) peningkatan besar menunjukkan proses autoimun
- RO: menunjukkan pembengkakan jaringan lunak, erosi sendi, osteoporosis pada tulang yang berdekatan, formasi kista tulang, penyempitan ruang sendi

3) Identifikasi masalah emosional

PERTANYAAN TAHAP 1

1. Apakah klien mengalami sukar tidur?
2. Apakah klien sering merasa gelisah?
3. Apakah klien sering murung atau menangis sendiri?
4. Apakah klien sering merasa was-was atau takut?

## PERTANYAAN TAHAP 2

Lanjutkan ke pertanyaan Tahap 2 jika lebih dari atau sama dengan

1 jawaban “YA”

1. Keluhan lebih dari 3 bulan atau lebih dari 1 kali dalam 1 bulan?
2. Ada masalah atau banyak pikiran?
3. Ada gangguan/masalah dengan keluarga lain?
4. Menggunakan obat tidur/penenang atas anjuran dokter?
5. Apakah cenderung mengurung diri?

## EMOSIONAL POSITIF (+)

### 4) Pengkajian fungsional klien

No	Aktivitas	Mandiri	Tergantung
1	<p><b>Mandi Mandiri:</b> Bantuan hanya pada satu bagian mandi (seperti punggung atau ekstermitas yang tidak mampu) atau mandi sendiri sepenuhnya</p> <p><b>Tergantung :</b> Bantuan mandi lebih dari satu bagian tubuh, bantuan masuk dan keluar dari bak mandi, serta tidak mandi sendiri</p>		
2	<p><b>Berpakaian</b></p> <p><b>Mandiri :</b> Mengambil baju dari lemari, memakai pakaian, melepaskan pakaian, mengancingi/mengikat pakaian</p> <p><b>Tergantung :</b> Tidak dapat memakai baju sendiri atau sebagian</p>		
3.	<p><b>Ke kamar kecil</b></p> <p><b>Mandiri :</b> Masuk dan keluar dari kamar kecil kemudian membersihkan genitalia sendiri</p> <p><b>Tergantung :</b> Menerima bantuan untuk masuk ke kamar kecil dan menggunakan pispot</p>		
4	<p><b>Berpindah Mandiri :</b> Berpindah ke dan dari tempat tidur untuk duduk, bangkit dari kursi sendiri</p> <p><b>Bergantung :</b> Bantuan dalam naik atau turun dari tempat tidur atau kursi, tidak melakukan satu, atau lebih perpindahan</p>		
5	<p><b>Kontinen Mandiri:</b> BAB dan BAK seluruhnya terkontrol sendiri</p> <p><b>Bergantung:</b></p>		

	Inkontinensia parsial atau total; penggunaan kateter, pispot, pembalut/pempers		
6	<b>Makan Mandiri:</b> Mengambil makanan dari piring dan menyuapinya sendiri <b>Bergantung :</b> Bantuan dalam hal mengambil makanan dari piring dan menyuapinya, tidak makan sama sekali, dan makan melalui parenteral (NGT)		

Tabel 2. 2 Pengkajian fungsional klien

Cara penilaian:

< 60: ketergantungan penuh/tota

165-105: ketergantungan sebagian

110: mandiri

#### 5) Modifikasi dan Barthel

no	Kriteria	Dengan bantuan	Mandiri	Keterangan
1	Makan	5	10	
2	Minum	5	10	
3	berpindah dari kursi roda ke tempat tidur dan sebaliknya	5-10	15	
4	Personal toilet (cuci muka, menyisir rambut, gosok gigi)	0	5	
5	Keluar masuk toilet (membuka pakaian, menyeka tubuh,	5	10	
6	Mandi	5	15	
7	Jalan di permukaan datar	0	5	
8	Naik turun tangga	5	10	
9	Mengenakan pakaian	5	10	

10	Kontrol bowl BAB	5	10	
11	Kontrol bladder BAK	5	10	
12	Olahraga/latihan	5	10	
13	Rekreasi/pemanfaatan waktu luang	5	10	

Tabel 2. 3 Modifikasi dan Barthel

**Interpretasi:**

Keterangan :

- a.130 : Mandiri
- b.60-125 : Ketergantungan sebagian
- c.55 : Ketergantungan total

6) Pengkajian status mental dan kognitif gerontic

BENAR	SALAH	NO	PERTANYAAN
		01	Tanggal berapa hari ini?
		02	Hari apa sekarang?
		03	Apa nama tempat ini?
		04	Dimana alamat anda?
		05	Berapa umur anda?
		06	Kapan anda lahir? (minimal tahun lahir)
		07	Siapa Presiden Indonesia sekarang?
		08	Siapa Presiden Indonesia sebelumnya?

		09	Siapa nama Ibu Anda?
		10	Kurangi 3 dari 20 dan tetap pengurangan 3 dari setiap angka baru, semua secara men

Tabel 2. 4 Pengkajian status mental dan kognitif gerontic

- a. Salah 0-2 : fungsi intelektual utuh
- b. Salah 3-4 : kerusakan intelektual ringan
- c. Salah 5-7 : kerusakan intelektual sedang
- d. Salah  $\geq 8$  : kerusakan intelektual berat

7) Identifikasi aspek kognitif dan fungsi mental dengan menggunakan MMSE (Mini Mental Status Exam)

No.	Aspek Kognitif	Nilai Maks	Nilai Klien	Kriteria
1	Orientasi	5	5	Menyebutkan dengan benar : <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Tahun</li> <li>▫ Musim</li> <li>▫ Tanggal</li> <li>▫ Hari</li> <li>▫ Bulan</li> </ul>
	Orientasi	5	5	Dimana kita sekarang berada? <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Negara Indonesia</li> <li>▫ Propinsi Jawa Barat</li> <li>▫ Kota bekasi</li> <li>▫ PSTL</li> <li>▫ Wisma cempaka</li> </ul>
2	Registrasi	3	3	Sebutkan nama 3 obyek (oleh pemeriksa) 1 detik untuk mengatakan masing-masing obyek. Kemudian tanyakan kepada klien ketiga obyek tadi. (Untuk disebutkan) <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Obyek pohon</li> <li>▫ Obyek kursi</li> <li>▫ Obyek pot</li> </ul>

3	Perhatian dan kalkulasi	5	5	<p>Minta klien mengeja 5 kata dari belakang, misal "BAPAK"</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ K</li> <li>▫ A</li> <li>▫ P</li> <li>▫ A</li> <li>▫ B</li> </ul>
4	Mengingat	3	3	<p>Minta klien untuk mengulangi ketiga obyek pada No.2 (registrasi) tadi. Bila benar, 1 poin untuk masing-masing obyek.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▫</li> <li>▫</li> <li>▫</li> </ul>
5	Bahasa	9	9	<p>Tunjukkan pada klien suatu benda dan tanyakan namanya pada klien.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▫</li> <li>▫</li> <li>▫</li> </ul> <p>Minta klien untuk mengulang kata berikut : "Tak ada jika, dan, atau, tetapi." Bila benar, nilai satu poin.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Pernyataan benar 2 buah (contoh : tak ada, tetapi)</li> <li>▫ Minta klien untuk mengikuti perintah berikut yang terdiri dari 3 langkah :</li> <li>▫ Ambil kertas di tangan anda, lipat dua, dan taruh di lantai."</li> <li>▫ Ambil kertas di tangan anda</li> <li>▫ Lipat dua</li> <li>▫ Taruh di lantai</li> </ul> <p>Perintahkan pada klien untuk hal Berikut (bila aktivitas sesuai perintah nilai 1 point)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ "Tutup mata Anda"</li> </ul> <p>Perintahkan pada klien untuk menulis satu kalimat dan menyalin gambar.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Tulis satu kalimat</li> <li>▫ Menyalin gambar</li> </ul>

NILAI TOTAL			
-------------	--	--	--

Tabel 2. 5 Identifikasi aspek kognitif dan fungsi mental dengan menggunakan MMSE (Mini Mental Status Exam)

Interpretasi hasil :

- 26-30 : aspek kognitif dan fungsi mental baik
- 21-25 : aspek kognitif dan fungsi mental ringan
- 11-20 : kerusakan aspek fungsi mental sedang
- 0-1 : terdapat kerusakan aspek fungsi mental berat

#### 8) Pengkajian keseimbangan

Dinilai dari dua komponen utama dalam bergerak, dari kedua komponen tersebut dibagi dalam beberapa gerakan yang perlu di observasi oleh perawat. Kedua komponen tersebut adalah :

##### a. Perubahan posisi atau gerakan keseimbangan

Beri nilai 0 jika klien tidak menunjukkan kondisi di bawah ini, dan 1 bila menunjukkan kondisi berikut ini.

##### 1) Bangun dari tempat duduk (dimasukkan dalam analisis) dengan mata terbuka.

Tidak bangun dari tempat tidur dengan sekali gerakan, akan tetapi lansia mendorong tubuhnya ke atas dengan tangan atau bergerak ke bagian depan kursi terlebih dahulu, tidak stabil pada saat berdiri pertama kali

##### 2) Duduk ke kursi (dimasukkan ke dalam analisis) dengan mata terbuka Menjatuhkan diri ke kursi, tidak duduk di tengah kursi

##### 3) Bangun dari tempat duduk (dimasukkan ke dalam analisis) dengan mata tertutup

Tidak bangun dari tempat duduk dengan sekali gerakan, akan tetapi lansia mendorong tubuhnya ke atas dengan tangan atau bergerak

ke bagian depan kursi terlebih dahulu, tidak stabil pada saat berdiri pertama kali

4) Duduk ke kursi (dimasukkan ke dalam analisis) dengan mata tertutup. Menjatuhkan diri ke kursi, tidak duduk ke tengah kursi  
Keterangan : Kursi harus yang keras tanpa lengan

5) Menahan dorongan pada sternum (Pemeriksa mendorong sternum sebanyak 3 kali dengan hati-hati) dengan mata terbuka Klien menggerakkan kaki, memegang objek untuk dukungan, kaki tidak menyentuh sisi- sisinya.

6) Menahan dorongan pada sternum (pemeriksa mendorong sternum sebanyak 3 kali dengan hati-hati) dengan mata tertutup Klien menggerakkan kaki, memegang objek untuk dukungan, kaki tidak menyentuh sisi- sisinya.

7) Perputaran leher (klien sambil berdiri)

Menggerakkan kaki, menggenggam objek untuk dukungan kaki, keluhan vertigo, pusing, atau keadaan tidak stabil

8) Gerakan menggapai sesuatu

Tidak mampu untuk menggapai sesuatu dengan bahu fleksi sepenuhnya sementara berdiri pada ujung-ujung jari kaki, tidak stabil memegang sesuatu untuk dukungan

9) Membungkuk

Tidak mampu membungkuk untuk mengambil objek-objek kecil (misalnya pulpen) dari lantai, memegang objek untuk bias berdiri lagi, dan memerlukan usaha-usaha yang keras untuk bangun

b. Komponen gaya berjalan atau pergerakan

Beri nilai 0 jika klien tidak menunjukkan kondisi di bawah ini, atau beri nilai 1 jika klien menunjukkan salah satu dari kondisi di bawah ini :

- 1) Minta klien untuk berjalan ke tempat yang ditentukan Raguragu, tersandung, memegang objek untuk pegangan
- 2) Ketinggian langkah kaki (mengangkat kaki saat melangkah) Kaki tidak naik dari lantai secara konsisten (mengeser atau menyeret kaki), mengangkat kaki terlalu tinggi (> 5 cm)
- 3) Kontinuitas langkah kaki (lebih baik di observasi dari samping klien) Setelah langkah-langkah awal menjadi tidak konsisten, memulai mengangkat satu kaki sementara kaki yang lain menyentuh lantai
- 4) Kesimetrisan langkah (lebih baik di observasi dari samping klien) Langkah tidak simetris, terutama pada bagian yang sakit
- 5) Penyimpangan jalur pada saat berjalan (lebih baik di observasi dari samping kiri klien) Tidak berjalan dalam garis lurus, bergelombang dari sisi ke sisi
- 6) Berbalik  
Berhenti sebelum mulai berbalik, jalan sempoyongan, bergoyang, memegang objek untuk dukungan.

9) The timed up and go (tug) Test

No	Langkah
1.	Posisi klien duduk di kursi
2.	Minta klien berdiri dari kursi, berjalan 10 langkah (3 meter), kembali ke kursi, ukur waktu dalam detik

Tabel 2. 6 The timed up and go (tug) Test

Interpretasi :

- a.  $\leq 10$  detik : Resiko jatuh rendah
- b. 11-19 detik : Resiko jatuh sedang 20-29 detik : Resiko jatuh tinggi
- c.  $\geq 30$  detik : Gangguan mobilitas dan resiko jatuh tinggi

10) Penilaian potensi dekubitus (Skor NORTON)

Nama Penderita :

Kondisi fisik umum :

- a. Baik 4
- b. Lumyan 3
- c. Buruk 2
- d. Sangat buruk 1

Kesadaran :

- a. Komposmentis 4
- b. Apatis 3
- c. Sopor 2
- d. Koma 1

Aktivitas :

- a. Ambulasi 4
- b. Ambulasi dengan bantuan 3
- c. Hanya bisa duduk 2
- d. Tiduran 1

Inkontinen

- a. Tidak 4
- b. Kadang-kadang 3
- c. Sering inkontinensia urin 2
- d. Inkontinensia alvi dan urin 1

11). APGAR Keluarga

No	Item Penilaian	Selalu (2)	Kadang-kadang (1)	Tidak pernah (0)
----	----------------	---------------	----------------------	---------------------

1	A : Adaptasi Saya puas bahwa saya dapat kembali pada keluarga karena mereka akan membantu saya pada waktu saya membutuhkan pertolongan			
2.	P : Partnership Saya puas dengan cara keluarga membicarakan sesuatu dengan saya dan mengungkapkan masalah saya			
3.	G : Growth Saya puas dengan keluarga menerima dan mendukung keinginan saya dalam melakukan aktifitas			
4	A : Afek Saya puas dengan cara keluarga merespon saat saya emosi, seperti marah, sedih ataupun jatuh cinta			
5	R : Resolve Saya puas dengan cara keluarga menyediakan waktu bersama-sama untuk menyelesaikan masalah			
Jumlah				

Tabel 2. 7 APGAR Keluarga

## 12. Geriatric Depression Scale (GDS)

No	Pertanyaan	Ya	Tidak
1	Apakah anda sebenarnya puas dengan kehidupan anda		
2	Apakah anda telah meninggalkan banyak kegiatan dan minat/kesenangan anda		

3	Apakah anda merasa kehidupan anda kosong		
4	Apakah anda sering merasa bosan		
5	Apakah anda mempunyai semangat yang baik setiap Saat		
6	Apakah anda merasa takut sesuatu yang buruk akan		
7	Apakah anda merasa bahagia untuk sebagian besar hidup anda		
8	Apakah anda sering merasa tidak berdaya		
9	Apakah anda sering dirumah dari pada pergi keluar dan mengerjakan sesuatu hal yang baru		
10	Apakah anda merasa mempunyai banyak masalah dengan daya ingat anda dibandingkan kebanyakan orang		
11	Apakah anda pikir kehidupan anda saat ini menyenangkan		
12	Apakah anda merasa tidak berharga seperti perasaan anda saat ini		
13	Apakah anda merasa penuh Semangat		
14	Apakah anda merasa bahwa keadaan anda tidak ada harapan		
15	Apakah anda pikir bahwa orang lain, lebih baik keadaanya dari pada anda		

Tabel 2. 8 Geriatric Depression Scale (GDS)

**Interpretasi :**

Skor 0-5 = normal

Skor  $\geq$  6 = depresi

**b. Dagnosa Keperaawatan**

- 1) Nyeri akut b.d penurunan fungsi tulang, reaksi inflamasi
- 2) Nyeri kronis b.d reaksi inflamasi
- 3) Gangguan mobilitas fisik b.d kekauan sendi, kerusakan integritas struktur tulang
- 4) Deficit perawatan diri b.d penurunan fungsi tulang
- 5) Defisiensi pengetahuan b.d kurangnya informasi tentang penyakit
- 6) Gangguan pola tidur b.d ketidak mampuan mengontrol nyeri
- 7) Gangguan citra tubuh b.d deformitas tulang dan sendi
- 8) Intoleran aktivitas b.d kelumpuhan

- 9) Ansietas b.d koping tidak efektif
- 10) Resiko cedera b.d penurunan fungsi tulang
- 11) Resiko jatuh b.d hilangnya

c. Intervensi

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Rencana Keperawatan
Nyeri Kronis (D.0078)	Setelah diberikan intervensi selama 3x30 menit setiap pertemuan diharapkan tingkat nyeri menurun , dengan kriteria hasil : <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keluhan nyeri dari skala Cukup Meningkat) menjadi skala 3 (Sedang)</li> <li>2. Meringis dari skala 2 (Cukup Meningkat) menjadi skala 3 (Sedang)</li> <li>3. Gelisah dari skala 2 (Cukup Meningkat) menjadi skala 3</li> </ol>	<p><b>Manajemen Nyeri (1.08238) Definisi :</b> Mengidentifikasi dan mengelola pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan atau fungsional dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat dan konstan</p> <p>Tindakan :</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</li> <li>2. Identifikasi skala nyeri</li> <li>3. Identifikasi respons nyeri non verbal</li> <li>4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berikan teknik nonfarmakologis</li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan penyebab nyeri</li> <li>2. Jelaskan strategi meredakan nyeri</li> <li>3. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri seperti latihan nafas dalam.</li> </ol>
Gangguan Mobilitas Fisik Berhubungan Dengan Nyeri (D.0054)	Setelah diberikan asuhan keperawatan selama 3x24 Jam setiap pertemuan , diharapkan Gangguan Mobilitas Fisik dapat meningkat, dengan kriteria hasil : <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pergerakan ekstermitas dari skala 3 (sedang) menjadi skala 4 (cukup meningkat)</li> <li>2. Kekuatan otot dari skala 3 (sedang) menjadi skala 4 (cukup meningkat)</li> </ol>	<p><b>Dukungan Mobilisasi Definisi :</b> Memfasilitasi pasien untuk mening Aktivitas pergerakan fisik</p> <p>Tindakan :</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. dentifikasi adanya nyeri atau kelu</li> </ol> <p>Tarapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. duduk di (tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)</li> </ol>
Ansietas berhubungan	Setelah diberikan asuhan keperawatan selama 3x24 jam dalam	<p><b>Terapi Relaksasi Definisi :</b> Menggunakan teknik peregangan dan</p>

<p>dengan kurangnya terpapar informasi. (D.0080)</p>	<p>setiap pertemuan diharapkan ansietas dapat menurun, dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Varbilisasi kebingungan dari skor 3(sedang) menjadi skor 4 (cukup menurun) dan skor 5 (menurun).</li> <li>2. Varbilisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi dari skor 2 (cukup meningkat) menjadi skor 3 (sedang) dan skor 4 (cukup menurun)</li> <li>3. Perilaku gelisah dari skor 2 (cukup meningkat) menjadi skor 3 (sedang) dan skor 4 (cukup menurun)</li> </ol>	<p>gejala ketidaknyamanan seperti nyeri, ketdan kecemasan</p> <p>Tindakan</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi teknik relaksasi yang pernah digunakan</li> <li>2. Periksa frekuensi nadi, tekanan darah dan suhu sebelum dan sesudah latihan.</li> <li>3. Monitor respon klien terhadap teknik relaaksasi</li> </ol> <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berikan informasi tertulis tentang persiapaprosedur teknik relaksasi</li> <li>2. Gunakan relaksasi sebagai strategi penunjanalgesik atau tindakan medis lain, jika</li> </ol> <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan tujuan, manfaat, batasan , dan jenmisal relaksasi nafas dalam.</li> <li>2. Anjurkan mengambil posisi yang nyaman</li> <li>3. Anjurkan rileks dan merasakan sensasi rel</li> <li>4. Anjurkan sering mengulangi atau melatih dipilih</li> <li>5. Demonstrasikan dan teknik relaksasi nafa</li> </ol>
--	---	--

Tabel 2. 9 Intervensi

## C. Senam Bugar Lansia

### 1. Definisi Senam Bugar Lansia

Senam bugar lansia adalah salah satu bentuk latihan ringan yang digunakan untuk melatih otot dan persendian yang dimana senam bugar lansia cocok untuk lansia. Gangguan pada sistem muskuloskeletal dapat memberikan dampak pengurangan daya kerja fisik pada lansia. Untuk mencegah pengurangan kondisi fisik yang berlebihan pada lansia, lansia dianjurkan untuk.melakukan aktivitas fisik yang ringan seperti senam bugar lansia, berjalan dan lain-lain. Aktivitas fisik dapat memberikan pengaruh yang baik bagi kesehatan tubuh pada lansia salah satunya adalah melatih kemampuan otot sendi pada lansia agar tidak terjadi kekakuan sendi (Martono, 2009).

Senam lansia adalah serangkaian gerak nada yang teratur dan terarah serta terencana yang diikuti oleh orang lanjut usia yang dilakukan dengan maksud meningkatkan kemampuan fungsional raga untuk mencapai tujuan tersebut. Selain kegiatan senam lansia, latihan nafas dalam juga dapat dilakukan untuk menjaga kesehatan lansia. Tujuan utama pengaturan pernafasan adalah untuk menyuplai kebutuhan oksigen yang cukup untuk memenuhi kebutuhan tubuh, misalnya saat latihan fisik, infeksi, atau masa kehamilan. Pengaturan pernafasan meningkatkan pengeluaran karbon dioksida, hasil proses metabolisme tubuh. Pernafasan yang pelan, dalam, dan teratur dapat meningkatkan aktivitas parasimpatis. Peningkatan aktivitas parasimpatis dapat menurunkan curah jantung dan resistensi perifer total, yang nantinya juga bisa menurunkan tekanan darah (Potter & Perry, 2005).

Senam bugar lansia adalah senam yang dilakukan oleh seorang lansia yang melibatkan semua otot dan persendian (Suarti, 2009). Senam bugar lansia merupakan senam aerobik intensitas rendah yang dilaksanakan untuk meningkatkan kebugaran jasmani jantung, paru dan mendorong jantung bekerja secara optimal (Pudjiastuti & Utomo, 2003). Senam bugar lansia adalah olahraga ringan yang mudah dilakukan dan tidak memberatkan yang dapat diterapkan pada lansia. Melakukan senam bugar lansia sangat bermanfaat untuk menghambat proses degenerative atau proses penuaan (Widianti & Proverawati, 2010). Jadi dapat disimpulkan senam bugar lansia adalah latihan fisik ringan untuk meningkatkan daya tahan kardiorepirasi, kebugaran jantung dan paru, sirkulasi peredaran darah lancar dan mudah dilakukan oleh lansia

## **2. Tujuan Senam Bugar Lansia**

Tujuan senam bugar lansia diantaranya yaitu menjaga kesehatan jantung dan pembuluh darah, meningkatkan stamina tubuh, menjaga tubuh agar selalu dalam keadaan sehat dan aktif, melemaskan otot dan persendian, memberikan lansia peluang untuk bersosialisasi dengan rekan sebaya

sehingga mengurangi kejenuhan dan kesepian, meningkatkan kebugaran jasmani dan rohani (Suarti, 2009)

### **3. Manfaat Senam Bugar Lansia.**

Berdasarkan hasil berbagai penelitian epidemiologi terbukti bahwa ada keterkaitan antara gaya hidup kurang aktif dengan hipertensi. Meningkatkan aktivitas fisik seperti senam bugar lansia merupakan intervensi dalam upaya pencegahan dan pengobatan hipertensi pada lansia. Melakukan senam bugar lansia secara teratur dapat menurunkan tekanan darah, mengurangi risiko terhadap stroke, serangan jantung, gagal ginjal, dan gagal jantung dan meningkatkan semangat hidup (Dalimartha, Purnama, Sutarina, Mahendra, & Darmawan, 2008). Senam bugar lansia bermanfaat untuk menghambat proses degeneratif atau proses penuaan, meningkatkan fungsi organ tubuh, menurunkan kerja otot jantung dan keperluan oksigen sehingga kerja jantung optimal, dapat berpengaruh dalam peningkatan imunitas dalam tubuh, membantu tubuh tetap bugar, melatih otot dan persendian, dan membantu menghilangkan radikal bebas didalam tubuh (Widianti & Proverawati, 2010).

### **4. Frekuensi senam bugar lansia**

Senam bugar lansia merupakan aktifitas olahraga ringan tersebut sangat bermanfaat untuk menghambat proses degeneratif/penuaan. Senam ini sangat dianjurkan untuk mereka yang memasuki usia pralansia (45 tahun) dan usia lansia (65 tahun ke atas). Orang melakukan senam secara teratur akan mendapatkan kesegaran jasmani yang baik yang terdiri dari kebugaran jantung dan paru, meningkatkan daya tahan kardiorespirasi, unsur kekuatan otot, kelentukan persendian (Widianti & Proverawati, 2010). Apabila orang melakukan senam, peredaran darah akan lancar dan meningkatkan jumlah volume darah. Senam bugar lansia dilakukan selama 30 menit dengan tahapan lima menit latihan pemanasan, 20 menit gerakan inti, dan lima menit gerakan pendinginan dengan frekuensi tiga sampai lima kali seminggu. Jika melakukan senam secara rutin dan terus menerus, maka

penurunan tekanan darah akan berlangsung lebih lama dan pembuluh darah akan lebih elastis. Mekanisme penurunan tekanan darah setelah senam adalah karena senam atau olahraga dapat merilekskan pembuluh-pembuluh darah. Sehingga dengan melebarnya pembuluh darah tekanan darah akan turun (Thristyaningsih, 2011).

## **5. Efektivitas senam bugar lansia**

Secara umum sudah diketahui bahwa olahraga atau latihan fisik salah satu cara untuk menjaga tubuh tetap sehat. Latihan fisik yang dianjurkan untuk lansia antara lain berjalan kaki, berlari, dan senam dengan intensitas rendah. Senam untuk lansia sangat dianjurkan karena dapat meningkatkan fungsi organ tubuh, mendorong jantung bekerja secara optimal. Senam bugar lansia merupakan senam dengan intensitas ringan yang dapat dilakukan oleh lansia. Menurut Thristyaningsih (2011). pelaksanaan senam bugar lansia diharapkan dilakukan secara teratur yang mencakup durasi selama 30 menit dengan frekuensi tiga sampai lima kali dalam seminggu. Tahapan senam bugar lansia terdiri dari lima menit latihan pemanasan, 20 menit gerakan inti, dan lima menit gerakan pendinginan. Senam bugar lansia dilakukan secara teratur minimal tiga minggu efektif dapat menurunkan tekanan darah. Dengan melakukan latihan fisik atau senam bugar lansia dalam waktu jangka panjang empat sampai enam bulan dapat menurunkan tekanan darah 5 sampai 7 mmHg (Dalimartha, Purnama, Sutarina, Mahendra, & Darmawan, 2008).

## **6. Teknik dan cara berlatih senam bugar lansia**

### **a. Pemanasan (warming up)**

Tujuan pemanasan untuk mengurangi cedera dan mempersiapkan sel-sel tubuh agar mampu meningkatkan metabolisme, memberi dorongan hasrat latihan agar bersemangat, melakukan pemanasan agar jaringan tubuh tidak kaku akibat lama tidak bergerak. Sifat gerakan pemanasan yang mudah dilakukan oleh lansia yang melibatkan sendi dan otot. Pemanasan harus memiliki komponen yang meliputi latihan aerobik intensitas rendah yang

bertahap seperti jalan atau gerakan senam yang berirama lambat dan latihan kelenturan (Pudjiastuti & Utomo, 2003). Langkah-langkah pemanasan yang dilakukan yaitu gerakan yang melibatkan otot dan sendi, pemanasan dilakukan selama 8-10 menit (Suarti, 2009).

b. Gerakan inti

Menurut Santoso dan Ismail (2009) gerakan inti yang dilatih antara lain:

- 1) Daya tahan (endurance) pada lansia, latihan daya tahan pada senam bugar lansia bermanfaat dapat memperbaiki fungsi organ tubuh misalnya pada sistem jantung, pembuluh darah, dan pernapasan
- 2) Kekuatan, pada lansia yang kurang aktif biasanya berjalan kurang stabil karena menurunnya kekuatan otot. Peranan latihan senam bugar lansia untuk menguatkan tulang agar tidak terjadi pengeroposan tulang.
- 3) Kelenturan, melemahnya kekuatan otot pada lansia menyebabkan gerak berjalan pada lansia lambat. Senam bugar lansia sangat penting untuk olahraga pada lansia.

c. Pendinginan Dilakukan dengan gerakan umum yang ringan sampai suhu tubuh kembali normal, dilakukan selama 8-10 menit (Suarti, 2009).

## 7. Langkah-langkah senam bugar lansia

Menurut Suarti (2009) langkah langkah senam bugar lansia diantaranya sebagai berikut:

a. Gerakan leher



Gambar 2. 1 Gerakan leher

- 1) Berdiri tegak dengan kepala lurus dan pandangan lurus ke depan
- 2) Tundukkan kepala secara pelan, kemudia kembali ke posisi semula
- 3) Miringkan leher secara pelan ke kiri, tengah, dan ke kanan
- 4) Menoleh secara pelan ke kiri, ke depan, dan kekanan

b. Gerakan bahu dan lengan



Gambar 2. 2 Gerakan bahu dan lengan

- 1) Putarlah pangkal lengan kebelakang kemudian kedepan
- 2) Luruskan tangan di depan dada, gerakkan ke dalam dan ke samping kemudian kembali ke posisi semula
- 3) Posisi lengan ditekuk sejajar dengan bahu, gerakkan ke depan dada, tarik ke belakang. Lakukan bergantian dengan tangan kiri di atas dan tangan kanan di bawah

c. Gerakan kaki



Gambar 2. 3 Gerakan kaki

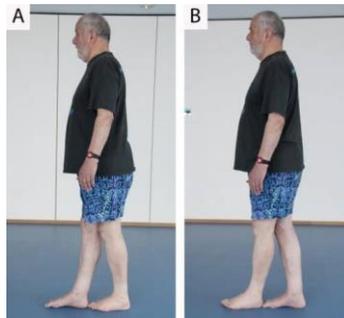
- 1) Jalan di tempat dengan kaki diangkat ke depan.
- 2) Langkah silang kaki ke kanan dan ke kiri diikuti dengan ayunan tangan.

- 3) Angkat paha dan kaki ke depan dengan gerakan tangan ke atas.
- 4) Gerakkan kaki kanan menyilang di depan, sentuh ujung kaki kanan dengan tangan tangan kiri dan lakukan sebaliknya.
- 5) Gerakkan menjinjit dengan jari kaki
- 6) Gerakkan telapak kaki ke atas dengan tumpuan tumit, kemudian lakukan kembali dengan ujung jari kaki
- 7) Gerakan menekuk ujung jari kaki kemudia tarik ujung jari k atas.  
Semua gerakan dilakukan delapan kali hitungan.

## 8. Gerakan Senam Bugar Lansia

### a. Berjalan dengan jari kaki menyentuh tumit

Gerakan senam yang satu ini bermanfaat untuk melatih keseimbangan tubuh. Langkah-langkah melakukan gerakan senam lansia yang satu ini adalah sebagai berikut:

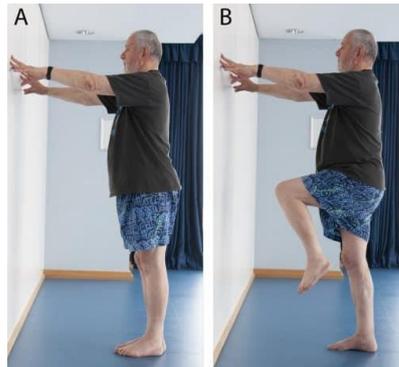


Gambar 2. 4 Berjalan dengan jari menyentuh tumit

- Posisikan tubuh dalam keadaan berdiri tegak
- Langkahkan kaki kanan ke depan, dan dempetkan tumit ke jari kaki sebelah kiri
- Ulangi cara yang sama, namun kali ini dengan kaki yang satunya lagi
- Usahakan agar tubuh tetap tegak
- Pastikan lansia mencapai setidaknya 5 langkah

b. Berdiri menggunakan satu kaki

Gerakan yang satu ini juga merupakan bentuk latihan keseimbangan lansia. Tidak hanya itu, manfaat senam lansia yang ini dapat melatih kekuatan otot-otot kaki. Begini cara melakukannya:

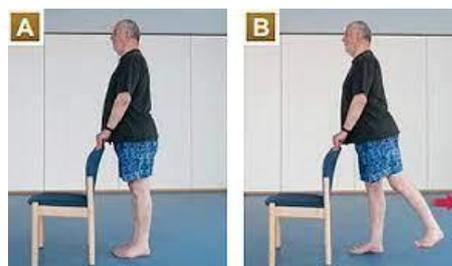


Gambar 2. 5 Berdiri menggunakan satu kaki

- Berdiri dengan posisi tubuh menghadap tembok
- Rentangkan tangan ke depan hingga telapak tangan menyentuh tembok
- Angkat kaki kanan secara perlahan hingga setinggi pinggul
- Tahan selama 5-10 detik, kemudian turunkan kaki secara perlahan
- Ulangi gerakan yang sama pada kaki kiri
- Lakukan sebanyak 3 kali untuk masing-masing kaki

c. Mengangkat kaki ke belakang

Gerakan senam lansia selanjutnya adalah mengangkat kaki ke belakang. Selain melatih keseimbangan tubuh, manfaat senam lansia yang satu ini juga untuk melatih kekuatan otot bokong dan punggung bawah.



Gambar 2. 6 Berdiri menggunakan satu kaki

Cara melakukannya adalah sebagai berikut:

- Berdiri tegak di belakang bangku
- Pegang sandaran bangku dengan kedua tangan
- Angkat kaki kanan secara perlahan, dan luruskan ke belakang
- Tahan sekitar 5-10 detik
- Jaga agar kaki kanan tetap dalam keadaan berdiri lurus
- Condongkan badan ke depan
- Kembalikan kaki kiri ke posisi semula, dan lakukan gerakan yang sama untuk kaki kanan
- Ulangi sebanyak 15 kali untuk masing-masing kaki

#### d. Berjalan Menyamping

Gerakan senam ini berguna untuk melatih kekuatan otot-otot kaki. Cara melakukannya sangat mudah, yakni sebagai berikut:



Gambar 2. 7 Berjalan menyamping

- Berdiri dengan posisi tegak, lalu rapatkan kedua kaki
- Langkahkan kaki ke arah samping secara perlahan. Setelah itu, kaki satunya mengikuti hingga kedua kaki kembali merapat
- Pastikan pinggul tetap dalam posisi yang sama, tidak menurun
- Lakukan sebanyak 10 langkah

#### e. Berjalan sambil jinjit

Senam lansia yang satu ini sangat mudah dilakukan, tetapi manfaatnya cukup efektif dalam melatih keseimbangan tubuh. Selain itu, manfaat senam lansia ini juga untuk menjaga kekuatan otot-otot kaki.



Gambar 2. 8 Berjalan sambil jinjit

Berikut langkah-langkah melakukan gerakannya:

- Berdiri tegak di belakang kursi, kemudian pegang sandaran kursi dengan kedua tangan
- Angkat kedua tumit kaki secara perlahan hingga berada dalam posisi berjinjit
- Tahan selama 5-10 detik, kemudian kembali ke posisi semula
- Ulangi gerakan sebanyak 10-20 kali

#### f. Memutar pergelangan kaki

Gerakan yang terlihat sederhana ini dapat membantu memperkuat otot betis dan membantu cara berjalan lansia agar lebih stabil. Langkah-langkahnya meliputi:



Gambar 2. 9 Memutar pergelangan kaki

- Duduk di kursi, angkat kaki kanan dan perlahan putar pergelangan kaki 5 kali ke kanan dan kemudian 5 kali ke kiri.
- Beralih untuk kaki yang berlawanan

## **9. Pengaruh Senam Bugar Lansia**

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Herawati dan Wahyuni (2004) bahwa senam lansia berpengaruh signifikan terhadap keseimbangan lansia ( $p=0,014$ ), dimana keseimbangan merupakan salah satu komponen kebugaran jasmani. Demikian pula dengan penelitian yang dilakukan oleh Astary D (2012) menunjukkan hasil bahwa pemberian senam lansia berpengaruh secara signifikan terhadap tekanan darah sistolik pada lansia dengan hipertensi yaitu nilai  $p (0,000) < 0,05$  dan tekanan darah diastolik pada lansia dengan hipertensi yaitu  $p (0,000) < 0,05$ . Afifka D (2012) menemukan bahwa pemberian intervensi senam lansia pada lansia dengan nyeri lutut efektif untuk mengatasi nyeri lutut pada lansia. Hasil penelitian sesudah dilakukan terapi senam lansia menunjukkan bahwa sebesar 86,7% lansia memiliki skala nyeri 0 atau tidak nyeri dan 13,33% lansia mempunyai skala nyeri 1 atau skala nyeri ringan.

**BAB III**  
**TINJAUAN KASUS**

**ASUHAN KEPERAWATAN 1**

**A. PENGKAJIAN**

1. Identitas

- a. Nama : Ny.R
- b. Tempat/tanggal Lahir : Banyumas, 25-September 1955
- c. Jenis Kelamin : Perempuan
- d. Status Perkawinan : Menikah (Cerai Agama)
- e. Agama : Islam
- f. Suku : Betawi
- g. Tanggal Pengkajian : 13 Februari 2023

2. Riwayat pekerjaan dan status ekonomi

a. Perkerjaan saat ini :

Klien mengatakan saat ini tidak melakukan pekerjaan apapun di PSTW hanya mengikuti kegiatan rutin yang ada di PSTW (pengajian, keterampilan, dll)

b. Pekerjaan sebelumnya :

Klien mengatakan dulu bekerja menjadi asisten rumah tangga di jakarta

c. Sumber pendapatan :

Klien mengatakan sumber pendapatan atau keuangan selama di PSTW dari sumbangan orang orang terdekatnya.

d. Kecukupan pendapatan :

Klien mengatakan merasa cukup keuanganya selama di PSTW, karena kebutuhan sehari-hari sudah terpenuhi dengan fasilitas di PSTW.

3. Lingkungan dan tempat tinggal

Kebersihan dan kerapian kamar klien di Melati bersih, kamar klien terdiri dari 7 orang, kamar memiliki pencahayaan yang cukup bagus, dan memiliki saluran udara yang bagus, kamar mandi kamar klien sangat bersih, lingkungan yang selalu dibersihkan setiap harinya oleh petugas. Ruang melati memiliki suasana yang cukup tenang dan tidak berisik sehingga membuat klien nyaman. Terdapat tempat pembuangan sampah di depan ruang melati sehingga tidak terlihat sampah berserakan.

#### 4. Riwayat Kesehatan

##### a. Status Kesehatan saat ini

Keluhan utama klien mengatakan sering mengeluh sakit pada sendi lutut terutama saat hendak melakukan aktivitas dan saat jongkok, klien merasakan kaki sulit digerakan saat bangun tidur, klien merasakan kesulitan saat melangkahkkan kaki karena merasakan kekakuan pada bagian lututnya , sakit yang dirasakan hilang timbul kurang lebih sudah dirasakan selama 2 sampai 3 tahun, sakit dirasakan pada bagian lutut kaki, klien merasakan nyeri yang dirasakan saat ini semakin bertambah seperti ditusuk tusuk jarum. Hal ini disebabkan karena pekerjaan klien dulu sangat berat sering mengangkat beban berat pada saat beraktivitas. Keluhan yang dirasakan klien mengakibatkan klien merasa takut saat beraktivitas terjatuh karena selain merasakan kekakuan dan nyeri klien mengatakan harus di bantu dengan tongkat saat berjalan..

##### b. Riwayat Kesehatan Masa lalau

Klien mengatakan tidak memiliki penyakit lainnya, klien juga tidak mengatakan pada saat itu tidak mengetahui bahwa dirinya hipertensi.

#### 5. Pemeriksaan fisik

##### a. Keadaan umum

Keadaan umum klien composmentis

b. TTV

Tekanan darah klien 155/80 mmHg, Suhu klien 36,50 C, Nadi klien 70x/menit, dan Respirasi klien 18x/menit

c. BB/TB

60/165

d. Kepala

Bentuk kepala klien simetris kepala maupun leher, tidak terapat pembesaran KGB, penyebaran rambut cukup merata tampak banyak uban . Telinga klien simetris kiri dan kanan, bersih, eritema negatif dan fungsi pendengaran dalam batas normal. Bentuk mulut dan tenggorokan simetris, mukosa lembab, kesulitan menelan negatif dan tidak terdapat peradangan dalam tenggorokan.

e. Payudara

Letak payudara klien simetris kiri dan kanan, tidak terdapat benjolan dan tidak ada keluhan.

f. Sistem pernafasan

- 1) Inspeksi : dada kanan kiri terlihat simetris, tidak ada retraksi otot bantu pernafasan. Tidak ada pembengkakan vena jugularis. Tampak teratur dan tidak kesulitan bernafas
- 2) Perkusi : Suara paru kanan kiri sama sonor.
- 3) Auskultasi : Vesikuler, wheezing (-), ronkhi (-)

g. Sistem Kardiovaskuler

- 1) Inspeksi : Pergerakan dada simetris.
- 2) Perkusi : Terdapat suara pekak.
- 3) Auskultasi : Irama jantung reguler, BJ I dan BJ II terdengar

h. Sistem gastrointestinal

Nyeri tekan negatif peristaltik sehingga daya absorpsi juga ikut menurun positif, anoreksia negatif dan tidak mengalami pengecilan lambung.

i. Sistem perkemihan

Nyeri tekan pada kandung kemih negatif, BAB2x/hari, BAK 6-7/hari

j. Sistem genitoreproduksi

Klien berjenis kelamin perempuan. Klien sudah berhenti menstruasi (menopause).

k. Sistem muskuloskeletal

Terdapat nyeri otot seperti tertusuk tusuk jarum, skala nyeri 5, refleks sendi agak kaku terutama bagian kaki kiri dan bahu kanan, kekuatan otot 4 (dari rentang 1-5)

l. Sistem endokrin

Produksi hormon menurun, tidak terjadi gangguan kesuburan atau infertilitas dan kelenjar adrenal.

6. Pengkajian psikososial dan spiritual

a. Psikososial

Sosialisasi klien baik, Klien mampu berkomunikasi dengan baik kepada teman dan pekerja sosial di lingkungan PSTW. Klien berharap orang lain dapat bersikap baik juga, klien berharap agar sehat selalu, klien memiliki sikap yang sangat tenang

b. Identifikasi Masalah Emosional

PERTANYAAN TAHAP 1

1. Apakah klien mengalami sukar tidur? YA

2. Apakah klien sering merasa gelisah? TIDAK

3. Apakah klien sering murung atau menangis sendiri? TIDAK

4. Apakah klien sering merasa was-was atau kuatir? TIDAK

#### PERTANYAAN TAHAP 2

Lanjutkan ke pertanyaan Tahap 2 jika lebih dari atau sama dengan

1 jawaban “YA”

6. Keluhan lebih dari 3 bulan atau lebih dari 1 kali dalam 1 bulan? YA

7. Ada masalah atau banyak pikiran? YA

8. Ada gangguan/masalah dengan keluarga lain? TIDAK

9. Menggunakan obat tidur/penenang atas anjuran dokter? TIDAK

10. Apakah cenderung mengurung diri? TIDAK

#### EMOSIONAL POSITIF (+)

##### c. Spiritual

Klien beragama islam, klien melaksanakan sholat 5 waktu. Dang mengikuti kegiatan pengajian rutin di setiap hari selasa. Klien mengtakan selalu bersyukur di setiap keadaan yang sudah di atur oleh Allah, klien juga mengatakan selalu berdoa untuk kesembuhan penyakit yang sedang dideritanya

##### 7. Pengkajian fungsional klien

No	Aktivitas	Mandiri	Tergntung
1	<b>Mandi Mandiri:</b> Bantuan hanya pada satu bagian mandi (seperti punggung atau ekstermitas yang tidak mampu) atau mandi sendiri sepenuhnya <b>Tergantung :</b> Bantuan mandi lebih dari satu bagian tubuh, bantuan masuk dan keluar dari bak mandi, serta tidak mandi sendiri	√	
2	<b>Berpakaian Mandiri :</b> Mengambil baju dari lemari, memakai pakaian, melepaskan pakaian, mengancingi/mengikat pakaian <b>Tergantung :</b> Tidak dapat memakai baju sendiri atau sebagian	√	
3.	<b>Ke kamar kecil Mandiri :</b> Masuk dan keluar dari kamar kecil kemudian membersihkan genitalia sendiri	√	

	<b>Tergantung :</b> Menerima bantuan untuk masuk ke kamar kecil dan menggunakan pispot		
4	<b>Berpindah Mandiri :</b> Berpindah ke dan dari tempat tidur untuk duduk, bangkit dari kursi sendiri <b>Bergantung :</b> Bantuan dalam naik atau turun dari tempat tidur atau kursi, tidak melakukan satu, atau lebih perpindahan	√	
5	<b>Kontinen Mandiri:</b> BAB dan BAK seluruhnya terkontrol sendiri <b>Bergantung:</b> Inkontinensia parsial atau total; penggunaan kateter, pispot, pembalut/pempers	√	
6	<b>Makan Mandiri:</b> Mengambil makanan dari piring dan menyuapinya sendiri <b>Bergantung :</b> Bantuan dalam hal mengambil makanan dari piring dan menyuapinya, tidak makan sama sekali, dan makan melalui parenteral (NGT)	√	

Tabel 3. 1 Pengkajian fungsional klien

**(A) Mandiri dalam makan, kontinensia (BAK dan BAB), menggunakan pakaian, pergi ke toilet, berpindah dan mandi.**

#### 8. Modifikasi dari Barthel Indeks

No	Kriteria	Dengan bantuan	Mandiri	Keterangan
1	Makan	5	10 √	Frekuensi : 3x/hari Jumlah : 1 piring setiap kali makan Jenis : nasi putih dan lauk
2	Minum	5	10 √	Frekuensi: sering Jumlah : 6-5 gelas/hari Jenis : air putih, teh tawar anget
3	Berpindah dari kursi roda ke tempat tidur dan sebaliknya	5-10	15 √	Klien tidak memakai kursi roda
4	Personal toilet (cuci muka, menyisir rambut, gosok gigi)	0	5 √	Frekuensi : 2x/hari
5	Keluar masuk toilet (membuka pakaian, menyeka tubuh,	5	10 √	Klien mampu keluar masuk toilet tanpa bantuan
6	Mandi	5	15 √	Frekuensi : 2x/hari
7	Jalan di permukaan datar	0	5	Klien berjalan sendiri menggunakan alat bantu tongkat

			√	
8	Naik turun tangga	5 √	10	Klien naik turun tangga harus di bantu
9	Mengenakan pakaian	5	10 √	Klien mengenakan pakaian secara mandiri
10	Kontrol bowl BAB	5	10 √	Frekuensi : lembek Konsistensi : kuning Kecoklatan
11	Kontrol bladder BAK	5	10 √	Frekuensi : jernih Warna : kuning
12	Olahraga/latihan	5	10 √	Frekuensi : setiap hari Jenis : Senam lansia
13	Rekreasi/pemanfaatan waktu luang	5	10 √	Ny.S menonton TV dan mengobrol bersama teman

Tabel 3. 2 Modifikasi dari Barthel Indeks

### Interpretasi:

Keterangan :

**a.130 : Mandiri**

**b.60-125 : Ketergantungan sebagian**

**c.55 : Ketergantungan total**

## 9. Pengkajian Status Mental Gerontik

### Short Portable Mental Status Questioner (SPSMQ)

BENAR	SALAH	NO	PERTANYAAN
√		01	Tanggal berapa hari ini?
√		02	Hari apa sekarang?
√		03	Apa nama tempat ini?
√		04	Dimana alamat anda?

√		05	Berapa umur anda?
√		06	Kapan anda lahir? (minimal tahun lahir)
√		07	Siapa Presiden Indonesia sekarang?
√		08	Siapa Presiden Indonesia sebelumnya?
√		09	Siapa nama Ibu Anda?
√		10	Kurangi 3 dari 20 dan tetap pengurangan 3 dari setiap angka baru, semua secara men

Tabel 3. 3 Short Portable Mental Status Questioner (SPSMQ)

*Interpretasi hasil* : Hasil pengkajian **Ny.M** di dapatkan skor dengan kategori fungsi intelektual utuh

- e. Salah 0-2 : fungsi intelektual utuh
- f. Salah 3-4 : kerusakan intelektual ringan
- g. Salah 5-7 : kerusakan intelektual sedang
- h. Salah  $\geq 8$  : kerusakan intelektual berat

#### 10. Identifikasi aspek kognitif dan fungsi mental dengan menggunakan MMSE (Mini Mental Status Exam)

##### MMSE (Mini Mental Status Exam)

No.	Aspek Kognitif	Nilai Maks	Nilai Klien	Kriteria
1	Orientasi	5	5	Menyebutkan dengan benar : <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Tahun √</li> <li>▫ Musim √</li> <li>▫ Tanggal √</li> <li>▫ Hari √</li> <li>▫ Bulan √</li> </ul>
	Orientasi	5	5	Dimana kita sekarang berada? <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Negara Indonesia √</li> <li>▫ Propinsi Jawa Barat √</li> <li>▫ Kota bekasi √</li> <li>▫ PSTL √</li> <li>▫ Wisma cempaka √</li> </ul>

2	Registrasi	3	3	<p>Sebutkan nama 3 obyek (oleh pemeriksa) 1 detik untuk mengatakan masing-masing obyek. Kemudian tanyakan kepada klien ketiga obyek tadi. (Untuk disebutkan)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Obyek pohon ✓</li> <li>▫ Obyek kursi ✓</li> <li>▫ Obyek pot ✓</li> </ul>
3	Perhatian dan kalkulasi	5	5	<p>Minta klien mengeja 5 kata dari belakang, misal "BAPAK"</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ K ✓</li> <li>▫ A ✓</li> <li>▫ P ✓</li> <li>▫ A ✓</li> <li>▫ B ✓</li> </ul>
4	Mengingat	3	3	<p>Minta klien untuk mengulangi ketiga obyek pada No.2 (registrasi) tadi. Bila benar, 1 poin untuk masing-masing obyek.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Pohon ✓</li> <li>▫ Kursi ✓</li> <li>▫ Pot ✓</li> </ul>
5	Bahasa	9	9	<p>Tunjukkan pada klien suatu benda dan tanyakan namanya pada klien.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ (pulpen) ✓</li> <li>▫ (kertas) ✓</li> <li>▫ (Pot) ✓</li> </ul> <p>Minta klien untuk mengulang kata berikut : "Tak ada jika, dan, atau, tetapi." Bila benar, nilai satu poin.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Pernyataan benar 2 buah (contoh : tak ada, tetapi) ✓</li> </ul> <p>Minta klien untuk mengikuti perintah berikut yang terdiri dari 3 langkah :</p>

			<p>Ambil kertas di tangan anda, lipat dua, dan taruh di lantai.”</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Ambil kertas di tangan anda ✓</li> <li>▫ Lipat dua ✓</li> <li>▫ Taruh di lantai ✓</li> </ul> <p>Perintahkan pada klien untuk hal Berikut (bila aktivitas sesuai perintah nilai 1 point)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ “Tutup mata Anda” ✓</li> </ul> <p>Perintahkan pada klien untuk menulis satu kalimat dan menyalin gambar.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Tulis satu kalimat ✓</li> <li>▫ Menyalin gambar ✓</li> </ul>
NILAI TOTAL	30	30	

Tabel 3. 4 MMSE (Mini Mental Status Exam)

Interpretasi hasil :

**26-30 : aspek kognitif dan fungsi mental baik**

21-25 : aspek kognitif dan fungsi mental ringan

11-20 : kerusakan aspek fungsi mental sedang

0-1 : terdapat kerusakan aspek fungsi mental berat

**Dari hasil pengkajian di dapatkan klien 30 point dengan aspek kognitif dan fungsi mental baik**

#### 11. Pengkajian Keseimbangan

Pengkajian keseimbangan dinilai dari dari dua komponen utama dalam bergerak, dari kedua komponen tersebut dibagi dalam beberapa gerakan yang perlu di observasi oleh perawat. Kedua komponen tersebut adalah :

##### a. Perubahan posisi atau gerakan keseimbangan

Beri nilai 0 jika klien tidak menunjukkan kondisi di bawah ini, dan 1 bila menunjukkan kondisi berikut ini.

10) Bangun dari tempat duduk (dimasukkan dalam analisis) dengan mata terbuka.

Tidak bangun dari tempat tidur dengan sekali gerakan, akan tetapi lansia mendorong tubuhnya ke atas dengan tangan atau bergerak ke bagian depan kursi terlebih dahulu, tidak stabil pada saat berdiri pertama kali (1)

11) Duduk ke kursi (dimasukkan ke dalam analisis) dengan mata terbuka Menjatuhkan diri ke kursi, tidak duduk di tengah kursi (1)

12) Bangun dari tempat duduk (dimasukkan ke dalam analisis) dengan mata tertutup

Tidak bangun dari tempat duduk dengan sekali gerakan, akan tetapi lansia mendorong tubuhnya ke atas dengan tangan atau bergerak ke bagian depan kursi terlebih dahulu, tidak stabil pada saat berdiri pertama kali (1)

13) Duduk ke kursi (dimasukkan ke dalam analisis) dengan mata tertutup. Menjatuhkan diri ke kursi, tidak duduk ke tengah kursi  
Keterangan : Kursi harus yang keras tanpa lengan (0)

14) Menahan dorongan pada sternum (Pemeriksa mendorong sternum sebanyak 3 kali dengan hati-hati) dengan mata terbuka Klien menggerakkan kaki, memegang objek untuk dukungan, kaki tidak menyentuh sisi- sisinya. (1)

15) Menahan dorongan pada sternum (pemeriksa mendorong sternum sebanyak 3 kali dengan hati-hati) dengan mata tertutup Klien menggerakkan kaki, memegang objek untuk dukungan, kaki tidak menyentuh sisi- sisinya. (0)

16) Perputaran leher (klien sambil berdiri)

Menggerakkan kaki, menggenggam objek untuk dukungan kaki, keluhan vertigo, pusing, atau keadaan tidak stabil (0)

17) Gerakan menggapai sesuatu

Tidak mampu untuk menggapai sesuatu dengan bahu fleksi sepenuhnya sementara berdiri pada ujung-ujung jari kaki, tidak stabil memegang sesuatu untuk dukungan (1)

18) Membungkuk

Tidak mampu membungkuk untuk mengambil objek-objek kecil (misalnya pulpen) dari lantai, memegang objek untuk bias berdiri lagi, dan memerlukan usaha-usaha yang keras untuk bangun (1)

b. Komponen gaya berjalan atau pergerakan

Beri nilai 0 jika klien tidak menunjukkan kondisi di bawah ini, atau beri nilai 1 jika klien menunjukkan salah satu dari kondisi di bawah ini :

- 1) Minta klien untuk berjalan ke tempat yang ditentukan Raguragu, tersandung, memegang objek untuk pegangan (1)
- 2) Ketinggian langkah kaki (mengangkat kaki saat melangkah) Kaki tidak naik dari lantai secara konsisten (menggeser atau menyeret kaki), mengangkat kaki terlalu tinggi ( $> 5$  cm) (1)
- 3) Kontinuitas langkah kaki (lebih baik di observasi dari samping klien) Setelah langkah-langkah awal menjadi tidak konsisten, memulai mengangkat satu kaki sementara kaki yang lain menyentuh lantai (1)
- 4) Kesimetrisan langkah (lebih baik di observasi dari samping klien) Langkah tidak simetris, terutama pada bagian yang sakit (1)
- 5) Penyimpangan jalur pada saat berjalan (lebih baik di observasi dari samping kiri klien) Tidak berjalan dalam garis lurus, bergelombang dari sisi ke sisi (1)
- 6) Berbalik
  - i. Berhenti sebelum mulai berbalik, jalan sempoyongan, bergoyang, memegang objek untuk dukungan. (1)
  - ii. Interpretasi hasil :

Ny.S mendapatkan 12 point dengan kategori resiko jatuh tinggi

## 12. The timed up and go (tug) Test

### The timed up and go (tug) Test

No	Langkah
1.	Posisi klien duduk di kursi
2.	Minta klien berdiri dari kursi, berjalan 10 langkah (3 meter), kembali ke kursi, ukur waktu dalam detik

Tabel 3. 5 The timed up and go (tug) Test

Interpretasi :

- ≤ 10 detik : Resiko jatuh rendah
- 11-19 detik : Resiko jatuh sedang
- 20-29 detik : Resiko jatuh tinggi
- ≥ 30 detik : **Gangguan mobilitas dan resiko jatuh tinggi**  
mengalami gangguan mobilitas dan resiko jatuh tinggi.

## 13. Penilaian potensi dekubitus (Skor NORTON)

Nama Penderita : Ny.R

Kondisi fisik umum :

- e. Baik 4√
- f. Lumyan 3
- g. Buruk 2
- h. Sangat buruk 1

Kesadaran :

- e. Komposmentis 4√
- f. Apatis 3
- g. Sopor 2
- h. Koma 1

Aktivitas :

- e. Ambulasi 4√
- f. Ambulasi dengan bantuan 3
- g. Hanya bisa duduk 2

- h. Tiduran 1
- Inkontinen
- e. Tidak 4√
- f. Kadang-kadang 3
- g. Sering inkontinensia urin 2
- h. Inkontinensia alvi dan urin 1

**Interpretasi:**

**Didapatkan skor 16 dengan kategori Ny.S mengalami kecil sekali/tak terjadi .**

14. APGAR Keluarga

APGAR Keluarga

No	Item Penilaian	Selalu (2)	Kadang-kadang (1)	Tidak pernah (0)
1	A : Adaptasi Saya puas bahwa saya dapat kembali pada keluarga karena mereka akan membantu saya pada waktu saya membutuhkan pertolongan		√	
2.	P : Partnership Saya puas dengan cara keluarga membicarakan sesuatu dengan saya dan mengungkapkan masalah saya		√	
3.	G : Growth Saya puas dengan keluarga menerima dan mendukung keinginan saya dalam melakukan aktifitas		√	

4	A : Afek Saya puas dengan cara keluarga merespon saat saya emosi, seperti marah, sedih ataupun jatuh cinta		√	
5	R : Resolve Saya puas dengan cara keluarga menyediakan waktu bersama-sama untuk menyelesaikan masalah	√		
Jumlah		4	3	

Tabel 3. 6 APGAR Keluarga

**Interpretasi :**

**Didapatkan skor 6 dengan kategori keluarga Ny.S mengalami disfungsi -keluarga tinggi.**

15. Geriatric Depression Scale (GDS)

Geriatric Depression Scale (GDS)

No	Pertanyaan	Ya	Tidak
1	Apakah anda sebenarnya puas dengan kehidupan anda	√	
2	Apakah anda telah meninggalkan banyak kegiatan dan minat/kesenangan anda	√	
3	Apakah anda merasa kehidupan anda kosong	√	
4	Apakah anda sering merasa bosan	√	
5	Apakah anda mempunyai semangat yang baik setiap Saat	√	
6	Apakah anda merasa takut sesuatu yang buruk akan		√
7	pakah anda merasa bahagia untuk sebagian besar hidup anda	√	
8	pakah anda sering merasa tidak berdaya		√
9	pakah anda sering dirumah dari pada pergi keluar dan mengerjakan sesuatu hal yang baru		√
10	Apakah anda mersa mempunyai		√

	banyak masalah dengan daya ingat anda dibandingkan kebanyakan orang		
11	Apakah anda pikir kehidupan anda saat ini menyenangkan	√	
12	Apakah anda merasa tidak berharga seperti perasaan anda saat ini		√
13	Apakah anda merasa penuh Semangat	√	
14	Apakah anda merasa bahwa keadaan anda tidak ada harapan		√
15	Apakah anda pikir bahwa orang lain, lebih baik keadaanya dari pada anda	√	

Tabel 3. 7 Geriatric Depression Scale (GDS)

### Interpretasi :

**Skor 0-5 = normal**

Skor  $\geq 6$  = depresi

## B. ANALISA DATA

No.	Analisis Data	Diagnosa Keperawatan
1.	<p>DS:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Klien mengatakan nyeri pada bagian lutut kaki saat melakukan aktivitas dan saat jongkok</li> <li>Klien mengatakan nyeri seperti tertusuk jarum</li> <li>Klien mengatakan skala nyeri 5 dari 1 sampai 10</li> </ol> <p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Klien nampak menunjuk bagian lututnya</li> <li>Refleks sandi kaki bagian kiri kaku</li> <li>Kekuatan otot 4</li> <li>PQRS  P: nyeri bertambah saat klien beraktivitas seperti jongkok  Q: nyeri tajam seperti tertusuk tusuk jarum  R: Nyeri dirasakan di bagian lutut  S: Skala nyeri 5 dari 1-10  T: Nyeri dirasakan kurang lebih 2 – 3 tahun yang lalu</li> </ol>	<p>Nyeri kronis b.d kondisi muskuloskeletal kronis d.d kondisi kronis</p>
2.	<p>DS:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Klien mengeluh lutut kaki sulit digerakan setelah bangun tidur</li> <li>Klien mengatakan sulit saat melangkahhkan kaki</li> <li>Klien mengeluh nyeri saat bergerak</li> </ol>	<p>Gangguan mobilitas fisik b.d kekakuan sendi d.d osteoarthritis</p>

	<p>4. Klien mengatakan kaku pada bagian lututnya</p> <p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien nampak memijat bagian lututnya</li> <li>2. Klien memberikan minyak urut di bagian lututnya</li> <li>3. Klien berusaha memberikan teknik relaksasi pada lututnya dengan cara menekuk lalu meluruskan kembali</li> </ol>	
3.	<p>DS:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. klien mengatakan takut terjatuh saat berjalan sehingga klien membatasi berjalan jauh</li> <li>2. Klien mengatakan saat berjalan harus menggunakan alat bantu</li> </ol> <p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien terlihat berhati hati saat berjalan</li> <li>2. Klien terlihat selalu berada di tempat tidurnya</li> <li>3. Klien terlihat kesulitan saat berjalan sehingga menggunakan tongkat atau alat bantu jalan</li> </ol>	<p>Risiko Jatuh b.d penggunaan alat bantu berjalan d.d penyakit kronis</p>

Tabel 3. 8 Analisis data

## B. PRIORITAS DIAGNOSIS KEPERAWATAN

No	Keluhan	Skor
1.	Nyeri kronis b.d kondisi muskuloskeletal kronis d.d kondisi kronis	
2	Gangguan mobilitas fisik b.d kekakuan sendi d.d osteoartritis	
3.	Risiko Jatuh b.d penggunaan alat bantu berjalan d.d penyakit kronis	

Tabel 3. 9 Prioritas Diagnosis Keperawatan

### C. RENCANA KEPERAWATAN

No	Kriteria Batasan Karakteristik	Diagnosa Keperawatan		SLKI		SIKI	
		Dx.Kep	Kode	Hasil	Kode	Intervensi	Kode
1.	<p>DS:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Klien mengatakan nyeri pada bagian lutut kaki saat melakukan aktivitas dan saat jongkok</li> <li>Klien mengatakan nyeri seperti tertusuk jarum</li> <li>Klien mengatakan sekala nyeri 5 dari 1 sampai 10</li> </ol> <p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Klien nampak menunjuk bagian lututnya</li> <li>PQRS : P:nyeri bertambah saat klien beraktivitas seperti jongkok</li> </ol>	Nyeri kronis b.d kondisi muskuloskeletal kronis d.d kondisi kronis	D.0077	<p>Setelah di lakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam Diharapkan nyeri berkurang dengan KH :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>keluhan nyeri menurun</li> <li>Ketegangan otot menurun</li> <li>Gelisah menurun</li> </ol>	L.08066	<p><b>Observasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</li> <li>Identifikasi kesediaan, kemampuan dan penggunaan teknik relaksasi</li> <li>Priksa ketegangan otot frekuensi nadi, tekanan darah, dan suhu sebelum dan sesudah latihan</li> <li>Monitor respon terhadap terapi relaksasi</li> </ol> <p><b>Terapeutik:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Berikan informasi tertulis tentang persiapan dan prosedur teknik relaksasi</li> <li>Gunakan pakaian longgar</li> </ol> <p><b>Edukasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Jelaskan tujuan, manfaat, batasan, dan jenis relaksasi yang digunakan</li> <li>Demonstrasikan dan latih teknik relaksasi</li> </ol>	I.09326

	<p>Q: nyeri tajam seperti tertusuk tusuk jarum</p> <p>R: Nyeri dirasakan di bagian lutut</p> <p>S: Skala nyeri 5 dari 1-10</p> <p>T: Nyeri dirasakan kurang lebih 2 – 3 tahun yang lalu</p>					
2.	<p>DS:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien mengeluh lutut kaki sulit digerakan setelah bangun tidur</li> <li>2. Klien mengatakan sulit saat melangkah kaki</li> <li>3. Klien mengeluh nyeri saat bergerak</li> <li>4. Klien mengatakan kaku pada bagian lututnya</li> </ol> <p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien nampak memijat bagian lututnya</li> <li>2. Klien memberikan minyak urut di bagian lututnya</li> <li>3. Klien berusaha memberikan teknik relaksasi pada lututnya dengan</li> </ol>	<p>Gangguan mobilitas fisik b.d kekakuan sendi d.d osteoarthritis</p>		<p>Setelah di lakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan Gangguan mobilitas berkurang dengan KH :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pergerakan ekstermitas meningkat</li> <li>2. kaku sendi menurun</li> <li>3. Gerakan terbatas menurun</li> </ol>	<p><b>Observasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</li> <li>2. Identifikasi keluhan fisik melakukan pergerakan</li> </ol> <p><b>Terapeutik.</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fasilitasi mobilisasi dengan menggunakan alat bantu</li> <li>2. Fasilitasi melakukan pergerakan</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi</li> <li>2. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan</li> </ol>	I.05173

	cara menekuk lalu meluruskan kembali					
3	<p>DS:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. klien mengatakan takut terjatuh saat berjalan sehingga klien membatasi berjalan jauh</li> <li>2. Klien mengatakan saat berjalan harus menggunakan alat bantu</li> </ol> <p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien terlihat berhati hati saat berjalan</li> <li>2. Klien terlihat selalu berada di tempat tidurnya</li> <li>3. Klien terlihat kesulitan saat berjalan sehingga menggunakan tongkat atau alat bantu jalan</li> </ol>	Risiko Jatuh b.d penggunaan alat bantu berjalan d.d penyakit kronis		<p>Setelah di lakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam</p> <p>Diharapkan risiko jatuh menurun:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jatuh saat berdiri menurun</li> <li>2. Jatuh saat berjalan menurun</li> <li>3. Jatuh saat di kamar mandi menurun</li> </ol>	<p><b>Observasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi faktor risiko jatuh</li> <li>2. Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh</li> </ol> <p><b>Terapeutik:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gunakan alat bantu berjalan</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin</li> <li>3. Anjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh</li> </ol>	

Tabel 3. 10 Rencana Keperawatan

## D. CATATAN PERKEMBANGAN DAN EVALUASI

Hari ke 1

Catatan Perkembangan Hari ke 1

No	Diagnosa Keperawatan	Tanggal/Jam	Implementasi	Evaluasi	Tanda tangan
1.	Nyeri kronis b.d kondisi muskuloskeletal kronis		<ul style="list-style-type: none"> <li>Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</li> <li>mengidentifikasi kesediaan, kemampuan dan penggunaan teknik relaksasi</li> <li>memeriksa frekuensi nadi, tekanan darah, dan suhu sebelum dan sesudah latihan</li> <li>memonitor respon terhadap terapi relaksasi</li> <li>memberikan informasi tertulis tentang persiapan dan prosedur teknik relaksasi</li> <li>menggunakan pakaian longgar</li> <li>menjelaskan tujuan, manfaat, batasan, dan jenis relaksasi yang digunakan</li> <li>mendemonstrasikan dan latih teknik relaksasi nafas dalam</li> </ul>	<p>S.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>PQRS P : nyeri bertambah saat klien beraktivitas seperti jongkok Q : nyeri tajam seperti tertusuk tusuk jarum R : Nyeri dirasakan di bagian lutut S : Skala nyeri 5 dari 1-10 T : Nyeri dirasakan kurang lebih 2 – 3 tahun yang lalu</li> <li>Klien mengatakan bersedia melakukan teknik yang akan di ajarkan</li> <li>Klien mengatakan senang dan merasa nyaman saat melakukan terapi yang diberikan ( Relaksasi nafas dalam )</li> <li>Klien mengatakan akan membaca informasi yang diberikan tentang relaksasi nafas dalam yang akan diberikan</li> <li>Klien mengatakan nyaman mnggunakan pakaian yang longgar</li> <li>Klien mengatakan belum terlalu memahami apa yang dijelaskan tentang relaksasi nafas dalam</li> <li>Klien mengatakan akank berusaha mengikuti Teknik relaksasi nafas dalam yang akan diberikan</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>PQRS P : nyeri bertambah saat klien beraktivitas seperti jongkok Q : nyeri tajam seperti tertusuk tusuk jarum R : Nyeri dirasakan di bagian lutut S : Skala nyeri 5 dari 1-10</li> </ul>	

				<p>T : Nyeri dirasakan kurang lebih 2 – 3 tahun yang lalu</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien bersedia melakukan teknik yang akan di ajarkan</li> <li>• TTV TD: 150/90 mmhg, S: 36,5 N: 82/menit</li> <li>• Klien terlihat senang saat melakukan teknik yang di ajarkan</li> <li>• Klien terlihat sedang mempelajari informasi yang diberikan tentang teknik relaksasi nafas dalam</li> <li>• Klien terlihat nyaman dan relaks saat mengenakan pakaian yang longgar</li> <li>• Klien terlihat kebingungan saat melakukan dan dijelaskan tujuan relaksasi nafas dalam</li> <li>• Klien Nampak kooperatif dan terlihat antusias saat di ajarkan tehnik relaksasi nafas dalam</li> </ul> <p>A. Masalah belum teratasi P. intervensi dilanjutkan</p>	
2.	Gangguan mobilitas fisik b.d kekakuan sendi d.d osteoartritis		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</li> <li>• Mengidentifikasi keluhan fisik melakukan pergerakan</li> <li>• Memfasilitasi mobilisasi dengan menggunakan alat bantu tongkat</li> <li>• Memfasilitasi melakukan pergerakan (senam bugar lansia)</li> <li>• Menjelaskan tujuan dan prosedur senam bugar lansia</li> <li>• Mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan ( bangun dari tempat tidur lalu berpindah ke tempat duduk)</li> </ul>	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan tidak ada nyeri di tempat lain selain di bagian lutut kaki, dan merasakan kekakuan pada lututnya saat berjalan</li> <li>• Klien mengatakan kesulitan dalam berjalan atau menggerakkan kaki saat melakukan aktivitas terasa kaku</li> <li>• Klien mengatakan nyaman menggunakan tongkat saat berjalan atau melakukan aktivitas lainnya</li> <li>• Klien mengatakan bersedia untuk melakukan senam bugar lansia yang akan diajarkan, klien menambahkan kebingungan saat melakukan senam yang di ajarkan</li> <li>• Klien mengatakan belum memahami tujuan dan prosedur senam bugar lansia yang akan dilakukan</li> </ul>	

				<ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan akan melakukan mobilisasi yang sudah diajarkan ( bangun dari tempat tidur lalu berpindah ke tempat duduk)</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien tampak selalu menunjukkan bagian lutut saja saat ditanyakan tentang keluhan yang dirasakan</li> <li>• Klien terlihat kesulitan saat berjalan saat diminta berjalan</li> <li>• Klien terlihat sangat terbantu dengan penggunaan tongkat sebagai alat bantu jalan dalam beraktivitas</li> <li>• Klien tampak kooperatif dalam melakukan senam bugar lansia, klien masih terlihat kesulitan saat mengikuti senam bugar lansia yang diajarkan.</li> <li>• Klien terlihat tidak memahami tujuan dan prosedur senam yang diajarkan saat ditanya kembali</li> <li>• Klien terlihat kooperatif saat diajarkan mobilisasi sederhana yang diajarkan</li> </ul> <p>A. Masalah belum teratasi P. Intervensi dilanjutkan</p>	
3.	Risiko Jatuh b.d penggunaan alat bantu berjalan d.d penyakit kronis		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mengidentifikasi faktor risiko jatuh</li> <li>• Mengidentifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh</li> <li>• Menggunakan alat bantu berjalan</li> <li>• menganjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin</li> <li>• Menganjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh</li> </ul>	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan kesulitan saat berjalan harus menggunakan alat bantu, terdapat tangga di depan pintu keluar, lantai licin sehabis hujan</li> <li>• Terdapat tangga di depan pintu keluar, lantai terkadang licin, lantai di halaman sedikit tidak rata.</li> <li>• Klien mengatakan sudah menggunakan alat bantu berjalan</li> <li>• Klien mengatakan tidak mempunyai alas kaki yang tidak licin</li> <li>• Klien merasa kurang konsentrasi saat sedang merasa kelelahan atau kurang tidur</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien terlihat kesusahan saat berjalan, menuruni tangga, dan berjalan di permukaan yang sedikit licin.</li> <li>• Terdapat tangga di depan pintu keluar, lantai terkadang licin, lantai di halaman sedikit tidak rata.</li> </ul>	

				<ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien terlihat sudah menggunakan alat bantu berjalan</li> <li>• Klien tidak mempunyai alas kaki yang tidak licin</li> <li>• Klien terlihat masih merasa kurang konsentrasi saat sedang merasa kelelahan atau kurang tidur</li> </ul> <p>A Masalah belum teratasi P Intervensi dilanjutkan</p>	
--	--	--	--	--	--

Tabel 3. 11 Catatan Perkembangan dan Evaluasi Hari Ke 1

Hari ke 2

No	Diagnosa Keperawatan	Tanggal/ Jam	Implementasi	Evaluasi	Tanda tangan
1.	Nyeri kronis b.d kondisi muskuloskeletal kronis		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</li> <li>• mengidentifikasi kesediaan, kemampuan dan penggunaan teknik relaksasi nafas dalam yang akan di ajarkan</li> <li>• memeriksa frekuensi nadi, tekanan darah, dan suhu sebelum dan sesudah latihan</li> <li>• memonitor respon terhadap terapi relaksasi</li> <li>• memberikan informasi tertulis tentang persiapan dan prosedur teknik relaksasi</li> <li>• menggunakan pakaian longgar</li> <li>• menjelaskan tujuan, manfaat, batasan, dan jenis relaksasi yang digunakan</li> <li>• mendemonstrasikan dan latih teknik relaksasi nafas dalam</li> </ul>	<p>S.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• PQRS P : nyeri bertambah saat klien beraktivitas seperti jongkok Q : nyeri tajam seperti tertusuk tusuk jarum R : Nyeri dirasakan di bagian lutut S : Skala nyeri 4 dari 1-10 T : Nyeri dirasakan kurang lebih 2 – 3 tahun yang lalu</li> <li>• Klien mengatakan bersedia melakukan teknik yang akan di ajarkan, klien mengatakan masih merasa kesulitan saat melakukan tehnik nafas dalam yang di ajarkan</li> <li>• Klien mengatakan senang dan merasa nyaman saat melakukan terapi yang diberikan, ( Relaksasi nafas dalam )</li> <li>• Klien mengatakan mulai memahami prosedur dan persiapan yang harus dilakukan saat melakukan tehnik relaksasi nafas dalam yang diberikan</li> <li>• Klien mengatakan nyaman mnggunakan pakaian yang longgar</li> </ul>	

				<ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan sudah mulai memahami apa yang dijelaskan tentang relaksasi nafas dalam setelah dijelaskan kembali.</li> <li>• Klien mengatakan sudah berusaha mengikuti teknik relaksasi nafas dalam masih merasa kesulitan saat mengikuti contoh yang sudah diberikan</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• PQRS  P : nyeri bertambah saat klien beraktivitas seperti jongkok  Q : nyeri tajam seperti tertusuk tusuk jarum  R : Nyeri dirasakan di bagian lutut  S : Skala nyeri 4 dari 1-10  T : Nyeri dirasakan kurang lebih 2 – 3 tahun yang lalu</li> <li>• Klien masih bersedia kembali melakukan teknik yang akan di ajarkan, terlihat kesulitan saat melakukan tehnik relaksasi nafas dalam</li> <li>• TTV  TD: 153/90 mmhg,  S: 36  N: 85/menit</li> <li>• Klien terlihat nyaman saat melakukan tehnik relasasi nafas dalam</li> <li>• Klien terlihat sedang mempelajari informasi yang diberikan tentang teknik relaksasi nafas dalam dan mulai memahami</li> <li>• Klien terlihat nyaman dan relaks saat mengenakan pakaian yang longgar</li> <li>• Klien terlihaat sedikit lebih memahamin tujuan dan manfaat relaksai nafas dalam</li> <li>• Klien nampak kooperatif dan terlihat antusias dan terlihat kesulitan melakukan tehnik relaksasi nafas dalam yang sudah di ajarkan</li> </ul> <p>B. Masalah belum teratasi  P. intervensi dilanjutkan</p>	
--	--	--	--	---	--

2.	Gangguan mobilitas fisik b.d kekakuan sendi d.d osteoarthritis		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</li> <li>• Mengidentifikasi keluhan fisik melakukan pergerakan</li> <li>• Memfasilitasi mobilisasi dengan menggunakan alat bantu tongkat</li> <li>• Memfasilitasi melakukan pergerakan (senam bugar lansia)</li> <li>• Menjelaskan tujuan dan prosedur senam bugar lansia</li> <li>• Mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan ( bangun dari tempat tidur lalu berpindah ke tempat duduk)</li> </ul>	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan masih merasakan nyeri pada bagian lutut kaki, dan merasakan kekakuan pada lututnya saat berjalan, klien menyampaikan tidak ada keluhan fisik lainnya yang dirasakan</li> <li>• Klien mengatakan mengalami kesulitan dalam berjalan atau menggerakkan kaki saat melakukan aktivitas terasa kaku</li> <li>• Klien mengatakan merasa nyaman saat menggunakan tongkat ketika berjalan atau melakukan aktivitas lainnya</li> <li>• Klien mengatakan masih kesulitan saat mengikuti senam bugar lansia yang di ajarkan</li> <li>• Klien mengatakan sudah mulai mengerti tujuan dan prosedur senam bugar lansia yang dilakukan</li> <li>• Klien mengatakan sudah mencoba melakukan mobilisasi yang sudah diajarkan ( bangun dari tempat tidur lalu berpindah ke tempat duduk)</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien tampak selalu menunjukkan bagian lutut saja saat ditanyakan tentang keluhan yang dirasakan, klien tidak menunjukan keluhan fisik lainnya</li> <li>• Klien masih terlihat kesulitan saat berjalan ketika diminta berjalan</li> <li>• Klien terlihat sangat terbantu dengan penggunaan tongkat sebagai alat bantu jalan dalam beraktivitas</li> <li>• Klien tampak kooperatif dalam melakukan senam bugar lansia, klien masih terlihat kesulitan saat mengikuti senam bugar lansia yang diajarkan. Klien terlihat mampu mengikuti sedikit demi sedikit</li> <li>• Klien terlihat sudah mulai mengerti tujuan dan prosedur senam yang diajarkan saat ditanya kembali</li> <li>• Klien terlihat kooperatif saat saat diajarkan mobilisasi sederhana yang di ajarkan dan terlihat sudah melakukannya</li> </ul> <p>A. Masalah belum teratasi</p>	
----	--	--	--	--	--

				P. Intervensi dilanjutkan	
3.	Risiko Jatuh b.d penggunaan alat bantu berjalan d.d penyakit kronis		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mengidentifikasi faktor risiko jatuh</li> <li>• Mengidentifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh</li> <li>• Menggunakan alat bantu berjalan</li> <li>• menganjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin</li> <li>• Menganjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh</li> </ul>	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakn kesulitan saat berjalan harus menggunakan alat bantu, terdapat tangga di depan pintu keluar, lantai licin sehabis hujan</li> <li>• Terdapat tangga di depan pintu keluar, lantai terkadang licin, lantai di halaman lingkungan panti sedikit tidak rata.</li> <li>• Klien mengatakan berjalan menggunakan alat bantu berjalan seperti tongkat</li> <li>• Klien mengatakan sudah mengganti alas kaki yang tidak licin</li> <li>• Klien merasa kurang konsentrasi saat sedang merasa kelelahan atau kurang tidur, dan merasa banyak yang sedang dipikirkan</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien terlihat kesulitan saat berjalan klien harus menggunakan alat bantu saat berjalan, terdapat tangga di depan pintu keluar, lantai licin sehabis hujan</li> <li>• Lingkungan klien terdapat tangga di depan pintu keluar, lantai terkadang licin, lantai di halaman lingkungan panti sedikit tidak rata.</li> <li>• Klien terlihat menggunakan tongkat saat berjalan</li> <li>• Klien sudah mengganti alas kaki yang tidak licin</li> <li>• Klien terlihat kurang konsentrasi saat sedang merasa kelelahan atau kurang tidur, dan merasa banyak yang sedang dipikirkan</li> </ul> <p>A Masalah belum teratasi P Intervensi dilanjutkan</p>	

Tabel 3. 12 Catatan Perkembangan dan Evaluasi Hari ke 2

Hari ke 3

No	Diagnosa Keperawatan	Tanggal/ Jam	Implementasi	Evaluasi	Tanda tangan
1.	Nyeri kronis b.d kondisi muskuloskeletal kronis		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</li> <li>• mengidentifikasi kesediaan, kemampuan dan penggunaan teknik relaksasi nafas dalam yang akan di ajarkan</li> <li>• memeriksa frekuensi nadi, tekanan darah, dan suhu sebelum dan sesudah latihan</li> <li>• memonitor respon terhadap terapi relaksasi</li> <li>• memberikan informasi tertulis tentang persiapan dan prosedur teknik relaksasi</li> <li>• menggunakan pakaian longgar</li> <li>• menjelaskan tujuan, manfaat, batasan, dan jenis relaksasi yang digunakan</li> <li>• mendemonstrasikan dan latih teknik relaksasi nafas dalam</li> </ul>	<p>S.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• PQRS P : nyeri bertambah saat klien beraktivitas seperti jongkok Q : nyeri tajam seperti tertusuk tusuk jarum R : Nyeri dirasakan di bagian lutut S : Skala nyeri 3 dari 1-10 T : Nyeri dirasakan kurang lebih 2 – 3 tahun yang lalu</li> <li>• Klien mengatakan bersedia melakukan teknik yang akan di ajarkan, klien mengatakan sudah bisa melakukan tehnik relaksasi nafas dalam karena sudah berkali kali di ajarkan</li> <li>• Klien mengatakan senang dan merasa nyaman dan terbantu saat melakukan terapi yang diberikan, ( Relaksasi nafas dalam )</li> <li>• Klien mengatakan sudah mengerti prosedur dan persiapan yang harus dilakukan saat melakukan tehnik relaksasi nafas dalam yang diberikan</li> <li>• Klien mengatakan nyaman mnggunakan pakaian yang longgar</li> <li>• Klien mengatakan sudah mengerti apa yang dijelaskan tentang relaksasi nafas dalam setelah dijelaskan kembali.</li> <li>• Klien mengatakan sudah tidak merasa kesulitan melakukan tehnik relaksasi nafas dalam dan mampu untuk melakukannya sendiri</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• PQRS P : nyeri bertambah saat klien beraktivitas seperti jongkok Q : nyeri tajam seperti tertusuk tusuk jarum</li> </ul>	

				<p>R : Nyeri dirasakan di bagian lutut  S : Skala nyeri 3 dari 1-10  T : Nyeri dirasakan kurang lebih 2 – 3 tahun yang lalu</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien masih bersedia kembali melakukan teknik yang akan di ajarkan, klien terlihat sudah bisa melakukan tehnik relaksasi nafas dalam</li> <li>• TTV  TD: 152/91 mmhg,  S: 36  N: 82/menit</li> <li>• Klien terlihat nyaman saat dan terlihat terbantu untuk mengurangi nyeri yang muncul saat melakukan tehnik relasasi nafas dalam</li> <li>• Klien terlihat sudah mengerti tentang teknik relaksasi nafas dalam setelah dijelaskan berulang kali</li> <li>• Klien terlihat nyaman dan relaks saat mengenakan pakaian yang longgar</li> <li>• Klien terlihaat sudah mengerti tujuan dan manfaat relaksai nafas dalam, saat ditanya klien mampu menjawab</li> <li>• Klien nampak kooperatif dan terlihat antusias klien sudah mampu melakukan tehnik relaksasi nafas dalam sendiri</li> </ul> <p>C. Masalah teratasi sebagian  P. intervensi dilanjutkan (dengan bantuan perawat yang bertugas di wisma Melati PSTW)</p>	
2.	Gangguan mobilitas fisik b.d kekakuan sendi d.d osteoartritis		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</li> <li>• Mengidentifikasi keluhan fisik melakukan pergerakan</li> <li>• Memfasilitasi mobilisasi dengan menggunakan alat bantu tongkat</li> <li>• Memfasilitasi melakukan pergerakan (senam bugar lansia)</li> <li>• Menjelaskan tujuan dan prosedur senam bugar lansia</li> </ul>	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan masih merasakan nyeri pada bagian lutut kaki, dan merasakan kekakuan pada lututnya yang sedikit dapat teratasi saat berjalan, klien menyampaikan tidak ada keluhan fisik lainnya yang dirasakan</li> <li>• Klien mengatakan mengalami kesulitan dalam berjalan atau menggerakkan kaki saat melakukan aktivitas terasa kaku</li> </ul>	

			<ul style="list-style-type: none"> <li>Mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan ( bangun dari tempat tidur lalu berpindah ke tempat duduk)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Klien mengatakan merasa nyaman saat menggunakan tongkat ketika berjalan atau melakukan aktivitas lainnya</li> <li>Klien mengatakan sudah mampu melakukan senam bugar lansia yang di ajarkan</li> <li>Klien mengatakan sudah mengerti tujuan dan prosedur senam bugar lansia, karena di jelaskan berkali kali</li> <li>Klien mengatakan sudah melakukan secara rutin tanpa bantuan mobilisasi yang sudah diajarkan ( bangun dari tempat tidur lalu berpindah ke tempat duduk)</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Klien tampak selalu menunjukkan bagian lutut saja saat ditanyakan tentang keluhan yang dirasakan, klien tidak menunjukan keluhan fisik lainnya, masalah yang dirasakan klien sebelumnya sedikit teratasi dengan tehnik relaksasi yang sudah di ajarkan sebelumnya</li> <li>Klien masih terlihat kesulitan saat berjalan ketika diminta berjalan</li> <li>Klien terlihat sangat terbantu dengan penggunaan tongkat sebagai alat bantu jalan dalam beraktivitas</li> <li>Klien tampak kooperatif dalam melakukan senam bugar lansia, klien sudah bisa melakukan senam bugar lansia dengan lancar</li> <li>Klien terlihat sudah mengerti tujuan dan prosedur senam yang diajarkan saat ditanya kembali</li> <li>Klien terlihat kooperatif saat saat diajarkan mobilisasi sederhana, klien terlihat sedang melakukan mobilisasi sederhana saat dilihiat tanpa sepengetahuan klien</li> </ul> <p>A. Masalah teratasi sebagian P. Intervensi dilanjutkan ( dengan bantuan petugas perawat yang berada di Wisma Melati PSTW)</p>	
3.	Risiko Jatuh b.d penggunaan alat		<ul style="list-style-type: none"> <li>Mengidentifikasi faktor risiko jatuh</li> </ul>	S:	

	<p>bantu berjalan d.d penyakit kronis</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mengidentifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh</li> <li>• Menggunakan alat bantu berjalan</li> <li>• menganjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin</li> <li>• Menganjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakn kesulitan saat berjalan, klien menambahkan saat berjalan harus menggunakan alat bantu, terdapat nyeri dilutut dan merasakan kaku</li> <li>• Klien mengatakan erdapat tangga di depan pintu keluar, lantai terkadang licin, lantai di halaman lingkungan panti sedikit tidak rata.</li> <li>• Klien mengatakan berjalan menggunakan alat bantu berjalan seperti tongkat</li> <li>• Klien mengatakan sudah mengganti alas kaki yang tidak licin</li> <li>• Klien mengatakan sudah lebih bisa konsentrasi saat berjalan.</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien terlihat sedikit kesulitan saat berjalan dan klien menggunakan alat bantu untuk berjalan</li> <li>• Terdapat tangga di depan pintu keluar, lantai terkadang licin, lantai di halaman lingkungan panti sedikit tidak rata.</li> <li>• Klien berjalan menggunakan alat bantu berjalan seperti tongkat</li> <li>• Klien sudah mengganti alas kaki yang tidak licin</li> <li>• Klien terlihat lebih konsentrasi saat berjalan dan melakukan aktivitas.</li> </ul> <p>A Masalah teratasi sebagian P Intervensi dilanjutkan (dengan bantuan perawat yang bertugas di Wisma Melati PSTW)</p>	
--	---	--	---	--	--

Tabel 3. 13 Catatan perkembangan dan Evaluasi Hari ke 3

## ASUHAN KEPERAWATAN 2

### A. PENGKAJIAN

#### 1. Identitas

- a. Nama : Ny.P
- b. Tempat/tanggal Lahir : Jakarta, 20-januari 1960
- c. Jenis Kelamin : Perempuan
- d. Status Perkawinan : Menikah (Cerai Agama)
- e. Agama : Islam
- f. Suku : Betawi
- g. Tanggal Pengkajian : 17 Februari 2023

#### 2. Riwayat pekerjaan dan status ekonomi

##### a. Perkerjaan saat ini :

Klien mengatakan saat ini tidak melakukan pekerjaan apapun di PSTW hanya mengikuti kegiatan rutin yang ada di PSTW (pengajian, keterampilan, dll)

##### b. Pekerjaan sebelumnya :

Klien mengatakan dulu bekerja menjadi seorang pedagang di jakarta

##### c. Sumber pendapatan :

Klien mengatakan sumber pendapatan atau keuangan selama di PSTW tidak ada

##### d. Kecukupan pendapatan :

Klien mengatakan merasa tidak memerlukan pendapatan karena semua kebutuhan sudah terpenuhi dari pihak panti

#### 3. Lingkungan dan tempat tinggal

Kebersihan dan kerapihan kamar klien di Melati bersih, kamar klien terdiri dari 7 orang, kamar memiliki pencahayaan yang cukup bagus, dan memiliki saluran udara yang bagus, kamar mandi kamar klien sangat bersih, lingkungan yang selalu dibersihkan setiap harinya oleh petugas. Ruang melati memiliki suasana yang cukup

tenang dan tidak berisik sehingga membuat klien nyaman. Terdapat tempat pembuangan sampah di depan ruang melati sehingga tidak terlihat sampah berserakan.

#### 4. Riwayat Kesehatan

##### a. Status Kesehatan saat ini

Keluhan utama klien adalah Lutut kanan dan kiri klien terasa kaku dan linu linu meskipun tidak setiap saat kambuh, nyeri dirasakan Ketika klien melakukan aktivitas yang berlebihan, dan terlalu lama, Ketika solat pun keluhan nyeri yang dirasakan muncul, klien mengatakan nyeri rasanya seperti nut nutan dan hilang timbul. Kaku dan linunya berkurang jika dibuat istirahat dan duduk selanjoran. Linu nya sudah dirasakan semenjak 5 tahun yang lalu . Keluhan yang di rasakan selama tiga bulan terakhir klien mengatakan cemas dengan linu-linunya meskipun tidak setiap saat muncul. Linunya sudah diberi obat gosok akan tetapi masih tak kunjung sembuh. . Jadi alternatif yang dilakukan klien hanya memberikan obat gosok saat linu dan kakunya kambuh dibagian lutut. Klien mengatakan sekarang merasa tidak bebas melakukan aktivitas karena takut ketika kecapean nyeri akan muncul, klien mengatakan untuk berdiri setelah melakukan Gerakan solat pun nyerinya terasa. Klien merasakan cemas dengan kondisi yang dialami saat ini, merasa khawatir kondisi sekarang dapat membahayakan kondisi kesehatannya dan klien mengungkapkan tidak mengetahui cara penanganan yang tepat.

##### b. Riwayat Kesehatan Masa lalau

Klien mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit lainnya, klien juga mengatakan tidak memiliki riwayat alergi.

#### 5. Pemeriksaan fisik

##### a. Keadaan umum

Pada saat pengkajian klien mengatakan mengalami kelemahan pada bagian lutut apabila nyerinya kambuh, perubahan berat badan pasien tidak mengalami perubahan berat badan, perubahan nafsu makan tidak ada, perubahan masalah pola tidur klien mengatakan ada pola tidur yaitu pada malam klien tidur mulai jam 21.00 – 03.00 WIB akan tetapi pada durasi tidurnya pasien mudah terbangun,

kemampuan untuk melakukan aktivitas klien mengatakan berhati hati dalam bergerak karena takut rasa nyerinya muncul kembali.

b. TTV

Pada saat pengkajian TD pasien 130/90 mmHg, Nadi 92x/menit, Respirasi 20x/menit, Suhu 36,6 oC.

c. BB/TB

65/160

d. Kepala

pada saat pengkajian kllien tidak mengeluhkan sakit kepala atau pusing, tidak mengalami gatal pada kulit kepala, dan tidak mengalami kerontokan pada rambut.

Bagian telinga saat pengkajian klien tidak mengalami penurunan pendengaran, cairan dalam telinga (discharge) tidak ada, telinga pada pasien tidak berdengung, klien tidak menggunakan alat bantu dengar, klien mengatakan rutin membersihkan telingannya paling tidak 2 hari sekali.

Bagian hidung klien saat pengkajian klien mengatakan tidak pernah mengalami mimisan, sumbatan pada hidung kecuali kalau klien lagi mengalami flu, tidak pernah mengalami alergi, tidak ada riwayat infeksi, dan tidak mengalami gangguan penciuman, bentuk hidung klien simetris.

Pada saat pengkajian pada bagian mulut klien mengatakan tidak mengalami nyeri telan, tidak mengalami kesulitan untuk mengunyah atau menelan makanan,tidak ada peradangan pada gusi,tidak ada perubahan rasa, klien mengaku tidak mempunyai gigi palsu ,dan mukosa bibir terlihat lembab.

Pada saat pengkajian pada bagian leher klien mengatakan pada bagian leher tidak ada nyeri saat di tekan,tidak ada massa pada leher klien, tidak tampak pembesaran kelenjar thyroid.

e. Payudara

Pada saat pengkajian payudara tidak terkaji karena klien tidak mengizinkan dikarenakan merasa malu

f. Sistem pernafasan

Pada saat pengkajian klien tidak mengalami batuk, tidak mengalami sesak nafas, betuk dada simetris, tidak terdapat Wheezing, Ronchi, dan klien mengatakan tidak memiliki penyakit asma, Respirasi pada saat pengkajian 20x/menit.

g. Sistem Kardiovaskuler

Pada saat pengkajian klien mengatakan tidak merasakan nyeri dada, klien juga mengaku bahwa dadanya tidak merasa berdebar-debar, klien tidak mengalami sesak nafas, bunyi jantung tidak terkaji. Tidak ada masalah keperawatan

h. Sistem gastrointestinal

Pada saat pengkajian klien mengatakan tidak ada kesulitan saat menelan makanan, pasien tidak merasakan ingin muntah ataupun mual, nafsu makan klien juga baik, tidak ada massa pada bagian perut klien, pada pola BAB tidak ada masalah 2x sehari .

i. Sistem perkemihan

Pada saat pengkajian klien mengatakan tidak merasakan nyeri saat BAK, frekuensi BAK tidak berubah dengan frekuensi 5-6x dalam sehari, tidak ada kesulitan saat berkemih, klien mnegaku tidak pernah mengalami kencing berdarah/hematuria, pasien masih dapat mengontrol BAK saat rasa ingin BAK itu muncul atau tidak mengalami inkontinensia.

j. Sistem genitoreproduksi

Klien berjenis kelamin perempuan. Klien sudah berhenti menstruasi (menopause). klien mengatakan reproduksinya tidak ada lesi, tidak ada nyeri pelvis, aktivitas seksual klien mengatakan sudah jtidak melakukannya

k. Sistem muskuloskeletal

Pada saat pengkajian klien mengatakan merasakan nyeri pada sendinya, tidak ada bengkak saat di kaji, sendi juga merasa kaku, tidak ada perubahan anatomi/deformitas, klien tidak merasakan kram ,masalah gaya berjalan tidak ada Cuma lebih berhati-hati,tidak ada nyeri punggung, pola latihan yang di lakukan oleh klien yaitu jalan-jalan pagi selepas sholat subuh, postur tulang belanag normal, dampak pada aktivitas dan latihan klien mengatakan melakukan aktivitas dan latihan dengan hati-hati karena terkadang kedua lutut kaku saat melakukan

aktivitas, klien tidak menggunakan alat bantu gerak, refleks bicep normal, tricep normal, knee normal, achiles normal.

1. Sistem endokrin

Produksi hormon menurun, tidak terjadi gangguan kesuburan atau intertilitas dan kelenjar adrenal.

6. Pengkajian psikososial dan spiritual

a. Psikososial

Pada saat pengkajian klien mengatakan bahwa cemas akan kondisinya dikarenakan rasa sakit yang di deritanya rasa sakit linu linu yang sering muncul terlebih saat sedang kecapekan ataupun terlalu lama duduk klien mengatakan jika terlalu lama duduk lututnya merasa nyeri, kaku dan terkadang membengkak, klien mengaku pola tidurnya juga terganggu saat rasa linunya muncul menahan sakit yang dideritanya, tetapi klien mengatakan konstresasinya tidak terganggu, persepsi akan kematian klien menanggapinya bahwa kematian adalah hal yang wajar yang sudah di gariskan dan semua makhluk hidup akan kembali kepadaNya, pada pola aktivitas dan latihan klien mengaku berhati hati saat beraktivitas.

b. Identifikasi Masalah Emosional

PERTANYAAN TAHAP 1

1. Apakah klien mengalami sukar tidur? TIDAK
2. Apakah klien sering merasa gelisah? IYA
3. Apakah klien sering murung atau menangis sendiri? TIDAK
4. Apakah klien sering merasa was-was atau kuatir? IYA

PERTANYAAN TAHAP 2

Lanjutkan ke pertanyaan Tahap 2 jika lebih dari atau sama dengan

1 jawaban “YA”

1. Keluhan lebih dari 3 bulan atau lebih dari 1 kali dalam 1 bulan? YA
2. Ada masalah atau banyak pikiran? YA
3. Ada gangguan/masalah dengan keluarga lain? TIDAK

4. Menggunakan obat tidur/penenang atas anjuran dokter? TIDAK
5. Apakah cenderung mengurung diri? TIDAK

#### EMOSIONAL POSITIF (+)

#### c. Spiritual

Klien beragama islam, klien melaksanakan sholat 5 waktu. Dang mengikuti kegiatan pengajian rutin di setiap hari selasa. Klien mengtakan selalu bersyukur di setiap keadaan yang sudah di atur oleh Allah, klien juga mengatakan selalu berdoa untuk kesembuhan penyakit yang sedang dideritanya

#### 7. Pengkajian fungsional klien

No	Aktivitas	Mandiri	Tergntung
1	<b>Mandi Mandiri:</b> Bantuan hanya pada satu bagian mandi (seperti punggung atau ekstermitas yang tidak mampu) atau mandi sendiri sepenuhnya <b>Tergantung :</b> Bantuan mandi lebih dari satu bagian tubuh, bantuan masuk dan keluar dari bak mandi, serta tidak mandi sendiri	√	
2	<b>Berpakaian Mandiri :</b> Mengambil baju dari lemari, memakai pakaian, melepaskan pakaian, mengancingi/mengikat pakaian <b>Tergantung :</b> Tidak dapat memakai baju sendiri atau sebagian	√	
3.	<b>Ke kamar kecil Mandiri :</b> Masuk dan keluar dari kamar kecil kemudian membersihkan genitalia sendiri <b>Tergantung :</b> Menerima bantuan untuk masuk ke kamar kecil dan menggunakan pispot	√	
4	<b>Berpindah Mandiri :</b> Berpindah ke dan dari tempat tidur untuk duduk, bangkit dari kursi sendiri <b>Bergantung :</b> Bantuan dalam naik atau turun dari tempat tidur atau kursi, tidak melakukan satu, atau lebih perpindahan	√	
5	<b>Kontinen Mandiri:</b> BAB dan BAK seluruhnya terkontrol sendiri <b>Bergantung:</b> Inkontinensia parsial atau total; penggunaan kateter, pispot, pembalut/pempers	√	
6	<b>Makan Mandiri:</b> Mengambil makanan dari piring dan menyuapinya sendiri <b>Bergantung :</b> Bantuan dalam hal mengambil makanan dari piring dan menyuapinya, tidak makan sama sekali, dan makan melalui parenteral (NGT)	√	

Tabel 3. 14 Pengkajian fungsional klien

Keterangan:

**(A) Mandiri dalam makan, kontinensia (BAK dan BAB), menggunakan pakaian, pergi ke toilet, berpindah dan mandi.**

8. Modifikasi dari Barthel Indeks

No	Kriteria	Dengan bantuan	Mandiri	Keterangan
1	Makan	5	10 √	Frekuensi : 3x/hari Jumlah : 1 piring setiap kali makan Jenis : nasi putih dan lauk
2	Minum	5	10 √	Frekuensi: sering Jumlah : 6-7 gelas/hari Jenis : air putih, teh tawar anget
3	berpindah dari kursi roda ke tempat tidur dan sebaliknya	5-10	15 √	Klien tidak memakai kursi roda
4	Personal toilet (cuci muka, menyisir rambut, gosok gigi)	0	5 √	Frekuensi : 3x/hari
5	Keluar masuk toilet (membuka pakaian, menyeka tubuh,	5	10 √	Klien mampu keluar masuk toilet tanpa bantuan
6	Mandi	5	15 √	Frekuensi : 2x/hari
7	Jalan di permukaan datar	0	5 √	Klien mampu berjalan sendiri
8	Naik turun tangga	5	10 √	Klien naik turun tangga dengan berhati hati
9	Mengenakan pakaian	5	10 √	Klien mengenakan pakaian secara mandiri
10	Kontrol bowl BAB	5	10 √	Frekuensi : lembek Konsistensi : kuning kecoklatan
11	Kontrol bladder BAK	5	10 √	Frekuensi : jernih Warna : kuning
12	Olahraga/latihan	5	10 √	Frekuensi : setiap hari Jenis : Senam lansia

13	Rekreasi/pemanfaatan waktu luang	5	10 √	Ny.S menonton TV dan mengobrol bersama teman
----	----------------------------------	---	---------	--

Tabel 3. 15 Modifikasi dari Barthel Indeks

Keterangan:

**Didapatkan skor 130 dengan kategori klien melakukan secara mandiri**

## 9. Pengkajian Status Mental Gerontik

### *Short Portable Mental Status Questioner (SPSMQ)*

BENAR	SALAH	NO	PERTANYAAN
√		01	Tanggal berapa hari ini?
√		02	Hari apa sekarang?
√		03	Apa nama tempat ini?
√		04	Dimana alamat anda?
√		05	Berapa umur anda?
√		06	Kapan anda lahir? (minimal tahun lahir)
√		07	Siapa Presiden Indonesia sekarang?
√		08	Siapa Presiden Indonesia sebelumnya?
√		09	Siapa nama Ibu Anda?
√		10	Kurangi 3 dari 20 dan tetap pengurangan 3 dari setiap angka baru, semua secara men

Tabel 3. 16 Short Portable Mental Status Questioner (SPSMQ)

Interpretasi hasil :

**Salah 0-2 : fungsi intelektual utuh** √

Salah 3-4 : kerusakan intelektual ringan

Salah 5-7 : kerusakan intelektual sedang

Salah  $\geq$  8 : kerusakan intelektual berat

**Hasil pengkajian klien di dapatkan skor dengan kategori fungsi intelektual utuh**

10. Identifikasi aspek kognitif dan fungsi mental dengan menggunakan MMSE (Mini Mental Status Exam)

**MMSE (Mini Mental Status Exam)**

No.	Aspek Kognitif	Nilai Maks	Nilai Klien	Kriteria
1	Orientasi	5	5	Menyebutkan dengan benar : <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Tahun ✓</li> <li>▫ Musim ✓</li> <li>▫ Tanggal ✓</li> <li>▫ Hari ✓</li> <li>▫ Bulan ✓</li> </ul>
	Orientasi	5	5	Dimana kita sekarang berada? <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Negara Indonesia ✓</li> <li>▫ Propinsi Jawa Barat ✓</li> <li>▫ Kota bekasi ✓</li> <li>▫ PSTL ✓</li> <li>▫ Wisma cempaka ✓</li> </ul>
2	Registrasi	3	3	Sebutkan nama 3 obyek (oleh pemeriksa) 1 detik untuk mengatakan masing-masing obyek. Kemudian tanyakan kepada klien ketiga obyek tadi. (Untuk disebutkan) <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Obyek pohon ✓</li> <li>▫ Obyek kursi ✓</li> <li>▫ Obyek pot ✓</li> </ul>
3	Perhatian dan kalkulasi	5	5	Minta klien mengeja 5 kata dari belakang, misal "BAPAK" <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ K ✓</li> <li>▫ A ✓</li> <li>▫ P ✓</li> <li>▫ A ✓</li> <li>▫ B ✓</li> </ul>

4	Mengingat	3	3	<p>Minta klien untuk mengulangi ketiga obyek pada No.2 (registrasi) tadi. Bila benar, 1 poin untuk masing-masing obyek.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Pohon ✓</li> <li>▫ Kursi ✓</li> <li>▫ Pot ✓</li> </ul>
5	Bahasa	9	9	<p>Tunjukkan pada klien suatu benda dan tanyakan namanya pada klien.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ (pulpen) ✓</li> <li>▫ (kertas) ✓</li> <li>▫ (Pot) ✓</li> </ul> <p>Minta klien untuk mengulang kata berikut : “Tak ada jika, dan, atau, tetapi.” Bila benar, nilai satu poin.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Pernyataan benar 2 buah (contoh : tak ada, tetapi) ✓</li> </ul> <p>Minta klien untuk mengikuti perintah berikut yang terdiri dari 3 langkah : Ambil kertas di tangan anda, lipat dua, dan taruh di lantai.”</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Ambil kertas di tangan anda ✓</li> <li>▫ Lipat dua ✓</li> <li>▫ Taruh di lantai ✓</li> </ul> <p>Perintahkan pada klien untuk hal Berikut (bila aktivitas sesuai perintah nilai 1 point)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ “Tutup mata Anda” ✓</li> </ul> <p>Perintahkan pada klien untuk menulis satu kalimat dan menyalin gambar.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Tulis satu kalimat ✓</li> <li>▫ Menyalin gambar ✓</li> </ul>
NILAI TOTAL		30	30	

Tabel 3. 17 MMSE (Mini Mental Status Exam)

Interpretasi hasil :

**26-30 : aspek kognitif dan fungsi mental baik ✓**

21-25 : aspek kognitif dan fungsi mental ringan

11-20 : kerusakan aspek fungsi mental sedang

0-1 : terdapat kerusakan aspek fungsi mental berat

**Dari hasil pengkajian di dapatkan klien 30 point dengan aspek kognitif dan fungsi mental baik**

11. Pengkajian Keseimbangan

Pengkajian keseimbangan dinilai dari dua komponen utama dalam bergerak, dari kedua komponen tersebut dibagi dalam beberapa gerakan yang perlu di observasi oleh perawat. Kedua komponen tersebut adalah :

a. Perubahan posisi atau gerakan keseimbangan

Beri nilai 0 jika klien tidak menunjukkan kondisi di bawah ini, dan 1 bila menunjukkan kondisi berikut ini.

1) Bangun dari tempat duduk (dimasukkan dalam analisis) dengan mata terbuka.

Tidak bangun dari tempat tidur dengan sekali gerakan, akan tetapi lansia mendorong tubuhnya ke atas dengan tangan atau bergerak ke bagian depan kursi terlebih dahulu, tidak stabil pada saat berdiri pertama kali (1)

Duduk ke kursi (dimasukkan ke dalam analisis) dengan mata terbuka Menjatuhkan diri ke kursi, tidak duduk di tengah kursi (1)

Bangun dari tempat duduk (dimasukkan ke dalam analisis) dengan mata tertutup

Tidak bangun dari tempat duduk dengan sekali gerakan, akan tetapi lansia mendorong tubuhnya ke atas dengan tangan atau bergerak ke bagian depan kursi terlebih dahulu, tidak stabil pada saat berdiri pertama kali (1)

Duduk ke kursi (dimasukkan ke dalam analisis) dengan mata tertutup. Menjatuhkan diri ke kursi, tidak duduk ke tengah kursi Keterangan : Kursi harus yang keras tanpa lengan (0)

Menahan dorongan pada sternum (Pemeriksa mendorong sternum sebanyak 3 kali dengan hati-hati) dengan mata terbuka Klien menggerakkan kaki, memegang objek untuk dukungan, kaki tidak menyentuh sisi- sisinya. (1)

Menahan dorongan pada sternum (pemeriksa mendorong sternum sebanyak 3 kali dengan hati-hati) dengan mata tertutup Klien menggerakkan kaki, memegang objek untuk dukungan, kaki tidak menyentuh sisi- sisinya. (0)

Perputaran leher (klien sambil berdiri)

Menggerakkan kaki, menggenggam objek untuk dukungan kaki, keluhan vertigo, pusing, atau keadaan tidak stabil (0)

Gerakan menggapai sesuatu

Tidak mampu untuk menggapai sesuatu dengan bahu fleksi sepenuhnya sementara berdiri pada ujung-ujung jari kaki, tidak stabil memegang sesuatu untuk dukungan (1)

Membungkuk

Tidak mampu membungkuk untuk mengambil objek-objek kecil (misalnya pulpen) dari lantai, memegang objek untuk bias berdiri lagi, dan memerlukan usaha-usaha yang keras untuk bangun (1)

b. Komponen gaya berjalan atau pergerakan

Beri nilai 0 jika klien tidak menunjukkan kondisi di bawah ini, atau beri nilai 1 jika klien menunjukkan salah satu dari kondisi di bawah ini :

Minta klien untuk berjalan ke tempat yang ditentukan Raguragu, tersandung, memegang objek untuk pegangan (1)

Ketinggian langkah kaki (mengangkat kaki saat melangkah) Kaki tidak naik dari lantai secara konsisten (menggeser atau menyeret kaki), mengangkat kaki terlalu tinggi (> 5 cm) (1)

Kontinuitas langkah kaki (lebih baik di observasi dari samping klien) Setelah langkah-langkah awal menjadi tidak konsisten, memulai mengangkat satu kaki sementara kaki yang lain menyentuh lantai (1)

Kesimetrisan langkah (lebih baik di observasi dari samping klien) Langkah tidak simetris, terutama pada bagian yang sakit (1)

Penyimpangan jalur pada saat berjalan (lebih baik di observasi dari samping kiri klien) Tidak berjalan dalam garis lurus, bergelombang dari sisi ke sisi (1)

Berbalik

Berhenti sebelum mulai berbalik, jalan sempoyongan, bergoyang, memegang objek untuk dukungan. (1)

Interpretasi hasil :

**klien mendapatkan 12 point dengan kategori resiko jatuh tinggi.**

12. *The timed up and go (tug) Test*

*The timed up and go (tug) Test*

No	Langkah
1.	Posisi klien duduk di kursi 5 detik
2.	Minta klien berdiri dari kursi, berjalan 10 langkah (3 meter), kembali ke kursi, ukur waktu dalam detik 8 detik

Tabel 3. 18 The timed up and go (tug) Test

Interpretasi :

- ≤ 10 detik : Resiko jatuh rendah  
11-19 detik : Resiko jatuh sedang  
20-29 detik : Resiko jatuh tinggi  
≥ 30 detik : **Gangguan mobilitas dan resiko jatuh tinggi**

**Interpretasi :**

**Didapatkan skor >30 detik dengan kategori klien mengalami gangguan mobilitas dan resiko jatuh tinggi.**

13. Penilaian potensi dekubitus (Skor NORTON)

Nama Penderita : Ny.A

Kondisi fisik umum :

- i. Baik 4 ✓  
j. Lumyan 3  
k. Buruk 2  
l. Sangat buruk 1

Kesadaran :

- i. Komposmentis 4 ✓  
j. Apatis 3  
k. Sopor 2  
l. Koma 1

Aktivitas :

- i. Ambulasi 4 ✓

- j. Ambulasi dengan bantuan 3
- k. Hanya bisa duduk 2
- l. Tiduran 1

**Inkontinen**

- i. Tidak 4 ✓
- j. Kadang-kadang 3
- k. Sering inkontinensia urin 2
- l. Inkontinensia alvi dan urin 1

**Interpretasi :**

**15-20 : Kecil sekali/ tak terjadi**

12-15 : Kemungkinan kecil terjadi

< 12 : Kemungkinan Besar terjadi

**14. APGAR Keluarga**

**APGAR Keluarga**

No	Item Penilaian	Selalu (2)	Kadang-kadang (1)	Tidak pernah (0)
1	A : Adaptasi Saya puas bahwa saya dapat kembali pada keluarga karena mereka akan membantu saya pada waktu saya membutuhkan pertolongan		✓	
2.	P : Partnership Saya puas dengan cara keluarga membicarakan sesuatu dengan saya dan mengungkapkan masalah saya		✓	

3.	G : Growth Saya puas dengan keluarga menerima dan mendukung keinginan saya dalam melakukan aktifitas		√	
4	A : Afek Saya puas dengan cara keluarga merespon saat saya emosi, seperti marah, sedih ataupun jatuh cinta		√	
5	R : Resolve Saya puas dengan cara keluarga menyediakan waktu bersama-sama untuk menyelesaikan masalah	√		
Jumlah		1	3	

Tabel 3. 19 APGAR Keluarga

**Interpretasi :**

**Didapatkan skor 6 dengan kategori keluarga klien mengalami disfungsi - keluarga tinggi.**

15. *Geriatric Depression Scale (GDS)*

*Geriatric Depression Scale (GDS)*

No	Pertanyaan	Ya	Tidak
1	Apakah anda sebenarnya puas dengan kehidupan anda	√	
2	Apakah anda telah meninggalkan banyak kegiatan dan minat/kesenangan anda	√	
3	Apakah anda merasa kehidupan anda kosong	√	
4	Apakah anda sering merasa bosan	√	
5	Apakah anda mempunyai semangat yang baik setiap Saat	√	
6	Apakah anda merasa takut sesuatu yang buruk akan		√
7	Apakah anda merasa bahagia untuk sebagian besar hidup anda	√	
8	Apakah anda sering merasa tidak berdaya		√
9	Apakah anda sering dirumah dari pada pergi keluar dan mengerjakan sesuatu hal yang		√

	baru		
10	Apakah anda merasa mempunyai banyak masalah dengan daya ingat anda dibandingkan kebanyakan orang		√
11	Apakah anda pikir kehidupan anda saat ini menyenangkan	√	
12	Apakah anda merasa tidak berharga seperti perasaan anda saat ini		√
13	Apakah anda merasa penuh Semangat	√	
14	Apakah anda merasa bahwa keadaan anda tidak ada harapan		√
15	Apakah anda pikir bahwa orang lain, lebih baik keadaannya dari pada anda	√	

Tabel 3. 20 Geriatric Depression Scale (GDS)

### Interpretasi :

Skor 0-5 = normal

**Skor  $\geq 6$  = depresi**

## B. ANALISA DATA

### ANALISA DATA

No.	Analisis Data	Diagnosa Keperawatan
1.	<p>DS :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Klien mengatakan nyeri lututnya sering terasa kaku , nyeri dan linu-linu saat melakukan aktivitas yang berlebihan dan terlalu lama , dan menekuk kedua lutut saat sholat.</li> <li>PQRS  P : Aktivitas yang berlebihan dan terlalu lama.  Q : Rasanya nut-nut  R : Kedua lututnya  S : 7 (Rentang 1-10)  T : Hilang timbul (muncul saat melakukan aktivitas berlebih dan hilang saat istirahat)</li> </ol> <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Klien tampak tidak tenang</li> <li>Saat linu, nyeri dan kaku di lututnya muncul ekspresi klien tampak meringis kesakitan</li> <li>TTV :  TD : 130/90 mmHg  RR : 21x/menit  Nadi : 90x/menit  Suhu : 36,6 C</li> </ol>	Nyeri kronis b.d kondisi muskuloskeletal kronis d.d kondisi kronis ( D.0078 Hal 174)
2.	<p>DS:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Klien mengatakan sekarang ia tidak bisa bergerak bebas lagi karena jika terlalu capek kedua lututnya akan timbul rasa linu dan kaku.</li> </ol>	Gangguan Mobilitas Fisik

	<p>2. Klien mengatakan terasa susah saat akan berdiri selepas gerakan sholat ruku dan sujud.</p> <p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gerakan terbatas</li> <li>2. Klien tampak susah berdiri saat mempraktekkan gerakan sholat ruku dan sujud.</li> <li>3. Klien terlihat lebih banyak berdiam diri daripada melakukan aktivitas</li> </ol>	b.d Nyeri (D.0054 Hal 124)
3.	<p>DS:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien mengatakan cemas dengan kondisi kedua lutut nya yang kaku, nyeri dan linu-linu.</li> <li>2. Klien mengatakan khawatir jika kondisinya yang seperti ini dapat membahayakan kesehatannya.</li> <li>3. Klien mengatakan bingung tentang cara penanganan sakit lutut yang dideritanya.</li> </ol> <p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien tampak gelisah</li> <li>2. Klien tampak cemas memikirkan kondisi yang sedang dialami</li> <li>3. Mengalami disfungsi keluarga tinggi</li> <li>4. GDS menunjukkan skor lebih dari 6 menunjukkan klien mengalami depresi</li> <li>5. TTV :            TD : 130/90 mmHg            RR : 21x/menit            Nadi : 90x/menit            Suhu : 36,6 C</li> <li>6. Klien tampak tegang saat berkomunikasi</li> </ol>	Ansietas b,d Kurang terpapar informasi (D.0080 Hal 180)

Tabel 3. 21 Analisis Data

### C. Prioritas Diagnosa Keperawatan

#### Prioritas Diagnosa Keperawatan

No	Keluhan	Skor
1.	Nyeri kronis b.d kondisi muskuloskeletal kronis d.d kondisi kronis ( D.0078 Hal 174)	
2	Gangguan Mobilitas Fisik b.d Nyeri (D.0054 Hal 124)	
3.	Ansietas b,d Kurang terpapar informasi (D.0080 Hal 180)	

Tabel 3. 22 Prioritas Diagnosa Keperawatan

## D. RENCANA KEPERAWATAN

### Rencana Keperawatan

No	Kriteria Batasan Karakteristik	Diagnosa Keperawatan		SLKI		SIKI	
		Dx.Kep	Kode	Hasil	Kode	Intervensi	Kode
1.	<p>DS:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Klien mengatakan nyeri lututnya sering terasa kaku, nyeri dan linu-linu saat melakukan aktivitas yang berlebihan dan terlalu lama, dan menekuk kedua lutut saat sholat.</li> <li>PQRS            P : Aktivitas yang berlebihan dan terlalu lama.            Q : Rasanya nut-nut            R : Kedua lututnya            S : 7 (Rentang 1-10)            T : Hilang timbul (muncul saat melakukan aktivitas berlebih dan hilang saat istirahat)</li> </ol> <p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Klien tampak tidak tenang</li> <li>Saat linu, nyeri dan kaku di lututnya muncul ekspresi klien tampak meringis kesakitan</li> <li>TTV :</li> </ol>	Nyeri kronis b.d kondisi muskuloskeleta l kronis d.d kondisi kronis	D.0078	<p>Setelah di lakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam</p> <p>Diharapkan nyeri berkurang dengan KH :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>keluhan nyeri menurun</li> <li>Ketegangan otot menurun</li> <li>Gelisah menurun</li> </ol>	L.0806 6	<p>Manajemen Nyeri (SIKI Hal 201) Definisi : Mengidentifikasi dan mengelola pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan atau fungsional dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat dan konstan. Tindakan :</p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</li> <li>Identifikasi respons nyeri non verba</li> <li>Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Berikan teknik nonfarmakologis</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Jelaskan penyebab nyeri</li> <li>Jelaskan strategi meredakan nyeri</li> <li>Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri seperti latihan nafas dalam</li> </ol>	

	<p>TD : 130/90 mmHg  RR : 21x/menit  Nadi : 90x/menit  Suhu : 36,6 C</p>					
2.	<p>DS:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien mengatakan sekarang ia tidak bisa bergerak bebas lagi karena jika terlalu capek kedua lututnya akan timbul rasa linu dan kaku.</li> <li>2. Klien mengatakan terasa susah saat akan berdiri selepas gerakan sholat ruku dan sujud.</li> </ol> <p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gerakan terbatas</li> <li>2. Klien tampak susah berdiri saat mempraktekkan gerakan sholat ruku dan sujud.</li> <li>3. Klien terlihat lebih banyak berdiam diri daripada melakukan aktivitas</li> </ol>	<p>Gangguan Mobilitas Fisik b.d Nyeri</p>	D.0054	<p>Setelah di lakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam Diharapkan Gangguan mobilitas berkurang dengan KH :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pergerakan ekstermitas meningkat</li> <li>2. kaku sendi menurun</li> <li>3. Gerakan terbatas menurun</li> </ol>	<p><b>Observasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</li> <li>2. Identifikasi keluhan fisik melakukan pergerakan</li> </ol> <p><b>Terapeutik.</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fasilitasi melakukan pergerakan</li> <li>2. Fasilitasi melakukan senam bugar lansia</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi</li> <li>2. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan</li> </ol>	I.05173
3	<p>DS:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien mengatakan cemas dengan kondisi kedua lutut nya yang kaku, nyeri dan linu-linu.</li> <li>2. Klien mengatakan khawatir jika kondisinya yang seperti ini dapat membahayakan kesehatannya.</li> </ol>	<p>Ansietas b,d Kurang terpapar informasi</p>	D. 0080	<p>Setelah di lakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam Diharapkan ansietas dapat menurun:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Varbilisasi kebingunan menurun</li> <li>2. Varbilisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun</li> </ol>	<p><b>Observasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi teknik relaksasi yang pernah efektif digunakan.</li> <li>2. Periksa frekuensi nadi, tekanan darah dan suhu sebelum dan sesudah latihan.</li> <li>3. Monitor respon klien terhadap teknik relaksasi..</li> </ol> <p><b>Terapeutik:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gunakan relaksasi sebagai strategi penunjang dalam analgesik atau tindakan medis lain, jika sesuai.</li> </ol>	

	<p>3. Klien mengatakan bingung tentang cara penanganan sakit lutut yang dideritanya.</p> <p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien tampak gelisah</li> <li>2. Klien tampak cemas memikirkan kondisi yang sedang dialami</li> <li>3. TTV :            TD : 130/90 mmHg            RR : 21x/menit            Nadi : 90x/menit            Suhu : 36,6 C</li> <li>4. Klien tampak tegang saat berkomunikasi</li> </ol>			<p>3. Perilaku gelisah menurun</p>		<p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan tujuan, manfaat, batasan , dan jenis relaksasi misal relaksasi nafas dalam.</li> <li>2. Anjurkan mengambil posisi yang nyaman</li> <li>3. Anjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi</li> </ol>	
--	---	--	--	------------------------------------	--	---	--

Tabel 3. 23 Rencana Keperawatan

## E. CATATAN PERKEMBANGAN DAN EVALUASI

### Catatan Perkembangan Hari ke 1

No	Diagnosa Keperawatan	Tanggal/ Jam	Implementasi	Evaluasi	Tanda tangan
1	Nyeri kronis b.d kondisi muskuloskeletal kronis d.d kondisi kronis		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</li> <li>• Mengidentifikasi respons nyeri non verbal</li> <li>• Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</li> <li>• Memberikan teknik nonfarmakologis ( Teknik relaksasi nafas dalam )</li> <li>• Menjelaskan penyebab nyeri</li> <li>• Menjelaskan strategi meredakan nyeri ( Relaksasi nafas dalam )</li> <li>• Mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri seperti latihan nafas dala</li> </ul>	<p>S.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien Mengatakan :            P : Aktivitas yang berlebihan dan terlalu lama.            Q : Rasanya nut-nut            R : Kedua lututnya            S : 7 (Rentang 1-10)            T : Hilang timbul (muncul saat melakukan aktivitas berlebih dan hilang saat istirahat)</li> <li>• Klien mengatakan nyeri timbul saat hendak berdiri saat setelah terlalu lama duduk, sedangkan yang meringkankan nyeri dengan cara duduk slonjoran atau tidur di kasur</li> </ul>	

				<ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan mau melakukan teknik yang diajarkan ( relaksasi nafas dalam )</li> <li>• Klien mengatakan belum mengetahui kenapa lututnya suka mengalami nyeri</li> <li>• Klien mengatakan belum memahami tentang teknik yang akan diberikan ( relaksasi nafas dalam)</li> <li>• Klien mengatakan masih kebingungan saat diajarkan teknik relaksasi (relaksasi nafas dalam)</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• PQRS  P : Aktivitas yang berlebihan dan terlalu lama.  Q : Rasanya nut-nut  R : Kedua lututnya  S : 7 (Rentang 1-10)  T : Hilang timbul (muncul saat melakukan aktivitas berlebih dan hilang saat istirahat)</li> <li>• Klien menunjukkan respon meringis saat nyeri, dan sedikit tidak tenang</li> <li>• Saat hendak berdiri setelah terlalu lama duduk klien nampak meringis, sedangkan yang meringkankan nyeri dengan cara duduk slonjoran atau tidur di kasur</li> <li>• Klien terlihat bersedia melakukan teknik yang di ajarkan ( relaksasi nafas dalam )</li> <li>• Klien terlihat belum mengetahui kenapa lututnya suka mengalami nyeri</li> <li>• Klien terlihat kebingungan dan bertanya saat dijelaskan tentang teknik yang akan di ajarkan ( relaksasi nafas dalam )</li> <li>• Klien mengatakan masih kebingungan saat diajarkan teknik relaksasi (relaksasi nafas dalam) klien terlihat kebingungan melakukan teknik yang sedang di ajarka (relaksasi nafas dalam)</li> </ul> <p>C. Masalah belum teratasi  P. intervensi dilanjutkan</p>	
2	Gangguan Mobilitas Fisik b.d Nyeri		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</li> </ul>	<p>S.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan tidak memiliki keluhan fisik lainnya selain yang sedang dirasakan saat ini.</li> </ul>	

			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mengidentifikasi keluhan fisik melakukan pergerakan</li> <li>• Memfasilitasi melakukan pergerakan (senam bugar lansia)</li> <li>• Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi</li> <li>• Mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan adanya keluhan fisik saat beraktivitas merasakan nyeri dan kaku dibagian lututnya</li> <li>• Klien mengatakan senang melakukan senam yang diajarkan</li> <li>• Klien belum mengetahui tujuan dan prosedur melakukan mobilisasi.</li> <li>• Klien mengatakan akan mengikuti yang dianjurkan ( bangun dari tempat tidur lalu berjalan ke tempat duduk)</li> </ul> <p>O.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien terlihat mengalami keluhan fisik saat melakukan aktivitas yaitu nyeri pada bagian lutut dan merasa kaku, selain itu tidak ada</li> <li>• Klien terlihat menunjukkan rasa nyerinya saat setelah melakukan aktivitas</li> <li>• Klien tampak kooperatif melakukan senam bugar lansia walaupun masih belum lanjar saat melakukannys</li> <li>• Saat dijelaskan tujuan mobilisasi klien tampak kebingunga karena belum mengetahuinya</li> <li>• Klien tampak kooperatif mengikuti apa yang sudah di annjurkan dan di ajarkan</li> </ul> <p>A. Masalah belum teratasi P. Intervensi dilanjutka</p>	
3	Ansietas b,d Kurang terpapar informasi		<ul style="list-style-type: none"> <li>• mengidentifikasi teknik relaksasi yang pernah efektif digunakan.</li> <li>• Memeriksa frekuensi nadi, tekanan darah dan suhu sebelum dan sesudah latihan.</li> <li>• Memonitor respon klien terhadap teknik relaksasi. Dengan cara mengobservasi respon klien saat akan melakukan tehnik relaksai dengan terapi musik</li> <li>• Menggunakan relaksasi sebagai strategi penunjang dalam analgesik atau tindakan medis lain, jika sesuai. ( Terapi musik )</li> <li>• menjelaskan tujuan, manfaat, batasan , dan jenis relaksasi terapi musik.</li> </ul>	<p>S.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan belum pernah diajarkan teknik relaksasi</li> <li>• Klien mengatakan menjadi lebih tenang dan sejenak menghilangkan kecemasan yang sedang dialami</li> <li>• Klien mengatakan bersedia di berikan teknik relaksasi dengan menggunakan terapi musik</li> <li>• Klien mengatakan belum memahami dan mengerti tujuan terapi musik</li> <li>• Klien mengatakan posisi ternyaman yang klien pilih debgan rebahan di kasur tempat tidur</li> <li>• Klien mengatakan akan mencoba fokus saat terapi sedang dilakukan</li> </ul> <p>O.</p>	

			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Menganjurkan mengambil posisi yang nyaman</li> <li>• Menganjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien tampak menjelaskan belum pernah mendapatkan teknik relaksasi, didiukung dengan penjelasan petugas panti yang menangani klien</li> <li>• TTV: <ul style="list-style-type: none"> <li>TD : 130/90 mmHg</li> <li>RR : 21x/menit</li> <li>Nadi : 90x/menit</li> <li>Suhu : 36,6 C</li> </ul> </li> <li>• Klien tampak terlihat jauh menjadi rilaks setelah diberikan terapi</li> <li>• Klien tampak kooperatif dan bersedia melakukan teknik relaksasi yang diberikan</li> <li>• Klien terlihat kebingungan saat dijelaskan tentang terapi musik yang akan dilakukan</li> <li>• Klien tampak nyaman saat melakukan terapi dengan posisi rebahan di kasur tempat tidurnya</li> <li>• Klien tampak fokus dan menghayati saat melakukan terapi yang diberikan</li> </ul> <p>A. Masalah belum teratasi P. Intervensi dilanjutkan</p>	
--	--	--	---	---	--

Tabel 3. 24 Catatan Perkembangan Hari ke 1

### Catatan Perkembangan Hari ke 2

No	Diagnosa Keperawatan	Tanggal/ Jam	Implementasi	Evaluasi	Tanda tangan
1	Nyeri kronis b.d kondisi muskuloskeletal kronis d.d kondisi kronis		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</li> <li>• Mengidentifikasi respons nyeri non verbal</li> <li>• Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</li> <li>• Memberikan teknik nonfarmakologis ( Teknik relaksasi nafas dalam )</li> <li>• Menjelaskan penyebab nyeri</li> <li>• Menjelaskan strategi meredakan nyeri ( Relaksasi nafas dalam )</li> </ul>	<p>S.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien Mengatakan : <ul style="list-style-type: none"> <li>P : Aktivitas yang berlebihan dan terlalu lama.</li> <li>Q : Rasanya nut-nut</li> <li>R : Kedua lututnya</li> <li>S : 6 (Rentang 1-10)</li> <li>T : Hilang timbul (muncul saat melakukan aktivitas berlebih dan hilang saat istirahat)</li> </ul> </li> <li>• Klien mengatakan masih merasakan yang sama nyeri timbul saat hendak berdiri saat setelah terlalu lama duduk, dan melakukan aktivitas berlebih, sedangkan</li> </ul>	

			<ul style="list-style-type: none"> <li>Mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri seperti latihan nafas dala</li> </ul>	<p>yang meringkankan nyeri dengan cara duduk slonjoran atau tidur di kasur saat istirahat</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Klien mengatakan bersedia kembali melakukan teknik relaksasi nafas dalam kembali</li> <li>Klien mengatakan sudah sedikit mengetahui kenapa lututnya suka mengalami nyeri setelah dijelaskan kemarin</li> <li>Klien mengatakan mulai mengerti tentang teknik yang akan diberikan ( relaksasi nafas dalam)</li> <li>Klien mengatakan masih kebingungan saat diajarkan teknik relaksasi akan tetapi berusaha untuk mengikutinya (relaksasi nafas dalam)</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>PQRS</li> <li>P : Aktivitas yang berlebihan dan terlalu lama.</li> <li>Q : Rasanya nut-nut</li> <li>R : Kedua lututnya</li> <li>S : 6 (Rentang 1-10)</li> <li>T : Hilang timbul (muncul saat melakukan aktivitas berlebih dan hilang saat istirahat)</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>Klien menunjukkan respon meringis saat nyeri, dan sedikit tidak tenang</li> <li>Klien tampak masih merasakan yang sama nyeri timbul saat hendak berdiri saat setelah terlalu lama duduk, dan melakukan aktivitas berlebih, sedangkan yang meringkankan nyeri dengan cara duduk slonjoran atau tidur di kasur saat istirahat</li> <li>Klien tampak kooperatif dan bersedia saat melakukan teknik relaksasi nafas dalam kembali</li> <li>Klien tampak mulai memahami kenapa lututnya suka mengalami nyeri setelah dijelaskan kemarin</li> <li>Klien tampak mulai mengerti tentang teknik yang akan diberikan setelah dijelaskan kembali( relaksasi nafas dalam)</li> <li>Klien terlihat sangat berusaha dan antusias saat mengikuti relaksasi yang diajarkan dengan sedikit kebingungan (relaksasi nafas dalam)</li> </ul> <p>C. Masalah teratasi sebagian</p>	
--	--	--	---	---	--

				P. intervensi dilanjutkan	
2	Gangguan Mobilitas Fisik b.d Nyeri		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</li> <li>• Mengidentifikasi keluhan fisik melakukan pergerakan</li> <li>• Memfasilitasi melakukan pergerakan (senam bugar lansia)</li> <li>• Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi</li> <li>• Mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan</li> </ul>	<p>S.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan tidak memiliki keluhan fisik lainnya selain yang sedang dirasakan saat ini, setelah melakukan teknik teknik relaksasi yang di ajarkan juga mengatakan tidak timbul keluhan fisik.</li> <li>• Klien mengatakan adanya keluhan fisik saat beraktivitas berlebih merasakan nyeri dan kaku dibagian lututnya</li> <li>• Klien mengatakan ssemakin semnagat untuk melakukan senam yang diajarkan</li> <li>• Klien mengatakan mulai mengetahui tujuan dan prosedur melakukan mobilisasi setelah dijelaskan yang kedua kalinya.</li> <li>• Klien mengatakan sudah mengikuti yang dianjurkan dengan rutin ( bangun dari tempat tidur lalu berjalan ke tempat duduk)</li> </ul> <p>O.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kien terlihat hanya mengeluh pada bagian lutut kaki saja meskipun sudah melakukan teknik terapi yang di ajarkan tidak muncul keluhan fisik lainnya</li> <li>• Saat melakukan aktivitas yang berlebihan klien tampak memegang dan mengusap usap bagian lututnya karena merasakan nyeri dan kaku</li> <li>• Klien terlihat semakin bersemangat dan antusias melakukan senam yang di ajarkan.</li> <li>• Klien tampak lebih mengetahui tujuan dan prosedur melakukan mmobilisasi setelah dua kali di jelaskan</li> <li>• Saat dilihat di kamar klien sedang melakukan teknik mobilitas sederhana yang di ajarkan ( bangun dari tempat tidur lalu berjalan ke tempat duduk)</li> </ul> <p>A. Masalah teratasi sebagian P. Intervensi dilanjutka</p>	
3	Ansietas b,d Kurang terpapar informasi		<ul style="list-style-type: none"> <li>• mengidentifikasi teknik relaksasi yang pernah efektif digunakan.</li> <li>• Memeriksa frekuensi nadi, tekanan darah dan suhu sebelum dan sesudah latihan.</li> </ul>	<p>S.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan baru kali ini di ajarkan teknik relaksasi</li> </ul>	

			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Memonitor respon klien terhadap teknik relaksasi Dengan cara mengobservasi respon klien saat akan melakukan tehnik relaksai dengan terapi musik</li> <li>• Menggunakan relaksasi sebagai strategi penunjang dalam analgesik atau tindakan medis lain, jika sesuai. ( Terapi musik )</li> <li>• menjelaskan tujuan, manfaat, batasan , dan jenis relaksasi terapi musik.</li> <li>• Menganjurkan mengambil posisi yang nyaman</li> <li>• Menganjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan hampir saja ketiduran saat melakukan terapi relaksasi dan merasakan menjadi lebih tenang dan sejenak menghilangkan kecemasan yang sedang dialami</li> <li>• Klien mengatakan ingin melakukan lagi terapi musik yang di lakukan kemarin</li> <li>• Klien mengatakan mulai mengerti tujuan terapi musik setelah dijelaskan kembali</li> <li>• Klien mengatakan posisi ternyaman yang klien pilih sama dengan rebahan di kasur tempat tidur</li> <li>• Klien mengatakan hari ini lebih fokus daripada hari pertama saat melakukan terapi musik</li> </ul> <p>O.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan baru kali ini di ajarkan teknik relaksasi</li> <li>• TTV:  TD : 135/90 mmHg  RR : 20x/menit  Nadi : 95x/menit  Suhu : 36,C</li> <li>• Klien mengatakan hampir saja ketiduran saat melakukan terapi relaksasi dan merasakan menjadi lebih tenang dan sejenak menghilangkan kecemasan yang sedang dialami</li> <li>• Klien mengatakan ingin melakukan lagi terapi musik yang di lakukan kemarin</li> <li>• Klien mengatakan mulai mengerti tujuan terapi musik setelah dijelaskan kembali</li> <li>• Klien mengatakan posisi ternyaman yang klien pilih sama dengan rebahan di kasur tempat tidur</li> <li>• Klien mengatakan hari ini lebih fokus daripada hari pertama saat melakukan terapi musik</li> </ul> <p>A. Masalah teratasi sebagian  P. Intervensi dilanjutkan</p>	
--	--	--	--	---	--

Tabel 3. 25 Catatan Perkembangan Hari ke 2

Hari ke 3

Catatan Perkembangan Hari ke 3

No	Diagnosa Keperawatan	Tanggal/ Jam	Implementasi	Evaluasi	Tanda tangan
1.	Nyeri kronis b.d kondisi muskuloskeletal kronis d.d kondisi kronis		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</li> <li>• Mengidentifikasi respons nyeri non verbal</li> <li>• Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</li> <li>• Memberikan teknik nonfarmakologis ( Teknik relaksasi nafas dalam )</li> <li>• Menjelaskan penyebab nyeri</li> <li>• Menjelaskan strategi meredakan nyeri ( Relaksasi nafas dalam )</li> <li>• Mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri seperti latihan nafas dala</li> </ul>	<p>S.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien Mengatakan : P : Aktivitas yang berlebihan dan terlalu lama. Q : Rasanya nut-nut R : Kedua lututnya S : 4 (Rentang 1-10) T : Hilang timbul (muncul saat melakukan aktivitas berlebih dan hilang saat istirahat)</li> <li>• Klien mengatakan masih merasakan yang sama nyeri timbul saat melakukan aktivitas berlebih akan tetapi mulai bisa sedikit teratasi atau dikurangi rasa cari dengan teknik nafas dalam yang di ajarkan. Sedangkan faktor yang meringankan nyeri saat beristirahat dan slonjoran ditambah menerapkan relaksasi yang sudah di ajarkan</li> <li>• Klien mengatakan senang bisa berlatih kembali melakukan teknik relaksasi nafas dalam kembali</li> <li>• Klien mengatakan sekarang jadi mengetahui kenapa lututnya suka mengalami nyeri setelah dijelaskan kemabali.</li> <li>• Klien mengatakan sekarang menjadi mengerti tentang teknik yang akan diberikan ( relaksasi nafas dalam), dan menjadi tahu apa yang harus dilakukan saat nyeri muncul.</li> <li>• Klien mengatakan sekarang sudah bisa melakukan teknik relaksasi nafas dalam sendiri tanpa harus di dampingi (relaksasi nafas dalam)</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• PQRS P : Aktivitas yang berlebihan dan terlalu lama. Q : Rasanya nut-nut R : Kedua lututnya</li> </ul>	

				<p>S : 4 (Rentang 1-10)  T : Hilang timbul (muncul saat melakukan aktivitas berlebih dan hilang saat istirahat)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien nampak masih mengeluh hal yang sama tapi sudah sedikit berkurang, dan klien tahu cara mengurangi rasa nyeri saat nyeri muncul dengan melakukan teknik relaksasi nafas dalam yang sudah di ajarkan. Faktor yang meringankan nyeri saat klien beristirahat atau berslonjoran di kasur.</li> <li>• Klien terlihat senang dan antusias saat berlatih teknik relaksasi nafas dalam kembali.</li> <li>• Klien tampak sudah mengetahui kenapa lututnya suka mengalami nyeri setelah dijelaskan kembali.</li> <li>• Klien tampak sudah mengetahui apa itu tehnik relaksasi nafas dalam dan tujuannya digunakan untuk apa, sehingga klien mampu mengaplikasikannya secara mandiri dan sesuai kebutuhan</li> <li>• Klien tampak melakukan teknik relaksasi nafas dalam secara mandiri tanpa diarahkan kembali tanpa didampingi</li> </ul> <p>A. Masalah teratasi sebagian ( pada keluhan nyeri belum hilang akan tetapi sudah mulai menurun dan hanya dibantu untuk menguranginya dengan teknik relaksasi yang di ajarkan)</p> <p>P. intervensi dilanjutkan ( akan didampingi oleh perawat panti yang bertugas)</p>	
2	Gangguan Mobilitas Fisik b.d Nyeri		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</li> <li>• Mengidentifikasi keluhan fisik melakukan pergerakan</li> <li>• Memfasilitasi melakukan pergerakan (senam bugar lansia)</li> <li>• Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi</li> <li>• Mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan</li> </ul>	<p>S.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan tidak memiliki keluhan fisik lainnya selain yang sedang dirasakan saat ini, setelah melakukan teknik teknik relaksasi yang di ajarkan juga mengatakan tidak timbul keluhan fisik yang baru.</li> <li>• Klien mengatakan sudah sedikit berkurang keluhan fisik yang dialaminya saat beraktivitas berlebih merasakan nyeri dan kaku dibagian lututnya</li> </ul>	

				<ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan sangat bersemangat untuk melakukan senam bugar lansia, karena klien merasa sangat terbantu dengan melakukan senam bugar lansia untuk tubuhnya.</li> <li>• Klien mengatakan saat ini mengerti tujuan dan prosedur melakukan mobilisasi setelah dijelaskan berkali kali.</li> <li>• Klien mengatakan sudah melakukan dan mengikuti yang dianjurkan dengan rutin ( bangun dari tempat tidur lalu berjalan ke tempat duduk)</li> </ul> <p>0.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien tampak tidak memiliki keluhan fisik sebelum maupun sesudah melakukan teknik teknik yang sudah di ajarkan</li> <li>• Keluhan fisik klien sudah sedikit terbantu dengan teknik yang sudah di ajarkan</li> <li>• Klien sangat terlihat kooperatif dan bersemangat dalam melakukan senam bugar lansia karena berpengaruh untuk dirinya</li> <li>• Setelah dijelaskan berulang kali klien mengerti tujuan dan prosedur melakukan mobilisasi</li> <li>• Klien tampak sedang melakukan teknik mobilisasi sederhana yang di ajarkan secara rutin, bebrapa kali terlihat tanpa sepengetahuan klien</li> </ul> <p>A. Masalah teratasi</p> <p>P. Intervensi dilanjutkan</p>	
3.	Ansietas b,d Kurang terpapar informasi		<ul style="list-style-type: none"> <li>• mengidentifikasi teknik relaksasi yang pernah efektif digunakan.</li> <li>• Memeriksa frekuensi nadi, tekanan darah dan suhu sebelum dan sesudah latihan.</li> <li>• Memonitor respon klien terhadap teknik relaksasi. Dengan cara mengobservasi respon klien saat akan melakukan tehnik relaksai dengan terapi musik</li> </ul>	<p>S.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan baru kali ini di ajarkan teknik relaksasi dan senang karena sangat terbantu</li> <li>• Klien mengatakan sangat senang dan menikmati terapi yang sudah diberikan dan merasa sangat terbantu karena terapi yang diberikan</li> <li>• Klien mengatakan sangat ingin melakukan terapi musik kembali</li> </ul>	

			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Menggunakan relaksasi sebagai strategi penunjang dalam analgesik atau tindakan medis lain, jika sesuai. ( Terapi musik )</li> <li>• menjelaskan tujuan, manfaat, batasan , dan jenis relaksasi terapi musik.</li> <li>• Menganjurkan mengambil posisi yang nyaman</li> <li>• Menganjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan kini sudah mengerti tujuan terapi musik di berikan dan merasakan efek yang cukup baik untuk dirinya,</li> <li>• Klien mengatakan posisi ternyaman yang klien pilih sama dengan rebahan di kasur tempat tidur</li> <li>• Klien mengatakan hari ini sangat nyaman dan tenang saat melakukan teknik terapi musik yang diberikan</li> </ul> <p>O.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan baru kali ini di ajarkan teknik relaksasi, dan senang karena sangat terbantu.</li> <li>• TTV:  TD : 125/80 mmHg  RR : 18x/menit  Nadi : 90x/menit  Suhu : 36,3,C</li> <li>• Klien terlihat senang dan nyaman saat menikmati terapi musik, dan merasa terbantu oleh terapi musik yang sudah diberikan.</li> <li>• Klien tampak sedang melakukan terapi musik ( untuk terapi selanjutnya jika dibutuhkan akan dibantu oleh perawat yang bertugas di panti )</li> <li>• Setelah dijelaskan berulang kali klien terlihat sudah mengerti tentang tujuan terapi musik yang diberikan.</li> <li>• Klien terlihat nyaman tiduran di kasur</li> <li>• Klien terlihat lebih tenang dan nyaman saat melakukan teknik terapi musik yang diberikan.</li> </ul> <p>A. Masalah teratasi  P. Intervensi dihentikan</p>	
--	--	--	---	--	--

Tabel 3. 26 Catatan Perkembangan Hari 3

## **BAB IV**

### **PEMBAHASAN**

Pada bab ini penulis akan menguraikan pembahasan antara tinjauan teoritis dengan laporan kasus penulis tentang “Asuhan keperawatan pada Ny,R dan Ny,P dengan osteoarthritis menggunakan terapi komplementer senam bugar lansia di Wisma Melati Panti Sosial Tresna Werdha Budi Mulia 4 Ciracas tahun 2023’ Asuhan keperawatan tersebut meliputi : Pengkajian, merumuskan diagnose keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan.

#### **A. Pengkajian**

##### **1. Menurut Teori**

Osteoarthritis merupakan suatu gangguan kesehatan degeneratif dimana terjadi kekakuan dan peradangan pada persendian yang ditandai dengan kerusakan rawan sendi sehingga dapat menyebabkan nyeri pada sendi tangan, leher, punggung, pinggang, dan yang paling sering adalah pada sendi lutut (Kalim & Wahono, 2019). Osteoarthritis merupakan penyakit degeneratif jangka panjang yang ditandai dengan kemunduran tulang rawan sendi yang menyebabkan tulang saling bergesekan yang dapat memicu timbulnya nyeri, kekakuan dan gangguan aktivitas sehari-hari (Herawaty, 2022).

Osteoarthritis disebabkan oleh faktor faktor biomekanik dan biokimia. Faktor biomekanik di karenakan kegagalan mekanisme protektif, seperti kapsul sendi, ligament, otot-otot, serabut aferen, dan tulang-tulang pada sendi. Osteoarthritis juga bisa terjadi akibat komplikasi dari penyakit sendi yang lain Osteoarthritis merupakan penyakit yang belum jelas diketahui penyebabnya tetapi terdapat predisposisi yang dapat mengakibatkan penyakit ini yaitu : faktor usia, jenis kelamin, obesitas, dan penyakit sendi lainnya. Menurut Ismaningsih & Selviani, (2018)

##### **2. Menurut Kasus**

a. Kasus 1

pengkajian didapatkan Keluhan utama klien mengatakan sering mengeluh sakit pada sendi lutut terutama saat di gerakkan pertama kali saat hendak melakukan aktivitas, sakit yang dirasakan hilang timbul kurang lebih sudah dirasakan selama 2 sampai 3 tahun, sakit dirasakan pada bagian lutut kaki, klien merasakan nyeri yang dirasakan saat ini semakin bertambah. Hal ini disebabkan karena pekerjaan klien dulu sangat berat sering mengangkat beban berat pada saat beraktivitas. Didapatkan keadaan umum baik dan kesadaran CM, hasil TTV yang didapatkan Tekanan darah klien 155/80 mmHg, Suhu klien 36,50 C, Nadi klien 70x/menit, dan Respirasi klien 18x/menit

b. Kasus 2

Pengkajian didapatkan Pada saat pengkajian klien mengatakan mengalami kelemahan pada bagian lutut apabila nyerinya kambuh, perubahan berat badan pasien tidak mengalami perubahan berat badan, perubahan nafsu makan tidak ada, perubahan masalah pola tidur klien mengatakan ada pola tidur yaitu pada malam klien tidur mulai jam 21.00 – 03.00 WIB akan tetapi pada durasi tidurnya pasien mudah terbangun, kemampuan untuk melakukan aktivitas klien mengatakan berhati hati dalam bergerak karena takut rasa nyerinya muncul kembali, keadaan umum klien baik, kesadaran CM, hasil TTV di dapatkan hasil Pada saat pengkajian TD pasien 130/90 mmHg, Nadi 92x/menit, Respirasi 20x/menit, Suhu 36,6 oC

3. Menurut Penulis

Hasil pengkajian yang didapatkan dari kedua klien kelolaan didapatkan hasil yang memiliki kesamaan dengan teori yang didapatkan. Kedua klien mengeluhkan hal yang sama yaitu nyeri pada bagian lutut, tanda dan gejala yang didapatkan dari kedua kasus memiliki kesamaan dengan hasil teori yang didapatkan

Hasil pengkajian yang dilakukan kepada kedua klien didapatkan sedikit perbedaan, timbulnya nyeri yang dirasakan oleh Ny,R saat hendak memulai aktivitas dan saat setelah jongkok sedangkan yang dirasakan oleh Ny,P nyeri muncul Ketika klien melakukan aktivitas yang berlebihan atau terlalu lama, dan ketika melakukan solat nyeri juga muncul. Perbedaan lain yang ditemukan saat pengkajian seperti rasa nyeri yang muncul untuk Ny,R nyeri berasa seperti nut nutan sedangkan yang dirasakan oleh Ny,P seperti ditusuk tusuk oleh jarum, sedangkan untuk kualitas nyeri yang dirasakan oleh kedua klien terdapat perbedssn, nyeri yang dirasakan oleh Ny,R skala nyeri 5 dari 1 – 10, sedangkan yang di rasakan oleh Ny,P 7 dari 1-10. Kepedulian terhadap keluhan yang dirasakan juga mengalami perbedaan saat dilakukan pengkajian, Ny,R tidak melakukan apa apa terhadap keluhan yang muncul sedangkan yang dilakukan oleh Ny,P memiliki inisiatf untuk melakukan alternatif yaitu memberikan minyak urut untuk dioleskan di bagian lutut meskipun kurang efektif.

## **B. Diagnosa Keperawatan**

### **1. Menurut Teori**

Diagnosa keperawatan ditetapkan berdasarkan analisis dan interpretasi data yang diperoleh dari pengkajian klien. Diagnosa keperawatan memberikan gambaran tentang kesehatan yang nyata atau aktual dan kemungkinan akan terjadi, dimana pengambilan keputusannya dapat dilakukan dalam batas wewenang perawat (Sianturi, 2020). Diagnosa keperawatan bedasarkan SDKI :

- a. Nyeri akut b.d penurunan fungsi tulang, reaksi inflamasi
- b. Nyeri kronis b.d reaksi inflamasi
- c. Gangguan mobilitas fisik b.d kekauan sendi, kerusakan integritas struktur tulang
- d. Deficit perawatan diri b.d penurunan fungsi tulang
- e. Defisiensi pengetahuan b.d kurangnya informasi tentang penyakit
- f. Gangguan pola tidur b.d ketidak mampuan mengontrol nyeri

- g. Gangguan citra tubuh b.d deformitas tulang dan sendi
- h. Intoleran aktivitas b.d kelumpuhan
- i. Ansietas b.d koping tidak efektif
- j. Resiko cedera b.d penurunan fungsi tulang
- k. Resiko jatuh b.d hilangnya

## 2. Menurut Kasus

### a. Kasus 1

Pada kasus pertama penulis menegakan 3 diagnosa sesuai dengan keluhan yang klien rasakan, penentuan diagnosa keperawatan berdasarkan prioritas yang didapatkan dari kondisi klien:

- 1) Nyeri kronis b.d kondisi muskuloskeletal kronis d.d kondisi kronis
- 2) Gangguan mobilitas fisik b.d kekakuan sendi d.d osteoarthritis
- 3) Risiko Jatuh b.d penggunaan alat bantu berjalan d.d penyakit kronis

### b. Kasus 2

Pada kasus kedua penulis menegakan 3 diagnosa sesuai dengan keluhan yang klien rasakan, penentuan diagnosa keperawatan berdasarkan prioritas yang didapatkan dari kondisi klien:

- 1) Nyeri kronis b.d kondisi muskuloskeletal kronis d.d kondisi kronis
- 2) Gangguan Mobilitas Fisik b.d Nyeri
- 3) Ansietas b,d Kurang terpapar informasi

## 3. Menurut Penulis

Perbandingan antara diagnosa teori dengan diagnosa yang ditemukan pada klien memiliki persamaan diagnosa dan terdapat sedikit kesenjangan, hal tersebut dikarenakan sesuai dengan pengkajian yang didapatkan dan disesuaikan dengan keluhan keluhan yang dirasakan oleh klien.

Berdasarkan SDKI terdapat beberapa diagnosa yang dapat diangkat dari kedua kasus diatas, dalam kedua kasus di atas terdapat dua kesamaan diagnosa keperawatan nyeri kronis dan gangguan mobilisasi.

Diagnosa utama yang diangkat pada kedua kasus diatas adalah nyeri kronis dikarenakan kedua klien memiliki kesamaan keluhan utama dengan merasakan nyeri pada bagian lutut. Penulis mengangkat nyeri kronis sebagai diagnosa dikarenakan menurut penulis sebelum masuk ke peningkatan mobilitas klien, harus diselesaikan dulu hambatan yang menimbulkan gangguan mobilitas yang di alami oleh kedua klien agar terapi komplementer yang akan digunakan bisa lebih maksimal saat diterapkan

Perbedaan diagnosa keperawatan yang ditemukan pada kedua klien yaitu, pada kasus pertama ditemukan diagnosa Risiko Jatuh b,d penggunaan alat bantu berjalan, diganosa tersebut muncul karena kondisi klien yang membutuhkan alat bantu saat berjalan. Diagnosa yang ditemukan pada kasus kedua muncul Ansietas b,d Kurang terpapar informasi, diagnosa keperawatan tersebut diangkat karena kondisi klien yang mengalami kecemasan yang mengakibatkan klien enggan untuk melakukan aktivitas karena merasakan takut yang disebabkan oleh keluhan keluhan yang di alami saat ini, selain itu klien masih sangat kurang pengetahuan dan terpapar informasi terkait keluhan yang muncul saat ini

### **C. Intervensi**

#### **1. Menurut Teori**

Pemberian rencana keperawatan yang akan dilakukan memiliki acuan sesuai diagnosa keperawatan yang ditemukan dari masing masing klien yang berpedoman pada teori perencanaan keperawatan yang dituliskan dalam buku SLKI sehingga kebutuhan pasien dapat terpenuhi. Intervensi pada tinjauan teori menurut target waktu yang ingin di capai, rencana tindakan yang akan dilakukan berdasarkan standar intervensi keperawatan Indonesia (SIKI), dimana tindakan yang akan dilaksanakan terdiri dari tindakan observasi, terapeutik, edukasi, dan

klaborasi. Target waktu pencapaian kriteria hasil pada semua diagnosa ditemukan dengan rentang waktu yang sama yaitu 3x24 jam

## 2. Menurut Kasus

Pada kasus 1 ny.R penulis melakukan rencana tindakan keperawatan selama 3x24 jam. Intervensi yang digunakan sesuai dengan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI).

- a. Masalah gangguan mobilitas fisik dengan tujuan yang diharapkan kemampuan dalam gerakan fisik dapat meningkat. Intervensi yang dilakukan pada Ny. R sesuai dengan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia ( SIKI ) dengan menerapkan intervensi dengan memfasilitasi penggunaan alat bantu jalan.
- b. Masalah nyeri akut intervensi yang dilakukan pada Ny,R sesuai dengan (SIKI) dengan memberikan tehnik relaksasi nafas dalam
- c. Masalah Risiko jatuh intervensi yang dilakukan pada Ny,R Sesuai dengan (SIKI) dengan memberikan tehnik untuk meningkatkan konsentrasi agar membantu keseimbangan saat berjalan

Pada kasus 2 Ny. P penulis melakukan rencana tindakan keperawatan selama 3x24 jam. Intervensi yang digunakan sesuai dengan SIKI

- a. Masalah nyeri akut pada Ny,P intervensi yang dilakukan sesuai dengan SIKI dengan menerapkan tehnik nonfarmagologis (Tehnik nafas dalam)
- b. Masalah Gangguan mmobilitas fisik pada Ny,P intervensi yang digunakan sesuai dengan SIKI Memfasilitasi melakukan pergerakan menggunakan alat bantu jalan tongkat Elbow siku
- c. Masalah Ansietas pada Ny,P intervensi yang digunakan sesuai dengan SIKI menggunakan tgehnik relaksasi (Terapi music)

## 3. Menurut Penulis

Intervensi yang digunakan untuk kedua kasus sesuai dengan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI). Menurut penulis ada beberapa

tambahan intervensi pada masalah anisetas yang berpedoman pada Peneliti pendahulu: Menurut (Anastasia, 2018) ada terapi yang mampu membantu menurunkan tingkat kecemasan pada lansia dengan menerapkan swadish massage, terapi swadish massage memiliki manfaat fisiologis berupa peningkatan aliran darah oleh karena itu merangsang peningkatan produksi hormon endorphin yang mampu memberikan rasa senang yang dapat mengurangi stress.

#### **D. Implementasi**

Berdasarkan tahap implementasi keperawatan, upaya untuk merealisasikan rencana tindakan keperawatan yang telah ditetapkan yaitu membina hubungan saling percaya yang merupakan hal sangat penting dalam tahap pelaksanaan ini, sehingga upaya pelaksanaan atau tindakan yang dilaksanakan dapat diterima sebagai upaya untuk memecahkan masalah. Implementasi dilakukan penulis selama 3 hari pada kedua kasus. Implementasi pada Ny. R di mulai pada 13 Februari 2023 sampai 15 Februari 2023. Dan implementasi yang dilaksanakan pada Ny. P dimulai pada 17 Februari 2023 sampai 20 Februari 2023. Pada studi kasus ini penulis melakukan implementasi dan mengevaluasi keadaan klien setiap hari sesuai dengan intervensi atau rencana keperawatan.

Implementasi utama yang diprioritaskan oleh penulis terhadap kedua klien yaitu senam bugar lansia yang bertujuan untuk meningkatkan tingkat mobilisasi kedua klien. Hasil dari implementasi senam bugar lansia didapatkan hasil yang cukup memiliki perbedaan dengan segala factor yang terdapat pada kedua klien meskipun implementasi sudah berjalan sesuai dengan yang diharapkan.

Penerapan senam bugar lansia pada kasus pertama memiliki hasil yang mampu meningkatkan tingkat mobilisasi klien akan tetapi disini klien masih harus menggunakan alat bantu untuk melakukan aktivitas sehingga terlihat kurang maksimal dalam meningkatkan tingkat mobilisasi klien. Sedangkan penerapan senam bugar lansia pada kasus kedua klien tampak jauh lebih bugar

dan semangat melakukan aktivitas dan meningkatnya tingkat mobilisasi dari pada sebelum dilakukan asuhan keperawatan yang diterapkan, klien terlihat lebih berani melakukan pergerakan sehingga mampu meningkatkan mobilisasi klien.

Penerapan senam bugar lansia kepada kedua klien meskipun berjalan dengan lancar dan kedua klien mampu menerapkan senam dengan baik, menghasilkan hasil yang sedikit berbeda dikarenakan banyaknya factor seperti usia kedua klien, tingkat keparahan keluhan yang dirasakan, dan juga faktor beban kerja kedua klien di masa lalu.

## **E. Evaluasi**

Evaluasi adalah tindakan intelektual untuk melengkapi proses keperawatan yang mengadakan seberapa jauh diagnosa keperawatan, rencana tindakan dan pelaksanaannya sudah berhasil di capai berdasarkan tujuan yang telah dibuat dalam perencanaan keperawatan. Evaluasi yang digunakan berbentuk respon S (subjektif), O (objektif), A (analisa), P (perencanaan terhadap analisis). Evaluasi dilakukan setiap hari pada kedua kasus yaitu menggunakan evaluasi SOAP, evaluasi diberikan setelah dilakukan implementasi kepada klien.

Evaluasi yang dilakukan pada Ny. R di hari terakhir setelah dilakukan intervensi dan implementasi yaitu klien masih mengeluh nyeri dengan skala nyeri 3, sudah mulai bisa beraktivitas mandiri namun masih perlu dibantu menggunakan alat bantu dikarenakan masih merasa nyeri dan sedikit kaku, klien juga sudah mampu mengatasi dan mengurangi rasa nyeri dengan menerapkan tehnik relaksasi yang muncul sesuai kebutuhan. Senam bugar yang diterapkan pada Ny,R sedikit mampu memantu meskipun masih belum optimal dikarenakan masih muncul nyeri dan harus menggunakan alat bantu tingkat mobilisasi Ny,R juga tidak mengalami perubahan yang signifikan.

Evaluasi yang dilakukan pada Ny. P di hari terakhir setelah dilakukan intervensi dan implementasi yaitu klien masih mengeluh merasakan nyeri

dengan skala nyeri 4 hal ini terlihat cukup menurun dari hasil pengkajian yang didapatkan yaitu 7, klien merasa sangat terbantu dengan tehnik relaksasi yang diberikan. Tingkat mobilisasi Ny,P juga terlihat sangat meningkat, sudah tidak lagi merasa takut untuk melakukan pergerakan dan mobilisasi. Ny,P juga mampu menerapkan tehnik relaksasi sesuai kebutuhan yang sedang dirasakan, pada kasus Ny,P tehnik senam bugar lansia yang diterapkan menghasilkan efek yang cukup baik untuk meningkatkan mobilisasi Ny, P, klien berjalan dan melakukan aktivitas tidak memerlukan alat bantu berjalan. Sedangkan tingkat ansietas klien sedikit menurun,

Dari hasil evaluasi yang didapatkan dari kedua klien, keduanya masih harus melakukan tehnik tehnik yang sudah di implementasikan selama 3 hari ini, agar mendapatkan hasil yang jauh lebih baik lagi. implementasi yang akan dilakukan berikutnya akan dibantu dengan perawat yang bertugas di wisma melati, perawat akan membantu kesulitan yang dialami klien ketika lupa dan akan membantu mengawasi rutinitas yang akan dilakukan.

## **BAB V**

### **PENUTUP**

#### **A. Kesimpulan**

Berdasarkan pembahasan yang telah diuraikan pada bab sebelumnya, bahwa hasil asuhan keperawatan keluarga tentang “Asuhan keperawatan pada Ny,R dan Ny,P dengan osteoarthritis menggunakan terapi komplementer senam bugar lansia di Wisma Melati Panti Sosial Tresna Werdha Budi Mulia 4 Ciracas Tahun 2023” yang dilakukan pada tanggal Maka diperoleh kesimpulan sebagai berikut:

1. Hasil pengkajian yang dilakukan pada Ny,R dan Ny,P memiliki kesamaan dengan teori : kedua klien mengeluhkan hal yang sama yaitu nyeri pada bagian lutut, tanda dan gejala yang didapatkan dari kedua klien saat dilakukan pengkajian memiliki kesamaan dengan teori yang didapatkan.
2. Diagnosa keperawatan yang diangkat memiliki beberapa kesamaan seperti diagnosa yang ditemukan pada kasus sama dengan teori yaitu: Ny,R. Nyeri kronis b.d kondisi musculoskeletal kronis,Gangguan mobilitas fisik b.d kekuatan sendi, Resiko jatuh b.d penggunaan alat bantu jalan. Ny,P. Nyeri kronis b.d kondisi musculoskeletal kronis, Gangguan mobilitas fisik b.d nyeri, Ansietas b.d kurang terpapar informasi. Diagnosa yang berbeda dari kedua klien yang ditemukan yaitu: untuk klien pertama Ny,R didapatkan diagnosa Resiko jatuh sedangkan kasus kedua Ny p ditemukan diagnosa Ansietas.
3. Rencana asuhan keperawatan dan implementasi keperawatan yang dibuat memiliki perbandingan antara intervensi yang ada di teori dengan intervensi pada kasus dan hanya terdapat sedikit perbedaan pada diagnose ketiga yang diangkat dikarenakan memiliki perbedaan. Intervensi yang dilakukan pada Ny.R dan Ny,P sesuai dengan teori. Tindakan mandiri perawat yang dilakukan pada kedua klien adalah Senam Bugar Lansia, terapi ini cukup efektif dilakukan pada Ny.R dan Ny.P karena klien mampu melakukan secara mandiri.

4. Hasil evaluasi masalah pada pasien teratasi sebagian pada hari ketiga. Untuk penerapan senam bugar lansia cukup efektif untuk meningkatkan tingkat mobilisasi kedua klien, dari hasil yang sudah dilakukan didapatkan hasil yang lebih efektif penerapan senam bugar lansia kepada Ny P, terlihat dari kebugaran dan tingkat mobilisasi yang dilakukan oleh klien, klien tampak tidak memerlukan alat bantu jalan. Evaluasi dari hasil implementasi yang dilakukan pada kedua klien terutama pada penerapan senam bugar lansia memiliki cukup perbedaan yang terlihat, dari tingkat mobilisasi dan tingkat ketergantungan menggunakan alat bantu jalan dalam beraktivitas, perbedaan ini tentunya dapat di karenakan banyak faktor seperti, tingkat kemauan klien menerapkan semua yang diajarkan secara mandiri, faktor usia yang dimana Ny,p lebih muda dari Ny r, tingkat aktivitas dan beban kerja kedua klien juga menjadi salah satu faktor dimana beban kerja yang dimiliki Ny,R dimasalalu lebih tinggi dari beban kerja Ny,P, faktor lain yang bisa mempengaruhi yaitu tingkat keparahan gejala yang dirasakan oleh kedua klien.

## **B. Saran**

### **1. Bagi PSTW**

Saran kepada perawat dan pekerja sosial PSTW untuk dapat mengoptimalkan kinerja dalam menerapkan asuhan keperawatan kepada warga binaan social terutama yang memiliki keluhan dalam mobilisasi untuk memotivasi klien dan mengajarkan klien dalam melakukan senam buar lansia. Tingkat perhatian kepada lansia harus lebih ditingkatkan agar warga binaan lebih termotivasi menjaga kesehatan, yang sehingga mutu asuhan keperawatan dapat dipertahankan dan ditingkatkan serta kerjasama tim yang baik selama ini.

### **2. Institusi Pendidikan**

Pembimbing sudah memfasilitasi mahasiswa dalam pembelajaran dan bimbingan saat mengerjakan tugas akhir untuk memberikan asuhan keperawatan kepada klien. Hasil tugas akhir ini diharapkan dapat

memberikan tambahan pengetahuan dan masukan dalam pengembangan ilmu keperawatan serta meningkatkan kualitas pendidikan keperawatan khususnya ilmu keperawatan gerontik.

### 3. Bagi Klien

Penulis berharap dalam penulisan ini dapat dijadikan dasar bagi kedua klien untuk meningkatkan kesehatan pada klien. Cara mengatasi nyeri yang dirasakan cukup penting agar kedua klien mampu untuk meningkatkan mobilisasi agar tidak memperburuk tingkat kekakuan sendi yang dirasakan oleh kedua klien. Diharapkan kedua klien mampu melakukan terapi yang sudah diajarkan secara rutin.

## DAFTAR PUSTAKA

- BPS, B. P. s. (2020). Populasi Lansia Di Indonesia.
- Hartini, T. R. (2018). Meningkatkan Kualitas Hidup Lansia Konsep dan Berbagai Intervensi. *Wineka Media*.
- Herawaty, M. (2022). Pengaruh Pemberian Senam Lansia Dan Stretching Knee 50 Terhadap kemampuan Fungsional Pada Osteoarthritis Knee. *Journal of App;ied Health Research and Development*.
- Lestari, F. (2022). Pengaruh Senam Lansia Terhadap Tingkat Nyeri Lutut Pada Lansia di RW 02 Desa Kayu Bongkok KEC, Sepatan KAB, Tangerangbg. *Nusantara hasana Journal*.
- Ningrum, N. (2021). Mobilitas Fisik pada Diagnosa Medis Osteoarthritis Di Desa Pasirian Lumajang. *Karya Tulis Ilmiah*.
- PPNI, T. P. (2018). Standart Intervensi Keperawatan Indonesia. *Indomedia Pustaka*.
- Siregar, D. (2021). Pengantar Proses Keperawatan Konsep, Teori dan Aplikasi. *Yayan Kita Menulis*.
- Sya"diah, H. (2018). Keperawatan Lanjut Usia Teori dan Aplikasi. *Indomedia Pustaka*.
- Titanic, P. Y. (2022). Hubungan Rasa Nyeri Nyaman Dengan Tingkat Kualitas Hidup Lansia Di Panti Sosial Tresna Wreda Kota Bengkulu. *Tarumanegara Medical Journal*.
- Wijaya, S. (2018). Osteoarthritis Lutut. *Jurnal Cermin Dunia Kedokteran*.
- Winangun. (2019). Diagnosis Dan Tatalaksana Komprehensif Osteoarthritis. *Jurnal Kedokteran*.