

BAB III

FORMAT PENGKAJIAN KEPERAWATAN GERONTIK

Nama Mahasiswa : Salshabilla Rachmawati
Tempat Praktik : BPSTW Abiyoso Yogyakarta
Tanggal Praktik : 13 – 26 Mei 2024
Tanggal Pengkajian : 13 Mei 2024

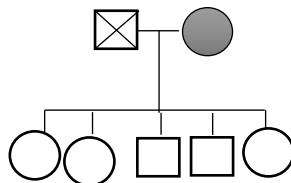
A. Pengkajian Keperawatan Ny. K

1. RIWAYAT KLIEN/ DATA UMUM KLIEN

Nama : Ny.K
Tempat/ tgl lahir/usia : 71 tahun
Alamat : Badran, Yogyakarta
Jenis kelamin : Perempuan
Suku : Jawa
Agama : Islam
Pendidikan : SD
Status Perkawinan : Cerai mati
Tanggal masuk PSTW : 25 Januari 2022

2. KELUARGA/ PENANGGUNG JAWAB

Nama : Tn. S
Alamat : Badran
Hubungan dgn klien : Ketua RW di lingkungan rumah pasien



Gambar 3.1 Genogram Ny.K

Keterangan :

☐ : Laki-laki
○ : Perempuan

● : Pasien

☒ : Meninggal

3. STATUS KESEHATAN SAAT INI

Status kesehatan umum selama 1 tahun : Lansia mengatakan nyeri pada lutut bagian kanan dan kiri

Keluhan utama saat ini: Lansia mengatakan nyeri pada lutut bagian kanan dan kiri,

P : Nyeri riwayat cedera (jatuh dari motor) dan faktor usia

Q : Nyeri seperti ditusuk-tusuk

R : Ekstermitas bawah kanan dan kiri pada bagian lutut

S : Nyeri Skala 4

T : Nyeri hilang timbul

Lansia mengatakan nyeri sudah ada sejak lebih dari 1 tahun, lansia mengatakan nyeri pada lutut menyebabkan sulit jongkok dan berdiri sehingga lansia sulit untuk beraktifitas, lansia mengeluh sulit berjalan karena kaki yang terasa nyeri sehingga berjalan lansia harus di bantu.

Riwayat kesehatan keluarga : Lansia mengatakan tidak ada riwayat penyakit keluarga

Riwayat alergi: Lansia mengatakan tidak ada riwayat alergi makanan ataupun obat

4. POLA KEBIASAAN SEHARI – HARI

a. Nutrisi

BB : 58kg

TB : 150cm

IMT: (Normal)

Gizi kurang

Gizi cukup

Gizi baik

Biokimia : Tidak Terkaji

Kolesterol : 178

Asam urat : 8,9

Glukosa : 43

Frekuensi makan : Lansia mengatakan bahwa hanya makan 2x sehari

Nafsu makan : Lansia mengatakan kadang nafsu makan baik kadang kurang baik

Jenis makanan : Lansia mengatakan menyukai nasi, lauk, sayuran dan buah

Keluhan yang b/d makan : Lansia mengatakan tidak ada masalah dengan makanan

Alergi makanan : Lansia mengatakan tidak ada alergi makanan

b. Eliminasi

1) BAK

Frekuensi dan waktu : Lansia mengatakan dapat BAK sekitar 3-4 kali sehari

Kebiasaan BAK malam hari : Lansia mengatakan jarang BAK di malam hari

Keluhan yg b/d BAK : Lansia mengatakan nyeri saat BAK

2) BAB

Frekuensi dan waktu : Lansia mengatakan BAB 1x dalam 3 hari (tidak menentu)

Konsistensi : Lansia mengatakan konsistensi lembek

Riwayat penggunaan laksatif : Lansia mengatakan bahwa tidak menggunakan obat pencahar

c. Personal Hygiene

1) Mandi

Frekuensi mandi dan waktu : Lansia mengatakan mandi 1x sehari (sore)

Pemakaian sabun : Ya / ~~Tidak~~

2) Oral Hygiene

Frekuensi dan waktu gosok gigi : Lansia mengatakan gosok gigi pada saat mandi 1x gosok gigi (sore)

3) Cuci Rambut

Frekuensi : Lansia mengatakan keramas 1x dalam 3 hari

Penggunaan Shampo : Ya / ~~Tidak~~

4) Kuku dan Tangan

Frekuensi gunting kuku : Lansia mengatakan gunting kuku 1x dalam seminggu (hari jum'at)

Kebiasaan mencuci tangan menggunakan sabun : Lansia mengatakan jarang mencuci tangan

d. Istirahat dan Tidur

Lama tidur malam : Lansia mengatakan tidur sekitar 6 jam (jam 22.00-03.00)

Tidur siang : Lansia mengatakan tidur siang sekitar 2 jam (jam 13.00-15.00)

e. Kebiasaan mengisi waktu luang

Olahraga : Lansia sering mengikuti kegiatan enam pagi

Nonton TV : Lansia terlihat jarang menonton tv

Ketrampilan : Lansia terlihat jarang mengikuti ketrampilan

f. Kebiasaan yang mempengaruhi kesehatan (Jenis/ frekuensi/ Jumlah/ lama pakai)

Merokok : (~~Ya~~/ Tidak)

Minuman keras : (~~Ya~~/ Tidak)

Ketergantungan terhadap obat : (~~Ya~~/ tidak)

Uraian kronologis kegiatan sehari – hari

Tabel 3. 1 Uraian Kronologis kegiatan sehari-hari Ny. K

Jenis Kegiatan	Lama waktu untuk setiap kegiatan
1. Senam pagi	30 menit
2. Duduk di halaman	1 jam
3. Mandi sore	30 menit
4. Sholat	15 menit

5. PEMERIKSAAN FISIK

a. Umum

Keadaan umum : Composmentis

Nyeri :

P : Lansia mengatakan nyeri terjadi karena riwayat tertabrak motor

Q : Lansia mengatakan nyeri seperti ditusuk tusuk

R : Lansia mengatakan nyeri pada bagian lutut sebelah kanan dan kiri

S : Lansia mengatakan nyeri skala 4

T : Lansia mengatakan nyeri hilang timbul

b. Sistem persepsi sensori

- Pendengaran

Perubahan pendengaran : Terlihat ada gangguan pendengaran pada lansia

Sensitivitas pendengaran : Lansia mengatakan kurang dapat mendengar dengan jelas

- Penglihatan

Perubahan penglihatan : Lansia mengatakan penglihatan sedikit kabur

Kacamata/ lensa kontak : Lansia terlihat tidak memakai kacamata/lensa kontak

Kabur : Lansia mengatakan penglihatan sedikit kabur

- Pengecap/Penghidung

Alergi : Lansia mengatakan bahwa tidak ada alergi

Mulut : Terlihat mulut lansia sedikit kering

Kesulitan menelan : Lansia mengatakan tidak ada kesulitan menelan

- Peraba

Peraba lansia masih berfungsi dengan baik

c. Sistem Pernafasan

Thorax

Inspeksi : Terlihat bentuk dada simetris kanan dan kiri, warna kulit sama dengan sekitarnya, tidak ada lesi, tidak ada otot bantu pernapasan.

Palpasi : Teraba tidak ada benjolan, tidak ada nyeri tekan.

Perkusi : Terdengar suara sonor

Auskultasi : Suara nafas lansia terdengar vesikuler

Tgl dan hasil Px Rotgen : Tidak ada hasil pemeriksaan rontgen

d. Sistem Kardiovaskular

Capillary refill : > 2 detik

e. Sistem Gastrointestinal

Tidak terdapat mual, muntah, nyeri abdomen, ataupun hematemesis
Abdomen

Inspeksi : Tidak terlihat bengkak , hernia, lecet ataupun massa abdomen

Auskultasi : Terdengar suara bising usus 6x

Perkusi : Terdapat suara timpani ke dullness

Palpasi : Tidak terdapat nyeri tekan pada bagian perut

Perubahan kebiasaan defekasi : Tidak terdapat diare, hemoroid, konstipasi,
melena, ataupun perdarahan rectum

Pola defekasi biasanya : Pasien mengatakan BAB 3 hari 1x, konsistensi
lembek, warna kuning

f. Sistem Saraf Pusat

Masalah Koordinasi : Lansia terlihat tidak ada masalah koordinasi

Tremor/ spasme/ tic : Terlihat lansia tremor pada ekstermitas bawah ketika
ada tekanan

Kesadaran : Composmentis

Orientasi orang : Lansia mampu mengenali orang

Orientasi waktu : Lansia terlihat tidak salah mengingat hari, tanggal dan
tahun saat ini, tidak mampu mengingat kapan dibawa kepanti, mampu
mengingat tanggal dan bulan lahir.

g. Sistem Muskuloskeletal

Nyeri persendian : Lansia terlihat kesulitan untuk berjalan, lansia
mengatakan nyeri sendi lutut sebelah kanan dan kiri

Kekakuan : Terdapat kekakuan pada kaki kanan dan kiri lansia

Tidak terdapat deformitas, kram ataupun spasme

Kekuatan otot : Grade 3 (dapat melakukan ROM secara penuh dengan melawan gravitasi tetapi tidak dapat melawan tekanan)

Rentang gerak : Lansia mampu menggerakkan anggota tubuh

Masalah cara berjalan : Terdapat masalah saat berjalan karena sendi pada kaki kanan nyeri di bandingkan kaki kiri, Lansia tidak dapat berjalan dengan mandiri

Sikap tubuh : Terlihat sikap tubuh pasien sedikit bungkuk

h. Sistem Integumen

Terlihat lesi/luka pada jari jempot sebelah kiri, tidak terdapat memar, ataupun kalus

i. Sistem Reproduksi

Wanita

Sistokel/rektokel/prolaps : Tidak terkaji

Penyakit kelamin : Lansia mengatakan tidak pernah memiliki penyakit kelamin

Lesi : Tidak terkaji

Aktivitas seksual : Tidak terkaji

Riwayat menopause : Lansia mengatakan lupa

j. Sistem perkemihan

Lansia mengatakan tidak memiliki dysuria, oliguria, menetes, nokturia, hematuria

Terapi yang di berikan

Amlodipin 2x1

Betahistine 3x1

Paracetamol 2x1

6. Hasil pengkajian khusus

a. Fungsi kognitif : skor 23

No	Aspek kognitif	Nilai maksimal	Nilai	Kriteria

1.	Orientasi	5	3	Menyebutkan dengan benar <ul style="list-style-type: none"> • Tahun • Musim • Tanggal • Hari • Bulan
2	Orientasi Registrasi	5 3	4 3	Dimana sekarang kita berada? <ul style="list-style-type: none"> • Negara • Provinsi • Kabupaten Sebutkan 3 nama objek (kertas, tv, foto) kemudian ditanyakan kepada Ny. H, menjawab <ol style="list-style-type: none"> 1. kertas 2. tv 3. foto
3	Perhatian dan kalkulasi	5	2	Meminta Ny. H berhitung mulai dari 100, kemudian dikurangi 7 sampai 5 tingkat 100, 93, 90, 83, 76, 69, 62
4	Mengingat	3	2	Meminta Ny. H untuk menyebutkan objek pada poin 2 <ol style="list-style-type: none"> 1. kertas 2. lupa 3. lupa

5	Bahasa	9	4	<p>Menanyakan kepada Ny. H tentang benda (sambil menunjuk benda tersebut)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. bolpoin 2. meja <p>Meminta Ny. H untuk mengulangi kata berikut “tak ada jika, dan, atau, tetapi”.</p> <p>Ny. H menjawab -, dan, atau, tetapi</p> <p>Minta Ny .H untuk mengikuti perintah berikut yang terdiri dari 3 langkah.</p> <p>Ambil ballpoint di tangan Anda, ambil kertas, menulis saya mau tidur</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ambil bolpen 2. ambil kertas 3. menulis saya mau tidur <p>Perintahkan Ny.H untuk hal berikut (beri aktivitas sesuai perintah nilai 1 point)</p> <p>Ny. H menutup mata Perintahkan pada Ny.H untuk menuliskan atau kalimat dan menyalin gambar</p>
	TOTAL		18	

b. Fungsi psikologis

Tabel 3. 2 Kuesioner Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS) Ny. K

1. (s) Saya sulit untuk ditenangkan	0	1(√)	2	3
2. (a) Saya merasa mulut saya kering	0(√)	1	2	3
3. (d) Saya tidak dapat merasakan perasaan yang positif	0(√)	1	2	3
4. (a) Saya mengalami kesulitan bernafas	0 (√)	1	2	3
5. (d) Saya sulit mendapatkan semangat untuk melakukan, Sesuatu	0(√)	1	2	3
6. (s) Saya cenderung bertindak berlebihan	0 (√)	1	2	3
7. (a) Saya mengalami gemeteran pada tangan	0(√)	1	2	3
8. (s) Saya merasakan menggunakan banyak energi untuk, Cemas	0(√)	1	2	3
9. (a) Saya merasakan khawatir terhadap situasi yang membuat saya panik dan melakukan hal yang bodoh	0(√)	1	2	3
10. (d) Saya merasa tidak memiliki masa depan	0(√)	1	2	3
11. (s) Saya merasa semakin gelisah	0 (√)	1	2	3
12. (s) Saya sulit untuk relaksasi	0(√)	1	2	3
13. (d) Saya merasa sedih dan murung	0(√)	1	2	3
14. (s) Saya merasa tidak sabar terhadap sesuatu yang membuat saya bertahan dengan apa yang telah saya lakukan	0(√)	1	2	3
15. (a) Saya mudah menjadi panic	0(√)	1	2	3
16. (d) Saya tidak antusias terhadap sesuatu	0(√)	1	2	3
17. (d) Saya merasa tidak berharga	0(√)	1	2	3
18. (s) Saya mudah tersentuh	0(√)	1	2	3
19. (a) Saya merasakan kerja jantung saya	0(√)	1	2	3
20. (a) Saya merasa takut tanpa alasan yang jelas	0(√)	1	2	3
21. (d) Saya merasa hidup ini tidak berarti	0(√)	1	2	3

c. Dukungan keluarga : Skor 6

Tabel 3. 3 APGAR Keluarga Ny. K

APGR	Selalu (2)	Kadang - kadang (1)	Hampir tidak pernah (0)
1. Saya puas bisa kembali pada keluarga saya yang ada untuk membantu pada waktu sesuatu menyusahkan saya(adaptasi)		√	
2. Saya puas dengan cara keluarga saya membicarakan sesuatu dan mengungkapkan masalah dengan		√	

saya(hubungan)			
3. Saya puas bahwa keluarga saya menerima dan mendukung keinginan saya untuk melakukan aktivitas(pertumbuhan)		√	
4. Saya puas dengan cara keluarga saya mengekspresikan afek dan berespon terhadap emosi saya seperti: marah, sedih, atau mencintai (afek)		√	
5. Saya puas dengan cara teman saya dan saya menyediakan waktu bersama-sama	√		
Total	6		

d. Status Kemandirian : Skor 5 (mandiri)

Tabel 3. 4 KATZ INDEX Ny.K

AKTIVITAS Poin (1 atau 0) Poin : 1	KEMANDIRIAN (1 poin) Tidak ada pemantauan, perintah ataupun didampingi	KETERGANTUNGAN (0 poin) Dengan pemantauan, perintah, pendampingan personal atau perawatan total
MANDI Poin : 1	(1 poin) Sanggup mandi sendiri tanpa bantuan, atau hanya memerlukan bantuan pada bagian tubuh tertentu (punggung, genital, atau ekstermitas lumpuh)	(0 poin) Mandi dengan bantuan lebih dari satu bagian tubuh, masuk dan keluar kamar mandi. Dimandikan dengan bantuan total
BERPAKAIAN Poin : 1	(1 poin) Berpakaian lengkap mandiri. Bisa jadi	(0 poin) Membutuhkan bantuan dalam berpakaian, atau

	membutuhkan bantuan untuk memakai sepatu	dipakaikan baju secara keseluruhan
TOILETING Poin :1	(1 poin) Mampu ke kamar kecil (toilet), mengganti pakaian, membersihkan genitalia tanpa bantuan	(0 poin) Butuh bantuan menuju dan keluar toilet, membersihkan, sendiri atau menggunakan telepon
PINDAH POSISI Poin : 1	(1 poin) Masuk dan bangun dari tempat tidur/kursi tanpa bantuan. Alat bantu berpindah posisi bisa diterima	(0 poin) Butuh bantuan dalam berpindah dari tempat tidur ke kursi, atau dibantu total
KONTINENSIA Poin : 1	(1 poin) Mampu mengontrol secara baik perkemihan dan baung air besar	(0 poin) Sebagian atau total inkontinensia bowel dan bladder
MAKAN Poin : 1	(1 poin) Mampu memasukkan makanan ke mulut tanpa bantuan. Persiapan makan bisa dilakukan oleh orang lain	(0 poin) Membutuhkan bantuan sebagian atau total dalam makan, atau memerlukan makanan parenteral
TOTAL		6

7. PSIKOSOSIOBUDAYA DAN SPIRITUAL

a. Psikologis

Perasaan saat ini dalam menghadapi masalah : Lansia mengatakan ada senang ada sedih. Senangnya banyak teman yang lebih peduli, aktivitas rutin, ada teman untuk diajak bicara, semuanya terpenuhi. Sedihnya karena ditinggal oleh suaminya. Pengetahuan lansia tentang masalah/penyakit dilingkungannya lansia mengatakan telah mengetahui penyakit yang dideritanya seperti hipertensi dan nyeri sendi.

b. Sosial

Aktivitas atau peran di masyarakat terlihat lansia jarang mengikuti kegiatan karena keterbatasan dalam melakukan kegiatan. Kebiasaan yang tidak disukai di lingkungan lansia tidak ada.

c. Spiritual

Aktivitas ibadah sehari-hari yang dilakukan lansia yaitu lansia jarang melakukan sholat di masjid karena keterbatasan gerak. Kegiatan keagamaan yang biasa dilakukan lansia yaitu berdoa, Kegiatan ibadah yang saat ini tidak bisa dilakukan yaitu pengajian. Perasaan lansia tersebut sedih karena tidak bisa melaksanakan ibadah tersebut. Upaya lansia mengatasi perasaan tersebut adalah berdoa.

B. Analisa Data

Tabel 3. 5 Analisa Data Ny. K

No	Data	Problem	Etiologi
1.	<p>Ds:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lansia mengatakan pernah jatuh karena tertabrak motor - Lansia mengatakan ektermitas bawah melemah sejak 1 tahun yang lalu, sehingga lansia tidak mampu berjalan mandiri - Lansia mengatakan tidak mampu berpindah jika tidak dibantu - Lansia mengatakan nyeri pada sendi lutut kanan dan kiri, nyeri sudah ada sejak lebih dari 1 tahun 	<p>Nyeri Kronis (D.0143)</p>	<p>Kondisi muskuloskeletal kronis d.d nyeri riwayat cedera (jatuh dari motor), lansia tampak mringis saat berjalan, lansia mengeluh nyeri pada ektermitas bawah kanan dan kiri bagian lutut</p>

	<p>P : nyeri riwayat cedera (jatuh dari motor)</p> <p>Q : nyeri seperti ditusuk-tusuk</p> <p>R : ekstermitas bawah kanan dan kiri bagian lutut</p> <p>S : nyeri skala 4</p> <p>T : nyeri hilang timbul</p> <p>Do:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lansia tampak menggunakan alat bantu jalan yaitu kursi roda - Lansia tampak meringis menahan nyeri saat dibantu berjalan - Lansia tampak tidak mampu beraktivitas karena nyeri 		
2.	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lansia mengeluh sulit jongkok dan berdiri sehingga lansia sulit untuk beraktivitas - Lansia mengeluh sulit berjalan <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lansia tampak kesulitan berjalan dan berdiri 	<p>Gangguan mobilitas fisik (D.0054)</p>	<p>Penurunan kekuatan otot d.d lansia mengeluh sulit menggerakkan kaki</p>

3.	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lansia mengatakan pernah jatuh dari motor <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lansia berusia >65 - Lansia tampak mengalami penurunan kekuatan otot sehingga kesulitan berdiri dan berjalan 	<p>Risiko Jatuh (D.0143)</p>	
----	--	----------------------------------	--

C. Diagnosa Keperawatan

1. Nyeri Kronis b. d Kondisi Muskuloskeletal d.d nyeri riwayat cedera (jatuh dari motor), lansia tampak mringis saat berjalan, lansia mengeluh nyeri pada ekstermitas bawah kanan dan kiri bagian lutut (D.0078)
2. Gangguan mobilitas fisik b.d penurunan kekuatan otot d.d lansia mengeluh sulit menggerakkan kaki (D.0054)
3. Risiko Jatuh d.d Pasien riwayat jatuh tertabrak motor, lansia ≥ 65 (D.0143)

D. Intervensi Keperawatan

Tabel 3. 6 Intervensi Keperawatan Ny. K

No	SDKI	SLKI	SIKI
1	Nyeri kronis b.d kondisi muskuloskeletal	Setelah dilakukan intervensi selama 1 jam maka tingkat nyeri (L.08066) berkurang dengan kriteria hasil : 1. Keluhan nyeri cukup menurun 2. Meringis cukup menurun 3. Perilaku cukup membaik	<p>Manajemen Nyeri (I.08238)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri - Identifikasi skala nyeri - Identifikasi nyeri non verbal - Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri mis: TENS, hypnosis, akupresur, terapi music, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain - Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri misalnya suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan - Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri - Jelaskan strategi meredakan nyeri - Anjurkon memonitor nyeri scara mandiri - Ajarkan teknik farmakologis untuk mengurangi nyeri <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu <p>Perawatan kenyamanan (I.08245)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi gejala yang tidak menyenangkan (mis: mual, nyeri, gatal, sesak) - Identifikasi pemahaman tentang kondisi, situasi dan perasaannya - Identifikasi masalah emosional dan spiritual

			<p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Berikan posisi yang nyaman - Berikan kompres dingin atau hangat - Ciptakan lingkungan yang nyaman - Berikan pemijatan - Berikan terapi akupresur - Berikan terapi hipnosis - Dukung keluarga dan pengasuh terlibat dalam terapi/pengobatan - Diskusikan mengenai situasi dan pilihan terapi/pengobatan yang diinginkan <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan mengenai kondisi dan pilihan terapi/pengobatan - Ajarkan terapi relaksasi - Ajarkan Latihan pernapasan - Ajarkan Teknik distraksi dan imajinasi terbimbing <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi pemberian analgesik, antipruritus, antihistamin, jika perlu <p>Kompres panas (1.08235)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi kontraindikasi kompres panas (mis : penurunan sensasi, penurunan sirkulasi). - Identifikasi kondisi kulit yang akan dilakukan kompres panas - Periksa suhu alat kompres - Monitor suhu kulit atau kerusakan jaringan selama 5 menit pertama <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pilih metode kompres yang nyaman dan mudah di dapat (mis : kantong plastic tahan air, botol air panas, bantalan pemanas listrik) - Pilih lokasi kompres - Balut alat kompres panas dengan kain pelindung, jika perlu - Lakukan kompres panas pada daerah yang cedera <p>Edukasi</p>
--	--	--	--

			- Jelaskan prosedur penggunaan kompres panas
2	Gangguan mobilitas fisik b.d gangguan penurunan kekuatan otot	Setelah dilakukan intervensi selama 1 jam maka mobilitas fisik (L.050420) meningkat dengan kriteria hasil : <ol style="list-style-type: none"> 1. Ekstremitas meningkat 2. Kekuatan otot meningkat 3. Rentang gerak (ROM) meningkat 	<p>Dukungan Ambulasi (I.06171)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya - Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi - Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai ambulasi - Monitor kondisi umum selama melakukan ambulasi <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu (mis: tongkat, kruk) - Fasilitasi melakukan mobilisasi fisik, jika perlu - Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan tujuan dan prosedur ambulasi - Anjurkan melakukan ambulasi dini - Ajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan (mis: berjalan dari tempat tidur ke kursi roda, berjalan dari tempat tidur ke kamar mandi, berjalan sesuai toleransi)
3	Risiko jatuh berhubungan dengan Faktor Risiko Usia ≥ 65	Setelah dilakukan intervensi selama 1 jam maka risiko jatuh (L.14138) menurun dengan kriteria hasil : <ol style="list-style-type: none"> 1. Jatuh saat berdiri menurun 2. Jatuh saat berjalan menurun 3. Jatuh saat dikamar mandi menurun 	<p>Pencegahan Jatuh (I.14540)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi faktor jatuh (mis: usia > 65 tahun, penurunan tingkat kesadaran, defisit kognitif, hipotensi ortostatik, gangguan keseimbangan, gangguan penglihatan, neuropati) - Identifikasi risiko jatuh setidaknya sekali setiap shift atau sesuai dengan kebijakan institusi - Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh (mis: lantai licin, penerangan kurang) - Hitung risiko jatuh dengan menggunakan skala (mis: fall morse scale, humpty dumpty scale), jika perlu - Monitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Orientasikan ruangan pada pasien dan keluarga

			<ul style="list-style-type: none">- Pastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam kondisi terkunci- Atur tempat tidur mekanis pada posisi terendah <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none">- Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah- Anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin- Anjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh- Anjurkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri
--	--	--	---

PERPUSTAKAAN
UNIVERSITAS JENDERAL ACHMAD
YOGYAKARTA

E. Implementasi Keperawatan

Tabel 3. 7 Implementasi Keperawatan Ny. K hari pertama

No	Diagnosa	Jam	Implementasi	Evaluasi	TTD
Hari Ke I : Senin, 13 Mei 2024					
1.	Nyeri kronis b.d kondisi muskuloskeletal kronis	10.00 WIB 10.11 WIB 10.12 WIB 10.13 WIB 10.14 WIB 10.15 WIB 10.17 WIB 10.20 WIB 10.25 WIB	<ol style="list-style-type: none"> Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri Mengidentifikasi skala nyeri Mengidentifikasi nyeri non verbal Mengkaji tingkat nyeri memberikan kompres panas (mis. Penurunan sirkulasi) Mengkaji kondisi kulit yang akan di lakukan kompras panas Memeriksa suhu alat kompres Memilih metode kompres(mis. Kantong plastik tahan air) Memilih lokasi kompres Melakukan kompres panas pada daerah yang cedera 	<p>Senin, 13 Mei, 14.45 WIB</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> Lansia mengatakan nyeri pada lutut berkurang setelah dilakukan kompres hangat <p>P : lansia mengatakan nyeri riwayat jatuh</p> <p>Q : Senut-senut</p> <p>R : Daerah lutut sebelah kanan</p> <p>S : Skala 2</p> <p>T : Hilang timbul</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> Lansia tampak berjalan dibantu Lansia tampak lebih rileks <p>A : Masalah nyeri belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi :</p> <ul style="list-style-type: none"> Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri Identifikasi skala nyeri Identifikasi nyeri non verbal Mengkaji kondisi kulit yang akan di lakukan kompras panas Memeriksa suhu alat kompres 	Bila

				<ul style="list-style-type: none"> - Memiilih metode kompres (mis. Kantong plastik tahan air) - Melakukan kompres panas pada daerah yang cedera - Mengajarkan manajemen nyeri 	
	Gangguan mobilitas fisik b.d penurunan kekuatan otot	07.40 WIB 07.45 WIB 07.46 WIB 07.48 WIB 07.50 WIB	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi 3. Memonitor kondisi umum selama melakukan ambulasi 4. Memfasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu 5. Memfasilitasi melakukan mobilisasi fisik 	<p>Senin, 13 Mei 2024, Jam 14.00 WIB</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lansia mengatakan nyeri berkurang tetapi jika untuk berjalan nyeri bertambah <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lansia tampak bisa berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dengan - Lansia tampak enggan untuk berjalan - Lansia tampak berjalan sedikit demi sedikit <p>A : Dukungan ambulasi teratasi sebagian</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu (mis: tongkat, kruk) - Fasilitasi melakukan mobilisasi fisik 	Bila
2	Risiko jatuh d.d riwayat jatuh tertabrak motor	13.00 WIB 13.14 WIB 13.15 WIB	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh 2. Mengajukan untuk menggunakan alat bantu berjalan 3. Mengajukan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan jika berpindah 4. Mengajukan menggunakan alas kaki 	<p>Senin, 13 Mei 2024, 18.00 WIB</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lansia mengatakan lututnyanya masih nyeri <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lansia tampak menggunakan sandal atau alas kaki untuk mencegah jatuh 	Bila

		13.20 WIB 13.21 WIB	yang tidak licin 5. Menganjurkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri	A : Masalah risiko jatuh teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi <ul style="list-style-type: none"> - Mengevaluasi perasaan pasien - Menganjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan jika berpindah - Menganjurkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri 	
--	--	------------------------	--	--	--

Tabel 3. 8 Implementasi Keperawatan Ny. K Hari kedua

No	Diagnosa	JAM	Implementasi	Evaluasi	TTD
Hari Ke II : Selasa, 14 Mei 2024					
1.	Nyeri kronis b.d kondisi muskuloskeletal kronis	10.00 WIB 10.15 WIB 10.17 WIB 10.20 WIB 10.25 WIB 10.27 WIB	1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Mengidentifikasi skala nyeri 3. Mengidentifikasi nyeri non verbal 4. Memeriksa suhu alat kompres 5. Memilih lokasi kompres 6. Melakukan kompres panas pada daerah yang cedera	Selasa, 14 Mei 2024, Jam 14.50 WIB S : <ul style="list-style-type: none"> - Lansia mengatakan lebih merasa nyaman setelah diberikan kompres hangat O : <ul style="list-style-type: none"> - lansia mengatakan nyeri berkurang, nyeri skala 2 A : Masalah nyeri teratasi sebagian P : lanjutkan intervensi : <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri - Identifikasi skala nyeri 	Bila Bila

				<ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi nyeri non verbal - Mengkaji kondisi kulit yang akan di lakukan kompres panas - Memeriksa suhu alat kompres - Memiilih metode kompres (mis. Kantong plastik tahan air) - Melakukan kompres panas pada daerah yang cedera - Mengajarkan manajemen nyeri 	
2	Gangguan mobilitas fisik b.d penurunan kekuatan otot	07.30 WIB 07.31 WIB 07.34 WIB 07.44 WIB	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi 3. Memonitor kondisi umum selama melakukan ambulasi 4. Memfasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu 	<p>Selasa, 14 Mei 2024, Jam 14.00 WIB</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lansia mengatakan nyeri jika untuk berjalan <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lansia tampak bisa berpindah dari tempat tidur ke kursi roda - Lansia tampak enggan untuk berjalan <p>A : Dukungan ambulasi teratasi sebagian</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu - Fasilitasi melakukan mobilisasi fisik - Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi 	Bila
3	Risiko jatuh d.d riwayat jatuh tertabrak motor	13.00 WIB 13.15 WIB 13.44 WIB	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menganjurkan untuk menggunakan alat bantu berjalan 2. Menganjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan jika berpindah 3. Menganjurkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan 	<p>Selasa, 14 Mei 2024, Jam 17.55 WIB</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lansia mengatakan belum pernah terjatuh dari tempat tidur <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lansia tampak bisa bed rest 	Bila

			saat berdiri	<ul style="list-style-type: none"> - Lansia tampak menggunakan alas kaki ketika berjalan - A : Dukungan ambulasi teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi - Fasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu - Fasilitasi melakukan mobilisasi fisik - Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi 	
--	--	--	--------------	--	--

Tabel 3. 9 Impelementasi Keperawatan Ny. K hari ketiga

No	Diagnosa		Implementasi	Evaluasi	TTD
Hari Ke III : Rabu, 15 Mei 2024					
1.	Nyeri kronis b.d kondisi muskuloskeletal kronis	10.00 WIB 10.05 WIB 10.17 WIB 10.20 WIB 10.21 WIB 10.22 WIB	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Mengidentifikasi skala nyeri 3. Mengidentifikasi nyeri non verbal 4. Memeriksa suhu alat kompres 5. Memilih lokasi kompres 6. Melakukan kompres panas pada daerah yang cedera 	<p>Rabu, 15 Mei 2024, Jam 14.45 WIB</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lansia mengatakan lebih merasa nyaman setelah diberikan kompres hangat - Lansia mengatakan nyeri kembali timbul ketika ada tekanan misalnya untuk menyangga tubuh/berjalan <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lansia mengatakan nyeri berkurang, nyeri skala 2 <p>A : Masalah nyeri teratasi sebagian</p> <p>P : lanjutkan intervensi :</p>	Bila

				<ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri - Identifikasi skala nyeri - Identifikasi nyeri non verbal - Mengkaji kondisi kulit yang akan di lakukan kompras panas - Memeriksa suhu alat kompres - Memiiilih metode kompres (mis. Kantong plastik tahan air) - Melakukan kompres panas pada daerah yang cederaa - Mengajarkan manajemen nyeri 	
2.	Gangguan mobilitas fisik b.d penurunan kekuatan otot	07.30 WIB 07.31 WIB 07.35 WIB	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi 2. Memonitor kondisi umum selama melakukan ambulasi 3. Memfasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu 	<p>Rabu, 15 Mei 2024, Jam 14.55 WIB</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lansia mengatakan nyeri jika untuk berjalan <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lansia tampak bisa berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dengan mandiri <p>A : Dukungan ambulasi teratasi</p> <p>P : Hentikan intervensi</p>	Bila
3.	Risiko jatuh d.d riwayat jatuh tertabrak motor	13.00 WIB 13.11 WIB 13.14 WIB 13.15 WIB	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh 2. Menganjurkan untuk menggunakan alat bantu berjalan 3. Menganjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan jika berpindah 4. Menganjurkan melebarkan jarak kedua 	<p>Rabu, 15 Mei 2024, Jam 18.35 WIB</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lansia mengatakan hilang keseimbangan <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak mengerti apa yang diajarkan <p>A : Masalah risiko jatuh teratasi sebagian</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p>	Bila

			kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri	<ul style="list-style-type: none">- Mengevaluasi perasaan pasien- Menganjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan jika berpindah- Menganjurkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri	
--	--	--	---	---	--

PERPUSTAKAAN
UNIVERSITAS JENDERAL ACHMAD YANUAR
YOGYAKARTA

FORMAT PENGKAJIAN KEPERAWATAN GERONTIK

Nama Mahasiswa : Salshabilla Rachmawati
Tempat Praktik : BPSTW Abiyoso Yogyakarta
Tanggal Praktik : 13 Mei-26 Mei 2024
Tanggal Pengkajian : 13 Mei 2024

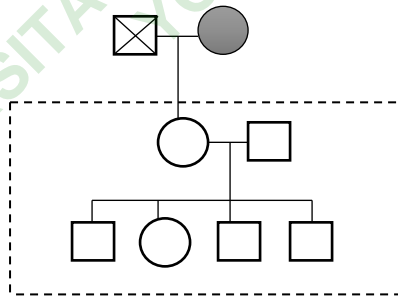
F. Asuhan Keperawatan Ny. H

1. RIWAYAT KLIEN/DATA UMUM KLIEN

Nama : Ny. H
Tempat/tgl lahir/usia : 79 tahun
Alamat : Berbah
Suku : Jawa
Agama : Islam
Pendidikan : SD
Status perkawinan : Cerai mati
Tanggal masuk PSTW : 10 April 2021

2. KELUARGA/PENANGGUNG JAWAB



Nama : Tn. M
Alamat : Berbah
Hubungan dgn klien : Ketua RT di lingkungan rumah pasien



Gambar 3. 1 Genogram Ny.H

Keterangan :

□ : Laki-laki
○ : Perempuan

-  : Pasien
 : Meninggal
 — : Garis perkawinan
 - - - - - : Tinggal satu rumah

3. STATUS KESEHATAN SAAT INI

Status kesehatan umum selama 1 tahun : Lansia mengatakan nyeri pada ekstermitas kanan/bahu

Keluhan utama saat ini : Lansia mengatakan nyeri pada ekstermitas kanan atas yaitu pada bagian bahu

P : nyeri riwayat cedera (tertimpa motor)

Q : nyeri seperti disisir

R : lansia mengatakan nyeri pada bagian tubuh sebelah kanan/bahu

S : lansia mengatakan nyeri skala 3

T : lansia mengatakan nyeri hilang timbul

Lansia mengatakan sulit melakukan aktivitas karena nyeri pada bahu kanan, nyeri bertambah ketika ada tekanan sulit untuk digerakan sehingga mengganggu lansia untuk beraktifitas, Lansia mengeluh saat ini terasa pusing tidak enak badan TD 159/86mmHg

Riwayat kesehatan keluarga : Lansia mengatakan tidak mengetahui riwayat kesehatan keluarganya

Riwayat alergi : Lansia mengatakan tidak memiliki alergi

4. POLA KEBIASAAN SEHARI-HARI

a. Nutrisi

BB : 59kg TB : 150cm IMT : 26,2

Gizi kurang Gizi cukup Gizi baik

Biokimia : tidak terkaji

Kolesterol : 196

Asam urat : 7,5

Glukosa : 31

Frekuensi makan : Lansia mengatakan bahwa hanya 2x sehari atau 1x sehari

Nafsu makan : Lansia mengatakan bahwa akhir-akhir ini tidak nafsu makan

Jenis makanan : Lansia mengatakan menyukai ayam, sayuran, nasi, dll

Keluhan yang b/d makan : Lansia mengatakan bahwa tidak nafsu makan karena mulut terasa pahit

Alergi makanan : Lansia mengatakan bahwa tidak memiliki alergi terhadap makanan

b. Eliminasi

1) BAK

Frekuensi dan waktu : Lansia mengatakan bahwa dapat BAK sekitar 5-7 kali sehari

Kebiasaan BAK malam hari : Lansia mengatakan jarang BAK pada malam hari

Keluhan yg b/d BAK : Lansia mengatakan tidak terdapat keluhan saat BAK

2) BAB

Frekuensi dan waktu : Lansia mengatakan BAB 3 hari 1x dan pada pagi hari

Konsistensi : Lansia mengatakan konsistensi lembek

Riwayat penggunaan laksatif : Lansia mengatakan bahwa tidak pernah menggunakan obat pencahar

c. Personal Hygiene

1) Mandi

Frekuensi mandi dan waktu :

Lansia mengatakan mandi 2x sehari dan pada waktu pagi serta sore hari

Pemakaian sabun : Ya/~~Tidak~~

2) Oral Hygiene

Frekuensi dan waktu gosok gigi : Lansia mengatakan gosok gigi pada saat mandi 2x sehari

3) Cuci Rambut

Frekuensi : Lansia mengatakan keramas 2x dalam 1 minggu

Penggunaan Shampo : Ya/~~Tidak~~

4) Kuku dan Tangan

Frekuensi gunting kuku : Lansia mengatakan 1 minggu 1x

Kebiasaan mencuci tangan menggunakan sabun : Lansia mengatakan sering cuci tangan

Sensitivitas pendengaran : Lansia mengatakan masih dapat mendengar dengan jelas

- Penglihatan

Perubahan penglihatan : Lansia mengatakan masih dapat melihat dengan jelas

Kacamata/lensa kontak : Lansia terlihat tidak memakai kacamata/lensa kontak

Kabur : Lansia mengatakan pandangan tidak kabur

- Pengecap/penghidung

Alergi : Lansia mengatakan bahwa tidak ada alergi

Mulut : Terlihat mulut lansia sedikit kering

Kesulitan menelan : Lansia mengatakan tidak terdapat kesulitan menelan

- Peraba

Peraba lansia masih berfungsi dengan baik

c. Sistem pernafasan

Thorax

Inspeksi : Terlihat tidak ada lesi, terlihat simetris, tidak adanya pembengkakan

Palpasi : Teraba tidak terdapat benjolan

Perkusi : Terdengar suara sonor

Auskultasi : Suara nafas lansia terdengar vesikuler

Tgl dan hasil Px Rotgen : Tidak ada hasil pemeriksaan rontgen

d. Sistem kardiovaskuler

Capillary refill : > 2 detik

e. Sistem Gastrointestinal

Tidak terdapat mual, muntah, nyeri abdomen, ataupun hematemesis

Abdomen

Inspeksi : Tidak terlihat bengkak, hernia, lecet ataupun massa abdomen

Auskultasi : Terdengar suara bising usus 5x

Perkusi : Terdapat suara timpani ke dullness

Palpasi : Tidak terdapat nyeri pada bagian perut

Perubahan kebiasaan defekasi : Tidak terdapat diare, hemoroid, konstipasi, melena, ataupun perdarahan rectum

Pola defekasi biasanya : Pasien mengatakan BAB 3 hari 1x, konsistensi lembek, warna kuning

f. Sistem Saraf Pusat

Masalah koordinasi : Lansia terlihat tidak terdapat masalah pada koordinasi

Tremor/spasme/tic : Terlihat pasien tidak tremor, spasme, ataupun tic

Kesadaran : composmentis

Orientasi orang : Lansia terlihat mampu mengingat nama teman-teman satu wismanya

Orientasi waktu : Lansia terlihat tidak salah mengingat hari, tanggal dan tahun saat ini, mampu mengingat kapan dibawa kepanti, mampu mengingat tanggal dan bulan lahir.

g. Sistem Muskuloskeletal

Nyeri persendian : Lansia terlihat kesulitan untuk berjalan, Lansia mengatakan kakinya kadang terasa nyeri

Kekakuan : Terdapat kekakuan pada kaki lansia

Tidak terdapat deformitas, kram ataupun spasme

Kekuatan otot : Grade 3 (dapat melakukan ROM secara penuh dengan melawan gravitasi tetapi tidak dapat melawan tekanan)

Rentang gerak : Lansia mampu menggerakkan anggota tubuh

Masalah cara berjalan : Terdapat masalah berjalan, lansia dapat berjalan dengan mandiri

Sikap tubuh : Terlihat sikap tubuh pasien sedikit bungkuk

h. Sistem integumen

Terlihat lesi/luka pada jari jempot sebelah kiri, tidak terdapat memar, ataupun kalus

i. Sistem Reproduksi

Wanita

Sistokel/rektokel/prolaps : tidak terkaji

Penyakit kelamin : Lansia mengatakan tidak memiliki penyakit kelamin

Lesi : tidak terkaji

Aktivitas seksual : tidak terkaji

Riwayat menopause : Lansia mengatakan lupa

j. Sistem Perkemihan

Lansia mengatakan tidak memiliki dysuria, oliguria, menetes, nokturia, hematuria

Terapi yang diberikan

Amlodipin 1x1

Ibu profen 1x1

Tetes mata 1x1

Vitamin B kompleks 1x1

6. Hasil pengkajian khusus

a. Fungsi kognitif : skor 26

No	Aspek kognitif	Nilai maksimal	Nilai	Kriteria
1.	Orientasi	5	3	Menyebutkan dengan benar <ul style="list-style-type: none"> • Tahun • Musim • Tanggal • Hari • Bulan
2	Orientasi Registrasi	5 3	5 3	Dimana sekarang kita berada? <ul style="list-style-type: none"> • Negara • Provinsi • Kabupaten Sebutkan 3 nama objek (kertas, tv, foto) kemudian ditanyakan kepada Ny. H, menjawab <ol style="list-style-type: none"> 4. kertas 5. tv 6. foto
3	Perhatian dan kalkulasi	5	5	Meminta Ny. H berhitung mulai dari 100, kemudian dikurangi 7 sampai 5 tingkat

				100, 93, 90, 83, 76, 69, 62
4	Mengingat	3	1	Meminta Ny. H untuk menyebutkan objek pada poin2 4. kertas 5. lupa 6. lupa
5	Bahasa	9	9	Menanyakan kepada Ny. H tentang benda (sambil menunjuk benda tersebut) 3. bolpoin 4. meja Meminta Ny. H untuk mengulangi kata berikut “tak ada jika, dan, atau, tetapi”. Ny. H menjawab -, dan, atau, tetapi Minta Ny .H untuk mengikuti perintah berikut yang terdiri dari 3 langkah. Ambil ballpoint di tangan Anda, ambil kertas, menulis saya mau tidur 4. ambil bolpen 5. ambil kertas 6. menulis saya mau tidur Perintahkan Ny.H untuk hal berikut (beri aktivitas sesuai perintah nilai 1 point)

				Ny. H menutup mata Perintahkan pada Ny.H untuk menuliskan atau kalimat dan menyalin gambar
	TOTAL		26	

b. Fungsi psikologis : Skor 1

1. (s) Saya sulit untuk ditenangkan	0	1(√)	2	3
2. (a) Saya merasa mulut saya kering	0(√)	1	2	3
3. (d) Saya tidak dapat merasakan perasaan yang positif	0(√)	1	2	3
4. (a) Saya mengalami kesulitan bernafas	0 (√)	1	2	3
5. (d) Saya sulit mendapatkan semangat untuk melakukan, Sesuatu	0(√)	1	2	3
6. (s) Saya cenderung bertindak berlebihan	0 (√)	1	2	3
7. (a) Saya mengalami gemeteran pada tangan	0(√)	1	2	3
8. (s) Saya merasakan menggunakan banyak energi untuk, Cemas	0(√)	1	2	3
9. (a) Saya merasakan khawatir terhadap situasi yang membuat saya panik dan melakukan hal yang bodoh	0(√)	1	2	3
10. (d) Saya merasa tidak memiliki masa depan	0(√)	1	2	3
11. (s) Saya merasa semakin gelisah	0 (√)	1	2	3
12. (s) Saya sulit untuk relaksasi	0(√)	1	2	3
13. (d) Saya merasa sedih dan murung	0(√)	1	2	3
14. (s) Saya merasa tidak sabar terhadap sesuatu yang membuat saya bertahan dengan apa yang telah saya lakukan	0(√)	1	2	3
15. (a) Saya mudah menjadi panic	0(√)	1	2	3
16. (d) Saya tidak antusias terhadap sesuatu	0(√)	1	2	3
17. (d) Saya merasa tidak berharga	0(√)	1	2	3
18. (s) Saya mudah tersentuh	0(√)	1	2	3
19. (a) Saya merasakan kerja jantung saya	0(√)	1	2	3
20. (a) Saya merasa takut tanpa alasan yang jelas	0(√)	1	2	3
21. (d) Saya merasa hidup ini tidak berarti	0(√)	1	2	3

c. Dukungan keluarga : Skor 4

APGR	Selalu (2)	Kadang - kadang (1)	Hampir tidak pernah (0)
1. Saya puas bisa kembali pada keluarga saya yang ada untuk membantu pada waktu sesuatu menyusahkan saya(adaptasi)		√	
2. Saya puas dengan cara keluarga saya membicarakan sesuatu dan mengungkapkan masalah dengan saya(hubungan)		√	
3. Saya puas bahwa keluarga saya menerima dan mendukung keinginan saya untuk melakukan aktivitas(pertumbuhan)		√	
4. Saya puas dengan cara keluarga saya mengekspresikan afek dan berespon terhadap emosi saya seperti: marah, sedih, atau mencintai (afek)		√	
5. Saya puas dengan cara teman saya dansaya menyediakan waktu bersama-sama			√
Total	4		

d. Status kemandirian : skor 6 (mandiri)

Tabel 3. 11 Katz Index Ny. H

AKTIVITAS Poin (1 atau 0) Poin : 1	KEMANDIRIAN (1 poin) Tidak ada pemantauan, perintah ataupun didampingi	KETERGANTUNGAN (0 poin) Dengan pemantauan, perintah, pendampingan personal atau perawatan total
MANDI Poin : 1	(1 poin) Sanggup mandi sendiri tanpa bantuan, atau hanya memerlukan	(0 poin) Mandi dengan bantuan lebih dari satu bagian tubuh, masuk dan keluar

	bantuan pada bagian tubuh tertentu (punggung, genital, atau ekstermitas lumpuh)	kamar mandi. Dimandikan dengan bantuan total
BERPAKAIAN Poin : 1	(1 poin) Berpakaian lengkap mandiri. Bisa jadi membutuhkan bantuan untuk memakai sepatu	(0 poin) Membutuhkan bantuan dalam berpakaian, atau dipakaikan baju secara keseluruhan
TOILETING Poin :1	(1 poin) Mampu ke kamar kecil (toilet), mengganti pakaian, membersihkan genitalia tanpa bantuan	(0 poin) Butuh bantuan menuju dan keluar toilet, membersihkan, sendiri atau menggunakan telepon
PINDAH POSISI Poin : 1	(1 poin) Masuk dan bangun dari tempat tidur/kursi tanpa bantuan. Alat bantu berpindah posisi bisa diterima	(0 poin) Butuh bantuan dalam berpindah dari tempat tidur ke kursi, atau dibantu total
KONTINENSIA Poin : 1	(1 poin) Mampu mengontrol secara baik perkemihan dan baung air besar	(0 poin) Sebagian atau total inkontinensia bowel dan bladder
MAKAN Poin : 1	(1 poin) Mampu memasukkan makanan ke mulut tanpa bantuan. Persiapan makan bisa dilakukan oleh orang lain	(0 poin) Membutuhkan bantuan sebagian atau total dalam makan, atau memerlukan makanan parenteral
TOTAL		6

7. PSIKOSOSIALBUDAYA DAN SPIRITUAL

a. Psikologis

Perasaan saat ini dalam menghadapi masalah lansia terlihat pasrah ketika menghadapi suatu masalah. Cara mengatasi perasaan tersebut lansia mengatakan berdoa untuk menatasi masalah dalam hidup. Rencana setelah masalah selesai terlihat lansia belum memiliki rencana kedepannya. Pengetahuan lansia tentang masalah/penyakit dilingkungannya lansia mengatakan telah mengetahui penyakit yang dideritanya seperti hipertensi dan nyeri sendi.

b. Sosial

Aktivitas atau peran dimasyarakat terlihat lansia jarang mengikuti acara yang diadakan oleh BPSTW. Kebiasaan yang tidak disukai dilingkungan lansia mengatakan bahwa dirinya tidak suka jika menjadi bahan gunjingan orang lain. Cara mengatasinya lansia mengatakan tetap melakukan aktivitas untuk melupakan masalah tersebut. Pandangan lansia tentang aktivitas sosial di lingkungannya lansia mengatakan cukup menyenangkan.

c. Spiritual

Aktivitas ibadah sehari-hari yang dilakukan lansia yaitu lansia mengatakan melaksanakan sholat di dalam kamar. Kegiatan keagamaan yang biasa diikuti lansia yaitu kajian pada hari senin. Kegiatan ibadah yang saat ini tidak bisa dilakukan lansia mengatakan tidak ada.

G. Analisa Data

Tabel 3. 12 Analisa Data Ny. H

No	Data	Problem	Etiologi
1.	Ds : - Lansia mengatakan pernah jatuh tertimpa motor - Lansia mengatakan ektermitas melemah sejak 1 tahun yang lalu, sehingga tidak mampu mengangkat tangan secara maksimal	Nyeri kronis (D.0143)	Kondisi muskuloskeletal kronis d.d nyeri riwayat cedera (tertimpa motor) , lansia mengeluh nyeri

	<ul style="list-style-type: none"> - Lansia mengatakan nyeri pada bahu kanan sudah lebih dari 1 tahun P : nyeri riwayat cedera (tertimpa motor) Q : nyeri seperti disisir R : ekstermitas atas kanan S : nyeri skala 3 T : nyeri hilang timbul <p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lansia tampak kesakitan saat menjemur pakaian 		
2.	<p>Ds :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lansia mengeluh sulit menggerakkan tangan dikarenakan riwayat tertimpa motor <p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lansia tampak sulit beraktifitas contohnya saat menjemur pakaian 	Gangguan mobilitas fisik	Penurunan kekuatan otot d.d lansia mengeluh sulit beraktifitas
3.	<p>Ds :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lansia mengatakan sakit pada sebelah kanan sakit ketika gerakkan <p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lansia terlihat menggunakan pegangan yang berada didinding wisma - Lansia terlihat menggunakan alat bantu jalan 	Risiko jatuh (D.0143)	

H. Diagnosa Keperawatan

1. Nyeri kronis b.d Kondisi muskuloskeletal kronis d.d nyeri riwayat cedera (tertimpa motor) lansia mengeluh nyeri (D.0143)
2. Penurunan kekuatan otot d.d lansia mengeluh sulit beraktifitas (D.0054)
3. Risiko jatuh yang dibuktikan dengan usia ≥ 65 tahun, dan penggunaan alat bantu berjalan (D.0143)

PERPUSTAKAAN
UNIVERSITAS JENDERAL ACHMAD YANI
YOGYAKARTA

I. Intervensi Keperawatan

Tabel 3. 13 Intervensi Keperawatan Ny. H

No	SDKI	SLKI	SIKI
1	Nyeri kronis b.d kondisi muskuloskeletal	Setelah dilakukan intervensi selama 1 jam maka tingkat nyeri (L.08066) berkurang dengan kriteria hasil : <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan nyeri cukup menurun 2. Meringis cukup menurun 3. Perilaku cukup membaik 	<p>Manajemen Nyeri (I.08238)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri - Identifikasi skala nyeri - Identifikasi nyeri non verbal - Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri mis: TENS, hypnosis, akupresur, terapi music, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain - Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri misalnya suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan - Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri - Jelaskan strategi meredakan nyeri - Anjurkon memonitor nyeri scara mandiri - Ajarkan teknik farmakologis untuk mengurangi nyeri <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu

			<p>Perawatan kenyamanan (I.08245)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi gejala yang tidak menyenangkan (mis: mual, nyeri, gatal, sesak) - Identifikasi pemahaman tentang kondisi, situasi dan perasaannya - Identifikasi masalah emosional dan spiritual <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Berikan posisi yang nyaman - Berikan kompres dingin atau hangat - Ciptakan lingkungan yang nyaman - Berikan pemijatan - Berikan terapi akupresur - Berikan terapi hipnosis - Dukung keluarga dan pengasuh terlibat dalam terapi/pengobatan - Diskusikan mengenai situasi dan pilihan terapi/pengobatan yang diinginkan <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan mengenai kondisi dan pilihan terapi/pengobatan - Ajarkan terapi relaksasi - Ajarkan Latihan pernapasan - Ajarkan Teknik distraksi dan imajinasi terbimbing <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi pemberian analgesik, antipruritus, antihistamin, jika perlu <p>Kompres panas (I.08235)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi kontraindikasi kompres panas (mis : penurunan
--	--	--	---

			<p>sensasi, penurunan sirkulasi).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi kondisi kulit yang akan dilakukan kompres panas - Periksa suhu alat kompres - Monitor suhu kulit atau kerusakan jaringan selama 5 menit pertama <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pilih metode kompres yang nyaman dan mudah di dapat (mis : kantong plastic tahan air, botol air panas, bantalan pemanas listrik) - Pilih lokasi kompres - Balut alat kompres panas dengan kain pelindung, jika perlu - Lakukan kompres panas pada daerah yang cedera <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan prosedur penggunaan kompres panas
2	Gangguan mobilitas fisik b.d gangguan penurunan kekuatan otot	<p>Setelah dilakukan intervensi selama 1 jam maka mobilitas fisik (L.050420) meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ekstremitas meningkat 2. Kekuatan otot meningkat 	<p>Dukungan Ambulasi (I.06171)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya - Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi - Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai ambulasi - Monitor kondisi umum selama melakukan ambulasi <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu (mis: tongkat, kruk) - Fasilitasi melakukan mobilisasi fisik, jika perlu - Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi <p>Edukasi</p>

			<ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan tujuan dan prosedur ambulasi - Anjurkan melakukan ambulasi dini - Ajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan (mis: berjalan dari tempat tidur ke kursi roda, berjalan dari tempat tidur ke kamar mandi, berjalan sesuai toleransi)
3	Risiko jatuh berhubungan dengan Faktor Risiko Usia ≥ 65	<p>Setelah dilakukan intervensi selama 1 jam maka risiko jatuh (L.14138) menurun dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jatuh saat berdiri menurun 2. Jatuh saat berjalan menurun 3. Jatuh saat dikamar mandi menurun 	<p>Pencegahan Jatuh (I.14540)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi faktor jatuh (mis: usia > 65 tahun, penurunan tingkat kesadaran, defisit kognitif, hipotensi ortostatik, gangguan keseimbangan, gangguan penglihatan, neuropati) - Identifikasi risiko jatuh setidaknya sekali setiap shift atau sesuai dengan kebijakan institusi - Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh (mis: lantai licin, penerangan kurang) - Hitung risiko jatuh dengan menggunakan skala (mis: fall morse scale, humpty dumpty scale), jika perlu - Monitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Orientasikan ruangan pada pasien dan keluarga - Pastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam kondisi terkunci - Atur tempat tidur mekanis pada posisi terendah <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah - Anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin - Anjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh

			<ul style="list-style-type: none">- Anjurkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri
--	--	--	---

PERPUSTAKAAN
UNIVERSITAS JENDERAL ACHMAD YANI
YOGYAKARTA

J. Implementasi Keperawatan

Tabel 3. 14 Implementasi Keperawatan Ny. H

No	Diagnosa	Jam	Implementasi	Evaluasi	TTD
Hari Ke I : Senin, 13 Mei 2024					
1.	Nyeri kronis b.d kondisi muskuloskeletal kronis	11.00 WIB 11.11 WIB 11.12 WIB 11.13 WIB 11.14 WIB 11.15 WIB 11.17 WIB 11.20 WIB 11.25 WIB	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Mengidentifikasi skala nyeri 3. Mengidentifikasi nyeri non verbal 4. Mengkaji tingkat nyeri memberikan kompres panas (mis. Penurunan sirkulasi) 5. Mengkaji kondisi kulit yang akan di lakukan kompras panas 6. Memeriksa suhu alat kompres 7. Memiilih metode kompres(mis. Kantong plastik tahan air) 8. Memilih lokasi kompres 9. Melakukan kompres panas pada daerah yang cedera 	<p>Senin, 13 Mei, 14.45 WIB</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lansia mengatakan nyeri pada bahu kanan sedikit menurun - Lansia mengatakan lebih nyaman saat dilakukan kompres hangat <p>P : lansia mengatakan nyeri riwayat tertimpa motor</p> <p>Q : Disisir</p> <p>R : Daerah bahu sebelah kanan</p> <p>S : Skala 2</p> <p>T : Hilang timbul</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lansia tampak rileks <p>A : Masalah nyeri belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri - Identifikasi skala nyeri - Identifikasi nyeri non verbal - Mengkaji kondisi kulit yang akan di lakukan 	Bila

				kompras panas <ul style="list-style-type: none"> - Memeriksa suhu alat kompres - Memiilih metode kompres (mis. Kantong plastik tahan air) - Melakukan kompres panas pada daerah yang cedera - Mengajarkan manajemen nyeri 	
	Gangguan mobilitas fisik b.d penurunan kekuatan otot	08.40 WIB 08.45 WIB 08.46 WIB 08.48 WIB 08.50 WIB	1. Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi 3. Memonitor kondisi umum selama melakukan ambulasi 4. Memfasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu 5. Memfasilitasi melakukan mobilisasi fisik	Senin, 13 Mei 2024, Jam 14.00 WIB S : <ul style="list-style-type: none"> - Lansia mengatakan nyeri jika untuk beraktivitas O : <ul style="list-style-type: none"> - Lansia tampak bisa menggerakkan ekstermitas namun tidak maksimal A : Dukungan ambulasi teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi <ul style="list-style-type: none"> - Fasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu (mis: tongkat, kruk) - Fasilitasi melakukan mobilisasi fisik 	Bila
2	Risiko jatuh d.d riwayat jatuh tertabrak motor	14.00 WIB 14.14 WIB 14.15 WIB	1. Mengidentifikasi identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh 2. Mengajukan untuk menggunakan alat bantu berjalan 3. Mengajukan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan jika berpindah 4. Mengajukan menggunakan alas kaki	Senin, 13 Mei 2024, 18.00 WIB S : <ul style="list-style-type: none"> - Lansia mengatakan pernah jatuh saat berdiri O : <ul style="list-style-type: none"> - Lansia tampak menggunakan sandal atau alas kaki untuk mencegah jatuh 	Bila

	14.20 WIB 14.21 WIB	yang tidak licin 5. Menganjurkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri	<p>A : Masalah risiko jatuh teratasi sebagian</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengevaluasi perasaan pasien - Menganjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan jika berpindah - Menganjurkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri 	
--	------------------------	--	---	--

Tabel 3. 15 Impelementasi Keperawatan Ny. H Hari kedua

No	Diagnosa	JAM	Implementasi	Evaluasi	TTD
Hari Ke II : Selasa, 14 Mei 2024					
1.	Nyeri kronis b.d kondisi muskuloskeletal kronis	10.00 WIB 10.15 WIB 10.17 WIB 10.20 WIB 10.25 WIB 10.27 WIB	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Mengidentifikasi skala nyeri 3. Mengidentifikasi nyeri non verbal 4. Memeriksa suhu alat kompres 5. Memilih lokasi kompres 6. Melakukan kompres panas pada daerah yang cedera 	<p>Selasa, 14 Mei 2024, Jam 14.50 WIB</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lansia mengatakan lebih merasa nyaman setelah diberikan kompres hangat <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - lansia mengatakan nyeri berkurang, nyeri skala 2 <p>A : Masalah nyeri teratasi sebagian</p> <p>P : lanjutkan intervensi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri - Identifikasi skala nyeri - Identifikasi nyeri non verbal - Mengkaji kondisi kulit yang akan di lakukan kompras panas - Memeriksa suhu alat kompres - Memiilih metode kompres (mis. Kantong plastik tahan air) - Melakukan kompres panas pada daerah yang cedera - Mengajarkan manajemen nyeri 	Bila Bila

2	Gangguan mobilitas fisik b.d penurunan kekuatan otot	07.30 WIB 07.31 WIB 07.34 WIB 07.44 WIB	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi 3. Memonitor kondisi umum selama melakukan ambulasi 4. Memfasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu 	<p>Selasa, 14 Mei 2024, Jam 14.00 WIB</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lansia mengatakan nyeri jika untuk berjalan <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lansia tampak kesulitan menjemur pakaian karen bahu kanan yang sakit <p>A : Dukungan ambulasi teratasi sebagian</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu - Fasilitasi melakukan mobilisasi fisik - Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi 	Bila
3	Risiko jatuh d.d riwayat jatuh tertabrak motor	13.00 WIB 13.15 WIB 13.44 WIB	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menganjurkan untuk menggunakan alat bantu berjalan 2. Menganjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan jika berpindah 3. Menganjurkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri 	<p>Selasa, 14 Mei 2024, Jam 17.55 WIB</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lansia mengatakan belum pernah terjatuh dari tempat tidur <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lansia tampak jalan dibantu menggunakan tongkat - Lansia tampak menggunakan alas kaki ketika berjalan <p>A : Dukungan ambulasi teratasi sebagian</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu - Fasilitasi melakukan mobilisasi fisik - Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi 	Bila

Tabel 3. 16 Implementasi Keperawatan Ny. H Hari ketiga

No	Diagnosa		Implementasi	Evaluasi	TTD
Hari Ke III : Rabu, 15 Mei 2024					
1.	Nyeri kronis b.d kondisi muskuloskeletal kronis	10.00 WIB 10.05 WIB 10.17 WIB 10.20 WIB 10.21 WIB 10.22 WIB	<ol style="list-style-type: none"> Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri Mengidentifikasi skala nyeri Mengidentifikasi nyeri non verbal Memeriksa suhu alat kompres Memilih lokasi kompres Melakukan kompres panas pada daerah yang cedera 	<p>Rabu, 15 Mei 2024, Jam 14.45 WIB</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> Lansia mengatakan lebih merasa nyaman setelah diberikan kompres hangat Lansia mengatakan nyeri kembali timbul ketika ada tekanan misalnya untuk menyangga tubuh/berjalan <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> Lansia mengatakan nyeri berkurang, nyeri skala 2 <p>A : Masalah nyeri teratasi sebagian</p> <p>P : lanjutkan intervensi :</p> <ul style="list-style-type: none"> Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri Identifikasi skala nyeri Identifikasi nyeri non verbal Mengkaji kondisi kulit yang akan di lakukan kompres panas Memeriksa suhu alat kompres Memilih metode kompres (mis. Kantong plastik tahan air) Melakukan kompres panas pada daerah yang cedera 	Bila

				- Mengajarkan manajemen nyeri	
2.	Gangguan mobilitas fisik b.d penurunan kekuatan otot	07.30 WIB 07.31 WIB 07.35 WIB	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi 2. Memonitor kondisi umum selama melakukan ambulasi 3. Memfasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu 	<p>Rabu, 15 Mei 2024, Jam 14.55 WIB</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lansia mengatakan nyeri jika untuk beraktifitas <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - <p>A : Dukungan ambulasi teratasi</p> <p>P : Hentikan intervensi</p>	Bila
3.	Risiko jatuh d.d riwayat jatuh tertabrak motor	13.00 WIB 13.11 WIB 13.14 WIB 13.15 WIB	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh 2. Menganjurkan untuk menggunakan alat bantu berjalan 3. Menganjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan jika berpindah 4. Menganjurkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri 	<p>Rabu, 15 Mei 2024, Jam 18.35 WIB</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lansia mengatakan hilang keseimbangan <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak mengerti apa yang diajarkan <p>A : Masalah risiko jatuh teratasi sebagian</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengevaluasi perasaan pasien - Menganjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan jika berpindah - Menganjurkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri 	Bila