

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Lansia

1. Definisi Lansia

Lansia merupakan seseorang yang telah memasuki usia 60 tahun keatas. Lansia bukan suatu penyakit, namun merupakan tahap lanjut dari suatu proses kehidupan yang ditandai dengan penurunan kemampuan fisik untuk beradaptasi dengan masalah psikososial dan lingkungan (Aniyati & Kamalah, 2018).

2. Batasan-batasan lansia

Menurut Kemenkes RI dalam buku (Kholifah, 2016) menjelaskan batasan lansia adalah sebagai berikut :

- a. Usia lanjut (elderly) antara usia 60-74 tahun,
- b. Usia tua (old) 75-90 tahun, dan
- c. Usia sangat tua (very old) adalah usia >90 tahun

3. Definisi menua

Proses menua adalah suatu proses alami yang akan terjadi pada setiap makhluk hidup. Menurut (Uraningsari & djalali, 2016) menyatakan bahwa semua makhluk hidup memiliki siklus kehidupan menuju tua yang diawali dengan proses kelahiran, tumbuh menjadi dewasa, berkembang biak, menjadi tua dan

akhirnya tutup usia. Sedangkan usia lanjut adalah masa yang tidak bisa dielakkan bagi orang yang dikarunia umur panjang.

4. Perubahan yang terjadi pada lansia
 - a. Perubahan fisik : Sistem indra, sistem Intergumen, sistem muskuloskeletal, tulang, otot, sendi, pencernaan, perkemihan, sistem saraf, dan sistem reproduksi.
 - b. Perubahan kognitif : Memory (Daya ingat,ingatan), kemampuan Belajar (Learning), kemampuan pemahaman (comprehension).
 - c. Perubahan mental
 - d. Perubahan spritual (Kholifah, 2016).

B. Tinjauan Teori

1. Definisi

Mobilisasi adalah suatu kemampuan individu untuk bergerak secara bebas, mudah dan teratur dengan tujuan untuk memenuhi kebutuhan aktifitas guna mempertahankan kesehatannya (Aziz A.2015).

Imobilitas adalah keadaan seseorang tidak dapat bergerak secara bebas karena kondisi yang mengganggu pergerakan (aktivitas) seperti trauma tulang belakang, cedera otak berat di sertai fraktur pada ekstrimitas (Stanley,2017).

2. Etiologi

Penyebab utama imobilisasi adalah adanya rasa nyeri, lemah, kekakuan otot, ketidakseimbangan, dan masalah psikologis. Osteoarthritis merupakan penyebab utama kekakuan pada usia lanjut. Gangguan fungsi kognitif berat seperti pada demensia dan gangguan fungsi mental seperti pada depresi juga menyebabkan imobilisasi. Kekhawatiran keluarga yang berlebihan dapat menyebabkan orang usia lanjut terus menerus berbaring di tempat tidur baik di rumah maupun dirumah sakit.

Penyebab secara umum:

- a. Kelainan postur
- b. Gangguan perkembangan otot
- c. Kerusakan system saraf pusat
- d. Trauma langsung pada system mukuloskeletal dan neuromuscular
- e. Kekakuan otot

3. Patofisiologi

Mobilisasi sangat dipengaruhi oleh sistem neuromuskular, meliputi sistem otot, skeletal, sendi, ligament, tendon, kartilago, dan saraf. Otot Skeletal mengatur gerakan tulang karena adanya kemampuan otot berkontraksi dan relaksasi yang bekerja sebagai sistem pengungkit. Ada dua tipe kontraksi otot: isotonik dan isometrik. Pada kontraksi isotonik, peningkatan tekanan otot menyebabkan otot memendek. Kontraksi isometrik menyebabkan peningkatan tekanan otot atau kerja otot tetapi tidak ada pemendekan atau gerakan aktif dari otot, misalnya,

menganjurkan klien untuk latihan kuadrisep. Gerakan volunter adalah kombinasi dari kontraksi isotonik dan isometrik. Meskipun kontraksi isometrik tidak menyebabkan otot memendek, namun pemakaian energi meningkat. Perawat harus mengenal adanya peningkatan energi (peningkatan kecepatan pernafasan, fluktuasi irama jantung, tekanan darah) karena latihan isometrik. Hal ini menjadi kontra indikasi pada klien yang sakit (infark miokard atau penyakit obstruksi paru kronik). Postur dan Gerakan Otot merefleksikan kepribadian dan suasana hati seseorang dan tergantung pada ukuran skeletal dan perkembangan otot skeletal. Koordinasi dan pengaturan dari kelompok otot tergantung dari tonus otot dan aktifitas dari otot yang berlawanan, sinergis, dan otot yang melawan gravitasi. Tonus otot adalah suatu keadaan tegangan otot yang seimbang.

Ketegangan dapat dipertahankan dengan adanya kontraksi dan relaksasi yang bergantian melalui kerja otot. Tonus otot mempertahankan posisi fungsional tubuh dan mendukung kembalinya aliran darah ke jantung. Immobilisasi menyebabkan aktifitas dan tonus otot menjadi berkurang. Skeletal adalah rangka pendukung tubuh dan terdiri dari empat tipe tulang: panjang, pendek, pipih, dan ireguler (tidak beraturan). Sistem skeletal berfungsi dalam pergerakan, melindungi organ vital, membantu mengatur keseimbangan kalsium, berperan dalam pembentukan sel darah merah. Kartilago permanen tidak mengalami osifikasi kecuali pada usia lanjut dan penyakit, seperti osteoarthritis.

4. Tanda dan Gejala

- a. Dampak fisiologis dari imobilisasi antara lain :

Tabel 2.1
Dampak fisiologis dari imobilisasi

EFEK	HASIL
1) Penurunan konsumsi oksigen maksimum	1) Intoleransi ortostatik
2) Penurunan fungsi ventrikel kiri	2) Peningkatan denyut jantung, sinkop
3) Penurunan volume sekuncup	3) Penurunan kapasitas kebugaran
4) Perlambatan fungsi usus	4) Konstipasi
5) Pengurangan miksi	5) Penurunan evakuasi kandung kemih
6) Gangguan tidur	6) Bermimpi pada siang hari, halusinasi

- b. Efek imobilisasi pada berbagai sistem organ

Tabel 2.2
Efek imobilisasi pada berbagai sistem

ORGAN/SISTEM	PERUBAHAN YANG TERJADI AKIBAT IMOBILISASI
Muskuloskeletal	Osteoporosis, penurunan massa tulang, hilangnya kekuatan otot, penurunan area potong lintang otot, kontraktor, degenerasi rawan sendi, ankilosis, peningkatan tekanan intraartikular, berkurangnya volume sendi
Kardiopulmonal dan pembuluh darah	Peningkatan denyut nadi istirahat, penurunan perfusi miokard, intoleran terhadap ortostatik, penurunan ambilan oksigen maksimal (VO ₂)

	max), deconditioning jantung, penurunan volume plasma, perubahan uji fungsi paru, atelektasis paru, pneumonia, peningkatan stasis vena, peningkatan agresi trombosit, dan hiperkoagulasi
Integument	Peningkatan risiko ulkus dekubitus dan laserasi kulit
Metabolic dan endokrin	Keseimbangan nitrogen negatif, hiperkalsiuria, natriuresis dan deplesi natrium, resistensi insulin (intoleransi glukosa), hyperlipidemia, serta penurunan absorpsi dan metamobilme vitamin/mineral

5. Komplikasi

a. Perubahan metabolic

Secara umum imobilitas dapat mengganggu metabolisme secara normal, mengingat imobilitas dapat menyebabkan turunnya kecepatan metabolisme dalam tubuh. Immobilisasi mengganggu fungsi metabolic normal antara lain laju metabolic: metabolisme karbohidarat, lemak, dan protein, keseimbangan cairan dan elektrolit, ketidakseimbangan kalsium, dan gangguan pencernaan. Keberdaaan infeksius pada klien immobilisasi meningkatkan BMR karena adanya demam dan penyembuhan luka yang membutuhkan peningkatan kebutuhan oksigen selular.

Gangguan metabolik yang mungkin terjadi :

- 1) Defisiensi kalori dan protein merupakan karakteristik klien yang mengalami anoreksia sekunder akibat mobilisasi. Immobilisasi menyebabkan asam amino tidak digunakan dan akan diekskresikan. Pemecahan asam amino akan terus terjadi dan menghasilkan nitrogen sehingga akumulasinya menyebabkan keseimbangan nitrogen negative, kehilangan berat badan , penurunan massa otot, dan kelemahan akibat katabolisme jaringan. Kehilangan masa otot terutama pada hati, jantung, paru-paru, saluran pencernaan dan imunitas.
- 2) Ekskresi kalsium dalam urin, ditingkatkan melalui resorpsi tulang. Hal ini terjadi karena immobilisasi menyebabkan kerja ginjal yang menyebabkan hiperkalsemia.
- 3) Gangguan nutrisi (hipoalbuminemia), immobilisasi akan mempengaruhi system metabolik dan endokrin yang akibatnya akan terjadi perubahan terhadap metabolisme zat gizi. Salah satu yang terjadi adalah perubahan metabolisme protein. Kadar plasma kortisol lebih tinggi pada usia lanjut yang immobilisasi sehingga menyebabkan metabolisme menjadi katabolisme. Keadaan tidak beraktifitas dan immobilisasi selama 7 hari akan meningkatkan ekskresi nitrogen urin sehingga terjadi hipoproteinemia.
- 4) Gangguan gastrointestinal terjadi akibat penurunan motilitas usus, konstipasi sebagai gejala umum , diare karena feses yang cair

melewati bagian terjepit dan menyebabkan masalah serius berupa obstruksi usus mekanik bila tidak ditangani karena adanya distensi dan peningkatan intraluminal yang akan semakin parah bila terjadi dehidrasi, terhentinya absorpsi, gangguan cairan dan elektrolit

b. Ketidakseimbangan cairan dan elektrolit

Terjadinya ketidakseimbangan cairan dan elektrolit sebagai dampak dari imobilitas akan mengakibatkan persediaan protein menurun dan konsentrasi protein serum berkurang sehingga dapat mengganggu kebutuhan cairan tubuh. Berkurangnya perpindahan cairan dari intravaskular ke interstitial dapat menyebabkan edema, sehingga terjadi ketidakseimbangan cairan dan elektrolit.

c. Gangguan perubahan zat gizi

Terjadinya gangguan zat gizi yang disebabkan oleh menurunnya pemasukan protein dan kalori dapat mengakibatkan perubahan zat-zat makanan pada tingkat sel menurun, dan tidak bisa melaksanakan aktivitas metabolisme.

d. Gangguan fungsi gastrointestinal

Imobilitas dapat menyebabkan gangguan fungsi gastrointestinal, karena imobilitas dapat menurunkan hasil makanan yang dicerna dan dapat menyebabkan gangguan proses eliminasi.

e. Perubahan sistem pernafasan

Imobilitas menyebabkan terjadinya perubahan sistem pernafasan. Akibat imobilitas, kadar hemoglobin menurun, ekspansi paru menurun, dan terjadinya lemah otot.

f. Perubahan sistem musculoskeletal

1) Gangguan Muskular : menurunnya massa otot sebagai dampak imobilitas, dapat menyebabkan turunnya kekuatan otot secara langsung.

2) Gangguan Skeletal : adanya imobilitas juga dapat menyebabkan gangguan skeletal, misalnya akan mudah terjadi kontraktur sendi dan osteoporosis.

g. Perubahan sistem integument

Perubahan sistem integumen yang terjadi berupa penurunan elastisitas kulit karena menurunnya sirkulasi darah akibat imobilitas.

h. Perubahan eliminasi

Perubahan dalam eliminasi misalnya dalam penurunan jumlah urine.

i. Perubahan perilaku

Perubahan perilaku sebagai akibat imobilitas, antara lain timbulnya rasa bermusuhan, bingung, cemas, dan sebagainya.

C. Konsep Keperawatan Pada Lansia Dengan Gangguan Imobilisasi

1. Pengkajian

Status kesehatan pada lansia dikaji secara komprehensif, akurat, dan sistematis yang bertujuan untuk menentukan kemampuan klien dalam

menjaga diri sendiri, melengkapi data dasar untuk membuat rencana perawatan, dan memberi waktu kepada klien untuk berkomunikasi. Pengkajian ini meliputi aspek fisik, psikis, sosial, dan spritual dengan mengumpulkan data melalui wawancara, observasi, dan pemeriksaan.

a. Identitas

Identitas klien yang biasa dikaji diantaranya yaitu usia (karena ada beberapa penyebab gangguan mobilisasi adalah usia diatas 60 tahun) (Aspiani, 2014).

b. Keluhan Utama

Keluhan utama biasanya ditemukan adalah penyakit muskuloskeletal seperti: Rheumatoid Arthritis, Osteoarthritis, stroke, dan Osteoporosis. Osteoporosis adalah klien mengeluh nyeri pada persendian yang terkena, dan adanya keterbatasan gerak yang menyebabkan gangguan mobilitas (Aspiani, 2014).

c. Riwayat penyakit sekarang

Pengkajian pasien saat ini dapat meliputi alasan pasien yang menyebabkan terjadi keluhan atau gangguan dalam mobilisasi, biasanya seperti ada nyeri, kelemahan otot, kelelahan, tingkat imobilisasi, daerah terganggunya karena imobilitas dan lamaterjadinya gangguan mobilitas (Nasrullah, 2016).

d. Riwayat penyakit dahulu

Biasanya ada riwayat penyakit sistem neurologis (kecelakaan cerebrovaskular, trauma kepala, peningkatan tekanan intrakranial,

miestania gravis, guillain barre, cedera medula spinalis, dan lain-lain), riwayat penyakit sistem kardiovaskular (infark miokard, gagal jantung kongestif). Riwayat penyakit sistem muskuloskeletal (osteoporosis, fraktur, arthritis), riwayat penyakit sistem pernafasan (penyakit paru obstruksi menahun, pneumonia,dan lain-lain), riwayat pemakaian obat seperti sedativa, hipnotik, depresan sistem saraf pusat, dan lain-lain (Nasrullah, 2016).

e. Riwayat penyakit keluarga

Biasanya ada keluarga yang menderita penyakit yang sama karena factor genetic/keturunan (Aspiani, 2014).

2. Keadaan umum

Keadaan umum lansia yang mengalami gangguan mobilitas biasanya lemah (Aspiani,2014).

a. Kesadaran

Kesadaran pasien biasanya compos mentis dan apatis (Aspiani, 2014).

b. Tanda-tanda vital

Suhu meningkat ($>37^{\circ}\text{C}$)

Nadi meningkat (N: 70-82x/menit)

Tekanan darah meningkat atau dalam batas normal

Pernafasan biasanya mengalami normal atau meningkat (Aspiani, 2014).

c. Pemeriksaan review of system (ROS)

1) Sistem Pernafasan (B1: Breathing)

Biasanya ditemukan peningkatan frekuensi nafas atau masih dalam batas normal (Aspiani, 2014).Pengkajian sistem pernafasan dapat dilakukan minimal setiap 2 jam

pada klien yang mengalami keterbatasan aktivitas.Pengkajian pada sistem ini dapat meliputi :

- a) Inspeksi : pergerakan dinding dada selama siklus inspirasi dan ekspirasi penuh. Jika klien mempunyai area atelektasis, gerakan dadanya menjadi asimetris.
- b) Auskultasi : seluruh area paru-paru untuk mengidentifikasi gangguan suara nafas, crackles, atau mengi. Auskultasi harus berfokus pada area paru-paru yang yang tergantung karena sekresi paru cenderung menumpuk di area bagian bawah (Nasrullah, 2016).

2) System sirkulasi (B2: Bleeding)

Biasanya ditemukan adanya penyakit jantung, frekuensi nadi apikal, sirkulasi perifer, warna, dan kehangatan (Aspiani, 2014).Pengkajian sistem kardiovaskuler yang harus dilakukan pada pasien imobilisasi adalah :

- a) Memantau tekanan darah, tekanan darah klien harus diukur, terutama jika berubah dari berbaring (rekumben) ke duduk atau berdiri akibat risiko terjadinya hipotensi ortostatik.

- b) Mengevaluasi nadi apeks maupun nadi perifer, berbaring dalam posisi rekumben meningkatkan beban kerja jantung dan mengakibatkan nadi meningkat. Pada beberapa klien, terutama lansia, jantung tidak dapat mentoleransi peningkatan beban kerja dan berkembang menjadi gagal jantung. Suara jantung ketiga yang terdengar dibagian apeks merupakan indikasi awal gagal jantung kongestif. Memantau nadi perifer memungkinkan perawat mengevaluasi kemampuan jantung memompa darah.
- c) Observasi adanya tanda-tanda adanya stasis vena (mis. Edema dan penyembuhan luka yang buruk), edema mengindikasikan ketidakmampuan jantung menangani peningkatan beban kerja. Karena edema bergerak diarea tubuh yang menggantung, pengkajian klien imobilisasi harus meliputi sakrum, tungkai dan kaki. Jika jantung tidak mampu mentoleransi peningkatan beban kerja, maka area tubuh perifer seperti tangan, kaki, hidung, dan daun telinga akan lebih dingin dari daerah pusat tubuh. Terakhir perawat mengkaji sistem vena karena trombosis vena profunda merupakan bahaya dari keterbatasan mobilisasi. Embolus adalah trombus yang terlepas, berjalan mengikuti sistem sirkulasi ke paru-paru atau otak dan mengganggu sirkulasi. Untuk mengkaji trombosis vena profunda, perawat melepas stocking elastis klien dan atau

sequential compression devices (SCDs) setiap 8 jam dan mengobservasi betis terhadap kemerahan, hangat, kelembaban. Tanda Homan (Homan's sign) atau nyeri betis pada kaki dorsifleksi, mengidentifikasi kemungkinan adanya trombus, tetapi tanda ini tidak selalu ada. Ketika melakukan hal ini perawat menandai sebuah titik di setiap betis 10 cm dari tengah patela. Lingkar betis diukur setiap hari menggunakan tanda tersebut untuk penempatan alat pengukur. Peningkatan satu bagian diameter merupakan indikasi awal trombosis. Trombosis vena profunda juga dapat terjadi di paha untuk itu pengukuran paha harus dilakukan setiap hari apabila klien cenderung terjadi trombosis. Pada beberapa klien, trombosis vena profunda dapat dicegah dengan latihan aktif dan stoking elastis (Nasrullah, 2016).

3) Sistem Persarafan (B3: Brain)

Biasanya ditemukan adanya kehilangan gerakan/sensasi, spasme otot, terlihat kelemahan/ hilang fungsi, pergerakan mata/ kejelasan melihat, dilatasi pupil, agitasi (berhubungan dengan nyeri/ ansietas) (Aspiani, 2014).

4) Sistem Perkemihan (B4: Bleder)

Biasanya terjadi perubahan pola berkemih seperti inkontinensia urin, disuria, distensi kandung kemih, warna dan bau urin, dan kebersihannya (Aspiani, 2014). Status eliminasi klien harus

dievaluasi setiap shift, dan total asupan dan haluaran dievaluasi setiap 24 jam. Perawat harus menentukan bahwa klien menerima jumlah dan jenis cairan melalui oral atau parenteral dengan benar. Ketidakseimbangan cairan dan elektrolit meningkatkan resiko gangguan sistem ginjal, bergeser dari infeksi berulang menjadi gagal ginjal. Dehidrasi juga meningkatkan resiko kerusakan kulit, pembentukan trombus, dan konstipasi (Nasrullah, 2016).

5) Sistem Pencernaan (B5: Bowel)

Biasanya terjadi Konstipasi(menurunnya motilitas usus), bagaimana konsisten feses, frekuensi eliminasi, auskultasi bising usus, anoreksia(produksi saliva berkurang), adanya distensi abdomen, nyeri tekan abdomen (Aspiani, 2014).

6) Sistem Muskuloskeletal (B6: Bone)

Biasanya nyeri berat tiba-tiba/mungkin terlokalisasi pada area jaringan, dapat berkurang pada imobilisasi (karena osteoporosis), kekuatan otot, kontraktur atrofi otot, laserasi kulit dan perubahan warna (Aspiani, 2014). Kelainan muskuloskeletal utama dapat diidentifikasi selama pengkajian meliputi penurunan tonus otot, kehilangan masa otot, dan kontraktur. Gambaran pengukuran antropometrik mengidentifikasi kehilangan tonus dan massa otot. Pengkajian rentang gerak adalah penting karena merupakan data dasar yang hasil pengukurannya nanti

dibandingkan untuk mengevaluasi terjadi kehilangan mobilisasi sendi. Rentang gerak diukur dengan menggunakan goniometer. Pengkajian rentang gerak dilakukan pada daerah seperti bahu, siku, lengan, panggul, dan kaki (Nasrullah, 2016).

Reflex Ekstremitas

Reflex	Kanan	Kiri
Biceps	+	+
Triceps	+	+
Knee	+	-
Achilles	+	+

Keterangan

Reflex (+) : Normal

Reflex (-) : Menurun/meningkat

d. Pola fungsi kesehatan

Menurut (Aspiani, 2014) yang perlu dikaji adalah aktivitas apa saja yang biasa dilakukan sehubungan dengan adanya nyeri pada persendian, ketidakmampuan mobilisasi.

1) Pola persepsi dan tata laksana hidup sehat

Menggambarkan persepsi, pemeliharaan, dan penanganan kesehatan.

2) Pola nutrisi

Menggambarkan masukan nutrisi, balace cairan, dan elektrolit, nafsu makan, pola makan, diet, kesulitan menelan, mual/muntah, dan makanan kesukaan .

3) Pola eliminasi

Menjelaskan pola fungsi ekresi, kandung kemih, defekasi, ada tidaknya masalah defekasi, masalah nutrisi, dan penggunaan kateter.

4) Pola tidur dan istirahat

Menggambarkan pola tidur, istirahat, dan persepsi terhadap energy, jumlah jam tidur pada siang dan malam hari, masalah tidur, dan insomnia.

5) Pola aktivitas dan istirahat

Menggambarkan pola latihan, aktifitas, fungsi pernapasan, dan sirkulasi, riwayat penyakit jantung, frekuensi, irama, dan kedalaman pernapasan. Pengkajian KATZ. Pengkajian Indeks Katz

Pengkajian Indeks Katz

Tabel 2.3
Pengkajian Indeks Katza

SKOR	KRITERIA
A	Kemandirian dalam hal makan, kontinen, berpindah ke kamar kecil, berpakaian dan mandi
B	Kemandirian dalam semua aktivitas hidup sehari-hari, kecuali satu dari fungsi tersebut

C	Kemandirian dalam semua aktivitas hidup sehari-hari, kecuali mandi dari satu fungsi tambahan
D	Kemandirian dalam semua aktivitas hidup sehari-hari, kecuali mandi dari satu fungsi tambahan
E	Kemandirian dalam semua aktivitas hidup sehari-hari, kecuali mandi, berpakaian, ke kamar kecil dari satu fungsi tambahan
F	Kemandirian dalam semua aktivitas hidup sehari-hari, kecuali mandi, berpakaian, berpindah dan satu fungsi tambahan
G	Ketergantungan pada enam fungsi tersebut.
Lain-lain	Ketergantungan pada sedikitnya dua fungsi, tetapi tidak dapat diklasifikasikan sebagai C, D, E, atau F

Pengkajian posisi dan keseimbangan (Sullivan Indeks Katz)

Tabel 2.4
Pengkajian Posisi Keseimbangan

NO	TES KORDINASI	KETERANGAN	NILAI
1.	Berdiri dengan postur normal		
2.	Berdiri dengan postur normal menutup mata		
3.	Berdiri dengan kaki rapat		
4.	Berdiri dengan satu kaki		
5.	Berdiri flexi trunk dan berdiri ke posisi netral		
6.	Berdiri lateral dan flexi trunk		
7.	Berjalan dengan menempatkan tumit salah satu kaki di depan jari kaki yang lain		
8.	Berjalan sepanjang garis lurus		

9.	Berjalan mengikuti tanda gambar pada lantai		
10.	Berjalan menyamping		
11.	Berjalan mundur		
12.	Berjalan mengikuti lingkaran		
13.	Berjalan pada tumit		
14.	Berjalan dengan ujung kaki		
	JUMLAH		

(Sumber : Sunaryo, 2016)

Keterangan :

4 : mampu melakukan aktivitas dengan lengkap

3 : mampu melakukan aktivitas dengan bantuan

2 : mampu melakukan aktivitas dengan bantuan maksimal

1 : tidak mampu melakukan aktivitas

Nilai :

42-54 : mampu melakukan aktivitas

28-41 : mampu melakukan dengan sedikit bantuan

14-27 : mampu melakukan dengan

<14 : tidak mampu melakukan

Indeks Barthel

Indeks barthel merupakan suatu instrumen pengkajian yang berfungsi mengukur kemandirian fungsional dalam hal perawatan diri dan mobilitas serta dapat juga digunakan sebagai kriteria dalam

menilai kemampuan fungsional seseorang yang mengalami gangguan keseimbangan menggunakan 10 indikator :

Tabel 2.5
Indeks Barthel

No	ITEM YANG DINILAI	SKOR	NILAI
1.	Makan	0 = tidak mampu 1 = butuh bantuan 2 = mandiri	
2.	Mandi	0 = butuh bantuan 1 = mandiri	
3.	Perawatan diri	0 = butuh bantuan 1 = mandiri	
4.	Berpakaian	0 = bergantung orang lain 1 = sebagian dibantu 2 = mandiri	
5.	Buang air kecil	0 = inkontinensia atau pakai kateter dan tidak terkontrol 1 = kadang inkontinensia (maks, 1x24jam) 2 = kontinensia (teratur)	
6.	Buang air besar	0 = inkontinensia (tidak teratur atau perlu enema) 1 = kadang inkontinensia (sekali seminggu) 2 = kontinensia (teratur)	
7.	Penggunaan toilet	0 = bergantung orang lain 1 = sebagian dibantu 2 = mandiri	
8.	Transfer	0 = tidak mampu	

		1 = butuh bantuan untuk bisa Duduk (2 orang) 2 = bantuan kecil (1 orang) 3 = mandiri	
9.	Mobilitas	0 = immobile (tidak mampu) 1 = menggunakan kursi roda 2 = berjalan dengan bantuan Satu orang 3 = mandiri (meskipun menggunakan alat bantu seperti tongkat	
10.	Naik turun tangga	0 = tidak mampu 1 = butuh bantuan 2 = mandiri	

Interpretasi hasil :

20 : Mandiri

12-19 : Ketergantungan Ringan

9-11 : Ketergantungan Sedang

5-8 : Ketergantungan Berat

0-4 : Ketergantungan total

e. Pola hubungan dan peran

Menggambarkan dan mengetahui hubungan dan peran klien terhadap anggota keluarga dan masyarakat tempat tinggal, pekerjaan, tidak punya rumah, dan masalah keuangan.

f. Pola Sensori dan kognitif

Menjelaskan persepsi sensori dan kognitif. Pola persepsi sensori meliputi pengkajian penglihatan, pendengaran, perasaan, dan pembau. Pada klien katarak dapat ditemukan gejala gangguan penglihatan perifer, kesulitan memfokuskan kerja dengan merasa diruang gelap. Sedangkan tandanya adalah kecoklatan atau putih susu pada pupil, peningkatan air mata. Pengkajian staus mental menggunakan table short portable mental status quisioner (SPMSQ).

g. Pola Persepsi dan Konsep Diri

Menggambarkan sikap tentang diri sendiri dan persepsi terhadap kemampuan konsep diri. Konsep diri menggambarkan gambaran diri, harga diri, peran, identitas diri. Manusia sebagai sistem terbuka dan makhluk bio-psiko-sosiso-kultural-spiritual, kecemasan, ketakutan, dan dampak terhadap sakit. Pengkajian tingkat depresi mengguankan table inventaris depresi beck.

h. Pola Seksual dan Reproduksi

Menggambarkan kepuasan/masalah terhadap seksualitas. Pola Mekanisme/Penanggulangan stress dan koping menggambarkan kemampuan untuk menangani stress dan koping.

i. Pola tata nilai dan kepercayaan

Menggambarkan dan menjelaskan pola, nilai keyakinan termasuk spiritual (Aspiani, 2014).

j. Pengkajian aspek Spiritual

indeks untuk mengukur upaya yang dilakukan secara individual dalam pencarian arti dan makna kehidupan.

- 1) Perasaan klien tentang kehidupan keagamaannya.
- 2) Melakukan kewajiban-kewajiban agar berkontemplasi tentang makna kehidupan menurut agama dan kepercayaannya. Tanyakan apakah nilai keagamaan menuntunnya dalam aktivitas sehari-hari.
- 3) Apakah nilai keberagamaannya dapat menuntun menjawab tantangan- tantangan dalam kehidupan
- 4) Mengetahui bahwa kehidupan spritualnya merupakan suatu proses yang berlangsung terus menerus selama hayat.
- 5) Apakah klien peduli tentang isu-isu kemanusiaan ?.
- 6) Apakah klien menyenangi bila sewaktu-waktu terlibat dalam diskusi tentang nilai-nilai keagamaannya?.
- 7) Apakah klien masih mendalami pengetahuan keagamaannya?.
- 8) Apakah kewaspadaan agama juga muncul di saat klien berada di luar maasa kritis ?.
- 9) Apakah klien meyakini tentang konsep keimanan terhadap Tuhan penciptanya ?

3. Analisa data

Analisa adalah kemampuan kognitif dalam pengembangan daya berfikir dan penalaran yang dipengaruhi oleh latar belakang ilmu pengetahuan,

pengalaman, dan pengertian dalam keperawatan. Analisa data adalah kemampuan mengkaitkan data dan menghubungkan data tersebut sesuai konsep, teori, prinsip-prinsip yang relevan untuk membuat kesimpulan.

4. Diagnosis Keperawatan

- a. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan ketidakbugaran fisik
- b. Risiko cedera berhubungan dengan ketidakadekuatan
- c. Defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal

5. Rencana Tindakan Keperawatan

Tabel 2.6
Rencana Tindakan Keperawatan

No	Diagnosa	Tujuan	Intervensi
1.	Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054)	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama ...x24jam diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil : 1. Pergerakan ekstremitas meningkat 2. Kekuatan otot meningkat 3. Rentang gerak (ROM) meningkat	Dukungan Ambulasi (I.06171) Observasi 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi 3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai ambulasi 4. Monitor kondisi umum selama melakukan ambulasi Terapeutik 1. Fasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu (mis. tongkat, kruk) 2. Fasilitasi melakukan

			<p>mobilisasi fisik, jika perlu</p> <p>3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi</p> <p>Edukasi</p> <p>1. Jelaskan tujuan dan prosedur ambulasi</p> <p>2. Anjurkan melakukan ambulasi dini</p> <p>3. Ajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan (mis. berjalan dari tempat tidur ke kursi roda, berjalan dari tempat tidur ke kamar mandi, berjalan sesuai toleransi)</p>
2.	Risiko Cedera (D.01356)	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama ...x24jam diharapkan tingkat cedera menurun dengan kriteria hasil :</p> <p>1. Kejadian cedera menurun</p> <p>2. Luka/lecet menurun</p>	<p>Manajemen Keselamatan Lingkungan (I.14513)</p> <p>Observasi</p> <p>1. Identifikasi kebutuhan keselamatan (mis: kondisi fisik, fungsi kognitif, dan Riwayat perilaku)</p> <p>2. Monitor perubahan status keselamatan lingkungan</p> <p>Terapeutik</p> <p>1. Hilangkan bahaya keselamatan lingkungan (mis: fisik, biologi, kimia), jika memungkinkan</p> <p>2. Modifikasi lingkungan untuk meminimalkan bahaya dan</p>

			<p>risiko</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Sediakan alat bantu keamanan lingkungan (mis: commode chair dan pegangan tangan) 4. Gunakan perangkat pelindung (mis: pengekangan fisik, rel samping, pintu terkunci, pagar) 5. Hubungi pihak berwenang sesuai masalah komunitas (mis: puskesmas, polisi, damkar) 6. Fasilitasi relokasi ke lingkungan yang aman 7. Lakukan program skrining bahaya lingkungan (mis: timbal) <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ajarkan individu, keluarga, dan kelompok risiko tinggi bahaya lingkungan
3,	Defisit Perawatan Diri (D.0109)	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama ...x24jam diharapkan perawatan diri meningkat dengan kriteria hasil : <ol style="list-style-type: none"> 1. Kemampuan mandi meningkat 2. Kemampuan mengenakan pakaian 	<p>Dukungan Perawatan Diri (I.11348)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia 2. Monitor tingkat kemandirian 3. Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri,

		<p>meningkat</p> <p>3. Kemampuan makan meningkat</p> <p>4. Kemampuan ke toilet (BAB/BAK) meningkat</p> <p>5. Verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri meningkat</p> <p>6. Minat melakukan perawatan diri meningkat</p>	<p>berpakaian, berhias, dan makan</p> <p>Terapeutik</p> <p>1. Sediakan lingkungan yang terapeutik (mis: suasana hangat, rileks, privasi)</p> <p>2. Siapkan keperluan pribadi (mis: parfum sikat gigi, dan sabun mandi)</p> <p>3. Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri</p> <p>4. Fasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan</p> <p>5. Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri</p> <p>6. Jadwalkan rutinitas perawatan diri</p> <p>Edukasi</p> <p>1. Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan</p>
--	--	--	--

Sumber : SDKI, SIKI, SLKI Cetakan II (2019)

6. Implementasi Keperawatan

Implementasi merupakan tindakan yang sudah direncanakan dalam rencana perawatan. Tindakan keperawatan mencakup tindakan mandiri (independen) dan tindakan kolaborasi. Tindakan mandiri (independen)

adalah aktivitas perawat yang didasarkan pada kesimpulan atau keputusan sendiri dan bukan merupakan petunjuk atau perintah dari petugas kesehatan lain. Tindakan kolaborasi adalah tindakan yang didasarkan hasil keputusan bersama, seperti dokter dan petugas kesehatan lain. Agar lebih jelas dan akurat dalam melakukan implementasi, diperlukan perencanaan keperawatan yang spesifik dan operasional (Tarwoto & Wartolah, 2010).

- a. Hal yang perlu diperhatikan dalam pelaksanaan implementasi
 1. Mengomunikasikan/menginformasikan kepada klien tentang keputusan tindakan keperawatan yang akan dilakukan oleh perawat
 2. Beri kesempatan pada klien untuk mengekspresikan perasaan terhadap penjelasan yang telah diberikan oleh perawat
 3. Menerapkan pengetahuan intelektual, kemampuan hubungan antar manusia, dan kemampuan teknis keperawatan dalam pelaksanaan tindakan keperawatan yang diberikan oleh perawat
 4. Hal-hal yang perlu diperhatikan pada saat pelaksanaan tindakan adalah energi klien, pencegahan kecelakaan dan komplikasi, rasa aman privasi, kondisi klien dan respon klien terhadap tindakan yang telah diberikan.
- b. Gambaran pelaksanaan intervensi pemberian terapi kompres hangat rebusan jahe pada sendi : Responden dilakukan pre test sebelum pemberian kompres hangat yaitu pengukuran skala nyeri

dengan menggunakan alat ukur Wong Baker Pain Rating Scale, hasilnya dicatat dilembar observasi. Selanjutnya peneliti melakukan kompres hangat selama 3 hari dengan durasi 15 menit pada bagian sendi yang mengalami nyeri. Setelah pemberian kompres hangat jahe selama 3 hari, skala nyeri sendi diukur kembali, dengan skala nyeri Wong Baker Pain Rating Scale dan hasilnya dicatat di lembar observasi. Pengukuran skala nyeri dilakukan dengan posisi duduk dan diusahakan responden dalam keadaan rileks.

7. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi perkembangan kesehatan pasien dapat dilihat dari hasilnya. Tujuannya adalah untuk mengetahui sejauh mana tujuan perawatan dapat dicapai dan memberikan umpan balik terhadap asuhan keperawatan yang diberikan. Langkah – langkah evaluasi adalah sebagai berikut (Tarwoto & Wartonah, 2015).:

- a. Daftar tujuan – tujuan pasien
- b. Lakukan pengkajian apakah pasien dapat melakukan sesuatu
- c. Bandingkan antara tujuan dengan kemampuan pasien
- d. Diskusikan dengan pasien, apakah tujuan dapat tercapai atau tidak
- e. SOAP

Evaluasi juga dapat disusun dengan menggunakan format SOAP. Format ini juga digunakan apabila Implementasi keperawatan dan

evaluasi didokumentasikan dalam satu catatan yang disebut catatan kemajuan.

1. Subjek

Merupakan hal yang dikemukakan oleh klien secara subjektif setelah dilakukan intervensi keperawatan

2. Objektik

Merupakan yang yang ditemui oleh perawat secara objektif setelah dilakukan intervensi keperawatan

3. Assessment

Merupakan analisis dari hasil yang telah dicapai dengan mengacu pada tujuan keperawatan dan kriteria hasil terkait dengan diagnose

4. Planning

Merupakan perencanaan yang akan dilakukan berdasarkan hasil analisis respon klien (Tarwoto & Wartonah, 2015).