**KARYA ILMIAH AKHIR**

**ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK PADA NY. S. DENGAN DIAGNOSA MEDIS FRAKTUR RADIUS SINISTRA DAN**

**MASALAH KEPERAWATAN UTAMA NYERI**

**AKUT DI UPTD GRIYA WERDHA**

**SURABAYA**

****

**Oleh :**

**Neny Ludfi Asi Dewi, S. Kep.**

**NIM. 1930059**

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH**

**SURABAYA**

**2020**

**KARYA ILMIAH AKHIR**

**ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK PADA NY. S. DENGAN DIAGNOSA MEDIS FRAKTUR RADIUS SINISTRA DAN**

**MASALAH KEPERAWATAN UTAMA NYERI**

**AKUT DI UPTD GRIYA WERDHA**

**SURABAYA**

**Karya ilmiah akhir ini diajukan sebagai satu syarat untuk memperoleh gelar Ners (Ns)**

****

**Oleh :**

**Neny Ludfi Asi Dewi, S.Kep.**

**NIM. 1930059**

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH**

**SURABAYA**

**2020**

**SURAT PERNYATAAN KEASLIAN LAPORAN**

Saya bertanda tangan dibawah ini dengan sebenar-benarnya menyatakan bahwa karya tulis ilmiah ini saya susun tanpa melakukan plagiat sesuai dengan peraturan yang berlaku di STIKES Hang Tuah Surabaya. Berdasarkan pengetahuan dan keyakinan punulis, semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk, saya nyatakan dengan benar. Bila ditemukan plagiasi, maka saya akan bertanggung jawab sepenuhnya menerima sanksi yang dijatuhkan oleh STIKES Hang Tuah Surabaya.

|  |  |
| --- | --- |
| Surabaya, 20 Juli 2020Dok baru 2019-01-14 14.42.14_2.jpgPenulis |  |
| **(Neny Ludfi Asi Dewi, S. Kep.)****NIM. 1930080** |

**HALAMAN PERSETUJUAN**

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa :

|  |  |
| --- | --- |
| Nama | : Neny Ludfi Asi Dewi |
| NIM | : 1930059 |
| Program Studi | : Pendidikan Profesi Ners |
| Judul | : Karya Ilmiah Akhir Asuhan Keperawatan Gerontik Pada Ny. S. Dengan Diagnosa Medis Fraktur Radius Sinistra Dan Masalah Keperawatan Utama Nyeri Akut Di UPTD Griya Werdha Surabaya |

Serta perbaikan – perbaikan sepenuhnya, maka kami menganggap dan dapat menyetujui bahwa karya tulis ini diajukan dalam sidang guna sebagai memenuhi persyaratan untuk memperoleh gelar:

**NERS (Ns)**

Pembimbing



Hidayatus Sya’diyah, S.Kep., Ns., M.Kep.

NIP : 03009

Ditetapkan di : STIKES Hang Tuah Surabaya

Tanggal : 21 Juli 2020

**HALAMAN PENGESAHAN**

Karya Ilmiah Akhir dari :

|  |  |
| --- | --- |
| Nama | : Neny Ludfi Asi Dewi |
| NIM | : 1930059 |
| Program Studi | : Pendidikan Profesi Ners |
| Judul | : Karya Ilmiah Akhir Asuhan Keperawatan Gerontik Pada Ny. S. Dengan Diagnosa Medis Fraktur Radius Sinistra Dan Masalah Keperawatan Utama Nyeri Akut Di UPTD Griya Werdha Surabaya |

Tealah dipertahankakn didepan dewan Sidang Karya Ilmiah Akhir STIKES Hang Tuah Surabaya, pada:

 Hari, Tanggal : Jum’at, 24 Juli 2020

 Bertempat di : STIKES Hang Tuah Surabaya

 Dan dinyatakan **LULUS** dan dapat diterima sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelas NERS pada Prodi Pendidikan Profesi Ners STIKES Hang Tuah Surabaya.

Penguji I : Yoga K.,S.Kep.,Ns.,M.Kep.,Sp.Kep.Kom**.** ..................................

NIP : 03042

Penguuji II : Hidayatus Sya’diyah, S.Kep., Ns., M.Kep. ..................................

NIP : 03009

Ditetapkan di : STIKES Hangt Tuah Surabaya

Tanggal : 24 Juli 2020

**KATA PENGANTAR**

Puji syukur kehadirat Alah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya pada penulis, sehingga penulis dapat menyelesaikan karya ilmiah akhir ini sesuai dengan waktu yang telah ditentukan. Karya ilmiah akhir ini disusun sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan program Pendidikan Profesi Ners.

 Penulis menyadari bahwa keberhasilan dan kelancaran karya ilmiah akhir ini bukan hanya karena kemampuan penulis saja, tetapi banyak bantuan dari berbagai pihak yang telah dengan ikhlas membantu penulis demi terselesaikannya penulisan, oleh karena itu pada kesempatan ini penulis menyampaikan terima kasih dan penghargaan yang sebesar-besarnya kepada:

1. Ibu Wiwiek Lestyaningrum, S.Kp., M.Kep selaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada penulisi untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan profesi ners di STIKES Hang Tuah Surabaya.
2. Puket 1, Puket 2, Puket 3 STIKES Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada penulis untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan profesi ners di STIKES Hang Tuah Surabaya.
3. Bapak Ns. Nuh Huda, M.Kep., Sp.Kep.MB., selaku Kepala Program Studi Pendidikan Profesi Ners yang selalu memberikan dorongan penuh dengan wawasan dalam upaya meningkatkan kualitas sumber daya manusia.
4. Ibu Hidayatus Sya’diyah, S.Kep., Ns., M.Kep., selaku pembimbing yang penuh kesabaran dan penuh perhatian memberikan saran, kritik dan bimbingan demi kesempurnaan penyusunan karya ilmiah akhir ini.
5. Bapak Yoga Kertapati, S.Kep., Ns., M.Kep., Sp. Kep.Kom. selaku penguji Karya Ilmiah Akhir yang memberikan saran, kritik dan bimbingan demi kesempurnaan penyusunan karya ilmiah akhir ini.
6. Seluruh staf dan karyawan STIKES Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan bantuan dalam kelancaran proses belajar di perkuliahan.
7. Teman-teman sealmamater profesi Ners A10 di STIKES Hang Tuah Surabaya yang selalu bersama-sama dan menemani dalam pembuatan karya tulis ini.
8. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, terima kasih atas bantuannya. Penulis hanya bisa berdo’a semoga Alah SWT membalas amal baik semua pihak yang telah membantu dalam proses penyelesaian Karya Tulis Ilmiah ini.

Selanjutnya penulis menyadari bahwa Karya Ilmiah Akhir ini masih banyak kekurangan dan masih jauh dari kesempurnaan. Maka saran dan kritik yang konstruktif senantiasa penulis harapkan. Akhirnya penulis berharap, semoga Karya Ilmiah Akhir ini dapat memberikan manfaat bagi siapa saja yang membaca terutama Civitas akademika STIKES Hang Tuah Surabaya

Surabaya, Juli 2020

Penulis

**DAFTAR ISI**

**COVER DALAM**  i

**HALAMAN PERNYATAAN**  ii

**HALAMAN PERSETUJUAN**  iii

**HALAMAN PENGESAHAN**  iv

**KATA PENGANTAR**  v

**DAFTAR ISI**  vii

**DAFTAR GAMBAR**  ix

**DAFTAR TABEL**  x

**DAFTAR LAMPIRAN**  xi

**BAB 1 PENDAHULUAN**

1.1 Latar Belakang 1

1.2 Rumusan Masalah 5

1.3 Tujuan 5

1.3.1 Tujuan Umum 5

1.3.2 Tujuan Khusus 5

1.4 Manfaat 6

1.4.1 Secara Teori 6

1.4.2 Secara Praktis 6

1.5 Metode Penelitian 7

1.5.1 Metode 7

1.5.2 Teknik Pengambilan Data 7

1.5.3 Sumber data 8

1.6 Sistem Penelitian 8

**BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA**

2.1 Konsep Lansia 10

2.1.1 Definisi lansia 10

2.1.2 Batasan Umur Lansia 11

2.1.3 Karakteristik Lansia 11

2.1.4 Tipe Lansia 11

2.1.5 Proses Penuaan 12

2.1.6 Tugas Perkembangan Lansia 12

2.2 Konsep Penyakit 13

2.2.1 Anatomi dan Fisiologi 13

2.2.3 Etiologi 15

2.2.4 Patofisiologi 16

2.2.5 Mnifestasi Klinia 17

2.2.6 Klasifikasi 18

2.2.7 Komplikasi 20

2.2.8 Pemeriksaan Penunjang 23

2.2.9 Penatalaksanaan 24

2.3 Konsep Asuhan Keperawatan 26

2.3.1 Pengkajian 26

2.3.2 Diagnosa Keperawatan 33

2.3.3 Intervensi Keperawatan 34

2.4 WOC 39

**BAB 3 TINJAUAN KASUS**

3.1 Pengkajian Keperawatan 40

3.1.1 Identitas Pasien 40

3.1.2 Riwayat Kesehatan 40

3.1.3 Status Fisiologi 41

3.1.4 Pemeriksaan Fisik (*Head to Toe)*  41

3.1.5 Pengkajian Keseimbangan untuk Lansia 43

3.1.6 Pengkajian Psikososial 44

3.1.7 Pengkajian Perilaku Terhadap Kesehatan 44

3.1.8 Pengkajian Lingkungan 45

3.1.9 Pengkajian Afektif Inventaris Depresi Beck 46

3.1.10 Pengkajian Status Sosial Menggunakan APGAR Keluarga 46

3.1.11 Masalah Emosional 46

3.1.12 Tingkat Kerusakan Intelektual SPMSQ 46

3.1.13 Identifikasi Aspek Kognitif 46

3.1.14 Indeks Barthel 46

3.1.15 Tingkat Kemandirian dalam Kehidupan Sehari-hari Indeks KATZ 46

3.2 Pemeriksaan Penunjang 47

3.3 Analisa Data 47

3.4 Prioritas Masalah 49

3.5 Intervensi Keperawatan 50

3.6 Tindakan dan Catatan Perkembangan 53

**BAB 4 PEMBAHASAN**

4.1 Pengkajian 66

4.1.1 Identitas 66

4.1.2 Riwayat Kesehatan 67

4.1.3 Pemeriksaan Fisik 68

4.2 Pengkajian Konsep Lansia 70

4.3 Diagnosa Keperawatan 71

4.4 Tujuan dan Intervensi 74

4.5 Implementasi 78

4.6 Evaluasi 79

**BAB 5 PENUTUP**

5.1 Simpulan 81

5.2 Saran 82

**DAFTAR PUSTAKA** 84

**LAMPIRAN**  86

**DAFTAR GAMBAR**

Gambar 2.1 Anatomi os. Ulna 10

Gambar 2.1 Anatomi os. Radius 11

**DAFTAR TABEL**

Tabel 3.1 Terapi Obat 49

Tabel 3.2 Analisa Data 50

Tabel 3.3 Prioritas Masalah 51

Tabel 3.4 Intervensi Keperawatan 53

Tabel 3.5 Tindakan dan Catatan Perkembangan Diagnosa 1 56

Tabel 3.6 Tindakan dan Catatan Perkembangan Diagnosa 2 62

Tabel 3.7 Tindakan dan Catatan Perkembangan Diagnosa 3 65

**DAFTAR LAMPIRAN**

Lampiran 1 *Curiculum Vitae*  84

Lampiran 2 Motto dan Persembahan 87

Lampiran 3 Implementasi 88

Lampiran 4 Pengkajian Keseimbangan untuk Lansia 102

Lampiran 5 Pengkajian Afektif Inventaris Depresi Beck 105

Lampiran 6 Pengkajian Status Sosial Menggunakan APGAR Keluarga 107

Lampiran 7 Tingkat Kerusakan Intelektual SPMSQ 108

Lampiran 8 Identifikasi Aspek Kognitif 110

Lampiran 9 Tingkat Kemandirian Indeks KATZ 112

**BAB 1**

**PENDAHULUAN**

1. **LATAR BELAKANG**

Irianto, Rianto, Sukmajaya, & Alina, (2019) Mengatakan seseorang yang berusia di atas 60 tahun disebut lanjut usia atau geriatri. Kiik, Sahar, & Permatasari (2018) mengatakan bahwa lansia merupakan salah satu kelompok atau populasi berisiko (*population at risk*) yang semakin meningkat jumlahnya. Alender, Rector, dan Warner (2014) dalam Kiik et al., (2018) mengatakan bahwa populasi berisiko (*population at risk*) adalah kumpulan orang-orang yang masalah kesehatannya memiliki kemungkinan akan berkembang lebih buruk karena adanya faktor-faktor risiko yang memengaruhi. Stanhope dan Lancaster (2016) dalam Kiik, Sahar, & Permatasari, (2018) mengungkapkan bahwa lansia sebagai populasi berisiko ini memiliki tiga karakteristik risiko kesehatan yaitu, risiko biologi termasuk risiko terkait usia, risiko sosial dan lingkungan serta risiko perilaku atau gaya hidup. Risiko biologi termasuk risiko terkait usia pada lanjut usia yaitu terjadinya berbagai penurunan fungsi biologi akibat proses menua. Risiko sosial dan lingkungan pada lanjut usia yaitu adanya lingkungan yang memicu stres. Aspek ekonomi pada lansia yaitu penurunan pendapatan akibat pensiun. Risiko perilaku atau gaya hidup seperti pola kebiasaan kurangnya aktivitas fisik dan konsumsi makanan yang tidak sehat dapat memicu terjadinya penyakit dan kematian.

Selama kurun waktu hampir lima dekade (1971-2019), persentase penduduk lansia Indonesia meningkat sekitar dua kali lipat. Pada tahun 2019, persentase lansia mencapai 9,60 persen atau sekitar 25,64 juta orang. Berdasakan laporan tahun 2017 di Indonesia, angka harapan hidup laki-laki adalah 69,8 tahun, sedangkan wanita 73,6 tahun (Irianto et al., 2019). Data dari International Osteoporosis Foundation (IOF) menyebutkan bahwa seluruh dunia, satu dari tiga wanita dan satu dari delapan pria yang berusia di atas 50 tahun memiliki risiko mengalami patah tulang akibat osteoporosis dalam hidup mereka (Hartono, 2004 dalam Syam, Noersasongko, & Sunaryo, 2014). Dengan meningkatnya usia harapan hidup, maka berbagai penyakit degeneratif dan metabolik termasuk akan menjadi problem muskuloskeletal yang memerlukan perhatian khusus, terutama di negara-negara berkembang, termasuk Indonesia (Setyohadi, 2009 dalam Syam, Noersasongko, & Sunaryo, 2014). Fraktur radius merupakan puncak kedua fraktur yang terjadi pada orang dewasa yang berusia lebih dari 50 tahun. Setelah fraktur pinggul, mereka adalah fraktur paling umum kedua pada orang tua. Faktor risiko signifikan patah tulang radius pada pasien yang berusia lebih dari 50 termasuk adalah pernah jatuh sebelumnya, pernah patah tulang sebelum usia 50 tahun, penggunaan kortikosteroid, dan usia lanjut (Corsino, Reeves, & Sieg, 2020). Tulang yang sering patah adalah tulang belakang, tulang panggul dan pergelangan. Akibat menanggung beban tubuh, tulang mengalami fraktur kompresi. Patah ini menimbulkan sakit pada setiap perubahan posisi. Secara perlahan punggung menjadi bungkuk dan sakit akibat titik berat tubuh membebani punggung (Irianto et al., 2019). Sebagian besar patah tulang pada lansia akibat jatuh di rumah (80 persen), bukan akibat kecelakaan lalu lintas atau di tempat kerja (Irianto et al., 2019). Lebih dari dua pertiga dari pasien ini membutuhkan manipulasi fraktur radial distal yang bergeser, yang setengahnya berlanjut untuk menjalani operasi karena kehilangan reduksi. Sepertiga dari semua pasien menjalani intervensi bedah, yang terkait dengan komplikasi (Clement, Duckworth, Court-Brown, & McQueen, 2014). Saat pengambilan data pada bulan desember 2019 didapatkan hasil dari 154 lansia yang terkaji 147 lansia di UPTD Griya Werdha Jambangan Surabaya menunjukkan bahwa lansia resiko tinggi jatuh sebanyak 64 orang (43.5%), diperkirakan jatuh dalam kurun waktu 6 bulan sebanyak 25 orang (17.0%), diperkirakan membutuhkan bantuan dalam mobilisasi dan melakukan ADL sebanyak 58 orang (39.5%). Dengan adanya lansia yang memiliki risiko jatuh dan riwayat jatuh kurang dari 6 bulan terakhir menjadikan perhatian bagi perawat UPTD Griya Werdha perawatan lingkungan lansia untuk mencegah timbulnya kejadian jatuh pada lansia.

Jatuh merupakan suatu kejadian yang dilaporkan penderita atau saksi mata yang melihat kejadian yang mengakibatkan lansia mendadak terbaring/ terduduk di lantai atau tempat yang lebih rendah, dengan atau tanpa disertai kehilangan kesadaran atau luka. Jatuh paling sering terjadi pada lansia, dengan prevalensi 30-40% kejadian jatuh di berbagai negara. Salah satu faktor penting yang mempengaruhi jatuh pada lansia adalah adanya gangguan keseimbangan postural lansia (Ulfiana, Dewi, & Yusuf, 2019).P engenalan dini juga memungkinkan untuk intervensi dini ketika komplikasi muncul dan pada akhirnya memberikan pasien kesempatan terbaik untuk hasil yang optimal (Patel dan Paksima, 2010 dalam Nugroho et al, 2017). Infeksi dan imobilisasi yang tidak tepat akan membuat proses penyembuhan tulang menjadi lebih buruk. Serikat yang tertunda atau non-serikat akan terbentuk karena calus normal tidak terbentuk dan digantikan oleh jaringan fibrosa dan tulang rawan yang berlanjut ke ketidakstabilan (Kumar et al, 2012 dalam Nugroho et al, 2017). Pergelangan tangan bisa berubah bentuk, menyakitkan, kaku, dan lemah. Kondisi ini dapat mengganggu kegiatan hidup sehari-hari dan pekerjaan (Duncan dan Weiland, 2004 dalam Nugroho et al, 2017). Corsino, Reeves, & Sieg., (2020) mengungkapkan gejala fraktur radius distal yang paling sering adalah nyeri dan mobilitas pergelangan tangan menurun. Pasien dengan fraktur radial distal akan sering mengeluh nyeri ekstremitas atas distal pasca-trauma. Fraktur radius distal juga dapat terjadi sebagai bagian dari presentasi trauma multipel yang lebih besar. Banyak lanjut usia pernah mengalami jatuh sehingga perlu untuk melihat risiko jatuh dan melakukan pencegahan. Jatuh adalah masalah kesehatan utama dan paling sering terjadi di masyarakat lanjut usia, meningkatkan risiko kecacatan, kelemahan bahkan kematian. Dengan tingginya risiko tersebut, skrining primer sangatlah penting untuk mencegah serta meningkatkan kewaspadaan diri baik pada lanjut usia tersebut, maupun caregiver bersangkutan yang sedang menjaga lanjut usia. Pelaksanaan program kegiatan manajemen risiko pasien jatuh merupakan upaya yang dapat dilakukan untuk mencegah maupun menangani lansia dengan risiko jatuh maupun lansia yang mengalami insiden jatuh sehingga mengantisipasi terjadinya cedera fisik pada lansia serta untuk meningkatkan mutu pelayanan panti (Maha, Nadila 2016).

Berdasarkan latar belakang diatas, penulis bertujuan untuk melakukan asuhan keperawatan gerontik pada pasien dengan diagnosa medis fraktur radius sinistra dengan masalah utama nyeri akut di UPTD Griya Werdha Surabaya.

1. **RUMUSAN MASALAH**

Berdasarkan latar belakang masalah, maka penulis berniat membuat karya tulis ilmiah tentang asuhan keperawatan gerontik pada pasien dengan Fraktur Radius Sinistra, untuk itu penulis merumuskan permasalahan sebagai berikut ”Bagaimanakah pelaksanaan asuhan keperawatan gerontik pada pasien dengan Fraktur radius sinistra di UPTD Griya Werdha Surabaya?”.

1. **TUJUAN**
2. **Tujuan Umum**

Mendeskripsikan secara spesifik asuhan keperawatan gerontik pada lansia dengan Fraktur radius sinistra di UPTD Griya Werdha Surabaya.

1. **Tujuan Khusus**
2. Mendeskripsikan pengkajian pada pasien pada lansia dengan Fraktur radius sinistra di UPTD Griya Werdha Surabaya.
3. Mendeskripsikan analisa masalah, prioritas masalah dan menegakkan diagnose keperawatan pada lansia dengan Fraktur radius sinistra di UPTD Griya Werdha Surabaya.
4. Mengidentifikasi perencanaan pada lansia dengan Fraktur radius sinistra di UPTD Griya Werdha Surabaya.
5. Mendeskripsikan pelaksanaan asuhan keperawatan pada masing-masing diagnosis keperawatan pada lansia dengan Fraktur radius sinistra di UPTD Griya Werdha Surabaya.
6. Mendeskripsikan evaluasi asuhan keperawatan pada lansia dengan Fraktur radius sinistra di UPTD Griya Werdha Surabaya.
7. **MANFAAT**

Berdasarkan tujuan umum maupun tujuan khusus maka karya tulis ilmiah ini diharapkan bisa memberikan manfaat baik bagi kepentingan pengembangan program maupun bagi kepentingan ilmu pengetahuan, adapun manfaat-manfaat dari karya tulis ilmiah secara teoritis maupun praktis seperti tersebut di bawah ini:

1. Secara Teoritis

 Dengan pemberian asuhan keperawatan secara cepat, tepat dan efisien akan menghasilakan keluaran klinis yang baik, menurunkan angka kejadian disability dan mortalitas pada lansia dengan Fraktur radius sinistra di ruang Seruni UPTD Panti Griya Werdha Jambangan Surabaya.

1. Secara Praktis
2. Bagi institusi UPTD Griya Werdha Suarabaya

 Dapat sebagai masukan untuk menyusun kebijakan atau pedoamn pelaksanaan pada lansia dengan Fraktur radius sinistra sehingga penatalaksanaan dan pencegahan dini bisa dilakukan dan dapat menghasilkan keluaran klinis yang baik bagi lansia yang tinggal di UPTD Griya Werdha Suarabaya.

1. Bagi Institusi Pendidikan

 Dapat digunakan dalam pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi serta meningkatkan kualitas asuhan keperawatan pada lansia dengan Fraktur radius sinistra serta meningkatkan pengembangan ketrampilan dan pengetahuan profesi keperawatan.

1. Bagi Lansia

 Sebagai pengetahuan yang dimiliki lansia dalam mencegah terjadinya fraktur radius di lingkungan UPTD Griya Werdha.

1. Bagi Perawat

 Sebagai tinjauan perawat UPTD Griya Werdha Surabaya dalam mencegah dan merawat lansia dengan fraktur sehingga meningkatkan kualitas hidup lansia.

1. Bagi Penulis Selanjutnya

 Bahan penulisan ini dapat dipergunakan sebagai perbandingan atau gambaran tentang asuhan keperawatan gerontik pada lansia dengan Fraktur radius sinistra sehingga penulis selanjutnya mampu mengembangkan ilmu pengethuan dan teknologi terbaru.

1. **METODE PENULISAN**
2. Metoda

 Penulis menggunakan metoda studi kasus yaitu metoda yang memusatkan perhatian pada satu obyek tertentu yang diangkat sebagai sebuah kasus untuk dikaji secara mendalam sehingga mampu membongkar realitas dibalik fenomena.

1. Tehnik Pengumpulan Data
2. Wawancara

 Data diambil atau diperoleh melalui percakapan baik dengan pasien dan tim kesehatan lain.

1. Observasi

 Data yang diambil melalui pengamatan secara langsung terhadap keadaan, reaksi, sikap dan perilaku pasien yang dapat diamati

1. Pemeriksaan

 Meliputi pemeriksaan fisik serta pemeriksaan penunjang lainnya yang dapat menegakkan diagnosis dan penanganan selanjutnya.

1. Sumber Data
2. Data Primer, adalah data yang diperoleh dari pasien
3. Data Sekunder, adalah data yang diperoleh dari keluarga atau orang terdekat dengan pasien, catatan medis perawat, hasil-hasil pemeriksaan dan tim kesehatan lain.
4. Studi Kepustakaan, yaitu mempelajari buku sumber yang berhubungan dengan judul karya tulis dan masalah yang dibahas.
5. **SISTEMATIKA PENULISAN**

Dalam studi kasus secara keseluruhan dibagi dalam 3 bagian, yaitu:

1. Bagian awal memuat halaman judul, abstrak penulisan, persetujuan komisi pembimbing, pengesahan, motto dan persembahan, kata pengantar, daftar isi, daftar gambar dan daftar lampiran.
2. Bagian inti meliputi lima bab, yang masing-masing bab terdiri dari sub bab berikut ini:

BAB 1: Pendahuluan yang berisi tentang latar belakang masalah, perumusan masalah, tujuan manfaat penulisan, dan sistematika penulisan studi kasus.

BAB 2: Tinjauan pustaka yang berisi tentang konsep penyakit dari sudut medis dan asuhan keperawatan pada lansia dengan Fraktur radius sinistra

BAB 3: Hasil yang berisi tentang data hasil pengkajian, diagnosis keperawatan, dan evaluasi dari pelaksanaan.

BAB 4: Pembahasan kasus yang ditemukan yang berisi data, teori dan opini serta analisis

BAB 5: Simpulan dan saran.

**BAB 2**

**TINJAUAN PUSTAKA**

 Dalam bab 2 ini akan diuraikan secara teoritis mengenai konsep penyakit dan asuhan keperawatan gerontik pada pasien dengan diagnosa medis Fraktur Radius Sinistra. Konsep penyakit akan diuraikan definisi, etiologi dan cara penanganan secara medis. Asuhan keperawatan akan diuraikan masalah – masalah yang muncul pada lansia dengan Fraktur radius sinistra dengan melakukan asuhan keperawatan yang terdiri dari pengkajian, diagnosis, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

1. **KONSEP LANSIA**

**2.1.1 Definisi Lansia**

Lanjut Usia adalah kelompok manusia yang berusia 60 tahun ke atas (Harywinoto & Setiabudhi 1999 dalam Sunaryo et al 2016). Lanjut usia adalah sebagian dari proses tumbuh kembang. Manusia tidak secara tiba-tiba menjadi tua, tetapi berkembang dari bayi, anak-anak, dewasa dan hingga akhirnya menjadi tua. Hal ini normal, dengan perubahan fisik dan tingkah laku yang dapat diramalkan yang terjadi pada semua orang pada saat mereka mencapai usia tahap perkembangan kronologis tertentu. Lanjut usia merupakan suatu proses alami yang ditentukan oleh tuhan yang maha esa. Semua orang akan mengalami proses menjadi tua dan masa tua merupakan masa hidup manusia yang terakhir. Dimasa ini seseorang mengalami kemunduran fisik, mental dan sosial secara bertahap (Azizah, 2012). Menurut Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 43 Tahun 2004, lanjut usia adalah seseorang yang telah mencapai usia 60 (enam puluh) tahun ke atas.

**2.1.2 Batasan Umur Lansia**

 Menurut WHO, usia lanjut dibagi menjadi empat kriteria berikut :

1. Usia pertengahan (Middle Age) usia 45-59 tahun

2. Lanjut usia (Eldrly) usia 60-74 tahun

3. Lanjut usia tua (Old) usia 75-90 tahun

4. Usia sangat tua (Very Old) usia diatas 90 tahun

**2.1.3 Karakteristik Lansia**

Lansia memiliki karakteristik sebagai berikut : berusia lebih dari 60 tahun (sesuai dengan pasal 1 ayat 2 UU No. 13 tentang kesehatan), kebutuhan dan masalah yang bervariasi dari rentang sahat sampai sakit, dari kebutuhan biopsikososial sampai spiritual, serta dari kondisi adaptif hingga kondis mal adaptif, lingkungan tempat tinggal bervariasi (Maryam dkk 2008 dalam Sunaryo et al 2016).

**2.1.4 Tipe Lansia**

 Menurut Nugroho (2008) dalam Sunaryo et al (2016), tipe lansia yaitu :

1. Tipe arif bijaksana, lanjut usia ini kaya dengan hikmah pengalaman, menyesuaikan diri dengan perubahan zaman, mempunyai kesibukan, bersikap ramah, rendah hati, sederhana, dermawan, memenuhi undangan, dan menjadi panutan.

2. Tipe Mandiri, lanjut usia ini senang mengganti kegiatan yang hilang dengan kegiatan baru, selektif dalam mencari pekerjaan dan teman pergaulan, serta memenuhi undangan.

3. Tipe tidak puas, lanjut usia yang selalu mengalami konflik lahir batin, menentang proses penuaan, yang menyebabkan kehilangan kecantikan, kehilangan daya tarik jasmani, kehilanan kekuasaan, status, teman yang disayangi, pemarah, tidak sabar, mudah tersinggung, menuntut, sulit dilayani, dan pengkritik.

4. Tipe pasrah, lanjut usia yang selalu menerima dan menuggu nasib baik, mempunyai konsep habis (habis gelap datang terang), mengikuti kegiatan beribadah, ringan kaki, pekerjaan apapun dilakukan.

5. Tipe bingung, lanjut usia yang kagetan, kehilangan kepribadian, mengasingkan diri, merasa minder, menyesal, pasif, acuh tak acuh.

**2.1.5 Proses Penuaan**

Tahap dewasa merupakan tahap tubuh mencapai titik perkembangan yang maksimal. Setelah itu tubuh mulai menyusut dikarenakan berkurangnya jumlah sel-sel yang ada didalam tubuh. Sebagai akibatnya tubuh juga akan mengalami penuaan fungsi secara perlahan-lahan (Maryam dkk 2008 dalam Sunaryo et al 2016). Tahap usia lanjut adalah tahap di mana terjadi penurunan fungsi tubuh. Penuaan merupakan perubahan kumulatif pada makhluk hidup, termasuk tubuh, jaringan dan sel, yang mengalami penurunan kapasitas fungsional. Pada manusia, penuaan dihubungkan dengan perubahan degeneratif pada kulit, tulang jantung, pembuluh darah, paru-paru, saraf dan jaringan tubuh lainya. Kemampuan regeneratif pada lansia terbatas, mereka lebih rentan terhadap berbagai penyakit (Kholifah, 2016).

**2.1.6 Tugas Perkembangan Lansia**

Menurut Potter & Perry 2009 dalam Sunaryo et al 2016, tugas perkembangan pada lansia yaitu beradaptasi terhadap penurunan kesehatan dan kekuatan fisik, beradaptasi terhadap masa pensiun dan penurunan pendapatan, beradaptasi terhadap kematian pasangan, menerima diri sebagai individu yang menua, mempertahankan kehidupan yang memuaskan, menetapkan kembali hubungan dengan anak yang telah dewasa, menemukan cara mempertahankan kehidupan yang memuaskan, menetapkan kembali hubungan dengan anak yang telah dewasa, menemukan cara mempertahankan kondisi hidup.

1. **KONSEP PENYAKIT FRAKTUR**
2. **Anatomi dan Fisiologi**
3. Tulang ulna

Menurut Hartanto (2013) ulna adalah tulang stabilisator pada lengan bawah, terletak medial dan merupakan tulang yang lebih panjang dari dua tulang lengan bawah. Ulna adalah tulang medial antebrachium. Ujung proksimal ulna besar dan disebut olecranon, struktur ini membentuk tonjolan siku. Corpus ulna mengecil dari atas ke bawah.

Gambar 2.1 Anatomi os Ulna

(Putz & Pabst, 2007)

1. Tulang Radius

Radius terletak di lateral dan merupakan tulang yang lebih pendek dari dua tulang di lengan bawah. Ujung proksimalnya meliputi caput pendek, collum, dan tuberositas yang menghadap ke medial. Corpus radii, berbeda dengan ulna, secara bertahap membesar saat ke distal. Ujung distal radius berbentuk sisi empat ketika dipotong melintang. Processus styloideus radii lebih besar daripada processus styloideus ulnae dan memanjang jauh ke distal. Hubungan tersebut memiliki kepentingan klinis ketika ulna dan/atau radius mengalami fraktur (Hartanto, 2013).



Gambar 2.2 Anatomi os Radius

(Putz & Pabst, 2007)

1. **Pengertian**

Fraktur adalah gangguan dari kontinuitas yang normal dari suatu tulang. Jika terjadi fraktur, maka jaringan lunak di sekitarnya juga sering kali terganggu. Radiografi (sinar-x) dapat menunjukkan keberadaan cedera tulang, tetapi tidak mampu menunjukkan otot atau ligamen yang robek, saraf yang putus, atau pembuluh darah yang pecah sehingga dapat menjadi komplikasi pemulihan pasien (Black dan Hawks, 2014).

1. **Etiologi**

Tekanan berlebihan atau trauma langsung pada tulang menyebabkan suatu retakan sehingga mengakibatkan kerusakan pada otot dan jaringan. Kerusakan otot dan jaringan akan menyebabkan perdarahan, edema, dan hematoma. Lokasi retak mungkin hanya retakan pada tulang, tanpa memindahkan tulang manapun. Fraktur yang tidak terjadi disepanjang tulang dianggap sebagai fraktur yang tidak sempurna sedangkan fraktur yang terjadi pada semua tulang yang patah dikenal sebagai fraktur lengkap (Digiulio, Jackson dan Keogh, 2014).

Penyebab fraktur menurut Jitowiyono dan Kristiyanasari (2010) dapat dibedakan menjadi:

1. Cedera traumatik

Cedera traumatik pada tulang dapat disebabkan oleh :

1. Cedera langsung adalah pukulan langsung terhadap tulang sehingga tulang patah secara spontan.
2. Cedera tidak langsung adalah pukulan langsung berada jauh dari lokasi benturan, misalnya jatuh dengan tangan berjulur sehingga menyebabkan fraktur klavikula.
3. Fraktur yang disebabkan kontraksi keras yang mendadak
4. Fraktur patologik

Kerusakan tulang akibat proses penyakit dengan trauma minor mengakibatkan :

1. Tumor tulang adalah pertumbuhan jaringan baru yang tidak terkendali
2. Infeksi seperti ostemielitis dapat terjadi sebagai akibat infeksi akut atau dapat timbul salah satu proses yang progresif
3. Rakhitis
4. Secara spontan disebabkan oleh stress tulang yang terus menerus
5. **Patofisiologi**

Menurut Black dan Hawks (2014), Keparahan dari fraktur bergantung pada gaya yang menyebabkan fraktur. Jika ambang fraktur suatu tulang hanya sedikit terlewati, maka tulang mungkin hanya retak saja bukan patah. Jika gayanya sangat ekstrem, seperti tabrakan mobil, maka tulang dapat pecah berkeping-keping. Saat terjadi fraktur, otot yang melekat pada ujung tulang dapat terganggu. Otot dapat mengalami spasme dan menarik fragmen fraktur keluar posisi. Kelompok otot yang besar dapat menciptakan spasme yang kuat bahkan mampu menggeser tulang besar, seperti femur. Walaupun bagian proksimal dari tulang patah tetap pada tempatnya, namun bagian distal dapat bergeser karena faktor penyebab patah maupun spasme pada otot-otot sekitar. Fragmen fraktur dapat bergeser ke samping, pada suatu sudut (membentuk sudut), atau menimpa segmen tulang lain. Fragmen juga dapat berotasi atau berpindah.

Selain itu, periosteum dan pembuluh darah di korteks serta sumsum dari tulang yang patah juga terganggu sehingga dapat menyebabkan sering terjadi cedera jaringan lunak. Perdarahan terjadi karena cedera jaringan lunak atau cedera pada tulang itu sendiri. Pada saluran sumsum (medula), hematoma terjadi diantara fragmen-fragmen tulang dan dibawah periosteum. Jaringan tulang disekitar lokasi fraktur akan mati dan menciptakan respon peradangan yang hebat sehingga akan terjadi vasodilatasi, edema, nyeri, kehilangan fungsi, eksudasi plasma dan leukosit. Respon patofisiologis juga merupakan tahap penyembuhan tulang.

1. **Maniestasi Klinis**

Menurut Black dan Hawks (2014), mendiagnosis fraktur harus berdasarkan manifestasi klinis pasien, riwayat, pemeriksaan fisik, dan temuan radiologis. Tanda dan gejala terjadinya fraktur antara lain:

1. Deformitas

Pembengkakan dari perdarahan lokal dapat menyebabkan deformitas pada lokasi fraktur. Spasme otot dapat menyebabkan pemendekan tungkai, deformitas rotasional, atau angulasi. Dibandingkan sisi yang sehat, lokasi fraktur dapat memiliki deformitas yang nyata.

1. Pembengkakan

Edema dapat muncul segera, sebagai akibat dari akumulasi cairan serosa pada lokasi fraktur serta ekstravasasi darah ke jaringan sekitar.

1. Memar

Memar terjadi karena perdarahan subkutan pada lokasi fraktur.

1. Spasme otot

Spasme otot involuntar berfungsi sebagai bidai alami untuk mengurangi gerakan lebih lanjut dari fragmen fraktur.

1. Nyeri

Jika pasien secara neurologis masih baik, nyeri akan selalu mengiringi fraktur, intensitas dan keparahan dari nyeri akan berbeda pada masing-masing pasien. Nyeri biasanya terus-menerus , meningkat jika fraktur dimobilisasi. Hal ini terjadi karena spasme otot, fragmen fraktur yang bertindihan atau cedera pada struktur sekitarnya.

1. Ketegangan

Ketegangan diatas lokasi fraktur disebabkan oleh cedera yang terjadi.

1. **Klasifikasi**

Fraktur dapat diklasifikasikan menjadi fraktur tertutup dan fraktur terbuka. Fraktur tertutup memiliki kulit yang masih utuh diatas lokasi cedera, sedangkan fraktur terbuka dicirikan oleh robeknya kulit diatas cedera tulang. Kerusakan jaringan dapat sangat luas pada fraktur terbuka, yang dibagi berdasarkan keparahannya (Black dan Hawks, 2014) :

1. Derajat 1 : Luka kurang dari 1 cm, kontaminasi minimal
2. Derajat 2 : Luka lebih dari 1 cm, kontaminasi sedang
3. Derajat 3 : Luka melebihi 6 hingga 8 cm, ada kerusakan luas pada jaringan lunak, saraf, tendon, kontaminasi banyak. Fraktur terbuka dengan derajat 3 harus sedera ditangani karena resiko infeksi.

Menurut Wiarto (2017) fraktur dapat dibagi kedalam tiga jenis antara lain:

1. Fraktur tertutup

Fraktur terutup adalah jenis fraktur yang tidak disertai dengan luka pada bagian luar permukaan kulit sehingga bagian tulang yang patah tidak berhubungan dengan bagian luar.

1. Fraktur terbuka

Fraktur terbuka adalah suatu jenis kondisi patah tulang dengan adanya luka pada daerah yang patah sehingga bagian tulang berhubungan dengan udara luar, biasanya juga disertai adanya pendarahan yang banyak. Tulang yang patah juga ikut menonjol keluar dari permukaan kulit, namun tidak semua fraktur terbuka membuat tulang menonjol keluar. Fraktur terbuka memerlukan pertolongan lebih cepat karena terjadinya infeksi dan faktor penyulit lainnya.

1. Fraktur kompleksitas

Fraktur jenis ini terjadi pada dua keadaan yaitu pada bagian ekstermitas terjadi patah tulang sedangkan pada sendinya terjadi dislokasi.

Menurut Wiarto (2017) jenis fraktur berdasarkan radiologisnya antara lain:

1. Fraktur transversal

Fraktur transversal adalah frktur yang garis patahnya tegak lurus terhadap sumbu panjang tulang. Fraktur ini , segmen-segmen tulang yang patah direposisi atau direkduksi kembali ke tempat semula, maka segmen-segmen ini akan stabil dan biasanya dikontrol dengan bidai gips.

1. Fraktur kuminutif

Fraktur kuminutif adalah terputusnya keutuhan jaringan yang terdiri dari dua fragmen tulang.

1. Fraktur oblik

Fraktur oblik adalah fraktur yang garis patahnya membuat sudut terhadap tulang.

1. Fraktur segmental

Fraktur segmental adalah dua fraktur berdekatan pada satu tulang yang menyebabkan terpisahnya segmen sentral dari suplai darahnya, fraktur jenis ini biasanya sulit ditangani.

1. Fraktur impaksi

Fraktur impaksi atau fraktur kompresi terjadi ketika dua tulang menumbuk tulang yang berada diantara vertebra.

1. Fraktur spiral

Fraktur spiral timbul akibat torsi ekstermitas. Fraktur ini menimbulkan sedikit kerusakan jaringan lunak dan cenderung cepat sembuh dengan imobilisasi.

1. **Komplikasi**

Ada beberapa komplikasi fraktur. Komplikasi tergantung pada jenis cedera , usia pasien, adanya masalah kesehatan lain (komordibitas) dan penggunaan obat yang mempengaruhi perdarahan, seperti warfarin, kortikosteroid, dan NSAID. Komplikasi yang terjadi setelah fraktur antara lain :

1. Cedera saraf

Fragmen tulang dan edema jaringan yang berkaitan dengan cedera dapat menyebabkan cedera saraf. Perlu diperhatikan terdapat pucat dan tungkai pasien yang sakit teraba dingin, ada perubahan pada kemampuan pasien untuk menggerakkan jari-jari tangan atau tungkai. parestesia, atau adanya keluhan nyeri yang meningkat.

1. Sindroma kompartemen

Kompartemen otot pada tungkai atas dan tungkai bawah dilapisi oleh jaringan fasia yang keras dan tidak elastis yang tidak akan membesar jika otot mengalami pembengkakan. Edema yang terjadi sebagai respon terhadap fraktur dapat menyebabkan peningkatan tekanan kompartemen yang dapat mengurangi perfusi darah kapiler. Jika suplai darah lokal tidak dapat memenuhi kebutuhan metabolik jaringan, maka terjadi iskemia. Sindroma kompartemen merupakan suatu kondisi gangguan sirkulasi yang berhubungan dengan peningkatan tekanan yang terjadi secara progresif pada ruang terbatas. Hal ini disebabkan oleh apapun yang menurunkan ukuran kompartemen.gips yang ketat atau faktor-faktor internal seperti perdarahan atau edema. Iskemia yang berkelanjutan akan menyebabakan pelepasan histamin oleh otot-otot yang terkena, menyebabkan edema lebih besar dan penurunan perfusi lebih lanjut. Peningkatan asam laktat menyebabkan lebih banyak metabolisme anaerob dan peningkatan aliran darah yang menyebabakn peningkatan tekanan jaringan. Hal ini akan mnyebabkan suatu siklus peningkatan tekanan kompartemen. Sindroma kompartemen dapat terjadi dimana saja, tetapi paling sering terjadi di tungkai bawah atau lengan. Dapat juga ditemukan sensasi kesemutan atau rasa terbakar (parestesia) pada otot.

1. Kontraktur Volkman

Kontraktur Volkman adalah suatu deformitas tungkai akibat sindroma kompartemen yang tak tertangani. Oleh karena itu, tekanan yang terus-menerus menyebabkan iskemia otot kemudian perlahan diganti oleh jaringan fibrosa yang menjepit tendon dan saraf. Sindroma kompartemen setelah fraktur tibia dapat menyebabkan kaki nyeri atau kebas, disfungsional, dan mengalami deformasi.

1. Sindroma emboli lemak

Emboli lemak serupa dengan emboli paru yang muncul pada pasien fraktur. Sindroma emboli lemak terjadi setelah fraktur dari tulang panjang seperti femur, tibia, tulang rusuk, fibula, dan panggul.

Kompikasi jangka panjang dari fraktur antara lain:

1. Kaku sendi atau artritis

Setelah cedera atau imobilisasi jangka panjang, kekakuan sendi dapat terjadi dan dapat menyebabkan kontraktur sendi, pergerakan ligamen, atau atrofi otot. Latihan gerak sendi aktif harus dilakukan semampunya pasien. Latihan gerak sendi pasif untuk menurunkan resiko kekauan sendi.

1. Nekrosis avaskular

Nekrosis avaskular dari kepala femur terjadi utamaya pada fraktur di proksimal dari leher femur. Hal ini terjadi karena gangguan sirkulasi lokal. Oleh karena itu, untuk menghindari terjadinya nekrosis vaskular dilakukan pembedahan secepatnya untuk perbaikan tulang setelah terjadinya fraktur.

1. Malunion

Malunion terjadi saat fragmen fraktur sembuh dalam kondisi yang tidak tepat sebagai akibat dari tarikan otot yang tidak seimbang serta gravitasi. Hal ini dapat terjadi apabila pasien menaruh beban pada tungkai yang sakit dan menyalahi instruksi dokter atau apabila alat bantu jalan digunakan sebelum penyembuhan yang baik pada lokasi fraktur.

1. Penyatuan terhambat

Penyatuan menghambat terjadi ketika penyembuhan melambat tapi tidak benar-benar berhenti, mungkin karena adanya distraksi pada fragmen fraktur atau adanya penyebab sistemik seperti infeksi

1. Non-union

Non-union adalah penyembuhan fraktur terjadi 4 hingga 6 bulan setelah cedera awal dan setelah penyembuhan spontan sepertinya tidak terjadi. Biasanya diakibatkan oleh suplai darah yang tidak cukup dan tekanan yang tidak terkontrol pada lokasi fraktur.

1. Penyatuan fibrosa

Jaringan fibrosa terletak diantara fragmen-fragmen fraktur. Kehilangan tulang karena cedera maupun pembedahan meningkatkan resiko pasien terhadap jenis penyatuan fraktur.

1. Sindroma nyeri regional kompleks

Sindroma nyeri regional kompleks merupakan suatu sindroma disfungsi dan penggunaan yang salah yang disertai nyeri dan pembengkakan tungkai yang sakit.

1. **Pemeriksaan Penunjang**

Menurut Istianah (2017) Pemeriksan Diagnostik antara lain:

1. Foto rontgen (X-ray) untuk menentukan lokasi dan luasnya fraktur.
2. Scan tulang, temogram, atau scan CT/MRIB untuk memperlihatkan fraktur lebih jelas, mengidentifikasi kerusakan jaringan lunak.
3. Anteriogram dilakukan untuk memastikan ada tidaknya kerusakan vaskuler.
4. Hitung darah lengkap, hemokonsentrasi mungkin meningkat atau menurun pada perdarahan selain itu peningkatan leukosit mungkin terjadi sebagai respon terhadap peradangan.
5. **Penatalaksanaan**

Prinsip menangani fraktur adalah mengembalikan posisi patahan ke posisi semula dan mempertahankan posisi itu selama masa penyembuhan patah tulang. Cara pertama penangan adalah proteksi saja tanpa reposisi atau imobilisasi, misalnya menggunakan mitela. Biasanya dilakukan pada fraktur iga dan fraktur klavikula pada anak. Cara kedua adalah imobilisasi luar tanpa reposisi, biasanya dilakukan pada patah tulang tungkai bawah tanpa dislokasi. Cara ketiga adalah reposisi dengan cara manipulasi yang diikuti dengan imobilisasi, biasanya dilakukan pada patah tulang radius distal. Cara keempat adalah reposisi dengan traksi secara terus-menerus selama masa tertentu. Hal ini dilakukan pada patah tulang yang apabila direposisi akan terdislokasi di dalam gips. Cara kelima berupa reposisi yang diikuti dengan imobilisasi dengan fiksasi luar. Cara keenam berupa reposisi secara non-operatif diikuti dengan pemasangan fiksator tulang secara operatif. Cara ketujuh berupa reposisi secara operatif diikuti dengan fiksasi interna yang biasa disebut dengan ORIF (Open Reduction Internal Fixation). Cara yang terakhir berupa eksisi fragmen patahan tulang dengan prostesis (Sjamsuhidayat dkk, 2010).

 Menurut Istianah (2017) penatalaksanaan medis antara lain :

1. Diagnosis dan penilaian fraktur

Anamnesis pemeriksaan klinis dan radiologi dilakukan dilakukan untuk mengetahui dan menilai keadaan fraktur. Pada awal pengobatan perlu diperhatikan lokasi fraktur, bentuk fraktur, menentukan teknik yang sesuai untuk pengobatan komplikasi yang mungkin terjadi selama pengobatan.

1. Reduksi

Tujuan dari reduksi untuk mengembalikan panjang dan kesejajaran garis tulang yang dapat dicapai dengan reduksi terutup atau reduksi terbuka. Reduksi tertutup dilakukan dengan traksi manual atau mekanis untuk menarik fraktur kemudian, kemudian memanipulasi untuk mengembalikan kesejajaran garis normal. Jika reduksi tertutup gagal atau kurang memuaskan, maka bisa dilakukan reduksi terbuka. Reduksi terbuka dilakukan dengan menggunakan alat fiksasi internal untuk mempertahankan posisi sampai penyembuhan tulang menjadi solid. Alat fiksasi internal tersebut antara lain pen, kawat, skrup, dan plat. Alat-alat tersebut dimasukkan ke dalam fraktur melalui pembedahan ORIF (Open Reduction Internal Fixation). Pembedahan terbuka ini akan mengimobilisasi fraktur hingga bagian tulang yang patah dapat tersambung kembali.

1. Retensi

Imobilisasi fraktur bertujuan untuk mencegah pergeseran fragmen dan mencegah pergerakan yang dapat mengancam penyatuan. Pemasangan plat atau traksi dimaksudkan untuk mempertahankan reduksi ekstremitas yang mengalami fraktur.

1. Rehabilitasi

Mengembalikan aktivitas fungsional seoptimal mungkin. Setelah pembedahan, pasien memerlukan bantuan untuk melakukan latihan. Menurut Kneale dan Davis (2011) latihan rehabilitasi dibagi menjadi tiga kategori yaitu :

1. Gerakan pasif bertujuan untuk membantu pasien mempertahankan rentang gerak sendi dan mencegah timbulnya pelekatan atau kontraktur jaringan lunak serta mencegah strain berlebihan pada otot yang diperbaiki post bedah.
2. Gerakan aktif terbantu dilakukan untuk mempertahankan dan meningkatkan pergerakan, sering kali dibantu dengan tangan yang sehat, katrol atau tongkat
3. Latihan penguatan adalah latihan aktif yang bertujuan memperkuat otot. Latihan biasanya dimulai jika kerusakan jaringan lunak telah pulih, 4-6 minggu setelah pembedahan atau dilakukan pada pasien yang mengalami gangguan ekstremitas atas.
4. **KONSEP ASUHAN KEPERAWATAN**

Di dalam memberikan asuhan keperawatan digunakan sistem atau metode proses keperawatan yang dalam pelaksanaannya dibagi menjadi lima tahap yaitu pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

1. **Pengkajian**
2. Anamnesis
3. Identitas pasien

Meliputi nama, jenis kelamin, umur, alamat, agama, bahasa yang dipakai, status perkawinan, pendidikan, pekerjaan, asuransi, golongan darah, nomer register, tanggal masuk rumah sakit, diagnosis medis (Padila, 2012). Menurut Irianto, Komang Agung et al (2019) mayoritas penderita fraktur geriatri adalah wanita.

1. Keluhan utama

Keluhan utamanya adalah rasa nyeri akut atau kronik. Selain itu pasien juga akan kesulitan beraktivitas. Untuk memperoleh pengkajian yang lengkap tentang rasa nyeri pasien digunakan menurut Padila (2012) :

1. Provoking incident : Apakah ada peristiwa yang menjadi faktor presipitasi nyeri
2. Quality of pain : Seperti apa rasa nyeri yang dirasakan atau digambarkan pasien. Apakah seperti terbakar, berdenyut, atau menusuk
3. Region : Radiation, relief : Apakah rasa sakit bisa reda, apakah rasa sakit menjalar atau menyebar, dan dimana rasa sakit terjadi.
4. Severity (scale) of pain : Seberapa jauh rasa nyeri yang dirasakan pasien, bisa berdasarkan skala nyeri atau pasien menerangkan seberapa jauh rasa sakit memepengaruhi kemampuan fungsinya.
5. Time : Berapa lama nyeri berlangsung, kapan, apakah bertambah buruk pada malam hari atau siang hari
6. Riwayat penyakit sekarang

Menurut Irianto, Komang Agung at al (2019), lokasi fraktur geriatri dalam tiga besar adalah tulang belakang, panggul, dan pergelangan tangan. Trauma berada di peringkat kelima di antara penyebab kematian pada pasien di atas usia 65 . Pasien geriatri lebih rentan terhadap risiko trauma karena gangguan motorik dan kognitif terkait usia serta kehidupan yang lebih aktif yang mereka jalani saat ini . Bahkan trauma minor dapat menyebabkan cedera parah pada pasien geriatri, dan bila dibandingkan dengan kelompok usia lainnya, angka kematian dan morbilitas lebih tinggi (Aschkenasy, 2006 dalam Söz, G., & Karakaya, Z. 2019).

1. Riwayat penyakit dahulu

Pada pengkajian ini ditemukan kemungkinan penyebab fraktur dan memberi petunjuk berapa lama tulang tersebut akan menyambung. Penyakit-penyakit tertentu seperti kanker tulang menyebabkan fraktur patologis yang sering sulit untuk menyambung. Selain itu, penyakit diabetes dengan luka sangat beresiko terjadinya osteomyelitis akut maupun kronik dan juga diabetes menghambat proses penyembuhan tulang (Padila, 2012). Menurut Irianto, Komang Agung at al (2019), penderita fraktur geriatri mayoritas mempunyai penyakit penyerta hipertensi dan atau diabetes mellitus.

1. Riwayat penyakit keluarga

Penyakit keluarga yang berhubungan dengan penyakit tulang merupakan salah satu faktor predisposisi terjadinya fraktur, seperti diabetes, osteoporosis yang sering terjadi pada beberapa keturunan dan kanker tulang yang cenderung diturunkan secara genetik (Padila, 2012).

1. Riwayat psikososial

Merupakan respon emosi pasien terhadap penyakit yang dideritanya dan peran pasien dalam keluarga dan masyarakat serta respon atau pengaruhnya dalam kehidupan sehari-hari (Padila, 2012).

1. Pola-pola
2. Pola persepsi dan tata laksana hidup sehat

Pada kasus fraktur akan timbul ketakutan akan terjadi kecacatan pada dirinya dan harus menjalani penatalaksaan kesehatan untuk membantu penyembuhan tulangnya. Selain itu, pengkajian juga meliputi kebiasaan hidup pasien seperti penggunaan obat steroid yang dapat menggangu metabolisme kalsium, pengonsumsian alkohol yang bisa mengganggu keseimbangannya dan apakah pasien melaksanakan olahraga atau tidak (Padila, 2012).

1. Pola nutrisi dan metabolisme

Pada pasien fraktur harus mengonsumsi nutrisi melebihi kebutuhan sehari-harinya seperti kalsium, zat besi, protein, vitamin untuk membantu proses penyembuhan tulang dan pantau keseimbangan cairan (Padila, 2012). Irianto, Komang Agung at al (2019) mengungkapkan penderita fraktur geriatric yang dirawat di rumah sakit mayoritas mempunyai berat badan normal, tidak terlalu kurus ataupun terlalu gemuk

1. Pola eliminasi

Pantau pengeluaran urine frekuensi, kepekatannya, warna, bau, dan jumlah apakah terjadi retensi urine. Retensi urine dapat disebabkan oleh posisi berkemih yang tidak alamiah, pembesaran prostat dan adanya tanda infeksi saluran kemih Kaji frekuensi, konsistensi, warna, serta bau feses.

1. Pola tidur dan istirahat

Pasien akan merasakan nyeri, keterbatasan gerak sehingga hal ini dapat mengganggu pola dan kebutuhan tidur pasien. Selain itu juga, pengkajian dilaksanakan pada lamanya tidur, suasana lingkungan, kebiasaan tidur, dan kesulitan tidur serta penggunaan obat tidur (Padila, 2012). Tidak dapat beristirahat, peningkatan ketegangan, peka terhadap rangsang, stimulasi simpatis.

1. Pola aktivitas

Menurut Irianto, Komang Agung at al (2019) pemicu fraktur pada geriatri yang datang ke rumah sakit adalah kecelakaan di rumah (domestic accident).Timbulnya nyeri, keterbatasan gerak maka semua bentuk kegiatan pasien menjadi berkurang dan kebutuhan pasien perlu banyak dibantu oleh orang lain. Hal lain yang perlu dikaji adalah bentuk aktivitas (Padila, 2012).

1. Pola hubungan dan peran

Pasien akan kehilangan peran dalam keluarga dan masyarakat karena pasien harus menjalani rawat inap (Padila, 2012).

1. Persepsi dan konsep diri

Dampak yang timbul pada pasien adalah rasa takut akan kecacatan, rasa cemas, rasa ketidakmampuan untuk melakukan aktivitas secara optimal dan pandangan dirinya yang salah (Padila, 2012).

1. Pola sensori dan kognitif

Pasien fraktur daya rabanya berkurang terutama pada bagian fraktur, sedangkan pada indera yang lainnya tidak timbul gangguan begitu juga pada kognitifnya tidak mengalami gangguan (Padila, 2012).

1. Pola reproduksi seksual

Pasien tidak bisa melakukan hubungan seksual karena harus menjalani rawat inap dan keterbatasan gerak serta rasa nyeri. Selain itu, pasien juga perlu dikaji status perkawinannya termasuk jumlah anak, lama perkawinannya (Padila, 2012).

1. Pola penanggulangan stress

Perasaan cemas, takut, marah, apatis, faktor-faktor stress multiple seperti masalah finansial, hubungan, gaya hidup (Doenges dalam Jitowiyono dan Kristiyanasari, 2010). Timbul kecemasan akan kecacatan pada diri dan fungsi tubuhnya. Mekanisme koping yang ditempuh pasien biasanya tidak efektif (Padila, 2012).

1. Pola tata nilai dan keyakinan

Pasien tidak dapat melakukan kebutuhan beribadah dengan baik terutama frekuensi dan konsentrasi (Padila, 2012).

1. Fokus pemeriksaan fisik menurut Pope D (2018) dalam Corsino, Reeves, & Sieg., (2020) antara lain :

Pemeriksaan fisik juga harus fokus pada mengesampingkan komplikasi seperti sindrom kompartemen atau masalah neurovaskular lainnya. Kompartemen lengan harus lunak. Denyut radial harus kuat dan sama antara ekstremitas atas. Isi ulang kapiler distal ke fraktur harus kurang dari 2-3 detik. Tes fungsi motorik saraf radial dengan meminta pasien memperpanjang sendi metacarpophalangeal jari terhadap resistensi. Palmar abduksi ibu jari dan memegang "tanda A-OK" terhadap resistensi akan menguji fungsi motorik medianus. Pengujian kekuatan saraf ulnaris adalah melalui penculikan jari-jari terhadap resistensi. Sensasi untuk saraf median dan ulnaris harus menjalani evaluasi dengan diskriminasi dua titik pada bantalan jari ke-2 dan ke-5, masing-masing. Fungsi sensorik radial dapat diuji hanya proksimal MCP ke-2. Diskriminasi dua titik yang normal kurang dari 5mm, atau 6mm pada lansia. Penting untuk mendokumentasikan pemeriksaan neurovaskular menyeluruh karena ini akan digunakan sebagai dasar untuk pemeriksaan ulang oleh ahli ortopedi dan spesialis lainnya. Akhirnya, evaluasi menyeluruh dari siku, tulang karpal, dan tangan harus menjadi bagian dari evaluasi. Instabilitas DRUJ yang hidup berdampingan, instabilitas karpal, dislokasi siku, atau fraktur lengan proksimal mudah terlewatkan dalam evaluasi fraktur radial distal.

1. Secara sistemik menurut Padila (2012) antara lain:
2. Sistem integumen

Terdapat eritema, suhu disekitar daerah trauma meningkat, bengkak, edema, nyeri tekan.

1. Kepala

Tidak ada gangguan yaitu normo cephalik simetris, tidak ada penonjolan, tidak ada nyeri kepala.

1. Leher

Tidak ada gangguan yaitu simetris, tidak ada penonjolan, reflek menelan ada

1. Muka

Wajah terlihat menahan sakit, tidak ada perubahan fungsi maupun bentuk. Tidak ada lesi, simetris, tak edema

1. Mata

Tidak ada gangguan seperti konjungtiva tidak anemis

1. Scan tulang, temogram, atau scan CT/MRIB untuk memperlihatkan fraktur lebih jelas, mengidentifikasi kerusakan jaringan lunak.
2. Anteriogram dilakukan untuk memastikan ada tidaknya kerusakan vaskuler.
3. Hitung darah lengkap, hemokonsentrasi mungkin meningkat atau menurun pada perdarahan selain itu peningkatan leukosit mungkin terjadi sebagai respon terhadap peradangan.
4. **Diagnosis Keperawatan**

Diagnosa keperawatan menurut Boedihartono dalam Jitowiyono dan Kristiyanasari (2010) antara lain :

1. Nyeri berhubungan dengan jaringan tulang, gerakan fragmen tulang, edema, dan cedera jaringan, alat traksi atau imobilisasi, stress, ansietas.
2. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan atau keletihan, ketidakadekuatan oksigen, ansietas, dan gangguan pola tidur.
3. Gangguan integritas kulit berhubungan dengan tekanan, perubahan status metabolik, kerusakan sirkulasi dan penurunan sensasi dibuktikan dengan terdapat luka atau ulserasi, kelemahan, turgor kulit buruk, terdapat jaringan nekrosis.
4. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri , ketidaknyamanan, kerusakan muskuloskeletal , pembatasan aktivitas, dan penurunan kekuatan ketahanan.
5. Resiko infeksi berhubungan statis cairan tubuh, respon inflamasi tertekan, prosedur invasif dan jalur penusukan, luka atau kerusakan kulit, insisi pembedahan.
6. Kurang pengetahuan tentang kondisi, prognosis, dan kebutuhan pengobatan berhubungan dengan keterbatasan kognitif, kurang terpajan informasi.

 Diagnosa keperawatan Gerontik menurut Sunaryo,M. K. (2016) ditinjau dari aspek fisik atau biologis :

1. Ketidakseimbangan nutrisi: kurang dari kebutuhan tubuh terkait dengan tidak mampu menyesuaikan, mencerna, mengabsorbsi makanan karena faktor biologis.
2. Gangguan pola tidur berhubungan dengan insomnia dalam waktu lama, terbangun lebih awal atau terlambat bangun, dan penurunan kemampuan fungsi yang ditandai dengan penuaan perubahan pola tidur dan cemas.
3. Inkontinensia urin berhubungan dengan keterbatasan neuromuskular yang ditandai dengan waktu yang diperlukan ke toilet melebihi waktu untuk menahan pengosongan kandung kemih dan tidak mampu mengendalikan pengosongan.
4. Gangguan mobilitas fisik yang berhubungan dengan kerusakan muskuloskeletal dan neuromuskular yang ditandai dengan perubahan gaya gerak, gerak lambat, gerak yang menyebabkan tremor, dan usaha yang kuat untuk gerakan perubahan.

**2.3.3 Intervensi Keperawatan**

Kriteria hasil dan Intervensi keperawatan berdasarkan SDKI dan SIKI :

1. Nyeri berhubungan dengan jaringan tulang, gerakan fragmen tulang, edema, dan cedera jaringan, alat traksi atau imobilisasi, stress, ansietas.

Tujuan :

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan nyeri berkurang

Kriteria Hasil : ( SLKI L.08066 )

1. Keluhan nyeri menurun
2. Meringis menurun
3. Sikap protektif menurun
4. Gelisah menurun
5. Kesulitan tidur menurun
6. Frekuensi nadi membaik

Intervensi : (SIKI 1.08238)

1. Identifikasi lokasi, durasi, karakteristik, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri.
2. Identifikasi skalanyeri.
3. Identifikasi faktor yang memperberat nyeri.
4. Berikan teknik nonfarmakologi.
5. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri.
6. Fasilitasi istirahat dan tidur.
7. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri.
8. Ajarkan teknik nonfarmakologi.
9. Kolaborasi pemberian analgetik.
10. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri , ketidaknyamanan, kerusakan muskuloskeletal , pembatasan aktivitas, dan penurunan kekuatan ketahanan.

Tujuan :

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan mobilias fisik membaik.

Kriteria Hasil : (SLKI L.05042)

1. Pergerakan ekstermitas meningkat
2. Kekuatan otot meningkat
3. Rentan gerak (ROM) meningkat
4. Nyeri menurun

Intervensi : (SIKI 1.14501)

1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya.
2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan.
3. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu.
4. Fasilitasi melakukan pergerakan.
5. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi.
6. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan.
7. Gangguan integritas kulit berhubungan dengan tekanan, perubahan status metabolik, kerusakan sirkulasi dan penurunan sensasi dibuktikan dengan terdapat luka atau ulserasi, kelemahan, turgor kulit buruk, terdapat jaringan nekrosis.

Tujuan :

Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan integritas kulit membaik.

Kriteria hasil : (SLKI L.14125)

1. Kerusakan jaringan menurun
2. Kerusakan lapisan kulit menurun
3. Tekstur ,embaik
4. Sensasi membaik

Intervensi : (SIKI 1.11353)

1. Mengidentifikasi penyebab gangguan integritas kulit.
2. Ubah posisi setiap dua jam
3. Bersihkan perineal dengan air hangat
4. Gunakan produk minyak pada kulit kering.
5. Hindari produk berbahan dasar alkohol
6. Anjurkan minum air yang cukup
7. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi.`
8. Gangguan pola tidur berhubungan dengan insomnia dalam waktu lama, terbangun lebih awal atau terlambat bangun, dan penurunan kemampuan fungsi yang ditandai dengan penuaan perubahan pola tidur dan cemas.

Tujuan :

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan pola tidur membaik.

Kriteria Hasl : (SLKI L.05045)

1. Keluhan sulit tidur menurun
2. Keluhan sering terjaga menurun
3. Keluhan tidak puas tidur menurun
4. Keluhan pola tidur berubah menurun
5. Keluhan istirahat tidak baik menurun

Intervensi : (SIKI 1.05174)

1. Identifikasi faktor pengganggu tidur.
2. Modifikasi lingkungan , saat waktu tidur siang.
3. Fasilitasi menghilangkan stres sebelum tidur.
4. Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan.
5. Jelaskan pentingnya tidur cukup.
6. Ajarkan relaksasi otot autogenik.

**2.4 WOC**

**Hipovolemia**

Trauma/Jatuh

**Hambatan mobilitas fisik**

Pergeseran Frakmen tulang

Diskontinuitas tulang

Fraktur

Putus Vena/arteri

Spasme otot

Deformitas

**Nyeri Akut**

**Gangguan Integritas Jaringan**

**Risiko Infeksi**

Perubahan jaringan

Gangguan fungsi ekstermitas

Peningkatan tekanan kapiler

perdarahan

Pergeseran fregmen tulang

Protein plasma hilang

Kehilangan volume darah

Pelepasan histamin

Edema

Penekanan pembuluh darah

**Perfusi perifer tidak efektif**



*(sumber: Nurarif, Amin Huda, 2013; hlm.165)*

**BAB 3**

**TINJAUAN KASUS**

 Untuk mendapatkan gambaran nyata tentang paksanaan asuhan keperawatan gerontik pada lansia dengan Fraktur radius sinistra, maka penulis menyajikan suatu kasus yang penulis amati mulai tanggal 27 Desember 2019 sampai dengan tanggal 31 Desember 2019 dengan data pengkajian pada tanggal 27 Desember 2019 pukul 09.00 WIB. Anamnesa diperoleh dari pasien dan data observasi perawat sebagai berikut:

1. **Pengkajian Keperawantan**
2. **Identitas Pasien**

Nama Ny. S bertempat tinggal di Surabaya dari suku jawa berjenis kelamin perempuan, berusia 66 tahun dan beragama Islam. Pasien belum menikah. Pendidikan terakhir Pasien SMP. Pasien sudah tinggal di UPTD Griya Werdha selama ± 6 tahun. Pasien tidak mempunyai pendapatan tetap. Keluarga yang dapat dihubungi yaitu adik. Pasien dahulu pernah bekerja sebagai buruh pabrik di daerah Surabaya.

1. **Riwayat Kesehatan**
2. Keluhan Utama : Nyeri skala 3 dan hambatan beraktivitas.
3. Keluhan yang diarasakan tiga bulan terakhir : Pasien mengatakan terjatuh di kamar mandi 7 hari yang lalu 20 Desember 2020) dengan posisi jatuh ke samping kiri dan tangan kiri menyangga karena terpleset di lantai yang licin hingga menyebabkan cidera pada tangan kirinya dan sempat dirawat di rumah sakit selama 2 hari. Pasien mengatakan beberapa minggu yang lalu mengalami batuk dan pilek.
4. Penyakit Saat ini : HT + Fraktur radius sinistra
5. **Status Fisiologis**
6. Postur tulang belakang Ny. S yaitu membungkuk
7. Tanda-tanda vital dan status gizi
8. Suhu : 36,7 oC
9. Tekanan Darah : 120/70 mmHg
10. Nadi : 81 x/menit
11. Respirasi : 23 x/menit
12. Berat Badan : 60 kg
13. Tinggi badan : 150 cm
14. **Pemeriksaan Fisik (*Head To Toe)***
15. Kepala

Kepala Ny. S bentuk simetris, bersih tidak, terdapat benjolan, tidak terdapat luka. Rambut bersih dan dominan berwarna putih, rambut pendek dan rontok sedikit. Tidak ada keluhan.

1. Mata

Pada Ny.S konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, penglihatan sedikit kabur, tidak ada peradangan di kedua mata, mata tidak strabismus.

1. Hidung

Pada Ny. S bentuk hidung simetris, tidak ada polip, tidak terdapat peradangan dan penciuman tidak terganggu.

1. Mulut dan Tenggorokan

Pada Ny. S kebersihan mulut baik, mukosa bibir lembab, tidak terdapat peradangan, tidak ada gangguan menelan.

1. Telinga

Pada Ny. S kebersihan telinga baik, tidak terdapat serumen berlebih, tidak ada peradangan maupun gangguan pendengaran.

1. Leher

Pada Ny. S tidak ditemukan pembesaran kalenjar thyroid, tidak terdapat lesi, tidak ada pembesaran vena jugularis.

1. Dada

Pada Ny. S bentuk dada normo chest, tidak terlihat retraksi dada, tidak terdapat ronchi dan wheezing. Ictus cordis 4-5 mid clavicula

1. Abdomen

Pada Ny. S bentuk perut normal, tidak terdapat nyeri tekan, bising usus 12 x/menit, tidak ada massa, tidak ada distensi abdomen.

1. Genetalia

Pada Ny. S kebersihan area genetalia terjaga bersih, ada rambut pubis, tidak ada hemoroid, tidak ada hernia.

1. Ekstermitas

Pada Ny. S ditemukan fraktur radius pada tangan kiri dan menggunakan elastis bandage lengan bagian bawah. Kekuatan otot ekstermitas atas xxxx/5555 dan kekuatan otot ekstermitas bawah 5555/5555. Tidak ada edema , tidak ada tremor, postur tubuh sedikit membungkuk, rentang gerak bebas, Reflek Bisep +/+, reflek trisep +/+.

1. Integumen

Pada Ny. S tidak ditemukan warna kulit yang abnormal, kulit lembab, hangat, tekstur halus, turgor kulit elastis.

1. Sistem Neurologis

GCS : E4 V5 M6, Pemeriksaan pulsasi ditemukan CRT < 2 detik, jari-jari dapat digerakkan, pasien dapat merasakan sensasi dari sentuhan yang perawat berikan dan akral hangat kering merah.

Pengkajian nyeri : pasien tampak meringis saat menggerakkan tangan kirinya

P : Nyeri terjadi karena raktur yang dialami ny. S

Q : Nyeri seperti tertimpa benda berat

R : Nyeri pada lengan kiri

S : skala 3 (0-10)

T : nyeri saat lengan kiri digerakkan

NI : Ny. S dapat mencium bau minyak kayu putih.

NII : Lapang pandang +/+

NIII, NIV, NVI : pupil mengecil saat terkena cahaya, lapang pandang luas

NV : Reflek kornea langsung

NVII : pasien dapat mendengarkan suara gesekan jari pada kedua telinga.

NIX, NX : gerakan ovula simetris, reflek menelan +

NXI : sternokleidomastoid terlihat

NXII : Lidah simetris.

1. **Pengkajian Keseimbangan Untuk Lansia**

Ny. S pasien dengan resiko jatuh rendah dengan skor 6.

1. **Pengkajian Psikososial**

Hubungan dengan Ny. S dengan teman sekamar mampu bekerja sama. Hubungan dengan Ny. S orang lain di panti hanya Sebatas kenal karena Ny. S jarang pergi jauh dari kamarnya. Kebiasaan Ny. S selalu berinteraksi dengan orang disekitarnya. Stabilitas emosi Ny. S Stabil . Motivasi anggota keluarga Kemampuan sendiri.

**3.1.7 Pengkajian Perilaku Terhadap Kesehatan**

 Pada Ny. S ditemukan data bahwa pasien terjatuh di kamar mandi 7 hari yang lalu karena terpleset di lantai yang licin dan menyebabkan cidera pada tangan kirinya. Ny. S makan 3x/hari dengan porsi habis. Ny. S minum ± 1800 cc/hari. Ny. S mengatakan sulit tidur saat malam, terkadang baru tertidur sekitar pukul 23.00/24.00 WIB dan selalu terbangun pada pukul 04.00 WIB dan mandi pukul 05.00 WIB dan tidak tidur siang. Saat melakukan patroli malam pukul 22.30 WIB perawat mendapati pasien masih terbangun sendirian di tempat tidur disaat teman teman sekamarnya sedang tertidur. Untuk mengisi waktu luang biasanya pasien duduk di tempat tidur atau didepan kamar dan bermain dengan kucing. Frekuensi BAB Ny. S yaitu 1x/2 hari dengan konsistensi lunak. frekuensi BAK sekitar 3-4 kali sehari, namun sekarang meggunakan pampers karena tidak apat melakukan toileting secara mandirii dan tidak ada gangguan saat BAK. Ny.S mandi 2 x/ hari dengan bantuan perawat semenjak tangannya cidera. Memakai lotion, minyak kayu putih, bedak setelah mandi dan Ganti baju 1x/hari.

**3.1.8 Pengkajian Lingkungan**

1. Pemukiman

Pada pemukiman luas bangunan sekitar 2.887 m2 dengan bentuk bangunan asrama permanen dan memiliki atap genting, dinding tembok, lantai keramik, dan kebersihan lantai baik. Ventilasi 15 % luas lantai dengan pencahayaan baik dan pengaturan perabotan baik. Di panti memiliki perabotan yang cukup baik dan lengkap. Di panti menggunakan air PDAM dan membeli air minum aqua. Pengelolaan jamban dilakukan bersama dengan jenis jamban leher angsa dan berjarak < 10 meter. Sarana pembuangan air limbah lancar dan ada petugas sampah dikelola dinas. Tidak ditemukan binatang pengerat dan polusi udara berasal dari rumah tangga. Dalam satu kamar terdapat 9 tempat tidur dan satu kamar mandi. Jarak anatar tempat tidur ±50 cm dan pencahayaan dalam kamar cukup terang saat siang maupun malam hari. Terdapat perbedaan ketinggian lantai pada kamar mandi dan lantai di depan kamar mandi terlihat selalu basah karena pengesat kaki yang sudah basah. Terdapat genangan air pada koridor depan kamar saat hujan dikarenakan adanya atap yang bocor.

1. Fasilitas

Di panti werdha tidak terdapat peternakan namun perikanan. Terdapat fasilitas olahraga, taman luasnya 20 m2, ruang pertemuan, sarana hiburan berupa TV, sound system, VCD dan sarana ibadah ( mushola).

1. Keamanan dan Transportasi

Terdapat sistem keamanan berupa penanggulangan bencana dan kebakaran. Memiliki kendaraan mobil serta memiliki jalan rata.

1. Komunikasi

Terdapat sarana komunikasi telefon dan juga melakukan penyebaran informasi secara langsung.

**3.1.9 Pengkajian Afektif Inventaris Depresi Beck**

Pada Ny. S didapatkan bahwa Ny. S memiliki penilaian 3 dan masuk kategori depresi tidak ada atau minimal

**3.1.10 Pengkajian Status Sosial Menggunakan APGAR Keluarga**

Pada Ny.S didapatkan bahwa Ny.S mampu berinteraksi dengan baik di lingkungan sekitarnya dan mampu memecahkan masalahnya.

**3.1.11 Masalah Emosional**

Pada Ny. S didapatkan bahwa pasien tidak memiliki masalah emosional dan cenderung memiliki emosi yang stabil.

**3.1.12 Tingkat Kerusakan Intelektual SPMSQ**

Pada Ny. S didapatkan bahwa dari 10 pertanyaan pasien bisa menjawab 7 pertanyaan dengan baik, yang asrtinya Ny. S masih memiliki fungsi intektual utuh.

**3.1.13 Identifikasi Aspek Kognitif MMSE**

Pada Ny. S didapatkan bahwa pasien mampu menjawab 26 pertanyaan dari 30 pertanyaan dan perintah dengan baik sehingga didaptkan hasil tidak ada gangguan kognitif.

**3.1.14 Indeks Barthel**

Pada Ny. S didapatkan interpretasi “14” atau ketergantungan ringan.

**3.1.15 Tingkat Kemandirian dalam Kehidupan Sehari-hari Indeks KATZ**

Pada Ny. S didapatkan skore “E” mampu dalam semua aktivitas sehari hari kecuali mandi, berpakaian, ke kamar kecil dan BAB/BAK.

**3.2 Pemeriksaan Penunjang**

1. Terapi

Tabel 3.1 Terapi obat

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nama Obat | Dosis | Indikasi |
| Amlodipine | 1x5mg | Untuk mengurangi tekanan darah tinggi |
| Asam mefenamat | 3x500mg | Mengurangi rasa nyeri |

**3.3 Analisa Data**

Tabel 3.2 Analisa Data

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No | Data subjektif | Penyebab | Masalah |
| 1 | Ds : pasien mengatakan nyeri saat menggerakkan tangan kirinya.Do :1. Pengkajian nyeri :

P : Nyeri terjadi karena raktur yang dialami ny. SQ : Nyeri seperti tertimpa benda beratR : Nyeri pada lengan kiriS : skala 3 (0-10)T : nyeri saat lengan kiri digerakkan1. Terdapat bebatan dengan elastis bandage pada lengan kiri bawah pasien
2. Pasien mengatakan sulit tidur
3. Pasien tampak meringis
 | Agen Pencidera fisik | Nyeri AkutSDKI D.0077 |
| 2 | Ds : pasien mengatakan tidak dapat melakukan sebagian aktivitasnya karena tangan sebelah kiri menggunakan perban.Ny. S mengeluh nyeri saat menggerakkan tangan kirinya.Do : 1. Pada Ny. S didapatkan skore “E” pada pengukuran indeks Katz yang artinya mampu dalam semua aktivitas sehari hari kecuali mandi, berpakaian, ke kamar kecil dan BAB/BAK.
2. Indeks Barthel didapatkan skor “14” atau ketergantungan ringan
3. Kekuatan otot ekstermitas atas xxxx/5555 dan kekuatan otot ekstermitas bawah 5555/5555.
 | Gangguan muskuloskeletal | Gangguan Mobilitas FisikSDKI D.0054 |
| 3 | Faktor risiko :1. Usia 66 tahun
2. Riwayat jatuh 7 hari yang lalu (20 Desember 2020) dengan posisi jatuh ke samping dengan tangan kiri menyangga tubuh.
3. Lingkungan tidak aman lantai di depan kamar mandi terlihat selalu basah karena pengesat kaki yang sudah basah dan terdapat genangan air pada koridor depan kamar saat hujan dikarenakan adanya atap yang bocor.
4. Gangguan keseimbangan dengan skor 6
 | Kondisi terkait :Lansia | Risiko jatuhSDKI D.0143 |

**3.4 Prioritas Masalah**

 Tabel 3.3 Prioritas Masalah

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No.** | **Masalah Keperawatan** | **Tanggal** | **Paraf** |
| **Ditemukan**  | **Teratasi**  |
| 1. | Nyeri akut berhubungan dengan agen pencidera fisik  | 27-12-2019 |  | Neny |
| 2 | Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal | 27-12-2019 |  | Neny |
| 3. | Risiko jatuh  | 27-12-2019 |  | Neny |

**3.5 Intervensi Keperawtaan**

Tabel 3.4 Intervensi Keperawatan

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| NO | Diagnosa Keperawatan | Tujuan dan Kriteria Hasil | Tindakan Intervensi | Rasonal |
| 1 | Nyeri akut berhubungan dengan agen pencidera fisik SDKI D.0077 | Setelah dilakukan asuhan keperawatan 5x24 jam diharapkan kontrol nyeri meningkatKriteria Hasil : SLKI L.080661. Melaporkan nyeri terkontrol meningkat
2. Kemampuan mengenali onset nyeri meningkat
3. Kemampuan mengenali penyebab nyeri meningkat
4. Kemampuan menggunakan teknik nonfarmakologi meningkat

Keluhan nyeri menurun | SIKI 1.123911. Jelaskan penyebab, periode, dan strategi meredakan nyeri
2. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri

 1. Ajarkan teknik relaksasi napas dalam saat nyeri muncul
2. Anjurkan mengurangi kegiatan yang dapat menimbulkan rasa nyeri
3. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat
 | 1. Agar lansia mengetahui penyebab, periode, dan strategi meredakan nyeri
2. Agar lansia mengetahui peningkatan atau penurunan nyeri
3. Untuk mengurangi rasa nyeri
4. Mencegah timbulnya rasa nyeri
5. Mencegah terjadinya overdosis
 |
| 2 | Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan muskuloskeletalSDKI D.0054 | Setelah dilakuan asuhan keperawatan selama 5x24 jam diharapkan mobilitas ektermitas atas bagaian kiri Ny. S membaik.Kriteria hasil : SLKI L.050421. Pergerakan ekstermitas meningkat
2. Kekuatan otot menigkat
3. Nyeri menurun
4. Gerakan terbatas menurun
5. skore indeks Katz meningkat
6. Skor indeks barthel meningkat
 | SIKI 1.051731. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik.
2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan
3. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu.

SIKI 1.113491. Memfasilitasi pemenuhan kebutuhan mandi , BAB/BAK dan mandi
2. Fasilitasi menggunakan alat bantu eliminasi
3. Modifikasi lingkunan kamar mandi sesuai kebutuhan lansia
 | 1. Mengetahui hambatan molitas fisik
2. Mengatahui toleransi melakukan pergerakan fisik
3. Memudahkan lansia dalam melakukan aktivitas
4. Untuk memudahkan lansia memenuhi kebuhan kebersihan diri
5. Memudahkan lansia untuk melakukan eliminasi secara mandiri
6. Mencegah terjadinya cidera
 |
| 3 | Risiko jatuhSDKI D.0143Dibuktikan dengan :1. Usia 66 tahun
2. Riwayat jatuh 7 hari yang lalu (20 Desember 2020) dengan posisi jatuh ke samping dengan tangan kiri menyangga tubuh.
3. Lingkungan tidak aman lantai di depan kamar mandi terlihat selalu basah karena pengesat kaki yang sudah basah dan terdapat genangan air pada koridor depan kamar saat hujan dikarenakan adanya atap yang bocor.
4. Gangguan keseimbangan dengan skor 6
 | Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 5x24 jam diharapkan Jatuh tidak terjadiKriteria hasil :SLKI L.050391. Keseimbangan saat berdiri meningkat
2. Keseimbangan saat berjalan meningkat
3. Kemudahan akses kamar mandi meingkat
4. Ketersediaan alat bantu meningkat
5. Berjalan degan langkah pelan meningkat

SLKI L.141386. Jatuh saat di kamar mandi menurun. | SIKI 1.145401. Identifikasi faktor risiko jatuh

 1. Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan resiko jatuh (lantai licin)
2. Hitung risiko jatuh menggunakan skala Fall Morse Scale
3. Monitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi dan sebaliknya
4. Anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin
5. Anjurkan melebarkan jarak kedua kaki saat berdiri
 | 1. Faktor risiko jatuh sering dialami pada lansia ≥65 tahun, gangguan keseimbangan, gangguan penglihatan, deficit kognitif.
2. Mencegah resko jatuh berkelanjutan
3. Memberikan penilaian untuk pasien berisiko jatuh atau mencegah jumlah kejadian pasien jatuh dan cedera
4. Mencegah jumlah kejadian pasien jatuh dan cedera.
5. Membantu pasien untuk alas kaki supaya tidak terjadi resiko jatuh kembali
6. Untuk meningkatkan kesimbangan saat berdiri
 |

**3.6 Tindakan dan Catatan Perkembangan**

1. Gangguan nyeri akut berhubungan dengan agen pencidera fisik

Tabel 3.5 Tindakan dan catatan perkembangan diagnosa 1

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No | Hari/Tanggal | Jam | Tindakan | Catatan Perkembangan | TTD |
| 1 | Jum’at27/12/19Sift Pagi | 06.0006.1508.0010.2012.00 | Membangun hubungan saling percaya dan mengkaji identitasMembantu Ny. S mandi.* Ny. S tampak menyeringai saat berpakaian karena harus mengerakkan tangan kanannya.

P : Nyeri terjadi karena raktur yang dialami ny. SQ : Nyeri seperti tertimpa benda beratR : Nyeri pada lengan kiriS : skala 3 (0-10)T : nyeri saat lengan kiri digerakkanMemberi makanan pagi serta memberikan obat oral amlodipin asammefenamatMenjelaskan penyebab nyeri yang di alami oleh Ny. S dan mengajarkan Ny. S untuk melakukan teknik relaksasi napas dalam saat nyeri munculDengan hasi :* Ny. S mangatakan mengerti dan memahami tentang penyebab nyeri yang di rasakan.
* Ny. S mampu memperagakan teknik relaksasi napas dalam.

Memberikan makan siang dan obat oral asammefenamat | S :Ny. S mengatakan nyeri saat menggerakkan tangan kirinya.Ny. S mengatakan memahami tentang penyebab timbulnya nyeri yang dirasakannya.O :1. Pengkajian nyeri :

P : Nyeri terjadi karena raktur yang dialami ny. SQ :Nyeri seperti tertimpa benda beratR : Nyeri pada lengan kiriS : skala 3 (0-10)T : nyeri saat lengan kiri digerakkan1. Terdapat bebatan dengan elastis bandage pada lengan kiri bawah
2. Ny. S tampak meringis saat berpakaian
3. Ny.S mendapat terapi Asam mefenamat 3x500mg
4. Ny. S dapat mempraktekkan teknik relaksasi napas dalam saat nyeri muncul

A : Masalah teratasi sebagianP : Lanjutkan intervensi | Neny |
| 2 | Sabtu28/12/19Sift Pagi | 06.0008.0010.3012.00 | Membantu Ny. S mandi.* Ny. S tampak menyeringai saat berpakaian karena harus mengerakkan tangan kanannya.

P : Nyeri terjadi karena raktur yang dialami ny. SQ : Nyeri seperti tertimpa benda beratR : Nyeri pada lengan kiriS : skala 3 (0-10)T : nyeri saat lengan kiri digerakkanMemberikan makan pagi serta memberikan obat oral amlodipin dan asammefenamatMelakukan evaluasi pengetahuan Ny. S tentang penyebab nyeri yang di alami oleh Ny. S serta mengevaluasi kemampuan Ny. S cara melakukan teknik relaksasi napas dalam saat nyeri munculDengan hasi :* Ny. S mampu menjawab pertanyaan tentang penyebab nyeri yang di rasakan.
* Ny. S mampu memperagakan teknik relaksasi napas dalam

Memberikan makan serta memberikan obat oral asammefenamat | S :Ny. S mengatakan nyeri saat menggerakkan tangan kirinya.Ny. S nyeri berkurang saat melakukan tekhnik relaksasi napas dalam.O :1. Pengkajian nyeri :

P : Nyeri terjadi karena raktur yang dialami ny. SQ :Nyeri seperti tertimpa benda beratR : Nyeri pada lengan kiriS : skala 2 (0-10)T : nyeri saat lengan kiri digerakkan1. Terdapat bebatan dengan elastis bandage pada lengan kiri bawah
2. Ny.S mendapat terapi Asam mefenamat 3x500mg
3. Ny. S dapat mempraktekkan teknik relaksasi napas dalam saat nyeri muncul
4. Ny. S terlihat melakukan teknik relaksasi napas dalam saat nyeri timbul ketika berpakaian.

A : Masalah teratasi sebagianP : Lanjutkan intervensi  | Neny |
| 3 | Minggu29/12/19Sift siang | 16.0018.0020.00 | Membantu Ny. S mandi.* Ny. S tampak menyeringai saat berpakaian karena harus mengerakkan tangan kanannya.

P : Nyeri terjadi karena raktur yang dialami ny. SQ : Nyeri seperti tertimpa benda beratR : Nyeri pada lengan kiriS : skala 3 (0-10)T : nyeri saat lengan kiri digerakkanMemberikan makan malam serta memberikan obat oral asammefenamatNy. S bersiap untuk tidur | S :1. Ny. S mengatakan lebih berhati hati saat menggerakkan tangan kirinya
2. Ny. S mengatakan melakukan tariknafas dalam saat nyeri timbul

O :1. Pengkajian nyeri :

P : Nyeri terjadi karena raktur yang dialami ny. SQ : Nyeri seperti tertimpa benda beratR : Nyeri pada lengan kiriS : skala 3 (0-10)T : nyeri saat lengan kiri digerakkan1. Ny.S mendapat terapi Asam mefenamat 3x500mg

A : Masalah teratasi P : Hentikan intervensi | Neny |

2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal

Tabel 3.6 Tindakan dan catatan perkembangan diagnosa 2

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No | Hari/Tanggal | Jam | Tindakan | Catatan Perkembangan | TTD |
| 1. | Jum,at27/12/19Sift Pagi | 06.0006.1507.0010.00 | Membangun hubungan saling percaya dan mengkaji identitas* Membantu Ny. S mandi, memaikan pampers, berpakaian, memakaikan *body lotion* dan minyak kayu putih.
* Ny. S mampu bersisir dan memakai bedak sendiri.
* Ny. S tampak menyeringai saat berpakaian karena harus mengerakkan tangan kanannya.
* mengkaji kekuatan otot dengan hasil kekuatan otot ekstermitas atas xxxx/5555 dan kekuatan otot ekstermitas bawah 5555/5555
* Melakukan skor indeks barthel dengan hasil skor 14
* Melakukan penilaian indeks Katz dengan skor “E”
* Melakukan pengkajian keseimbangan dengan skor 6.

Mengganti pampers setelah BAB. | S : Ny. S mengatakan tidak dapat melakukan sebagian aktivitasnya karena tangan sebelah kiri menggunakan perban dan nyeri jika tangan kirinya digerakkan.O :1. Tangan kiri pasien menggunakan perban dan pergerakan minimal
2. Ny. S menggunakan pampers.
3. kekuatan otot dengan hasil kekuatan otot ekstermitas atas xxxx/5555 dan kekuatan otot ekstermitas bawah 5555/5555
4. Skor indeks barthel 14
5. skore indeks Katz “E”
6. pengesat kaki didepan kamar mandi sering basah, dan dilakukan penggantian setiap pukul 09.00 dan 15.00
7. Ny. S menggunakan alat bantu berjalan yaitu kruk.

A : Masalaha teratasi sebagianP : Lanjutkan Intervensi | Neny |
| 2 | Sabtu28/12/19Sift Pagi | 06.0007.0009.00 | Membantu Ny. S mandi, memaikan pampers, berpakaian, memakaikan *body lotion* dan minyak kayu putih* Ny. S mampu bersisir dan memakai bedak sendiri.
* Ny. S memakai baju dengan melakukan relaksasi napas dalam untuk mengurangi rasa nyerinya.
* Melakukan pengkajian keseimbangan dengan hasil skor 6.
* Ny. S menggunakan alat bantu untuk berjalan yaitu kruk.

Mengganti kain pengesat kaki di depan kamar mandi | S : Ny. S mengatakan belum dapat melakukan sebagian aktivitasnya karena tangan sebelah kiri menggunakan perban dan nyeri jika tangan kirinya digerakkan.O :1. Tangan kiri pasien menggunakan perban dan pergerakan minimal
2. Ny. S menggunakan pampers.
3. Skor indeks barthel 14
4. skore indeks Katz “E”
5. pengesat kaki didepan kamar mandi sering basah, dan dilakukan penggantian setiap pukul 09.00 dan 15.00
6. Ny. S menggunakan alat bantu berjalan yaitu kruk.

A : Masalaha teratasi sebagianP : Lanjutkan Intervensi  | Neny |
| 3 | Minggu29/12/19Sift Siang | 16.0016.3020.00 | * Membantu Ny. S mandi, memaikan pampers, berpakaian, memakaikan *body lotion* dan minyak kayu putih.
* Ny. S tampak menggunakan alas kaki yang tidak licin dan terdapat bebatan pada tangan kirinya.
* Ny. S mampu bersisir dan memakai bedak sendiri.
* Ny. S memakai baju dengan melakukan relaksasi napas dalam untuk mengurangi rasa nyerinya.
* Melakukan pengkajian keseimbangan dengan hasil skor 6.

Ny. S bersiap untuk tidur | S : Ny. S mengatakan belum dapat melakukan sebagian aktivitasnya karena tangan sebelah kiri menggunakan perban dan nyeri jika tangan kirinya digerakkan.O :1. Tangan kiri pasien menggunakan perban dan pergerakan minimal
2. Ny. S menggunakan pampers.
3. Skor indeks barthel 14
4. skore indeks Katz “E”
5. pengesat kaki didepan kamar mandi sering basah, dan dilakukan penggantian setiap pukul 09.00 dan 15.00
6. Ny. S menggunakan alat bantu berjalan yaitu kruk.

A : Masalaha teratasiP :Intervensi dihentikan  | Neny |
| 4 | Senin 30/12/19Sift Siang | 15.0016.0017.30 | Mengganti pengesat kaki didepan pintu kamar mandi * Membantu Ny. S mandi, memaikan pampers, berpakaian, memakaikan *body lotion* dan minyak kayu putih.
* Ny. S tampak menggunakan alas kaki yang tidak licin dan terdapat bebatan pada tangan kirinya.
* Ny. S mampu bersisir dan memakai bedak sendiri.
* Melakukan penilaian indeks Katz dengan skor “E”
* Melakukan pengkajian keseimbangan dengan hasil skor 6.
* Ny. S menggunakan alat bantu untuk berjalan yaitu kruk.

Ny. S bersiap untuk tidur | S : Ny. S mengatakan belum dapat melakukan sebagian aktivitasnya karena tangan sebelah kiri menggunakan perban dan nyeri jika tangan kirinya digerakkan.O :1. Tangan kiri pasien menggunakan perban dan pergerakan minimal
2. Ny. S menggunakan pampers.
3. Skor indeks barthel 14
4. skore indeks Katz “E”
5. pengesat kaki didepan kamar mandi sering basah, dan dilakukan penggantian setiap pukul 09.00 dan 15.00
6. Ny. S menggunakan alat bantu berjalan yaitu kruk.

A : Masalaha teratasiP: Intervensi dihentikan  | Neny |
| 5 | Selasa31/12/19Sift Siang | 15.3016.0017.3018.3020.00 | Ny. S terlihat berjalan dengan pelan dan melebarkan jarak kaki saat berdiri untuk mencegah jatuh. * Membantu Ny. S mandi, memaikan pampers, berpakaian, memakaikan *body lotion* dan minyak kayu putih.
* Ny. S tampak menggunakan alas kaki yang tidak licin dan terdapat bebatan pada tangan kirinya.
* Ny. S mampu bersisir dan memakai bedak sendiri.
* Melakukan penilaian indeks Katz dengan skor “E”
* Melakukan pengkajian keseimbangan dengan hasil skor 6.
* Ny. S menggunakan alat bantu untuk berjalan yaitu kruk.

Mengikuti kegiatan berdoa bersaama untuk mengakhiri tahun 2019 di aula UPTD Griya Werdha SurabayaNy. S bersiap untuk tidur | S : Ny. S mengatakan belum dapat melakukan sebagian aktivitasnya karena tangan sebelah kiri menggunakan perban dan nyeri jika tangan kirinya digerakkan.O :1. Tangan kiri pasien menggunakan perban dan pergerakan minimal
2. Ny. S menggunakan pampers.
3. Skor indeks barthel 14
4. skore indeks Katz “E”
5. pengesat kaki didepan kamar mandi sering basah, dan dilakukan penggantian setiap pukul 09.00 dan 15.00
6. Ny. S menggunakan alat bantu berjalan yaitu kruk.

A : Masalaha teratasiP :Intervensi dihentikan  | Neny |

3. Risiko jatuh

Tabel 3.7 Tindakan dan catatan perkembangan diagnosa 3

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No | Hari/Tanggal | Jam | Tindakan | Catatan Perkembangan | TTD |
| 1 | Jum,at27/12/19Sift Pagi | 06.0006.3007.0009.0011.0011.30 | Membangun hubungan saling percaya dan mengkaji identitas* Membantu Ny. S mandi, memaikan pampers, berpakaian, memakaikan *body lotion* dan minyak kayu putih.
* Ny. S tampak menggunakan alas kaki yang tidak licin dan terdapat bebatan pada tangan kirinya.
* Melakukan pengkajian keseimbangan dengan skor 6.
* Ny. S menggunakan alat bantu untuk berjalan yaitu kruk.

Melakukukan pengkajian lingkungan:* Terdapat 9 tempat tidur dan satu kamar mandi dalam satu kamar.
* Depan pintu kamar mandi terlihat basah karena digunakan bersama-sama

Mengganti kain pengesat kaki di depan kamar mandiMelakukan pengukuran Fall Morse Skale dengan hasil 55.Mengajarkan cara berjalan dengan pelan dan melebarkan jarak kaki saat berdiri untuk mencegah jatuh. Dengan hasil Ny. S mampu mempraktekkan cara berjalan dengan pelan dan melebarkan jarak kaki saat berdiri | S :Ny. S mengatakan jatuh 7 hari yang lalu di kamar mandi karna lantai licin.O :1. Usia Ny. S 66 tahun
2. Riwayat jatuh 7 hari yang lalu
3. Ny. S menggunakan alas kaki yang tidak licin
4. Terdapat perbedaan ketinggian lantai pada kamar mandi.
5. pengesat kaki didepan kamar mandi sering basah, dan dilakukan penggantian setiap pukul 09.00 dan 15.00
6. Ny. S mampu mempraktekkan cara berjalan dengan pelan dan melebarkan jarak kaki saat berdiri
7. Toileting dan mandi dibantu oleh perawat.
8. skala Fall Morse Scale 55 atau resiko tinggi jatuh
9. Ny. S mampu berpindah menggunakan alat bantu kruk

A : Jatuh tidak terjadiP : Lanjutkan intervensi  | Neny |
| 2 | Sabtu28/12/19Sift Pagi | 06.0007.0007.4509.0011.0011.30 | * Ny. S tampak menggunakan alas kaki yang tidak licin dan terdapat bebatan pada tangan kirinya.

Melakukan observasi :* Melakukan skor indeks barthel dengan hasil skor 14
* Melakukan penilaian indeks Katz dengan skor “E”
* Melakukan pengkajian keseimbangan dengan hasil skor 6.
* Ny. S menggunakan alat bantu untuk berjalan yaitu kruk.

Melakukukan observasi lingkungan:* Depan pintu kamar mandi terlihat basah karena digunakan bersama-sama.
* Terdapat genangan dikoridor depan kamar karena hujan yang terjadi tadi malam.

Koordinasi dengan pihak kebersihan untuk melakukan pembersihan lantai yang terdapat genangan air.Mengganti kain pengesat kaki di depan kamar mandiMelakukan pengukuran Fall Morse Skale dengan hasil 55.Ny. S terlihat berjalan dengan pelan dan melebarkan jarak kaki saat berdiri untuk mencegah jatuh.  | S :Ny. S mengatakan jatuh 7 hari yang lalu di kamar mandi karna lantai licin.O :1. Usia Ny. S 66 tahun
2. Riwayat jatuh 7 hari yang lalu
3. Ny. S menggunakan alas kaki yang tidak licin
4. Terdapat perbedaan ketinggian lantai pada kamar mandi.
5. Pengesat kaki didepan kamar mandi sering basah, dan dilakukan penggantian setiap pukul 09.00 dan 15.00
6. Ny. S mampu mempraktekkan cara berjalan dengan pelan dan melebarkan jarak kaki saat berdiri
7. Toileting dan mandi dibantu oleh perawat.
8. skala Fall Morse Scale 55 atau resiko tinggi jatuh
9. Ny. S mampu berpindah menggunakan alat bantu kruk

A : Jatuh tidak terjadiP : Lanjutkan intervensi | Neny |
| 3 | Minggu29/12/19Sift Siang | 14.0014.1515.0016.0016.3019.3019.4520.00 | Observasi lingkungan :Terdapat genangan dikoridor depan kamar karena hujan.Koordinasi dengan pihak kebersihan untuk melakukan pembersihan lantai yang terdapat genangan air.Mengganti pengesat kaki didepan pintu kamar mandi * Ny. S tampak menggunakan alas kaki yang tidak licin dan terdapat bebatan pada tangan kirinya.

Melakukan observasi :* Melakukan skor indeks barthel dengan hasil skor 14
* Melakukan penilaian indeks Katz dengan skor “E”
* Melakukan pengkajian keseimbangan dengan hasil skor 6.
* Ny. S menggunakan alat bantu untuk berjalan yaitu kruk.

Melakukukan observasi lingkungan:* Depan pintu kamar mandi terlihat basah karena digunakan bersama-sama.

Melakukan pengukuran Fall Morse Skale dengan hasil 55.Ny. S terlihat berjalan dengan pelan dan melebarkan jarak kaki saat berdiri untuk mencegah jatuh. Ny. S bersiap untuk tidur | S :Ny. S mengatakan jatuh 7 hari yang lalu di kamar mandi karna lantai licin.O :1. Usia Ny. S 66 tahun
2. Riwayat jatuh 7 hari yang lalu
3. Ny. S menggunakan alas kaki yang tidak licin
4. Terdapat perbedaan ketinggian lantai pada kamar mandi.
5. Pengesat kaki didepan kamar mandi sering basah, dan dilakukan penggantian setiap pukul 09.00 dan 15.00
6. Ny. S mampu mempraktekkan cara berjalan dengan pelan dan melebarkan jarak kaki saat berdiri
7. Toileting dan mandi dibantu oleh perawat.
8. skala Fall Morse Scale 55 atau resiko tinggi jatuh
9. Ny. S mampu berpindah menggunakan alat bantu kruk.
10. Terdapat genangan air dikoridor depan kamar mandi akibat hujan.

A : Jatuh tidak terjadiP : Lanjutkan intervensi | Neny |
| 4 | Senin30/12/19Sift siang | 14.0015.0015.3016.0017.3019.0020.00 | Observasi lingkungan :Tidak ada genangan dikoridor, tidak ada genangan air dikamar mandi, terdapat pengesat kaki dan lantqi yang basah didepan kamar mandiMengganti pengesat kaki didepan pintu kamar mandi Ny. S terlihat berjalan dengan pelan dan melebarkan jarak kaki saat berdiri untuk mencegah jatuh. * Ny. S tampak menggunakan alas kaki yang tidak licin dan terdapat bebatan pada tangan kirinya.

Melakukan observasi :* Melakukan skor indeks barthel dengan hasil skor 14
* Melakukan penilaian indeks Katz dengan skor “E”
* Melakukan pengkajian keseimbangan dengan hasil skor 6.
* Ny. S menggunakan alat bantu untuk berjalan yaitu kruk.

Melakukan observasi pengukuran Fall Morse Skale dengan hasil 55.Ny. S bersiap untuk tidur | S :Ny. S mengatakan jatuh 7 hari yang lalu di kamar mandi karna lantai licin.O :1. Usia Ny. S 66 tahun
2. Riwayat jatuh 7 hari yang lalu
3. Ny. S menggunakan alas kaki yang tidak licin
4. Terdapat perbedaan ketinggian lantai pada kamar mandi.
5. Pengesat kaki didepan kamar mandi sering basah, dan dilakukan penggantian setiap pukul 09.00 dan 15.00
6. Ny. S mampu mempraktekkan cara berjalan dengan pelan dan melebarkan jarak kaki saat berdiri
7. Toileting dan mandi dibantu oleh perawat.
8. skala Fall Morse Scale 55 atau resiko tinggi jatuh
9. Ny. S mampu berpindah menggunakan alat bantu kruk

A : Jatuh tidak terjadiP : Lanjutkan intervensi | Neny |
| 5 | Selasa 31/12/19Sift siang | 14.0015.0015.3016.0017.0018.3019.0020.00 | Observasi lingkungan :Tidak ada genangan dikoridor, tidak ada genangan air dikamar mandi, terdapat pengesat kaki dan lantqi yang basah didepan kamar mandiMengganti pengesat kaki didepan pintu kamar mandi Ny. S terlihat berjalan dengan pelan dan melebarkan jarak kaki saat berdiri untuk mencegah jatuh. * Ny. S tampak menggunakan alas kaki yang tidak licin dan terdapat bebatan pada tangan kirinya.

Melakukan observasi :* Melakukan skor indeks barthel dengan hasil skor 14
* Melakukan penilaian indeks Katz dengan skor “E”
* Melakukan pengkajian keseimbangan dengan hasil skor 6.
* Ny. S menggunakan alat bantu untuk berjalan yaitu kruk.

Mengikuti kegiatan berdoa bersaama untuk mengakhiri tahun 2019 di aula UPTD Griya Werdha SurabayaMelakukan observasi pengukuran Fall Morse Skale dengan hasil 55.Ny. S bersiap untuk tidur | S :Ny. S mengatakan jatuh 7 hari yang lalu di kamar mandi karna lantai licin.O :1. Usia Ny. S 66 tahun
2. Riwayat jatuh 7 hari yang lalu
3. Ny. S menggunakan alas kaki yang tidak licin
4. Terdapat perbedaan ketinggian lantai pada kamar mandi.
5. Pengesat kaki didepan kamar mandi sering basah, dan dilakukan penggantian setiap pukul 09.00 dan 15.00
6. Ny. S mampu mempraktekkan cara berjalan dengan pelan dan melebarkan jarak kaki saat berdiri
7. Toileting dan mandi dibantu oleh perawat.
8. skala Fall Morse Scale 55 atau resiko tinggi jatuh
9. Ny. S mampu berpindah menggunakan alat bantu kruk

A : Jatuh tidak terjadiP : Lanjutkan intervensi | Neny |

**BAB 4**

**PEMBAHASAN**

 Dalam bab ini penulis akan membahas masalah yang ditemui selama melaksanakan asuhan keperawatan gerontik pada lansia dengan Fraktur radius sinistra di UPTD Griya Werdha Surabaya. Adapun masalah tersebut berupa kesenjangan antara teori dan pelaksanaan praktik secara langsung, meliputi pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

 Masalah yang penulis temukan selama melaksanakan asuhan keperawatan gerontik pada lansia dengan Fraktur radius sinistra di ruang Sakura UPTD Griya Werdha Surabaya adalah sebagai berikut:

1. **Pengkajian**

Pengkajian dilakukan dengan cara anamnesa pada pasien, melakukan pemeriksaan fisik, melakukan pemeriksaan dengan latihan fisik dan mendapatkan data dari data observasi pasien. Pada dasarnya pengkajian dengan tinjauan kasus tidak banyak kesenjangan, namun gambaran klinis yang ada pada tinjauan pustaka tidak semua dialami oleh pasien.

1. **Identitas**

 Data yang didaptkan, nama Ny. S bertempat tinggal di Surabaya dari suku jawa berjenis kelamin perempuan, berusia 66 tahun dan beragama Islam. Pasien belum menikah. Pendidikan terakhir Pasien SMP. Pasien sudah tinggal di UPTD Griya Werdha selama ± 6 tahun. Pasien tidak mempunyai pendapatan tetap. Keluarga yang dapat dihubungi yaitu adik. Pasien dahulu pernah bekerja sebagai buruh pabrik di daerah Surabaya. Menurut Irianto, Komang Agung at al (2019) Fraktur geriatri lebih sering terjadi pada wanita dari pada kelompok laki-laki.

 Hal ini dapat terjadi karena adanya perubahan hormon dan kurangnya aktivitas pada lansia perempuan. Lansia yang tinggal di panti memiliki kegiatan yang monoton karena terbatasnya ruang lingkup gerak sehingga lansia lebih sering duduk atau tidur daripada beraktivitas dan menyebabkan kelemaan sehingga terjadi ketidakseimbangan saat berjalan. Sedangkan pada lansia laki-laki yang berada di panti UPTD Griya Werdha lebih banyak melakukan aktivitas, seperti senam, bermain catur di gazebo. Dengan adanya perpindahan tempat dari kamar menuju taman dapat meningkatkan aktivitas dan mempengaruhi peningkatan keseimbangan tubuh pada lansia laki-laki.

1. **Riwayat Kesehatan**
2. Keluhan Uatama

Didapatkan data bahwa Ny. S mengeluh nyeri dan hambatan saat beraktivitas. Menurut Padila (2012) keluhan utamanya adalah rasa nyeri akut atau kronik, Selain itu pasien juga akan kesulitan beraktivitas. Hal ini sesuai dengan pengkajian yang didapatkan pada Ny. S.

Nyeri yang timbul dapat terjadi akibat adanya rangsangan yang diterima oleh reseprot akibat adanya trauma pada jaringan tulang, rangsangan ini diubah menjadi impuls dan dihantarkan ke pusat nyeri di korteks otak dan dikembalikan pada perifer dalam bentuk nyeri yang kita alami. Pasien dengan fraktur juga mengalami hambatan aktivitas karena akan timbul nyeri jika bagian yang cidera digerakkan karena adanya spasme otot sehingga lebih dianjurkan untuk melakukan imobilisasi.

1. Riwayat penyakit sekarang

Pada Ny. S cidera pada tangan karena terjatuh di kamar mandi. Menurut Irianto, Komang Agung at al (2019) pemicu fraktur pada geriatri yang datang ke rumah sakit adalah kecelakaan di rumah (domestic accident). Hal ini sesuai dengan pengkajian yang didapat pada Ny. S.

Kecelakan yang terjadi di rumah sering terjadi di kamar mandi, karena kamar mandi memiliki tempat yang licin dan adanya perbedaan ketinggian lantai. Untuk lansia yang berada di panti, kecelakaan di kamar mamndi adalah hal yang paling sering terjadi, karena satu kamar mandi digunakan oleh 10-12 orang secara bergantian. Sehingga banyak alas kaki yang meninggalkan bekas air didepan kamar mandi.

1. Riwayat penyakit dahulu

Didapatkan bahwa Ny. S memiliki penyakit penyerta yaitu Hipertensi ±2 tahun. Menurut Irianto, Komang Agung at al (2019), penderita fraktur geriatri mayoritas mempunyai penyakit penyerta hipertensi dan atau diabetes mellitus. Hipertensi dapat menyebabkan terjadinya pengurangan kepadatan mineral tulang (BMD), baik dengan mengurangi suplai darah lokal tulang atau oleh efek obat antihipertensi yang di konsumsi oleh pasien.

1. **Pemeriksaan Fisik**

 Pemeriksaan fisik di dapatkan beberapa masalah yang bisa dipergunakan sebagai data dalam menegakkan diagnosa keperawatan yang aktual maupun masih resiko, dalam pemeriksaan fisik yang ditampilkan hanya data fokus dari Ny. S. Adapun pemeriksaan yang dilakukan berdasarkan *Head to Toe* seperti tersebut dibawah ini :

1. Muskuloskeletal

Pada Ny. S ditemukan fraktur radius pada tangan kanan dan menggunakan elastis bandage lengan bagian bawah. Kekuatan otot ekstermitas atas xxxx/5555 dan kekuatan otot ekstermitas bawah 5555/5555. Tidak ada edema , tidak ada tremor, postur tubuh sedikit membungkuk, rentang gerak bebas, Reflek Bisep +/+, reflek trisep +/+.

Menurut Irianto, Komang Agung at al (2019), lokasi fraktur geriatri pada tiga besar yaitu, tulang belakang, panggul, dan pergelangan tangan. Pasien dengan fraktur mengalami Kelemahan, kelelahan, masalah mobilitas/ pergerakan, kelemahan umum. Dan adanya Pembatasan atau hilangnya fungsi bagian yang terkena mungkin segera, penyebab fraktur atau mengembangkan sekunder dari perkembangan jaringan, nyeri kelemahan ekstermitas yang terkena, kisaran defisit gerak (Dongoes, 2010). Hal ini sesuai dengan data pemeriksaan fisik yang ditemukan pada Ny. S.

Pada Ny. S terjadi fraktur pada lengan bawah, hal ini dikarnekan tulang belakang, panggul, dan pergelangan tangan menopang beban tubuh saat terjatuh karena bagian bagian tersebut akan berada dibawah sebagai penopang pada posisi jatuh tertentu. Sehingga pada pasien dengan fraktur memiliki keterbatas gerak pada ekstermitas karena adanya kerusakan jaringan yang disebabkan oleh cidera. Pada pasien dengan fraktur juga terdapat nyeri pada ektermitas yang ditimbulkan oleh spasme otot atau cidera jaringan jika ektermitas yang fraktur digerakkakn.

1. Neurologis

Pada Ny. S ditemukan GCS : E4 V5 M6, Pemeriksaan pulsasi ditemukan CRT < 2 detik, jari-jari dapat digerakkan, pasien dapat merasakan sensasi dari sentuhan yang perawat berikan dan akral hangat kering merah. Menurut Dongoes (2010) pada pemeriksaan neurosensori ditemukan data hilang gerakan/ sensasi, spasme otot, kebas/ kesemutan (parastesis). Deformatis lokal : angulasi abnormal, pemendekan, rotasi, krepitasi (bunyi berderit), spasme otot, terlihat kelemahan/ hilang fungsi, Agitasi (mungkin berhubungan dengan rasa nyeri/ ansietas atau trauma lain), dislokasi. Sebagian besar tanda dan gejala ditemukan pada hasil pemeriksaan fisik Ny. S.

Pada Ny. S tidak ditemukan tanda dan gejala hilang gerakan/ sensasi, spasme otot, kebas/ kesemutan (parastesis) karena dengan pemasangan traksi atau bebat denga elastis bandage yang kuat namun longgar dapat melancarkan aliran darah ke perifer sehingga mengurangi terjadinya penurunan sensasi dan kesemutan pada perifer. Dengan seringnya menggerakkan jari-jari juga akan mengurangi terjadinya hilangnya sensasi atau hambatan aliran darah menuju perifer.

1. **Pengkajian Konsep Lansia**

Pada pemeriksaan keseimbangan ditemukan bahwa Ny. S memiliki resiko jatuh rendah. Dengan score indeks KATZ “E” yang berasrti mampu dalam semua aktivitas sehari hari kecuali mandi, berpakaian, ke kamar kecil dan BAB/BAK. Dan pemeriksaan Barthel didapatkan interpretasi “14” atau ketergantungan ringan. Timbulnya nyeri, keterbatasan gerak maka semua bentuk kegiatan pasien menjadi berkurang dan kebutuhan pasien perlu banyak dibantu oleh orang lain. Hal lain yang perlu dikaji adalah bentuk aktivitas (Padila, 2012). Terdapat keterbatan aktiitas pada Ny. S.

Pada pasien dengan fraktur akan meminimalisir pergerakan dan aktivitasnya untuk mengurangi dan menghindari timbulnya rasa nyeri akibat pergerakan. Sehingga pada lansia dengan keterbatasan aktivitas akan meminta bantuan dalam hal mandi, BAB/BAK dan berpakaian karena keterbatasan pergerakan akibat adanya balutan atay fiksasi ektermitas dan timbulnya nyeri. Dengan timbulnya nyeri saat bergerak dapat menimbulkan rasa menarik diri pada lansia karena merasa tidak berguna dan tidak ingin diganggu.

1. **Diagnosis Keperawatan**

Diagnosa keperawatan menurut Boedihartono dalam Jitowiyono dan Kristiyanasari (2010) antara lain :

1. Nyeri
2. Intoleransi aktivitas
3. Gangguan integritas kulit
4. Gangguan mobilitas fisik
5. Resiko infeksi
6. Kurang pengetahuan

 Diagnosa keperawatan Gerontik menurut Sunaryo,M. K. (2016) ditinjau dari aspek fisik atau biologis :

1. Ketidakseimbangan nutrisi: kurang dari kebutuhan tubuh
2. Gangguan pola tidur
3. Inkontinensia urin
4. Gangguan mobilitas fisik

Berdasarkan pengkajian yang dilakukan pada Ny. S, didapatkan tdata objektif dan data subjrktif yang sesuai dengan 4 diagnosis berdasarkan buku Standar Diagnosa Kepeawatan Indonesia (2017), sebagai berikut :

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencidera fisik.
2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal.
3. Risiko jatuh.

Berikut pembahasan diagnosis keperawatan berdasarkan data subjektif dan data objektif pada buku SDKI dan pasien :

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencidera fisik.

Menurut SDKI (2017), nyeri akut adalah pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dnegan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat, yang berlangsung kurang dari 3 bulan. Ditandai dengan tanda dan gejala mayor meliputi : mengeluh nyeri, tampak meringis, bersifat protektif,gelisah frekuensi nadai meningkat, sulit tidur. Disertai dengan tanda dan gejala minor meliputi : TD meningkat, pola napas berubah, nafsu makan berubah, proses berpikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri, dan diaforesis.

Pada pengkajian Ny. S data tanda dan gejala mayor yang muncul adalah mengeluh nyeri skala 3 dan sulit tidur, disertai tanda dan gejala minor meliputi berfokus pada diri sendiri. Nyeri hanya timbul saat menggerakkan tang kiri karena terjadinya spasme otot sehingga penulis mengambil diagnosa keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik yaitu trauma atau fraktur. Berdasarkan teori kebutuhan Maslow nyeri merupakan kebutuhan fisiologis dimana kebutuhan paling dasar yang harus dipenuhi terlebih dahulu, sehingga penulis menggunakan diagnosis nyeri akut sebagai diagnosa utama.

1. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal.

Menurut SDKI (2017), gangguan mobilitas fisik adalah keterbatasn dalam gerak fisik satu atau dua ekstermitas secara mandiri. Ditandai dengan tanda dan gejala mayor meliputi : mengeluh sulit menggerakkan ektermitas, kekuatan otot menurun, ROM menurun. Ditandai dengan data dan gejala minor meliputi : nyeri saat bergerak, enggan melakukan pergerakan, merasa cemas saat bergerak, sendi kaku, gerakan tidak terkoordinasi, gerakan terbatas, fisik lemah.

Pada Ny. S semua data tanda gejala mayor gangguan mobilitas fisik ditemukan pada saat pengkajian, disertai tanda dan gejala minor meliputi nyeri saat bergerak dan gerakan terbatas. Tanda dan gejala pada pasien sangat mendukung pengambilan keputusan penulis untuk mengambil diagnosis keperawatan gangguan mobilitas fisik berubungan dengan gangguan muskuloskeletal. Penentuan diagnosisi mempengaruhi pemberian intervensi sesuai dengan kebutuhan pasien, sehingga diagnosis ditentukan berdasakan tanda dan gejala yang didapatkan dari pengkajian dan anamnesis pasien.

1. Risiko jatuh.

Menurut SDKI (2017), risiko jatuh adalah beresiko mengalami kerusakan fidik dan gangguan kesehatan akibat terjatuh. Disertai dengan faktor risiko meliputi : usia ≥ 65tahuan atau ≤ 2 tahun, riwayat jatuh, anggota gerak bawah prostesis, penggunaan alat bantu berjalan, penurunan tingkat kesadaran, perubahan fungsi kognitif, lingkungan tidak aman, kondisi pasca operasi, hipotensi ortostatik, perubahan kadar glukosa darah, anemia, kekuatan otot menurun, gangguan pendengaran, gangguan keseimbangan, gangguan penglihatan, neuropati dan efek agen farmakologi.

Pada pengkajian Ny. S didapatkan faktor risiko meliputi : usia ≥ 65tahuan, riwayat jatuh, penggunaan alat bantu berjalan berupa kurk, lingkungan licin, gangguan keseimbangan. Data tanda dan gejala yang didapat seusai dengan data tanda dan gejala pada diagnosis risiko jatuh sehingga penulis mengambil diagnosis keperawtan risiko jatuh. Dalam proses penuaan terdapat penurunan kekuatan otot dan fungsi tubuh sehingga pentuan diagnosis risiko jatuh selalu dipertimbangkanpada dalam asuhan keperawatan pada lansia.

1. **Tujuan dan Intervensi Keperawatan**

Tujuan dan intervensi keperawtan yang sudah direncanakan dituliskan berdasarkan SLKI ( Standar luaran keperawatan indonesia dan SIKI (standar intervensi keperawatan indonesi). Tujuan dan intervensi disusun berdasarkan data dan indikasi pasien sehingga masalah keperawtan dapat diselesaikan secara komprehensi. Dalam tahap ini penlis menyusun tujuan dan intervensi keperawatasn berdasarkakn kebutuhan pasien.

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencidera fisik.

Penyusunan perencanaan bertujuan agar kemampuan Ny. S dalam mengontrol nyeri meningkat setelah dilakukan asuhan keperawatan 5x24 jam. Dengan kriteria hasil, melaporkan nyeri terkontrol meningkat kemampuan mengenali onset nyeri meningkat, kemampuan mengenali penyebab nyeri meningkat, kemampuan menggunakan teknik nonfarmakologi meningkat, dan keluhan nyeri menurun.

Rencana keperawatan pada Ny. S dengan Nyeri akut berhubungan dengan agen pencidera fisik diantaranya menjelaskan penyebab, periode, dan strategi meredakan nyeri, menganjurkan memonitor nyeri secara mandiri, mengajarkan teknik relaksasi napas dalam saat nyeri muncul, menganjurkan mengurangi kegiatan yang dapat menimbulkan rasa nyeri dan menganjurkan menggunakan analgetik secara tepat. Menurut Ulinnuha, Tomy (2017) bahwa teknik relaksasi napas dalam berpengaruh terhadap penurunan tingkat nyeri pada lansia. Menurut Kartika, IR (2019), lansia sudah memiliki pengetahuan yang baik mengenai teknik manajemen nyeri non farmakologis, sementara itu, lansia menjawab paling tidak tahu mengenai faktor penyebab nyeri yang terjadi. Pengetahuan yang baik dapat berupa pengetahuan tentang penyakit dan pengetahuan tentang cara penanganan nyeri yang benar (Aulianah, Hili. 2018). Menurut Sitinjak, V. M. (2016) Tingkat pengetahuan lansia yang rendah menimbulkan keterbatasan pengetahuan untuk mencegah, proteksi dini, dan penatalaksanaan nyeri sendi yang tepat guna meningkatkan derajat kesehatan lansia.

Berdasarkan pernyataan diatas penulis membeikan edukasi manajemen nyeri bertujuan untuk meningkatkan kemandirian lansia untuk mengetahui penyebab, periode, dan strategi meredakan nyeri, memonitor nyeri secara mandiri, melakuakn teknik relaksasi napas dalam saat nyeri muncul, mengurangi kegiatan yang dapat menimbulkan rasa nyeri dan menggunakan analgetik secara tepat. Dalam pelaksanaan asuhan keperawatan pada Ny. S semua kriteria hasil tercapai.

1. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal.

Penyusunan perencanaan pada Ny. S bertujuan untuk mobilitas ektermitas atas bagaian kiri Ny. S membaik setelah dilakuan asuhan keperawatan selama 5x24 jam. Dengan kriteria hasil pergerakan ekstermitas meningkat, kekuatan otot menigkat, nyeri menurun, gerakan terbatas menurun, skore indeks Katz meningkat dan skor indeks barthel meningkat.

Rencana keperawatan yang akan diberikan keppada Ny. S dengan gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal diantaranya memfasilitasi pemenuhan kebutuhan mandi , BAB/BAK, mengidentifikasi budaya dan kebiasaan saat mandi dan BAB/BAK, memonitor kebersihan tubuh dan integritas kulit saat mandi dan BAB/BAK, menjaga privasi selama kebersihan diri dan berpakaian, memfasilitasi menggunakan alat bantu eliminasi, mempertahankan kebiasaan kebersihan diri, memodifikasi lingkunan kamar mandi sesuai kebutuhan lansia. Menurut Rohaedi, slamet (2016), Pada lansia dengan ketergantungan sebagian, peran perawat dapat membantu memenuhi kebutuhan harian lansia namun hanya pada kegiatan yang membutuhkan bantuan dan pada kegitan yang masih dapat dilaksanakan secara mandiri oleh lansia, peran perawat dapat memberikan dukungan untuk lansia mempertahankan kemandiriannya.

Berdasarkan pernyataan diatas penulis hanya memberikan intervensi berupa memfasilitasi pemenuhan kebutuhan eliminasi dan perawatan diri, dikarenakan dalam kasus ini Ny. S hanya mengalami keterbatasan pada tangan kirinya namun masih dapat makan, menyisir mengunakan tangan kanan dan masih dapat berjalan sendiri. Selama proses asuhan keperawatan pada Ny. S hanya satu kriteria hasil yang tercapai yaitu nyeri menurun, dikarenakan tangan Ny. S masih menggunakan bebatan elastis bandage sehingga kriteria hasi mobilitas fisik masih belum tercapai.

1. Risiko jatuh.

Penyusuan perencanaan pada Ny. S bertujuan mencegah terjadinya jatuh pada lansia setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 5x24 jam ditandai dengan kriteria hasil peningkatan keseimbangan saat berdiri, peningkatan keseimbangan saat berjalan, peningkatan kemudahan akses kamar mandi, ketersediaan alat bantu dan berjalan dengan langkah pelan.

Rencana keperawatan pada Ny. S dengan risiko jatuh meliputi mengidentifikasi faktor risiko jatuh, mengidentifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan resiko jatuh (lantai licin), menghitung risiko jatuh menggunakan skala Fal Morse Scale, memonitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi dan sebaliknya dan menganjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin. Faktor yang mempengaruhi keseimbangan dan mengakibatkan jatuh pada lansia adalah lingkungan yang tidak aman, penggunaan alat bantu jalan, alas kaki dan pakaian yang tidak tepat atau mengganggi (Achmanagara, 2012 dalam Hutomo, A. K., & Suratini, S., 2015).

Berdasarkan pernyataan tersebut penulis memberi rencana intervendsi pencegahan jauh meliputi memodiikasi lingkungan yang meningkatkan resiko jatuh (lantai licin) dan menganjurkan menggunakan lansia alas kaki yang tidak licin karena kebanyakan lansia melakukan aktivitas hanya didalam kamar atau lingkungan panti. Dalam proses asuhan keperawatan pada Ny. S semua kriteria hasil pada risiko jatuh dapat tercapai.

1. **Implementasi**

Pada tahap ini penulis melakukan tindakan keperawtan sesuai dengan rencana tindakan yang telah ditetapkan. Dimana dalam melakukan tindakan keperawatan perawat tidak melakukan sendiri namun juga dibantu oleh perawat panti Werdha dan proesi lainnya.

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik.

Implementasi keperawatan pada Ny. S dengan Nyeri akut berhubungan dengan agen pencidera fisik diantaranya menjelaskan penyebab, periode, dan strategi meredakan nyeri, menganjurkan memonitor nyeri secara mandiri, mengajarkan teknik relaksasi napas dalam saat nyeri muncul, menganjurkan mengurangi kegiatan yang dapat menimbulkan rasa nyeri dan menganjurkan menggunakan analgetik secara tepat.

Berdasarkan implementasi diatas, penulis lebih fokus pada edukasi nafas dalam karena nyeri yang dirasakan oleh lansia timbul saat terjad pergerakan pada tangan kirinya. Selama pemberian implementasi Ny. S mengungkapkan dan dapat melakukan teknik relaksasi napas dalam saat nyeri timbul.

1. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal.

Implemetasi yang diberikan kepada Ny. S dengan gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal yaitu Implementasi mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik, mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan, memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu memfasilitasi pemenuhan kebutuhan mandi , BAB/BAK dan mandi, memfasilitasi menggunakan alat bantu eliminasi dan memodifikasi lingkunan kamar mandi sesuai kebutuhan lansia

Berdasarkan implementasi di atas tindakan bertujuan pada pemenuhan kebutuhan yang tidak dapat dilakukan oleh Ny. S seperti mandi, berpakaian dan BAB/BAK. Pada Ny. S dengan fraktur radius kbutuhan ambulasi masih dapat dilakukan secara mandiri namun dengan bantuan alat berjalan atau dengan memodifikasi lingkungan untuk mencegah cidera.

1. Resiko Jatuh.

Implememntasi keperawatan pada Ny. S dengan risiko jatuh meliputi mengidentifikasi faktor risiko jatuh, mengidentifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan resiko jatuh (lantai licin), menghitung risiko jatuh menggunakan skala Fal Morse Scale, memonitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi dan sebaliknya dan menganjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin.

Berdasarkan implemetasi diatas, hampir semua pencegahan jatuh sudah difasilitasi oleh pihak panti. Namun karena jarak kamar yang cukup jauh dengan ruangan perawat, terkadang pemantauan lingkungan yang berisiko hanya terpantau saat perawat melakukan observasi atau memberi makan dan namun kegiatan lansia dapat terpantau 24 jam dengan CCTV.

1. **Evaluasi**
2. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik

Evaluasi pada pemberian intervensi edukasi manajemen nyeri teratasi pada hari ke-3 karena tercapainya tujuan intervensi yaitu Ny. S mampu mengontrol rasa nyeri saat nyeri timbul. Dengan hasil Ny. S mengatakan lebih berhati hati saat menggerakkan tangan kirinya, Ny. S mengatakan melakukan tariknafas dalam saat nyeri dan Ny.S mendapat terapi Asam mefenamat 3x500mg dikonsumsi sesuai resep.

1. Ganggauan mobilitas fisik berhubungan dengan ganggan muskuloskeletal

Evaluasi pada pemberian intervensi pemenuhan kebutuhan perawata ndiri hingga hari ke -5 didapatkan hasil Ny. S mengatakan belum dapat BAB/BAK , mandi dan berpakaian secara mandiri karena masih mungganakan perban dan nyeri jika tangan kiri jika digerakkan. Ny. S menggunakan pampers, Skor indeks barthel 14, skore indeks Katz “E”, Ny. S memanggil perawat saat butuh bantuan untuk menganti pampers karena BAB, tidak ada lesi pada bagiantubuh Ny. S. Dengan analisa masalaha teratasi sebagian dan tetap melanjutkan intervensi pemenuhan kebutuhan kebersihan diri mandi, BAB/BAK, dan berpakaian hingga fraktur pada ekstermitas atas membaik atau sembuh.

1. Risiko Jatuh

Evaluasi pada pemebrian intervensi pencegahan jatuh belum teratasi hingga hari ke-5 dikarenakan pmantauan risiko jatuh harus selalu dipntau pada lansia karena semakin menurunnya kemampuan fisik lansia. Dengan hasil evaluasi hari ke-5 Ny. S mengatakan jatuh 7 hari yang lalu di kamar mandi karna lantai licin, Ny. S menggunakan alas kaki yang tidak licin, terdapat pegangan disekitar dinding kamar mandi dan terdapat pengesat kaki didepan pintu kamar mandi, toileting dan mandi dibantu oleh perawat, skala Fal Morse Scale 55 atau resiko tinggi jatuh, Ny. S mampu berpindah menggunakan alat bantu kruk. Selama pemantauan risiko jatuh tidak terjadi dan harus tetap melanjutkan intervensi memonitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi dan sebaliknya, dan menganjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin.

**BAB 5**

**PENUTUP**

Setelah penulis melakukan asuhan keperawatan gerontik pada lansia dengan Fraktur radius sinistra di UPTD Griya Werdha Surabaya, maka penulis apat menarik kesimpulan sekaligus saran yang bermanfaat dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan gerontik.

1. **SIMPULAN**

Berdasarkan asuhan keperawatan gerontik yang telah dilakukan oleh penulis ada Ny. S. dengan Fraktur radius sinistra di UPTD Griya Werdha Surabaya, dapat ditarik simpulan sebagai berikut :

1. Saat penkajian tidak semua tanda dan gejala fraktur muncul pada Ny. S karena saat pengkajian merupakan hari ke 7 setelah Ny. S cidera dan ekstermias kiri menggunakan balutan. Saat pengkajian didapatkan Ny. S mengeluh nyeri pada tangan saat digerakkan dan mengeluh tidak dapat mandi, BAB/BAK, dan berpakaian karena hanya satu tangnan yang dapat bergerak bebas. Ny S. Juga mengeluh sulit tidur karena tangannya cidera dan sekarang lebih berhati-saat berjalan.
2. Diagnosis keperawatan yang didapatkan pada Ny. S yaitu gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal, nyeri akut berhubungan dengan agen cidera fisik, gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur dan risiko jatuh. Dengan prioritas masalah nyeri akut berhubungan dengan agen pencidera fisik karena berdasarkan piramida kebutuhan dasar Maslow, nyeri merupakan kebutuhan fisiologis atau dasar.
3. Rencana tindakan keperawatan disesuaikan dengan diagnosis keperawatan dengan tujuan utama diharapkan meningkatnya kemandirian lansia dalam mengetahui penyebab, periode, dan melakuka teknik relaksasi napas dalam secara mandiri serta mampu mengntrol nyeri secara mandiri jika nyeri timbul.
4. Pada implementasi penulis lebih fokus pada edukasi nafas dalam karena nyeri yang dirasakan oleh lansia timbul saat terjad pergerakan pada tangan kirinya. Selama pemberian implementasi Ny. S mengungkapkan dan dapat melakukan teknik relaksasi napas dalam saat nyeri timbul.
5. Evaluasi pada pemberian intervensi edukasi manajemen nyeri teratasi pada hari ke-3 karena tercapainya tujuan intervensi yaitu Ny. S mampu mengontrol rasa nyeri saat nyeri timbul. Dengan hasil Ny. S mengatakan lebih berhati hati saat menggerakkan tangan kirinya, Ny. S mengatakan melakukan tariknafas dalam saat nyeri dan Ny.S mendapat terapi Asam mefenamat 3x500mg dikonsumsi sesuai resep.
6. **SARAN**

Berdasarkan dari kesimpulan diatas penulis dapat memberikan saran sebgai berikut :

1. Bagi institusi UPTD Griya Werdha Suarabaya

Diharapkan pihak UPTD Griya Werdha Surabaya untuk memperhatikan linngkungan yang mampu menyebabkan cidera seperti atap koridor yang bocor .

1. Bagi Institusi Pendidikan

Diharapkan untuk dapat memfasilitasi mahasiswa dalam melakukan penelitian dan riset tentang cara effektif dalam menurunkan rasa nyeri pada lansia dengan fraktur radius.

1. Bagi lansia

Diharapkan lansia mampu mencari jalan keluar atas masalah yang dihadapi, meminta bantuan kepada perawat jika tidk dapat melakuka aktivitas sendiri dan menerapkan relaksasi autogenik agar memiliki kualitas tidur lebih baik.

1. Bagi Perawat

Diharapkan perawat sebagai petugas pelayanan kesehatan mampu memberi pemantauan lebih menyeluruh dan lebih sering terhadap lansia dengan risiko jatuh atau lansia dengan faktor risiko jatuh. Diharapkan perawat selalu memperhatikan kondisi lingkungan lansia untuk menghindari terjadinya cidera.

1. Bagi Penulis Selanjutnya

Diharapkan bagi penulis selanjutnya dapat mengkaji lebih dalam tentang proses jatuuh atau proses penyakit yang di alami oleh lansia.

**DAFTAR PUSTAKA**

Clement, N. D., Duckworth, A. D., Court-Brown, C. M., & McQueen, M. M. (2014). Distal Radial Fractures in the Superelderly: Does Malunion Affect Functional Outcome? *ISRN Orthopedics*, *2014*, 1–7. https://doi.org/10.1155/2014/189803

Nugroho, F. G., Bayusentono, S., & Rehatta, N. M. (2017). THE PROFILE OF DISTAL RADIUS FRACTURE COLLES’ TYPE AT DR. SOETOMO HOSPITAL IN 2013. *Journal of Orthopaedi & Traumatology Surabaya*, *5*(1), 530–532. Retrieved from http://journal.unair.ac.id/journal-of-orthopaedic-and-traumatology-surabaya-media-104.html

Corsino, C. B., Reeves, R. A., & Sieg, R. N. (2020). Fracture Radius Distal. *Https://www.ncbi.nlm.nih.gov/*. Retrieved from https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK536916/#:~:text=The mechanism of injury is,distal fragment of the radius.

Syam, Y., Noersasongko, D., & Sunaryo, H. (2014). Fraktur Akibat Osteoporosis. *E-CliniC*, *2*(2). https://doi.org/10.35790/ecl.2.2.2014.4885

Kiik, S. M., Sahar, J., & Permatasari, H. (2018). PENINGKATAN KUALITAS HIDUP LANJUT USIA (LANSIA) DI KOTA DEPOK DENGAN LATIHAN KESEIMBANGAN. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, *21*(2), 109–116. https://doi.org/10.7454/jki.v21i2.584

Dady, F., Memah, H. P., & Kolompoy, J. A. (2019). Hubungan Bahaya Lingkungan dengan Risiko Jatuh Lanjut Usia di BPLU Senja Cerah Manado. *JPPNI*, *3*(3).

Irianto, K., Rianto, D., Sukmajaya, W., Alina, O. 2019. Geriatric fractures in single Orthopedic Hospital: The role of domestic fal and comprehensive geriatric assessment. Bali Medical Journal 8(2): 689-694. DOI:10.15562/bmj.v8i2.1432

Ulfiana Elida1, Dewi Triyana Puspita, Yusuf Ah. 2019. The Effect of Balance Exercise on Postural Balance of Elderly as Fal Prevention in Institutionalized Elderly. Indian Journal of Public Health Research & Development, Volume : 10, Issue : 8.

Söz, G., & Karakaya, Z. (2019). The evaluation of geriatric patients who presented with trauma to the emergency department. Archives of Medical Science: AMS, 15(5), 1261.

Blood, T. D., Deren, M. E., Goodman, A. D., Hayda, R. A., & Trafton, P. G. (2019). Assessment of a geriatric hip fracture program: analysis of harmful adverse events using the global trigger tool. JBJS, 101(8), 704-709.

Sunaryo, M. K., Rahayu Wijayanti, S. K., Kep, M., Kom, S., Kuhu, M. M., SKM, M., ... & Kuswati, A. (2016). Asuhan keperawatan gerontik. Penerbit Andi.

 Indriatie. (2017). BERFIKIR KRITIS DALAM PROSES KEPERAWATAN CRITICAL THINKING IN THE NURSING PROCESS. JURNAL KEPERAWATAN, 6(2), 89-93.

Aisyah, S. (2017). Manajemen Nyeri Pada Lansia Dengan Pendekatan Non Farmakologi. Jurnal Keperawatan Muhammadiyah, 2(1), 178-182

Kartika, I. R. (2019). Deskripsi Pengetahuan Tentang Manajemen Nyeri Pada Lansia. Real in Nursing Journal, 2(3), 137-143

Ulinnuha, T. N. (2017). PENGARUH TEKNIK RELAKSASI NAFAS DALAM TERHADAP PENURUNAN TINGKAT NYERI PADA LANSIA DENGAN RHEUMATOID ARTHRITIS (Studi di Unit Pelaksana Teknis Panti Sosial Tresna Werdha Kabupaten Jombang) (Doctoral dissertation, STIKES Insan Cendekia Medika Jombang).

Aulianah, H. (2018). HUBUNGAN PENGETAHUAN & SIKAP LANSIA DALAM MENGATASI NYERI ARTRITIS RHEMATOID DI KELURAHAN SRIMULYA KEC. SEMATANG BORANG PALEMBANG TAHUN 2017. Jurnal'Aisyiyah Medika, 1

Cahyaningsih, A. W., & Salmiyati, S. (2016). Pengaruh Terapi Relaksasi Nafas Dalam Terhadap Kualitas Tidur Lansia di UPT Wredha Budi Dharma Ponggalan Giwangan Umbulharjo Yogyakarta.

Hutomo, A. K., & Suratini, S. (2015). Hubungan Penataan Lingkungan Rumah terhadap Risiko Jatuh pada Lansia di Desa Karangwuni Wates Kulon Progo (Doctoral dissertation, STIKES'Aisyiyah Yogyakarta**)**

Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2017). Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia : Definisi dan Indikator Diagnostik. Jakarta : DPP PPNI.

Tim Pokja SLKI DPP PPNI. (2019). Standar Luaran Keperawatan Indonesia : Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan . Jakarta : DPP PPNI.

Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2018). Standar Intervensi Keperawatan Indonesia : Definisi dan Tindakan Keperawatan. Jakarta : DPP PPNI.

Lampiran 1

*CURICULUM VITAE*

Nama : Neny Ludfi Asi Dewi, S.Kep.

Tempat, Tanggal lahir : Lamongan, 08 Maret 1997

Alamat : Tambak sawah gang 2000 no. 16 Waru, Sidoarjo

Agama : Islam

Email : nenneny08@gmail.com

Riwayat pendidikan :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Tahun lulus** | **Program Pendidikan** | **Institusi** |
| 2008 | Sekolah Dasar | SDN Yungyang 1 Lamongan |
| 2011 | Sekolah Menengah Pertama | SMP Islam Parlaungan Sidoarjo |
| 2014 | Sekolah Menengah Kejuruan | SMK 10 Nopember Sidoarjo  |
| 2017 | Diploma III Keperawatan | STIKES Hang Tuah Surabaya |
| 2019 | Strata I Keperawatan | STIKES Hang Tuah Surabaya |

Lampiran 2

**MOTTO**

“Ketika kamu sedang bermalas malasan, ingat ada ribuan orang diluar sana yang sedang berusaha untuk mengalahkanmu”

وَعَسَىٰ أَن تَكْرَهُوا شَيْئًا وَهُوَ خَيْرٌ لَّكُمْ ۖ وَعَسَىٰ أَن تُحِبُّوا شَيْئًا وَهُوَ شَرٌّ لَّكُمْ ۗ وَاللَّهُ يَعْلَمُ وَأَنتُمْ لَا تَعْلَمُونَ (216)

”Dan boleh jadi kamu membenci sesuatu tetapi ia baik bagimu, dan boleh jadi kamu menyukai sesuatu tetapi ia buruk bagimu, dan Alah mengetahui dan kamu tidak mengetahui”. (QS. Al-Baqarah: 216)

**PERSEMBAHAN**

Karya Ilmiah Akhir ini saya persembahkan kepada:

 Ayahku Abdul Wachid dan Ibuku Tarsi tercinta, yang selalu mendukung keputusanku dalam melanjutkan pendidikan tanpa memberi beban terhadap keputusanku. Serta Adikku tersayang Nada Dzikrika Lalili

yang selalu memahami situasiku.

Teman – teman Ners A10 yang selalu membantu memecari solusi saat menemukan kendala selama perkuliahan.

Teman – teman Siap Ijabsah (Wahayu, Nisak, Kak Ros, Intan, Nurma, Rafidah, Eden, Agif, Ratna) yang sudah bekerja, yang selalu

membantuku menelaah kasus di lapangan disaat aku

terkarantina dirumah selama pandemi Covid-19.

Temanku Lola Alvi yang selalu menemaniku mengerjakan Karya Ilmiah Akhir ini secara virtual.

Teman – teman Travelingku yang telah menemaniku traveling selama Pendidikan Profesi Ners.

**Terima kasih atas semangat dan motivasi secara langsung maupun tidak langsung dari kalian :3**

Lampiran 3

IMPLEMENTASI

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No****DX** | **Waktu****(tgl&jam)** | **Tindakan Keperawatan** | **Paraf** | **Waktu****(tgl&jam)** | **Evaluasi** | **Paraf** |
| 1,2,32,3321,22222,33331321331 | **Jum’at, 27/12/19**06.0006.1507.0008.0009.0010.0010.2011.0011.3012.00 | Membangun hubungan saling percaya dan mengkaji identitas* Membantu Ny. S mandi, memaikan pampers, berpakaian, memakaikan *body lotion* dan minyak kayu putih.
* Ny. S tampak menggunakan alas kaki yang tidak licin dan terdapat bebatan pada tangan kirinya.
* Ny. S mampu bersisir dan memakai bedak sendiri.
* Ny. S tampak menyeringai saat berpakaian karena harus mengerakkan tangan kanannya.

P : Nyeri terjadi karena raktur yang dialami ny. SQ : Nyeri seperti tertimpa benda beratR : Nyeri pada lengan kiriS : skala 3 (0-10)T : nyeri saat lengan kiri digerakkanMelakukan pengkajian :* mengkaji kekuatan otot dengan hasil kekuatan otot ekstermitas atas xxxx/5555 dan kekuatan otot ekstermitas bawah 5555/5555
* Melakukan skor indeks barthel dengan hasil skor 14
* Melakukan penilaian indeks Katz dengan skor “E”
* Melakukan pengkajian keseimbangan dengan skor 6.
* Ny. S menggunakan alat bantu untuk berjalan yaitu kruk.

Melakukukan pengkajian lingkungan:* Terdapat 9 tempat tidur dan satu kamar mandi dalam satu kamar.
* Depan pintu kamar mandi terlihat basah karena digunakan bersama-sama

Memberi makan dan obat oral amlodipin dan asammefenamatMengganti kain pengesat kaki di depan kamar mandiMengganti pampers setelah BAB.Membantu Menjelaskan penyebab nyeri yang di alami oleh Ny. S dan mengajarkan Ny. S untuk melakukan teknik relaksasi napas dalam saat nyeri munculDengan hasi :* Ny. S mangatakan mengerti dan memahami tentang penyebab nyeri yang di rasakan.
* Ny. S mampu memperagakan teknik relaksasi napas dalam.

Melakukan pengukuran Fall Morse Skale dengan hasil 55.Mengajarkan cara berjalan dengan pelan dan melebarkan jarak kaki saat berdiri untuk mencegah jatuh. Dengan hasil Ny. S mampu mempraktekkan cara berjalan dengan pelan dan melebarkan jarak kaki saat berdiriMemberikan makan dan obat oral asammefenamat | NenyNenyNenyNenyNenyNenyNeny NenyNenyNenyNenyNenyNeny | **Jum’at****27/12/19**14.00 | **Diagnosa 1**S :Ny. S mengatakan nyeri saat menggerakkan tangan kirinya.Ny. S mengatakan memahami tentang penyebab timbulnya nyeri yang dirasakannya.O :1. Pengkajian nyeri :

P : Nyeri terjadi karena raktur yang dialami ny. SQ :Nyeri seperti tertimpa benda beratR : Nyeri pada lengan kiriS : skala 3 (0-10)T : nyeri saat lengan kiri digerakkan1. Terdapat bebatan dengan elastis bandage pada lengan kiri bawah
2. Ny. S tampak meringis saat berpakaian
3. Ny.S mendapat terapi Asam mefenamat 3x500mg
4. Ny. S dapat mempraktekkan teknik relaksasi napas dalam saat nyeri muncul

A : Masalah teratasi sebagianP : Lanjutkan intervensi **Diagnosa 2**S : Ny. S mengatakan tidak dapat melakukan sebagian aktivitasnya karena tangan sebelah kiri menggunakan perban dan nyeri jika tangan kirinya digerakkan.O :1. Tangan kiri pasien menggunakan perban dan pergerakan minimal
2. Ny. S menggunakan pampers.
3. kekuatan otot dengan hasil kekuatan otot ekstermitas atas xxxx/5555 dan kekuatan otot ekstermitas bawah 5555/5555
4. Skor indeks barthel 14
5. skore indeks Katz “E”
6. pengesat kaki didepan kamar mandi sering basah, dan dilakukan penggantian setiap pukul 09.00 dan 15.00
7. Ny. S menggunakan alat bantu berjalan yaitu kruk.

A : Masalaha teratasi sebagianP : Lanjutkan Intervensi **Diagnosa 3**S :Ny. S mengatakan jatuh 7 hari yang lalu di kamar mandi karna lantai licin.O :1. Usia Ny. S 66 tahun
2. Riwayat jatuh 7 hari yang lalu
3. Ny. S menggunakan alas kaki yang tidak licin
4. Terdapat perbedaan ketinggian lantai pada kamar mandi.
5. pengesat kaki didepan kamar mandi sering basah, dan dilakukan penggantian setiap pukul 09.00 dan 15.00
6. Ny. S mampu mempraktekkan cara berjalan dengan pelan dan melebarkan jarak kaki saat berdiri
7. Toileting dan mandi dibantu oleh perawat.
8. skala Fall Morse Scale 55 atau resiko tinggi jatuh
9. Ny. S mampu berpindah menggunakan alat bantu kruk

A : Jatuh tidak terjadiP : Lanjutkan intervensi  | NenyNenyNeny |
| 2321,2332,32,333312,31113311 | **Sabtu, 28/12/19**06.0007.0007.4508.0009.0010.3011.0011.3012.0013.30 | * Membantu Ny. S mandi, memaikan pampers, berpakaian, memakaikan *body lotion* dan minyak kayu putih.
* Ny. S tampak menggunakan alas kaki yang tidak licin dan terdapat bebatan pada tangan kirinya.
* Ny. S mampu bersisir dan memakai bedak sendiri.
* Ny. S memakai baju dengan melakukan relaksasi napas dalam untuk mengurangi rasa nyerinya.

P : Nyeri terjadi karena raktur yang dialami ny. SQ :Nyeri seperti tertimpa benda beratR : Nyeri pada lengan kiriS : skala 2 (0-10)T : nyeri saat lengan kiri digerakkanMelakukan observasi :* Melakukan skor indeks barthel dengan hasil skor 14
* Melakukan penilaian indeks Katz dengan skor “E”
* Melakukan pengkajian keseimbangan dengan hasil skor 6.
* Ny. S menggunakan alat bantu untuk berjalan yaitu kruk.

Melakukukan observasi lingkungan:* Depan pintu kamar mandi terlihat basah karena digunakan bersama-sama.
* Terdapat genangan dikoridor depan kamar karena hujan yang terjadi tadi malam.

Koordinasi dengan pihak kebersihan untuk melakukan pembersihan lantai yang terdapat genangan air.Memberikan makan pagi serta memberikan obat oral amlodipin dan asammefenamatMengganti kain pengesat kaki di depan kamar mandiMelakukan evaluasi pengetahuan Ny. S tentang penyebab nyeri yang di alami oleh Ny. S serta mengevaluasi kemampuan Ny. S cara melakukan teknik relaksasi napas dalam saat nyeri munculDengan hasi :* Ny. S mampu menjawab pertanyaan tentang penyebab nyeri yang di rasakan.
* Ny. S mampu memperagakan teknik relaksasi napas dalam.

Melakukan pengukuran Fall Morse Skale dengan hasil 55.Ny. S terlihat berjalan dengan pelan dan melebarkan jarak kaki saat berdiri untuk mencegah jatuh. Memberikan makan dan obat oral asammefenamatMembantu mengganti pampers karena pasien BAB | NenyNenyNenyNenyNenyNenyNenyNenyNenyNeny |  | **Diagnosa 1**S :Ny. S mengatakan nyeri saat menggerakkan tangan kirinya.Ny. S nyeri berkurang saat melakukan tekhnik relaksasi napas dalam.O :1. Pengkajian nyeri :

P : Nyeri terjadi karena raktur yang dialami ny. SQ :Nyeri seperti tertimpa benda beratR : Nyeri pada lengan kiriS : skala 2 (0-10)T : nyeri saat lengan kiri digerakkan1. Terdapat bebatan dengan elastis bandage pada lengan kiri bawah
2. Ny.S mendapat terapi Asam mefenamat 3x500mg
3. Ny. S dapat mempraktekkan teknik relaksasi napas dalam saat nyeri muncul
4. Ny. S terlihat melakukan teknik relaksasi napas dalam saat nyeri timbul ketika berpakaian.

A : Masalah teratasi sebagianP : Lanjutkan intervensi **Diagnosa 2**S : Ny. S mengatakan belum dapat melakukan sebagian aktivitasnya karena tangan sebelah kiri menggunakan perban dan nyeri jika tangan kirinya digerakkan.O :1. Tangan kiri pasien menggunakan perban dan pergerakan minimal
2. Ny. S menggunakan pampers.
3. Skor indeks barthel 14
4. skore indeks Katz “E”
5. pengesat kaki didepan kamar mandi sering basah, dan dilakukan penggantian setiap pukul 09.00 dan 15.00
6. Ny. S menggunakan alat bantu berjalan yaitu kruk.

A : Masalaha teratasi sebagianP : Lanjutkan Intervensi **Diagnosa 3**S :Ny. S mengatakan jatuh 7 hari yang lalu di kamar mandi karna lantai licin.O :1. Usia Ny. S 66 tahun
2. Riwayat jatuh 7 hari yang lalu
3. Ny. S menggunakan alas kaki yang tidak licin
4. Terdapat perbedaan ketinggian lantai pada kamar mandi.
5. Pengesat kaki didepan kamar mandi sering basah, dan dilakukan penggantian setiap pukul 09.00 dan 15.00
6. Ny. S mampu mempraktekkan cara berjalan dengan pelan dan melebarkan jarak kaki saat berdiri
7. Toileting dan mandi dibantu oleh perawat.
8. skala Fall Morse Scale 55 atau resiko tinggi jatuh
9. Ny. S mampu berpindah menggunakan alat bantu kruk

A : Jatuh tidak terjadiP : Lanjutkan intervensi  |  |
| 33322,321,2332,33311331,2,3 | **Minggu****29/12/19**14.0014.1515.0016.0016.3018.0019.0019.3019.4520.00 | Observasi lingkungan :Terdapat genangan dikoridor depan kamar karena hujan.Koordinasi dengan pihak kebersihan untuk melakukan pembersihan lantai yang terdapat genangan air.Mengganti pengesat kaki didepan pintu kamar mandi * Membantu Ny. S mandi, memaikan pampers, berpakaian, memakaikan *body lotion* dan minyak kayu putih.
* Ny. S tampak menggunakan alas kaki yang tidak licin dan terdapat bebatan pada tangan kirinya.
* Ny. S mampu bersisir dan memakai bedak sendiri.
* Ny. S memakai baju dengan melakukan relaksasi napas dalam untuk mengurangi rasa nyerinya.

P : Nyeri terjadi karena raktur yang dialami ny. SQ :Nyeri seperti tertimpa benda beratR : Nyeri pada lengan kiriS : skala 1 (0-10)T : nyeri saat lengan kiri digerakkanMelakukan observasi :* Melakukan skor indeks barthel dengan hasil skor 14
* Melakukan penilaian indeks Katz dengan skor “E”
* Melakukan pengkajian keseimbangan dengan hasil skor 6.
* Ny. S menggunakan alat bantu untuk berjalan yaitu kruk.

Melakukukan observasi lingkungan:* Depan pintu kamar mandi terlihat basah karena digunakan bersama-sama.

Memberikan makan malam serta memberikan obat oral asammefenamatMelakukan evaluasi kembali terhadap pengetahuan Ny. S tentang penyebab nyeri yang di alami oleh Ny. S serta mengevaluasi kemampuan Ny. S cara melakukan teknik relaksasi napas dalam saat nyeri munculDengan hasi :* Ny. S mampu menjawab pertanyaan tentang penyebab nyeri yang di rasakan.
* Ny. S mampu memperagakan teknik relaksasi napas dalam.

Melakukan pengukuran Fall Morse Skale dengan hasil 55.Ny. S terlihat berjalan dengan pelan dan melebarkan jarak kaki saat berdiri untuk mencegah jatuh. Ny. S bersiap untuk tidur | NenyNenyNenyNenyNenyNenyNenyNenyNenyNeny | **Minggu****29/12/19****22.00** | **Diagnosa 1**S :Ny. S mengatakan nyeri saat menggerakkan tangan kirinya.Ny. S mengatakan mampu mengontrol nrasa nyeri yang dialaminya.O :1. Pengkajian nyeri :

P : Nyeri terjadi karena raktur yang dialami ny. SQ :Nyeri seperti tertimpa benda beratR : Nyeri pada lengan kiriS : skala 1 (0-10)T : nyeri saat lengan kiri digerakkan1. Terdapat bebatan dengan elastis bandage pada lengan kiri bawah
2. Ny.S mendapat terapi Asam mefenamat 3x500mg
3. Ny. S terlihat melakukan teknik relaksasi napas dalam saat nyeri timbul ketika berpakaian.

A : Masalah teratasi sebagianP : Lanjutkan intervensi **Diagnosa 2**S : Ny. S mengatakan belum dapat melakukan sebagian aktivitasnya karena tangan sebelah kiri menggunakan perban dan nyeri jika tangan kirinya digerakkan.O :1. Tangan kiri pasien menggunakan perban dan pergerakan minimal
2. Ny. S menggunakan pampers.
3. Skor indeks barthel 14
4. skore indeks Katz “E”
5. pengesat kaki didepan kamar mandi sering basah, dan dilakukan penggantian setiap pukul 09.00 dan 15.00
6. Ny. S menggunakan alat bantu berjalan yaitu kruk.

A : Masalaha teratasiP : Intervensi dihentikan **Diagnosa 3**S :Ny. S mengatakan jatuh 7 hari yang lalu di kamar mandi karna lantai licin.O :1. Usia Ny. S 66 tahun
2. Riwayat jatuh 7 hari yang lalu
3. Ny. S menggunakan alas kaki yang tidak licin
4. Terdapat perbedaan ketinggian lantai pada kamar mandi.
5. Pengesat kaki didepan kamar mandi sering basah, dan dilakukan penggantian setiap pukul 09.00 dan 15.00
6. Ny. S mampu mempraktekkan cara berjalan dengan pelan dan melebarkan jarak kaki saat berdiri
7. Toileting dan mandi dibantu oleh perawat.
8. skala Fall Morse Scale 55 atau resiko tinggi jatuh
9. Ny. S mampu berpindah menggunakan alat bantu kruk.
10. Terdapat genangan air dikoridor depan kamar mandi akibat hujan.

A : Jatuh tidak terjadiP : Lanjutkan intervensi  | NenyNenyNeny |
| 32,3322,3232,32,32,331,2,3 | **Senin****30/12/19**14.0015.0015.3016.0017.3018.0019.0020.00 | Observasi lingkungan :Tidak ada genangan dikoridor, tidak ada genangan air dikamar mandi, terdapat pengesat kaki dan lantqi yang basah didepan kamar mandiMengganti pengesat kaki didepan pintu kamar mandi Ny. S terlihat berjalan dengan pelan dan melebarkan jarak kaki saat berdiri untuk mencegah jatuh. * Membantu Ny. S mandi, memaikan pampers, berpakaian, memakaikan *body lotion* dan minyak kayu putih.
* Ny. S tampak menggunakan alas kaki yang tidak licin dan terdapat bebatan pada tangan kirinya.
* Ny. S mampu bersisir dan memakai bedak sendiri.

Melakukan observasi :* Melakukan skor indeks barthel dengan hasil skor 14
* Melakukan penilaian indeks Katz dengan skor “E”
* Melakukan pengkajian keseimbangan dengan hasil skor 6.
* Ny. S menggunakan alat bantu untuk berjalan yaitu kruk.

Memberikan makan serta memberikan obat oral asammefenamatMelakukan observasi pengukuran Fall Morse Skale dengan hasil 55.Ny. S bersiap untuk tidur |  | **Senin****30/12/19**22.00 | **Diagnosa 2**S : Ny. S mengatakan belum dapat melakukan sebagian aktivitasnya karena tangan sebelah kiri menggunakan perban dan nyeri jika tangan kirinya digerakkan.O :1. Tangan kiri pasien menggunakan perban dan pergerakan minimal
2. Ny. S menggunakan pampers.
3. Skor indeks barthel 14
4. skore indeks Katz “E”
5. pengesat kaki didepan kamar mandi sering basah, dan dilakukan penggantian setiap pukul 09.00 dan 15.00
6. Ny. S menggunakan alat bantu berjalan yaitu kruk.

A : Masalaha teratasiP : Intervensi dihentikan **Diagnosa 3**S :Ny. S mengatakan jatuh 7 hari yang lalu di kamar mandi karna lantai licin.O :1. Usia Ny. S 66 tahun
2. Riwayat jatuh 7 hari yang lalu
3. Ny. S menggunakan alas kaki yang tidak licin
4. Terdapat perbedaan ketinggian lantai pada kamar mandi.
5. Pengesat kaki didepan kamar mandi sering basah, dan dilakukan penggantian setiap pukul 09.00 dan 15.00
6. Ny. S mampu mempraktekkan cara berjalan dengan pelan dan melebarkan jarak kaki saat berdiri
7. Toileting dan mandi dibantu oleh perawat.
8. skala Fall Morse Scale 55 atau resiko tinggi jatuh
9. Ny. S mampu berpindah menggunakan alat bantu kruk

A : Jatuh tidak terjadiP : Lanjutkan intervensi  | NenyNeny |
| 333,222,3232,32,331,2,31,2,331,2,3 | **Selasa****31/12/19**14.0015.0015.3016.0017.3018.0018.3019.0020.00 | Observasi lingkungan :Tidak ada genangan dikoridor, tidak ada genangan air dikamar mandi, terdapat pengesat kaki dan lantqi yang basah didepan kamar mandiMengganti pengesat kaki didepan pintu kamar mandi Ny. S terlihat berjalan dengan pelan dan melebarkan jarak kaki saat berdiri untuk mencegah jatuh. * Membantu Ny. S mandi, memaikan pampers, berpakaian, memakaikan *body lotion* dan minyak kayu putih.
* Ny. S tampak menggunakan alas kaki yang tidak licin dan terdapat bebatan pada tangan kirinya.
* Ny. S mampu bersisir dan memakai bedak sendiri.

Melakukan observasi :* Melakukan skor indeks barthel dengan hasil skor 14
* Melakukan penilaian indeks Katz dengan skor “E”
* Melakukan pengkajian keseimbangan dengan hasil skor 6.
* Ny. S menggunakan alat bantu untuk berjalan yaitu kruk.

Memberikan makan serta memberikan obat oral asammefenamatMengikuti kegiatan berdoa bersaama untuk mengakhiri tahun 2019 di aula UPTD Griya Werdha SurabayaMelakukan observasi pengukuran Fall Morse Skale dengan hasil 55.Ny. S bersiap untuk tidur |  | **Selasa****31/12/19222**.00 | **Diagnosa 2**S : Ny. S mengatakan belum dapat melakukan sebagian aktivitasnya karena tangan sebelah kiri menggunakan perban dan nyeri jika tangan kirinya digerakkan.O :1. Tangan kiri pasien menggunakan perban dan pergerakan minimal
2. Ny. S menggunakan pampers.
3. Skor indeks barthel 14
4. skore indeks Katz “E”
5. pengesat kaki didepan kamar mandi sering basah, dan dilakukan penggantian setiap pukul 09.00 dan 15.00
6. Ny. S menggunakan alat bantu berjalan yaitu kruk.

A : Masalaha teratasiP : Intervensi dihentikan **Diagnosa 3**S :Ny. S mengatakan jatuh 7 hari yang lalu di kamar mandi karna lantai licin.O :1. Usia Ny. S 66 tahun
2. Riwayat jatuh 7 hari yang lalu
3. Ny. S menggunakan alas kaki yang tidak licin
4. Terdapat perbedaan ketinggian lantai pada kamar mandi.
5. Pengesat kaki didepan kamar mandi sering basah, dan dilakukan penggantian setiap pukul 09.00 dan 15.00
6. Ny. S mampu mempraktekkan cara berjalan dengan pelan dan melebarkan jarak kaki saat berdiri
7. Toileting dan mandi dibantu oleh perawat.
8. skala Fall Morse Scale 55 atau resiko tinggi jatuh
9. Ny. S mampu berpindah menggunakan alat bantu kruk

A : Jatuh tidak terjadiP : Lanjutkan intervensi  |  |

Lampiran 4

**PENGKAJIAN KESEIMBANGAN UNTUK LANSIA (Tinneti, ME, dan Ginter, SF, 1988)**

1. **Perubahan posisi atau gerakan keseimbangan**
2. Bangun dari kursi (dimasukkan dalam analisis)\* **(Normal/Tidak)**

Tidak bangun dari duduk dengan satu kali gerakan, tetapi mendorong tubuhnya ke atas dengan tangan atau bergerak ke bagian depan kursi terlebih dahulu, tidak stabil pada saat berdiri pertama kali.

1. Duduk ke kursi (dimasukkan dalam analisis)\* **(Normal/Tidak)**

Menjatuhkkan diri di kursi, tidak duduk di tengah kursi

Keterangan ()\*: kursi yang keras dan tanpa lengan

1. Menahan dorongan pada sternum (pemeriksa mendorong sternum perlahan-lahan sebanyak 3 kali) **(Normal/Tidak)**
2. Menggerakan kaki, memegang obyek untuk dukungan, kaki tidak menyentuh sisi-sisinya **(Normal/Tidak)**
3. Mata tertutup **(Normal/Tidak)**
4. Sama seperti di atas (periksa kepercayaan pasien tentang input penglihatan untuk keseimbangannya)
5. Perputaran leher **(Normal/Tidak)**

Menggerakan kaki, menggenggam obyek untuk dukungan, kaki menyetuh sisi-sisinya, keluhan vertigo, pusing atau keadaan tidak stabil

1. Gerakan menggapai sesuatu **(Normal/Tidak)**
2. Tidak/mampu untuk menggapai sesuatu dengan bahu fleksi sepenuhnya sementara berdiri pada ujung-ujung jari kaki, tidak stabil, memegang sesuatu untu dukungan
3. Membungkuk **(Normal/Tidak)**
4. Tidak/mampu untuk membungkuk, untuk mengambil obyek-obyek kecil (missal bulpen) dari lantai, memegang suatu obyek untuk bisa berdiri lagi, memerlukan usaha-usaha multiple untuk bangun
5. **Komponen gaya berjalan atau gerakan**
6. Minta pasien untuk berajalan pada tempat yang ditentukan →ragu-ragu, tersandung, memegang obyek untuk dukungan. **(Normal/Tidak)**
7. Ketinggian langkah kaki (mengangkat kaki pada saat melangkah)

Kaki tidak naik dari lantai secara konsisten (menggeser atau menyeret kaki), mengngkat kaki terlalu tinggi (>2inchi). **(Normal/Tidak)**

1. Kontinuitas langkah kaki (lebih baik diobservasi dari samping pasien) **(Normal/Tidak)**
2. Setelah langkah-langkah awal, tidak konsisten memulai mengangkat salah satu kaki sementara kaki yang lain menyentuh lantai.
3. Kesimetrisan langkah (lebih baik diobservasi dari samping pasien) **(Normal/Tidak)**
4. Panjangnya langkah yang tidak sama (sisi yang patologis biasanya memiliki langkah yang lebih panjang : masalah dapat terdapat pada pinggul, lutut, pergelangan kaki atau otot sekitarnya).
5. Penyimpangan jalur pada saat berjalan (lebih baik diobservasi dari belakang pasien) **(Normal/Tidak)** Tidak berjalan dalam garis lurus, bergelombang dari sisi ke sisi.
6. Berbalik **(Normal/Tidak)** Berhenti sebelum mulai berbalik, jalan sempoyongan memegang obyek untuk dukungan.

Lampiran 5

**PENGKAJIAN AFEKTIF**

**Inventaris Depresi Beck**

Berisi 13 hal yang menggambarkan berbagai gejala dan sikap yang berhubungan dengan depresi

Terkait dengan kesedihan, pesimisme, rasa kegagalan, ketidakpuasan, rasa bersalah, tidak menyukai diri sendiri, membahayakan diri sendiri, menarik diri dari social, keraguan, perubahan gambaran diri, kesulitan kerja, keletihan, anoreksia.

0-4 depresi tidak ada atau minimal

5-7 depresi ringan

8-15 depresi sedang

>16 depresi berat

Bentuk singkat bisa menggunakan **Skala Depresi Geriatrik Yesavage**

1. Apakah pada dasarnya anda puas dengan kehidupan anda? (**ya**/tidak)
2. Sudahkah anda mengeluarkan aktivitas dan minat anda? (**ya**/tidak)
3. Apakah anda merasa hidup anda kosong? (ya/**tidak**)
4. Apakah anda sering bosan? (**ya**/tidak)
5. Apakah anda memiliki semangat yang baik setiap waktu? (**ya**/tidak)
6. Apakah anda takut sesuatu akan terjadi pada anda? (ya/**tidak**)
7. Apakah anda merasa bahagia disetiap waktu? (**ya**/tidak)
8. Apakah anda lebih suka tinggal dirumah pada malam hari, dari pada pergi dan melakukan sesuatu yang baru? (**ya**/tidak)
9. Apakah anda merasa bahwa anda mempunyai lebih banyak masalah dengan ingatan dari pada yang lanilla? (**ya**/tidak)
10. Apakah anda berpikir sangat menyenangkan hidup sekarang ini? (**ya**/tidak)
11. Apakah anda merasa saya sangat tidak berguna dengan keadaan anda sekarang? (ya/**tidak**)
12. Apakah anda merasa penuh berenergi? (**ya**/tidak)
13. Apakah anda berpikir bahwa situasi anda tidak ada harapan? (ya/**tidak**)
14. Apakah anda berpikir bahwa banyak orang lebih baik dari pada anda? (**ya**/tidak)

Penilaian:

Jika jawaban pertanyaan sesuai indikasi dinilai point 1 (nilai 1 point untuk setiap respon yang cocok dengan jawaban ya atau tidak setelah pertanyaan)

Nilai 5 point lebih dapat menandakan depresi

**Kesimpulan:**

Lampiran 6

**PENGKAJIAN STATUS SOSIAL**

Dengan menggunakan APGAR

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Fungsi** | **Uraian** | **Skore** |
| 1 | Adaptasi  | Saya puas bahwa saya dapat kembali pada keluarga (teman-teman) saya untuk membantu pada waktu sesuaatu menyusahkan saya |  |
| 2 | Hubungan  | Saya puas dengan cara keluarga (teman-teman) saya membicarakan sesuatu dengan saya dan mengungkapkan masalah dengan saya |  |
| 3 | Pertumbuhan | Saya puas bahsa keluarga (teman-teman) saya menerima dan mendukung keinginan saya untuk melakukan aktivitas atau arah baru |  |
| 4 | Afeksi  | Saya puas dengan cara keluarg (teman-teman) saya mengekspresikan efek dan berespon terhadap emosi-emosi saya, seperti marah, sedih, atau mencintai |  |
| 5 | Pemecahan  | Saya puas dengan cara teman-teman saya dan saya menyediakan waktu bersama-sama |  |

Penilaian:

Jika pertanyaan yang dijawab selalu (poin 2), kadang-kadang (poin 1), hamper tidak pernah (poin 0)

**Kesimpulan:**

Lampiran 7

**TINGKAT KERUSAKAN INTELEKTUAL**

Dengan menggunakan **SPMSQ (short portable mental status quesioner).**

Ajukan beberapa pertanyan pada daftar dibawah ini:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Benar** | **Salah** | **Nomor** | **Pertanyaan** |
|  |  | 1 | Tanggal berapa hari ini? |
|  |  | 2 | Hari apa sekarang? |
|  |  | 3 | Apa nama tempat ini? |
|  |  | 4 | Dimana alamat anda? |
|  |  | 5 | Berapa umur anda? |
|  |  | 6 | Kapan anda lahir? |
|  |  | 7 | Siapa presiden Indonesia? |
|  |  | 8 | Siapa presiden Indonesia sebelummya? |
|  |  | 9 | Siapa nama ibu anda? |
|  |  | 10 | Kurangi 3 dari 20 dan tetap pengurangan 3 dari setian angka baru, secara menurun |
| **Jumlah** |  |

Interpretasi : Berdasarkan hasil pengkajian didapatkan salah= 0, fungsi intelektual utuh Intepretasi:

Salah 0-3 : Fungsi intelektual utuh

Salah 4-5 : Fungsi intelektual kerusakan ringan

Salah 6-8 : Fungsi intelektual kerusakan sedang

Salah 9-10 : Fungsi intelektual kerusakan berat

Keterangan :

1. Bisa dimaklumi bila lebih dari satu kesalahan bila subjek hanya berpendidikan sekolah dasar
2. Bisa dimaklumi bila kurang dari satu kesalahan bila subjek mempunyai pendidikan di atas sekolah menengah atas
3. Bisa dimaklumi bila lebih dari satu kesalahan untuk objek kulit hitam dengan menggunakan kriteia pendidikan yang sama

**Kesimpulan:**

Lampiran 8

**IDENTIFIKASI ASPEK KOGNITIF**

Dengan menggunakan **MMSE (Mini Mental Status Exam)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| No. | Aspek kognitif | Nilai maks | Nilai pasien | Kriteria  |
| 1. | Orientasi  | 5 | 5 | Menyebutkan dengan benar:Tahun: 2016Musim: kemarauTanggal: Hari: Bulan:  |
| 2. | Orientasi  | 5 | 5 | Dimana sekarang kita berada?Negara : IndonesiaPropinsi: Jawa timurKabupaten/Kota: LamonganKelurahan: Yung YangAlamat rumah: Ngembes |
| 3. | Registrasi  | 3 | 3 | Sebutkan 3 nama obyek, 1 detik untuk mengatakan masing-masing (missal: kursi, meja, kertas), kemudian ditanyaka kepada pasien:1. Kursi
2. Meja
3. Kertas

(beri 1 point untuk setiap jawaban yang benar)Kemudian ulangi sampai ia mempelajari ketiganya. |
| 4. | Perhatian dan kalkulasi | 5 | 5 | Seri 7”s. 1 point untuk setiap kebenaranMeminta pasien berhitung mulai dari 100 kemudian kurangi 7 sampai 5 tingkatJawaban:1. 93
2. 86
3. 79
4. 72
5. 65
 |
| 5. | Mengingat | 3 | 3 | Minta pasien untuk mengulangi ketiga obyek pada poin ke-2 (tiap poin nilai 1) |
| 6. | Bahasa  | 9 |  | Menanyakan pada pasien tentang benda (sambil menunjukkan benda tersebut) 2 point1. mobil2. motorMinta pasien untuk mengulangi kata berikut:“tidak ada, dan, jika, atau tetapi (1 point)Pasien menjawab:Minta pasien untuk mengikuti perintah berikut yang terdiri 3 langkah.Ambil kertas ditangan anda, lipat dua dan taruh di lantai(3 point)1.2.3.Perintahkan pada pasien untuk hal berikut (bila aktifitas sesuai perintah nilai 1 pont)“tutup mata anda” (1 point)Perintahkan pada pasien untuk menulis kalimat dan menyalin gambar (2 point) |
| Total nilai: | 30 |  | Intrepetasi: |

Intrepetasi:

24-30 : **tidak ada gangguan kognitif**

18-23 : gangguan kognitif sedang

0-17 : gangguan kognitif ringan

**Kesimpulan:**

Lampiran 9

**INDEKS KATZ**

|  |  |
| --- | --- |
| **SKORE** | **KRITERIA** |
| **A** | **Kemandirian dalam hal makan, kontinen, berpindah, ke kamar kecil, berpakaian dan mandi** |
| B | Kemandirian dalam semua aktifitas hidup sehari-hari, kecuali satu dari fungsi tersebut |
| C | Kemandirian dalam semua aktifitas hidup sehari-hari, kecuali mandi dan satu fungsi tambahan |
| D | Kemandirian dalam semua aktifitas hidup sehari-hari, kecuali mandi, berpakaian dan satu fungsi tambahan |
| E | Kemandirian dalam semua aktifitas hidup sehari-hari, kecuali mandi, berpakaian, ke kamar kecil dan satu fungsi tambahan |
| F | Kemandirian dalam semua aktifitas 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,F dan G |