

BAB III

LAPORAN KASUS KELOLAAN UTAMA

Dalam Karya Ilmiah Akhir Ners ini penulis memaparkan asuhan keperawatan yang telah diberikan kepada dua orang pasien lansia dengan masalah keperawatan risiko jatuh yang dilaksanakan pada tanggal 1 Oktober 2024 – 23 November 2024 di Ruang *Dei Sabisu* Shijounawatesou Osaka.

A. Pengkajian Keperawatan

Data pengkajian keperawatan yang didapatkan pada dua pasien kelolaan disajikan pada tabel dibawah ini.

Tabel 4
Pengkajian Asuhan Keperawatan Risiko Jatuh Dengan Latihan Keseimbangan Menggunakan *Parallel bars* Pada Lansia Di Ruang *Dei Sabisu* Shijounawatesou Osaka Tahun 2024

1. Identitas Pasien

Pasien 1 (Tn. K)	Pasien 2 (Ny. M)
a. Nama : Tn. K	a. Nama : Ny. M
b. Umur : 85 Tahun	b. Umur : 88 Tahun
c. Agama : Kristen	c. Agama : Budha
d. Pendidikan: S1	d. Pendidikan: S1
e. Pekerjaan : Tidak bekerja	e. Pekerjaan : Tidak Bekerja
f. Alamat :Kariyakitamachi, Osaka	f. Alamat : Kariyaminamimachi, Osaka

2. Riwayat Lingkungan Hidup

Riwayat Lingkungan Hidup	Pasien 1 (Tn. K)	Pasien 2 (Ny. M)
Tipe Tempat Tinggal	Permanen	Permanen
Kamar	Di rumah pasien terdapat 3 kamar tidur	Di rumah pasien terdapat 2 kamar tidur
Kondisi Tempat Tinggal	Bersih dan layak huni	Bersih dan layak huni
Jumlah Orang Yang Tinggal Dalam Satu Rumah	3 orang (pasien dan 2 orang anak perempuannya)	2 orang (pasien dan anak laki-lakinya)
Derajat Privasi	Pasien memiliki kamar tidur sendiri untuk beristirahat	Pasien memiliki kamar tidur sendiri untuk beristirahat

3. Riwayat Kesehatan

Riwayat Kesehatan	Pasien 1 (Tn. K)	Pasien 2 (Ny. M)
Keluhan Utama	Pasien merasa sering kehilangan keseimbangan saat berjalan dan merasakan lemah pada kaki sehingga untuk berjalan memerlukan bantuan tongkat pyramid untuk berjalan.	Pasien mengatakan bahwa ia sering merasakan bagian kakiknya lemah dan lambat saat berjalan. Pasien juga mengatakan bahwa ia sering kehilangan

		keseimbangan saat berdiri dari posisi duduk. Pasien menggunakan walker untuk membantu berjalan.
Riwayat Penyakit Sekarang	Pasien melaporkan bahwa ia sering merasa tidak stabil saat berdiri dari posisi duduk, terutama setelah duduk lama. Dalam sebulan terakhir, pasien jatuh 1 kali saat berada di rumah. Pasien merasa tubuhnya lemah, terutama di bagian kaki, setelah melakukan aktivitas sehari-hari yang sederhana.	Pasien pernah jatuh pada bulan September saat dirawat di ruang <i>Dei Sabisu</i> pasien merasa tubuhnya kurang stabil saat harus berdiri dari posisi duduk di kursi rendah. Ia juga merasa gerakannya lebih lambat dibandingkan biasanya.
Riwayat Kesehatan Dahulu	Pasien tidak memiliki riwayat penyakit kronis atau kecelakaan sebelumnya. Ia menyatakan tidak pernah	Pasien tidak memiliki riwayat penyakit kronis.

	mengalami masalah kesehatan yang signifikan hingga saat ini.	
Riwayat Kesehatan Keluarga	Tidak ada riwayat kesehatan yang mencolok dalam keluarga. Orang tua pasien meninggal karena usia tua, dan saudara kandung pasien tidak memiliki masalah kesehatan yang signifikan.	Tidak ada riwayat gangguan kesehatan yang relevan dalam keluarga

4. Pemenuhan Kebutuhan Sehari-hari

Pemenuhan Kebutuhan Sehari-hari	Pasien 1 (Tn. K)	Pasien 2 (Ny. M)
Oksigenasi	Napas teratur, frekuensi napas 18x/menit. Tidak ada keluhan sesak napas atau gangguan pernapasan	Napas teratur, frekuensi napas 20x/menit. Pasien merasa lelah ketika berkegiatan terlalu lama
Cairan dan Elektrolit	Pasien mengatakan mengonsumsi air sebanyak $\pm$ 1.5 liter/hari. Pasien juga	Pasien mengatakan mengonsumsi air sebanyak $\pm$ 1 liter/hari dan juga mengonsumsi

	mengonsumsi kopi di sore hari.	ocha di pagi dan siang hari.
Nutrisi	Pasien mengatakan makan 3 kali sehari. Makanan yang dikonsumsi seperti nasi, ayam, ikan, sayur, tofufu. Berat badan pasien 68 kg dengan tinggi badan 165 cm.	Pola makan tidak teratur. Pasien mengatakan sering melewatkan sarapan. Pasien mengonsumsi nasi dan lauk. Berat badan 38 kg dengan tinggi 150 cm.
Eliminasi	Pasien mengatakan buang air kecil 5-6 kali/hari dan buang air besar setiap 2 hari sekali	Pasien buang air kecil 3-4 kali/hari. Buang air besar 3 hari sekali.
Aktivitas	Pasien dapat berjalan dengan bantuan tongkat, sering merasa lemah setelah berjalan. Aktivitas sehari-hari dilakukan dengan lambat.	Pasien dapat berjalan dengan bantuan walker namun terkadang saat berada di ruang <i>Dei Sabisu</i> pasien menggunakan bantuan kursi roda karena tidak mampu melangkahakan kaki.

Istirahat dan Tidur	Pasien mengatakan tidur 6-7 jam dan sering terbangun di malam hari. Pasien mengatakan sulit tidur kembali setelah bangun.	Pasien mengatakan tidur 4-5 jam sehari namun sering terbangun di malam hari. Pasien sering tertidur di ruang <i>Dei Sabisu</i> .
Personal Hygiene	Pasien mandi 1 kali sehari. Pakaian yang dikenakan dalam keadaan bersih	Pasien mandi 1 kali sehari. Pakaian yang dikenakan dalam kondisi bersih
Seksual	Tidak ada keluhan	Tidak ada keluhan
Rekreasi	Tidak memiliki kegiatan rekreasi ketika berada di rumah hanya menonton TV. Ketika berada di ruang <i>Dei Sabisu</i> , pasien mengikuti kegiatan di ruang <i>Dei Sabisu</i> .	Tidak memiliki kegiatan rekreasi ketika berada di rumah. Ketika berada di ruang <i>Dei Sabisu</i> , pasien mengikuti kegiatan di ruang <i>Dei Sabisu</i> .
Psikologis	Pasien mengatakan sering merasa cemas jatuh saat berjalan	Pasien mengatakan kesepian ketika berada di rumah ketika tidak ke <i>Dei Sabisu</i> karena

		anaknya bekerja. Ketika berada di rumah pasien hanya tiduran dan tidak melakukan kegiatan.
--	--	--

5. Pengkajian Psikologis

Pengkajian Psikologis	Pasien 1 (Tn. K)	Pasien 2 (Ny. M)
Persepsi Diri	Pasien mengatakan dirinya tidak sekuat dulu.	Pasien merasa dirinya mulai kehilangan kendali atas tubuhnya.
Konsep Diri	Merasa tubuhnya lemah dan rentan.	Merasa bahwa perubahan fisiknya adalah bukti penuaan yang tidak dapat dihindari.
Emosi	Pasien mengatakan terkadang merasa sedih saat tidak dapat melakukan aktivitas yang sebelumnya mudah dilakukan.	Pasien sering merasa kesepian dan sedih karena kesulitan dalam beraktivitas.
Adaptasi	Pasien dapat beradaptasi dengan lingkungan dan lansia	Pasien sering menyendiri ketika

	yang berada di ruang <i>Dei Sabisu</i>	berada di ruang <i>Dei Sabisu</i>
Mekansime Pertahanan Diri	Pasien lebih sering duduk ketika berada di ruangan dan ketika hendak melakukan kegiatan pasien dibantu oleh staff di ruangan.	Pasien lebih sering meminta bantuan kepada staff ketika akan berjalan atau melakukan aktivitas karena merasa lemah dan takut terjatuh.

6. Pengkajian Mental dan Kognitif

Pengkajian Mental dan Kognitif	Pasien 1 (Tn. K)	Pasien 2 (Ny. M)
Fungsi Intelektual	Pengkajian fungsi intelektual pada pasien menggunakan Short Porteble Mental Status Questionnaire (SPMSQ) pada Tn. K didapatkan bahwa jumlah kesalahan pasien adalah 0 yang berarti fungsi intelektual pasien	Pengkajian fungsi intelektual pada pasien menggunakan Short Porteble Mental Status Questionnaire (SPMSQ) pada Ny. M didapatkan bahwa jumlah kesalahan pasien adalah 3 yang berarti fungsi intelektual pasien dalam kategori

	dalam kategori fungsi intelektual utuh.	kerusakan intelektual ringan.
Fungsi Kognitif	Pengkajian fungsi kognitif menggunakan Mini - Mental State Exam (MMSE). Hasil pengkajian MMSE didapat jumlah skor yang diperoleh Tn. K yaitu 28, maka pasien termasuk dalam kategori status kognitif normal.	Pengkajian fungsi kognitif menggunakan Mini - Mental State Exam (MMSE). Hasil pengkajian MMSE didapat jumlah skor yang diperoleh Ny. M yaitu 24, maka pasien termasuk dalam kategori status kognitif normal.
Status Mental	Pengkajian status mental menggunakan Geriatric Depression Scale (GDS). Hasil pengkajian status mental Tn. K menggunakan GDS diperoleh skor 3 yang berarti masuk dalam kategori tidak depresi (normal)	Pengkajian status mental menggunakan Geriatric Depression Scale (GDS). Hasil pengkajian status mental Ny. M menggunakan GDS diperoleh skor 5 yang berarti masuk dalam kategori depresi ringan

7. Aktivitas Hidup Sehari-hari

Pasien 1 (Tn. K)	Pasien 2 (Ny. M)
Pasien memiliki poin total 3 sehingga masuk kategori E yaitu kemandirian dalam semua hal kecuali mandi, berpakaian, ke kamar kecil dan satu fungsi tambahan.	Pasien memiliki poin total 3 sehingga masuk kategori E yaitu kemandirian dalam semua hal kecuali mandi, berpakaian, ke kamar kecil dan satu fungsi tambahan.

8. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan Fisik	Pasien 1 (Tn.. K)	Pasien 2 (Ny. M)
Keadaan Umum	Baik	Baik
Tingkat Kesadaran	- GCS : E 4; V 5; M 6 - Kesadaran compos mentis - Orientasi waktu tempat dan diri sendiri baik	- GCS : E 4; V 5; M 6 - Kesadaran compos mentis - Orientasi waktu tempat dan diri sendiri baik
Tanda-Tanda Vital	- Tekanan Darah: 125/85 mmHg - Nadi: 80 kali/menit - Pernapasan: 20 kali/menit	- Tekanan Darah: 121/80 mmHg - Nadi: 88 kali/menit - Pernapasan: 18 kali/menit

	- Suhu: 36,8°C	- Suhu: 36,7°C .
Kepala	- Bentuk kepala normocephal - Tidak ada lesi - Rambut beruban	- Bentuk kepala normocephal - Tidak ada lesi - Rambut beruban
Mata	- Pengelihatan sedikit kabur saat membaca tulisan kecil dan memerlukan bantuan kacamata baca. - Sklera tidak ikterik - Konjungtiva tidak anemis - Pupil isokor	- Pengelihatan sedikit kabur saat membaca tulisan kecil dan memerlukan bantuan kacamata - Konjungtiva tidak anemis - Pupil isokor
Telinga	- Pendengaran normal, tidak ada gangguan pendengaran yang signifikan, tetapi lebih sensitif pada suara keras.	- Pendengaran normal, tidak ada gangguan pendengaran yang signifikan, tetapi lebih sensitif pada suara keras.

	- Telinga tampak bersih - Telinga simetris - Tidak menggunakan alat bantu pendengaran	- Telinga tampak bersih - Telinga simetris - Tidak menggunakan alat bantu pendengaran
Hidung	- Tidak ada gangguan pada penciuman	- Terkadang mengalami hidung tersumbat pada cuaca dingin - Tidak ada gangguan pada penciuman
Leher	- Mobilitas leher terbatas karena kekakuan otot, tetapi masih bisa menoleh dengan hati-hati. - Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid - Tidak ada lesi - Nadi karoti teraba	- Nyeri ringan pada leher, terutama setelah tidur atau lama menunduk. - Pembatasan gerakan terbatas pada putaran penuh. - Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid

		- Tidak ada lesi - Nadi karoti teraba
Dada dan Punggung	- Jantung : Nadi 80x/menit, kekuatan jantung kuat, irama teratur - Paru : frekuensi nafas teratur - Tidak ada keluhan nyeri dada atau punggung. - Postur tubuh membungkuk	- Jantung : Nadi 88x/menit, kekuatan jantung kuat, irama teratur - Paru : frekuensi nafas teratur - Tidak ada keluhan nyeri dada atau punggung. - Postur tubuh membungkuk.
Abdomen dan Pinggang	- Pada bagian abdomen tidak ada keluhan nyeri atau pembengkakan - Pinggang terasa kaku dan sedikit nyeri saat bergerak cepat	- Pada bagian abdomen tidak ada keluhan nyeri atau pembengkakan - Pinggang terasa kaku dan kadang terasa nyeri ketika duduk lama atau saat berdiri

Ektremitas Atas dan Bawah	- Ektremitas atas tidak terdapat keluhan - Ekstremitas bawah pasien mengatakan lemah dan sakit pada bagian kaki ketika berjalan - ROM terbatas - Akral hangat - CRT < 3 detik - Tidak ada edema 5555 5555 4444 4444	- Ektremitas atas : bagian tangan tremor - Ekstremitas bawah : kesulitan berdiri tanpa bantuan. Kaki terasa lemah saat berjalan - ROM terbatas - Akral hangat - CRT < 3 detik - Tidak ada edema 5555 5555 3333 3333
Sistem Imun	Pasien mengatakan sakit yang dirasa hanya pegal	Pasien mengatakan sakit yang dirasa hanya pegal dan merasa lemah
Genetalia	Tidak ada masalah	Tidak ada masalah
Reproduksi	Tidak ada malasah	Tidak ada masalah
Kulit	Kulit pasien tampak kering	Kulit pasien tampak kering

9. Pengakjian Risiko Jatuh pada Tn. K

Tabel 5

Pengkajian Risiko Jatuh Pada Asuhan Keperawatan Risiko Jatuh Dengan Latihan Keseimbangan Menggunakan Parallel Bars Pada Tn. K di Ruang *Dei Sabisu Shijounawatesou* Osaka Tahun 2024

No	Pengkajian	Skala		Nilai	Ket
1.	Riwayat jatuh : apakah lansia pernah jatuh dalam 3 bulan terakhir?	Tidak	0	25	Ya
		Ya	25		
2.	Diagnosa sekunder : apakah lansia memiliki lebih dari 1 penyakit	Tidak	0	0	Tidak
		Ya	15		
3.	Alat bantu jalan :		0	15	Tongkat
	- Bed rest/dibantu perawat				
	- Kruk/tongkat/walker		15		
	- Berpegangan pada benda-benda di sekitar (kursi, lemari, meja)		30		
4.	Terapi Intravena : apakah saat ini lansia terpasang infus?	Tidak	0	0	Tidak
		Ya	20		
5.	Gaya berjalan/cara berpindah :		0	10	Lemah (tidak bertenaga)
	- Normal/bed rest/immobile (tidak dapat bergerak sendiri)				
	- Lemah (tidak bertenaga)		10		

	- Gangguan/tidak normal (pincang/diseret)		20		
6.	Status mental : - Lansia menyadari kondisi dirinya		0	0	Lansia menyadari kondisi dirinya
	- Lansia mengalami keterbatasan daya ingat		15		
Total Nilai				50	Risiko tinggi untuk jatuh

10. Pengakjian *Morse Fall Risk* pada Ny. M

Tabel 6

Pengkajian Risiko Jatuh Pada Asuhan Keperawatan Risiko Jatuh Dengan Latihan Keseimbangan Menggunakan Parallel Bars Pada Tn. K di Ruang *Dei Sabisu Shijounawatesou* Osaka Tahun 2024

No	Pengkajian	Skala		Nilai	Ket
1.	Riwayat jatuh : apakah lansia pernah jatuh dalam 3 bulan terakhir?	Tidak	0	25	Ya
		Ya	25		
2.	Diagnosa sekunder : apakah lansia memiliki lebih dari 1 penyakit	Tidak	0	0	Tidak
		Ya	15		
3.	Alat bantu jalan : - Bed rest/dibantu perawat		0	15	Tongkat
	- Kruk/tongkat/walker		15		

	- Berpegangan pada benda-benda di sekitar (kursi, lemari, meja)		30		
4.	Terapi Intravena : apakah saat ini lansia terpasang infus?	Tidak	0	0	Tidak
		Ya	20		
5.	Gaya berjalan/cara berpindah : - Normal/bed rest/immobile (tidak dapat bergerak sendiri)		0	10	Lemah (tidak bertenaga)
	- Lemah (tidak bertenaga)		10		
	- Gangguan/tidak normal (pincang/diseret)		20		
6.	Status mental : - Lansia menyadari kondisi dirinya		0	0	Lansia menyadari kondisi dirinya
	- Lansia mengalami keterbatasan daya ingat		15		
Total Nilai				50	Risiko tinggi untuk jatuh

B. Diagnosis Keperawatan

1. Analisis Data

Berdasarkan data pengkajian perawatan yang telah dikumpulkan maka selanjutnya dilakukan analisis data untuk merumuskan diagnosis keperawatan yang dialami oleh kedua pasien kelolaan. Adapun analisis data terhadap pasien kelolaan ada pada tabel dibawah ini.

Tabel 7
Analisis Data Asuhan Keperawatan Risiko Jatuh Dengan Latihan Keseimbangan Menggunakan *Parallel bars* Pada Lansia di Ruang *Dei Sabisu Shijounawatesou* Osaka Tahun 2024

Analisa Data	Data Fokus	Masalah Keperawatan
Pasien 1 (Tn. K)	Data Subjektif : - Pasien mengatakan sering merasa lemah ketika berjalan - Pasien mengatakan perlu bantuan dan harus menggunakan tongkat ketika berjalan - Dalam 1 bulan terakhir pasien mengatakan pernah jatuh 1 kali di rumah	Risiko Jatuh dibuktikan dengan usia lebih dari 65 tahun, penggunaan alat bantu berjalan, kekuatan otot menurun, kehilangan keseimbangan

	- Pasien mengatakan kehilangan keseimbangan ketika berjalan Data Objektif : - Pasien tampak memerlukan bantuan untuk berjalan - Ketika berjalan posisi pasien tidak seimbang dan berjalan zig-zag. - Pasien tampak takut jika berjalan tanpa bantuan alat bantu	
Pasien 2 (Ny. M)	Data Subjektif : - Pasien mengatakan kesulitan ketika akan berjalan dari posisi duduk ke berdiri - Pasien mengatakan kehilangan	Risiko Jatuh dibuktikan dengan usia lebih dari 65 tahun, penggunaan alat bantu berjalan, kekuatan otot menurun, kehilangan keseimbangan

	keseimbangan ketika berjalan - Pasien mengatakan perlu bantuan walker dan kursi roda untuk berjalan - Pasien mengatakan pernah terjatuh pada bulan September saat di rawat di ruang <i>Dei Sabisu</i> Data Objektif : - Pasien tampak memerlukan bantuan untuk berjalan - Ketika berjalan posisi pasien tidak seimbang - Pasien tampak takut jika berjalan tanpa bantuan alat bantu	
--	--	--

2. Rumusan Diagnosis Keperawatan

Berdasarkan analisis masalah keperawatan di atas dapat disimpulkan bahwa masalah yang terjadi pada dua pasien kelolaan adalah risiko jatuh dibuktikan dengan usia lebih dari 65 tahun, penggunaan alat bantu berjalan, kekuatan otot menurun, kehilangan keseimbangan.

C. Perencanaan Keperawatan

Berdasarkan diagnosis keperawatan yang ditegakkan pada kedua pasien kelolaan, maka ditetapkan perencanaan keperawatan seperti pada tabel berikut.

Tabel 8
Rencana Asuhan Keperawatan Risiko Jatuh Dengan Latihan Keseimbangan Menggunakan *Parallel bars* Di Ruang *Dei Sabisu Shijounawatesou* Osaka Tahun 2024

Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
Risiko Jatuh (D. 0143)	Setelah dilakukan asuhan	Intervensi Utama
Definisi :	keperawatan selama	Pencegahan Jatuh
Berisiko mengalami ...x...diharapkan		(L.14540)
kerusakan fisik dan gangguan kesehatan akibat terjatuh.	Tingkat Jatuh	Observasi
	(L.14138)	- Identifikasikan faktor risiko jatuh (mis. usia
Faktor Risiko :	1. Jatuh dari tempat tidur menurun (5)	>65 tahun, penurunan tingkat kesadaran,
a. Usia ≥ 65 tahun (pada dewasa) atau ≤ 2 tahun (pada anak)	2. Jatuh saat berdiri menurun (5)	deficit kognitif, hipotensi ortostatik, gangguan
b. Riwayat jatuh		

c. Anggota gerak bawah prosthesis (buatan)	3. Jatuh saat duduk (5)	keseimbangan, gangguan
d. Penggunaan alat bantu berjalan	4. Jatuh saat berjalan menurun (5)	pengelihan, neuropati)
e. Penurunan tingkat kesadaran	5. Jatuh saat dipindahkan	- Identifikasi risiko jatuh setidaknya setiap shift atau sesuai dengan
f. Perubahan fungsi kognitif	menurun (5)	kebijakan institusi
g. Lingkungan tidak aman (mis. licin, gelap, lingkungan asing)	6. Jatuh saat naik tangga menurun (5)	- Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko
h. Kondisi pasca operasi	7. Jatuh saat di kamar mandi menurun (5)	jatuh (mis. lantai licin, penerangan kurang)
i. Hipotensi ortostatik	8. Jatuh saat membungkuk	- Hitung risiko jatuh dengan menggunakan
j. Perubahan kadar glukosa darah	menurun (5)	skala (mis. <i>Fall Morse Scale, Humpty Dumpty scale</i>), jika perlu)
k. Anemia		- Monitor kemampuan
l. Kekuatan otot menurun		berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan
m. Gangguan pendengaran		sebaliknya
Terapeutik		

n. Gangguan keseimbangan	- Orientasikan ruangan pada pasien dan keluarga
o. Gangguan pengelihatatan (mis. glaukoma, katarak, ablasio retina, neuritis optikus)	- pastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam kondisi terkunci
p. Neuropati	- pasang handrail tempat tidur
q. Efek agen farmakologis (mis. sedasi, alkohol, anastesi umum)	- Atur tempat tidur mekanis pada posisi rendah
Kondisi Klinis Terkait :	- Tempatkan pasien berisiko tinggi jatuh dekat dengan pantauan perawat dari nurse station
a. Osteoporosis	
b. Kejang	
c. Penyakit sebrovaskuler	
d. Katarak	- Gunakan alat bantu berjalan (mis. kursi roda, walker)
e. Glaukoma	
f. Demensia	
g. Hipotensi	- Dekatkan bel pemanggil dalam jangkauan pasien
h. Amputasi	
i. Intoksikasi	
j. Preeklampsia	Edukasi

-
- Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah
 - Anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin
 - Anjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh
 - Anjurkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri
 - Anjurkan cara menggunakan bel pemanggil untuk memanggil perawat

Intervensi Inovasi

- Latihan keseimbangan menggunakan *parallel bars*
-

Risiko Jatuh (D. 0143)	Setelah dilakukan asuhan	Intervensi	Pendukung
Definisi :	keperawatan selama	Dukungan	Mobilisasi
Berisiko mengalami ...x...diharapkan		(L.05173)	
kerusakan fisik dan	Tingkat	Jatuh	Observasi
gangguan kesehatan	(L.14138)	menurun	- Identifikasi adanya
akibat terjatuh.	dengan kriteria hasil:		nyeri atau keluhan fisik
Faktor Risiko :	1. Jatuh dari tempat		lainnya
a. Usia ≥ 65 tahun (pada	tidur menurun (5)	-	Identifikasi toleransi
dewasa) atau ≤ 2	2. Jatuh saat berdiri		fisik melakukan
tahun (pada anak)	menurun (5)		pergerakan
b. Riwayat jatuh	3. Jatuh saat duduk (5)	-	Monitor frekuensi
c. Anggota gerak	4. Jatuh saat berjalan		jantung dan tekanan
bawah prosthesis	menurun (5)		darah sebelum
(buatan)	5. Jatuh saat		memulai mobilisasi
d. Penggunaan alat	dipindahkan	-	Monitor kondisi umum
bantu berjalan	menurun (5)		selama melakukan
e. Penurunan tingkat	6. Jatuh saat naik		mobilisasi
kesadaran	tangga menurun (5)	Terapeutik	
f. Perubahan fungsi	7. Jatuh saat di kamar	-	Fasilitasi aktivitas
kognitif	mandi menurun (5)		mobilisasi dengan alat
g. Lingkungan tidak	8. Jatuh saat		bantu (mis. pagar
aman (mis. licin,	membungkuk		tempat tidur)
gelap, lingkungan	menurun (5)		
asing)			

h. Kondisi pasca operasi	- Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu
i. Hipotensi ortostatik	- Libatkan keluarga
j. Perubahan kadar glukosa darah	untuk membantu pasien dalam meningkatkan
k. Anemia	pergerakan
l. Kekuatan otot menurun	
m. Gangguan pendengaran	Edukasi
n. Gangguan keseimbangan	- Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi
o. Gangguan pengelihanatan (mis. glaukoma, katarak, ablasio retina, neuritis optikus)	- Anjurkan melakukan mobilisasi dini
p. Neuropati	- Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. duduk di tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)
q. Efek agen farmakologis (mis. sedasi, alkohol, anastesi umum)	
Kondisi Klinis Terkait :	Intervensi Inovasi
a. Osteoporosis	- Latihan keseimbangan dengan menggunakan <i>parallel bars</i>

-
- b. Kejang
 - c. Penyakit
sebrovaskuler
 - d. Katarak
 - e. Glaukoma
 - f. Demensia
 - g. Hipotensi
 - h. Amputasi
 - i. Intoksikasi
 - j. Preeklampsia
-

D. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan dilakukan sesuai dengan rencana intervensi yang telah ditetapkan sebelumnya. Implementasi keperawatan pada pasien 1 dan 2 dilakukan tanggal 1 Oktober 2024 – 23 November 2024 di Ruang *Dei Sabisu* Shijounawatesou Osaka. Adapun implementasi yang diberikan pada pasien terlampir.

E. Evaluasi Keperawatan

Tabel 9
Evaluasi Asuhan Keperawatan Risiko Jatuh Dengan Menggunakan *Parallel bars* Pada Lansia Di Ruang *Dei Sabisu Shijounawatesou* Osaka Tahun 2024

Hari/Tanggal	Pasien	No. Diagnosis	Evaluasi	Paraf
Sabtu, 23 November 2024 16.00	Pasien 1 (Tn. K)	1	S : - Pasien mengatakan merasa lebih percaya diri saat berjalan - Pasien mengatakan dalam 2 bulan terakhir tidak ada jatuh baik saat berdiri, duduk maupun saat berjalan O : - Pasien tampak dapat	 Dian

			melangkah lebih stabil - Tidak ada peristiwa jatuh dalam 2 bulan - Tidak terdapat kejadian jatuh dari tempat tidur - Tidak terdapat kejadian jatuh saat berdiri - Tidak terdapat kejadian jatuh saat duduk - Tidak terdapat kejadian jatuh saat berjalan - Tidak terdapat kejadian jatuh saat dipindahkan	
--	--	--	--	--

			- Tidak terdapat kejadian jatuh saat naik tangga - Tidak terdapat kejadian jatuh saat di kamar mandi - Tidak terdapat kejadian jatuh saat membungkuk A : - Masalah Risiko Jatuh teratasi P : - Lanjutkan intervensi latihan keseimbangan dengan menggunakan <i>parallel bars</i>	
--	--	--	--	--

Sabtu, 23 November 2024 16.00	Pasien 2 (Ny. M)	1	S : - Pasien mengatakan merasa lebih percaya diri saat berjalan - Pasien mengatakan dalam 2 bulan terakhir tidak ada jatuh baik saat berdiri, duduk maupun saat berjalan O : - Pasien tampak dapat melangkah lebih stabil - Tidak ada peristiwa jatuh dalam 2 bulan	 Dian
--	-----------------------------	----------	---	--

			- Tidak terdapat kejadian jatuh dari tempat tidur - Tidak terdapat kejadian jatuh saat berdiri - Tidak terdapat kejadian jatuh saat duduk - Tidak terdapat kejadian jatuh saat berjalan - Tidak terdapat kejadian jatuh saat dipindahkan - Tidak terdapat kejadian jatuh saat naik tangga - Tidak terdapat kejadian jatuh	
--	--	--	---	--

			saat di kamar mandi - Tidak terdapat kejadian jatuh saat membungkuk A : - Masalah Risiko Jatuh teratasi P : - Lanjutkan intervensi latihan keseimbangan dengan menggunakan <i>parallel bars</i>	
--	--	--	---	--