

BAB 3

GAMBARAN KASUS KELOLAAN UTAMA

Pada bab ini, akan dijabarkan mengenai kasus pasien kelolaan dari mulai pengkajian, analisa data, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi, dan evaluasi keperawatan.

3.1 Asuhan Keperawatan Kasus Kelolaan Utama

3.1.1 Pengkajian

Tabel 3. 1 Identitas Klien

Identitas klien	Klien
Nama	Tn J
Alamat	Dawar Blandong kab mojokerto
Jenis kelamin	Laki-laki
Asrama/ kamar	3
Umur	79 th
Status	Cerai
Agama	Islam
Suku	Jawa
Tingkat pendidikan	Tamat SD
Lama tinggal di panti	3 tahun
Sumber pendapatan	Dapat uang saku dari tamu
Keluarga yang dapat dihubungi	Anak

3.1.1.1 Riwayat Kesehatan

Tabel 3. 2 Riwayat Kesehatan

Riwayat kesehatan	Klien 1
Keluhan utama	Klien mengatakan mengalami kesulitan dalam bergerak dan berjalan akibat nyeri pada lutut kaki kiri.

Riwayat penyakit sekarang	Klien mengatakan sering merasa kesemutan pada area lutut kiri sehingga mengganggu keseimbangan saat berdiri maupun berjalan.
Riwayat penyakit	Klien mengatakan memiliki riwayat penyakit dahulu yaitu Hipertensi.

3.1.1.2 Perubahan terkait menua, faktor resiko, perubahan fungsional negatif.

Tabel 3. 3 Status Fisiologis

Status fisiologis	Klien 1
Bagaimana postur tulang belakang lansia	Postur tulang klien membungkuk
Tanda-tanda vital dan status gizi	Suhu : 36,7 Tekanan Darah : 150/90 MmHg Nadi : 90 x/menit Respirasi : 20 x/menit Berat badan : 55 kg Tinggi badan : 150 cm Status gizi : baik

3.1.1.3 Pengkajian Head To Toe

Tabel 3. 4 Pengkajian Head To Toe

Pengkajian head to toe	Klien
Kepala	Bersih, tidak ada kerontokan pada rambut, dan tidak ada keluhan pada kepala.
Mata	Konjungtiva tidak anemis, sklera berwarna putih, penglihatan klien normal, tidak ada peradangan pada mata, tidak terdapat katarak pada mata, klien menggunakan kacamata. Klien mengatakan tidak ada keluhan pada mata.
Hidung	Hidung klien simetris, tidak ada peradangan dan tidak ada gangguan pada penciuman
Mulut dan tenggorokan	Mulut dan tenggorokan klien bersih, mukosa

	lembab, tidak ada peradangan, terdapat karies pada gigi, tidak ada radang pada gusi, tidak ada masalah dalam system pencernaan dan pengunyahan				
Telinga	Telinga klien tampak bersih, pendengaran Normal				
Leher	Tidak terdapat pembesaran pada kelenjar thyroid dan tidak ada kaku kuduk.				
Dada	Bentuk dada klien simetris, tidak ada retraksi dinding dada, tidak terdengar suara tambahan.				
Abdomen	Bentuk abdomen klien normal (flat), tidak ada nyeri tekan dan tidak kembung, saat di palpasi teraba supel, terdapat bising usus 8x/menit				
Genetalia	Tidak ada hernia , tidak ada hemoroid.				
Eksremitas	Kekuatan otot ekstremitas atas kanan dan kiri bernilai 5, sedangkan kekuatan ekstremitas bawah kanan 4 dan kiri 4, rentang gerak terbatas, terdapat tremor, tidak ada edema pada kaki, klien menggunakan alat bantu jalan yaitu walker. Kekuatan otot : <table border="1"> <tr> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>4</td> </tr> </table>	5	5	5	4
5	5				
5	4				
Integument	Bersih, tidak pucat, lembab dan tidak terdapat gatal-gatal, tidak ada gangguan pada kulit				

3.1.1.4 Pengkajian psikososial spiritual

Tabel 3. 5 Pengkajian Psikososial Spiritual

Pengkajian psikososial spiritual	Klien
Cemas	Klien tidak mengalami kecemasan

Mekanisme koping	Klien termasuk kedalam mekanisme koping adaptif
Stabilitas emosi	Stabilitas emosi klien stabil
Motivasi penghuni pantai/tinggal bersama keluarga	Klien mengatakan tinggal di panti karena kemauannya sendiri tidak ada yang mengurus.

3.1.1.5 Skala Depresi Geriatrik

Tabel 3. 6 Skala Depresi Geriatrik

Skala depresigeriatric	Klien 1
Apakah anda pada dasarnya puas dengan kehidupan anda?	Ya
Apakah anda sudah menghentikan banyak kegiatan dan hal-hal yang menarik minat anda	Ya
Apakah anda merasa hidup anda hampa?	Tidak
Apakah anda sering merasa bosan	Tidak
Apakah anda biasanya bersemangat/gembira	Ya
Apakah anda takut sesuatu yang buruk terjadi	Tidak
Apakah anda merasa bahagia untuk sebagian besar hidupm anda	Ya
Apakah anda sering merasa tidak berdaya	Tidak
Apakah anda lebih sering tinggal di rumah dari pada keluar dan mengerjakan sesuatu yang baru	Ya
Apakah anda merasa mempunyai banyak masalah dengan daya ingat anda	Tidak
Apakah anda pikir bahwa hidup anda sekarang ini menyenangkan	Ya
Apakah anda merasa tidak berharga seperti perasaan anda saat ini	Tidak
Apakah anda merasa anda penuh semangat	Ya
Apakah anda merasa bahwa keadaan anda tidak ada harapan	Tidak
Apakah anda pikir bahwa orang lain lebih baik keadaannya daripada anda	Tidak
Total skor	2
Keterangan hasil: 1. Klien memiliki skor 2 dengan keterangan normal atau tidak mengalami depresi.	

Skor : Hitung jumlah jawaban yang bercetak tebal

- Setiap jawaban bercetak tebal mempunyai nilai 1.
- Skor antara 5 – 9 menunjukkan kemungkinan besar depresi.
- Skor 10 atau lebih merupakan depresi

3.1.1.6 Penilaian Depresi Menurut BECK AT & BECK RW

Tabel 3. 7 Penilaian Depresi Menurut BECK AT & BECK RW

Penilaian depresi	Klien
Kesedihan	0
Pesemisme	0
Rasa kegagalan	0
Ketidak puasan	0
Rasa bersalah	0
Tidak menyukai diri sendiri	0
Membahayakan diri sendiri	0
Menarik diri dari social	0
Keragu raguan	1
Perubahan gambaran diri	1
Kesulitan kerja	2
Keletihan	1
Anoreksia	1
Total nilai	6
Kesimpulan: 1. Klien penilaian depresi BECK AT & BECK RW didapatkan hasil 6 dengan hasil mengalami depresi ringan.	

Keterangan nilai

0 – 4 : Depresi tidak ada atau minimal

5 – 7 : **Depresi ringan**

8 – 15 : Depresi sedang 16 ke atas : depresi berat

3.1.1.7 Pengkajian Sosial

Tabel 3. 8 Pengkajian Sosial

Sosial	Klien
Hubungan dengan orang lain dalam wisma/di dalam keluarga :	Mampu berinteraksi
Hubungan dengan orang lain diluar wisma didalam panti/masyarakat.	Sebatas kenal
Kebiasaan lansia berinteraksi ke wisma lainnya dalam panti/di masyarakat:	Klien jarang berinteraksi dengan wisma lainnya yang ada di panti
Frekwensi kunjungan keluarga	Klien tidak pernah dikunjungi oleh keluarga

3.1.1.8 Apgar Keluarga

(Skrinning singkat mengkaji fungsi SOSIAL Lansia)

Tabel 3. 9 Apgar Keluarga

No	Fungsi	URAIAN	penilaian: Selalu =2 Kadang2 =1 Tdk pernah = 0 Klien
1.	Adaptation	Saya merasa puas karena saya dapat meminta bantuan keluarga (teman- teman) saya saat ada sesuatu yang mengganggu saya	1
2.	Partnership	Saya merasa puas karena keluarga (teman- teman) saya membicarakan setiap hal dan berbagai masalah dengan saya	1
3.	Growth	Saya merasa puas karena keluarga (teman- teman) saya menerima dan mendukung keinginan saya untuk terlibat dalam aktivitas atau kegiatan baru	1
4.	Affection	Saya merasa puas karena keluarga (teman- teman) saya memperlihatkan kasih sayang dan berespon terhadap emosi saya, seperti rasa marah, penderitaan dan kasih sayang	2
5.	Resolve	Saya merasa puas dengan cara keluarga (teman- teman) saya dan saya meluangkan waktu bersama Sama	1
Total			6
Kesimpulan hasil:			
1. Klien 1 didapatkan hasil dari APGAR SKOR bernilai disfungsi sedang			

INTERPRETASI HASIL : < 3 = Disfungsi berat

4 - 6 = Disfungsi sedang

> 6 = Fungsi baik

3.1.1.9 Spiritual

Tabel 3. 10 Pengkajian Spiritual

Spiritual	Klien
Aktivitas ibadah	Klien melakukan ibadah dengan baik
Hambatan	Klien mengatakan kesulitan bergerak sebab lutut terasa sakit

3.1.1.10 PENGKAJIAN TINGKAT KERUSAKAN INTELEKTUAL/ ASPEK KOGNITIF LANSIA.

SPMSQ (SHORT PORTABLE MENTAL STATUS QUESIONER)

Tabel 3. 11Pengkajian SPMSQ

Nomor	Pertanyaan	Klien
1	Tanggal berapa sekarang?	Benar
2	Hari apa sekarang ?	Benar
3	Apa nama tempat ini ?	Benar
4	Dimana alamat anda ?	Benar
5	Berapa umur anda ?	Benar
6	Kapan anda lahir ?	Benar
7	Siapa presiden Indonesia sekarang?	Benar
8	Siapa presiden Indonesia sebelumnya ?	Benar
9	Siapa nama ibu anda ?	Benar
10	Kurangi 3 dari 20 dan tetap pengurangan 3 dari setiap angka baru, secara menurun	Salah
Jumlah		1
Kesimpulan hasil : 1. Klien memiliki fungsi intelektual kerusakan sedang dengan nilai 8		

Interpretasi :

Salah 0 – 3 : Fungsi intelektual utuh

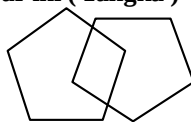
Salah 4 – 5 : Fungsi intelektual kerusakan ringan

Salah 6 – 8 : Fungsi intelektual kerusakan sedang

Salah 9 – 10 : Fungsi intelektual kerusakan berat

3.1.1.11 MINI MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE)

Tabel 3. 12 Pengkajian MMSE

Skor Maksimum	Skor Lansia		ORIENTASI
	Klien		
5	5	Sekarang (hari), (tanggal), (bulan), (tahun), berapa dan (musim) apa ?	
5	5	Sekarang kita berada dimana? (jalan), (no rumah), (kec), (kabupaten/kota), (Propinsi)	
		REGISTRASI	
3	3	Pewawancara menyebutkan nama 3 buah benda, 1 detik untuk tiap benda . Kemudian mintalah manula mengulang ke 3 nama tersebut. Berikan satu angka untuk setiap jawaban yang benar. Bila masih salah,ulanglah penyebutan ke 3 nama benda tersebut, sampai ia dapat mengulangnya dengan benar. Hitunglah jumlah percobaan dan catatlah (bola, kursi, sepatu) (Jumlah percobaan.....)	
		ATENSI DAN KALKULASI	
5	3	Hitunglah berturut-turut selang 7mulai dari 100 ke bawah 1 angka untuk tiap jawaban yang benar. Berhenti setelah 5 hitungan. (93, 86, 79, 72, 65). Kemungkinan lain : ejaah kata “dunia” dari akhir ke awal (a-i-n-u-d)	
		MENGINGAT KEMBALI (RECALL)	
3	3	Tanyalah kembali nama ke 3 benda yang telah disebutkan diatas. Berikan 1 angka untuk setiap jawaban yang benar.	
9	7	BAHASA a. Apakah nama benda- benda ini ? (Perlihatkanpensil dan arloji) (2 angka) b. Ulanglah kalimat berikut : ” Jika Tidak Dan Atau Tapi ” (1 angka) c. Laksanakan 3 buah perintah ini : ” Peganglah selembar kertas dengan tangan kananmu, lipatlah kertas itu pada pertengahan dan letakkanlah di lantai (3 angka) d. Bacalah dan laksanakanperintah berikut : ”PEJAMKAN MATA ANDA ” (1 ANGKA) e. Tulislah sebuah kalimat (1 angka) Tirulah gambar ini (1angka) 	
Skor total	18		
Kesimpulan hasil: 1. Klien memiliki mini mental state dengan gangguan kognitif sedang bernilai skor 18			

Skor Nilai : 24- 30 : Normal/ tidak ada gangguan kognitif

Nilai : 0-17 : Gangguan kognitif berat

3.1.1.12 Pengkajian Perilaku Terhadap Kesehatan

Tabel 3. 13 Pengkajian Perilaku Terhadap Kesehatan

Perilaku kesehatan	Klien
Kebiasaan Merokok	Tidak merokok

Perilaku Kebutuhan Nutrisi

Tabel 3. 14 Perilaku Kebutuhan Nutrisi

Kebutuhan nutrisi	Klien
Frekuensi makan	3 kali dalam 1 hari
Jumlah makanan yang dihabiskan	1 porsi dihabiskan
Makanan tambahan	Makanan tambahan Dihabiskan

Pengkajian Determinan Nutrisi Lansia

Tabel 3. 15 Pengkajian Determinan Nutrisi Lansia

No	Indikator	score	Klien
1.	Menderita sakit atau kondisi yang mengakibatkan perubahan jumlah dan jenis makanan yang dikonsumsi	2	0
2.	Makan kurang dari 2 kali dalam sehari	3	0
3.	Makan sedikit buah, sayur atau olahan susu	2	0
4.	Mempunyai tiga atau lebih kebiasaan minum minuman beralkohol setiap harinya	2	0
5.	Mempunyai masalah dengan mulut atau giginya sehingga tidak dapat makan makanan yang keras	2	0
6.	Tidak selalu mempunyai cukup uang untuk membeli makanan	4	0
7.	Lebih sering makan sendirian	1	1
8.	Mempunyai keharusan menjalankan terapi minum obat 3 kali atau lebih setiap harinya	1	0
9.	Mengalami penurunan berat badan 5 Kg dalam enam bulan terakhir	2	0
10.	Tidak selalu mempunyai kemampuan fisik yang cukup untuk belanja, memasak atau makan sendiri	2	2
Total Score			3
Kesimpulan hasil :			
1. Klien memiliki determinan nutrisi moderate nutritional dengan hasil penilaian 3			

Interpretasi: 0 – 2 : Good

2– 5 : Moderate nutritional

risk $6 \geq$: High nutritional risk

Pola Kebiasaan Tidur

Tabel 3. 16 Pola Kebiasaan Tidur

Kebiasaan tidur	Klien
Jumlah waktu tidur	Waktu tidur klien lebih dari 6 jam
Gangguan tidur	Memiliki gangguan tidur sering terbangun.
Penggunaan waktu luang ketika tidak tidur	Klien mengatakan bersantai- santai duduk bersama lansia yang lainnya.

Pola eliminasi BAK dan BAB

Tabel 3. 17 Eliminasi BAK dan BAB

Pola BAK	Klien
Frekuensi BAK	Klien mengatakan lebih dari 3x dalam sehari
Warna urin	Kuning jernih
Gangguan BAB	Tidak ada gangguan BAK
Eliminasi BAB	Klien
Frekuensi BAB	Klien mengatakan 1x Sehari
Konsistensi	Lembek
Gangguan BAB	Tidak ada gangguan BAB

Pola Pemenuhan Kebersihan Diri

Tabel 3. 18 Pola Pemenuhan Kebersihan Diri

Pemenuhan kebersihan diri	Klien
Mandi	Klien mandi 2x dalam sehari
Memakai sabun	Saat mandi klien menggunakan sabun mandi
Sikat gigi	Klien 2x sikat gigi dalam sehari
Menggunakan pasta gigi	Saat sikat gigi klien menggunakan pasta Gigi
Kebiasaan berganti pakaian bersih	Klien berganti pakaian 2x dalam sehari

3.1.1.13 Pengkajian Fungsional Berdasar Barthel Indeks:

Tabel 3. 19 Pengkajian Barthel Indeks

NO	AKTIVITAS	NILAI		SKORE
		BANTUAN	MANDIRI	Klien
1.	Makan	5	10	10
2.	Berpindah dari kursi roda ke tempat tidur dan sebaliknya, termasuk duduk di tempat tidur	5 -10	15	10
3.	Kebersian diri, mencuci muka, menyisir, mencukur dan mengosok gigi	0	5	5
4.	Aktivitas toilet	5	10	10
5.	Mandi	0	5	5
6.	Berjalan di jalan yang datar (jika tidak mampu berjalan lakukan dengan kursi roda)	10	15	10
7.	Naik turun tangga	5	10	5
8.	Berpakaian termasuk mengenakan Sepatu	5	10	10
9.	Mengontrol defekasi	5	10	10
10.	Mengontrol berkemih	5	10	5
	JUMLAH			80
Kesimpulan hasil : 1. Klien pada pengkajian fungsional barthel indeks memiliki ketergantungan sedang dengan nilai 85				

Penilaian :

0 – 20 : Ketergantungan penuh

21 – 61 : Ketergantungan berat / sangat tergantun.

62 – 90 : Ketergantungan sedang

91 – 99 : Ketergantungan ringan

100 : Mandiri

3.1.1.14 Pengkajian Fungsional Berdasar Indeks KATZ dan AKS

Tabel 3. 20 Pengkajian Indeks KATZ dan AKS

Pengkajian fungsional	Klien
Indeks katz dan aks	Klien mandiri dalam hal makan, ke kamar kecil, berpakaian dan mandi.

3.1.1.15 Pengkajian Keseimbangan Untuk Lansia

Tabel 3. 21 Pengkajian Keseimbangan Untuk Lansia

KRITERIA	Klien
Perubahan posisi atau gerakan keseimbangan	
Bangun dari tempat duduk (dimasukkan analisis) dengan mata terbuka	1
Duduk ke kursi (dimasukkan analisis) dengan mata terbuka.	1
Bangun dari tempat duduk (dimasukkan analisis) dengan mata tertutup	1
Duduk ke kursi (dimasukkan analisis) dengan mata tertutup	1
Ket: kursi harus yang keras tanpa lengan	
Menahan dorongan pada sternum (3 kali) dengan mata Terbuka	1
Menahan dorongan pada sternum (3 kali) dengan mata Tertutup	1
Perputaran leher (klien sambil berdiri)	1
Gerakan mengapai sesuatu	1
Membungkuk	1
Komponen gaya berjalan atau pergerakan	
Minta klien berjalan ke tempat yang ditentukan	1
Ketinggian langkah kaki	1
Kontinuitas langkah kaki	1
Kesimetrisan langkah	1
Penyimpangan jalur pada saat berjalan	1
Berbalik	1
Jumlah	15
Kesimpulan	
1. Pada klien memiliki nilai 15 yang berarti resiko jatuh tinggi	

Keterangan:

0 – 5 resiko jatuh rendah

6 – 10 resiko jatuh sedang

11 – 15 resiko jatuh tinggi

3.1.1.16 Pengkajian Lingkungan

Tabel 3. 22 Pengkajian Lingkungan

Pemukiman	Klien
Luas bangunan	-
Bentuk bangunan	Asrama
Jenis bangunan	Permanen
Atap rumah	Genting
Dinding	Tembok
Lantai	Tegel
Kebersihan lantai	Baik
Ventilasi	15% luas lantai
Pencahayaan	Baik
Peraturan penataan perabotan	Baik
Kelengkapan alat rumah tangga	Lengkap

3.1.1.17 Informasi Penunjang

Tabel 3. 23 Informasi Penunjang

Informasi Penunjang	Klien
Diagnosa medis	Asam urat
Hasil lab	AU: 11,7 mg/dl
Pengobatan dan terapi medis	Allopurinol Simvastatin

3.1.2 Analisa Data

Tabel 3. 24 Analisa Data

No.Dx	Data	Etiologi	Masalah Keperawatan	Paraf
1	DS : - Klien mengatakan kesulitan berjalan dan bergerak - Klien mengatakan cepat lelah saat bergerak. - Klien mengatakan aktivitas sehari-hari menjadi terbatas. DO : - Klien tampak kesulitan bergerak. - Klien berjalan menggunakan alat bantu (walker). - Postur tubuh tampak tidak stabil saat berjalan. - Aktivitas klien tampak terbatas.	Penurunan struktur sendi ↓ Degenerasi tulang rawan dan inflamasi sendi ↓ Penurunan kekuatan otot serta keterbatasan gerak ↓ Gangguan Mobilitas Fisik	Gangguan Mobilitas Fisik	Yoga

3.1.3 Diagnosa keperawatan

Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot akibat inflamasi sendi (SDKI, 2016).

3.1.4 Intervensi keperawatan

Tabel 3. 25 Intervensi Keperawatan

No	Dx Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
1.	Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot akibat inflamasi sendi	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 5 x 24 jam, diharapkan gangguan mobilitas fisik pada klien teratasi dengan kriteria hasil:: - Pergerakan ekstremitas meningkat - Kekuatan otot meningkat - Rentang gerak (ROM) meningkat - Kemampuan berjalan meningkat - Penggunaan alat bantu berjalan menurun	Obsevasi 1. Mengidentifikasi kemampuan mobilitas pasien (berdiri, berjalan, perubahan posisi) 2. Mengkaji keseimbangan dan koordinasi pasien sebelum latihan 3. Memonitor tanda-tanda vital sebelum dan sesudah latihan Terapeutik 1. Menyediakan lingkungan yang aman dan nyaman untuk latihan (tidak licin, bebas hambatan) 2. Memposisikan pasien berdiri dengan bantuan bila diperlukan 3. Memfasilitasi latihan jalan tandem (tumit menyentuh ujung jari kaki secara bergantian dalam satu garis lurus) 4. Mendampingi pasien selama latihan untuk mencegah risiko jatuh 5. Memberikan waktu istirahat sesuai kebutuhan pasien 6. melatih pasien secara bertahap sesuai toleransi (5–10 menit) Evaluasi 1. Menjelaskan tujuan dan manfaat latihan jalan tandem kepada pasien 2. Menganjurkan pasien melakukan latihan secara rutin sesuai anjuran

Tabel 3. 26 Implementasi Keperawatan

Klien

No	Tanggal dan Jam	Dx Keperawatan	Implementasi	Paraf
1.	8 April 2026 Hari ke 1	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot akibat inflamasi sendi	08.00 WIB : Mengkaji kemampuan mobilitas pasien di kamar → pasien berjalan menggunakan walker dengan langkah pendek dan tampak kaku Respon: Pasien mengatakan “lutut masih terasa tidak enak untuk jalan” 09.00 WIB : Mengkaji keseimbangan saat berdiri → pasien tampak goyah dan berpegangan pada tempat tidur Respon: Pasien terlihat takut jatuh 10.00 WIB : Memonitor tanda-tanda vital sebelum latihan untuk memastikan kondisi pasien cukup stabil dan aman melakukan latihan jalan tandem. Respon: Pasien kooperatif 11.00 WIB : Menjelaskan latihan jalan tandem, yaitu berjalan dengan menempatkan satu kaki di depan kaki lainnya secara bergantian dalam satu garis Respon: Pasien mengatakan bersedia mencoba tetapi takut 12.00 WIB : Melatih jalan tandem ±3 menit dengan bantuan penuh Respon: Pasien tidak mampu mempertahankan keseimbangan, latihan dihentikan karena lelah.	Yoga

2	9 April 2025 Hari ke 2		08.00 WIB : Mengkaji kondisi mobilitas pasien Respon: Pasien mengatakan masih kaku saat berjalan pagi hari 09.00 WIB : 2. Memonitor tanda vital sebelum latihan Respon: Stabil 10.00 WIB : Melatih jalan tandem dengan bantuan ($\pm 3-5$ menit) Respon: Pasien mulai mengikuti instruksi namun masih sering kehilangan keseimbangan 11.00 WIB : Memberikan istirahat di kursi Respon: Pasien tampak kelelahan ringan 12.00 WIB : Evaluasi Respon: Pasien mengatakan latihan cukup melelahkan tetapi ingin mencoba lagi	Yoga
---	-------------------------------	--	---	------

3	10 April 2026 Hari ke 3		08.00 WIB : Mengkaji keseimbangan dan kekuatan otot Respon: Pasien mengatakan sedikit lebih enak berjalan dibanding hari sebelumnya 09.00 WIB : Memonitor tanda vital Respon: Stabil 10.00 WIB : Melatih jalan tandem ± 5 menit dengan bantuan minimal Respon: Pasien mampu melangkah lebih terarah namun masih perlu pegangan 11.00 WIB : Memberikan motivasi dan edukasi Respon: Pasien tampak lebih percaya diri 12.00 WIB : evaluasi keseimbangan Respon: Pasien tampak lebih percaya diri	Yoga
4	11 April 2025 Hari ke 4		08.00 WIB : Mengkaji kemampuan berjalan di lingkungan panti Respon: Pasien mengatakan mulai terbiasa berjalan 09.00 WIB : Memonitor tanda vital Respon: Stabil 10.00 WIB : Melatih jalan tandem $\pm 5-7$ menit dengan pengawasan Respon: Pasien mampu melakukan beberapa langkah tanpa bantuan penuh 11.00 WIB : Observasi risiko jatuh Respon: Pasien masih perlu pengawasan saat latihan 12.00 WIB Evaluasi latihan Respon: Pasien mengatakan lebih percaya diri namun masih takut jatuh	Yoga

	12 April 2025 Hari ke 5		08.00 WIB : Mengkaji mobilitas pasien Respon: Pasien mengatakan berjalan lebih ringan dibanding sebelumnya 09.00 WIB : Memonitor tanda vital Respon: Stabil 10.00 WIB : Melatih jalan tandem ± 7 menit dengan pengawasan Respon: Pasien mampu melakukan latihan dengan bantuan minimal 11.00 WIB : Memberikan edukasi latihan mandiri sederhana di panti Respon: Pasien memahami namun masih perlu pendampingan 12.00 WIB: Evaluasi akhir Respon: Keseimbangan dan mobilitas meningkat, tetapi pasien masih membutuhkan alat bantu dan pengawasan	Yoga
--	--------------------------------	--	---	------



3.1.5 Evaluasi Keperawatan

Tabel 3. 27 Evaluasi Keperawatan

No	Tanggal dan Jam	Evaluasi	Paraf
1.	8 April 2025 Hari ke 1	S: Pasien mengatakan masih sulit berjalan dan takut jatuh, lutut terasa tidak nyaman saat digerakkan. O: - Pasien tampak berjalan dengan walker - langkah pendek, keseimbangan kurang - tampak goyah saat berdiri - latihan jalan tandem belum mampu dilakukan dengan baik, cepat lelah. - Tanda vital: TD 150/90 mmHg, Nadi 90x/menit, RR 20x/menit, Suhu 36,7°C A: Masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi. P: Lanjutkan latihan jalan tandem secara bertahap dengan bantuan penuh, pantau keseimbangan dan risiko jatuh.	Yoga
2.	9 April 2026 Hari ke 2	S: Pasien mengatakan masih kaku saat berjalan namun ingin mencoba latihan kembali. O : - Pasien mulai mengikuti instruksi latihan jalan tandem - masih sering kehilangan keseimbangan, membutuhkan bantuan - tampak kelelahan ringan setelah latihan. - Tanda vital: TD 150/90 mmHg, Nadi 90x/menit, RR 20x/menit, Suhu 36,7°C A : Masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi. P : Lanjutkan latihan jalan tandem dengan durasi pendek, berikan istirahat cukup, dan pendampingan selama latihan.	Yoga
3.	10 April 2026 Hari ke 3	S: Pasien mengatakan berjalan sedikit lebih enak dibanding sebelumnya. O : - Pasien mampu melakukan beberapa langkah jalan tandem dengan bantuan minimal - keseimbangan mulai membaik - masih menggunakan alat bantu.. - Tanda vital: TD 150/90 mmHg, Nadi 90x/menit, RR 20x/menit, Suhu 36,7°C A : Masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi. P : Tingkatkan durasi latihan secara bertahap dan lanjutkan pemantauan keseimbangan.	Yoga

4	11 April 2026 Hari ke 4	S: Pasien mampu melakukan latihan jalan tandem dengan pengawasan O : - Pasien mampu melakukan beberapa langkah jalan tandem dengan bantuan minimal - keseimbangan meningkat, risiko jatuh menurun, masih membutuhkan pendampingan. - Tanda vital: TD 150/90 mmHg, Nadi 90x/menit, RR 20x/menit, Suhu 36,7°C A : Masalah gangguan mobilitas fisik teratasi sebagian. P : Lanjutkan latihan dengan pengawasan	Yoga
5	12 April 2026 Pukul 10.00	S: Pasien mengatakan berjalan lebih ringan namun masih merasa perlu bantuan. O : - Pasien mampu melakukan latihan jalan tandem dengan bantuan minimal, - keseimbangan meningkat, masih menggunakan alat bantu. - Tanda vital: TD 150/90 mmHg, Nadi 90x/menit, RR 20x/menit, Suhu 36,7°C A : Masalah gangguan mobilitas fisik teratasi sebagian. P : Lanjutkan latihan dengan pengawasan	Yoga