**BAB I
PENDAHULUAN**

1. **Latar Belakang**

Menua adalah suatu keadaan yang terjadi di dalam kehidupan manusia. Proses menua merupakan proses sepanjang hidup yang hanya di mulai dari satu waktu tertentu, tetapi dimulai sejak permulaan kehidupan. Menua merupakan proses alamiah, yang berarti seseorang telah melalui tiga tahap kehidupannya, yaitu anak, dewasa, dan tua. Tiga tahap ini berbeda, baik secara biologis, maupun psikologis (Probosuseno, 2009).

Pada lansia yang jatuh, sekitar 5% mengalami patah tulang, sekitar 1% patah tulang paha dan 5-11% mengalami luka berat. Menurut data Riskesdas 2013**,** Penyebab cedera terbanyak yaitu jatuh (40,9%) dan kecelakaan sepeda motor (40,6%), selanjutnya penyebab cedera karena terkena benda tajam/tumpul (7,3%), transportasi darat lain (7,1%) dan kejatuhan (2,5%). Sedangkan untuk penyebab yang belum disebutkan proporsinya sangat kecil. Proporsi jenis cedera berupa patah tulang di Indonesia sebesar 5,8% (Probosuseno, 2009).

Lansia menderita patah tulang *femur* / paha akan mengalami masa–masa sulit. Mereka harus mulai berbenah diri, mulai mengontrol pola makan dan aktifitas. Hal tersebut pasti sangat membutuhkan bantuan dari orang sekitar terutama keluarga, dengan menceritakan kondisi patah tulang femur/paha pada orang terdekat, maka akan membantu dalam aktifitas atau olahraga, perawatan dan program pengobatan.

Keluarga memiliki tugas dalam pemeliharaan kesehatan para anggotanya, termasuk mengenal masalah pada lansia dengan gangguan mobilitas fisik, mengambil keputusan untuk melakukan tindakan pengobatan yang tepat, memberikan keperawatan kepada anggota keluarga yang sakit, mempertahankan suasana rumah yang kondusif bagi kesehatan serta memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada. Peran perawat adalah memberikan asuhan keperawatan keluarga untuk mencegah terjadinya masalah yang lebih lanjut. Patah tulang femur/ paha apabila tidak ditangani dengan baik akan mengakibatkan dampak yang lebih luas baik materi maupun non materi.

Berdasarkan hasil kasus diatas, penulis tertarik untuk mengangkat kasus lansia dengan gangguan mobilitas fisik pada keluarga dalam judul “Asuhan Keperawatan Keluarga Ny. ST dengan lansia yang mengalami gangguan mobilitas fisik di Wilayah Kerja Puskesmas Umbulharjo II Yogyakarta”.

1. **Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang diatas, maka rumusan Karya Tulis Ilmiah ini adalah : Bagaimanakah penerapan Asuhan Keperawatan Keluarga Ny.ST dengan lansia yang mengalami gangguan mobilitas fisik di Wilayah Kerja Puskesmas Umbulharjo 2 Yogyakarta”.

1. **Ruang Lingkup**

Karya Tulis Ilmiah ini merupakan laporan KTI pada satu Keluarga dengan lansia yang mengalami gangguan mobilitas fisik. Asuhan Keperawatan ini dilaksanakan selama 3 x 24 jam mulai tanggal 2 Juli 2018, pukul 08.30 WIB sampai tanggal 4 Juli 2018, pukul 15.00 WIB dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan Keluarga yang meliputi: pengkajian, perumusan diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi, serta pendokumentasian dari kelima proses keperawatan tersebut.

1. **Tujuan Penelitian**
2. Tujuan Umum

Mampu memberikan asuhan keperawatan keluarga Ny. ST dengan lansia yang mengalami gangguan mobilitas fisik.

1. Tujuan Khusus
2. Mampu melakukan proses keperawatan yang meliputi pengkajian, perumusan diagnosis keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi pada keluarga Ny. ST dengan lansia yang mengalami gangguan mobilitas fisik
3. Mampu mendokumentasikan proses keperawatan pada keluarga Ny. ST dengan lansia yang mengalami gangguan mobilitas fisik.
4. Mampu menganalisis faktor pendukung dan faktor penghambat dalam melaksanakan proses keperawatan pada keluarga Ny. ST dengan lansia yang mengalami gangguan mobilitas fisik*.*
5. **Manfaat Penelitian**

Penulisan Karya Tulis Ilmiah ini diharapkan bermanfaat bagi :

1. Penulis

Dapat menerapkan ilmu keperawatan keluarga yang didapat saat kuliah sekaligus mempunyai pengalaman nyata dalam memberikan asuhan keperawatan keluarga Ny. ST dengan lansia yang mengalami gangguan mobilitas fisik di wilayah kerja Puskesmas Umbulharjo 2 Yogyakarta.

1. Perawat

Hasil penulisan Karya Tulis Ilmiah ini diharapkan dapat memberikan tambahan informasi bagi perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan keluarga dengan lansia yang mengalami gangguan mobilitas fisik.

1. Bagi Mahasiswa DIII Keperawatan

Merupakan sumber informasi nyata tentang pelaksanaan asuhan keperawatan keluarga dengan lansia yang mengalami gangguan mobilitas fisik, serta sebagai bahan bacaan bagi mahasiswa D-III Keperawatan guna menambah wawasan dalam memberikan asuhan keperawatan keluarga dengan lansia yang mengalami gangguan mobilitas fisik

1. Profesi Keperawatan

Karya Tulis Ilmiah ini berguna sebagai bahan dalam mengembangkan dan meningkatkan mutu asuhan keperawatan keluarga dengan lansia yang mengalami gangguan mobilitas fisik.

1. **Metode Pengumpulan Data**
2. Metode Penulisan

Dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini, penulis menggunakan metode deskriptif, penulis menggambarkan pemberi asuhan keperawatan dalam bentuk laporan pelaksanaan asuahn keperawatan dengan pendekatan proses keperawatan yang meliputi tahap pengkajian, perumusan diagnosis keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi serta pendokumentasian asuhan keperawatan.

1. Metode Pengumpulan Data

Didalam pengumpulan data, penulis menggunakan dua metode pengumpulan data sebagai berikut :

1. Data Primer

Data primer adalah data yang dikumpulkan dari klien yang dapat memberikan informasi yang lengkap tentang masalah keperawatan yang dihadapi. Data primer diperoleh dengan cara :

1. Observasi

Merupakan kegiatan mengamati perilaku dan keadaan klien untuk memperoleh data tentang masalah kesehatan klien. meliputi kedaan umum, keadaan fisik pasien, kesadaran, serta melihat langsung proses pelaksanaan atau tindakan yang dilakukan pada klien

1. Wawancara

Wawancara merupakan suatu metode komunikasi yang direncanakan dan meliputi tanya jawab antar perawat dengan klien yang berhubungan dengan masalah klien. Data yang diperoleh dari wawancara ini meliputi : identitas pasien, identitas keluarga pasien, riwayat kesehatan pasien sekarang berkaitan dengan bagaimana pasien mengalami keluhan dan dirawat di rumah sakit, riwayat kesehatan dahulu yaitu menanyakan pernah atau tidak pasien mengalami penyakit yang sama, riwayat pengobatan, riwayat kesehatan keluarga, keluhan yang dirasakan dan pola kebiasaan pasien.

1. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik digunakan untuk memeperoleh data objektif dari klien yang dilakukan secara sistematik meliputi :

1. Inspeksi

Dengan melihat melalui mata terbuka kedaan yang akan dilakukan pemeriksaan, biasanya bersifat *head to toe.*

1. Palpasi

Melalui teknik palpasi dengan bantuan tekanan telapak tangan dapat mengetahui adanya perbedaan bentuk pada bagian tubuh, adanya deformitas dan krepitasi, terkait nyeri ataupun untuk melihat keadaan suatu bagian melalui rabaan tangan karena lebih akurat / *sensitive.*

1. Perkusi

Perkusi merupakan teknik pemeriksaan dengan mengetuk ngetukkan jari-jari kebagian tubuh klien yang dikaji untuk membandingkan bagian yang kiri dan kanan atau membandingkan yang normal dengan yang bermasalah. Perkusi bertujuan untuk mengidentifikasi lokasi, ukuran, bentuk, dan konsistensi jaringan. Sedangkan daerah yang diperkusi yaitu berada didaerah paru, rogga perut sehingga bisa diketahui ada tidaknya penumpukan cairan

1. Auskultasi

Auskultasi merupakan metode pengkajian yang menggunakan stetoskop untuk memperjelas pendengaran. Perawat menggunakan stetoskop untuk mendengarkan bunyi jantung, paru-paru, bising usus, serta untuk mengukur tekanan darah dan denyut nadi.

1. Data Sekunder

Pengumpulan data sekunder ini dilakukan dengan mempelajari dan memahami catatan keperawatan, catatan medis, terapi medis dan pemeriksaan penunjang diagnostik.

1. **Sistematika Penulisan**

Sistematika penulisan yang digunakan penulis akan memuat uraian secara garis besar dari isi proses keperawatan dalam tiap bab, yaitu sebagai berikut :

1. BAB 1 – Pendahuluan

Dalam bab ini akan menguraikan tentang latar belakang, rumusan masalah, batasan masalah, maksud dan tujuan, metode penelitian dan sistematika penelitian.

1. BAB II – Tinjauan Pustaka

Pada bab ini akan di bahas mengenai teori – teori yang mendukung dalam proses penyusunan asuhan keperawatan. Berisi mengenai definisi – definisi dan teori yang menjadi dasar dalam penulisan penelitian yang di ambil dari berbagai sumber.

1. BAB III – Kasus dan Pembahasan

Pada bab ini akan di bahas mengenai proses keperawatan dari pengkajian hingga evaluasi secara komprehensif dan sesuai dengan konsep yang ada pada bab II. Kemdian akan dibandingkan antara asuhan keperawatan dengan teori yang sudah ada.

1. BAB IV – Kesimpulan

Dalam bab ini akan dijelaskan mengenai kesimpulan dari proses asuhan keperawatan dan saran yang di dapatkan dari penelitian yang telah penulis lakukan.

1. Daftar Pustaka

Pada daftar pustaka berisi tentang sumber-sumber yang penulis gunakan untuk menulis penelitian, baik berupa buku , jurnal maupun media lainya.

**BAB II
TINJAUAN PUSTAKA**

1. **Konsep Dasar Keluarga**
2. Definisi

Beberapa definisi keluarga menurut para ahli:

* 1. Keluarga adalah unit terkecil dari masyarakat yang terdiri atas kepala keluarga dan beberapa orang yang terkumpul dan tinggal di suatu tempat di bawah suatu atap dalam keadaan saling ketergantungan.

(Jhonsons dan Leny, 2010).

* 1. Keluarga adalah unit terkecil dari masyarakat yang terdiri dari suami istri dan anaknya, atau ibu dan anaknya (Suprayitno, 2008).
	2. Keluarga adalah kumpulan dua orang atau lebih yang hidup bersama dengan keterikatan aturan, emosional dan individu mempunyai peran masing-masing yang merupakan bagian dari keluarga (Friedman, 2010).
1. Tipe-Tipe Keluarga

Menurut (Suprayitno, 2008) Keluarga juga dibedakan menjadi keluarga tradisional dan non tradisional.

* + 1. Tradisional
1. *Nuclear Family* atau Keluarga Inti: Ayah, ibu, anak tinggal dalam satu rumah ditetapkan oleh sanksi-sanksi legal dalam suatu ikatan perkawinan, satu atau keduanya dapat bekerja di luar rumah.
2. *Reconstituted Nuclear:* Pembentukan baru dari keluarga inti melalui perkawinan kembali suami atau istri. Tinggal dalam satu rumah dengan anak-anaknya baik itu bawaan dari perkawinan lama maupun hasil dari perkawinan baru.
3. *Niddle Age* atau *Aging Cauple:* Suami sebagai pencari uang, istri di rumah atau kedua-duanya bekerja di rumah, anak-anak sudah meninggalkan rumah karena sekolah atau perkawinan / meniti karier.
4. KeluargaDyad/*Dyadie Nuclear:* Suami istri tanpa anak.
5. *Single Parent:* Satu orang tua (ayah atau ibu) dengan anak.
6. *Dual Carrier:* Suami istri/keluarga orang karier dan tanpa anak.
7. *Commuter Married:* Suami istri/keduanya orang karier dan tinggal terpisah pada jarak tertentu, keduanya saling mencari pada waktu-waktu tertentu.
8. *Single Adult:* Orang dewasa hidup sendiri dan tidak ada keinginan untuk kawin.
9. *Extended Family:* 1, 2, 3 generasi bersama dalam satu rumah tangga.
10. *Keluarga* Usila: Usila dengan atau tanpa pasangan, anak sudah pisah.
	* 1. Non Tradisional
11. *Commune Family:* Beberapa keluarga hidup bersama dalam satu rumah, sumber yang sama, pengalaman yang sama.
12. *Cohibing Coiple:* Dua orang/satu pasangan yang tinggal bersama tanpa kawin.
13. *Homosexual*/Lesbian: Sama jenis hidup bersama sebagai suami istri.
14. *Institusional:* Anak-anak/orang-orang dewasa tinggal dalam suatu panti-panti.
15. *Keluarga* orang tua (pasangan) yang tidak kawin dengan anak.
16. Tugas Keluarga di Bidang Kesehatan

Suprayitno (2008) menyatakan bahwa fungsi pemeliharaan kesehatan, keluarga mempunyai tugas di bidang kesehatan yang perlu dipahami dan dilakukan, meliputi:

* 1. Mengenal masalah kesehatan keluarga. Kesehatan merupakan kebutuhan keluarga yang tidak boleh diabaikan karena tanpa kesehatan segala sesuatu tidak akan berarti dan karena kesehatanlah kadang seluruh kekuatan sumber daya dan dana keluarga habis. Orang tua perlu mengenal keadaan kesehatan dan perubahan-perubahan yang dialami anggota keluarga. Perubahan sekecil apapun yang dialami anggota keluarga secara tidak langsung menjadi perhatian orang tua/keluarga. Apabila menyadari adanya perubahan keluarga, perlu dicatat kapan terjadinya, perubahan apa yang terjadi, dan seberapa besar perubahannya.
	2. Memutuskan tindakan kesehatan yang tepat bagi keluarga. Tugas ini merupakan upaya keluarga yang utama untuk mencari pertolongan yang tepat sesuai dengan keadaan keluarga dengan pertimbangan siapa diantara keluarga yang mempunyai kemampuan memutuskan untuk menentukan tindakan keluarga.
	3. Merawat keluarga yang mengalami gangguan kesehatan. Seringkali keluarga telah mengambil tindakan yang tepat dan benar, tetapi keluarga memiliki keterbatasan yang telah diketahui keluarga sendiri. Jika demikian, anggota keluarga yang mengalami gangguan kesehatan perlu memperoleh tindakan lanjutan atau perawatan agar masalah yang lebih parah tidak terjadi.
1. Memodifikasi lingkungan keluarga untuk menjamin kesehatan keluarga. Tugas ini merupakan upaya keluarga untuk mendesain atau memodifikasi lingkungan agar keluarga dimana mereka bertempat bisa menjaga dan meningkatkan status keluarga.
2. Memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan disekitarnya bagi keluarga. Tugas keluarga ini ditekankan pada pemilihan dan pemanfaatan pelayanan fasilaitas kesehatan disekitar keluarga saat ada keluarga yang sakit.
3. Tahap Perkembangan Keluarga

Tahap perkembangan keluarga menurut Friedman (2010)

1. Pasangan Baru

Keluarga baru dimulai saat masing-masing individu laki-laki (suami) dan perempuan (istri) membentuk keluarga melalui perkawinan yang sah dan meninggalkan keluarga masing-masing. Meninggalkan keluarga bisa berarti psikologis karena kenyataannya banyak keluarga baru yang masih tinggal dengan orang tuanya.

Tugas perkembangan :

1. Membina hubungan intim yang memuaskan
2. Menetapkan tujuan bersama keluarga
3. Membina hubungan dengan keluarga lain, teman dan kelompok sosial
4. Mendiskusikan rencana memiliki anak atau KB
5. Persiapan menjadi orang tua
6. Memahami prenatal care
7. Keluarga “*child bearing*” kelahiran anak pertama

Dimulai sejak hamil sampai kelahiran anak pertama dan berlanjut sampai anak berumur 30 bulan atau 2,5 tahun. Tugas perkembangan keluarga yang penting pada tahap ini adalah:

* 1. Persiapan menjadi orang tua
	2. Adaptasi dengan perubahan anggota keluarga, peran, interaksi, hubungan sexual dan kegiatan.
	3. Mempertahankan hubungan yang memuaskan dengan pasangan.
	Peran utama perawat adalah mengkaji peran orang tua; bagaiaman orang tuan berinteraksi dan merawat bayi. Perawat perlu menfasilitasi hubungan orang tua dan bayi yang positif dan hangat sehingga jalinan kasih sayang antara bayi dan orang tua dapat tercapai.
1. Keluarga dengan anak pra sekolah

Tahap ini dimulai saat anak pertama berumur 2,5 tahun dan berakhir saat anak berusia 5 tahun. Tugas perkembangan:

1. Memenuhi kebutuhan anggota keluarga seperti kebutuhan tempat tinggal, privasi dan rasa aman.
2. Membantu anak untuk bersosialisasi
3. Beradaptasi dengan anaky baru lahir, sementara kebutuhan anak lain juga harus terpenuhi.
4. Mempertahankan hubungan yang sehat baik didalam keluarga maupun dengan masyarakat.
5. Pembagian waktu untuk individu, pasangan dan anak.
6. Pembagian tanggung jawab anggota keluarga.
7. Kegiatan dan waktu untuk stimulasi tumbuh kembang.
8. Keluarga dengan anak sekolah

Tahap ini dimulai saat anak berumur 6 tahun (mulai sekolah ) dan berakhir pada saat anak berumur 12 tahun. Pada tahap ini biasanya keluarga mencapai jumlah maksimal sehingga keluarga sangat sibuk. Selain aktivitas di sekolah, masing-masing anak memiliki minat sendiri. Dmikian pula orang tua mempunyai aktivitas yang berbeda dengan anak. Tugas perkembangan keluarga :

* 1. Membantu sosialisasi anak dengan tetangga, sekolah dan lingkungan.
	2. Mempertahankan keintiman pasangan.
	3. Memenuhi kebutuhan dan biaya kehidupan yang semakin meningkat, termasuk kebutuhan untuk meningkatkan kesehatan anggota keluarga.

Pada tahap ini anak perlu berpisah dengan orang tua, memberi kesempatan pada anak untuk bersosialisasi dalam aktivitas baik di sekolah maupun di luar sekolah.

1. Keluarga dengan anak remaja

Dimulai saat anak berumur 13 tahun dan berakhir 6 sampai 7 tahun kemudian. Tujuannya untuk memberikan tanggung jawab serta kebebasan yang lebih besar untuk mempersiapkan diri menjadi orang dewasa. Tugas perkembangan:

* 1. Memberikan kebebasan yang seimbnag dengan tanggung jawab.
	2. Mempertahankan hubungan yang intim dengan keluarga.
	3. Mempertahankan komunikasi yang terbuka antara anak dan orang tua.
	4. Hindari perdebatan, kecurigaan dan permusuhan.

Perubahan sistem peran dan peraturan untuk tumbuh kembang keluarga.
Merupakan tahap paling sulit karena orang tua melepas otoritasnya dan membimbing anak untuk bertanggung jawab. Seringkali muncul konflik orang tua dan remaja.

1. Keluarga dengan anak dewasa

Dimulai pada saat anak pertama meninggalkan rumah dan berakhir pada saat anak terakhir meninggalkan rumah. Lamanya tahapan ini tergantung jumlah anak dan ada atau tidaknya anak yang belum berkeluarga dan tetap tinggal bersama orang tua.Tugas perkembangan:

* 1. Memperluas keluarga inti menjadi keluarga besar.
	2. Mempertahankan keintiman pasangan.
	3. Membantu orang tua memasuki masa tua.
	4. Membantu anak untuk mandiri di masyarakat.
	5. Penataan kembali peran dan kegiatan rumah tangga.
1. Keluarga usia pertengahan

Tahap ini dimulai pada saat anak yang terakhir meninggalkan rumah dan berakhir saat pensiun atau salah satu pasangan meninggal. Pada beberapa pasangan fase ini dianggap sulit karena masa usia lanjut, perpisahan dengan anak dan perasaan gagal sebagai orang tua. Tugas perkembangan :

1. Mempertahankan kesehatan.
2. Mempertahankan hubungan yang memuaskan dengan teman sebaya dan anak-anak.
3. Meningkatkan keakraban pasangan.
4. Fokus mempertahankan kesehatan pada pola hidup sehat, diet seimbang, olah raga rutin, menikmati hidup, pekerjaan dan lain sebagainya.
5. Keluarga usia lanjut

Dimulai saat pensiun sanpai dengan salah satu pasangan meninggal dan keduanya meninggal. Tugas perkembangan:

* 1. Mempertahankan suasana rumah yang menyenangkan.
	2. Adaptasi dengan perubahan kehilangan pasangan, teman, kekuatan fisik dan pendapatan.
	3. Mempertahankan keakraban suami/istri dan saling merawat.
	4. Mempertahankan hubungan dengan anak dan sosial masyarakat.
	5. Melakukan *life review.*
	6. Mempertahankan penataan yang memuaskan merupakan tugas utama keluarga pada tahap ini.
1. **Konsep Dasar Fraktur Femur**
2. Pengertian

Pengertian *fraktur* adalah terputusnya kontinuitas jaringan tulang dan ditentukan sesuai jenis dan fraktur terjadi jika tulang dikenai stress yang lebih besar dari yang dapat diabsorbsinya.

*Fraktur Femur* adalah hilangnya kontinuitas tulang paha, kondisi fraktur femur secara klinis bisa berupa fraktur femur terbuka yang disertai adanya kerusakan jaringan lunak (otot, kulit, jaringan saraf dan pembuluh darah) dan *fraktur femur* tertutup yang dapat disebabkan oleh trauma langsung pada paha (Helmi, 2012).

1. Jenis *Fraktur*
2. *Fraktur* komplet : patah pada seluruh garis tengah tulang dan biasanya mengalami pergeseran.
3. *Fraktur* tidak komplet: patah hanya pada sebagian dari garis tengah tulang.
4. *Fraktur* tertutup: *fraktur* tapi tidak menyebabkan robeknya kulit.
5. *Fraktur* terbuka: *fraktur* dengan luka pada kulit atau membran mukosa sampai ke patahan tulang.
6. *Greenstick: fraktur* dimana salah satu sisi tulang patah,sedang sisi lainnya membengkak.
7. *Transversal: fraktur* sepanjang garis tengah tulang.
8. Kominutif: *fraktur* dengan tulang pecah menjadi beberapa frakmen
9. *Depresi*: *fraktur d*engan fragmen patahan terdorong ke dalam.
10. Kompresi: *Fraktur* dimana tulang mengalami kompresi (terjadi pada tulang belakang)
11. Patologik: *fraktur* yang terjadi pada daerah tulang oleh ligamen atau tendo pada daerah perlekatannnya.
12. Etiologi
13. Trauma.
14. Gerakan pintir mendadak.
15. Kontraksi otot ekstem.
16. Keadaan patologis : osteoporosis, neoplasma.
17. Tanda Dan Gejala
18. Nyeri terus menerus dan bertambah beratnya sampai fragmen tulang diimobilisasi, hematoma, dan edema.
19. Deformitas karena adanya pergeseran fragmen tulang yang patah .
20. Terjadi pemendekan tulang yang sebenarnya karena kontraksi otot yang melekat diatas dan dibawah tempat fraktur.
21. Krepitasi akibat gesekan antara fragmen satu dengan lainnya.
22. Pembengkakan dan perubahan warna lokal pada kulit.
23. Komplikasi
24. *Malunion* : tulang patah telahsembuh dalam posisi yang tidak seharusnya.
25. *Delayed union* : proses penyembuhan yang terus berjalan tetapi dengan kecepatan yang lebih lambat dari keadaan normal.
26. *Non union* : tulang yang tidak menyambung kembali .
27. Pemeriksaan Penunjang
28. Pemeriksaan foto radiologi dari fraktur : menentukan lokasi, luasnya.
29. Pemeriksaan jumlah darah lengkap.
30. Arteriografi : dilakukan bila kerusakan vaskuler dicurigai.
31. Kreatinin : trauma otot meningkatkan beban kreatinin untuk klirens ginjal.
32. Penatalaksanaan
33. Reduksi fraktur terbuka atau tertutup : tindakan manipulasi fragmen-fragmen tulang yang patah sedapat mungkin untuk kembali seperti letak semula.
34. Imobilisasi fraktur
35. Dapat dilakukan dengan fiksasi eksterna atau interna.
36. Mempertahankan dan mengembalikan fungsi.
37. Reduksi dan imobilisasi harus dipertahankan sesuai kebutuhan.
38. Pemberian analgetik untuk mengerangi nyeri.
39. Status neurovaskuler (misal: peredarandarah, nyeri, perabaan gerakan) dipantau
40. Latihan *isometrik* dan setting otot diusahakan untuk meminimalkan atrofi difusi dan meningkatkan peredaran darah.

1. **Konsep Asuhan Keperawatan Keluarga dengan Fraktur**

Berikut konsep asuhan keperawatan pada fraktur menurut (Doenges et al, 2012) :

1. Pengkajian
2. Aktivitas/istirahat

Tanda : keterbatasan atau kehilangan fungsi pada bagian yang terkena (mungkin segera atau terjadi secara sekunder, dari pembengkakan jaringan, nyeri).

1. Sirkulasi

Tanda : hipertensi (kadang-kadang terlihat sebagai  respon terhadap nyeri atau ansietas) atau hipotensi di karenakan kehilangan darah, takikardia (respon stress, hipovolemia), penurunan atau tak ada nadi pada bagian distal yang cedera, pengisian kapiler yang lambat, pucat pada bagian yang terkena.

1. Neurosensori

Gejala : hilang gerakan atau sensasi, spasme otot, kebas atau kesemutan (parastesis)

Tanda : Deformitas local, angulasi abnormal, pemendekan, rotasi, krepitasi (bunyi berderit), spasme otot terlihat kelemahan/hilang fungsi, agitasi mungkin berhubungan dengan nyeri/ansietas atau trauma lain.

1. Nyeri/kenyamanan

Gejala : nyeri berat tiba-tiba pada saat cedera (mungkin terlokalisasi pada area  jaringan/kerusakan tulang dapat berkurang pada imobilisasi), tak ada nyeri akibat kerusakan syaraf, spasme/kram otot (setelah imobilisasi)

1. Integritas ego

Gejala : perasaan cemas, takut, marah, apatis, factor-faktor stres multiple, misalnya masalah *financial*

Tanda : tidak dapat istirahat, peningkatan ketegangan/peka rangsang, stimulasi simpatis

1. Keamanan

Gejala : alergi/sensitivitas terhadap obat, makanan, plester, dan larutan, defisiensi imun (peningkatan resiko infeksi sistemik dan penundaan penyembuhan), munnculnya kanker, riwayat keluarga tentang hipertermi malignant/reaksi anastesi dan riwayat transfuse darah atau reaksi transfusi.

Tanda : munculnya proses infeksi yang melelahkan, demam

1. Pernafasan

Gejala : infeksi, kondisi batuk yang kronis, merokok

1. Penyuluhan

Gejala : lingkungan cidera, aktivitas perawatan diri, dan perawatan dirumah.

1. Diagnosa Keperawatan
2. Kerusakan mobilitas fisik berhubungan dengan cedera jaringan sekitar fraktur, kerusakan rangka neuromuskuler.
3. Nyeri berhubungan dengan *spasme otot* , pergeseran fragmen tulang.
4. Kerusakan integritas jaringan berhubungan dengan fraktur terbuka , bedah perbaikan.
5. Resiko jatuh berhubungan dengan adanya imobilisasi fraktur
6. Rencana Keperawatan
7. Kerusakan mobilitas fisik berhubungan dengan cedera jaringan sekitar fraktur, kerusakan rangka neuromuskuler.

Tujuan: kerusakan mobilitas fisik dapat berkurang setelah dilakukan tindakan keperawatan

Kriteria hasil:

1. Meningkatkan mobilitas pada tingkat paling tinggi yang mungkin
2. Mempertahankan posisi fungsinal
3. Meningkaatkan kekuatan /fungsi yang sakit
4. Menunjukkan tehnik mampu melakukan aktivitas

Intervensi:

1. Pertahankan tirah baring dalam posisi yang diprogramkan
2. Tinggikan ekstrimutas yang sakit
3. Instruksikan klien/bantu dalam latian rentang gerak pada ekstrimitas yang sakit dan tak sakit
4. Beri penyangga pada ekstrimit yang sakit diatas dan dibawah fraktur ketika bergerak
5. Jelaskan pandangan dan keterbatasan dalam aktivitas
6. Berikan dorongan ada pasien untuk melakukan AKS dalam lingkup keterbatasan dan beri bantuan sesuai kebutuhan Awasi tekanan darah, nadi dengan melakukan aktivitas
7. Ubah psisi secara periodik
8. Kolaborasi fisioterapi/okuasi terapi
9. Nyeri berhubungan dengan *spasme otot* , pergeseran fragmen tulang

Tujuan ; nyeri berkurang setelah dilakukan tindakan perawatan

Kriteria hasil:

1. Klien menyatakan nyeri berkurang
2. Tampak rileks, mampu berpartisipasi dalam aktivitas/tidur/istirahat dengan tepat
3. Tekanan darahnormal
4. Tidak ada peningkatan nadi dan pernafasan.

Intervensi:

1. Kaji ulang lokasi, intensitas dan tipe nyeri
2. Pertahankan imobilisasi bagian yang sakit dengan tirah baring
3. Berikan lingkungan yang tenang dan berikan dorongan untuk melakukan aktivitas hiburan
4. Ganti posisi dengan bantuan bila ditoleransi
5. Jelaskan prosedur sebelum memulai
6. Lakukan danawasi latihan rentang gerak pasif/aktif
7. Drong menggunakan tehnik manajemen stress, contoh : relasksasi, latihan nafas dalam, imajinasi visualisasi, sentuhan
8. Observasi tanda-tanda vital
9. Kolaborasi : pemberian analgetik
10. Kerusakan integritas jaringan berhubungan dengan *fraktur* terbuka, bedah perbaikan

Tujuan: kerusakan integritas jaringan dapat diatasi setelah tindakan perawatan

Kriteria hasil:

1. Penyembuhan luka sesuai waktu
2. Tidak ada *laserasi*, integritas kulit baik

Intervensi:

1. Kaji ulang integritas luka dan observasi terhadap tanda infeksi atau drainage.
2. Monitor suhu tubuh
3. Lakukan perawatan kulit, dengan sering pada patah tulang yang menonjol
4. Lakukan alih posisi dengan sering, pertahankan kesejajaran tubuh
5. Pertahankan sprei tempat tidur tetap kering dan bebas kerutan
6. Masage kulit sekitar akhir gips dengan alkohol
7. Gunakan tempat tidur busa atau kasur udara sesuai indikasi
8. Kolaborasi pemberian antibiotik.
9. Resiko jatuh berhubungan dengan adanya immobilisasi fraktur

Tujuan :

1. Terhindar dari peristiwa jatuh
2. Keluarga mampu melakukan pencegahan jatuh

Intervensi :

1. Kaji resiko jatuh
2. Lakukan pencegahan resiko jatuh setiap saat (berkala)
3. Edukasi keluarga untuk melakukan pencegahan resiko jatuh setiap saat (berkala)
4. **Dokumentasi Keperawatan**

Dalam melakukan pendokumentasian asuhan keperawatan. Penulis menggunakan teori dan dasar dari sumber berikut :

1. Menurut Setiadi (2012)
2. Tersedia format untuk dokumentasi.
3. Dokumentasi dilakukan oleh orang yang melakukan tindakan atau mengobservasi langsung.
4. Dokumentasi dibuat segera setelah melakukan tindakan.
5. Catatan dibuat kronologis.
6. Penulisan singkatan dilakukan secara umum.
7. Mencantumkan tanggal, waktu tanda tangan, dan inisial penulis.
8. Dokumentasi akurat, benar, komplit jelas, dapat dibaca dan ditulis dengan tinta.
9. Tidak dibenarkan menghapus tulisan pada catatan menggunakan penghapus tinta atau bahan lainnya.

Berikut dokumentasi menurut Setiadi (2012) pada tahapan proses keperawatan :

1. Prinsip Dokmentasi Penulisan Pengkajian :
2. Sistematis : pengkajian dari saat masuk rumah sakit sampai pulang.
3. Format tersusun dan berkesinambungan.
4. Terdiri dari pencatan pengumpulan data, terkelompok dan analisa data yang mendukung klien.
5. Ditulis secara jelas dan singkat.
6. Menuliskan identitas waktu tanggal, nama dan tanda tangan pelaksana pengkajian.
7. Ikut aturan atau prosedur yang dipakai dan disepakati instansi.
8. Prinsip Dokmentasi Penulisan Diagnosa :
9. Gunakan format PES untuk semua masalah aktual dan PE untuk masalah resiko.
10. Catat diagnosa keperawatan resiko dalam format keperawatan.
11. Mulai pernyataan diagnosa keperawatan dengan mengidentifikasi informasi tentang data untuk diagnosa keperawatan.
12. Masukkan diagnosa keperawatan ke dalam daftar masalah.
13. Hubungkan pada tiap-tiap diagnosa keperawatan ketika menemui masalah keperawatan.
14. Setiap pergantian jaga perawat, gunakan diagnosa keperawatan sebagai pedoman untuk pengkajian, tindakan dan evaluasi.
15. Menuliskan identitas waktu tanggal dan tanda tangan pelaksana perumusan.
16. Prinsip Dokmentasi Penulisan Intervensi :
17. Sebelum menuliskan rencana tindakan, kaji ulang semua data yang ada.
18. Daftar dan jenis masalah aktual resiko dan kemungkinan. Berikan prioritas utama pada masalah aktual yang mengancam kesehatan.
19. Tulis dengan jelas khusus, terukur, kriteria hasil yang diharapkan untuk menetapkan masalah bersama dengan klien tentukan ketrampilan kognitif, afektif dan psikomotor yang merupakan perhatian.
20. Alasan prinsip specivity untuk menuliskan diagnosa keperawatan.
21. Mulai rencana tindakan dengan menggunakan action verb.Catat tanda-tanda vital setiap pergantian dines.
22. Tulis rasional dari rencana tindakan.
23. Menuliskan identitas waktu tanggal dan tanda tangan pelaksana.
24. Rencana tindakan harus dicatat sebagai hal yang permanen.
25. Klien dan keluarganya jika memungkinkan diikutkan dalam perencanaan.
26. Rencana tindakan harus sesuai dengan waktu yang telah ditentukan dan diusahakan untuk selalu diperbaharui.
27. Prinsip Dokmentasi Penulisan Implementasi :
28. Merupakan dokumentasi dalam penerapan intervensi
29. Gunakan bulpoint tertulis jelas, tulis dengan huruf cetak bila tulisan tidak jelas. Bila salah tidak boleh di hapus tetapi dicoret saja, dan ditulis kembali diatas atau disamping.
30. Jangan lupa selalu menuliskan waktu, jam pelaksanaan dan tanda tangan pelaksana.
31. Jangan membiarkan baris kosong, tetapi buatlah garis ke samping untuk mengisi tempat yang tidak digunakan.
32. Dokumentasikan sesegera mungkin setelah tindakan dilaksanakan guna mnghindari kealpaan (lupa).
33. Gunakan kata kerja aktif untuk menjelaskan apa yang dikerjakan.
34. Dokumentasikan bagaimana respon pasien terhadap tindakan yang dilakukan.
35. Dokumentasikan aspek keamanan, kenyamanan dan pengawasan infeksi dan lingkungan terhadap klien.
36. Prinsip Dokmentasi Penulisan Evaluasi :
37. Awali atau ikuti evaluasi dengan data pendukung.
38. Ikuti dokumentasi intervensi keperawatan dengan evaluasi formatif.
39. Gunakan evaluasi sumatif ketika pasien dipulangkan atau dipindahkan.
40. Catat evaluasi sumatif melalui pengkajian dan intervensi. Catat juga respon pasien.
41. Pernyataan evaluasi formatif dan sumatif dimasukkan kedalam catatan kesehatan.
42. Korelasikan data khusus yang ditampilkan dengan kesimpulan yang dicapai perawat.
43. Data pengkajian dan hasil yang diharapkan digunakan untuk mengukur perkembangan pasien.
44. Menurut Carpenito (2008)

Aspek-aspek keakuratan data, brevity (ringkas) dan legibility (mudah dibaca). Hal yang pokok dalam prinsip-prinsip dokumentasi adalah :

1. Dokumentasi harus dilakukan segera setelah pengkajian pertama dilakukan, demikian juga pada setiap langkah kegiatan keperawatan.
2. Bila memungkinkan, catat setiap respon pasien / keluarganya tentang informasi / data yang penting tentang keadaannya.
3. Pastikan kebenaran setiap data data yang akan dicatat.
4. Data pasien harus objektif dan bukan merupakan penafsiran perawat, dalam hal ini perawat mencatat apa yang dilihat dari respon pasien pada saat merawat pasien mulai dari pengkajian sampai evaluasi.
5. Dokumentasikan dengan baik apabila terjadi hal-hal sebagai berikut : adanya perubahan kondisi atau munculnya masalah baru, respon pasien terhadap bimbingan perawat.
6. Harus dihindari dokumentais yang baku sebab sifat individu /Pasien adalah unik dan setiap pasien mempunyai masalah yang berbeda.
7. Hindari penggunaan istilah penulisan yang tidak jelas dari setiap catatan yang dicatat, harus disepakati atas kebijaksanaan institut setempat.
8. Data harus ditulis secara syah dengan menggunakan tinta dan jangan menggunakan pinsil agar tidak mudah dihapus.
9. Untuk merubah atau menutupi kesalahan apabila terjadi salah tulis, coret dan diganti dengan yang benar kemudian ditanda tangani.
10. Untuk setiap kegiatan dokumentasi, cantumkan waktu tanda tangan dan nama jelas penulis.
11. Wajib membaca setiap tulisan dari anggota lain kesehatan yang lain sebelum menulis data terakhir.
12. Dokumentasi harus dibuat dengan tepat, jelas dan lengkap

**BAB III
HASIL DAN PEMBAHASAN**

1. **Hasil Studi Kasus**
2. Pengkajian

Hari, Tanggal: Senin, 02 Juli 2018

Jam : 09.00 WIB

Tempat : Rumah Ny. “ST”

Oleh : RR. Heni Yuli Rochawati

Sumber Data : Anggota Keluarga Ny. “ST”

Metode : Wawancara, observasi, pemeriksaan fisik

1. Struktur dan Sifat Keluarga
2. Identitas Kepala Keluarga

Nama kepala keluarga (KK) : Ny. ST

Usia : 82 tahun

Jenis Kelamin : Perempuan

Agama : Katolik

Pendidikan : SD

Pekerjaan : Mengurus rumah tangga

Alamat : Muja Muju, Yogyakarta

1. Daftar Identitas Anggota

Tabel 1. Daftar Identitas Anggota Keluarga Ny. ST

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No | Nama | Umur (tahun) | Agama | Hub dg KK | Pendidikan | Pekerjaan | Ket |
| 1 | Ny. SF | 42 | Katolik | Anak | SMA | IRT |  |
| 2 | Tn. H | 45 | Katolik | Menantu | S1 | Karyawan Swasta |
| 3 | An. F | 12 | Katolik | Cucu | SMP | - |
| 4 | An. A | 5 | Katolik | Cucu | TK | - |

1. Tipe Keluarga

Tipe keluarga Ny. ST adalah *extended,* yaitu terdapat keluarga inti (ayah, ibu dan anak) serta nenek.

1. Genogram

Ny. ST

82 th

Tn. ST

75 th

Tn. SF

45 th

Ny. SF

42 th

Ny. M

45 th

Ny. K

49 th

Ny. P

52 th

An. A

5 th

An. F

12 th

Bagan 1. Genogram Keluarga Ny. ST

Keterangan :

 : Perempuan : informan

 : Laki-laki : meninggal

 : Garis Perkawinan

 : Garis Keturunan

1. Suku dan Bangsa

Jawa Indonesia

1. Status Sosial, Ekonomi, dan Budaya Keluarga
2. Dalam Keluarga Ny. ST, yang mencari nafkah adalah menantunya yaitu Tn. SF. Namun seringkali dibantu oleh kedua anaknya yang tinggal di luar kota.
3. Penghasilan setiap bulan nya kurang lebih > Rp.2.000.000,-
4. Kebutuhan perbulan kurang lebih Rp.2.000.000,-
5. Harta benda yang dimiliki (berupa perabotan rumah tangga, alat teransportasi dan lain-lain) seperti perabotan rumah tangga keluarga ekonomi menengah ke bawah pada umumnya, ditambah alat transportasi berupa 2 buah sepeda motor dan 1 buah sepeda.
6. Status kepemilikan rumah adalah milik Ny. ST.
7. Aktivitas Rekreasi Keluarga

Ny. R mengatakan aktufitas rekreasi keluarag jarang dilakukan dikarenakan harus mengurus kebutuhan Ny. ST di rumah, kondisi Ny. ST tidak mandiri dalam beberapa hal (mandi, b.ab, b.a.k, ganti baju) dikarenakan adanya riwayat gangguan mobilitas fisik.

1. Riwayat dan Tahap Perkembangan Keluarga
2. Tahap perkembangan saat ini :

Keluarga Ny. ST berada dalam tahap perkembangan keluarga dengan usia lanjut. Anggota keluarga Ny. ST mengatakan tidak ada masalah atau hambatan dalam menghadapi Ny. ST (lansia) baik secara fisik maupun psikis. Cucu-cucu Ny. ST senantiasa menemani dan mengajak ngobrol Ny. ST

1. Perkembangan keluarga yang belum terpenuhi :

Ny. ST dan keluarga mengatakan hidupnya masih dalam keadaan ekonomi yang menengah kebawah, jadi di masa senja Ny. ST belum merasakan kehidupan yang memuaskan. Dari kecil hingga sekarang Ny. ST dan anggota keluarga terbiasa dengan hidup seadanya.

1. Riwayat keluarga inti :

Ny. ST dan anggota keluarga lain memahami bahwa keluarganya ada dalam tahap keluarga lansia. Anggota keluarga senantiasa merawat Ny. ST yang sudah lansia dengan memenuhi kebutuhan dasar yang tidak bisa dikerjakan sendiri, menemani Ny. ST (mengobrol, menonton TV, dan lain-lain).

1. Riwayat keluarga sebelumnya :

Ny. R mengatakan tidak ada orang tua dan mertua yang mengalami sakit keturunan, seperti Diabetes Mellitus, hipertensi, kanker, PJPD dan ashma.

1. Lingkungan
2. Karakteristik rumah :
3. Rumah Ny. ST tipe permanen berlantai keramik, plafon kayu, dengan luas rumah 300 meter persegi diatas tanah 321 meter persegi, dengan jumlah 3 kamar tidur, 2 kamar mandi, 1 ruang tamu, 1 dapur, 1 ruang keluarga, teras dan halaman berukuran 21 meter persegi
4. Keadaan rumah dan lingkungan bersih dan rapih
5. Sarana memasak keluarga dengan kompor gas.
6. Pengelolaan sampah, dibuang ditempat sampah halaman rumah dan diangkut oleh petugas pengelola sampah setiap pagi
7. Sumber air menggunakan sumur gali, baik untuk kebutuhan makan dan minum maupun mandi, dan mencuci. Sumur gali berjarak < 10 meter dari WC atau *septictank.*
8. Jamban keluarga menggunakan WC jongkok, jumlah WC ada satu buah
9. Rumah mempunyai sarana pembuangan air limbah sendiri dengan jarak < 10 meter dari sumur gali.
10. Lingkungan Rumah : Lingkungan rumah ditepi jalan raya +/- 50 meter yang ramai lalu lintas kendaraan bermotor dan lain-lain.
11. Fasilitas Pendidikan : SMP Muhammadiyah 8 Yogyakarta berjarak +/- 500 meter, SMA 8 Yogyakarta berjaka +/- 200 meter, dan Sekolah Tinggi Pembangunan Masyarakat berjarak +/- 1 km.
12. Fasilitas Kesehatan : jarak rumah dengan Puskesmas Umbulharjo +/- 400 meter, RS Happy Land Yogyakarta berjaral +/- 1 km dan +/- 5 km dengan RSUD Kota Yogyakarta. Selain itu, rumah Ny. ST dekat dengan kantor BPJS Yogyakarta dengan jarak +/- 200 meter.
13. Fasilitas Perdagangan : di dekat rumah Ny. ST terdapat 3 pedang sayur dan kelontong, jarak pasar Talok dari rumah Ny. ST +/- 1,5 km
14. Fasilitas Peribadatan : Gereja berjarak +/- 500 meter
15. Sarana hiburan : radio dan televisi
16. Sarana Transportasi : Keluarga Ny. ST memiliki 2 buah sepeda motor dan 1 buah sepeda, 250 meter dari rumahnya terdapat halte Bus Trans Jogja
17. Karakteristik tetangga dan komunitas RT/RW:

Ny. ST dan anggota keluarga mengatakan karakter tetangga dan lingkungan RT/RW yaitu mengedepankan kekeluargaan, saling membantu apabila ada yang membutuhkan, paguyuban RT/RW terjalin rutin dan baik.

1. Mobilitas geografis keluarga:

Ny. ST lahir dan menjalani masa remaja, dewasa hingga lansia di desa Muja Muju Umbulharjo Yogyakarta ini. Namun setelah jatuh sekitar 1 tahun yang lalu, Ny. ST jarang keluar rumah dikarenakan tidak mampu berjalan dengan baik. Sedangkan anak-anak, menantu dan cucu-cucu nya melakukan mobilitas yang aktif, misalnya pergi ke pasar, ke tempat kerja, sekolah, dan lain-lain.

1. Perkumpulan keluarga dan interaksi dengan masyarakat:
2. Keluarga Ny. ST mengatakan sering berkumpul bersama keluarga Ny. SF di rumah dan bersama cucu-cucunya.
3. Ny. ST tidak pernah ikut terlibat dalam kegiatan-kegiatan di lingkungan nya, sepeti pertemuan warga mau pun pada acara-acara di lingkungan RT/RW nya semenjak tidak bisa berjalan, sedangkan Ny. SF dan Tn. SF aktif mengikuti kegiatan yang ada di masyarakat.
4. Sistem pendukung keluarga:

Keluarga Ny. ST memiliki jaminan kesehatan kartu BPJS. Anggota keluarga Ny. ST saling membantu dalam berbagai masalah dan bekerjasama untuk merawat Ny. ST yang sakit.

1. Struktur Keluarga : Pengambilan Keputusan
2. Pola komunikasi keluarga :

Keluarga Ny. ST dalam berkomunikasi dengan keluarga dan lingkungan menggunakan bahasa Jawa dan Bahasa Indonesia.

1. Struktur kekuatan keluarga :

Komunikasi dalam kelurga Ny.R bersifat terbuka dan selalu mengambil keputusan dengan berdiskusi terlebih dahulu (musyawarah). Komunikasi dengan anak-anaknya yang berada di luar kota juga berjalan dengan baik. Pengambil keputusan dalam keluarga Ny. ST adalah Ny. ST

1. Struktur peran (formal & informal):

Ny. ST sebagai nenek sekaligus mengurus rumah tangga dibantu dengan Ny. SF anak kandungnya. Peran Ny. ST dalam keluarga sebagai nenek tidak begitu banyak, hanya dalam pengambilan keputusan. Pemegang peran utama dalam keluarga Ny. ST adalah Ny. SF dan Tn. SF.

1. Nilai & norma keluarga :

Keluarga Ny.ST menerapkan norma Jawa dalam agama Katolik yang dianutnya.

1. Fungsi Keluarga
2. Fungsi afektif
3. Ny. SF mengatakan selalu berusaha untuk mengurus rumah tangganya bersama suami dan juga mengurus hari tua ibunya (Ny. ST) dengan kondisi yang tidak mampu berjalan sehingga beberapa kebutuhannya harus dipenuhi.
4. Fungsi sosialisasi
5. Kerukunan hidup dalam keluarga: Ny. ST selalu membicarakan kepada semua anggota keluarganya ketika ada masalah dan selalu meminta pendapat kepada Ny. SF dan menantunya, begitu sebaliknya.
6. Interaksi dan hubungan dalam keluarga: Ny. ST mengatakan selalu berkomunikasi dengan semua anggota keluarganya.
7. Anggota keluarga yang dominan dalam pengambilan keputusan: Ny. ST
8. Kegiatan keluarga waktu senggang: Ny.ST mengatakan tidak ada acara khusus ketika mempunyai waktu senggang.
9. Partisipasi dalam kegiatan social: Ny.ST mengatakan tidak pernah ikut dalam kegiatan lingkungan RT/RW nya seperti arisan dan lain-lain dikarenakan dirinya sudah tua dan tidak bisa berjalan. Tetapi anak dan menantunya aktif dalam kegiatan kemasyarakatan.
10. Fungsi ekonomi

Upaya pemenuhan sandang pangan: Ny.ST mengatakan dengan menggunakan uang +/- Rp. 2.000.000,- dapat memenuhi kebutuhan sandang dan pangan dalam sehari-hari.

1. Stress dan Koping Keluarga
2. Stresor jangka pendek dan panjang :
3. Jangka pendek : ketika membutuhkan uang dadakan, misalnya membayar sekolah dan kebutuhan yang lain.
4. Jangka panjang : selalu berusaha dan berdoa untuk hidup yang lebih baik.
5. Kemampuan keluarga dalam merespon terhadap situasi dan stresor : Keluarga selalu merespon dan menyelesaikan masalah yang ada secara bersama-sama.
6. Strategi koping yang digunakan : Strategi koping selalu membicarakan semua masalah dan rencana-rencana bersama keluarga.
7. Strategi adaptasi disfungsional : Ny. ST dan anggota keluarga mengatakan selalu menghadapi masalah dengan tenang dan memecahkan masalah bersama keluarga.
8. Kebiasaan Anggota Keluarga Sehari-hari
9. Nutrisi :

Semua anggota keluarga Ny. ST mengatakan kebiasaan makan 3 kali sehari dengan nasi, sayur dan lauk-pauk. Tidak ada makanan pantangan dalam keluarga Ny. ST. Kebiasaan makan buah di keluarga Ny. ST jarang dilakukan (hanya jika ada rezeki lebih).

1. Pola Istirahat :

Semua anggota keluarga Ny. ST mengatakan istirahat dan tidur cukup 8-9 jam per hari dan Ny. ST serta cucu-cucuya terbiasanya tidur siang.

1. Pola kebersihan :

Semua anggota keluarga Ny. ST mandi 2 kali sehari di kamar mandi menggunakan sabun, kecuali Ny. ST mandi dilakukan di tempat tidur dengan disibin. Tetapi untuk keramas dilakukan di kamar mandi karena permintaan Ny. ST.

1. Pola Aktifitas :

Semua anggota Ny. ST mampu melakukan aktifitas seperti biasa, menyelesaikan pekerjaan rumah, bekerja, sekolah, pergi ke pasar, dan lain-lain, kecuali Ny. ST dikarenakan kelemahan anggota gerak bawahnya, Ny. ST hanya bisa berbaring ditempat tidur dan jika berpindah tempat harus dibantu oleh 1 – 2 orang.

1. Pola Eliminasi :

Semua anggota keluarga Ny. ST memiliki kebiasaan b.a.k 5 – 7 kali dalam sehari, dan b.a.b 1 – 2 kali dalam sehari, b.a.b dan b.a.k dilakukan secara mandiri di kamar mandi (WC), kecuali Ny. ST harus dibantu dalam melakukan b.a.b dan b.a.k. Ny. ST menggunakan pampers (diganti tiap pagi dan sore).

1. Riwayat Kesehatan Keluarga
2. Kesehatan Keluarga :

Ny. ST mengatakan tidak ada penyakit keturunan dalam keluarga nya, misalnya : DM, hipertensi, penyakit keganasan, dan lain-lain.

1. Kebiasaan Minum Obat :

Semua anggota keluarga Ny. ST tidak terbiasa minum obat. Minum obat hanya jika sakit saja.

1. Kebiasaan Memeriksakan Diri :

Semua anggota keluarga Ny. ST tidak ada kebiasaan memeriksakan diri ke pelayanan kesehatan secara rutin, hanya jika ada yang merasa sakit biasanya memeriksakan diri ke Puskesmas Umbulharjo 2.

1. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan dilakukan pada Ny.ST dengan hasil sebagai berikut :

1. Tanda Vital

Tekanan darah = 110/70 mmhg, Nadi = 76 x/m, respirasi = 20x/m, suhu badan = 36,5C

1. Antropometri

BB = 38 kg

1. Keadaan Umum

Keadaan umum baik, kesadaran compos mentis, Ny. ST berorientasi terhadap waktu dan tempat

1. Pemeriksaan *head to toe*
2. Wajah

Wajah dan kepala nampak simetris, tidak ada jejas atau bekas operasi di area wajah dan kepala. Rambut nampak beruban dan gigi banyak yang tanggal. Muka nampak keriput

1. Leher

Leher nampak simetris, tidak ada deviasi trachea, tidak ada perbesaran kelenjar tiroid

1. Dada (Paru-Paru)

(1) Inspeksi

Bentuk dada normochest, ekspansi dada nampak simetris, tidak ada jejas, lesi ataupun luka pada dada, tidak ada retraksi dada, RR : 20 x / menit. Tidak ada deformitas dan krepitasi pada dada.

(2) Palpasi

Taktil fremitus teraba simetris pada lapang dada kanan dan kiri, tidak ada nyeri tekan pada semua lapang dada baik pada intercosta maupun pada costa.

(3) Perkusi

Timbul suara sonor pada semua lapang dada.

(4) Auskultasi

Terdapat suara vesikuler pada semua lapang dada, tidak ditemukan suara tambahan.

1. Dara (jantung)

(1) Inspeksi

Bentuk dada normochest, ictus kordis tidak nampak.

(2) Palpasi

Letak ictus cordis pada spatium intercotsa V disebelah medial linea midklavikularis sinistra, detakan ictus cordis kuat.

(3) Perkusi

Batas jantung :

Kanan atas : spatium intercosta (SIC) II linea para strenalis dextra

Kanan bawah : spatium intercista (SIC) IV linea para strenalis dextra

Kiri atas : spatium intercosta (SIC) II linea para strenalis sinistra

Kiri bawah : spatium intercosta (SIC) IV linea medial clavikularis sinistra

Tidak ada perbesaran jantung (cardiomegali)

(4) Auskultasi

Bunyi jantung (BJ) I – II murni / regular, tidak ada bunyi jantung abnormal atau bunyi jantung tambahan seperti gallop dan split.

1. Payudara

(1) Inspeksi

Payudara simetris, tak nampak adanya benjolan, bentuk payudara keriput dan tidak kencang dengan payudara meninjol berwarna coklat (lebih tua daripada kulit sekitarnya). Warna kedua kulit payudara coklat, tidak ada kemerahan maupun perubahan warna yang signifikan pada kulit di sekitar payudara.

(2) Palpasi

Tidak ada perbesaran kelenjar pada kedua payudara, dan tidak ada nyeri tekan pada kedua payudara.

1. Abdomen

(1) Inspeksi

Bentuk perut simetris, warna kulit pada perut kecoklatan, tidak ada kemerahan dan kebiruan, tidak ada asites dan tidak ada benjolan.

(2) Auskultasi

Bising usus 12 kali permenit.

(3) Perkusi

Suara tympani pada seluruh kuadran, namun terdengar redup pada daerah perut kanan atas (adanya hepar), dan pada daerah perut kiri (adanya lambung)

(4) Palpasi

Tidak nyeri tekan pada semua kuadran, tidak ada hepatomegali ataupun splenomegali.

1. Genetalia

Genetalia nampak bersih, terpasanag pampers, tidak ada hemoroid pada anus.

1. Ekstremitas

(1) Ekstremitas atas

Kedua tangan tidak ada lesi dan mampu bergerak bebas

(2) Ekstremitas bawah

Nampak adanya deformitas pada kaki kanan (nampak lebih pendek dari kaki kiri), nampak ada penebalan kulit di pantat kanan dan kiri, namun tak tahu cara merawatnya. Tak nampak lesi dikedua kaki

(3) Kekuatan otot

5

5

Kanan

Kiri

5

3

1. Pengkajian resiko jatuh

Tabel 2. Pengkajian Resiko Jatuh *(Morse Fall Scale)*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No | Risiko | Skala | Skoring 1 | Skroring 2 | Scoring 3 |
| 2-7-2018 | 3-7-2018 | 4-7-2108 |
| 1 | Riwayat jatuh, yang baru atau dalam 3 bulan terakhir | Tidak 0 | 0 | 0 | 0 |
| Ya 25 |
| 2 | Diagnosis medis sekunder > 1 | Tidak 0 | 15 | 15 | 15 |
| Ya 15 |
| 3 | Alat bantu jalan : bed rest / dibantu perawat | 0 | 15 | 15 | 15 |
| Penopang / walker | 15 |
| Furniture | 30 |
| 4 | Menggunakan infuse | Tidak 0 | 0 | 0 | 0 |
| Ya 25 |
| 5 | Cara berjalan / berpindah : normal/bedrest/imobilisasi | 0 | 30 | 30 | 30 |
| Lemah  | 15 |
| Terganggu  | 30 |
| 6 | Status mental :Orientasi sesuai kemampuan diri | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Lupa keterbatasam | 15 |
| Jumlah skor | 60 | 60 | 60 |
| Tingkat resiko jatuh | Tinggi  | Tinggi  | Tinggi  |
| Paraf dan nama perawat | Heni  | Heni  | Heni  |

Keterangan :

Tidak beresiko bila skor 0 – 24

Resiko rendah bila skor 25 – 50

Resiko tinggi bila skor > 51

1. Skala Ketergantungan

Tabel 3. Penilaian Status Fungsional *(Barthel Index)*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| No | Fungsi | Skor | Uraian | Nilai Skor |
| Hari 1 | Hari 2 | Hari 3 |
| 1 | Mengendalikan rangsang defekasi (b.a.b) | 0 | Tak terkendali / tak teratur (perlu pencahar) | 1 | 1 | 1 |
| 1 | Kadang-kadang tak terkendali |
| 2 | Mandiri |
| 2 | Mengendalikan rangsang berkemih (b.a.k) | 0 | Tak terkendali / pakai kateter | 1 | 1 | 1 |
| 1 | Kadang-kadang tak terkendali |
| 2 | Mandiri |
| 3 | Membersihkan diri (cuci muka, sisir rambut, sikat gigi) | 0 | Butuh pertolongan orang lain | 0 | 0 | 0 |
| 1 | Mandiri  |
| 4 | Penggunaan jamban, masuk dan keluar (melepaskan, memakai celana, membersihkan, menyiram) | 0 | Tergantung pertolongan orang lain | 0 | 0 | 0 |
| 1 | Perlu pertolongan pada beberapa kegiatan tetapi dapat mengerjakan sendiri kegiatan yang lain |
| 2 | Mandiri |
| 5 | Makan  | 0 | Tidak mampu | 2 | 2 | 2 |
| 1 | Perlu ditolong memotong makanan |
| 2 | Mandiri |
| 6 | Berubah sikap dari berbaring keduduk | 0 | Tidak mampu | 1 | 1 | 1 |
| 1 | Perlu banyak bantuan untuk bisa duduk (> 2 orang) |
| 2 | Bantuan (2 orang) |
| 3 | Mandiri |
| 7 | Berpindah / berjalan | 0 | Tidak mampu | 2 | 2 | 2 |
| 1 | Bisa (pindah) dengan kursi roda |
| 2 | Berjalan dengan bantuan 1 orang |
| 3 | Mandiri  |
| 8 | Memakai baju | 0 | Tidak mampu | 2 | 2 | 2 |
| 1 | Sebagian dibantu (misal mengancingkan baju) |
| 2 | Mandiri  |  |  |  |
| 9 | Naik turun tangga | 0 | Tidak mampu | 0 | 0 | 0 |
| 1 | Butuh pertolongan |
| 2 | Mandiri  |
| 10 | Mandi  | 0 | Tergantung orang lain | 0 | 0 | 0 |
| 1 | Mandiri |
| Total skor | 9 | 9 | 9 |
| Tingkat Ketergantungan | sedang | sedang | Sedang |
| Paraf dan nama perawat | Heni | Heni | Heni |

Keterangan :

20 : mandiri

12 – 19 : ketergantungan ringan

11 – 9 : ketergangungan sedang

8 – 5 : ketergantungan berat

0 – 4 : ketergantungan total

1. Riwayat Kesehatan Sekarang

Ny.ST mengatakan saat ini kedua kaki sulit untuk melangkah, bila bergeser dengan alat bantu. Keluarga Ny.ST mengatakan tidak tahu cara melatih berpindah dari kursi ke tempat tidur.

1. Riwayat Penyakit dahulu

Keluarga Ny. ST mengatakan Ny. ST pernah jatuh dengan posisi telentang pada tanggal 24-7-2017, kaki kanannya sakit tetapi tidak diperiksakan, hanya di beri minyak dan di pijat.

1. Riwayat Penyakit sekarang

Keluarga Ny. ST mengatakan dengan di minyaki dan di pijat tidak ada perubahan, kemudian periksa ke Puskesmas Umbulharjo pada tanggal 28–6–2018 dan dirujuk Ke RSUD Kota Yogyakarta tanggal 28–6-2018. Hasil periksa di RSUD Yogyakarta didapatkan diagnosis medis : *fraktur complicata sub colum femur dextra.* Dari dokter RSUD Kota Yogyakarta mendapatkan saran untuk dilakukan operasi, namun Ny. ST tidak mau dilakukan operasi dikarenakan takut.

1. Harapan Keluarga
2. Harapan yang diinginkan keluarga :

Semua anggota keluarga Ny. ST mengatakan ingin merawat Ny. ST dengan baik dan Ny. ST dapat merasakan kenyamana dan merasa aman ditengah-tengah anak-anak dan cucu-cucunya

1. Harapan terghadap Petugas Kesehatan:

Memberikan pelayanan kesehatan yang sebaik mungkin kepada masyarakat.

1. Lima Tugas Kesehatan Keluarga
2. KMK I (mengenal masalah):
3. Anak perempuan Ny. ST (Ny. SF) mengatakan tahu terdapat masalah pada kaki Ny. ST setelah kejadian jatuh satu tahun yang lalu
4. Anggota keluarga Ny. ST mengatakan tahu bahwa terdapat penebalan kulit pada kedua pantat dikarenakan Ny. ST jarang bergerak dan hanya mampu tidur ditempat tidur
5. Anggota keluarga Ny. ST mengatakan tahu bahwa Ny. ST rawan terjadi jatuh dikarenakan kelemahan kedua kaki nya dan tidak mampu bergerak.
6. KMK II (mengambil keputusan):
7. Anggota keluarga Ny. ST akan memeriksakan Ny. ST ke Puskesmas Umbulharjo 2 karena adanya masalah pada kaki Ny. ST setelah jatuh 1 tahun yang lalu
8. Anggota keluarga Ny. ST membiarkan terjadinya penebalan kulit karena menganggap itu hal yang wajar
9. Anggota keluarga Ny. ST akan berusaha melakukan pencegahan jatuh pada Ny. ST dan saling mengingatkan antar anggota keluarga.
10. KMK III (merawat anggota keluarga yang sakit) :
11. Anggota keluarga Ny. ST tidak tahu cara merawat Ny. ST kondisi Ny. ST yang tidak mampu berjalan, dan tidak tahu cara memindahkan dengan aman dari posisi duduk ke posisi berdiri atau sebaliknya
12. Anggota keluarga Ny. ST tidak tahu cara mencegah terjadinya luka atau penebalan kulit pada klien dengan *bed rest* (tidak mampu mobilisasi)
13. Anggota keluarga Ny. ST mendekatkan kursi dan meja agar Ny. ST tidak jatuh dari tempat tidur dan mengingatkan anggota keluarga untuk hati-hati dalam membawa Ny. ST
14. Ny. ST tidak pernah melakukan ROM atau latihan gerak
15. Terdapat walker sebagai sarana untuk Ny. ST berpegangan saat akan pindah posisi
16. KMK IV (menciptakan lingkungan yang kondusif):
17. Anggota keluarga Ny. ST memberikan pakaian, sprei, sarung bantal dan selalu mengganti pampers Ny. ST sehari dua kali agar Ny. ST merasa nyaman
18. Penerangan di ruang kamar Ny. ST cukup
19. Terdapat beberapa benda yang berserakan di lantai rumah Ny. ST
20. Di kamar mandi tidak ada pegangan
21. Lantai nampak sedikit licin
22. Meja dan kursi didekatkan pada tempat tidur Ny. ST sebagai penghalang agar Ny. ST tidak jatuh dan sebagai pegangan
23. Anggota keluarga Ny. ST mampu memodifikasi tempat b.a.b yang terbuat dari kursi untuk b.a.b Ny. ST di dalam kamar tidur
24. KMK V (memanfaatkan pelayanan kesehatan):
25. Anggota Ny. ST membawa Ny. ST ke puskesmas Umbulharjo 2 dan RSUD Kota Yogyakarta untuk memeriksakan kakiknya
26. Anggota keluarga Ny. ST memanfaatkan fasilitas kesehatan seperti Puskesmas Umbulharjo 2 dan RSUD Kota Yogyakarta untuk memeriksakan diri
27. Anggota keluarga Ny. ST memiliki jaminan kesehatan berupa BPJS Kesehatan.
28. Analisis Data

Tabel. 4 Analisis Data

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No | Data | Masalah | Penyebab |
| 1 | DS :* Anggota keluarga Ny. ST mengatakan Ny. ST pernah jatuh pada tanggal 24 Juli 2017 dengan posisi terlentang

DO :* Hasil rontgen : fraktur complicata sub collum femur dextra ( 28 Juni 2018)
* Nampak adanya deformitas pada kaki kanan (lebih pendek dari kaki kiri)
* Ny. ST nampak tak mampu berjalan
* Kekuatan otot :

5553 | Gangguan mobilitas fisik pada Ny. ST di keluarga Ny. ST | - |
| DS :* Anggota keluarga Ny. ST mengatakan tidak tahu cara melakukan ROM (latihan gerak)
* Anggota keluarga Ny. ST tidak tahu cara memindahkan posisi Ny. ST secara aman

DO :* Anggota keluarga Ny. ST tidak bisa melakukan ROM dan memindahkan Ny. ST secara aman
 |  | Ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit |
| 2 | DS :* Anggota keluarga Ny. ST mengatakan Ny. ST tidak mampu bergerak / mobilisasi, hanya berbaring sejak jatuh satu tahun yang lalu

DO :* Terdapat penebalan kulit pada kedua pantat
* Skor *barthel index* : 9 (ketergantungan sedang)
 | Resiko dekubitus pada Ny. ST di keluarga Ny. ST | - |
| DS :* Anggota keluarga Ny. ST mengatakan membiarkan penebalan kulit yang terjadi karena merupakan hal yang wajar

DO : - |  | Ketidakmampuan keluarga mengambil keputusan |
| DS :* Anggota keluarga Ny. ST tidak tahu cara merawat bagian punggung pada pasien yang berbaring lama
* Anggota keluarga Ny. ST tidak tahu cara melakukan pencegahan terjadinya dekubitus

DO : - |  | Ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit |
| 3 | DS :* Anggota keluarga Ny. ST mengatakan selama berbaring Ny. ST tidak pernah mengalami jatuh

DO :* Kamar mandi nampak tak ada pegangan
* Lantai nampak sedikit licin dan barang-barang sedikit berserakan di lantai
 | Resiko jatuh pada Ny. ST di keluarga Ny. ST | - |
| DS : -DO :* Kamar mandi nampak tak ada pegangan
* Lantai nampak sedikit licin dan barang-barang sedikit berserakan di lantai
 |  | Ketidakmampuan keluarga menciptakan lingkungan yang kondusif |

1. Diagnosis Keperawatan
2. Gangguan mobilitas fisik pada Ny. ST di keluarga Ny. ST berhubungan dengan :
3. Ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit ditandai dengan :
4. Anggota keluarga Ny. ST mengatakan tidak tahu cara melakukan ROM (latihan gerak)
5. Anggota keluarga Ny. ST tidak tahu cara memindahkan posisi Ny. ST secara aman
6. Anggota keluarga Ny. ST tidak bisa melakukan ROM dan memindahkan Ny. ST secara aman
7. Resiko dekubitus pada Ny. ST di keluarga Ny. ST berhubungan dengan :
8. Ketidakmampuan keluarga mengambil keputusan ditandai dengan :
9. Anggota keluarga Ny. ST mengatakan membiarkan penebalan kulit yang terjadi karena merupakan hal yang wajar
10. Skor *barthel index* : 9 (ketergantungan sedang)
11. Ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit ditandai dengan :
12. Anggota keluarga Ny. ST mengatakan Ny. ST tidak mampu bergerak / mobilisasi, hanya berbaring sejak jatuh satu tahun yang lalu
13. Terdapat penebalan kulit pada kedua pantat
14. Anggota keluarga Ny. ST tidak tahu cara merawat bagian punggung pada pasien yang berbaring lama
15. Anggota keluarga Ny. ST tidak tahu cara melakukan pencegahan terjadinya dekubitus
16. Resiko jatuh pada Ny. ST di keluarga Ny. ST berhubungan dengan :
17. Ketidakmampuan keluarga menciptakan lingkungan yang kondusif ditandai dengan :
18. Anggota keluarga Ny. ST mengatakan selama berbaring Ny. ST tidak pernah mengalami jatuh
19. Kamar mandi nampak tak ada pegangan
20. Lantai nampak sedikit licin dan barang-barang sedikit berserakan di lantai
21. Skoring / Penapisan
22. Gangguan mobilitas fisik pada Ny. ST di keluarga Ny. ST berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit

Tabel 5. Penapisan Diagnosis Gangguan Mobilitas Fisik

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Kriteria | Skor | Bobot | Nilai | Pembenaran |
| Sifat masalah.Skala :**Aktual 3**Resiko 2Potensial 1 | 3 | 1 | 3/3 x1= 1 | Masalah sudah terjadi lama perlu penanganan secara rutin |
| Kemungkinan masalah dapat diubah. Skala :**Mudah 2**Sebagian 1Tdk dapat 0 | 2 | 2 | 2/2x2= 2 | Ada kartu jamkesmas, tenaga kesehatan sudah profesional, fasilitas kesehatan mudah dijangkau |
| Potensial masalah untuk dicegahSkala : **Tinggi 3**Cukup 2Rendah 1 | 3 | 1 | 3/3 x 1= 1 | Telah terjadi fraktur sehingga adanya keinginan keluarga Ny.ST untuk peningkatan kesehatan  |
| Menonjolnya masalah.Skala : **Masalah berat harus segera di tangani 2**Ada masalah tp tdk perlu ditangani 1Masalah tidak dirasakan 0 | 2 | 1 | 2/2x1= 1 | Keluarga merasakan adanya masalah berat harus segera ditangani |
| Jumlah skor = | 5 |  |

1. Resiko dekubitus pada Ny. ST di keluarga Ny. ST berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengambil keputusan dan ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit

Tabel 6. Penapisan Diagnosis Resiko Dekubitus

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Kriteria | Skor | Bobot | Nilai | Pembenaran |
| Sifat masalah.Skala :Aktual 3**Resiko 2**Potensial 1 | 2 | 1 | 2/3 x1= 2/3 | Masalah belum terjadi tetapi perlu pencegahan secara rutin. |
| Kemungkinan masalah dapat diubah. Skala :**Mudah 2**Sebagian 1Tdk dapat 0 | 2 | 2 | 2/2x2= 2 | Masalah belum terjadi,Ada kartu jamkesmas, tenaga kesehatan sudah profesional, fasilitas kesehatan mudah dijangkau. |
| Potensial masalah untuk dicegahSkala : Tinggi 3**Cukup 2**Rendah 1 | 2 | 1 | 2/3x1= 2/3 | Masalah lebih lanjut belum terjadi, butuh perhatian dalam perawatan |
| Menonjolnya masalah.Skala : Masalah berat harus segera di tangani 2**Ada masalah tp tdk perlu ditangani 1**Masalah tidak dirasakan 0 | 1 | 1 | 1/2x1=1/2 | Keluarga merasakan adanya masalah tetapi tidak perlu ditangani (keluarga waspada) |
| Jumlah skor = | 3 2/3 |  |

1. Resiko jatuh berhubungan dengan ketidakmampuan kelurga menciptakan lingkungan yang kondusif

Tabel 7. Penapisan Diagnosis Resiko Jatuh

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Kriteria | Skor | Bobot | Nilai | Pembenaran |
| Sifat masalah.Skala :Aktual 3**Resiko 2**Potensial 1 | 2 | 1 | 2/3 x1= 2/3 | Masalah belum terjadi perlu tetapi penegahan secara rutin |
| Kemungkinan masalah dapat diubah. Skala :**Mudah 2**Sebagian 1Tdk dapat 0 | 2 | 2 | 2/2x2= 2 | Masalah belum terjadi,Ada kartu jamkesmas, tenaga kesehatan sudah profesional, fasilitas kesehatan mudah dijangkau. |
| Potensial masalah untuk dicegahSkala : Tinggi 3**Cukup 2**Rendah 1 | 2 | 1 | 2/3x1= 2/3 | Masalah lebih lanjut belum terjadi, butuh perhatian dalam perawatan |
| Menonjolnya masalah.Skala : Masalah berat harus segera di tangani 2**Ada masalah tp tdk perlu ditangani 1**Masalah tidak dirasakan 0 | 1 | 1 | 1/2x1=1/2 | Keluarga merasakan adanya masalah tetapi tidak perlu ditangani |
| Jumlah skor = | 3 2/3  |  |

 Dilihat dari hasil penapisan, berikut prioritas masalah yang muncul :

1. Gangguan mobilitas fisik pada Ny. ST di keluarga Ny. ST berhubungan dengan :
2. Ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit ditandai dengan :
3. Anggota keluarga Ny. ST mengatakan tidak tahu cara melakukan ROM (latihan gerak)
4. Anggota keluarga Ny. ST tidak tahu cara memindahkan posisi Ny. ST secara aman
5. Anggota keluarga Ny. ST tidak bisa melakukan ROM dan memindahkan Ny. ST secara aman
6. Resiko jatuh pada Ny. ST di keluarga Ny. ST berhubungan dengan :
7. Ketidakmampuan keluarga menciptakan lingkungan yang kondusif ditandai dengan :
8. Anggota keluarga Ny. ST mengatakan selama berbaring Ny. ST tidak pernah mengalami jatuh
9. Kamar mandi nampak tak ada pegangan
10. Lantai nampak sedikit licin dan barang-barang sedikit berserakan di lantai
11. Resiko dekubitus pada Ny. ST di keluarga Ny. ST berhubungan dengan :
12. Ketidakmampuan keluarga mengambil keputusan ditandai dengan :
13. Anggota keluarga Ny. ST mengatakan membiarkan penebalan kulit yang terjadi karena merupakan hal yang wajar
14. Skor *barthel index* : 9 (ketergantungan sedang)
15. Ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit ditandai dengan :
16. Anggota keluarga Ny. ST mengatakan Ny. ST tidak mampu bergerak / mobilisasi, hanya berbaring sejak jatuh satu tahun yang lalu
17. Terdapat penebalan kulit pada kedua pantat
18. Anggota keluarga Ny. ST tidak tahu cara merawat bagian punggung pada pasien yang berbaring lama
19. Anggota keluarga Ny. ST tidak tahu cara melakukan pencegahan terjadinya dekubitus
20. Perencanaan

Tabel 8. Perencanaan Keperawatan pada Keluarga Ny. ST

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| No. | Diagnosa | Tujuan | Intervensi | Rasional |
| 1 | Gangguan mobilitas fisik b.d ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit | TUPAN :Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam, diharapkan keluarga mampu :1. Melakukan ROM secara mandiri pada Ny. ST
2. Memindahkan Ny. ST secara aman
3. Ny. ST mampu melakukan ROM aktif pada tangannya

TUPENKMK 3Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 2 x pertemuan, @ 45 menit, keluarga mampu :1. Mempraktikkan kembali ROM kepada Ny. ST
2. Mempraktikan memindahkan pasien secara aman
3. Pasien mampu melakukan ROM aktif pada tangannya
 | KMK 31. Observasi kemampuan keluarga dalam melakukan ROM dan memindahkan klien
2. Latih keluarga dan klien cara berpindah dari tempat tidur ke kursi atau sebaliknya
3. Ajarkan ROM / latihan rentang gerak pasif pada klien dan keluarga
4. Ajarkan klien ROM aktif pada kedua tangannya
5. Bersama keluarga buat jadwal latihan ROM / latihan rentang gerak

Heni | KMK 31. Mengidentifikasi dan mengevaluasi tindakan yang sudah diberikan serta sebagai acuan dalam menentukan tindakan keperawatan selanjutnya
2. Menbambah ilmu penegtahuan keluarga terkait cara memindahkan klien dengan aman
3. Menghindari adanya atropi atau pemendekan dan kekakuan otot
4. Menghindari adanya atropi atau pemendekan dan kekakuan otot
5. Sebagai sarana pengingat dalam melakukan ROM pasif dan aktif

Heni |
| 2 | Resiko jatuh b.d ketidakmampuan keluarga menciptakan lingkungan yang kondusif | TUPAN :Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam, diharapkan keluarga mampu :1. Melakukan pencegahan jatuh setiap saat
2. Tidak terjadi peristiwa jatuh

TUPENKMK 4Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1 x pertemuan, @ 45 menit, keluarga mampu:1. Mampu memberikan penerangan yang cukup
2. Membereskan barang-barang yang berserakan di lantai
3. Memastikan lantai tidak licin
 | KMK 41. Edukasi keluarga terkait akibat jika klien mengalami jatuh
2. Diskusi bersama keluarga untuk melakukan pencegahan resiko jatuh (penerangan, barang-barang berserakan, lantai licin, dan kamar mandi tidak ada pegangan)
3. Motivasi keluarga untuk selalu melalukan pencegahan resiko jatuh

Heni  | KMK 41. Menambah wawasan keluarga sehingga dapat berpikir akibat jika Ny. ST jatuh sehingga lebih berhati-hati dalam merawatnya
2. Saling bertukar pikiran menemukan jalan keluar untuk mencegah resiko jatuh dengan kondisi dan sumber daya yang ada
3. Menciptkan rasa semangat dari dalam diri keluarga untuk selalu melakukan pencegahan resiko jatuh pada NY. ST

Heni  |
| 3 | Resiko dekubitus b.d ketidakmampuan keluarga mengambil keputusan dan merawat anggota keluarga yang sakit | TUPANSetelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam, diharapkan:1. Tidak terjadi dekubitus atau penebalan kulit kronis
2. Klien mampu miring kanan dan miring kiri secara mandiri
3. Keluarga mampu melakukan pencegahn terjadinya dekubitus (memberikan minyak, ganti pampers segera setelah penuh, ganti linen secara berkala)

TUPENKMK 2Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1 x pertemuan, @ 45 menit, keluarga :1. Mengerti dan paham bahwa dekubitus itu memperburuk keadaan Ny. ST
2. Sanggup melakukan pencegahan dekubitus pada Ny. ST

KMK 3Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1 x pertemuan, @ 45 menit, keluarga dan klien mampu:1. Melakukan pencegahan terjadinya dekubitus ( mengganti linen, ganti pampers segera setelah penuh, memberikan minyak pada punggung)
2. Klien mampu mempraktikkan miring kanan dan kiri
 | KMK 21. Diskusi bersama keluarga terkait akibat jika klien mengalami dekubitus
2. Tanyakan kesanggupan keluarga untuk melakukan pencegahan dekubitus

KMK 31. Observasi keadaan kulit punggung dan pantat
2. Ajarkan keluarga cara pencegahan terjadinya dekubitus ( mengganti linen, ganti pampers segera setelah penuh, memberikan minyak pada punggung
3. Ajarkan klien miring kanan dan miring kiri
4. Bersama klien buat jadwal miring kanan dan miring kiri
5. Edukasi keluarga untuk mengobservasi keadaan kulit punggung dan pantat secara berkala

Heni  | KMK 21. Saling bertukar pikiran antar keluarga dan perawat untuk dapat menemukan satu jalan keluar sesuai kondisi dan tersedianya sumberdaya
2. Sebagai bukti komitmen keluarga untuk melakukan pencegahan dekubitus pada klien

KMK 31. Mengidentifikasi dan sebagai acuan untuk melakukan intervensi keperawatan selanjutnya
2. Menambah wawasan keluarga sehingga dapat mencegah terjadinya dekubitus pada klien
3. Miring kanan dna miring kiri dapat meminimalkan penekanan pada punggung dan mencegah terjadinya luka akibat penekanan
4. Sebagai sarana pengingat sehingga tercipta derajat kesehatan yang optimal
5. Keluarga mampu mengetahui kedaaan kulit punggung dan pantat sehingga jika ada masalah dapat segera ditanggulangi.

Heni  |

1. Implemantasi dan Evaluasi

Tabel 8. Implementasi dan Evaluasi pada Keluarga Ny. ST

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No | Diagnosis Keperawatan | Implementasi | Evaluasi |
| 1 | Gangguan mobilitas fisik b.d ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit | KMK 3Senin, 02 Juli 2018 : 10.00 WIB1. Mengobservasi kemampuan keluarga dalam melakukan ROM dan memindahkan klien
2. Melatih keluarga dan klien cara berpindah dari tempat tidur ke kursi atau sebaliknya

Heni  | Senin, 02 Juli 2018 : 11.00 WIBS :* Keluarga belum tahu cara melakukan ROM aktif maupun pasif
* Keluarga paham langkah-langkah memindahkan pasien baik dari tempat tidur ke kursi, berdiri atau sebaliknya

O :* Keluarga nampak benar dalam melakukan langkah-langkah memindahkan pasien baik dari tempat tidur ke kursi, berdiri atau sebaliknya

A : gangguan mobilitas fisik teratasi sebagianP :* Ajarkan ROM / latihan rentang gerak pasif pada klien dan keluarga
* Ajarkan klien ROM aktif pada kedua tangannya
* Bersama keluarga buat jadwal latihan ROM / latihan rentang gerak

Heni  |
| KMK 3Selasa, 03 Juli 2018 : 09.00 WIB1. Mengajarkan ROM / latihan rentang gerak pasif pada klien dan keluarga
2. Mengajarkan klien ROM aktif pada kedua tangannya
3. Membuat jadwal latihan ROM / latihan rentang gerak bersama keluarga

Heni  | Selasa, 03 Juli 2018 : 11.30 WIBS :* Keluarga mengatakan paham langkah-langkah melakukan ROM pasif pada kaki klien
* Klien paham cara melakukan ROM aktif pada kedua tangannya

O :* Klien dan keluarga sangat kooperatuf
* Keluarga nampak benar dalam melakukan ROM pasif
* Klien nampak benar dalam melakukan ROM aktif
* Jadwal latihan ROM ditempel di kamar klien

A : gangguan mobilitas fisikP :* Pantau kepatuhan keluarga dan klien dalam melakukan ROM pasif dan aktif

Heni  |
| Rabu, 04 Juli 2018 : 11.00 WIBKMK 31. Memantau kepatuhan keluarga dan klien dalam melakukan ROM pasif dan aktif

Heni  | Rabu, 04 Juli 2018 : 12.00 WIBS : * Keluarga mengatakan tadi pagi sudah melakukan ROM pasif pada kaki jam 08.00 dan jam 11.00
* Klien mengatakan melakukan ROM aktif pada tangan jam 08.00 dan jam 11.00

O :* Keluarga dan klien nampak benar dalam melakukan ROM aktif maupun pasif

A : gangguan mobilitas fisik teratasiP : * Pantau kepatuhan keluarga dan klien dalam melakukan ROM pasif dan aktif

Heni  |
| 2 | Resiko jatuh b.d ketidakmampuan keluarga menciptakan lingkungan yang kondusif | Selasa, 03 Juli 2018 : 09.00 WIBKMK 41. Memberikan edukasi keluarga terkait akibat jika klien mengalami jatuh
2. Berdiskusi bersama keluarga untuk melakukan pencegahan resiko jatuh (penerangan, barang-barang berserakan, lantai licin, dan kamar mandi tidak ada pegangan)
3. Memotivasi keluarga untuk selalu melalukan pencegahan resiko jatuh

Heni  | Selasa, 03 Juli 2018 : 10.00 WIBS :* Keluarga mampu menyebutkan akibat jika klien mengalami jatuh
* Keluarga mampu menyebutkan cara-cara pencegahan resiko jatuh
* Keluarga mengatakan bersemangat untuk melakukan pencegahan resiko jatuh pada klien

O : -A : resiko jatuh teratasi sebagaianP :* Pantau keluarga dalam melaksanakan pencegahan resiko jatuh

Heni  |
| Rabu, 04 Juli 2018 : 12.00 WIBKMK 41. Memantau keluarga untuk melaksanakan pencegahan resiko jatuh

Heni  | Rabu, 04 Juli 2018 : 13.00 WIBS :* Keluarga mengatakan tadi pagi sudah memastikan lantai tidak licin
* Sudah membereskan barang-barang yang ada di lantai
* Jika ke kamar mandi lebih baik klien ditemani oleh mimal 1 orang

O :* Keluarga nampak mengeringkan lantai yang basah terkena sibinan air

A : resiko jatuh teratasiP :* Pantau keluarga dalam melaksanakan pencegahan resiko jatuh setiap saat

Heni  |
| 3 | Resiko dekubitus b.d ketidakmampuan mengambil keputusan dan ketidakmampuan keluarga merawat anggota yang sakit | Senin, 02 Juli 2018 : 12.00 WIBKMK 21. Melakukan diskusi bersama keluarga terkait akibat jika klien mengalami dekubitus
2. Menanyakan kesanggupan keluarga untuk melakukan pencegahan dekubitus

Heni  | Senin, 02 Juli 2018 : 13.00 WIBKMK 2S :* Keluarga mengatakan sanggup untuk melakukan pencegahan dekubitus pada klien
* Keluarga paham akibat jika klien mengalami dekubitus

O :* Keluarga nampak kooperatif
* Keluarga nampak mantap dalam melakukan pencegahan dekubitus

A : resiko dekubitus teratasi sebagianP : KMK 3* Observasi keadaan kulit punggung dan pantat
* Ajarkan keluarga cara pencegahan terjadinya dekubitus ( mengganti linen, ganti pampers segera setelah penuh, memberikan minyak pada punggung
* Ajarkan klien miring kanan dan miring kiri
* Bersama klien buat jadwal miring kanan dan miring kiri
* Edukasi keluarga untuk mengobservasi keadaan kulit punggung dan pantat secara berkala

Heni  |
| Selasa, 03 Juli 2018 : 13. 00 WIBKMK 31. Mengbservasi keadaan kulit punggung dan pantat
2. Mengajarkan keluarga cara pencegahan terjadinya dekubitus ( mengganti linen, ganti pampers segera setelah penuh, memberikan minyak pada punggung)
3. Mengajarkan klien miring kanan dan miring kiri
4. Bersama klien buat jadwal miring kanan dan miring kiri
5. Mengedukasi keluarga untuk mengobservasi keadaan kulit punggung dan pantat secara berkala

Heni  | Selasa, 03 Juli 2018 : 14.30 WIBS :* Keluarga paham cara pencegahan terjadinya dekubitus ( mengganti linen, ganti pampers segera setelah penuh, memberikan minyak pada punggung
* Klien paham cara miring kanan dan kiri
* Keluarga mengatakan mau melihat punggung dan pantat klien ketika mandi atau mengganti pampers

O :* Tidak terdapat luka pada punggung dan pantat klien
* Terjadi penebalan kulit pada kedua pantat klien
* Jadwal miring kanan dan miring kiri sudah ditempel di kamar klien

A : resiko dekubitus teratasi sebagianP :* Pantau kepatuhan keluarga dalam melakukan pencegahan resiko dekubitus
* Pantau kepatuhan klien dalam miring kanan dan miring kiri

Heni  |
| Rabu, 04 Juli 2018 : 13.00 WIBKMK 31. Memantau kepatuhan keluarga dalam melakukan pencegahan resiko dekubitus
2. Memantau kepatuhan klien dalam miring kanan dan miring kiri

Heni  | Rabu, 04 Juli 2018 14.30 WIBS :* Keluarga mengatakan pagi ini sudah mengganti sprei, baju dan pampers klien
* Keluarga mengatakan setelah mandi mengolesi minyak pada bagian punggung dan pantat klien
* Keluarga mengatakan tidak terdapat luka pada punggung dna pantat hanya terdapat penebalan kulit pantat
* Klien mengatakan sudah miring kanan dan miring kiri tadi jam 07.00 dan jam 09.00

O : -A : resiko dekubitus teratasi P :* Pantau kepatuhan keluarga dalam melakukan pencegahan resiko dekubitus
* Pantau kepatuhan klien dalam miring kanan dan miring kiri

Heni  |

1. **Pembahasan**

Pada bab ini penulis melakukan pembahasan meliputi asuhan keperawatan yang dimulai dari pengkajian, perumusan diagnosis keperawatan, perencanaan, implementasi, evaluasi serta dokumentasi keperawatan, dengan cara membandingkan antara teori dan pelaksanaan asuhan keperawatan. Dalam pembahasan ini penulis menggunakan teori dari Doenges (2012)

Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam yaitu mulai tanggal 02 Juli – 04 Juli 2018 didapatkan hasil pengkajian sampai dengan evaluasi keperawatan. Dalam pembahasan ini penulis akan menguraikan faktor pendukung dan faktor penghambat dalam pelaksanaan asuhan keperawatan keluarga Ny. ST dengan lansia yang mengalami gangguan mobilitas fisik.

1. Pengkajian

Dalam pengkajian, penulis menggunakan data identitas pasien dan keluarga, keluhan utama, riwayat kesehatan pasien sekarang dan terdahulu, genogram, riwayat kesehatan keluarga, pola kebiasaan pasien yang meliputi : pemeliharaan dan persepsi tentang kesehatan, nutrisi, aktivitas, istirahat dan tidur, eliminasi, pola hubungan, toleransi stress dan pemeriksaan fisik serta data penunjang (data sekunder)

Sumber diperoleh dari pasien, keluarga pasien, dari status pasien. Metode yang digunakan untuk pengumpulan data yaitu dengan wawancara, pemeriksaan fisik, observasi, dan studi dokumen (Rekam Medis yang ada di Puskesmas Umbulharjo 2). Dalam pembahasan ini penulis menggunakan teori menurut Doenges (2012) maka penulis akan membandingkan antara tinjauan pustaka dengan tinjauan kasus antara lain:

1. Data yang ada saat pengkajian sesuai dengan teori Doenges (2012) : adanya kesulitan berjalan pada pasien, ditemukannya data deformitas pada kaki kanan (lebih pendek daripada kaki kiri), adanya resiko jatuh akibat dari tirah baring yang lama
2. Data yang ada saat pengkajian tetapi tidak ada pada teori : data terkait adanya penebalan kulit pada bagian pantat

Faktor pendukung dalam melakukan pengkajian adalah adanya kerjsama antara keluarga, klien dan petugas kesehatan serta keluarga klien dan klien yang sangat kooperatif. Sedangkan faktor penghambatnya adalah harus diberikan beberapa stimulus yang kuat agar pasien mau bercerita kepada tim kesehatan, namun setelah terbentuk rasa saling percaya, pasien sangat kooperatif.

1. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan yang ada pada teori dan muncul juga pada kasus ada diagnosis gangguan mobilitas fisik dan resiko jatuh. Sedangkan resiko dekubitus tidak muncul dikarenakan penulis mempertimbangkan adanya tirah baring yang lama pada klien akibat dari kurangnya kepahaman keluarga dalam menfaatkan fasilitas kesehatan dahulu saat klien jatuh telentang (satu tahun yang lalu) sehingga mengharuskan klien tirah baring lama dan berimbas pada kekakuan otot-otot. Oleh karena itu diagnosis keperawatan resiko dekubitus dapat diangkat karena pada klien yang tirah baring, penekanan pada daerah punggung dan pantat seangat besar sehingga dapat menyebabkan terjadinya luka akibat tekanan atau luka dekubitus. Untuk itu, tindakan preventif sangat berperan penting dalam kasus ini.

1. Perencanaan

Perencanaan tindakan keperawatan dilakukan setelah menetapkan diagnosis keperawatan sesuai prioritas masalah. Pembuatan tujuan menggunakan system SMART *(specific, measurable, achievable, reliable, time).* Dalam perencanaan ditetapkan prioritas masalah berdasarkan kebutuhan dasar individu menurut Maslow dan yang paling mengancam hidup/jiwa pasien. Pada kasus keluarga Ny. ST didapatkan prioritas sebagai berikut :

1. Gangguan mobilitas fisik b.d ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit
2. Resiko jatuh b.d ketidakmampuan keluarga menciptkan lingkungan yangkondusif
3. Resiko dekubitus b.d ketidakmampuan keluarga mengambil keputusan dan ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit.

Prioritas tersebut dibuat dengan cara scoring / penapisan yang meliputi : sifat masalah, kemungkinan masalah dapat diubah, potensial masalah untuk dicegah dan menonjolnya masalah

1. Implementasi

Pelaksanaan tindakan keperawatan sesuai perencanaan yang telah dilakukan pada keluarga Ny. ST melibatkan klien, keluarga, dan petugas kesehatan. Pelaksanaan mengacu pada perencanaan keperawatan yang telah dibuat dan disesuaikan dengan kondisi klien. Tidak ditemukan modifikasi intervensi selama melakukan proses keperawatan. Perencanaan keperawatan dapat terlaksana semua dikarenakan adanya kerjasama dari keluarga dan pasien serta tenaga kesehatan yang merawat. Pasien dan keluarga merasa dengan dilakukan tindakan akan membawanya kearah kesembuhan, disamping itu keluarga dan pasien kooperatif pada semua prosedur yang dilakukan sehingga dalam melaksanakan implementasi keperawatan dapat sesuai dengan perencanaan yang dibuat. Faktor pendukung penulis melaksanakan tindakan keperawatan adalah klien dan keluarga sangat kooperatif sehingga perencanaan keperawatan yang telah dibuat dapat dilakukan secara lancar dan pihak puskesmas Umbulharjo 2 mendukung adanya kunjungan rumah pada keluarga Ny. ST, sedangkakan untuk faktor pemghambat tidak ditemukan.

1. Evaluasi

Setelah dilakukan asuhakan keperawatan selama 3 x 24 jam dengan 3 diagnosis yang ada pada kasus keluarga Ny. ST dengan lansia yang mengalami gangguan mobilitas fisik di wilayah kerja Puskesmas Umbulharjo 2 dilakukan evaluasi yang mengacu pada kriteria tujuan yang dibuat pada saat merencanakan intervensi keperawatan, evaluasi yang dibuat pada diagnosis yang muncul adalah sebagai berikut:

1. Gangguan mobilitas fisik

Evaluasi dilakukan pada hari selasa tanggal 03 Juli 2018 jam 11.30 WIB dengan status diagnosis teratasi yang didukung data : keluarga mengatakan paham langkah-langkah melakukan ROM pasif pada kaki klien, klien paham cara melakukan ROM aktif pada kedua tangannya, klien dan keluarga sangat kooperatif, jadwal latihan ROM ditempel di kamar klien. Namun demikian, keluarga harus tetap mendapatkan dukungan yang kuat dari petugas kesehatan dan anggota keluarga karena proses pengembalian otot-otot yang kaku melalui intervensi yang sudah diajarkan pada keluarga memakan waktu yang lama. Jadi rencana tindak lanjut yang dibuat adalah pantau kepatuhan keluarga dan klien dalam melakukan ROM pasif dan aktif.

1. Resiko jatuh

Evaluasi dilakukan pada hari rabu tanggal 04 Juli 2018 pukul 14.30 WIB dengan status diagnosis keperawatan teratasi yang didukung dengan data : keluarga mengatakan tadi pagi sudah memastikan lantai tidak licin, keluarga sudah membereskan barang-barang yang ada di lantai, jika ke kamar mandi lebih baik klien ditemani oleh mimal 1 orang, dan keluarga nampak mengeringkan lantai yang basah terkena sibinan air. Namun karena resiko jatuh tidak dapat diprediksi tujuannya dapat teratasi kapan sehingga keluarga harus sanggup untuk melakukan pencegahan setiap saat, pencegahan yang dilakukan termasuk dalam hal-hal kecil tetapi sangat bermanfaat untuk pasien, sehingga dirumuskan rencana tindak lanjut sebagai berikut : pantau keluarga dalam melaksanakan pencegahan resiko jatuh setiap saat

1. Resiko dekubitus

Evaluasi dilakukan pada hari rabu, tanggal 04 Juli 2018 pukul 14.30 WIB dengan status diagnosisi keperawatan teratasi yang didukung oleh data : keluarga paham cara pencegahan terjadinya dekubitus ( mengganti linen, ganti pampers segera setelah penuh, memberikan minyak pada punggung, klien paham cara miring kanan dan kiri, keluarga mengatakan mau melihat punggung dan pantat klien ketika mandi atau mengganti pampers, tidak terdapat luka pada punggung dan pantat klien, terjadi penebalan kulit pada kedua pantat klien dan jadwal miring kanan dan miring kiri sudah ditempel di kamar klien. resiko dekubitus juga tidak dapat diprediksi waktu pencapaian tujuannya, yang dapat diprediksi adalah tujuan kemampuan keluarga melakukan pencegahan terjadinya dekubitus, sehingga dirumuskan tindak lanjut sebagai berikut : pantau kepatuhan keluarga dalam melakukan pencegahan resiko dekubitus dan pantau kepatuhan klien dalam miring kanan dan miring kiri

1. Dokumentasi

Menurut teori dokumentasi Koizer (2010) system dokumentasi yang sesuai dengan Rumah sakit yaitu menggunakan format SOAP. Adapun dokumentasi yang dilakukan oleh penulis adalah dokumentasi yang berdasarkan asuhan keperawatan yaitu SOAP. Dalam asuhan keperawatan keluarga pada Ny. ST penulis telah mendokumentasikan mulai dari pengkajian sampai dengan dokumentasi pada rekam medis pasien. Berikut dokumentasi yang dilakukan pada setiap tahap :

1. Pengkajian

Dokumentasi yang dilakukan pada tahap pengkajian dengan metode deskriptif yaitu dengan data subjektif (pendokumentasian sesuai apa yang dikatakan pasien, bukan merupakan kesimpulan atau suatu interprestasi), data objektif yang didapatkan dari hasil pemeriksaan dan observasi. Dalam proses pendokumentasian pengkajian juga dibubuhkan nama tenaga kesehatan, tanggal dan tanda tangan.

1. Diagnosis Keperawatan

Dalam pendokumentasian diagnosis keperawatan mengacu pada rumus : P *(problem)* + E *(etiologi)* + S *(sign and symptom)* pada diagnosis keperawatan aktual, pada diagnosis resiko mengacu pada rumus : P *(problem)* + E *(etiologi)* atau P *(problem)* + S *(sign and symptom),* sedangkan pada diagnosis sejahtera mengacu pada rumus : P *(problem).* Pada kasus ini didapatkan 3 diagnosis keperawatan yang satu merupakan diagnosis aktual sehingga menggunakan rumus P + E + S dan ditulis lengkap pada lembar tersendiri serta dibubuhkan tanggal penegakan, nama dan tanda tangan perawat. Serta yang dua adalah diagnosis resiko sehingga menggunakan rumus P *(problem)* + E *(etiologi)* atau P *(problem)* + S *(sign and symptom).*

1. Perencanaan Keperawatan

Dalam pendokumentasian perencanaan keperawatan menggunakan tabel yang isinya nomer, diagnosis keperawatan, tujuan (kriteria hasil), intervensi dan rasional. Perencanaan yang dibuat mengacu pada teori Doenges et al, (2012) dan *Nursing Intervension Classification* (2015). Kriteria waktu yang digunakan penulis adalah 3 x 24 jam. Pada setiap perencanaan yang dibuat dibubuhkan tanggal pembuatan, dan nama serta tanda tangan pada bagian bawah tabel.

1. Implementasi

Pendokumentasian implementasi bersifat segera setelah dilakukan tindakan / suatu prosedur pada lembar catatan perkembangan terintergrasi pasien dengan membubuhkan tindakan yang dilakukan, tanggal, jam, nama terang dan tanda tangan yang melaksanakan. Pada pendokumentasian implementasi mengacu prinsip “tulis apa yang kamu lakukan, dan lakukan apa yang kamu tulis”.

1. Evaluasi

Pada pendokumentasian evaluasi dibagi menjadi evaluasi proses dan evaluasi hasil serta menggunakan format SOAP (data subjektif, data objektif, analisis dan perencanaan). Evaluasi proses dilakukan setiap melakukan tindakan dan didokuemntasikan dilembar catatan perkembangan terintergrasi sebagai suatu respon dari pasien, sedangkan evaluasi hasil dilakukan di akhir perawatan sesuai dengan kriteria waktu yang telah ditentukan pada pembuatan diagnosis, antara masalah satu dengan yang lain bisa beda kriteria waktu yang ditetapkan.

Pembubuhan tanggal, jam, nama terang dan tanda tangan juga penting dilakukan pada pendokumentasian evaluasi.

Faktor pendukung pendokumentasian adalah terdapat format pendokumentasian dari Pendidikan maupun dari Puskesmas Umbulharjo 2, dan adanya kerjasama antara perawat dan paisen. Penulis tidak menemukan adanya faktor penghambat pada saat dokumentasi

1. **Keterbatasa Kasus**

Kasus asuhan keperawatan keluarga dengan salah satu anggota keluarga (lansia) mengalami gangguan mobilitas fisik, merupakan kasus yang menarik namun untuk referensi terkait konsep asuhan keperawatan keluarga dengan lansia yang gangguan mobilitas fisik masih sulit ditemukan, jadi penulis menggabungkan konsep asuhan keperawatan keluarga dengan konsep asuhan keperawatan dengan masalah gangguan mobilitas fisik.

**BAB IV
PENUTUP**

1. **Kesimpulan**

Setelah dilakukan Asuhan Keperawatan keluarga pada Ny. ST dengan lansia yang mengalami gangguan mobilitas fisik di wilayah kerja Puskesmas Umbulharjo 2 penulis mendapatkan pengalaman nyata dalam melaksanakan Asuhan Keperawatan yang meliputi pengkajian, perumusan diagnosa keperawatan, perencanaan serta implementasi dan evaluasi.

Asuhan Keperawatan keluarga yang diberikan pada Ny. ST selama 3 x 24 jam didapatkan 3 diagnosis yaitu gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit, resiko jatuh berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga menciptakan lingkungan yang kondusif dan resiko dekubitus berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga mengambil keputusan dan ketidakmampuan keluarga merawat anggot keluarga yang sakit. Ketiga diagnosis keperawatan tersebut teratasi namun harus tetap dilakukan pemantauan dikarenakan masalah yang dialami keluarga Ny. ST tidak bisa selesai dalam waktu 3 hari, hanya saja pengalaman dan pengetahuan keluarga Ny. ST dapat bertambah dalam waktu 3 hari dan bisa digunakan sebagai bekal untuk mengurangi masalah-masalah aktual pada Ny. ST.

1. **Saran**

Berdasarkan pengalaman nyata penulis dapat melaksanakan asuhakan keperawatan pada keluarga Ny. R dengan kehamilan di wilayah kerja puskesmas jetis, penulis memberikan saran bagi :

1. Bagi petugas kesehatan di Puskesmas Umbulharjo 2

Karya Tulis Ilmiah ini dapat digunakan sebagai referensi dalam melaksanakan asuhan keperawatan keluarga di wilayah kerja Puskesmas Umbulharjo 2. Petugas kesehatan yang ada untuk tetap mempertahankan pelayanan kesehatan masyarakat yang ada dan juga pedokumetasian asuhan.

**DAFTAR PUSTAKA**

Brunner and Suddarth’s. (2008). Buku Ajar Keperawatan Medical Bedah Edisi 8 volume 2. Jakarta : EGC.

Carpenito. (2008). *Buku Saku Diagnosa Keperawatan*. Jakarta : EGC

Doenges et al. (2012). *Rencana Asuhan Keperawatan Pedomana dan Pendokumentasian Perawatan Pasien*. Jakarta : ECG

DPD & PPNI. (2016). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia*, Jakarta : DPD PPNI

Friedman, M. (2010). *Buku Ajar Keperawatan keluarga : Riset, Teori, dan Praktek. Edisi ke-5.* Jakarta: EGC.

Helmi, Noor Zairin. (2012). *Buku Ajar Gangguan Muskuloskeletal; jilid 1.* Jakarta : Salemba Medika

Johnson L. dan Leny R. (2010). *Keperawatan Keluarga: plus Contoh Askep Keluarga. Cetakan I*. Yogyakarta: Nuha Medika

Kozier. Erb, Berman. Snyder. (2010). *Buku Ajar Fondamental Keperawatan : Konsep, Proses & Praktik, Volume : 1, Edisi : 7*.Jakarta : ECG

Moorhead, Marion Johnson, L. (2012). Maas Meridean, Elizabeth Swanson. 2016. *Nursing Outcome Classifications (NOC), Edisi 5 terjemahan bahasa Indonesia.*

Moorhead, Marion Johnson, L. (2012). Maas Meridean, Elizabeth Swanson. 2016. *Nursing Interventions Classifications (NIC), Edisi 5 terjemahan bahasa Indonesia.*

Probosuseno. (2008). *Mengapa Lansia Sering Tiba-tiba Roboh?.* Diakses tanggal 11 Juli 2018<http://www.infoanda.com/followlink.php?lh=U1VSUFdYB1ZS>

Setiadi. (2012). *Konsep & Penulisan Dokumentasi Asuhan Keperawatan Teori dan Praktik.* Yogyakarta : Graha Ilmu