

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Telaah Pustaka

1. Lansia dengan Risiko Jatuh

a. Lansia

Lanjut usia (lansia) merupakan fase senesens yang ditandai dengan pertambahan usia kronologis serta deteriorasi fungsional organ vital, seperti serebral, kardiak, hepatik, dan renal. Proses penuaan ini juga disertai dengan peningkatan atrofi jaringan aktif, khususnya pada massa otot (sarkopenia), yang berimplikasi pada meningkatnya vulnerabilitas atau kerentanan organisme terhadap berbagai patologi. Kondisi tersebut secara progresif menurunkan imunitas dan kapasitas fungsional tubuh, sehingga meningkatkan risiko mortalitas (Wulandari *et al.*, 2023). Lanjut usia (lansia) merupakan fase terminal dalam siklus ontogeni manusia. Berdasarkan perspektif legalistik yang termaktub dalam Undang-Undang Nomor 13 Tahun 1998 Bab 1 Pasal 1 Ayat 2, klasifikasi lanjut usia ditetapkan bagi individu yang telah mencapai usia kronologis 60 tahun atau lebih. Pada fase perkembangan ini, individu secara inheren mengalami degradasi kapasitas fungsional, baik secara fisiologis maupun psikologis. Namun, fenomena

penurunan tersebut dapat dimitigasi melalui akselerasi ilmu pengetahuan dan inovasi teknologi, khususnya pada domain ilmu kesehatan, manajemen patologi, serta optimalisasi sistem layanan kesehatan primer dan sekunder (Nasution *et al.*, 2025). WHO (*World Health Organization*) tahun 2023 mengelompokkan lanjut usia ke dalam tiga kategori, yaitu lansia awal berusia 60–74 tahun, lansia pertengahan berusia 75–90 tahun, dan lansia akhir berusia 90 tahun ke atas (Kusumo dalam Azizah *et al.*, 2025).

Seiring dengan progresivitas usia kronologis, populasi lanjut usia mengalami transformasi fisiologis dan kognitif yang memberikan implikasi signifikan terhadap status sosio-ekonomi mereka. Memasuki fase senesens, individu dihadapkan pada serangkaian deteriorasi biologis yang manifes secara fisik, meliputi penurunan elastisitas dermis, hilangnya pigmentasi rambut, serta degradasi fungsi sensorik berupa gangguan auditori dan visual. Selain itu, terdapat perlambatan pada fungsi motorik yang menyebabkan kapasitas fisik individu tidak lagi kompatibel dengan tuntutan okupasi profesional tertentu yang membutuhkan ketangkasan serta kekuatan fisik yang intens (Fitri *et al.*, 2023). Transformasi fisiologis pada populasi lanjut usia berimplikasi pada timbulnya gangguan mobilitas fisik, yang secara signifikan membatasi otonomi individu dalam melaksanakan aktivitas kehidupan sehari-hari (*Activities of Daily Living*). Keterbatasan

mobilitas tersebut menjadi determinan utama yang mengeskalasi kerentanan terhadap insiden jatuh. Dalam konteks ini, disfungsi mekanisme keseimbangan merupakan etiologi fundamental yang mendasari fenomena tersebut terutama yang sering mengakibatkan seorang lansia mudah jatuh (Syukria & Febriani, 2022).

b. Risiko Jatuh

1) Pengertian

Risiko jatuh merupakan salah satu dari enam sasaran keselamatan pasien. Kejadian jatuh termasuk peristiwa yang dapat dicegah dan terjadi sebagai akibat dari faktor biologis, lingkungan, maupun perilaku (Syukria & Febriani, 2022). Risiko jatuh didefinisikan sebagai suatu kondisi ketika seseorang memiliki kemungkinan yang meningkat untuk mengalami kejadian jatuh yang berpotensi menimbulkan cedera fisik. Selain dipengaruhi oleh proses penuaan, risiko jatuh pada lansia juga disebabkan oleh berbagai faktor, antara lain faktor lingkungan, faktor fisiologis, serta adanya penyakit kronik. Faktor-faktor tersebut berpotensi meningkatkan kejadian jatuh pada lansia, yang selanjutnya dapat menimbulkan dampak cedera dengan tingkat keparahan mulai dari ringan hingga berat (Nina, Meliya Fitri, 2022).

2) Faktor Penyebab

Determinasi faktor risiko jatuh pada pasien diklasifikasikan ke dalam dua kategori utama, yakni faktor intrinsik dan faktor ekstrinsik. Faktor intrinsik merupakan variabel internal dalam diri individu yang mencakup kondisi fisik normal (fisiologis) maupun gangguan kesehatan (patologis). Beberapa contoh kondisi tersebut meliputi kejang, *stroke* (serangan *serebrovaskular*), dan serangan jantung (*infark miokard*), serta gangguan otot dan tulang (muskuloskeletal) yang dapat menyebabkan kekakuan tubuh serta keterbatasan ruang gerak. Faktor internal ini juga diperkuat oleh indikator lain seperti riwayat jatuh sebelumnya, kondisi komorbiditas kronis, serta episode sinkop yang ditandai dengan hilangnya kesadaran secara tiba-tiba.

Di sisi lain, faktor ekstrinsik mencakup variabel lingkungan eksternal yang membahayakan keselamatan pasien. Hal ini meliputi penggunaan alas kaki yang tidak ergonomis atau memiliki koefisien gesek rendah, ketinggian tempat tidur yang tidak sesuai standar keamanan, serta penggunaan perangkat medis yang malfungsi. Selain itu, anomali pada struktur infrastruktur seperti kerusakan atau permukaan lantai yang licin, serta intensitas iluminasi yang inadekuat baik berupa pencahayaan yang minim maupun silau yang berlebihan secara

eksponensial meningkatkan probabilitas terjadinya insiden jatuh (Syukria & Febriani, 2022).

3) Dampak

Dampak resiko jatuh dapat menyebabkan cedera psikologis, syok setelah jatuh dan rasa takut akan jatuh lagi dapat memiliki banyak konsekuensi termasuk kecemasan, hilangnya rasa percaya diri dalam pembatasan aktivitas sehari-hari, fobia jatuh (Nina & Meliya Fitri, 2022). Dampak insiden jatuh pada populasi lanjut usia sering kali berujung pada trauma fisik ireversibel, yang berpotensi menimbulkan disabilitas permanen hingga mortalitas. Konsekuensi negatif tersebut tidak hanya mendegradasi kualitas hidup individu, tetapi juga memicu beban ekonomi yang signifikan terhadap sistem layanan kesehatan. Secara psikologis, lansia yang memiliki riwayat jatuh cenderung mengalami *fear of falling* (ketakutan untuk jatuh kembali) yang mendalam.

Kondisi isolasi sosial dan depresi pada lansia sering kali bertindak sebagai faktor risiko yang mengeskalasi probabilitas jatuh, sehingga membentuk suatu siklus patologis yang saling memperburuk (*vicious cycle*). Secara statistik, meskipun mayoritas insiden jatuh tidak menghasilkan trauma berat, sekitar 20% dari total kasus menyebabkan cedera klinis yang serius, seperti fraktur tulang maupun cedera otak traumatik (Setiawati

et al., 2025). Upaya pencegahan jatuh serta pemahaman terhadap berbagai faktor risiko jatuh merupakan hal yang penting untuk diketahui oleh seluruh lapisan masyarakat, tidak terbatas hanya pada kelompok lanjut usia (Heppy, 2024).

4) Pencegahan

Implementasi strategi preventif serta identifikasi komprehensif terhadap berbagai determinan risiko jatuh merupakan urgensi yang harus dipahami oleh seluruh lapisan masyarakat, melampaui kelompok populasi lanjut usia semata (Heppy, 2024). Upaya pencegahan tersebut dapat diaktualisasikan melalui serangkaian tindakan sistematis, meliputi modifikasi lingkungan yang berisiko, identifikasi faktor risiko spesifik, evaluasi klinis terhadap gaya berjalan (*gait*) dan stabilitas, serta penyelenggaraan program latihan keseimbangan (Restawan *et al.*, 2024).

Dalam tatanan klinis, insiden jatuh dapat dimitigasi oleh tenaga keperawatan melalui penerapan pedoman pencegahan jatuh (*fall prevention protocols*). Perawat memiliki peran penting dalam melakukan pengkajian serta pencegahan risiko jatuh pada pasien melalui pemberian edukasi dan pelaksanaan tindakan pencegahan jatuh yang sesuai dengan Standar Operasional Prosedur (SOP) yang berlaku (Astuti *et al.*, 2021). Intervensi keperawatan memegang peranan krusial dalam

penatalaksanaan risiko jatuh melalui implementasi program latihan mandiri di lingkungan domestik. Regimen latihan tersebut mencakup modalitas spesifik seperti *balance walk*, *heel to toe walk* (jalan tandem), *stand on one foot* (berdiri satu kaki), serta *side walk* (jalan menyamping) yang dirancang untuk meningkatkan stabilitas postural (Aprilia *et al.*, 2023).

5) Pengukuran *Morse Falls Scale* (MFS)

Proses pengkajian, penetapan diagnosis, dan pemberian intervensi keperawatan terkait risiko jatuh mengacu pada instrumen *Morse Fall Scale* (MFS). Instrumen MFS telah diaplikasikan secara luas dalam berbagai setting pelayanan kesehatan, mencakup kondisi perawatan akut di rumah sakit maupun fasilitas perawatan jangka panjang. *Morse Fall Scale* (MFS) merupakan salah satu metode yang efisien dan praktis untuk mengidentifikasi potensi kejadian jatuh pada lansia, baik dalam konteks perawatan akut maupun layanan jangka panjang (Sarah *et al.*, 2022).

Penilaian MFS dilakukan secara komprehensif dan periodik dengan klasifikasi tingkat risiko berdasarkan skor yang diperoleh. Menurut Dessy *et al.* (2023), skala MFS mengidentifikasi tingkatan risiko jatuh dengan kategori skor >45 untuk risiko tinggi, skor 25-44 untuk risiko sedang, dan skor 0-24 untuk risiko ringan, yang mewakili enam faktor berkontribusi

signifikan terhadap probabilitas kejadian jatuh pada pasien. Instrumen MFS terdiri dari enam indikator utama yang dinilai, meliputi riwayat jatuh dalam tiga bulan terakhir, diagnosis sekunder, penggunaan alat bantu mobilitas, pemasangan terapi intravena, pola atau gaya berjalan, serta status mental pasien. Interpretasi skor MFS berkisar antara 0-24 yang menunjukkan tidak berisiko jatuh, skor 25-50 mengindikasikan risiko rendah, dan skor lebih dari 51 menandakan risiko tinggi terhadap kejadian jatuh (Azzahraa & Riyadi, 2024).

6) Pengukuran *Timed Up and Go* (TUG)

Timed Up and Go (TUG) Test merupakan salah satu instrumen yang banyak digunakan untuk mengevaluasi keseimbangan dinamis serta mobilitas fungsional individu (Akin *et al.*, 2021). TUG Test memiliki keunggulan berupa prosedur yang sederhana, waktu pelaksanaan yang relatif singkat, serta penggunaan alat yang minimal, sehingga sering direkomendasikan dalam praktik klinis, fisioterapi, maupun pelayanan kesehatan komunitas. Berbagai penelitian menunjukkan bahwa TUG memiliki validitas dan reliabilitas yang sangat baik pada berbagai populasi, seperti lansia, pasien stroke, individu dengan gangguan muskuloskeletal (Nadhirah *et al.*, 2024). TUG Test digunakan untuk menilai kemampuan mobilitas, perpindahan posisi, kemampuan berjalan sejauh tiga

meter, serta kemampuan mengubah arah gerak. Pemeriksaan ini juga bertujuan untuk mengevaluasi status fungsional pada lansia, terutama terkait keseimbangan tubuh dan risiko jatuh.

Di Indonesia, TUG Test telah banyak diterapkan sebagai standar pengukuran dalam menilai tingkat risiko jatuh pada individu (Humaryanto & Tobing, 2021; Sidik, 2022). Pelaksanaan TUG Test dilakukan dengan menggunakan peralatan sederhana, seperti kursi standar berlengan dan *stopwatch*. Prosedur pelaksanaan TUG test diawali dengan posisi pasien duduk bersandar pada kursi berlengan dengan kedua kaki menyentuh lantai. Selanjutnya, pasien diminta untuk berdiri, berjalan sejauh tiga meter dengan kecepatan yang aman dan normal, berputar, kembali menuju kursi, kemudian duduk kembali. Apabila pasien terbiasa menggunakan alat bantu jalan, maka alat tersebut tetap dapat digunakan selama pemeriksaan berlangsung. Pengukuran waktu dilakukan menggunakan *stopwatch*, dimulai sejak aba-aba “Ya” diberikan atau ketika punggung pasien terlepas dari sandaran kursi hingga pasien kembali duduk secara sempurna pada kursi. Apabila waktu yang dibutuhkan melebihi 12 detik, maka kondisi tersebut dapat mengindikasikan adanya risiko jatuh pada lansia.

2. Balance Exercise

a. Pengertian

Balance Exercise merupakan modalitas latihan yang efektif dalam mengoptimalkan kekuatan muskular pada ekstremitas inferior serta meningkatkan kontrol stabilitas postural. Intervensi ini memberikan dampak positif terhadap integritas artikulasi (sendi) dan penguatan massa otot, yang memfasilitasi kemampuan individu untuk mempertahankan orientasi tubuh tetap selaras di atas bidang tumpu dalam menjaga pusat gravitasi (*center of gravity*). Mekanisme *balance exercise* dirancang untuk membantu meningkatkan kekuatan otot yang berperan dalam menunjang perbaikan kontrol postural dan koordinasi gerak pada populasi lanjut usia secara bersamaan (Saraswati *et al.*, 2022). Secara kinesologis, latihan ini melibatkan aktivasi kelompok otot tertentu, terutama pada bagian ekstremitas inferior, yang berkontribusi dalam mempertahankan stabilitas tubuh dan mendukung kemampuan gerak lansia..

Gerakan plantar fleksi menginduksi kontraksi pada *musculus gastrocnemius* dan *soleus*. Pada fase fleksi genu (*knee flexion*), terjadi pemanjangan (*stretching*) pada kelompok otot *quadriceps* yang disertai dengan kontraksi konsentrik pada grup otot *hamstring*. Sementara itu, gerakan fleksi hip menitikberatkan pada aktivasi kontraktil secara aktif pada *musculus iliopsoas*. Sebaliknya, ekstensi hip memicu kontraksi pada *musculus gluteus maximus*. Adapun gerakan *side leg raise* (abduksi panggul) berfungsi untuk

mengontraksikan *musculus tensor fasciae latae* guna meningkatkan stabilitas lateral.

Pelaksanaan *balance exercise* diawali dengan proses skrining risiko jatuh menggunakan instrumen *Morse Fall Scale* (MFS) guna mengidentifikasi lansia yang memenuhi kriteria untuk diberikan intervensi. Tahap selanjutnya meliputi pengukuran tingkat keseimbangan menggunakan *Timed Up and Go (TUG) Test*, yang kemudian diikuti dengan pemberian *balance exercise* pada lansia yang sesuai dengan kriteria inklusi yang telah ditetapkan. Setelah intervensi *balance exercise* dilaksanakan, dilakukan pengukuran kembali menggunakan *Timed Up and Go (TUG) Test* dan dilanjutkan dengan *Morse Fall Scale* (MFS) sebagai tahap evaluasi untuk menilai ada tidaknya perubahan atau efektivitas dari intervensi yang telah diberikan.

b. Pelaksanaan Balance Exercise

Pelaksanaan *Balance Exercise* menurut Glend, 2007 dalam Fiona, 2023, gerakan *Balance Exercise* terdiri dari 5 macam yaitu:

1. *Plantar flexion*
 - a) Berdiri tegak dengan satu tangan memegang sandaran kursi untuk menjaga keseimbangan.
 - b) Angkat tumit secara perlahan hingga berdiri dengan ujung kaki.
 - c) Tahan posisi tersebut sesuai waktu yang ditentukan.

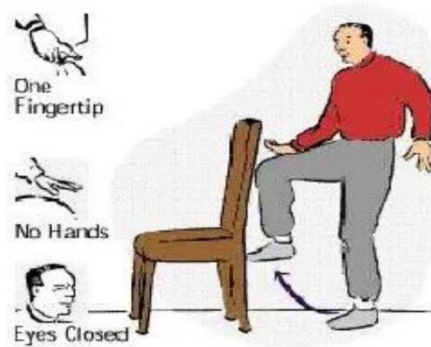
- d) Turunkan tumit kembali ke posisi awal secara perlahan.
- e) Ulangi gerakan ini sebanyak 10 kali.



Gambar 1 Pelaksanaan *Plantar Flexion*

2. *Hip Flexion*

- a) Berdiri tegak dengan satu tangan memegang sandaran kursi untuk menjaga keseimbangan.
- b) Angkat lutut kanan ke arah atas dengan menjaga posisi pinggang tetap lurus tanpa bergerak atau membungkuk.
- c) Tahan posisi tersebut sesuai waktu yang ditentukan.
- d) Turunkan lutut secara perlahan hingga kembali ke posisi awal.
- e) Lakukan gerakan yang sama menggunakan lutut kiri.
- f) Ulangi seluruh gerakan sebanyak 10 kali untuk masing-masing kaki.



Gambar 2 Pelaksanaan *Hip Flexion*

3. *Hip Extension*

- a) Ambil posisi berdiri dengan jarak sekitar 30 cm di depan kursi.
- b) Gerakkan kaki kanan secara perlahan ke arah belakang hingga mencapai posisi di mana pinggang tetap dalam keadaan lurus.
- c) Tahan posisi tersebut sesuai waktu yang ditentukan.
- d) Kembalikan kaki ke posisi awal secara perlahan.
- e) Lakukan gerakan yang sama menggunakan kaki kiri.
- f) Ulangi seluruh gerakan sebanyak 10 kali untuk masing-masing kaki.



Gambar 3 Pelaksanaan *Hip Extention*

4. *Knee flexion*

- a) Berdiri tegak dengan satu tangan memegang sandaran kursi untuk menjaga keseimbangan.
- b) Tekuk lutut kanan secara perlahan ke arah belakang sehingga kaki kanan terangkat di belakang tubuh.
- c) Tahan posisi tersebut sesuai waktu yang ditentukan.
- d) Kembalikan kaki kanan ke posisi awal secara perlahan.
- e) Lakukan gerakan yang sama menggunakan kaki kiri.
- f) Ulangi seluruh gerakan sebanyak 10 kali untuk masing-masing kaki.



Gambar 4 Pelaksanaan *Knee Flexion*

5. *Side leg raise*

- a) Berdiri tegak dengan satu tangan memegang sandaran kursi untuk menjaga keseimbangan.
- b) Angkat kaki kanan secara perlahan ke arah samping hingga mencapai posisi di mana pinggang tetap dalam keadaan lurus.
- c) Tahan posisi tersebut sesuai waktu yang ditentukan.
- d) Kembalikan kaki kanan ke posisi awal secara perlahan.
- e) Lakukan gerakan yang sama menggunakan kaki kiri.
- f) Ulangi seluruh gerakan sebanyak 10 kali untuk masing-masing kaki.



Gambar 5 Pelaksanaan *Slide Leg raise*

3. Konsep Asuhan Keperawatan Lansia dengan Risiko Jatuh

1. Pengkajian

a. Biodata

Mencakup identitas klien yang terdiri atas nama, alamat, usia, jenis kelamin, agama, status perkawinan, pekerjaan, tanggal masuk rumah sakit, serta dilengkapi dengan data identitas penanggung jawab.

b. Riwayat Kesehatan

a) Status kesehatan saat ini, meliputi :

- 1) Sumber kecelakaan, yaitu faktor penyebab yang menjadi asal terjadinya masalah.
- 2) Gambaran terperinci mengenai terjadinya risiko jatuh, di mana klien mampu menjelaskan kronologi atau pengalaman yang berkaitan dengan kejadian jatuh tersebut.

- 3) Faktor-faktor yang berpotensi memengaruhi, seperti konsumsi alkohol dan penggunaan obat-obatan tertentu.
 - 4) Kondisi lingkungan fisik, termasuk permukaan lantai yang licin serta pencahayaan yang tidak memadai.
 - 5) Rangkaian peristiwa, mulai dari keadaan sebelum terjadinya jatuh hingga saat kejadian jatuh berlangsung.
 - 6) Kondisi lain yang dapat memperberat kemampuan berjalan.
 - 7) Masalah kesehatan kronis, di mana penyakit kronik dapat menimbulkan dampak medis, sosial, dan psikologis yang membatasi aktivitas lansia, sehingga berkontribusi terhadap penurunan kualitas hidup (*quality of life/QOL*) pada lanjut usia
- b) Riwayat penyakit terdahulu
- Penilaian dilakukan untuk mengetahui apakah pasien memiliki penyakit yang dapat memengaruhi kemampuan dan pola berjalan sehingga meningkatkan risiko jatuh pada lanjut usia, serta untuk mengidentifikasi adanya riwayat jatuh atau kecelakaan yang pernah dialami oleh lansia tersebut.
- c) Riwayat kesehatan keluarga
- Mencakup adanya penyakit yang dapat memengaruhi kemampuan berjalan dan meningkatkan risiko jatuh pada

lansia, termasuk riwayat jatuh atau kecelakaan, serta riwayat penyakit dalam keluarga lansia.

d) Riwayat psikososial dan spiritual

Mencakup peran klien dalam keluarga, kondisi emosional, kualitas interaksi dan hubungan sosial, tingkat kecemasan, keharmonisan hubungan dengan lingkungan sekitar, status pekerjaan, serta kebiasaan menjalankan ibadah.

2. Aktivitas dan Istirahat

Gejala yang muncul meliputi nyeri sendi saat bergerak dan saat ditekan, nyeri yang memberat akibat stres pada sendi, serta kekakuan pada pagi hari. Keluhan umumnya terjadi secara bilateral dan simetris.

3. Keamanan

Gangguan keamanan berupa kejadian jatuh di rumah pada lansia memiliki angka kejadian yang relatif tinggi dan sering berakibat pada cedera serius, bahkan dapat menyebabkan kematian.

4. Pemeriksaan fisik

- a. Status Status mental, meliputi tingkat kesadaran yang dinilai menggunakan *Glasgow Coma Scale* (GCS).
- b. Tanda-tanda vital, mencakup suhu tubuh, frekuensi dan irama jantung, tekanan darah, serta frekuensi pernapasan.
- c. Pemeriksaan fisik khusus, meliputi pemeriksaan mata, telinga, dan ekstremitas.

- d. Integritas ego, ditandai dengan adanya faktor stres akut maupun kronik.
 - e. Makanan dan cairan, berupa ketidakmampuan dalam memproduksi atau mengonsumsi makanan dan cairan secara adekuat.
 - f. Higiene, ditandai dengan kesulitan melakukan perawatan diri, ketergantungan pada orang lain, serta ketidakmampuan melakukan aktivitas sehari-hari (ADL) secara mandiri.
 - g. Neurosensorik, meliputi keluhan kebas, kesemutan pada tangan dan kaki, serta penurunan atau hilangnya sensasi pada jari tangan.
 - h. Nyeri atau kenyamanan, ditandai dengan nyeri akut yang dapat disertai pembengkakan jaringan lunak pada sendi.
 - i. Keamanan, meliputi kondisi kulit mengkilat dan tegang, adanya nodul subkutan, lesi kulit, serta ulkus pada kaki.
 - j. Interaksi sosial, ditandai dengan gangguan interaksi sosial dengan keluarga maupun lingkungan sekitar.
5. Diagnosa keperawatan
- Diagnosis keperawatan merupakan komponen esensial dalam penetapan asuhan keperawatan yang tepat guna mendukung pencapaian kondisi kesehatan klien secara optimal. Beberapa diagnosa yang mungkin muncul pada penelitian ini adalah:

a. Risiko jatuh berhubungan dengan gangguan keseimbangan
(**SDKI D.0143**)

Kategori lingkungan, subkategori keamanan dan proteksi. Definisi risiko jatuh menurut SDKI adalah berisiko mengalami kerusakan fisik dan gangguan kesehatan akibat terjatuh. Faktor risiko jatuh adalah Usia ≥ 65 tahun (pada dewasa) atau ≤ 2 tahun (pada anak), Riwayat jatuh Anggota gerak bawah prostesis (buatan), penggunaan alat bantu berjalan, penurunan tingkat kesadaran, perubahan fungsi kognitif, lingkungan tidak aman (mis. licin, gelap, lingkungan asing), kondisi pasca operasi, hipotensi ortostatik, perubahan kadar glukosa darah, anemia, kekuatan otot menurun, gangguan pendengaran, gangguan keseimbangan, gangguan penglihatan (mis. glaukoma, katarak, ablasio retina, neuritis optikus), neuropati, dan efek agen farmakologis (mis. sedasi, alkohol, anestesi umum).

b. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal (**SDKI D.0054**)

Kategori fisiologis, subkategori aktivitas dan istirahat.

Definisi gangguan mobilitas fisik adalah keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri. Gejala tanda mayor subjektif adalah mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas. Sedangkan tanda mayor objektif adalah kekuatan otot menurun, rentang gerak (ROM) menurun.

Gejala tanda minor subjektif berupa nyeri saat bergerak, enggan melakukan pergerakan, merasa cemas bergerak. Pada tanda minor objektif yaitu sendi kaku, gerakan tidak terkoordinasi, fisik lemah.

- c. Defisit Perawatan diri berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal (**SDKI D.0109**)

Kategori perilaku, subkategori kebersihan diri.

Didefinisikan sebagai tidak mampu melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri. Gejala tanda mayor defisit perawatan diri berupa menolak melakukan perawatan diri. Tanda mayor objektif adalah tidak mampu mandi/ mengenakan pakaian/ makan/ ke toilet/ berhias secara mandiri, minat melakukan perawatan diri kurang.

Dengan berpacu pada SDKI maka peneliti menetapkan diagnosa keperawatan yaitu risiko jatuh berhubungan dengan gangguan keseimbangan.

6. Intervensi keperawatan

Intervensi keperawatan merupakan tindakan terapeutik yang dilakukan oleh perawat berdasarkan pengetahuan ilmiah dan pertimbangan klinis guna meningkatkan, mencegah, serta memulihkan status kesehatan klien. Salah satu intervensi yang dapat diterapkan untuk meningkatkan kemampuan keseimbangan adalah *balance exercise*.

Tabel 1 Intervensi Keperawatan

Diagnosa Keperawatan	Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan	
Risiko jatuh berhubungan dengan gangguan keseimbangan (SDKI D.0143)	Tingkat Jatuh (L.14138)	Pencegahan (I.14540)	Jatuh
	1. Jatuh dari tempat tidur menurun 2. Jatuh saat berdiri menurun 3. Jatuh saat duduk menurun 4. Jatuh saat berjalan menurun	a. Observasi 1. Identifikasi faktor risiko jatuh (mis. Usia > 65 tahun, penurunan tingkat kesadaran, defisi t kognitif, hipotensi ortostatik, gangguan keseimbangan, gangguan penglihatan, neuropati) 2. Identifikasi risiko jatuh setidaknya sekali setiap shift atau sesuai dengan kebijakan institusi. 3. Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh (mis. Lantai licin, penerangan kurang) 4. Hitung risiko jatuh menggunakan skala (mis. Fall	
	Keseimbangan (L.05039) 1. Kemampuan duduk tanpa sandaran meningkat 2. Kemampuan bangkit dari posisi duduk meningkat 3. Keseimbangan saat berdiri meningkat 4. Keseimbangan saat berjalan meningkat 5. Keseimbangan saat berdiri dengan satu kaki meningkat		

Diagnosa Keperawatan	Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
		Morse Scale, Humpty Dumpty Scale), jika perlu 5. Monitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi dan sebaliknya b. Terapeutik 1. Orientasikan ruangan pada pasien dan keluarga 2. Pastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam kondisi terkunci 3. Pasang handrail tempat tidur 4. Atur tempat tidur mekanis pada posisi terendah 5. Tempatkan pasien berisiko tinggi jatuh dekat dengan pantauan perawat dan nurse station 6. Gunakan alat bantu berjalan (mis. Kursi roda, walker) 7. Dekatkan bel pemanggil dalam

Diagnosa Keperawatan	Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
		jangkauan pasien
		c. Edukasi
		1. Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah
		2. Anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin
		3. Anjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh
		4. Anjurkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri
		5. Ajarkan cara menggunakan bel pemanggil untuk memanggil perawat.
Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal (SDKI D.0054)	Mobilitas Fisik (L.05042)	Dukungan mobilisasi (I.05173)
	1. Pergerakan ekstremitas meningkat	a. Observasi
	2. Kekuatan otot meningkat	1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya
	3. Rentang gerak (ROM) meningkat	2. Identifikasi toleransi fisik saat melakukan pergerakan
	4. Nyeri menurun	3. Monitor frekuensi
	5. Keceamsan menurun	

Diagnosa Keperawatan	Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
	6. Kaku sendi menurun 7. Gerakan tidak terkoordinasi menurun 8. Gerakan terbatas menurun 9. Kelemahan fisik menurun	jantung dan tekanan darah sebelum melakukan atau memulai mobilisasi 4. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi b. Terapeutik 1. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu 2. Fasilitasi melakukan pergerakan, jika ada 3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan c. Edukasi 1. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 2. Anjurkan melakukan mobilisasi dini 3. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis, duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari

Diagnosa Keperawatan	Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
Defisit Perawatan diri berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal (SDKI D.0109)	Perawatan Diri (L.11103) 1. Kemampuan mandi meningkat 2. Kemampuan mengenakan pakaian meningkat 3. Kemampuan makan meningkat 4. Kemampuan ke toilet (BAB/BAK) meningkat 5. Verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri meningkat 6. Minat melakukan perawatan diri meningkat	tempat tidur ke kursi) Dukungan Perawatan Diri (I.11348) a. Observasi 1. Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia 2. Monitor tingkat kemandirian 3. Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias dan makan b. Terapeutik 1. Sediakan lingkungan yang terapeutik (mis. suasana hangat, rileks, privasi) 2. Siapkan keperluan pribadi (mis. parfum, sikat gigi, dan sabun mandi) 3. Dampingi dalam lakukan perawatan diri sampai mandiri 4. Fasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan

Diagnosa Keperawatan	Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
		5. Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri 6. Jadwalkan rutinitas perawatan diri c. Edukasi 1. Anjurkan melakukan perawatan diri secara konstitusi sesuai kemampuan

Sumber: tim pokja SDKI PPNI 2017, tim pokja SIKI DPP PPNI 2018, tim pokja

SLKI DPP PPNI 2019.

7. Implementasi keperawatan

Implementasi keperawatan adalah serangkaian aktivitas yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dalam mengatasi permasalahan kesehatan yang dihadapi. Pelaksanaan tindakan keperawatan dilaksanakan secara terstruktur dan berkesinambungan sesuai dengan rencana asuhan keperawatan yang telah disusun.

8. Evaluasi keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan fase terminal dalam siklus proses keperawatan yang berfungsi sebagai instrumen verifikasi untuk menilai efektivitas intervensi yang telah diimplementasikan. Tahapan ini bertujuan untuk menentukan sejauh mana sasaran

terapeutik telah tercapai atau apakah diperlukan reorientasi strategi melalui pendekatan alternatif. Dokumentasi evaluasi ini disusun secara sistematis menggunakan format SOAP (Suprajitno dalam Wardani, 2013 dalam Sari, 2022), yang terdiri atas komponen-komponen berikut:

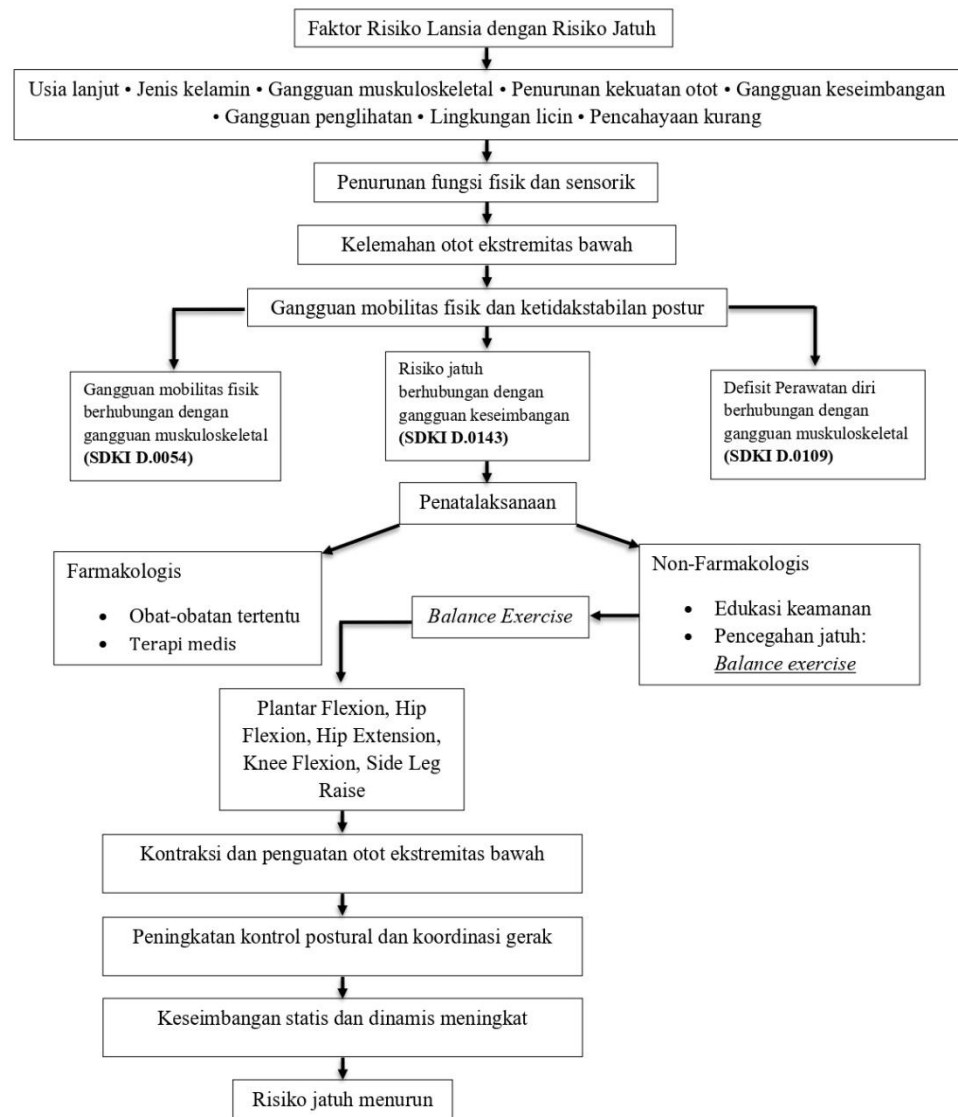
S (*Subjective*): Representasi data berupa artikulasi perasaan, persepsi, atau keluhan yang disampaikan oleh keluarga pasien pasca-pelaksanaan implementasi keperawatan.

O (*Objective*): Data faktual dan terukur yang diidentifikasi oleh tenaga keperawatan melalui observasi klinis, pemeriksaan fisik, atau pemeriksaan penunjang secara objektif.

A (*Assessment*): Kesimpulan klinis yang dihasilkan dari sintesis dan analisis perawat terhadap korelasi antara data subjektif dan data objektif.

P (*Planning*): Formulasi rencana tindak lanjut atau rekayasa intervensi masa depan yang ditetapkan setelah perawat melakukan anamnesis dan peninjauan hasil evaluasi.

B. Kerangka Teori



Gambar 6 Kerangka Teori