

## **BAB 4**

### **HASIL DAN PEMBAHASAN**

Dalam bab ini berisi dua pasien dengan masalah resiko jatuh di Panti UPTD Griya Werdha Surabaya menggunakan 5 tahap proses keperawatan yaitu pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, evaluasi keperawatan.

#### **4.1 HASIL**

##### **4.1.1 Gambaran lokasi penelitian**

Dalam penelitian ini berisi tentang dua kasus pada pasien dengan masalah resiko jatuh di UPTD Griya Werdha Surabaya. UPTD Griya Werdha sendiri merupakan salah satu unit pelayanan yang bertugas untuk menampung dan memberikan tempat tinggal bagi para lanjut usia yang terletak di Surabaya. Dalam prioritas utama UPTD ini yakni lansia di atas 60 tahun, dikategorikan miskin, tidak mempunyai keluarga, terlantar di jalanan. Alamat UPTD Griya Werdha Surabaya bertempat di jalan Medokan Asri Barat X Blok N-19 Surabaya Kode pos 62295. Mempunyai 6 perawat, 3 satpam, 4 cleaning servise, 2 membantu masak, terdiri dari 13 kamar, 77 tempat tidur, 26 kamar mandi, 1 ruang makan, 1 ruang santai, 1 ruang perawat, 1 ruang dapur, 1 mobil ambulance.

## **4.1.2 PENGKAJIAN**

### **4.1.2.1 Pengkajian pasien**

#### **1. Identitas pasien**

Pasien pertama, Tn.N umur 84 tahun, jenis kelamin laki-laki, alamat Kerbangsan Jaya 8 no 29. Pasien pernah menikah tetapi duda, beragama islam, suku asli jawa, tingkat pendidikan terakhir belum tamat SD, sudah  $\pm$  1 tahun pasien tinggal di panti. Riwayat pernah jatuh sejak pasien berada di panti. Riwayat pekerjaannya adalah seorang pedagang. Tanggal penkajian 18 juli 2016 pukul 08:00 wib dan sumber informasi dari pasien dan perawat panti

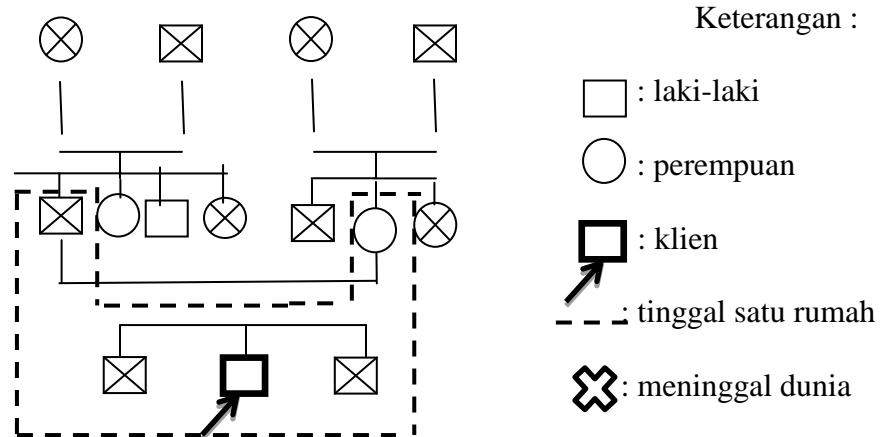
Sedangkan pada pasien kedua, Ny.A umur 75 tahun, jenis kelamin perempuan, alamat Benowo. Pasien pernah menikah tetapi janda, bergama islam, suku asli jawa, tingkat pendidikan terakhir belum tamat SD, sudah  $\pm$  2 tahun pasien tinggal di panti. Riwayat Resiko jatuh muncul sebelum pasien berada di panti. Riwayat pekerjaannya adalah ibu rumah tangga. Tanggal pengkajian 18 juli 2016 pukul 08:00 wib dan sumber informasi dari pasien dan perawat panti

#### **2. Keluhan Utama**

Pasien pertama mengeluh lantai licin, kamar mandi yang kurang nyaman dan juga sering mengeluh kesemutan, terkadang nyeri pada daerah lutut sebelah kiri.

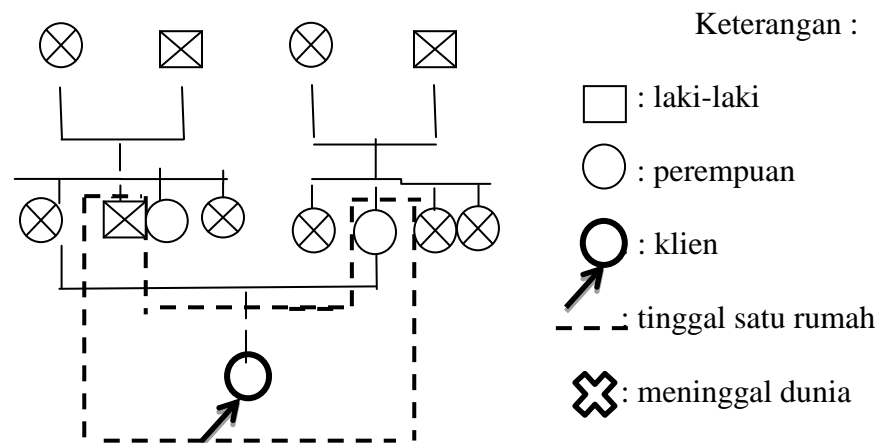
Pasien kedua mengeluh saat berjalan pasien takut jatuh dikarenakan kaki sebelah kiri pasien masih terasa sakit bekas jatuh dari motor.

### 3. Genogram Pasien Pertama dan Kedua



Gambar 4.1 Genogram Pasien Pertama

#### Pasien Kedua



Gambar 4.1 Genogram Pasien Kedua

#### **4.1.2.2 Riwayat Rekreasi Pasien Pertama dan Kedua**

Hobi : Pasien pertama mengatakan hobinya suka menyanyi sedangkan pasien yang kedua hobinya membaca dan berkumpul di dalam lingkungan wisma

Liburan : Pasien mengatakan tidak pernah liburan atau jalan-jalan selama di panti

#### **4.1.2.3 Riwayat Kesehatan**

##### **Pasien Pertama**

1. Keluhan yang dirasakan saat ini

Pasien mengatakan lantai licin, kamar mandi yang kurang nyaman dan juga sering mengeluh kesemutan, terkadang nyeri pada daerah lutut sebelah kiri

2. Keluhan yang di rasakan dalam 3 bulan terakhir

Pasien mengatakan dalam 3 bulan terakhir yang di rasakan adalah nyeri pada daerah sendi dan menderita penyakit hipertensi

3. Penyakit yang diderita dalam 3 tahun terakhir

Pasien mengatakan pada 3 tahun terakhir mempunyai riwayat pernah jatuh di kamar mandi dan kepala pusing karena pasien menderita penyakit hipertensi

##### **Sedangkan Pasien yang kedua**

1. Keluhan yang dirasakan saat ini

Pasien mengatakan pada saat berjalan pasien takut jatuh dikarenakan kaki sebelah kiri pasien masih terasa sakit

2. Keluhan yang dirasakan dalam 3 bulan terakhir

Pasien mengatakan dalam 1 bulan terakhir yang di rasakan adalah nyeri pada daerah kaki dan pasien tidak mempunyai riwayat hipertensi

3. Penyakit yang di derita dalam 3 tahun terakhir

Pasien mengatakan 3 tahun terakhir sering mengeluh sakit pada daerah kaki

#### **4.1.2.4 Tanda-tanda vital dan status gizi**

##### **Pasien Pertama**

Tekanan Darah : 160/60 mmhg

Suhu : 36°C

Nadi : 80x/menit

Respiratori : 22x/menit

Berat Badan : 50 Kg

Tinggi Badan : 150cm

##### **Pasien Kedua**

Tekanan Darah : 140/70 mmHg

Suhu : 36°C

Nadi : 80x/menit

Respiratori : 22x/menit

Berat badan : 35 Kg

Tinggi badan : 150cm

## **Pengkajian Head to Toe :**

### **Pasien Pertama**

#### **1. Kepala**

Bentuk kepala simetris, kulit kepala bersih, tidak ada kerontokan rambut, rambut bersih, tidak ada keluhan, wajah tampak menyeringai.

#### **2. Mata**

Bentuk mata simetris, konjungtiva berwarna merah muda, sklera berwarna putih

#### **3. Hidung**

Bentuk hidung simetris, tidak ada peradangan, penciuman normal

#### **4. Mulut dan Tenggorokan**

Mulut bersih, mukosa bibir lembab, tidak terjadi peradangan / stomatitis, jumlah gigi masih terlihat utuh, radang gusi tidak ada, tidak kesulitan mengunyah, tidak terjadi kesulitan mengunyah

#### **5. Telinga**

Telinga terlihat kotor, bentuk simetris, tidak ada peradangan, tidak terjadi gangguan pendengaran

#### **6. Leher**

Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid

## **7. Dada**

Inspeksi : bentuk dada normal

Palpasi : tidak ada nyeri tekan, tidak ada benjolan / jejas

Perkusi : suara sonor

Auskultasi : tidak ada sura nafas tambahan (wheezing dan ronchi)

## **8. Abdomen**

Inspeksi : bentuk simetris, tidak ada benjolan

Palpasi : tidak ada benjolan, tidak ada nyeri tekan

Perkusi : timpani

Auskultasi : bising usus dengan frekuensi 20x/menit

## **9. Genetalia**

Tidak terdapat hemoroid, genetalia bersih

## **10. Ekstremitas**

Kekatan otot skala 4 (gerakan penuh normal melawan grafitasi dan melawan tahanan minimal), postur tubuh tegap (normal), ada keterbatasan rentang gerak pada kaki kiri, pasien memakai tongkat dan selalu berpegangan pada lingkungan sekitar apabila berjalan. Kaki sering kesemutan saat berjalan, tidak ada pembengkakan pada kaki bagian kiri.

Dextra		Sinistra
	0	0
	0	0

Refleks	Kanan	Kiri
Biceps	+	+
Triceps	+	+
Knee	+	-
Achilles	+	-

Keterangan :

Refleks (+) : normal

Refleks (-) : menurun/meningkat

### 11. Integumen

Kulit bersih, lembab, turgor kulit normal, tidak ada gangguan pada kulit



## **Pasien Kedua**

### **1. Kepala**

Bentuk kepala simetris, kulit kepala bersih, tidak ada kerontokan rambut, rambut bersih, tidak ada keluhan, rambut berubah menjadi putih.

### **2. Mata**

Bentuk mata simetris, konjungtiva berwarna merah muda, sklera berwarna putih

### **3. Hidung**

Bentuk hidung simetris, tidak ada peradangan, penciuman normal

### **4. Mulut dan Tenggorokan**

Bentuk mulut simetris, bersih, mukosa bibir lembab, tidak ada stomatitis, gigi tidak lengkap, tidak ada kesulitan mengunyah.

### **5. Telinga**

Bentuk simetris, bersih, tidak ada peradangan, pendengaran normal.

### **6. Leher**

Tidak ada pembesaran tiroid

### **7. Dada**

Inspeksi : bentuk dada normal, tidak ada benjolan / jejas

Palpasi : tidak ada nyeri tekan

Auskultasi : tidak ada suara nafas tambahan (whezing dan ronchi)

Perkusi : suara sonor

## 8. Abdomen

Inspeksi : bentuk simetris, tidak ada jejas

Palpasi : tidak ada benjolan, tidak ada nyeri tekan

Perkusi : timpani

Auskultasi : bising usus normal frekuensi 20x/menit

## 9. Genetalia

Tidak terdapat hemoroid, genetalia bersih

## 10. Ekstremitas

Kekuatan otot skala 4 (gerakan penuh normal melawan gravitasi dan melawan tahanan minimal), postur tubuh tegap (normal), ada keterbatasan rentan gerak pada kaki kiri, pasien menggunakan alat bantu krek saat berjalan.

Dextra		Sinistra
	0	0
	0	0

Refleks	Kanan	Kiri
Biceps	+	+
Triceps	+	+
Knee	+	-
Achilles	+	-

Keterangan :

Refleks (+) : normal

Refleks (-) : menurun/meningkat

## **11. Integumen**

Kulit bersih, lembab, turgor kulit normal, tidak ada gangguan pada kulit

### **4.1.2.5 Pengkajian Psikososial**

#### **Pasien Pertama**

##### 1. Hubungan dengan orang lain dalam wisma

Pasien tidak menyendiri mampu berinteraksi dengan teman sejawatnya di dalam wisma

##### 2. Hubungan dengan orang lain diluar wisma di dalam panti

Pasien sering berinteraksi dengan orang lain diluar wisma dan pasien sering mengikuti kegiatan bersama dengan orang lain diluar wisma seperti senam tetapi sambil duduk.

##### 3. Kebiasaan lansia berinteraksi ke wisma di dalam panti

Pasien sering berinteraksi dengan wisma yang lain

##### 4. Stabilitas emosi

Emosi pasien stabil dan ketika ada masalah baik dengan orang lain dalam satu wisma pasien sering diam.

5. Motivasi penghuni panti

Pasien berada dipanti atas dasar keinginan keluarga pasien

6. Frekuensi kunjungan keluarga

Pasien tidak pernah dikunjungi oleh keluarga

**Pasien Kedua**

1. Hubungan dengan orang lain didalam wisma

Pasien tidak menyendiri mampu berinteraksi dengan teman sejawatnya di dalam wisma

2. Hubungan dengan orang lain diluar wisma didalam panti

Pasien mampu berinteraksi dengan orang lain di luar wisma, pasien sering mengikuti kegiatan bersama dengan orang lain di dalam panti

3. Kebiasaan lansia berinteraksi ke wisma didalam panti

Pasien sering berinteraksi dengan orang yang tinggal dipanti dengan baik.

4. Stabilitas emosi

Emosi pasien stabil dapat menanggapi dengan tenang ketika ada masalah baik dengan orang lain dalam satu wisma

5. Motivasi penghuni panti

Pasien mengatakan bahwa berada dipanti atas dasar keinginan keluarga pasien

6. Frekuensi kunjungan keluarga

Pasien tidak pernah dikunjungi oleh keluarga

#### 4.1.2.6 Pengkajian Perilaku Terhadap Kesehatan

##### Pasien Pertama

1. Kebiasaan merokok

Pasien sudah tidak pernah merokok

2. pola pemenuhan nutrisi

Pasien makan 1 hari 3x, makan 1 porsi habis, dengan porsi nasi, ikan, dan sayur

3. Pola pemenuhan cairan

Pasien minum air putih >4 gelas setiap hari, ditambah minum seperti teh dan susu

4. Pola kebiasaan tidur dan istirahat

Pasien tidur >7 jam setiap hari, tidur nyenyak, pasien menggunakan waktu luang untuk santai.

5. Pola eliminasi BAB

Pasien BAB 2 kali sehari, konsistensi lunak, tidak ada gangguan pada saat BAB

6. Pola eliminasi BAK

Pasien BAK 2-3 kali sehari, warna urine jernih, bau khas, jumlah urine 1000cc tidak ada gangguan dan nyeri tekan pada saat BAK

7. Pola aktivitas

Aktivitasnya pasien di panti hanya duduk-duduk bersama sesama wisma dan mendengarkan musik

8. Pola pemenuhan kebersihan diri

Pasien mandi 2 kali sehari, memakai sabun, tidak menggosok gigi, berganti pakaian 2 kali sehari

9. Pola sensori dan kognitif

Kelima panca indra pasien normal tidak ada gangguan atau masalah, pasien mengerti tentang penyakit yang diderita dan bagaimana penanganannya. Saat ditanya tentang penyakitnya, cara penanganan dan makanan yang boleh dikonsumsi pasien terlihat bisa menjawab

**Pasien Kedua**

1. Kebiasaan merokok

Pasien tidak pernah merokok

2. Pola pemenuhan nutrisi

Pasien makan 1 hari 3x, makanan dengan porsi yang disesuaikan oleh panti, dengan porsi nasi, ikan, dan sayur

3. Pola pemenuhan cairan

Pasien minum air putih >3 gelas setiap hari, ditambah minuman seperti teh atau susu.

4. Pola kebiasaan tidur dan istirahat

Pasien tidur >6 jam setiap hari, tidur nyenyak tidak ada gangguan, pasien menggunakan waktu luang untuk duduk dan ngobrol dengan teman sesama yang ada di panti

5. Pola eliminasi BAB

Pasien bab 1 kali sehari, konsistensi lembek, tidak ada gangguan saat BAB.

6. Pola eliminasi BAK

Pasien BAK 4-5 kali sehari, warna urine kuning jernih, tidak ada gangguan waktu BAK.

7. Pola aktivitas

Aktifitasnya pasien di panti yaitu bersantai dan mengikuti kegiatan yang ada di panti

8. Pola pemenuhan kebersihan diri

Pasien mandi 3 kali sehari, memakai sabun, tidak mengosok gigi (karena giginya ompong), berganti pakaian 2 kali sehari

9. Pola sensori dan kognitif

Kelima panca indra pasien normal tidak ada masalah, pasien kurang mengerti tentang penyakit yang diderita dan bagaimana penanganannya. Pada saat ditanya penyakitnya cara penanganan dan makanan yang boleh di konsumsi pasien terlihat bingung saat menjawabnya.

#### **4.1.2.7 Data Penunjang**

##### **Pasien Pertama**

1. Laboratorium : Tidak Ada
2. Radiologi : Tidak Ada
3. EKG : Tidak Ada
4. CT – Scan : Tidak Ada
5. Obat – obatan : Tidak Ada

##### **Pasien Kedua**

1. Laboraturium : Tidak Ada
2. Radiologi : Tidak Ada
3. EKG : Tidak Ada
4. CT – Scan : Tidak Ada
5. Obat – obatan : Tidak Ada

#### **4.1.2.8 Pengkajian INDEKS KATZ (Indeks Kemandirian Pada Aktivitas Kehidupan Sehari-hari)**

##### **Pasien Pertama**

Dari hasil pengkajian INDEKS KATZ pasien dapat diambil kesimpulan bahwa pasien berada pada sekor A yaitu pasien dapat melakukan semua aktivitas



kehidupan sehari-hari seperti makan, berpindah, ke kamar mandi, berpakaian dan mandi.

### **Pasien Kedua**

Dari hasil pengkajian INDEKS KATZ pasien dapat diambil kesimpulan bahwa pasien berada pada skor A yaitu pasien dapat melakukan semua aktivitasnya kehidupan sehari-hari seperti makan, berpindah ke kamar kecil, berpakaian dan mandi.

#### **4.1.2.9 Pengkajian Kemampuan Intelektual**

##### **Pasien Pertama**

Menggunakan SPMSQ (Short Portable Mental Status Questioner)

Setelah diajukan beberapa pertanyaan (10 pertanyaan) sesuai dengan format SPMSQ pasien dapat menjawab semua pertanyaan (alamat, umur, tanggal lahir, nama presiden indonesia, nama presiden indonesia sebelumnya, nama ibu pasien) dengan jumlah nilai jawaban yang benar 6 dan (tanggal berapa hari ini, hari apa sekarang, apa nama tempat ini, dan hitung-hitungan) dengan jawaban yang salah 4. Dapat diambil kesimpulan fungsi intelektual pasien mengalami kerusakan ringan.

##### **Pasien Kedua**

Menggunakan SPMSQ (Short Portable Mental Status Questioner)

Setelah diajukan beberapa pertanyaan (10 pertanyaan) sesuai dengan format SPMSQ pasien dapat menjawab semua pertanyaan dengan jumlah nilai jawaban yang benar

(nama tempat ini, dimana alamat anda, berapa umur anda, siapa presiden indonesia, nama ibu anda) dengan nilai 5 dan jawaban yang salah (tanggal berapa hari ini, hari apa sekarang, kapan anda lahir, siapa presiden indonesia sebelumnya, hitung-hitungan) dengan nilai 5. Dapat diambil kesimpulan bahwa fungsi intelektual pasien mengalami kerusakan ringan.

#### **4.1.2.10 Pengkajian Kemampuan Aspek Kognitif**

##### **Pasien Pertama**

Menggunakan MMSE (Mini Mental Status Exam)

Untuk aspek kognitif pasien yang meliputi orientasi, registrasi, perhatian, dan kalkulasi, mengingat dan bahasa pasien ada gangguan kognitif berat. Pasien tidak mampu menjawab dengan skor 27 dan mampu menjawab benar (dengan aspek kognitif registrasi dan jawaban benar kursi, kertas, meja) dengan skor 3, dapat disimpulkan bahwa pasien dengan gangguan kognitif berat.

##### **Pasien Kedua**

Menggunakan MMSE (Mini Mental Status Exam)

Untuk aspek kognitif pasien yang meliputi orientasi, registrasi, perhatian dan kalkulasi, mengingat dan bahasa pasien ada gangguan kognitif berat . pasien tidak mampu menjawab dengan skor 25 dan mampu menjawab dengan skor 5, dapat di ambil kesimpulan bahwa pasien mengalami gangguan kognitif berat.

#### **4.1.2.11 Pengkajian Inventaris Depresi Beck Untuk Mengetahui Tingkat Depresi Lansia Dari Beck & Deck (1972)**

##### **Pasien Pertama**

Dari hasil pengkajian Intervensi Depresi Beck pasien tidak depresi atau minimal. Total penilaian pasien dapat nilai 3 yaitu dalam batas depresi tidak ada atau minimal (0-4).

##### **Pasien Kedua**

Dari hasil pengkajian Inventaris Depresi Beck pasien tidak depresi atau minimal. Total penilaian pasien dapat nilai 3 yaitu dalam batas depresi tidak ada atau minimal (0-4)

#### **4.1.3 Analisa Data**

**Tanggal 18 Juli 2016**

##### **Pasien pertama**

1. Data Subyektif : Pasien mengatakan mengeluh saat berjalan pasien kakinya terasa kesemutan
2. Data Obyektif :
  - Indeks Katz pasien berada pada sekor A yaitu pasien dapat melakukan semua aktivitasnya.

- Kekuatan otot dengan skala 4 (gerakan penuh normal melawan gravitasi dan melawan tahanan minimal), ada keterbatasan rentan gerak pada kaki kiri, pasien menggunakan alat bantu tongkat dan selalu berpegangan pada lingkungan sekitar apabila berjalan.
- Pasien dulu pernah jatuh di kamar mandi
- Pasien tidak mempunyai riwayat fraktur
- TTV : TD :160/60 mmhg, Suhu : 36°C, Nadi : 80x/menit, RR : 22x/menit

3. Masalah : Resiko jatuh

4. Kemungkinan penyebab : Peningkatan kerentanan untuk jatuh yang dapat menyebabkan bahaya fisik.

### **Pasien kedua**

1. Data Subyektif : Pasien mengatakan saat berjalan pasien mengeluh takut jatuh dikarenakan kaki pasien masih terasa sakit.
2. Data Obyektif :
  - Pasien tampak berjalan dengan hati-hati
  - Pasien tampak menggunakan alat bantu wakler
  - Kekutan otot dengan skala 4 (gerakan penuh normal melawan gravitasi dan melawan tahanan normal), ada keterbatasan rentan gerak pada kaki kiri.
  - Pasien mempunyai riwayat fraktur pada kaki kiri karena pernah jatuh dari motor
  - TTV : TD : 140/70 mmhg, Suhu : 36°C, Nadi : 80x/menit, RR : 22x/menit
3. Masalah : Resiko Jatuh

4. Kemungkinan penyebab : Peningkatan kerentanan untuk jatuh yang dapat menyebabkan bahaya fisik.

#### **4.1.4 Diagnosa Keperawatan**

1. Pasien pertama Tn.N/84 tahun

Resiko jatuh b/d peningkatan kerentanan untuk jatuh yang dapat menyebabkan bahaya fisik

2. Pasien kedua Ny.A/75 tahun

Resiko Jatuh b/dpeningkatan kerentanan untuk jatuh yang dapat menyebabkan bahaya fisik

#### **4.1.5 Intervensi Keperawatan**

##### **4.1.5.1 Intervensi Pada Pasien Pertama Tn.N/84 tahun**

###### **Diagnosa keperawatan**

Resiko jatuh b/d peningkatan kerentanan untuk jatuh yang dapat menyebabkan bahaya fisik

###### **NOC**

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 5x24 jam diharapkan pasien mampu mengatasi masalahnya.

Kriteria Hasil :

1. Dapat meminimalkan faktor resiko jatuh yang dapat memicu jatuh di lingkungan individu

2. Pasien dapat mencegah terjadinya resiko jatuh
3. Gerakan kemampuan otot untuk melakukan gerakan untuk meminimalkan resiko jatuh.
4. Tanda tanda vital dalam batas normal  
Tekanan darah : (sistole : 100 – 140 mmhg) (diastole 60 – 90 mmhg)  
Nadi : 60 – 100 x/mnt

## **NIC**

1. Monitor tanda tanda vital  
Rasional : mengetahui keadaan umum pasien
2. Kaji pasien terjadinya resiko jatuh  
Rasional : untuk mengetahui keadaan pasien
3. Mampu mengidentifikasi perilaku dan faktor yang mempengaruhi resiko jatuh  
Rasional : untuk menghindari terjadinya cedera
4. Dapat mengidentifikasi lingkungan yang dapat meningkatkan potensi untuk jatuh  
Rasional : untuk mengurangi terjadinya resiko jatuh
5. Mendekatkan benda-benda yang terjauh di samping pasien  
Rasional : untuk menghindari terjadinya resiko jatuh
6. Memberikan pengalas kaki yang tidak licin di depan kamar mandi pasien  
Rasional : untuk mengurangi bahaya resiko jatuh

#### 4.1.5.2 Intervensi Pada Pasien Kedua Ny.A / 75 tahun

##### Diagnosa Keperawatan

Resiko Jatuh b/d kelemahan otot

##### NOC

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 5x24 jam diharapkan pasien mampu mengatasi resiko jatuh

Kriteria Hasil :

1. Dapat meminimalkan faktor resiko jatuh yang dapat memicu jatuh di lingkungan individu
2. Pasien dapat mencegah terjadinya resiko jatuh
3. Dapat memodifikasi lingkungan yang licin
4. Berikan alat bantu untuk berjalan
5. Pantau setiap kegiatan pasien yg menjadi penyebab resiko jatuh
6. Tanda tanda vital dalam batas normal

Tekanan darah : (sistole : 100 – 140 mmhg) (diastole 60 – 90 mmhg)

Nadi : 60 – 100 x/mnt

##### NIC

1. Monitor tanda tanda vital

Rasional : mengetahui keadaan umum pasien

2. Kaji pasien terjadinya resiko jatuh

Rasional : untuk mengetahui keadaan pasien

3. Kaji kekutan otot pasien

Rasional : untuk mengetahui tingkat kekuatan otot pasien

4. Mampu mengidentifikasi perilaku dan faktor yang mempengaruhi resiko jatuh

Rasional : untuk menghindari terjadinya cidera

5. Dapat mengidentifikasi lingkungan yang dapat meningkatkan potensi untuk jatuh

Rasional : untuk mengurangi terjadinya resiko jatuh

6. Memberikan pegangan pada pasien di dekat kamar mandi

Rasional : untuk mengurangi bahaya resiko jatuh

7. Memberikan pengalas kaki yang tidak licin di depan kamar mandi pasien

Rasional : untuk menghindari resiko jatuh

#### **4.1.6 Implementasi Keperawatan**

##### **4.1.6.1 Diagnosa keperawatan 1 Pada Pasien Tn.N / 84 tahun**

**Pelaksanaan tanggal : 19 Juli 2016**

1. Pukul 07.00 membina hubungan saling percaya kepada pasien dan keluarga seperti memperkenalkan nama, asal, profesi, dan tujuan pasien.

Respon : pasien sangat percaya dan dapat menerima tujuan saya dengan baik.



2. Pukul 07.00 mengkaji keadaan pasien sesuai dengan prosedur asuhan keperawatan

Respon : pasien menjawab semua pertanyaan dengan kooperatif

3. Pukul 07.15 melakukan tindakan observasi tanda-tanda vital

Respon : tekanan darah yang didapatkan dengan hasil tensi 160/80 mmhg, nadi 80x/menit, respirasi rate 22x/menit, suhu 36°C

4. Pukul 08.00 mengkaji kekuatan otot pasien kaki dan tangan

Respon : skala kekuatan otot dengan gerakan yang normal melawan grafitasi dan melawan tahanan yang minimal

5. Pukul 08.15 mengkaji keadaan lingkungan lantai pasien baik di kamar maupun di kamar mandi yang menyebabkan resiko jatuh

Respon : untuk mengatasi masalah resiko jatuh

6. Pukul 09.00 memberikan penjelasan pada pasien tentang bahaya resiko jatuh

Respon : pasien mengerti

7. Pukul 11.30 mengingatkan, menyiapkan peralatan shalat pasien dan membantu untuk mengambil air wudhu dan bersiap-siap untuk shalat berjama'ah bersama-sama

Rasional : pasien tampak senang karena di bantu dan bersedia untuk shalat

8. Pukul 12.15 menyiapkan makan siang untuk pasien

Respon : pasien menghabiskan porsi makan yang disediakan

9. Pukul 12.30 mengantar pasien ke kamar untuk istirahat dan memberikan suasana yang nyaman dan tenang

Respon : pasien tampak senang dan mengucapkan terimah kasih

**Pelaksanaan tanggal 20 Juli 2016**

1. Pukul 07.00 menyapa pasien, mengucapkan salam dan memanggil namanya  
Respon : pasien-pasien menjawab salam dan menyebutkan namanya
2. Pukul 07.00 menyiapkan sarapan pagi untuk pasien  
Respon : pasien menghabiskan makanan yang disediakan
3. Pukul 08.00 mengajak pasien keluar jalan-jalan pagi dan memperkenalkan lingkungan sekitar pasien  
Respon : pasien tampak senang
4. Pukul 08.30 mengkaji tingkat berjalan pasien apakah ada gangguan dan kekakuan sendi  
Rasional : pasien melakukan dengan pelan-pelan
5. Pukul 09.00 observasi tanda-tanda vital  
Respon : tekanan darah di dapatkan 150/60mmhg, nadi 80x/menit, suhu 36,3°C, respirasi 21x/menit.
6. Pukul 10.30 mendekatkan benda-benda yang terjauh di samping pasien untuk mengurangi resiko jatuh  
Rasional : pasien tampak memperhatikan dan mengucapkan terima kasih
7. Pukul 11.45 membantu menyiapkan peralatan shalat pasien dan membantu kamar mandi untuk mengambil air wudhu  
Rasional : pasien bersedia untuk shalat dhuhur
8. Pukul 12.20 menyiapkan, memberi makan pada pasien dan menyuapinya  
Respon : pasien menghabiskan 1 porsi makanan yang disediakan

9. Pukul 12.45 menganjurkan pasien untuk istirahat dan tidur siang

Respon : pasien tampak senang di perhatikan dan istirahat

### **Pelaksanaan tanggal 21 Juli 2016**

1. Pukul 09.00 menyapa pasien, mengucapkan salam dan menyebutkan nama

Respon : pasien menjawab salam dan tersenyum

2. Pukul 09.10 melakukan observasi pada pasien

Respon : wajah pasien tampak relax dan tenang

3. Pukul 09.30 memberikan pengalas kaki yang tidak licin di depan kamar mandi pasien agar tidak terjadi resiko jatuh.

Respon : pasien tampak senang dan memperhatikan

4. Pukul 10.00 membantu pasien ke kamar mandi dengan alat bantu tongkat

Respon : pasien tampak senang dan tersenyum

5. Pukul 11.45 mengingatkan dan membantu pasien untuk menyiapkan peralatan shalat dan membantu pasien mengambil air wudhu

Respon : pasien bersedia untuk shalat dhuhur

6. Pukul 12.00 menyiapkan makan siang pasien

Respon : pasien menghabiskan makanan yang telah disediakan

7. Pukul 12.30 menganjurkan pasien untuk tidur siang yang cukup

Respon : pasien istirahat ditempat tidur

8. Pukul 13.45 membantu pasien untuk mandi menganjurkan memakai sabun

Respon : pasien tampak senang di bantu

**Pelaksanaan tanggal 22 Juli 2016**

1. Pukul 07.00 menyapa pasien, mengucapkan salam dan memanggil nama  
Respon : pasien menjawab salam dan menyebutkan nama
2. Pukul 07.00 menyiapkan sarapan pagi pasien dan menyuapinya  
Respon : pasien menghabiskan 1 porsi makanan yang disediakan
3. Pukul 08.00 membantu pasien untuk duduk-duduk didepan dengan menggunakan alat bantu tongkat  
Respon : pasien tampak senang dan melakukan dengan pelan-pelan
4. Pukul 09.00 observasi tanda-tanda vital  
Respon : tekanan darah didapatkan dengan hasil 150/60mmhg, nadi 80x/menit, suhu 36,0°C, respirasi 21x/menit
5. Pukul 09.30 mengajarkan pasien menggunakan alat bantu tongkat dengan baik agar tidak terjadi resiko jatuh.  
Respon : pasien mengikuti apa yang di ajarkan dengan pelan-pelan
6. Pukul 10.00 mengantarkan pasien ke kamarnya dengan bantuan tongkat  
Respon : pasien tampak tersenyum dan mengucapkan terima kasih

**Pelaksanaan Tanggal 22 Juli 2016**

1. Pukul 10.00 menyapa pasien, mengucapkan salam dan menyebutkan nama  
Respon : pasien menjawab salam dan menyebutkan nama
2. Pukul 10.45 mengkaji tingkat aktivitas pasien yang menjadi penyebab dari resiko jatuh  
Respon : pasien tampak mengikuti dan tenang

3. Pukul 11.00 observasi tanda-tanda vital  
Respon : pasien tampak rilex
4. Pukul 11.45 membantu menyiapkan peralatan shalat pasien dan membantu ke kamar mandi untuk mengambil air wudhu  
Rasional : pasien melaksanakan shalat dhuhur
5. Pukul 12.00 menyiapkan makanan siang pasien untuk di antar ke kamar pasien  
Rasional : pasien senang di bantu mengambilkandan menghabiskan makanan yang disediakan
6. Pukul 13.00 menganjurkan pasien untuk istirahat sengan nyaman  
Rasional : pasien istirahat
7. Pukul 14.15 Membantu pasien untuk mandi dan mengajarkan untuk memegang besi di pinggir kamar mandi agar tidak terjadi resiko jatuh  
Rasional : pasien tampak mengikuti dan melakukannya

#### **4.1.6.2 Diagnosa Keperawatan 1 pada pasien Ny.A Umur 75 tahun**

##### **Pelaksanaan tanggal 20 Juli 2016**

1. Pukul 07.00 membina hubungan saling percaya kepada pasien dan keluarga pasien seperti memperkenalkan nama, asal, dan tujuan kepada pasien  
Respon : pasien sangat mempercayai dan menerima tujuan dengan baik pada kepada saya

2. Pukul 07.00 menyiapkan sarapan pagi pasien  
Respon : pasien tampak senang di bantu dan menghabiskan porsi yang di sediakan
3. Pukul 08.00 mengkaji keadaan pasien sesuai dengan asuhan keperawatan  
Respon : pasien menjawab semua pertanyaan dengan kooperatif
4. Pukul 08.30 melakukan observasi tanda-tanda vital  
Respon : pasien kooperatif, tekanan darah di dapatkan dengan hasil 140/70mmhg, nadi 80x/menit, respirasi rate 22x/menit, suhu 36°C
5. Pukul 09.00 mengkaji keadaan yang di keluhkan pasien  
Respon : pasien kooperatif, dan menjelaskan apa yang di rasakan sekarang
6. Pukul 09.30 mengkaji kekuatan otot pasien kaki dan tangan  
Respon : skala kekuatan otot 4 (gerakan penuh normal melawan gravitasi)
7. Pukul 10.00 mengkaji keadaan lingkungan pasien yang menyebabkan resiko jatuh  
Rasional : pasien tampak tenang dan memperhatikan
8. Pukul 11.45 mengingatkan, membantu pasien menyiapkan peralatan shalat dan membantu mengambil air wudhu  
Respon : pasien tampak sangat senang karena di bantu
9. Pukul 12.00 menyiapkan makan siang pasien dan menyuapinya  
Respon : pasien menghabiskan 1 porsi yang telah di sediakan dan mengucapkan terimah kasih

10. Pukul 12.30 memberikan suasana yang nyaman pada pasien agar pasien bisa istirahat

Rasional : pasien tampak tenang dan beristirahat

**Pelaksanaan tanggal 21 Juli 2016**

1. Pukul 10.00 menyapa pasien, mengucapkan salam dan menyebutkan nama

Respon : pasien menjawab salam dan menyebutkan nama

2. Pukul 11.45 mengingatkan, menyiapkan peralatan shalat dan membantu mengambil air wudhu

Respon : pasien tampak senang di bantu dan mengucapkan terimah kasih

3. Pukul 12.00 menyiapkan makan siang pasien dan menyuapinya

Respon : Pasien menghabiskan makanan yang di sediakan

4. Pukul 12.30 menganjurkan pasien untuk istirahat

Respon : pasien istirahat dengan nyaman

5. Pukul 14.15 mengajurkan pasien untuk mandi dan mengajari pasien untuk memegang besi di pinggir kamar mandi agar tidak terjadi resiko jatuh

Respon : pasien melakukan dan mengikuti apa yang di ajarkan

6. Pukul 15.00 melakukan observasi pada keadaan pasien

Respon : wajah pasien tampak rileks dan tenang

7. Pukul 15.15 memberikan pengalas kaki yang tidak licin di depan kamar mandi pasien

Respon : pasien tampak senang dan mengucapkan terima kasih

8. Pukul 16.00 membantu pasien ke kamar mandi dengan bantuan walker supaya tidak terjadi resiko jatuh  
Respon : pasien senang di bantu dan mengucapkan terimah kasih

**Pelaksanaan Tanggal 22 Juli 2016**

1. Pukul 07.00 menyapa pasien, mengucapkan salam dan menyebutkan nama  
Respon : pasien menjawab dan menyebutkan nama
2. Pukul 07.00 menyiapkan sarapan pagi pasien  
Respon : pasien menghabiskan porsi yang di sediakan
3. Pukul 08.00 membantu pasien untuk duduk-duduk di depan dengan menggunakam alat bantu walker  
Respon : pasien tampak senang dan kooperatif
4. Pukul 09.00 observasi tanda-tanda vital  
Respon : tekanan darah didapatkan dengan hasil 130/60mmhg, nadi 81x/menit, respirasi rate 21x/menit, suhu 36,3°C
5. Pukul 09.30 mendekatkan barang-barang yang terjauh di samping pasien agar tidak terjadi resiko jatuh  
Respon : pasien tampak memperhatikan dan mengucapkan terima kasih
6. Pukul 10.00 mengajarkan pasien menggunakan alat bantu walker dengan baik agar tidak terjadi resiko jatuh  
Respon : pasien memperhatikan dan melakukan apa yang di ajarkan dengan pelan-pelan



7. Pukul 11.00 mengkaji tingkat aktivitas pasien

Respon : pasien tampak tenang

8. Pukul 11.45 mengingatkan dan membantu pasien mengambil air wudhu

Respon : pasien melakukan shalat dhuhur

9. Pukul 12.00 menyiapkan makan siang pasien

Respon : pasien menghabiskan makanan yang di sediakan

10. Pukul 13.00 menganjurkan pasien untuk istirahat dan memberikan lingkungan

yang tenang

Respon : pasien istirahat dengan nyaman dan tenang

#### **4.1.7 Evaluasi Keperawatan**

##### **4.1.7.1 Evaluasi Tanggal 19 Juli 2016 Pada Pasien Pertama Tn.N 84 tahun**

Diagnosa keperawatan 1

Resiko Jatuh b/d peningkatan kerentanan untuk jatuh yang dapat menyebabkan bahaya fisik

Evaluasi jam 10.00 WIB

S : Pasien mengatakan lantai licin, kamar mandi yang kurang nyaman dan juga mengeluh saat berjalan pasien kakinya terasa kesemutan

O : Keadaan umum pasien lemas, kesadaran kompos metis dengan GCS 456,

TD : 160/60mmhg, Nadi : 80x/menit, RR : 22x/menit, Suhu : 36°C

A : Masalah belum teratasi

P : Rencana tindakan no 1 – 6

### **Evaluasi Tanggal 20 Juli 2016**

Evaluasi jam 09.00 WIB

S : pasien mengatakansetelah benda-benda di dekatkan dari yang terjauh ke samping pasien, masalah resiko jatuh sedikit berkurang

O : keadaan pasien baik, kesadaran kompos metis dengan GCS 456, pasien berjalan menggunakan alat bantu tongkat dan terkadang masih di bantu oleh perawat

A : Masalah terarasi sebagian

P : Rencana tindakan no 2,3,4,5,6 dilanjutkan

### **Evaluasi Tanggal 21 Juli 2016**

Evaluasi jam 13.00 WIB

S : Pasien mengatakan setelah diberikan pengalas kaki yang tidak licin di depan kamar mandi sedikit berkurang pada resiko jatuh

O : Keadaan umum pasien baik, pasien menggunakan alat bantu tongkat untuk berjalan

A : masalah teratasi sebagian

P : Rencana tindakan 2,3,4,6 dilanjutkan

### **Evaluasi Tanggal 22 Juli 2016**

Evaluasi jam 11.00 WIB

S : Pasien mengatakan sudah bisa menggunakan alat bantu dengan baik dengan pelan - pelan

O : keadaan umum pasien baik, pasien menggunakan alat bantu untuk berjalan dan beraktivitas

A : Masalah teratasi

P : Rencanakan tindakan di hentikan

### **Evaluasi Tanggal 23 Juli 2016**

Evaluasi jam 13.00 WIB

S : Pasien mengatakan sudah tidak mengalami resiko jatuh setelah di berikan pengalas kaki yang tidak licin di depan kamar mandi, pasien ke kamar mandi memegang pinggirnya kamar mandi dan belajar berjalan dengan alat bantu tongkat dengan benar yang telah di ajarkan

O : Keadaan umum pasien baik, pasien menggunakan alat bantu untuk berjalan dan beraktivitas

A : masalah teratasi

P : Rencana tindakan dihentikan

#### **4.1.7.2 Evaluasi Tanggal 20 Juli 2016 Pada Pasien kedua Ny.A 75 tahun**

Diagnosa Keperawatan 1

Resiko Jatuh berhubungan dengan kelemahan otot

Evaluasi jam 10.00 WIB

S : Pasien mengatakan kaki kiri terasa kaku saat melakukan aktivitas dan menggunakan alat bantu walker

O : Keadaan umum pasien cukup, kesadaran kompos metis degan GCS 456

A : masalah belum teratasi

P : Rencana tindakan 1-10 di lanjutkan

#### **Evaluasi Tanggal 21 Juli 2016**

Evaluasi jam 10.00 WIB

S : pasien mengatakan setelah di berikan pengalas kaki yang tidak licin di depan kamar mandi resiko jatuh sedikit berkurang dan pasien ke kamar mandi dengan memegang pinggirnya kamar mandi agar tidak terjadi resiko jatuh

O : Keadaan umum pasien cukup, kesadaran kompos metis dengan GCS 456, menggunakan alat bantu dan melakukan kativitas sehari-hari dengan pelan-pelan

A : Masalah teratasi sebagian

P : Rencana tindakan 4,5,6,7,8 dilanjutkan

### **Evaluasi Tanggal 22 Juli 2016**

Evaluasi jam 11.00 WIB

S : Pasien mengatakan sudah tidak pernah mengalami resiko jatuh

O : Keadaan umum pasien baik, kesadaran kompos metis dengan GCS 456, pasien tampak melakukan aktivitasnya lebih baik dengan alat bantu walker

A : Masalah teratasi

P : Rencana tindakan dihentikan

## **4.2 PEMBAHASAN**

Dalam bab ini penulis akan menguraikan kesenjangan-kesenjangan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus selama melaksanakan asuhan keperawatandengan masalah resiko jatuhdi UPTD Griya Werdha Surabaya yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

### **4.2.1 Pengkajian Keperawatan**

Pada tahap pengumpulan data, penulis tidak mengalami kesulitan karena pasien dan teman sejawat sangat menerima penulis dengan baik, penulis juga memperkenalkan diri sebelumnya serta menjelaskan maksud dan tujuan penulis yaitu memberikan asuhan keperawatan padapatient sehingga dengan terjalannya hubungan yang kooperatif antara penulis dengan klien di UPTD Griya Werdha Surabaya.

Pada saat dilakukan pengkajian didapatkan data subjektif dari klien pertama (Tn.N) bahwa pasien mengatakan lantai licin, kamar mandi kurang nyaman dan juga mengeluh kakinya terasa kesemutan. Sedangkan pasien (Ny.A) mengatakansaat berjalan pasien mengeluh takut jatuh dikarenakan kaki pasien masih terasa sakit

Berdasarkan hasil pengkajian pada klien pertama yang dilakukan pada tanggal 18 Juli 2016 pukul 10.00WIB didapatkan data obyektif kamar pasien lantainya keramik dan licin, depan kamar mandi pasien tidak ada keset, pasien tampak berjalan dengan alat bantu tongkat. Sedangkan pada klien kedua pukul 09.00 WIB didapatkan data obyektif pasien tampak berjalan dengan hati-hati dan pasien tampak menggunakan alat bantu walker.

Pada Keluhan utama tinjauan kasus pertama (Tn.N) dan tinjauan kasus kedua (Ny.A) yaitu kedua pasien pada saat berjalan takut jatuh dikarenakan kaki sebelah kiri pasien masih terasa sakit.

Dalam pengkajian pemenuhan kebutuhan pasien Tn.N yaitu membutuhkan bantuan dan pengawasan dari perawat lain, sedangkan pasien kedua Ny.A membutuhkan menggunakan alat bantu.

Dalam pengkajian system musculoskeletal pada tinjauan kasus pertama dan kedua mengalami masalah yaitu Resiko Jatuh, dalam pasien pertama dan kedua didapatkan data yaitu, keadaan umum pasien lelah, setelah beraktivitas pasien mudah letih, perubahan pada saat di berikan pengalas kaki rentan resiko jatuh berkurang dan dalam tinjauan teori disebutkan pada masalah resiko jatuh ditemukan tanda dan gejala yaitu lingkungan yang tidak mendukung, perubahan neuromuskular, gaya berjalan, dan refleks postural akibat proses menua ( Nugroho, 2012). Maka hal ini tidak terjadi kesenjangan antara tinjauan kasus klien dan tinjauan pustaka dikarenakan tinjauan kasus sesuai dengan tinjauan pustaka.

Pada sistem muskuloskeletal pada lansia dengan umur yang lebih dari 60 tahun akan rentan terhadap resiko jatuh yang menjadi penyebab masalah utama, biasanya penyakit yang sering di derita lansia pada resiko jatuh seperti hipertensi, osteoporosis, rematik, dimensia, dan katarak.

Dalam penatalaksanaan pasien pertama dan kedua mendapatkan bantuan dan pengajaran tentang bagaimana cara mengatasi resiko jatuh yang dilakukan setiap hari.

Mengajari dan menganjurkan semua aktivitas pasien memakai alat bantu (walke dan tongkat), dan bermanfaat untuk aktivitas sehari-hari dan dalam tinjauan teori juga ditemukan perlu menggunakan alat bantu untuk melakukan aktivitas pada pasien dalam mengatasi masalah resiko jatuh.

#### **4.2.2 Diagnosa keperawatan**

Perumusan diagnosa keperawatan disesuaikan dengan kondisi dan keluhan yang terjadi pada pasien. Dalam tinjauan pustaka diagnosa keperawatan yang muncul padapasienyang mengalami resiko jatuh (Nanda, 2017) adalah sebagaiberikut :

1. Resiko jatuh berhubungan dengan peningkatan kerentanan untuk jatuh yang dapat menyebabkan bahaya
2. Resiko tinggi terhadap infeksi berhubungan dengan kurang pengetahuan untuk menghindari pemajanan patogen
3. Resiko cedera berhubungan dengan hambatan fisik
4. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan kekakuan sendi(NANDA, 2017)

Namun, tidak semua diagnose muncul dalam tinjauan kasus. Pada tinjauan kasus pertama. Pasien pertama Tn.N/ 84 tahun pada masalah resiko jatuh ditemukan diagnosa keperawatan berdasarkan pengkajian dan analisa data sebagai berikut :

Pasien pertama Tn.N / 84 tahun

1. Resiko jatuh berhubungan dengan peningkatan kerentanan untuk jatuh yang dapat menyebabkan bahaya fisik



Sedangkan pada tinjauan kasus kedua Pasien kedua Ny.A 75 tahun pada resiko jatuh ditemukan diagnosa keperawatan yang sama berdasarkan pengkajian dan analisa data sebagai berikut :

1. Resiko jatuh berhubungan dengan peningkatan kerentanan untuk jatuh yang dapat menyebabkan bahaya fisik

Berdasarkan kedua kasus tidak sesuai dengan tinjauan pustaka, karena sudah mendapatkan pengobatan dan kondisi masing-masing pasien juga berbeda-beda, oleh karena itu tidak semua diagnosa yang ada pada tinjauan pustaka muncul semua pada tinjauan kasus pasien.

### 4.2.3 Perencanaan keperawatan

Setelah menemukan masalah pada tinjauan kasus, maka penulis membuat perencanaan yang mana perencanaan disusun berdasarkan standart operasional prosedur (SOP) di UPTD Griya Werdha dan dengan bantuan perawat ruangan. Pada tinjauan teori ditemukan perencanaan yang dibuat berdasarkan diagnosa keperawatan NANDA 2015 yaitu resiko jatuh berhubungan dengan peningkatan kerentanan untuk jatuh yang dapat menyebabkan bahaya fisik.

Perencanaan keperawatan yang dibuat untuk mengatasi masalah resiko jatuh pada kedua pasien sama. Perencanaan keperawatan bertujuan untuk membantu pasien agar dapat mengatasi masalah resiko jatuh selama 5x24 jam setelah di lakukan tindakan keperawatan dengan kriteria hasil pasien meningkat dalam mengatasi resiko jatuh, mengerti tujuan dari bahaya resiko jatuh, memperagakan penggunaan alat bantu, memverbalisasikan perasaan dalam meningkatkan kekuatan dan kemampuan beraktivitas sehari-hari. Kolaborasi dengan perawat dalam pencegahan bahaya resiko jatuh.

Pada perencanaan keperawatan ini penulisan berfokus pada perencanaan diagnosa resiko jatuh yang menjadi masalah utama baik dalam tinjauan kasus teori maupun tinjauan kasus pertama dan kedua. Perencanaan pada masalah resiko jatuh yaitu kaji tingkat kemampuan pasien dalam berjalan, monitoring tanda-tanda vital sebelum dan sesudah, bantu pasien menggunakan tongkat saat berjalan, ajarkan pada pasien untuk memegangi pegangan pada kamar mandi, beri pengalas kaki yang tidak licin di depan kamar mandi pasien.

Maka didapatkan hasil tidak terjadi kesenjangan antara tinjauan teori dan tinjauan kasus pertama maupun kedua yang mana dengan di lakukanya pemberian alas kaki dan mendekatkan benda yang terjauh di dekat pasien.

#### **4.2.4 Implementasi Keperawatan**

Pada tahap ini tindakan keperawatan harus disesuaikan dengan rencana yang telah dirumuskan dan tidak menyimpang dengan program medis. Pada tinjauan teori tidak dilakukan tindakan pelaksanaan karena tidak ada pasien. Karena tidak semua tindakan dalam perencanaan teori bisa dilakukan dalam pelaksanaan dilahan praktek, maka pelaksanaan harus di sesuaikan dengan standart operasional prosedur (SOP) dan dengan bantuan perawat ruangan. Pelaksanaan tindakan keperawatan pada pasien merupakan pengembangan dari teoritis yang dimodifikasi sesuai dengan kebiasaan tempat pelayanan. Dalam hal ini pelaksanaan tindakan pada kasus pertama maupun kedua pada resiko jatuh mengikuti standart operasinal prosedur (SOP) di UPTD Griya Werdha Surabaya.

Dalam pelaksanaan resiko jatuh tidak dilakukan berurutan perdiagnosa karena masalah yang ditemukan bersumber dari satu masalah yaitu resiko jatuh. Dengan adanya masalah tersebut muncul beberapa diagnosa keperawatan yang saling berkaitan akibat respon pasien. Sehingga dalam pelaksanaanya penulis berfokus pada resiko jatuh dengan memberikan pengalas kaki yang tidak licin di depan kamar mandi pasien dan mendekatkan benda-benda terjauh di dekat pasien.

#### 4.2.5 Evaluasi Keperawatan

Pada tinjauan kasus dilakukan dengan pengamatan dan menanyakan langsung pada pasien yang di dokumentasikan dalam catatan perkembangan sedangkan pada tinjauan pustaka tidak menggunakan catatan perkembangan karena pasien tidak ada sehingga tidak dilakukan evaluasi. Evaluasi untuk setiap diagnosa keperawatan pada tinjauan kasus dapat tercapai sesuai dengan tujuan dan kriteria yang diharapkan dan dituliskan berdasarkan respon pasien terhadap asuhan keperawatan yang telah diberikan dan dilanjutkan dalam catatan perkembangan.

Pada pasien dengan masalah resiko jatuh disusun intervensi guna mengatasidiagnosa yang muncul, terutama pada pemberian pengalas kaki yang tidak licin di depan kamar mandi pasien agar tidak terjadi resiko jatuhnya yang sesuai dengan penelitian yang dilaksanakan, meskipun masalah resiko jatuhnya hanya teratasi sebagian. Tidak teratasinya masalah ini secara tuntas dapat disebabkan karena tingkatlingkungan yang kurang nyaman setiap orang berbeda satu sama lain sehingga walaupun dalam kasus yang sama dan hari yang sama hasil evaluasi juga berbeda seperti pada tinjauan kasus pertama didapatkan tingkat lingkungan dan aktivitas lebih baik dari sebelum.

