

BAB 4

HASIL DAN PEMBAHASAN

Dalam bab ini berisi dua klien dengan osteoarthritis dengan hambatan mobilitas fisik di UPTD Griya Werdha Surabaya yang menggunakan 5 tahap proses keperawatan yaitu pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan.

4.1 HASIL

4.1.1 Gambaran Lokasi Penelitian

Pada bab ini berisikan tentang dua kasus pada klien osteoarthritis di UPTD Griya Werdha Surabaya. UPTD Griya Wreda sendiri merupakan unit pelayanan yang bertugas untuk menampung dan memberikan hunian bagi para lansia (lanjut usia) yang terlantar di Surabaya. Prioritas utama UPTD ini yakni lansia diatas 60 tahun, dikategorikan miskin, terlantar, dan tidak punya keluarga. Alamat UPTD Griya Werdha bertempat di jalan Medokan Asri Barat X Blok N-19 Surabaya kode pos 62295. Mempunyai 6 perawat ruangan, 3 satpam, 4 cleaning servise, 2 membantu masak, Terdiri dari 13 kamar, 77 tempat tidur (bed), 26 kamar mandi, 1 ruang makan, 1 ruang santai, 1 Ruang perawat, 1 Ruang dapur, 1 mobil ambulance.

4.1.2 Pengkajian Klien

A. 1. Identitas Klien

Klien pertama, Ny S umur 69 tahun, tinggi badan 150 cm, berat badan sekarang 40 kg, jenis kelamin perempuan, beragama islam, alamat kedinding lor Surabaya, suku jawa bangsa Indonesia, pendidikan terakhir S2 dan dulu bekerja sebagai dosen Unair. Tanggal pengkajian 18 juli 2016 pukul 08:00 wib dan sumber informasi dari klien dan perawat panti.

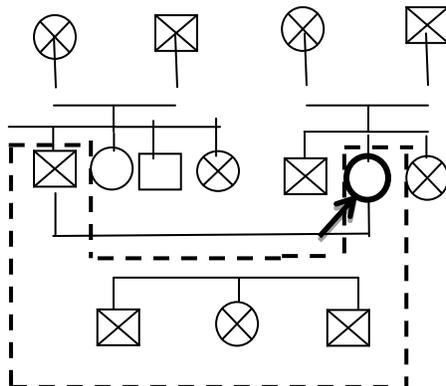
Pada klien kedua, Ny.A umur 70 tahun, tinggi badan 158 cm, berat badan sekarang 44 kg, jenis perempuan, beragama islam, alamat perak, suku jawa bangsa Indonesia, pendidikan terakhir SD dan dulu berkerja jadi penjahit. Tanggal pengkajian 19 Juli 2016 pukul 14.30 wib dan sumber informasi dari klien dan perawat panti.

2. Keluhan Utama

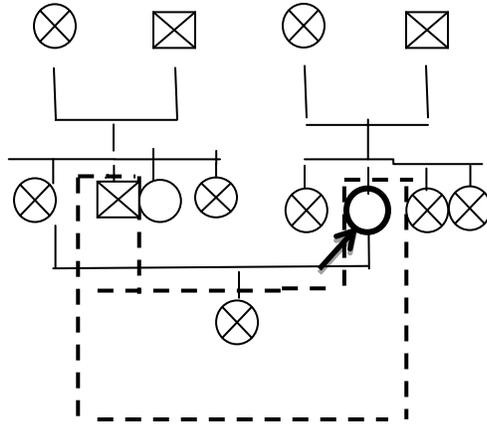
Klien pertama, Ny S sering mengeluh saat berjalan kakinya terasa lemas. Pada klien kedua, Ny A sering mengeluh setelah di buat aktivitas lututnya kaku.

3. Genogram

Klien pertama, Ny S



Klien kedua, Ny A



Keterangan

- : Laki-Laki
- : Perempuan
- ⦿ : Pasien
- - - : Tinggal satu rumah
- X : Meninggal dunia

B. Riwayat Rekreasi

Pada klien, Ny S mengatakan hobinya suka membaca buku di kamar. Pada klien ,NyA mengatakan hobinya suka menjahit dikamar dan berkumpul saja didalam lingkungan wisma.Kedua klien tidak pernah liburan atau rekreasi selama di panti.

C. Riwayat Kesehatan

1. Keluhan yang dirasakan saat ini

Klien pertama, Ny.S mengatakan sulit berjalan, mudah lelah dan daerah pinggulnya terasa lemas setelah berjalan. Pada klien kedua, Ny.A meengatakan setelah di buat aktivitas lututnya kaku.

2. Keluhan yang dirasakan dalam 3 bulan terakhir

Klien pertama, Ny.S mengatakan dalam 3 bulan terakhir yang dirasakan adalah nyeri pada pinggul. Pada klien kedua, Ny.A mengatakan dalam 1 bulan terakhir yang dirasakan setelah beraktivitas bagian lututnya kaku.

3. Penyakit yang diderita dalam 3 tahun terakhir

Klien pertama, Ny.S mengatakan daerah pinggul bekas operasi terdapat rasa nyeri. Pada klien kedua, Ny.A mengatakan nyeri pada daerah lutut.

D. Tanda-tanda vital dan status kesehatan

Klien pertama, Ny.S

Tekanan darah : 140/80 mmHg

Suhu : 36°C

Nadi :100x/menit

Respiratori : 21x/menit

Berat badan :40 Kg

Tinggi badan :150cm

Klien Kedua, Ny.A

Tekanan darah : 150/90 mmHg

Suhu : 36°C

Nadi : 112x/menit

Respiratori : 21x/menit

Berat badan : 44 Kg

Tinggi badan : 158cm

Pengkajian Head to Toe**1. Kepala**

Ny.S bentuk kepala simetris, kulit kepala bersih, ada kerontokan rambut, rambut bersih tidak ada keluhan, rambut beruban. Pada Ny.A bentuk kepala simetris, kulit kepala bersih, tidak ada kerontokan rambut, rambut bersih tidak ada keluhan, rambut beruban.

2. Mata

Ny.S bentuk mata simetris, konjungtiva berwarna merah muda, sklera berwarna putih, penglihatan jelas, tidak menggunakan kaca mata, tidak mempunyai riwayat katarak. Pada Ny.A bentuk mata simetris, konjungtiva berwarna merah muda, sklera berwarna putih, penglihatan jelas, tidak menggunakan kaca mata, tidak mempunyai riwayat katarak

3. Hidung

Ny.S bentuk hidung simetris, tidak ada peradangan, penciuman normal, tidak mengalami gangguan penciuman. Ny.A bentuk hidung simetris, tidak ada peradangan, penciuman normal, tidak mengalami gangguan penciuman

4. Mulut dan Tenggorokan

Ny.S bentuk mulut simetris, bersih, mukosa lembab, tidak ada stomatitis, gigi tidak lengkap, tidak ada kesulitan mengunyah dan menelan makanan dan minuman. Pada Ny.A bentuk mulut simetris, bersih, mukosa lembab, tidak ada stomatitis, gigi tidak lengkap, tidak ada kesulitan mengunyah dan menelan makanan dan minuman

5. Telinga

Ny.S bentuk telinga kanan dan kiri simetris, telinga terlihat bersih, tidak ada peradangan, pendengaran normal. Pada Ny.A bentuk telinga kanan dan kiri simetris, telinga terlihat kotor, tidak ada peradangan, pendengaran normal.

6. Leher

Ny.S tidak ada benjolan, tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak terjadi kaku kuduk pada leher. Pada Ny.A tidak ada benjolan, tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak terjadi kaku kuduk pada leher.

7. Dada

Pada Ny.S

Inpeksi :Bentuk dada normal chest, bentuk payudara kanan kiri simetris, frekuensi pernafasan 21x/menit.

Palpasi :tidak adanya nyeri tekan pada daerah seditar dada.

Auskultasi :tidak ada suara napas tambahan (wheezing dan ronchi)

Perkusi :suara sonor

Pada Ny.A

Inpeksi :Bentuk dada normal chest, bentuk payudara kanan kiri simetris, frekuensi pernafasan 21x/menit.

Palpasi :tidak adanya nyeri tekan pada daerah seditar dada.

Auskultasi :tidak ada suara napas tambahan (wheezing dan ronchi)

Perkusi :suara sonor.

8. Abdomen

Pada klien Ny.S

Inpeksi : Bentuk simetris, tidak ada benjolan

Palpasi :Tidak ada benjolan, tidak ada nyeri tekan, tidak ada pembesaran hepar

Perkusi :Timpani

Auskultasi : Bising usus dengan frekuensi normal 20x/menit

Pada klien Ny.A

Inpeksi : Bentuk simetris, tidak ada benjolan

Palpasi :Tidak ada benjolan, tidak ada nyeri tekan, tidak ada pembesaran hepar

Perkusi :Timpani

Auskultasi : Bising usus dengan frekuensi normal 20x/menit

9. Genetalia

Ny.S rajin menjaga kebersihan daerah genitalianya dan tidak terdapat hemoroid.

Pada Ny A menjaga kebersihan daerah genitalianya dan tidak terdapat hemoroid.

10. Ekstremitas

Pada klien Ny.S skala kekuatan otot pada ekstermitas atas 5, sedangkan skala kekuatan otot pada ekstermitas bawah 3 yaitu terdapat keterbatasan dalam bergerak atau berjalan, tidak terdapat edema kaki, postur tubuh lordosis, menggunakan alat bantu berjalan (walker).

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

Pada klien Ny.A

Pada klien Ny.S skala kekuatan otot pada ekstermitas atas 5, sedangkan skala kekuatan otot pada ekstermitas bawah 4,tidak terdapat edema kaki, postur tubuh tegap atau normal, sering merasa kaku pada daerah lutut di sebelah kaki kanan,menggunakan alat bantu berjalan (krek) dan kalau berjalan selalu berpegangan.

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

Keterangan :

Refleks (+) : normal

Refleks (-) : menurun/meningkat

11. Integumen

Ny.S kulit bersih lembab, warna kulit putih, kulit terlihat keriput karena faktor usia, tidak ada gangguan pada kulit. Pada Ny.A kulit bersih lembab, warna kulit sawo matang, terlihat keriput karena faktor usia, tidak ada gangguan pada kulit.

12. Pengkajian Psikososial

1. Hubungan dengan orang lain dalam wisma

Ny.S mampu bekerjasama, misalnya dalam membantu teman sejawatnya.

Pada Ny.A mampu bekerjasama, misalnya dalam membantu teman sejawatnya

2. Hubungan dengan orang lain diluar wisma didalam panti

Ny.S jarang berinteraksi dengan orang lain diluar wisma, klien lebih suka didalam kamarnya, klien sering mengikuti kegiatan bersama dengan orang

lain diluar wisma seperti senam tetapi sambil duduk. Pada Ny.A sering berinteraksi dengan orang lain di luar wisma dan klien sering mengikuti kegiatan bersama dengan orang lain diluar panti seperti sholat berjamaah, pengajian, dan kegiatan mahasiswa yang praktik di panti.

3. Kebiasaan lansia berinteraksi ke wisma didalam panti

Ny.S jarang berinteraksi dengan wisma lain. Pada Ny.A sering berinteraksi dengan teman kamar lain di dalam panti.

4. Stabilitas emosi

Pada Ny.S emosi klien stabil dan ketika ada masalah baik dengan orang lain dalam satu wisma selalu di bicarakan dengan baik-baik. Pada Ny.A emosi klien stabil dan ketika ada masalah baik dengan orang lain dalam satu wisma selalu di bicarakan dengan baik-baik

5. Motivasi penghuni panti

Pada kedua klien Ny.S dan Ny.A berada dipanti atas dasar keinginan keluarga klien.

6. Frekuensi kunjungan keluarga

Pada kedua klien Ny.S dan Ny.A mereka tidak pernah dikunjungi oleh keluarga

13. Pengkajian Perilaku Terhadap Kesehatan

1. Kebiasaan merokok

Pada kedua klien Ny.S dan Ny.A tidak pernah merokok

2. Pola pemenuhan nutrisi

Pada kedua klien Ny.S dan Ny.A makan 1 hari 3x, makanan 1 porsi habis, dengan porsi nasi, ikan, tahu tempe, sayur, dan biasanya diberikan makanan tambahan seperti buah-buahan, kue,dll.

3. Pola pemenuhan cairan

Pada kedua klien Ny.S dan Ny.A minum air putih >3 gelas setiap hari, ditambah minuman seperti teh dan susu.

4. Pola kebiasaan tidur dan istirahat

Pada klien Ny.S tidur >6 jam setiap hari, tidur nyenyak tidak ada gangguan, pasien menggunakan waktu luang untuk membaca al-qur'an. Pada klien Ny.A tidur >6 jam setiap hari, tidur nyenyak tidak ada gangguan, pasien menggunakan waktu luang untuk menjahit.

5. Pola eliminasi BAB

Pada kedua klien Ny.S dan Ny.A Frekuensi BAB 1 kali sehari dalam seharisetiap pagi, dengan konsistensi lembek, tidak diare, tidak ada gangguan waktu BAB

6. Pola eliminasi BAK

Pada klien Ny.S BAK 1-3 kali sehari, warna urin kuning jernih, bau khas, jumlah urine 1000cc tidak ada gangguan waktu BAK. Pada Ny.A BAK 1-3 kali sehari, warna urin kuning jernih, bau khas, jumlah urine 800cc tidak ada gangguan waktu BAK.

7. Pola aktivitas

Ny.S Aktifitas dipanti yaitu menonton TV, sholat dikamar, berzikir, membaca, mendengarkan musik di dalam kamar, mandi dan berganti pakaian di bantu oleh perawat. Pada Ny.A aktivitasnya yaitu menonton TV, sholat berjamaah, pengajian di dalam pati, makan bersama, menjahit di kamar.

8. Pola pemenuhan kebersihan diri

Pada klien Ny.S kebersihan hygiene baik, mandi 2 kali sehari, memakai sabun, tidak menggosok gigi karna gigi ompong, berganti pakaian 2 kali sehari dan di bantu oleh perawat. Pada klien Ny.A kebersihan hygiene baik, mandi 2 kali sehari, memakai sabun, tidak menggosok gigi karna gigi ompong, berganti pakaian 2 kali sehari dan melakukan sendiri.

9. Pola sensori dan kognitif

Pada klien Ny.S kelima panca indera pasien normal tidak ada masalah, pasien mengerti tentang penyakit yang diderita dan bagaimana penanganannya. Ketika ditanya tentang penyakitnya, cara penanganan dan makanan yang boleh dikonsumsi klien terlihat bisa menjawab. Pada Ny.A kelima panca indera pasien normal tidak ada masalah, pasien mengerti tentang penyakit yang diderita dan bagaimana penanganannya. Ketika ditanya tentang penyakitnya, cara penanganan dan makanan yang boleh dikonsumsi klien terlihat bingung saat menjawab.

14. Data Penunjang

Pada kedua klien baik Ny.S dan Ny.A tidak ada data penunjang seperti hasil laboratorium, Radiologi, EKG, USG, CT-Scan, dan Obat-obatan yang di konsumsi.

15. Pengkajian INDEKS KATZ (Indeks Kemandirian Pada Aktivitas Kehidupan Sehari-hari)

Pada klien Ny.S dari hasil pengkajian INDEKS KATZ klien dapat diambil kesimpulan bahwa klien berada pada skore E yaitu pasien dapat melakukan semua aktivitas kehidupan sehari-hari kecuali mandi, berpakaian, kamar mandi dan satu fungsi tambahan. Pada Ny.A hasil pengkajian INDEKS KATZ klien dapat diambil kesimpulan bahwa pasien berada pada skore B yaitu klien dapat melakukan semua aktivitas kehidupan sehari-hari kecuali fungsi tambahan.

16. Pengkajian Kemampuan Intelektual

Menggunakan SPMSQ (Short Portable Mental Status Questioner)

Pada klien Ny.S setelah diajukan beberapa pertanyaan (10 pertanyaan) sesuai dengan format SPMSQ klien dapat menjawab semua pertanyaan dengan jumlah nilai jawaban yang benar 10 dan tidak ada jawaban yang salah. Dapat diambil kesimpulan fungsi intelektual utuh. Pada Ny.A setelah diajukan beberapa pertanyaan (10 pertanyaan) sesuai dengan format SPMSQ klien dapat menjawab semua pertanyaan dengan jumlah nilai jawaban yang benar 6 dan 4 jawaban yang salah. Dapat diambil kesimpulan fungsi kerusakan ringan.

17. Pengkajian Kemampuan Aspek Kognitif

Menggunakan MMSE (Mini Mental Status Exam)

Pada klien Ny.S untuk aspek kognitif pasien yang meliputi orientasi, registrasi, perhatian dan kalkulasi, mengingat dan bahasa pasien tidak ada gangguan kognitif. Pasien dengan jawaban yang benar semua dan tidak ada yang salah. Dapat diambil kesimpulan tidak ada gangguan kognitif. Pada Ny.A untuk aspek kognitif pasien yang meliputi orientasi, registrasi, perhatian dan kalkulasi, mengingat dan bahasa pasien tidak ada gangguan kognitif. Pasien dengan jawaban yang benar semua dan tidak ada yang salah. Dapat diambil kesimpulan tidak ada gangguan kognitif.

18. Pengkajian Inventaris Depresi Beck untuk mengetahui tingkat depresi lansia dari Beck & Deck (1972)

Pada kedua klien Ny.S dan Ny.A dari hasil pengkajian Inventaris Depresi Beck pasien depresi ringan. Total penilaiannya pasien adalah 6 dalam batas depresi ringan antara (5-7).

4.1.2 Analisa Data Klien Pertama dan Kedua

Tanggal	Data	Masalah	Kemungkinan Penyebab
18 Juli 2016	<u>Data Subyektif</u> Ny.S mengatakan sulit dalam berjalan, mudah	Hambatan Mobilitas Fisik	Menurunnya kekuatan otot

	<p>lelah dan daerah pinggunnya terasa lemas setelah berjalan.</p> <p><u>Data Obyektif</u></p> <p>Ny.S menggunakan alat bantu untuk berjalan, klien terlihat lemas, gerakan berjalan pasien sangat lambat, postur tubuh klien lordosis, terdapat bekas luka di pinggul, skor kekuatan otot (3). Skor INDEKS KATZ (E)</p>		
19 Juli 2016	<p><u>Data Subyektif</u></p> <p>Ny.A mengatakan kalau berjalan pelan-pelan menggunakan alat bantu, setelah melakukan aktivitas lututnya terasa kaku.</p>	<p>Hambatan</p> <p>Mobilitas Fisik</p>	<p>Kekakuan Sendi</p>

	<p><u>Data Obyektif</u></p> <p>Ny.A menggunakan alat bantu untuk berjalan, klien kalau berjalan selalu berpegangan, klien setelah berjalan selalu terlihat memijit-mijit lututnya yang terasa kaku. Kekuatan otot klien skore (4) .INDEKS KATZ (B)</p>		
--	---	--	--

4.1.3 Diagnosa Keperawatan

A. Klien pertama Ny.S / 69 tahun

1. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan kelemahan otot pada ekstermitas di tandai dengan menggunakan alat bantu untuk berjalan, klien terlihat lemas, gerakan berjalan pasien sangat lambat, postur tubuh klien lordosis, terdapat bekas luka di pinggul, skore kekuatan otot (3). Skore INDEKS KATZ (E)

B. Klien kedua Ny. A / 70 tahun

1. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan kekakuan sendi pada ekstermitas di tandai dengan menggunakan alat bantu untuk berjalan, klien kalau berjalan selalu berpegangan, klien setelah berjalan selalu terlihat memijit-mijit lututnya yang terasa kaku. Kekuatan otot klien score (4)
 .INDEKS KATZ (B)

4.1.4 Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
1	<p>Klien pertama, Ny.S (P/69)</p> <p>Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan kelemahan otot</p>	<p>Tujuan :</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 5x24 jam diharapkan klien mampu menggerakkan bagian tubuh dengan maksimal</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <p>1. Klien meningkat</p>	<p>1. Monitoring vital sign sebelum/sesudah latihan dan lihat respon pasien saat latihan</p> <p>Rasional : mengetahui keadaan umum klien</p> <p>2. Kaji kemampuan klien dalam mobilisasi</p> <p>Rasional : Untuk</p>

		<p>dalam aktivitas fisik</p> <p>2. Mengerti tujuan dari peningkatan mobilitas</p> <p>3. Memperagakan penggunaan alat bantu</p> <p>4. Memverbalisasikan perasaan dalam meningkatkan kekuatan</p> <p>5. Wajah klien tampak segar dan tenang</p> <p>6. Tanda tanda vital dalam batas normal</p> <p>Tekanan darah : (sistole : 100 – 140 mmhg) (diastole 60 – 90 mmhg)</p> <p>Nadi : 60-100 x/mnt</p> <p>Kekuatan otot (0-5)</p> <p>INDEKS KATZ (normal)</p>	<p>mengetahui tingkat keterbatasan klien</p> <p>3. Dampingi dan mengajarkan ROM kepada klien</p> <p>Rasional : Untuk meningkatkan, mobilisasi sendi meningkatkan mobilisasi, meningkatkan aktivitas kegiatan sehari-hari</p> <p>4. Pantau menggunakan alat bantu saat aktivitas</p> <p>Rasional : untuk mengurangi resiko jatuh</p> <p>5. Latih pasien dalam ADLs secara mandiri</p>
--	--	---	--

			<p>sesuai kemampuan</p> <p>Rasional : Dapat membantu pasien untuk memenuhi kebutuhannya</p>
2	<p>Klien kedua, Ny.A (P/70) Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan kekakuan sendi</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Klien meningkat dalam aktivitas fisik 2. Mengerti tujuan dari peningkatan mobilitas 3. Memperagakan penggunaan alat bantu 4. Memverbalisasikan perasaan dalam meningkatkan kekuatan 5. Wajah klien tampak segar dan tenang 6. Tanda tanda vital dalam batas normal Tekanan darah : 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Monitoring vital sighth sebelum/sesudah latihan dan lihat respon pasien saat latihan Rasional : mengetahui keadaan umum klien 2. Kaji kemampuan klien dalam mobilisasi Rasional : Untuk mengetahui tingkat keterbatasan klien 3. Dampingi dan mengajarkan ROM

		<p>(sistole : 100 – 140 mmhg) (diastole 60 – 90 mmhg)</p> <p>Nadi : 60-100 x/mnt</p> <p>Kekuatan otot (0-5)</p> <p>INDEKS KATZ (normal)</p> <p>.</p>	<p>kepada klien</p> <p>Rasional : Untuk meningkatkan, mobilisasi sendi meningkatkan mobilisasi, meningkatkan aktivitas kegiatan sehari-hari</p> <p>4. Pantau menggunakan alat bantu saat aktivitas</p> <p>Rasional : untuk mengurangi resiko jatuh</p> <p>5. Latih pasien dalam ADLs secara mandiri sesuai kemampuan</p> <p>Rasional : Dapat membantu pasien untuk memenuhi</p>
--	--	---	---

			kebutuhannya
--	--	--	--------------

4.1.6 Implementasi Keperawatan

Implementasi pada penelitian ini dilakukan selama 5 hari yaitu mulai tanggal 18 Juli 2016 sampai dengan tanggal 22 Juli 2016 di UPTD Griya Werdha Surabaya. Implementasi klien pertama Ny.S

Pelaksanaan tanggal : 18 Juli 2016

1. Pukul 08.00 membina hubungan saling percaya kepada klien dan keluarga klien seperti memperkenalkan nama, memperkenalkan profesi, tujuan ke klien
Respon: klien sangat percaya dan dapat menerima tujuan saya dengan baik
2. Pukul 08.00 mengkaji keadaan klien
Respon: klien menjawab semua pertanyaan dengan kooperatif
3. Pukul 08.05 melakukan observasi tanda-tanda vital
Respon klien : Tekanan darah didapatkan dengan hasil 140/80mmHg, nadi 100x/menit, respirasi rate 21 x/menit , suhu 36°C
4. Pukul 08.10 mengkaji kekuatan otot klien kamar
Respon: skala kekuatan otot 4 (Gerakan penuh yang normal melawan gravitasi dan melawan tahanan minimal
5. Pukul 09.00mengajarkan ROM atas pada klien di kamar
Respon: klien tampak bisa mengikuti arahan

6. Pukul 09.30 memberikan penjelasan pentingnya mobilisasi

Respon: klien mengerti

7. Pukul 11.45 menyiapkan peralatan sholat klien dan membantu untuk mengambil air wudhu

Respon: klien bersedia sholat

8. Pukul 12.20 menyiapkan makanan untuk pasien

Respon: klien menghabiskan porsi makan yang disediakan

9. Pukul 12.30 memberikan suasana yang nyaman dan aman agar klien bisa istirahat

Respon: klien tampak tenang dan klien istirahat

Pelaksanaan tanggal : 19 Juli 2016

1. Pukul 07.00 Menyapa klien, Mengucapkan salam dan Menyebutkan nama

Respon klien :klien menjawab salam da menyebutkan namanya

2. Pukul 07.00 menyiapkan sarapan pagi untuk klien

Respon klien :klien menghabiskan 1 porsi yang di sediakan

3. Pukul 08.00 mengajari pasien untuk jalan menggunakan walker dan berjalan dengan pelan-pelan

4. Respon klien : klien melakukan dengan pelan-pelan

5. Pukul 08.40 Mengakaji tingkat aktivitas/mobilitas klien

Respon :klien kooperatif, tingkat mobilitas 3 (nenbutuhkan bantuan/ pengawasan manusia lain)

6. Pukul 09.00 mengobservasi tanda-tanda vital

Respon: Tekanan darah didapatkan dengan hasil 150/90 mmHg, nadi 110 x/menit, respirasi rate 21 x/menit, suhu 36,2°C

7. Pukul 10.00 mengajarkan latihan ROM bagian bawah di kamar klien

Respon: klien mengikuti yang di ajarkan

8. Pukul 11.45 menyiapkan peralatan alat sholat dan membantu ke kamar mandi

Respon: klien bersedia sholat dhuhur

9. Pukul 12.15 memberikan makanan di kamar klien

Respon: klien menghabiskan 1 porsi makanan yang di sediakan

10. Pukul 12.40 menganjurkan pasien untuk istirahat dan tidur siang

Respon: klien tampak tenang dan istirahat

Pelaksanaan tanggal : 20 Juli 2016

1. Pukul 12.00 Menyapa klien, mengucapkan salam dan menyebutkan nama

Respon klien : klien menjawab salam

2. Pukul 12.10 melakukan observasi pada keadaan klien

Respon klien : wajah klien tampak relax dan tenang

3. Pukul 12.30 menyiapkan makanan pasien untuk di antar ke kamar

Respon klien : klien makan dengan pelan-pelan dan menghabiskan 1 porsi yang di sediakan

4. Pukul 13.00 menganjurkan untuk istirahat

Respon klien : klien istirahat di tempat tidur

5. Pukul 14.40 membantu pasien untuk mandi dan menganjurkan untuk memegang besi di pinggiran kamar mandi agar tidak jatuh

Respon :klien memegang pinggiran di kamar mandi

6. Pukul 15.00 menyiapkan alat sholat klien di atas tempat tidur

Respon klien : klien melaksanakan sholat ashar

7. Pukul 15.20 mengajarkan teknik untuk berjalan menggunakan alat bantu walker

Respon: klien menggunakan alat bantu dengan pelan-pelan

8. Pukul 16.00 memberi penjelasan tentang cara berjalan menggunakan alat bantu

Respon: klien mengerti tentang yang di jelelaskan

9. Pukul 16.30 observasi tanda-tanda vital klien

Respon: klien kooperatif Tekanan darah didapatkan dengan hasil 150/90 mmHg, nadi 110 x/menit, respirasi rate 21 x/menit, suhu 36,2°C

10. Pukul 17.00 menulangi mengajari ROM

Respon : Klien melakukan apa yang telah di ajarkan

Pelaksanaan tanggal : 21 Juli 2016

1. Pukul 07.00 Menyapa klien, Mengucapkan salam

Respon klien :klien kooperatif, dan menjawab salam

2. Pukul 07.00 menyiapkan sarapan pagi untuk klien

Respon klien : klien menghabiskan 1 Porsi yang di sediakan

3. Pukul 08.00 mengantar klien untuk ke kamarnya menggunakan walker

Respon klien : klien melakukan dengan pelan-pelan

4. Pukul 09.00 mengobservasi tanda-tanda vital

Respon: Tekanan darah didapatkan dengan hasil 150/90 mmHg, nadi 110 x/menit, respirasi rate 21 x/menit, suhu 36,2°C

5. Pukul 09.30 mengajarkan latihan ROM bagian bawah di kamar klien

Respon: klien sudah bisa melakukan sendi dan sudah tidak lemas lagi pada daerah kakinya

6. Pukul 10.00 membantu klien untuk rentang gerak aktif dan pasif dan melakukan

Respon: klien melakukan dengan baik

7. Pukul 12.15 memberikan makanan di kamar klien

Respon: klien menghabiskan 1 porsi makan.

8. Pukul 12.40 menganjurkan pasien untuk istirahat dan tidur siang

Respon: klien istirahat dan sambil mendengarkan musik

Pelaksanaan tanggal : 22 Juli 2016

1. Pukul 12.00 Menyapa klien, mengucapkan salam dan menyebutkan nama

Respon klien :klien menjawab salam

2. Pukul 12.30 menyiapkan makanan pasien untuk di antar ke kamar

Respon klien : klien senang dan di makan dengan pelan-pelan

3. Pukul 13.00 menganjurkan untuk istirahat

Respon klien : klien beristirahat

4. Pukul 14.40 membantu pasien untuk mandi dan mengajarkan untuk memegang besi di pinggiran kamar mandi agar tidak jatuh

Respon : klien dapat melakukan

5. Pukul 15.00 menyiapkan alat sholat klien di atas tempat tidur
Respon klien : klien melaksanakan sholat ashar
6. Pukul 15.30 mengatur posisi klien untuk melatih ROM lagi
Respon klien : Klien tampak bisa dan sangat senang
7. Pukul 15.45 mengajar kan teknik untuk berjalan menggunakan alat bantu walker
Respon: klien melakukan dengan pelan-pelan
8. Pukul 17.00 mengobservasi tanda-tanda vital
Respon: Tekanan darah didapatkan dengan hasil 150/90 mmHg, nadi 110 x/menit, respirasi rate 21 x/menit, suhu 36,2°C

Implementasi pada klien kedua

Implementasi pada penelitian ini dilakukan selama 5 hari yaitu mulai tanggal 19 Juli 2016 sampai dengan tanggal 23 Juli 2016 di UPTD Griya Werdha Surabaya.

Implementasi klien pertama Ny.A

Pelaksanaan tanggal : 19 Juli 2016

1. Pukul 14.30 membina hubungan saling percaya kepada klien dan keluarga klien seperti memperkenalkan nama, memperkenalkan profesi, tujuan ke klien
Respon: klien sangat mempercayai dan menerima dengan baik tujuan saya
2. Pukul 14.35 mengkaji keadaan klien
Respon klien: klien menjawab semua pertanyaan dengan kooperatif

3. Pukul 15.00 melakukan observasi tanda-tanda vital
Respon klien : klien kooperatif, Tekanan darah didapatkan dengan hasil 150/90mmHg, nadi 100x/menit, respirasi rate 20 x/menit , suhu 36°C
4. Pukul 16.00 mengkaji keluhan yang di rasakan klien sekang
Respon: klien kooperatif, dan menjelaskan apa yang di keluhkan sekarang
5. Pukul 16.20 mengajarkan ROM atas pada klien di kamar
Respon: klien dapat mengikuti apa yang di ajarkan
6. Pukul 16.30 mengkaji kekuatan otot klien di tempat tidur klien
Respon: klien kooperatif, skala kekuatan otot 4 (Gerakan yang normal melawan gravitasi)
7. Pukul 12.30 memberikan suasana yang nyaman dan aman agar klien bisa istirahat
Respon: klien tampak tenang dan klien beristirahat

Pelaksanaan tanggal : 20 Juli 2016

1. Pukul 07.00 Menyapa klien, Mengucapkan salam
Respon klien :klien menjawab salam
6. Pukul 07.00 menyiapkan sarapan pagi untuk klien di meja makan
Respon klien : klien tampak menghabiskan 1 porsi makanan yang di sediakan
7. Pukul 08.00 mengantar klien untuk ke kamarnya menggunakan krek
Respon klien : klien melakukan dengan pelan-pelan dan sambil berpegangan

8. Pukul 09.00 mengobservasi tanda-tanda vital
Respon: Tekanan darah didapatkan dengan hasil 150/80mmHg, nadi 110 x/menit, respirasi rate 21 x/menit, suhu 36,2°C
9. Pukul 09.30 mengajarkan latihan ROM bagian ekstermitas bawah
Respon: klien melakukan dengan pelan pelan karena lututnya terasa kaku
10. Pukul 10.00 membantu klien untuk rentang gerak aktif dan pasif dan melakukan
Respon: pasien dapat melakukan apa yang di ajarkan
11. Pukul 10.30 memberikan penjelasan bahwa dilakukan tindakan ROM dapat mengurangi kekakuan otot dan sendi
Respon : Klien mengerti
12. Pukul 12.15 menyiapkan makanan di meja makan
Respon: klien menghabiskan porsi makan yang di sediakan
13. Pukul 12.40 menganjurkan pasien untuk istirahat dan tidur siang
Respon: klien istirahat

Pelaksanaan tanggal : 21Juli 2016

1. Pukul 15.00 Menyapa klien, mengucapkan salam dan menyebutkan nama
Respon klien :klien menjawab salam
2. Pukul 15.15 menyiapkan makanan pasien untuk di antar ke kamar
Respon klien : klien menghabiskan 1 porsi makan
3. Pukul 15.45 menganjurkan dan melatih ROM

Respon klien : klien melakukan yang telah di ajarkan beberapa hari dan kakunya sedikit berkurang

4. Pukul 16.00 mengajari pasien menggunakan alat bantu dengan benar dan berpegang pada pinggiran/ tembok

Respon : klien melakukan pelan-pelan dan berpegangan

5. Pukul 16.30 memberi penjelasan tentang cara berjalan menggunakan alat bantu

Respon: klien mengerti tentang yang di jelaskan

Pelaksanaan Tanggal 22 Juli 2016

1. Pukul 07.00 Menyapa klien, Mengucapkan salam dan Menyebutkan nama

Respon klien :klien menjawab salam

2. Pukul 07.00 menyiapkan sarapan pagi untuk klien

Respon klien : klien tmenghabiskan makannya yang disediakan

3. Pukul 08.00 mengajari pasien untuk melakukan aktivitas menggunakan krek dan berjalan dengan pelan-pelan

4. Respon klien : klien berjalan pelan-pelan menguanakan alat bantu krek

5. Pukul 08.40 Mengakjalaji tingkat aktivitas/mobilitas klien

Respon : klien kooperatif, tingkat 4

6. Pukul 09.00 mengobservasi tanda-tanda vital

Respon: Tekanan darah didapatkan dengan hasil 140/90mmHg, nadi 110 x/menit, respirasi rate 21 x/menit, suhu 36,2°C

7. Pukul 10.00 mengajarkan latihan ROM bagian bawah di kamar klien

Respon: klien sudah bisa melakuka dan kakunya sedikit berkurang

8. Pukul 11.45 menyiapkan peralatan alat sholat da memberi tahu kalau berwudhu sebaiknya berpegangan di pinggiran kamar mandi

Respon: klien melaksanakan sholat

Pelaksanaan Tanggal 23 Juli 2016

1. Pukul 07.00 Menyapa klien, Mengucapkan salam dan Menyebutkan nama

Respon klien :klien menjawab salam

2. Pukul 07.00 menyiapkan sarapan pagi untuk klien

Respon klien : klien menghabiskan 1 porsi makanan

3. Pukul 08.00 membantu/mendamping pasien untuk jalan menggunakan krek dan berjalan dengan pelan-pelan

Respon klien : lutut klien sudah tidak kaku lagi setelah di buat berjalan

4. Pukul 08.40 Mengakaji tingkat aktivitas/mobilitas klien

Respon : klien kooperatif, tingkat mobilitas 2 (membutuhkan bantuan/ pengawasan manusia lain)

5. Pukul 09.00 mengobservasi tanda-tanda vital

Respon: Tekanan darah didapatkan dengan hasil 140/90mmHg, nadi 110 x/menit, respirasi rate 21 x/menit, suhu 36,2°C

6. Pukul 10.00 melatih ROM bagian bawah di kamar klien

Respon: klien kooperatif dan pasien tampak sudah bisa melakukan sendiri dan perlu pengawasan

7. Pukul 11.45 menyiapkan peralatan alat sholat

Respon: klien melaksanakan sholat

8. Pukul 12.15 menyiapkan makanan klien di meja makan

Respon : klien menghabiskan 1 porsi yang di sediakan

4.1.7 Evaluasi Keperawatan

A. Pada pasien pertama Ny.S 69 tahun

Diagnosa keperawatan 1

Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan kelemahan otot

Evaluasi tanggal 18 Juli 2016

Evaluasi jam 13.00 WIB

S : Klien mengatakan lemas pada kakinya saat setelah berjalan sebentar, ke kamar mandi masih di bantu dengan perawat, melakukan aktivitas dikamar.

O: Keadaan umum klien lemas, kesadaran kompos mentis dengan GCS 456, TD: 150/90mmHg, Nadi: 110x/menit, RR: 21x/menit, Suhu: 36°C. kekuatan otot 4 (Gerakan penuh yang normal melawan gravitasi dan melawan tahanan minimal

A : Masalah belum teratasi

P : Rencana tindakan no 1,2,3,4,5, 6 dilanjutkan

Evaluasi tanggal 19 juli 2016

Evaluasi jam 13.00 WIB

S : klien mengatakan setelah di ajarkan cara ROM lemas di kakinya sedikit berkurang, dan berjalan menggunakan walker saat aktivitas dengan pelan-pelan,

O : keadaan umum klien lemas, kesadaran kompos mentis dengan GCS 456, pasien berjalan menggunakan walker, aktivitasnya masih di bantu oleh perawat

A : Masalah teratasi sebagian

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

Evaluasi tanggal 20 Juli 2016

Evaluasi jam 17.30 WIB

S : Klien mengatakan lemas di kakinya sedikit berkurang dengan dilatih ROM

O : Keadaan umum klien baik, klien menggunakan alat bantu untuk berjalan,

A : Masalah teratasi sebagian

P : Rencana tindakan 2,3,4,6

Evaluasi tanggal 21 Juli 2016

Evaluasi jam 13.00 WIB

S : Klien mengatakan kakinya sudah enakan buat berjalan tidak lemas, pasien ke kamar mandi memagangi pinggiran kamar mandi, dan aktivitasnya mengukankan alat bantu walker

O : Keadaan umum klien baik, klien menggunakan alat bantu untuk berjalan dan melakukan aktivitas.

A : Masalah teratasi sebagian

P : Rencana tindakan 2,4,6

Evaluasi tanggal 22 Juli 2016

Evaluasi jam 17.00 WIB

S : Klien mengatakan kakinya sudah enakan buat berjalan tidak lemas, pasien ke kamar mandi memagangi pinggiran kamar mandi,dan belajar melakukan ROM sebelum tidur dan aktivitasnya mengukankan alat bantu walker dengan pelan-pelan.

O : Keadaan umum klien baik, klien menggunakan alat bantu untuk berjalan dan melakukan aktivitas.

A : Masalah teratasi

P : Rencana tindakan di hentikan

B. Pada klien kedua Ny A 70 tahun

Diagnosa keperawatan 1

Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan kekakuan sendi

Evaluasi tanggal 19 Juli

Evaluasi jam 17..00 WIB

S : Klien mengatakan lututnya kaku setelah melakukan aktivitas, dan menggunakan alat bantu (krek)

O : Keadaan umum klien baik, kekuatan otot 4 (gerakan penuh yang normal melawan gravitasi dan melawan tahanan minimal)

A : Masalah belum teratasi

P : Rencana tindakan no 1 – 7 dilanjutkan

Evaluasi tanggal 20 juni 2016

Evaluasi jam 10.00 WIB

S : Klien mengatakan setelah dilatih ROM kaku di daerah lutut sudah berkurang, dan menggunakan krek dengan pelan-pelan, dan berpegangan

O : Keadaan umum klien baik, menggunakan alat bantu, dan melakukan aktivitas dengan pelan-pelan.

A : Masalah teratasi sebagian

P : Rencana tindakan no2,4,6 dilanjutkan

Evaluasi tanggal 21 Juli 2016

Evaluasi jam 10.00 WIB

S : Klien mengatakan lututnya sudah tidak kaku lagi setiap hari melatih sebelum tidur ROM

O : Keadaan umum klien baik, klien tampak tidak mengeluh lututnya kaku, dan pasien menggunakan alat bantu.

A : Masalah teratasi sebagian

P : Rencana tindakan 4,6

Evaluasi tanggal 22 Juli 2016

Evaluasi jam 12.00 WIB

S : Klien mengatakan lututnya sudah tidak kaku lagi setiap hari melatih sebelum tidur ROM

O : Keadaan umum klien baik, klien tampak tidak mengeluh kekakuan di lutut, dan pasien menggunakan alat bantu, tampak bisa melakukan ROM sendiri.

A : Masalah teratasi sebagian

P : Rencana tindakan 4,6

Evaluasi tanggal 23 Juli 2016

Evaluasi jam 10.00 WIB

S : Klien mengatakan lututnya sudah tidak kaku lagi setiap hari melatih sebelum tidur ROM

O : Keadaan umum klien baik, kesadaran kompos mentis dengan GCS 456, klien tampak tidak mengeluh kekakuan di lutut, dan pasien menggunakan alat bantu.

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 keperawatan klien pada Osteoarthritis dengan masalah hambatan mobilitas fisik di UPTD Griya Werdha Surabaya yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

4.2 Pengkajian Keperawatan

Pada saat penulis melakukan pengkajian untuk mengumpulkan data tidak ada hambatan apapun karena baik pasien atau keluarga pasien kooperatif dalam memberikan keterangan dan informasi tentang pasien

Pada tahap pengkajian pada tinjauan kasus pertama dan tinjauan kasus kedua didapatkan kesamaan masalah yaitu hambatan mobilitas fisik. Pada pasien pertama di dapatkan data bahwa pasien cara berjalannya melemah dengan kekuatan otot 4 pada bagian kaki, sebaian aktivitas ada yang di bantu perawat, TTV : TD : 140/90 mmHg, Suhu : 36 °C, Nadi : 100x/menit, RR : 20x/menit pasien ada bekas operasi di daerah pinggul, Postur tubuh pasien lordosis, pasien menggunakan alat bantu walker. Sedangkan pada pasien kedua di dapatkan data pasien mengalami kekakuan pada lutut sebelah kanan, setelah beraktivitas pasien terlihat lemas dengan kekuatan otot 3, dalam aktivitas klien membutuhkan pengawasan pasien menggunakan alat bantu krek. TTV : TD : 150/90 mmHg, Suhu : 36,2°C, Nadi : 88x/menit, RR : 18x/menit.

Didapatkan kesamaan antara tinjauan teori dan tinjauan kasus dimana tinjauan teori dan tinjauan kasus dalam Capenito, 2009 ditemukan data pengkajian pada klien Osteoarthritis dengan hambatan mobilitas fisik yaitu keadaan umum klien lemas, setelah beraktivitas klien mudah capek, perubahan cara berjalan, keterbatasan rentang gerak, menggunakan alat bantu

dan dalam tinjauan teori juga ditemukan adanya masalah hambatan mobilitas fisik.

Maka menurut peneliti pada penelitian studi kasus ini tidak terjadi kesenjangan antara tinjauan kasus dan tinjauan teori karena beberapa tanda dan gejala yang terdapat didalam tinjauan teori juga terdapat di dalam tinjauan kasus pertama maupun kasus kedua.

4.2.2 Diagnosa keperawatan

Perumusan diagnosa keperawatan disesuaikan dengan kondisi dan keluhan yang terjadi pada klien. Dalam tinjauan pustaka diagnosa keperawatan yang muncul pada klien yang mengalami osteoarthritis berdasarkan (Nanda, 2015) adalah sebagai berikut :

1. Hambatan Mobilitas Fisik berhubungan dengan kekakuan sendi, kerusakan integritas struktur tulang.
2. Nyeri berhubungan dengan penurunan fungsi tulang.
3. Resiko cedera berhubungan penurunan fungsi tulang.
4. Defisit perawatan diri berhubungan dengan penurunan fungsi tulang.
5. Defisiensi pengetahuan berhubungan kurangnya informasi tentang penyakit.(NANDA, 2015)

Namun, tidak semua diagnosa muncul dalam tinjauan kasus. Pada tinjauan kasus pertama Klien pertama Ny.S / 69 tahun pada osteoarthritis

ditemukan diagnosa keperawatan berdasarkan pengkajian dan analisa data sebagai berikut :

Klien pertama Ny.S / 69 tahun

1. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan kelemahan otot.

Sedangkan pada tinjauan kasus kedua Klien kedua Ny.A / 70 tahun pada osteoarthritis ditemukan diagnosa keperawatan berdasarkan pengkajian dan analisa data sebagai berikut :

1. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan kekakuan sendi

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

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 Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan kelemahan otot, kekakuan sendi.

Perencanaan keperawatan yang dibuat untuk mengatasi hambatan mobilitas fisik pada kedua klien sama. Perencanaan keperawatan bertujuan untuk membantu pasien agar dapat menggerakkan anggota tubuhnya selama 5x24 jam setelah di lakukan tindakan keperawatan dengan kriteria hasil Klien meningkat dalam aktivitas fisik, Mengerti tujuan dari peningkatan mobilitas, Memperagakan penggunaan alat bantu, Memverbalisasikan perasaan dalam meningkatkan kekuatan dan kemampuan beraktivitas sehari-hari.

Pada perencanaan keperawatan ini penulis akan berfokus pada perencanaan diagnosa hambatan mobilitas fisik yang menjadi masalah utama baik dalam tinjauan kasus teori maupun tinjauan kasus pertama dan kedua. Perencanaan pada hambatan mobilitas fisik yaitu Kaji tingkat kemampuan pasien dalam mobilisasi, monitoring tanda-tanda vital sebelum dan sesudah latihan, bantu pasien menggunakan tongkat saat berjalan, latih pasien dalam ADLs secara mandiri sesuai kemampuan, ajarkan pada klien untuk latihan fisik, Kolaborasi dengan fisioterapi dalam latihan fisik pada klien seperti adduksi, abduksi, fleksi, ekstensi (A.Aziz, 2013) Maka didapatkan hasil tidak terjadi kesenjangan antara tinjauan teori dan tinjauan kasus pertama maupun kedua yang mana dengan di lakukannya latihan fisik (ROM) dengan kolaborasi fisioterapi dapat meningkatkan kekuatan otot pada pasien.

4.2.4 Pelaksanaan 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 di lahan praktek, maka pelaksanaan harus di sesuaikan dengan standart operasional prosedur (SOP) dan dengan bantuan perawat ruangan. Pelaksanaan tindakan keperawatan pada klien merupakan pengembangan dari teoritis yang dimodifikasi sesuai dengan kebiasaan tempat pelayanan. Dalam hal ini pelaksanaan tindakan pada kasus pertama maupun kedua pada hambatan mobilitas fisik mengikuti standart operasional prosedur (SOP) di UPTD Griya Werdha Surabaya.

Dalam pelaksanaan Osteoartritis tidak dilakukan berurutan perdiagnosa karena masalah yang di temukan bersumber dari satu masalah yaitu hambatan mobilitas fisik. Dengan adanya masalah tersebut muncul beberapa diagnosa keperawatan yang saling berkaitan akibat repon klien. Semisal pada tinjauan kasus pertama hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan kelemahan otot pada ekstremitas bawah. Begitu juga pada tinjauan kasus kedua memunculkan masalah hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan kekakuan sendi pada ekstremitas. Sehingga dalam pelaksanaanya penulis berfokus pada hambatan mobilitas fisik dengan melakukan latihan fisik (ROM), dalam mengatasi masalah-masalah yang muncul, namun tetap juga melaksanakan tindakan ke masalah lainnya.

4.2.5 Evaluasi Keperawatan

Pada tinjauan kasus dilakukan dengan pengamatan dan menanyakan langsung pada klien yang di dokumentasikan dalam catatan perkembangan sedangkan pada tinjauan pustaka tidak menggunakan catatan perkembangan karena klien 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 klien terhadap asuhan keperawatan yang telah diberikan dan dilanjutkan dalam catatan perkembangan.

Pada osteoarthritis disusun intervensi guna mengatasi diagnosa yang muncul, terutama pengaruh teknik ROM yang terbukti menanggulangi hambatan mobilitas fisik sesuai dengan yang penelitian yang dilaksanakan (NANDA,2015) , meskipun masalah hambatan mobilitas fisik yang hanya teratasi sebagian. Tidak teratasinya masalah ini secara tuntas dapat disebabkan karena tingkat kenyamanan 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 aktivitas dan kekuatan otot bertambah lebih baik.

