

Asuhan Keperawatan Pada Lansia Dengan Osteoporosis di UPT PSTW Jombang

by Labibah Tri Almuta'ali 201210010

Submission date: 07-Oct-2023 04:20PM (UTC+0800)

Submission ID: 2188337790

File name: new_KTI_FIX_LABIBAH_-_Labibah_Tri_Al_mutaali.docx (365.73K)

Word count: 11522

Character count: 78761

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA LANSIA DENGAN OSTEOPOROSIS
DI UNIT PELAKSANA TEKNIS PELAYANAN SOSIAL TRESNA
WERDHA JOMBANG**



LABIBAH TRI ALMUTA'ALI

201210010

PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN FAKULTAS VOKASI

INSTITUT TEKNOLOGI SAINS DAN KESEHATAN

INSAN CENDEKIA MEDIKA

JOMBANG

2023

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Osteoporosis merupakan penyakit tulang yang ditandai dengan menurunnya massa tulang (kepadatan tulang) secara keseluruhan akibat ketidakmampuan tubuh dalam mengatur kandungan mineral dalam tulang dan disertai dengan rusaknya arsitektur yang akan mengakibatkan penurunan kekuatan tulang (pengeroposan tulang) (Kemenkes RI, 2020). Osteoporosis yaitu suatu penyakit yang ditandai dengan berkurangnya massa tulang yang mengakibatkan menurunnya kekuatan tulang dan meningkatkannya kerapuhan tulang. Peningkatan jumlah lansia berarti bertambahnya masalah kesehatan karena terjadinya perubahan-perubahan musculoskeletal dan fisiologi pada lansia. Diantara berbagai masalah kesehatan pada lansia salah satunya adalah nyeri punggung akibat fase menopause dan lansia mengalami kekeroposan tulang yang dikenal dengan osteoporosis. Jumlah lansia semakin meningkat pada tahun 2020 jumlah penduduk yang berusia 60 tahun ke atas akan melebihi jumlah anak yang berusia dibawah lima tahun lansia yang berada di negara berkembang. Banyak penyakit degenerative yang dimulai sejak usia pertengahan yang menyebabkan produktivitas lansia menurun menjadi kurang berkualitas (Syadiyah, 2018).

Berdasarkan data the *World Health Organization* (WHO) dan *International Osteoporosis Federation* (IOF) jumlah penderita Osteoporosis di dunia saat ini lebih dari 200 juta orang, dan 50% patah tulang disebabkan oleh Osteoporosi

yang memicu terjadinya kecacatan seumur hidup hingga kematian. Sementara Prevalensi Osteoporosis di Indonesia tercatat pada perempuan usia 50-80 tahun sebesar 23% dan usia 70-80 tahun sebesar 16% pada laki-laki. Osteoporosis (penyakit tulang keropos) masih menjadi masalah kesehatan masyarakat di dunia terutama di Negara berekmbang (Kemenkes RI, 2021).

Lansia yang menandakan bahwa osteoporosis merupakan masalah kesehatan masyarakat yang perlu mendapat perhatian serius. Untuk mengelola rasa sakit pada penderita osteoporosis. Osteoporosis adalah ketidakseimbangan nutrisi, ini termasuk kekurangan kalsium dan vitamin D. Tanda dan gejala osteoporosis yang dikeluhkan biasanya pada masing-masing orang berbeda bisa berubah seiring waktu. Biasanya gejala osteoporosis tidak langsung muncul semua, dan terkadang di sebagian orang itu tidak terdapat tanda dan gejala. Tanda dan gejala yang sering terjadi seperti nyeri punggung, kehilangan tinggi badan, retak atau patah tulang, dan kelainan spinal (kifosis). Timbulnya nyeri osteoporosis membuat penderita sering kali takut untuk bergerak sehingga mengganggu aktivitas sehari-hari. Nyeri yang dirasakan penderita osteoporosis sudah cukup membuat pasien sulit beraktivitas dalam menjalani hidupnya sehari-hari sehingga dapat mengganggu kenyamanan lansia (Lahemma,2019).

Cara mengatasi nyeri pada osteoporosis, yaitu pemakaian kompres hangat juga berperan untuk melemaskan otot, sedangkan kompres dingin dapat meredakan kram otot dan nyeri. Pemakaian obat pereda rasa sakit berupa krim atau gel yang dijual bebas di apotek juga bisa dilakukan. Krim atau gel pereda rasa sakit cocok dipakai pada sendi yang dekat dengan permukaan kulit seperti persendian pada lutut dan jari-jari dan bisa juga menggunakan obat atau terapi

yang bisa dijalani seperti obat pereda nyeri (Paracetamol atau obat anti inflamasi non steroid) yang biasa didapatkan pada saat periksa di dokter (Afni, 2019)

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas maka rumusan masalahnya “Bagaimana gambaran asuhan keperawatan pada pasien lansia yang mengalami Osteoporosis di Unit Pelaksana Tennis Pelayanan Sosial Tresna Werdha Jombang ”

1.3 Tujuan

1.3.1. Tujuan umum

Memberikan asuhan keperawatan pada lansia dengan diagnosa medis Osteoporosis di Unit Pelaksana Tennis Pelayanan Sosial Tresna Werdha Jombang.

1.3.2. Tujuan khusus

Mempelajari kasus secara terperinci dan mendalam saat proses keperawatan antara lain :

1. Mengidentifikasi pengkajian asuhan keperawatan pada lansia dengan diagnosa medis Osteoporosis dengan masalah nyeri akut di Unit Pelaksana Tennis Pelayanan Sosial Tresna Werdha Jombang.
2. Mengidentifikasi diagnosa asuhan keperawatan pada lansia dengan diagnosa medis Osteoporosis dengan masalah nyeri akut di Unit Pelaksana Tennis Pelayanan Sosial Tresna Werdha Jombang.
3. Mengidentifikasi rencana tindakan yang dilakukan pada asuhan keperawatan pada lansia dengan diagnosa medis Osteoporosis dengan

4. masalah nyeri akut di Unit Pelaksana Tennis Pelayanan Sosial Tresna Werdha Jombang.
5. Mengidentifikasi implementasi yang dilakukan pada asuhan keperawatan pada lansia dengan diagnosa medis Osteoporosis dengan masalah nyeri akut di Unit Pelaksana Tennis Pelayanan Sosial Tresna Werdha Jombang.
6. Mengidentifikasi evaluasi yang dilakukan pada asuhan keperawatan pada lansia dengan diagnosa medis Osteoporosis dengan masalah nyeri akut di Unit Pelaksana Tennis Pelayanan Sosial Tresna Werdha Jombang.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Teoritis

Memberikan masukan tambahan bagi perkembangan keperawatan gerontik dan sebagai acuan untuk meningkatkan pengetahuan serta pemahaman tentang asuhan keperawatan lansia dengan Osteoporosis, sehingga dapat dipergunakan sebagai intervensi keperawatan mandiri.

1.4.2 Manfaat Praktis

Memberikan gambaran dan acuan hasil riset tentang asuhan keperawatan lansia dengan Osteoporosis sesaat yang akan digunakan dalam melakukan penelitian lanjut.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Osteoporosis

Osteoporosis berasal dari kata osteo dan prous, dimana osteo berarti tulang dan prous berarti lubang atau porositas. Jadi, osteoporosis adalah penyakit yang ditandai dengan hilangnya massa tulang secara ringan atau progresif dengan kerusakan mikroarsitektur dan kerusakan tulang yang kualitasnya menyebabkan kerapuhan dan mudah patah. Pada tahun 2001, *National Institutes of Health* (NIH) mendefinisikan ulang osteoporosis sebagai penyakit tulang sistemik yang ditandai dengan penurunan kekuatan tulang. (Sudoyo, 2021)

Osteoporosis termasuk dalam penyakit kronis yang memerlukan pengobatan lanjutan sebagai prasyarat pada banyak pasien untuk mendapatkan manfaat terapeutik, seperti halnya dengan kondisi kronis lainnya. Obat anti-osteoporosis perlu disediakan secara teratur dan terjadwal. Menunda pemberian obat osteoporosis dengan kategori tertentu dapat menimbulkan konsekuensi yang tidak menyenangkan bagi pasien, mulai dari kehilangan massa tulang hingga peningkatan perombakan tulang dan risiko patah tulang (Lowery, 2018).

2.1.1 Etiologi Osteoporosis

Menurut (Lowery, 2018). Penyebab penyakit ini belum diketahui, namun ada beberapa faktor yang berperan dalam timbulnya penyakit ini yaitu:

1. Determinan Massa Tulang

a. Faktor Genetik

Perbedaan genetik mempengaruhi tingkat kepadatan tulang. Beberapa memiliki kaki yang cukup besar, sementara yang lain berukuran kecil. Orang dengan tulang kecil memiliki risiko patah tulang lebih tinggi daripada orang

dengan tulang besar. Sampai saat ini belum ada ukuran sepatu universal yang bisa digunakan sebagai ukuran kaki normal. Setiap orang memiliki seperangkat kriteria berdasarkan sitogenetika, tekanan mekanis, dan ukuran tubuh. Orang dengan tulang yang kuat mengalami proses pengeroposan tulang yang berhubungan dengan usia tua, dan orang seperti itu memiliki tulang yang relatif lebih banyak daripada orang tua pada usia yang sama dengan tulang yang lebih kecil. Lebih banyak tulang dari pada orang dengan tulang kecil pada usia yang sama

a. Faktor Mekanis

Selain faktor genetik, beban mekanis juga memengaruhi massa tulang. Peningkatan beban meningkatkan massa tulang, dan penurunan beban menghasilkan penurunan massa tulang. Keduanya menunjukkan respons terhadap kerja mekanis. Beban mekanis yang berat menyebabkan massa otot besar dan massa tulang besar.

1) Kalsium

Kalsium adalah nutrisi yang sangat penting. Wanita menopause dengan asupan dan penyerapan kalsium yang rendah akan memiliki keseimbangan kalsium yang negatif, sedangkan wanita dengan asupan dan penyerapan kalsium yang baik akan memiliki keseimbangan kalsium yang positif. Hasil akhir dari kekurangan atau kehilangan estrogen selama menopause adalah perubahan negatif dalam keseimbangan kalsium, dengan asupan harian 25 mg kalsium.

2) Protein

Protein juga merupakan faktor penting yang mempengaruhi kehilangan massa tulang. Makanan kaya protein menyebabkan asam amino yang mengandung sulfat diekskresikan dalam urin, meningkatkan ekskresi kalsium

3) Estrogen

Pengurangan atau hilangnya estrogen dari tubuh menyebabkan ketidakseimbangan kalsium. Hal ini disebabkan penurunan efisiensi penyerapan kalsium dari makanan dan penurunan simpanan kalsium di ginjal.

4) Rokok dan kopi

Merokok serta minum kopi dalam jumlah besar cenderung mengurangi massa tulang, dan kafein dalam tembakau dapat meningkatkan ekskresi kalsium urine dan fases, terutama jika asupan kalsium rendah.

5) Alkohol

Individu dengan alkoholisme mempunyai kecenderungan memasukan kalsium rendah.

2.1.2 Klasifikasi Osteoporosis

Menurut (Sunaryati, 2018), osteoporosis di bagi menjadi dua macam primer dan skunder :

1. Osteoporosis primer terjadi bukan karena penyakit yang lain, yang di bedakan lagi sebagai berikut :
 - a. Osteoporosis tipe I (Pasca menopause) yang kehilangan tulang terutama dibagian trabekula.

- b. Osteoporosis tipe (Senilis) terutama kehilangan massa tulang daerah korteks.
- c. Osteoporosis idiopatik yang terjadi pada usia muda dengan penyebab yang tidak diketahui.

2. Osteoporosis sekunder

Osteoporosis ini dapat terjadi pada setiap kelompok umur. Penyebabnya meliputi akses kortiosklerosis, hipertirodisme, multiple mieloma, faktor genetis, dan obat. Osteoporosis sekunder dialami kurang dari 5% penderita osteoporosis yang disebabkan oleh keadaan medis lainnya atau oleh obat-obatan. Penyakit osteoporosis bisa disebabkan oleh gagal ginjal kronis dan kelainan hormone (terutama tiroid, paratiroid, barbiturate, dan adrenal) dan obat-obatan (kartikosteroid, barbiturate, dan anti kejang) pemakaian alkohol yang berlebihan dan merokok pun bisa memperburuk keadaan ini.

2.1.3 Manifestasi Klinis Osteoporosis

Osteoporosis dimanifestasikan dengan :

1. Nyeri dengan atau tanpa fraktur yang jelas.
2. Rasa sakit itu datang tiba-tiba.
3. Nyeri hebat terlokalisasi pada vertebra yang terkena
4. Nyeri berkurang dengan tirah baring.
5. Nyeri ringan saat bangun tidur dan meningkat dengan aktivitas
6. Malformasi tulang belakang toraks (kehilangan pertumbuhan)

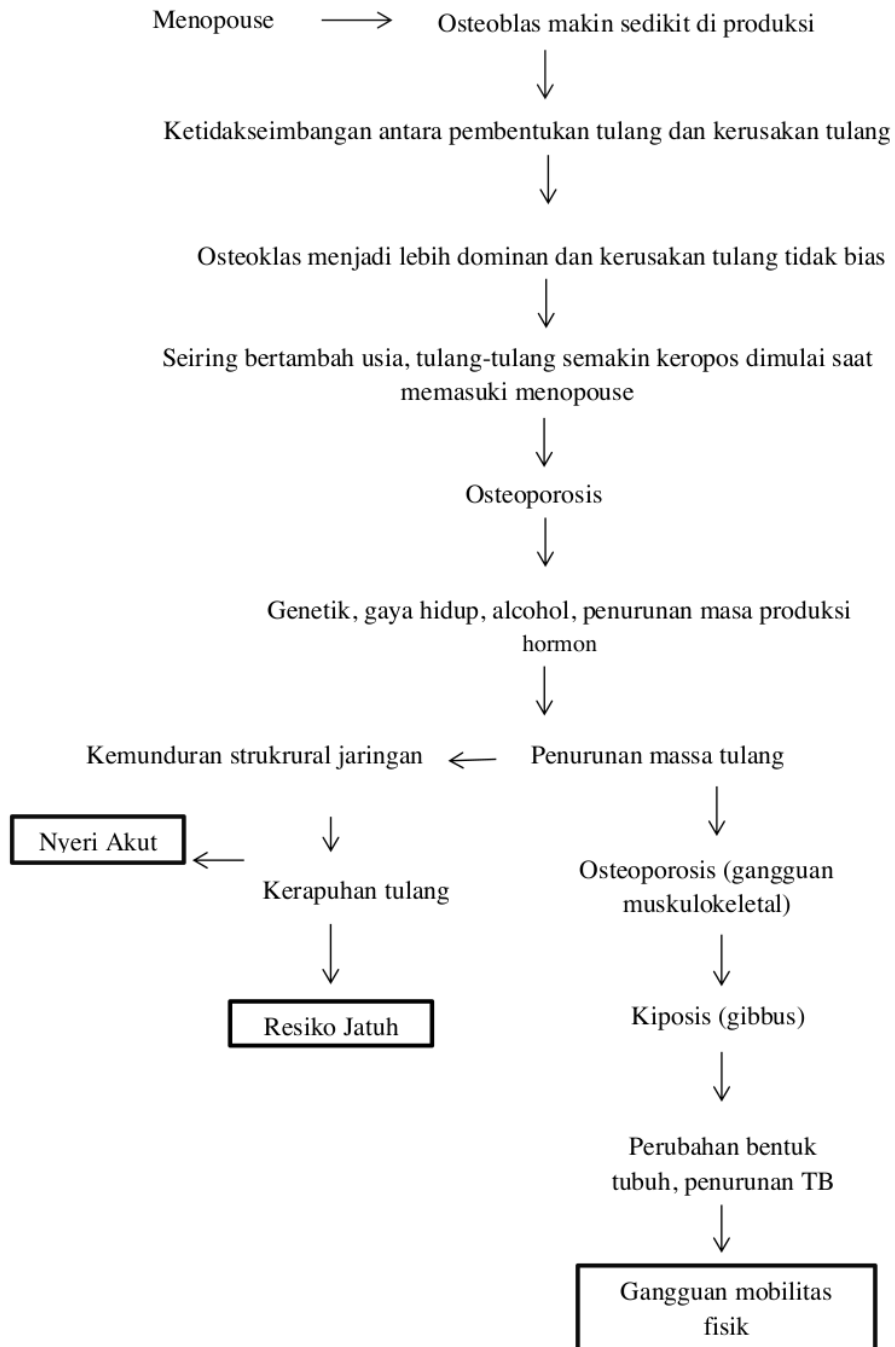
2.1.4 Patofisiologi Osteoporosis

Setelah menopause, jumlah hormon estrogen berkurang dan tidak diproduksi lagi. Akibatnya, lebih sedikit sel pembentuk tulang yang diproduksi. Ada

ketidakseimbangan antara pembentukan dan kerusakan tulang. Osteoklas menjadi lebih dominan, pengeroposan tulang tidak dapat lagi dikompensasi oleh osteoklastogenesis. Perhatikan bahwa osteoklas menghancurkan tulang dalam 3 minggu sementara pembentukan tulang membutuhkan waktu 3 bulan. Tulang menjadi lebih keropos seiring bertambahnya usia (setelah menopause) dan lebih rentan terhadap osteoporosis.

Proses terjadinya osteoporosis sendiri disebabkan oleh faktor genetik, gaya hidup, alkohol dan penurunan produksi hormon, yang menurunkan produksi osteoblas sehingga terjadi ketidakseimbangan antara pembentukan jaringan tulang dan kerusakan tulang. Ketika sendi rusak lebih cepat daripada yang bisa diperbaiki sendiri, terjadi keausan dan kehilangan pelumasan, menyebabkan tulang aus. Inilah penyebab nyeri sendi setelah cedera sendi, tulang juga berubah.

2.1.5 Kerangka Masalah (Pathway Osteoporosis)



2.1.6 Komplikasi

Osteoporosis menyebabkan tulang lambat laun menjadi panas, rapuh, dan mudah patah. Osteoporosis sering menyebabkan patah tulang. Mungkin ada fraktur kompresi pada vertebra toraks dan lumbal, fraktur femur dan sternum, dan fraktur pergelangan tangan.

2.1.7 Pemeriksaan Penunjang Osteoporosis

1. Pengobatan
2. Meningkatkan pembentukan tulang, obat yang dapat meningkatkan pembesaran tulang adalah natrium fluorida dan steroid anabolic
3. Mencegah resorpsi tulang, obat yang dapat mencegah Resorpsi tulang meliputi kalsium, kalsitonin, estrogen, dan difosfonat
4. Tindakan Pencegahan

Pencegahan harus dilakukan pada masa pertumbuhan/usia muda, bertujuan untuk:

1. Pencapaian massa tulang dewasa Proses konsolidasi optimal
2. Pengaturan pola makan dan gaya hidup yang membuat seseorang tetap bugar:
 - 1) Diet kaya kalsium (1000 mg/hari)²⁾
 - 2) Berolahraga secara teratur setiap hari, hindari:
 - a) Makanan berprotein tinggi
 - b) Meminum alcohol
 - c) Merokok
 - d) Minum kopi
 - e) Minum antasida yang mengandung aluminium

2.1.8 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan keperawatan :

- 1) Kami membantu klien mengatasi rasa sakit.
- 2) Kami membantu klien bergerak.
- 3) Informasikan kepada klien tentang penyakit yang dideritanya.
- 4) Bantu klien mengambil tindakan untuk menghindari cedera.

2.2 Definisi Lansia

Lansia merupakan kelompok risiko atau kelompok populasi (*risk population*) yang populasinya terus bertambah (Stefanus Mendes Kiik, 2018). Lansia yang kondisi kesehatannya, terutama kondisi fisiknya semakin memburuk. Berbagai teori tentang proses menunjuk pada hal yang sama. Status kesehatan lansia yang semakin memburuk seiring bertambahnya usia mempengaruhi kualitas hidup lansia. Berbagai penyakit berkaitan dengan penuaan, seperti penurunan fungsi tubuh, keseimbangan tubuh, dan risiko jatuh. Perbedaan antara kondisi lansia dengan harapannya ini bahkan dapat membuat lansia berisiko mengalami depresi (Hendra Stevani, 2020)

2.2.1 Batasan Lansia

(Gaol, 2019) batasan-batasan umur yang mencakup batasan umur lansia adalah sebagai batasan lanjut usia menurut (WHO) yaitu:

- a. Middle age (Usia pertengahan), kelompok usia 45-59 tahun.
- b. Elderly (Lanjut usia), kelompok usia 60-74 tahun.
- c. Old (Lanjutusia), kelompok usia 74-90 tahun.
- d. Very old (Lansia sangat tua), kelompok usia >90 tahun

2.2.2 Klasifikasi Lansia

Menurut (Depkes RI, 2018) Klasifikasi lansia yaitu:

- a. Pra lansia yaitu seseorang yang berusia 45-59 tahun
- b. Lansia merupakan seseorang yang berusia 60 tahun
- c. Lansia yang beresiko tinggi ialah lansia yang berusia 60 tahun lebih atau seseorang yang mempunyai masalah kesehatan
- d. Lansia potensia adalah lansia yang masih mampu melakukan pekerjaan atau kegiatan yang menghasilkan barang dan jasa
- e. Lansia yang tidak potensial adalah lansia yang sudah tidak bias mencari nafkah sehingga hidupnya bergantung pada orang lain

2.2.3 Karakteristik Lansia

Menurut Pusat Data dan Informasi Kemenkes RI (2018), karakteristik lansia ditemukan pada kelompok berikut:

1. Jenis Kelamin

Orang tua didominasi oleh jenis kelamin perempuan. Namun, ini menunjukkan bahwa wanita memiliki harapan hidup terpanjang.

2. Status perkawinan.

Dilihat dari status perkawinan lansia, sebagian besar sudah menikah, 60% bercerai, dan 37% bercerai.

3. Tipe Perumahan

Jumlah tanggungan adalah angka yang menunjukkan rasio jumlah penduduk yang tidak bekerja (di bawah 15 tahun dan di atas 65 tahun) dengan penduduk usia kerja (15-64). Angka ini mencerminkan besarnya beban ekonomi yang harus

ditanggung oleh penduduk usia kerja untuk membiayai penduduk bukan usia kerja.

4. Status kesehatan

Angka kesakitan merupakan salah satu indikator yang digunakan untuk mengukur derajat kesehatan suatu penduduk. Cuti sakit dapat berdampak negatif pada kesehatan Anda. Dengan kata lain, semakin rendah prevalensinya, semakin baik kesehatan masyarakat.

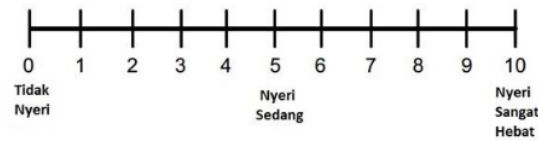
2.3 Konsep Nyeri

Definisi Nyeri Nyeri merupakan suatu stressor pengalaman sensorik dan emosional seperti sensasi yang tidak nyaman akibat adanya kerusakan suatu jaringan (Machmudah, 2021). Nyeri merupakan perasaan subyektif dari seseorang, setiap orang akan menginterpretasikan nyeri secara berbeda. Sesuai dengan teori gate control yang dikemukakan oleh Melzack dan Wall bahwa impuls nyeri dihambat saat sebuah pertahanan ditutup, sehingga dapat menurunkan intensitas nyeri yang dirasakan (Studi et al., 2021).

2.3.1 Skala Nyeri

Skala Nyeri Penilaian intensitas nyeri dapat dilakukan dengan menggunakan skala sebagai berikut (Perry, 2018) :

- a. Numerical Rating Scale (NRS) Pasien ditanyakan tentang derajat nyeri yang dirasakan dengan menunjukkan angka 0-5 atau 0-10, dimana angka 0 menunjukkan tidak ada nyeri, angka 1-3 menunjukkan nyeri ringan, angka 4-6 menunjukkan nyeri sedang dan angka 7-10 menunjukkan nyeri berat.



Sumber : Potter & Perry, 2018 Gambar 2.3 Skala Numerical Rating

Scale (NRS) Keterangan : 0 : Tidak nyeri 1–3 : Nyeri ringan 4 – 6 : Nyeri sedang 7 – 10 : Nyeri berat. kaji skala nyeri dan kaopan nyeri terjadi dengan cara PQRST.

P : *Provokes* (penyebab)

Apa yang menyebabkan rasa sakit/nyeri; apakah ada hal yang menyebabkan kondisi memburuk/membaik; apa yang dilakukan jika sakit/nyeri timbul; apakah nyeri ini sampai mengganggu tidur.

Q : *Quality* (kualitas)

Bisakah anda menjelaskan rasa sakit/nyeri; apakah rasanya tajam, sakit, seperti diremas, menekan, membakar, nyeri berat, kolik, kaku atau seperti ditusuk (biarkan pasien menjelaskan kondisi ini dengan kata-katanya).

R : *Region* (penyebaran)

Apakah rasa sakitnya menyebar atau berfokus pada satu titik.

S : *Scala* (keparahan)

Seperti apa sakitnya; nilai nyeri dalam skala 1-10 dengan 0 berarti tidak sakit dan 10 yang paling sakit. Cara lain adalah menggunakan skala FACES untuk pasien anak-anak lebih dari 3 tahun atau pasien dengan kesulitan bicara

T : *Time* (waktu)

Kapan sakit mulai muncul; apakah munculnya perlahan atau tiba-tiba; apakah nyeri muncul secara terus-menerus atau kadang-kadang; apakah pasien pernah

mengalami nyeri seperti ini sebelumnya. apabila "iya" apakah nyeri yang muncul merupakan nyeri yang sama atau berbeda

2.4 Konsep Resiko Jatuh

Resiko Jatuh adalah suatu peristiwa yang menyebabkan seseorang tiba-tiba tertidur atau terduduk di lantai atau dibawah dengan keadaan kehilangan kesadaran atau luka (Darmojo, 2009) dalam (Setiawan & Hartiti, 2020).

Jatuh adalah keadaan yang tidak bisa diduga, dimana lansia terjatuh dan kosndisinya berada dibawah atau dilantai ada atau tanpa saksi (Koyabayashi, et.al, 2009) dalam (Suryani, 2018).

2.4.1 Etiologi

Faktor penyebab jatuh pada lansia dibagi menjadi 2 bagian yaitu faktor intrinsic dan faktor ekstrinsik:

a. Faktor Intrinsik

1. System saraf pusat

Stroke dan TIA (*Transient Ischemic Attack*) yang menyebabkan hemiprase sering mengakibatkan jatuh pada lansia. Parkinson yang mengakibatkan kekakuan alat alat gerak, maupun depresi yang menyebabkan lansia tidak terlalu perhatian saat berjalan.

2. Demensia

Demensia adalah suatu sindrom klinik yang meliputi hilangnya fungsi intelektual dan ingatan atau memori yang menyebabkan disfungsi hidup sehari-hari. Lansia dengan demensia menunjukkan persepsi yang salah terhadap bahaya

lingkungan,terganggunya keseimbangan tubuh dan apraxia sehingga insiden jatuh meningkat.

3. Gangguan sistem sensorik

Gangguan penglihatan (gangguan system sensori) seperti degenerasi mokular, gangguan visus paskastroke , dan reiopati diabetic meningkatkan sesuai dengan umur. Adanya gangguan penglihatan pada lansia kesulitan saat berjalan sehingga pada lansia sering menyebabkan lansia kesulitan saat berjalan sehingga lansia sering menabra objek kemudian terjatuh. Dalam penelitian Kerr et. all. (2011) menyatakan bahwa gangguan penglihatan memiliki resiko untuk menyebabkan kejadian jatuh atau insiden lain yang membuat cidera.

4. Muskuloskeletal

Gangguan musculoskeletal menyebabkan gangguan gaya berjalan dan keseimbangan. Hal ini berhubungan dengan proses menua yang fisiologis. Perubahan tersebut mengakibatkan kelambanan gerak, langkah yang pendek, penurunan irama, dan pelebaran bantuan basal. Kaki tidak dapat menapak dengan kuat dan cenderung mudah goyah. Keterlambatan mengantisipasi bila terpleset, tersandung, dan kejadian tiba-tiba dikarenakan terjadi perpanjangan waktu reaksi sehingga memudahkan jatuh (Reuben, 1996; Kane, 1994; Tinneti, 1992; Campbell & Brochlehurst, 1987 dalam Darmojo, 2018).

5. Gangguan gaya berjalan

Gangguan gaya berjalan dapat disebabkan oleh karena gangguan musculoskeletal dan ini berhubungan dengan proses menua yang fisiologis.

b. Faktor Ekstrinsik

1. Lingkungan

Faktor lingkungan terdiri dari penerangan yang kurang, benda-benda di lantai (seperti tersandung karpet), peralatan rumah yang tidak stabil, tangga tanpa pagar, tempat tidur atau tempat buang air terlalu rendah, lantai yang tidak rata, licin atau menurun, karpet yang tidak dilem dengan baik, keset yang tebal atau menekuk pinggirnya, benda-benda alas lantai yang licin dan mudah tergeser serta alat bantu jalan yang tidak tepat (Yuli Reny, 2014).

2. Aktivitas

Sebagian besar jatuh terjadi pada saat lansia melakukan aktifitas biasa seperti berjalan, naik atau turun tangga dan mengganti posisi. Jatuh juga sering terjadi pada lansia dengan banyak melakukan kegiatan dan olahraga, mungkin disebabkan oleh kelelahan atau terpapar bahaya yang lebih banyak. Jatuh juga sering terjadi pada lansia yang immobile (jarang bergerak ketika tiba-tiba ingin pindah tempat atau mengambil sesuatu tanpa pertolongan).

3. Obat-obatan

Jumlah obat yang diminum merupakan faktor yang bermakna terhadap penderita. Obat-obatan meningkatkan resiko jatuh diantaranya obat golongan sedative dan hipnotik yang dapat mengganggu stabilitas postur tubuh, yang mengakibatkan efek samping menyerupai sindrom Parkinson seperti diuretic/anti hipertensi, antidepressen, antipsikotik, obat-obatan hipoglikemik dan alkohol.

2.4.2 Komplikasi

Komplikasi-komplikasi jatuh adalah:

a. Perlukaan (injury)

Perlukaan (injury) mengakibatkan rusaknya jaringan lunak yang terasa sangat sakit berupa robek atau tertariknya jaringan otot, robeknya arteria tau vena, patah tulang atau fraktur misalnya fraktur pelvis, femur, humerus, lengan bawah, tungkai atas.

b. Disabilitas

Disabilitas mengakibatkan penurunan mobilitas yang berhubungan dengan perlukaan fisik dan penurunan mobilitas akibat jatuh yaitu kehilangan kepercayaan diri dan pembatasan gerak.

c. Kematian

2.5 Konsep Gangguan Mobilitas Fisik

¹ Gangguan mobilitas fisik adalah keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri ¹ (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

Kemudian, Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017) juga menyebutkan bahwa gangguan mobilitas fisik atau imobilitas dipengaruhi oleh kondisi klinis terkait seperti stroke, cedera medula spinalis, trauma, fraktur, osteoarthritis, osteomalasia, dan keganasan. Tidak hanya itu, imobilitas atau gangguan mobilitas adalah keterbatasan fisik tubuh baik satu maupun lebih ekstremitas secara mandiri dan terarah (Nurarif A.H & Kusuma H, 2020). Jika mobilisasi tidak dilakukan pada pasien Stroke iskemik maka akan menyebabkan bahaya fisiologis dan psikologis. Bahaya fisiologis mempengaruhi fungsi metabolisme normal, menurunkan laju metabolisme, mengganggu metabolisme karbohidrat, lemak dan protein menyebabkan kesetidak seimbangan cairan elektrolit dan kalsium dan dapat

menyebabkan gangguan gastrointestinal seperti nafsu makan dan penurunan peristaltik dengan kontipasi dan impaksi (Daniati & Harni, 2021).

2.5.1 Etiologi

Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017), faktor penyebab terjadinya gangguan mobilitas fisik, antara lain kerusakan integritas struktur tulang, perubahan metabolisme, ketidakbugaran fisik, penurunan kendali otot, penurunan massa otot, penurunan kekuatan otot, keterlambatan perkembangan, kekakuan sendi, kontraktur, malnutrisi, gangguan muskuloskeletal, gangguan neuromuskular, indeks masa tubuh di atas persentil ke-75 usia, efek agen farmakologi, program pembatasan gerak, nyeri, kurang terpapar informasi tentang aktivitas fisik, kecemasan, gangguan kognitif, keengganan melakukan pergerakan, dan gangguan sensoripersepsi.

2.5.2 Tanda dan Gejala

Adapun tanda dan gejala pada gangguan mobilitas fisik menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017) yaitu :

a. Tanda dan gejala mayor

Subjektif dari gangguan mobilitas fisik, yaitu mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas. Kemudian, untuk tanda dan gejala mayor objektifnya, yaitu kekuatan otot menurun, dan rentang gerak menurun (ROM).

b. Tanda dan gejala minor

Subjektif dari gangguan mobilitas fisik, yaitu nyeri saat bergerak, enggan melakukan pergerakan, dan merasa cemas saat bergerak. Kemudian, untuk tanda dan gejala minor Objektifnya, yaitu sendi kaku, gerakan tidak terkoordinasi, gerakan terbatas, dan fisik lemah.

2.5.3 Komplikasi

Menurut Garrison (dalam Bakara D.M & Warsito S, 2019) gangguan mobilitas fisik dapat menimbulkan komplikasi, yaitu abnormalitas tonus, orthostatic hypotension, deep vein thrombosis, serta kontraktur. Selain itu, komplikasi yang dapat terjadi adalah pembekuan darah yang mudah terbentuk pada kaki yang lumpuh menyebabkan penimbunan cairan dan pembengkakan. Kemudian, juga menyebabkan embolisme paru yaitu sebuah bekuan yang terbentuk dalam satu arteri yang mengalir ke paru. Selanjutnya yaitu dekubitus. Bagian yang biasa mengalami memar adalah pinggul, pantat, sendi kaki dan tumit.

Bila memar ini tidak dirawat akan menjadi infeksi. Atrofi dan kekakuan sendi juga menjadialah satu komplikasi dari gangguan mobilitas fisik. Hal itu disebabkan karena kurang gerak dan mobilisasi. Komplikasi lainnya, seperti disritmia, peningkatan tekanan intra cranial, kontraktur, gagal nafas, dan kematian (Andra, 2018).

2.6 Konsep Asuhan Keperawatan

2.6.1 Pengkajian

Pengkajian merupakan ide fundamental dari proses keperawatan yang bertujuan mengumpulkan informasi dan data tentang pasien untuk mengidentifikasi dan mengenali masalah, kebutuhan kesehatan dan perawatan pasien (Istianah, 2017).

2.6.2 Pengumpulan data

a. Biodata

Meliputi nama, umur, jenis kelamin, agama, pekerjaan, latar belakang pendidikan, dan alamat.

b. Riwayat keperawatan

Ketidaknyamanan seperti nyeri dan kaku pada tangan dan kaki dapat terjadi beberapa kali/jam sebelum klien memperhatikan dan merasakan adanya perubahan pada persendian.

c. Pemeriksaan fisik

Inspeksi persendian untuk masing-masing sisi, amati adanya kemerahan, pembengkakan, teraba hangat, dan perubahan bentuk (deformitas).

1) Lakukan pengukuran rentang gerak sendi. Jika ada keterbatasan gerakan sendi, jika ada krepitasi dan kapan sakit untuk menggerakkan sendi.

2) Pengukuran kekuatan otot.

3) kaji skala nyeri dan kapan nyeri terjadi dengan cara PQRST.

P : Preventiv (penyebab)

Apa yang menyebabkan rasa sakit/nyeri; apakah ada hal yang menyebabkan kondisi memburuk/membaik; apa yang dilakukan jika sakit/nyeri timbul; apakah nyeri ini sampai mengganggu tidur.

Q : Quality (kualitas)

Bisakah anda menjelaskan rasa sakit/nyeri; apakah rasanya tajam, sakit, seperti diremas, menekan, membakar, nyeri berat, kolik, kaku atau seperti ditusuk (biarkan pasien menjelaskan kondisi ini dengan kata-katanya).

R : Rasion (penyebaran)

Apakah rasa sakitnya menyebar atau berfokus pada satu titik.

S : Scala (keparahan)

 Seperti apa sakitnya; nilai nyeri dalam skala 1-10 dengan 0 berarti tidak sakit dan 10 yang paling sakit. Cara lain adalah menggunakan skala FACES untuk pasien anak-anak lebih dari 3 tahun atau pasien dengan kesulitan bicara

T : Time (waktu)

 Kapan sakit mulai muncul; apakah munculnya perlahan atau tiba-tiba; apakah nyeri muncul secara terus-menerus atau kadang-kadang; apakah pasien pernah mengalami nyeri seperti ini sebelumnya. apabila "iya" apakah nyeri yang muncul merupakan nyeri yang sama atau berbeda.

4) Riwayat psikososial

 Penderita mungkin khawatir tentang kelainan bentuk sendi. Ia juga merasakan kelemahan pada fungsi fisiknya dan perubahan dalam aktivitas sehari-harinya.

5) Aktivitas/Istirahat

 Nyeri, nyeri tekan dan kaku pada persendian akibat gerakan di pagi hari. Keterbatasan fungsional mempengaruhi gaya hidup, aktivitas istirahat, dan pekerjaan. Gejala lainnya adalah kelelahan dan kelelahan yang ekstrim.

6) Kardiovaskular

Fenomena Raynaud pada jari tangan/kaki (misalnya, pucat intermiten, sianosis, kemudian kemerahan pada jari tangan sebelum warnanya kembali normal).

7) Integritas Ego

Stresor akut/kronis seperti keuangan, pekerjaan, kecacatan, keputusan, dan perasaan tidak berdaya. Ancaman terhadap konsep diri, citra diri, perubahan bentuk tubuh

8) Makanan/cairan

Tidak mendapat cukup makanan/air. Anjurkan juga makanan yang mengandung vitamin K, E, dan C.

9) Kebersihan

Berbagai kesulitan dalam melakukan aktivitas personal hygiene secara mandiri. ketergantungan pada orang lain.

10) Neurosensing

Mati rasa/kesemutan pada tungkai, kehilangan sensasi pada jari, pembengkakan sendi bilateral.

11) Nyeri/kenyamanan

Fase nyeri akut (dengan/tanpa pembengkakan jaringan lunak sendi)
Sakit dan kaku di pagi hari.

12) Keamanan

Kulit mengkilap, kekencangan. Pekerjaan rumah tangga dan perawatan sulit, mata kering dan selaput lendir menjadi perhatian.

13) Interaksi social

Interaksi dengan anggota keluarga dan orang lain dibatasi dan peran diubah.

2.6.3 Analisis data

Analisis data adalah keterampilan kognitif yang mendalam, perkembangan kemampuan berpikir dan bernalar dipengaruhi oleh latar belakang keilmuan dan pengetahuan, pengalaman dan pemahaman tentang keperawatan. Saat melakukan analisis data, Anda memerlukan kemampuan untuk menghubungkan data dan menghubungkan data tersebut dengan konsep, teori, dan prinsip yang relevan untuk menarik kesimpulan guna menentukan masalah kesehatan dan perawatan klien.

2.6.4 Diagnosa Keperawatan

- 1) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologi (Sdki, D.0078)
- 2) Gangguan mobilitas berhubungan dengan gangguan musculoskeletal (Sdki. D.0054)
- 3) Resiko jatuh berhubungan dengan kekuatan otot menurun (D.0143)

2.6.5 Intervensi

No	Diagnosa Keperawatan	SLKI	SIKI
	Diagnosa	Luaran	Intervensi
1	Nyeri berhubungan dengan kondisi musculoskeletal (Sdki, D.0077)	Luaran Utama : Tingkat nyeri (L.08066) Setelah dilakukan 3x24 Jam tindakan asuhan keperawatan diharapkan klien dapat:	Intervensi utama : Manajemen nyeri (1.08238) Observasi 1. Identifikasi lokasi,karakteristik,durasi,frekuensi, integrasi nyeri

		<p>1. Ekspresi wajah nyeri menurun (5)</p> <p>2. Kesulitan tidur dapat menurun (5)</p> <p>3. Frekuensi nyeri menurun (5)</p> <p>Luaran tambahan : Kontrol nyeri (L.08063)</p> <p>Setelah dilakukan 3x24 Jam tindakan asuhan keperawatan diharapkan klien dapat :</p> <p>1. Melaporkan nyeri terkontrol menurun (1)</p> <p>2. Kemampuan mengenali penyebab nyeri (2)</p> <p>3. Kemampuan menggunakan teknik non-farmakologi (2)</p>	<p>2. Identifikasi skalanyeri</p> <p>3. Identifikasi nyeri non-verbal</p> <p>4. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri</p> <p>Terapeutik</p> <p>5. Berikan teknik non-farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p>6. Kontrol lingkungan yang memperberat nyeri</p> <p>Edukasi</p> <p>7. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri</p> <p>8. Ajarkan teknik non-farmakologi (mis, kompres dingin/hangat) untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p>Kolaborasi</p> <p>9. Kolaborasi pemberian analgetic, jika perlu</p>
2	Gangguan mobilitas berhubungan dengan gangguan musculoskeletal (Sdki. D.0054)	<p>Luaran Utama : Mobilitas Fisik (L.05042)</p> <p>Setelah dilakukan 3x24 Jam tindakan asuhan keperawatan diharapkan klien dapat:</p> <p>1. Pergerakan ekstremitas pasien meningkat (5)</p> <p>2. Kekuatan otot pasien meningkat (5)</p> <p>3. Rentang gerak (ROM) meningkat (5)</p> <p>Luaran Tambahan : Keseimbangan</p> <p>Setelah dilakukan 3x24 Jam tindakan asuhan keperawatan diharapkan klien dapat :</p> <p>1. Kemampuan duduk pasien tanpa sandaran meningkat (5)</p> <p>2. Kemampuan pasien bangkit dari posisi duduk meningkat (4)</p> <p>3. Keseimbangan pasien saat berdiri meningkat (4)</p> <p>4. Keseimbangan pasien saat berjalan meningkat (5)</p>	<p>Intervensi Utama : Dukungan Ambulasi</p> <p>Observasi</p> <p>a. Identifikasi adanya keluhan nyeri atau keluhan fisik lainnya</p> <p>b. Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi</p> <p>c. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai ambulasi</p> <p>d. Monitor kondisi umum sebelum melakukan ambulasi</p> <p>Terapeutik</p> <p>e. Fasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu</p> <p>f. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi</p> <p>Edukasi</p> <p>g. Jelaskan tujuan dan prosedur ambulasi</p> <p>h. Ajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan (mis. Berjalan dari tempat tidur ke kursi roda, berjalan dari tempat tidur ke kamar mandi, berjalan sesuai toleransi)</p>
3	Resiko jatuh	Luaran Utama : Tingkat Jatuh	Intervensi Utama : Pencegahan

	berhubungan dengan kekuatan otot menurun (D.0143)	(L.14138) Setelah dilakukan 3x24 Jam tindakan asuhan keperawatan diharapkan klien dapat : <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien jatuh dari tempat idur menurun (5) 2. Pasien jatuh saat berdiri menurun (5) 3. Pasien jatuh saat duduk menurun (5) 4. Pasien jatuh saat berjalan menurun (5) Luaran tambahan : Setelah dilakukan 3x24 Jam tindakan asuhan keperawatan diharapkan klien dapat : <ol style="list-style-type: none"> 1. Kekuatan otot membaik (5) 2. Kontrol kegiatan membaik (5) 3. Keseimbangan gerakan pasien membaik (5) 	Jatuh (1.14540) Observasi <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi resiko jatuh (mis. Gangguan keseimbangan) 2. Identifikasi factor lingkungan yang mengakibatkan resiko jatuh (mis. Lantai licin, gelap) 3. Hitung resiko jatuh menggunakan skala, jika perlu Terapeutik <ol style="list-style-type: none"> 4. Pastikan roda tempat tidur dan kursi roda slalu dalam keadaan terkunci 5. Pasang handrall tempat tidur 6. Tempatkan pasien beresiko tinggi jatuh dekat dengan pantauan perawat dari nurse station 7. Gunakan alat bantu berjalan (mis. Kursi roda, walker) Edukasi <ol style="list-style-type: none"> 8. Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah 9. Anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin 10. Anjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh 11. Anjurkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri
--	---	---	---

2.6.6 Implementasi

Implementasi adalah penerapan tindakan terencana sehingga kebutuhan pasien dipertimbangkan dalam rencana perawatan dengan cara terbaik. Kegiatan keperawatan meliputi tindakan mandiri (independen), interdependensi/kerja sama, dan tindakan transfer/tergantung (Tartowo & Wartonah, 2019)

2.6.7 Evaluasi

Proses pengobatan, menentukan seberapa besar tujuan rencana pengobatan terpenuhi atau tidak, dan membandingkan ¹ kesehatan klien dengan tujuan yang ditetapkan secara sistematis dan sistematis, dengan keluarga dan petugas kesehatan lainnya. Tujuan pengkajian adalah untuk melihat kemampuan klien dalam mencapai tujuan yang disesuaikan dengan kriteria hasil pada fase perencanaan. Untuk memudahkan evaluasi atau pemantauan perkembangan pasien, digunakan komponen SOAP sebagai berikut:

S: data subyektif Perawat mencatat ketidaknyamanan yang masih dirasakan pasien setelah perawatan.

O: Hal informasi objektif informasi berdasarkan hasil pengukuran atau observasi keperawatan diberikan langsung kepada pasien dan menunjukkan bagaimana perasaan pasien setelah prosedur perawatan.

A: Analisis apakah masalah atau diagnosis pengobatan masih terjadi atau dapat juga ditulis sebagai masalah/diagnosis baru akibat perubahan status kesehatan pasien, yang diidentifikasi informasi dari data subyektif dan obyektif.

P: Mendesain rencana asuhan yang dilanjutkan, diakhiri, dimodifikasi atau ditambahkan pada rencana tindakan asuhan yang sudah ada, tindakan yang telah menunjukkan hasil yang memuaskan, tidak memerlukan informasi.

BAB 3

METODE PENELITIAN

3.1 Desain Penelitian

Studi kasus ini menggunakan desain studi kasus deskriptif. Studi kasus deskriptif adalah upaya untuk mendeskripsikan secara sistematis dan akurat tentang suatu situasi atau area populasi tertentu yang bersifat faktual. Pada studi kasus ini penulis akan mendeskripsikan secara sistematis tentang asuhan keperawatan terapi senama osteoporosis pada lansia di UPT Pelayanan Sosial Tresna Werdha Jombang Tahun 2023. Pendekatan yang digunakan adalah pendekatan asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan keperawatan, implimentasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan. (Notoadmojo, 2020).

Studi kasus yang terjadi pokok bahasan penelitian ini adalah digunakan untuk mengeksprorasi asuhan keperawatan pada Klien yang mengalami osteoporosis di UPT Pelayanan Sosial Tresna Werdha Jombang.

3.2 Batasan Istilah (definisi operasional)

Untuk menghindari kesalahan dalam memahami judul penelitian maka penelitian sangat perlu memberikan batasan istilah yang digunakan dalam penelitian ini sebagai berikut:

1. **Asuhan keperawatan** dalam studi kasus ini didefinisikan sebagai suatu proses pelayanan asuhan keperawatan pada lansia yang mengalami osteoporosis. Penerapan intervensi dimulaidari pengkajian, analisa data, diagnosis keperawatan dan penerapan standar operasional prosedur.

2. Pasien dalam studi kasus ini didefinisikan sebagai lansia di UPT Pelayanan Sosial Tresna Werdha Jombang yang menerima pelayanan kesehatan penyakit Osteoporosis yang dialami.
3. Osteoporosis dalam studi kasus ini didefinisikan sebagai suatu diagnosis penyakit yang ditetapkan dokter, berdasarkan manifestasi klinis, hasil pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan laboratorium.

3.3 Partisipan

Pada penelitian ini menggunakan 2 pasien yang terdiagnosis osteoporosis di UPT Pelayanan Sosial Tresna Werdha Jombang dengan kriteria sebagai berikut:

1. Pasien mengalami osteoporosis pada lansia dengan umur ≥ 60 tahun
2. Pasien dengan kesadaran composmentis
3. Pasien dapat berkomunikasi secara verbal dengan kooperatif
4. Pasien bersedia menjadi responden dan mengisi inform consent

3.4 Lokasi dan Waktu

1. Lokasi Penelitian

Penelitian dilakukan di Dinas Sosial Jombang/ di UPT Pelayanan Sosial Tresna Werdha Jombang.

2. Waktu Penelitian

Penelitian dilakukan selama 2 minggu

3.5 Pengumpulan Data

Agar dapat diperoleh data yang sesuai dengan permasalahan dalam penelitian ini sangatlah diperlukan teknik mengumpulkan data. Adapun teknik tersebut adalah:

Teknik pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Teknik Observasi

Observasi sebagai teknik pengumpulan data yang mempunyai ciri yang spesifik bila dibandingkan dengan teknik yang lain. Observasi tidak terbatas pada orang tetapi juga obyek-obyek alam lain. Sugiyono (2020) Observasi merupakan kegiatan untuk memperoleh suatu data melalui pengamatan secara langsung terhadap objek dan periode tertentu dengan mencatat secara sistematis hal-hal yang telah diamati. Observasi dilakukan pada saat peran orang tua dilakukan seperti berperan sebagai guru, fasilitator, motivator dan pengaruh. Bentuk pedoman observasi yang disusun berupa garis besar atau butir umum kegiatan yang akan diobservasi. Observasi dilakukan secara non partisipatif; yaitu peneliti hanya melakukan pengamatan tanpa terlibat dalam kegiatan yang berlangsung.

2. Teknik Wawancara

Wawancara digunakan sebagai teknik pengumpulan data apabila peneliti ingin melakukan studi pendahuluan untuk menemukan suatu permasalahan yang diteliti. Menurut Sugiyono (2020) wawancara adalah pertemuan dua orang untuk bertukar informasi dan ide melalui tanya jawab, sehingga dapat dikonstruksikan makna dalam suatu topik tertentu. Dalam penelitian ini peneliti menyiapkan instrumen penelitian berupa pertanyaan pertanyaan yang akan ditanyakan kepada narasumber. Wawancara dalam penelitian ini dilakukan

kepada pihak yang terkait yaitu orang tua dan siswa. Wawancara dilakukan dengan cara peneliti berkunjung ke rumah narasumber.

3. Teknik Dokumentasi

⁵ Dokumentasi merupakan catatan peristiwa yang telah lalu. Dokumen bisa berbentuk tulisan, gambar, atau karya-karya yang monumental dari seseorang. Sugiyono (2020) menyampaikan bahwa dokumen ⁷ merupakan catatan peristiwa yang sudah berlalu. Dokumen bisa berbentuk tulisan, gambar atau karya-karya monumental dari seseorang.

3.6 Uji Keabsahan Data

Sugiyono (2020) Keabsahan data dalam penelitian ini dapat mendukung dalam menentukan hasil akhir suatu penelitian. Untuk memperoleh data yang valid dan kompleks, peneliti menggunakan teknik triangulasi. Teknik triangulasi diartikan sebagai teknik pengumpulan data dan sumber data yang telah ada.

a. ² Triangulasi Teknik

Triangulasi Teknik untuk menguji kredibilitas data yang dilakukan dengan cara mengecek data kepada sumber yang sama namun dengan teknik yang berbeda. ² Bila dengan teknik pengujian kredibilitas data tersebut, menghasilkan data yang berbeda-beda, maka peneliti melakukan diskusi lebih lanjut kepada sumber data yang bersangkutan untuk memastikan data mana yang dianggap benar.

b. ⁸ Triangulasi Sumber

Triangulasi Sumber untuk menguji kredibilitas data dilakukan dengan cara mengecek data yang telah diperoleh melalui beberapa sumber. Data dari ketiga

sumber tersebut, tidak bisa dirata-ratakan seperti dalam penelitian kualitatif, tetapi dideskripsikan, dikategorikan, mana pandangan yang sama, yang berbeda, dan mana yang spesifik dari tiga sumber data tersebut. Data yang telah dianalisis oleh peneliti sehingga menghasilkan suatu kesimpulan selanjutnya dimintakan kesepakatan (nenber chek) dengan tiga data tersebut.

1 3.7 Analisa Data

Analisa data dilakukan sejak peneliti berada di lapangan, sewaktu pengumpulan data sampai dengan semua data terkumpul, analisa data dilakukan dengan cara wawancara, observasi, pemeriksaan fisik dan data penunjang, **1** selanjutnya membandingkan dengan teori yang ada dan selanjutnya dituangkan dalam bentuk pembahasan, teknik analisa yang digunakan dengan cara menarasikan jawaban-jawaban dari penelitian yang diperoleh dari hasil interpretasi wawancara mendalam yang dilakukan untuk menjawab rumusan masalah penelitian. Teknik analisis digunakan dengan cara wawancara, observasi, pemeriksaan fisik dan data penunjang oleh peneliti dan studi dokumentasi yang menghasilkan data selanjutnya dimana data diinterpretasikan **1** oleh peneliti dibandingkan teori yang ada sebagai bahan untuk memberikan rekomendasi dalam intervensi tersebut.

Urutan dalam analisa adalah:

1 2. Penumpulan data

Data dikumpulkan dari hasil WOD (wawancara, observasi, dan studi dokumen). Hasil ditulis dalam bentuk catatan lapangan, kemudian disalin dalam bentuk transkrip. Data yang dikumpulkan terkait dengan data pengkajian, diagnosis, perencanaan tindakan/implementasi, dan evaluasi.

3. Reduksi data

Data hasil yang terkumpul dalam bentuk catatan lapangan dijasikan satu dalam bentuk transkrip. Data yang terkumpul kemudian dibuat koding yang dibuat oleh peneliti yang diterapkan. Data objektif, dianalisis berhasarkan hasil pemeriksaan diagnostic kemudian dibandingkan nilai normal.

4. Penyajian data

Penyajian data dapat dilakukan dengan table, gambar, bagan, maupun teks naratif. Kerahasiaan dari responden dijamin dengan mengaburkan identitas dari responden.

5. Kesimpulan

Dari data yang disajikan kemudian dibahas dan dibandingkan dengan hasil-hasil penelitian terdahulu dan secara teoritis dengan perilaku kesehatan. Penarikan kesimpulan dilakukan dengan metode induksi.

3.8 Etika Penilaian

Beberapa prinsip etik yang perlu diperhatikan dalam penelitian antara lain:

1. *Informed consent* (persetujuan menjadi responden), dimana subjek harus mendapatkan informasi secara lengkap tentang tujuan penelitian akan dilaksanakan mempunyai hak untuk berpartisipasi atau menolak menjadi responden. Pada *Informed consent* juga perlu dicantumkan bahwa data yang diperoleh hanya akan dipergunakan untuk pengembangan ilmu.
2. *Anonymity* (tanpa nama), dimana subjek mempunyai hak untuk meminta bahwa data yang diberikan harus di rahasiakan, untuk itu perlu adanya tanpa nama.

3. Confidentiality (rahasia), kerahasiaan dari responden di jamin dengan jalan mengamburkan identitas dari responden.
 4. *Non Maleficence* Peneliti menjamin tidak menyakiti, membahayakan atau memberikan ketidak nyamanan baik secara fisik maupun psikologis.
- (Nurmawati, 2018)

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil

4.1.1 Gambaran Lokasi Pengumpulan Data

Pengumpulan data pada penelitian dengan judul Asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnose medis osteoporosis di ruang anggrek UPT PSTW Kabupaten Jombang. Data di ambil diruang anggrek UPT PSTW Kabupaten Jombang Jl. Presiden KH. Abdurrahman Wahid No. 19, Candi Mulyo, Kec. Jombang, Kabupaten Jombang, Jawa Timur 61419.

1

4.1.2 Pengkajian

Tabel 4.1 Identitas pasien

Identitas Pasien	Pasien 1	Pasien 2
Nama	Ny. S	Ny, S
Umur	68 tahun	65 tahun
Jenis kelamin	Wanita	Wanita
Agama	Islam	Islam
Pendidikan	SMA	S1 Managemen Akutansi
Pekerjaan	Ibu rumah tangga	Tidak bekerja
Alamat	Jl. Raden Fatah No. 24 Jombang	Kemayoran Jl. Soekarno Hatta Bangkalan Madura
Status pernikahan	Menikah	Menikah
Tanggal MRS		
Jam MRS	10.15 WIB	22.00 WIB
Tanggal pengkajian	01 Juli 2023	01 Juli 2023
Jam pengkajian	10.00 WIB	12.00 WIB
No RM		
Diagnosa medis	Osteoporosis + Hipertensi + PPOK	Osteoporosis + Asam urat

Tabel 4.2 Riwayat Kesehatan

Riwayat kesehatan	Pasien 1	Pasien 2
Keluhan Utama	Pasien mengatakan nyeri pinggang	Pasien mengatakan nyeri punggung
Riwayat Kesehatan sekarang	<p>Pada saat pengkajian hari sabtu 1 Juli 2023 pukul 10.00 WIB di UPT PSTW Jombang pasien mengeluh nyeri punggung bagian bawah, nyeri leher dan nyeri kaki kanan yang mana sering terjadi pada saat beraktivitas. Pasien tampak meringis menahan nyeri, gelisah, dan sedikit lemah serta mengeluh tidak nyaman . Dan berdasarkan pengkajian nyeri didapatkan :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Provocativ (P) : Nyeri pada punggung bagian bawah saat beraktivitas -Quality (Q) : Nyeri seperti tertusuk-tusuk -Region (R) :Pasien mengatakan nyeri pada bagian punggung bagian bawah dan kaki KANANNYA -Scala (S) : Skala nyeri 4 -Time(T) : Pasien mengatakan nyerinya timbul saat beraktivitas, nyeri dirasakan ± 30 menit, nyeri yang dirasakan yaitu hilang timbul -Kesadaran : Composmentis -TTV (TD : 130/100 N : 88x/mnt S : 36.5 RR : 18 	<p>Pada saat pengkajian hari sabtu 1 Juli 2023 pukul 12.00 WIB di UPT PSTW Jombang pasien mengeluh nyeri punggung bagian bawah, nyeri kaki kanan dan kesemutan yang mana sering terjadi pada saat beraktivitas. Pasien tampak meringis menahan nyeri, gelisah, dan sedikit lemah serta mengeluh tidak nyaman. Dan berdasarkan pengkajian nyeri didapatkan :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Provocativ (P) : Nyeri pada punggung bagian bawah saat beraktivitas -Quality (Q) : Nyeri seperti tertusuk-tusuk -Region (R) :Pasien mengatakan nyeri pada bagian punggung bagian bawah dan kaki kanannya -Scala (S) : Skala nyeri 6 -Time(T) : Pasien mengatakan nyerinya timbul saat beraktivitas, nyeri dirasakan ± 15 menit, nyeri yang dirasakan yaitu hilang timbul -Kesadaran : Composmentis -TTV (TD : 120/80 N : 90x/mnt S : 36.8 RR : 17
Riwayat kesehatan dahulu	Pasien mengatakan memiliki riwayat osteoporosis sejak 8 tahun yang lalu. Pasien sering control ke Poli Orthopedy RSUD Jombang saat pasien merasa punggungnya sakit. Selain osteoporosis pasien	Pasien mengatakan memiliki riwayat osteoporosis sejak ±3 tahun yang lalu. Pasien mengatakan tidak ada riwayat penyakit turunan. Pasien tidak memiliki alergi obat.

	mempunyai riwayat sakit Hipertensi dan PPOK (Penyakit Paru Obstruksi Kronik). Pasien tidak memiliki alergi obat.	
Riwayat kesehatan keluarga	Pasien mengatakan tidak ada anggota keluarga yang memiliki penyakit seperti yang dialami oleh pasien.	Pasien mengatakan tidak ada anggota keluarga yang memiliki penyakit seperti yang dialami oleh pasien.

Tabel 4.3 Pola Fungsi Kesehatan

Persepsi dan pemeliharaan keshaatan	Pasien 1	Pasien 2
Merokok	Jumlah : tidak ada Jenis : tidak ada Ketergantungan : tidak ada	Jumlah : tidak ada Jenis : tidak ada Ketergantungan : tidak ada
Alkohol	Jumlah : tidak ada Jenis : tidak ada Ketergantungan : tidak ada	Jumlah : tidak ada Jenis : tidak ada Ketergantungan : tidak ada
Obat – obatan	Jumlah : 3 x sehari Jenis : Analsik 2 mg, Glucosamine 250 mg, Bisoprolol Fumarate 3 mg Ketergantungan : iya	Jumlah : 2 x sehari Jenis : Meloxicam 15 mg Ketergantungan : iya
Alergi	Tidak ada	Tidak ada
Harapan di rawat di RS	Ingin cepat sembuh dan sehat seperti semula	Ingin cepat sembuh dan sehat seperti semula
Data lain	Tidak ada	Tidak ada
Nutrisi dan metabolik		
Pengetahuan tentang penyakit	Pasien kurang mengetahui tentang penyakit yang diderita	Pasien kurang mengetahui tentang penyakit yang diderita
Pengetahuan tentang keamanan dan keselamatan	Pasien mengetahui tentang keamanan dan keselamatan keshaatan	Pasien kurang mengetahui tentang keamanan dan keselamatan kesehatan
Jenis diet	Diet TKTP	Diet TKTP
Diet / pantangan	Susu, sayuran hijau, tahu, roti, ikan, makanan olahan. Produk olahan susu tinggi kalsium	Susu, sayuran hijau, tahu, roti, ikan, makanan olahan. Produk olahan susu tinggi kalsium
Jumlah porsi	Pasien mengatakan makan 2 kali sehari tapi sewaktu makan sore nafsu makan Ny, S berkurang, tidak ada kesulitan menelan	Pasien mengatakan makan 3 kali sehari, nafsu makan dan 1 porsi slalu habis tidak ada kesulitan makan
Nafsu makan	Menurun	Normal

Kesulitan menelan	Tidak ada	Tidak ada
Jumlah cairan / minuman	Pasien mengatakan menghabiskan minum \pm 5 gelas	Pasien mengatakan menghabiskan minum \pm 6-7 gelas
Jenis cairan	Air mineral, air gula	Air mineral
Data lain	Tidak ada	Tidak ada
Aktivitas dan latihan	Mandiri	Mandiri
Kemampuan perawatan diri		
Makan / minum	Mandiri	Mandiri
Toileting	Mandiri	Mandiri
Berpakaian	Mandiri	Mandiri
Berpakaian	Mandiri	Mandiri
Berpindah	Mandiri	Mandiri
Mobilisasi ditempat tidur dan ambulasi ROM	Mandiri	Mandiri
Alat bantu	Tidak ada	Tidak ada, pasien mengatakan jika jalan jauh pasien tidak kuat
Data lain	Tidak ada	Tidak ada
Istirahat dan tidur	Pasien mengatakan kalau siang Ny, S jarang tidur siang	Kebiasaan tidur pasien harus tidur siang 1 – 2 jam perhari agar tidak pusi ⁹
Lama tidur	Saat siang : jarang tidur Saat malam : 3-5 jam / hari	Saat siang : 1 Jam / Hari Saat malam : 7-8 jam / hari
Masalah tidur	Insomnia	Tidak ada
Data lain	Tidak ada	Tidak ada
Eliminasi	BAB 1x sehari	BAB 1x sehari
Kebiasaan defekasi		
Pola defekasi	Pasien BAB 1 kali sehari setiap pagi hari	Pasien BAB 1 kali sehari setiap pagi hari
Warna feses	Kuning kecoklatan	Kuning kecoklatan
Kolostomi	Tidak ada	Tidak ada
Kebiasaan miksi	Kurang lebih 8 x perhari	4-5 x perhari
Warna urine	Kuning jernih	Kuning jernih
Jumlah urine	Kurang lebih 1500 ml/ hari	Kurang lebih 1100 ml/ hari
Data lain	Tidak ada	Tidak ada
Pola persepsi diri (Konsep Diri)	Rendah karena penyakit yang diderita	Rendah karena penyakit yang diderita
Harga diri		
Peran	Sebagai ibu rumah tangga	Sebagai kepala keluarga
Identitas diri	Merasa ada yang kurang dari dirinya	Merasa ada yang kurang dari dirinya
Ideal diri	Ingin cepat sembuh	Ingin cepat sembuh
Penampilan	Tampak bersih	Tampak bersih
Koping	Px tampak gelisah	Px tampak gelisah
Data lain	Tidak ada	Tidak ada
Seksual dan reproduksi	Tidak terkaji	Tidak terkaji

Frekuensi hubungan seksual		
Hambatan hubungan seksual	Tidak terkaji	Tidak terkaji
Periode menstruasi	Monopause	Tidak haid
Masalah menstruasi	Monopause	Tidak haid
Data lain	Tidak ada	Tidak ada
Kognitif perseptual	Normal	Normal
Keadaan mental		
Berbicara	Lancar	Lancar
Kemampuan memahami	Baik	Baik
Ansietas	Tenang	Tenang
Pendengaran	Baik	Baik
Penglihatan	Baik	Baik
Nyeri	Nyeri punggung, kaki dan leher	Nyeri punggung dan kaki
Data lain	Tidak ada	Tidak ada
Nilai dan keyakinan	Islam	islam
Agama yang dianut		
Nilai atau keyakinan terhadap penyakit	Pasien menganggap sakitnya sebagai ujian dari Allah SWT untuk mengurai dosanya	Pasien menganggap sakitnya sebagai ujian dari Allah SWT untuk mengurai dosanya
Data lain	Tidak ada	Tidak ada

Tabel 4.4 Pengkajian

Pengkajian	Pasien 1	Pasien 2
Vital sign	140 / 100 mmHg	120 / 80 mmHg
Tekanan darah		
Nadi	88 x / menit	90 x / menit
Suhu	36.5°C	36,8°C
<i>Respirasi Rate</i> (RR)	18 x / menit	17x / menit
SpO ₂	90 %	90 %
Kesadaran	Composmentis	Composmentis
GCS	456	456
Keadaan umum	Normal	Kurus
Status gizi		
Berat badan	47 kg	66 kg
Tinggi badan	142 cm	150 cm
Sikap	Tenang	Tenang
Observasi	Pasien 1	Pasien 2
Keadaan umum	Penampilan : Keadaan umum cukup baik, klien tampak hanya duduk nyantai, tanpa melakukan aktivitas	Penampilan : Keadaan umum klien baik, klien tampak hanya duduk santai tanpa melakukan

	<p>apapun, klien tampak mengeluh nyeri punggung bagian bawah, nyeri kaki kanan, nyeri leher</p> <p>Kesadaran : Composmentis GCS : 4-5-6 TTV TD : 130/100 mmHg N : 96 x/mnt S : 36,9° C RR : 20 x/mnt</p>	<p>aktivitas apapun, klien tampak mengeluh nyeri punggung, nyeri kaki kanan, kaki kesemjutan</p> <p>Kesadaran : Composmentis GCS : 4-5-6 TTV TD : 120/80 mmHg N : 100 x/mnt S : 36,8° C RR : 20 x/mnt</p>
Pemeriksaan fisik kepala	<p>Inspeksi : Bentuk kepala normal, rambut tebal hitam putih beruban, tidak ada benjolan ataupun lesi</p> <p>Palpasi : Tidak ada nyeri tekan</p>	<p>Inspeksi : Bentuk kepala normal, rambut tipis hitam putih, tidak ada benjolan ataupun lesi</p> <p>Palpasi : Tidak ada nyeri tekan</p>
Mata	<p>Inspeksi : Mata simetris, alis tipis, pupil isokor, sclera normal, konjungtiva merah</p>	<p>Inspeksi : Mata simetris, alis tipis, pupil isokor, sclera normal, konjungtiva merah</p>
Hidung	<p>Inspeksi : Hidung simetris tidak ada peradangan, dan tidak ada sekret</p>	<p>Inspeksi : Hidung simetris tidak ada peradangan, dan tidak ada sekret</p>
Mulut dan tenggorokan	<p>Inspeksi : Mukosa bibir tampak lembab, gusi tidak berdarah</p>	<p>Inspeksi : Mukosa bibir tampak lembab, gusi tidak berdarah</p>
Leher	<p>Inspeksi : Tidak ada benjolan atau massa dan tidak ada lesi</p> <p>Palpasi : Tidak teraba adanya pembesaran tiroid</p>	<p>Inspeksi : Tidak ada benjolan atau massa dan tidak ada lesi</p> <p>Palpasi : Tidak teraba adanya pembesaran tiroid</p>
Thorax, paru dan jantung	<p>Inspeksi : Bentuk dada tampak simetris, pergerakan dinding dada sama kanan</p>	<p>Inspeksi : Bentuk dada tampak simetris, pergerakan dinding dada sama</p>

	<p>dan kiri, tidak ada keluhan sesak Palpasi : Tidak ada nyeri tekan pada daerah dada Perkusi : Sonor (paru kiri dan paru kanan) Auskultasi : Suara nafas vesikuler, tidak ada suara nafas tambahan pada jantung (S1 S2) tunggal</p>	<p>kanan dan kiri, tidak ada keluhan sesak Palpasi : Tidak ada nyeri tekan pada daerah dada Perkusi : Sonor (paru kiri dan paru kanan) Auskultasi : Suara nafas vesikuler, tidak ada suara nafas tambahan pada jantung (S1 S2) tunggal</p>
Abdomen	<p>Inspeksi : Perut tampak simetris, Palpasi : Tidak ada nyeri tekan pada area abdomen Perkusi : Timpani Auskultasi : Bising usus 10 x/mnt</p>	<p>Inspeksi : Perut tampak simetris, Palpasi : Tidak ada nyeri tekan pada area abdomen Perkusi : Timpani Auskultasi : Bising usus 11 x/mnt</p>
Genetalia	<p>Inspeksi : Tidak ada lesi atau massa Palpasi : Tidak ada nyeri tekan pada kandung kemih, tidak teraba distensi kandung kemih Atas</p>	<p>Inspeksi : Tidak ada lesi atau massa Palpasi : Tidak ada nyeri tekan pada kandung kemih, tidak teraba distensi kandung kemih Atas</p>
Ekstremitas dan persendian	<p>Inspeksi : Tampak kesulitan berjalan, pasien tampak memegang punggung, leher dan kaki Palpasi : Tidak ada odem pada daerah ekstremitas Inspeksi : Tampak kesulitan berjalan karena adanya nyeri punggung dan kaki, tidak tampak fraktur pada kaki Palpasi :</p>	<p>Inspeksi : Tampak kesulitan berjalan, pasien tampak memegang punggung dan kaki Palpasi : Tidak ada odem pada daerah ekstremitas Inspeksi : Tampak kesulitan berjalan karena adanya nyeri punggung dan kaki, tidak tampak fraktur pada kaki</p>

Tidak ada odem pada kaki	Palpasi :
Kekuatan otot	Tidak ada odem pada kaki
$\frac{5}{4} \mid \frac{5}{5}$	Kekuatan otot
	$\frac{5}{4} \mid \frac{5}{5}$

4.1.4 Terapi medis

Tabel 4.7 Terapi Obat

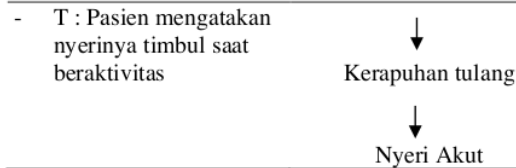
Pasien 1	Pasien 2
Peroral : Analsik 3 x 1 Glucosamine 3 x 1 Bisoprolol Fumarate 3x1	Peroral : Alofar 3 x 1 Meloxicam 3 x 1

3 4.1.5 Analisa Data

Tabel 4.8 Analisa Data

Analisa data	Etiologi	Masalah
Pasien 1 Data subjektif : Pasien mengatakan nyeri punggung bagian bawah serta kaki kanan Data objektif : a. pasien terlihat meringis menahan nyeri b. Pasien tampak memegang punggung dan kaki c. Kesadaran : Composmentis d. GCS : 4-5-6 e. keadaan umum tenang f. TTV TD :130/100 mmhg N : 88 S : 36,5 C RR : 18 SPO2 : 90% g. Pasien tampak berjalan bungkuk h. Pengkajian nyeri - P : Nyeri pada punggung bagian	Monopouse ↓ Osteoblas makin sedikit di produksi ↓ Ketidakseimbangan antara pembentukan tulang dan kerusakan tulang ↓ Osteoblas menjadi lebih dominan dan kerusakan tulang tidak biasa ↓ Sering bertambahnya usia tulang-tulang semakin keropos dimulai saat memasuki monopouse ↓ Osteoporosis ↓ Genetik, gaya hidup,	Nyeri Akut Berhubungan Dengan Agen Pencedera Fisik

<p>bawah saat beraktivitas</p> <ul style="list-style-type: none"> - Q : Nyeri seperti tertusuk-tusuk - R :Pasien mengatakan nyeri pada bagian punggung bagian bawah dan kaki kanannya - S : Skala nyeri 5 - T : Pasien mengatakan nyerinya timbul saat beraktivitas 	<p>Alcohol, Penurunan masa produksi hormon</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Penurunan masa tulang</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Kemunduran structural jaringan</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Kerapuhan tulang</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Nyeri Akut</p>	
<p>Pasien 2</p> <p>Data subjektif : pasien mengatakan nyeri punggung bagian bawah dan kaki</p> <p>Data objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. pasien terlihat meringis menahan nyeri b. Pasien tampak memegang punggung dan kaki c. Kesadaran : Composmentis d. GCS : 4-5-6 e. keadaan umum tenang f. TTV <ul style="list-style-type: none"> - TD :120/80 mmhg - N : 88 - S : 36,8 C - RR : 17 - SPO2 : 90% g. Pasien tampak berjalan bungkuk h. Pengkajian nyeri <ul style="list-style-type: none"> - P : Nyeri pada punggung bagian bawah saat beraktivitas - Q : Nyeri seperti tertusuk-tusuk - R :Pasien mengatakan nyeri pada bagian punggung bagian bawah dan kaki kanannya - S : Skala nyeri 6 	<p>Monopause</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Osteoblas makin sedikit di produksi</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Ketidakseimbangan antara pembentukan tulang dan kerusakan tulang</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Osteoblas menjadi lebih dominan dan kerusakan tulang tidak biasa</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Sering bertambahnya usia tulang-tulang semakin keropos dimulai saat memasuki monopouse</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Osteoporosis</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Genetik, gaya hidup, Alcohol, Penurunan masa produksi hormon</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Penurunan masa tulang</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Kemunduran structural jaringan</p>	<p>Nyeri Akut Berhubungan Dengan Agen Pencedera Fisik</p>



4.1.3 Diagnosis Keperawatan

Tabel 4.9 Diagnosa Keperawatan

Pasien 1	Pasien 2
Nyeri Akut	Nyeri Akuts

4.1.4 Intervensi Keperawatan

Tabel 4.11 intervensi keperawatan pasien 1 dan 2

Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI)	Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI)	Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI)
Nyeri akut berhubungan dengan kondisi musculoskeletal (Sdki, D.0077)	<p>Luaran Utama : Tingkat nyeri (L.08066)</p> <p>Setelah dilakukan 3x24 Jam tindakan asuhan keperawatan diharapkan klien dapat:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ekspresi wajah nyeri menurun (5) 2. Kesulitan tidur dapat menurun (5) 3. Frekuensi nyeri menurun (5) <p>Luaran tambahan : Kontrol nyeri (L.08063)</p> <p>Setelah dilakukan 3x24 Jam tindakan asuhan keperawatan diharapkan klien dapat :</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Melaporkan nyeri terkontrol menurun (1) 	<p>Intervensi utama : Manajemen nyeri (1.08238)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Membina hubungan saling percaya antara pasien dan keluarga pasien 2. Mengobservasi TTV pasien 3. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, integrasi nyeri 4. Identifikasi skala nyeri 5. Identifikasi nyeri non-verbal 6. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri Terapeutik 7. Berikan teknik non-farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri 8. Kontrol lingkungan

-
- | | |
|---|---|
| 5. Kemampuan mengenali penyebab nyeri (2) | yang memperberat nyeri |
| 6. Kemampuan menggunakan teknik non-farmakologi (2) | Edukasi |
| | 9. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri |
| | 10. Ajarkan teknik non-farmakologi (mis, kompres dingin/hangat) untuk mengurangi rasa nyeri |
| | Kolaborasi |
| | 11. Kolaborasi pemberian analgetic, jika perlu |
-

4.1.5 Implementasi Keperawatan Pasien 1 dan 2

Tabel 4.11 implementasi keperawatan pasien 1

Diagnosa Keperawatan	Hari / tanggal	Jam	Implementasi	Paraf
Nyeri akut	Hari 1 Sabtu, 01 Juli 2023	10.00	1. Membina hubungan saling percaya antara pasien dan keluarga pasien	
		10.05	2. Mengobservasi TTV pasien TD : 130 / 100 mmHg N : 88 x / menit RR : 17 x / menit S : 36.5 ^o c SpO ₂ : 99 % Kesadaran : composmentis GCS : 4-5-6	
		10.10	3. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, integrasi nyeri	
		10.15	4. Identifikasi skala nyeri	
		10.20	5. Identifikasi nyeri non-verbal	
		10.25	6. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri	
		10.30	7. Berikan teknik non-farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri	
		10.45	8. Kontrol lingkungan yang memperberat nyeri	
		11.00	9. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri	
		11.02	10. Ajarkan teknik non-farmakologi (mis, kompres dingin/hangat) untuk mengurangi rasa nyeri	
		11.05	11. Pemberian analgetic, jika perlu	

Nyeri Akut	Hari 2 Selasa, 30 Mei 2023	11.00	1. Membina hubungan saling percaya antara pasien dan keluarga pasien
		11.10	2. Mengobservasi TTV pasien TD : 120 / 80 mmHg N : 90 x / menit RR : 16x / menit S : 36,0 ^o c SpO ₂ : 99 % Kesadaran : composmentis GCS : 4-5-6
		11.15	3. Identifikasi skalanyeri
		11.20	4. Identifikasi nyeri non-verbal
		11.35	5. Berikan teknik non-farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri
		11.45	6. Kontrol lingkungan yang memperberat nyeri
		11.50	7. Jelakan penyebab, periode, dan pemicu nyeri
		12.00	8. Ajarkan teknik non-farmakologi (mis, kompres dingin/hangat) untuk mengurangi rasa nyeri
		12.30	9. Pemberian analgetic, jika perlu
Nyeri Akut	Hari 3 Rabu, 31 Mei 2023	13.00	1. Membina hubungan saling percaya antara pasien dan keluarga pasien
		13.10	2. Mengobservasi TTV pasien TD : 120 / 80 mmHg N : 89 x / menit RR : 16x / menit S : 36,7 ^o c SpO ₂ : 99 % Kesadaran : composmentis GCS : 4-5-6
		13.15	3. Identifikasi skalanyeri
		13.20	4. Jelakan penyebab, periode, dan pemicu nyeri
		13.45	5. Ajarkan teknik non-farmakologi (mis, kompres dingin/hangat) untuk mengurangi rasa nyeri
		13.55	6. Pemberian analgetic, jika perlu

Tabel 4.13 Implementasi keperawatan pasien 2

Diagnosa Keperawatan	Hari / tanggal	Jam	Implementasi	Paraf
Nyeri Akut	Hari 1 Sabtu, 01 Juli 2023	10.10	1. Membina hubungan saling percaya antara pasien dan keluarga pasien	
		10.15	2. Mengobservasi TTV pasien	

			TD : 120 / 80 mmHg N : 80 x / menit RR : 17x / menit S : 36,8 ⁰ c SpO ₂ : 96 % Kesadaran : composmentis GCS : 4-5-6
		10.20	3. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, integrasi nyeri
		10.30	4. Identifikasi skalanyeri
		10.40	5. Identifikasi nyeri non-verbal
		10.45	6. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri
		10.55	7. Berikan teknik non-farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri
		12.00	8. Kontrol lingkungan yang memperberat nyeri
		12.15	9. Jelakan penyebab, periode, dan pemicu nyeri
		12.25	10. Ajarkan teknik non-farmakologi (mis, kompres dingin/hangat) untuk mengurangi rasa nyeri
		14.00	11. Pemberian analgetic, jika perlu
Nyeri Akut	Hari 2 Minggu, 02 Juli 2023	12.00	1. Membina hubungan saling percaya antara pasien dan keluarga pasien
		12.10	2. Mengobservasi TTV pasien TD : 110 / 80 mmHg N : 90 x / menit RR : 18x / menit S : 36,5 ⁰ c SpO ₂ : 99 % Kesadaran : composmentis GCS : 4-5-6
		12.15	3. Identifikasi skalanyeri
		12.20	4. Identifikasi nyeri non-verbal
		12.25	5. Berikan teknik non-farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri
		12.30	6. Kontrol lingkungan yang memperberat nyeri
		12.46	7. Jelakan penyebab, periode, dan pemicu nyeri
		13.00	8. Ajarkan teknik non-farmakologi (mis, kompres dingin/hangat) untuk mengurangi rasa nyeri
		13.10	9. Pemberian analgetic, jika perlu
		13.20	

Nyeri Akut	Hari 3 Senin, 03 Juli 2023	14.00	1.	Membina hubungan saling percaya antara pasien dan keluarga pasien
		14.10	2.	Mengobservasi TTV pasien TD : 120 / 80 mmHg N : 89 x / menit RR : 16x / menit S : 36,5 ^o c SpO ₂ : 99 % Kesadaran : composmentis GCS : 4-5-6
		14.15	3.	Identifikasi skalanyeri
		14.20	4.	Jelakan penyebab, periode, dan pemicu nyeri
		14.30	5.	Ajarkan teknik non-farmakologi (mis, kompres dingin/hangat) untuk mengurangi rasa nyeri
		14.45	6.	Pemberian analgetic, jika perlu

4.1.6 Evaluasi Keperawatan Pasien 1 dan 2

Tabel 4.14 evaluasi keperawatan pasien 1

Diagnosa Keperawatan	Hari / tanggal	Jam	Evaluasi	Paraf
Nyeri Akut	Hari 1 Sabtu, 01 Juli 2023	13.00	<p>S : pasien mengatakan masih masih nyeri punggung, nyeri kaki kanan, dan nyeri leher</p> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien tampak meringis kesakitan 2. pasien terlihat susah beraktivitas 3. pasien tampak memegang punggung 4. pasien tampak memegang leher 5. pasien tampak memegang kaki kanan 6. keadaan umum tenang TD : 130 / 100 mmHg N : 88 x / menit RR : 17x / menit S : 36,5^oc SpO₂ : 99 % Kesadaran : composmentis GCS : 4-5-6 7. Pengkajian nyeri - P : Nyeri pada 	

			<p>punggung bagian bawah saat beraktivitas</p> <ul style="list-style-type: none"> - Q : Nyeri seperti tertusuk-tusuk - R : Pasien mengatakan nyeri pada bagian punggung bagian bawah dan kaki KANANNYA - S : Skala nyeri 5 - T : Pasien mengatakan nyerinya timbul saat beraktivitas <p>A : Masalah nyeri akut belum teratasi belum teratasi</p> <p>P : intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Membina hubungan saling percaya antara pasien dan keluarga pasien 2. Mengobservasi TTV pasien 3. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, Intergasi nyeri 4. Mengidentifikasi skala nyeri 5. Mengidentifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6. Memberikan teknik non-farmakologi untuk mengurangi nyeri 7. Mengontrol lingkungan yang memperberat pemicu nyeri 8. Mengajarkan teknik non-farmakologi 9. Pemberian analgetic, jika perlu
Nyeri Akut	Hari 2 Minggu, 2 Juli 2023	11.30	<p>S : pasien mengatakan masih nyeri punggung, nyeri kaki kanan, nyeri leher sudah berkurang</p>

O :

1. Pasien tampak meringis sudah berkurang
 2. keadaan umum
Nampak lebih segar dan tenang
 3. Observasi TTV pasien
TD : 120 / 80 mmHg
N : 90 x / menit
RR : 16x / menit
S : 36,0⁰c
SpO₂ : 99 %
Kesadaran :
composmentis
GCS : 4-5-6
 4. Pengkajian nyeri
 - P : Nyeri pada punggung bagian bawah saat beraktivitas
 - Q : Nyeri seperti tertusuk-tusuk
 - R : Pasien mengatakan nyeri pada bagian punggung bagian bawah dan kaki kanannya
 - S : Skala nyeri 4
 - T : Pasien mengatakan nyerinya timbul saat beraktivitas
- A : Masalah nyeri akut teratasi sebagian
P : intervensi dilanjutkan
1. Membina hubungan saling percaya antar pasien dan keluarga pasien
 2. Mengobservasi TTV pasien
 3. Mengidentifikasi skala nyeri
 4. Mengidentifikasi nyeri non-verbal
 5. Memberikan teknik non-farmakologi untuk mengurangi nyeri
 6. Mengontrol lingkungan yang memperberat pemicu nyeri
-

			7. Mengajarkan teknik non-farmakologi
			8. Memberikan analgetic, jika perlu
Nyeri akut	Hari 3 Senin, 3 Juli 2023	10.00	S : pasien mengatak nyeri punggung, nyeri kaki kanan O : 1. Pasien tampak lebih segar dan tenang 2. Meringis berkurang 3. keadaan umum normal TD : 120 / 80 mmHg N : 89 x / menit RR : 16x / menit S : 36,7 ⁰ c SpO ₂ : 99 % Kesadaran : composmentis GCS : 4-5-6 4. Pengkajian nyeri - P : Nyeri pada punggung bagian bawah saat beraktivitas - Q : Nyeri seperti tertusuk-tusuk - R : Pasien mengatakan nyeri pada bagian punggung bagian bawah dan kaki kanannya - S : Skala nyeri 4 - T : Pasien mengatakan nyerinya timbul saat beraktivitas A : Masalah nyeri akut teratasi P : intervensi dihentikan Intervensi dilanjutkan perawat UPT PSTW Jombang

Tabel 4.14 evaluasi keperawatan pasien 1

Diagnosa Keperawatan	Hari / tanggal	Jam	Evaluasi	Paraf
Nyeri Akut	Hari 1 Sabtu, 01 Juli 2023	13.00	S : pasien mengatakan masih masih nyeri punggung, nyeri kaki kanan, dan nyeri leher	

O :

1. Pasien tampak meringis kesakitan
 2. pasien terlihat susah beraktivitas
 3. pasien tampak memegang punggung
 4. pasien tampak memegang leher
 5. pasien tampak memegang kaki kanan
 6. keadaan umum tenang
 7. TD : 130 / 100 mmHg
N : 88 x / menit
RR : 17x / menit
S : 36,5⁰c
SpO₂ : 99 %
Kesadaran : composmentis
GCS : 4-5-6
 8. Pengkajian nyeri
 - P : Nyeri pada punggung bagian bawah saat beraktivitas
 - Q : Nyeri seperti tertusuk-tusuk
 - R : Pasien mengatakan nyeri pada bagian punggung bagian bawah dan kaki KANANNYA
 - S : Skala nyeri 5
 - T : Pasien mengatakan nyerinya timbul saat beraktivitas
- A : Masalah nyeri akut belum teratasi belum teratasi
- P : intervensi dilanjutkan
1. Membina hubungan saling percaya antara pasien dan keluarga pasien
 2. Mengobservasi TTV pasien
 3. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, Intergasi nyeri
-

			<ol style="list-style-type: none"> 4. Mengidentifikasi skala nyeri 5. Mengidentifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6. Memberikan teknik non-farmakologi untuk mengurangi nyeri 7. Mengontrol lingkungan yang memperberat pemicu nyeri 8. Mengajarkan teknik non-farmakologi 9. Pemberian analgetic, jika perlu
Nyeri Akut	Hari 2 Minggu, 2 Juli 2023	11.30	<p>S : pasien mengatakan masih nyeri punggung, nyeri kaki kanan, nyeri leher sudah berkurang</p> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien tampak meringis sudah berkurang 2. keadaan umum Nampak lebih segar dan tenang 3. Observasi TTV pasien TD : 120 / 80 mmHg N : 90 x / menit RR : 16x / menit S : 36,0⁰c SpO₂ : 99 % Kesadaran : composmentis GCS : 4-5-6 4. Pengkajian nyeri <ul style="list-style-type: none"> - P : Nyeri pada punggung bagian bawah saat beraktivitas - Q : Nyeri seperti tertusuk-tusuk - R : Pasien mengatakan nyeri pada bagian punggung bagian bawah dan kaki kanannya - S : Skala nyeri 4 - T : Pasien mengatakan nyerinya timbul saat beraktivitas <p>A : Masalah nyeri akut</p>

			teratasi sebagian P : intervensi dilanjutkan 1. Membina hubungan saling percaya antar pasien dan keluarga pasien 2. Mengobservasi TTV pasien 3. Mengidentifikasi skala nyeri 4. Mengidentifikasi nyeri non-verbal 5. Memberikan teknik non-farmakologi untuk mengurangi nyeri 6. Mengontrol lingkungan yang memperberat pemicu nyeri 7. Mengajarkan teknik non-farmakologi 8. Memberikan analgetic, jika perlu
Nyeri akut	Hari 3 Senin, 3 Juli 2023	10.00	S : pasien mengatak nyeri punggung, nyeri kaki kanan O : 1. Pasien tampak lebih segar dan tenang 2. Meringis berkurang 3. keadaan umum normal 4. Mengobservasi TTV pasien TD : 120 / 80 mmHg N : 89 x / menit RR : 16x / menit S : 36,7 ⁰ c SpO ₂ : 99 % Kesadaran : composmentis GCS : 4-5-6 5. Pengkajian nyeri - P : Nyeri pada punggung bagian bawah saat beraktivitas - Q : Nyeri seperti tertusuk-tusuk - R : Pasien mengatakan nyeri pada bagian punggung bagian bawah dan kaki

kanannya
- S : Skala nyeri 4
- T : Pasien mengatakan
nyerinya timbul saat
beraktivitas
A : Masalah nyeri akut te
ratasi
P : Intervensi dilanjutkan
perawat UPT PSTW
Jombang

4.2 Pembahasan

Pada bab ini perbandingan antara tujuan kasus yang disajikan untuk menjawab tujuan kasus. Setiap temuan perbedaan diuraikan dengan konsep pembahasan di isi dengan latar belakang dan solusi. Urutan penulisan berdasarkan paragraf adalah F-T-O (Fakta-Teori-Opini) isi pembahasan sesuai dengan tujuan kasus yaitu :

4.2.1 Pengkajian

Pengkajian keperawatan berdasarkan data subjektif antara dua pasien didapatkan keluhan yang tidak sama, pasien 1 mengeluhkan pasien mengatakan nyeri punggung bagian bawah, nyeri leher, dan nyeri kaki kanan, sedangkan pasien 2 mengatakan nyeri punggung bagian bawah, nyeri kaki kanan, dan kaki kesemutan.

Pada riwayat keperawatan tidak ada perbedaan antara tinjauan teori dan tinjauan kasus, keluhan utama yang sering ditemukan pada pasien dengan penyakit osteoporosis adalah pasien mengeluh sakit punggung dan area ektemitas (Ode, 2018)

Dan berdasarkan pengkajian nyeri di dapatkan pada pasien osteoporosis *Provoking* (P) : Pasien mengatakan penyebab nyeri osteoporosis yang dialami adalah karena factor usia, nyeri yang dirasakan pasien timbul jika pasien terlalu lama berdiri melakukan aktivitas, Aktivitas yang dilakukan pasien adalah jalan jalan sekitar wisma. *Quality* (Q) : Pasien mengatakan kualitas nyeri yang dirasakan seperti tertusuk-tusuk. Nyeri semakin parah jika pasien terlalu lama berdiri melakukan aktivitas dan pada saat melakukan sholat. *Region* (R) : Pasien mengatakan nyeri di bagian punggung bagian bawah dan kaki kanannya. *Scala* (S) : Pasien mengatakan skala nyeri yang dirasakan pada skala 5. *Time* (T) : Pasien mengatakan nyerinya hilang timbul dan datang secara tiba-tiba.

Pada pengkajian nyeri tidak ada perbedaan antara tinjauan teori dan tinjauan kasus, pengkajian nyeri yang ditemukan pada data diatas sesuai dengan pengkajian nyeri yang ada di teori. (Perry, 2018)

Berdasarkan data dan teori tersebut menurut peneliti nyeri punggung bagian bawah dan nyeri kaki kanan terjadi pada pasien 1 dan 2 merupakan gejala umum pada seorang yang menderita penyakit osteoporosis. Keluhan nyeri punggung dan nyeri kaki merupakan dari pengeroposan tulang pada lansia.

4.2.2 Diagnosis Keperawatan

Diagnosa keperawatan pada pasien 1 dan 2 berdasarkan hasil pengkajian, hasil pemeriksaan fisik yang didapatkan menunjukkan masalah yang dialami kedua pasien yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisiologi. (Gustinerz, 2021) Diagnosa merupakan tahap yang penting dalam pemberian

asuhan keperawatan oleh seorang perawat. Dalam proses keperawatan merupakan tahap kedua yang dilakukan perawat setelah melakukan pengkajian kepada pasien.

Menurut peneliti terdapat perbedaan yang terjadi antara tinjauan kasus dan tinjauan teori, pada tinjauan teori ada 3 diagnosa yang muncul. Sedangkan pada tinjauan kasus ditemukan 1 diagnosa keperawatan yang muncul pada Ny.S dan Ny.S yaitu nyeri akut.

4.2.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan pada pasien 1 dan 2 yang memiliki masalah keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis, dimana permasalahan nyeri akut belum teratasi maka dilakukan intervensi keperawatan.

Intervensi dilakukan untuk pasien 1 dan 2 menurut SIKI PPNI, 2018 yaitu sebagai berikut : diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisiologis yaitu dengan dilakukan tindakan asuhan keperawatan 3x24 jam diharapkan klien dan perawat mampu mengenali masalah kesehatan melalui rencana asuhan keperawatan meliputi membina hubungan saling percaya antara pasien dan keluarga pasien mengobservasi TTV pasien, identifikasi (lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, integrasi ¹ nyeri, Identifikasi skala nyeri), identifikasi nyeri non-verbal, identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri, berikan teknik non-farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri, kontrol lingkungan yang memperberat nyeri, jelaskan penyebab, periode, dan

pemicu nyeri, ajarkan teknik non-farmakologi (mis, kompres dingin/hangat) untuk mengurangi rasa nyeri, kolaborasi pemberian analgetic, jika perlu

Menurut peneliti, intervensi keperawatan yang telah diberikan kepada pasien nyeri akut yang dimana menggunakan teori manajemen nyeri adalah kompres hangat, relaksasi tarik nafas selama 5 detik dan senam lansia sehingga ditemukan hasil yang sesuai dengan teori langsung lapangan.

4.2.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi merupakan perwujudan dari perencanaan yang sudah disusun pada tahap perencanaan sebelumnya menurut SIKI PPNI,2018. Berdasarkan hal tersebut penulis mengelola klien dalam implementasikan dengan diagnose keperawatan yang telah diambil penulis. Adapun implementasinya nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis yaitu. mengidentifikasi (lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, integrasi nyeri, mengidentifikasi skala nyeri), mengidentifikasi nyeri non-verbal, mengidentifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri, memberikan teknik non-farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri, mengontrol lingkungan yang memperberat nyeri, menjelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri, ajarkan teknik non-farmakologi (mis, kompres dingin/hangat) untuk mengurangi rasa nyeri, kolaborasi pemberian analgetic, jika perlu, Adapun terapi pada pasien osteoporosis yaitu dengan terapi relaksasi, terapi kompres hangat/dingin, dan terapi senam lansia.

Lisaziee Pujiastuti (2019) menjelaskan bahwa selama tahap implementasi perawat melaksanakan rencana asuhan keperawatan. Instruksi keperawatan diimplementasikan untuk membantu klien secara mandiri maupun berkolaborasi

dengan tim medis lainnya. Menurut (Patrisia et al., 2020) Implementasi merupakan pelaksanaan rencana keperawatan yang dilakukan secara mandiri maupun kolaborasi dengan tim medis lainnya. Perawat bertanggung jawab atas asuhan keperawatan yang berfokus pada pasien dan berorientasi pada tujuan dan hasil yang diperkirakan dari asuhan keperawatan dimana tindakan dilakukan dan diselesaikan sebagaimana digambarkan dalam rencana yang sudah di buat.

Menurut peneliti, implementasi yang sudah di terapkan pada kedua pasien hampir sama tetapi peneliti harus menyesuaikan dengan kondisi pasien yang dimana pasiennya adalah lansia.

4.2.5 Evaluasi Keperawatan

Pada tahap evaluasi keperawatan, berdasarkan perkembangan pada catatan peneliti, pasien 1 dan 2 mengalami perkembangan dalam beraktivitas yang cukup signifikan, karena peran perawat yang kooperatif dalam membantu dukungan saran pelayanan yang diberikan. Sehingga Ny. S dan Ny. S memberikan hasil yang cukup baik. Pemberian terapi relaksasi, kompres hangat/dingin guna untuk memfasodilatasi dan senam lansia cukup membuat nyeri punggung dan kaki kanan Ny.S dan Ny.S sedikit lebih berkurang.

Evaluasi merupakan langkah terakhir dari proses keperawatan dengan cara membandingkan tindakan keperawatan yang dilakukan terhadap hasil yang diharapkan. Evaluasi juga dilakukan untuk mengidentifikasi sejauh mana tujuan dari rencana keperawatan tercapai atau tidak (Patrisia et al., 2020).

Menurut peneliti, dengan catatan evaluasi kedua pasien yang berangsur membaik, dengan nyeri yang sedikit lebih berkurang, maka menghasilkan evaluasi yang memuaskan.

BAB 5

PENUTUP

5.1 Kesimpulan

Berdasarkan studi kasus manajemen nyeri pada Ny. S dan Ny. S dengan masalah yang telah penulis lakukan, maka dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut :

1. Pengkajian

Asuhan keperawatan pada pasien osteoporosis dengan nyeri akut di UPT PSTW Kabupaten Jombang, maka dengan ini penulis dapat mengambil kesimpulan dan saran yang dibuat laporan studi kasus sebagai berikut : Pengkajian keperawatan yang dilakukan kepada pasien 1 dan pasien 2 terdapat perbedaan. Pada pasien 1 mengeluhkan pasien mengatakan nyeri punggung bagian bawah, nyeri leher, nyeri kaki kanan, riwayat penyakit : PPOK dan hipertensi, sedangkan pasien 2 mengeluhkan pasien mengatakan nyeri punggung bagian bawah, nyeri kaki kanann dan kesemutan, riwayat penyakit : asam urat. Pemeriksaan fisik rotgen pada pasien tidak dilakukan karena keterbatasan alat dan tidak ada BPJS.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien osteoporosis sudah tepat menurut SDKI, SLKI, dan SIKI. Diagnosa yang diambil oleh peneliti untuk Ny. S dan Ny. S adalah nyeri akut.

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan yang dilakukan untuk Ny.S dan Ny.S menggunakan SLKI dan SIKI, identifikasi (lokasi,karakteristik,durasi,frekuensi, integrasi nyeri, Identifikasi skala nyeri), identifikasi nyeri non-verbal, identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri, berikan teknik non-farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri, kontrol lingkungan yang memperberat nyeri, jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri, ajarkan teknik non-farmakologi (mis, kompres dingin/hangat) untuk mengurangi rasa nyeri, kolaborasi pemberian analgetic, jika perlu

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi pada pasien dilakukan secara menyeluruh, tindakan keperawatan dilakukan sesuai intervensi keperawatan yang sudah dibuat.

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi pada Ny. S dan Ny. S hari pertama sampai ketiga teratasi dan sudah menunjukkan perubahan yang signifikan.

5.2 Saran

1. Bagi Pasien Osteoporosis

Bagi pasien osteoporosis Ny. S dan Ny. S dapat meningkatkan pengetahuan pasien tentang bagaimana menangani masalah osteoporosis dengan tindakan yang benar sehingga masalah osteoporosis pun teratasi seperti teknik relaksasi nafas dalam selama 5 detik, kompres hangat, dan senam lansia.

2. Bagian Institusi PSTW

Panti Sosial Tresna Werdha Kota Jombang diharapkan dapat memberikan penanganan dari seorang dokter untuk memantau status kesehatan dan psikis pasien. Selain itu diperlukan adanya aktivitas mandiri seperti jalan-jalan di depan kamar guna melatih kekuatan tulang dan melakukan pengecekan status gizi dalam pemenuhan kalsium yang cukup serta pemandu olahraga untuk memperbaiki kekuatan tulang dan kekuatan otot sehingga dapat membantu penderita dalam beraktivitas. Diharapkan KTI ini dapat dijadikan sebagai bahan masukan, informasi dan sarana untuk mengembangkan Asuhan Keperawatan Nyeri Akut Pada Lansia Dengan osteoporosis Di Panti Sosial Tresna Werdha Kabupaten Jombang.

3. Bagi Institusi Pendidikan

Bagi jurusan keperawatan Institut Teknologi Sains dan Kesehatan Insan Cendekia Medika Jombang diharapkan agar meningkatkan mutu pendidikan yang lebih profesional dan berkualitas agar tercipta perawat yang profesional, terampil, inovatif, dan bermutu. Dan juga dapat melakukan asuhan keperawatan Nyeri Akut pada lansia dengan osteoporosis serta dengan terapi non farmakologisnya.

4. Bagi Peneliti Lain

Diharap perbanyak referensi yang berkaitan dengan asuhan keperawatan klien yang mengalami osteoporosis dengan masalah selain nyeri akut, seperti Gangguan Mobilitas Fisik, Resiko Jatuh dan lain-lain. Guna memperluas wawasan keilmuan bagi penulis dan siapapun yang ingin memperdalam kasus tersebut.

DAFTAR PUSTAKA

- Afni, R., Hanafi, A., 2019. Risiko osteoporosis pada lansia Di UPT Panti Sosial Tresna Werdha Khusnul Khotimah Pekanbaru. Risiko Osteoporosis Pada Lansia Di Upt Panti Sosial Tresna Werdha Khusnul Khotimah Pekanbaru. 3(1), 16–21.
- Depkes RI, 2018, Departemen Kesehatan Republik Indonesia. Jakarta www.depkes.go.id
- Depkes RI, 2022, Departemen Kesehatan Republik Indonesia. Jakarta www.depkes.go.id
- Darmojo RB, Mariono, HH 2004. Geriatri (Ilmu Kesehatan Usia Lanjut). Edisi ke-3. Jakarta: Balai Penerbit FKUI.
- Gaol, F. M. L. (2019). Gambaran Tingkat Kecemasan Lansia Penderita Osteoporosis Terhadap Pemenuhan Kebutuhan Mobilisasi Di Puskesmas Pancur Batu. *Jurnal Keperawatan*, 2, 12–17.
- Istianah, Umi, 2017, Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Sistem Muskuloskeletal, Yogyakarta, Pustaka Baru Press.
- Istianah, Umi, 2017, Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Sistem Muskuloskeletal, Yogyakarta, Pustaka Baru Press.
- ITSKES ICME, 2023, Buku Panduan Penyusunan Karya Tulis Ilmiah. Jombang: ITSKes Icme.
- Mustika, I. Wayan. "MODEL ASUHAN KEPERAWATAN LANSIA BALI ELDERLY CARE (BEC)." (2019).
- Patrisia, I., Juhdeliena, J., Kartika, L., Pakpahan, M., Siregar, D., Biantoro, B., Hutapea, A. D., Khusiyah, Z., & Sihombing, R.M. (2020). *Asuhan Keperawatan Dasar Pada Kebutuhan Manusia* (Edisi 1). Yayasan Kita Menulis. (diakses tanggal 05 juli 2023, jam 19.07)
- 1 PPNI, T. P. (2017) *Standar diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI): Definisi dan Indikator Diagnostik* ((Cetakan III) 1 ed.). Jakarta: DPP PPNI
- 1 PPNI, T. P. (2018) *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SLKI): Definisi dan Tindakan Keperawatan* ((Cetakan II) 1 ed.). Jakarta: DPP PPNI
- PPNI, T. P. (2019) *Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SIKI): Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan* ((Cetakan II) 1 ed.). Jakarta: DPP PPNI
- Syadiyah, R. Siti. (2018). Mengenal usia Lanjut dan Mengenalnya. Jakarta : Salemba Medika.

- Sudoyo, A.W., Setiyohadi, B., Alwi, Idrus, et al. Interna Publishing.Jakarta. Tarwoto, Wartonah. 2015. Kebutuhan DasarManusia dan Proses Keperawatan-Ed 3, Jakarta, Salemba Medika
- Setiawan, L., & Hartiti, T. (2020). Manajemen Resiko Jatuh pada Pasien Vertigo. Ners Muda, 1(1), 1. <https://doi.org/10.26714/nm.v1i1.5510>
- Suryani, U. (2018). Hubungan Tingkat Kemandirian Dalam Aktivitas Sehari-Hari Dengan
- Stanley. Buku Ajar Keperawatan Gerontik. Edisi 2. Jakarta: EGC.2019
- Tarwoto, Wartonah. 2015. Kebutuhan DasarManusia dan Proses Keperawatan – Ed 3, Jakarta, Salemba Medika.

Asuhan Keperawatan Pada Lansia Dengan Osteoporosis di UPT PSTW Jombang

ORIGINALITY REPORT

6%

SIMILARITY INDEX

%

INTERNET SOURCES

%

PUBLICATIONS

6%

STUDENT PAPERS

PRIMARY SOURCES

1 Submitted to Badan PPSDM Kesehatan
Kementerian Kesehatan 4%
Student Paper

2 Submitted to Institut Agama Islam Negeri
Manado <1%
Student Paper

3 Submitted to Forum Perpustakaan Perguruan
Tinggi Indonesia Jawa Timur <1%
Student Paper

4 Submitted to Universitas PGRI Madiun <1%
Student Paper

5 Submitted to Universitas PGRI Palembang <1%
Student Paper

6 Submitted to Universitas Riau <1%
Student Paper

7 Submitted to Universitas Islam Negeri
Antasari Banjarmasin <1%
Student Paper

Submitted to College of the Canyons

8

Student Paper

<1 %

9

Submitted to Universitas Negeri Surabaya
The State University of Surabaya

Student Paper

<1 %

Exclude quotes Off

Exclude matches Off

Exclude bibliography Off