

ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK PADA LANSIA POST-STROKE DENGAN MASALAH RISIKO JATUH: STUDI KASUS

Junytha R. Rondonuwu^{1*}, Lieke Momongan², Niken Gahunting³

^{1*,2,3}Akademi Keperawatan Metuari Waya Manado

*rondonuwujunytha@gmail.com

ABSTRAK

Pendahuluan: Post-stroke adalah fase yang dialami oleh pasien setelah melewati fase kritis dari penyakit stroke. Kondisi berbahaya yang perlu mendapatkan pengawasan misalnya risiko jatuh karena bisa menimbulkan dampak yang lebih berbahaya dimana penurunan fungsi dan kondisi fisiologis yang terjadi pada fase lanjut usia. Perawat berperan penting dalam memberikan asuhan keperawatan pada lansia dengan post-stroke. **Objektif:** Penelitian ini bertujuan untuk memperoleh gambaran tentang penerapan asuhan keperawatan gerontik pada pasien post-stroke di Panti Werdha “Damai” Ranomuut Kota Manado. **Metode:** Penelitian deskriptif dengan metode studi kasus dengan mengacu pada SDKI, SIKI dan SLKI. **Subjek penelitian** adalah 2 orang pasien lansia post-stroke dengan masalah keperawatan risiko jatuh. **Hasil:** Setelah dilaksanakan asuhan keperawatan selama 3 hari berturut-turut, masalah teratasi sebagian yaitu lingkungan yang aman dan mampu berpindah tempat dengan bantuan, meskipun masih berisiko jatuh. **Intervensi** yang masih harus dilanjutkan secara bertahap dan sudah diajarkan ke pengasuh panti yaitu mendampingi responden melakukan aktivitas mandiri dan berpindah tempat tanpa bantuan maksimal. **Kesimpulan:** Hasil penelitian ini kiranya dapat memberikan gambaran tentang pelaksanaan asuhan keperawatan bagi lansia post-stroke yang masih belum optimal selama 3 hari sehingga diperlukan waktu lebih panjang serta adanya penerapan tindakan/terapi kolaborasi alternatif lainnya berdasarkan *evidence-based* yang harus diajarkan bagi pengasuh panti agar dapat merawat pasien dengan baik.

Kata kunci: Asuhan Keperawatan Gerontik; Post-Stroke; Risiko Jatuh

CASE STUDY: GERONTIC NURSING CARE FOR POST-STROKE ELDERLY WITH FALL RISK PROBLEMS

ABSTRACT

Introduction: Post-stroke is a phase experienced by patients after passing the critical phase of a stroke. Dangerous conditions that need to be monitored include the risk of falling because it can cause more dangerous impacts, namely a decline in function and physiological conditions that occur in the elderly phase. Nurses play an important role in providing nursing care to the elderly with post-stroke. **Objective:** This study aims to describe the application of gerontic nursing care for post-stroke patients at the "Damai" Ranomuut Nursing Home in Manado City. **Method:** A descriptive study using a case study method, referring to SDKI, SIKI, and SLKI. **The subjects** were 2 elderly post-stroke patients with the nursing problem of fall risk. **Results:** After providing nursing care for three consecutive days, the problem is partially resolved, namely a safe environment and being able to move around with assistance, although there is still a risk of falling. **Interventions** that still need to be continued gradually and have been taught to the caretakers of the orphanage include assisting respondents in carrying out independent activities and moving around without maximum assistance. **Conclusion:** The results of this study are expected to provide an overview of the implementation of nursing care for post-stroke elderly which is still not optimal for 3 days so that more time is needed and the implementation of other alternative collaborative actions/therapies based on evidence-based which must be taught to caregivers in nursing homes so that they can care for patients well.

Keywords: Fall Risk; Gerontic Nursing Care; Post-Stroke

PENDAHULUAN

Post-stroke adalah suatu kondisi dimana pasien telah mengalami fase kritis dari penyakit stroke (Nugroho, 2019). *World Health Organization* (WHO) menyebutkan bahwa kasus stroke menjadi penyebab kematian terbanyak kedua di dunia setelah penyakit jantung, Penyakit ini menempati peringkat ketiga penyebab utama disabilitas insiden stroke karena adanya peningkatan usia (Pujiastuti, 2020). Sedangkan hasil Risesdas tahun 2019 menyebutkan prevalensi penyakit stroke di Provinsi Sulawesi Utara sebesar 14,2% dengan usia paling tinggi pada usia 65 - 74 tahun sebesar 6,78% (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2018).

Beberapa kondisi yang dapat meningkatkan risiko stroke antara lain berkaitan dengan masalah kesehatan (hipertensi, diabetes melitus, kolesterol, obesitas, penyakit jantung koroner), gaya hidup (merokok, *alcoholic*, kurang olahraga/ aktivitas fisik, narkoba, *junk food*) serta faktor lainnya misalnya genetik dan pertambahan usia. Gejala yang ditimbulkan yaitu hilang kesadaran, kelumpuhan mendadak, kesulitan berjalan, gangguan koordinasi/ keseimbangan, depresi dan kesulitan melihat/ menelan (Maria, 2021).

Lansia adalah suatu fase akhir dalam kehidupan yang ditandai dengan seseorang mencapai usia diatas 60 tahun dengan ciri-ciri mengalami kemunduran fisiologis dan psikologis serta terjadi perubahan peran di masyarakat. Asuhan keperawatan pada lansia atau gerontik merupakan suatu kegiatan yang dilakukan pada lansia untuk memberikan bimbingan, pengawasan, perlindungan serta pertolongan baik secara individu di rumah, keluarga maupun berkelompok di panti (Ratnawati, 2021). Tujuannya yaitu untuk mempertahankan kesehatan dan kemampuan lansia, menolong dan merawat lansia yang sehat/ sakit melalui upaya promotif, preventif dan rehabilitatif serta membantu lansia menghadapi kematian dengan damai dalam lingkungan yang nyaman (Sunaryo et al., 2015).

Masalah keperawatan risiko jatuh merupakan suatu kondisi yang perlu mendapat perhatian bagi lansia khususnya dengan penyakit stroke. Beberapa kondisi yang dapat menyebabkan risiko jatuh antara lain usia diatas 65 tahun, riwayat jatuh, penurunan tingkat kesadaran, gangguan pergerakan, penurunan kognitif, lingkungan tidak aman serta penyakit fisik. Kejadian jatuh yang terjadi pada lansia adalah kejadian serius yang dapat membawa banyak akibat seperti, keterbatasan fisik, kesulitan melakukan aktivitas sehari-hari, luka memar, lecet, terkilir, gangguan pernapasan, patah tulang, perawatan di rumah sakit, dan kematian (Sosiawati, 2019). Sehingga peran perawat sangatlah penting saat merawat lansia post-stroke untuk mengurangi masalah risiko jatuh yaitu dengan menerapkan asuhan keperawatan gerontik yang sudah ditetapkan dalam proses keperawatan berdasarkan SDKI, SIKI dan SLKI yang terdiri atas pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

Studi pendahuluan pada bulan Februari 2022 jumlah lansia yang tinggal di Panti Werdha Damai Ranomuut Manado berjumlah 24 orang lansia, dan lansia dengan post-stroke sebanyak 2 orang. Lansia post-stroke rata-rata menggunakan alat bantu kursi roda untuk mempermudah dalam memenuhi kegiatan sehari-harinya atau dengan kondisi yang tidak stabil akan sangat berisiko mengalami cedera fisik, bahkan bisa terjadi risiko jatuh. Berdasarkan uraian di atas peneliti ingin akan melakukan studi kasus dengan mengangkat judul tentang asuhan keperawatan gerontik dengan masalah risiko jatuh pada lansia post-stroke di Panti Werdha “Damai” Ranomuut Manado.

METODE

Metode yang digunakan adalah deskriptif analitik dengan desain studi kasus yang menggunakan metode penerapan asuhan keperawatan gerontik selama 3 hari di Panti Werdha “Damai” Ranomuut Manado. Adapun fokus masalah yaitu lansia post-stroke dengan masalah

risiko jatuh pada 2 orang responden dengan kriteria inklusi yaitu memiliki masalah yang sama dan bersedia menjadi responden ditandai dengan mengisi dan tanda-tangan *informed consent*. Responden juga berusia > 60 tahun. Instrumen yang digunakan adalah pengkajian gerontik dan format asuhan keperawatan Pengumpulan data dilakukan dengan teknik observasi, pengkajian dan wawancara secara langsung pada pasien dan pengasuh panti. Pada pelaksanaannya peneliti menerapkan bina *trust* dengan responden, mengamati kondisi kesehatan fisik pasien serta mengutamakan lingkungan yang nyaman dan aman bagi responden.

Instrumen yang digunakan adalah format asuhan keperawatan gerontik yang terdiri dari anamnesis, pemeriksaan fisik dan analisis data. Sedangkan pada penentuan diagnosa, kriteria hasil, intervensi, implementasi dan evaluasi yang semuanya bersumber pada Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI), Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) dan Standar Luanan Keperawatan Indonesia (SLKI) yang diterbitkan oleh Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI) tahun 2019.

HASIL

Penelitian ini melibatkan 2 orang responden yaitu Ny. DS (*Subjek I*) dan Ny. JT (*Subjek II*) dengan masalah yang sama. Berikut ini dipaparkan gambaran kasusnya, sebagai berikut: **Subyek I:** Ny. D.S berumur 71 tahun, agama Kristen, pendidikan terakhir SMA, status perkawinan kawin, klien masuk ke Panti Werdha Damai Ranomuut Manado pada tahun 2014 karena di rumah hanya sendiri tidak ada yang mengurus anak-anak sudah sibuk bekerja tidak bisa memerhatikan keadaan klien. Klien tinggal di kamar nomor 4 dihuni oleh 2 orang lansia, kamar tersebut mempunyai 2 tempat tidur salah satunya yaitu tempat tidur subyek I yaitu Ny. D.S tempat tidur subyek I tidak memiliki pengaman bisa mengakibatkan risiko jatuh, keadaan kamar tampak bersih serta terawat dan mempunyai ventilasi, pencahayaan yang baik dan lantainya tidak licin. Data subjektif di dapat pada tanggal 30 Mei 2022 jam 14:00 WITA, klien mengatakan dari tahun 2009 mengalami post-stroke sempat dirawat di RS Siloam Manado berlanjut pada tahun 2010 menjalani pengobatan di RS Gunung Maria Tomohon. Klien mengatakan susah bergerak untuk melakukan aktivitas sehari-hari karena mengalami gangguan keseimbangan dan klien mengatakan pernah jatuh 2 tahun yang lalu dari atas tempat tidur. Data objektif klien tampak duduk di kursi roda, klien tampak terbatas melakukan aktivitas sehari-hari karena gangguan keseimbangan, kebutuhan sehari-hari mandi, berpakaian dan ke kamar kecil dibantu oleh pengasuh panti, tampak tempat tidur klien tidak ada pengaman, tampak tidak ada rel pegangan tangan di kamar klien, dan didapatkan hasil pemeriksaan tanda-tanda vital TD : 140/80 mmHg, N : 80x/m, RR : 20x/m, dan SB : 36°C.

Setelah dilakukan pengkajian Indeks Katz (Indeks kemandirian pada aktivitas kehidupan sehari-hari) hasil klien berada pada skor F merupakan kemandirian dalam semua aktivitas sehari-hari kecuali mandi, berpakaian, ke kamar kecil, dan satu fungsi, selanjutnya pengkajian Sullivan Indeks Katz (pengkajian posisi dan keseimbangan) hasil klien 21 terdapat pada nilai 14-27 yaitu mampu melakukan bantuan maksimal, SPSMQ (*Short Portable Mental Status Quisioner*) pada klien hasilnya fungsi intelektual utuh, sedangkan pada pengkajian kemampuan aspek kognitif menggunakan MMSE (*Mini Mental Status Exam*) hasilnya tidak ada gangguan kognitif. Pengkajian *Morse Falls Scale* (pengkajian jatuh) hasilnya pada klien yaitu 70 risiko tinggi terjadinya jatuh, klien pernah jatuh 2 tahun yang lalu dari atas tempat tidur, dan kekuatan otot pada klien yaitu 3: melawan gravitasi tapi tidak ada tahanan dan 4: melawan gravitasi dengan tahanan sedikit, saat ini klien mengkomsumsi obat Amlodipine 2x1 10mg dan Antasida Doen sirup 1x1 60ml karena ada riwayat penyakit Hipertensi dan Maag.

Subyek II: Ny. J.T berumur 67 tahun, menganut agama Kristen Protestan, pendidikan terakhir PGA, status perkawinan kawin, klien masuk ke Panti Werdha Damai Ranomuut Manado pada tahun 2016 karena di rumah tinggal sendiri anak-anak sibuk mengurus toko dan sudah tidak tinggal serumah dengan klien karena sudah berkeluarga. Subyek II tinggal di kamar nomor 3 dihuni oleh 2 orang lansia, keadaan kamar tampak bersih memiliki 1 kamar mandi dalam tetapi lantai yang licin, 2 tempat tidur memiliki pengaman, lemari, ventilasi, pencahayaan yang cukup. Data subjektif di dapat pada tanggal 30 Mei 2022 jam 15:00 WITA klien mengatakan dari tahun 2010 sudah mengalami post-stroke sudah pernah dirawat di RSUP Prof. Dr. R. D Kandou Manado, klien tampak susah bergerak untuk melakukan aktivitas karena gangguan keseimbangan dan klien mengatakan pernah jatuh 1 tahun yang lalu di kamar mandi karena licin. Data objektif klien tampak duduk di tempat tidur, klien tampak terbatas melakukan aktivitas sehari-hari karena mengalami gangguan keseimbangan, kebutuhan sehari-hari mandi, berpakaian dan ke kamar kecil dibantu pengasuh panti, klien tampak menggunakan kursi roda pada saat melakukan aktivitas di luar kamar, tampak lantai kamar mandi licin, tampak tidak ada rel pegangan tangan di kamar klien. Terdapat hasil pemeriksaan tanda-tanda vital TD: 120/80 mmHg, SB: 36,5°C, N: 80x/m, dan RR: 20x/m.

Setelah dilakukan pengkajian Indeks Katz hasil klien berada pada skor C mandiri dalam melakukan aktivitas sehari-hari, kecuali mandi dan 1 fungsi tambahan, selanjutnya pengkajian Sullivan Indeks Katz (pengkajian posisi dan keseimbangan) hasil klien 24 terdapat pada nilai 14-27 yaitu mampu melakukan bantuan maksimal, pengkajian SPMSQ (*Short Portable Mental Status Quisioner*) hasil fungsi intelektual utuh, sedangkan pengkajian kemampuan aspek kognitif memakai MMSE hasilnya tidak ada gangguan kognitif, pengkajian *Morse Falls Scale* (pengkajian jatuh) hasilnya pada klien yaitu 70 risiko tinggi terjadinya jatuh, klien pernah jatuh 1 tahun lalu karena lantai di kamar mandi licin dan kekuatan otot pada klien yaitu 2 : melawan gravitasi dengan sokongan dan 3 : melawan gravitasi tapi tidak ada sokongan, tampak klien mengkonsumsi obat Amlodipine 2x1 10 mg karena ada riwayat penyakit hipertensi.

Tabel 1. Karakteristik Risiko Jatuh Subyek I dan Subyek II (n=2)

No	Karakteristik	Responden I		Responden II	
		Ya	Tidak	Ya	Tidak
1.	Usia >65 tahun (pada dewasa)	✓		✓	
2.	Riwayat jatuh	✓		✓	
3.	Penggunaan alat bantu jalan	✓		✓	
4.	Penurunan tingkat kesadaran		✓		✓
5.	Perubahan fungsi kognitif		✓		✓
6.	Lingkungan tidak nyaman (mis.Licin, gelap, lingkungan asing, tempat tidur).	✓		✓	
7.	Anemia		✓		✓
8.	Kekuatan otot menurun	✓		✓	
9.	Gangguan pendengaran		✓		✓
10.	Gangguan keseimbangan	✓		✓	

11. Gangguang penglihatan		✓		✓
Jumlah	6	5	6	5
Presentase	54%	45%	54%	45%

Dari hasil data tabel 1 diatas ini maka dapat dilihat hasil presentasi faktor risiko jatuh pada subyek I dan II, kemudian dilanjutkan pada analisis data untuk masalah keperawatan risiko jatuh pada pasien lansia dengan post-stroke.

PEMBAHASAN

Pengkajian. Data hasil penelitian pengkajian yang sudah diambil pada subyek I tanggal 30 Mei 2022 jam 14:00 WITA dengan masalah Risiko Jatuh, dengan keterbatasan pergerakan ekstremitas kiri atas dan kiri bawah dalam aktivitas sehari-hari subjek mengeluh karena penyakit post-stroke dari 2009 tidak mampu beraktivitas mandiri, kebutuhan sehari-hari dibantu, ada riwayat jatuh 2 tahun yang lalu, terjadinya kekuatan otot menurun dan gangguan keseimbangan. Data pengkajian yang sudah didapat pada subyek II tanggal 30 Mei 2022 jam 15:00 WITA dengan masalah Risiko Jatuh dengan keterbatasan gerak pada ektremitas bawah bagian kiri didapatkan subyek mengeluh penyakit post-stroke dari tahun 2010 tidak mampu beraktivitas secara mandiri, kebutuhan sehari-hari dibantu, ada riwayat jatuh 1 tahun yang lalu, terjadinya kekuatan otot menurun atau adanya gangguan keseimbangan.

Menurut peneliti subyek I dan II yaitu pasien lansia yang masuk dalam kategori *elderly* karena subyek I usianya 71 tahun dan subyek II usianya 67 tahun. Kedua subyek tersebut mengalami masalah keperawatan yang sama yaitu Risiko jatuh berhubungan dengan gangguan keseimbangan. Saat dilakukan pengkajian Indeks Katz subyek I hasil F yaitu kemandirian dalam semua hal kecuali mandi, berpakaian, ke kamar kecil, berpindah dan satu fungsi tambahan sedangkan subyek II pada hasil C yaitu kemandirian dalam semua hal kecuali mandi dan satu fungsi tambahan. Pengkajian keseimbangan subyek I hasil 21 dan subyek II hasil 24 kedua subyek berada pada nilai sama 14-27 yaitu mampu melakukan bantuan maksimal, jadi mengalami gangguan keseimbangan. Pengkajian SPMSQ hasilnya kesalahan 0-3 fungsi intelektual utuh dan pengkajian MMSE hasilnya normal 24-30, dari hasil pengkajian kognitif kedua subyek membuktikan kalau fungsi kognitif keduanya baik, pengkajian *Morse Falls Scale* kedua subyek memiliki hasil yang sama 70 dari nilai >51 yaitu risiko tinggi terjadinya jatuh dan kedua subyek pernah memiliki riwayat jatuh sebelumnya.

Hal diatas sejalan dengan Sosiawati (2019) yang menjelaskan beberapa faktor yang mempengaruhi risiko jatuh antara lain peristiwa kejatuhan sebelumnya, gangguan keseimbangan, penurunan kekuatan otot, dan gangguan penglihatan. Faktor lain meliputi polifarmasi, masalah gaya berjalan, depresi, pusing, keterbatasan fungsional, usia lanjut, inkontinensia, dan gangguan kognitif serta riwayat jatuh, penggunaan bantuan berjalan, dan kondisi seperti penyakit Parkinson dan nyeri muskuloskeletal kronis berkaitan kuat dengan risiko jatuh. Sunaryo et al., (2015) menjelaskan bahwa perubahan fisik pada lansia, terutama gangguan muskuloskeletal, dapat mengganggu mobilitas dan kemandirian. Gangguan ini menyebabkan kesulitan dalam berjalan dan keseimbangan, yang meningkatkan risiko jatuh. Masalah seperti kelambatan gerak, kaki yang mudah goyang, dan penurunan kemampuan untuk mengantisipasi bahaya memperparah risiko tersebut. Gangguan muskuloskeletal berperan signifikan dalam meningkatkan risiko jatuh pada lansia.

Diagnosa Keperawatan. Hasil pengkajian tanggal 30 Mei 2022 didapatkan diagnosa keperawatan yang ditemukan pada subyek I dan II adalah sama, yaitu risiko jatuh berhubungan dengan gangguan keseimbangan dibuktikan dengan data subjek dan data objek pada klien.

Diagnosa keperawatan ini diambil pada buku SDKI (Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia) dengan kode D.0143 (Tim Pokja PPNI, 2017) yang sejalan dengan Ratnawati, (2021) dalam teorinya menyatakan bahwa pada lansia post-stroke akan ditemukan diagnosa keperawatan risiko jatuh. Diagnosa keperawatan merupakan suatu bagian penting dalam proses keperawatan karena perawat dituntut berpikir kritis dalam menginternalisasi hasil analisis pengkajian pasien berdasarkan data subjektif dan objektif yang ditemukan sehingga perawat dapat menetapkan intervensi yang tepat (PPNI, 2019). Diagnosis keperawatan adalah penilaian klinis terhadap respon individu, keluarga, atau komunitas terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan sehingga memberikan dasar untuk memilih intervensi keperawatan yang sesuai, bertujuan menjaga atau meningkatkan status kesehatan pasien. Diagnosis keperawatan dibuat oleh perawat profesional berdasarkan analisis data pengkajian untuk menggambarkan masalah kesehatan aktual atau potensial (Polopadang & Hidayah, 2019).

Intervensi Keperawatan. Intervensi yang diterapkan pada kedua subyek ini berpedoman pada buku SIKI (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia) Kode I.14540 pencegahan jatuh yang diterbitkan oleh PPNI (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2019). Intervensi pencegahan jatuh terdiri dari 7 yaitu identifikasi faktor risiko jatuh (mis. Usia > 65 tahun, tingkat kesadaran, gangguan keseimbangan, dan gangguan penglihatan), identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh (mis. lantai licin atau penerangan kurang), monitor kemampuan berpindah tempat dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya, pastikan kursi roda selalu dalam keadaan terkunci, atur tempat tidur dengan posisi yang baik dan aman agar tidak terjadi risiko, gunakan alat bantu berjalan (mis. kursi roda, tongkat, kruk), anjurkan memanggil jika membutuhkan bantuan untuk berpindah, dan anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin. Dengan tujuan dan kriteria hasil risiko jatuh menurun.

Pada penelitian ini, merencanakan pelaksanaan seluruh langkah intervensi karena dianggap sesuai dengan kondisi subjek I dan II. Hal ini sejalan dengan Setiawan & Hartiti, (2020) dalam penelitiannya menjelaskan bahwa kemunduran fungsional secara fisik yang terjadi akibat stroke berdampak pula pada kemunduran gerak fisik, kemampuan mobilisasi serta perawatan diri. Seluruh *activity daily living* (ADL)-nya bergantung pada bantuan *caregiver* dalam jangka waktu yang lama sehingga perlu dilakukan kegiatan identifikasi lingkungan, monitoring dan evaluasi dalam pelaksanaan perawatan yang tepat termasuk dalam pelaksanaan asuhan keperawatan (Yanto & Setyawati, 2017). Perencanaan keperawatan pada pasien dilakukan sesuai dengan diagnosa keperawatan untuk mengatasi masalah atau memenuhi kebutuhan pasien dengan cara merumuskan tujuan, rencana tindakan dan kriteria hasil atau kemajuan pada pasien (Polopadang & Hidayah, 2019).

Implementasi Keperawatan. Implementasi keperawatan yang diterapkan pada kedua subyek dalam penelitian ini dilakukan selama 3 hari dari tanggal 31 Mei - 2 Juni 2022 dimana seluruh tindakannya sesuai dengan yang telah ditetapkan pada intervensi yaitu terdiri dari 7 intervensi keperawatan dan dilakukan monitoring serta dokumentasi selama 3 hari. Peneliti juga melibatkan petugas panti dengan tujuan agar petugas dapat membantu klien dalam perawatan dan pemenuhan kebutuhan pasien selanjutnya. Dokumentasi keperawatan dilakukan dengan cara menuliskan setiap tindakan, jam pelaksanaan serta hasil/ perubahan kondisi klien dari hari ke-1 sampai dengan selesai. Hal ini dilakukan sebagai upaya monitoring tindakan perawatan untuk membandingkan hasil pengkajian dan perubahan pasca diberikan intervensi.

Polopadang & Hidayah, (2019) dalam teorinya tentang proses keperawatan menjelaskan bahwa implementasi keperawatan merupakan tahapan keempat dari proses asuhan keperawatan yang dilaksanakan sebagai bentuk tindak lanjut dari intervensi yang telah dibuat oleh perawat guna membantu pasien dalam mencapai tujuannya. Adapun tujuannya yaitu melaksanakan hasil

dari rencana keperawatan untuk selanjutnya dapat dievaluasi. Pada penelitian Setiawan & Hartiti, (2020) menjelaskan bahwa *caregiver* sebagai orang terdekat pasien di lingkungannya perlu dipersiapkan dalam proses perawatan sehingga harus dilibatkan agar supaya dapat membantu pasien dalam pemenuhan kebutuhan dasar dan perawatan sehari-hari misalnya mandi, makan, minum dan mobilisasi, berpakaian, aktivitas dasar lainnya serta menciptakan lingkungan yang nyaman bagi perawatan pasien secara mandiri dalam jangka waktu panjang.

Evaluasi Keperawatan. Evaluasi pada Subjek I, hari ketiga atau terakhir Kamis, 02 Juni 2022 pukul 14:30 WITA klien mengatakan tidak mampu berpindah tempat harus ada bantuan yang maksimal, klien mengatakan sudah memiliki alas kaki yang dianjurkan karena sudah dibelikan oleh perawat, kesadaran klien sadar penuh, klien tampak tidak bisa melakukan aktivitas atau berpindah tempat sendiri tanpa dibantu oleh perawat/pengasuh panti, klien tampak sudah memakai alas kaki yang dianjurkan karena perawat telah memberikannya, TTV : TD : 130/90 mmHg, N : 85x/m, SB : 36°C, RR : 20x/m, masalah tidak teratasi, intervensi dilanjutkan oleh pengasuh panti. Sedangkan pada subjek II, Evaluasi hari ketiga atau terakhir Kamis, 02 Juni 2022 pukul 16:00 WITA klien mengatakan tidak mampu melakukan aktivitas atau berpindah tempat sendiri harus dengan bantuan yang maksimal dari perawat atau pengasuh panti Kesadaran klien sadar penuh, dan klien tampak mengalami gangguan keseimbangan dibuktikan dengan hasil pengkajian keseimbangan 24 dari nilai 14-27 adalah mampu melakukan bantuan maksimal Klien tampak tidak mampu berpindah tempat sendiri harus dengan bantuan yang maksimal dari perawat atau pengasuh panti, TTV : TD : 120/70 mmHg, N : 80x/m, SB : 36,6°C, RR : 20x/m, masalah teratasi sebagian sehingga intervensi lainnya perlu dilanjutkan oleh pengasuh panti.

Dalam implementasi keperawatan, peneliti berpedoman pada rencana yang ditetapkan. Hasil evaluasi pada kedua klien menunjukkan keberhasilan pada diagnosis utama, dimana klien dapat menunjukkan tanda-tanda, antara lain: mampu menjalin hubungan baik dengan perawat/pengasuh panti, mampu mengidentifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh, seperti lantai licin, mampu memastikan kursi roda terkunci dan tempat tidur aman, dapat menggunakan kursi roda dengan benar serta memanggil bantuan saat berpindah dan menggunakan alas kaki yang aman. Namun, klien belum sepenuhnya mampu mengidentifikasi risiko keseimbangan tubuh dan masih memerlukan bantuan untuk melakukan aktivitas mandiri secara maksimal dalam jangka waktu lebih lama. Sehingga kesimpulannya menurut peneliti, evaluasi yang dibuat kepada kedua subyek tersebut adalah sama-sama mengalami perubahan ke arah lebih baik meskipun terdapat beberapa intervensi yang hasilnya belum tercapai optimal.

Evaluasi dalam keperawatan adalah proses menilai perubahan kondisi pasien dengan membandingkannya terhadap tujuan dan kriteria yang telah ditetapkan. Proses ini melibatkan penilaian respon pasien setelah tindakan keperawatan dilakukan dan mengkaji efektivitas rencana keperawatan untuk menentukan apakah perlu dilanjutkan, direvisi, atau dihentikan dengan pembagian kategori: tujuan tercapai, tujuan tercapai sebagian atau tujuan tidak tercapai (Polopadang & Hidayah, 2019). Sedangkan terkait dengan hasil penelitian ini, Wulandari, (2019) dalam penelitiannya menyatakan tentang masalah keperawatan dengan gangguan keamanan dan perlindungan diri yaitu risiko jatuh, setelah dilakukan intervensi klien mampu melakukan aktivitas mandiri, mampu menjaga keseimbangan tubuhnya, mampu menggunakan kruk atau kursi roda dengan benar dan mampu menghindari risiko jatuh.

KESIMPULAN

Asuhan keperawatan gerontik pada pasien post-stroke ini diterapkan pada 2 orang pasien selama 3 hari dengan masalah keperawatan yaitu risiko jatuh dengan berpedoman pada

SDKI, SIKI dan SLKI. Hasil evaluasi menunjukkan bahwa masalah belum teratasi sebagian dikarenakan adanya keterbatasan waktu sehingga intervensi akan dilanjutkan oleh pengurus panti. Masalah yang teratasi yaitu terciptanya lingkungan yang aman dan klien mampu berpindah tempat dengan bantuan, namun masih ada masalah karena klien masih berisiko untuk jatuh. Untuk itu, hasil penelitian ini kiranya dapat menjadi gambaran dan memberikan informasi baru agar panti dan institusi pendidikan dapat bekerja sama dalam meningkatkan kompetensi dan *skill* petugas panti dalam hal cara merawat lansia yang sakit maupun sehat sehingga perawatan yang diberikan sesuai dengan kebutuhan lansia di panti tersebut.

DAFTAR PUSTAKA

- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2018). Laporan Nasional Riskesdas 2018. Sekretariat Badan Litbang, Kemenkes RI. <https://dinkes.kalbarprov.go.id/wp-content/uploads/2019/03/Laporan-Riskesdas-2018-Nasional.pdf>
- Maria, I. (2021). Asuhan Keperawatan Diabetes Mellitus Dan Asuhan Keperawatan Stroke (1st ed.). CV. Budi Utama.
- Nugroho, S. B. (2019). Program Studi S1 Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Ngudi Waluyo Ungaran 2019. Universitas Ngudi Waluyo. http://repository2.unw.ac.id/592/2/S1_010115A115_Artikel.pdf
- Polopadang, V., & Hidayah, N. (2019). Proses Keperawatan Pendekatan teori dan Praktik (1st ed.). Yayasan Pemberdayaan Masyarakat Indonesia Cerdas.
- Pujiastuti, S. M. A. (2020). Studi Kasus Pasien Stroke Dengan Masalah Gangguan Mobilitas Fisik Di Rumah Sakit Panti Waluya Sawahan Malang. Stikes Panti Waluya. <https://repository.stikespantiwaluya.ac.id/id/eprint/76/>
- Ratnawati, E. (2021). Asuhan Keperawatan Gerontik. Pustaka Baru.
- Setiawan, L., & Hartiti, T. (2020). Penatalaksanaan Ketergantungan pada Pasien Stroke. Ners Muda, 1(1), 1. <https://doi.org/10.26714/nm.v1i1.5510>
- Sosiawati, A. F. (2019). Identifikasi Kejadian Sarcopenia Pada Lansia Pasca Stroke [Skripsi, Universitas Hasanuddin]. <http://repository.unhas.ac.id/id/eprint/5661/>
- Sunaryo, Wijayanti, R., Kuhu, M. M., Sumedi, T., Widyanti, E. D., Sukrillah, U. A., Riyadi, S., & Kuswati, A. (2015). Asuhan Keperawatan Gerontik. Gadjah Mada University Press.
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2017). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (1st ed.). Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2019). Standar Intevensi Keperawatan Indonesia (1st ed.). Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- Wulandari, M. (2019). Asuhan Keperawatan pada Tn. A dengan Prioritas Masalah Kebutuhan Dasar Gangguan Keamanan atau Perlindungan: Risiko Jatuh di Kelurahan Siti Rejo III, Kecamatan Medan Amplas [Skripsi, Universitas Sumatera Utara]. <https://repositori.usu.ac.id/handle/123456789/17913?show=full>
- Yanto, A., & Setyawati, D. (2017). Dukungan Keluarga Pada Pasien Diabetes Mellitus Tipe 2 Di Kota Semarang. Universitas Muhammadiyah Semarang, 45–49.