

**ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK PADA NY.I DENGAN
GANGGUAN SISTEM ENDOKRIN : DIABETES MELLITUS PADA
KATZ INDEKS A DI WILAYAH PUSKESMAS
KARANGPAWITAN GARUT**

KARYA TULIS ILMIAH

Diajukan untuk Memenuhi Syarat Dalam Menyelesaikan
Program Pendidikan Diploma III Keperawatan
di STIKes Karsa Husada Garut



Disusun oleh :

FANILAH NURHALIZA

KHG.A 18141

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN KARSA HUSADA GARUT
PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN**

2021

LEMBAR PERSETUJUAN

**JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK PADA NYI
DENGAN GANGGUAN SISTEM ENDOKRIN : DIABETES
MELLITUS PADA KATZ INDEKS A DI WILAYAH
PUSKESMAS KARANGPAWITAN GARUT**

NAMA : FANILAH NURHALIZA

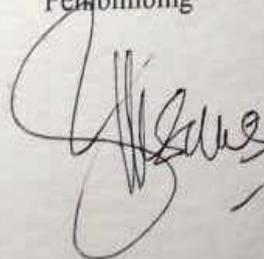
NIM : KHG.A 18141

Karya Tulis Ilmiah Ini Disetujui Untuk Disidangkan Di Hadapan
Tim Penguji Program Studi D-III Keperawatan
STIKes Karsa Husada Garut

Garut, Juli 2021

Menyetujui

Pembimbing



Susan Susvanti, M.Kep.

LEMBAR PENGESAHAN

**JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK PADA NYI
DENGAN GANGGUAN SISTEM ENDOKRIN : DIABETES
MELLITUS PADA KATZ INDEKS A DI WILAYAH
PUSKESMAS KARANGPAWITAN GARUT**

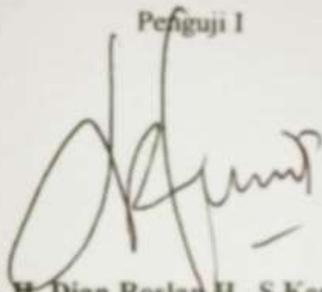
NAMA : FANILAH NURHALIZA

NIM : KHG.A 18141

Garut, Juli 2021

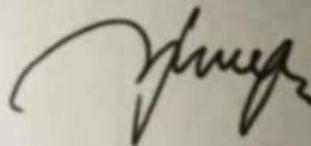
Menyetujui,

Penguji I



Dr. H. Dian Roslan, H., S.Kep., M.Kes

Penguji II

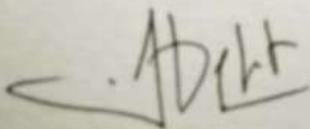


Iwan Wahyudi, M.Kep

Mengetahui

Ketua Program Studi D III Keperawatan

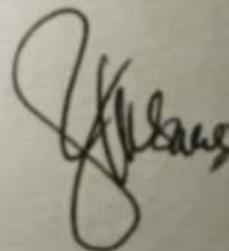
STIKes Karsa Husada Garut



K. Dewi Budiarti, S.Kp., M.Kep

Mengesahkan

Pembimbing



Susan susyanti, M.Kep

ABSTRAK

Karya tulis ilmiah ini berjudul “Asuhan Keperawatan Gerontik pada Ny. I Dengan Gangguan Sistem Endokrin : Diabetes Mellitus pada Katz Indeks A di Puskesmas Karangpawitan Garut” Tujuan penulis melakukan asuhan keperawatan pada kasus ini karena Diabetes Mellitus menduduki urutan pertama sebanyak orang, sehingga upaya penyembuhan penyakit tersebut sangat diperlukan melalui perawatan dan pengobatan, karena dampak yang ditimbulkan oleh penyakit Diabetes Mellitus sangat berpengaruh terhadap kebutuhan dasar manusia seperti gangguan rasa nyeri, gangguan resepsi sensori penglihatan, defisiensi pengetahuan, komplikasi yang dapat timbul apabila penyakit Diabetes Mellitus tidak segera ditangani dan diobati bisa menyebabkan Hipoglikemia, Ketoasidosis adalah dalam bentuk komplikasi diabetes akut, sedangkan komplikasi diabetes kronis terjadi ketika diabetes mellitus sudah mempengaruhi mata, jantung, ginjal kulit, saluran pencernaan, dan saraf. Tujuan penulisan karya tulis ilmiah ini adalah untuk mendapatkan gambaran yang jelas melalui data aktual, actual sistematis mengenai asuhan keperawatan pada klien dengan Diabetes Mellitus melalui lima tahap proses keperawatan (pengkajian, diagnose, perencanaan, implementasi, evaluasi). Secara umum dapat disimpulkan bahwa asuhan keperawatan yang diberikan berdasarkan ilmu pengetahuan dan sikap profesioanalisme yang mantap dan menunjang kelancaran melaksanakan asuhan keperawatan dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan kesehatan .

Kata Kunci : *Diabetes mellitus*

Daftar pustaka :

KATA PENGANTAR

Bismillahirrohmanirrohim

Puji dan syukur penulis panjatkan ke hadirat Allah SWT, sholawat serta salam terlimpah curah kepa Nabi Muhammad SAW, yang mana atas segalanya rahmat dan karunia-Nya akhirnya penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini dengan lancar dan tepat pada waktunya. Adapun judul dan karya tulis ini adalah **ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK PADA NY.I DENGAN GANGGUAN SISTEM ENDOKRIN : DIABETES MELLITUS PADA KATZ INDEKS A DI WILAYAH PUSKESMAS KARANGPAWITAN GARUT** Karya tulis ilmiah ini disusun untuk memenuhi salah satu syarat menyelesaikan program Diploma III Keperawatan di STIKes Karsa Husada Garut. Terlepas dari segala kekurangan yang ada semoga karya tulis ini dapat bermanfaat dan memberi pengetahuan pada pembaca khususnya mahasiswa di Kampus STIKes Karsa Husada Garut.

Pada kesempatan ini, penulis ingin mengucapkan terima kasih kepada berbagai pihak atas segala bimbingan dan bantuan serta dukungan sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini, diantaranya kepada:

1. Bapak Dr. (Hc) H. Amas Setiana (Alm), selaku ketua Pembina Yayasan Dharma Husada Insano Garut.
2. Bapak H. D Saepudin, S,Sos., M. Kes selaku ketua pengurus Yayasan Dharma Husada Garut.

3. Bapak H. Engkus Kusnadi S.Kep., M.Kes., selaku ketua STIKes Karsa Husada Garut.
4. Ibu Dewi Budiarti S.Kp., M.Kep., selaku ketua program studi Diploma III Keperawatan di STIKes Karsa Husada Garut.
5. Ibu Susan Susyanti, M, Kep. Selaku pembimbing yang telah banyak memeberikan bimbingan, saran, dan arahan dengan penuh kesabaran dan penuh tanggung jawab kepada penulis, sehingga penulis mampu menyelesaikan karya tulis ini.
6. Penguji 1 Bapak Dr. Dian Roslan H., S.Kep, M, Kes
7. Penguji 2 Bapak Iwan Wahyudi, M.Kep
8. Ibu Hj. Sukmanah. L,S.Kep,Ners selaku pembimbing disalah satu puskesmas Karangpawitan
9. Kepada seluruh Staf Dosen STIKes Karsa Husada Garut yang telah memberikan dukungan dan bantuan kepada penulis dalam pembuatan karya tulis ini dan mendidik penulis selama tiga tahun din STIKes Karsa Husada Garut
10. Satuan Pelayanan puskesmas Karangpawitan Garut beserta staf yang telah memberikan lahan praktek untuk ujian kepda penulis.
11. Kepada Ny. I yang telah memberikan banyak bantuan dan kerjasamanya selama melaksanakan asuhan keperawatan
12. Kepada Kedua Orang Tua tercinta Ayah Salim dan Ibu Imas Lela Anggela terima kasih sudah menjadi sosok orang tua yang begitu sangat

hebat untuk mendidik anaknya hingga sukses, dan telah memberikan motivasi dan materi yang takan pernah bisa terbalaskan oleh apapaun.

13. Kepada anakku Nafis Ahza Athallah terima kasih sudah menjadi penyemangat didalam hidup mama.

14. Kepada adikku Salsa dan fhatir terima kasih sudah memberikan doa dan support untuk teteh.

15. Kepada Bapih Edi Junaedi dan Keluarga semua terima kasih banyak atas dukungan dan doanya.

Dengan demikian penulis menyadari bahwa dalam menyusun karya tulis ilmiah ini masih banyak kekurangan dan masih jauh dari kesempurnaan. Oleh karena itu penulis menerima kritik dan saran yang bersifat membangun demi perbaikan pada masa yang akan datang.

Akhir kata penulis ucapkan terima kasih yang tidak terhingga kepada semua pihak yang telah membantu dalam menyelesaikan karya tulis ini. Semoga kebaiakan, bimbingan, dan motivasi yang telah diberikan kepada penulis mendapatkan balasan dari ALLAH SWT, Amiin

Garut, Juli 2021

Penulis

DAFTAR ISI

LEMBAR PERSETUJUAN

LEMBAR PENGESAHAN

ABSTRAK

KATA PENGANTAR..... i

DAFTAR ISI iv

DAFTAR TABEL..... v

BAB I PENDAHULUAN 1

A. Latar Belakang Masalah 1

B. Tujuan Penulisan 5

C. Metode Telaahan 6

D. Sistematika Penulisan 8

BAB II TINJAUAN TEORITIS 10

A. Konsep Dasar Gerontik 9

1. Definisi lanjut usia 9

2. Batasan Lansia 10

3. Tipe Lansia..... 10

4. Proses Menua 11

5. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Proses Menua..... 12

6. Teori-Teori Proses Penuaan 13

7. Perubahan Fisiologis Pada Lansia..... 19

B. Konsep Dasar Diabetes Mellitus 31

1. Definisi..... 31

2. Etiologi	32
3. Klasifikasi	33
4. Patofisiologi	34
5. Manifestasi Klinik	35
6. Pemeriksaan Penunjang	35
7. Penatalaksanaan	37
8. Komplikasi	37
C. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan	40
1. Pengkajian	41
2. Diagnose Keperawatan	51
3. Perencanaan	52
4. Implementasi	59
5. Evaluasi	59
6. Dokumentasi Keperawatan	60
BAB III TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN	62
A. Tinjauan Kasus	62
1. Pengkajian	62
2. Diagnosa Keperawatan	77
3. Proses Keperawatan (perencanaan, Implementasi, dan Evaluasi)	79
4. Catatan Perkembangan	83
B. Pembahasan	86
1. Tahap Pengkajian	86

2. Tahap Diagnosa Keperawatan	87
3. Tahap perencanaan.....	89
4. Tahap Implementasi	89
5. Tahap Evaluasi	90
6. Tahap Dokumentasi	91
BAB IV KESIMPILAN DAN REKOMENDASI.....	92
A. Kesimpulan	92
B. Rekomendas	94

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

Tabel 1.1 Jenis-jenis Penyakit yang di Derita Lansia di Puskesmas Karangpawitan Garut Periode Januari- Mei 2021	2
Tabel 2.1 Pemeriksaan Katz Indeks	43
Tabel 2.2 Bartel Indeks Pemeriksaan	45
Tabel 2.3 <i>Short Portable Mental Status Questioner (SPSMQ)</i>	47
Tabel 2.4 Pengkajian Aspek kognitif Dari Fungsi Mental Dengan Menggunakan Aspek MMSE(Mini Mental Status Exam)	48
Tabel 2.6 Rencana Tindakan Keperawatan 1	53
Tabel 2.7 Rencana Tindakan Keperawatan 2	53
Tabel 2.8 Rencana Tindakan Keperawatan 3	54
Tabel 2.9 Rencana Tindakan Keperawatan 4	55
Tabel 2.10 Rencana Tindakan Keperawatan 5	55
Tabel 2.11 Rencana Tindakan Keperawatan 6	56
Tabel 2.12 Rencana Tindakan Keperawatan 7	56
Tabel 2.13 Rencana Tindakan Keperawatan 8	57
Tabel 2.14 Rencana Tindakan Keperawatan 9	58
Tabel 2.15 Rencana Tindakan Keperawatan 10	59
Tabel 3.1 Pemeriksaan Katz Indeks	68
Tabel 3.2 Pengkajian fungsional klien dengan menggunakan modifikasi dari Bartel Indeks	69
Tabel 3.3 Pengkajian Status Mental	72
Tabel 3.4 MMSE(Mini Mentas State).....	73

Tabel 3.5 Analisa Data	75
Tabel 3.6 Catatan Perkembangan Ke-1	83
Tabel 3.7 Catatan Perkembangan hari ke-2	85

BAB 1

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Menurut Departemen Kesehatan, Secara alamiah proses penuaan akan mengakibatkan kemunduran kemampuan fisik dan mental seseorang umumnya lebih banyak gangguan organ tubuh yang sudah dikeluhkan oleh lansia (Departemen Kesehatan 2011). Diabetes mellitus merupakan kelainan heterogen yang ditandai oleh kenaikan kadar glukosa dalam darah atau hiperglikemia. Glukosa secara normal bersirkulasi dalam jumlah tertentu dalam darah. Pada diabetes kemampuan tubuh untuk bereaksi terhadap insulin dapat menurun, atau pankreas dapat menghentikan sama sekali produksi insulin (Suddarth, 2014). Diabetes juga berkaitan dengan suatu peningkatan kejadian penyakit makrovaskuler, termasuk infark miokard, stroke dan penyakit vaskuler perifer. (Brunner dan Suddarth, 2000). Diabetes dapat menimbulkan manifestasi klinis yang paling sering terjadi yaitu kelelahan akibat defisiensi energi dan keadaan katabolis, diuretik osmotik yang disertai poliuria, polidipsi, selaput lendir kering dan kekencangan kulit buruk. Penderita juga dapat mengalami penurunan berat badan dan selalu lapar (Brunner dan Suddarth, 2000).

Menurut WHO (*World Health Organization*) menyebutkan bahwa tercatat 422 juta orang didunia menderita diabetes mellitus atau terjadi peningkatan sekitar 8,5% pada populasi orang dewasa dan perkiraan terdapat 2,2 juta kematian

dengan persentase akibat penyakit diabetes mellitus yang terjadi sebelum usia 70 tahun, khususnya dinegara- Negara dengan status ekonomi rendah dan menengah. Bahkan diperkirakan akan terus meningkat sekitar 600 juta jiwa pada tahun 2035 (Kemenkes RI, 2018).

Indonesia menduduki peringkat keempat dari sepuluh besar Negara didunia, kasus diabetes mellitus tipe 2 dengan prevalensi 8,6% dari total populasi, diperkirakan meningkat dari 8,4 juta jiwa pada tahun 2000 menjadi sekitar 21,3 juta jiwa pada tahun 2030. Prevalensi diabetes mellitus yang terdiagnosis pada tahun 2018, penderita terbesar berada pada kategori usia 55 sampai 64 tahun yaitu 6,3% dan 65 sampai 74 tahun yaitu 6,03% (Risksdas, 2018).

Data dinas kesehatan Kabupaten Garut didapatkan bahwa tahun 2020 penderita Diabetes Mellitus di Kabupaten Garut sebanyak 168,717 orang (Garut, 2020). Salah satu daerah yang angka penderita Diabetes Mellitus tinggi khususnya pada lansia yaitu di Kecamatan Garut Kota sebanyak 8,875 orang (Dinas Kesehatan Kabupaten Garut, 2020).

Tabel 1.1
10 Jenis Penyakit Terbanyak Di Kampung Karangpawitan
Garut 2021

NO	NAMA PENYAKIT	JUMLAH
1.	Diabetes Mellitus	530
2.	Penyakit Saluran Pernafasan Atas lainnya	223
3.	Dyspepsia	221
4.	Dermatitis	186
5.	Hipertensi	169

NO	NAMA PENYAKIT	JUMLAH
6.	Demam yang tidak diketahui sebabnya	145
7.	Commod Cold	113
8.	Faringitis	94
9.	Arthritis	87
10.	Myalgia	78
	TOTAL	1796

Laporan Kunjungan Puskesmas Karangpawitan Kab. Garut 2021

Berdasarkan data yang diperoleh dari Rekam Medik Puskesmas Karangpawitan Garut, Diatas angka kejadian Diabetes Mellitus di periode Januari sampai Mei 2021 di Puskemas Karangpawitan Garut sekitar 550 orang dan menduduki peringkat ke 1 dari 10 penyakit terbesar di Puskesmas Karangpawitan Garut. Sehingga Upaya yang dapat dilakukan pada pasien dengan diabetes mellitus yaitu dengan melakukan pengobatan dan perawatan, dan menjaga sirkulasi darah ke perifer terutama pada pasien dengan masalah perfusi jaringan perifer tidak efektif. Meningkatkan jumlah insulin yang disekresikan dengan cara mengubah pola makan. Adapun Komplikasi yang ditimbulkan apabila penyakit Diabetes Mellitus tidak segera di tangani dan diobati bias menyebabkan Gangguan Pda mata (retinopati Diabetik), Kerusakan Ginjal (neropati diabetic), Kerusakan Saraf (nerofati diabetic), masalah Kaki dan Kulit, penyakit Kardiovaskuler. Factor penyebab seseorang penderita penyakit Diabetes Mellitus yaitu aktivitas fisik yang rendah. Salah satu contohnya berlama- lama duduk dan bermalasan – malasan. Seseorang yang seperti itu dapat menjadikan kadar insulin tidak terkontrol. Dan aktivitas fisik secara langsung berhubungan dengan

kecepatan pemulihan kadar insulin. Selain itu penderita menganggap bahwa penyakit Diabetes Mellitus bukan termasuk masalah yang serius, sehingga penderita tidak mempunyai keinginan untuk melaksanakan program diet diabetes mellitus, hal ini menyebabkan peningkatan jumlah penderita Diabetes Mellitus (Smeltzer, 2013).

Dampak yang timbul akibat penanganan diabetes mellitus yang tidak tepat adalah ketoasidosis diabetik dan sindrom hiperglikemik hyperosmolar non ketosis (HHNK). Hiperglikemia jangka panjang dapat menunjang terjadinya komplikasi mikrovaskuler kronis (penyakit ginjal dan mata), serta komplikasi neuropatik. Diabetes juga berkaitan dengan suatu peningkatan kejadian makrovaskuler, termasuk infark miokard, stroke dan penyakit vascular perifer (Baughman , 2016).

Oleh karena itu pencegahan penyakit diabetes mellitus yang sangat penting yaitu melalui pengobatan diabetes mellitus untuk menormalkan kadar glukosa darah. Penatalaksanaan ini dicapai dengan melalui berbagai cara yaitu : diet, latihan, pemantauan, terapi dan pendidikan kesehatan (Elisabeth J. 2018).

Peran perawat sebagai pemberi asuhan keperawatan gerontik harus memberikan pelayanan kesehatan dan asuhan keperawatan komperenshif dan professional dan berkesinabungan pada lansia dengan Diabetes Mellitus.

Berdasarkan latar belakang diatas, dengan tingginya penyakit pada lansia, maka dari itu penulis menyusun karya tulis ilmiah ini dengan judul

“ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK PADA NY.I DENGAN GANGGUAN SISTEM ENDOKRIN : DIABETES MELLITUS PADA KATZ INDEKS A DI WILAYAH PUSKESMAS KARANGPAWITAN GARUT”

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan umum

Mampu memperoleh pengalaman dan pengetahuan yang nyata dalam memberikan asuhan keperawatan secara langsung dan komperenshif yang meliputi aspek bio-psikososial-spiritul pada Ny. I dengan pendekatan proses keperawatan.

2. Tujuan Khusus

Adapun tjuan khusus dari penulisan Karya Tulis Ilmiah ini yaitu sebagai berikut:

- a. Mampu melakukan pengkajian pada Ny.i dengan Diabetes Mellitus pada katz indeks
- b. Mampu merumuskan Diagnosa Keperawatan yang muncul pada Ny.I dengan gangguan system Endokrin . Diabtes Mellitus pada KATZ indeks A
- c. Mampu membuat rencana tindakan keperawatan berdasarkan prioritas masalah keperawatan pada Ny.I dengan gangguan sisstem endokrin; Dibetes Mellitus pada Katz indeks A.

- d. Mampu melaksanakan tindakan keperawatan sesuai dengan perencanaan keperawatan pada Ny. I dengan gangguan sistem Endokrin: Diabetes Mellitus
- e. Mampu mengevaluasi hasil tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan pada Ny. I dengan gangguan system Endokrin: Diabetes Mellitus pada katz indeks A.

C. Metode Telaahan

Metode yang digunakan dalam penulisan karya tulis ilmiah ini adalah ,metode deskriptif dengan teknik studi kasus dan menerapkan asuhan keperawatan melalui pendekatan proes keperawatan pada Ny.I yang terdiri dari pengkajian, diagnose keperawatan, perencanaan, impelementasi, dan evaluasi. Sedangkan teknik pengumpulan data yang digunakan sebagai berikut:

1. Wawancara

Penulis mengumpulkan data melalui komunikasi secara lisan yaitu menanyakan dan Tanya jawab yang berkaitam dengan masalah yang dihadapi oleh pasien Ny. I atau disebut dengan pengkajian anamnesa, yang bertujuan untuk memperoleh data tentang masalah kesehatan dan masalah keperawtan pada pasien Ny.I serta untuk menjalin hubungan antara perawat dan pasien Ny.I .

2. Observasi

Dengan pembicara terarah yang dilakukan untuk memperoleh data mengenai kasus Diabetes Mellitus data yang diperoleh yaitu dari klien dan tenaga kesehatan lainnya.

3. Pemeriksaan fisik

Data- data selanjutnya penulis dapatkan langsung menyimpulkan data objektif tentang masalah Diabetes Mellitus dengan pemeriksaan fisik secara sistematis dengan menggunakan teknik inspeksi, auskultasi, palpasi, dan perkusi.

4. Studi Dokumentasi

Pengumpulan data yang didapatkan dari data klien dan laporan dari tenaga kesehatan melalui catatan dokumentasi asuhan keperawatan yang telah dilakukan dan mempelajari buku- buku atau referensi yang berguna untuk memperoleh dasar- dasar teori yang berhubungan dengan Diabetes Mellitus serta permasalahannya, sehingga dapat digunakan untuk landasan dalam pemberian asuhan keperawatan.

5. Studi Kepustakaan

Hal ini dilakukan dalam rangka mendapatkan landasan teoritis yang berkaitan dengan kasus yang dihadapi, sehingga dapat membandingkan teori yang didapat dengan fakta yang ada dilahan praktek, diperoleh kesenjangan, mencari penyebab masalah.

D. Sistematik Penulisan

Untuk mendapatkan gambaran yang jelas mengenai penyusunan karya tulis ilmiah ini, maka penulis menggunakan sistematika penulisan yang terdiri dari 4 Bab yaitu: Bab I : Merupakan pendahuluan yang berisi latar belakang, tujuan baik umum maupun khusus, metode telaahan, dan sistematik penulisan, BabII : Menjelaskan tentang konsep keperawatan gerontik, teori lansia, konsep penyakit Diabtes Mellitus, dan konsep asuhan keperawatan gerontik pada penyakit Diabtes Mellitus, Bab III : Membahas tentang proses keperawatan yang sudah dilakukan secara nyata dilapangan, mulai dari pengkajian samapai evaluasi sedangkan pembahasan akan dijadikan suatu bahan perbandingan tentangkesamaan dan perbedaan yang ditemukan antara kasus yang nyata dilapangan dan menurut teori, mulai dari pengkajian sampai evaluasi, Bab IV: Merupakan bab terakhir yang memuat tentang kesimpulan dari kesimpulan penulis setelah melaksanakan kegiatan asuhan keperawatan pada lansia dan rekomendasi untuk perbaikan dimasa yang akan datang.

BAB II

TINJAUAN TEORITIS

A. Konsep Dasar gerontik

1) Definisi Lanjut Usia

Lansia adalah yang telah mencapai usia 60 tahun keatas. Menua bukanlah suatu penyakit, tetapi merupakan proses yang berangsur-angsur mengakibatkan perubahan kumulatif, merupakan proses menurunnya daya tahan tubuh dalam menghadapi rangsangan dari dalam dan luar tubuh, seperti didalam Undang – Undang No 13 tahun 1998 yang isinya menyatakan bahwa pelaksanaan pembangunan nasional yang bertujuan mewujudkan masyarakat adil dan makmur berdasarkan Pancasila dan Undang- undang Dasar 1945, telah menghasilkan kondisi social masyarakat yang makin membaik dan usia harapan hdiup makin meningkat , sehingga jumlah lanjut usia semakin bertambah. Banyak diantara lanjut usia yang masih produktif dan mampu berperan aktif dlam kehidupan bermasyarakat, berbangsa dan bernegara. Upaya peningkatan dan kesejahteraan social lanjut usia pada hakikatnya merupakan pelestaraian nilai-nilai keagamaan dan budaya bangsa.

Menua atau menjadi tua adalah suatu keadaan yang terjadi didalam kehidupan manusia. Proses menua merupakan proses sepanjang hidu, tidak hanya dimulai dari suatu waktu tertentu, tetapi dimulai sejak permulaan kehidupan. Menjadi tua merupakan proses alamiah yang berarti seseorang

telah mulai tiga tahap kehidupan, yaitu anak, dewasa dan tua (Nugroho,2016).

2) Batasan Lansia

a. WHO (2015) menjelaskan batasan lansia adalah sebagai berikut:

- 1). Usia lanjut (elderly) antara usia 60-74 tahun,
- 2). Usia tua (old) 75-90 tahun, dan
- 3). Usia sangat tua (very old) adalah usia > 90 tahun.

b. Depkes RI (2015) menjelaskan bahwa batasan lansia dibagi menjadi 3 kategori, yaitu:

- 1). Usia lanjut (45-54) tahun, keadaan ini dikatakan sebagai virilitas
- 2). Usia lanjut (55-64) tahun, sebagai masa presium
- 3). Usia lanjut (>65 tahun) yang dikatakan sebagai masa senium.

3) Tipe Lansia

Beberapa tipe lansia bergantung pada karakter, pengalaman hidup, lingkungan fisik, kondisi fisik, mental, social, dan ekonominya (Maryam dkk, 2008).

Tipe tersebut dijabarkan sebagai berikut:

a. Tipe arif bijaksana

kaya dengan hikmah, pengalaman, menyesuaikan diri dengan perubahan zaman, mempunyai kesibukan, bersikap ramah, rendah hati, sederhana, dermawan, memenuhi undangan, dan menjadi panutan.

b. Tipe Mandiri

Mengganti kegiatan hilang dengan yang baru, selektif dalam mencari pekerjaan, bergaul dengan teman, dan memenuhi undangan.

c. Tipe tidak puas konflik lahir batin

Menentang proses penuaan sehingga menjadi pemarah , tidak sabar, mudah tersinggung, sulit dilayani, pengkritik dan banyak menuntut.

d. Tipe pasrah

Menerima dan menunggu nasib baik, mengikuti kegiatan agama, dan melakukan pekerjaan apa saja.

e. Tipe bingung kaget

Kehilangan kepribadian, mengasingkan diri, rendah diri, menyesal, pasif, dan acuh tak acuh.

4) Proses Menua

Menua atau menjadi tua adalah suatu keadaan yang terjadi didalam kehidupan manusia. Proses menua merupakan proses sepanjang hidup, tidak hanya dimulai dari suatu waktu tertentu, tetapi dimulai sejak pemulaan kehidupan. Menjadi tua merupakan pros alamiah yang berarti seseorang telah melalu tiga tahap yaitu, anak, dewasa, tua. Tiga tahap ini berbeda, baik secara biologis maupun secara psikologis. Memasuki usia tua berarti mengalami kemunduran, misalnya kemunduran fisik yang ditandai dengan kulit mengendur, rambut memutih, gigi mulai ompong,

pendengaran kurang jelas, penglihatan semakin memburuk, gerakan lambat, dan igur tubuh yang tidak proposisional.

5) Faktor-faktor yang mempengaruhi Proses Menua

Menurut Siti Bandiyah (2009, dalam Abdul Muhith,2016) penuaan dapat terjadi secara fisiologis dan patologis. Penuaan dapat terjadi sesuai dengan kronologis usia. Faktor yang mempegaruhi yaitu hereditas atau genetic, nutrisi atau makanan, status kesehatan, pengalaman hidup, lingkungan, dan stress.

a. Hereditas atau Genetik

Kematian sel merupakan seluruh program kehidupan yang dikaitkan dengan peran DNA yang penting dalam mekanisme pengendalian fungsi sel. Secara genetik, perempuan ditentukan olehsepasang kromosom X sedangkan laki-laki oleh satu kromosom X. Kromosom ini ternyata membawa unsur kehidupan sehingga perempuan berumur lebih panjang darin pada laki-laki.

b. Nutrisi/ Makanan

Berlebihan atau kekurangan mengganggu keseimbangan reaksi kekebalan.

c. Status Kesehatan

Penyakit yang seami ini selalu dikaitkan dengan proses penuaan, sebenarnya bukan disebabkan oleh proses menuanya sendiri, tetapi lebih disebabkan oleh factor luar yang merugikan yang berlangsung tetap dan berkepanjangan.

d. Pengalaman Hidup

- Paparan sinar matahari: kulit yang tidak terlindungi sinar matahari akan mudah terkena oleh flek, kerutan, dan menjadi kusam.
- Kurang olahraga: olahraga membantu pembentukan otot dan menyebabkan lancar sirkulasi darah.
- Mengonsumsi alkohol: alkohol dapat memperbesar pembuluh darah kecil pada kulit dan menyebabkan peningkatan aliran darah dekat permukaan kulit.

e. Lingkungan

Proses menua secara biologis berlangsung secara alami dan tidak dapat dihindari, tetapi seharusnya dapat tetap dipertahankan oleh status sehat.

f. Stress

Tekanan kehidupan sehari-hari dalam lingkungan rumah, pekerjaan, ataupun masyarakat yang tercermin dalam bentuk gaya hidup akan berpengaruh terhadap proses penuaan.

6) Teori- Teori proses Penuaan

Ada beberapa teori yang berkaitan dengan proses penuaan, yaitu teori biologi, teori psikososial, teori lingkungan (Aspiani,2014).

a. Teori Biologi

Teori biologis dalam proses menua mengacu pada asumsi bahwa proses menua merupakan perubahan yang terjadi didalam struktur dan fungsi tubuh selama masa hidup. Teori ini lebih menekankan pada perubahan kondisi tingkat structural sel atau organ tubuh, termasuk didalamnya adalah pengaruh agen patologis. Fokus dari teori ini adalah mencari determinan- determinanyang menghambat prosespenurunanfungsi organisme. Yang dalam konteks sistemik, dan mempengaruhi/memberi dampak terhadap organ ataunsistem tubuh lainnya dan berkembang sesuai dengan peningkatam usia kronologis.

1) Teori “Genetik Clock”

Teori ini menyatakan bahwa proses menua terjadi akibat adanya program jam genetik didalam model. Jam ini akan berputar dalam jangka waktu tertentu dan jika jam ini sudah habis putarannya maka akan menyebabkan berhentinya proses mitosis. Radiasi dan zat kimia dapat memperpendek umur menurut teoriini terjadi mutasi progresif pada DNA sel somatik akan menyebabkan terjadinya penurunan kemampuan fungsional sel tersebut.

2) Teori Error

Menurut teori ini proses menua diakibatkan oleh menumpuknya berbagai macam kesalahan sepanjang kehidupan manusia akibat kesalahan tersebut akan berakibat

kesalahan metabolisme yang dapat mengakibatkan kerusakan sel dan fungsi sel secara perlahan.

Sejalan dengan perkembangan umur sel tubuh, maka terjadi beberapa perubahan alami pada sel pada DNA dan RNA, yang merupakan substansi pembangun atau pembentuk sel baru. Peningkatan usia mempengaruhi perubahan sel dimana sel-sel Nukleus menjadi lebih besar tetapi tidak diikuti dengan peningkatan jumlah substansi DNA.

3) Teori Autoimun

Pada teori ini penuaan dianggap disebabkan oleh adanya penurunan fungsi system imun. Perubahan ini lebih tampak secara nyata pada limposit -T, disamping perubahan juga terjadi pada Limposit -B. perubahan yang terjadi meliputi penurunan system immune humoral, yang dapat menjadi faktor predisposisi pada orang tua untuk : (a) menurunkan resistansi melawan pertumbuhan tumor dan perkembangan kanker. (b) menurunkan kemampuan untuk mengadakan inisiasi proses dan secara agresif memobilisasi pertahanan tubuh terhadap pathogen. (c) meningkatkan produksi autoantigen , yang berdampak pada semakin meningkatkan risiko terjasinya penyakit yang berhubungan dengan autoimun.

4) Teori Free Radical

Teori radikal bebas mengasumsikan bahwa proses menua terjadi akibat kurang efektifnya fungsi kerja tubuh dan hal itu dipengaruhi oleh adanya berbagai radikal bebas dalam tubuh. Radikal bebas merupakan zat yang terbentuk dalam tubuh manusia sehingga salah satu hasil kerja metabolisme tubuh. Walaupun secara normal ia terbentuk dari proses metabolisme tubuh, tetapi ia dapat terbentuk akibat (1) proses oksigenasi lingkungan seperti pengaruh polutan, ozon, dan pestisida. (2) reaksi akibat paparan dengan radiasi. (3) sebagai reaksi berantai dengan molekul bebas lainnya. Penuaan dapat terjadi akibat interaksi dari komponen radikal bebas lainnya. Penuaan dapat terjadi akibat interaksi dari komponen radikal bebas dalam tubuh manusia. Radikal bebas dapat berupa akibat: superoksida (O_2^-), radikal hidroksil, dan H_2O_2 . Radikal bebas sangat merusak karena sangat reaktif, sehingga dapat bereaksi dalam DNA, protein, dan asam lemak tak jenuh. Makin tua umur makin banyak terbentuk radikal bebas sehingga proses pengrusakan harus terjadi, kerusakan organel sel makin banyak akhirnya sel mati.

5) Teori kolagen

Kelebihan usaha dan stress menyebabkan sel tubuh rusak.

6) Wear Teori Biologi

Peningkatan jumlah kolagen dalam jaringan menyebabkan kecepatan kerusakan jaringan dan melambatnya perbaikan sel jaringan.

b. Teori Psikososial

1) Activity theory (Teori Aktivitas)

Teori ini menyatakan bahwa seseorang individu harus mampu eksis dan aktif dalam kehidupan social untuk mencapai kesuksesan dalam kehidupan di hari tua. Aktivitas dalam teori ini dipandang sebagai sesuatu yang vital untuk mempertahankan rasa kepuasan pribadi dan kosie diri yang positif. Teori ini berdasar pada asumsi bahwa (1) aktif lebih baik dari pada pasif. (2) gembira lebih baik daripada tidak gembira. (3) orang tua merupakan orang yang baik untuk mencapai sukses dan akan memilih alternatif pilihan aktif dan bergembira. Penuaan mengakibatkan penurunan jumlah kegiatan secara langsung.

2) Continuitas Theory (Teori Kontinuitas)

Teori ini memandang bahwa kondisi merupakan kondisi yang selalu terjadi dan secara berkesinambungan yang harus dihadapi oleh orang lanjut usia. Adanya suatu kepribadian yang berlanjut yang menyebabkan adanya suatu pola perilaku yang meningkatkan stress.

3) Teori stratifikasi Usia

Karena orang yang digolongkan dalam usia tua akan mempercepat proses penuaan.

4) Teori Kebutuhan Manusia

Orang yang bias mencapai aktualisasi menurut penelitian 5% dan tidak semua orang mencapai kebutuhan yang sempurna.

5) Development Task Theory

Tiap tingkat kehidupan mempunyai tugas perkembangan sesuai dengan usianya.

c. Teori Lingkungan

1) Radiation Theory (Teori Radiasi)

Setiap hari manusia terpapar dengan adanya radiasi baik karena sinar ultraviolet maupun dalam bentuk gelombang-gelombang mikro yang telah menumbuktubuh tanpa terasa yang dapat mengakibatkan perubahan susunan DNA dalam sel hidup atau bahkan rusak dan mati.

2) Stress Theory (Teori Stress)

Stress fisik maupun psikologi dapat mengakibatkan pengeluaran neurotransmitter tertentu yang dapat mengakibatkan perfusi jaringan menurun sehingga jaringan mengalami gangguan metabolisme sel sehingga terjadi

penurunan jumlah cairan dalam sel dan penurunan eksisitas membrane sel.

3) Pollution theory (teori polusi)

Tercemarnya lingkungan dapat mengakibatkan tubuh mengalami gangguan Pada sistem psikoneuroimunologi yang seterusnya mempercepat terjadinya proses menua dengan perjalanan yang masih rumit untuk dipelajari.

4) Exposure Theory (Teori Pemaparan)

Terpaparnya sinar matahari yang mempunyai kemampuan mirip dengan sinar ultra yang lain mampu mempengaruhi susunan DNA sehingga proses penuaan atau kematian sel bias terjadi.

7) Perubahan Fisiologis Pada lansia

Menurut buku ajar asuhan keperawatan gerontik, aplikasi NANDA, NIC, dan NOC, (Aspiani,2014), perubahan yang terjadi pada lansia meliputi :

a. Perubahan fisik

1) System endokrin

Kelenjar endokrin adalah kelenjar buntu dalam tubuh manusia yang memproduksi hormone.hormone pertumbuhan berperan sangat penting dalam pertumbuhan ,pematangan, pemeliharaan,dan metabolisme organ tubuh yang termasuk hormone kelamin adalah Menurunya sekresi hormone kelamin

seperti progesterone, estrogen, dan testosterone, Menurunnya produksi aldosterone Produksi hampir dari semua hormone menurun, Fungsi parathyroid dan sekresinya tidak berubah, Pituitary : pertumbuhan hormone ada tetapi lebih rendah dan hanya disalam pembuluh darah, berkurangnya produksi dari ACTH (Adrenocortikotropic Hormone), TSH (Thyroid Stimulating Homone), FSH (Folikel Stimulating Hormone), dan LH (Leutinezing Hormone).Menurunnya aktivitas tiroid, menurunnya BMR (Basal Metabolic Rate), dan menurunnya daya pertukaran zat.

2) Sel

Lebih sedikit jumlahnya, lebih besar ukurannya berkurangnya jumlah cairan tubuh dan kurangnya cairan intraseluler menurunnya proporsi protein di otak, otot, ginjal, darah dan hati Jumlah sel otak menurun\Tergantungnya mekanisme perbaikan sel, dan Otak menjadi atrofi beratnya berkurang 5-20%.

3) Sistem Kardiovaskuler

Perubahan yang terjadi pada sitem kardiovaskuler antara lain:

- Elastisitas dinding aorta menurun
- Katup jantung menebal dan menjadi kaku
- Kemampuan jantung memompa darah menurun 1% setiap tahun sesudah berumur 20 tahun, hal ini menyebabkan menurunnya kontraksi dan volumenya

- Kehilangan elastisitas pembuluh darah, kurang aktivitas pembuluh darah perifer untuk oksigenasi, perubahan posisi dan tidur keduduk atau duduk ke berdiri bias menyebabkan tekanan darah menurun yaitu menjadi 65mmHg yang dapat mengakibatkan pusing mendadak.
- Tekanan darah meninggi diakibatkan oleh meningkatnya resistensi dari pembuluh darah perifer :sistolis normal ± 70 mmHg, diastolis normal ± 90 mmHg.

4) Sistem Pernafasan

Perubahan yang terjadi pada pernafasan antara lain:

- Otot-otot pernafasan kehilangan kekuatan dan menjadi kaku.
- Menurunnya aktivitas dari silia.
- Paru-paru kehilangan elastisitas : kapasitas residu meningkat, menariknya lebih berat, kapasitas pernafasan maksimum menurun dan kedalaman bernafas menurun.
- Alveoli ukurannya melebar dari biasa dan jumlahnya berkurang.
- Oksigen pada arteri menurun menjadi 75mmHg.
- Karbon dioksida pada arteri tidak berganti.
- Kemampuan untuk batuk berkurang.
- Kemampuan pegas, dinding dada kekuatan otot pernafasan menurun seiring dengan bertambahnya usia.

5) Sistem Persyarafan

Perubahan yang terjadi pada system persyarafan antara lain:

- Berat otak menurun 10-20% (setiap orang berkurang sel saraf otaknyadalam setiap harinya).
- Cepat menurun hubungan perarafan.
- Lambat dalam respon dan waktu untuk bereaksi, khususnya dengans\ stress.
- Mengecilnya saraf panca indra: berkurangnya penglihatan, hilangnya pendengaran, mengecilnya saraf penciuman dan perasa, lebih sensitive terhadap perubahan suhu dengan rendahnya ketahanan terhadap dingin.
- Kurang sensitive terhadap sentuhan.

6) Sistem Gastrointestinal

Perubahan terjadi pada system gastrointestinal antara lain:

- Kehilangan gigi : penyebab utama adanya periodontal Disiase yang biasa terjadi setelah umur 30 tahun, penyebab lain meliputi kesehatan gigi yang buruk dan gizi yang buruk.
- Indra pengecapan menurun : adanya iritasi yang kronis dan selaput lender, atropi indra pengecap ($\pm 80\%$), hilngnya sensitivitas dari indra pengecap dilidah terutama rasa manis dan asin, hilangnya sensitivitas daei saraf pengecap terhadap rasa asin, asam dan pahit.
- Esophagus melebar.

- Lambung : rasa lapar menurun (sensitivitas lapar menurun), asam lambung menurun, waktu nebgosongkan menurun.
- Peristaltic lemah dan biasanya timbul konstipasi.
- Fungsi absorpsi melemah (daya absoprsi terganggu).
- Liver (hati) : makin mengecil, dan menurunnya tempat penyimpanan, berkurangnya aliran darah.

7) Sistem Genitourinaria

Perubahan yang terjadi pada sistemgenitourinaria antara lain:

- Ginjal

Merupakan alat untuk mengeluarkan sisa metabolisme tubuh melalui urine, darah yang masuk ke ginjal, disaring oleh satuan (unit) terkecil dariginjal yang disebut nefron (tepatnya di glomerulus). Kemudian mengecil dan nefron menjadi atrofi, aliran darah keginjal menurunsampai 50%, fungsi tubulus berkurang akibatnya kurangnya kemampuan mengkonsentrasi urine, berat jenis urine menurun proteinuria (biasanya ± 1)BUN (Bloos Urea Nitrogen) meningkat sampai 21 mg% nilai ambang ginjal terhadap glukosa meningkat.

- Vesika Urinaria (kandung kemih)

Otot-otot menjadi lemah, kapasitasnya menurun sampai 200 ml atau menyebabkan frekuensi buang seni meningkat, vesika urinaria susah dikosongkan pada pria lanjut usia sehingga mengakibatkan meningkatkan retensi urine.

- Pembesaran prostat $\pm 75\%$ dialami oleh pria usia diatas 65 tahun.

8) Sistem Indera : Pendengaran, Penglihatan, Perabaan, dll.

Organ sensori pendengaran, penglihatan, pengecapan, perabaan, dan penghirupan memungkinkan kita berkomunikasi dengan lingkungan, pesan yang diterimadri sekitar kita membuat tetap mempunyai orientasi, ketertarikan dan pertentangan. Kehilangan sensorik akibat penuaan merupakan saat dimna lansia menjadi kurng kinerja fikirnya dan lebih banyak duduk :

a. Sistem Pendengaran

- Presbiakuisis (gangguan pendengaran). Hilangnya kemampuan/daya pendengaean pada telinga dalam, terutama terhadap bunyi suara atau nada-nada yang tinggi, suara yang tidak jelas, sulit mengerti kata-kata, 50% terjadi pada usia diatas umur 65 tahun.
- Membrane timpani menjadi atrop menyebabkan atosklerosis.
- Terjadinya pengumpulan serumen dapat mengeras karena meningkat kerati.
- Pendengaran menurun pada lanjut usia yang mengalami ketegangan jiwa atau stress.

b. Sistem Penglihatan

- Spingter pupil timbul sclerosis dan hilangnya respon terhadap sinar.

- Karena lebih terbentuk sfesis (bola).
- Lensa lebih suram (kekeruhan pada lensa) menjadi katarak, jelas menyebabkan gangguan peglihatan.
- Meningkatkan ambang, pengamatan sinar dan daya adaptasi terhadap kegelapan, lebih lambat dan susah melihat dalam cahaya gelap.
- Hilangnya daya akomodasi.
- Menurunnya lapang pandang: berkurangnta luas pandang.
- Menurunnya daya membedakan warna biru/ hijau skala.

c. Rabaan

Indera peraba memberikan pesan yang paling intim yang paling mudah untuk menterjemahkan. Bila inder lain hilang, rabaan dapat mengurangi perasaan sejahtera. Meskipun reseptor lain akan menumpul dengan bertambahnya usia, namun tidak pernah hilang.

d. Pengecapan dan Pengidu

Empat rasa dasar yaitu manis, asam, asin, dn pahit. Diantara semuanya, rasa manis yang paling tumpul pada lansia. Maka jelas bagi kita mengapa mereka membuuhkan gula secara berlebihan. Rasa yang tumpul menyebabkan kesukaan terhadap makanan yang asin dan banyak berbumbu. Harus dianjurkan penggunaan rempah, bawang merah, bawang putih, dan lemon untuk mengurangi garam dalam menyedapkan masakan.

9) Sistem Intugeman

Fungsi kulit meliputi proteksi, perubahan suhu, sensasi dan ekskresi. Dengan bertambahnya usia, terjadilaj perubahan intrinsic dan ekstrinsik yang mempengaruhi penampilan kulit:

- Kulit mengkerut atau keriput akibat hilangnya jaringan lemak.
- Permukaan kulit kasar dan bersisik (karena hilngmya proses kreatinisasi serta perubahan ukuran dan bentuk-bentuk sel epidermis).
- Menurunnya respon terhadap trauma.
- Mekanisme proteksi kulit menurun : produksi serum menurun,penurunan serum menurun, gangguan pigmentasi kulit.
- Kulit kepala dan rambut menipis berama kelabu.
- Rambut dalam hidup dan telinga menebal.
- Berkurangnya elastisitas akibat dan menurunnya cairan dan vaskularisasi.
- Pertumbuhan kuku lebih lambat.
- Kuku jari menjadi keras dan rapih.
- Kuku kaki tumbuh secara berlebihan dan seperti tanduk.
- Kelenjar keringat berkurangnya jumlah dan fungsinya.
- Kuku menjadi pudar, kurang bercahaya.

10) Sistem Muskuloskeletal

Penurunan progresif dan gradul masa tulang mulai terjadi sebelum usia 40 tahun:

- Tulang kehilangan densitas (cairan) dan makin rapuh dan osteoporosis
- Kifosis
- Pinggang, lutut dan jari-jari pergelangan terbatas
- Discus intervertebralis menipis dan menjadi pendek (tingginya berkurang)
- Persendian membesar dan menjadi kaku
- Tendon mengerut dan mengalami sclerosis
- Atrofi serabut otot (otot-otot serabut mengecil) : serabut-serabut otot mengecil sehingga seseorang bergerak menjadi lamban, otot-otot kram dan menjadi tremor
- Otot-otot polos tidak begitu berpengaruh

11) Sistem Reproduksi dan seksualitas

- Vagina

Orang-orang yang makin menua seksual; intercourse masih juga membutuhkannya, tidak ada batasan umur tertentu. Fungsi seksual seorang berhenti, frekuensi seksual intercourse cenderung menurun dan secara bertahap tiap tahun tetapi kapasitas untuk melakukan dan menikmati berjalan terus sampai tua. Selaput lender vagina menurun, permukaan

menjadi halus, sekresi menjadi berkurang, reaksi sifatnya menjadi alkali dan terjadi perubahan warna.

- Menciutnya ovary dan uterus
- Atrofi payudara
- Pada laki-laki testis masih dapat memproduksi spermatozoa, meskipun adanya penurunan secara berangsur-angsur
- Dorongan seksual menetap sampai usia diatas 70 tahun (asal kondisi- kesehatan baik) yaitu:
 1. Kehidupan seksual dapat diupayakan sampai masa lanjut usia.
 2. Hubungan seksual secara teratur membantu mempertahankan kemampun seksual.
 3. Tidak terlalu cemas karena merupakan perubahan alami.

12) Perubahan Kognitif

Keinginan untuk berumur panjang dn ketikameninggal dapat masuk surge ialah sikap umum lansia yang perlu dipahami oleh perawat. Perubahan kognitif pada lansia dapat berubah sikap yang semakin egosentrik, mudah curiga, bertambah pelit atau tamak bila memiliki sesuatu. Bahkan, lansia cenderung ingin mempertahankan hak dan hartanya, serta ingin tetap berwibawa. Mereka mengharapkan tetap memiliki peranan dalam keluarga

ataupun masyarakat. Faktor yang mempengaruhi perubahan kognitif:

- Perubahan fisik, khususnya organ perasa
- Kesehatan umum
- Tingkat pendidikan
- Keturunan (hereditas)
- Lingkungan

Pada lansia, seringkali memori jangka pendek, pikiran, kemampuan berbicara, dan kemampuan motoric terpengaruh. Lansia akan kehilangan kemampuan dan pengetahuan yang telah ditetapkan sebelumnya. Lansia cenderung mengalami demensia. Demensia biasanya terjadi pada usia lanjut dan Alzheimer merupakan bentuk demensia yang umum terjadi, yakni mencapai 50 hingga 60% dari semua kasus demensia. Sedangkan, bentuk lainnya misalnya karena faktor pembuluh darah. Demensia terbagi menjadi dua, yakni demensia yang dapat disembuhkan dan demensia yang sulit disembuhkan. Adapun penyebab demensia yang dapat disembuhkan antara lain:

- Tumor otak
- Hematoma subdural
- Penyalahgunaan obat terlarang
- Gangguan kelenjar tiroid

- Kurangnya vitamin, terutama vitamin B12
- Hipoglikemia

Sementara itu, demensia yang sulit disembuhkan antara lain disebabkan oleh:

- a. Dimensia Alzheimer
- b. Dimensia vascular
- c. Dimensia lewy body
- d. Dimensia frontemporal

13) Perubahan Psikososial

Perubahan psikososial yang dialami lansia erat kaitannya dengan keterbatasan produktivitas kerjanya. Oleh Karena itu, seorang lansia yang memasuki masa-masa pensiunan akan mengalami kehilangan-kehilangan sebagai berikut:

- Kehilangan finansial (pendapatan berkurang).
- Kehilangan status atau jabatan pada posisi tertentu ketika masih bekerja dulu.
- Kehilangan kegiatan/ aktivitas. kehilangan ini erat kaitannya dengan beberapa hal sebagai berikut:
 - a. Merasakan atau sadar terhadap kematian, perubahan cara hidup (memasuki rumah perawatan, pergerakan lebih sempit).

- b. Kemampuan ekonomi akibat pemberhentian dari jabatan. Biaya hidup meningkat padahal penghasilan yang sulit, biaya pengobatan bertambah.
- c. Adanya penyakit kronis dan ketidakmampuan fisik
- d. Timbul kesepian akibat pengasingan dari lingkungan social
- e. Adanya gangguan saraf pancaindra , timbul kebutaan dan kesulitan
- f. Gangguan gizi akibat kehilangan jabatan. Rangkaian kehilangan, yaitu kehilangan hubungan dengan teman dan keluarga.
- g. Hilangnya kekuatan dan ketegapan fisik (perubahan terhadap gambaran diri, perubahan konsep diri)

B. Konsep Dasar Diabetes Mellitus

1) Definisi

Diabetes Mellitus merupakan sekelompok kelainan metabolic yang diakibatkan oleh kelainan kadar glukosa darah dalam tubuh/hiperglikemia (Deny Yasmara, 2018). Diabetes Mellitus (DM) adalah penyakit kronis yang terjadi ketika pankreas tidak memproduksi insulin yang cukup atau ketika tubuh tidak dapat secara efektif menggunakan insulin yang dihasilkan. Insulin adalah hormon yang mengatur gula darah. Hiperglikemia atau gula darah yang meningkat,

merupakan efek umum dari diabetes yang tidak terkontrol, dan dari waktu ke waktu menyebabkan kerusakan serius pada banyak sistem tubuh, khususnya saraf dan menyebabkan kerusakan serius pada banyak sistem tubuh, khususnya saraf dan pembuluh darah (WHO, 2017).

Dari beberapa pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa Diabetes Mellitus (DM) adalah penyakit metabolik yang berlangsung kronik progresif dengan hiperglikemia yang disebabkan oleh gangguan sekresi insulin atau keduanya dengan disertai oleh komplikasi kronik penyempitan pembuluh darah dengan akibat terjadinya kemunduran fungsi sampai dengan kerusakan organ-organ tubuh.

2) Etiologi

Diabetes mellitus terdiri dari sebuah kelompok kelainan metabolik dengan fenotipe lazim dijumpai pada keadaan hiperglikimia. Penyakit DM sekarang ini diklasifikasikan berdasarkan proses petogenik yang menyebabkan hiperglikemia. DM tipe II merupakan kelompok kelainan heterogen yang ditandai dengan berbagai derajat resistensi insulin, gangguan sekresi insulin dan produksi glukosa yang berlebihan oleh hati.

Tipe-tipe lain yang spesifik meliputi penyakit DM yang disebabkan oleh defek genetik (maturity onset of diabetes of the young), penyakit pada bagian eksokrin pankreas (pankreatitis kronis, kistik fibrosis, hemokromatosis), endokrinopati (akromegali), sindro cushing,

glukagonoma, feokromositoma, hipertiroidisme), obat-obatan (asam nikotinat, glukokortikoid, tiazid, peparatin hibitor protease) dan kehamilan (DM Geastasional) (hartono, A. 2013).

3) Klasifikasi Diabetes Mellitus

Berdasarkan metode presentasi klinis, usia awitan dan riwayat penyakit, ADA (2014) mengklasifikasikan diabetes mellitus ke dalam empat tipe, yaitu Diabetes Mellitus tipe 1 dan 2, diabetes gestasional (kehamilan), dan diabetes mellitus tipe lain. Klasifikasi ini telah disahkan oleh WHO dan telah dipakai diseluruh dunia.

a. Diabetes Mellitus tipe 1

Diabetes ini disebut juga insulin dependent Diabetes Mellitus (IDDM), terjadi karena destruksi sel β -pankreas yang bias berlanjut ke defisiensi insulin absolute yang terjadi karena proses imunologi.

b. Diabetes Mellitus tipe 2

Diabetes Mellitus tipe 2 adalah Diabetes Mellitus yang terjadi karena resistensi insulin dan gangguan sekresi insulin (Smeltzer & Bare, 2008). Pada diabetes tipe ini kadar insulin mungkin akan sedikit menurun atau mungkin masih pada kadar normal karena pankreas masih bias sedikit memproduksi insulin, sehingga tipe ini juga sering disebut non insulin dependent Diabetes Mellitus (NIDDM, 2014).

c. Diabetes Gestasional

Merupakan diabetes yang terjadi selama kehamilan. Selama kehamilan tubuh akan mensekresi hormon-hormon plasenta sehingga meningkatkan kebutuhan insulin dalam mengontrol glukosa darah, sehingga jika tubuh tidak mampu berkompensasi dalam memenuhi kebutuhan insulin maka seorang wanita akan mengalami diabetes selama masa kehamilannya (ADA, 2014). Penatalaksanaan awal yang dapat dilakukan adalah modifikasi dan pengaturan diet serta pemantauan kadar gula darah secara rutin. Diabetes gestasional akan hilang setelah bayi lahir, namun 5% samapai 10% kejadian akan berkembang menjadi diabetes tipe 2 (ADA, 2014).

4) Patofisiologi

Resistensi insulin dan sekresi insulin yang melebihi normal merupakan sebab utama kemungkinan terjadinya Dm tipe 2 tersebut, sehingga DM tipe 2 didefinisikan sebagai gangguan sekresi insulin, resistensi urin, peningkatan produksi glukosa hati, dan merupakan gangguan metabolisme lemak. Resistensi insulin menyebabkan penurunan kemampuan insulin untuk bekerja pada target organ (seperti otot hati dan lemak), yang dapat disebabkan oleh genetic dan obesitas. Hal ini dapat menyebabkan tidak masuknya glukosa ke dalam organ dan peningkatan produksi hati yang pena menyebabkan peningkatan glukosa dalam darah.

Pada awalnya resistensi insulin masih belum bias menyebabkan diabetes secara klinis karena sel beta pankreas masih dapat mengkompensasi keadaan ini dan terjadi suatu hiperinsulinemia dan glukosa darah masih normal atau baru sedikit meningkat. Kemudian setelah terjadi ketidaksanggupan sel beta pankreas akan terjadi Diabetes Mellitus secara Klinis, yang ditandai dengan terjadinya peningkatan kadar glukosa darah (McPhee, SJ & Ganong, W. F: 2011).

5) Manifestasi Klinik

Manifestasi klinis yang sering muncul pada pasien dengan hiperglikemia kronik adalah polyuria, polidipsia (rasa haus berlebihan), penurunan berat badan, kadang mengalami polifagia serta penglihatan kabur (American Diabetes Association/ADA, 2014), sakit kepala, pusing, kram kaki (Diabetes Australia, 2015).

6) Pemeriksaan penunjang

- Pemeriksaan diagnosis
 - a. Pemeriksaan Gula Darah sewaktu/random > 200 mg/dl.
 - b. Gula Darah Puasa > 140 mg/dl.
 - c. Gula Darah 2 jam PP (post prandial) > 200mg/dl.
 - d. Aseton Plasma : (+) mencolok.
 - e. Asam lemak bebas : peningkatan lipid dan kolestrol.
 - f. Osmolaritas serum (>330 osm/l) random : 200 md/dl.
 - g. Tidak terdapat gejala DM tetapi terdapat 2 hasil gula darah (puasa > 140 mg/dl, 2 jam PP > 200mg/dl).

h. Elektrolit

Natrium : mungkin normal, meningkat atau menurun.

Kalium : normal atau peningkatan semu(perpindahan Seluler), selanjutnya akan menurun.

i. Fosfor lebih sering menurun

j. Hemoglobin glukosit : kadarnya meningkat 2-4 kali lipat dari normal yang mencerminkan control DM yang kurang selama 4 bulan terakhir (selama hidup sel darah merah) dan karenanya sangat bermanfaat dalam membedakan DKA dengan control tidak adekuat versus DKA yang berhubungan dengan insiden.

- Pemeriksaan Mikroalbumin

Mendeteksi komplikasi pada ginjal dan kardiovaskuler Nefropati diabetic.

a. Salah satu komplikasi pada ginjal yang ditimbulkan oleh diabetes mellitus adalah terjadinya nefropati diabetik yang dapat mengakibatkan gagal ginjal sehingga penderita perlu cuci darah untuk hemodialisa.

b. Nefropati diabetic ditandai dengan kerusakan glomerulus ginjal yang berfungsi sebagai alat penyaring.

c. Gangguan pada glomerulus ginjal menyebabkan lolosnya protein albumin kedalam urine.

d. Adanya albumin dalam urine merupakan indikasi adanya nefropati diabetic.

7) Penatalaksanaan

Penanganan primer yang biasa dilakukan untuk mengendalikan glukosa darah pasien Diabetes Mellitus tipe 2 adalah dengan terapi non farmakologi. Terapi nonfarmakologi yang dapat digunakan adalah pengaturan perencanaan makan/diet latihan fisik yang juga merupakan unsur penting dalam meningkatkan efektifitas insulin, dan penurunan berat badan dikarenakan resistensi insulin berkaitan dengan obesitas. Jika penatalaksanaan non farmakologi tidak tercapai maka bisa diberikan terapi obat, namun jika penatalaksanaan dengan obat juga tidak berhasil maka perlu diberikan insulin sebagai penatalaksanaan Diabetes Mellitus tipe 2 (PERKENI, 2011; Smeltzer & Bare, 2014).

Pada DM tipe 2 perlu adanya pengelolaan empat pilar utama yakni edukasi, terapi gizi medis (diet), latihan jasmani dan terapi farmakologi (PERKENI, 2011; Harvey & Champe, 2013). Selain empat pilar utama, penurunan berat badan juga penting dalam menurunkan resistensi insulin dan mengoreksi hiperglikemia pada diabetes tipe 2 (Harvey & Champe, 2013).

8) Komplikasi

Komplikasi diabetes mellitus terbagi menjadi 2 yaitu komplikasi akut dan komplikasi kronik (Santi, 2017):

- a. Komplikasi Akut, ada 3 komplikasi akut pada diabetes mellitus yang penting dan berhubungan dengan keseimbangan kadar

glukosa darah dalam jangka pendek, ketiga komplikasi tersebut adalah :

- Diabeteik Ketoacidosis (DKA)

Diabetic ketoacidosis disebabkan oleh tidak adanya insulin atau tidak cukupnya jumlah insulin yang nyata.

- Koma Hiperosmolar Nonketotik (KHHN)

Koma Hiperosmolar Nonketotik merupakan keadaan yang didominasi oleh hiperosmolaritas dan hiperglikemia dan disertai perubahan tingkat kesadaran.

- Hypoglikemik

Hypoglikemia (kadar gula darah yang abnormal yang rendah) terjadi kalau kadar glukosa dalam darah turun dibawah 50 hingga 60mg/dl.

- b. Komplikasi kronik

Diabetes Mellitus pada dasarnya terjadi pada semua pembuluh darah diseluruh bagian tubuh (angiopati Diabetik). Angiopati diabetic dibagi menjadi 2 yaitu:

- Mikrovaskuler

Perubahan-perubahan mikrovaskuler ditandai dengan penebalan dan kerusakan membrane basal pembuluh-pembuluh kapiler, merupakan hal unik pada diabetes.

- Penyakit Ginjal (nefropati)

Bila kadar glukosa darah meningkat, maka mekanisme filtrasi ginjal akan mengalami stress yang menyebabkan kebocoran protein darah dalam urine.

- Penyakit Mata (retinophari diabetik)

Penderita Diabetes Mellitus akan mengalami gejala penglihatan sampai kebutaan. Keluhan penglihatan kabut tidak selalu disebabkan retinopati. Katarak disebabkan karena hiperglikemia yang berkepanjangan yang menyebabkan pembengkakan lensa dan kerusakan lensa. Diabetes dapat mempengaruhi saraf-saraf perifer, sistem saraf otonom, Medulla spinalis, atau sistem saraf pusat. Banyak dan berbagai macam gejala dapat timbul, tergantung neuron yang terkena, jenis neuropati yang lazim, dalah polineuropati, perifer simetris. Hal ini terlihat pertama kali dengan hilangnya sensasi pada ujung-ujung ekstremitas bawah kemudian hilangnya kemampuan motorik dan ekstremitas atas dapat terkena.

- Neuropati

Diabetes dapat mempengaruhi saraf-saraf perifer, sistem saraf otonom, Medulla spinalis, atau sistem saraf pusat. Banyak dan berbagai macam gejala dapat timbul, tergantung neuron yang terkena, jenis neuropati yang lazim, dalah polineuropati, perifer simetris. Hal ini terlihat pertama kali dengan hilangnya

sensasi pada ujung-ujung ekstremitas bawah kemudian hilangnya kemampuan motorik dan ekstremitas atas dapat terkena.

- Makrovaskuler

Penyakit makrovaskuler adalah karena aterosklerosis, terutama mempengaruhi pembuluh darah besar dan sedang. Pada adanya kekurangan insulin, lemak diubah menjadi glukosa untuk energy. Perubahan pada sintesis dan katabolisme lemak mengakibatkan peningkatan kadar VLDL (very low-density lipoprotein) dan LDL (low-density lipoprotein), yang akan menyebabkan penyakit seperti: penyakit jantung koroner, pembuluh darah kaki, pembuluh darah otak.

C. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan

Asuhan keperawatan lanjut usia (gerontik) merupakan kegiatan yang dimaksudkan untuk memberikan bantuan atau bimbingan serta pengawasan, perlindungan, dan pertolongan kepada lanjut usia secara individu, kelompok, seperti di rumah atau lingkungan, panti werdha maupun puskesmas, yang diberikan oleh perawat (Nugroho, 2012).

Sifat perawat gerontik adalah independent (mandiri), interdependent (kolaborasi), humanistic, dan holistic. Peran dan fungsi keperawatan gerontik adalah sebagai pemberi asuhan keperawatan secara langsung, sebagai pendidik lansia, keluarga, dan masyarakat perawat juga

dapat memotivator dan innovator dalam memberikan advokasi pada klien serta sebagai konselor (Azizah,2011).

1) Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal proses keperawatan dan merupakan suatu proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien (Ermawati,2009).

a. Wawancara

Pandangan lanjut usia tentang kesehatannya, kegiatan yang mampu dilakukan sendiri, kebiasaan lanjut usia merawat diri, kekuatan fisik lansia, kebiasaan makan dan minum, istirahat tidur, BAK/BAB, kebiasaan gerak/senam lansia, perubahan fungsi tubuh yang sangat menurun. Akan dirasakan, kebiasaan lanjut usian dalam memelihara kesehatan,

b. Keluhan utama

Keluhan utama Diabetes Mellitus pada usia lanjut, pasien akan mengalami polyuria, polydipsia, penurunan berat badan, kelemahan, kelelahan, infeksi superficial, dan penyembuhan luka yang buruk.

c. Riwayat kesehatan keluarga

Apakah ada keluarga klien yang menderita penyakit seperti klien.

d. Riwayat Kesehatan Klien dan Pengobatan Sebelumnya

Berapa lama klien menderita DM, bagaimana penanganannya, mendapat terapi insulin jenis apa, bagaimana cara minum obatnya apakah teratur atau tidak, apa saja yang dilakukan klien untuk menanggulangi penyakitnya.

e. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan dilakukan dengan cara inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi untuk mengetahui perubahan fungsi system tubuh dan pendekatan yang digunakan dalam pemeriksaan fisik adalah persistem tubuh.

f. Psikologis

- 1) Apakah mengenal masalah utamanya?
- 2) Apakah sikapnya terhadap proses penuaan ?
- 3) Apakah dirinya merasa dibutuhkan atau tidak ?
- 4) Apakah memandang kehidupan secara optimis?
- 5) Bagaimana mengatasi stress yang dialami?
- 6) Apakah harapan pada saat ini dan yang akan datang?

g. Social

- 1) Apa saja kegiatan lanjut usia ketika waktu senggang?
- 2) Dengan siapa dia tinggal?
- 3) Bagaimana lanjut usia terhadap lingkungannya?
- 4) Beberapa sering usia berhubungan dengan orang lain diluar rumah?

h. Spiritual

- 1) Apakah secara teratur melakukan ibadah sesuai dengan keyakinan agamanya.
- 2) Apakah secara teratur mengikuti atau terlibat aktif dalam kegiatan agama.
- 3) Apakah lanjut usia terlihat sabar dan tawakal.

i. Pemeriksaan Fungsional

- 1) Katz indeks

Tabel 2.1

Pemeriksaan KATZ INDEKS

NO	KEGIATAN	MANDIRI	BANTUAN SEBAGIAN	BANTUAN PENUH
1	Mandi			
2	Berpakaian			
3	Pergi ke toilet			
4	Berpindah			
5	BAB dan BAK			
6	Makan			

Termasuk/ kategori manakah klien?

KATZ Indeks A : Mandiri dalam makan, kontinensia (BAB, BAK), menggunakan pakaian, pergi ke toilet, berpindah, dan mandi.

KATZ Indeks B : Mandiri semuanya kecuali salah satu saja dari fungsi diatas.

KATZ Indeks C : Mandiri, kecuali mandi dan satu lagi fungsi yang lain.

KATZ Indeks D : Mandiri, kecuali mandi, berpakaian, dan satu fungsi yang lain.

KATZ Indeks E : Mandiri, kecuali mandi, berpakaian, ke toilet, dan satu fungsi yang lain.

KATZ Indeks F : Mandiri, kecuali mandi, berpakaian, ke toilet, berpindah dan satu fungsi yang lain.

KATZ Indeks G : Ketergantungan untuk semua fungsi di atas.

Keterangan :

Mandiri berarti tanpa pengawasan, pengarahan, atau bantuan aktif dari orang lain. Lansia yang menolak untuk melakukan suatu fungsi dianggap tidak melakukan fungsi, meskipun ia dianggap mampu.

2) Modifikasi dari Barthel Indeks.

Tabel 2.2
Bartel indeks pemeriksaan

NO	KRITERIA	DENGAN BANTUAN	MANDIRI	KETERANGAN
1.	Makan	5	10	Frekuensi Jumlah Jenis
2.	Minum	5	10	Frekuensi Jumlah jenis
3.	Berpindah dari kursi roda ketempat tidur atau sebaliknya	5 atau 10	15	Frekuensi
4.	Personal toilet (cuci muka, menyisir rambut, gosok gigi)	0	5	Frekuensi
5 .	Keluar masuk toilet (mencuci pakaian, menyeka tubuh, menyiram)	5	10	
6.	Mandi	5	15	Frekuensi
7.	Jalan dipermukaan datar	0	5	
8.	Naik turun tangga	5	10	
9.	Mengenakan pakaian	5	10	
10	Kontrol BAK	5	10	Frekuensi konsistensi
11.	kontrol BAB	5	10	Frekuensi

				jenis
12.	Olahraga/latihan	5	10	Frekuensi jenis

Interprestasi:

Skor 130+ = mandiri

Skor 65-125 = ketergantungan sebagian

Skor < 65 = ketergantungan Total

j. Status Kognitif / Afektif/ Mental/ Sosial

Ada dua pengkajian status mental identifikasi tingkat kerusakan intelektual yang pertama dengan menggunakan Short Portable Status Questioner (SPSMQ) dan yang kedua dengan menggunakan Mini mental Status Exam (MMSE).

Ada dua pengkajian status mental identifikasi kerusakan intelektual yang pertama dengan menggunakan Short Portable Questioner (SPWMQ) dan yang kedua dengan menggunakan Mini Mental Status Exam (MMSE). Intruksi : ajukan pertanyaan 1-10 pada daftar ini dan catat semua jawaban. Catat jumlah kesalahan total berdasarkan 10 pertanyaan dengan SPMSMQ.

1) Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ)

Tabel 2.3
Short Portable Mental Status Questioner (SPMSQ)

No	Benar	Salah	Pertanyaan	jawaban
01			Tanggal berapa hari ini?	
02			Hari apa sekarang ini?	
03			Apa nama tempat ini	
04			Dimana alamat anda?	
05			Berapa umur anda?	
06			Kapan anda lahir?	
07			Siapa presiden inonesia sekarang ?	
08			Siapa presiden sebelumnya?	
09			Siapa nama ibu anda ?	
10			Kurangi 3 dari 20 dan tetap kurangi pengurangan	
			Jumlah skor total jawaban salah	

Keterangan :

- 1). Jumlah jawaban salah sebanyak 0-2 : Fungsi intelektual utuh
- 2). Jumlah jawaban salah sebanyak 3-4 : Kerusakan intelektual Ringan
- 3). Jumlah jawaban salah sebanyak 5-7 : Kerusakan intelektual Sedang
- 4). Jumlah jawaban salah sebanyak 8-10 : Kerusakan intelektual Berat

2) Mini Mental Status Exam

Tabel 2.4
Pengkajian Aspek Kognitif Dari Fungsi Mental
Dengan Menggunakan Aspek MMSE
(Mini Mental Status Exam)

No	Aspek Kognitif	Nilai Maksimum	Nilai Klien	Pertanyaan (Kriteria)
1.	Orientasi	5		Menyebutkan dengan benar: 1). Tahun berapa sekarang? 2). Musim apa sekarang ? 3). Tanggal berapa sekarang? 4). Hari apa sekarang ? 5). Bulan apa sekarang ?
	Orientasi	5		Menyebutkan dimana sekarang kita berada: 1). Negara apa ? 2). Provinsi apa ? 3). Kota apa? 4). Panti/desa? Kampong apa? 5). Alamat dimana?
2.	Registrasi	3		Sebutkan nama 3 obyek (ditunjukkan pemeriksa selama 1 detik untuk mengatakan setiap obyek yang ditunjukkan), lalu Tanya kembali ketiga obyek tersebut pada klien setelah disebutkan sebelumnya. Beri 1 point untuk tiap jawaban benar, lalu ulangi sampai klien mempelajari ketiganya dan catat. Pengulangan pertama menentukan skor (maksimal 3), tapi tetap klien disuruh mengulang (maksimal 6 kali), jika gagal maka tidak dapat dilakukan test pada MENGINGAT.
3.	Perhatian Dan	5		Minta klien untuk memulai dari angka 100 kemudian dikurangi 7sampai 5

	Kalkulasi			<p>kali/tingkat (nilai 1 point untuk tiap jawaban benar)</p> <p>1). 93 2). 86 3). 79 4). 72 5). 65</p> <p>Atau jika lansia tidak bisa berhitung bisa dengan mengeja kalimat secara mundur (skor adalah jumlah urutan huruf yang disebutkan dengan benar, 1 point untuk setiap hurufnya), misalnya : DUNIA (eja : A-I-N-U-D)</p>
4.	Mengingat	3		<p>Minta klien mengulangi ketiga obyek yang telah disebutkan pada nomor 2(REGISTER), bila benar beri nilai 1 point untuk setiap obyek yang disebutkan</p>
5.	Bahasa	9		<p>a. Memberi nama (naming):</p> <p>Tunjukkan pada klien suatu benda dan tanyakan namanya, lalu ulangi sekali lagi untuk benda yang lain (misal jam tangan atau pensil), point 1 untuk masing-masing jawaban benar (skor= 2).</p> <p>b. Pengulangan</p> <p>Minta klien untuk mengulang kalimat setelah kita sebutkan lebih dahulu, misalnya:</p> <p><i>“namun”, “tanpa”, “bila”</i></p> <p>Atau kata yang lebih sulit lagi:</p> <p><i>“Taka da jika, dan, atau, tetapi”</i></p> <p>Hanya 1kali mencoba. Point 1 jika diulang sempurna dan 0 jika tidak benar secara keseluruhan.</p> <p>c. perintah 3 tahap (3 stage comment) ucapan perintah terlebih dahulu</p>

				<p>kemudian beri selembar kertas kosong, minta untuk melipatnya menjadi 2 kemudian minta untuk menaruhnya dilantai. Nilai 1 untuk masing-masing perintah yang dilakukan dengan benar.</p> <p>d. Membaca(reading)</p> <p>Dalam selembar kertas kosong tulis kalimat</p> <p>“Pejamkan mata anda”</p> <p>Ditulis besar dan dapat dibaca jelas oleh lansia membacanya dan melakukan apa yang tertulis (point 1 hanya diberikan jika klien menutup mata setelah membaca kalimat).</p> <p>e. Menulis (writing)</p> <p>Berikan selembar kertas kosong dan minta lansia menulis sebuah kalimat. jangan mendikte kalimat tapi harus ditulis secara spontan, kalimat minimal harus terdiri dari subyek/ kata benda dan predikat/ kata kerja, ejaan/tanda baca tidak diperhitungkan, jika benar beri 1 point.</p> <p>f. Menyalin (copying)</p> <p>Berikan selembar kertas kosong, minta lansia untuk menyalin gambar seperti dibawah ini, 10 sisi harus ada keduanya bersinggungan, jika benar beri nilai 1 point.</p>
	Nilai Maksimum	30		

Keterangan :

Nilai 24-30 : Tidak ada gangguan kognitif/normal

Normal 18-23 : Gangguan kognitif sedang

Nilai 0-17 : Gangguan kognitif berat

2) Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan urusan klinik mengenai resiko tinggi injuri berhubungan seseorang, keluarga atau ,masyarakat kesehatan atau proses kehidupan yang aktual atau potensial. (Hidayat, 2012), diagnosa keperawatan yang mungkin muncul adalah :

- a. Hipovolemia berhubungan dengan diareisis ostomik ditandai dengan poliuri.
- b. Defisit nutrisi berhubungan dengan penurunan masukan oral ditandai dengan penurunan berat badan.
- c. Nyeri berhubungan dengan iskemik jaringan ditandai dengan melaporkan nyeri secara verbal , sikap melindungi area nyeri.
- d. Perfusi jaringan perifer tidak efektif berhubungan dengan hipovolemia.Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan klien mengatakan lemah dan letih.
- e. Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan defisiensi insulin, kurang menejemen Diebetes.
- f. Gangguan persepsi sensori berhubungan dengan retinopati diabetik ditandai dengan gangguan penglihatan.
- g. Gangguan integritas kulit berhubungan dengan gangguan permukaan kulit (epidermis) yang ditandai dengan kulit kering dan pecah.

- h. Resiko infeksi berhubungan dengan penyakit kronis (diabetes mellitus)
- i. Defisit pengetahuan berhubungan kurangnya informasi mengenai penyakit ditandai dengan klien bertanya mengenai penyakit yang diderita.

3) Perencanaan

Setelah merumuskan diagnose keperawatan, langkah berikutnya adalah menetapkan perencanaan. Perencanaan meliputi pengembangan strategi desain untuk mencegah atau mengurangi atau mengoreksi masalah yang di identifikasikan pada diagnosa keperawatan, dimana tahapan ini dimulai setelah menentukan diagnose keperawatan dan menyimpulkan secara dokumentasi (Hidayat, 2012).

- a. Hipovolemia berhubungan dengan diareisis ostomik ditandai dengan poliuri

Tujuan : setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1x 24 jam diharapkan hipovolemia dapat teratasi .

Kriteria hasil : intake cairan meningkat, turgor kulit > dari 2 detik. Membrane mukosa lembab.

Tabel 2.6**Rencana Tindakan Keperawatan 1**

INTERVENSI	RASIONAL
1). Periksa tanda dan gejala hipovolemia. 2). Monitor intake dan output. 3). Berikan asupan cairan oral. 4). Anjurkan memperbanyak asupan cairan. 5). Kolaborasi pemberian cairan iv	1). Untuk mengetahui diagnose hipovolemia. 2). Membantu dalam menganalisa keseimbangan cairan. 3). Menggnati caieran elektrolit yang hilang. 4). Asupan cairan sangat diperlukan untuk menambah volume cairan tubuh. 5). Untuk mengatasi kehilangan caieran.

b. Defisit nutrisi berhubungan dengan penurunan masukan oral ditandai dengan penurunan berat badan.

Tujuan : setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1x 24 jam diharapkan status nutrisi membaik.

Kriteria hasil : berat badan membaik, indeks massa tubuh membaik, frekuensi makan membaik, nafsu makan membaik.

Tabel 2.7**Rencana Tindakan Keperawatan 2**

INTERVENSI	RASIONAL
1). Identifikasi status Nutrisi 2). Identifikasi makanan yang disukai 3). Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis kalori 4). Monitor asupan makanan 5). Monitor berat badan 6). Anjurkan diet yang diprogramkan 7). Berikan makanan tinggi kalori	1). Untuk menentukan intervensi yang diberikan 2). Menambahkan selera makanan 3). Supaya pola diet klien mengidentifikasi kekuatan 4). Untuk mengetahui keseimbangan nutrisi 5). Untuk mengetahui ada tidaknya penambahan atau pengurangan berat badan 6). Untuk menjaga asupan makanan 7). Memenuhi asupan nutrisi

c. Nyeri berhubungan dengan iskemik jaringan ditandai dengan melaporkan nyeri secara verbal sikap melindungi area sakit.

Tujuan : setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan perfusi jaringan perifer tidak efektif dapat teratasi.

Kriteria hasil : TD normal, nyeri berkurang, skala nyeri 0 (0-10),

Tanda-tanda vital dalam batas normal.

Tabel 2.8
Rencana Tindakan Keperawatan 3

INTERVENSI	RASIONAL
1). Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri	1). Sebagai indicator dalam melakukan indicator nyeri
2). Identifikasi skala nyeri	2). Untuk mengetahui skala nyeri
3). Identifikasi respon nyeri non verbal	3). Untuk mengetahui respon nyeri klien terhadap nyeri
4). Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri	4). Untuk mengurangi tingkat rasa nyeri
5). Anjurkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri	5). Untuk meredakan rasa nyeri
6). Kolaborasi pemberian analgetik	6). Untuk mengurangi rasa nyeri

d. Perfusi jaringan perifer tidak efektif berhubungan dengan hipovolemia penyakit diabetes ditandai suplai darah kapiler menurun.

Tujuan : setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan perfusi jaringan perifer tidak efektif dapat teratasi.

Kriteria hasil : TD Normal, tingkat kesadaran membaik, tidak ada gerakan involunter, fungsi sensorik dan motoric tidak ada gangguan.

Tabel 2.9
Rencana Tindakan Keperawatan 4

INTERVENSI	RASIONAL
1). Periksa sirkulasi perifer (mis, nadi, edema, pengisian kapiler, warna, suhu) 2). Identifikasi factor resiko gangguan sirkulasi 3). Monitor panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak 4). Lakukan pencegahan infeksi	1). Sebagai indicator untuk melakukan intervensi 2). Untuk mencegah gangguan sirkulasi 3). Untuk mengetahui atau tidaknya Tanda-tanda vital 4). Untuk mengurangi tingkat resiko terjadinya infeksi

e. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan

Tujuan : Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan intoleransi aktivitas dapat teratasi.

Kriteria hasil: frekuensi nadi meningkat, kekuatan tubuh meningkat.

Tabel 2.10

Rencana Tindakan Keperawatan 5

INTERVENSI	RASIONAL
1). Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas 2). Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan 3). Anjurkan tirah baring 4). Ajarkan tirah baring	1). Untuk mengetahui ada atau tidaknya perkembangan dalam beraktivitas 2). Sebagai indicator dalam melakukan intervensi 3). Untuk mengurangi aktivitas 4). Membatasi aktivitas berlebih

f. Kestabilan kadar gula darah berhubungan dengan defisiensi insulin diabetes.

Tujuan : setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan kadar gula darah dapat teratasi .

Kriteria hasil : koordinasi meningkat, kesadaran meningkat, mengantuk menurun, lelah lesu menurun,.

Tabel 2.11
Rencana Tindakan Keperawatan 6

INTERVENSI	RASIONAL
1). Identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia 2). Monitor kadar glukosa 3). Monitor tanda dan gejala hiperglikemia 4). Anjurkan monitor glukosa darah Secara mandiri 5). Anjurkan pengobatan DM (Insulin, obat oral, asupan cairan)	1). Untuk mengetahui penyebab terjadinya hipergilemia 2). Untuk mengontrol kadar glukosa darah 3). Untuk mengetahui perkembangan hiperglikemia 4). Agar gula darah Dpat terkontrol mandiri 5). Agar gula darah dapat terkontrol

g. Gangguan persepsi sensori berhubungan dengan retinopati diabetic

Tujuan : setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan persepsi sensori dapat teratasi
 Kriteria hasil : klien dapat melihat dengan jelas

Tabel 2.12
Rencana Tindakan Keperawatan 7

INTERVENSI	RASIONAL
1). Orientasikan klien terhadap lingkungan secara ukur jarak pandang klien 2). Bedakan kemampuan kenyamanan penglihatan diantar kedua mata	1). Untuk memperkenalkan pada klien tentang lingkungan dan aktivitas sehinga dapat meningkatkan stimulasin penglihatan serta mengetahui kemampuan. 2). Untuk menentukan kemampuan penglihatan tiap mata

3). Anjurkan menggunakan kacamata	3). Gunakan kacamata sesuai gangguan mata
4). Dorong klien untuk melakukan aktivitas sederhana	4). Mempertahankan keadaan normal tanpa meningkatkan stress

- h. Gangguan integritas kulit berhubungan dengan permukaan kulit (epidermis).

Tujuan : setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1x24jam diharapkan integritas kulit dapat teratasi.

Kriteria hasil : keruskan jaringan menurun, tidak tampak kemerahan, tekstur kulit membaik, tidak terjadi nyeri.

Tabel 2.13

Rencana Tindakan Keperawatan 8

INTERVENSI	RASIONAL
1). Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit	1). Agar mengetahui penyebab terjadinya infeksi
2). Ubah posisi tiap 2 jam sekali	2). Untuk mencegah terjadinya dekubitus
3). Gunakan prosuk berbahan petrolium atau minyak pada kulit kering	3). Untuk melembabkan terjadinya kekeringan
4). Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi	4). Untuk mempercepat asuhan keperawatan

- i. Resiko infeksi berhubungan dengan penyakit kronis.

Tujuan : setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan resiko terjadinya infeksi dapat teratasi.

Kriteria hasil : mengetahui dan mengenali tanda dan gejala mengindikasikan resiko dalam penyebaran infeksi, mengetahui

cara mengurangi penularan mengetahui aktivitas yang dapat meningkatkan infeksi.

Tabel 2.14
Rencana Tindakan Keperawatan 9

INTERVENSI	RASIONAL
1). Monitor tanda dan gejala infeksi local dan siskemik	1). Membantu dalam evaluasi kualitas resiko infeksi
2). Berikan perawatan kulit pada area luka	2). Membantu penyembuhan luka pada kulit
3). Jelaskan tanda dan gejala infeksi	3). Untuk mengurangi resiko penyebaran terjadinya infeksi
4). Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi	4). Untuk menimalisir terjadinya infeksi
5). Kolaborasi pemberian imunisasi	5). Untuk meningkatkan imun tubuh

j. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurangnya informasi penyakit.

Tujuan : setelah dilakukan asuhan keperawatan 1x24jam diharapkan asuhan keperawatan dapat teratasi.

Kriteria hasil : klien dan keluarga mampu mengatakan dan memahami tentang DM, klien dan keluarga mampu menjelaskan kembali apa yang dijelaskan.

Tabel 2.15
Rencana Tindakan Keperawatan 10

INTERVENSI	RASIONAL
1). Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi	1). Sebagai tolak ukur klien dalam menerima informasi
2). Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan	2). Untuk mempermudah dalam penyampaian informasi
3). Jelaskan factor resiko yang dapat mempengaruhi kesehatan	3). Supaya klien paham factor apa saja yang dapat mempengaruhi kesehatan

4) Implementasi

Tahap dimana perawat melakukan tindakan keperawatan sesuai dengan perencanaan atau intervensi yang telah dilakukan. Tahap ini merupakan pelaksanaan dari semua rencana tindakan keperawatan yang telah ditentukan. Tujuan dari pelaksanaan adalah membantu klien dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Pada tahap ini melibatkan kolaborasi dengan tim kesehatan lainnya yang bertanggung jawab terhadap perawatan klien. Perencanaan tindakan keperawatan akan dapat dilaksanakan dengan baik jika klien mempunyai keinginan untuk berpartisipasi dalam pelaksanaan tindakan keperawatan Nursalam, 2013).

5) Evaluasi

Evaluasi adalah membandingkan suatu hasil dengan standar untuk pengambilan keputusan yang tepat sehingga dapat diketahui sejauh mana tujuan tercapai. Evaluasi dilakukan secara terus menerus pada respon klien pada tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan.

(Nursala,2013). Evaluasi dapat dilakukan dengan menggunakan pendekatan SOAP ataupun SOAPIER, sebagai pola pikir:

S = Ungkapan perasaan dan keluhan yang dirasakan secara subyektif oleh klien saat diberikan tindakan keperawatan.

O = Keadaan obyektif yang dapat didefinisikan dengan menggunakan pengamatan obyektif.

A = Analisa perawat setelah mengetahui respon subyektif dan obyektif.

P = Perencanaan selanjutnya setelah perawat melakukan analisa.

I = Implementasi tindakan yang dilakukan berdasarkan rencana keperawatan.

E = Evaluasi setelah dilakukan tindakan keperawatan.

R = Kembali ke tindakan perencanaan

6) Dokumentasi

Dokumentasi suatu proses informasi, penerimaan, pengiriman, dan evaluasi pusat rencana yang dilaksanakan oleh seorang perawat profesional (Ryan,2009).

Hal-hal pokok dalam prinsip dokumentasi menurut Capertino(19991, Nursalam,2013) yaitu dokumentasi dilakukan secara setelah setiap langkah keperawatan, catat setiap respon pasien /keluarganya, pastikan kebenaran setiap data yang dicatat, data pasien harus obyektif, dokumentasikan dengan baik bila ada perubahan kondisi, muncul masalah baru, harus dihindari dokumentasi yang baku, hindari penggunaan istilah penulisan yang tidak jelas, data ditulis secara syah

dengan menggunakan tinta, tidak dibenarkan merubah dokumentasi untuk merubah kesalahan, cantumkan waktu, tanda tangan dan nama jelas perawat untuk setiap kegiatan dokumentasi, wajib membaca setiap tulisan dari anggota team kesehatan yang lain sebelum menulis dan terakhir dan dokumentasi harus dibuat dengan tepat jelas dan lengkap.

BAB III

TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Tinjauan Kasus

1. Pengkajian

a. Pengumpulan data

Identitas Klien

Nama	: Ny. I
Umur	: 69 Tahun
Alamat	: Kp. Guna Mekar RT01/ Rw 05 Ds. Karangpawitan Kecamatan Karangpawitan
Pendidikan	: SD
Jenis Kelamin	: Perempuan
Agama	: Islam
Suku	: Sunda
Status Perkawinan	: Janda
TB/BB	: 160cm/60kg
Penampilan	: Cukup Rapi
Orang yang dapat dihubungi	: Tn. A
Hubungan dengan Lansia	: Anak
Tanggal Pengkajian	: 24 April 2021

b. Riwayat Kesehatan

1) Keluhan Utama : Nyeri

Sejak 1 bulan yang lalu, klien mengeluh nyeri pada kaki kiri dan kanan nyeri bertambah apabila klien beraktivitas, nyeri dirasakan seperti kesemutan

Skala nyeri 5 (0-10) nyeri sedang, nyeri dirasakan dengan durasi tidak menentu. Ny.I mengeluh banyak minum dan banyak kencing, dan sering mengantuk. Berat badab menurun dari 80kg menjadi 60kg, mukosa bibir kering, klien tampak lemas, pandangan kabur dan klien merasa cemas dengan kondisi saat ini.

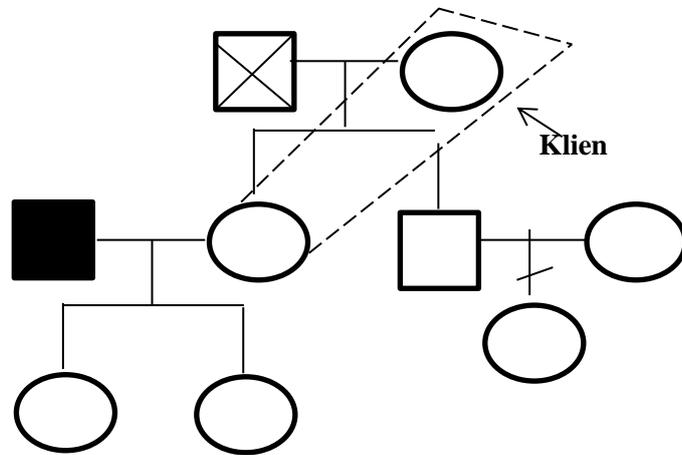
2) Riwayat Kesehatan Dahulu

Tn.A mengatakan tidak ada penyakit masalalu dan tidak ada alergi terhadap makanan dan obat-obatan. Tn.A mengatakan jika ada anggota keluarga yang sakit, Tn.A menganjurkan untuk berobat ke puskesmas.

3) Riwayat Kesehatan Keluarga

Klien mengatakan tidak ada keluarga yang mengalami penyakit seperti yang dialami oleh klien saat ini.

Genogram



Keterangan :

-  Laki-laki
-  Perempuan
-  Laki laki meninggal
- Tinggal serumah

4) Pemeriksaan Fisik

a. Keadaan umum : Tampak Lemah

Tingkat Kesadaran : Compos Mentis (E: 4 M: 6
V:5)

Tanda-tanda Vital : TD : 150/90mmHg

Nadi : 100x/menit

RR : 20x/menit

GDS : 315mg/dl

b. Kepala dan Leher

Warna rambut hitam putih (beruban), tampak bersih, rambut halus, tidak rontok, tidak ada benjolan, tidak ada lesi pada kulit kepala, tidak ada pembesaran kalenjar tiroid, pergerakan leher baik dapat digerakan kesegala arah, tidak ada nyeri saat ditekan.

c. System Kardiovaskuler

Letak dada simetris antara kiri dan kanan, bunyi normal, tidak ada peningkatan jvp, tidak menggunakan alat bantu pernafasan, frekuensi normal RR: 20X/menit tidak ada nyeri tekan, bunyi jantung s1 dan s2 normal, mumur (-), gallop (-).

d. Sistem Pernafasan

Kedua lubang hidung simetris antar kiri dan kanan, tidak ada pergerakan cuping hidung, bunyi nafas vaskuler R: 20x/menit, tidak ada obstruksi dijalan nafas, hidung tampak bersih, tidak ada lesi, tidak ada nyeri tekan, mampu membedakan bau.

e. System intugemen

Kulit klien berwarna sawo matang, integritas kulit kript, tidak ada edema, turgor kulit kembali dalam waktu \pm 2 detik.

f. Sistem Perkemihan

Tidak terdapat nyeri pada saat BAK, frekuensi BAK sering ± 10 x/hari, bau khas urine.

g. System Muskuloskeletal

- Ekstremitas atas

Letak tangan simetris antara kiri dan kanan, reflek bisep (+), kekuatan otot 5, tidak terdapat nyeri tekan di ekstremitas atas klien.

- Ekstremitas bawah

Letak kaki simetris antar kiri dan kanan, Klien tampak meringis kesakitan pada ekstremitas bawah kiri dan kanan karena kesemutan, kekuatan otot 4, terdapat nyeri tekan, tidak ada edema di ekstremitas bawah.

h. System Endokrin

Tidak terdapat pembesaran tiroid, klien mempunyai penyakit DM dibuktikan dengan pemeriksaan GDS : 315mg/dl.

i. System Pencernaan

Mukosa bibir kering, fungsi mengunyah baik, warna bibir merah kecoklatan, gigi sedikit kuning, frekuensi BAB 1-2x/hari, tekstur lembek. Pada saat abdomen di palpasi tidak ada nyeri tekan, tidak terdapat lesi, fungsi

anus baik terbukti klien tidak ada keluhan selama BAB, rahang atas dan bawah simetris, tidak ada stomatitis tidak ada tonsil bengkak.

j. System Reproduksi

Klien sudah monopouse, jumlah anak 2, anak terkecil berusia 25 tahun, bentuk vagina simetris, tidak berbau, tidak ada lesi, tidak ada kemerahan, BAB lancer/ tidak ada ambeyen, tidak tumor.

k. System Pendengaran

Letak telinga kiri dan kanan simetris, tidak ada edema atau lesi, fungsi pendengaran baik, terbukti klien menjawab pertanyaan yang diajukan tidak infeksi, tidak berbau, tidak ada nyeri tekan.

l. System penglihatan

Letak mata simetris antara kiri dan kanan, sklera putih, tidak bisa melihat dengan jelas pandangan kabur, konjungtiva merah muda.

m. System Pengecapan

Fungsi pengecapan baik, dibuktikan dengan klien dapat membedakan makanan asin, pahit, dan asam.

n. System Penciuman

Kedua lubang kiri dan kanan simetris, fungsi penciuman baik terbukti klien dapat membedakan wangi kayu putih dan parfum.

5) Aktivitas hidup sehari-hari/ADL

Oksigenasi : klien tidak memakai alat bantu nafas (oksigen)

Istirahat dan tidur : Tidur malam (20.00-04.00)

Personal Hygiene : Klien tampak bersih

Mandi 2xsehari

Gosok gigi 2xsehari

6) Pengkajian fungsional

1. KATZ Indeks

Tabel 3.1

Pemeriksaan Katz Indeks

No	Kategori	Kriteria
1.	KATZ Indeks A	Kemandirian dalam makan, kontinensia (BAK,BAB), berpindah pergi ketoilet, berpakaian dan mandi.
2.	KATZ Indeks B	Kemandirian semua aktivitas hidup sehari-hari , kecuali salah satu dari fungsi tersebut diatas.
3.	KATZ Indeks C	Kemandirian semua aktivitas hidup sehari-hari, kecuali mandi dan salah satu fungsi yang lain seperti tersebut.

4.	KATZ Indeks D	Kemandirian semua aktivitas hidup sehari-hari, kecuali mandi, berpakaian, ketoilet, dan salah satu fungsi yang lain tersebut diatas.
5.	KATZ Indeks E	Kemandirian semua aktivitas hidup sehari-hari, kecuali mandi, berpakaian, ketoilet berpindah, dan salah satu fungsi yang lain tersebut diatas.
6.	KATZ Indeks F	Kemandirian semua aktivitas hidup sehari-hari, kecuali mandi, berpakaian ketoilet berpindah dan salah satu fungsi lain seperti diatas.
7.	KATZ Indeks G	Ketergantungan untuk semua fungsi tersebut diatas.
8.	Lain-lain	Tergantung pada sedikitnya dua fungsi tetapi dapat diklasifikasikan sebagai C,D,E atau F.

Keterangan:

Setelah dilakukan pengkajian klien tergantung berpindah dan pergi ketoilet, untuk aktivitas yang lainnya bisa sendiri.

2. Modifikasi dari Barthel Indeks

Tabel 3.2

Pengkajian fungsional klien dengan menggunakan modifikasi dari Bartel Indeks

No	Kriteria	Dengan Bantuan	Mandiri	Keterangan
1.	Makan	5	10	Frekuensi 2-3/hari Jumlah 1 porsi Jenis; nasi+ lauk pauk
2.	Minum	5	10	Frekuensi:6-8

				gelas/hari Jenis: aitr putih
3.	Berpindah dari kursi roda ketempat tidur sebaliknya	5 atau 10	15	
4.	Personal toilet (cuci muka, menyisir, gosok gigi)	0	5	Frekuensi : Cuci muka \pm 5x/hari Menyisir 2x/hari Gosok gigi 2x/hari
5.	Keluar masuk toilet Mencuci pakaian, menyiram)	5	10	Frekuensi :
6.	Mandi	5	15	Frekuensi : 2x
7.	Jalan dipermukan datar	0	5	
8.	Naik turun tangga	5	10	
9.	Mengenakan pakaian	5	10	
10.	Kontrol BAB	5	10	Frekuensi: 1x/hari Konsistensi: lembek
11.	Kontrol BAK	5	10	Frekuensi: \pm 10x Warna: khas urine
12.	Olahraga/ latihan	5	10	
13.	Rekreasi/pemanfaatan waktu luang	5	10	Jenis: nonton TV

Intervrestasi

Skor 130 : mandiri

Skor 65-125 : ketergantungan sebagian

Skor <65 : ketergantungan total

Skor klien : 100 (klien ketergantungan sebagian)

7) Pengkajian psikososial

a. Sosial

Klien mampu berinteraksi dengan orang lain, status emosi Ny.I stabil dan kooperatif ketika diajak bicara, sikap klien baik terhadap orang lain, komunikasi klien verbal .

b. Emosional

1. Pertanyaan tahap 1 berupa :

a). Apakah klien mengalami sukar tidur? Tidak

b). Apakah klien sering merasa gelisah? Tidak

c). Apakah klien sering murung/menangis sendiri? Tidak

d). Apakah klien sering was-was/ khawatir? Ya

jadi klien tidak mengalami masalah emosional

8) Pengkajian Spiritual

Klien beragama islam dank lien selalu menunaikan shalat 5 waktu, pendapat klien mengenai hari kematian”*pami ibu dipunut ku gusti Alloh ayena, ibu mah ngadoa weh mudah-mudahan dihapunten sagala kalepatan ibu dialam dunya*”.

9) Status Kognitif/ Afektif / mental/social

1. Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ)

Penilaian ini dilakukan untuk melakukan fungsi intelektual

Tabel 3.3
Pengkajian Status Mental

Skor jawaban		No Soal	Pertanyaan	Jawaban \checkmark
Benar	Salah			
\checkmark		01	Tanggal berapa hari ini ?	24
\checkmark		02	Hari apa sekarang?	Sabtu
\checkmark		03	Apa nama tempat ini?	Rumah
\checkmark		04	Berapa no telpon anda? Atau dimana alamat anda ?	Guna Mekar
\checkmark		05	Berapa umur anda?	68 tahun
\checkmark		06	Kapan anda lahir? (minimal tahun lahir)	1952
\checkmark		07	Siapa presiden Indonesia sekarang?	Jokowi
\checkmark		08	Siapa presiden Indonesia sebelumnya?	Sby
\checkmark		09	Siapa nama ibu anda?	Onoh
Type equat	\checkmark	10	Kurangi 3 dari 20 dan tetap kurangi samapi 3 kali pengurangan	17,16, (x),14,(x)
			Jumlah skor total jawaban salah	1

Keterangan:

1. Jumlah jawaban salah sebanyak 0-2 : fungsi intelektual utuh
2. Jumlah jawaban salah sebanyak 3-4 : kerusakan intelektual ringan
3. Jumlah jawaban salah sebanyak 5-7 : kerusakan intelektual sedang
4. Jumlah jawaban salah sebanyak 8-10 : kerusakan intelektual berat

2. Mini Mentas State (MMSE)

Tabel 3.4

MMSE(Mini Mentas State)

No	Aspek Kognitif	Nilai Maksimum	Nilai klien	Pertanyaan (kriteria)
1.	Orientasi	5	√ √ √ √ √	Menyebutkan dengan benar: 1. Tahun berapa sekarang ? 2021 2. Musim apa sekarang? Kemarau 3. Tanggal berapa sekarang? 24 4. Hari apa sekarang? Sabtu 5. Bulan apa sekarang? April
		5		Menyebutkan dimana kita berada ? 1. Negara apa ? Indonesia 2. Provinsi apa ? Jawa Barat 3. Kota apa ? Garut 4. Kampung apa ? Guna mekar 5. Alamat dimana ? Guna mekar
2.	Registrasi	5	√ √ √	Menyebutkan nama benda yang ditunjukkan pemeriksa 1. Pulpen 2. Kertas 3. Jam tangan
3.	Perhatikan & kalkulasi	5		Minta klien untuk memenuhi dari angka 100 kemudian dikurangi 7 sampai 5 kali

Nilai 0 – 17 : Gangguan kognitif berat

Klien mendapat skor 20 → klien memiliki gangguan kognitif sedang.

10) Pola kognitif Persepsi

Ny. I mengatakan sudah bisa melihat dengan jelas pandangan kabur terutama menjelang malam hari, klien menyatakan apabila jalan disekitar rumah harus memegang dinding, klien dan keluarga mengatakan tidak tahu komplikasi dan penyebab DM, klien mengatakan tidak tahu perawatan DM.

Tabel 3.5
Analisa Data

No	Data	Etiologi	Masalah
1	2	3	4
1.	DS : - Sejak 1 bulan yang lalu klien mengeluh nyeri kaki, nyeri kaki bertambah bila klien beraktivitas. - Nyeri dirasakan seperti kesemutan. DO : - Skla nyeri 5 (0-10) - Bb : 60 kg	Mikrovaskuler ↓ Aterosklerosis ↓ Hipertensi ↓ Pada Arteri Koroner ↓ Nyeri	Nyeri

	<ul style="list-style-type: none"> - TD : 150/90 mmHg - Nadi : 100x/menit - Gds : 315mg/dL - Gula darah puasa : 120Mg/dL - Rr : 20x/menit - Suhu : 36°C 		
2.	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan kedua matanya tidak bisa melihat dengan jelas, pandangan kabur menjelang malam hari. - Klien mengatakan apabila jalan harus memegang dinding. <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak berjalan sambil memegang dinding atau tongkat. 	<p>Gangguan pembuluh darah besar (makrovaskuler)</p> <p>↓</p> <p>Pecahnya pembuluh darah di koroid</p> <p>↓</p> <p>Retinopati proloferatif</p> <p>↓</p> <p>Neovaskulerisasi</p> <p>↓</p> <p>Pembuluh darah mengecil dan memendek/ tertarik</p> <p>↓</p> <p>Pelepasan retina pada perdarahan dalam badan uterus</p> <p>↓</p> <p>Retinopati Diebetik</p> <p>↓</p> <p>Sensori Penglihatan</p> <p>↓</p> <p>Gangguan persepsi sensori</p>	<p>Gangguan Persepsi Sensori Penglihatan</p>
3.	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan 	<p>Diabetes Mellitus</p> <p>↓</p>	<p>Defisiensi Pengetahuan</p>

	<p>tidak tahu komplikasi DM, penyebab dan perawatan DM.</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak cemas dengan kondisinya saat ini. 	<p>Pasien belum mengerti tentang penyakitnya</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Defisiensi Pengetahuan</p>	
--	--	---	--

2. Diagnosa Keperawatan

a. Nyeri akut berhubungan dengan infarkkoroner ditandai dengan:

DS :

- Sejak 1 bulan yang lalu klien mengeluh nyeri pada pada kedua kaki.
- Nyeri bertambah apabila klien beraktivitas.
- Nyeri dirasakan seperti kesemutan.

DO :

- Klien tampak cemas dan meringis kesakitan.
- Skala Nyeri 5 (0-10) - TD : 150/90 mmHg
- Nadi : 100x/menit
- Suhu : 36°C

- Gds : 315 mg/dL

- Gula darah puasa : 120 mg/dL

b. Gangguan resepsi sensori berhubungan dengan Diabetik diatandai dengan gangguan penglihatan:

DS :

- Klien mengatakan kedua matanya tidak bisa melihat dengan jelas pandangan kabur menjelang malam hari.

- Klien mengatakan apabila berjalan harus memegang dinding atau tongkat.

DO :

- Klien tampak berjalan sambil memegang dinding atau tongkat.

c. Defisiensi pengetahuan berhubungan dengan kurangnya informasi mengenai penyakitnya ditandai dengan klien bertanya mengenai penyakit yang dideritanya:

DS :

- Klien mengatakan tidak tahu komplikasi, penyebab dan perawatan Dm.

DO :

- Klien tampak cemas dengan kondisinya saat ini.

3. Proses Keperawatan (Perencanaan, Implementasi, dan Evaluasi)

Nama : Ny.I

Umur : 68 Tahun

Jenis Kelamin : Perempuan

DX : Diabetes Mellitus

No	Diagnosa Keperawatan	Perencanaan			Implementasi	Evaluasi
		Tujuan	Intervensi	Rasional		
1.	<p>Nyeri akut b.d infark coroner ditandai dengan: DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sejak 1 bulan yang lalu klien mengeluh nyeri pada pada kedua kaki. - Nyeri bertambah apabila klien beraktivitas. - Nyeri dirasakan seperti kesemutan. <p>DO :</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x2 jam nyeri dapat berkurang dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan nyeri berkurang. - Skala nyeri 0 (0-10). - Klien tampak tenang. - TTV dalam batas Normal. 	<p>1). Kaji tingkat nyeri, kualitas nyeri, durasi, lokasi.</p> <p>2). Berikan posisi nyaman</p>	<p>1). Untuk mengetahui lebih dalam nyeri yang dirasakan klien agar mempermudah tindakan keperawatan.</p> <p>2). Posisi nyaman dapat menghindarkan pada area nyeri.</p> <p>3). Membantu menurunkan rasa nyeri.</p>	<p>Sabtu, 24 April 2021 Jam 10.00 WIB</p> <p>1). Mengkaji tingkat nyeri, kualitas, frekuensi, durasi, lokasi.</p> <p>2). Memberikan posisi nyaman (semi fowler).</p> <p>3). Memberikan teknik distraksi.</p>	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan nyeri masih belum berkurang. <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - skala nyeri 3(0-10). - Klien tampak sedikit meringis <p>TD :</p> <p>120/80mmHg</p> <p>N: 98x/menit</p> <p>Rr: 20x/menit</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak cemas dan meringis kesakitan. - Skala Nyeri 5 (0-10) - TD : 150/90 mmHg - Nadi : 100x/menit - Suhu : 36°C - Gds : 315mg/dL - Gula darah puasa : 120mg/dL 		<p>3). Anjurkan klien untuk melakukan teknik distraksi dan relaksasi.</p> <p>4). Observasi TTV.</p> <p>5). Kolaborasi pemberian analgetik bila diperlukan.</p>	<p>4). Perubahan TTV merupakan salah satu indikasi.</p> <p>5). Obat analgetik memblok lintas nyeri sehingga nyeri berkurang.</p>	<p>4). Mengobservasi Ttv.</p> <p>Td : 140/80mmHg</p> <p>Nadi : 98x/menit</p> <p>Rr: 20x/menit</p> <p>Suhu: 36,5°C</p> <p>5). Berkolaborasi pemberian analgetik bila diperlukan.</p>	<p>Suhu : 36.5°C</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : lanjutkan intervensi</p>
2.	<p>Gangguan resepsi sensori berhubungan dengan Diabetik diatandai dengan gangguan penglihatan:</p> <p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kien 	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x2 jam gangguan persepsi sensori dapat teratasi dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mampu melihat 	<p>1). Orientasikan terhadap lingkungan ukur jarak pandang klien.</p>	<p>1). Untuk memperkenalkan kepada klien tentang lingkungan dan aktivitas sehingga dapat meningkatkan stimulus penglihatan serta mengetahui</p>	<p>Sabtu, 24 April 2021 Jam 11.00 WIB</p> <p>1). Mengorientasikan klien terhadap lingkungan ukur jarak pandang klien.</p>	<p>S :</p> <p>Klien mengatakan penglihatan kurang jelas.</p> <p>O : - klien tampak berjalan memegang</p>

	<p>mengatakan kedua matanya tidak bisa melihat dengan jelas pandangan kabur menjelang malam hari.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan apabila berjalan harus memegang dinding atau tongkat. <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak berjalan sambil memegang dinding atau tongkat. 	dengan jelas.	<p>2). Bedakan kemampuan, ketajaman penglihatan (visus) antara kedua mata.</p> <p>3). Anjurkan klien untuk menggunakan alat bantu (kacamata).</p> <p>4). Dorong klien untuk melakukan aktivitas sederhana.</p>	<p>kemampuan penglihatan klien.</p> <p>2). Untuk menentukan visus tiap mata.</p> <p>3). Dengan menggunakan kacamata sesuai dengan gangguan mata dapat membantu penglihatan klien.</p> <p>4). Mempertahankan keadaan normal tanpa stress.</p>	<p>2). Membedakan kemampuan, ketajaman penglihatan (visus) antara kedua mata.</p> <p>3). Anurkan klien untuk menggunakan alat bantu (kacamata).</p> <p>4). Dorong klien untuk melakukan aktivitas sederhana.</p>	<p>dinding atau tongkat.</p> <p>A : Masalah belum Teratasi.</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p>
3.	Defisiensi pengetahuan berhubungan dengan kurangnya informasi mengenai penyakitnya	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x 2jam diharapkan defisit	1). Identifikasi kesiapan dan kemampuan	1). Sebagai tolak ukur klien dalam menerima informasi.	Sabtu, 24 April 2021 Jam 12.00 WIB	S : Keluarga dan klien dapat memahami dan menyebutkan

	<p>ditandai dengan klien bertanya mengenai penyakit yang dideritanya:</p> <p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan tidak tahu komplikasi, penyebab dan perawatan Dm. <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak cemas dengan kondisinya saat ini. 	<p>pengetahuan dapat teratasi, dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien dan keluarga dapat memahami tentang komplikasi dan penyebab penyakit DM. - Klien dan keluarga mampu menjelaskan kemabali apa yang dijelaskan . 	<p>menerima informasi.</p> <p>2). Jelaskan pada klien dan keluarga tentang komplikasi, penyebab, dan perawatan DM.</p> <p>3). Jelaskan factor resiko dapat mempengaruhi kesehatan.</p> <p>4). Jelaskan pada klien dan keluarga cara perawatan DM.</p>	<p>2). Agar klien dan keluarga mengetahui tentang komplikasi, penyebab, dan perawatan DM .</p> <p>3). Agar klien paham factor apa saja yang mempengaruhi kesehatan.</p> <p>4). Agar keluarga dapat merawat pasien DM.</p>	<p>1). Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi.</p> <p>2). Menjelaskan pada klien dan keluarga tentang komplikasi, penyebab dan perawatan DM.</p> <p>3). Menjelaskan Faktor resiko yang dapat mempengaruhi kesehatan.</p> <p>4). Menjelaskan pada klien dan keluarga cara perawatan DM.</p>	<p>kembali tentang penyakit DM.</p> <p>O : Klien dan keluarga tampak memperhatikan saat diberikan penyuluhan.</p> <p>A : Masalah teratasi.</p> <p>P: intervensi dihentikan.</p>
--	---	---	---	---	--	---

4. Catatan Perkembangan

Tabel 3.6
Catatan Perkembangan Ke-1

TGL/BLN/TH N/JAM	DX	CATATAN PERKEMBANGAN	PARAF
24-04-2019 Jam 10.00 WIB		<p>S :</p> <p>Klien mengatakan nyeri sudah berkurang</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Skala nyeri 3 (0-1) - Klien tampak sedikit meringis - TD : 120/80mmHg - Nadi : 97x/menit - Rr: 19x/menit - Suhu : 36,1°C <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kaji tingkat nyeri, kualitas nyeri, durasi, lokasi. - Anjurkan klien untuk melakukan teknik distraksi dan relaksasi. <p>I :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengkaji tingkat nyeri, kualitas nyeri, durasi, lokasi. - Menganjurkan klien untuk melakukan teknik distraksi dan relaksasi. <p>E : Masalah belum Teratasi</p>	Fanilah Nurhaliza
24-04-2021 Jam 11.20 WIB	2	<p>S : Klien mengatakan penglihatan kurang jelas.</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak berjalan memegang dinding atau tongkat. <p>A : Masalah belum Teratasi</p> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan klien untuk menggunakan alat bantu (kacamata). 	Fanilah Nurhaliza

		<ul style="list-style-type: none">- Dorong klien untuk melakukan aktivitas sederhana. <p>I :</p> <ul style="list-style-type: none">- Menganjurkan klien untuk menggunakan alat bantu(kacamata).- Mendorong klien untuk melakukan aktivitas sederhana. <p>E : Masalah belum teratasi</p>	
--	--	--	--

Tabel 3.7
Catatan Perkembangan hari ke-2

TGL/BLN/THN	DX	Catatan perkembangan	Paraf
25-04-2021 Jam 09.00WIB	1	<p>S : klien mengatakan tidak nyeri</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Skala nyeri 0(0-10) - Klien tampak rileks - TD : 120/80mmHg - Nadi : 98x/menit - Rr : 20x/menit - Suhu : 36,2°C <p>A : Masalah Teratasi</p> <p>P : pertahankan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan klien untuk melakukan teknik distraksi dan relaksasi. <p>I :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menganjurkan klien untuk melakukan teknik distraksi dan relaksasi. <p>E : Masalah teratasi</p>	
25-04-2021 Jam 09.20 WIB	2	<p>S : Klien mengatakan penglihatan jelas</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak mengenakan kacamata. <p>A : Masalah Teratasi</p> <p>P : intervensi dihentikan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dorong klien untuk melakukan aktivitas sederhana. <p>I :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mendorong klien untuk melakukan aktivitas sederhana. <p>E : Masalah Teratasi</p>	Fanilah Nurhaliza

B. Pembahasan

Pembahasan ini berisi mengenai kesenjangan-kesenjangan antara tinjauan teoritis dan tinjauan kasus selama 3 hari melaksanakan asuhan keperawatan gerontik dengan gangguan system Endokrin: Diabetes Mellitus pada katz indeks A pada Ny.I di Kp. Guna Mekar RT001 RW 005 Desa Karangpawitan Kecamatan Karangpawitan Kabupaten Garut. Dengan memperhatikan dan menganalisa tujuan kasus dengan tinjauan teoritis, dari hasil perbandingan tersebut akan muncul kesenjangan-kesenjangan antara tinjauan teoritis dengan kenyataan, maka perlu beberapa aspek yang perlu dibahas mulai dari pengkajian Sampai evaluasi.

Selama melakukan pengkajian sampai dengan evaluasi didapatkan hasil yang nyata sesuai dengan gejala-gejala yang ditimbulkan oleh klien. Dimana penggunaan asuhan keperawatan dapat membantu dalam melakukan praktek keperawatan, menyelesaikan masalah keperawatan klien dan memenuhi kebutuhan klien secara ilmiah, sistematis dan terorganisasi yang melalui tahapan-tahapan:

1. Tahap Pengkajian

Tahap ini merupakan tahap awal proses keperawatan, sebelum melalui pengkajian pertama-tama penulis memulai dengan membina hubungan saling percaya penulis memperkenalkan diri, menjelaskan tujuan kunjungan, kontrak waktu untuk tahap selanjutnya dan respon Ny.I positif sehingga memudahkan penulis melakukan pengkajian selanjutnya.

Pengkajian tahap berikutnya yaitu tahap pengkajian tahap awal, dalam tahap ini penulis mendapatkan data focus tentang kesehatan Ny.I dari pihak pusat kesehatan masyarakat. Setelah itu penulis melanjutkan pengkajian lanjutan, pengkajian ini untuk memperoleh data yang lebih lengkap sesuai masalah kesehatan keluarga berorientasi pada pengkajian awal. Yaitu melakukan pemeriksaan fisik pada Ny.I .

Dari hasil pengkajian didapatkan data-data dari Ny.I mengatakan tentang penyakit yang dialaminya yaitu Diabetes Mellitus, gula darah pada waktu 10 tahun lalu Ny.I normal, tetapi pada saat pengkajian dan dilakukan cek gula pada bulan april 315mg/dl.

2. Tahap Diagnosa Keperawatan

a. Adapun diagnose keperawatan yang muncul pada kasus Diabetes Mellitus secara teori didalam BAB II adalah sebagai berikut:

- 1) Hypovolemia berhubungan dengan diuresis osmotik ditandai poliuri
- 2) .Defisit Nutrisi berhubungan dengan penurunan masukan oral ditandai dengan penurunan berat badan.
- 3) Nyeri berhubungan dengan iskemik jaringan ditandai dengan melaporkan nyeri secara vewrbai, sikap melindungi area nyeri.

- 4) Perfusi jaringan perifer tidak efektif berhubungan dengan Hipovolemia.
 - 5) Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan klien menyatakan lemah letih.
 - 6) Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan defisiensi insulin, kurang manajemen Diabetes
 - 7) Gangguan persepsi sensori berhubungan dengan retinopayi diabetic ditandai dengan gangguan penglihatan.
 - 8) Gangguan integritas kulit berhubungan dengan gangguan permukaan kulit (epidermis) yang ditandai dengan kulit kering dan pecah.
 - 9) Resiko infeksi berhubungan dengan penyakit kronis (diabetes mellitus).
 - 10) Deficit pengetahuan berhubungan dengan kurangnya informasi mengenai penyakit ditandai dengan klien bertanya mengenai penyakit yang diderita.
- b. Sedangkan diagnose keperawatan yang muncul saat pengkajian pada Ny. I ditemukan 3 diagnosa keperawatan berdasarkan prioritas utama, adalah sebagai berikut :
- 1) Nyeri berhubungan dengan infark koroner.
 - 2) Gangguan resepsi sensori berhubungan dengan retinopati diabetic.

3) Defisiensi pengetahuan berhubungan dengan kurangnya informasi mengenai penyakitnya.

Alasan mengapa diagnose keperawatan Hipovolemia, deficit Nutrisi, dan perfusi jaringan perifer tidak efektif tidak diangkat karena pada saat proses pengkajian tidak ditemukan baik secara subyektif maupun obyektif yang menunjang untuk diangkat diagnose tersebut.

3. Tahap Perencanaan

Pada tahap ini penulis menyusun rencana tindakan sesuai dengan permasalahan yang ada, perencanaan yang dibuat disesuaikan kemampuan, situasi, kondisi sumberdaya dan penulis sendiri. Secara teoritis penyusun harus dilaksanakan bersama klien,

4. Tahap pelaksanaan

Secara umum penulis dapat melakukan tahap pelaksanaan dengan cukup baik, seluruh rencana keperawatan yang telah dibuat sesuai dengan tujuan, dan kriteria dan standar hasil, karena keluarga cukup kooperatif dan terbuka sehingga penulis mendapatkan kemudahan dalam menyampaikan informasi-informasi yang ada berhubungan dengan masalah kesehatan dan masalah penyakit DM dengan melakukan pendidikan kesehatan yang menggunakan bahasa yang mudah dimengerti, ditunjang dengan memperhatikan serta penyampaian melalui media leaflet

dengan gambar-gambar yang mudah dipahami maka informasi dapat samapi kepada keluarga meskipun dalam waktu yang relative singkat dan tindakan keperawatan klinik juga dukungan-dukungan psikologi yang ditinjau untuk mengatasi permasalahan-permasalahan Ny. I yaitu DM.

5. Tahap Evaluasi

Pada tahap ini merupakan tahap untuk menilai sejauh mana hasil apabila melihat pada kriteria khusus dalam waktu yang ditetapkan, semua telah dicapai dengan baik, dan untuk tujuan umum semua masalah teratasi, di karenakan pengobatan dan penyembuhan DM memerlukan waktu yang cukup lama , penulis menganjurkan kepada Ny. I untuk memepertahankan masalah keperawatan yang sudah teratasi, penulis melimpahkan kepada keluarega untuk tetap melakukan yang telah dianjurkan pada Ny. I yang mengalami DM, dan mengatasi masalah yang muncul sesuai dengan rencana yang telah disusun. Untuk mengatasi masalah yangf belum teratasi atau sudah teratasi maka penulis bekarja sama dengan pihak keluarga Ny.I untuk tetap mengingatkan dan memberikan dukungan agar Ny. I senantiasa bersemangat untuk menjaga kesehatannya.

6. Tahap Dokumentasi

Dokumentasi adalah suatu proses informasi, penerimaan, pengiriman, dan evaluasi pusat rencana yang telah dilaksanakan oleh seorang perawat profesional. Format renpra membantu perawat untuk memproses informasi yang didapat selama tahap pengkajian dan diagnose keperawatan (Nursalam, 2013).

Pada tahap ini penulis menemukan berbagai hambatan, mulai dari tahap penulisan asuhan keperawatan sampai akhirnya penulis mendapatkan persetujuan dari pembimbing untuk diajukan ke tahap siding. Namun setiap tahapnya penulis lalui sesuai dengan mengikuti bimbingan dan terus berupaya seoptimal mungkin untuk memperbaiki setiap kekurangan yang penulis buat dalam tahap pendokumentasian dalam bentuk karya tulis ini.

BAB IV

KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

1) KESIMPULAN

A. Tahap Pengkajian

Pada tahap pengkajian, penulis dapat melakukan pengkajian secara komprehensif terhadap aspek-aspek yang ada dalam diri lansia serta lingkungan sekitar, dalam pengkajiaan klien mempunyai beberapa faktor yang mendukung pada penyakit hipertensi yaitu faktor usia yang sudah lanjut, kesemutan di kaki, penglihatan buram, mengeluh banyak minum dan banyak kencing, dan sering mengantuk.

B. Tahap Diagnosa Keperawatan

Adapun diagnose keperawatan yang ditemukan oleh penulis adalah nyeri (kaki)berhubungan dengan infrak koroner, gangguan resepsi sensori berhubungan denhgan retinopati diabteik ditandai dengan gangguan penglihatan, defisiensi pengetahuan berhubungan dengan kurangnya informasi mengenai penyakitnya .

C. Tahap Perencanaan

Rencana yang dibuat berdasarkan diagnose keperawatan gerontik diantaranya; kaji pengetahuan klieb dan diskusikan tentang definisi Diabetes Mellitus, penyebab dan penatalaksaanaannya,demonstrasikan perawat, dan diet Diabetes Mellitus, dengan cara cara teknik distraksi dan

relaksasi dan mengajarkan senam Diabetes, cara perawatan usia lanjut pada pokok-pokok kegiatan yang harus dilakukan oleh usia lanjut.

D. Tahap Penatalaksanaan

Secara umum tahap penatalaksanaan sangat baik yaitu sesuai dengan perencanaan yang dibuat meskipun ada beberapa hambatan yang didapat karena keterbatasan sumber daya yang ada namun sikap kooperatif dari klien yang memudahkan penulis untuk mengatasi hal tersebut,. Dengan menggunakan bahasa yang mudah dimengerti ditunjang dengan dokumentasi serta penyampaian informasi yang mudah dipahami, maka klien memahami penjelasan penulis dengan baik.

E. Tahap Evaluasi

Penulis dapat melakukan evaluasi dari tindakan keperawatan yang telah dilakukan. Setelah di evaluasi, penulis penul dapat menyimpulkan dari ketiga masalah atau diagnose keperawatan yang muncul yang dapat diatasi Nyeri (kaki), Gangguan infark koroner, dan Defisiensi pengetahuan sudah teratasi semua.

F. Tahap Dokumentasi

Penulis mampu mendokumentasikan asuhan keperawatan pada Ny.I dengan gangguan system Endokrin : Diabetes dengan kayz indeks A di wilayah kerja Puskesmas Karangpawitan.

2) REKOMENDASI

Setelah penulis memberi asuhan keperawatan pada Ny.I secara sistematis dan komprehensif penulis akan mengemukakan beberapa saran tentunya yang bersifat membangun kearah perbaikan bagi pihak-pihak yang terkait saran-saran tersebut diantaranya ditunjukkan kepada:

1) Bagi Ny.I

Diharapkan klien dapat memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada dilingkungan sekitar secara teratur minimal 1 bulan sekali, Ny.I dapat memanfaatkan waktu luang dengan melakukan mengontrol Gula Darah Sewaktu (GDS) serta mempertahankan segala sesuatu yang telah dicapai oleh klien Ny.I dan jika perlu tingkatkan lagi, agar tujuan diperoleh tidak hanya sesat, melainkan tetap bisa mempertahankan untuk mendapatkan kondisi yang lebih baik dalam meningkatkan status kesehatan Ny.I.

2) Bagi Institusi Pendidikan

Supaya dapat ikut berkontribusi dalam mengurangi angka kesakita pada lansia terutama dengan Diabetes Mellitus dengan cara melakukan program atau kegiatan yang rutin dilaksanakan seperti pemeriksaan Gula Darah Sewaktu (GDS), berbagai bentuk penyuluhan kesehatan yang melibatkan mahasiswa untuk menambah pengetahuan lansia tentang penyakit. Kegiatan atau program ini yang dapat dilakukan adalah mengadakan kegiatan rutin senam-senam tentang kesehatan khususnya bagi lansia yang menderita Diabetes

Mellitus. Selain itu mengurangi angka kesakitan pada lansia itu sendiri, dengan kegiatan seperti itu institusi juga sudah membiaskan mahasiswa untuk mengaplikasikan tentang pembelajaran yang didapatkan selama belajar di kampus dengan kegiatan di lapangan yang dapat menambah wawasan mahasiswa.

3) Bagi pihak Puskesmas Karangpawitan

Perawat hendaknya selalu memberikan pendidikan kesehatan bagi klien, karena bermanfaat untuk menambah ilmu pengetahuan klien dengan diharapkan dapat membantu klien dalam melaksanakan perawatan mandiri atau minimal, mengadakan senam Diabetes bagi para lansia dan lebih sering mengontrol kesehatan lansia terutama Diabetes Mellitus dengan melakukan pemeriksaan cek Gula Darah Sewaktu agar klien yang terkena penyakit Diabetes Mellitus terkontrol dengan baik.

4) Bagi Mahasiswa

Agar mahasiswa mampu menerapkan ilmu yang telah didapatkan dari profesi keperawatan yang dipelajari. Sebagai bahan evaluasi tentang pengetahuan penerapan konsep keperawatan gerontik yang didapatkan selama pendidikan untuk diaplikasikan dalam praktik keperawatan secara nyata sehingga menambah wawasan pengetahuan dan keterampilan memberikan asuhan keperawatan Gerontik dengan Diabetes Mellitus, khususnya pada klien Ny.I yang dilaksanakan dari tanggal 24-04-2021.

DAFTAR PUSTAKA

- Azizah, 2011. Asuhan Keperawatan Gerontik, Jakarta : Salemba Medika.
- Azizah, 2011. Asuhan Keperawatan Gerontik, Jakarta : Salemba Medika.
- Bandiyah, Siti, 2012. Lanjut Usia dan Keperawatan Gerontik. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Brunner and Sudarth 2010. Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah, Jakarta : EGC
- Darmojo BR, 2011. Gerontologi dan Geriatri di Indonesia. Buku Ajar Ilmu dan penyakit dalam jilid 3 Edisi IV, Jakarta : Pusat Penerbit Departemen Ilmu Penyakit Dalam Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Depkes RI, 2011. Riset Kesehatan Dasar 2011. Jakarta: Badan Penelitian dan pengembangan Kesehatan RI.
- NANDA-I, 2018-2020. Diagnosa Keperawatan Nanda, Jakarta: EGC.
- PERKENI. Konsensus Penggunaan Insulin, Jakarta: PERKENI, 2015.
- PERKENI. Buku Pedoman Konsensus Pengendalian dan Pencegahan Diabetes Melitus Tipe 2 di Indonesia, Jakarta: PERKENI, 2015.
- Nugroho, S. A., 2010. Hubungan antara Tingkat Stres dengan Kadar Gula darah Pada Pasien Diabetes Melitus Di Wilayah Kerja Puskesmas Sukoharjo 1 Kabupaten Sukoharjo. pp. 48-51.
- Aspiani. (2014). *Buku Ajar Keperawatan Gerontik, Aplikasi NANDA NIC Dan NOC, Jilid 1*. Jakarta: TIM.

SATUAN ACARA PENYULUHAN

Sub Pokok Bahasan	: Diabetes Melitus (DM)
Sasaran	: di rumah Ny. I dan Keluarga
Tanggal Pelaksanaan	: 25 April 2021
Waktu	: 30 menit
Pukul	: 10.00 WIB
Tempat	: Rumah Ny. I
Penyuluh	: Fanilah Nurhaliza

A. Tujuan

Tujuan Umum

Setelah dilakukan tindakan penyuluhan kesehatan maka masyarakat Mampu mengetahui dan merawat anggota keluarga yang sakit dalam hal perawatan pasien Diabetes Melitus (DM)/ pemenuhan diit) Untuk mencegah terjadinya komplikasi lebih lanjut.

Tujuan Khusus

Setelah dilakukan tindakan keperawatan / pendidikan kesehatan selama

1 x 45 menit Lansia Mampu:

1. Mengetahui pengertian DM
2. Mengetahui penyebab DM
3. Mengetahui tanda dan gejala DM
4. Mengetahui komplikasi DM
5. Mengetahui tentang penatalaksanaan pada pasien Diabetes Melitus (DM)

B. Sasaran dan Target

Sasaran ditujukan pada Ny. I dan Keluarga

C. Strategi Pelaksanaan

Hari dan Tanggal Pelaksanaan : 25 April 2021
Waktu : 10.00 WIB – selesai
Tempat : di rumah Ny. I

D. Metode

- Ceramah
- Diskusi/ tanya jawab

E. Susunan Acara

Tahap	Kegiatan	Waktu
Pembukaan	<ol style="list-style-type: none">1. Mengucapkan salam2. Menjelaskan tujuan dari penyuluhan3. Melakukan kontrak waktu4. Menyebutkan materi penyuluhan yang akan diberikan Melakukan penyuluhan tentang pengertian Diabetes Melitus	5 menit
Pelaksanaan	<ol style="list-style-type: none">1. Melakukan penyuluhan tentang penyebab DM2. Melakukan penyuluhan tentang tanda dan gejala Diabetes Melitus3. Melakukan penyuluhan tentang Komplikasi Diabetes melitus4. Melakukan penyuluhan tentang penatalaksanaan pasien DM (diit)5. Memberikan pertanyaan pada keluarga6. Menutup pertemuan dan mengucapkan salam	30 menit
Penutup	<ol style="list-style-type: none">1. Menyimpulkan materi penyuluhan2. Melakukan evaluasi3. Menutup penyuluhan dan memberikan salam	10 menit

TINJAUAN TEORI

A. Pengertian

Diabetes Melitus merupakan kelainan heterogen yang ditandai dengan oleh kenaikan kadak glukosa dalam darah atau hiperglikemia. Glukosa secara normal bersirkulasi dalam jumlah tertentu dalam darah pada diabetes kemampuan tubuh bereaksi terhadap insulin dapat menurun, atau pankreas dapat menghentikan sama sekali produksi insulin (Suddart, 2014).

B. Etiologi

Faktor penyebab diabetes mellitus:

1. Faktor keturunan
2. Gaya hidup
3. Obesitas/ kegemukan
4. Penuaan
5. Infeksi

C. Manifestasi Klinik

1. Adanya tanda-tanda klasik hiperglukemi
 - polidipsi (banyak minum)
 - poliuri (banyak kencing)
 - polipagi (banyak makan)
2. Kelemahan tubuh

3. Kesemutan/ rasa gatal
4. Gatal-gatal pada kulit
5. Luka yang tidak sembuh-sembuh

D. Komplikasi

1. Gangguan pada mata
2. Gangguan pada syaraf
3. Gangguan pada pembuluh darah
4. Gangguan pada otak
5. Gangguan pada ginjal

E. Penanganan

Penanganan untuk menjegah terjadinya Dm adalah:

1. Kontrol kadar gula darah yang teratur
2. Olah raga yang teratur/ latihan gerak
3. Minum obat secara teratur
4. Makanan sesuai diit

F. Diit Pada Diabetes Melitus

Pemberian diit pada DM dengan memperhatikan prinsip 3 J yaitu:

1. Jenis bahan Makanan
2. Jadwal makanan
3. Jumlah makanan

Diit pada Dm adalah:

Tinggi karbohidrat, tinggi serat, rendah lemak, rendah protein

Tujuan Pemberian Diit pada DM:

1. Mempertahankan kadar gula agar normal
2. Mempertahankan BB yang seimbang

3. Mencegah Komplikasi akut dan kronik

A. Makanan yang harus dihindari

1. Gula
2. Susu
3. Madu

B. Makanan yang mengandung karbohidrat yang boleh dimakan

1. Nasi
2. Kentang
3. Roti
4. Singkong

C. Bahan makanan yang mengandung protein hewani yang boleh dimakan, seperti:

1. Ikan segar
2. Ayam
3. Telur Ayam
4. Udang

D. Bahan makanan yang mengandung protein nabati yang boleh dimakan, seperti:

1. Tahu
2. Tempe
3. Kacang tanah
4. Kacang hijau
5. Kacang merah

E. Sayuran yang bebas dimakan

1. Kangkung
2. Tomat

3. Terong
4. Ketimun
5. Kol
6. Sawi
7. Gambas

F. Sayuran yang boleh dimakan tapi dibatasi:

1. Buncis
2. Daun singkong
3. Kacang panjang
4. Kembang Kol
5. Bayam

G. Buah yang bebas dimakan tanpa dibatasi

1. Jambu air
2. Jambu biji
3. Pepaya

H. Buah yang boleh dimakan tapi dibatasi

1. Pisang, kecuali pisang ambon dan pisang hijau
2. Jeruk
3. Mangga
4. Nanas

I. Buah yang tidak boleh dimakan, seperti;

1. Nangka
2. Durian
3. Sawo
4. Lecy
5. Apel merah

DAFTAR PUSTAKA

Suddarth *Vol 2 E/8*. Jakarta : EGC. Jakarta

E. Jumlah Makan sesuai Aturan Diet

Jumlah makan sesuai aturan diet adalah sesuai dengan kalori dengan gizi penderita

1. Kurus
2. Berat normal
3. Gemuk

Contoh menu diet Diabetes Mellitus untuk 1700 kkal (berat normal)

- a. Pagi pukul 08.30 WIB
 - Roti tawar 4 potong / 2 buah kentang rebus
 - Teh ½ butir
 - Keju 1 sendok / tempe goreng 1 potong
 - Tomat sekehendak
 - Margarin ½ sendok makan
 - Air teh manis (dengan gula 1 sendok teh)
- b. Pukul 10.00 WIB
 - Pepaya 1 potong sedang
- c. Siang pukul 12.00 WIB
 - Nasi 1 gelas
 - Daging 1 potong besar
 - Tempe 2 potong
 - Kol, tauge sekehendak
 - Bayam, kacang panjang ½ gelas
 - Nanas 1/6 buah sedang
 - Minyak ½ sendok makan
 - 1 gelas Air putih

- d. Sore pukul 18.30 WIB
 - Kentang 2 biji sedang
 - Daging 1 potong sedang
 - Tahu 1 biji sedang
 - Ketimun, selada sekehendak
 - Buncis, wortel ½ gelas
 - Pepaya 1/6 buah sedang
 - 1 gelas air putih
- e. Pukul 21.00 WIB
 - Pisang 1 buah.

F. Pentingnya Kepatuhan menjalankan Diet

1. Untuk perbaikan kadar gula darah dan lemak
2. Untuk mencegah adanya kadar gula darah naik
3. Untuk mencegah adanya kadar gula darah yang turun drastis
4. Untuk mencegah terjadinya kelemahan.

G. Hal yang dilakukan setelah menderita DM??

1. Olahraga teratur
2. Pengaturan makan
3. Minum obat secara teratur
4. Periksa kadar gula darah teratur 1 bulan sekali

DIABETES MELLITUS dan PERAWATANNYA



FANILAH NURHALIZA

KHGA. 18141

STIKES KARSA HUSADA

GARUT

2021

DIABETES MELLITUS

A. Pengertian

Diet Diabetes Mellitus adalah aturan makanan yang diberikan pada penderita penyakit gula.

B. Penyebab

1. Faktor keturunan
2. Faktor Immunologi
3. Faktor Lingkungan
4. Usia (kekebalan terhadap insulin cenderung meningkat pada usia di atas 65 tahun)
5. Kegemukan
6. Riwayat keluarga
7. Kelompok etnik/suku

C. Tanda dan Gejala

- | | |
|----|------------------------------|
| 1. | Sering BAK |
| 2. | Sering haus |
| 3. | Sering lapar |
| 4. | Badan terasa lemas. |
| 5. | Penurunan berat badan |
| 6. | Baal dan kesemutan pada kaki |
| 7. | Gatal-gatal |
| 8. | Luka yang sukar sembuh |
| 9. | Pandangan kabur |

10. Lemah syahwat dan pembakaran zat dalam tubuh tidak normal

B. Jenis Makanan yang Rendah Gula

1. Sumber karbohidrat: kentang 2 biji sedang, nasi $\frac{1}{4}$ gelas, roti putih 3 potong sedang.



2. Sumber protein hewani
 - a. Rendah lemak: ayam tanpa kulit 1 potong sedang, ikan segar 1 potong sedang, ikan asin 1 potong sedang.



- b. Lemak sedang: daging kambing 1 potong sedang, daging sapi 1 potong sedang, telur ayam 1 butir
- c. Tinggi lemak: bebek 1 potong sedang, ayam dengan 1 kulit potong sedang

3. Sumber protein nabati: kacang hijau 2 sendok makan, kacang tanah 2 sdm, tahu 1 biji besar, tempe 2 potong sedang



4. Sayuran

- a. Sayuran A (bebas dimakan, kandungan kalori dapat diabaikan); gembes, ketumbar, labu air, lobak, tomat.
- b. Sayuran B (agak bebas dimakan, mengandung sedikit kalori protein); buncis, brokoli, jagung muda, kol, wortel, terong, kangkung, rebung, kacang panjang.



5. Buah dan gula: anggur 20 buah sedang, apel merah 1 buah, duku 9 buah, jeruk manis 2 buah, kedondong 2 buah sedang, pisang 1 buah, pepaya 1 potong sedang, gula 1 sdm, madu 1 sdm.

