

KARYA TULIS AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK TN.B DENGAN
DIAGNOSA MEDIS DIABETES MELITUS DI UPTD GRIYA
WERDHA JAMBANGAN SURABAYA**



Oleh :

IGINATIUS ERINO SEPTALAKANA RAHANMITU

NIM.1930038

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH
SURABAYA
2020**

KARYA TULIS AKHIR

ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK TN.B DENGAN DIAGNOSA MEDIS DIABETES MELITUS DI UPTD GRIYA WERDHA JAMBANGAN SURABAYA

**Karya Tulis Akhir ini diajukan sebagai satu syarat
untuk memperoleh gelar Ners (Ns)**



Oleh :

IGINATIUS ERINO SEPTALAKSANA RAHANMITU

NIM.1930038

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH
SURABAYA
2020**

SURAT PERNYATAAN KEASLIAN LAPORAN

Saya bertanda tangan dibawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa karya tulis akhir ini saya susun tanpa melakukan plagiat sesuai dengan peraturan yang berlaku di STIKES Hang Tuah Surabaya. Berdasarkan pengetahuan dan keyakinan penulis, semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk, saya nyatakan dengan benar. Bila ditemukan plagiasi, maka saya akan bertanggung jawab sepenuhnya menerima sanksi yang dijatuhkan oleh STIKES Hang Tuah Surabaya.

Surabaya, 2020
Penulis

Iginatius Erino Septalaksana Rahanmitu
NIM. 1930038

HALAMAN PERSETUJUAN

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa :

Nama : Iginatius Erino Septalaksana Rahanmitu

NIM : 1930038

Program Studi : Pendidikan Profesi Ners

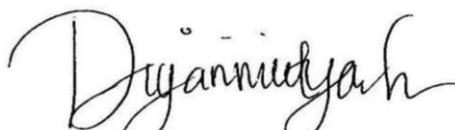
Judul : Asuhan Keperawatan Gerontik Tn.B dengan Diagnosa Medis Diabetes Melitus
di UPTD Griya Werdha Jambangan Surabaya.

Serta perbaikan – perbaikan sepenuhnya, maka kami menganggap dan dapat menyetujui bahwa karya tulis ini diajukan dalam sidang guna memenuhi sebagai persyaratan untuk memperoleh gelar:

NERS (Ns)

Surabaya, 2020

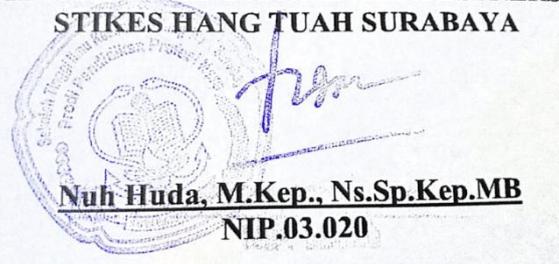
Pembimbing



Diyan Mutyah, S.Kep., M.Kes
NIP.03053

Mengetahui,

**KA PRODI PENDIDIKAN PROFESI NERS
STIKES HANG TUAH SURABAYA**



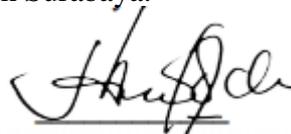
HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Akhir dari :

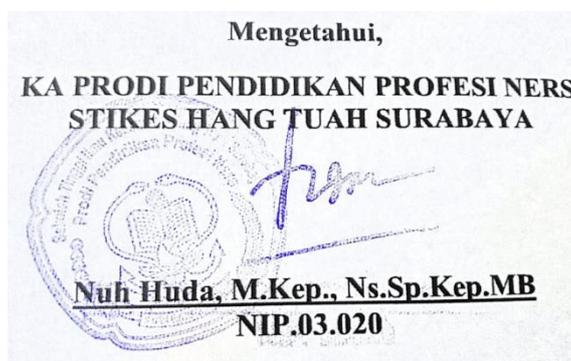
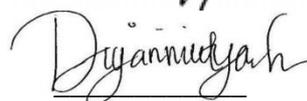
Nama : Iginatius Erino Septalaksana Rahanmitu
NIM. : 193.0038
Program Studi : Pendidikan Profesi Ners
Judul : Asuhan Keperawatan Gerontik Tn. A dengan Diagnosa Medis
Diabetes Melitus di UPTD Griya Werdha Jambangan Surabaya.

Telah dipertahankan dihadapan dewan penguji Karya Tulis Akhir di Stikes Hang Tuah Surabaya, dan dinyatakan dapat diterima sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar “NERS” pada prodi Pendidikan Profesi Ners di Stikes Hang Tuah Surabaya.

Penguji I : **Ns. Sukma Ayu C, M.Kep., Sp. Kep.J**
NIP. 03023



Penguji II : **Diyan Mutyah, S.Kep., Ns., M.Kes**
NIP. 03053



Ditetapkan : Surabaya

Tanggal : Juli 2020

MOTTO DAN PERSEMBAHAN

Kasih Itu Sabar, Kasih Itu Murah Hati, Ia Tidak Cemburu. Ia Tidak Memegahkan Diri Dan Tidak Sombong. Ia Tidak Melakukan Yang Tidak Sopan Dan Tidak Mencari Keuntungan Diri Sendiri. Ia Tidak Pemaarah Dan Tidak Menyimpan Kesalahan Orang Lain.

PERSEMBAHAN

1. Terima kasih kepada TYE yang telah memeberikan nikmat serta hidayah bagi saya untuk dapat menyelesaikan Karya Tulis Akhir ini.
2. Terima kasih kepada orang tua yang telah berjuang dan memberikan semangat serta doa dan dukungan kepada saya dengan penuh cinta kasih sehingga Karya Tulis Akhir saya dapat selesai dengan tepat waktu.
3. Terima kasih kepada ibu dan bapak dosen pembimbing dan penguji yang telah membimbing saya hingga saat ini untuk dapat menyelesaikan Karya Tulis Akhir ini.
4. Terima kasih kepada teman-teman Prodi Ners yang telah memberi semangat dan dukungan sehingga dapat menyelesaikan Karya Tulis Akhir ini.
5. Terima kasih kepada seluruh pihak yang telah berpartisipasi dan memberikan dukungan kepada saya hingga terselesainya Karya Tulis Akhir ini.

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadirat Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya pada penulis, sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini sesuai dengan waktu yang telah ditentukan. Karya tulis akhir ini disusun sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan program Pendidikan Profesi Ners.

Penulis menyadari bahwa keberhasilan dan kelancaran karya tulis akhir ini bukan hanya karena kemampuan penulis saja, tetapi banyak bantuan dari berbagai pihak yang telah dengan ikhlas membantu penulis demi terselesaikannya penulisan, oleh karena itu pada kesempatan ini penulis menyampaikan terima kasih dan penghargaan yang sebesar-besarnya kepada:

1. Ibu Wiwiek Lestyningrum, S.Kp., M.Kep selaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada peneliti untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan profesi ners di STIKES Hang Tuah Surabaya.
2. Ibu Septarti Hendartini S.sos Kepala UPTD Griya Werdha Jambangan Surabaya.
3. Puket 1, Puket 2, Puket 3 STIKES Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada peneliti untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan profesi ners di STIKES Hang Tuah Surabaya.
4. Bapak Ns. Nuh Huda, M.Kep., Sp.Kep.MB., selaku Kepala Program Studi Pendidikan Profesi Ners yang selalu memberikan dorongan penuh dengan wawasan dalam upaya meningkatkan kualitas sumber daya manusia.
5. Ibu Diyan Mutyah, S.Kep., M.Kes selaku Pembimbing yang penuh kesabaran dan penuh perhatian memberikan saran, kritik dan bimbingan demi kesempurnaan penyusunan karya tulis akhir ini.

6. Seluruh staf dan karyawan STIKES Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan bantuan dalam kelancaran proses belajar di perkuliahan.
7. Teman-teman sealmamater profesi ners A10 di STIKES Hang Tuah Surabaya yang selalu bersama-sama dan menemani dalam pembuatan karya tulis akhir ini.
8. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, terima kasih atas bantuannya. Penulis hanya bisa berdo'a semoga Allah SWT membalas amal baik semua pihak yang telah membantu dalam proses penyelesaian Karya Tulis Akhir ini.

Selanjutnya penulis menyadari bahwa Karya Tulis Akhir ini masih banyak kekurangan dan masih jauh dari kesempurnaan. Maka saran dan kritik yang konstruktif senantiasa penulis harapkan. Akhirnya penulis berharap, semoga Karya Tulis Akhir ini dapat memberikan manfaat bagi siapa saja yang membaca terutama Civitas STIKES Hang Tuah Surabaya

Surabaya, 2020

Penulis

DAFTAR ISI

COVER	Error! Bookmark not defined.
SURAT PERNYATAAN KEASLIAN LAPORAN	Error! Bookmark not defined.
HALAMAN PERSETUJUAN	Error! Bookmark not defined.
HALAMAN PENGESAHAN	Error! Bookmark not defined.
KATA PENGANTAR	Error! Bookmark not defined.
DAFTAR TABEL	Error! Bookmark not defined.
DAFTAR GAMBAR	Error! Bookmark not defined.
DAFTAR LAMPIRAN	Error! Bookmark not defined.
BAB 1 PENDAHULUAN	Error! Bookmark not defined.
1.1 Latar Belakang	Error! Bookmark not defined.
1.3 TujuanPenulisan	Error! Bookmark not defined.
1.3.1 Tujuan Umum.....	Error! Bookmark not defined.
1.3.2 Tujuan Khusus.....	Error! Bookmark not defined.
1.4 ManfaatPenulisan	Error! Bookmark not defined.
1.4.2 Bagi TempatPenulisan	Error! Bookmark not defined.
1.4.3 Bagi Perkembangan Ilmu Pengetahuan dan Profesi Keperawatan....	Error! Bookmark not defined.
not defined.	
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	Error! Bookmark not defined.
2.1. Konsep Dasar Diabetes Militus.....	Error! Bookmark not defined.
2.1.1. Definisi Diabetes Melitus	Error! Bookmark not defined.
2.1.2 Etiologi Diabetes Melitus	Error! Bookmark not defined.
2.1.3 Patofisiologi Diabetes Mellitus.....	Error! Bookmark not defined.
2.1.4 Manifestasi Klinis Diabetes Melitus	Error! Bookmark not defined.
2.1.5 Klasifikasi Diabetes Mellitus.....	Error! Bookmark not defined.
2.1.6 Komplikasi Diabetes Mellitus	Error! Bookmark not defined.
2.1.8. Pemeriksaan Kadar Gula Darah.....	Error! Bookmark not defined.
2.2. Konsep Dasar Lansia	Error! Bookmark not defined.
2.2.4. Teori Proses Penuaan.....	Error! Bookmark not defined.
2.2.5. Perubahan yang Terjadi pada Lansia	Error! Bookmark not defined.
2.2.6. Tipe Lansia	Error! Bookmark not defined.
BAB 3 TINJAUAN KASUS	Error! Bookmark not defined.
3.1 Pengkajian.....	Error! Bookmark not defined.
3.1.1 Identitas	Error! Bookmark not defined.
3.1.2. Riwayat Kesehatan.....	Error! Bookmark not defined.

3.1.3.	Status Fisiologis	Error! Bookmark not defined.
3.1.4.	Pengkajian Head To Toe	Error! Bookmark not defined.
3.1.5.	Pengkajian Keseimbangan Untuk Lansia.....	Error! Bookmark not defined.
3.1.6.	Pengkajian Psikososial	Error! Bookmark not defined.
3.1.7.	Pengkajian Perilaku Terhadap Kesehatan	Error! Bookmark not defined.
3.1.8.	Pengkajian Lingkungan.....	Error! Bookmark not defined.
3.1.9.	Pengkajian Afektif Inventaris Depresi Beck.	Error! Bookmark not defined.
3.1.10.	Pengkajian Status Sosial Menggunakan APGAR Keluarga....	Error! Bookmark not defined.
3.1.11.	Masalah Emosional	Error! Bookmark not defined.
3.1.12.	Tingkat Kerusakan Intelektual SPMSQ (Short Portable Mental Status Quesioner)	Error! Bookmark not defined.
3.1.13.	Identifikasi Aspek Kognitif MMSE (Mini Mental Status Exam)...	Error! Bookmark not defined.
3.1.14.	Indeks Barthel.....	Error! Bookmark not defined.
3.1.15.	Tingkat Kemandirian Dalam Kehidupan Sehari-hari Indeks KATZ.....	Error! Bookmark not defined.
3.2	Terapi.....	Error! Bookmark not defined.
3.3	Analisa Data.....	Error! Bookmark not defined.
3.4	Prioritas Masalah.....	Error! Bookmark not defined.
3.5	Rencana Keperawatan	Error! Bookmark not defined.
3.6	Intervensi dan Evaluasi Keperawatan	Error! Bookmark not defined.
BAB 4 PEMBAHASAN		Error! Bookmark not defined.
4.1.	Pengkajian.....	Error! Bookmark not defined.
4.2.	Keluhan Utama.....	Error! Bookmark not defined.
4.3.	Riwayat Penyakit Dahulu	Error! Bookmark not defined.
4.4.	Status Fisiologis	Error! Bookmark not defined.
4.5.	Pengkajian Keseimbangan Untuk Lansia	Error! Bookmark not defined.
4.6.	Pengkajian Afektif Inventaris Depresi Beck.....	Error! Bookmark not defined.
4.7.	Diagnosa keperawatan.....	Error! Bookmark not defined.
4.7.1	Ketidakstabilan Kadar Gula Darah.....	Error! Bookmark not defined.
4.7.2.	Resiko Jatuh	Error! Bookmark not defined.
4.7.3	Gangguan Mobilitas Fisik	Error! Bookmark not defined.
4.8	Intervensi Keperawatan	Error! Bookmark not defined.
BAB 5 PENUTUP.....		Error! Bookmark not defined.
5.1.	Kesimpulan	Error! Bookmark not defined.
5.2.	Saran	Error! Bookmark not defined.

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1	Tabel Kadar Gula Darah	.....	16
Tabel 3.2	Terapi	.....	47
Tabel 3.3	Analisa Data	.....	48
Tabel 3.4	Prioritas Masalah	.....	49
Tabel 3.5	Rencana Keperawatan	.....	50
Tabel 3.6	Intervensi dan Evaluasi Keperawatan	.....	52

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1	WOC Diabetes Militus	.....	13
Gambar 2.3	WOC B1-B6	.....	39
Gambar 3.1	Genogram	.....	41

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	SOP (Standar Operasional Prosedur)	67
	Pemeriksaan Kadar Gula	
Lampiran 2	Indeks Bathel	68
Lampiran 3	Tingkat kerusakan intelektual SPMSQ	69
	<i>(Short Portable Mental Status Quesioner)</i>	
Lampiran 4	Identifikasi Aspek Kognitif MMSE (<i>Mini</i>	70
	<i>Mental Status Exam)</i>	

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Penuaan bisa terjadi pada semua individu dan dimana proses menua setiap individu pasti akan berbeda. Karena kebiasaan atau gaya hidup yang berbeda juga. “ Ada beberapa teori penuaan yaitu seperti teori biologi, teori kultural, teori sosial, teori genetika, teori rusaknya sistem imun tubuh, teori menua akibat metabolisme dan teori kejiwaan sosial” (Sunaryo et al., 2016).

Lanjut usia selalu terjadi penurunan fungsi tubuh dimana salah satunya adalah penurunan fungsi pancreas. Pada lansia yang sering dijumpai ketika terjadi penurunan fungsi pancreas adalah penyakit diabetes melitus. Diabetes Melitus adalah suatu keadaan ketika tubuh tidak mampu menghasilkan atau menggunakan insulin (hormon yang membawa glukosa darah ke sel-sel dan menyimpannya sebagai glikogen), dengan kondisi tersebut mengakibatkan terjadi hiperglikemia yang disertai berbagai kelainan metabolik akibat hormonal, melibatkan kelainan metabolisme karbohidrat, protein, dan lemak serta menimbulkan berbagai komplikasi kronis pada organ tubuh (Stuart dan Laraia, 2017).

Estimasi terakhir (IDF, 2013) di dunia lebih dari 382 juta orang terkena DM, dan pada tahun 2035 jumlah tersebut diperkirakan akan meningkat menjadi 592 juta orang. Badan organisasi dunia (WHO, 2017) memperkirakan Diabetes Melitus menjadi penyebab utama ke tujuh kematian di dunia pada tahun 2030. Jumlah kematian akibat DM digambarkan meningkat lebih dari 50% dalam 10 tahun ke depan. Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas, 2013) mengatakan bahwa penderita diabetes melitus di Indonesia meningkat pada tahun 2013 dibandingkan dengan Riskesdas tahun 2007. Prevalensi Diabetes Melitus pada tahun 2013 adalah 2,1% sedangkan prevalensi Diabetes Melitus tahun 2007 adalah sebesar 1,1%. Hanya

dua provinsi di Indonesia yang terlihat ada kecenderungan menurunnya prevalensi Diabetes Melitus, yaitu Papua Barat dan Nusa Tenggara Barat, sedangkan 31 provinsi lainnya di Indonesia menunjukkan kenaikan prevalensi Diabetes Melitus yang cukup berarti salah satunya adalah Sumatera Barat.

Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas, 2018) Wilayah Jawa Timur jumlah prevalensi Diabetes Melitus berdasarkan diagnosis dokter pada penduduk semua umur adalah 2,0%, untuk jumlah prevalensi Diabetes Melitus berdasarkan diagnosis dokter pada penduduk umur > 15 tahun Di Wilayah Jawa Timur sebesar 2,6%. Prevalensi Diabetes Melitus berdasarkan pemeriksaan Kadar Gula Darah pada penduduk umur >15 tahun menurut karakteristik tertinggi berada pada umur 55-64 tahun dengan jumlah 15,6%. Angka kejadian lansia terkena Diabetes Melitus di panti Griya Werdha jambangan sebanyak 15 orang dari jumlah total lansia 135 lansia.

Pertambahan usia merupakan faktor resiko yang penting untuk DM karena penuaan berhubungan dengan resistensi insulin, seperti halnya resistensi insulin terkait dengan DM tipe 2. Kondisi tersebut dapat mengakibatkan mikrovaskuler (mengenai pembuluh darah besar seperti pembuluh darah jantung pembuluh darah tepi dan pembuluh darah otak), makrovaskuler (mengenai pembuluh darah kecil : retinopati diabetik, nefropati diabetik), neuropati diabetik, rentan infeksi, dan kaki diabetik. (Stuart dan Laraia, 2017). Permasalahan lansia karena adanya proses menua yang menyebabkan banyak perubahan pada tubuh lansia seperti perubahan psikologis, sosial dan penurunan fungsional tubuh. Akibat penurunan kapasitas fungsional ini lansia umumnya tidak berespons terhadap berbagai rangsangan. Penurunan kapasitas untuk merespon rangsangan menyebabkan lansia homeostasis tubuh. Gangguan terhadap homeostasis, salah satu homeostasis yang terganggu yaitu sistem pengaturan kadar glukosa darah. Gangguan pengaturan glukosa darah pada lansia meliputi tiga hal yaitu resistensi insulin, hilangnya pelepasan insulin fase pertama, dan peningkatan kadar glukosa darah postprandial,

diantara ketiga gangguan tersebut yang paling berperan adalah resistensi insulin. Resistensi insulin tersebut dapat disebabkan oleh perubahan komposisi lemak tubuh lansia berupa meningkatnya komposisi lemak dari 14% menjadi 30% (masa otot lebih sedikit sedangkan jaringan lemak lebih banyak), menurunnya aktivitas fisik sehingga terjadi penurunan reseptor insulin, perubahan pola makan lebih banyak makan karbohidrat, dan perubahan neurohormonal (Reswan, Alioes, Rita, Nan, & Sicincin, 2016).

Masalah keperawatan yang dapat terjadi pada lansia pada Panti di UPTD Griya Werdha Jambangan Surabaya berdasarkan SDKI masalah keperawatan yang dapat terjadi pada pasien dengan diabetes melitus adalah ketidakstabilan kadar glukosa darah b/d gangguan toleransi glukosa darah, resikojatuh b/d gangguan keseimbangan, gangguan mobilitas fisik b/d ketidakbugaran fisik. Sebagai tenaga medis, perawat dapat memberikan edukasi kepada lansia yang menderita diabetes melitus untuk melakukan pola hidup sehat misalnya mengatur pola makan dan meningkatkan aktivitas fisik misalnya olah raga, senam, atau latihan jasmani lainnya, agar kadar gula darah selalu dapat berada dalam keadaan terkendali karena dengan melakukan latihan jasmani berupa olah raga apapun itu dapat menimbulkan proses terjadinya peningkatan aliran darah, pembuluh kapiler lebih banyak terbuka sehingga mengakibatkan banyaknya reseptor insulin dan reseptor akan lebih aktif sehingga hal ini berdampak terhadap penurunan kadar gula darah pada penderita diabetes.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian masalah pada latar belakang diatas, maka rumusan masalah sebagai berikut :

“Bagaimanakah Asuhan Keperawatan Lansia dengan Diabetes Melitus di UPTD GRIYA WERDHA JAMBANGAN SURABAYA”

1.3 Tujuan Penulisan

Penulis mampu memberikan dan menerapkan asuhan keperawatan lansia dengan

Diabetes Melitus secara komprehensif di panti Griya Werdha Jambangan Surabaya.

1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan yang ingin dicapai dalam penulisan karya tulis ini adalah mampu memberikan asuhan keperawatan pada Tn. B dengan Diabetes Melitus di panti Griya Werdha Jambangan Surabaya secara benar.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Melakukan pengkajian pada Tn. B dengan Diabetes Melitus di panti Griya Werdha Jambangan Surabaya dengan Diabetes Melitus.
2. Merumuskan diagnosa keperawatan pada Tn. B dengan Diabetes Melitus di panti Griya Werdha Jambangan Surabaya.
3. Menyusun rencana asuhan keperawatan pada Tn. B dengan Diabetes Melitus di panti Griya Werdha Jambangan Surabaya.
4. Melakukan tindakan keperawatan pada Tn. B dengan Diabetes Melitus di panti Griya Werdha Jambangan Surabaya.
5. Melakukan evaluasi keperawatan pada Tn. B dengan Diabetes Melitus di panti Griya Werdha Jambangan Surabaya sesuai dengan rencana keperawatan.
6. Mendokumentasikan asuhan keparawatan Tn. B dengan Diabetes Melitus di panti Griya Werdha Jambangan Surabaya.

1.4 Manfaat Penulisan

1.4.1 Bagi Penulis

1. Menerapkan asuhan keperawatan gerontik dengan Diabetes Melitus
2. Menambah pengetahuan dan pengalaman dalam menerapkan asuhan keperawatan gerontik dengan Diabetes Melitus.
3. Meningkatkan keterampilan dalam pemberian asuhan keperawatan gerontik dengan Diabetes Melitus.

1.4.2 Bagi Tempat Penulisan

Penulisan karya tulis akhir ini di harapkan dapat dijadikan acuan dalam memberikan asuhan keperawatan untuk meningkatkan mutu pelayanan yang lebih baik khususnya pada lansia dengan Diabetes Melitus di panti Griya Werdha Jambangan Surabaya.

1.4.3 Bagi Perkembangan Ilmu Pengetahuan dan Profesi Keperawatan

Penulisan Karya Tulis Akhir (KTA) ini diharapkan dapat menambah pengetahuan dan wawasan bagi Profesi Keperawatan mengenai penyakit Diabetes Melitus, khususnya pada lansia serta dapat dan memberikan tindakan yang tepat, baik secara promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif

1.5 Metode Penulisan

1.5.1 Metode

Metode deksriptif nyata metode yang sifatnya mengungkapkan peristiwa atau gejala yang terjadi pada waktu sekarang yang meliputi studi kepustakaan yang mempelajari mengumpulkan, membahas data dengan menggunakan studi 8 pendekatan proses keperawatan dengan langkah-langkah pengkajian perencanaan pelaksanaan dan evaluasi (Nursalam 2008).

1.5.2 Teknik Pengumpulan Data

1. Wawancara

Data yang diambil atau diperoleh melalui percakapan baik dengan klien, keluarga maupun tim kesehatan lain.

2. Observasi

Data yang diambil melalui pengamatan secara langsung terhadap keadaan reaksi, sikap dan perilaku pasien yang dapat diamati.

3. Pemeriksaan

Meliputi pemeriksaan fisik dan laboratorium yang dapat menunjang menegakkan diagnosa dan penanganan selanjutnya.

1.5.3 Sumber Data

1. Data Primer

Data primer adalah data yang diperoleh dari pasien.

2. Data Sekunder

Data sekunder adalah data yang diperoleh dari keluarga atau orang terdekat pasien, catatan medik perawat, hasil-hasil pemeriksaan dan tim kesehatan lain.

1.5.4 Studi Kepustakaan

Studi kepustakaan yaitu mempelajari buku sumber yang berhubungan dengan judul karya tulis dan masalah yang dibahas.

1.6 Sistemika Penulisan

Supaya lebih jelas dan lebih mudah dalam mempelajari dan memahami studi kasus ini, secara keseluruhan di bagi menjadi tiga bagian yaitu:

1.6.1 Bagian Awal

Memuat halaman judul, abstrak penelitian, persetujuan komisi pembimbing, pengesahan motto, dan persembahan kata pengantar, daftar isi daftar table, daftar gambar, daftar lampiran.

1.6.2 Bagian Inti

Terdiri dari 5 bab yang berisi masing-masing bab terdiri dari sub – sub bab berikut ini :

BAB 1 Pendahuluan, berisi tetang latar belakang masalah, perumusan masalah tujuan, manfaat penelitian dan sistematika penulisan karya tulis akhir.

BAB 2 Konsep dasar penyakit Diabetes Melitus meliputi definisi, etiologi, patofisiologi, manifestasi klinis, klasifikasi, pathway, komplikasi, penegakan diagnosis, konsep teori lansia, serta konsep asuhan keperawatan Diabetes Melitus.

BAB 3 Tinjauan Kasus, berisi tentang diskripsi data hasil pengkajian, diagnosis perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

BAB 4 Pembahasan, yang berisi perbandingan antara teori dengan kenyataan yang ada di lapangan.

BAB 5 Penutup, berisi kesimpulan dan saran

1.6.3 Bagian Akhir: Terdiri dari daftar pustaka, dan lampiran.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Dalam Bab 2 Ini Akan Di Uraikan Secara Teoritis Mengenai Konsep Dasar Penyakit Diabetes Melitus Meliputi Definisi, Etiologi, Patofisiologi, Manifestasi Klinis, Klasifikasi, Pathway, Komplikasi, Penegakan Diagnosis, Konsep Teori Lansia, Serta Konsep Asuhan Keperawatan Diabetes Melitus.

2.1. Konsep Dasar Diabetes Militus

2.1.1. Definisi Diabetes Melitus

Diabetes Melitus adalah suatu keadaan ketika tubuh tidak mampu menghasilkan atau menggunakan insulin (hormon yang membawa glukosa darah ke sel-sel dan menyimpannya sebagai glikogen), dengan kondisi tersebut mengakibatkan terjadi hiperglikemia yang disertai berbagai kelainan metabolik akibat hormonal, melibatkan kelainan metabolisme karbohidrat, protein, dan lemak serta menimbulkan berbagai komplikasi kronis pada organ tubuh (Stuart dan Laraia, 2017)

Diabetes Melitus merupakan penyakit metabolik dengan karakteristik hiperglikemia yang terjadi karena kelainan sekresi insulin, kerja insulin atau kedua-duanya, seseorang didiagnosa Diabetes Melitus jika kadar gula darah sewaktu <200 mg/dl dan kadar gula darah puasa >126 mg/dl (PB. PERKENI., 2015)

2.1.2 Etiologi Diabetes Melitus

Berdasarkan etiologi Diabetes Melitus menurut (Stuart dan Laraia, 2017) sebagai berikut :

1. Diabetes Melitus tergantung insulin (DMTI)
 - a. Faktor genetik

Pada penderita diabetes tidak mewarisi diabetes tipe 1 itu sendiri tetapi mewarisi suatu predisposisi atau kecenderungan genetik kearah terjadinya Diabetes Melitus

tipe 1. Kecenderungan ini dilakukan pada yang memiliki tipe antigen *Human Leucocyte antigen (HLA)* merupakan kumpulan gen yang bertanggung jawab atas antigen transplantasi dan proses imun lainnya.

b. Faktor imunologi

Pada Diabetes tipe 1 terbukti adanya suatu respon autoimun, ini merupakan respon abnormal dimana antibody terarah pada jaringan normal dengan cara bereaksi terhadap jaringan tersebut yang dianggapnya seolah-olah sebagai jaringan asing.

2. Diabetes Melitus tidak tergantung pada insulin

a. Obesitas

Obesitas menurunkan jumlah reseptor insulin dari sel target diseluruh tubuh sehingga insulin yang tersedia menjadi kurang efektif dalam meningkatkan efek metabolisme.

b. Usia

Pertambahan usia merupakan faktor resiko yang penting untuk DM karena penuaan berhubungan dengan resistensi insulin, seperti halnya resistensi insulin terkait dengan DM tipe 2.

c. Riwayat keluarga

2.1.3 Patofisiologi Diabetes Mellitus

Patofisiologi Diabetes Melitus dapat dihubungkan dengan efek utama kekurangan insulin menurut (Stuart dan Laraia, 2017) yaitu sebagai berikut:

1. Pengurangan penggunaan glukosa oleh sel-sel tubuh, yang mengakibatkan peningkatan konsentrasi glukosa darah sampai setinggi 300 sampai 1.200 mg/100 ml.

Insulin berfungsi membawa glukosa ke sel dan menyimpannya sebagai glikogen.

Sekresi insulin normalnya terjadi dalam 2 fase yaitu :

- a. Fase 1 terjadi dalam beberapa menit setelah suplai glukosa dan kemudian melepaskan cadangan insulin yang disimpan dalam sel
 - b. Fase 2 merupakan pelepasan insulin yang baru disintesis dalam beberapa jam setelah makan. Kondisi tersebut pada diabetes melitus tipe 2 sangat terganggu
2. Peningkatan mobilisasi lemak dan daerah penyimpanan lemak sehingga menyebabkan kelainan metabolisme lemak maupun pengendapan lemak pada dinding vaskuler.
 3. Pengurangan protein dalam jaringan tubuh.

2.1.4 Manifestasi Klinis Diabetes Melitus

(American Diabetes Association, 2018) beberapa keluhan dan gejala yang perlu mendapat perhatian adalah:

1. Banyak kencing (poliuria)
Karena sifatnya kadar glukosa yang tinggi akan mengakibatkan sering kencing, kencing yang sering dan dalam jumlah banyak akan sangat mengganggu penderita, terutama pada waktu malam hari.
2. Banyak minum (polidipsia)
Rasa haus sangat sering dialami penderita DM karena banyaknya cairan yang keluar melalui kencing. Keadaan ini sering salah diartikan sebagai rasa haus karena cuaca yang panas atau beban kerja yang berlebih.
3. Banyak makan (polifagia)
Rasa lapar yang sering dirasakan penderita DM karena pasien mengalami ketidakseimbangan kalori, sehingga membuat rasa ingin makan bagi penderita DM.
4. Penurunan berat badan dan rasa lemah
Penurunan berat badan yang berlangsung relative singkat harus merasakan kecurigaan, hal ini dapat disebabkan glukosa dalam darah tidak dapat masuk ke sel,

sehingga sel kekurangan dalam menghasilkan tenaga, sumber tenaga yang diambil dari cadangan sel lain yaitu sel lemak dan otot. akibatnya penderita mengalami penurunan berat badan atau menjadi kurus.

5. Gangguan sara tepid dan kesemutan

Penderita mengeluh rasa sakit atau kesemutan pada kaki di waktu malam hari.

6. Gangguan penglihatan

Pada fase awal Diabetes sering juga dijumpai gangguan penglihatan berupa pandangan kabur.

7. Gatal-gatal dan bisul

Kelainan kulit berupa gatal biasanya terjadi pada daerah kemaluan dan daerah lipatan kulit seperti ketiak dan payudara.

2.1.5 Klasifikasi Diabetes Mellitus

American Diabetes Association (2010) mengklasifikasikan 4 macam penyakit diabetes melitus berdasarkan penyebabnya, yaitu :

1. Diabetes Melitus tipe 1 atau insulin dependent diabetes melitus (IDDM)

DM tipe ini terjadi karena adanya detraksi sel beta pankreas karena sebab autoimun pada DM tipe ini terdapat sedikit atau tidak sama sekali sekresi insulin dapat ditentukan dengan level protein-c yang jumlahnya sedikit atau tidak terdeteksi sama sekali, manifestasi klinik pertama dari penyakit ini adalah ketoasidosis.

2. Diabetes Melitus tipe 2 atau insulin non-dependent (NIDDM)

Pada penderita DM tipe ini terjadi hiperinsulinemia terapi insulin tidak biasa membawa glukosa masuk kedalam jaringan karena terjadi resistensi insulin yang merupakan turunya kemampuan insulin untuk merangsang pengambilan glukosa oleh jaringan perifer dan untuk menghambat glukosa oleh jaringan perifer dan untuk menghambat glukosa oleh hati.

3. Diabetes Melitus tipe lain

Dm tipe ini terjadi karena etiologi lain misalnya pada defek genetik fungsi sel beta, defek genetik kerja insulin, penyakit endokrin pankreas, penyakit metabolik endokrin lain, latorgenik infeksi virus, penyakit autoimun, dan penyakit genetik lain.

4. Diabetes Melitus Gestational (DMG)

Diabetes ini disebabkan karena terjadi resistensi insulin selama kehamilan dan biasanya kerja insulin akan kembali normal setelah melahirkan.

2.1.6 Komplikasi Diabetes Mellitus

Komplikasi yang muncul akibat penyakit DM antara lain menurut (Stuart dan Laraia, 2017) sebagai berikut :

1. Akut

Kondisi tersebut dapat mengakibatkan koma hipoglikemia, ketoasidosis, dan koma Hiperglikemik Hiperosmolar Non ketotic (HHNK). Koma hipoglikemia terjadi akibat terapi insulin secara terus-menerus, ketoasidosis terjadi akibat proses pemecahan lemak secara terus-menerus yang menghasilkan produk sampingan berupa benda keton yang bersifat toksik bagi otak, sedangkan koma HHNK terjadi akibat hiperosmolaritas dan hiperglikemia yang menyebabkan hilangnya cairan dan elektrolit sehingga terjadi perubahan tingkat kesadaran.

2. Kronik

Kondisi tersebut dapat mengakibatkan mikrovaskuler (mengenai pembuluh darah besar seperti pembuluh darah jantung pembuluh darah tepi dan pembuluh darah otak), makrovaskuler (mengenai pembuluh darah kecil : retinopati diabetik, nefropati diabetik), neuropati diabetik, rentan infeksi, dan kaki diabetik. Komplikasi tersering dan paling penting adalah neuropati perifer yang berupa hilangnya sensasi distal dan beresiko tinggi untuk terjadinya ulkus diabetik dan amputasi.

2.1.7. Terapi Farmakologi Pada Pasien Diabetes Mellitus

Intervensi farmakologi dipertimbangkan ketika penderita tidak bisa mencapai kadar glukosa darah normal atau hampir normal dengan terapi diet dan olahraga sehingga memerlukan bantuan bahan kimia menurut (M. Black & Hawks, 2014) sebagai berikut :

1. Obat-obat antidiabetes oral

Kelas utama obat antidiabetes oral diantaranya adalah sulfoniurea, biguanid, meglitinid, tiazolidinedion, inhibitor alfa-glukosidase, inkretin mimetik dan amylinomimetik.

2. Terapi insulin.

Penderita DM tipe 1 klien tidak bisa menghasilkan insulin dengan cukup sehingga penderita bergantung pada pemberian insulin. Sebaliknya DM tipe 2 tidak bergantung pada insulin. Tetapi dikelola dengan obat-obatan. Obat-obat untuk DM tipe 2 beberapa kelas kimia: penghambat alfa-glukosidase, biguanid, meglitinid, sulfonilurea, tiazolidinedion, inkretin mimetik, dan aminilonomimetik. Kerja utama obat-obatan tersebut adalah untuk menstimulus sel beta pankreas untuk memproduksi insulin lebih atau meningkatkan respon jaringan terhadap insulin.

3. Dosis insulin.

Terapi insulin seharusnya berbeda setiap individu. Untuk klien DM baru, program sederhana dengan dosis tetap mungkin digunakan pertama kali. Permulaan dosis insulin 0,5 unit/kg/hari. Dua per tiga dosis umumnya diberikan pada pagi hari, dan sepertiga diberikan malam hari.

4. Terapi pompa insulin.

Pompa kecil mudah dibawa kemana-mana untuk pemberian insulin. Pompa kecil, dipakai diluar, menyuntikan insulin secara subkutan ke dalam perut melalui sebuah tempat jarum *indwelling* yang diganti setiap 1-3 hari.

5. Terapi kombinasi.

Terapi kombinasi didefinisikan sebagai penggunaan ≥ 2 obat antidiabetes oral atau dikombinasi dengan insulin. Keuntungan terapi kombinasi dalam beberapa contoh manfaat tambahan dapat ditunjukkan dari 2 tipe obat berbeda yang dapat melengkapi dan memantapkan satu sama lain.

2.1.8. Pemeriksaan Kadar Gula Darah

Kadar glukosa darah sewaktu dan puasa sebagai patokan penyaring dan diagnosis DM (mg/dl)

Tabel 2.1 Tabel Kadar Gula Darah

Kadar glukosa darah sewaktu			
	Bukan DM	Belum pasti DM	DM
Plasma vena	<110	110-199	>200
Darah kapiler	<90	90>199	>200
Kadar glukosa darah puasa			
	Bukan DM	Belum pasti DM	DM
Plasma vena	<110	110-125	>126
Darah kapiler	<90	90-109	>109

Sumber: (PB. PERKENI., 2015)

2.2. Konsep Dasar Lansia

2.2.1. Definisi Lansia

Proses menua akan terjadi pada siapa saja. Banyak terjadi perubahan ketika kita sudah masuk dalam proses penuaan seperti penglihatan, pendengaran, dan kulit menjadi kusut. Lanjut usia adalah kelompok manusia yang berusia 60 tahun keatas. Pada lanjut usia akan terjadi proses menghilangnya kemampuan jaringan untuk memperbaiki diri atau mengganti dan mempertahankan fungsi normalnya secara perlahan lahan sehingga tidak dapat bertahan terhadap infeksi dan memperbaiki kerusakan yang terjadi (Sunaryo et al., 2016)

2.2.2. Batasan Umur Lansia

Pengertian lansia secara umum, bahwa seseorang dikatakan lansia jika usia diatas 60 tahun. Namun, terdapat beberapa menurut beberapa ahli tentang batasan umur pada lansia dalam efendi (2009) dalam sunaryo (2016) yaitu:

1. Menurut Undang-Undang Nomor 13 Tahun 1998 dalam Bab 1 Pasal 1 ayat 2 berbunyi “ lanjut usia adalah seseorang yang mencapai usia 60 (enam puluh) tahun keatas”

2. Menurut *World Health Organization* (WHO), usia lanjut dibagi menjadi empat kriteria berikut: usia pertengahan (*middle age*) adalah 45-59 tahun, lanjut usia (*elderly*) adalah 60-74 tahun, lanjut usia tua (*old*) adalah 75-90 tahun, usia sangat tua (*very old*) adalah 90 tahun keatas
3. Menurut Dra. Jos Masdani (Psikolog UI) terdapat empat fase: pertama (fase inventus) ialah 25-40 tahun, kedua (fase virilities) ialah 40-55 tahun, ketiga (fase presenium) ialah 55-65 tahun, keempat (fase senium) ialah 65 hingga tutup usia.
4. Menurut Prof. Dr. Koedoemanto masa lanjut usia (*geriatric age*): > 65 tahun atau 70 tahun. Masa lanjut usia (*geriatric age*) itu sendiri dibagi tiga batasan umur, yaitu *young old* (70-75 tahun), *old* (75-80 tahun) dan *very old* (> 80 tahun) (Sunaryo, 2016)

2.2.3. Proses Penuaan

Semakin bertambahnya umur semakin berkurangnya fungsi-fungsi dalam tubuh.

Ada faktor yang memengaruhi penuaan dibagi menjadi dua, yaitu:

1. Faktor genetik yang melibatkan perbaikan DNA, respon terhadap stress, dan pertahanan terhadap antioksidan.
2. Faktor lingkungan, yang meliputi pemasukan kalori, berbagai macam penyakit, dan stress dari luar misalnya radiasi atau bahan kimia (Sunaryo et al., 2016).

Kedua faktor tersebut adalah faktor yang dimana sangat mempengaruhi proses penuaan yang biasa terjadi.

2.2.4. Teori Proses Penuaan

Proses menua bisa terjadi pada semua individu dan dimana proses menua setiap individu pasti akan berbeda. Karena kebiasaan atau gaya hidup yang berbeda juga. “ Ada

beberapa teori penuaan yaitu seperti teori biologi, teori kultural, teori sosial, teori genetika, teori rusaknya sistem imun tubuh, teori menua akibat metabolisme dan Teori kejiwaan sosial” (Sunaryo et al., 2016).

1. Teori Biologi

Teori ini adalah teori yang berfokus pada proses biologi mulai dari seseorang lahir hingga meninggalnya. Teori ini juga berfokus pada perubahan pada tubuh yang dipengaruhi oleh faktor luar seperti patologis. Menurut hayflick (1977) dalam Suwarno (2016), fokus teori ini adalah mencari faktor yang menentukan penghambat proses penurunan fungsi organisme dalam konteks sistemik, dapat memengaruhi/ memberi dampak terhadap organ/ sistem tubuh lainnya berkembang sesuai peningkatan usia kronologis. Teori biologis dibagi menjadi dua bagian, yaitu Teori Stokastik/ *Stochastic Theories* dan Teori Nonstokastik/ *NonStochastic Theories*.

a. Teori Stokastik/ *Stochastic Theories*

Teori ini mengatakan bahwa penuaan merupakan suatu kejadian yang terjadi secara acak atau random. Termasuk teori manua dalam lingkup proses menua biologis dan bagian dari Teori Stokastik/ *Stochastic Theories* adalah Teori Kesalahan (*Error Theory*), Teori Keterbatasan Hayflick (*Hayflick Limit Theory*), Teori Pakai dan Usang (*Wear dan Tear Theory*), Teori Imunitas (*Immunity Theory*), Teori Radikal Bebas (*Free Radical Theory*), Teori Ikatan Silang (*Cross Linkage Theory*)

1) Teori Kesalahan (*Error Theory*)

Menurut Sonneborn (1979) didalam Sunaryo (2016) adalah kondisi ini mengakibatkan proses transkripsi sel berikutnya juga mengalami perubahan dalam beberapa generasi sehingga mengubah komposisi yang berbeda pada sel awal.

2) Teori Keterbatasan Hayflick (*Hayflick Limit Theory*)

Teori ini menekankan bahwa perubahan kondisi fisik pada manusia dipengaruhi oleh adanya kemampuan reproduksi dan fungsional sel organ yang menurun dengan bertambahnya usia tubuh setelah usia tertentu.

3) Teori Pakai dan Usang (*Wear dan Tear Theory*)

Menurut Weisman (1891) dalam Sunaryo (2016) bahwa sel-sel tetap ada sepanjang hidup ketika sel-sel tersebut masih digunakan secara terus menerus. Sedangkan kematian adalah akibat dari tidak digunakan lagi sel sel yang dianggap tidak perlu dan tidak meremajakan sel-sel secara mandiri.

4) Teori Imunitas (*Immunity Theory*)

Teori ini penuaan disebabkan oleh adanya penurunan fungsi sistem imun. Perubahan yang terjadi meliputi penurunan sistem imun humoral, yang dapat menjadi faktor predisposisi pada orang tua.

5) Teori Radikal Bebas (*Free Radical Theory*)

Proses metabolisme oksigen menurut Hayflick (1987) dalam Sunaryo (2016) diperkirakan yang menjadi sumber radikal bebas tersebar secara spesifik, oksidasi lemak, protein, dan karbohidrat dalam tubuh menyebabkan formasi radikal bebas. Teori radikal bebas mengasumsikan bahwa proses penuaan terjadi akibat kurang efektifan fungsi kerja dalam tubuh dan hal itu mempengaruhi adanya radikal bebas dalam tubuh.

6) Teori Ikatan Silang (*Cross Linkage Theory*)

Menurut Oen (1993) di dalam Sunaryo (2016) teori ini mengatakan bahwa manusia ibarat mesin sehingga perlu adanya perawatan. Penuaan merupakan hasil dari penggunaan.

b. Teori Nonstokastik/ *NonStochastic Theori*

Teori ini dikatakan bahwa proses penuaan disesuaikan menurut waktu tertentu. Termasuk proses menua dalam lingkup biologis dan bagian dari teori Teori Nonstokastik/ *NonStochastic Theories* adalah *Programmed Theory* dan *Immunity Theory*.

1) *Programmed Theory*

Menurut Baratawidjaya K.G (1993) dalam Sunaryo (2016) teori ini mengemukakan bahwa pembelahan sel dibatasi oleh waktu sehingga tidak bisa regenerasi kembali.

2) *Immunity Theory*

Dikemukakan oleh Adler W.H. (1990) dalam Sunaryo (2016) bahwa mutasi yang berulang atau perubahan protein pascatranslasi, dapat menyebabkan berkurangnya kemampuan sistem imun tubuh mengenali dirinya sendiri.

2. Teori Psikologi

Teori psikososial memusatkan perhatian pada perubahan sikap dan perilaku yang menyertai peningkatan usia, sebagai lawan dari implikasi biologi pada kerusakan anatomis. Teori ini dikembangkan oleh Birren and Jenner (1977). Menjelaskan bagaimana seseorang merespon pada tugas perkembangannya. Pada dasarnya tugas perkembangannya seseorang akan terus berjalan meskipun orang itu sudah mulai menua. Teori Psikologi terdiri dari Teori Hierarki Kebutuhan Maslow (*Maslow's Hierarchy of Human Needs*), Teori Individualism Jung (*Jung's Theory of Individualism*), Teori Delapan Tingkat Perkembangan Erikson (*Erikson's Eight Stages of Life*), dan Optimalisasi Selektif dengan Kompensasi (*Selective Optimization with Compensation*).

3. Teori Kultural

Budaya adalah sikap, perasaan, nilai dan kepercayaan yang terdapat pada suatu daerah atau yang dianut oleh sekelompok orang kaum tua, yang merupakan kelompok minoritas yang memiliki kekuatan atau pengaruh pada nilai budaya. Dengan demikian dapat diambil kesimpulan bahwa budaya yang dimiliki seseorang sejak lahir akan tetapi akan dipertahankan sampai tua. Bahkan mempengaruhi orang-orang disekitarnya untuk mengikuti budaya tersebut sehingga budaya bertahan (Sunaryo, 2016).

4. Teori Sosial

Teori yang disampaikan oleh Lemon (1972) didalam Sunaryo (2016) terdapat Teori Aktivitas menyatakan lanjut usia yang sukses adalah mereka yang aktif dalam mengikuti banyak kegiatan sosial.

5. Teori Genetika

Teori yang dikemukakan oleh Hayflick (1965) dalam Sunaryo (2016) proses penuaan mempunyai komponen genetik. Hal ini dapat dilihat dari pengamatan bahwa anggota keluarga yang cenderung hidup pada umur yang sama dan mereka usia yang rata-rata sama, tanpa mengikutsertakan yang meninggal akibat kecelakaan atau penyakit. Mekanisme penuaan yang jelas secara genetik belum jelas, tetapi hal yang penting yang harus menjadi catatan bahwa lamanya hidup kelihatannya diturunkan melalui garis dan seluruh mitokondris mamalia berasal dari telur dan tidak satupun pindah ke spermatozoa.

6. Teori Rusaknya Sistem Imun Tubuh

Menyatakan bahwa mutasi yang berulang-ulang mengakibatkan kemampuan sistem imun untuk mengenali dirinya berkurang, menurun mengakibatkan kelainan pada sel, dan sel dianggap asing sehingga dihancurkan.

7. Teori Menua Akibat Metabolisme

Teori ini menjelaskan tentang perubahan fisik yang terjadi saat penuaan. Teori ini dikemukakan oleh Martono (2006) didalan Sunaryo (2016) pada zaman dahulu, pendapat tentang lansia adalah botak, mudah bingung, pendengaran sangat menurun, atau disebut budeg, menjadi bungkung, dan sering dijumpai kesulitan dalam menahan buang air kecil.

8. Teori Kejiwaan Sosial

Teori yang menjelaskan tentang aktifitas sosial yang dilakukan oleh lansia. Teori yang dikemukakan oleh Boedhi-Darmojo (2010) meliputi Activity Theory menyatakan bahwa lanjut usia yang sukses adalah mereka yang aktif dalam mengikuti banyak kegiatan sosial. Ukuran optimum (pola hidup) dilanjutkan pada cara hidup lansia dan mempertahankan hubungan antar sistem sosial dan individu agar tetap stabil dari usia pertengahan ke lansia.

2.2.5. Perubahan yang Terjadi pada Lansia

Bertambahnya usia akan terjadi perubahan pada tubuh dan penurunan pada fungsi pada tubuh. “Perubahan yang terjadi pada lansia meliputi perubahan fisik, sosial, dan psikologis” (Maryam, Ekasari, Rosidawati, Jubaedi, & Batubara, 2012)

1. Perubahan Fisik

- a. Jumlah sel berkurang, cairan intraseluler menurun
- b. Kemampuan jantung untuk memompa darah menurun, elastisitas pembuluh darah menurun
- c. Kekuatan otot-otot pernafasan menurun, kaku, dan elastisitas paru menurun
- d. Menurunnya fungsi saraf pancaindra serta lamban dalam merespon
- e. Menurunnya cairan tulang sehingga mudah rapuh (osteoporosis), bungkuk (kifosis), kram, tremor
- f. Perubahan gastrointestinal yaitu esofagus melebar, asam lambung menurun, lapar menurun, peristaltik menurun sehingga absorpsi juga menurun

- g. Ginjal mengecil, aliran darah ke ginjal menurun
- h. Melemahnya otot-otot vesika urinaria, kapasitas urine menurun dan resitensi urine
- i. Selaput lendir vagina mengering dan sekresi menurun
- j. Membran timpani mengalami atrofi sehingga terjadi gangguan pendengaran
- k. Respon penglihatan terhadap sinar menurun dan adaptasi terhadap gelap menurun
- l. Produksi hormon endokrin menurun
- m. Kulit menjadi keriput serta kulit kepala dan rambut menipis.

2. Perubahan Sosial

- a. *Post power syndrome*, *sigle women*, dan *single parent*
- b. Lansia mengalami kesendirian dan kehampaan
- c. Ketika lansia lainnya meninggal, maka akan muncul perasaan kapan akan meninggal
- d. Kesempatan untuk mendapatkan pekerjaan yang cocok bagi lansia
- e. Lansia mudah terjatuh dan terpeleset.
- f. Lansia merasa dibuang/ diasingkan

3. Perubahan Psikologis

Perubahan yang terjadi pada lansia meliputi *short term memory*, frustrasi, kesepian takut kehilangan kebebasan dan biasanya lansia takut akan menghadapi kematian, depresi dan kecemasan. (Maryam et al., 2012)

2.2.6. Tipe Lansia

Beberapa tipe lansia tergantung dari karakter dan pengalaman hidup. Menurut Nugroho (2000), di dalam (Maryam et al., 2012) tipe lansia juga dipengaruhi oleh lingkungan, kondisi fisik, sosial dan ekonominya. Tipe tersebut dijabarkan sebagai berikut:

1. Tipe arif bijaksana: kaya akan hikmah, bijaksana, menyesuaikan diri dengan perubahan jaman, mempunyai kesibukan, bersifat ramah.

2. Tipe mandiri: mengganti kegiatan yang hilang dengan kegiatan yang baru,, seleksi dalam mencari pekerjaan
3. Tipe tidak puas: tidak sabar mudah tersinggung, banyak menuntut
4. Tipe pasrah: menerima dan menunggu nasib baik, mengikuti kegiatan agama
5. Tipe bingung: kaget, kehilangan kepribadian, minder, mengasingkan diri

2.3. Konsep Asuhan Keperawatan Diabetes Melitus

Proses keperawatan adalah suatu sistem dalam merencanakan pelayanan asuhan keperawatan yang mempunyai lima tahapan yaitu pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi. Proses keperawatan ini merupakan suatu proses pemecahan masalah yang sistemik dalam memberikan pelayanan keperawatan serta dapat menghasilkan rencana keperawatan yang menerangkan kebutuhan setiap pasien.

2.3.1 Pengkajian

1. Identitas

Umur: Pertambahan usia merupakan faktor resiko yang penting untuk DM karena penuaan berhubungan dengan resistensi insulin, seperti halnya resistensi insulin terkait dengan DM tipe 2 (Stuart dan Laraia, 2017).

2. **Keluhan utama:** Biasanya px merasa banyak kencing (poliuria), banyak minum (polidipsia), cepat merasakan lapar (polifagia) dan penurunan berat badan yang signifikan (*American Diabetes Association*, 2010).
3. **Riwayat penyakit sekarang:** px datang dengan keadaan dengan lemas dan adapun yang mengalami ulkus diabetik dan hasil GDA tidak normal.
4. **Riwayat penyakit dahulu:** perlu ditanyakan dalam keluarga ada yang menderita penyakit seperti ini atau penyakit menular lainnya.

5. **Riwayat psikososial** : Dalam pemeliharaan kesehatan dikaji tentang pemeliharaan gizi di rumah dan bagaimana pengetahuan keluarga tentang penyakit diabetes melitus.

6. **Pemeriksaan Fisik**

Inspeksi : kelemahan fisik, tidak berdaya, dan keletihan

A. Aktifitas fisik

Gejala: lemah, letih, sulit bergerak atau berjalan, kram otot, tonus otot menurun, gangguan istirahat dan tidur.

Tanda: takikardia dan takipnea pada keadaan istirahat atau dengan aktivitas.

B. Sirkulasi

Gejala : adanya riwayat penyakit hipertensi, infark miokard akut, klaudikasi, kebas, kesemutan pada ekstremitas, ulkus pada kaki, penyembuhan yang lama.

Tanda : takikardia, perubahan TD postural, nadi menurun, disritmia, krekels, kulit panas, kering dan kemerahan, bola mata cekung.

c. Integritas Ego

Gejala : stress, tergantung pada orang lain, masalah finansial yang berhubungan dengan kondisi.

Tanda: ansietas

d. Eliminasi

Gejala : perubahan pola berkemih (poliuria), nokturia, rasa nyeri, kesulitan berkemih, ISK, nyeri tekan abdomen, diare.

Tanda : urine encer, pucat, kuning, poliuri, bising usus lemah, hiperaktif pada diare.

e. Nutrisi

Gejala: hilang nafsu makan, mual muntah, tidak mengikuti diet, peningkatan masukan glukosa atau karbohidrat, penurunan berat badan, haus.

Tanda: kulit kering bersisik, turgor jelek, kekakuan, distensi abdomen, muntah.

f. Kardiovaskuler

Takikardia / nadi menurun, perubahan TD postural, hipertensi dysritmia.

g. Pernapasan

Gejala: merasa kekurangan oksigen, batuk dengan atau tanpa sputum.

Tanda: pernapasan cepat dan dalam, frekuensi meningkat.

h. Seksualitas

Gejala: impoten pada pria dan wanita sulit untuk orgasme.

i. Gastrointestinal

Gejala: Muntah, penurunan BB, kekakuan/distensi abdomen, anseitas, wajah meringis pada palpitasi, bising usus lemah/menurun.

j. Muskuloskeletal

Gejala: Tonus otot menurun, penurunan kekuatan otot, ulkus pada kaki, reflek tendon menurun kesemuatan/rasa berat pada tungkai.

k. Integumen

Kulit panas, kering dan kemerahan, bola mata cekung, turgor jelek, pembesaran tiroid, demam, diaforesis (keringat banyak), kulit rusak, lesi/ulserasi/ulkus.

2.3.2 Diagnosa keperawatan yang sering muncul

1. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b.d gangguan keseimbangan insulin, makanan dan aktivitas jasmani.
2. Resiko ketidakstabilan kadar glukosa darah b.d kurang pengetahuan tentang manajemen diabetes
3. Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer b.d penurunan sirkulasi darah ke perifer, proses penyakit (DM).
4. Resiko kekurangan volume cairan b.d diuresis osmotik.
5. Keletihan b.d metabolisme fisik untuk produksi energi berat akibat kadar gula darah tinggi.
6. Kerusakan integritas jaringan b.d nekrosis kerusakan jaringan (nekrosis luka gangrene).

2.3.3. Intervensi Keperawatan DM pada lansia

NO	DIAGNOSA	NOC	NIC
1	<p>Domain 2. Nutrisi</p> <p>Kelas 1. Makan</p> <p>Ketidakseimbangan nutrisi, kurang dari kebutuhan tubuh (00002)</p>	<p>(00179) Ketidakseimbangan nutrisi, kurang dari kebutuhan tubuh</p> <p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan, diharapkan nutrisi pasien terpenuhi.</p> <p>(1004) Status Nutrisi</p> <p>1. Asupan makanan dan cairan dari skala 2 (banyak menyimpang dari rentang normal) ditingkatkan menjadi skala 4 (sedikit menyimpang dari rentang normal)</p> <p>(1622) Perilaku patuh : diet yang disarankan</p> <p>1. Memilih makanan yang sesuai dengan diet yang ditentukan dari skala 2 (jarang menunjukkan) ditingkatkan menjadi skala 4 (sering menunjukkan)</p> <p>2. Memilih minuman yang sesuai dengan diet yang ditentukan dari skala 2 (jarang menunjukkan) ditingkatka menjadi skala 4 (sering menunjukkan)</p> <p>(1854) Pengetahuan : diet yang sehat</p>	<p>Manajemen Nutrisi (1100)</p> <p>Definisi : menyediakan dan meningkatkan intake nutrisi yang seimbang</p> <p>Aktivitas :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Instruksikan kepada pasien mengenai kebutuhan nutrisi 2. Tentukan jumlah kalori dan jenis nutrisi yang dibutuhkan oleh pasien untuk memenuhi kebutuhan gizi 3. Ciptakan lingkungan yang optimal pada saat mengkonsumsi makanan 4. Monitor kalori dan asupan makanan pasien 5. Monitor kecenderungan terjadinya kenaikan atau penurunan berat badan pada pasien

		1. Intake nutrisi yang sesuai dengan kebutuhan individu dari skala 2 (pengetahuan terbatas) ditingkatkan menjadi skala 4 (pengetahuan banyak)	
2	Domain 2. Nutrisi Kelas 4. Metabolisme Resiko ketidakstabilan kadar glukosa darah (00179)	(00002) Resiko ketidakstabilan kadar glukosa darah Setelah dilakukan asuhan keperawatan, diharapkan ketidakstabilan kadar glukosa darah normal. (2300) Kadar glukosa darah 1. Glukosa darah dari skala 2 (deviasi yang cukup besar dari kisaran normal) ditingkatkan menjadi skala 4 (deviasi ringan sedang dari kisaran normal) (2111) Keparahan Hiperglikemia 1. Peningkatan glukosa darah dari skala 2 (berat) ditingkatkan menjadi skala 4 (ringan) (1619) Manajemen diri : diabetes 1. Memantau glukosa darah dari skala 2 (jarang menunjukkan) ditingkatkan menjadi skala 4 (sering menunjukkan)	Manajemen Hiperglikemi (2120) 1. Monitor kadar gula darah, sesuai indikasi 2. Monitor tanda dan gejala hiperglikemi: poliuria, polidipsi, polifagi, kelemahan, latergi, malaise, pandangan kabur atau sakit kepala. 3. Monitor ketourin, sesuai indikasi. 4. Brikan insulin sesuai resep 5. Dorong asupan cairan oral 6. Batasi aktivitas ketika kadar glukosa darah lebih dari 250mg/dl, khusus jika ketourin terjadi 7. Dorong pemantauan sendiri kadar glukosa darah 8. Intruksikan pada pasien dan keluarga mengenai manajemen diabetes 9. Fasilitasi kepatuhan terhadap diet dan regimen latihan Pengajaran: Peresepan Diet (5614) 1. Kaji tingkat pengetahuan pasien mengenai diet yang disarankan 2. Kaji pola makan pasien saat ini dan sebelumnya, termasuk makanan yang di sukai 3. Ajarkan pasien membuat diary makanan yang dikonsumsi

			<p>4. Sediakan contoh menu makanan yang sesuai</p> <p>5. Libatkan pasien dan keluarga</p>
3	<p>Domain 4. Aktivitas dan istirahat. Kelas 4. Respon Kardiovaskuler/ pulmonal</p> <p>Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer (00204)</p>	<p>(00204) Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer</p> <p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan, diharapkan ketidakefektifan perfusi jaringan perifer pasien dapat berkurang.</p> <p>(0401) Status sirkulasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Parestesia dari skala 2 (cukup berat) ditingkatkan menjadi skala 4 (ringan) 2. Asites dari skala 2 (cukup berat) ditingkatkan menjadi skala 4 (ringan) <p>(0407) Perfusi jaringan : perifer</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Parestesia dari skala 2 (cukup berat) ditingkatkan menjadi skala 4 (ringan) <p>(0409) Koagulasi darah</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pembentukan bekuan dari skala 2 (deviasi cukup besar dari kisaran normal) ditingkatkan menjadi skala 4 (deviasi ringan dari kisaran normal) <p>(0802) Tanda-tanda vital</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Suhu tubuh dari skala 2 (deviasi cukup besar dari kisaran normal) 	<p>Pengecekan Kulit (3590)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gunakan alat pengkajian untuk mengidentifikasi pasien yang berisiko mengalami kerusakan kulit. 2. Monitor warna dan suhu kulit 3. Periksa pakaian yang terlalu ketat 4. Monitor kulit dan selaput lendir terhadap area perubahan warna, memar, dan pecah. 5. Ajarkan anggota keluarga/pemberi asuhan mengenai tanda-tanda kerusakan kulit, dengan tepat. <p>Manajemen Sensasi Perifer (2660)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor sensasi tumpul atau tajam dan panas dan dingin (yang dirasakan pasien) 2. Monitor adanya <i>Parasthesia</i> dengan tepat 3. Intruksikan pasien dan keluarga untuk memeriksa kulit setiap harinya 4. Letakkan bantal pada bagian tubuh yang terganggu untuk melindungi area tersebut <p>Perawatan Kaki (1660)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Diskusikan dengan pasien dan keluarga mengenai perawatan kaki rutin 2. Anjurkan pasien dan keluarga mengenai pentingnya perawatan kaki

		ditingkatkan menjadi skala 4 (deviasi ringan dari kisaran normal)	<p>3. Periksa kulit untuk mengetahui adanya iritasi, retak, lesi, dll</p> <p>4. Keringkan pada sela-sela jari dengan seksama</p>
4	<p>Domain 4. Aktifitas/ Istirahat Kelas 3. Keseimbangan Energi. Keletihan (00093)</p>	<p>(00093) Keletihan</p> <p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan, diharapkan keletihan pada pasien dapat dikurangi.</p> <p>(0002) Konservasi energi</p> <p>1. Mempertahankan intake nutrisi yang cukup dari skala 2 (jarang menunjukkan) ditingkatkan menjadi skala 4 (sering menunjukkan)</p> <p>(0005) Toleransi terhadap aktivitas</p> <p>1. Kekuatan tubuh bagian atas dari skala 2 (banyak terganggu) ditingkatkan menjadi skala 4 (sedikit terganggu)</p> <p>2. Kekuatan tubuh bagian bawah dari skala 2 (banyak terganggu) ditingkatkan menjadi skala 4 (sedikit terganggu)</p> <p>(0007) Tingkat kelelahan</p> <p>1. Kelelahan dari skala 2 (cukup besar) ditingkatkan menjadi skala 4 (ringan)</p>	<p>Manajemen Energi (0180)</p> <p>1. Kaji status fisiologis pasien yang menyebabkan kelelahan</p> <p>2. Anjurkan pasien mengungkapkan perasaan secara verbal mengenai keterbatasan yang dialami</p> <p>3. Tentukan persepsi pasien/orang terdekat dengan pasien mengenai penyebab kelelahan</p> <p>4. Pilih intervensi untuk mengurangi kelelahan baik secara farmakologis maupun nonfarmakologis</p> <p>Manajemen Nutrisi (1100)</p> <p>1. Tentukan status gizi pasien dan kemampuan pasien untuk memenuhi kebutuhan gizi</p> <p>2. Intruksikan pasien mengenai kebutuhan nutrisi</p> <p>3. Atur diet yang diperlukan</p> <p>4. Anjurkan pasien mengenai modifikasi diet yang diperlukan</p> <p>5. Anjurkan pasien terkait dengan kebutuhan diet untuk kondisi sakit.</p>

		<p>2. Kehilangan selera makan dari skala 2 (cukup besar) ditingkatkan menjadi skala 4 (ringan)</p> <p>(0008) Keletihan : efek yang mengganggu</p> <p>1. Penurunan energi dari skala 2 (cukup besar) ditingkatkan menjadi skala 4 (ringan)</p> <p>2. Perubahan status nutrisi dari skala 2 (cukup besar) ditingkatkan menjadi skala 4 (ringan)</p>	
5	<p>Domain 11. Keamanan/ Perlindungan Kelas 2. Cidera Fisik (lanjutan)</p> <p>Kerusakan integritas jaringan (000444)</p>	<p>(00044) Kerusakan integritas jaringan</p> <p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan, diharapkan kerusakan integritas jaringan dapat berkurang.</p> <p>(0401) Status sirkulasi</p> <p>1. Kekuatan nadi dorsal pedis kanan dari skala 2 (deviasi cukup besar dari kisaran normal) ditingkatkan menjadi skala 4 (deviasi ringan dari kisaran normal)</p> <p>2. Kekuatan nadi dorsal pedis kiri dari skala 2 (deviasi cukup besar dari kisaran normal) ditingkatkan menjadi skala 4 (deviasi ringan dari kisaran normal)</p> <p>(0407) Perfusi jaringan : perifer</p> <p>1. Pengisian kapiler jari dari skala 2 (deviasi yang cukup besar dari</p>	<p>Pengecekan kulit (3590)</p> <p>1. Gunakan alat pengkajian untuk mengidentifikasi pasien yang berisiko mengalami kerusakan kulit.</p> <p>2. Monitor warna dan suhu kulit</p> <p>3. Periksa pakaian yang terlalu ketat</p> <p>4. Monitor kulit dan selaput lendir terhadap area perubahan warna, memar, dan pecah.</p> <p>5. Ajarkan anggota keluarga/pemberi asuhan mengenai tanda-tanda kerusakan kulit, dengan tepat.</p>

		<p>kisaran normal) ditingkatkan menjadi skala 4 (deviasi ringan dari kisaran normal)</p> <p>2. Pengisian kapiler jari-jari kaki dari skala 2 (deviasi yang cukup besar dari kisaran normal) ditingkatkan menjadi skala 4 (deviasi ringan dari kisaran normal)</p> <p>(1101) Integritas jaringan : kulit dan membran mukosa</p> <p>1. Perfusi jaringan dari skala 2 (banyak terganggu) ditingkatkan menjadi skala 4 (sedikit terganggu)</p> <p>2. Integritas kulit dari skala 2 (banyak terganggu) ditingkatkan menjadi skala 4 (sedikit terganggu)</p> <p>(1102) Penyembuhan luka : primer</p> <p>1. Memperkirakan kondisi tepi luka dari skala 2 (terbatas) ditingkatkan menjadi skala 4 (besar)</p>	
6.	<p>Domain 12. Kenyamanan Kelas</p> <p>1. Kenyamanan Fisik</p> <p>Nyeri Akut (00132)</p>	<p>(00132) Nyeri akut</p> <p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan, diharapkan nyeri akut pada pasien berkurang.</p> <p>(1605) Kontrol nyeri</p> <p>1. Mengenali kapan nyeri terjadi dari skala 2 (jarang menunjukkan)</p>	<p>Manajemen Nyeri (1400)</p> <p>Definisi : Pengurangan atau reduksi nyeri sampai pada tingkat kenyamanan yang dapat diterima oleh pasien.</p> <p>Aktivitas :</p> <p>1. Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif terhadap pasien</p>

		<p>ditingkatkan menjadi skala 4 (sering menunjukkan)</p> <p>2. Menggambarkan faktor penyebab dari skala 2 (jarang menunjukkan) ditingkatkan menjadi skala 4 (sering menunjukkan)</p> <p>(3016) Kepuasan klien : Manajemen nyeri</p> <p>1. Nyeri terkontrol dari skala 2 (agak puas) ditingkatkan menjadi skala 4 (sangat puas)</p> <p>2. Tingkat nyeri dipantau secara reguler dari skala 2 (agak puas) ditingkatkan menjadi skala 4 (sangat puas)</p>	<p>2. Observasi adanya petunjuk nonverbal mengenai ketidaknyamanan</p> <p>3. Gali pengetahuan dan kepercayaan pasien mengenai nyeri</p> <p>4. Evaluasi pengalaman nyeri pasien di masa lalu yang meliputi riwayat nyeri kronik pasien ataupun keluarga</p> <p>5. Tentukan kebutuhan frekuensi untuk melakukan pengkajian ketidaknyamanan pasien</p> <p>6. Kurangi faktor yang dapat meningkatkan nyeri pada pasien</p> <p>7. Gunakan tindakan pengontrol nyeri sebelum nyeri pada pasien bertambah berat</p> <p>8. Dukung pasien untuk istirahat atau tidur untuk menurunkan rasa nyeri</p>
--	--	---	---

2.3.4. Implementasi

Menurut Perkeni (2011), penataksanaan diabetes melitus terdiri dari :

1. Edukasi

Diabetes melitus tipe 2 umumnya terjadi pada saat pola hidup dan Perilaku telah terbentuk dengan mapan. Pemberdayaan penyandang diabetes melitus memerlukan partisipasi aktif pasien, keluarga, masyarakat. Tim kesehatan mendampingi pasien dalam menuju perubahan perilaku. Edukasi yang di berikan meliputi:

- a) Edukasi untuk pencegahan primer yaitu edukasi yang ditunjukkan untuk kelompok resiko tinggi.
- b) Edukasi untuk pencegahan skunder yaitu edukasi yang ditunjukkan untuk pasien baru. Materi edukasi berupa pengertian diabetes, gejala, penatalaksanaan, mengenal dan mencegah komplikasi akut dan kronik.
- c) Edukasi untuk pengeghan tersier yaitu edukasi yang ditunjukkan pada pasien tingkat lanjut, dan materi yang diberikan meliputi : cara pencegahan komplikasi dan perawatan, upaya untuk rehabilitasi, dll.

2. Terapi gizi atau Perencanaan Makan

Terapi Gizi Medis (TGM) merupakan bagian dari penatalaksanaan diabetes secara total. Kunci keberhasilan TGM adalah keterlibatan secara menyeluruh dari anggota tim (dokter, ahli gizi, petugas kesehatan yang lain dan pasien itu sendiri). Menurut Smeltzer et al, (2008) bahwa perencanaan makan pada pasien diabetes meliputi:

- a) Memenuhi kebutuhan energi pada pasien diabetes melitus
- b) Terpenuhi nutrisi yang optimal pada makanan yang disajikan seperti vitamin dan mineral
- c) Mencapai dan memelihara berat badan yang stabil

- d) Menghindari makan makanan yang mengandung lemak, karena pada pasien diabetes melitus jika serum lipid menurun maka resiko komplikasi penyakit makrovaskuler akan menurun
- e) Mencegah level glukosa darah naik, karena dapat mengurangi komplikasi yang dapat ditimbulkan dari diabetes melitus.

3. Latihan jasmani

Latihan jasmani sangat penting dalam pelaksanaan diabetes karena dapat menurunkan kadar glukosa darah dan mengurangi faktor resiko kardiovaskuler. Latihan menurunkan kadar glukosa darah dengan meningkatkan pengambilan glukosa oleh otot dan memperbaiki pemakaian insulin. Latihan juga dapat meningkatkan kadar HDL kolesterol dan menurunkan kadar kolesterol total serta trigliserida (ADA, 2012). Kegiatan sehari-hari dan latihan jasmani secara teratur (3-4 kali seminggu selama kurang dari 30 menit), merupakan salah satu pilar dalam pengelolaan diabetes melitus. Latihan jasmani yang dianjurkan berupa latihan jasmani yang bersifat aerobik seperti : jalan kaki, bersepeda santai, jogging, dan berenang. Latihan jasmani sebaiknya disesuaikan dengan umur dan status kesegaran jasmani.

4. Terapi farmakologis

Pengobatan diabetes secara menyeluruh mencakup diet yang benar, olah raga yang teratur, dan obat-obatan yang diminum atau suntikan insulin. Pasien diabetes melitus tipe 1 mutlak diperlukan suntikan insulin setiap hari. Pasien diabetes melitus tipe 2, umumnya pasien perlu minum obat antidiabetes secara oral atau tablet. Pasien diabetes memerlukan suntikan insulin pada kondisi tertentu, atau bahkan kombinasi suntikan insulin dan tablet (ADA, 2012).

5. Monitoring keton dan gula darah

Melakukan pemantauan kadar glukosa darah secara mandiri penderita diabetes dapat mengatur terapinya untuk mengendalikan kadar glukosa darah secara optimal. Monitoring glukosa darah merupakan pilar kelima dianjurkan kepada pasien diabetes melitus. Monitor level gula darah sendiri dapat mencegah dan mendeteksi kemungkinan terjadinya hipoglikemia dan hiperglikemia dan pasien dapat melakukan keempat pilar di atas untuk menurunkan resiko komplikasi dari diabetes melitus (Smeltzer et al,2008)

2.3.5. Evaluasi

Evaluasi dalam keperawatan merupakan kegiatan dalam menilai tindakan keperawatan yang telah ditentukan, untuk mengetahui pemenuhan kebutuhan klien secara optimal dan mengukur hasil dari proses keperawatan. Dalam evaluasi keperawatan menggunakan SOAP atau data subjektif, objektif, analisa dan planning kedepannya. Jika masalah sudah teratasi intervensi tersebut dapat dihentikan, apabila belum teratasi perlu dilakukan pembuatan planning kembali untuk mengatasi masalah tersebut.

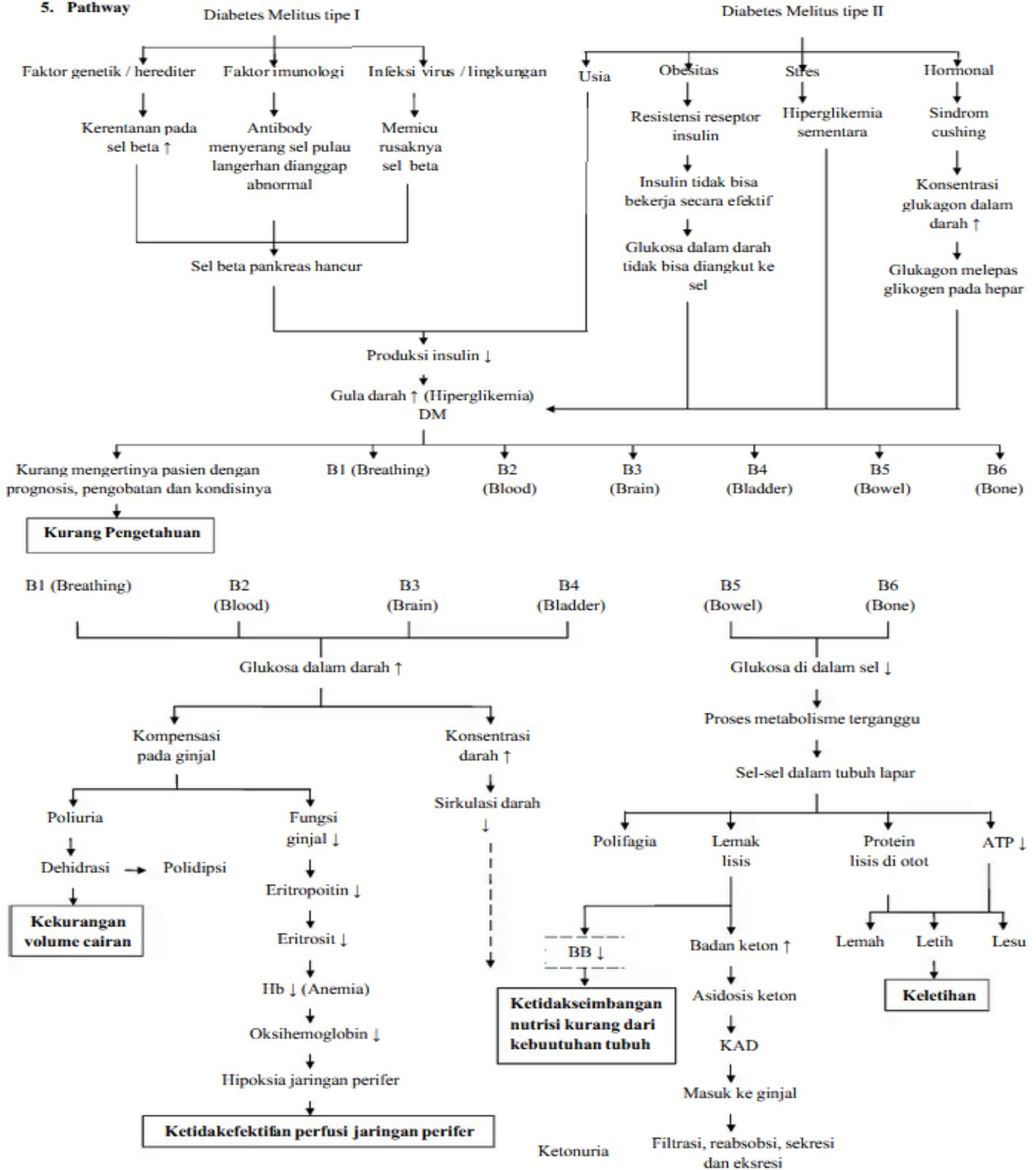
Evaluasi yang diharapkan pada pasien dengan Diabetes Mellitus adalah sebagai berikut.

1. Kondisi tubuh pasien stabil, tidak terjadi gangrene, tidak terjadi nyeri
2. Turgor kulit normal, tidak terjadi lesi atau integritas jaringan
3. Tanda-tanda vital normal
4. Berat badan dapat meningkat dengan nilai laboratorium normal dan tidak ada tanda-tanda malnutrisi.
5. Cairan dan elektrolit pasien diabetes normal.
6. Infeksi dan komplikasi tidak terjadi
7. Rasa lelah atau keletihan berkurang/penurunan rasa lelah
8. Pasien mengutarakan pemahaman tentang kondisi nya yang menderita diabetes melitus, efek prosedur dan proses pengobatan.

Evaluasi ini merupakan evaluasi terhadap pasien dengan Diabetes Mellitus dan apabila dari poin satu sampai dengan poin 8 tersebut sudah tercapai oleh seorang pasien, maka dapat disimpulkan bahwa pasien tersebut sudah sehat dan dapat meninggalkan rumah sakit. Tetapi pasien tetap harus memperhatikan kadar gula dalam darahnya, dengan cara makan makanan yang sehat, bergizi dan rendah gula.

WOC Diabetes Militus

5. Pathway



Sumber : (Smeltzer dan Bare, 2015)

BAB 3

TINJAUAN KASUS

Gambaran tentang asuhan keperawatan pada Tn. B dengan diagnosa medis Diabetes Melitus, maka dengan ini penulis menyajikan suatu uraian kasus yang di amati mulai tanggal 2 Desember 2019 sampai 6 Desember 2019 di ruang Flamboyan UPTD Griya Werdha Jambangan Surabaya dan melakukan pengkajian pada tanggal 2 Desember 2019 pada pukul 09.00 yang dimana data diperoleh dari pasien dan petugas kesehatan.

3.1 Pengkajian

Pengkajian dilakukan pada tanggal 2 Desember 2019 pukul 10.00 WIB di ruang Falmboyan UPTD Griya Werdha Jambangan Surabaya.

3.1.1 Identitas

Tn. B adalah seorang laki-laki berusia 70 tahun dengan diagnosa medis diabetes melitus dan termasuk kategori elderly. Status pasien untuk saat ini menikah. Pasien beragama Islam dan berbahasa jawa. Pendidikan terakhir pasien hanya tingkat SMP dan pasien tinggal di panti sudah sejak 7 tahun yang lalu. Pasien tidak mempunyai sumber pendapatan dikarenakan tidak ada keluarga yang dihubungi. Pasien dulu membuka bengkel tambal ban

3.1.2. Riwayat Kesehatan

a. Keluhan utama :

Penglihatan kabur, nyeri sendi, pendengaran berkurang.

b. Riwayat penyakit sekarang :

Tn. B mengatakan sudah lama berada di panti sekitar 7 tahun, Tn. B di bawa ke panti oleh Rw dan Rt nya dikarenakan dirinya hanya tinggal sendiri dirumah, istri dan anaknya pergi meninggalkannya. Pada pemeriksaan fisik didapatkan tanda-tanda vital, TD: 125/75 mmHg, N: 95x/mnt, RR: 19x/mnt, S: 36,8 °C. Tn. B mengatakan hanya mengkonsumsi obat yang diberikan oleh petugas panti

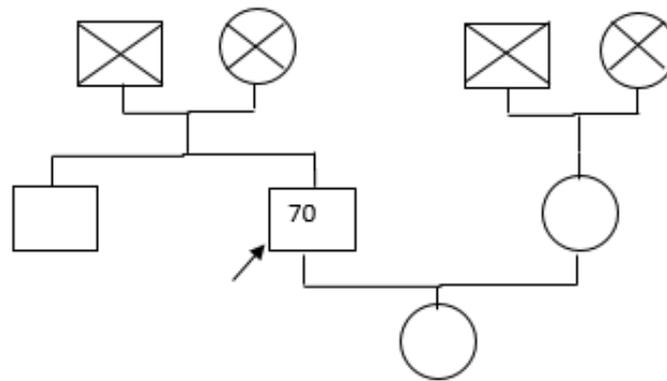
c. Riwayat Penyakit Dahulu

Tn. B mengatakan memiliki riwayat penyakit Diabetes Melitus 7 tahun yang lalu sejak masuk panti tahun 2014. Tn. B mengatakan hanya mengkonsumsi obat yang di berikan oleh petugas kesehatan panti dan menggunakan balsem di kaki jika diberikan oleh petugas panti.

d. Riwayat Penyakit Keluarga

Tn. B mengatakan didalam keluarganya ada yang memiliki riwayat penyakit Diabetes Melitus.

e. Genogram:



Keterangan :

○ = Perempuan

□ = Laki-laki

⊗ = Meninggal

↗ = Pasien

3.1.3. Status Fisiologis

1. Postur tulang belakang Tn. B yaitu membungkuk
2. Tanda-tanda vital dan status gizi
 - a. Suhu : 36,8 °C
 - b. Tekanan Darah : 125/75 mmHg
 - c. Nadi : 95 x/menit
 - d. Respirasi : 19 x/menit
 - e. Berat Badan : 67 kg
 - f. Tinggi badan : 155 cm
 - g. Gda : 335mg/dl

3.1.4. Pengkajian Head To Toe

a. Kepala

Tn. B memiliki bentuk kepala yang simetris, tidak ada benjolan, tidak ada lesi, kebersihan pada kulit kepala dan rambut tampak bersih tidak ada ketombe dan rambut berwarna putih, klien mengeluh sering merasa pusing apabila melihat tulisan-tulisan kecil.

b. Mata

Tn. B memiliki mata yang simetris antara mata kanan dan mata kiri, konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, tidak strabismus, lapang pandang kabur, tidak terdapat peradangan pada mata.

c. Hidung

Tn. B bentuk hidung simetris, tidak terdapat peradangan dan penciuman tidak terganggu.

d. Mulut dan Tenggorokan

Kebersihan mulut Tn. B tampak bersih pasien, mukosa bibir tampak lembab, jumlah gigi gigit tidak lengkap (ompong), tidak terdapat karies, tidak terjadi peradangan pada gusi, Tn. B mengatakan mengalami kesulitan saat menelan karena giginya ompong. Tidak terjadi kesulitan saat berbicara, pasien berbicara lancar dan jelas.

e. Telinga

Telinga Tn. B tampak simetris antara kanan dan kiri, terdapat gangguan pendengaran pada telinga kanan dan kiri, kebersihan kedua telinga tampak bersih tidak ada serumen.

f. Leher

Pada pemeriksaan leher Tn. B tidak ditemukan pembesaran kelenjar thyroid, tidak terdapat lesi, tidak mengalami kaku kuduk.

g. Dada

Bentuk dada pada Tn. B bentuk dada normo chest, tidak terdapat retraksi dada, tidak terdapat suara jantung tambahan, tidak terdapat ronchi dan wheezing.

h. Abdomen

Tn. B memiliki bentuk perut datar, tidak ada pembesaran hepar atau lien, tidak ada nyeri tekan, tidak ada kelainan pada abdomen dan didapatkan bising usus 12x/menit.

i. Genetalia

Tn. B kebersihan area genetalia baik, tidak terdapat hemaroid, tidak terdapat hernia, dan tidak terdapat gangguan pada anus.

j. Ekstermitas

Tn B mengatakan nyeri pada bagian sendi terutama di kaki, didapatkan data

P : Nyeri dibagian sendi terutama di kaki kanan dan kiri

Q : Kesemutan

R : Sendi bagian Kaki kanan kiri

S : 5

T : Hilang Timbul

Tn. B ditemukan pada kaki skala 3 saat berjalan sakit, berjalan menggunakan bantuan tongkat atau alat penopang, postur tubuh membungkuk, tidak terdapat edema di area

kaki, kekutan otot:

5555	5555
3333	3333

k. Integumen

Tn. B selalu menjaga kebersihan kulit dengan baik, warna kulit sawo matang.

3.1.5. Pengkajian Keseimbangan Untuk Lansia

a. Perubahan posisi atau gerak keseimbangan

Tn. B mampu bangun dari kursi dan duduk di kursi walau menggunakan tongkat untuk menompang badan saat duduk dan berdiri dari kursi. Klien sedikit kurang mampu menahan dorongan, klien tidak mampu memegang obyek dengan mata tertutup, klien tidak kesulitan saat memutar leher, pasien mampu mengambil barang yang jatuh dengan cara membungkuk.

b. Komponen gaya berjalan atau gerak

Tn. B mampu berjalan pada tempat yang sudah ditentukan walau menggunakan tongkat, klien saat melangkah mampu mengangkat kakinya walau dengan langkah yang tidak sama. klien mampu berjalan dengan lurus tidak menyimpang dan berbalik dengan sedikit sempoyongan.

3.1.6. Pengkajian Psikososial

Tn. B mampu berinteraksi dengan lansia lain maupun petugas panti dengan baik, pasien mampu bekerjasama dengan lansia maupun petugas panti dan klien lebih suka

berinteraksi dengan lansia satu kamar dengannya. Emosi klien selalu terkontrol. Tn. B tidak pernah di kunjungi oleh keluarganya karena klien pada waktu itu tiba-tiba dibawa petugas daerah setempat ke panti griya werdha jambangan.

3.1.7. Pengkajian Perilaku Terhadap Kesehatan

Tn. B setelah dilakukan observasi selama tiga hari di panti didapatkan klien tidak merokok, klien tidak menjaga pola makan karena porsi makanan sudah diatur oleh petugas panti, klien minum air putih terkadang teh hangat pada waktu makan 2 gelas per hari. Tn. B lebih sering tertidur saat tidur siang pukul 11.00-13.00, saat tidur malam pasien tidur pukul 20.30 bisanya terbangun jam 03.00 untuk BAK dan tidur lagi bangun jam 05.00 jumlah waktu tidur dalam satu hari kurang lebih 8 jam, saat klien tidak tidur hanya bersantai di dalam dan di luar kamar dengan lansia-lansia lainnya. Tn. B sering BAB pada siang hari dengan konsistensi keras, tidak memiliki gangguan saat BAB. Tn. B BAK 3 kali sehari, dengan warna urine kuning jernih, tidak ada gangguan saat BAK. Tn. B mandi 2 kali sehari menggunakan sabun sendiri, menggosok gigi menggunakan pasta gigi sendiri 2 kali sehari, dan selalu mengganti pakaian atau menggunakan sarung setelah mandi.

3.1.8. Pengkajian Lingkungan

a. Pemukiman

Luas bangunan sekitar 2.887 m² dengan bangunan permanen menggunakan genting, dinding terbuat dari bata (tembok) dengan lantai yang sudah menggunakan kramik, dengan kebersihan lantai cukup bersih, ventilasi 15% luas lantai, pencahayaan baik, penataan perabotan baik, di panti sudah memiliki cukup banyak perabotan yang lengkap. Panti memakai sumber air PDAM dengan penyediaan air minum aqua. Penggunaan jamban bersama dengan jenis jamban leher angsa jarak jarak dari sumber air > 10 meter pembuangan air limbah lancar, sampah di panti dikelola oleh dinas kebersihan, polusi

udara berasal dari rumah tangga di sekitar panti, terdapat binatang pengerat seperti tikus pada malam hari.

b. Fasilitas

Fasilitas yang dimiliki panti lapangan untuk berolahraga, taman didepan kamar lansia-lansia, ruang pertemuan (aula) yang digunakan untuk kegiatan penyuluhan pada lansia, musolah, sarana untuk hiburan lansia TV, sound system, VCD.

c. Keamanan dan transportasi

Terdapat penanganan bencana dan kebakaran berupa apar, memiliki kendaraan berupa mobil dan ambulan kondisi jalan rata.

d. Komunikasi.

Terdapat sarana untuk komunikasi berupa telephone, pemberian informasi secara langsung.

3.1.9. Pengkajian Afektif Inventaris Depresi Beck.

Tn. B memiliki penilaian 5 dan masuk kategori depresi ringan.

3.1.10. Pengkajian Status Sosial Menggunakan APGAR Keluarga

Tn. B mampu berinteraksi dengan baik di lingkungan sekitarnya dan mampu memecahkan masalahnya dan klien tinggal di panti.

3.1.11. Masalah Emosional

Tn. B tidak memiliki masalah emosional dan cenderung memiliki emosi yang stabil.

3.1.12. Tingkat Kerusakan Intelektual SPMSQ (Short Portable Mental Status Questioner)

Tn. B mampu menjawab 5 benar dan 5 salah dari 10 pertanyaan dan termasuk pada interpretasi memiliki fungsi intelektual kerusakan ringan.

3.1.13. Identifikasi Aspek Kognitif MMSE (Mini Mental Status Exam)

Pengkajian pada Tn. B didapatkan hasil nilai 25 dan interpretasi hasil ada gangguan kognitif sedang.

3.1.14. Indeks Barthel

Pengkajian pada Tn. B didapatkan hasil nilai 90 pasien termasuk lansia yang memerlukan bantuan ringan.

3.1.15. Tingkat Kemandirian Dalam Kehidupan Sehari-hari Indeks KATZ

Pengkajian pada Tn. B didapatkan skor B pasien mampu mandiri dalam hal makan, dan satu tambahan perlu bantuan yakni naik turun tangga dan berjalan.

3.2 Terapi

Tabel 3.2 Terapi

Nama obat	Dosis	Indikasi
Glipzide	2 x 1 50 mg	Pengobatan diabetes dalam mengontrol kadar gula darah.
Faxiden Piroxicam	2 x 1	untuk mengurangi rasa sakit, pembengkakan, dan peradangan sendi akibat rheumatoid arthritis Piroxicam juga sering digunakan untuk mengobati encok atau asam urat.

3.3 Analisa Data

Tabel 3.3 : Analisa Data

NO.	DATA	MASALAH	PENYEBAB				
1	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan nyeri bagian sendi terutama di kaki <p>DO :</p> <p>P : Nyeri dibagian sendi terutama di kaki kanan dan kiri</p> <p>Q : Kesemutan</p> <p>R : Sendi bagian Kaki kanan kiri</p> <p>S : 5</p> <p>T : Hilang Timbul</p>	<p>Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054)</p>	<p>Nyeri</p>				
2	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan sering merasa lapar - Pasien mengatakan kurang mengetahui informasi terkait Diabetes Melitus <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak lemas - Pasien tampak lesuh 	<p>Resiko Kertidakstabilan Kadar Gulukosa Darah (D.0038)</p>					
3	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan sulit berjalan dengan normal - Pasien mengatakan sulit mendengar - Pasien mengatakan ketika berjalan harus menggunakan alat bantu jalan (Tongkat) <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak menggunakan saat tongkat saat berjalan - Pasien tampak sulit mendengar <p>Skala Otot yang didapat</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 10px;">5555</td> <td style="padding: 0 10px;">5555</td> </tr> <tr> <td style="border-top: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 10px;">3333</td> <td style="border-top: 1px solid black; padding: 0 10px;">3333</td> </tr> </table>	5555	5555	3333	3333	<p>Resiko Jatuh (D.0143)</p>	
5555	5555						
3333	3333						

3.4 Prioritas Masalah

Tabel 3.4 : Prioritas Masalah

No.	Masalah Keperawatan	Tanggal		Paraf
		Ditemukan	Teratasi	
1.	Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan Nyeri	2 Desember 2019		<i>Erick</i>
2.	Resiko Jatuh (Gangguan Keseimbangan)	2 Desember 2019		<i>erick</i>
3.	Resiko ketidakstabilan Kadar Gula Darah	2 Desember 2019		<i>erick</i>

3.5 Rencana Keperawatan

Tabel 3.5 : Rencana Keperawatan

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN	TUJUAN / KRITERIA HASIL	INTERVENSI	RASIONAL
1	Gangguan Mobilitas Fisik b/d Nyeri	Setelah dilakukan Asuhan Keperawatan 3x24 Jam Diharapkan Pergerakan Sendi Meningkat Dengan Kriteria Hasil : <ul style="list-style-type: none"> - Pergelangan kaki kanan meningkat - Pergelangan kiri meningkat - Lutut kanan meningkat - Lutut kiri meningkat 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 4. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 5. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri 	<ol style="list-style-type: none"> 1. untuk mengetahui lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. untuk mengetahui skala nyeri pasien 3. untuk mengetahui faktor yang mempengaruhi nyeri 4. untuk mengetahui pengaruh nyeri terhadap kualitas hidup 5. untuk menentukan tindakan yang tepat dalam mengatasi mengatasi nyeri pasien.
2	Resiko Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah	Setelah dilakukan Asuhan Keperawatan 3x24 Jam Diharapkan Keseimbangan Cairan Meningkat Dengan Kriteria Hasil : <ul style="list-style-type: none"> - Asupan cairan meningkat - Edema menurun - Dehidrasi menurun - Membrane mukosa membaik - Tekanan darah membaik 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2. Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi hidup bersih dan sehat 3. Jelaskan faktor resiko yang dapat mempengaruhi kesehatan 4. Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat 5. Berikan kesempatan untuk bertanya 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk membantu mengatasi penyakit diabetes pasien. 2. Agar klien dapat mematuhi setiap program pengobatan 3. Untuk menentukan tindakan pengobatan selanjutnya.

3	Resiko Jatuh (Gangguan Keseimbangan)	<p>Setelah Dilakukan Asuhan Keperawatan 3x24 Jam Diharapkan Keseimbangan Meningkat Dengan Kriteria Hasil</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kemampuan Duduk Tanpa Sandaran Meningkat - Kemampuan Bangkit Dari Posisi Duduk Meningkat - Keseimbangan Saat Berdiri Meningkat - Keseimbangan Saat Berjalan Meningkat - Pusing Menurun 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi Faktor Resiko Jatuh (Usia >65 Tahun, Gangguan Keseimbangan) 2. Identifikasi Faktor Lingkungan Yang Meningkatkan Resiko Jatuh (Lantai Licin, Penerangan Kurang) 3. Hitung Resiko Jatuh Dengan Menggunakan Skala 4. Monitoring Kemampuan Pindah Dari Tempat Tidur Dengan Tongkat 5. Gunakan Alat Bantu Berjalan (Walker) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Agar meminimalkan resiko jatuh pasien. 2. Untuk menciptakan lingkungan yang tidak membahayakan pasien. 3. Untuk mengetahui skala resiko jatuh pasien. 4. Untuk mengetahui kemampuan aktivitas pasien. 5. Untuk membantu aktivitas pasien.
---	--------------------------------------	---	---	--

3.6 Intervensi dan Evaluasi Keperawatan

Tabel 3.6 : Intervensi dan Evaluasi Keperawatan

No Dx	Waktu (tgl &Jam)	Implementasi	Paraf	Waktu (tgl &Jam)	Evaluasi Formatif SOAP / Catatan Perkembangan	Paraf
1,2,3	2 desember 2019 09.00	Memperkenalkan diri dan menyampaikan tujuan yang akan dilakukan tentang Nyeri	<i>Erick</i>	2 desember 2019	Diagnosa Keperawatan 1: Gangguan Mobilitas Fisik b/d Nyeri	<i>Erick</i>
	09.15	Menjelaskan kepada klien dengan aktivitas ringan dapat membantu mengontrol gerakan untuk mengatasi skala nyeri <ul style="list-style-type: none"> - Memahami lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi - Memperberat dan memperingan nyeri - Edukasi strategi meredakan nyeri sesuai kondisi Tn B 	<i>Erick</i>	14.00	S: Pasien mengatakan nyeri sendi dibagian kaki kanan dan kiri O: - merasakan kaki kanan dan kiri cekot-cekot <ul style="list-style-type: none"> - Skala 5 A: masalah belum teratasi P: intervensi dilanjutkan 1,2,3,4,5	

	10.00	Memperkenalkan diri dan menyampaikan tujuan yang akan dilakukan tentang pengontrolan dalam kadar gula darah	<i>Erick</i>		Diagnosa Keperawatan 2 : Resiko Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah b/d kurang terpaparinformasi tentang manajemen diabetes	<i>Erick</i>
	10.15	Menjelaskan kepada klien dengan mengatur pola makan untuk dapat membantu untuk mengatasi kadar gula darah - kesiapan dan kemampuan Tn B untuk menerima informasi - berikan dukungan Tn B dalam meningkatkan motivasi hidup bersih dan sehat dalam mengontrol kadar gula darah - memberikan edukasi Tn B menjaga kadar glukosa darah untuk mencegah terjadinya diabetes	<i>Erick</i>		S: Pasien mengatakan memiliki Riwayat Diabetes Melitus dan mengatakan pandangan kabur O: - pandangan klien tampak kabur - Klien tampak letih - GCS 456 - Berat Badan : 67 kg - GDA : 335mg/dl A: masalah belum teratasi P: intervensi dilanjutkan 1,2,3,4,5	

	11.20	Melakukan observasi Tn B dan memberikan Obat Oral <ul style="list-style-type: none"> - Tekanan Darah : 125/75 mmHg - Nadi : 95 x/menit - Respirasi : 19 x/menit - Glipzide 2 x 1 50 mg - Faxiden Piroxicam 2 x 1 	<i>Erick</i>		Diagnosa Keperawatan 3 : Resiko Jatuh (Gangguan Keseimbangan) S: Pasien mengatakan sulit berjalan dengan normal O: - menggunakan tongkat saat berjalan A: masalah belum teratasi P: intervensi dilanjutkan 1,2,3,4,5	<i>Erick</i>
	11.45	Memperkenalkan diri dan menyampaikan tujuan yang akan dilakukan tentang mencegah resiko jatuh	<i>Erick</i>			
	12.10	Menjelaskan kepada klien dengan menggunakan alat bantu berjalan (tongkat) untuk dapat membantu untuk mengurangi resiko jatuh <ul style="list-style-type: none"> - Mengajarkan Tn. B saat mau tidur atau istirahat untuk meletakkan tongkat di tepi atau sebelah tempat tidur - Mengajarkan Tn B saat beranjak dari tempat tidur posisi Tn B duduk terlebih dahulu dan memegang tongkat kemudian berdiri dengan menompang tongkat 	<i>Erick</i>			

	16.00	Memperkenalkan diri dan menyampaikan tujuan yang akan dilakukan tentang pengontrolan dalam kadar gula darah	<i>Erick</i>		Diagnosa Keperawatan 2 : Resiko Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah b/d kurang terpaparinformasi tentang manejemmen diabetes	<i>Erick</i>
	16.20	Menjelaskan kepada klien dengan mengatur pola makan untuk dapat membantu untuk mengatasi kadar gula darah <ul style="list-style-type: none"> - Mengajarkan Tn B yang harus dihidari kondisi dalam kebutuhan asupan makanan dan kalori - Mengedukasi makanan diit Tn B (makanan tinggi protein, rendah garam, rendah kalori) - Menjelaskan kepada klien pentingnya patuh terhadap pengobatan 	<i>Erick</i>		S: Pasien mengatakan sedikit paham akan informasi yang diberikan O: - pasien tampak antusias dalam mendengarkan informasi yang telah diberikan A: masalah teratasi sebagian P: intervensi dilanjutkan 2,3,4,5	<i>Erick</i>
	18.00	Melakukan observasi Tn B dan memberikan Obat Oral <ul style="list-style-type: none"> - Tekanan Darah : 125/75 mmHg - Nadi : 95 x/menit - Respirasi : 19 x/menit 	<i>Erick</i>		Diagnosa Keperawatan 3 : Resiko Jatuh (Gangguan Keseimbangan) S: Pasien mengatakan sulit berjalan dengan normal	<i>Erick</i>

		<ul style="list-style-type: none"> - Glipzide 2 x 1 50 mg - Faxiden Piroxicam 2 x 1 			<p>O: - menggunakan tongkat saat berjalan</p> <p>A: masalah belum teratasi</p> <p>P: intervensi dilanjutkan 2,3,4,5</p>	
	19.00	Memperkenalkan diri dan menyampaikan tujuan yang akan dilakukan tentang mencegah resiko jatuh	<i>Erick</i>			
	19.20	<p>Menjelaskan kepada klien dengan menggunakan alat bantu berjalan (tongkat) untuk dapat membantu untuk mengurangi resiko jatuh</p> <ul style="list-style-type: none"> - Memodifikasi lingkungan dan menyingkirkan penyebab jatuh pada Tn B (Lantai Licin, penerangan yang kurang baik - Atur posisi yang nyaman jaga sedih selama pergerakan 	<i>Erick</i>			
1,2,3	4 desember 2019 21.00	Memperkenalkan diri dan menyampaikan tujuan yang akan dilakukan tentang menghindari nyeri	<i>Erick</i>	4 desember 2019 07.00	<p>Diagnosa Keperawatan 1: Gangguan Mobilitas Fisik b/d Nyeri</p> <p>S: Pasien mengatakan nyeri sendi dibagian kaki kanan dan kiri</p> <p>O: - merasakan kaki kanan dan kiri cekot-cekot</p>	<i>Erick</i>
	21.10	Menjelaskan kepada klien dengan aktivitas ringan dapat menghindari cedera saat berolahraga				

		<ul style="list-style-type: none"> - Menciptakan lingkungan yang tenang untuk merasakan sensai relaksai (napas dalam, relaksasi otot progresif, napas dalam) - Mengajarkan melatih da mengulang teknik relaksai yang efektif sesuai dengan kondisi Tn B (perenggangan) 			<ul style="list-style-type: none"> - Skala 4 <p>A: masalah tertasi sebagian</p> <p>P: intervensi dilanjutkan 2,3,4,5</p>	
	21.30	Memperkenalkan diri dan menyampaikan tujuan yang akan dilakukan tentang pengontrolan dalam kadar gula darah	<i>Erick</i>		<p>Diagnosa Keperawatan 2 : Resiko Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah b/d kurang terpaparinformasi tentang manajemen diabetes</p> <p>S: Pasien mengatakan paham akan informasi yang diberikan</p> <p>O: -pasien tampak antusias dalam berbicara</p> <p>A: masalah teratasi sebagian</p> <p>P: intervensi dilanjutkan 2,3,4,5</p>	<i>Erick</i>
	21.45	Menjelaskan kepada klien dengan mengatur pola makan untuk dapat membantu untuk mengatasi kadar gula darah <ul style="list-style-type: none"> - Memberikan edukasi Tn B dalam memenuhi kebutuhan nutrisi (buah-buahan dan sayur) - Mengajarkan Tn B dalam melakukan hidup sehat dalam mengatur pola makan - Menjelaskan kepada klien dengan aktivitas ringan dapat 	<i>Erick</i>			

		membantu mengontrol kadar gula darah				
	05.00	Melakukan observasi Tn B dan memberikan Obat Oral <ul style="list-style-type: none"> - Tekanan Darah : 125/75 mmHg - Nadi : 95 x/menit - Respirasi : 19 x/menit - Glipzide 2 x 1 50 mg - Faxiden Piroxicam 2 x 1 	<i>Erick</i>		Diagnosa Keperawatan 3 : Resiko Jatuh (Gangguan Keseimbangan) S: Pasien mengatakan sulit berjalan dengan normal O: - menggunakan tongkat saat berjalan A: masalah belum teratasi P: intervensi dilanjutkan 2,3,4,5	<i>Erick</i>
	05.20	Memperkenalkan diri dan menyampaikan tujuan yang akan dilakukan tentang mencegah resiko jatuh	<i>Erick</i>			
	05.35	Menjelaskan kepada klien dengan menggunakan alat bantu berjalan (tongkat) untuk dapat membantu untuk mengurangi resiko jatuh <ul style="list-style-type: none"> - Melatih Tn. B Untuk Melakukan Pemanasan Dan Pendinginan (Rileksasi Otot) Yang Tepat - Mengajarkan Tn. B mendekakan barang-barang yang penting disamping 	<i>Erick</i>			

BAB 4

PEMBAHASAN

Pada bab 4 akan dilakukan pembahasan mengenai asuhan keperawatan pada pasien Tn. B dengan diagnose medis Diabetes Mellitus di Panti Griya Werdha Jambangan Surabaya yang dilaksanakan mulai tanggal 2 Desember 2019 sampai dengan 6 Desember 2019. Melalui pendekatan studi kasus untuk mendapatkan kesenjangan antara teori dan praktek dilapangan. Pembahasan terhadap proses asuhan keperawatan ini dimulai dari pengkajian, rumusan masalah, perencanaan asuhan keperawatan, pelaksanaan, dan evaluasi

4.1. Pengkajian

Pada pengkajian Tn. B di dapatkan laki-laki berusia 70 tahun dengan diagnosa medis diabetes melitus dan termasuk kategori elderly. Status pasien untuk saat ini menikah. Pasien beragama Islam dan berbahasa jawa. Pendidikan terakhir pasien hanya tingkat SMP dan pasien tinggal di panti sudah sejak 7 tahun yang lalu. Pasien tidak mempunyai sumber pendapatan dikarenakan tidak ada keluarga yang bisa dihubungi. Pasien dulu membuka bengkel tambal ban.

Hal ini sesuai dengan (Sunaryo et al., 2016) lanjut usia adalah kelompok manusia yang berusia 60 tahun keatas. Pada lanjut usia akan terjadi proses menghilangnya kemampuan jaringan untuk memperbaiki diri atau mengganti dan mempertahankan fungsi normalnya secara perlahan lahan sehingga tidak dapat bertahan terhadap infeksi dan memperbaiki kerusakan yang terjadi. Menurut asumsi peneliti semakin umur bertambahnya tua akan semakin mengalami proses kelemahan baik fisik dan organ-organ dalam tubuh.

4.2. Keluhan Utama

Pengkajian dilakukan pada tanggal 2 Desember 2019 pukul 10.00 WIB di ruang Falmboyan UPTD Griya Werdha Jambangan Surabaya dan didapatkan data keluhan utama Tn. B mengalami penglihatan kabur, nyeri sendi, pendengaran berkurang.

Hal ini sesuai dengan (American Diabetes Association, 2018) gangguan penglihatan pada fase awal diabetes sering juga dijumpai gangguan penglihatan berupa pandangan kabur.

Menurut peneliti Tn. B mengalami penglihatan kabur dikarenakan Tn. B mempunyai Diabetes Melitus dan ditambah dengan usia yang termasuk lanjut usia (lansia), sehingga terjadi penurunan fungsi-fungsi organ.

4.3. Riwayat Penyakit Dahulu

Pada riwayat penyakit dahulu didapatkan Tn. B mengatakan memiliki riwayat penyakit Diabetes Melitus 7 tahun yang lalu sejak masuk panti tahun 2014. Tn. B mengatakan hanya mengkonsumsi obat yang di berikan oleh petugas kesehatan panti dan menggunakan balsem di kaki jika diberikan oleh petugas panti. Hal ini sesuai dengan (Stuart dan Laraia, 2017) pada penderita diabetes tidak mewarisi diabetes tipe 1 itu sendiri tetapi mewarisi suatu predisposisi atau kecenderungan genetik kearah terjadinya diabetes melitus tipe 1. Kecenderungan ini dilakukan pada yang memiliki tipe antigen *Human Leucocyte antigen (HLA)* merupakan kumpulan gen yang bertanggung jawab atas antigen transplantasi dan proses imun lainnya.

4.4. Status Fisiologis

Pada pemeriksaan status fisiologis didapatkan data postur tulang belakang Tn. B yaitu membungkuk, tanda-tanda vital dan status gizi, suhu 36,8 °C, tekanan darah 125/75 mmHg, nadi 95 x/menit, respirasi 19 x/menit, berat badan 67 kg, tinggi badan 155 cm, GDA 335mg/dl.

Hal ini sesuai dengan diabetes melitus merupakan penyakit metabolik dengan karakteristik hiperglikemia yang terjadi karena kelainan sekresi insulin, kerja insulin atau kedua-duanya, seseorang didiagnosa diabetes melitus jika kadar gula darah sewaktu <200 mg/dl dan kadar gula darah puasa >126 mg/dl (PB. PERKENI., 2015)

Menurut peneliti Tn. B mengalami penurunan fungsi organ-organ yang ditandai dengan kadar gula darah Tn. B yang meningkat.

4.5. Pengkajian Keseimbangan Untuk Lansia

Pada pengkajian keseimbangan untuk lansia didapatkan data Tn. B mampu bangun dari kursi dan duduk di kursi walau menggunakan tongkat untuk menompang badan saat duduk dan berdiri dari kursi. Klien sedikit kurang mampu menahan dorongan, klien tidak mampu memegang obyek dengan mata tertutup, klien tidak kesulitan saat memutar leher, pasien mampu mengambil barang yang jatuh dengan cara membungkuk.

Hal ini sesuai dengan hayflick (1977) dalam Suwarno (2016) Teori Keterbatasan Hayflick (*Hayflick Limit Theory*) Teori ini menekankan bahwa perubahan kondisi fisik pada manusia dipengaruhi oleh adanya kemampuan reproduksi dan fungsional sel organ yang menurun dengan bertambahnya usia tubuh setelah usia tertentu.

Menurut peneliti keterbatasan yang dialami Tn. B dikarenakan usianya Tn. B yang sudah lansia, sehingga terjadi penurunan fungsi terutama fungsi sendi.

4.6. Pengkajian Afektif Inventaris Depresi Beck.

Pada pengkajian afektif inventaris depresi beck Tn. B didapatkan penilaian 5 dan masuk kategori depresi ringan.

Hal ini sesuai dengan (Sunaryo et al., 2016) Faktor lingkungan dapat mempengaruhi tingkat stress lansia. Peneliti berpendapat rasa bosan yang dialami lansia di Panti Griya Werdha Jambangan Surabaya disebabkan kurangnya sarana hiburan sehingga lansia hanya berinteraksi sesama lansia.

4.7. Diagnosa keperawatan

4.7.1 Resiko Ketidakstabilan Kadar Gula Darah

Pada Tn. B ditegakkan diagnosa medis Resiko Ketidakstabilan Kadar Gula Darah b/d Gangguan Toleransi Glukosa darah, hal ini didasari karena peneliti mendapatkan data pasien mengatakan sering kali terasa mengantuk, pasien mengatakan memiliki riwayat diabetes melitus 7 tahun yang lalu dan untuk data objektifnya sendiri pasien tampak letih, pasien tampak mengantuk ,GDA : 335 Mg/dL.

Hal ini sesuai dengan Perkeni (2011) mencegah level glukosa darah naik, karena dapat mengurangi komplikasi yang dapat ditimbulkan dari diabetes melitus.

4.7.2. Resiko Jatuh

Pada Tn B ditegakkan diagnosa medis Resiko Jatuh dengan resiko ketidakseimbangan.

Hal ini sesuai dengan (Maryam, Ekasari, Rosidawati, Jubaedi, & Batubara, 2012) mengatakan bahwa bertambahnya usia akan terjadi perubahan pada tubuh dan penurunan pada fungsi pada tubuh terutama menurunnya fungsi saraf pancaindra serta lamban dalam merespon.

Menurut peneliti bahwa didapatkan data pasien mengatakan sulit berjalan dengan normal Pasien mengatakan sulit mendengar Pasien mengatakan ketika berjalan harus menggunakan alat bantu jalan (Tongkat) dan untuk data objektifnya sendiri pasien tampak menggunakan tongkat saat berjalan dan pasien tampak sulit mendengar.

4.7.3 Gangguan Mobilitas Fisik

Pada Tn. B ditegakan diagnosa gangguan mobilitas fisik b/d ketidakbugaran fisik karena pasien mengatakan mengalami sulit dalam bergerak terutama saat berjalan pasien mengatakan tidak pernah berolahraga dan untuk data objektifnya sendiri gerakan pasien tampak terbatas dan pasien tampak menggunakan alat bantu jalan. Peneliti berpendapat ketidakbugaran

fisik yang menjadi penyebab utama pasien mengalami gangguan mobilitas fisik karena pasien setiap melakukan aktivitas harus terbantu oleh alat bantu jalan.

4.8 Intervensi Keperawatan

4.8.1 Resiko Ketidakstabilan Kadar Gula Darah b/d Gangguan Toleransi Glukosa darah

Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3x24 jam diharapkan kestabilan kadar glukosa darah meningkat dengan kriteria hasil mengantuk menurun, pusing menurun keluhan lapar menurun, kadarglukosa dalam darah membaik agar tujuan yang telah ditulis penulis berhasil maka penulis menyusun intervensi sebagai berikut : 1)identifikasi kepatuhan dalam menjalani progam pengobatan, 2)buat komitmen menjalani pengobatan dengan baik, 3)dokumentasi aktifitas selama menjalani proses pengobatan.

4.8.2 Resiko Jatuh (Gangguan Keseimbangan)

Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3x24 jam diharapkan keseimbangan meningkat dengan kriteria hasil: kemampuan duduk tanpa sandaran meningkat, kemampuan bangkit dari posisi duduk meningkat, keseimbangan saat berdiri meningkat, keseimbangan saat berjalan meningkat, pusing menurun agar tujuan yang telah ditulis penulis berhasil maka penulis menyusun intervensi sebagai berikut: 1) identifikasi faktor resiko jatuh (usia >65 tahun, gangguan keseimbangan), 2) identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan resiko jatuh (lantai licin, penerangan kurang), 3) hitung resiko jatuh dengan menggunakan skala, 4) monitoring kemampuan pindah dari tempat tidur dengan tongkat, 5)gunakan alat bantu berjalan (walker)

4.8.3 Gangguan Mobilitas Fisik b/d Ketidakbugaran Fisik

Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3x24 jam diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil: pergerakan ekstermitas meningkat, kekuatan otot meningkat, rentang gerak (rom) meningkat, kaku sendi menurun, kelemahan fisik menurun membaik agar tujuan yang telah ditulis penulis berhasil maka penulis menyusun intervensi sebagai berikut : 1) identifikasi keyakinan kesehatan tentang latihan fisik, 2) identifikasi pengalaman olahraga sebelumnya, 3) identifikasi hambatan untuk berolahraga, 4) fasilitasi dalam menjadwalkan periode regular latihan rutin mingguan, 5) lakukan aktivitas olahraga bersama pasien.

BAB 5

PENUTUP

5.1. Kesimpulan

Setelah penulis melakukan asuhan keperawatan pada Tn. B dengan diagnosa medis diabetes melitus di panti griya werdha jambangan Surabaya, maka penulis bisa menarik beberapa kesimpulan sekaligus saran yang bermanfaat dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan.

Dalam melakukan asuhan keperawatan pada klien Tn. B di dapatkan masalah keperawatan yaitu: Diabetes Militus

Dalam memberikan asuhan keperawatan pada klien Tn. B dengan Diabetes Militus Klien sangat membutuhkan peran serta keluarga untuk mendukung kesembuhan klien yang mengerti keadaan dan permasalahan yang ada pada dirinya, perawat dan team kesehatan membutuhkan kehadiran keluarga untuk membina kerjasama dalam memberikan perawatan, dari sini dapat diketahui bahwa peran serta keluarga faktor penting dalam proses penyembuhan klien.

5.2. Saran

1. Klien

Klien tetap harus berolahraga, mengatur pola hidup sehat.

2. Perawat

Perawat harus meningkatkan mutu dalam memberikan asuhan keperawatan terutama bagi lansia yang mengalami diabetes militus

DAFTAR PUSTAKA

- ADA (*American Diabetes Association*) Standards for Accessible Design. (2010).
- American Diabetes Association. (2018). Standard medical care in diabetes 2018. *The Journal of Clinical and Applied Research and Education*, 41(1), 1–150. <https://doi.org/10.2337/dc18-Sint01>
- IDF. (2013). *IDF Diabetes Atlas:Sixth Edition*: www.idf.org/diabetesatlas. ISBN:2-930229-85-3. <https://doi.org/10.1006/mgme.2001.3260>
- M. Black, J., & Hawks, J. H. (2014). *Keperawatan Medikal Bedah Manajemen Klinis untuk Hasil yang Diharapkan*. Singapura: CV Pentasada Medika Edukasi.
- Mellitus, D., Ii, T., & Kota, D. I. (2017). *Menara Ilmu* Vol. XI Jilid 2 No.77 Oktober 2017, XI(77), 165–173.
- Nur Aini, L. M. A. (2016). *Asuhan Keperawatan pada Sistem dengan Pendekatan NANDA NIC NOC*. Jakarta: salemba medika.
- PB. PERKENI. (2015). *Indonesia, P. E. (2015). Pengelolaan dan Pencegahan Diabetes Melitus Tipe 2 di Indonesia*. PB. PERKENI.
- Pratiwi, E., & Mumpuni, Y. (2017). *Tetap Sehat saat Lansia*. Yogyakarta: Rapha Publishing.
- Riskesdas. (2018). Hasil utama Riskesdas 2018 Kesehatan, Kementerian.
- Smeltzer, S. C. (2013). *Keperawatan Medikal-Bedah Brunner dan Suddarth Edisi 12*. Jakarta: EGC.
- WHO. (2014). *WHO World Health Organization Statistics*.

Lampiran 1

SOP (standar operasional prosedur) pemeriksaan kadar gula

PEMERIKSAAN KADAR GULA DARAH	
Pengertian	Pemeriksaan gula darah digunakan untuk mengetahui kadar gula darah seseorang.
Indikasi	1. Klien yang tidak mengetahui penyakitnya 2. Penderita DM
Tujuan	Untuk mengetahui kadar gula sewaktu sebagai indikator adanya metabolisme karbohidrat.
Perisapan alat	1. Glucometer/alat monitor kadar gula darah 2. Kapas alcohol 3. Hand scoon 4. Stik GDA/strip glukosa darah 5. Lanset/jarum penusuk 6. Bengkok
Persiapan lingkungan	1. Menjaga privasi pasien 2. Sebelum dilakukan tindakan orang tersebut diberi informasi untuk tidak makan (puasa) mulai jam 10 malam (sekitar 12 jam sebelum dilakukan pemeriksaan)
Prosedur	1. Jelaskan prosedur tindakan yang akan dilakukan kepada pasien 2. Mencuci tangan 3. Memakai hand scoon 4. Atur posisi pasien nyaman mungkin 5. Dekatkan alat disamping pasien 6. Pastikan alat bisa digunakan 7. Pasang stik GDA pada alat glucometer 8. Mengurut jari yang akan ditusuk (darah diambil dari salah satu jari telunjuk, jari tengah, jari manis, tangan kanan/kiri) 9. Desinfeksi jari yang ditusuk dengan kapas alcohol 10. Menusukan lanset di jari tangan pasien, biarkan darah mengalir secara spontan 11. Menghidupkan alat glukometer yang sudah terpasang strip GDA 12. Tempatkan ujung strip tes glukosa darah (bukan ditetskan) secara otomatis terserap ke dalam strip 13. Menutup bekas tusukan lanset menggunakan kapas alcohol 14. Alat akan bebrunyi dan bacalah angka yang tertera pada monitor 15. Keluarkan strip dari glucometer 16. Matikan alat monitor 17. Bereskan alat 18. Mencuci tangan
Evaluasi	Catat hasil pada buku catatan

Sumber: (PB. PERKENI., 2015)

Lampiran 2

INDEKS BARTHEL

NO	JENIS AKTIVITAS	NILAI		PENILAIAN
		BANTUAN	TOTAL	
1	Makan	Bantuan perawat		Mandiri
2	Minum			Mandiri
3	Berpindah ke kursi roda ke tempat kursi dan sebaliknya			
4	Kebersihan diri: cuci muka, menyisir, mencukur, aktivitas di kamar mandi (toileting)	Bantuan menggunakan tongkat	total	Mandiri
5	Mandi			
6	Berjalan di jalan yang datar (jika tidak mampu berjalan lakukan dengan kursi roda)			
7	Naik turun tangga	Bantuan		Mandiri
8	Berpakaian termasuk mengenakan sepatu			
9	Mengontrol defekasi	bantuan		Mandiri
10	Mengontrol berkemih			
11	Olahraga/latihan			Mandiri
12	Rekreasi/pemanfaatan waktu luang			Mandiri

Interpretasi :

- 60 : Ketergantungan penuh
- 65 – 125 : Ketergantungan ringan**
- 130 : Mandiri

Lampiran 3

TINGKAT KERUSAKAN INTELEKTUAL

Dengan menggunakan *SPMSQ (Short Portable Mental Status Questioner)*.

Ajukan beberapa pertanyaan pada daftar dibawah ini:

Benar	Salah	Nomor	Pertanyaan
	✓	1	Tanggal berapa hari ini?
✓		2	Hari apa sekarang?
✓		3	Apa nama tempat ini?
✓		4	Dimana alamat anda?
✓		5	Berapa umur anda?
	✓	6	Kapan anda lahir?
	✓	7	Siapa presiden Indonesia?
✓		8	Siapa presiden Indonesia sebelumnya?
	✓	9	Siapa nama ibu anda?
	✓	10	Kurangi 3 dari 20 dan tetap pengurangan 3 dari setian angka baru, secara menurun
Jumlah			5

Interpretasi : Berdasarkan hasil pengkajian didapatkan salah= 0, fungsi intelektual utuh

Intepretasi:

Salah 0-3 : Fungsi intelektual utuh

Salah 4-5 : Fungsi intelektual kerusakan ringan Salah

6-8 : Fungsi intelektual kerusakan sedang Salah

9-10 : Fungsi intelektual kerusakan berat

Keterangan :

- Bisa dimaklumi bila lebih dari satu kesalahan bila subjek hanya berpendidikan sekolah dasar
- Bisa dimaklumi bila kurang dari satu kesalahan bila subjek mempunyai pendidikan di atas sekolah menengah atas
- Bisa dimaklumi bila lebih dari satu kesalahan untuk objek kulit hitam dengan menggunakan kriteia pendidikan yang sama

Kesimpulan:

Lampiran 4

IDENTIFIKASI ASPEK KOGNITIF

Dengan menggunakan *MMSE (Mini Mental Status Exam)*

No.	Aspek Kognitif	Nilai Maks	Nilai klien	Kriteria
1.	Orientasi	5	5	Menyebutkan dengan benar: Tahun: 2020 Musim: kemarau Tanggal: 14 Hari: selasa Bulan: Juli
2.	Orientasi	5	4	Dimana sekarang kita berada? Negara: Indonesia Propinsi: Jawa Tengah Kabupaten/Kota: Surabaya Panti : werda Wisma : jambangan
3.	Registrasi	3	3	Sebutkan 3 nama obyek, 1 detik untuk mengatakan masing-masing (missal: kursi, meja, kertas), kemudian ditanyaka kepada

				<p>klien:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kursi 2. Meja 3. Kertas <p>(beri 1 point untuk setiap jawaban yang benar)</p> <p>Kemudian ulangi sampai ia mempelajari ketiganya.</p>
4.	Perhatian dan Kalkulasi	5	2	<p>Seri 7”s. 1 point untuk setiap kebenaran</p> <p>Meminta klien berhitung mulai dari 100 kemudian kurangi 7 sampai 5 tingkat</p> <p>Jawaban:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 93 2. 86 3. 79 4. 72 5. 65
5.	Mengingat	3	2	<p>Minta klien untuk mengulangi ketiga obyek pada poin ke-2 (tiap poin nilai 1)</p>
6.	Bahasa	9	9	<p>Menanyakan pada klien tentang benda (sambil menunjukkan benda tersebut) 2 point</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pintu 2. Kasur <p>Minta klien untuk mengulangi kata berikut:</p> <p>“tidak ada, dan, jika, atau tetapi (1 point)</p>

				<p>Klien menjawab:</p> <p>Minta klien untuk mengikuti perintah berikut yang terdiri 3 langkah.</p> <p>Ambil kertas ditangan anda, lipat dua dan taruh di lantai(3 point)</p> <p>1.ambil kertas</p> <p>3. Lipat dua</p> <p>4. Taruh lantai</p> <p>Perintahkan pada klien untuk hal berikut (bila aktifitas sesuai perintah nilai 1 pont)</p> <p>“tutup mata anda” (1 point)</p> <p>Perintahkan pada klien untuk menulis kalimat dan menyalin gambar (2 point)</p>
	Total nilai:	30		Intrepetasi: tidak ada gangguan kognitif

Intrepetasi:

24-30 : tidak ada gangguan kognitif

18-23 : gangguan kognitif sedang

0-17 : gangguan kogniti berat

Kesimpulan: Pasien mampu mengingat kembali pengulangan kata walaupun ada beberapa yang tempat atau kata lupa

