

KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK PADA NY.H DENGAN
MASALAH UTAMA GANGGUAN MOBILITAS FISIK
DIAGNOSIS MEDIS *DIABETES MELITUS*
DI UPTD GRIYA WREDA
SURABAYA**



Oleh:

NABIILAH FITRIANI HARTONO, S.Kep
NIM. 2130020

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH
PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
SURABAYA
2022**

KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK PADA NY.H DENGAN
MASALAH UTAMA GANGGUAN MOBILITAS FISIK
DIAGNOSIS MEDIS *DIABETES MELITUS*
DI UPTD GRIYA WREDA
SURABAYA**

**Diajukan untuk memperoleh gelar Ners
di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan HangTuah Surabaya**



Oleh:

NABIILAH FITRIANI HARTONO, S.Kep
NIM. 2130020

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH
PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
SURABAYA
2022**

SURAT PENYATAAN KEASLIAN LAPORAN

Saya bertanda tangan dibawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa karya ilmiah 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 dikutip maupun dirujuk saya nyatakan dengan benar. Bila ditemukan adanya plagiasi maka saya akan bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Stikes Hang Tuah Surabaya.

Surabaya, Juli 2022
Penulis,



Nabiilah Fitriani Hartono, S.Kep
NIM. 2130020

HALAMAN PERSETUJUAN

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa :

Nama : Nabiilah Fitriani Hartono, S.Kep

Nim : 2130020

Program Studi : Pendidikan Profesi NERS

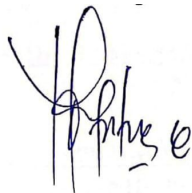
Judul : Asuhan Keperawatan Gerontik Pada Ny.H Dengan
Masalah Utama Gangguan Mobilitas Fisik Diagnosis
Medis Diabetes Melitus Di Uptd Griya Wreda Surabaya

Serta perbaikan-perbaikan sepenuhnya, maka kami menganggap dan dapat
menyetujui laporan karya ilmiah akhir ini guna memenuhi sebagian persyaratan
untuk memperoleh gelar :

NERS (Ns.)

Surabaya, Juli 2022

Pembimbing 1



Dr. Hidayatus Sya'diyah S.Kep.,Ns.,M.Kep.
NIP.03.009

Pembimbing 2



Didik Dwi Winarno., S.Kep., Ns.,M.Kkk.
NIP. 198707122010011008

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah dari:

Nama : Nabiilah Fitriani Hartono, S.Kep.

NIM : 2130030

Program Studi : Pendidikan Profesi Ners

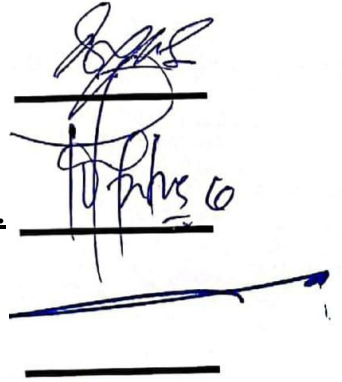
Judul : Asuhan Keperawatan Gerontik Pada Ny.H Dengan Masalah
Utama Gangguan Mobilitas Fisik Diagnosis Medis Diabetes
Melitus Di Uptd Griya Wreda Surabaya

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

Penguji Ketua : Diyah Arini, S.Kep.,Ns.,M.Kes
NIP. 03.003

Penguji I : Dr. Hidayatus Sya'diyah S.Kep.,Ns.,M.Kep.
NIP.03.009

Penguji II : Didik Dwi Winarno., S.Kep., Ns.,M.Kkk.
NIP. 198707122010011008



Handwritten signatures of the examiners: the first signature is above the name of the Chair, the second is above the name of the Examiner I, and the third is above the name of the Examiner II.

Mengetahui,
STIKES Hang Tuah Surabaya
Ka. Prodi Profesi Ners

Dr. Hidayatus Sya'diyah, S.Kep., Ns., M.Kep
NIP.03.009

KATA PENGANTAR

Segala puji dan Hormat hanya bagi Tuhan Yang Maha Esa, dengan segala anugerah-Nya yang telah memberikan kesempatan penulis dapat menyusun Karya Ilmiah Akhir dengan judul “Asuhan Keperawatan Gerontik Pada NY.H dengan Masalah Utama Gangguan Mobilitas Fisik dengan DIAGNOSIS Medis Diabetes Melitus Di UPTD Griya Wreda Jambangan Surabaya”.

Karya Ilmiah Akhir ini disusun sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan di Program Studi Profesi Ners Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya. Dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini peneliti mendapat pengarahan dan bantuan dari berbagai pihak, untuk itu dalam kesempatan ini perkenankanlah penulis menyampaikan ucapan terima kasih, rasa hormat dan penghargaan kepada:

1. Bapak Didik Dwi Winarno, S.Kep.,Ns.,M.Kes selaku kepala UPTD Griya Wredha Jambangan Surabaya, yang telah memberikan ijin dan lahan praktik untuk penyusunan karya ilmiah akhir.
2. Laksamana Pertama TNI (Purn) Dr. A.V. Sri Suhardiningsih, S.Kp.,M.Kes selaku Ketua STIKES Hang Tuah Surabaya atas kesempatan dan fasilitas yang diberikan kepada peneliti untuk menjadi mahasiswa Prodi Profesi Ners serta memberikan arahan dan kesempatan dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir.
3. Puket 1, Puket 2, dan Puket 3 STIKES Hang Tuah Surabaya yang telah memberi kesempatan dan fasilitas kepada peneliti untuk mengikuti dan menyelesaikan program studi Prodi Profesi Ners.

4. Dr. Hidayatus Sya'diyah, S.Kep., Ns., M.Kep. selaku Kepala Prodi Profesi Ners STIKES Hang Tuah Surabaya.
5. Ibu Diyah Arini, S.Kep.,Ns.,M.Kes selaku penguji ketua terima kasih memberikan arahan dan kesempatan dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir ini.
6. Bapak Didik Dwi Winarno, S.Kep.,Ns.,M.Kes selaku pembimbing 2 terima kasih telah membantu dalam proses penyempurnaan proses Karya Ilmiah Akhir ini.
7. Seluruh dosen dan staf STIKES Hang Tuah Surabaya yang telah banyak membantu proses kelancaran selama perkuliahan untuk menempuh studi di STIKES Hang Tuah Surabaya
8. Ayah dan Ibu beserta keluarga yang senantiasa mendoakan dan memberi motivasi kepada penulis dalam menempuh pendidikan di STIKES Hang Tuah.
9. Muhammad Faris Azhar, S.T tunanganku yang senantiasa mendoakan, memberi motivasi, dan semangat kepada penulis dalam menempuh pendidikan di STIKES Hang Tuah Surabaya

Semoga Allah SWT membalas budi baik semua pihak atas kesempatan yang diberikan kepada penulis dalam menyelesaikan karya ilmiah akhir ini dengan sebaik-baiknya. Penulis menyadari bahwa banyak kekurangan sehingga diharapkan adanya kritik dan saran dari semua pihak agar dapat menyempurnakan dan bermanfaat bagi masyarakat dan perkembangan ilmu keperawatan

Surabaya, 22 Juli 2022
Penulis

DAFTAR ISI

KARYA ILMIAH AKHIR	i
SURAT PENYATAAN KEASLIAN LAPORAN	ii
HALAMAN PERSETUJUAN	iii
HALAMAN PENGESAHAN	iv
KATA PENGANTAR.....	v
DAFTAR ISI.....	vii
DAFTAR TABEL	ix
DAFTAR GAMBAR.....	x
DAFTAR LAMPIRAN	xi
BAB 1 PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	3
1.3 Tujuan	3
1.3.1 Tujuan Umum.....	3
1.3.2 Tujuan Khusus.....	3
1.4 Manfaat	4
1.4.1 Manfaat Teoritis	4
1.4.2 Manfaat Praktis.....	5
1.5 Metode Penulisan	5
1.6 Sistematika Penulisan	6
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	8
2.1 Konsep Gerontik.....	8
2.1.1 Definisi.....	8
2.1.2 Klasifikasi Lansia	9
2.1.3 Tipe-tipe Lansia.....	9
2.1.4 Perubahan Pada Lansia	10
2.1.5 Upaya Perawatan dan Pelayanan Lansia.....	16
2.2 Konsep Diabetes Melitus	20
2.2.1 Definisi.....	20
2.2.2 Etiologi.....	21
2.2.3 Klasifikasi	22
2.2.4 Patofisiologi	23
2.2.5 Manifestasi Klinis	25
2.2.6 Komplikasi	27
2.2.7 Pemeriksaan Penunjang	28
2.2.8 Penatalaksanaan.....	28
2.3 Kerangka Masalah	31
2.4 Konsep Gangguan Mobilitas Fisik	32
2.3.1 Definisi.....	32
2.3.2 Etiologi.....	32
2.3.3 Patofisiologi	33
2.3.4 Tanda dan Gejala	36
2.3.5 Kondisi Klinis yang Terkait	36
2.3.6 Penatalaksanaan.....	37

2.5	Literature Review	37
2.6	Konsep Asuhan Keperawatan Gerontik	43
2.5.1	Pengkajian	44
2.5.2	Diagnosa Keperawatan	45
2.5.3	Intervensi Keperawatan.....	46
2.5.4	Implementasi Keperawatan	54
2.5.5	Evaluasi Keperawatan.....	55
BAB 3 TINJAUAN KASUS.....		57
3.1	Pengkajian.....	57
3.1.1	Identitas Klien	57
3.1.2	Riwayat Kesehatan	57
3.1.3	Status fisiologis	57
3.1.4	Pemeriksaan Fisik.....	58
3.1.5	Pengkajian Keseimbangan Untuk Lansia	60
3.1.6	Pengkajian Sosial	60
3.1.7	Pengkajian Perilaku Terhadap Kesehatan.....	60
3.1.8	Pengkajian Lingkungan	61
3.1.9	Pengkajian Status Sosial Menggunakan APGAR Keluarga	62
3.1.10	Pengkajian Afektif Inventaris Depresi Beck.....	62
3.1.11	Masalah Emosional	62
3.1.12	Tingkat Kerusakan Intelektual SPMSQ.....	62
3.1.13	Identifikasi Aspek Kognitif MMSE	62
3.1.14	Tingkat Kemandirian dalam Kehidupan Sehari-hari indeks KATZ	63
3.1.15	Pengkajian Indeks Barthel	63
3.2	Pemeriksaan Penunjang	63
3.3	Analisa Data.....	64
3.4	Daftar Masalah Keperawatan.....	64
3.5	Intervensi Keperawatan	65
3.6	Implementasi Keperawatan.....	67
BAB 4 PEMBAHASAN		75
4.1	Pengkajian Keperawatan.....	75
4.1.1	Identitas	75
4.1.2	Riwayat Kesehatan	76
4.1.3	Pemeriksaan Fisik	77
4.2	Pengkajian Konsep Lansia	77
4.3	Diagnosa Keperawatan	78
4.4	Tujuan dan Intervensi Keperawatan	80
4.5	Implementasi Keperawatan	82
4.6	Evaluasi Keperawatan.....	84
BAB 5 PENUTUP		85
5.1	Kesimpulan.....	85
5.2	Saran	86
DAFTAR PUSTAKA		88
LAMPIRAN		90

DAFTAR TABEL

Tabel 2. 1 Literature Review	37
Tabel 3. 1 Terapi Obat	63
Tabel 3. 2 Hasil Gula Darah	63
Tabel 3. 3 Analisa Masalah	64
Tabel 3. 4 Intervensi Keperawatan	65
Tabel 3. 5 Implementasi Keperawatan Hari Rawat 1	67
Tabel 3. 6 Implementasi Keperawatan Hari Rawat 2	70
Tabel 3. 7 Implementasi Keperawatan Hari Rawat 3	72

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1. 1 Kerangka Masalah	31
------------------------------------	----

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Curriculum Vitae	90
Lampiran 2 Motto dan Persembahan	91
Lampiran 3 Pengkajian Keseimbangan Untuk Lansia.....	92
Lampiran 4 Pengkajian Afektif	95
Lampiran 5 Pengkajian Status Sosial.....	97
Lampiran 6 Tingkat Kerusakan Intelektual.....	98
Lampiran 7 Identifikasi Aspek Kognitif	99
Lampiran 8 Indeks KATZ.....	101

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Seseorang secara alamiah akan mengalami proses menjadi tua. Menua atau menjadi tua merupakan sebuah proses hilangnya kemampuan jaringan untuk berkembang. Seorang individu yang sedang perlahan-lahan menjadi tua akan mengalami kemunduran secara mental, sosial, dan terutama fisik. Selain itu, pada saat lanjut usia merupakan usia yang rentan terhadap penyakit, seperti penyakit jantung koroner, darah tinggi, diabetes melitus, rematik dan kanker. Menurut (Ridwan, 2009) salah satu penyakit yang diderita orang tua yaitu diabetes melitus. Diabetes Melitus (DM) adalah penyakit kronis yang terjadi akibat pancreas tidak memproduksi cukup insulin atau tubuh tidak dapat menggunakan insulin yang diproduksi secara efektif (WHO, 2017).

Menurut (IDF, 2021) International Diabetes federation pengidap diabetes melitus didunia sebanyak 537 juta orang, sedangkan di Indonesia pengidap diabetes melitus sebanyak 90 juta orang. Menurut Riskesdas 2018 pengidap diabetes melitus di Indonesia sebanyak 15,6% sedangkan di surabaya penderita diabetes melitus sebanyak 3.9%. Berdasarkan data yang telah diperoleh di UPTD Griya Wreda Jambangan Surabaya pada januari tahun 2022 dari 184 lansia sebanyak 18 lansia mengidap diabetes melitus, salah satu komplikasi diabetes melitus yaitu gangren atau ulkus kaki diabetik (Rendy, M. Clevo & Margareth, 2019).

Gangrene diabetik adalah gangrene yang dijumpai sebagai komplikasi penderita diabetes melitus. Gangrene disebabkan oleh kematian jaringan karena

obstruksi pembuluh darah yang memberikan nutrisi kepada jaringan tersebut. Secara umum angiopathy dapat dibagi dalam dua jenis yaitu makroangiopati dan mikroangiopathy. Mikroorganisme terbanyak yang ditemukan pada gangrene diabetik adalah *Klebsiella* sp, *Proteus mirabilis* dan *Staphylococcus aureus* sp. Berdasarkan gambaran klinik gangrene dibagi menjadi kaki neuropati dan kaki iskemik sedangkan dari jenisnya menjadi gangrene kering dan gangrene basah. Penatalaksanaan gangrene diabetik selain mengontrol kadar gula darah yaitu, tirah baring, kompres hangat, antibiotik hingga tindakan pembedahan (Erin, 2015). Pengobatan terhadap gangrene basah dapat dilakukan dengan cara tirah baring dan kontrol kadar glukosa darah dengan diet, insulin atau oral anti diabetik, dilakukan debridement. Kompres/rendam dengan air hangat, jangan dengan air panas atau dingin. Beri “topical antibiotic” dan beri antibiotik sistemik yang sesuai kultur atau dengan antibiotik spektrum luas. Untuk neuropati berikan pyridoxine (vit. B6) atau neurotropik lain. Untuk mencegah angiopathy dapat diberi obat antiplatelet agregasi seperti aspirin, dipiridamol atau pentoxivillin. Tindakan pembedahan, yakni amputasi segera, debridement dan drainage (Erin, 2015). Diperlukan serangkaian pemeriksaan dan evaluasi mulai dari lokal hingga sistemik secara multidisipliner sebagai bagian dari tatalaksana yang holistik dan komprehensif, dengan sejumlah modalitas terapi mulai dari perawatan konservatif, antibiotik, perawatan luka, pembedahan, maupun kombinasinya tergantung kondisi pasien sehingga dapat memberikan hasil yang terbaik (I Gede Surya Dinata, 2021).

Dari pernyataan tersebut penulis melihat perlu dilakukan asuhan keperawatan gerontik dengan masalah utama gangguan mobilitas fisik dengan diagnosis medis diabetes melitus. Kemampuan perawat memberikan pelayanan asuhan keperawatan

gerontik sehingga terwujudnya keperawatan yang komprehensif untuk meningkatkan kualitas hidup lansia. Tindakan keperawatan yang dapat dilakukan yaitu mengenal tanda dan gejala diabetes melitus, melakukan senam kaki diabetik, memantau kadar glukosa dalam darah dan memberikan dukungan ambulasi untuk lansia.

1.2 Rumusan Masalah

Bagaimanakah Asuhan Keperawatan Gerontik Pada Ny.H dengan Masalah Utama Gangguan Mobilitas Fisik Diagnosis Medis Diabetes Melitus di UPTD Griya Wreda Surabaya ?

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Mengidentifikasi proses Asuhan Keperawatan Gerontik Pada Ny.H dengan Masalah Utama Gangguan Mobilitas Fisik Diagnosis Medis Diabetes Melitus di UPTD Griya Wreda Surabaya.

1.3.2 Tujuan Khusus

Melakukan pengkajian dengan Asuhan Keperawatan Gerontik Pada Ny.H dengan Masalah Utama Gangguan Mobilitas Fisik Diagnosis Medis Diabetes Melitus di UPTD Griya Wreda Surabaya.

1. Melaksanakan pengkajian Pada Ny.H dengan Masalah Utama Gangguan Mobilitas Fisik Diagnosis Medis Diabetes Melitus di UPTD Griya Wreda Surabaya.

2. Merumuskan Diagnosa Keperawatan Gerontik yang ditemukan melalui penyempurnaan analisa dan sintesa pada Asuhan Keperawatan Gerontik Pada Ny.H dengan Masalah Utama Gangguan Mobilitas Fisik Diagnosis Medis Diabetes Melitus di UPTD Griya Wreda Surabaya.
3. Merencanakan Asuhan Keperawatan Gerontik Pada Ny.H dengan Masalah Utama Gangguan Mobilitas Fisik Diagnosis Medis Diabetes Melitus di UPTD Griya Wreda Surabaya.
4. Melaksanakan Asuhan Keperawatan Gerontik Pada Ny.H dengan Masalah Utama Gangguan Mobilitas Fisik Diagnosis Medis Diabetes Melitus di UPTD Griya Wreda Surabaya.
5. Melakukan evaluasi Asuhan Keperawatan Gerontik Pada Ny.H dengan Masalah Utama Gangguan Mobilitas Fisik Diagnosis Medis Diabetes Melitus di UPTD Griya Wreda Surabaya.
6. Mendokumentasikan Asuhan Keperawatan Gerontik Pada Ny.H dengan Masalah Utama Gangguan Mobilitas Fisik Diagnosis Medis Diabetes Melitus di UPTD Griya Wreda Surabaya.

1.4 Manfaat

1.4.1 Manfaat Teoritis

Melalui karya ilmiah ini diharapkan dapat digunakan sebagai media informasi ilmiah serta rujukan ilmiah dalam mengembangkan asuhan keperawatan gerontik dengan diagnosis medis diabetes melitus.

1.4.2 Manfaat Praktis

1. Bagi penulis diharapkan karya ilmiah ini dapat menambah wawasan, dan pengalaman bagi penulis dalam mengembangkan asuhan keperawatan gerontik yang dapat bermanfaat bagi dunia kesehatan pada umumnya dan didunia keperawatan pada khususnya
2. Bagi Profesi Keperawatan diharapkan karya ilmiah ini dapat memberi informasi bagi profesi keperawatan dalam mengembangkan asuhan keperawatan dan menambah wawasan serta pengalaman profesi keperawatan mengenai asuhan keperawatan gerontik.
3. Bagi penulis selanjutnya diharapkan karya ilmiah ini bisa dipergunakan sebagai perbandingan atau gambaran tentang asuhan keperawatan gerontik dengan dignosis medis diabetes melitus sehingga penulis selanjutnya dapat mengembangkan ilmu pengetahuan dan teknologi terbaru.

1.5 Metode Penulisan

1. Metode

Metode deskriptif yaitu metode yang sifatnya mengungkapkan peristiwa atau gejala yang terjadi pada waktu sekarang yang meliputi studi kepustakaan yang mempelajari, mengumpulkan, membahas data dengan studi pendekatan proses keperawatan dengan langkah-langkah pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

2. Teknik pengumpulan data

a. Wawancara

Data yang diambil atau diperoleh melalui percakapan baik dengan pasien, ataupun keluarga pasien.

3. Sumber Data

a. Data primer

Data primer adalah data yang diperoleh dari pasien.

b. Data sekunder

Data sekunder adalah data yang diperoleh dari keluarga atau orang terdekat pasien.

c. Studi kepustakaan

Studi kepustakaan yaitu mempelajari buku sumber yang berhubungan dengan judul studi kasus dan masalah yang dibahas.

1.6 Sistematika Penulisan

Dalam studi kasus secara keseluruhan dibagi menjadi 3 bagian, yaitu:

1. Bagian awal, memuat halaman judul, persetujuan pembimbing, pengesahan, motto dan persembahan, kata pengantar, daftar isi.
2. Bagian inti terdiri dari lima bab, yang masing-masing bab terdiri dari sub bab berikut ini :
 - a. BAB 1 : Pendahuluan, berisi tentang latar belakang tujuan, manfaat dan sistematika penulisan studi kasus.
 - b. BAB 2 : Tinjauan Pustaka, berisi tentang konsep diabetes melitus, konsep lansia , konsep dasar asuhan keperawatan gerontik

- c. BAB 3 : Tinjauan kasus, berisi tentang deskripsi data hasil pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.
 - d. BAB 4 : Pembahasan berisi tentang perbandingan antara teori dengan kenyataan yang ada di lapangan
 - e. BAB 5 : Penutup, berisi tentang simpulan dan saran.
3. Bagian akhir, terdiri dari daftar pustaka dan lampiran.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Pada Bab 2 Tinjauan pustaka akan membahas mengenai Konsep Gerontik, Konsep Penyakit Diabetes Melitus, Dan Konsep Dasar Asuhan Keperawatan Gerontik.

2.1 Konsep Gerontik

2.1.1 Definisi

Lanjut usia merupakan proses alamiah dan berkesinambungan yang mengalami perubahan anatomi, fisiologis, dan biokimia pada jaringan atau organ yang pada akhirnya mempengaruhi keadaan fungsi dan kemampuan badan secara keseluruhan. (Fatimah, 2010). Penduduk Lanjut Usia adalah penduduk berumur 60 tahun ke atas (Undang – Undang No. 13 Tahun 1998 tentang Kesejahteraan Lanjut Usia) (BAPPENAS, 2015). Lanjut usia (lansia) merupakan kelompok orang yang sedang mengalami suatu proses perubahan secara bertahap dalam jangka waktu tertentu. Menurut WHO dalam (Fatimah, 2010) lansia dikelompokkan menjadi 4 kelompok, yaitu:

1. Usia pertengahan (*middle age*) : usia 45 – 59 tahun
2. Lansia (*elderly*) : usia 60 – 74 tahun
3. Lansia tua (*old*) : usia 75 – 90 tahun

Pengertian lansia dibedakan atas 2 macam, yaitu lansia kronologis (kalender) dan lansia biologis. Lansia kronologis mudah diketahui dan dihitung, sedangkan lansia biologis berpatokan pada keadaan jaringan tubuh. Individu yang berusia

muda tetapi secara biologis dapat tergolong lansia jika dilihat dari keadaan jaringan tubuhnya.

2.1.2 Klasifikasi Lansia

Menurut WHO, lansia dikategorikan menjadi *Elderly* (60-74 tahun), *Old* (75-89 tahun) dan *Very old* (> 90 tahun). Depkes RI (2008) dalam (Dewi & Rhosma, 2014) menentukan lansia dengan kategori sebagai berikut :

1. Pralansia : berusia 45-59 tahun.
2. Lansia : berusia 60 tahun atau lebih.
3. Lansia risiko tinggi : berusia 70 tahun atau lebih/ seseorang berusia 60 tahun atau lebih dengan masalah kesehatan.
4. Lansia potensial : lansia yang masih mampu melakukan pekerjaan dan/ atau kegiatan yang dapat menghasilkan barang atau jasa.
5. Lansia tidak potensial : lansia yang tidak berdaya mencari nafkah sehingga hidupnya bergantung pada bantuan orang lain.

2.1.3 Tipe-tipe Lansia

Tipe lansia menurut Nugroho dalam (Dewi & Rhosma, 2014) yang dapat dikatakan cenderung rentan mengalami depresi, antara lain :

1. Tipe Tidak Puas

Tipe lansia yang mengalami konflik batin, menentang proses penuaan yang menyebabkan lansia banyak menuntut karena selalu merasa kurang, pemarah dan mudah tersinggung. Hal tersebut termasuk salah satu tanda gejala depresi yang diawali ketidakmampuan diri dalam penyesuaian.

2. Tipe Pasrah

Lansia yang selalu mengikuti situasi sekitar dengan melakukan berbagai jenis kegiatan yang ada disekelilingnya, menerima dan menunggu nasib baik, serta tidak adanya keinginan diri untuk menuangkan bakat dan minatnya, sehingga lansia rentan mengalami depresi.

3. Tipe Bingung

Tipe lansia yang kehilangan kepribadian, mengasingkan diri, merasa kurang, menyesali perbuatan yang lalu sehingga menjadikan lansia pasif dan acuh tak acuh. Hal ini terjadi pada tahap akhir dari semua tanda gejala dimana lansia mulai mengasingkan diri karena merasa tidak berdaya.

Beberapa tipe yang disebutkan diatas dialami oleh lansia yang tidak dapat melakukan penyesuaian dalam menghadapi proses menua.

2.1.4 Perubahan Pada Lansia

Semakin bertambahnya umur manusia, tentunya terjadi proses penuaan secara degeneratif yang akan berdampak pada perubahan-perubahan pada diri manusia, tidak hanya perubahan fisik, tetapi juga kognitif, perasaan, sosial, dan seksual Wahab (2014).

1. Perubahan Fisik

a. Sistem Indra

Terjadi gangguan pendengaran karena tulang-tulang pendengaran mulai mengalami kekakuan, dan gangguan pada penglihatan karena lensa kehilangan elastisitas dan kaku sehingga terjadi penurunan lapang pandang dan daya akomodasi mata (presbiopi). Terjadi penurunan kemampuan dalam

indra pengecap, serta papil berasa berkurang, penurunan penghidu menurun, dan pada indra sentuhan jumlah reseptor kulit menurun (Perry & Potter, 2012).

b. Sistem Muskuloskeletal

Perubahan sistem ini pada lansia antara lain jaringan penghubung (kolagen & elastin), kartilago, penurunan masa otot dan pengenduran, cairan tulang menurun sehingga mudah rapuh (osteoporosis).

c. Sistem kardiovaskuler

Bertambahnya masa jantung, ventrikel kiri mengalami hipertrofi dan kemampuan peregangan jantung berkurang, meningkatnya resistensi pembuluh darah perifer sehingga tekanan darah meningkat.

d. Sistem respirasi

Terjadi perubahan jaringan ikat paru, penurunan elastisitas paru, kapasitas vital paru meningkat sehingga proses inspirasi lebih berat.

e. Pencernaan dan Metabolisme

Perubahan yang dapat terjadi pada sistem pencernaan, meliputi kesehatan gigi yang buruk dan gizi yang buruk. Indera pengecap menurun adanya iritasi yang kronis dari selaput lendir atropi indera pengecap, hilangnya sensitifitas dan saraf pengecap lidah terutama pada rasa asin, asam, dan pahit. Penurunan produksi asam lambung sehingga rasa lapar menurun.

f. Sistem Perkemihan

Lansia mulai tidak dapat menahan kencing karena pengenduran otot-otot kapasitas kandung kemih menurun, yang dapat berdampak pada laju filtrasi, ekskresi, dan reabsorpsi oleh ginjal.

g. Sistem Saraf

Sistem susunan saraf mengalami perubahan anatomi dan atrofi yang progresif pada serabut saraf lansia. Lansia mengalami penurunan koordinasi dan kemampuan dalam melakukan aktifitas sehari-hari.

h. Sistem Reproduksi

Perubahan sistem reproduksi lansia wanita ditandai dengan pengecilan organ-organ reproduksi seperti ovarium dan uterus dan pengeringan selaput lendir.

2. Perubahan Fungsional

Fungsi pada lansia meliputi bidang fisik, psikososial, kognitif dan sosial. Penurunan fungsional yang terjadi pada lansia berhubungan dengan penyakit dan tingkat keparahan. Perubahan fungsional ini tentunya juga merujuk pada kemampuan dan perilaku lansia dalam aktivitas harian. Aktivitas harian atau ADL (*Activity Daily Living*) berfungsi untuk menentukan tingkat kemandirian lansia. Perubahan mendadak pada status ADL merupakan tanda perburukan masalah atau penyakit kronis, contoh penyakit kronis dengan perubahan fungsi adalah diabetes, penyakit kardiovaskuler, atau penyakit paru-paru kronis (Perry & Potter, 2012).

3. Perubahan Kognitif

Perubahan kognitif yang terjadi pada lansia menurut (Perry & Potter, 2012) meliputi delirium, demensia, dan depresi.

a. Delirium

Delirium merupakan kondisi bingung akibat gangguan kognitif yang reversibel dan biasanya disebabkan oleh beberapa faktor antara lain :

- 1) Faktor fisiologis, penyebabnya antara lain adalah gangguan elektrolit, anoksia, hipoglikemi, dan pendarahan serebrovaskular. Penyakit penyerta seperti infeksi dari berbagai sistem seperti perkemihan, pernafasan dan lain sebagainya.
- 2) Faktor lingkungan, disebabkan lingkungan yang asing, dan defisit sensorik
- 3) Faktor psikososial, disebabkan adanya stres emosional atau pun nyeri.

b. Demensia

Demensia adalah gangguan intelektual akibat disfungsi serebral tidak reversibel dan progresif lambat yang dapat mengganggu fungsi kerja dan sosial. Lansia dengan demensia memerlukan pertimbangan khusus dalam memenuhi kebutuhannya seperti kebutuhan fisik, keamanan dan psikososial yang disesuaikan untuk meningkatkan kualitas hidupnya.

c. Depresi

Depresi pada lansia diakibatkan ketidakmampuan penyesuaian diri lansia terhadap perubahan yang dialaminya. Kejadian depresi juga banyak dialami pada lansia yang menjalani perawatan di rumahsakit atau panti perawatan. Biasanya juga terjadi pada lansia dengan demensia yang dapat terjadi bersamaan dengan stres.

d. Perubahan Psikososial

Perubahan psikososial selama proses penuaan akan melibatkan proses transisi kehidupan dan kehilangan. Transisi hidup meliputi pengalaman kehilangan, masa pensiun dan perubahan keadaan finansial, perubahan peran

dan hubungan, perubahan kesehatan dan kemampuan fungsional, perubahan jaringan sosial, dan relokasi.

e. Masa Pensiun

Masa ini merupakan tahap kehidupan yang ditandai transisi perubahan peran terkadang juga timbul masalah yang berkaitan dengan isolasi sosial dan keuangan. Lansia yang pensiun harus membangun identitas baru, mereka juga kehilangan struktur pada kehidupan harian karena tidak lagi memiliki jadwal kerja serta kehilangan interaksi sosial dan interpersonal di lingkungan kerja.

f. Isolasi Sosial

Isolasi sosial pada lansia terjadi akibat respons dari kehilangan peran lansia dan menurunnya interaksi dengan orang lain. Beberapa mengalami isolasi juga karena merasa ditolak dan tidak adanya dukungan keluarga.

g. Seksualitas

Masa pensiun tentunya mempengaruhi kepercayaan diri, dan seksualitas berperan penting dalam membantu lansia mempertahankan kepercayaan diri. Pemeliharaan kesehatan seksual pada lansia membutuhkan integrasi dari seksual somatik, emosional, intelektual dan sosial. Namun, banyak lansia menggunakan obat untuk menekan aktivitas seksual seperti antihipertensi, antidepresan, sedatif atau hipnotif.

h. Perubahan Psikologis

Perubahan psikologis pada lansia sering terjadi karena perubahan fisik, dan mengakibatkan berbagai masalah kesehatan jiwa di usia lanjut. Beberapa masalah psikologis lansia menurut Yusuf, et al (2015) antara lain :

1) Paranoid

Respon perilaku yang ditunjukkan pada lansia yang mengalami perubahan psikologis yaitu rasa curiga terhadap orang-orang disekelilingnya, agresif, dan menarik diri.

2) Gangguan tingkah laku

Sifat buruk pada lansia bertambah seiring perubahan fungsi fisik. Lansia merasa kehilangan harga diri, kehilangan peran, merasa tidak berguna dan tidak berdaya, kesepian, kurang percaya diri sehingga berakibat bertambahnya sifat buruk setiap perubahan fungsi fisik.

3) Gangguan tidur

Lansia mengalami tidur superfisial, tidak pernah mencapai total *bed sleep*, merasa tengen, desakan mimpi buruk sehingga lansia bangun lebih cepat dan tidak dapat tidur lagi.

4) Keluyuran (*wandering*)

Lansia yang tidak betah berada dirumah dapat menyebabkan keluyuran namun biasanya lansia tidak dapat pulang kembali, akibat demensia.

5) Sun downing

Lansia mengalami peningkatan kecemasan saat menjelang malam, terus mengeluh, agitasi, gelisah dan apabila hal ini terjadi dipanti dapat mempengaruhi lansia yang lain.

6) Depresi

Banyak jenis depresi yang terjadi pada lansia, diantaranya depresi terselubung, keluhan fisik menonjol, berkonsultasi dengan banyakdokter,

pusing, nyeri dan sebagainya. Umumnya depresi lebih banyak dialami oleh lansia wanita karena ketidaksiapan menghadapi masa menopause.

7) Demensia

Demensia merupakan sindrom gejala gangguan fungsi luhur kortikal yang multipel, seperti daya ingat, daya tangkap, orientasi, berhitung, berbahasa, dan fungsi nilai sebagai akibat dari gangguan fungsi otak.

8) Sindrom pasca kekuasaan (postpower syndrome)

Sindrom pasca kekuasaan adalah sekumpulan gejala yang timbul setelah lansia tidak punya kekuasaan, kedudukan, penghasilan, pekerjaan, pasangan, teman dan lain sebagainya. Beberapa penyebab yang mengakibatkan lansia tidak siap menghadapi pensiun adalah kepribadian yang kurang matang, kedudukan sebelumnya terlalu tinggi dan tidak menduduki jabatan lain. Proses kehilangan terlalu cepat yang terjadi, serta lingkungan yang tidak mendukung. Perubahan yang terjadi pada lansia seringkali juga disertai dengan adanya penyakit penyerta yang menambah buruk kondisi psikologis lansia.

2.1.5 Upaya Perawatan dan Pelayanan Lansia

Upaya pelayanan kesehatan yang diterima orang lanjut usia menurut (Padila, 2014) meliputi:

1. Azas

Azas yang dianut oleh Departemen Kesehatan RI adalah meningkatkan mutu kehidupan lanjut usia, meningkatkan kesehatan dan memperpanjang usia.

2. Pendekatan

Pendekatan berdasarkan penerapan WHO (1982) yaitu :

- a. Menikmati hasil pembangunan.
- b. Masing-masing lansia memiliki keunikan.
- c. Mengusahakan kemandirian lansia dalam segala hal.
- d. Melibatkan lansia dalam pengambilan kebijakan.
- e. Memberikan perawatan di rumah.
- f. Pelayanan harus dicapai dengan mudah.
- g. Mendorong keakraban antar kelompok atau antar generasi.
- h. Transportasi dan bangunan yang ergonomis dengan lansia.
- i. Keluarga dan lansia turut aktif dalam usaha pemeliharaan kesehatan lansia.

3. Jenis

Jenis pelayanan kesehatan lansia meliputi peningkatan (*promotion*), pencegahan (*prevention*), diagnosis dini dan pencegahan (*early diagnosis and prompt treatment*), pembatasan kecacatan (*disability limitation*), serta pemulihan (*rehabilitation*).

4. Upaya *promotion*

Upaya ini merupakan proses advokasi kesehatan untuk meningkatkan dukungan klien, tenaga professional dan masyarakat terhadap praktik kesehatan yang positif menjadi norma-norma sosial meliputi :

- a. Mengurangi cedera oleh karena jatuh maupun kebakaran, meningkatkan penggunaan alat pengaman dan mengurangi keracunan makanan.

- b. Meningkatkan keamanan terhadap paparan bahan-bahan kimia dan peningkatan sistem keamanan kerja.
- c. Meningkatkan perlindungan terhadap kualitas udara yang buruk dengan membatasi penggunaan bahan-bahan kimia berbahaya yang dapat menimbulkan kontaminasi terhadap udara, makanan dan obat-obatan.
- d. Meningkatkan perhatian terhadap kebutuhan gigi dan mulut yang bertujuan untuk mengurangi karies gigi serta memelihara kebersihan gigi dan mulut.

5. Upaya *prevention*

Upaya pencegahan mencakup pencegahan primer, sekunder dan tersier.

- a. Pencegahan primer : meliputi pencegahan pada lansia sehat, terdapat faktor risiko, tidak ada penyakit dan promosi kesehatan. Jenis pelayanan yang diberikan yaitu konseling dalam upaya menghentikan kecanduan terhadap rokok dan alkohol, nutrisi, *exercise*, keamanan di dalam dan sekitar rumah, manajemen stress dan penggunaan medikasi yang tepat.
- b. Pencegahan sekunder : meliputi pemeriksaan terhadap penderita tanpa gejala hingga yang memiliki faktor risiko tertentu melalui upaya kontrol hipertensi, deteksi dan pengobatan kanker, *screening* berupa pemeriksaan anorektal, mammogram, papsmear, gigi mulut dan lain-lain.
- c. Pencegahan tersier : meliputi tindakan yang dilakukan pada lansia setelah didapatkan suatu gejala penyakit dan kecacatan melalui upaya pencegahan penambahan kecacatan dan ketergantungan, perawatan

bertahap melalui (1) perawatan rumah sakit, (2) rehabilitasi pasien rawat jalan dan (3) perawatan jangka panjang. Jenis pelayanan yang diberikan dapat berupa fasilitasi rehabilitasi dan membatasi ketidakmampuan akibat kondisi kronis serta mendukung usaha dalam mempertahankan kemampuan berfungsi.

6. *Early diagnosis and prompt treatment*

Diagnosis dini dapat dilakukan oleh lansia sendiri maupun petugas kesehatan. Atas inisiatif sendiri lansia dapat melakukan tes diri, *screening* kesehatan, memanfaatkan Kartu Menuju Sehat (KMS) lansia, memanfaatkan Buku Kesehatan Pribadi (BKP) serta penandatanganan buku kontrak kesehatan.

Diagnosis dini juga dapat diinisiasi oleh petugas kesehatan melalui pemeriksaan status fisik, wawancara mengenai riwayat yang lalu dan saat ini, obat-obatan yang dikonsumsi, riwayat keluarga dan sosial, riwayat penggunaan alkohol dan rokok, pemeriksaan fisik diagnostik, skrining kesehatan (tinggi badan, berat badan, kolesterol dan tumor), pemeriksaan status mental, serta pemeriksaan status fungsi tubuh.

7. *Disability limitation*

Dalam hal ini, lansia telah mengalami kecacatan yang diamati melalui kesulitan dalam memfungsikan kerangka, otot dan sistem saraf. Adapun kecacatan dapat bersifat sementara maupun menetap. Hal-hal yang dapat dilakukan yaitu pemeriksaan, identifikasi masalah, perencanaan, pelaksanaan dan penilaian

8. *Rehabilitation*

Prinsip dalam rehabilitasi adalah mempertahankan kenyamanan lingkungan, istirahat dan aktivitas rehabilitasi yang dilaksanakan oleh tim rehabilitasi yang

terdiri dari petugas medis, paramedis dan non medis. Hal-hal yang perlu diperhatikan pada proses rehabilitasi yaitu kecukupan nutrisi, fungsi pernafasan, fungsi pencernaan, saluran kemih, psikososial dan komunikasi. Adapun upaya rehabilitasi dilakukan untuk mengatasi berbagai keluhan2.3. pada lansia antara lain gangguan penglihatan, gangguan pendengaran, kesulitan dalam pergerakan, serta rehabilitasi bagi lansia yang mengalami kepikunan (demensia).

2.2 Konsep Diabetes Melitus

2.2.1 Definisi

Diabetes Mellitus (kencing manis) adalah suatu penyakit dengan peningkatan glukosa darah diatas normal. Dimana kadar diatur tingkatannya oleh hormon insulin yang diproduksi oleh pankreas (Shadine, 2010). Diabetes Melitus (DM) adalah penyakit kronis yang terjadi akibat pancreas tidak memproduksi cukup insulin atau tubuh tidak dapat menggunakan insulin yang diproduksi secara efektif (WHO, 2017)

Diabetes mellitus adalah keadaan hiperglikemi kronik yang disertai berbagai kelainan metabolik akibat gangguan hormonal yang menimbulkan berbagai komplikasi kronik pada mata, ginjal, saraf dan pembuluh darah. Diabetes mellitus klinis adalah sindroma gangguan metabolisme dengan hiperglikemia yang tidak semestinya sebagai akibat suatu defisiensi sekresi insulin atau berkurangnya efektifitas biologis dari insulin atau keduanya (Rendy, M. Clevo & Margareth, 2019).

2.2.2 Etiologi

Menurut (Smeltzer, 2015) Diabetes Melitus dapat diklasifikasikan kedalam 2 kategori klinis yaitu:

1. Diabetes Melitus tergantung insulin (DM TIPE 1)

a. Genetik

Umunya penderita diabetes tidak mewarisi diabetes type 1 namun mewarisi sebuah predisposisi atau sebuah kecenderungan genetik kearah terjadinya diabetes type 1. Kecenderungan genetik ini ditentukan pada individu yang memiliki type antigen HLA (Human Leucocyte Antigen) tertentu. HLA ialah kumpulan gen yang bertanggung jawab atas antigen tranplantasi & proses imunnya (Smeltzer, 2015).

b. Immunologi

Pada diabetes type 1 terdapat fakta adanya sebuah respon autoimun. Ini adalah respon abdominal dimana antibodi terarah pada jaringan normal tubuh secara bereaksi terhadap jaringan tersebut yang dianggapnya sebagai jaringan asing (Smeltzer, 2015).

c. Lingkungan

Virus atau toksin tertentu dapat memicu proses otoimun yang menimbulkan destruksi selbeta (Smeltzer, 2015).

Diabetes melitus tidak tergantung insulin (DM TIPE II) Menurut Smeltzel 2015 Mekanisme yang tepat yang menyebabkan resistensi insulin dan gangguan sekresi insulin pada diabetes tipe II masih belum diketahui. Faktor genetik memegang peranan dalam proses terjadinya resistensi insulin. Faktor-faktor resiko:

- 1) Usia (resistensi insulin cenderung meningkat pada usia di atas 65 th)
- 2) Obesitas

3) Riwayat keluarga

2.2.3 Klasifikasi

1. Diabetes Melitus Tipe 1

Diabetes tipe 1 biasanya terjadi pada remaja atau anak, dan terjadi karena kerusakan sel β (beta) (WHO, 2014). Rusaknya sel β pankreas diduga karena proses autoimun, namun hal ini juga tidak diketahui secara pasti. Diabetes tipe 1 rentan terhadap ketoasidosis, memiliki insidensi lebih sedikit dibandingkan diabetes tipe 2, akan meningkat setiap tahun baik di negara maju maupun di negara berkembang (IDF (International Diabetes federation), 2017).

2. Diabetes Melitus tipe 2

Diabetes tipe 2 biasanya terjadi pada usia dewasa. Seringkali diabetes tipe 2 didiagnosis beberapa tahun setelah onset, yaitu setelah komplikasi muncul sehingga tinggi insidensinya sekitar 90% dari penderita DM di seluruh dunia dan sebagian besar merupakan akibat dari memburuknya faktor risiko seperti kelebihan berat badan dan kurangnya aktivitas fisik (WHO, 2014).

3. Diabetes Gestasional

Gestational diabetes mellitus (GDM) adalah diabetes yang didiagnosis selama kehamilan (American Diabetes Association (ADA), 2014). Wanita dengan diabetes gestasional memiliki peningkatan risiko komplikasi selama kehamilan dan saat melahirkan, serta memiliki risiko diabetes tipe 2 yang lebih tinggi di masa depan. Diabetes Gestasional terjadi pada wanita yang tidak menderita diabetes sebelum kehamilannya. Hiperglikemia terjadi selama kehamilan akibat sekresi

hormon-hormon plasenta. Setelah melahirkan bayi, kadar glukosa darah akan kembali normal.

4. Tipe Diabetes Melitus lainnya

Diabetes melitus tipe khusus merupakan diabetes yang terjadi karena adanya kerusakan pada pankreas yang memproduksi insulin dan mutasi gen serta mengganggu sel beta pankreas, sehingga mengakibatkan kegagalan dalam menghasilkan insulin secara teratur sesuai dengan kebutuhan tubuh. Sindrom hormonal yang dapat mengganggu sekresi dan menghambat kerja insulin yaitu sindrom chusing, akromegali dan sindrom genetic (American Diabetes Association (ADA), 2014).

2.2.4 Patofisiologi

Patofisiologi diabetes mellitus (Brunner & Suddarth, 2013) :

1. DM tipe I

Pada diabetes tipe I terdapat ketidakmampuan pankreas menghasilkan insulin karena hancurnya sel-sel beta pankreas telah dihancurkan dengan proses autoimun. Hiperglikemia puasa terjadi akibat produksi glukosa yang tidak terukur oleh hati. Disamping itu, glukosa yang berasal dari makanan tidak dapat disimpan dalam hati meskipun tetap berada dalam darah dan menimbulkan hiperglikemia postprandial (sesudah makan). Jika konsentersasi glukosa dalam darah cukup tinggi, ginjal tidak dapat menyerap kembali semua glukosa yang tersaring keluar, akibatnya glukosa tersebut muncul dalam urin (glukosaria).

Ketika glukosa yang berlebihan diekskresikan dalam urin, ekskresi ini akan disertai pengeluaran cairan dan elektrolit yang berlebihan. Keadaan ini dinamakan diuresis osmotik. Sebagai akibat dari kehilangan cairan yang berlebihan, klien akan mengalami peningkatan dalam berkemih (poliuria) dan rasa haus (polidipsia).

Defisiensi insulin juga mengganggu metabolisme protein dan lemak yang menyebabkan penurunan berat badan. Klien dapat mengalami peningkatan selera makan (polifagia) akibat menurunnya simpanan kalori. Gejala lainnya mencakup kelemahan dan kelelahan. Dalam keadaan normal insulin mengendalikan glikogenolisis (pemecahan glukosa yang disimpan) dan

Glukosaneogenesis (pembentukan glukosa baru dari asam-asam amino serta substansi lain), namun pada penderita defisiensi insulin, proses ini akan terjadi tanpa hambatan dan lebih lanjut turut menimbulkan hiperglikemia. Di samping itu akan terjadi pemecahan lemak yang mengakibatkan peningkatan produksi badan keton yang merupakan produksi samping pemecahan lemak.

2. DM tipe II

Pada diabetes tipe II terdapat dua masalah utama yang berhubungan dengan insulin, yaitu: resistensi insulin dan gangguan sekresi insulin. Normalnya insulin akan terikat dengan reseptor khusus pada permukaan sel. Sebagai akibat terikatnya insulin dengan reseptor tersebut, terjadi suatu rangkaian reaksi dalam metabolisme glukosa di dalam sel. Resistensi insulin pada diabetes tipe II disertai dengan penurunan reaksi intrasel ini. Dengan demikian insulin menjadi tidak efektif untuk menstimulasi pengambilan glukosa oleh jaringan.

Untuk mengatasi resistensi insulin dan mencegah terbentuknya glukosa dalam darah, harus terdapat peningkatan insulin yang disekresikan. Pada penderita

toleransi glukosa terganggu, keadaan ini terjadi akibat sekresi insulin yang berlebihan, dan kadar glukosa akan dipertahankan pada tingkat yang normal atau sedikit meningkat. Namun demikian, jika sel-sel beta tidak mampu mengimbangi peningkatan kebutuhan insulin, maka kadar glukosa akan meningkat dan terjadi diabetes tipe II.

Meskipun terjadi gangguan sekresi insulin yang merupakan ciri khas diabetes tipe II, namun masih terdapat insulin yang mencegah pemecahan lemak dan produksi badan keton yang menyertainya. Karena itu, ketoasidosis diabetik tidak terjadi pada diabetes tipe II.

2.2.5 Manifestasi Klinis

Manifestasi klinis dari Diabetes Melitus (DM) yaitu (Sujono Riyadi; Sukarmin, 2008) :

1. Gejala awal pada penderita Diabetes Melitus (DM)
 - a. Polyuria: peningkatan volume urine
 - b. Polydipsia: peningkatan rasa haus yang diakibatkan oleh volume urine yang sangat besar dan keluarnya air yang disebabkan oleh dehidrasi ekstrasel. Dehidrasi ekstrasel mengikuti dehidrasi intrasel karena air intrasel akan berdifusi keluar sel mengikuti penurunan gradien konsentrasi ke plasma yang hipertonik (sangat pekat). Dehidrasi intrasel merangsang pengeluaran ADH (antidiuretic hormone) dan menimbulkan rasa haus.
 - c. Polifagia : peningkatan rasa lapar disebabkan karena sejumlah kalori hilang kedalam air kemih, penderita mengalami penurunan berat badan.

Untuk mengkompensasi hal ini penderita seringkali merasa lapar yang luar biasa.

- d. Rasa lelah dan kelemahan otot akibat adanya gangguan aliran darah pada pasien diabetes lama, katabolisme protein di otot dan ketidakmampuan sebagian besar sel untuk menggunakan glukosa sebagai energi.

2. Gejala lanjutan pada penderita Diabetes Melitus (DM)

- a. Peningkatan angka infeksi akibat penurunan protein sebagai bahan pembentukan antibody, peningkatan konsentrasi glukosa disekresi mukus, gangguan fungsi imun dan penurunan aliran darah pada penderita diabetes kronik.
- b. Kelainan kulit gatal-gatal, bisul. Gatal biasanya terjadi di daerah ginjal, lipatan kulit seperti di ketiak dan dibawah payudara, biasanya akibat tumbuhnya jamur.
- c. Kelainan ginekologis, keputihan dengan penyebab tersering yaitu jamur terutama candida.
- d. Kesemutan rasa baal akibat neuropati. Regenerasi sel mengalami gangguan akibat kekurangan bahan dasar utama yang berasal dari unsur protein. Akibatnya banyak sel saraf rusak terutama bagian perifer.
- e. Kelemahan tubuh.
- f. Penurunan energi metabolik/penurunan BB yang dilakukan oleh sel melalui proses glikolisis tidak dapat berlangsung secara optimal, disebabkan karena tubuh terpaksa mengambil dan membakar lemak sebagai cadangan energi (Subekti, 2009).

- g. Luka yang lama sembuh, proses penyembuhan luka membutuhkan bahan dasar utama dari protein dan unsur makanan yang lain. Bahan protein banyak diformulasikan untuk kebutuhan energi sel sehingga bahan yang diperlukan untuk penggantian jaringan yang rusak mengalami gangguan.
- h. Laki-laki dapat terjadi impotensi, ejakulasi dan dorongan seksualitas menurun karena kerusakan hormon testosteron.
- i. Mata kabur karena katarak atau gangguan refraksi akibat perubahan pada lensa oleh hiperglikemia.

2.2.6 Komplikasi

Beberapa komplikasi dari diabetes mellitus menurut (Rendy, M. Clevo & Margareth, 2019) yaitu:

1. Akut
 - a. Hipoglikemia dan hiperglikemia.
 - b. Penyakit makrovaskuler: mengenai pembuluh darah besar, penyakit jantung koroner (cerebrovaskuler, penyakit pembuluh darah kapiler).
 - c. Penyakit mikrovaskuler, mengenai pembuluh darah kecil, retinopati, nefropati.
 - d. Neuropati saraf sensorik (berpengaruh pada ekstremitas), saraf otonom berpengaruh pada gastrointestinal, kardiovaskuler.
2. Komplikasi menahun diabetes mellitus
 - a. Neuropati diabetik.
 - b. Retinopati diabetik.

- c. Nefropati diabetik.
 - d. Proteinuria.
 - e. Kelainan koroner.
 - f. Ulkus/gangren.
- b. Terdapat lima grade ulkus diabetikum antara lain:
- 1) Grade 0: tidak ada luka
 - 2) Grade 1: kerusakan hanya sampai pada permukaan kulit.
 - 3) Grade 2: kerusakan kulit mencapai otot dan tulang
 - 4) Grade 3: terjadi abses
 - 5) Grade 4: gangren pada kaki bagian distal
 - 6) Grade 5: gangren pada seluruh kaki dan tungkai bawah distal

2.2.7 Pemeriksaan Penunjang

1. Gula darah puasa (GDO) nilai 70-110mg/dL.
2. Kriteria diagnostik untuk DM > 140 mg/dl paling sedikit dalam 2 kali pemeriksaan. Atau > 140 mg/dl disertai gejala klasik hiperglikemia atau IGT 115-140 mg/dl.
3. Gula darah 2 jam post prandial (2JPP) nilai <140mg/dL : digunakan untuk skrining atau evaluasi pengobatan bukan diagnostic.
4. Gula darah sewaktu <140mg/dL: digunakan untuk skrining bukan diagnostic

2.2.8 Penatalaksanaan

Tujuan utama terapi DM adalah mencoba menormalkan aktivitas insulin dan kadar glukosa darah dalam upaya mengurangi terjadinya komplikasi vaskuler serta

neuropatik. Tujuan terapeutik pada setiap tipe DM adalah mencapai kadar glukosa darah normal (euglikemia), tanpa terjadi hipoglikemia dan gangguan serius pada pola aktivitas pasien.

1. Diit diabetes melitus

Diit DM sesuai dengan paket-paket yang telah disesuaikan dengan kandungan kalornya

- a. Diit DM I: 1100 kalori
- b. Diit DM III: 1500 kalori
- c. Diit DM IV: 1700 kalori
- d. Diit DM V: 1900 kalori
- e. Diit DM VI: 2100 kalori
- f. Diit DM VII: 2300 kalori
- g. Diit DM VIII: 2500 kalori
- h. Diit I s/d III: diberikan kepada penderita yang terlalu gemuk.
- i. Diit IV s/d V: diberikan kepada penderita dengan berat badan normal.
- j. Diit VI s/d VIII: diberikan kepada penderita kurus, diabetes remaja dan diabetes komplikasi.

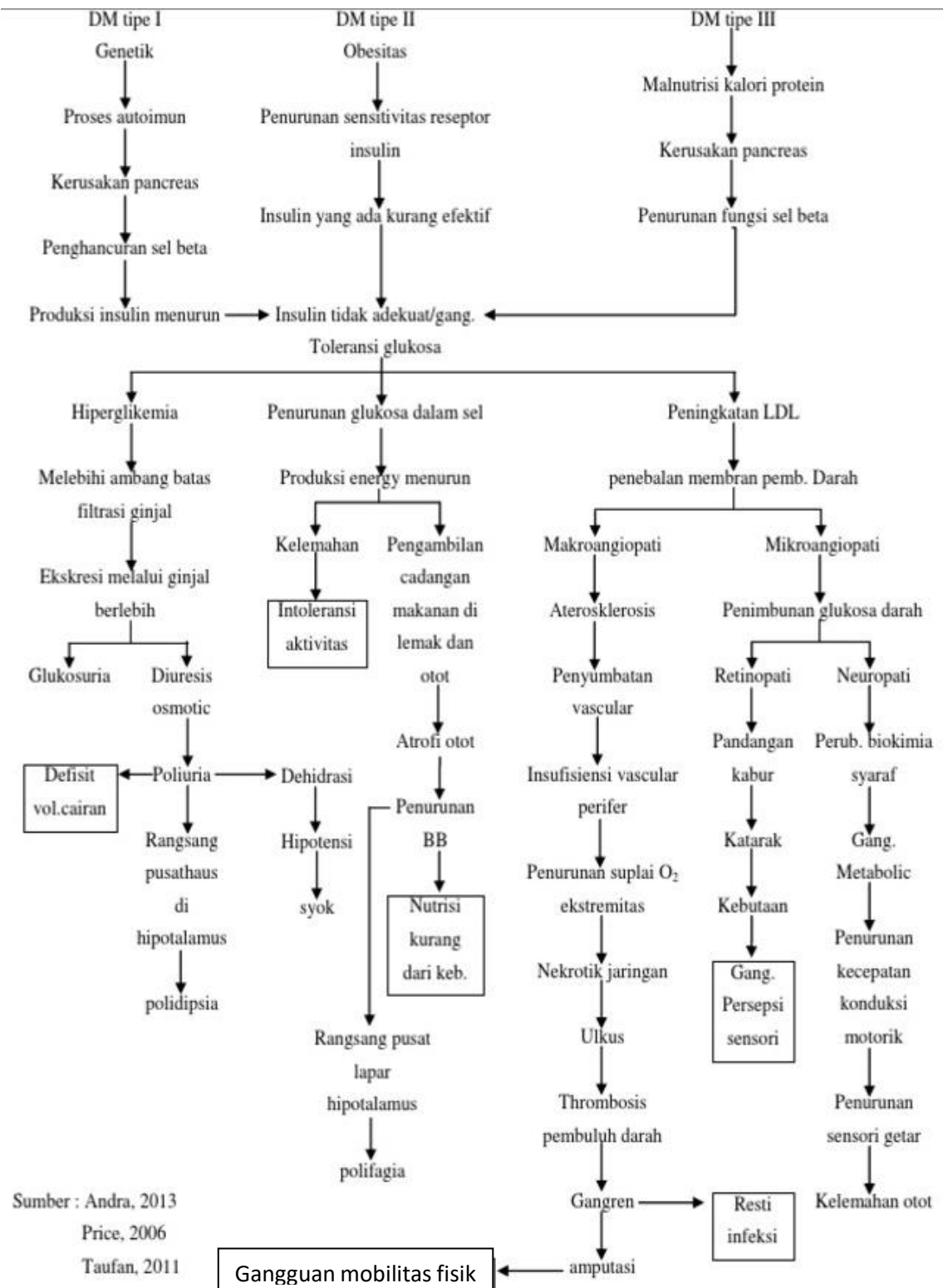
2. Latihan

Beberapa kegunaan latihan teratur setiap hari bagi penderita DM adalah:

- a. Meningkatkan kepekaan insulin (glukosa *uptake*), apabila dikerjakan setiap 1 ½ jam sesudah makan, berarti pula mengurangi insulin resisten pada penderita dengan kegemukan atau menambah jumlah reseptor insulin dan meningkatkan sensitivitas insulin dengan reseptornya.
- b. Mencegah kegemukan apabila ditambah latihan pagi dan sore.

- c. Memperbaiki aliran perifer dan menambah supply oksigen.
 - d. Menurunkan kolesterol (total) dan trigliserida dalam darah karena pembakaran asam lemak menjadi lebih baik.
3. Tablet OAD (Oral Antidiabetes) / Obat Hipoglikemik Oral (OHO)
 4. Insulin
 - a. Indikasi penggunaan insulin
 - 1) DM tipe I
 - 2) DM tipe II yang pada saat tertentu tidak dapat dirawat dengan OAD
 - 3) DM kehamilan
 - 4) DM dan gangguan faal hati yang berat
 - 5) DM dan gangguan infeksi akut (selulitis, gangren)
 - 6) DM dan TBC paru akut
 - 7) DM dan koma lain pada DM
 - 8) DM operasi
 - 9) DM patah tulang
 - 10) DM dan underweight
 - 11) DM dan penyakit Graves
 - b. Cara pemberian insulin
 - 1) Suntikan insulin subkutan
 - 2) Insulin regular mencapai puncak kerjanya pada 1 – 4 jam, sesudah suntikan subcutan, kecepatan absorpsi di tempat suntikan tergantung pada beberapa faktor antara lain.

2.3 Kerangka Masalah



Gambar 1. 1 Kerangka Masalah

2.4 Konsep Gangguan Mobilitas Fisik

2.3.1 Definisi

Gangguan mobilitas fisik adalah keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017). Menurut North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) gangguan mobilitas fisik atau immobilisasi merupakan suatu keadaan dimana individu yang mengalami atau berisiko mengalami keterbatasan gerakan fisik (Kozier, Erb, Berman & Snyder, 2010). Ada lagi yang menyebutkan bahwa gangguan mobilitas fisik merupakan suatu kondisi yang relatif dimana individu tidak hanya mengalami penurunan aktivitas dari kebiasaan normalnya kehilangan tetapi juga kemampuan geraknya secara total (Ernawati, 2012). Kemudian, Widuri (2010) juga menyebutkan bahwa gangguan mobilitas fisik atau imobilitas merupakan keadaan dimana kondisi yang mengganggu pergerakannya, seperti trauma tulang belakang, cedera otak berat disertai fraktur pada ekstremitas dan sebagainya. Tidak hanya itu, imobilitas atau gangguan mobilitas adalah keterbatasan fisik tubuh baik satu maupun lebih ekstremitas secara mandiri dan terarah (Nurarif A.H & Kusuma H, 2015).

2.3.2 Etiologi

Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017), faktor penyebab terjadinya gangguan mobilitas fisik, antara lain kerusakan integritas struktur tulang, perubahan metabolisme, ketidakbugaran fisik, penurunan kendali otot, penurunan massa otot, penurunan kekuatan otot, keterlambatan perkembangan, kekakuan sendi, kontraktur, malnutrisi, gangguan muskuloskeletal, gangguan neuromuskular,

indeks masa tubuh di atas persentil ke-75 usia, efek agen farmakologi, program pembatasan gerak, nyeri, kurang terpapar informasi tentang aktivitas fisik, kecemasan, gangguan kognitif, keengganan melakukan pergerakan, dan gangguan sensoripresepsi. Pendapat lain menurut Setiati, Harimurti, dan Roosheroe (dalam Setiati, Alwi, Sudoyo, Stiyohadi, dan Syam, 2014) mengenai penyebab gangguan mobilitas fisik adalah adanya rasa nyeri, lemah, kekakuan otot, ketidakseimbangan, masalah psikologis, kelainan postur, gangguan perkembangan otot, kerusakan sistem saraf pusat, atau trauma langsung dari sistem muskuloskeletal dan neuromuskular.

2.3.3 Patofisiologi

Euromuskular berupa sistem otot, skeletal, sendi, ligamen, tendon, kartilago, dan saraf sangat mempengaruhi mobilisasi. Gerakan tulang diatur otot skeletal karena adanya kemampuan otot berkontraksi dan relaksasi yang bekerja sebagai sistem pengungkit. Tipe kontraksi otot ada dua, yaitu isotonik dan isometrik. Peningkatan tekanan otot menyebabkan otot memendek pada kontraksi isotonik. Selanjutnya, pada kontraksi isometrik menyebabkan peningkatan tekanan otot atau kerja otot tetapi tidak terjadi pemendekan atau gerakan aktif dari otot, misalnya menganjurkan pasien untuk latihan kuadrisep. Gerakan volunter merupakan gerakan kombinasi antara kontraksi isotonik dan kontraksi isometrik. Perawat harus memperhatikan adanya peningkatan energi, seperti peningkatan kecepatan pernapasan, fluktuasi irama jantung, dan tekanan darah yang dikarenakan pada latihan isometrik pemakaian energi meningkat. Hal ini menjadi kontraindikasi pada pasien yang memiliki penyakit seperti infark miokard atau penyakit obstruksi paru

kronik. Kepribadian dan suasana hati seseorang digambarkan melalui postur dan gerakan otot yang tergantung pada ukuran skeletal dan perkembangan otot skeletal. Koordinasi dan pengaturan kelompok otot tergantung tonus otot dan aktivitas dari otot yang berlawanan, sinergis, dan otot yang melawan gravitasi. Tonus otot sendiri merupakan suatu keadaan tegangan otot yang seimbang. Kontraksi dan relaksasi yang bergantian melalui kerja otot dapat mempertahankan ketegangan. Immobilisasi menyebabkan aktivitas dan tonus otot menjadi berkurang. Rangka pendukung tubuh yang terdiri dari empat tipe tulang, seperti panjang, pendek, pipih, dan irreguler disebut skeletal. Sistem skeletal berfungsi dalam pergerakan, melindungi organ vital, membantu mengatur keseimbangan kalsium, berperan dalam pembentukan sel darah merah (Potter dan Perry, 2012).

Pengaruh immobilisasi yang cukup lama akan terjadi respon fisiologis pada sistem otot rangka. Respon fisiologis tersebut berupa gangguan mobilisasi permanen yang menjadikan keterbatasan mobilisasi. Keterbatasan mobilisasi akan mempengaruhi daya tahan otot sebagai akibat dari penurunan masa otot, atrofi dan stabilitas. Pengaruh otot akibat pemecahan protein akan mengalami kehilangan masa tubuh yang terbentuk oleh sebagian otot. Oleh karena itu, penurunan masa otot tidak mampu mempertahankan aktivitas tanpa peningkatan kelelahan. Selain itu, juga terjadi gangguan pada metabolisme kalsium dan mobilisasi sendi. Jika kondisi otot tidak dipergunakan atau karena pembebanan yang kurang, maka akan terjadi atrofi otot. Otot yang tidak mendapatkan pembebanan akan meningkatkan produksi Cu, Zn. Superoksida Dismutase yang menyebabkan kerusakan, ditambah lagi dengan menurunnya catalase, glutathioneperoksidase, dan mungkin Mn, superoksida dismutase, yaitu sistem yang akan memetabolisme kelebihan ROS.

ROS menyebabkan peningkatan kerusakan protein, menurunnya ekspresi myosin, dan peningkatan ekspresi komponen jalur ubiquitine proteolitik proteosome. Jika otot tidak digunakan selama beberapa hari atau minggu, maka kecepatan penghancuran protein kontraktil otot (aktin dan myosin) lebih tinggi dibandingkan pembentukannya, sehingga terjadi penurunan protein kontraktil otot dan terjadi atrofi otot. Terjadinya atrofi otot dikarenakan serabut-serabut otot tidak berkontraksi dalam waktu yang cukup lama sehingga perlahan akan mengecil dimana terjadi perubahan antara serabut otot dan jaringan fibrosa. Tahapan terjadinya atrofi otot dimulai dengan berkurangnya tonus otot. Hal ini myostatin menyebabkan atrofi otot melalui penghambatan pada proses translasi protein sehingga menurunkan kecepatan sintesis protein. NF- κ B menginduksi atrofi dengan aktivasi transkripsi dan ubiquinasi protein. Jika otot tidak digunakan menyebabkan peningkatan aktivitas transkripsi dari NF- κ B. Reactive Oxygen Species (ROS) pada otot yang mengalami atrofi. Atrofi pada otot ditandai dengan berkurangnya protein pada sel otot, diameter serabut, produksi kekuatan, dan ketahanan terhadap kelelahan. Jika suplai saraf pada otot tidak ada, sinyal untuk kontraksi menghilang selama 2 bulan atau lebih, akan terjadi perubahan degeneratif pada otot yang disebut dengan atrofi degeneratif. Pada akhir tahap atrofi degeneratif terjadi penghancuran serabut otot dan digantikan oleh jaringan fibrosa dan lemak. Bagian serabut otot yang tersisa adalah membran sel dan nukleus tanpa disertai dengan protein kontraktil. Kemampuan untuk meregenerasi myofibril akan menurun. Jaringan fibrosa yang terjadi akibat atrofi degeneratif juga memiliki kecenderungan untuk memendek yang disebut dengan kontraktur (Kandarian (dalam Rohman, 2019)).

2.3.4 Tanda dan Gejala

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

1. Tanda dan gejala mayor

Tanda dan gejala mayor subjektif dari gangguan mobilitas fisik, yaitu mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas. Kemudian, untuk tanda dan gejala mayor objektifnya, yaitu kekuatan otot menurun, dan rentang gerak menurun.

2. Tanda dan gejala minor

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

2.3.5 Kondisi Klinis yang Terkait

Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017) kondisi terkait yang dapat mengalami gangguan mobilitas fisik, yaitu stroke, cedera medula spinalis, trauma, fraktur, osteoarthritis, osteomalasia, dan keganasan. Selain itu, menurut NANDA-I (2018) kondisi terkait yang berisiko mengalami gangguan mobilitas fisik, antara lain kerusakan integritas struktur tulang, gangguan fungsi kognitif, gangguan metabolisme, kontraktur, keterlambatan perkembangan, gangguan muskuloskeletal, gangguan neuromuskular, agens farmaseutika, program pembatasan gerak, serta gangguan sensoriperseptual.

2.3.6 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan yang dapat dilakukan pada pasien dengan masalah gangguan mobilitas fisik yaitu dengan memberikan latihan rentang gerak. Latihan rentang gerak yang dapat diberikan salah satunya yaitu dengan latihan *Range of Motion* (ROM) yang merupakan latihan gerak sendi dimana pasien akan menggerakkan masing-masing persendiannya sesuai gerakan normal baik secara pasif maupun aktif. *Range of Motion* (ROM) pasif diberikan pada pasien dengan kelemahan otot lengan maupun otot kaki berupa latihan pada tulang maupun sendi dikarenakan pasien tidak dapat melakukannya sendiri yang tentu saja pasien membutuhkan bantuan dari perawat ataupun keluarga. Kemudian, untuk *Range of Motion* (ROM) aktif sendiri merupakan latihan yang dilakukan sendiri oleh pasien tanpa membutuhkan bantuan dari perawat ataupun keluarga. Tujuan *Range of Motion* (ROM) itu sendiri, yaitu mempertahankan atau memelihara kekuatan otot, memelihara mobilitas persendian, merangsang sirkulasi darah, mencegah kelainan bentuk (Potter & Perry, 2012).

2.5 Literature Review

Tabel 2. 1 Literature Review

No	Judul, penulis & tahun terbit	Jenis penelitian & desain penelitian	Temuan / hasil
1.	Tatalaksana terkini infeksi kaki diabetes, I Gede Surya Dinata, Anak Agung Gede Wira Pratama Yasa, 2021	Studi analisis deskriptif, Literature review	Kehilangan sensasi protektif akibat neuropati perifer pada IKD merupakan faktor pemicu dan pendahulu terbentuknya ulkus pada kaki. Ulkus atau kerusakan pada lapisan epitel kulit merupakan pintu masuk terjadinya infeksi. Kerusakan saraf sebagai pemicu ulkus, dapat melibatkan saraf sensoris, motoric maupun otonom.

			<p>Ketidakseimbangan motoric oleh karena motor neuropati, menyebabkan terjadinya atrofi otot, dislokasi bantalan lemak, dan akhirnya terjadi deformitas pada kaki, seperti; foot drop, clawed/hammer toes, equinus varus/valgus. Deformitas pada kaki menyebabkan terbentuknya daerah pada kaki yang mengalami tekanan abnormal, sehingga rentan terhadap trauma. Hilangnya sensasi pada kulit kaki mengakibatkan ketidakmampuan mencegah terjadinya trauma, atau adanya trauma yang tak disadari yang memperburuk keadaan. Area kaki yang menjadi tumpuan saat berjalan dan menahan beban mengalami penekanan dan gesekan berulang sehingga. Ditambah dengan hilangnya fungsi kelenjar keringat dan lemak menjadikan kulit kaki menjadi kering dan mengalami hiperkeratosis, sehingga lebih mudah pecah dan menjadi sumber masuknya bakteri. Faktor pasien yang tidak memperhatikan kebersihan kaki dan penggunaan alas kaki yang tidak sesuai, merupakan penyebab utama terjadinya IKD yang seharusnya dapat dicegah. Sekitar 60% dari infeksi yang terjadi pada pasien DM, berawal dari interdigital/<i>web space</i>, 30% mulai dari daerah kuku, sedangkan 10% terjadi sekunder akibat trauma penetrasi. Secara klinis, infeksi kaki diabetic dapat berupa selulitis akut yang ringan hingga terjadinya fasciitis necrotican yang mengancam nyawa. Perawatan lebih lanjut harus didasari dengan tingkat keparahan infeksi. Sebagian besar kasus IKD memiliki kecenderungan dalam indikasi amputasi sehingga penting untuk dilakukan pencegahan secara komprehensif. Manajemen multidisiplin yang melibatkan ahli bedah (umum, vaskular, ortopedi), penyakit dalam, dan perawat luka, saat ini menjadi standar baru perawatan dan telah menunjukkan hasil positif dalam mengurangi waktu penyembuhan luka.</p>
--	--	--	--

2	Evaluasi ragam metode perawatan luka pada pasien dengan ulkus diabetes: literature review, Yusran Haskas, Ikhsan, Indah Restika, 2021	Studi analisis deskriptif, Literature review	<p>Dalam tinjauan literature ini dibahas tiga metode perawatan luka yaitu modern dressing, ozone therapy, dan metode negative pressure wound therapy (NPWT). Hasil penelitian Saeed (2020); Santoso & Purnomo (2017) mengemukakan bahwa dengan metode modern dressing efektif untuk penyembuhan luka secara signifikan, disebutkan durasi penyembuhan luka secara signifikan berkorelasi dengan usia pasien, tingkat pre-treatment HbA1c, durasi ulkus pre-treatment dan ukuran ulkus. Namun tidak ada korelasi yang signifikan dengan jenis kelamin dan durasi diabetes (Saeed, 2020). Hal ini didukung oleh hasil penelitian Thekdi et al., (2016) yang menunjukkan lebih banyak hasil yang menguntungkan untuk modern dressing dibandingkan dengan balutan konvensional dalam penyembuhan ulkus yang secara statistik signifikan. Sementara itu, Mutiudin (2019) mengemukakan bahwa prinsip metode Modern Dressing memiliki prinsip kerja yang sama dengan metode perawatan konvensional yaitu menjaga kelembaban dan kehangatan area luka. Namun metode perawatan konvensional kurang dapat menjaga kelembaban karena NaCl akan menguap sehingga kasa menjadi kering yang menyebabkan kasa lengket pada luka sehingga akan mudah menyebabkan trauma ulang. Berdasarkan hasil review literatur didapatkan kesimpulan bahwa metode Negative Pressure Wound Therapy (NPWT) dapat memperlihatkan hasil yang efektif dibandingkan metode modern dressing dan ozone therapy bagi penderita ulkus diabetes.</p>
3	Penatalaksanaan ulkus kaki diabetes secara terpadu, Yuanita A. Langi, 2011	Studi analisis deskriptif, deskriptif tinjauan pustaka	<p>Tujuan utama pengelolaan UKD yaitu untuk mengakses proses kearah penyembuhan luka secepat mungkin karena perbaikan dari ulkus kaki dapat menurunkan kemungkinan terjadinya amputasi dan kematian pasien diabetes. Secara umum pengelolaan UKD meliputi penanganan</p>

			<p>iske-mia, debridemen, penanganan luka, menu-runkan tekanan plantar pedis (off-loading), penanganan bedah, penanganan komorbidi-tas dan menurunkan risiko kekambuhan serta pengelolaan infeksi. Debridemen dilakukan terhadap semua jaringan lunak dan tulang yang nonviable. Tujuan debridemen yaitu untuk mengevakuasi jaringan yang terkontaminasi bakteri, mengangkat jaringan nekrotik sehingga dapat mempercepat penyembuhan, menghi-langkan jaringan kalus serta mengurangi risiko infeksi lokal. Terapi ajuvan yang sering digunakan dalam pengelolaan UKD ialah terapi oksigen hiperbarik (TOH). TOH merupakan pemberian oksigen untuk pasien dengan tekanan yang lebih tinggi dari tekanan at-mosfer normal. Hal ini menyebabkan peningkatan konsentrasi oksigen dalam darah dan peningkatan kapasitas difusi jaringan. Tekanan parsial oksigen dalam jaringan yang meningkat akan merangsang neovas-kularisasi dan replikasi fibroblas serta me-ningkatkan fagositosis dan leucocyte-medi-ated killing dari bakteri. Indikasi pemberian TOH yaitu UKD yang meme-nuhi kriteria luka derajat 3 dalam klasifika-si Wagner dan luka yang gagal sembuh se-telah 30 hari pengobatan standar, dan terutama ditujukan pada ulkus kronis de-ngan iskemia. Penggunaan granulocyte colony stimu-lating factors (GCSF) merupakan terapi al-ternatif yang masih dalam penelitian. GSCF diketahui dapat meningkatkan ak-tivitas neutrofil pada pasien DM. Pemberian suntikan GSCF subkutan selama sa-tu minggu pada UKD yang disertai infeksi terbukti mempercepat eradikasi kuman, memperpendek waktu pemberian antibiotik serta menurunkan angka amputasi. Terapi ajuvan lain dalam pengelolaan UKD yang masih dalam tahap penelitan yaitu penggunaan faktor pertumbuhan (growth factor therapy) dan bioengineered tissue. Platelet-derived</p>
--	--	--	--

			<p>growth factor beca-plermin (PDGF-b, becaplermin) digunakan untuk merangsang penyembuhan luka dan dianjurkan pada neuropati kaki diabetes. Pemakaian bahan ini secara topikal dikata-kan efektif dan aman, namun belum terda-pat data yang memadai.⁴ Produk bio-engineered tissue seperti bioengineered skin (Apligraf) dan human dermis (Dermagraf) merupakan implan biologik aktif untuk mempercepat penyembuhan ulkus kronik. Produk bioengineered ini bekerja pada sis-tem penghantaran growth factor dan kom-ponen matriks dermal melalui aktifitas fi-broblas yang merangsang pertumbuhan ja-ringan dan penutupan luka. Pengelolaan UKD terinfeksi terbagi atas infeksi yang tidak mengancam tungkai dan yang meng-ancam tungkai. Pemilihan antibiotik sesuai dengan hasil uji kultur dan sensitivitas, sedangkan lamanya pemberian tergantung pada keadaan klinis dan beratnya infeksi.</p>
4	<p>Diabetic Foot Infection (Infeksi kaki Diabetik): Diagnosis dan Tatalaksana, Muhammad Bayu dkk, 2019.</p>	<p>Studi analisis deskriptif, tinjauan pustaka</p>	<p>Pentingnya pencegahan tidak boleh dikesampingkan; hampir 85% kasus infeksi kaki diabetik dalam praktik klinis harus diamputasi.⁵ Manajemen multidisiplin harus segera diimplementasikan saat diagnosis, meliputi ahli bedah, ahli endokrin dan diabetik, serta tim keperawatan yang memahami perawatan luka kronik diabetik. Infeksi kaki diabetik sering ditemukan dalam praktik klinik sehari-hari. Insidens kasus ini meningkat seiring peningkatan jumlah penderita diabetes. Evaluasi lokal dan sistemik penting untuk tatalaksana yang holistik dan komprehensif. Modalitas terapi berupa pembedahan, antibiotik, perawatan luka, ataupun kombinasinya diharapkan dapat memberikan hasil terbaik.</p>
5	<p>Studi meta analisis perawatan luka kaki diabetes dengan modern dressing,</p>	<p>Studi analisis deskriptif, literature review</p>	<p>Dalam pelaksanaanya perawatan luka kepada pasien di praktik perawatan luka ini menggunakan konsep perawatan luka modern dengan prinsip moisture balance dan mengaplikasikan advance dressing.</p>

	Luh Titi Handayani, 2016.	<p>Namun demikian pasien yang akan menentukan bahan/ dressing yang akan diaplikasikan karena hal ini terkait dengan pembiayaan. Perawatan luka yang diberikan pada pasien harus dapat meningkatkan proses perkembangan luka. Perawatan yang diberikan bersifat memberikan kehangatan dan lingkungan yang moist (lembab) pada luka. Kondisi yang lembab pada permukaan luka dapat meningkatkan proses perkembangan luka, men-cegah dehidrasi jaringan dan kematian sel kondisi ini juga dapat meningkatkan interaksi antara sel dan faktor pertumbuhan. Oleh karena itu metode perawatan harus bersifat menjaga kelembaban dan mem-pertahankan kehangatan pada luka. Metode perawatan modern memiliki prinsip kerja dengan menjaga kelembaban dan kehangatan area luka. Metode perawatan yang digunakan dalam penelitian ini adalah dengan menggunakan dressing modern yaitu Alginate, Foam dressing, Hidrogel. Selama ini, ada anggapan bahwa suatu luka akan cepat sembuh jika luka tersebut telah mengering. Namun faktanya, lingkungan luka yang kelembaban-nya seimbang memfasilitasi pertumbuhan sel dan proliferasi kolagen dalam matriks nonseluler yang sehat. Pada luka akut, moisture balance memfasilitasi aksi faktor pertumbuhan, cytokines, dan chemokines yang mempromosi pertumbuhan sel dan menstabilkan matriks jaringan luka. Jadi, luka harus dijaga kelembapannya. Lingkungan yang terlalu lembap dapat menyebabkan maserasi tepi luka, sedangkan kondisi kurang lembap menyebabkan kematian sel, tidak terjadi perpindahan epitel dan jaringan matriks.</p>
--	---------------------------	---

Kesimpulan :

Salah satu komplikasi dari diabetes melitus yaitu ulkus kaki / gangren, penatalaksanaan dari gangren meliputi pemberian antibiotik, dan debridement luka.

Pemilihan penggunaan dressing yang tepat berpengaruh dalam penyembuhan luka yaitu membuat luka tetap lembab agar sel-sel dapat berpoliferasi dan membaik, selain perawatan luka penatalaksanaan untuk menunjang kesembuhan luka kaki gangren dengan cara terapi hiperbarik. Terapi hiperbarik yaitu terapi dengan cara memberikan tekanan parsial oksigen dalam jaringan yang meningkat untuk merangsang penyembuhan luka.

2.6 Konsep Asuhan Keperawatan Gerontik

Konsep merupakan Suatu ide di mana terdapat suatu kesan yang abstrak yang dapat diorganisir menjadi simbol-simbol yang nyata, sedangkan konsep keperawatan merupakan ide untuk menyusun suatu kerangka konseptual atau model keperawatan ,sedangkan teori itu sendiri merupakan sekelompok konsep yang membentuk sebuah pola nyata. Maupun suatu pernyataan yang menjelaskan suatu peristiwa,proses atau kejadian yang didasari oleh fakta -fakta yang telah diobservasi tetapi kurang absolut atau bukti secara langsung (Fani, 2019)

Asuhan keperawatan merupakan proses atau rangkaian kegiatan praktik keperawatan langsung pada klien di berbagai tatanan pelayanan kesehatan yang pelaksanaannya berdasarkan kaidah profesi keperawatan dan merupakan inti praktik keperawatan Teori dalam keperawatan digunakan untuk menyusun atau model konsep dalam keperawatan sehingga model keperawatan ini mengandung arti aplikasi dari struktur keperawatan itu sendiri yang memungkinkan perawat untuk menerapkan cara mereka bekerja sebagai seorang perawat (Fani, 2019).

2.5.1 Pengkajian

1. Identitas

Nama, umur, agama, jenis kelamin, alamat, suku bangsa, status perkawinan, pekerjaan sebelumnya, riwayat pendidikan terakhir.

2. Keluhan utama

DM pada usia lanjut mungkin cukup sukar karena sering tidak khas dan asimtomatik (contohnya; kelemahan, kelelahan, BB menurun, terjadi infeksi minor, kebingungan akut, atau depresi).

3. Riwayat Kesehatan

Keluarga Adakah keluarga yang menderita penyakit seperti klien?

4. Riwayat Kesehatan

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

5. Pemeriksaan fisik

a. B1 Breathing

Pernapasan cepat dan dalam (takipnea), frekuensi meningkat, nafas berbau aseton

b. B2 Blood

Adanya riwayat penyakit hipertensi, infark miokard akut, klaudikasi, kebas, kesemutan pada ekstremitas, takikardi, perubahan TD postural, nadi menurun, ulkus pada kaki dan penyembuhan luka yang lama.

c. B3 Brain

Gejala: pusing, kesemutan, parastesia, gangguan penglihatan, mengantuk, letargi, stupor/koma, gangguan memori, refleks tendon menurun, kejang.

d. B4 Bladder / Perkemihan

Perubahan pola berkemih (poliuria), nokturia, kesulitan berkemih, nyeri tekan abdomen, menjadi oliguria/anuria bila terjadi hipovolemia berat.

e. B5 Bowel / pencernaan

Mual, muntah, anoreksia, penurunan berat badan, diare, bising usus meningkat, polifagi dan polidipsi. Kelemahan, sulit bergerak, kulit/membran mukosa kering.

f. B6 Muskuloskeletal

Kelemahan, sulit bergerak, kulit/membran mukosa kering, Tonus otot menurun, penurunan kekuatan otot, reflek tendon menurun kesemuatan/rasa berat pada tungkai.

2.5.2 Diagnosa Keperawatan

1. Ketidakstabilan kadar glukosa darah b/d hiperglikemi (D.0027)
2. Gangguan mobilitas fisik b/d gangguan muskuloskeletal (D.0054)
3. Resiko jatuh (D.0143)
4. Intoleransi aktifitas b/d kelemahan (D.0056)
5. Nutrisi kurang dari kebutuhan b/d peningkatan kebutuhan metabolisme (D.0019)
6. Resiko infeksi d/d penyakit kronis diabetes melitus (D.0142)

2.5.3 Intervensi Keperawatan

1. Ketidakstabilan kadar glukosa darah b/d hiperglikemi

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan kadar glukosa darah dalam rentang normal dengan kriteria hasil :

- a. Luaran utama : kadar glukosa darah dalam rentang normal (L.03022)
 - 1) kesadaran meningkat
 - 2) mengantuk, pusing, lelah/lesu, keluhan lapar, gemetar, berkeringat, mulut kering, rasa haus, perilaku aneh, kesulitan berbicara menurun
 - 3) kadar glukosa dalam darah/urin, palpitasi, jumlah urin membaik
- b. Luaran tambahan : kontrol resiko (L14128)
 - 1) kemampuan mencari informasi tentang resiko meningkat
 - 2) kemampuan mengidentifikasi resiko meningkat
 - 3) kemampuan melakukan strategi kontrol resiko meningkat
 - 4) kemampuan mengubah perilaku meningkat
 - 5) penggunaan fasilitas kesehatan meningkat
- c. Intervensi : Manajemen hiperglikemia (I.03115)
 - 1) Observasi
 - a) Identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia
 - b) Identifikasi situasi yang menyebabkan kebutuhan insulin meningkat (mis. penyakit kambuhan)
 - c) Monitor kadar glukosa darah, jika perlu
 - d) Monitor tanda dan gejala hiperglikemia (mis. poliuri, polidipsia, polivagia, kelemahan, malaise, pandangan kabur, sakit kepala)
 - e) Monitor intake dan output cairan

- f) Monitor keton urine, kadar analisa gas darah, elektrolit, tekanan darah ortostatik dan frekuensi nadi

2) Terapeutik

- a) Berikan asupan cairan oral
- b) Konsultasi dengan medis jika tanda dan gejala hiperglikemia tetap ada atau memburuk
- c) Fasilitasi ambulasi jika ada hipotensi ortostatik

3) Edukasi

- a) Anjurkan olahraga saat kadar glukosa darah lebih dari 250 mg/dL
- b) Anjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri
- c) Anjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga
- d) Ajarkan indikasi dan pentingnya pengujian keton urine, jika perlu
- e) Ajarkan pengelolaan diabetes (mis. penggunaan insulin, obat oral, monitor asupan cairan, penggantian karbohidrat, dan bantuan professional kesehatan)

4) Kolaborasi

- a) Kolaborasi pemberian insulin, jika perlu
- b) Kolaborasi pemberian cairan IV, jika perlu
- c) Kolaborasi pemberian kalium, jika perlu

2. Gangguan mobilitas fisik b/d gangguan muskuloskeletal

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil :

- a. Luaran utama : Mobilitas fisik meningkat (L.05042)
 - 1) pergerakan ekstremitas meningkat

- 2) kekuatan otot meningkat
 - 3) ROM meningkat
 - 4) nyeri menurun
 - 5) kecemasan menurun
 - 6) kaku sendi menurun
 - 7) gerakan tidak terkoordinasi menurun
 - 8) gerakan terbatas menurun
 - 9) kelemahan fisik menurun
- b. Luaran tambahan : keseimbangan (L.05039)
- 1) kemampuan duduk tanpa sandaran meningkat
 - 2) kemampuan bangkit dari posisi duduk meningkat
 - 3) keseimbangan saat berdiri meningkat
 - 4) keseimbangan saat berjalan meningkat
 - 5) keseimbangan saat berdiri dengan satu kaki meningkat
 - 6) pusing menurun
 - 7) perasaan bergoncang menurun
 - 8) tersandung menurun
 - 9) postur tubuh membaik
- c. Intervensi : Dukungan ambulasi (1.06171)
- 1) Observasi
 - a) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya
 - b) Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi
 - c) Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai ambulasi

- d) Monitor kondisi umum selama melakukan ambulasi
- 2) Terapeutik
 - a) Fasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu (mis. tongkat, kruk)
 - b) Fasilitasi melakukan mobilisasi fisik, jika perlu
 - c) Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi
- 3) Edukasi
 - a) Jelaskan tujuan dan prosedur ambulasi
 - b) Anjurkan melakukan ambulasi dini
 - c) Ajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan (mis. berjalan dari tempat tidur ke kursi roda, berjalan dari tempat tidur ke kamar mandi, berjalan sesuai toleransi)

3. Resiko Jatuh

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat jatuh menurun dengan kriteria hasil :

- a. Luaran utama : tingkat jatuh menurun (L.14138)
 - 1) jatuh dari tempat tidur menurun
 - 2) jatuh saat berdiri menurun
 - 3) jatuh saat duduk menurun
 - 4) jatuh saat berjalan menurun
 - 5) jatuh saat dikamar mandi menurun
- b. Luaran tambahan : ambulasi meningkat (L.05038)
 - 1) menopang berat badan meningkat
 - 2) berjalan dengan langkah yang efektif meningkat

- 3) berjalan dengan langkah yang pelan/ sedang/ cepat meningkat
 - 4) nyeri saat berjalan menurun
 - 5) kaku pada persendian menurun
 - 6) keengganan berjalan menurun
 - 7) perasaan khawatir saat berjalan menurun
- c. Intervensi : Pencegahan jatuh (1.14540)
- 1) obeservasi
 - a) identifikasi faktor resiko jatuh
 - b) identifikasi resiko jatuh
 - c) identifikasi faktor lingkungan yang membuat resiko jatuh
 - d) hitung resiko jatuh menggunakan skala
 - e) monitor kemampuan berpindah
 - 2) terapeutik
 - a) orientasikan ruangan pada pasien dan keluarga
 - b) pastikan roda tempat tidur dan kursi roda dalam keadaan terkunci
 - c) pasang handrall tempat tidur
 - d) gunakan alat bantu berjalan
 - 3) edukasi
 - a) anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan
 - b) anjurkan menggunakan alas kaki agar tidak licin
 - c) anjurkan berkonsentrasi menjaga keseimbangan tubuh
4. Intoleransi aktifitas b/d kelemahan (D.0056)

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat

Toleransi aktifitas meningkat dengan kriteria hasil :

- a. Luaran utama : toleransi aktifitas meningkat (L.05047)
 - 1) keluhan lelah menurun
 - 2) dispnea saat aktifitas menurun
 - 3) dipsnea setelah aktifitas menurun
 - 4) tekanan darah dan frekuensi napas membaik
- b. Luaran tambahan : ambulasi meningkat (L.05038)
 - 1) menopang berat badan meningkat
 - 2) berjalan dengan langkah yang efektif meningkat
 - 3) berjalan dengan langkah yang pelan/ sedang/ cepat meningkat
 - 4) nyeri saat berjalan menurun
 - 5) kaku pada persendian menurun
 - 6) keengganan berjalan menurun
 - 7) perasaan khawatir saat berjalan menurun
- c. Intervensi : terapi aktifitas (I.05186)
 - 1) Observasi
 - a) Identifikasi deficit tingkat aktivitas
 - b) Identifikasi kemampuan berpartisipasi dalam aktivitas tertentu
 - c) Identifikasi sumber daya untuk aktivitas yang diinginkan
 - d) Identifikasi strategi meningkatkan partisipasi dalam aktivitas
 - e) Identifikasi makna aktivitas rutin (mis. bekerja) dan waktu luang
 - f) Monitor respon emosional, fisik, social, dan spiritual terhadap aktivitas
 - 2) Terapeutik
 - a) Fasilitasi focus pada kemampuan, bukan deficit yang dialami

- b) Sepakati komitmen untuk meningkatkan frekuensi dan rentang aktivitas
 - c) Fasilitasi memilih aktivitas dan tetapkan tujuan aktivitas yang konsisten sesuai kemampuan fisik, psikologis, dan social
 - d) Koordinasikan pemilihan aktivitas sesuai usia
 - e) Fasilitasi makna aktivitas yang dipilih
 - f) Fasilitasi transportasi untuk menghadiri aktivitas, jika sesuai
 - g) Fasilitasi pasien dan keluarga dalam menyesuaikan lingkungan untuk mengakomodasikan aktivitas yang dipilih
 - h) Fasilitasi aktivitas fisik rutin (mis. ambulansi, mobilisasi, dan perawatan diri), sesuai kebutuhan
 - i) Fasilitasi aktivitas pengganti saat mengalami keterbatasan waktu, energy, atau gerak
 - j) Libatkan dalam permainan kelompok yang tidak kompetitif, terstruktur, dan aktif
 - k) Fasilitasi mengembangkan motivasi dan penguatan diri
 - l) Fasilitasi pasien dan keluarga memantau kemajuannya sendiri untuk mencapai tujuan
 - m) Jadwalkan aktivitas dalam rutinitas sehari-hari
 - n) Berikan penguatan positif atas partisipasi dalam aktivitas
- 3) Edukasi
- a) Jelaskan metode aktivitas fisik sehari-hari, jika perlu
 - b) Ajarkan cara melakukan aktivitas yang dipilih

- c) Anjurkan melakukan aktivitas fisik, social, spiritual, dan kognitif, dalam menjaga fungsi dan kesehatan
 - d) Anjurkan terlibat dalam aktivitas kelompok atau terapi, jika sesuai
 - e) Anjurkan keluarga untuk member penguatan positif atas partisipasi dalam aktivitas
5. Nutrisi kurang dari kebutuhan b/d peningkatan kebutuhan metabolisme (D.0019)

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan status nutri membaik dengan kriteria hasil :

- a. Luaran utama : status nutrisi membaik (L.03030)
 - 1) porsi makan yang dihabiskan
 - 2) perasaan cepat kenyang menurun
 - 3) nafsu makan membaik
 - 4) membran mukosa membaik
- b. Luaran tambahan : berat badan membaik (L.03018)
 - 1) berat badan membaik
 - 2) indeks massa tubuh membaik
- c. Intervensi : manajemen nutrisi (I. 03119)
 - 1) Observasi
 - a) Identifikasi status nutrisi
 - b) Identifikasi alergi dan intoleransi makanan
 - c) Identifikasi makanan yang disukai
 - d) Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrient
 - e) Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastrik

- f) Monitor asupan makanan
 - g) Monitor berat badan
 - h) Monitor hasil pemeriksaan laboratorium
- 2) Terapeutik
- a) Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu
 - b) Fasilitasi menentukan pedoman diet (mis. Piramida makanan)
 - c) Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai
 - d) Berikan makan tinggi serat untuk mencegah konstipasi
 - e) Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein
 - f) Berikan suplemen makanan, jika perlu
 - g) Hentikan pemberian makan melalui selang nasigastrik jika asupan oral dapat ditoleransi
- 3) Edukasi
- a) Anjurkan posisi duduk, jika mampu
 - b) Ajarkan diet yang diprogramkan
- 4) Kolaborasi
- a) Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis. Pereda nyeri, antiemetik), jika perlu
 - b) Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrient yang dibutuhkan, jika perlu.

2.5.4 Implementasi Keperawatan

Pedoman implementasi keperawatan menurut (Dermawan, 2012) tindakan yang dilakukan konsisten dengan rencana dan dilakukan setelah memvalidasi

rencana. alidasi menentukan apakah rencana masih relevan, masalah mendesak, berdasar pada rasional yang baik dan di individualisasikan. Perawat memastikan bahwa tindakan yang sedang di implementasikan, baik oleh pasien, perawat atau yang lain, berorientasi pada tujuan dan hasil. Tindakan selama implementasi diarahkan untuk mencapai tujuan.

Implementasi keperawatan adalah pelaksanaan rencana keperawatan oleh perawat dan pasien (Sujono Riyadi; Sukarmin, 2008). Implementasi keperawatan adalah pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan (Setiadi, 2012).

2.5.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan adalah mengkaji respon pasien setelah dilakukan intervensi keperawatan dan mengkaji ulang asuhan keperawatan yang telah diberikan (Deswani, 2009). Evaluasi keperawatan adalah kegiatan yang terus menerus dilakukan untuk menentukan apakah rencana keperawatan efektif dan bagaimana rencana keperawatan dilanjutkan, merevisi rencana atau menghentikan rencana keperawatan (Manurung, 2011). Evaluasi keperawatan jiwa khususnya pada pasien Ansietas, dapat di ketahui melalui penurunan tanda dan gejala, peningkatan kemampuan klien mengalami ansietas, dan peningkatan kemampuan keluarga dalam merawat klien dengan ansietas

Penilaian adalah tahap yang menentukan apakah tujuan tercapai. Evaluasi selalu berkaitan dengan tujuan, apabila dalam penilaian ternyata tujuan tidak tercapai, maka perlu dicari penyebabnya. Hal tersebut dapat terjadi karena beberapa faktor, seperti tujuan tidak realistis, tindakan keperawatan yang tidak tepat, dan

terdapat faktor lingkungan yang tidak dapat diatasi. Beberapa alasan penting penilaian evaluasi, yaitu menghentikan tindakan atau kegiatan yang tidak berguna, Menambah ketepatangunaan tindakan keperawatan, Sebagai bukti hasil dari tindakan perawatan, dan Untuk pengembangan dan penyempurnaan praktik keperawatan

BAB 3

TINJAUAN KASUS

Pada bab 3 tinjauan kasus akan menjelaskan mengenai hasil pelaksanaan asuhan keperawatan jiwa yang dimulai dari tahap pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi keperawatan.

3.1 Pengkajian

Pengkajian dilakukan pada tanggal 13 Januari 2022 dimulai pukul 08.00 WIB pengkajian dilakukan dengan sesi wawancara dan pemeriksaan fisik.

3.1.1 Identitas Klien

Pasien bernama Ny.H, lahir di Surabaya pada tanggal 25 Juni 19xx, beragama Islam, pendidikan terakhir SMA, berstatus menikah, bertempat tinggal di Kelurahan Simolawang Surabaya.

3.1.2 Riwayat Kesehatan

Pada saat dilakukan pengkajian Ny.H mengatakan tidak ada keluhan. Riwayat penyakit saat ini yaitu diabetes melitus tipe 2, riwayat alergi tidak memiliki riwayat alergi.

3.1.3 Status fisiologis

Postur badan Ny.H sedikit membungkuk karena berjalan menggunakan walker .

Tanda-tanda vital dan status gizi :

- a. Suhu : 36

- b. Tekanan darah : 130/80 mmhg
- c. Nadi : 85 x/mnt
- d. Respirasi : 18 x/mnt
- e. Berat badan : 60 kg
- f. Tinggi badan : 160 cm

3.1.4 Pemeriksaan Fisik

1. B1 Breathing

Jalan nafas bersih dan paten, tidak ada sumbatan jalan nafas, pasien napas spontan reguler, tidak ada penggunaan otot bantu napas, tidak adanya snoring atau grugling, sianosis tidak ada

Inspeksi : Bentuk dada (normochest), pergerakan dada (simetris), tidak terdapat otot bantu pernapasan, RR: 18 x/menit dan tidak ada sianosis, sesak napas tidak ada, retraksi dada tidak ada

Palpasi : Vocal fremitus teraba simetris antara kiri dan kanan.

Perkusi : Perkusi dada (sonor).

Auskultasi : Irama napas (reguler), suara napas (sonor), tidak terdapat suara napas tambahan.

2. B2 Blood

Inspeksi : Tidak ada nyeri dada, tidak ada sianosis, konjungtiva (tidak anemis), sklera (tidak ikterik), TD : 130/80

Palpasi : CRT < 2 detik, akral hangat kering merah, Denyut nadi radialis teraba kuat 85 x/menit dengan irama reguler,

Perkusi : Tidak ada pembesaran jantung

Auskultasi : Irama jantung (reguler)

3. B3 Brain

Keadaan umum lemah, kesadaran composmentis, GCS 456, reflek cahaya normal, pupil isokor

N1 : Penciuman pasien baik

N2 : Tidak ada gangguan penglihatan

N3,4,6 : Pasien mampu menggerakkan bola mata kesegala arah

N5 : Pasien mampu mengunyah

N7 : Pasien memiliki bibir simetris dan mampu mengangkat alis

N8 : Pendengaran pasien baik

N9, 10 : Pasien mampu menelan dengan baik

N11 : Pasien tidak dapat mengangkat lengan kiri

N12 : Pasien mampu menjulurkan lidah

4. B4 Bladder / Perkemihan

Tidak terpasang kateter dan tidak memakai pampers, tidak ada nyeri tekan pada kandung kemih, pasien mampu BAK secara spontan

5. B5 Bowel / pencernaan

Bentuk abdomen simetris , membran mukosa lembab, tidak terpasang NGT, tidak ada nyeri tekan, makan terakhir pukul 24.00 WIB , puasa selama 8 jam, nafsu makan baik, tidak ada mual dan muntah

6. B6 Muskuloskeletal

Turgor kulit elastis , warna kulit putih, ROM menurun pada ekstremitas bawah, jari-jari hingga telapak kaki kanan di amputasi karena gangren, keadaan kulit

sekitar luka baik, kering dan merah muda, kekuatan otot menurun, berjalan dibantu walker .

5555	5555
4444	4444

Masalah Keperawatan yang muncul : Gangguan mobilitas fisik

3.1.5 Pengkajian Keseimbangan Untuk Lansia

Ny.H pasien dengan resiko jatuh tinggi karna berjalan dibantu menggunakan walker

Masalah Keperawatan : Resiko jatuh

3.1.6 Pengkajian Sosial

Hubungan dengan Ny.H dengan teman sekamar mampu bekerja sama. Hubungan dengan Ny.H orang lain di panti baik Ny.H. Kebiasaan Ny.H selalu berinteraksi dengan orang disekitarna menonton tv bersama. Stabilitas emosi Ny.H Stabil.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

3.1.7 Pengkajian Perilaku Terhadap Kesehatan

Pada Ny.H yang di diagnosis medis diabetes melitus tipe 2 Ny.H rajin meminum obat Metformin 1x1, Vit B complex 1x1, rajin memantau kadar gula darah. Ny.H makan 3x sehari porsi habis, minum sehari 6 gelas, pada saat malam hari sering terbangun untuk kencing 2/3x. Ny.H tidur pukul 23.00 bangun pukul

04.00. Ny.H mandiri dalam kebersihan diri. Ny.H saat mengisi waktu luang saat siang hari menonton tv dengan lansia Blok C lainnya.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

3.1.8 Pengkajian Lingkungan

1. Pemukiman

Pada pemukiman luas bangunan sekitar 2.887 m² dengan bentuk bangunan asrama permanen dan memiliki atap genting, dinding tembok, lantai keramik, dan kebersihan lantai baik. Ventilasi 15 % luas lantai dengan pencahayaan baik dan pengaturan perabotan baik. Di panti memiliki perabotan yang cukup baik dan lengkap. Di panti menggunakan air PDAM dan membeli air minum aqua. Pengelolaan jamban dilakukan bersama dengan jenis jamban leher angsa dan berjarak < 10 meter. Sarana pembuangan air limbah lancar dan ada petugas sampah dikelola dinas. Tidak ditemukan binatang pengerat dan polusi udara berasal dari rumah tangga.

2. Fasilitas

Di panti Wreda tidak terdapat peternakan namun perikanan. Terdapat fasilitas olahraga, taman luasnya 20 m², ruang pertemuan, sarana hiburan berupa TV, sound system, VCD dan sarana ibadah (mushola).

3. Keamanan dan transportasi

Terdapat sistem keamanan berupa penanggulangan bencana dan kebakaran. Memiliki kendaraan mobil serta memiliki jalan rata.

4. Komunikasi

Terdapat sarana komunikasi telepon dan juga melakukan penyebaran informasi secara langsung.

3.1.9 Pengkajian Status Sosial Menggunakan APGAR Keluarga

Pada Ny.H didapatkan bahwa Ny.H memiliki penilaian 8 dan masuk kategori depresi sedang.

3.1.10 Pengkajian Afektif Inventaris Depresi Beck

Pada Ny.H didapatkan bahwa Ny.H mampu berinteraksi dengan baik di lingkungan sekitarnya dan mampu memecahkan masalahnya.

3.1.11 Masalah Emosional

Pada Ny. H didapatkan bahwa pasien tidak memiliki masalah emosional dan cenderung memiliki emosi yang stabil.

3.1.12 Tingkat Kerusakan Intelektual SPMSQ

Pada Ny. H didapatkan bahwa dari 10 pertanyaan pasien bisa menjawab 10 pertanyaan dengan baik, yang asrtinya Ny.H masih memiliki fungsi intelektual utuh.

3.1.13 Identifikasi Aspek Kognitif MMSE

Pada Ny.H didapatkan bahwa pasien mampu menjawab 30 pertanyaan dari 30 pertanyaan dan perintah dengan baik sehingga didaptkan hasil tidak ada gangguan kognitif.

3.1.14 Tingkat Kemandirian dalam Kehidupan Sehari-hari indeks KATZ

Pada Ny.H didapatkan skore “B” Kemandirian dalam semua aktifitas hidup sehari-hari, kecuali berpindah yaitu berjalan dibantu menggunakan walker.

3.1.15 Pengkajian Indeks Barthel

Pada Ny.H didapatkan skore 90 yaitu ketergantungan sedang.

3.2 Pemeriksaan Penunjang

1. Terapi

Tabel 3. 1 Terapi Obat

Nama Obat	Dosis	Indikasi
Metformin	1x1	Obat diabetes
Vit B complex	1x1	Memenuhi kebutuhan vitamin

2. Pemeriksaan Gula Darah

Tabel 3. 2 Hasil Gula Darah

No	Tanggal	Hasil
1	13-01-2022	219 mg/dl (acak)

3.3 Analisa Data

Nama Pasien : Ny.H

Tabel 3. 3 Analisa Masalah

NO	Data	Etiologi	Masalah
1	DS: NY.H mengatakan jika tidur malam sering terbangun untuk kencing 2/3x DO : Pemantauan gula darah 18-10-2021 219mg/dl (acak)	Resistensi Insulin	Ketidakstabilan Kadar Glukosa Dalam Darah (D.0027)
2	DS : NY.H mengatakan bahwa jalan harus ekstra hati-hati karna menggunakan walker, mengeluh sedikit sulit menggerakkan kaki kanan. DO : Jari-jari hingga telapak kaki kanan di amputasi karena gangren, keadaan kulit sekitar luka baik, kering dan merah muda, kekuatan otot menurun, berjalan dibantu walker 5555 5555 4444 4444	Gangguan Muskuloskeletal	Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054)
3	Faktor resiko : 1. penggunaan alat bantu jalan 2. kondisi pasca operasi 3. perubahan kadar glukosa darah 4. amputasi	-	Resiko jatuh (D.0143)

3.4 Daftar Masalah Keperawatan

1. Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah (D.0027)
2. Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054)
3. Resiko Jatuh (D.01413)

3.5 Intervensi Keperawatan

Tabel 3. 4 Intervensi Keperawatan

NO	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi
1.	Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah (D.0027)	Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3x24jam diharapkan Kadar glukosa darah dalam rentang normal, dengan kriteria hasil : 1. kadar glukosa dalam darah normal (L.03022)	Intervensi : Manajemen Hiperglikemia (I.03115) Observasi 1. Identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia 2. Identifikasi situasi yang menyebabkan kebutuhan insulin meningkat (mis. penyakit kambuhan) 3. Monitor kadar glukosa darah, jika perlu 4. Monitor tanda dan gejala hiperglikemia (mis. poliuri, polidipsia, polivagia, kelemahan, malaise, pandangan kabur, sakit kepala) 5. Monitor tekanan darah dan frekuensi nadi Terapeutik 6. Berikan asupan cairan oral 7. Konsultasi dengan medis jika tanda dan gejala hiperglikemia tetap ada atau memburuk Edukasi 8. Anjurkan olahraga saat kadar glukosa darah lebih dari 250 mg/dL 9. Anjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri 10. Anjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga 11. Ajarkan pengelolaan diabetes (mis. penggunaan insulin, obat oral, monitor asupan cairan, penggantian karbohidrat, dan bantuan professional kesehatan) Kolaborasi 12. Kolaborasi pemberian insulin, jika perlu
2.	Gangguan Mobilitas Fisik	Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3x24 jam	Intervensi : Dukungan Ambulasi (1.06171) Observasi
















	(D.0054)	<p>diharapkan kemampuan gerak fisik mandiri meningkat, dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pergerakan ekstremitas meningkat 2. Kekuatan otot meningkat 3. Rentang gerak meningkat 4. Kelemahan fisik menurun <p>(L.05042)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi 3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai ambulasi 4. Monitor kondisi umum selama melakukan ambulasi <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Fasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu (mis. tongkat, walker) 6. Fasilitasi melakukan mobilisasi fisik, jika perlu <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Jelaskan tujuan dan prosedur ambulasi 8. Anjurkan melakukan ambulasi dini
3.	Resiko jatuh (D.0143)	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3x24jam diharapkan derajat jatuh menurun, dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jatuh dari tempat tidur menurun 2. Jatuh saat berdiri menurun 3. Jatuh saat duduk menurun 4. Jatuh saat berjalan menurun <p>(L.14138)</p>	<p>Intervensi : Pencegahan jatuh (1.14540)</p> <p>Obeservasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi faktor resiko jatuh 2. Identifikasi resiko jatuh 3. Identifikasi faktor lingkungan yang membuat resiko jatuh 4. Hitung resiko jatuh menggunakan skala 5. Monitor kemampuan berpindah <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Gunakan alat bantu berjalan <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan 8. Anjurkan menggunakan alas kaki agar tidak licin 9. Anjurkan berkonsentrasi menjaga keseimbangan tubuh


3.6 Implementasi Keperawatan

Nama: Ny.H

Tabel 3. 5 Implementasi Keperawatan Hari Rawat 1

Diagnosa Keperawatan	Tgl & jam	Implementasi	TT	Tgl & jam	Evaluasi	T.T
Ketidakstabilan kadar glukosa darah	13-01-2022 08.00	a. Mengidentifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia (Diabetes melitus tipe 2)		13-01-2022 08.00-14.00	DX 1 : S : Ny.H mengatakan sering terbangun pada malam hari karena kencing 2-3x setiap tidur malam O : GDA : 219 mg/dl A : masalah belum teratasi P: intervensi dilanjutkan a-o	
	09.00	b. Mengidentifikasi situasi yang menyebabkan kebutuhan insulin meningkat				
	10.00	c. Monitor kadar glukosa darah, jika perlu (219 mg/dl GDA)				
	10.30	d. Monitor tanda dan gejala hiperglikemia (Poliuri saat malam hari)				
	11.00	e. Monitor tekanan darah dan frekuensi nadi (130/80mmhg, 85x/mnt)				
	11.30	f. Menganjurkan olahraga saat kadar glukosa darah lebih dari 250 mg/dL				
	12.00	g. Menganjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri				
	12.30	h. Menganjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga				
	13.00	i. Mengajarkan pengelolaan diabetes				
	13.30	j. Kolaborasi pemberian insulin (Metformin 1x1)				

Gangguan mobilitas fisik	13-01-2022 08.00	a. Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya (tidak ada keluhan nyeri)		13-01-2021	S : Ny.H mnegatakan tidak merasakan nyeri pada kaki yang diamputasi,	
	09.00	b. Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi		08.00-14.00	namun terasa lemah O : Ny.H berjalan menggunakan walker, berjalan pelan dan menjatuhkan badannya saat duduk dengan hati-hati	
	10.00	c. Memoonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai ambulasi				
	12.00	d. Memoonitor kondisi umum selama melakukan ambulasi			A : masalah teratasi sebagian P : Intervensi dihentikan	
	12.30	e. Memfasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu (jalan menggunakan walker)				
	13.00	f. Memfasilitasi melakukan mobilisasi fisik, jika perlu				
	13.30	g. Menjelaskan tujuan dan prosedur ambulasi				
Resiko jatuh	13-01-2022 08.00	a. Mengidentifikasi faktor resiko jatuh		13-01-2022	S : Ny.H mengatakan bahwa terkadang takut jatuh terpeleset saat mandi	
	09.00	b. Mengidentifikasi resiko jatuh		08.00-14.00	O :	
	10.00	c. Mengidentifikasi faktor lingkungan yang membuat resiko jatuh			- kamar mandi licin saat mandi sore	
	10.30	d. Memonitor kemampuan berpindah			- ny.h berjalan menggunakan walker	
	12.00	e. Memfasilitasi alat bantu berjalan (Walker)			A : Masalah teratasi sebagian	
	12.30	f. Menganjurkan memanggil perawat jika			P : intervensi dilanjutkan a-k	

		membutuhkan bantuan g. Menganjurkan menggunakan alas kaki agar tidak licin anjurkan berkonsentrasi menjaga keseimbangan tubuh				
--	--	---	--	--	--	--

Tabel 3. 6 Implementasi Keperawatan Hari Rawat 2

Diagnosa Keperawatan	Tgl & jam	Implementasi	TT	Tgl & jam	Evaluasi	T. T
Ketidakstabilan kadar glukosa darah	14-01-2022 08.00	a. Mengidentifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia (Diabetes melitus tipe 2)	♀	14-01-2022 08.00-14.00	DX 1 : S : Ny.H mengatakan sering terbangun pada malam hari karena kencing 2-3x setiap tidur malam O : GDA : 229 mg/dl A : masalah belum teratasi P : intervensi dilanjutkan a-o	c ♀
	09.00	b. Mengidentifikasi situasi yang menyebabkan kebutuhan insulin meningkat	♀			
	10.00	c. Memonitor kadar glukosa darah, jika perlu (229 mg/dl GDA)	♀			
	10.30	d. Memonitor tanda dan gejala hiperglikemia (Poliuri saat malam hari)	♀			
	11.00	e. Memonitor tekanan darah dan frekuensi nadi (125/75mmhg, 75x/mnt)	♀			
	11.30	k. Menganjurkan olahraga saat kadar glukosa darah lebih dari 250 mg/dl	♀			
	12.00	l. Menganjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri	♀			
	12.30	m. Menganjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga	♀			
	13.00	n. Mengajarkan pengelolaan diabetes	♀			
	13.30	o. Kolaborasi pemberian insulin (Metformin 1x1)	♀			
	Gangguan mobilitas fisik	14-01-2022 08.00	a. Mengidentifikasi faktor resiko jatuh			
09.00		b. Mengidentifikasi resiko jatuh	♀			
10.00		c. Mengidentifikasi faktor lingkungan	♀			

	11.00	yang membuat resiko jatuh d. Memonitor kemampuan berpindah			O : - kamar mandi licin saat mandi sore	
	12.00	e. Memberikan fasilitas alat bantu berjalan (walker)			- ny.h berjalan menggunakan walker	
	13.00	f. Menganjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan			A : Masalah teratasi sebagian P : intervensi dilanjutkan a-k	
		g. Menganjurkan menggunakan alas kaki agar tidak licin anjurkan berkonsentrasi menjaga keseimbangan tubuh				
Resiko jatuh	14-01-2022 08.00 09.00 10.00 11.00 12.00 13.00 13.30	a. Mengidentifikasi faktor resiko jatuh b. Mengidentifikasi resiko jatuh c. Mengidentifikasi faktor lingkungan yang membuat resiko jatuh d. Menghitung resiko jatuh menggunakan skala e. Memonitor kemampuan berpindah h. Fasilitasi alat bantu berjalan (walker) i. Menganjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan j. Menganjurkan menggunakan alas kaki agar tidak licin anjurkan berkonsentrasi menjaga keseimbangan tubuh		14-01-2022 08.00-14.00	S : Ny.H mengatakan bahwa terkadang takut jatuh terpeleket saat mandi O : - kamar mandi licin saat mandi sore - ny.h berjalan menggunakan walker A : Masalah belum teratasi P : intervensi dilanjutkan a-k	

Tabel 3. 7 Implementasi Keperawatan Hari Rawat 3

Diagnosa Keperawatan	Tgl & jam	Implementasi	TT	Tgl & jam	Evaluasi	T. T
Ketidakstabilan kadar glukosa darah	15-01-2022 08.00	a. Mengidentifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia (Diabetes melitus tipe 2)	♀	15-01-2022 08.00-14.00	DX 1 : S : Ny.H mengatakan sering terbangun pada malam hari karena kencing 2-3x setiap tidur malam O : Ttv : Td 123/87mg N: 77x.mnt RR: 18x/mnt GDP : 129 mg/dl A : masalah belum teratasi P : intervensi dilanjutkan a-o	♀
	09.00	b. Mengidentifikasi situasi yang menyebabkan kebutuhan insulin meningkat	♀			
	10.00	c. Memonitor kadar glukosa darah, jika perlu (129 mg/dl GDP)	♀			
	10.30	d. Memonitor tanda dan gejala hiperglikemia (Poliuri saat malam hari)	♀			
	11.00	e. Memonitor tekanan darah dan frekuensi nadi (123/87mmhg, 75x/mnt)	♀			
	11.30	f. Menganjurkan olahraga saat kadar glukosa darah lebih dari 250 mg/dl	♀			
	12.00	g. Menganjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri	♀			
	12.30	h. Menganjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga	♀			
	13.00	i. Mengajarkan pengelolaan diabetes	♀			
	13.30	j. Kolaborasi pemberian insulin (Metformin 1x1)	♀			
Gangguan mobilitas fisik	15-01-2022 08.00	a. Mengidentifikasi faktor resiko jatuh	♀	15-01-2022 08.00-14.00	S : Ny.H mengatakan bahwa terkadang takut jatuh terpeleset	♀
	09.00	b. Mengidentifikasi resiko jatuh	♀			
	10.00	c. Mengidentifikasi faktor lingkungan yang membuat resiko jatuh	♀			

	11.00	d. Memonitor kemampuan berpindah			saat mandi	
	12.00	e. Fasilitasi alat bantu berjalan (walker)			O :	
	13.00	f. Menganjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan			- kamar mandi licin saat mandi sore	
		g. Menganjurkan menggunakan alas kaki agar tidak licin anjurkan berkonsentrasi menjaga keseimbangan tubuh			- ny.h berjala n menggunakan walker	
					A :	
					Masalah teratasi sebagian	
					P :	
					intervensi dilanjutkan a-k	
Resiko jatuh	15-01-2022	a. Mengidentifikasi faktor resiko jatuh		15-01-2022	S : Ny.H mengatakan bahwa terkadang takut terpeleset saat mandi	
	08.00	b. Mengidentifikasi resiko jatuh		08.00-14.00	O :	
	09.00	c. Mengidentifikasi faktor lingkungan yang membuat resiko jatuh			- kamar mandi licin saat mandi sore	
	10.00				- ny.h berjala n menggunakan walker	
	11.00	d. Memonitor kemampuan berpindah			A :	
	12.00	e. Fasilitasi alat bantu berjalan (walker)			Masalah belum teratasi	
	13.00	f. Menganjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan				
		g. Menganjurkan menggunakan alas kaki agar tidak licin anjurkan berkonsentrasi menjaga keseimbangan tubuh				

					P : intervensi dilanjutka n a-k	
--	--	--	--	--	--	--

BAB 4

PEMBAHASAN

Dalam bab ini penulis akan membahas masalah yang ditemui selama melaksanakan asuhan keperawatan gerontik pada lansia dengan masalah utama gangguan mobilitas fisik dengan diagnosis medis diabetes melitus tipe 2 di UPTD Griya Wreda Surabaya. Adapun masalah tersebut berupa kesenjangan antara teori dan pelaksanaan praktik secara langsung, meliputi pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

Masalah yang penulis temukan selama melaksanakan asuhan keperawatan gerontik pada lansia dengan masalah utama gangguan mobilitas fisik dengan diagnosis medis diabetes melitus tipe 2 di UPTD Griya Wreda Surabaya adalah sebagai berikut:

4.1 Pengkajian Keperawatan

Pengkajian dilakukan dengan cara anamnesa pada pasien, melakukan pemeriksaan fisik, melakukan pemeriksaan dengan latihan fisik dan mendapatkan data dari data observasi pasien. Pada dasarnya pengkajian dengan tinjauan kasus tidak banyak kesenjangan, namun gambaran klinis yang ada pada tinjauan pustaka tidak semua dialami oleh pasien.

4.1.1 Identitas

Data yang didapatkan, nama Ny.H bertempat tinggal di Surabaya dari suku jawa berjenis kelamin perempuan, berusia 60 tahun dan beragama Islam. Pasien sudah menikah punya anak 1 tetapi tinggal di Bandung. Pendidikan terakhir Pasien

SMA. Pasien sudah tinggal di UPTD Griya Wreda selama 1 tahun 3 bulan. Pasien tidak mempunyai pendapatan tetap. Keluarga tidak dapat dihubungi. Pasien dahulu pernah bekerja sebagai SPG kosmetik Latulipe Surabaya. Ny.H memiliki penyakit diabetes melitus tipe 2 dan memiliki riwayat gangren pledis dekstra tetapi saat ini sudah diamputasi dan keadaan luka baik serta kering. Ny.H berjalan menggunakan alat bantu walker.

4.1.2 Riwayat Kesehatan

1. Keluhan Utama

Ny.H mengeluh sedikit susah menggerakkan kaki kanan bekas amputasinya.

2. Riwayat penyakit sekarang

Ny.H memiliki riwayat penyakit diabetes melitus tipe 2 dan hal itu menyebabkan telapak kakinya diamputasi karena gangren. Keadaan kaki yang diamputasi kulit kering merah dan membaik, saat ini Ny.H memiliki keluhan utama yaitu sedikit sulit menggerakkan kaki bekas amputasi karna gangren. Ny.H berjalan dibantu menggunakan walker.

3. Riwayat penyakit dahulu

Didapati bahwa NY.H memiliki penyakit diabetes melitus tipe 2 semenjak 2th yang lalu. Menurut Smeltzel mekanisme yang tepat yang menyebabkan resistensi insulin dan gangguan sekresi insulin pada diabetes tipe II masih belum diketahui. Faktor genetik memegang peranan dalam proses terjadinya resistensi insulin. Faktor-faktor resiko :

- a. Usia (resistensi insulin cenderung meningkat pada usia di atas 65 th)
- b. Obesitas

c. Riwayat keluarga (Smeltzer, 2015)

Maka didapati masalah keperawatan ketidakstabilan kadar gula darah.

4.1.3 Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik didapatkan beberapa masalah yang bisa dipergunakan sebagai data dalam menegakkan diagnosa keperawatan yang aktual maupun masih resiko, dalam pemeriksaan fisik yang ditampilkan hanya data fokus dari Ny. H Adapun pemeriksaan yang dilakukan seperti tersebut dibawah ini :

Beberapa komplikasi dari diabetes melitus yaitu : hipoglikemi dan hiperglikemia, penyakit makrovaskuler: mengenai pembuluh darah besar, penyakit jantung koroner (cerebrovaskuler, penyakit pembuluh darah kapiler), penyakit mikrovaskuler, mengenai pembuluh darah kecil, retinopati, nefropati, neuropati saraf sensorik dan juga gangren (Rendy, M. Clevo & Margareth, 2019)

Pada pemeriksaan B6 Ny.H didapati data turgor kulit elastis, warna kulit putih, ROM menurun pada ekstremitas bawah, jari-jari hingga telapak kaki kanan diamputasi karna gangren. keadaan kulit sekitar luka baik, kering dan merah muda, kekuatan otot menurun didapati kaki kanan dan kaki kiri 4444, Ny.H berjalan dibantu menggunakan walker. Maka dari pengkajian didapati masalah keperawatan pada Ny.H yaitu gangguan mobilitas fisik dan resiko jatuh.

4.2 Pengkajian Konsep Lansia

Pada pemeriksaan keseimbangan ditemukan bahwa Ny.H memiliki resiko jatuh dengan score indeks KATZ "B" yang berarrti mampu dalam semua aktivitas sehari hari kecuali berpindah. Pemeriksaan Indeks Barthel pada Ny.H didapatkan

interpretasi “90” atau ketergantungan sedang. Terdapat banyak faktor yang berperan untuk terjadinya instabilitas dan jatuh pada orang usia lanjut. Berbagai faktor tersebut dapat diklasifikasikan sebagai faktor intrinsik (faktor risiko yang ada pada pasien) dan faktor risiko ekstrinsik (faktor yang terdapat di lingkungan). Prinsip dasar tatalaksana usia lanjut dengan masalah instabilitas dan riwayat jatuh adalah: mengobati berbagai kondisi yang mendasari instabilitas dan jatuh, memberikan terapi fisik dan penyuluhan berupa latihan cara berjalan, penguatan otot, alat bantu, sepatu atau sandal yang sesuai, serta mengubah lingkungan agar lebih aman seperti pencahayaan yang cukup, pegangan, lantai yang tidak licin (Kane RL, 2008).

Pada pasien dengan amputasi jari-jari hingga telapak kaki yang memiliki masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik sehingga timbulnya keterbatasan gerak dapat dibantu dengan menggunakan alat bantu jalan seperti walker.

4.3 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa yang akan sering dijumpai pada pasien diabetes mellitus adalah Ketidakseimbangan nutrisi akibat tidak terpenuhinya nutrisi sesuai dengan kebutuhan dapat dilihat dari gangguan produksi insulin, makan dan pola aktivitas yang dapat dilakukan oleh pasien yang menderita diabetes mellitus, Resiko ketidakstabilan kadar gula darah dikarenakan kurangnya pengetahuan mengenai manajemen diet diabetes. Resiko kekurangan volume cairan dikarenakan diuresis osmotik. Keletihan/kelelahan yang dirasakan oleh pasien saat melakukan aktivitas dikarenakan proses metabolisme untuk menghasilkan energi terasa berat karena peningkatan kadar gula darah. Kerusakan integritas jaringan/nekrosis jaringan.

Resiko infeksi dikarenakan trauma pada jaringan (proses penyakit diabetes mellitus). Ansietas/kecemasan yang dirasakan pasien akibat kurangnya pengetahuan tentang penyakit yang dideritanya. Nyeri akut dikarenakan kerusakan jaringan akibat hipoksia perifer. (Marpaung, 2019)

Sedangkan diagnosa yang ditemui pada pengkajian Ny.Y yaitu :

1. Ketidakstabilan kadar glukosa darah b/d hiperglikemi (D.0027)
2. Gangguan mobilitas fisik b/d gangguan muskuloskeletal (D.0054)
3. Resiko jatuh (D.0143) (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016)

Berikut pembahasan diagnosa keperawatan berdasarkan data subjektif dan data objektif pada buku SDKI dan pasien :

1. Ketidakstabilan kadar glukosa darah b/d hiperglikemi

Ketidakstabilan kadar glukosa darah yaitu variasi kadar glukosa darah naik/turun dari rentang normal ditandai dengan tanda dan gejala mayor yaitu : mengantuk, pusing, lelah atau lesu, gangguan koordinasi, kadar glukosa dalam darah rendah/tinggi. (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016)

Pada Ny.H tidak semua tanda dan gejala muncul saat dikaji, hanya kadar glukosa dalam darah yang tinggi dan tanda gejala minor yaitu terbangun untuk kencing pada malam hari sehingga penulis mengambil diagnosa keperawatan ketidakstabilan kadar glukosa darah.

2. Gangguan mobilitas fisik b/d gangguan muskuloskeletal

Gangguan mobilitas fisik yaitu keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri ditandai dengan tanda dan gejala mayor yaitu : mengeluh sulit menggerakkan, kekuatan otot menurun, ROM menurun. (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016)

Pada Ny.H gangguan mobilitas fisik disebabkan oleh gangguan muskuloskeletal akibat gangren yang diderita. Skor indeks barthel yang didapat Ny.H yaitu 90 dengan arti ketergantungan sedang. Ny.H berjalan menggunakan alat bantu jalan walker sehingga penulis mengambil diagnosa keperawatan gangguan mobilitas fisik.

3. Resiko jatuh

Resiko jatuh yaitu beresiko mengalami kerusakan fisik dan gangguan kesehatan akibat terjatuh dibuktikan dengan penggunaan alat bantu berjalan, kondisi pasca operasi, perubahan kadar glukosa darah, dan gangguan keseimbangan. (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016)

Pada Ny.H didapati hasil pengkajian yaitu perubahan kadar glukosa darah lalu terjadi gangren dan diamputasi jari-jari hingga telapak kaki telapak kanannya maka dapat disimpulkan menjadi kondisi pasca operasi. Ny.H berjalan menggunakan alat bantu walker sehingga penulis mengambil diagnosa resiko jatuh.

4.4 Tujuan dan Intervensi Keperawatan

Tujuan dan intervensi keperawatan yang sudah direncanakan dituliskan berdasarkan SLKI (Standar luaran keperawatan indonesia dan SIKI (standar intervensi keperawatan indonesia). Tujuan dan intervensi disusun berdasarkan data dan indikasi pasien sehingga masalah keperawatan dapat diselesaikan secara komprehensi. Dalam tahap ini penulis menyusun tujuan dan intervensi keperawatan berdasarkan kebutuhan pasien.

1. Ketidakstabilan kadar glukosa darah b/d hiperglikemi

Penyusunan perencanaan pada diagnosa ketidakstabilan kadar glukosa darah diharapkan kriteria hasilnya yaitu ketidakstabilan kadar glukosa darah dalam rentang normal. Rencana intervensi yang akan diberikan kepada Ny.H dalam asuhan keperawatan 3x24 jam yaitu identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia, identifikasi situasi yang menyebabkan kebutuhan insulin meningkat, monitor kadar glukosa darah jika perlu, monitor tanda dan gejala hiperglikemia, monitor tekanan darah dan frekuensi nadi, berikan asupan cairan oral, konsultasi dengan medis jika tanda dan gejala hiperglikemia tetap ada atau memburuk, anjurkan olahraga saat kadar glukosa darah lebih dari 250 mg/dL, anjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri, anjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga, ajarkan pengelolaan diabetes, kolaborasi pemberian insulin. (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2018)

2. Gangguan mobilitas fisik b/d gangguan muskuloskeletal

Penyusunan perencanaan pada diagnosa gangguan mobilitas fisik diharapkan kriteria hasilnya yaitu mobilitas fisik meningkat. Rencana intervensi yang akan diberikan kepada Ny.H dalam asuhan keperawatan 3x24 jam yaitu identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi, monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai ambulasi, monitor kondisi umum selama melakukan ambulasi, fasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu, fasilitasi melakukan mobilisasi fisik, jika perlu, jelaskan tujuan dan prosedur ambulasi. (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2018)

3. Resiko jatuh

Penyusunan perencanaan pada diagnosa resiko jatuh diharapkan kriteria hasilnya yaitu tingkat jatuh menurun. Rencana intervensi yang akan diberikan kepada Ny.H dalam asuhan keperawatan 3x24 jam yaitu identifikasi faktor resiko jatuh, identifikasi resiko jatuh, identifikasi faktor lingkungan yang membuat resiko jatuh, hitung resiko jatuh menggunakan skala, monitor kemampuan berpindah, gunakan alat bantu berjalan, anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan, anjurkan menggunakan alas kaki agar tidak licin anjurkan berkonsentrasi menjaga keseimbangan tubuh. (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2018)

4.5 Implementasi Keperawatan

Pada tahap ini penulis melakukan tindakan keperawatan sesuai dengan rencana tindakan yang telah ditetapkan. Dimana dalam melakukan tindakan keperawatan perawat tidak melakukan sendiri namun juga dibantu oleh perawat panti Wreda dan proesi lainnya.

1. Ketidakstabilan kadar glukosa darah b/d hiperglikemi

Implementasi yang akan diberikan kepada Ny.H dalam asuhan keperawatan 3x24 jam yaitu identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia penyakit yang dideritanya yaitu diabetes melitus tipe 2, identifikasi situasi yang menyebabkan kebutuhan insulin meningkat, monitor kadar glukosa darah pada tanggal 13 januari 2022 ditemukan hasil GDA 219mg/dl, pada tanggal 14 januari 2022 ditemukan hasil GDA 229 mg/dl sedangkan pada tanggal 15 januari 2022 ditemukan hasil GDP 129 mg/dl , monitor tanda dan gejala hiperglikemia, monitor tekanan darah dan frekuensi nadi pada tanggal 13 januari 2022 ditemukan hasil tekanan darah

130/80mmhg nadi 85 x/mnt, pada tanggal 14 januari 2022 ditemukan hasil tekanan darah 125/75mmhg, nadi 75x/mnt sedangkan pada tanggal 15 januari 2022 ditemukan hasil tekanan darah 123/87mmhg nadi 75x/mnt, berikan asupan cairan oral, konsultasi dengan medis jika tanda dan gejala hiperglikemia tetap ada atau memburuk, menganjurkan olahraga saat kadar glukosa darah lebih dari 250 mg/dL, menganjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri, menganjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga, ajarkan pengelolaan diabetes, pemberian insulin dalam bentuk obat oral yaitu metformin 1x sehari.

2. Gangguan mobilitas fisik b/d gangguan muskuloskeletal

Implementasi yang akan diberikan kepada Ny.H dalam asuhan keperawatan 3x24 jam yaitu identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya tidak ada nyeri, identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi, monitor frekuensi jantung dan tekanan darah pada tanggal 13 januari 2022 ditemukan hasil tekanan darah 130/80mmhg nadi 85 x/mnt, pada tanggal 14 januari 2022 ditemukan hasil tekanan darah 125/75mmhg, nadi 75x/mnt sedangkan pada tanggal 15 januari 2022 ditemukan hasil tekanan darah 123/87mmhg nadi 75x/mnt, monitor kondisi umum selama melakukan ambulasi, fasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu, fasilitasi melakukan mobilisasi fisik dengan menggunakan alat bantu jalan walker.

3. Resiko jatuh

Implementasi yang akan diberikan kepada Ny.H dalam asuhan keperawatan 3x24 jam yaitu identifikasi faktor resiko jatuh yaitu amputasi jari-jari hingga telapak kaki bagian kanan, identifikasi resiko jatuh melemahnya kekuatan otot pasca operasi amputasi, identifikasi faktor lingkungan yang membuat resiko jatuh lantai licin, hitung resiko jatuh menggunakan skala, monitor kemampuan

berpindah, fasilitasi alat bantu berjalan yaitu walker, menganjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan, menganjurkan menggunakan alas kaki agar tidak licin, menganjurkan berkonsentrasi menjaga keseimbangan tubuh.

4.6 Evaluasi Keperawatan

1. Ketidakstabilan kadar glukosa darah

Evaluasi pada pemberian intervensi diagnosa ketidakstabilan kadar glukosa darah sejak dilakukannya asuhan keperawatan 3x24 jam didapati hasil gula darah terkontrol dan minum obat dengan rutin hingga didapati hasil masalah teratasi sebagian.

2. Gangguan mobilitas fisik

Evaluasi pada pemberian intervensi gangguan mobilitas fisik sejak dilakukannya asuhan keperawatan 3x24 jam didapati hasil ambulasi meningkat dengan menggunakan alat penunjang berjalan yaitu walker sehingga didapati hasil masalah teratasi sebagian.

3. Resiko jatuh

Evaluasi pada pemberian intervensi resiko jatuh sejak dilakukannya asuhan keperawatan 3x24 jam didapati hasil patuh menggunakan alas kaki agar tidak licin dan menggunakan alat bantu berjalan walker untuk mengurangi resiko jatuh sehingga didapati hasil masalah teratasi sebagian.

BAB 5

PENUTUP

Setelah penulis melakukan asuhan keperawatan gerontik pada lansia dengan diabetes melitus di UPTD Griya Wreda Surabaya, maka penulis apat menarik kesimpulan sekaligus saran yang bermanfaat dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan gerontik.

5.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil pembahasan tentang asuhan keperawatan gerontik yang dilakukan maka dapat diambil simpulan sebagai berikut :

1. Pada pengkajian keperawatan gerontik didapatkan tidak semua tanda dan gejala diabetes melitus muncul.
2. Pada diagnosa keperawatan gerontik yang muncul pada pasien yaitu dengan masalah utama gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal, ketidakstabilan kadar gula darah berhubungan dengan hiperglikemi, serta resiko jatuh.
3. Pada rencana keperawatan gerontik disesuaikan dengan masalah utama gangguan mobilitas fisik memberikan dukungan ambulasi dengan memberikan alat bantu berjalan walker.
4. Pada pelaksanaan tindakan keperawatan gerontik dilakukan sesuai dengan rencana keperawatan gerontik yang sudah disusun sesuai kesepakatan
5. Pada evaluasi keperawatan gerontik didapatkan hasil Ny.H mampu ambulasi dengan menggunakan walker untuk berjalan, Ny.H akan terus dipantau untuk mengkonsumsi obat oral insulin metformin 1x sehari untuk mengontrol kadar

insulinnya, Ny.H akan terus selalu dipantau resiko jatuhnya karna pasca operasi amputasi jari-jari hingga telapak kaki kanan yang membuatnya penurunan keseimbangan tubuh.

5.2 Saran

1. Bagi Penulis

Diharapkan karya ilmiah ini dapat menambah wawasan dan pengalaman bagi penulis dalam mengembangkan asuhan keperawatan gerontik secara umum ataupun secara khusus

2. Bagi Profesi Keperawatan

Diharapkan karya ilmiah ini dapat memberi informasi bagi profesi keperawatan dalam mengembangkan asuhan keperawatan dan menambah wawasan serta pengalaman.

DAFTAR PUSTAKA

- American Diabetes Association (ADA). (2014). *Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. Diabetes Care.*
- BAPPENAS.(2015).*Buku Evaluasi Paruh waktu RPJMN.*
http://www.bappenas.go.id/files/1613/7890/3140/Buku-EvaluasiParuh-Waktu-RPJMN_Bappenas.pdf
- Brunner & Suddarth. (2013). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah: Vol. volume 2* (Edisi 8). EGC.
- Dermawan, S. (2012). *Proses Keperawatan Penerapan Konsep & Kerangka Kerja.* Gosyen Publishing.
- Deswani. (2009). *Asuhan keperawatan dan Berfikir Kritis.* Salemba Medika.
- Dewi, & Rhosma, S. (2014). *Buku Ajar Keperawatan Gerontik.* Penerbit Deepublish.
- Fani, A. pebrina rizki. (2019). *Konsep Dasar Asuhan Keperawatan.*
<https://doi.org/10.31227/osf.io/cfnu9>
- Fatimah. (2010). *Merawat Manusia Lanjut Usia .* Trans Info Media .
- Geddes J, G. M. M. R. (2005). *Psychiatry.* Oxford University Press.
- IDF. (2021). *Diabetes Atlas (Seventh Edition).* International Diabetes Federation.
- IDF (International Diabetes federation). (2017). *Diabetes Atla Sixth Edition,International Diabetes Federation.*
Http://Www.Idf.Org/Sites/Default/Files/EN_6E_Atlas_Full_0.Pdf.
- Kane RL, O. J. A. I. R. B. (2008). *Essentials of clinical geriatrics* (6th ed.). Mc Graw-Hill.
- Manurung. (2011). *Keperawatan Professional.* Trans Info Media.
- Marpaung, S. H. (2019). *Mengidentifikasi Masalah Dalam Diagnosis Keperawatan Pada Pasien Yang Menderita Diabetes Mellitus.*
- Padila. (2014). *Buku Ajar Keperawatan Maternitas.* Nuha Medika.
- Perry & Potter. (2012). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan, Konsep, Proses dan Praktik : Vol. volume 2* (edisi 4). EGC.
- Rendy, M. Clevo & Margareth, T. (2019). *Asuhan Keperawatan Medikal Bedah*

Penyakit Dalam. Nuha Medika.

Salonen, J. (2013). *Hearing impairment and tinnitus in the elderly*. Universitas Of Turku .

Setiadi. (2012). *Konsep & penulisan dokumentasi asuhan keperawatan*. Graha Ilmu.

Setiati S, H. K. R. A. (2006). *Buku ajar ilmu penyakit dalam: Vol. jilid 3 (edisi 4)*. Pusat Penerbitan Ilmu Penyakit Dalam Fakultas Kedokteran Indonesia.

Shadine, M. (2010). *Mengenal Penyakit Hipertensi, Diabetes, Stroke & Serangan Jantung (Cetakan 1)*. KEENBOOKS.

Smeltzer, S. . (2015). *Keperawatan Medikal Bedah* . EGC.

Sujono Riyadi; Sukarmin. (2008). *Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Gangguan Eksokrin dan Endokrin pada Pankreas*. Graha Ilmu.

Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2016). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) (Edisi 1)*.\

Tim Pokja SLKI DPP PPNI, (2018), *Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI)*, Edisi 1, Jakarta, Persatuan Perawat Indonesia

Tim Pokja SIKI DPP PPNI, (2018), *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI)*, Edisi 1, Jakarta, Persatuan Perawat Indonesia

WHO. (2014). *Health for the World's Adolescents: A Second Chance in the Second Decade*. Geneva, World Health Organization Departemen of Noncommunicable Disease Surveillance. .

WHO. (2017). *Diabetes Media Centre*.

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/en/>

LAMPIRAN**Lampiran 1*****CURICULUM VITAE***

Nama : Nabiilah Fitriani Hartono
Nim : 2130020
Program Studi : Profesi NERS
Tempat, Tanggal Lahir : Surabaya, 20 Januari 1999
Alamat : Siwalankerto 3b Surabaya
Agama : Islam

Riwayat Pendidikan

1. TK Merpati Pos Lulus Tahun 2005
2. SDN Airlangga 5 Surabaya Lulus Tahun 2011
3. SMP Muhammadiyah 14 Surabaya Lulus Tahun 2014
4. SMA Hang Tuah 1 Surabaya Lulus Tahun 2017
5. S1 Keperawatan STIKES Hang Tuah Surabaya Lulus Tahun 2021

Lampiran 2

MOTTO DAN PERSEMBAHAN

MOTTO

يٰٓاَيُّهَا الَّذِيْنَ اٰتٰنَا مِنْكَ اٰيٰتٍ كَثِيْرًا ۗ اِنَّا نَسْتَكْفُرُ بِهَا ۗ وَجَعَلْنَا لِنَفْسِنَا مِنْ لَدُنْكَ حَسْبًا ۗ اِنَّا نَعْتَدُكَ اِيْمًا ۗ
 يٰٓاَيُّهَا الَّذِيْنَ اٰتٰنَا مِنْكَ اٰيٰتٍ كَثِيْرًا ۗ اِنَّا نَسْتَكْفُرُ بِهَا ۗ وَجَعَلْنَا لِنَفْسِنَا مِنْ لَدُنْكَ حَسْبًا ۗ اِنَّا نَعْتَدُكَ اِيْمًا ۗ

**"Dan di antara tanda-tanda (kebesaran)-Nya ialah Dia menciptakan pasangan-pasangan untukmu dari jenismu sendiri, agar kamu cenderung dan merasa tenteram kepadanya, dan Dia menjadikan di antaramu rasa kasih dan sayang. Sungguh, pada yang demikian itu benar-benar terdapat tanda-tanda (kebesaran Allah) bagi kaum yang berpikir."
 (QS. Ar-Rum 30: Ayat 21)**

Hasil Karyaku ini kupersembahkan kepada :

1. Alhamdulillah segala puji syukur yang tidak henti-hentinya saya panjatkan kehadiran Allah SWT karena atas limpahan rahmat dan hidayah-Nya saya dapat menyelesaikan tugas akhir ini.
2. Ibu Nurul Aini dan Ayah Prio Hartono selaku orang tua yang telah memberikan motivasi dukungan moril dan materil, semangat dan doa yang tidak pernah berhenti untuk peneliti.
3. Muhammad Faris Azhar, S.T cintaku yang memberikan support tiada hentinya.
4. Teman – teman angkatan 23 yang dari awal sampai akhir perkuliahan tetap saling membantu. semoga tetap kompak dan bisa meraih keberhasilan sampai ke jenjang yang lebih tinggi.

Surabaya, Juli 2022

Penulis

Lampiran 3

PENGAJIAN KESEIMBANGAN UNTUK LANSIA (Tinneti, ME, dan Ginter, SF, 1988)

1. Perubahan posisi atau gerakan keseimbangan

- a. Bangun dari kursi (dimasukkan dalam analisis)* (**Normal/Tidak**)
- b. Tidak bangun dari duduk dengan satu kali gerakan, tetapi mendorong tubuhnya ke atas dengan tangan atau bergerak ke bagian depan kursi terlebih dahulu, tidak stabil pada saat berdiri pertama kali.
- c. Duduk ke kursi (dimasukkan dalam analisis)* (**Normal/Tidak**)
Duduk perlahan mendudukkan diri di kursi berpegangan dengan kruk.
- d. Menahan dorongan pada sternum (pemeriksa mendorong sternum perlahan-lahan sebanyak 3 kali) (Normal/Tidak)
- e. Menggerakkan kaki, memegang obyek untuk dukungan, kaki tidak menyentuh sisi-sisinya (**Normal/Tidak**)
- f. Mata tertutup (**Normal/Tidak**)
- g. Sama seperti di atas (periksa kepercayaan pasien tentang input penglihatan untuk keseimbangannya)
- h. Perputaran leher (**Normal/Tidak**)
- i. Menggerakkan kaki, menggenggam obyek untuk dukungan, kaki menyentuh sisi-sisinya, keluhan vertigo, pusing atau keadaan tidak stabil
Gerakan menggapai sesuatu (**Normal/Tidak**)
- j. Tidak/mampu untuk menggapai sesuatu dengan bahu fleksi sepenuhnya sementara berdiri pada ujung-ujung jari kaki, tidak stabil, memegang sesuatu untuk dukungan

- k. Membungkuk (Normal/**Tidak**)
- l. Tidak/mampu untuk membungkuk, untuk mengambil obyek-obyek kecil (missal bulpen) dari lantai, memegang suatu obyek untuk bisa berdiri lagi, memerlukan usaha-usaha multiple untuk bangun

2. **Komponen gaya berjalan atau gerakan**

- a. Minta klien untuk berjalan pada tempat yang ditentukan →ragu-ragu, tersandung, memegang obyek untuk dukungan. (Normal/**Tidak**)
- b. Ketinggian langkah kaki (mengangkat kaki pada saat melangkah)
- c. Kaki tidak naik dari lantai secara konsisten (mengeser atau menyeret kaki), mengangkat kaki terlalu tinggi (>2inchi). (Normal/**Tidak**)
- d. Kontinuitas langkah kaki (lebih baik diobservasi dari samping pasien) (Normal/**Tidak**)
- e. Setelah langkah-langkah awal, tidak konsisten memulai mengangkat salah satu kaki sementara kaki yang lain menyentuh lantai.
- f. Kesimetrisan langkah (lebih baik diobservasi dari samping pasien) (Normal/**Tidak**)
- g. Panjangnya langkah yang tidak sama (sisi yang patologis biasanya memiliki langkah yang lebih panjang : masalah dapat terdapat pada pinggul, lutut, pergelangan kaki atau otot sekitarnya).
- h. Penyimpangan jalur pada saat berjalan (lebih baik diobservasi dari belakang pasien) (**Normal**/Tidak)

- i. Tidak berjalan dalam garis lurus, bergelombang dari sisi ke sisi. h. Berbalik (**Normal**/Tidak) Berhenti sebelum mulai berbalik, jalan sempoyongan memegang obyek untuk dukungan.

Lampiran 4

PENGAJIAN AFEKTIF

Inventaris Depresi Beck

Berisi 13 hal yang menggambarkan berbagai gejala dan sikap yang berhubungan dengan depresi

Terkait dengan kesedihan, pesimisme, rasa kegagalan, ketidakpuasan, rasa bersalah, tidak menyukai diri sendiri, membahayakan diri sendiri, menarik diri dari social, keraguan, perubahan gambaran diri, kesulitan kerja, kelelahan, anoreksia.

0-4 depresi tidak ada atau minimal

5-7 depresi ringan

8-15 depresi sedang

>16 depresi berat

Bentuk singkat bisa menggunakan Skala Depresi Geriatrik Yesavage

5. Apakah pada dasarnya anda puas dengan kehidupan anda?
(ya/**tidak**)
6. Sudahkah anda mengeluarkan aktivitas dan minat anda?
(ya/**tidak**)
7. Apakah anda merasa hidup anda kosong? (ya/**tidak**)
8. Apakah anda sering bosan? (ya/**tidak**)
9. Apakah anda memiliki semangat yang baik setiap waktu?
(ya/**tidak**)
10. Apakah anda takut sesuatu akan terjadi pada anda? (ya/**tidak**)
11. Apakah anda merasa bahagia disetiap waktu? (ya/**tidak**)

12. Apakah anda lebih suka tinggal dirumah pada malam hari, dari pada pergi dan melakukan sesuatu yang baru? (**ya/tidak**)
13. Apakah anda merasa bahwa anda mempunyai lebih banyak masalah dengan ingatan dari pada yang lain? (**ya/tidak**)
14. Apakah anda berpikir sangat menyenangkan hidup sekarang ini? (**ya/tidak**)
15. Apakah anda merasa saya sangat tidak berguna dengan keadaan anda sekarang? (**ya/tidak**)
16. Apakah anda merasa penuh berenergi? (**ya/tidak**)
17. Apakah anda berpikir bahwa situasi anda tidak ada harapan? (**ya/tidak**)
18. Apakah anda berpikir bahwa banyak orang lebih baik dari pada anda? (**ya/tidak**)

Penilaian:

Jika jawaban pertanyaan sesuai indikasi dinilai point 1 (nilai 1 point untuk setiap respon yang cocok dengan jawaban ya atau tidak setelah pertanyaan)

Nilai 5 point lebih dapat menandakan depresi

Kesimpulan:

Lampiran 5

PENGAJIAN STATUS SOSIAL

Dengan menggunakan APGAR

No	Fungsi	Uraian	Skore
1	Adaptasi	Saya puas bahwa saya dapat kembali pada keluarga (teman-teman) saya untuk membantu pada waktu sesuatu menyusahkan saya	0
2	Hubungan	Saya puas dengan cara keluarga (teman-teman) saya membicarakan sesuatu dengan saya dan mengungkapkan masalah dengan saya	2
3	Pertumbuhan	Saya puas bahwa keluarga (teman-teman) saya menerima dan mendukung keinginan saya untuk melakukan aktivitas atau arah baru	0
4	Afeksi	Saya puas dengan cara keluarga (teman-teman) saya mengekspresikan efek dan berespon terhadap emosi-emosi saya, seperti marah, sedih, atau mencintai	1
5	Pemecahan	Saya puas dengan cara teman-teman saya dan saya menyediakan waktu bersama-sama	2

Penilaian:

Jika pertanyaan yang dijawab selalu (poin 2), kadang-kadang (poin 1), hamper tidak pernah (poin 0)

Kesimpulan: 5 poin

Lampiran 6

TINGKAT KERUSAKAN INTELEKTUAL

Dengan menggunakan SPMSQ (short portable mental status questioner).

Ajukan beberapa pertanyaan pada daftar dibawah ini:

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

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 :

a) Bisa dimaklumi bila lebih dari satu kesalahan bila subjek hanya berpendidikan sekolah dasar

b) Bisa dimaklumi bila kurang dari satu kesalahan bila subjek mempunyai pendidikan di atas sekolah menengah atas

c) Bisa dimaklumi bila lebih dari satu kesalahan untuk objek kulit hitam dengan menggunakan kriteia pendidikan yang sama

Lampiran 7

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: 2021 Musim: kemarau Tanggal: Hari: Bulan:
2.	Orientasi	5	5	Dimana sekarang kita berada? Negara : Indonesia Propinsi: Jawa timur Kabupaten/Kota: surabaya Kelurahan : jambangan Alamat rumah: lamongan
3.	Registrasi	3	3	Sebutkan 3 nama obyek, 1 detik untuk mengatakan masing-masing (missal: kursi, meja, kertas), kemudian ditanyaka kepada klien: 1. Kursi 2. Meja 3. Kertas (beri 1 point untuk setiap jawaban yang benar) Kemudian ulangi sampai ia mempelajari ketiganya.
4.	Perhatian dan kalkulasi	5	5	Seri 7's. 1 point untuk setiap kebenaran Meminta klien berhitung mulai dari 100 kemudian kurangi 7 sampai 5 tingkat Jawaban: 1. 93 2. 86 3. 79 4. 72 5. 65
5.	Mengingat	3	3	Minta klien untuk mengulangi ketiga obyek pada poin ke-2 (tiap poin nilai 1)

6.	Bahasa	9	<p>Menanyakan pada klien tentang benda (sambil menunjukkan benda tersebut) 2 point</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. mobil 2. motor <p>Minta klien untuk mengulangi kata berikut: “tidak ada, dan, jika, atau tetapi (1 point) Klien menjawab: Minta klien untuk mengikuti perintah berikut yang terdiri 3 langkah. Ambil kertas ditangan anda, lipat dua dan taruh di lantai(3 point)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 2. 3. <p>Perintahkan pada klien untuk hal berikut (bila aktifitas sesuai perintah nilai 1 pont) “tutup mata anda” (1 point) Perintahkan pada klien untuk menulis kalimat dan menyalin gambar (2 point)</p>
	Total :	30	

Intepretasi :

24-30 : tidak ada gangguan kognitif

18-23 : gangguan kognitif sedang

0-17 : gangguan kognitif ringan

Lampiran 8

INDEKS KATZ

SKORE	KRITERIA
A	Kemandirian dalam hal makan, kontinen, berpindah, ke kamar kecil, berpakaian dan mandi
B	Kemandirian dalam semua aktifitas hidup sehari-hari, kecuali satu dari fungsi tersebut
C	Kemandirian dalam semua aktifitas hidup sehari-hari, kecuali mandi dan satu fungsi tambahan
D	Kemandirian dalam semua aktifitas hidup sehari-hari, kecuali mandi, berpakaian dan satu fungsi tambahan
E	Kemandirian dalam semua aktifitas hidup sehari-hari, kecuali mandi, berpakaian, ke kamar kecil dan satu fungsi tambahan
F	Kemandirian dalam semua aktifitas hidup sehari-hari, kecuali mandi, berpakaian, berpindah dan satu fungsi tambahan
G	Ketergantungan pada enam fungsi tersebut
LAIN-LAIN	Ketergantungan pada sedikitnya dua fungsi tetapi tidak dapat diklasifikasikan sebagai C,D,E,F dan G

KEMAMPUAN ADL

Tingkat kemandirian dalam kehidupan sehari-hari (Indeks Barthel)

No	Kriteria	Dengan Bantuan	Mandiri	Skor Yang Didapat
1	Pemeliharaan Kesehatan Diri	0	5	5
2	Mandi	0	5	5
3	Makan	5	10	10
4	Toilet (Aktivitas BAB & BAK)	5	10	10
5	Naik/Turun Tangga	5	10	5
6	Berpakaian	5	10	10
7	Kontrol BAB	5	10	10
8	Kontrol BAK	5	10	10
9	Ambulasi	10	15	15
10	Transfer Kursi/Bed	5-10	15	15

Interpretasi:

0-20 : Ketergantungan Penuh

21-61 : Ketergantungan Berat

62-90 : Ketergantungan Sedang

91-99 : Ketergantungan Ringan

100 : Mandiri