

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Lansia

1. Definisi Lanjut Usia

Seseorang dikatakan lansia apabila berusia 60 tahun atau lebih, yang disebabkan faktor tertentu yang menghalanginya untuk memenuhi kebutuhan dasar fisik, mental dan sosial (Nugrogo, 2014).

2. Batasan Lanjut Usia

WHO menggolongkan lansia berdasarkan usia kronologis atau biologis menjadi tiga kelompok yaitu *elderly* (usia 60-74 tahun), *old* (usia 75-90 tahun), *very old* (diatas 90 tahun). Depkes RI menggolongkan lansia dalam kategori yaitu pralansia (usia 45-59 tahun), lansia (usia >60 tahun), lansia dengan risiko tinggi (usia 70 tahun ke atas atau 69 tahun dengan masalah kesehatan) (Kholifah, 2016).

3. Perubahan pada Lansia

Seiring bertambahnya usia, terjadi proses penuaan yang berdampak pada perubahan pada diri seseorang, tidak hanya secara fisik, tetapi juga kognitif, emosional, sosial dan seksual (Azizah dan Lilik M, 2011 dalam Kholifah, 2016)

a. Sistem kulit dan integument

Kulit terutama pada kulit wajah dengan kerutan, hal pertama yang dirasakan adalah kulit di sekitar mata dan mulut, sehingga wajah menjadi terlihat seperti ekspresi sedih (lebih terlihat pada wanita).

b. Sistem indra (penglihatan, pendengaran, penciuman dan pengecap)

Gangguan mata lebih sering disebabkan oleh katarak, glaukoma, atau degenerasi makula. Pada lansia dengan katarak yang berat, terjadi penurunan visus, bahkan pada stadium lanjut hanya dapat membedakan terang dan gelap saja. Penyebab katarak antara lain: pengobatan steroid yang lama, trauma, radiasi atau idiopatik (tidak diketahui penyebabnya). Kedua jenis gangguan pada sistem indra tersebut di atas, (sistem penglihatan dan pendengaran) akan berdampak pada sistem komunikasi. Pada lansia timbulnya komunikasi tidak saja sebagai akibat dari presbikusis, tapi sering ditambah pula dalam situasi dalam percakapan yang kurang mendukung. Timbulnya gangguan komunikasi dikaitkan dengan:

- 1) Pembicaraan terjadi dalam intervensi karena gangguan suara lain, seperti: suara musik, radio, televisi, dll.
- 2) Sumber suara mengalami distorsi, misalnya berasal dari pengeras suara yang tidak sempurna (terminal, gedung) atau dari telepon maupun yang di ucapkan oleh anank-anak, orang asing atau pembicara terlalu cepat.
- 3) Kondisi akustik ruangan yang tidak sempurna, seperti dapur atau ruang pertemuan yang berdinding mudah memantulkan suara.

Bagi lansia yang mengalami gangguan pendengaran, agar dapat berkomunikasi lebih baik diperlukan suasana yang mendukung.

Antara lain awali dengan menyebut nama lansia; sebisa mungkin hindari pembicaraan di tempat ramai (intervensi, distorsi) dan tempat yang terlalu banyak menimbulkan pantulan suara; menghadap wajah (bibir, mulut dan ekspresi muka) pada lansia saat berbicara; berbicara dengan jelas tanpa berteriak; jangan berbicara sambil minum atau makan maupun merokok.

c. Perubahan komposisi tubuh

Bertambahnya usia mengakibatkan massa bebas lemak berkurang kurang lebih 6,3% BB per dekade seiring dengan penambahan masa lemak kurang lebih 2% per dekade. Masa air berkurang sebesar 2,5% per dekade.

d. Saluran cerna

Bertambahnya usia, pada sistem ini terjadi perubahan-perubahan sebagai berikut:

- 1) Jumlah gigi berkurang akibat tanggal atau pencabutan karena indikasi tertentu. Hal ini akan mengurangi kenyamanan saat makan dan membatasi jenis makanan. Produksi air liur yang mengandung berbagai enzim juga berkurang, dan mulut yang kering tidak hanya mengurangi kenyamanan saat makan tetapi juga mengurangi kelancaran menelan.
- 2) Terdapat banyak tonjolan saraf pengecap di lidah yang menimbulkan sensai rasa yang berbeda (manis, asin, asin, pahit). Akibat bertambahnya usia, jumlah tonjolan saraf berkurang, sehingga lansia kurang dapat merasakan rasa kecap,

akibatnya membutuhkan lebih banyak jumlah gula atau garam untuk mendapatkan rasa yang sama.

- 3) Esofagus adalah saluran pencernaan yang menghubungkan mulut dengan lambung. Gerakannya menyalurkan makanan ke lambung secara berirama, sehingga seiring waktu lambung mengalami perlambatan, terutama di usia 70 tahun ke atas. Perlambatan terjadi karena kekuatan otot lingkaran antara esofagus dan lambung melemah.
- 4) Penurunan sekresi enzim laktase usus halus terjadi seiring penambahan usia, misalnya: kejadian diare setelah minum susu yang tinggi laktosa.
 - a) Terjadi penurunan kontraktilitas pada usus besar, sehingga mudah timbul gangguan buang air besar.

e. Hepar atau hati

Mengalami penurunan aliran darah sampai 35% pada usia lebih dari 80 tahun, maka obat-obatan yang mengalami proses metabolisme di organ ini perlu ditentukan dosisnya secara tepat agar lansia terhindar dari efek samping.

f. Ginjal

Terjadi penurunan jumlah nefron sebesar 5-7% setiap dekade, mulai usia 25 tahun. Bersihan kreatinin (CCT) menurun 0,5 ml/m/tahun dan mengakibatkan berkurangnya kemampuan ginjal untuk mengeluarkan metabolisme lewat urine.

g. Sistem kardiovaskuler

Perubahan pada sistem kardiovaskuler pada lansia adalah massa jantung bertambah, ventrikel kiri mengalami hipertrofi sehingga peregangan jantung berkurang, hal ini terjadi akibat perubahan jaringan ikat yang disebabkan oleh penumpukan *lipofusin*, klasifikasi SA Node dan jaringan konduksi berubah menjadi jaringan ikat.

h. Sistem Muskuloskeletal

Perubahan sistem muskuloskeletal pada lansia: Jaringan penghubung (kolagen dan elastin), kartilago, tulang, otot dan sendi. Kolagen sebagai pendukung utama kulit, tendon, tulang, kartilago dan jaringan pengikat mengalami perubahan menjadi bentangan yang tidak teratur.

- 1) Kartilago: jaringan kartilago pada persendian menjadi lunak dan mengalami granulasi, sehingga permukaan sendi menjadi rata. Kemampuan kartilago untuk regenerasi berkurang dan degenerasi yang terjadi cenderung ke arah progresif, konsekuensinya kartilago pada persendian menjadi rentan terhadap gesekan.
- 2) Tulang: kepadatan tulang berkurang, mengakibatkan osteoporosis dan lebih lanjut akan mengakibatkan nyeri, deformitas dan fraktur.
- 3) Otot: perubahan struktur otot pada penuaan sangat bervariasi, penurunan jumlah dan ukuran serabut otot, peningkatan

jaringan penghubung dan jaringan lemak pada otot mengakibatkan efek negatif.

4) Sendi: pada lansia, jaringan ikat sekitar sendi seperti tendon, ligamen dan fascia mengalami penuaan elastisitas.

i. Sistem pernafasan

Seiring bertambahnya usia, kemampuan pegas dinding dada dan kekuatan otot pernafasan menurun, sendi-sendi tulang iga akan menjadi kaku yang mengakibatkan:

- 1) Penurunan laju ekspirasi paksa satu detik sebesar kurang lebih 0,2 liter dekade serta berkurangnya kapasitas vital
- 2) Menurunnya sistem pertahanan yang terdiri atas gerak bulu getar, leukosit, antibodi dan reflek batuk. Semua itu berakibat lansia menjadi lebih rentan terhadap infeksi.

B. Konsep Diabetes Melitus

1. Pengertian Diabetes Melitus

Menurut dr. Hermayudi, 2017 diabetes melitus adalah sekelompok penyakit metabolik yang terjadi akibat kelainan sekresi insulin, kerja insulin, atau keduanya yang ditandai dengan hiperglikemia (Damayanti, 2016). Diabetes Melitus adalah gangguan metabolisme karbohidrat, protein dan lemak yang disebabkan ketidakseimbangan insulin. Gangguan ini dapat berupa defisiensi insulin absolut, gangguan sekresi insulin oleh sel beta, produksi insulin yang tidak efektif, reseptor insulin terganggu dan kerusakan insulin sebelum bekerja (Sudoyono.et.al dalam Damayanti, 2016).

2. Etiologi

Umumnya diabetes melitus disebabkan oleh rusaknya sebagian kecil atau sebagian besar sel beta pulau langerhans di pankreas yang berfungsi untuk produksi insulin, sehingga terjadi kekurangan insulin.

Faktor risiko penyakit DM menurut Arrum (2020), antara lain:

a. Faktor genetik

Diabetes melitus dapat diturunkan dari orang tua kepada anak. Gen penyebab diabetes melitus akan dibawa oleh anak jika orang tuanya mengidap diabetes melitus.

b. Obesitas (kegemukan)

Orang gemuk dengan berat badan lebih dari 90 kg cenderung memiliki peluang lebih besar untuk terkena penyakit diabetes melitus.

c. Usia

Setelah seseorang mencapai usia 30 tahun, kadar gula darah puasa dalam tubuh seseorang akan naik 1-2 mg% dan akan naik 6-13% pada 2 jam setelah makan, berdasar hal ini usia menjadi faktor meningkatnya relevansi diabetesmelitus serta gangguan toleransi glukosa.

d. Tekanan darah

Seseorang dengan tekanan darah tinggi 140/90 mmHg memiliki risiko mengalami diabetes melitus. Hanya saja hipertensi yang dikelola dengan baik akan melindungi terhadap komplikasi

mikrovaskuler dan makrovaskuler tetapi jika tidak terkontrol dapat mempercepat kerusakan ginjal dan gangguan kardiovaskuler.

e. Aktivitas fisik

Aktivitas fisik dapat mempengaruhi kerja insulin pada orang yang berisiko diabetes melitus. Kurangnya aktivitas merupakan salah satu faktor yang menyebabkan resistensi insulin.

f. Stres

Stres terjadi ketika ada ketidaksesuaian antara tuntutan yang dihadapi dengan kemampuan yang dimiliki. Hal ini dapat mengubah perilaku penderita diabetes melitus seperti perubahan pola makan, olahraga, dan penggunaan obat yang pada akhirnya akan menimbulkan hiperglikemia.

3. Klasifikasi

Klasifikasi diabetes melitus berdasarkan etiologi penyakit menurut Dewi (2021) :

a. Diabetes melitus tipe I (DM tipe I)

Disebabkan oleh penghancuran sel beta pankreas, sering mengakibatkan defisiensi insulin absolut, autoimun atau idiopatik.

Tipe ini disebut juga diabetes melitus tergantung insulin.

b. Diabetes melitus tipe II (DM tipe II)

Disebabkan oleh sensitivitas terhadap insulin yang menurun atau disebut juga resistensi insulin.

c. Diabetes melitus gestasional

Diabetes yang terjadi pertama kali saat kehamilan. Faktor-faktor penyebab terjadinya DM gestasional antara lain adanya riwayat DM dari keluarga, obesitas atau kenaikan berat badan pada saat kehamilan, faktor usia ibu pada saat hamil, riwayat melahirkan bayi besar (>4000 gram) dan riwayat penyakit lain (hipertensi, abortus).

d. Diabetes tipe lain

Biasanya diabetes melitus ini akibat dari penyakit lain. Disebabkan oleh kondisi seperti endokrinopati, penyakit eksokrin pankreas, sindrom genetik, induksi obat atau zat kimia, infeksi, sindrom genetik lain terkadang berhubungan dengan diabetes.

4. Manifestasi Klinis

Menurut Subiyanto (2019) manifestasi klinis diabetes melitus, diantaranya:

a. Poliuri

Gula darah yang terlalu tinggi menyebabkan glukosuria yang berdampak pada terjadinya diuresis osmotik, yaitu pengenceran volume urin sehingga volume urin yang dikeluarkan meningkat.

b. Polidipsia

Peningkatan difusi cairan dari intrasel ke pembuluh darah menyebabkan penurunan volume intrasel, mengakibatkan dehidrasi sel. Akibat dehidrasi sel mulut menjadi kering dan sensor haus

teraktivasi menyebabkan seseorang selalu haus dan selalu ingin minum (polidipsia).

c. Poliphagia

Akibat glukosa tidak dapat masuk ke sel karena menurunnya kadar insulin maka produksi energi menurun, penurunan energi akan menstimulasi rasa lapar sehingga seseorang akan lebih banyak makan (poliphagia).

d. Penurunan berat badan

Sel yang kekurangan glukosa dapat menyebabkan terjadinya glukoneogenesis yaitu pembentukan glukosa dan energi bukan berasal dari karbohidrat berupa pemecahan protein dan lemak.

e. Rasa gatal, keputihan, infeksi, dan bisul

Rasa gatal terjadi akibat penurunan daya tahan tubuh atau penurunan fungsi leukosit dalam melakukan fagositosis, kerusakan fungsi leukosit ini terjadi akibat hiperglikemia yang menahun.

f. Pandangan mata kabur

Mata kabur umumnya terjadi karena komplikasi kronis diabetes yaitu kerusakan mikrovaskuler yang menyebabkan pecahnya pembuluh darah halus di retina, hal tersebut mengurangi kekuatan mata dan menghalangi proses penglihatan di retina.

g. Kesemutan pada kaki

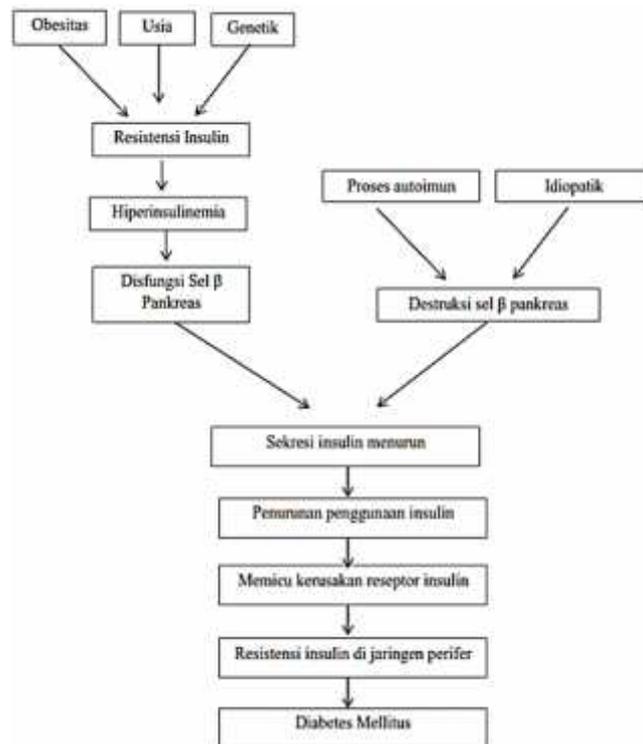
Kesemutan pada kaki merupakan tanda awal adanya komplikasi *perifer arterial disease* (PAD) yaitu adanya sumbatan arteri yang menuju ke kaki, yang pada akhirnya sel saraf perifer mengalami

kerusakan dan kematian sehingga akan timbul kebas, kebal, dan mati rasa (neuropati).

h. Disfungsi ereksi

Disfungsi ereksi terjadi pada pria karena gangguan sirkulasi darah di penis.

5. Patofisiologi



Gambar 1. Patofisiologi Diabetes Mellitus (Decroli, 2019)

6. Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan penunjang menurut Brunner & Suddart (2015) dilakukan meliputi 4 hal yaitu:

- a. Postprandial: Dilakukan 2 jam setelah makan atau setelah minum. Angka diatas 130 mg/dl mengindikasikan diabetes.
- b. Hemoglobin glikosilat: Hb1C adalah sebuah pengukuran untuk menilai kadar gula darah selama 140 hari terakhir. Angka Hb1C yang melebihi 6,1% menunjukkan diabetes.
- c. Tes toleransi glukosa oral. Setelah berpuasa semalaman kemudian pasien diberi air dengan 75 gr gula, dan akan diuji selama periode 24 jam. Angka gula darah yang normal dua jam setelah meminum cairan tersebut harus < dari 140 mg/dl.
- d. Tes glukosa darah dengan finger stick yaitu jari ditusuk dengan sebuah jarum, sampel darah diletakkan pada sebuah strip yang dimasukkan ke dalam celah pada mesin glukometer, pemeriksaan ini digunakan hanya untuk memantau kadar glukosa yang dapat dilakukan di rumah.

7. Komplikasi

a. Komplikasi akut

Menurut Riyadi (2013) komplikasi akut yang dapat terjadi antara lain:

1) Ketoasidosis

Sedikitnya glukosa di dalam sel mengakibatkan sel mencari sumber alternatif untuk memperoleh energi sel. Apabila tidak

ada glukosa maka benda-benda keton akan dipakai sel. Kondisi ini akan mengakibatkan penumpukan residu pembongkaran benda-benda keton yang berlebihan yang dapat mengakibatkan ketoasidosis.

2) Koma hipoglikemia

Terjadi karena pemakaian obat-obat diabetik yang melebihi dosis yang dianjurkan sehingga terjadi penurunan glukosa dalam darah.

3) Koma hiperosmolar non ketokik

Terjadi karena penurunan komposisi cairan intrasel dan ekstrasel karena banyak diekskresi lewat urin.

b. Komplikasi kronik

Menurut Perkeni (2011), komplikasi kronik yang dapat terjadi antara lain:

1) Makroangiopati yang mengenai pembuluh darah besar, pembuluh darah jantung, pembuluh darah tepi, pembuluh darah otak.

2) Mikroangiopati yang mengenai pembuluh darah kecil. Retinopati adanya perubahan dalam retina karena penurunan protein dalam retina sehingga dapat mengakibatkan gangguan dalam penglihatan. Nefropati terjadi karena perubahan struktur dan fungsi ginjal yang menyebabkan komplikasi pada pelvis ginjal.

- 3) Neuropati yang sering terjadi adalah neuropati perifer, berupa hilangnya sensasi distal, berisiko terjadinya ulkus kaki dan amputasi.

8. Penatalaksanaan

Menurut Perkeni (2019), ada 4 pilar penatalaksanaan diabetes melitus, yaitu

a. Edukasi

Edukasi memegang peranan yang sangat penting dalam pengelolaan diabetes melitus tipe 2 karena edukasi pasien dapat mengubah perilaku pasien dalam pengelolaan diabetes melitus secara mandiri. Edukasi tentang manajemen diabetes melitus secara mandiri harus diberikan secara bertahap yang meliputi konsep dasar diabetes melitus, pencegahan diabetes melitus, pengobatan diabetes melitus, dan perawatan diri.

b. Terapi Nutrisi Medis

Diet atau terapi nutrisi medis adalah bagian dari pengelolaan diabetes melitus tipe 2. Keberhasilan terapi nutrisi medis bergantung pada keterlibatan penuh dari tenaga kesehatan. Pengaturan jadwal, jenis, dan jumlah makanan merupakan aspek yang sangat penting untuk diperhatikan, terutama pada pasien yang menjalani terapi insulin.

c. Latihan jasmani

Latihan dilakukan rutin 3-4 kali seminggu, sekitar 30 menit yang sifatnya *CRIPE* (*Continous, Rhytmical, Interval, Progressive*,

Endurance training). Prinsip CRIPE menjadi dasar pembuatan materi DSME/S yang memiliki arti latihan fisik dilakukan terus menerus, otot-otot berkontraksi dan relaksasi secara teratur, gerak cepat dan lambat secara bergantian, bertahap dari latihan ringan ke latihan yang lebih berat dan bertahan dalam waktu tertentu. Latihan jasmani untuk menjaga kebugaran, menurunkan berat badan, dan meningkatkan sensitivitas insulin.

d. Intervensi farmakologis

Intervensi farmakologis melalui pemberian obat-obatan kepada pasien diabetes melitus tipe 2. Obat yang diberikan berupa obat oral dan bentuk suntikan.

C. Konsep Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

Menurut Aspiani (2014) pengkajian adalah langkah pertama pada proses keperawatan, meliputi pengumpulan data, analisa data, dan menghasilkan diagnosis keperawatan.

a. Identitas

Pengkajian identitas meliputi nama, tanggal lahir, jenis kelamin, status perkawinan, agama, dan suku.

b. Riwayat pekerjaan dan status ekonomi

Meliputi pekerjaan saat ini, pekerjaan sebelumnya, sumber pendapatan dan kecukupan pendapatan.

c. Lingkungan tempat tinggal

Bertujuan untuk mengidentifikasi lingkungan yang dapat mempengaruhi kesehatan pasien, diantaranya yaitu kebersihan dan kerapian lingkungan, penerangan, sirkulasi udara, keadaan kamar mandi dan WC, pembuangan air kotor, sumber air minum, pembuangan sampah, dan sumber pencemaran.

d. Riwayat kesehatan

1) Riwayat kesehatan sekarang

Mengetahui keluhan yang dirasakan saat ini. Pada penyakit DM riwayat yang biasanya dominan muncul adalah sering buang air kecil (poliuri), sering haus (polidipsi), dan sering lapar (poliphagi).

2) Riwayat kesehatan dahulu

Mempunyai riwayat gula darah yang tinggi pada masa muda, keluhan kesemutan pada kaki. Riwayat penyakit lain yang pernah diderita.

3) Riwayat kesehatan keluarga

Diabetes melitus dapat menurun menurut silsilah keluarga yang mengidap diabetes.

e. Pola fungsional

1) Persepsi kesehatan dan pola manajemen kesehatan

Menggambarkan persepsi, pengetahuan, penatalaksanaan pasien terhadap penyakitnya.

2) Nutrisi metabolik

Pasien diabetes melitus biasanya mengeluhkan sering lapar (poliphagi). Berat badan cenderung menurun.

3) Eliminasi

Pasien diabetes melitus biasanya mengeluhkan jumlah urine meningkat sehingga sering kencing (poliuri), nokturia. Bau khas gula pada urin.

4) Aktivitas pola dan latihan

Mudah lelah, mudah mengantuk

5) Pola istirahat tidur

Penyandang sering terbangun pada malam hari karena frekuensi kencing yang meningkat. Rata-rata tidur penyandang pada malam hari 4-5 jam.

6) Pola kognitif persepsi

7) Persepsi diri-pola konsep diri

8) Pola peran hubungan

Bagaimana peran dan hubungan pasien terhadap orang lain.

9) Seksualitas

Terjadi disfungsi ereksi pada pria.

10) Koping pola toleransi stress

11) Nilai pola keyakinan

Kepercayaan pasien terhadap kesembuhan, harapan akan sakitnya.

f. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik meliputi: Keadaan umum, tanda-tanda vital, kepala, dada, abdomen, ekstremitas. pada pemeriksaan ekstremitas warna kuku pucat, sianosis terjadi karena penurunan perfusi pada kondisi ketoasidosis atau komplikasi saluran pernafasan. kesemutan dan nyeri pada ekstremitas bawah, ulkus kaki, dan penyembuhan luka yang lama.

g. Pengkajian khusus pada lansia

1) Indeks Katz

Mengukur kemampuan pasien untuk melakukan 6 kemampuan fungsi: *bathing, dressing, toileting, transferring, feeding, maintenance continence*. Digunakan untuk lansia, pasien dengan penyakit kronik (stroke, fraktur hip).

Kemandirian berarti tanpa pengawasan, pengarahan atau bantuan pribadi aktif, kecuali seperti secara spesifik diperlihatkan dibawah ini. Hal ini didasarkan pada kondisi aktual dan bukan kemungkinan Seorang klien yang menolak untuk melakukan suatu fungsi dianggap sebagai tidak melakukan fungsi meskipun ia dianggap mampu.

2) APGAR keluarga lansia

Digunakan untuk mengkaji fungsi social lanjut usia, hubungan lansia dengan keluarga sebagai peran sentralnya dan informasi tentang jaringan pendukung. Hal ini penting dilakukan karena

keperawatan jangka panjang membutuhkan dukungan fisik dan emosional dari keluarga. Instrument APGAR meliputi :

- a) Saya puas bisa kembali pada keluarga saya yang ada untuk membantu pada waktu sesuatu menyusahkan saya (adaptasi)
- b) Saya puas dengan cara keluarga saya membicarakan sesuatu dan mengungkapkan masalah dengan saya (hubungan).
- c) Saya pusa bahwa keluarga saya menerima dan mendukung keinginan saya untuk melakukan aktivitas (pertumbuhan).
- d) Saya puas dengan cara keluarga saya mengekspresikan efek dan berespons terhadap emosi saya, seperti marah, sedih, atau mencintai (afek).
- e) Saya puas dengan cara teman saya dan saya menyediakan waktu-waktu bersama.

Penilaian : Pertanyaan yang dijawab : selalu (poin 2), kadang-kadang (poin 1), hamper tidak pernah (poin 0).

3) SPMSQ (*Short Portable Mental Status Questionnaire*)

Pengkajian ini digunakan untuk mendeteksi adanya tingkat kerusakan intelektual. Instrumen SPMSQ terdiri dari 10 pertanyaan tentang orientasi, riwayat pribadi, memori dalam hubungannya dengan kemampuan perawatan diri, memori jauh dan kemampuan matematis. Penilaian dalam pengkajian SPMSQ adalah nilai 1 jika rusak/salah dan nilai 0 tidak rusak/benar.

Interpretasi:

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

4) Inventaris Depresi Beck

Inventaris Depresi Beck (IBD) merupakan alat pengukur status afektif yang digunakan untuk membedakan jenis depresi yang mempengaruhi suasana hati. Instrument ini berisikan 21 karakteristik: alam perasaan, pesimisme, rasa kegagalan, kepuasan, rasa bersalah, rasa terhukum, kekecewaan terhadap seseorang, kekerasan terhadap diri sendiri, keinginan untuk menghukum diri sendiri, keinginan untuk menangis, mudah tersinggung, menarik diri, ketidakmampuan membuat keputusan, gambaran tubuh, gangguan tidur, kelelahan, gangguan selera makan, kehilangan berat badan. Selain itu, juga berisikan 13 hal tentang gejala dan sikap yang berhubungan dengan depresi.

5) Risiko Jatuh

Pengkajian risiko jatuh dapat dilakukan dengan beberapa instrumen pengukuran sebagai berikut:

a) *Get Up and Go Test*

Get Up and Go Test merupakan instrumen pengukuran risiko jatuh. Pada instrumen ini terdapat dua item penilaian

yaitu cara berjalan pasien dan cara menopang pasien saat akan duduk. Apabila tidak ditemukan dua item penilaian tersebut maka hasilnya tidak berisiko. Ditemukan salah satu dari dua item penilaian hasilnya risiko rendah. Apabila ditemukan dua item penilaian artinya risiko tinggi.

b) *Morse Fall Scale*

Morse Fall Scale adalah instrumen pengukuran risiko jatuh sederhana dan cepat untuk mengkaji pasien yang memiliki kemungkinan jatuh, biasanya digunakan pada pasien umur 16 tahun. Instrumen ini memiliki 6 variabel yaitu (a) Riwayat jatuh; (b) Diagnosa sekunder; (c) Penggunaan alat bantu; (d) Terpasang infus; (e) Gaya berjalan; dan (f) Status mental (Sarah & Sembiring, 2021).

2. Diagnosis keperawatan

Diagnosis keperawatan adalah penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialami baik berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (SDKI, 2017).

Menurut (SDKI, 2017) diagnosis yang mungkin muncul yaitu :

- a. Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan hiperglikemia, disfungsi pankreas, resistensi insulin, gangguan toleransi glukosa darah, gangguan glukosa darah puasa,

- hipoglikemia, penggunaan insulin atau obat glikemik oral, hiperinsulinemia (misalnya insulinoma), endokrinopati (misalnya kerusakan adrenal atau pituitari), disfungsi hati, disfungsi ginjal kronis, efek agen farmakologis, gangguan metabolik bawaan (misalnya gangguan penyimpanan lisosomal, galaktosemia, gangguan penyimpanan glikogen).
- b. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan hiperglikemia, kurang terpapar informasi tentang proses penyakit (misal diabetes melitus), kurang aktivitas fisik
 - c. Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan neuropati perifer, perubahan pigmentasi, kurang terpapar informasi tentang upaya mempertahankan/melindungi integritas jaringan
 - d. Risiko jatuh dengan faktor risiko perubahan kadar glukosa darah, gangguan penglihatan (misal glaucoma, katarak), neuropati.
3. Perencanaan keperawatan

Setelah merumuskan diagnosis keperawatan, maka intervensi dan tindakan keperawatan perlu dilakukan. Intervensi keperawatan adalah treatment yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (*outcome*) yang diharapkan (SIKI, 2018). Adapun intervensi menurut (SIKI, 2018) dan luaran menurut (SLKI, 2019) dari diagnosis yang mungkin muncul dapat dilihat pada tabel 1, sebagai berikut:

Tabel 1. Intervensi Keperawatan

Diagnosis	SLKI	SIKI
<p>Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan</p> <ul style="list-style-type: none"> - hiperglikemia, disfungsi pankreas, resistensi insulin, gangguan toleransi glukosa darah, gangguan glukosa darah puasa, - hipoglikemia, penggunaan insulin atau obat glikemik oral, hiperinsulinemia (misalnya insulinoma), endokrinopati (misalnya kerusakan adrenal atau pituitari), disfungsi hati, disfungsi ginjal kronis, efek agen farmakologis, gangguan metabolik bawaan (misalnya gangguan penyimpanan lisosomal, galaktosemia, gangguan penyimpanan glikogen). 	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama , maka</p> <p>Luaran: Kestabilan kadar glukosa darah</p> <p>Ekspektasi: meningkat</p> <p>Kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kondisi membaik 2. Kadar glukosa darah membaik 3. Kadar glukosa dalam urine membaik 4. Keluhan pusing menurun 5. Keluhan lelah menurun 	<p>SIKI : Manajemen Hipoglikemi</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi tanda dan gejala hipoglikemia 2. Identifikasi kemungkinan penyebab hipoglikemia <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan karbohidrat sederhana, jika perlu 2. Berikan glukagon, jika perlu 3. Berikan karbohidrat kompleks dan protein sesuai diet 4. Pertahankan kepatenan jalan nafas 5. Pertahankan akses IV jika perlu 6. Hubungan layanan medis darurat jika perlu <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan membawa karbohidrat sederhana setiap saat 2. Anjurkan memakai identitas darurat yang tepat 3. Anjurkan monitor kadar glukosa darah 4. Anjurkan berdiskusi dengan tim perawatan diabetes tentang penyesuaian program, pengobatan 5. Jelaskan interaksi anara diet, insulin/agen oral dan olahraga 6. Ajarkan pengelolaan hipoglikemia 7. Ajarkan peraw3atan mandiri untuk mencegah hipoglikemia <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian dekstrose, jika perlu 2. Kolaborasi pemberian glukagon jika perlu <p>SIKI : Manajemen Hiperglikemia</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia 2. Identifikasi situasi yang menyebabkan kebutuhan insulin meningkat (penyakit kambuhan) 3. Monitor kadar glukosa darah 4. Monitor tanda gejala hiperglikemia 5. Monitor intake dan output cairan 6. Monitor keton urin, kadar analisa gas darah, elektrolit, Tekanan darah ortostatik dan frekuensi nadi

Diagnosis	SLKI	SIKI
		<p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan asupan cairan oral 2. Konsultasi dengan medis jika tanda gejala tetap ada atau memburuk 3. Fasilitasi ambulasi jika ada hipotensi ortostatik <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan hindari olahraga saat kadar glukosa darah lebih dari 250 mg/dl 2. Anjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri 3. Anjurkan kepatuhan terhadap diet dan olah raga 4. Anjurkan indikasi dan peningnya pengujian keton urin 5. Ajarkan pengelolaan diabetes <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi Pemberian insulin 2. Kolaborasi pemberian cairan IV 3. Kolaborasi pemberian kalium
<p>Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan</p> <ul style="list-style-type: none"> - hiperglikemia, - kurang terpapar informasi tentang proses penyakit (misal diabetes melitus), - kurang aktivitas fisik 	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama , maka</p> <p>Luaran: perfusi perifer</p> <p>Ekspektasi: meningkat</p> <p>Kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Denyut nadi perifer meningkat 2. Penyembuhan luka meningkat 3. Sensasi meningkat 4. Nyeri ekstremitas menurun 5. Parastesia menurun 6. Nekrosis menurun 7. Indeks <i>ankle-brachial</i> membaik 	<p>SIKI : Manajemen Sensasi Perifer</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi penyebab perubahan sensasi 2. Identifikasi penggunaan sepatu 3. Monitor terjadinya parastesia <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Hindari pemakaian benda-benda yang berlebihan suhunya <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan penggunaan thermometer untuk mengukur suhu air 2. Anjurkan penggunaan sarung tangan saat memasak 3. Anjurkan memakai sepatu lembut dan bertumit rendah <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian analgesik, jika perlu 2. Kolaborasi pemberian kortikosteroid jika perlu
<p>Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan</p> <ul style="list-style-type: none"> - neuropati perifer, - perubahan pigmentasi, 	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama , maka</p> <p>Luaran: Integritas kulit dan jaringan</p> <p>Ekspektasi: meningkat</p>	<p>SIKI : Perawatan Luka</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor karakteristik luka 2. Monitor tanda-tanda infeksi

Diagnosis	SLKI	SIKI
<ul style="list-style-type: none"> - kurang terpapar informasi tentang upaya mempertahankan/melindungi integritas jaringan 	<p>Kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kerusakan jaringan menurun 2. Kerusakan lapisan kulit menurun 3. Nekrosis menurun 4. Pigmentasi abnormal menurun 	<p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lepaskan balutan dan plester 2. Bersihkan dengan NaCl 3. Bersihkan jaringan nekrotik 4. Berikan salep yang sesuai 5. Pasang balutan sesuai jenis luka <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 2. Ajarkan prosedur perawatan luka mandiri <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi prosedur debridement jika perlu 2. Kolaborasi pemberian antibiotic jika perlu
<p>Risiko jatuh dengan faktor risiko:</p> <ul style="list-style-type: none"> - perubahan kadar glukosa darah, - gangguan penglihatan (missal glaucoma, katarak), - neuropati 	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama , maka</p> <p>Luaran: Tingkat jatuh</p> <p>Ekspektasi: menurun</p> <p>Kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jatuh dari tempat tidur menurun 2. Jatuh saat berjalan menurun 3. Jatuh saat di kamar mandi menurun 4. Jatuh saat berdiri menurun 	<p>SIKI: Pencegahan Jatuh</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi faktor resiko jatuh 2. Identifikasi resiko jatuh 3. Identifikasi factor lingkungan yang meningkatkan resiko jatuh 4. Hitung resiko jatuh dengan menggunakan skala <i>morses falls scale</i> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gunakan alat bantu berjalan 2. Tingkatkan penerangan di lingkungan sekitar 3. Atur tempat tidur dengan posisi rendah <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan memanggil orang terdekat jika membutuhkan bantuan berpindah 2. Anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin 3. Anjurkan melebarkan jarak kaki ketika berjalan

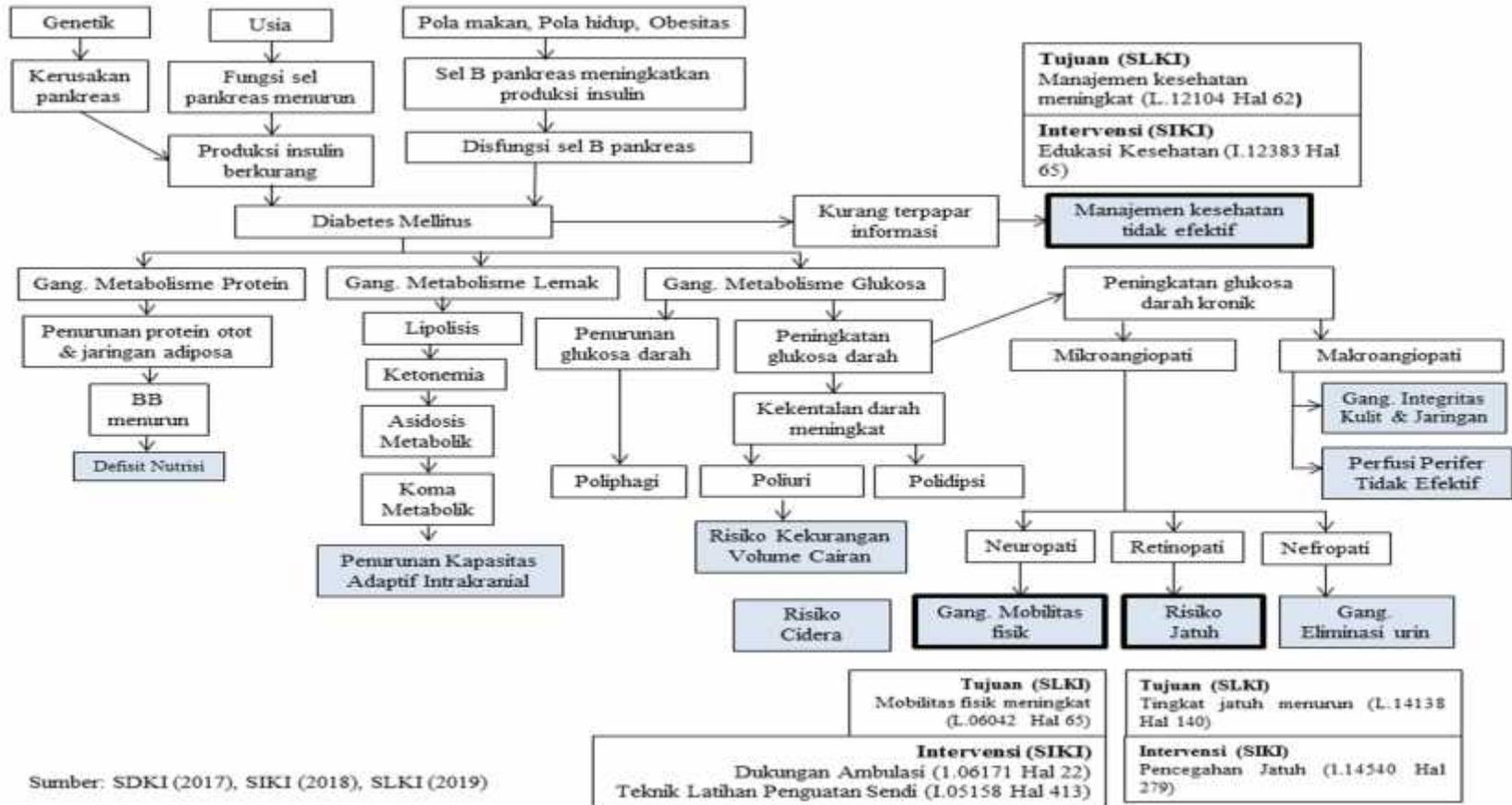
4. Pelaksanaan keperawatan

Pelaksanaan atau bisa disebut implementasi keperawatan merupakan tahap proses keperawatan dimana perawat memberikan intervensi atau tindakan keperawatan secara langsung dan tidak langsung terhadap klien (Potter & Perry 2016). Pelaksanaan adalah perwujudan dari rencana keperawatan yang disusun pada tahap perencanaan atau setelah penyusunan diagnosis keperawatan dengan tujuan memenuhi kebutuhan klien untuk meningkatkan status kesehatan.

5. Evaluasi

Evaluasi keperawatan merupakan proses keperawatan yang digunakan perawat untuk menentukan apakah intervensi keperawatan telah berhasil dalam meningkatkan kondisi klien (Potter & Perry 2016). Evaluasi keperawatan dilakukan setelah tindakan keperawatan dilakukan.

D. Web of Causation (WoC)



Gambar 2. Web of Causation (WoC) Diabetes Mellitus