

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN MELALUI  
PENERAPAN SENAM DM UNTUK MENGONTROL KADAR  
GULA DARAH DI WISMA DAHLIA PANTI SOSIAL TRESNA  
WERDHA BUDI MULIA 1 CIPAYUNG**



**ELFRIDA RYAMA BR HUTABARAT  
221560311025**

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MEDISTRA  
INDONESIA  
TAHUN 2023**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN MELALUI  
PENERAPAN SENAM DM UNTUK MENGONTROL KADAR  
GULA DARAH DI WISMA DAHLIA PANTI SOSIAL TRESNA  
WERDHA BUDI MULIA 1 CIPAYUNG**

**Karya Ilmiah Akhir Ners**

Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Memperoleh Gelar Ners



**ELFRIDA RYAMA BR HUTABARAT  
221560311025**

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MEDISTRA  
INDONESIA  
AGUSTUS 2023**

## LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS

Saya yang bertanda tangan dibawah ini

Nama Mahasiswa : Elfrida Ryama Br Hutabarat

NPM : 221560311025

Program Studi : Profesi Ners

Dengan Ini Menyatakan Bahwa Karya Ilmiah Akhir Dengan Judul Asuhan Keperawatan Pada Pasien Melalui Penerapan Senam DM Untuk Mengontrol Kadar Gula Darah Di Wisma Dahlia Panti Sosial Tresna Werdha Budi Mulia 1 Cipayung Tahun 2023 Adalah Benar Merupakan Hasil Karya Sendiri Dan Bukan Merupakan Jiplakan Maupun Mengcopy Sebagian Dari hasil karya orang lain. Apabila dikemudian hari ternyata ditemukan ketidaksesuaian dengan pernyataan ini, maka saya bersedia mempertanggungjawabkan dan menerima sanksi, sesuai dengan ketentuan yang telah dibuat oleh STIKes Medistra Indonesia.

Demikian penulisan ini saya buat dengan sesungguhnya di Jakarta pada tanggal Februari 2023

Bekasi, Agustus 2023



Elfrida Ryama Br. Hutabarat

**LEMBAR PERSETUJUAN**

**Karya Ilmiah Akhir ini Telah Diperiksa Oleh Preseptor satu dan Preseptor dua  
dan disetujui untuk Melaksanakan Seminar Hasil**

**Bekasi, 13 April 2023**

Penguji I



Kiki Deniati S.Kep.,Ns.,M.Kep  
NIDN. 0316028302

Menyetujui,

Penguji II



Ns. Andi Pranata, M.Kep  
NIK 122312199221

Mengetahui,  
Kepala Program Studi Ilmu Keperawatan (S1)  
dan Pendidikan Profesi Ners



Kiki Deniati S.Kep.,Ns.,M.Kep  
NIDN. 0316028302

## LEMBAR PENGESAHAN KARYA ILMIAH AKHIR NERS

Yang bertandatangan di bawah ini :

Nama : Elfrida Ryama Br Hutabarat  
NPM : 221560311025  
Program Studi : Profesi Ners  
Judul Karya Ilmiah Akhir : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Melalui Penerapan  
Senam Dm Untuk Mengontrol Kadar Gula Darah Di  
Wisma Dahlia Panti Sosial Tresna Werdha Budi Mulia 1  
Cipayung

Telah diperiksa, dikaji dan diujikan dalam seminar hasil pada Tanggal 13 April 2023

Bekasi, 9 Agustus 2023

Penguji I

Kiki Deniati S.Kep.,Ns.,M.Kep  
NIDN. 0316028302

Wakil Ketua I Bidang Akademik

Puri Kresna Wati, SST.,M.KM  
NIDN. 0309049001

Penguji II

Ns. Andi Pranata, M.Kep  
NIK 122312199221

Kepala Program Studi Ilmu (S1) dan  
Pendidikan Profesi Ners

Kiki Deniati S.Kep.,Ns.,M.Kep  
NIDN. 0316028302

Disahkan  
Ketua STIKes Medistra Indonesia

Dr. Lenny Irmawaty Sirait, SST.,M.Kes  
NIDN. 0319017902

## **KATA PENGANTAR**

Dengan mengucapkan puji dan syukur kehadiran Tuhan Yang Maha Esa atas berkah dan rahmat-Nya peneliti dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir Ners dengan judul “Asuhan Keperawatan Gerontik Pada Pasien Melalui Penerapan Senam Dm Untuk Mengontrol Kadar Gula Darah Di Wisma Dahlia Panti Sosial Tresna Werdha Budi Mulia 1 Cipayung” sesuai dengan harapan. Penulisan Karya Ilmiah Akhir Ners yang merupakan salah satu persyaratan untuk memperoleh gelar profesi keperawatan (Ners) pada Program Studi Profesi Ners STIKes Medistra Indonesia. Selesaiannya Karya Ilmiah Akhir Ners ini tidak terlepas dari bantuan berbagai pihak, sehingga pada kesempatan ini penulis dengan segala kerendahan hati dan penuh rasa hormat mengucapkan terima kasih sebesar-besarnya kepada semua pihak yang telah memberikan bantuan moril maupun materil secara langsung maupun tidak langsung kepada penulis dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir Ners ini hingga selesai, terutama kepada yang saya hormati:

- a) Ns.Andi Pranata, S.Kep.,M.Kep., selaku Pembimbing saya dalam menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir Ners
- b) Kiki Deniati, S.Kep., Ners., M.Kep., selaku Kepala Program Studi S1 Ilmu Keperawatan dan Profesi Ners STIKes Medistra Indonesia sekaligus Penguji I Seminar Karya Ilmiah Akhir Ners
- c) Dr. Lenny Irmawaty Sirait, SST., M.Kes., selaku Ketua STIKes Medistra Indonesia
- d) Puri Kresnawati, SST., M.Kes., selaku Wakil Ketua I Bidang Akademik
- e) Nurti Y.K.Gea, S.Kep.,Ns.,M.Kep.,Sp.A, selaku Koordinator Profesi Ners

- f) Seluruh dosen dan Staff STIKes Medistra Indonesia yang tidak bisa disebutkan satu persatu
- g) Kedua orang tua dan saudara penulis yang tercinta, yang telah memberikan dukungan baik moril maupun material terutama doa yang tiada henti-hentinya sehingga penulis dapat berjalan sejauh ini.
- h) Rekan – rekan seperjuangan kelas profesi Ners angkatan XI STIKes Medistra Indonesia yang telah banyak memberikan kenangan, pengalaman, dan dukungan yang luar biasa serta motivasi untuk menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir Ners

Dalam hal ini penulis menyadari, bahwa penyusunan Karya Ilmiah Akhir Ners ini masih jauh dari kesempurnaan. Maka kepada para pembaca khususnya mahasiswa Program Studi Profesi Ners dan umumnya kepada seluruh mahasiswa STIKes Medistra Indonesia. Jika ada kesalahan dan kekeliruan dalam penulisan Karya Ilmiah Akhir Ners ini, penulis mohon kesediannya untuk memberikan kritik dan saran yang konstruktif, serta motivasi-motivasi yang membangun.

Bekasi, Agustus 2023

Elfrida Ryama Br Hutabarat

## DAFTAR ISI

LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS .....	ii
LEMBAR PERSETUJUAN .....	ii
LEMBAR PENGESAHAN KARYA ILMIAH AKHIR NERSE	Error! Bookmark
not defined.	
KATA PENGANTAR.....	v
DAFTAR ISI.....	vii
DAFTAR TABEL.....	ix
DAFTAR GAMBAR.....	xi
BAB I PENDAHULUAN .....	1
A. Latar Belakang .....	1
B. Tujuan .....	11
BAB II TINJAUAN TEORI.....	13
A. Konsep Lanjut Usia.....	13
B. Konsep Diabetes Mellitus .....	30
C. Konsep dasar Senam Diabetes Melitus .....	52
D. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan .....	61
BAB III LAPORAN KASUS.....	64
BAB IV HASIL PEMBAHASAN .....	161
A. Pengkajian .....	161
B. Diagnosis Keperawatan .....	164
C. Intervensi Keperawatan .....	168
D. Implementasi Keperawatan .....	174

<b>E. Evaluasi Keperawatan .....</b>	<b>177</b>
<b>BAB V PENUTUP .....</b>	<b>182</b>
<b>A. Kesimpulan .....</b>	<b>182</b>
<b>B. Saran.....</b>	<b>184</b>
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>185</b>

## DAFTAR TABEL

Tabel 3. 1 KATZ Indeks Pasien Kelolaan 1 .....	76
Tabel 3. 2 Modifikasi dari Barthel indeks Pasien Kelolaan 1 .....	77
Tabel 3. 3 Pengkajian Status Mental Gerontik Pasien Kelolaan 1 .....	78
Tabel 3. 4 MMSE (Mini Mental Status Exam) Pasien Kelolaan 1 .....	79
Tabel 3. 5 The timed up and go (tug) Test Pasien Kelolaan 1 .....	84
Tabel 3. 6 Geriatric Depression Scale (GDS) Pasien Kelolaan 1 .....	85
Tabel 3. 7 Data Fokus Pasien Kelolaan 1 .....	86
Tabel 3. 8 Analisa data Pasien Kelolaan 1 .....	87
Tabel 3. 9 Diagnosa Keperawatan Pasien Kelolaan 1 .....	88
Tabel 3. 10 Rencana Keperawatan Pasien Kelolaan 1 .....	89
Tabel 3. 11 Implementasi Keperawatan Pasien Kelolaan 1 hari pertama .....	91
Tabel 3. 12 Implementasi Keperawatan Pasien Kelolaan 1 hari kedua .....	96
Tabel 3. 13 Implementasi Keperawatan Pasien Kelolaan 1 hari ketiga .....	101
Tabel 3. 14 Evaluasi Keperawatan Pasien Kelolaan 1 .....	106
Tabel 3. 15 KATZ Indeks Pasien Kelolaan 2 .....	120
Tabel 3. 16 Modifikasi dari Barthel indeks Pasien Kelolaan 2 .....	122
Tabel 3. 17 Pengkajian Status Mental Gerontik Pasien Kelolaan 2 .....	123
Tabel 3. 18 MMSE (Mini Mental Status Exam) Pasien Kelolaan 2 .....	123
Tabel 3. 19 The timed up and go (tug) Test Pasien Kelolaan 2 .....	128
Tabel 3. 20 Geriatric Depression Scale (GDS) Pasien Kelolaan 2 .....	130
Tabel 3. 21 Data Fokus Pasien Kelolaan 2 .....	131
Tabel 3. 22 Analisa Data Pasien Kelolaan 2 .....	132

Tabel 3. 23 Diagnosa Keperawatan Pasien Kelolaan 2.....	133
Tabel 3. 24 Rencana Keperawatan Pasien Kelolan 2.....	134
Tabel 3. 25 Implementasi Keperawatan Pasien Kelolaan 2 hari pertama.....	136
Tabel 3. 26 Implementasi Keperawatan Pasien Kelolaan 2 hari kedua .....	143
Tabel 3. 27 Implementasi Keperawatan Pasien Kelolaan 2 hari kedua .....	150
Tabel 3. 28 Implementasi Keperawatan Pasien Kelolaan 2.....	157

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2. 1 Gerakan Awal Pada Senam Dm. ....	54
Gambar 2. 2Gerakan kedua pada Senam Dm .....	54
Gambar 2. 3 Gerakan ketiga pada Senam Dm .....	55
Gambar 2. 4 Gerakan keempat pada Senam Dm .....	55
Gambar 2. 5 Gerakan kelima pada Senam Dm .....	56
Gambar 2. 6 Gerakan keenam pada Senam Dm .....	56
Gambar 2. 7 Gerakan ketujuh pada Senam Dm .....	57
Gambar 2. 8 Gerakan kedelapan pada Senam Dm.....	57
Gambar 2. 9 Gambar kesembilan pada Senam Dm .....	58
Gambar 2. 10 Gerakan kesepuluh pada Senam Dm.....	58
Gambar 2. 11 Gerakan membuat bola dengan kaki. ....	59
Gambar 2. 12 Gerakan menyobek menjadi 2 bagian. ....	59
Gambar 2. 13 Gerakan menyobek koran menjadi bagian kecil .....	60
Gambar 2. 14 Gerakan memasukan sobekan koran ke bagian koran yang utuh....	60
Gambar 2. 15 Gerakan membungkus sobekan koran menjadi bola.....	61

## DAFTAR LAMPIRAN

Lampran 1 Standar Operasional Prosedur (SOP).....	188
Lampran 2 Kegiatan Bimbingan Karya Ilmiah Akhir.....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
Lampran 3 Biodata Penulis .....	197

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

Dalam Latar belakang ini menjelaskan tentang masalah diabetes mellitus yang sering dialami oleh lanjut usia dengan tujuan mengontrol tekanan gula darah melalui penerapan terapi komplementer senam kaki ( diabetes mellitus ) yang dapat memperbaiki sirkulasi darah dan membantu kerja insulin dalam tubuh.

### **A. Latar Belakang**

Lansia atau yang disebut lanjut usia merupakan suatu kondisi yang berlangsung dalam kehidupan manusia lansia ialah sesi terakhir dari siklus kehidupan manusia dan juga bagian dari proses dalam kehidupan. Setiap orang tidak bisa menghindarinya usia lanjut dapat dikatakan sebagai tahap akhir dari perkembangan siklus terakhir pada manusia. Lansia juga di kelompokkan pada manusia yang telah memasuki usia tahap akhir dari proses kehidupannya. Lanjut usia merupakan kelompok yang rentan mengalami berbagai masalah seperti proses menua, menurunnya kemampuan melakukan kegiatan dan aktivitas akibat pensiun dan keterbatasan fisik pada lansia (Muhith A & Siyoto S, 2016)

Proses penuaan memiliki dampak luas dan masalah yang muncul karena kebutuhan atas pelayanan, kesempatan dan fasilitas bagi lansia akan bertambah. Setiap masing masing lansia menua dengan cara yang berbeda-beda berdasarkan waktu dan riwayat hidupnya. Pada tahap ini masing

masing lansia akan mengalami perubahan baik secara fisik maupun mental, khususnya menurunnya berbagai fungsi dan kemampuan yang pernah dimilikinya (Ledhy dan Oghuo, 2018)

Perubahan-perubahan dalam proses “aging” atau penuaan merupakan masa ketika seorang individu berusaha untuk tetap menjalani hidup dengan bahagia melalui berbagai perubahan dalam hidup. Berarti hal ini dikatakan sebagai “perubahan drastis” atau “kemunduran”. Secara definisi, seorang individu yang telah melewati usia 45 tahun atau 60 tahun disebut lansia. Akan tetapi, pelabelan ini dirasa kurang tepat. Hal itu cenderung pada asumsi bahwa lansia itu lemah, penuh ketergantungan, minim penghasilan, penyakit, tidak produktif dan masih banyak lagi, salah sat kegiatan yang harus dilakukan untuk menghindari kadar gula darah yang meningkat yaitu melakkan Aktivitas fisik atau latihan jasmani untuk pengelolaan DM dalam kehidupan sehari-hari yang terbukti dapat mempertahankan berat badan, menjaga tekanan darah tetap normal, membantu peningkatan fungsi insulin didalam tubuh, dan juga meningkatkan kesejahteraan psikologi (Amalia, 2019).

Menurut (Risksdas 2018) menjelaskan bahwa terjadi peningkatan kejadian diabetes melitus dari 6,9% pada 2013 menjadi 8,5% pada 2018. Prevalensi diabetes di Jawa Tengah meningkat dari 1,9% tahun 2013 menjadi 2,1% tahun 2018. Diabetes merupakan salah satu penyakit kronis yang dapat meningkatkan dengan cepat prevelensi komplikasi kronis pada

lansia, diabetes mellitus termasuk kelompok gangguan metabolik dengan karakteristik hiperglikemi yang terjadi karena kelainan insulin yang disebabkan gangguan kerja dan atau sekresi insulin. Diabetes mellitus merupakan permasalahan kesehatan yang dianggap penting karena termasuk penyakit tidak menular yang menjadi target tata laksana oleh para pemimpin dunia (Ledhy 2019).

World Health Organization (WHO) Tahun 2014 menjelaskan Diabetes Melitus diperkirakan menjadi penyebab utama ke tujuh kematian di dunia pada tahun 2030. Jumlah kematian akibat Diabetes Melitus diproyeksikan meningkat lebih dari 50% dalam 10 tahun ke depan. Diabetes Melitus merupakan salah satu masalah kesehatan yang banyak terjadi pada masyarakat. Data dari studi global menunjukkan bahwa jumlah penderita Diabetes Melitus Jumlah kasus Diabetes Melitus semakin bertambah sampai beberapa tahun yang akan datang. Jumlah penderita Diabetes Mellitus secara global terjadi peningkatan tiap tahunnya, penyebabnya antara lain peningkatan jumlah populasi, usia, obesitas dan kurangnya aktivitas fisik. Diperkirakan 578,4 juta penduduk menderita penyakit diabetes pada tahun 2030 dibandingkan di tahun 2019 sebanyak 463 juta dan tahun 2045 jumlah penderita Diabetes mellitus akan meningkat menjadi 700,2 juta. Kasus diabetes militus secara global meningkat hampir dua kali lipat. Hal ini menandakan adanya kenaikan faktor risiko berat badan yang berlebih atau obesitas Terdapat korelasi bermakna antara obesitas dengan kadar glukosa darah, pada derajat kegemukan dengan IMT

> 23 dapat menyebabkan peningkatan kadar glukosa darah menjadi 200mg% ( Kane dkk, 2017). Pada 10 tahun terakhir, prevalensi Diabetes Melitus mengalami kenaikan secara drastis terutama pada negara dengan tingkat penghasilan rendah dan menengah, dibandingkan negara dengan tingkat penghasilan tinggi (Ledhy dan Oghuo, 2018).

Diabetes mellitus adalah sekumpulan gangguan metabolisme yang terjadi karena pankreas tidak cukup memproduksi insulin atau tubuh tidak efektif dalam menggunakan insulin sehingga berakibat meningkatnya kadar glukosa darah atau yang disebut hiperglikemi, ketidakstabilan metabolisme yang terjadi karena interaksi faktor genetik dan faktor lingkungan meningkat, seiring peningkatan resiko kejadiannya seperti gaya hidup yang kurang baik, pola makan yang tidak sehat dan faktor lain sepertikurangnya aktivitas fisik (Ledhy 2019)

Faktor yang dapat mempengaruhi Diabetes Mellitus tipe 2 diantaranya usia, riwayat Diabetes Melitus keluarga, dan kurangnya dalam melakukan aktivitas fisik. Usia merupakan salah faktor resiko yang dapat menyebabkan seseorang menderita penyakit Diabetes Mellitus, Diabetes mellitus dikategorikan sebagai salah satu penyakit yang tidak menular (Non-Communicable Diseases). Penyakit tidak menular ini menempati posisi ke tujuh dari sepuluh penyebab kematian terbesar di dunia dengan angka kematian lebih tinggi di Negara dengan berpenghasilan rendah dan menengah (Rottie, Karundeng dan Ruben, 2019).

International Diabetes Federation (IDF) menyebutkan bahwa prevalensi Diabetes Melitus di dunia adalah 1,9% dan telah menjadikan Diabetes Melitus sebagai penyebab kematian urutan ke tujuh di dunia tahun 2030, dan di tahun 2012 angka kejadian diabetes melitus di dunia adalah sebanyak 371 juta jiwa dimana proporsi kejadian diabetes melitus tipe 2 adalah 95% dari populasi dunia yang menderita diabetes mellitus

Diabetes mellitus pada lanjut usia lebih banyak terjadi pada perempuan dibandingkan pada laki-laki, wanita lebih berisiko mengidap diabetes karena secara fisik wanita memiliki peluang peningkatan indeks masa tubuh yang lebih besar. Kejadian Diabetes Melitus Tipe 2 pada wanita lebih tinggi dari pada laki-laki. Wanita lebih berisiko terkena diabetes karena secara fisik wanita memiliki peluang peningkatan indeks masa tubuh yang lebih besar. Menurut penelitian yang dilakukan (Riskseddas 2018)

bahwa ada perbandingan prevalensi diabetes mellitus pada perempuan lebih tinggi dengan laki - laki dengan perbandingan pada perempuan 1,78% dan perbandingan pada prevelensi pada laki laki sebesar 1,7%. Perempuan memiliki risiko tinggi terkena diabetes mellitus dikarenakan perempuan mempunyai Indeks Masa Tubuh (IMT) yang lebih besar, hal ini dikarenakan terjadinya penumpukan lemak tubuh dikarenakan adanya sindrom menopause yang secara tidak langsung akan meningkatkan Indeks Masa Tubuh (IMT) 5-10%. Selain Indeks Masa Tubuh (IMT) yang lebih

besar, perempuan juga lebih mudah mengalami stress, cemas dan depresi. Stress dapat mempengaruhi kerja hormon kortisol, yang mana sekresi hormon kortisol dapat mengganggu regulasi glukosa dalam darah (Dwi Ramayanti et al., 2022)

World Health Organization (WHO) menjelaskan bahwa dunia kini mengalami 71 juta penderita Diabetes Melitus dan akan meningkat 2 kali lipat yaitu 366 juta pada tahun 2030. Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI juga menyebutkan bahwa estimasi terakhir International Diabetes Federation (IDF) pada tahun 2035 terdapat 592 juta orang yang hidup dengan diabetes di dunia (Lestari, Zulkarnain dan Sijid, 2021)

Penderita diabetes mellitus tipe 2 rata-rata pada usia 65 sampai > 84 tahun (Halepian dkk., 2018). Usia > 30 tahun dapat terjadi perubahan anatomis, fisiologis serta biokimia pada tubuh seseorang, sehingga hal tersebut dapat menjadi salah satu hal yang dapat berpengaruh terjadinya diabetes mellitus. Usia > 30 tahun rata-rata akan mengalami kenaikan 6-13 mg/dL kadar glukosa dalam darah setiap tahun, sehingga hal tersebut menjadikan usia berpengaruh dengan kejadian diabetes mellitus tipe 2 (Dwi Ramayanti et al., 2022). Usia lanjut tersebut akan mengalami peningkatan kadar glukosa, yang mana terjadinya proses penuaan akan menyebabkan berkurangnya produksi insulin oleh sel beta pankreas, seiring dengan pertambahan usia maka aktivitas lansia juga berkurang

(Singal dkk., 2017)

Diabetes mellitus timbul tanpa diketahui oleh penderitanya karena tandanya sangat sulit untuk diketahui . Kadar gula yang tidak dapat terkontrol dapat meningkatkan terjadinya atherosclerosis atau yang sering disebut pengerasan sendi yang akan mengakibatkan terjadinya gangguan sirkulasi darah. Hiperglikemia juga berdampak pada kerusakan berbagai sistem tubuh terutama gangguan pada jantung, penglihatan mata, infeksi kulit, ginjal, dan luka yang susah sembuh. Penderita diabetes mellitus dua kali lebih berisiko mendapat penyakit kardiovaskular dan sekitar 75% diabetes mellitus menyebabkan kematian dikarenakan penyakit jantung koroner yang berdampak pada penurunan harapan hidup penderita diabetes mellitus (Widiyoga, Saichudin and Andiana, (Lansia, 2020)

Diabetes mellitus terdiri dari dua tipe yaitu tipe I yang disebabkan oleh keturunan dan tipe II yang disebabkan oleh gaya hidup. Hampir 80% prevalensi Diabetes Melitus paling banyak adalah Diabetes Melitus Tipe II, hal ini berarti dikarenakan gaya hidup ( life style ) yang tidak sehat menjadi pemicu utama meningkatnya prevalensi penyakit Diabetes Melitus (Rahayu, 2020)

Jumlah penderita diabetes mellitus tipe 2 makin berkembang karena faktor genetik dan faktor demografi ( jumlah penduduk meningkat, urbanisasi, usia diatas 40 tahun meningkat) dan faktor perubahan gaya hidup yang kurang baik menyebabkan obesitas karena makan berlebihan dan hidup

santai faktor risiko Diabetes Melitus yang dapat dimodifikasi terdiri dari mengkonsumsi alkohol, merokok, kurangnya melakukan aktivitas fisik dan faktor diet seperti asupan lemak (Ledhy 2019)

Perawatan penyakit Diabetes Melitus yaitu melakukan penatalaksanaan nonfarmakologi atau terapi tanpa obat dengan menjaga pola hidup yang sehat salah satu diantaranya dengan melakukan olahraga secara teratur. Olahraga sangat berpengaruh bagi tubuh setelah latihan secara teratur serta dapat mengontrol kadar gula darah. Peran keluarga sangat dibutuhkan untuk merawat anggota keluarga yang menderita penyakit Diabetes Melitus dikarenakan keluarga merupakan kelompok kecil yang paling dekat serta mampu mengenal masalah yang dialami keluarga dalam melakukan pengendalian penyakit Diabetes Melitus agar tidak menimbulkan komplikasi pada keluarga yang mengidap Diabetes Mellitus. Komplikasi dapat terjadi hampir pada semua bagian tubuh seperti terjadi serangan jantung, stroke, gagal ginjal, amputasi kaki, kehilangan fungsi penglihatan dan kerusakan saraf. Maka dari penatalaksanaan yang tepat harus dapat dilakukan pada penderita Diabetes Melitus untuk mencegah komplikasi yang terjadi (Rottie, Karundeng dan Ruben, 2019)

Salah satu kegiatan latihan fisik yang dapat mengontrol kadar gula darah pada pasien Diabetes Melitus adalah senam kaki yang dapat membantu memperbaiki sirkulasi darah, memperkuat otot-otot kecil kaki dan mencegah terjadinya kelainan bentuk kaki. Selain itu senam kaki dapat

meningkatkan kekuatan otot betis, otot paha, dan juga mengatasi keterbatasan pergerakan sendi, melakukan senam kaki bertujuan agar terjadi pergerakan tungkai kaki yang mengakibatkan menegangnya otot tungkai dan menekan vena disekitar otot, hal ini akan mendorong darah kearah jantung dan tekanan vena akan menurun, mekanisme ini juga dikenal dengan “pompa vena”. Mekanisme ini akan membantu melancarkan peredaran darah pada bagian ekstremitas bawah dan memperbaiki sirkulasi darah, sehingga mempengaruhi nilai Ankle Brachial Index (Rojer, 2020)

Menurut (Wahyu, 2020) Senam kaki diabetes adalah senam fisik yang dirancang menurut usia dan status fisik dan merupakan bagian dari pengobatan diabetes mellitus Senam kaki diabetes ini juga bertujuan untuk memperbaiki sirkulasi darah sehingga nutrisi ke jaringan lebih lancar, memperkuat otot-otot kecil, otot paha serta otot betis dan dapat mengatasi keterbatasan gerak sendi yang dialami oleh pasien Diabetes Mellitus. Senam kaki diabetes ini juga dapat diberikan kepada seluruh pasien Diabetes Mellitus dengan Tipe 1 ataupun tipe 2 dan sebaiknya pemberian terapi ini diberikan sejak pasien di diagnosa menderita Diabetes Mellitus sebagai tindakan untuk pencegahan komplikasi sedini mungkin akibat penyakit Diabetes Mellitus (Rottie, Karundeng dan Ruben, 2019)

Rottie, et al (2019) menjelaskan bahwa ada pengaruh senam kaki Diabetes Mellitus terhadap kadar gula darah penderita Diabetes Mellitus

Tipe 2 di Dusun Candimulyo Kecamatan Jombang Kabupaten Jombang. 10 responden diabetes mellitus mengalami penurunan kadar gula darah sesudah senam sebanyak 6 responden, hal ini menyatakan bahwa terdapat pengaruh senam kaki Diabetes Mellitus terhadap kadar gula darah penderita Diabetes Melitus tipe.

Penelitian (Nislawati, 2020) Yang menunjukkan bahwa terdapat pengaruh pemberian senam diabetik terhadap penurunan kadar gula darah di wilayah Kerja Puskesmas Bangkinang Kota. (Salindelo et al.,2016) dalam penelitiannya mengatakan dalam penelitaianya bahwa senam diabetes melitus memiliki pengaruh yang signifikan terhadap penurunan kadar gula darah penderita Diabetes Melitus tipe 2. Begitu juga dengan penelitian yang dilakukan oleh (Puspaningtyas et al., 2022) yang menunjukkan bahwa senam diabetes memiliki pengaruh terhadap penurunan kadar gula darah pada penderita Diabetes Melitus di Puskesmas Bero Trucuk Klaten (Nislawati, 2020)

Senam kaki yang dianjurkan untuk pasien Diabetes Melitus adalah senam kaki yang bersifat aerobic. Artinya senam tersebut membutuhkan oksigen dan dapat membantu memperbaiki sirkulasi darah, memperkuat otot-otot kecil kaki, mencegah terjadinya kelainan bentuk kaki yang dapat meningkatkan potensi luka diabetik di kaki, dan meningkatkan produksi insulin yang dipakai dalam transport glukosa ke sel sehingga membantu menurunkan glukosa dalam darah (Dwi Ramayanti et al., 2022)).

Tindakan keperawatan yang diberikan pada pasien lansia Diabetes Melitus yaitu dengan senam kaki salah satu dari prinsip penatalaksanaan penyakit Diabetes Melitus. Latihan senam kaki dilakukan setiap hari secara teratur (selama 10-15 menit) merupakan salah satu pilar dalam pengelolaan Diabetes Melitus. Latihan fisik senam kaki ini sebaiknya disesuaikan dengan usia dan status kebugaran jasmani, salah satu jenis latihan fisik bagi penderita Diabetes Melitus adalah senam kaki (Herdiana, 2017). Senam kaki dapat memperbaiki sirkulasi darah dan memperkuat otot-otot kecil kaki serta mencegah terjadinya kelainan bentuk kaki, meningkatkan kekuatan pada otot betis, otot paha dan juga mengatasi keterbatasan dalam pergerakan sendi (Dwi Ramayanti et al., 2022)

Berdasarkan latar belakang yang dikemukakan diatas maka penulis tertarik untuk menyusun Asuhan Keperawatan Gerontik Pada Pasien Diabetes Mellitus Di Panti Sosial Tresna Werdha Budi Mulia 1 Cipayung.

## **B. Tujuan**

### **1. Tujuan Umum**

Mengaplikasikan Asuhan Keperawatan Pada Pasien Diabetes Mellitus Melalui Penerapan Senam DM Di Panti Sosial Tresna Werdha Budi Mulia 1 Cipayung.

### **2. Tujuan khusus**

- a. Melakukan pengkajian pada Pasien diabetes Mellitus di Panti Sosial Tresna Werdha Budi Mulia 1 Cipayung

- b. Merumuskan diagnosis keperawatan pada pasien diabetes Mellitus, di Panti Sosial Tresna Werdha Budi Mulia 1 Cipayung
- c. Memberikan tindakan asuhan keperawatan pada pasien diabetes Mellitus, di Panti Sosial Tresna Werdha Budi Mulia 1 Cipayung
- d. Melakukan evaluasi keperawatan pada pasien diabetes Mellitus, di Panti Sosial Tresna Werdha Budi Mulia 1 Cipayung
- e. Mendeskripsikan kesenjangan teori dan praktik pada pasien diabetes Mellitus, di Panti Sosial Tresna Werdha Budi Mulia 1 Cipayung
- f. Menerapkan senam DM pada diabetes Mellitus di Panti Sosial Tresna Werdha Budi Mulia 1 Cipayung

## **BAB II**

### **TINJAUAN TEORI**

Pada tinjauan teori ini menjelaskan tentang konsep diabetes mellitus. Serta perkembangan lanjut usia yang sering mengalami diabetes mellitus. dalam bab ini juga menjelaskan tentang bagaimana cara mencegah diabetes mellitus dan apa saja yang menyebabkan lansia sering mengalami penyakit diabetes mellitus.

#### **A. Konsep Lanjut Usia**

Menurut UU nomor 13 Tahun 1998, Lansia yaitu individu baik perempuan atau laki-laki yang masih bisa bekerja maupun yang sudah tidak bisa beraktifitas yang telah berusia 60 tahun atau bahkan lebih. Menua merupakan salah satu tahap alamiah yang harus kita lewati dalam tahap menua, pada tahap ini secara satu persatu kemampuan jaringan dalam memperbaiki dan mempertahankan fungsinya secara normal akan menghilang akibatnya akan berdampak pada beberapa masalah fisik seperti terjadinya osteoporosis yang menyebabkan lansia harus menjalani tirah baring dalam jangka waktu yang sangat lama . Proses menua akan terjadi pada seluruh organ tubuh, termasuk organ tubuh bagian dalam yaitu otak, jantung, paru-paru, ginjal, dan organ tubuh bagian luar yaitu kulit . Seiring dengan bertambahnya usia seseorang akan disertai oleh munculnya berbagai penyakit dan juga peranan sosial akan menjadi berkurang, sehingga dapat timbulnya tanda – tanda penuaan yang dapat memicu terjadinya depresi pada lansia. Salah satu penyebab depresi pada lansia adalah perubahan-perubahan psikologik, biologik dan sosial. Batasan usia lansia menurut WHO, yaitu Pertengahan usia 45-59 tahun, Usia lanjut 60-70 tahun, Usia lanjut tua 75-90 tahun, Usia sangat tua

berusia diatas 90 tahun. Kesehatan Republik Indonesia (2015) mengelompokkan batasan usia lansia menjadi: 60- 69 sebagai usia lanjut dan 70 tahun atau lebih sebagai usia lanjut dengan risiko tinggi.

Menurut Pudjiastuti (2003) Populasi lansia diperkirakan terus bertambah. Seorang lansia yang berada dalam keadaan sehat, produktif dan mandiri memiliki dampak positif. Sebaliknya jika peningkatan jumlah lansia tidak dalam keadaan sehat akan meningkatkan beban pada penduduk usia produktif. Masalah yang paling sering dihadapi oleh lansia adalah masalah kesehatan, salah satunya diabetes mellitus. lansia bukan penyakit, namun merupakan tahap lanjut dari suatu proses kehidupan yang ditandai dengan penurunan kemampuan tubuh untuk beradaptasi dengan stres lingkungan. Menurut Hawari (2001) lansia adalah keadaan yang ditandai oleh kegagalan seseorang untuk mempertahankan keseimbangan terhadap kondisi stress psikologi. Kegagalan ini berkaitan dengan penurunan daya kemampuan untuk hidup serta peningkatan kepekaan secara individual. Lansia adalah seseorang yang telah berusia >60 tahun dan tidak berdaya mencari nafkah sendiri untuk memenuhi kebutuhan hidupnya sehari-hari (Ratnawati, 2017) pada umumnya memiliki tanda-tanda terjadinya penurunan fungsi-fungsi biologis, psikologis, sosial ekonomi (Muhith dan Siyoto, 2016). Lansia dengan DM yang cukup lama pada umumnya memiliki kualitas hidup yang kurang baik karena memiliki pengaruh negatif terhadap fisik dan psikologis para penderita. Penderita DM ini biasanya sudah tidak dapat melakukan aktivitas sehari-hari dan tidak dapat beraktivitas sosial.(Muhith dan Siyoto, 2016). Pada seseorang yang sudah lanjut usia banyak yang terjadi penurunan salah satunya

kondisi fisik maupun biologis, dimana kondisi psikologisnya serta perubahan kondisi sosial dimana dalam proses menua ini memiliki arti yang Artinya proses menua adalah suatu proses menghilangnya secara perlahanlahan kemampuan jaringan untuk memperbaiki diri atau mengganti diri dan mempertahankan struktur dan fungsi normalnya, sehingga tidak dapat bertahan terhadap lesion atau luka (infeksi) dan memperbaiki kerusakan yang diderita. Hal ini dikarenakan fisik lansia dapat menghambat atau memperlambat kemunduran fungsi alat tubuh yang disebabkan bertambahnya umur. (Friska et a., 2020)

### **1. Siklus Hidup Lansia**

Siklus hidup manusia merupakan proses perjalanan hidup manusia sejak lahir sampai meninggal dunia. Menurut Organisasi Kesehatan Dunia Alpin (Alpin, 2016) siklus hidup lansia yaitu :

- a. Usia pertengahan (*middle age*), ialah kelompok usia 45 - 59 tahun.
- b. Lanjut usia (*elderly*), antara 60 sampai 74 tahun.
- c. Lanut usia tua (*old* ), antara 60 – 75 dan 90 tahun.
- d. Usia sangat tua (*very old* ), diatas 90 tahun.

### **2. Karakteristik Lansia**

Menurut (Padila , 2020) Lansia memiliki karakteristik sebagai berikut :

- a. Berusia lebih dari 60 tahun ( sesuai pasal 1 ayat (2) UU. No 13 tentang kesehatan).
- b. Kebutuhan dan masalah yang bervariasi dari rentang sehat sampai sakit, dari kebutuhan biopsikososial sampai spiritual, serta dari kondisi adaptif hingga maladaptive.

- c. Lingkungan tempat tinggal yang bervariasi

### 3. Tipe Lansia

Tipe lansia bergantung pada karakter, pengalaman hidup, lingkungan, kondisi fisik, mental dan sosial (Padila, 2020) Tipe tersebut diantaranya :

- a. Tipe arif bijaksana

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

- b. Tipe mandiri

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

- c. Tipe putus asa

Konflik lahir batin melintang proses penuaan sehingga menjadi pemarah, tidak sabar, mudah tersinggung, sulit dilayani, pengkritik dan banyak menuntut.

- d. Tipe pasrah

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

- e. Tipe bingung

Kaget, kehilangan kepribadian, mengasingkan diri, minder, menyesal, pasif dan acuh tak acuh.

Tipe lain dari lansia adalah tipe optimis, konstruksi, dependen (tergantung), *defensife* (bertahan). militant dan serius, tipe pemaarah/frustasi (kecewa akibat kegagalan dalam melakukan sesuatu), serta tipe putus asa (benci pada diri sendiri)

#### 4. Batasan Lanjut Usia

Usia yang dijadikan acuan untuk lanjut usia berbeda-beda, umumnya berkisar antara 60-65 tahun. Beberapa pendapat para ahli tentang batasan usia (Padila, 2020) sebagai berikut :

a. Menurut organisasi kesehatan dunia (WHO), ada empat tahapan yaitu:

1. Usia pertengahan (*middle age*) usia 45-59 tahun
2. Lanjut usia (*elderly*) usia 60-74 tahun
3. Lanjut usia tua (*old*) usia 75-90 tahun
4. Usia sangat tua (*very old*) usia > 90 tahun

b. Menurut *Burnsie (2019)* :

1. *Young old* (usia 60-69 tahun)
2. *Middle age old* (usia 70-79 tahun)
3. *Old-old* (usia 80-89 tahun)
4. *Very old-old* (usia > 90 tahun)

c. Menurut *Bee (2019)* :

1. Masa dewasa muda (usia 18-25 tahun)
2. Masa dewasa awal (usia 25-40 tahun)
3. Masa dewasa tengah (usia 40-65 tahun)

4. Masa dewasa lanjut (usia 65-75 tahun)
  5. Masa dewasa sangat lanjut (usia > 75 tahun)
- d. Menurut kemenkes RI 2011
1. Usia dewasa muda (*elderly adulthood*) usia 18/20-25 tahun
  2. Usia dewasa penuh (*middle years*) atau maturitas usia 25-60/65 tahun
  3. Lanjut usia (*geriatric age*) usia > 65/70 tahun, terbagi atas :

## 5. Faktor yang dapat Mempengaruhi Proses Menua

Penuaan yang terjadi sesuai dengan kronologis usia yang mempengaruhi Faktor hereditas atau generetik, nutrisi atau makanan, status kesehatan pengalaman hidup, lingkungan, dan stress (Muthith dan suyono, 2020)

### a. Hereditas atau Genetik

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

### b. Nutrisi/Makanan

Jika berlebihan atau kekurangan mengganggu keseimbangan reaksi kekebalan

### c. Status Kesehatan

Penyakit yang selama ini selalu dikaitkan dengan proses penuaan,

sebenarnya bukan disebabkan oleh proses menuanya sendiri, tetapi lebih disebabkan oleh faktor usia yang merugikan yang berlangsung tetap dan berkepanjangan.

d. Pengalaman Hidup

1. Paparan sinar matahari : kulit yang tidak terlindungi sinar matahari akan mudah ternoda oleh flek, kerutan dan menjadi kusam.
2. Kurang olahraga : olahraga atau latihan fisik dapat membantu pembentukan otot dan menyebabkan lancarannya sirkulasi darah.
3. Mengonsumsi alkohol : alkohol dapat memperbesar pembuluh darah kecil pada kulit dan menyebabkan peningkatan aliran darah dekat permukaan kulit.

e. Lingkungan

Proses menua secara biologi berlangsung secara alami dan tidak dapat dihindari, tetapi seharusnya dapat tetap dipertehankan dalam status sehat.

## 6. Teori-teori proses menua

Dalam perjalanan hidup manusia terjadinya proses penuaan adalah hal alamiah yang dialami pada setiap orang yang berumur panjang, yang membedakan proses hanya pada kehidupan setiap individu. Menurut (Muhith, 2016), Proses menua bersifat individual, dimana proses menua pada setiap orang terjadi dengan usia yang berbeda, setiap lanjut usia mempunyai kebiasaan atau *life style* yang berbeda, dan tidak ada satu faktor pun yang ditemukan dapat mencegah proses menua. Adakalanya seseorang belum tergolong tua (masih muda) tetapi telah menunjukkan kekurangan yang mencolok. Adapula orang yang tergolong lanjut usia penampilannya masih sehat, bugar, dan badan tegap, akan tetapi meskipun demikian, harus diakui bahwa ada berbagai penyakit yang sering dialami oleh lanjut usia, Misalnya Hipertensi, diabetes mellitus, rematik, asam urat, dimensia senilis, sakit ginjal, dan lain- lain (Rojer, 2020)

Teori-teori tentang penuaan sudah banyak yang dikemukakan, namun tidak semuanya bisa diterima. Teori-teori itu dapat digolongkan dalam dua kelompok, yaitu yang termasuk kelompok teori biologis dan teori psikologis.

### a. Teori Biologis

Teori yang merupakan teori biologis adalah sebagai berikut :

#### 1. Teori *jam genetic*

Menurut (Azizah, 2020) secara genetik sudah terprogram bahwa

material di dalam inti sel dikatakan bagaikan memiliki jam genetik terkait dengan frekuensi mitosis. Teori ini didasarkan pada kenyataan bahwa spesies-spesies tertentu memiliki harapan hidup (*life span*) yang tertentu pula. Manusia yang memiliki rentang kehidupan maksimal sekitar 110 tahun, sel-selnya diperkirakan hanya mampu membelah sekkitar 50 kali, sesudah itu akan mengalami kelemahan

a. Teori *cross-linkage* (rantai silang)

Kolagen yang merupakan unsur penyusun tulang diantara susunan molecular, lama kelamaan akan mengikat kekakuannya (tidak elastis). Hal ini disebabkan oleh karena sel-sel yang sudah tua dan reaksi kimianya menyebabkan jaringan yang sangat kuat.

a. Teori radikal bebas

Radikal bebas merusak membrane sel yang menyebabkan kerusakan dan kemunduran secara fisik

b. Teori genetic

Menurut teori ini, menua telah terprogram secara genetic untuk spesies-spesies tertentu. Menua terjadi sebagai akibat dari perubahan biokimia yang deprogram oleh molekul molekul/ DNA dan setiap sel pada saatnya akan mengalami mutasi.

c. Teori immunologi

- 1) Didalam proses metabolisme tubuh, suatu saat diproduksi suatu zat khusus. Ada jaringan tubuh tertentu yang tidak tahan terhadap zat tersebut sehingga jaringan tubuh

menjadi lemah.

2) System immune menjadi kurang efektif dalam mempertahankan diri, regulasi dan responsibilitas.

d. Teori stress-adaptasi

Menua terjadi akibat hilangnya sel sel yang biasa digunakan tubuh. Regenerasi jaringan tidak dapat mempertahankan kestabilan lingkungan internal, kelebihan usaha dan stress menyebabkan sel sel tubuh telah terpakai.

e. Teori *wearand tear* (pemakaian dan rusak)

Kelebihan usaha dan stress menyebabkan sel sel tubuh lelah (terpakai)

b. Teori psikososial

Menurut (Rojer, 2020) Teori yang merupakan teori psikososial adalah sebagai berikut :

1. Teori integritas ego

Teori perkembangan ini mengidentifikasi tugas tugas yang harus dicapai dalam tiap tahap perkembangan. Tugas perkembangan terakhir merefleksikan kehidupan seseorang dan pencapaiannya. Hasil akhir dari penyelesaian konflik antara integritas ego dan keputusasaan adalah kebebasan.

2. Teori stabilitas personal

Kepribadian seseorang terbentuk pada masa kanak-kanak dan tetap bertahan secara stabil. Perubahan yang radikal pada usia tua bisa jadi

mengindikasikan penyakit otak.

b. Teori sosiokultural

Menurut (Rojer, 2020) Teori yang merupakan teori sosiokultural adalah sebagai berikut :

1. Teori pembebasan (*disengagement theory*)

Teori ini menyatakan bahwa dengan bertambahnya usia, seseorang berangsur-angsur mulai melepaskan diri dari kehidupan sosialnya atau menarik diri dari pergaulan sekitarnya. Hal ini mengakibatkan interaksi social lanjut usia menurun, sehingga sering terjadi kehilangan ganda meliputi :

- a. Kehilangan peran
- b. Hambatan kontak social
- c. Berkurangnya komitmen

2. Teori aktifitas

Teori ini menyatakan bahwa penuaan yang sukses tergantung dari bagaimana seorang usia lanjut merasakan kepuasan dalam beraktifitas dan mempertahankan aktifitas tersebut selama mungkin. Adapun kualitas aktifitas tersebut lebih penting dibandingkan kualitas aktifitas yang dilakukan.

c. Teori konsekuensi fungsional

(Indriyana, 2020) Teori yang merupakan teori fungsional adalah sebagai berikut :

1. Teori ini mengatakan tentang konsekuensi fungsional usia lanjut yang

berhubungan dengan perubahan-perubahan karena usia dan faktor risiko tambahan.

2. Tanpa intervensi maka beberapa konsekuensi fungsional akan negative, dengan intervensi menjadi positif.

## **7. Macam – Macam Usia**

Usia atau umur ini merupakan konsep yang dapat di rumuskan atau di interpretasikan dengan berbagai cara, di samping umur kronologis (Yeniar, 2020).

### **a. Usia Biologis**

Kondisi biologis seseorang di lihat dari usia bagaimana kondisi biologis seseorang memiliki fungsi-fungsi berbagai sistem organnya, di bandingkan dengan orang lain pada umur kronologis yang sama.

### **b. Usia Psikologis**

Menunjukkan kapasitas adaptif individu di bandingkan dengan orang lain pada umur kronologis yang sama. Kemampuan belajar, inteligensi, ingatan, emosi, motivasi, dan sebagainya dapat di ukur untuk memprediksi sejauh mana seseorang mampu menyesuaikan diri terhadap perubahan.

### **c. Usia Fungsional**

Mengukur tingkat kemampuan individu untuk berfungsi di dalam masyarakat, di bandingkan dengan orang lain pada umur kronologis yang sama. Apakah seseorang itu masih mampu hidup mandiri, atau melakukan pekerjaan-pekerjaan tertentu sehingga berguna bagi

masyarakat.

d. Usia Sosial

Menunjukkan sejauh mana seseorang dapat berpartisipasi sosial, melakukan peran-peran sosial, di bandingkan dengan anggota masyarakat lainnya pada usia kronologis yang sama.

d. Usia Subjektif

Usia subjektif adalah usia seseorang berdasarkan perasaan subjektifnya, apakah lebih muda atau lebih tua dari usia kronologisnya.

e. Usia Religius

Menunjukkan kekhawatiran akan kematian akan muncul ketika seseorang telah mendekati usia lanjut. Mereka lebih banyak berdoa, membaca buku agama, dan mendengarkan program-program siaran agama. Perhatian ini akan meningkat pada masa usia lanjut.

## **8. Perubahan Akibat Proses Menua**

(Riskesdas, 2020) yang merupakan teori perubahan akibat proses Menua adalah sebagai berikut

Perubahan fisik

1. Sel

- a. Jumlah sel menurun/lebih sedikit
- b. Ukuran sel lebih besar
- c. Jumlah cairan tubuh dan cairan intraseluler berkurang
- d. Proporsi protein di otak, otot ginjal, darah dan hati menurun.
- e. Jumlah sel otak menurun

- f. Mekanisme perbaikan sel terganggu
- g. Otak menjadi atrofi, beratnya berkurang 5 - 10 %
- h. Lekukan otak akan menjadi lebih dangkal dan melebar.

## 2. Sistem persarafan

- a. Saraf pancaindra mengecil sehingga fungsinya menurun serta lambat dalam merespon dan waktu bereaksi khususnya yang berhubungan dengan stres.
- b. Defisit memori
- c. Kurang sensitif terhadap sentuhan.
- d. Berkurangnya atau hilangnya lapisan myelin akson, sehingga menyebabkan berkurangnya respon motorik reflek.

## 3. Sistem pendengaran

- a. Gangguan pendengaran, hilangnya daya pendengaran pada telinga dalam, terutama terhadap bunyi suara atau nada yang tinggi, suara yang tidak jelas, sulit mengerti kata – kata, 50 % terjadi pada usia di atas umur 65 tahun.
- b. Terjadinya pengumpulan serumen, dapat mengeras karena meningkatnya keratin.

## 4. Sistem penglihatan

- a. Respon terhadap sinar menurun
- b. Adaptasi terhadap gelap menurun
- c. Lapang pandang menurun

## 5. Sistem kardiovaskuler

- a. Katup jantung menebal dan kaku
  - b. Kemampuan memompa darah menurun (menurunnya kontraksi dan volume).
  - c. Elastisitas pembuluh darah menurun
  - d. Meningkatnya resistensi pembuluh darah perifer sehingga tekanan darah meningkat.
6. Sistem pengaturan suhu tubuh
- a. Temperatur tubuh menurun (hipotermi) secara fisiologis kurang lebih 35 °C ini akibat metabolisme yang menurun.
  - b. Pada kondisi ini, lanjut usia akan merasa kedinginan dan dapat pula menggigil, pucat dan gelisah.
7. Sistem respirasi
- a. Otot – otot pernafasan kekuatannya menurun dan kaku, elastisitas paru menurun, kapasitas residu meningkat sehingga menarik nafas lebih berat.
  - b. Kemampuan batuk menurun
  - c. Penyempitan bronkus
8. Sistem pencernaan
- a. Kehilangan gigi, penyebab utama *periodontal disease* yang biasa terjadi setelah umur 30 tahun. Penyebab lain meliputi kesehatan gigi dan gizi yang buruk.
  - b. Indra pengecap menurun, adanya iritasi selaput lendir yang kronis, atrofi indra pengecap (80 %), hilangnya sensitivitas saraf pengecap

di lidah, terutama rasa manis dan asin.

9. Sistem reproduksi

- a. Vagina mengalami kontraktur dan mengecil
- b. Ovarium menciut, uterus mengalami atrofi
- c. Selaput lendir di vagina menurun, permukaan menjadi halus, sekresi berkurang, sifatnya menjadi alkali dan terjadi perubahan warna.
- d. Testis masih dapat memproduksi spermatozoa, meskipun ada penurunan secara berangsur-angsur.

10. Sistem genitourinaria

- a. Aliran darah ke ginjal menurun
- b. Otot – otot vesika urinaria melemah
- c. Pada prostat terjadi hipertrofi pada 75 % lansia

11. Sistem endokrin

Hormon berperan sangat penting dalam pertumbuhan, pematangan, pemeliharaan dan metabolisme organ tubuh. Dimana pada lansia akan mengalami penurunan produksi hormon.

12. Sistem integumen

- a. Keriput serta kulit kepala dan rambut menipis
- b. Kuku keras dan rapuh
- c. Elastisitas menurun

13. Sistem muskuloskeletal

- a. Cairan tulang menurun sehingga mudah rapuh (osteoporosis).
- b. Bungkuk (kifosis).
- c. Persendian membesar dan menjadi kaku.
- d. Kram, tremor, tendon mengerut dan mengalami sklerosis.

#### 14. Perubahan sosial

Perubahan sosial pada lansia meliputi perubahan peran, kehilangan teman, dan perubahan ekonomi.

#### 15. Perubahan psikologis

Perubahan psikologis pada lansia adalah *short term memory*, frustrasi kesepian, takut kehilangan kebebasan, takut menghadapi kematian, perubahan keinginan, depresi dan kecemasan.

#### 16. Perkembangan spiritual

- a. Agama / kepercayaan yang semakin terintegrasi dalam kehidupan sehari - hari (Fatimah, 2018).
- b. Lanjut usia semakin matur dalam kehidupan keagamaannya, hal ini terlihat dalam berpikir dan bertindak pada kegiatan sehari – hari (Murray 2020).
- c. Perkembangan spiritual pada usia 70 tahun menurut (Muhammad 2020), *universalizing*, perkembangan yang di capai pada tingkat ini adalah berpikir dan bertindak dengan cara memberi contoh cara mencintai dan keadilan

## **B. Konsep Diabetes Mellitus**

### **1. Pengertian**

Diabetes Mellitus (DM) adalah penyakit kronis yang umum terjadi pada dewasa yang membutuhkan pemeriksaan medis berkelanjutan dan edukasi mandiri pada pasien sesuai dengan tipe DM dan usia pasien, kebutuhan asuhan keperawatan pasien dapat sangat berbeda. Diabetes mellitus (DM) adalah penyakit kronis progresif yang ditandai dengan ketidakmampuan tubuh untuk melakukan metabolisme karbohidrat, lemak dan protein, dan akan menyebabkan terjadinya hiperglikemia (kadar glukosa darah tinggi) (Rottie, Karundeng dan Ruben, 2019).

Diabetes mellitus (DM) terkadang dirujuk sebagai “gula tinggi”, baik oleh klien maupun penyedia layanan kesehatan. Hubungan gula dengan DM adalah karena lolosnya sejumlah besar urine yang mengandung gula dari DM yang tidak terkontrol walaupun hiperglikemia memainkan sebuah peran penting dalam perkembangan komplikasi terkait DM, kadar gula yang tinggi dari glukosa darah hanya satu komponen dari proses patologis dan manifestasi klinis yang berhubungan dengan DM. Proses patologis dan faktor risiko lain adalah penting, dan terkadang merupakan faktor-faktor independen. Diabetes mellitus dapat berhubungan dengan komplikasi serius, namun orang dengan DM dapat mengambil cara-cara pencegahan untuk mengurangi kemungkinan kejadian tersebut (Maria, 2021)

Diabetes melitus adalah kondisi kronis yang terjadi karena

peningkatan kadar gula darah dalam tubuh disebabkan karena peningkatan kadar gula darah dalam tubuh disebabkan karena tubuh tidak dapat menghasilkan insulin atau tidak dapat menggunakan insulin secara efektif (Fathar, 2020).

DM pada lansia adalah penyakit yang sering terjadi pada lanjut usia yang disebabkan karena lansia tidak dapat memproduksi insulin dalam jumlah yang cukup atau tubuh tidak mampu menggunakan insulin secara efektif (Rojer, 2020)

Organ tubuh lansia akan terjadi kelebihan glukosa di dalam darah serta akan dirasakan setelah terjadi komplikasi lanjut, setelah itu akan terjadi pada semua organ tubuh dan menimbulkan berbagai macam keluhan maupun gejala yang sangat bervariasi (Musthakimah, 2020)

Anatomi fisiologi (Gonzaga.B, 2020) pankreas terletak melintang dibagian atas abdomen dibelakang glaster didalam ruang retroperitonal. Disebelah kiri ekor pankreas mencapai hilus linpa diarah kronio dorsal dan bagian kiri atas kaput pankreas dihubungkan dengan corpus oleh leher pankreas yaitu bagian pankreas yang lebar biasanya tidak lebih dari 4 cm, arteri dan vena mesentrika superior berada dibagian kiri pankreas ini disebut processus uncinatis pankreas (Varena , 2020)

Menurut (Gonzaga.B, 2020) Pankreas terdiri dari 2 jaringan utama yaitu:

- 1) Asinus yang menyekresi getah pencernaan ke duodenum.
- 2) Pulau langerhans yang tidak mengeluarkan sekretnya keluar, tetapi menyekresi insulin glukogen langsung ke darah. Pulau langerhans

manusia mengandung tiga jenis sel utama yaitu sel alfa, beta dan delta yang satu sama lain dibedakan dengan struktur dan sifat pewarnaannya. Sel beta mengekresi insulin, sel alfa mengekresi glukagon, dan sel-sel delta mengekresi somatostatin.

a. Menurut (Gonzaga.B, 2020) Fisiologi Prankreas disebut sebagai organ rangkap, mempunyai 2 fungsi yaitu sebagai kelenjer eksokrin dan kelenjer endokrin. Fungsi eksokrin menghasilkan sekret yang mengandung enzim yang dapat menghidrolisis protein, lemak, dan karbohidrat, sedangkan endokrin menghasilkan hormon insulin dan glukagon yang memegang peranan penting pada metabolisme karbohidrat. Kelenjer prankreas dalam mengatur metabolisme glukosa dalam tubuh berupa hormon hormon yang disekresikan oleh sel-sel di pulau langerhans. Hormon ini dapat diklasifikasikan sebagai hormon yangmerendahkan kadar glukosa darah yaitu insulin dan hormon yang dapat meningkatkan glukosa darah yaitu glukagon. Menurut (Gonzaga.B, 2020),Pankreas dibagi menurut bentuk nya :

- a) Kepala (kaput) merupakan bahagian paling besar terletak di sebelah kanan umbilical dalam lekukan duodenum.
- b) Badan (korpus) merupakan bagian utama organ itu letaknya sebelah lambung dan depan vertebra lumbalis pertama
- c) Ekor (kauda) adalah bagian runcing sebelah kiri, dan yang sebenarnya menyentuh limpa

### 1) Pulau Langerhans

Pulau langerhans mengandung 3 jenis sel utama yakni sel-alfa, sel beta dan sel delta. Sel beta mencakup kira kira 60% dari semua sel terletak terutama ditengah setiap pulau dan mensekresikan insulin. granula sel B merupakan bungkusan insulin dalam sitoplasma sel. Tiap bungkusan bervariasi antara spesies 1 dengan yang lain. Dalam sel B, molekul insulin membentuk polimer kompleks dengan seng. Perbedaan dalam bentuk bungkusan ini mungkin karena perbedaan ukuran polimer atau agregat sel dari insulin. Insulin disintesis dalam retikulum endoplasma sel B, kemudian diangkut ke aparatus golgi, tempat ini dibungkus didalam granula yang diikat membran. Granula ini bergerak ke dinding sel oleh suatu proses yang sel mengeluarkan insulin ke daerah luar dengan eksositosis. Kemudian insulin melintasi membran basalis sel B serta kapiler berdekatan dan endotel fenestra kapiler untuk mencapai aliran darah. Sel alfa yang mencakup kira kira 25% dari seluruh sel mensekresikan glukagon. Sel delta yang merupakan 10% dari seluruh sel yang mensekresikan somatostatin (Varena, 2019).

### 2) Hormon Insulin

Insulin terdiri dari dua rantai asam amino satu sama lain dihubungkan oleh ikatan disulfida. Sekresi insulin diatur oleh

glukosa darah dan asam amino yang memegang peran penting. Perangsang adalah glukosa darah. Kadar glukosa darah 80-90 mg/ml (Fathar, 2020).

Efek utama insulin terhadap metabolisme karbohidrat

- a) Menambah kecepatan metabolisme glukosa
- b) Mengurangi konsentrasi gula darah
- c) Menambah penyimpanan glukosa ke jaringan
- d) Glukagon

Glukagon adalah suatu hormon yang disekresikan oleh sel sel alfa pulau langerhans mempunyai beberapa fungsi berlawanan dengan insulin fungsi terpenting adalah meningkatkan konsentrasi glukosa dalam darah) (Fathar, 2020). Dua efek glukagon pada metabolisme glukosa darah :1) Pemecahan glikogen (glikogenolisis) 2) Peningkatan glikogen (glikogenesis) Menurut (Smelzer, 2020).

## **2. Etiologi**

Menurut (Fatimah, 2020). Etiologi secara umum tergantung dari tipe Diabetes yaitu meliputi :

### **1. Diabetes Mellitus Tipe I (Insulin Dependent Diabetes Mellitus/IDDM)**

#### **a. Faktor genetik**

Penderita diabetes tidak mewarisi diabetes tipe I itu sendiri tetapi mewarisi suatu predisposisi atau kecenderungan genetik ke arah terjadinya diabetes tipe, kecenderungan genetik ini ditentukan pada

individu yang memiliki tipe antigen HLA (Human Leucocyte Antigen) tertentu. HLA merupakan kumpulan gen yang bertanggung jawab atas antigen transpalantasi dan proses imun lainnya

b. Faktor imunologi

Respon abnormal dimana antibody terarah pada jaringan normal tubuh dengan cara bereaksi terhadap jaringan tersebut yang dianggap seolah-olah sebagai jaringan asing

c. Faktor lingkungan

Virus atau toksin tertentu dapat memicu proses autoimun yang menimbulkan destruksi sel beta

2. Diabetes Mellitus Tipe 2 ( *Non Insulint Dependent Diabetes Mellitus/NIDDM*) Mekanisme yang tepat yang menyebabkan resistensi insulin dan gangguan sekresi insulin pada diabetes tipe II belum diketahui. Diabetes tipe ini adalah gangguan heterogen yang disebabkan oleh kombinasi faktor genetik yang terkait dengan gangguan sekresi insulin, resistensi insulin dan faktor lingkungan seperti obesitas, makan berlebihan, kurang olahraga, dan stress serta penuaan. Selain itu terdapat faktor-faktor risiko tertentu yang berhubungan yaitu :

a. Usia

Umumnya manusia mengalami penurunan fisiologis yang secara dramatis menurun dengan cepat pada usia setelah 40 tahun. Penurunan ini yang akan berisiko pada penurunan fungsi endokrin

pancreas untuk memproduksi insulin

b. Obesitas

Obesitas mengakibatkan sel-sel beta pankreas mengalami hipertropi yang akan berpengaruh terhadap penurunan produksi insulin. Hipertropi pankreas disebabkan karena peningkatan beban metabolisme glukosa pada penderita obesitas untuk mencakup energi sel yang terlalu banyak

c. Riwayat Keluarga

Pada anggota keluarga dekat pasien diabetes tipe 2 dan pada kembar *non identic* risiko menderita penyakit ini 5 hingga 10 kali lebih besar dari pada subjek yang tidak memiliki riwayat penyakit dalam keluarganya. Tidak seperti diabetes tipe I, penyakit ini tidak berkaitan dengan gen HLA. Penelitian epidemiologi menunjukkan bahwa diabetes tipe II tampaknya terjadi akibat sejumlah defek genetik masing-masing memberi kontribusi pada risiko dan masing-masing juga di pengaruhi lingkungan.

d. Gaya Hidup

Stress kronis cenderung membuat seseorang mencari makanan yang cepat saji yang kaya pengawet, lemak, dan gula. Makanan ini berpengaruh besar terhadap kerja pankreas. Stress juga akan meningkatkan kerja metabolisme dan meningkatkan kebutuhan akan sumber energy yang berakibat pada kenaikan kerja pankreas. Beban yang tinggi membuat pankreas mudah rusak hingga

berdampak pada penurunan insulin (R Tarigan 2022).

Diabetes Mellitus pada lansia di sebabkan oleh faktor genetik, usia, obesitas dan aktifitas fisik kemudian dengan berjalannya usia yang semakin meningkat secara bertahap di karenakan terjadi proses menua, faktor genetik , IMT serta aktivitas fisik yang kurang menurut (Musthakimah, 2019).

Menurut (Raharjo, 2018) etiologi diabetes mellitus, yaitu :

a. Diabetes Mellitus tergantung insulin (DMTI) tipe 1 Diabetes yang tergantung pada insulin diandai dengan penghancuran sel-sel beta pancreas yang disebabkan oleh :

#### 1) Faktor genetik

Penderita diabetes tidak mewarisi diabetes tipe I itu sendiri tetapi mewarisi suatu predisposisi atau kecenderungan genetik kearah terjadinya diabetes tipe I. Kecenderungan genetik ini ditentukan pada individu yang memiliki tipe antigen HLA (Human Leucocyte Antigen) tertentu. HLA merupakan kumpulan gen yang bertanggung jawab atas antigen tranplantasi dan proses imun lainnya

#### 2) Faktor imunologi Pada diabetes tipe I

Terdapat bukti adanya suatu respon autoimun. Ini merupakan respon abnormal dimana antibody terarah pada jaringan normal tubuh dengan cara bereaksi terhadap jaringan tersebut yang dianggapnya seolah-olah sebagai jaringan asing .

### 3) Faktor lingkungan dan Faktor eksternal

Yang dapat memicu destruksi sel  $\beta$  pancreas, sebagai contoh hasil penyelidikan menyatakan bahwa virus atau toksin tertentu dapat memicu proses autoimun yang dapat menimbulkan destruksi sel  $\beta$  pancreas b. Diabetes Melitus tak tergantung insulin (DMTTI) Disebabkan oleh kegagalan relative beta dan resisten insulin. Secara pasti penyebab dari DM tipe II ini belum diketahui, faktor genetik diperkirakan memegang peranan dalam proses terjadinya resistensi insulin. Diabetes Melitus tak tergantung insulin (DMTTI) penyakitnya mempunyai pola familial yang kuat. DMTTI ditandai dengan kelainan dalam sekresi insulin maupun dalam kerja insulin. Pada awalnya tampak terdapat resistensi dari sel-sel sasaran terhadap kerja insulin. Insulin mula-mula mengikat dirinya kepada reseptor-reseptor permukaan sel tertentu, kemudian terjadi reaksi intraselluler yang meningkatkan transport glukosa menembus membran sel. Pada pasien dengan DMTTI terdapat kelainan dalam pengikatan insulin dengan reseptor. Hal ini dapat disebabkan oleh berkurangnya jumlah tempat reseptor yang responsif insulin pada membran sel.

Akibatnya terjadi penggabungan abnormal antara kompleks reseptor insulin dengan system transport glukosa. Kadar glukosa normal dapat dipertahankan dalam waktu yang cukup lama dan

meningkatkan sekresi insulin, tetapi pada akhirnya sekresi insulin yang beredar tidak lagi memadai untuk mempertahankan hipoglikemia. Diabetes Melitus tipe II disebut juga Diabetes Melitus tidak tergantung insulin (DMTTI) atau *Non Insulin Dependent Diabetes Melitus*(NIDDM) yang merupakan suatu kelompok heterogen bentuk-bentuk Diabetes yang lebih ringan, terutama dijumpai pada orang dewasa, tetapi terkadang dapat timbul pada masa kanak-kanak. Faktor risiko yang berhubungan dengan proses terjadinya DM tipe II, diantaranya adalah:

- 1) Usia (resistensi insulin cenderung meningkat pada usia di atas 65 tahun)
- 2) Obesitas
- 3) Riwayat keluarga
- 4) Kelompok etnik

### **3. Patofisiologi**

DM tipe II merupakan suatu kelainan metabolik dengan karakteristik utama adalah terjadinya hiperglikemia kronik. Meskipun pula pewarisannya belum jelas, faktor genetik dikatakan memiliki peranan yang sangat penting dalam munculnya DM tipe II. Faktor genetik ini akan berinteraksi dengan faktor faktor lingkungan seperti gaya hidup, obesitas, rendah aktivitas fisik, diet, dan tingginya kadar asam lemak bebas (Smelzer, 2020). Mekanisme terjadinya DM tipe II umumnya disebabkan karena resistensi insulin dan sekresi insulin. Normalnya insulin akan terkait dengan reseptor khusus pada

permukaan sel.sebagai akibat terikatnya insulin dengan reseptor tersebut,terjadi suatu rangkaian reaksi dalam metabolisme glukosa didalam sel.(Ruben, 2019). Resistensi insulin DM tipe II disertai dengan penurunan reaksi intra sel. Dengan demikian insulin menjadi tidak efektif untuk menstimulasi pengambilan glukosa oleh jaringan. Untuk mengatasi resistensi insulin dan mencegah terbentuknya glukosa dalam darah,harus terjadi peningkatan jumlah insulin yang disekresikan (Smelzer, 2020).

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 B tidak mampu mengimbangi peningkatan kebutuhan insulin, maka kadar glukosa akan meningkat dan terjadinya DM tipe II. Meskipun terjadi gangguan sekresi insulin yang merupakan ciri khas DM tipe II, namun masih terdapat insulin dengan jumlah yang adekuat untuk mencegah pemecahan lemak dan produksi badan keton yang menyertainya, karena itu ketoasidosis diabetik tidak terjadi pada DM tipe II, meskipun demikian, DM tipe II yang tidak terkontrol akan menimbulkan masalah akut lainnya seperti sindrom Hiperglikemik Hiperosmolar Non-Ketotik (HHNK) (Smelzer, 2020 )

Akibat intoleransi glukosa yang berlangsung lambat (selama bertahun tahun) dan progresif, maka DM tipe II dapat berjalan tanpa terdeteksi. Jika gejalannya dialami pasien, gejala tersebut sering bersifat ringan, seperti: kelelahan, iritabilitas, poliuria,polidipsia, luka pada kulit yang lama sembuh, infeksi vagina atau pandangan kabur jika kadar glukosanya sangat tinggi

(Varena , 2020)

#### **4. Penatalaksanaan**

Menurut (Perkeni , 2020)), komponen dalam penatalaksan DM yaitu:

##### a. Penatalaksanaan keperawatan

###### 1) Diet

Syarat diet hendaknya dapat :

- a. Memperbaiki kesehatan umum penderita
- b. Mengarahkan pada berat badan normal
- c. Menekan dan menunda timbulnya penyakit angiopati diabetic
- d. Memberikan modifikasi diet sesuai dengan keadaan penderita

Prinsip diet DM adalah :

- a. Jumlah sesuai kebutuhan
- b. Jadwal diet ketat
- c. Jenis : boleh dimakan / tidak

Dalam melaksanakan diet diabetes sehari hari hendaknya diikuti pedoman 3 J yaitu: Jumlah kalori yang diberikan harus habis, jangan dikurangi atau ditambah, Jadwal diet harus sesuai dengan intervalnya, Jenis makanan yang manis harus dihindari.

###### 2) Olahraga

Menurut (Varena , 2020) Beberapa kegunaan olahraga teratur setiap hari bagi penderita DM adalah :

- a. Meningkatkan kepekaan insulin, apabila dikerjakan setiap 11/2 jam sesudah makan pula mengurangi insulin resisten

pada penderita dengan kegemukan atau menambah jumlah reseptor insulin dan meningkatkan sensitivitas insulin dengan reseptornya

- b. Mencegah kegemukan bila ditambah olahraga pagi dan sore
  - c. Memperbaiki aliran perifer dan menambah suplai oksigen
  - d. Meningkatkan kadar kolesterol – high density lipoprotein
  - e. Kadar glukosa otot dan hati menjadi berkurang, maka olahraga akan dirangsang pembentukan glikogen baru
  - f. Menurunkan kolesterol(total) dan trigliserida dalam darah karena pembakaran asam lemak menjadi lebih baik
- 3) Edukasi / penyuluhan
- Harus rajin mencari banyak informasi mengenai diabetes dan pencegahannya. Misalnya mendengarkan pesan dokter, bertanya pada dokter, mencari artikel mengenai diabetes
- 4) Pemberian obat-obatan
- Pemberian obat-obatan dilakukan apabila pencegahan dengan cara (edukasi, pengaturan makan, aktivitas fisik) belum berhasil, berarti harus diberikan obat-obatan
- 5) Pemantauan gula darah
- Pemantauan gula darah harus dilakukan secara rutin, bertujuan untuk mengevaluasi pemberian obat pada diabetes. Jika dengan melakukan lima pilar di atas mencapai target, tidak akan terjadi komplikasi.
- 6) Melakukan perawatan luka
- Melakukan tindakan perawatan mengganti balutan, membersihkan luka pada luka kotor. Dengan

tujuna untuk mencegah infeksi dan membantu penyembuhan luka.

- 7) Melakukan observasi tingkat kesadaran dan tanda-tanda vital
- 8) Menjaga intake cairan elektrolit dan nutrisi jangan sampai terjadi hiperhidrasi
- 9) Mengelola pemberian obat sesuai program

b. Penatalaksanaan medis

1) Terapi dengan Insulin

Terapi farmakologi untuk pasien diabetes melitus geriatri tidak berbeda dengan pasien dewasa sesuai dengan algoritma, dimulai dari monoterapi untuk terapi kombinasi yang digunakan dalam mempertahankan kontrol glikemik. Apabila terapi kombinasi oral gagal dalam mengontrol glikemik maka pengobatan diganti menjadi insulin setiap harinya. Meskipun aturan pengobatan insulin pada pasien lanjut usia tidak berbeda dengan pasien dewasa, prevalensi lebih tinggi dari faktor-faktor yang meningkatkan risiko hipoglikemia yang dapat menjadi masalah bagi penderita diabetes pasien lanjut usia. Alat yang digunakan untuk menentukan dosis insulin yang tepat yaitu dengan menggunakan jarum suntik insulin premixed atau predrawn yang dapat digunakan dalam terapi insulin. Lama kerja insulin beragam antar individu sehingga diperlukan penyesuaian dosis pada tiap pasien (Nirlawati, 2020)

Idealnya insulin digunakan sesuai dengan keadaan

fisiologis tubuh, terapi insulin diberikan sekali untuk kebutuhan basal dan tiga kali dengan insulin prandial untuk kebutuhan setelah makan. Namun demikian, terapi insulin yang diberikan dapat divariasikan sesuai dengan kenyamanan penderita selama terapi insulin mendekati kebutuhan fisiologis (Varena , 2020).

## 2) Obat antidiabetik oral

### a) Sulfonilurea

Pada pasien lanjut usia lebih dianjurkan menggunakan OAD generasi kedua yaitu glipizid dan gliburid sebab resorpsi lebih cepat, karena adanya non ionic-binding dengan albumin sehingga resiko interaksi obat berkurang demikian juga resiko hiponatremi dan hipoglikemia lebih rendah. Dosis dimulai dengan dosis rendah. Glipizid lebih dianjurkan karena metabolitnya tidak aktif sedangkan 18 metabolit gliburid bersifat aktif. Glipizide dan gliklazid memiliki sistem kerja metabolit yang lebih pendek atau metabolit tidak aktif yang lebih sesuai digunakan pada pasien diabetes geriatri. Generasi terbaru sulfonilurea ini selain merangsang pelepasan insulin dari fungsi sel beta pankreas juga memiliki tambahan efek ekstrapankreatik (Varena , 2020)

### b) Golongan biguanid metformin

Pada pasien lanjut usia tidak menyebabkan hipoglekimia jika digunakan tanpa obat lain, namun harus digunakan secara hati-

hati pada pasien lanjut usia karena dapat menyebabkan anorexia dan kehilangan berat badan. Pasien lanjut usia harus memeriksakan kreatinin terlebih dahulu. Serum kreatinin yang rendah disebabkan karena massa otot yang rendah pada orangtua (Varena , 2020)

c) Penghambatan alfa glukosidase/*acarbose*

Obat ini merupakan obat oral yang menghambat alfa glukosidase, suatu enzim pada lapisan sel usus, yang mempengaruhi digesti karbohidrat dan menghasilkan penurunan peningkatan glukosa postprandial. Walaupun kurang efektif dibandingkan golongan obat yang lain, obat tersebut dapat dipertimbangkan pada pasien lanjut usia yang mengalami diabetes 19 ringan. Efek samping gastrointestinal dapat membatasi terapi tetapi juga bermanfaat bagi mereka yang menderita sembelit. Fungsi hati akan terganggu pada dosis tinggi, tetapi hal tersebut tidak menjadi masalah klinis (Varena , 2020)

d) Thiazolidinediones

Memiliki tingkat kepekaan insulin yang baik dan dapat meningkatkan efek insulin dengan mengaktifkan PPAR alpha reseptor. Rosiglitazone telah terbukti aman dan efektif untuk pasien lanjut usia dan tidak menyebabkan hipoglikemia. Namun, harus dihindari pada pasien dengan gagal jantung

relative (Varena , 2020)

## 5. Klasifikasi Diabetes Mellitus

Menurut (American Diabetes Association 2020) Diabetes Mellitus diklasifikasikan baik sebagai insulin-dependent diabetes mellitus (IDDM) maupun non-insuline-dependent diabetes mellitus (NIDDM). Dengan penggunaan terapi insulin yang sudah biasa dengan kedua tipe DM, IDDM sekarang disebut sebagai DM tipe 1 (*juvenile onset*) dan NIDDM sebagai DM tipe 2 (*maturity onset*).

### a. Diabetes Mellitus Tipe 1

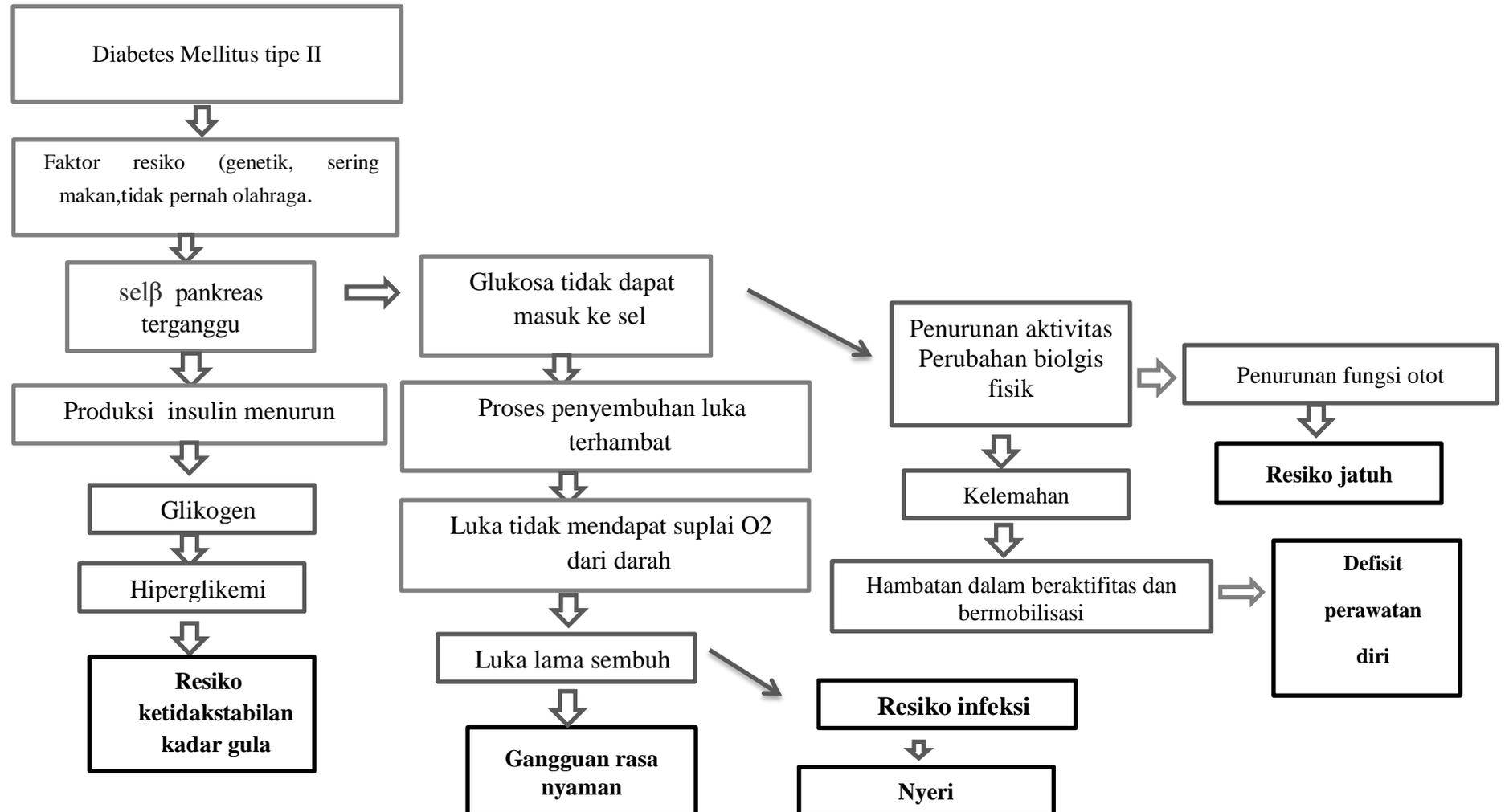
Diabetes mellitus tipe 1 disebabkan destruktur sel beta autoimun biasanya memicu terjadinya defisiensi insulin absolut. Faktor herediter berupa antibody sel islet, tingginya insiden HLA tipe DR 3 dan DR 4. Faktor lingkungan berupa infeksi virus (*Virus Coxsackie, enterovirus, retrovirus, mumps*), defisiensi vitamin D, toksin lingkungan, menyusui jangka pendek, paparan dini terhadap protein kompleks. Berbagai modifikasi epigenetic ekspresi gen juga terobsesi sebagai penyebab genetic berkembangnya Diabetes Mellitus tipe 1. Individu dengan Diabetes mellitus tipe 1 mengalami defisiensi insulin absolut

### b. Diabetes Mellitus Tipe 2

Diabetes mellitus tipe 2 disebabkan leh retensi insulin perifer, defek progresif sekresi insulin, peningkatan gluconeogenesis. Diabetes mellitus tipe 2 dipengaruhi faktor lingkungan berupa obesitas, gaya

hidup tidak sehat, diet tinggi karbohidrat. Diabetes mellitus tipe 2 memiliki presimtomatis yang panjang yang menyebabkan penegakan Diabetes mellitus tipe 2 dapat tertunda 4-7 tahun

## 6. Pathway



Sumber : (Muhith A & Siyoto S, 2016)

## 7. Komplikasi Diabetes Mellitus

Menurut (Smellzer 2008) Komplikasi akut diabetes mellitus dapat terjadi diantaranya :

### a. Hiperglikemia Dan Ketoasidosis Diabetik

Dikatakan Hiperglikemia pada saat glukosa tidak dapat diangkut ke dalam sel karena kurangnya insulin. Tanpa tersedianya KH untuk bahan bakar sel, hati mengubah simpanan glikogennya kembali ke glukosa (glikogenolisis) dan meningkatkan biosintesis glukosa (*gluconeogenesis*). Namun respon ini memperberat situasi dengan meningkatnya kadar glukosa darah bahkan lebih tinggi. Faktor risiko penyebab umum ketoasidosis diabetik sebagai berikut:

- a) Terlalu sedikit memakai insulin
- b) Ketidakmampuan memenuhi peningkatan kebutuhan insulin yang terjadi karena pembedahan, trauma, kehamilan, stress, pubertas atau infeksi.
- c) Berkembangnya resistensi insulin melalui kehadiran antibody

### b. Sindrom Hipergliemia Hiperosmolar Nonketosis:

Sindrom hiperglikemia hipersomolar nonketosis (*hyperglycemic hyperosmolar nonketotic syndrome* [HHNS]) adalah varian ketoasidosis diabetik yang ditandai dengan hyperkalemia ekstrem (600-2.000 mg/dl), dehidrasi nyata, ketonuria ringan atau tidak terdeteksi dan tidak ada asidosis. HHNS umumnya banyak terjadi pada klien lansia dengan DM tipe 2.

### c. Hipoglikemia

Hipoglikemia juga dikenal sebagai reaksi insulin atau reaksi hipoglikemia adalah ciri umum dari DM tipe 1 dan juga dijumpai didalam klien dengan DM tipe 2 yang diobati dengan insulin atau obat oral. Kadar glukosa darah yang tepat pada klien mempunyai gejala hipoglikemia bervariasi, tapi gejala itu tidak terjadi sampai kadar glukosa darah <50-60 mg/dl.

Etiologi dan faktor risiko reaksi hipoglikemia mungkin terjadi akibat dari :

- a) Dosis insulin berlebihan atau sulfonilurea (jarang diresepkan)
- b) Menghindari makanan yang manis atau makan dengan porsi lebih sedikit dari biasanya.
- c) Pemakaian tenaga yang berlebihan tanpa penambahan kompensasi karbohidrat
- d) Ketidakseimbangan nutrisi dan cairan disebabkan mual dan muntah
- e) Konsumsi alkohol
- f) Kurang hati-hati atau kesalahan sengaja dalam dosis insulin acting
- g) menyebabkan hipoglikemia
- h) Perubahan lain dalam jadwal makan atau pemberian insulin
- i) Latihan fisik yang penuh semangat yang tidak diharapkan atau tidur lebih dari biasanya di pagi hari dapat juga menyebabkan hipoglikemia
- j) Pengaruh alkohol, ganja, atau obat-obatan lain dapat menyamarkan kesadaran klien akan hipoglikemia pada tahap paling dini

#### 1. Komplikasi Kronis Diabetes Mellitus

Klien dengan DM yang hidup lebih lama, dengan peningkatan risiko untuk komplikasi kronis yaitu Komplikasi Makrovaskuler yaitu penyakit arteri coroner, penyakit serebrovaskuler, hipertensi, penyakit pembuluh darah, infeksi. Kemudian komplikasi mikrovaskuler yaitu retinopati, nefropati, ulkus tungkai dan kaki, neuropati sensimotor, neuropati autonomy yaitu pupil, jantung, gastrointestinal, urogenital. Komplikasi kronis adalah penyebab utama kesakitan dan kematian pada klien DM. Perubahan ini banyak

memengaruhi sistem tubuh dan dapat menghancurkan klien dan keluarganya perubahan ini mempengaruhi klien DM tipe 1 dan 2.

Sistem enzim secara normal dapat mengubah glukosa ke bentuk gula lain, seperti sorbitol dan fruktosa, sampai kadar glukosa darah lebih rendah. Sorbitol, fruktosa dan glukosa mengumpul di membrane basal sel dan diantara sel. Akumulasi sorbitol intraseluler menyebabkan edema intraseluler dan memengaruhi fungsi. Mikrosirkulasi dipengaruhi oleh akumulasi ekstraseluler glukosa, sorbitol, dan fruktosa. Penebalan membrane basal meningkatkan jarak dimana zat gizi dan produk sampah harus diangkut dari sel. Sebagai akibatnya, sel menerima memperoleh oksigen dan zat gizi tidak adekuat dan tidak dapat membersihkan sampah sendiri. Akibatnya, proses mulai sejak 2 tahun setelah onset DM.

## 2. Komplikasi Makrovaskuler

Penyakit arteri coroner, penyakit serebrovaskular, dan penyakit pembuluh perifer adalah lebih umum, cenderung terjadi pada usia lebih awal dan lebih luas dan berat pada orang dengan DM. Penyakit makrovaskular (penyakit pembuluh besar) mencerminkan aterosklerosis dengan penumpukan lemak pada lapisan dalam dinding pembuluh darah. Risiko berkembangnya komplikasi makrovaskular lebih tinggi pada DM tipe 1 dari pada tipe 2. Penyakit makrovaskular, khususnya penyakit pembuluh coroner, paling umum penyebab kematian klien diabetes, terhitung 40- 60% dari semua kasus penyakit makrovaskular terkait diabetes. Alasan paling umum klien diabetes dirawat inap adalah pengobatan komplikasi makrovaskular. faktor risiko utama DM juga bisa disebabkan oleh hipertensi dan hyperlipidemia ( wilson, 2006 )

### **C. Konsep dasar Senam Diabetes Melitus**

Senam kaki adalah kegiatan latihan fisik yang dilakukan oleh pasien dengan Diabetes Melitus untuk mencegah terjadinya luka dan membantu melancarkan peredaran darah pada bagian kaki (Yeniar, 2020). Senam kaki diabetes mellitus ini juga dilakukan untuk menurunkan kadar gula darah, memperkuat otot-otot kecil kaki, mencegah kelainan bentuk kaki pada penderita DM, dan mengatasi keterbatasan pergerakan sendi. Dalam pemberian intervensi, peneliti memberikan kegiatan terapi ini sesuai dengan standar operasional prosedur, sehingga klien dapat melakukan terapi ini dengan santai dan relax ( Ruben, 2021)

Senam kaki ini bertujuan untuk memperbaiki sirkulasi darah sehingga nutrisi ke jaringan lebih lancar, memperkuat otot-otot sendi, otot paha serta otot betis dan dapat mengatasi keterbatasan gerak sendi yang dialami oleh pasien Diabetes Mellitus. Senam kaki diabetes ini juga dapat diberikan kepada seluruh pasien DM dengan Tipe 1 ataupun tipe 2 dan sebaiknya pemberian terapi ini diberikan sejak pasien di diagnosa menderita Diabetes Mellitus sebagai tindakan untuk pencegahan komplikasi sedini mungkin akibat penyakit Diabetes Mellitus (Rottie, Karundeng dan Ruben, 2019)

Diabetes militus terjadi karena ketidak patuhan pasien minum obat yang dapat menyebabkan kadar gula darah tidak terkontrol. Namun setelah dilakukan senam diabetes mellitus akan terjadi penurunan kadar gula darah pada penderita DM tipe 2 ini, aktifitas fisik sangat dibutuhkan oleh tubuh untuk membantu

mencegah resistensi insulin, kurangnya aktifitas fisik dapat menyebabkan resistensi insulin pada penderita Diabetes Mellitus tipe 2, dengan dilakukannya senam kaki Diabetes Mellitus ini dapat mengaktifasi ikatan insulin dan reseptor insulin di membrane plasma sehingga dapat menurunkan kadar glukosa darah (Aisha, 2019)

### **1. Prosedur Senam Kaki Diabetes Mellitus**

Diabetes Melitus terjadi akibat penurunan sensitivitas terhadap insulin (resistensi insulin) atau akibat penurunan jumlah produksi insulin. Apabila hal ini dibiarkan terus menerus tanpa terapi dapat menyebabkan terjadinya komplikasi, untuk mencegah hal tersebut, salah satu pilar penatalaksanaan diabetes adalah latihan jasmani atau olahraga yaitu dengan senam kaki.

Senam kaki diberikan kepada penderita diabetes melitus baik tipe 1, tipe 2 dan sangat dianjurkan sebagai langkah pencegahan dini sejak pertama kali penderita dinyatakan menderita diabetes melitus. Senam kaki tergolong olahraga atau aktivitas ringan dan mudah karena bisa dilakukan di dalam atau di luar ruangan terutama di rumah dengan kursi dan koran serta tidak memerlukan waktu yang lama hanya sekitar 15 menit yang berguna untuk mencegah terjadinya luka dan membantu melancarkan peredaran darah bagian kaki (Sumosardjuno, 2012).

Langkah-langkah melakukan senam kaki adalah sebagai berikut: (Damayanti, 2020).

1. Posisikan pasien duduk tegak di atas bangku dan kaki menyentuh lantai.



Gambar 2. 1 Gerakan Awal Pada Senam Dm.

2. Letakkan tumit di lantai sambil jari kaki ditekuk ke atas dan ke bawah seperti cakar ayam sebanyak 10 kali.



Gambar 2. 2Gerakan kedua pada Senam Dm

3. Letakkan tumit di atas lantai sambil mengangkat jari ke atas. Kemudian pada kaki lainnya letakan jari menempel ke lantai dan tumit diangkat ke atas. Gerakan ini dilakukan secara bersamaan pada kaki kanan dan kiri

bergantian sebanyak 10 kali.



Gambar 2. 3 Gerakan ketiga pada Senam Dm

4. Putar pergelangan kaki dengan mengangkat telapak kaki dan tumit kaki sebagai tumpuan di atas lantai, lakukan sebanyak 10 kali.



Gambar 2. 4 Gerakan keempat pada Senam Dm

5. Letakkan jari kaki diatas lantai kemudian tumit diangkat ke atas sambil melakukan putaran pada pergelangan kaki, lakukan sebanyak 10 kali.



*Gambar 2. 5 Gerakan kelima pada Senam Dm*

6. Angkat salah satu kaki lalu luruskan, gerakkan jari kaki ke atas dan ke bawah dan lakukan bergantian pada kaki kiri dan kanan, lakukan sebanyak 10 kali.



*Gambar 2. 6 Gerakan keenam pada Senam Dm*

7. Luruskan salah satu kaki diatas lantai lalu angkat dan gerakan ujung kaki kearah wajah lalu turunkan kembali ke lantai.



Gambar 2. 7 Gerakan ketujuh pada Senam Dm

8. Angkat kedua kaki lalu luruskan. Ulangi langkah ke 7, namun gunakan kedua kaki secara bersamaan. Ulangi sebanyak 10 kali.



Gambar 2. 8 Gerakan kedelapan pada Senam Dm

9. Angkat kedua kaki dan luruskan, pertahankan posisi tersebut. Gerakan pergelangan kaki kedepan dan kebelakang.



Gambar 2. 9 Gambar kesembilan pada Senam Dm

10. Luruskan salah satu kaki dan angkat, putar kaki pada pergelangan kaki, tuliskan pada udara dengan kaki dari angka 0 hingga 10 lakukan secara bergantian.



Gambar 2. 10 Gerakan kesepuluh pada Senam Dm

11. Letakkan sehelai koran dilantai. Bentuk kertas itu menjadi seperti bola dengan kedua kaki. Kemudian buka bola itu menjadi lembaran seperti semula menggunakan kedua belah kaki. Cara ini dilakukan

hanya sekali saja.



Gambar 2. 11 Gerakan membuat bola dengan kaki.

12. Lalu robek koran menjadi 2 bagian, pisahkan kedua bagian koran.



Gambar 2. 12 Gerakan menyobek menjadi 2 bagian.

13. Sebagian koran disobek-sobek menjadi kecil-kecil dengan kedua kaki



Gambar 2. 13 Gerakan menyobek koran menjadi bagian kecil

14. Pindahkan kumpulan sobek-sobekan tersebut dengan kedua kaki lalu letakkan sobekkan kertas pada bagian kertas yang utuh.



Gambar 2. 14 Gerakan memasukan sobekan koran ke bagian koran yang utuh.

15. Bungkus semuanya dengan kedua kaki menjadi bentuk bola.



Gambar 2. 15 Gerakan membungkus sobekan koran menjadi bola

#### **D. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan**

Menurut (Capernito , 2020) pemberian asuhan keperawatan merupakan proses terapeutik yang melibatkan hubungan kerjasama antara perawat dengan klien, keluarga atau masyarakat untuk mencapai tingkat kesehatan yang optimal. Asuhan keperawatan juga dilakukan menggunakan cara pendekatan dan proses keperawatan yang terdiri dari pengkajian menentukan masalah atau diagnosa, menyusun rencana tindakan keperawatan, implementasi dan evaluasi. Menurut (Stuart, 2019) pengkajian merupakan tahap awal dan dasar utama dari proses keperawatan. Tahap pengkajian ini terdiri atas pengumpulan data meliputi data biologis, psikologis, sosial, dan spiritual.

##### **1. Pengkajian**

Pengkajian merupakan tahap awal dan dasar utama dari proses keperawatan yang terdiri dari pengkajian pengumpulan data yang akurat dan sistematis serta membantu penentuan status kesehatan dan pola pertahanan klien dan dapat mengidentifikasi kekuatan dan kebutuhan klien serta

merumuskan diagnosa keperawatan (Carol Vestal Allen, 2017).

## 2. Analisa data

Analisa merupakan proses intelektual yang meliputi kegiatan menyeleksi, mengklasifikasi, mengelompokkan, mengaitkan data dan menentukan kesenjangan informasi, melihat pola data, membandingkan dengan standart, menginterpretasikan dan terakhir membuat kesimpulan data tersebut (Carol Vestal Allen, 2017).

## 3. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah penilaian klinik mengenai respon individu, keluarga, dan komunitas terhadap masalah kesehatan / proses kehidupan yang aktual dan potensial (Carol Vestal Allen, 2017).

## 4 Perencanaan

Setelah dilakukan diagnosa keperawatan, maka intevensi dan pelaksanaan keperawatan perlu di tetapkan untuk mengurangi, menghilangkan dan mencegah masalah keperawatan klien yang meliputi : memprioritaskan masalah, menunjukkan tujuan dan kriteria hasil serta merumuskan sesuai dengan masalah diatas (Carol Vestal Allen, 2017).

## 5. Pelaksanaan.

Implementasi merupakan pelaksanaan nyata sesuai dengan rencana tindakan / planning yang sudah dibuat. Pelaksanaan yang sudah dilakukan secara tepat dan efisien untuk menangani klien dengan DM adalah dilakukan pemeriksaan diantaranya pemeriksaan TTV, pemeriksaan fisik, pemeriksaan laboratorium dan kolaborasi dengan dokter untuk pemberian terapy dan pemeriksaan gula darah guna mengetahui kesejahteraan klien dan memberikan

HE tentang pola nutrisi, pola makan, pola istirahat dan pola aktivitas (Carol Vestal Allen, 2017).

#### 6. Evaluasi

Evaluasi adalah proses yang berkelanjutan untuk melihat efek dari tindakan keperawatan pada klien. evaluasi dilakukan terus menerus pada respon klien terhadap tindakan keperawatan yang akan di laksanakan. Evaluasi dapat dibagi dua yaitu evaluasi proses atau formatif dilakukan setiap selesai melaksanakan tindakan, evaluasi hasil atau sumatif dilakukan dengan membandingkan respon klien pada tujuan jangka pendek dan panjang yang telah dilakukan, rencana tindakan lanjut dapat berupa :

- b. Rencana diteruskan, jika masalah tidak berubah.
- c. Rencana modifikasi jika masalah tetap, semua tindakan sudah dijalankan tetapi belum memuaskan
- d. Rencana dibatalkan jika di temukan masalah baru dan bertolak belakang dengan masalah yang ada serta diagnosa lama dibatalkan.
- e. Rencana atau diagnosa selesai jika tujuan sudah tercapai dan yang diperlukan adalah memelihara dan mempertahankan kondisi yang baru. (Anna Keliat , 2017).

### **BAB III**

## **LAPORAN KASUS**

A. Asuhan Keperawatan Pada NY.S dengan Dengan Penerapan Senam Dm  
Untuk Mengontrol Kadar Gula Darah

#### **1. Pengkajian**

##### **a. Identitas**

1. Nama : Ny. S
2. Tempat/tanggal Lahir : 06 Maret 1942
3. Jenis Kelamin : Perempuan
4. Status Perkawinan : Belum menikah
5. Agama : Islam
6. Suku : Jawa
7. Tanggal masuk PSTW : 17 Januari 2018
8. Tanggal pengkajian : 13 Februari 2023
9. Diagnosa medis : Diabetes Millitus
10. Sumber informasi : Klien Ny.S

**b. Keluhan Utama**

Klien mengeluh sering merasa lapar mengantuk dan kaki terasa pegal dibagian dengkul dan tidak nyaman, klien juga mengatakan untuk melakukan gerak dan aktivitas terbatas dan merasa tidak nyaman melakukan aktivitas dikursi roda serta mudah lelah.

**c. Riwayat kesehatan**

## 1. Riwayat kesehatan saat ini

Gejala yang dirasakan Saat dilakukan pengkajian pada tanggal 13 februari 2023 Klien mengeluh sering merasa lapar mengantuk, dan kaki terasa pegal dan mudah lelah, klien berada di kursi roda melakukan saat melakukan aktivitas. saat di periksa TTV : TD. 140/80 mmHg, N. 85x/m, RR. 20x/m, S.36.5°C. Dan setelah dilakukan pengkajian kadar glukosa darah didapatkan hasil : GDS.200 Mg/dL.

## 2. Riwayat kesehatan masa lalu : klien mengatakan memiliki polip, Asam lambung, diabetes mellitus.

## 3. Faktor Pencetus

mudah lelah, dan sering mengantuk, mudah buang air kecil

## 4. Timbulnya keluhan : klien mengatakan timbulnya keluhan secara bertahap.

## 5. Upaya mengatasi : minum obat dari petugas panti dan

memberikan balsem untuk kaki nya.

6. Pergi ke RS/Klinik pengobatan/dokter  
praktik/bidan/perawat: Perawat wisma dahlia
7. Mengonsumsi obat-obatan sendiri/obat tradisional (pilih salah satu)  
  
= B Complex 2x 1 ( 500 Mg ) Antasida 2x1,( 250 mg ),  
Ilopurinol 1x1 (600 mg) , simvastatin 1x2 (10mg )

**d. Riwayat Kesehatan Masa lalu**

- 1) Penyakit yang diderita : klien mengatakan mengalami Diabetes millitus type 2, Polip, Asam Urat, asam lambung
- 2) Riwayat alergi : klien mengatakan tidak ada atau memiliki riwayat alergi obat, makanan, binatang maupun debu.
- 3) Riwayat kecelakaan: klien mengatakan pernah di rawat di Rs karna jatuh di teras rumah dikarenakan pengapuran sendi lutut.
- 4) Riwayat pernah dirawat di RS : klien mengatakan tidak pernah di rawat di rumah sakit.
- 5) Riwayat pemakaian obat : klien mengatakan mengkonsumsi obat - obatnya dari panti yaitu B Complex 2x1mg, Antasida 2x1mg, Allopurinol 1x10mg, simastatin 1x20mg

**e. Riwayat kesehatan keluarga**

Klien mengatakan tidak ada keluarga yang mengalami riwayat sakit yang sama seperti Diabetes Millitus.

**f. Riwayat pekerjaan dan status ekonomi**

- 1) Pekerjaan saat ini : Tidak bekerja
- 2) Pekerjaan sebelumnya : Pembantu rumah tangga
- 3) Sumber pendapatan : Tidak ada
- 4) Kecukupan pendapatan : Tidak ada

**g. Riwayat Lingkungan dan tempat tinggal**

Kebersihan dan kerapihan ruangan klien cukup bersih, tetapi bagian kerapihan ruangan terlihat kurang rapih, masih banyak barang-barang yang disimpan dibawah tempat tidur WBS sehingga terlihat sumpek. Penerangan ventilasi dikamar terlihat terang. Sirkulasi udara di dalam kamar klien cukup baik, terdapat jendela di kamar WBS. Keadaan kamar mandi dan WC menjadi satu dalam sebuah ruangan, kamar mandi dan WC cukup bersih. Pembuangan air kotor melalui septic tank. Sumber air minum WBS adalah air isi ulang. Pembuangan sampah klien dengan cara menampung sampah di tong sampah.

**h. Pemeriksaan Fisik**

- 1) Keadaan umum : Kesadaran penuh
- 2) Tingkat Kesadaran : composmentis (E4M6V5)
- 3) TTV  
TD. 140/80 mmHg  
N. 85x/m

RR. 20x/m

S.36.5 °C

GDS : 200 mg/dl

4) BB: 65 kg TB:150 cm

5) Kepala

**Subjektif** : Klien mengatakan tidak pusing dan tidak sakit kepala.

### **Objektif**

**Inspeksi** : Bentuk kepala mesocephal, bulat, warna rambut putih

**Palpasi** : tidak terdapat nyeri tekan pada bagian kepala, tidak terdapat masa atau benjolan.

#### **a) Rambut**

**Subjektif** : Klien mengatakan saat ini rambutnya sedikit tipis.

#### **Objektif :**

**Inspeksi** : Rambut klien sebagian berwarna putih (uban), bersih, dan tidak rontok.

#### **b) Mata**

**Subjektif** : Klien mengatakan penglihatan sedikit terganggu dan tidak jelas buram.

**Objektif :**

Inspeksi : Kedua mata klien tidak anemis, sklera tidak ikterik, konjungtiva tidak anemis, pupil isokor kanan dan kiri, mata klien tampak sayu dan fungsi penglihatan klien menurun namun tidak memakai alat bantu penglihatan atau kacamata.

Palpasi : Tidak adanya nyeri tekan dan massa pada area mata.

**c) Telinga**

**Subjektif :** Klien mengatakan tidak ada masalah dibagian telinga.

**Objektif :**

Inspeksi : Telinga klien simetris kiri dan kanan, bersih, eritema negatif dan fungsi pendengaran dalam batas normal.

Palpasi : tidak terdapat nyeri tekan pada bagian belakang telinga.

**d) Mulut dan Tenggorokan**

**Subjektif :** Klien mengatakan tidak ada masalah dibagian mulut dan tenggorokan.

**Objektif :**

Inspeksi : Bentuk mulut simetris, mukosa lembab, gigi tidak utuh (ompong), dan tidak terdapat peradangan dalam tenggorokan.

Palpasi : tidak terdapat nyeri tekan dan tidak terdapat massa

**e) Payudara**

**Subjektif :** Klien mengatakan tidak ada masalah kesehatan di payudara.

**Objektif :**

Inspeksi : Letak payudara klien simetris kiri dan kanan, tidak ada lesi atau luka dan keluhan

Palpasi : tidak terdapat nyeri tekan, tidak terdapat benjolan.

**f) Sistem pernafasan**

**Subjektif :** Klien mengatakan tidak memiliki keluhan di pernafasan.

**Objektif :**

Inspeksi : bentuk dada kiri dan kanan simetris, Pergerakan dada klien simetris, tidak terdapat dispnea, tidak ada jejas, tidak ada retraksi dan otot bantu napas.

Palpasi : Vocal Fremitus simetris kanan dan kiri, gerakan dinding dada simetris kanan dan kiri, tidak ada nyeri tekan, tidak ada massa, tidak ada edeman dan krepitasi.

Perkusi : terdengar sonor seluruh lapang paru

Auskultasi : vesikuler dan tidak ada bunyi napas tambahan.

**g) Sistem Kardiovaskuler**

**Subjektif** : Klien mengatakan tidak memiliki keluhan di jantung dan nyeri dada

**Objektif** :

Inspeksi : bentuk dada normal simetris kanan kiri, bibir dan kuku warna merah muda atau tidak sianosis

Palpasi : CRT > 3 detik, Ictus cordis teraba teraba kuat

Perkusi : batas kanan jantung ICS II linea parasternalis dekstra, batas kiri jantung ICS IV linea mid clavikula sinistra.

Auskultasi : Bunyi jantung 1 dan bunyi jantung 2 reguler , tidak ada bunyi jantung tambahan.

**h) Sistem gastrointestinal**

**Subjektif** : Klien mengatakan tidak ada keluhan dibagian perut.

**Objektif** :

Inspeksi : bentuk abdomen datar, warna kulit sawo matang, turgor kulit menurun, tidak ada luka

Auskultasi : bising usus 13x/menit

Perkusi : suara timpani pada seluruh lapang abdomen  
Palpasi : tidak terdapat nyeri tekan dan massa pada bagian abdomen, hepar tidak teraba.

**i) Sistem perkemihan**

**Subjektif** : klien mengatakan sering BAK pada malam hari

**Objektif** :

Inspeksi : warna urine kuning jernih, tidak terdapat distensi kandung kemih, tidak ada perdarahan pada urine

Palpasi : tidak terdapat Nyeri tekan pada kandung kemih, tidak teraba pembesaran pada ginjal, tidak ada edema pada ekstremitas

**j) Sistem genitoreproduksi**

**Subjektif** : klien mengatakan tidak ada keluhan

**Objektif** : tidak dikaji

k) Sistem muskuloskeletal

**Subjektif** : klien mengatakan kaki nya sering merasa pegal

**Objektif** :

Inspeksi : tidak ada kelainan ekstremitas, hasil pemeriksaan

tonus otot :	5555	5555
	5555	5555

Refleks fisiologis : +1 +1

+1 +1

Palpasi : tidak ada nyeri tekan pada otot, hanya merasa pegal dan tidak kuat berdiri tegak.

l) Sistem saraf pusat

**Subjektif** : klien mengatakan tidak ada keluhan

**Objektif** :

Inspeksi : tingkat kesadaran composmentis (E4M6V5), pupil isokor diameter 2mm

Perkusi : reflex sendi dan tendon baik

m) Sistem endokrin

Kelenjar endokrin mengatur kadar gula dalam darah dengan mempengaruhi aktivitas kelenjar lain. Kelenjar pankreas dipengaruhi oleh hipofisis menghasilkan hormon insulin. Insulin berperan dalam mengatur kadar gula dalam darah, endokrin dapat dipahami melalui aktivitas metabolik dari hormon yang terlibat, seperti Diabetes Mellitus (DM) yang terjadi karena gangguan produksi hormon insulin, gangguan metabolisme karbohidrat, lemak, dan protein yang dihubungkan dengan kekurangan secara absolut atau relatif dari kerja dan atau sekresi insulin, hal ini dapat memicu terjadinya DM, kurangnya aktivitas dapat mengakibatkan peredaran darah tidak lancar dan memperlambat kerja insulin dalam tubuh, dan gaya hidup yang kurang baik juga dapat memicu terjadinya Dm. Seperti yang dialami Ny.S.

n) **Pengkajian Psikososial dan Spiritual**

1) Psikososial

Subjektif : Klien mengatakan merasa senang saat bersosialisasi dan suka mengikuti berbagai

kegiatan di panti dan berharap dapat terus bersosialisasi bersama orang-orang di sekitar panti.

Objektif :

Ny. S tampak sering bertegur sapa dengan teman-teman di panti. Sikap Ny.S sangat lah ramah.

2) Identitas masalah emosional

a) Klien mengatakan sukar tidur, gelisah, dan sering terbangun saat tidur. Klien tampak gelisah

b) Klien mengatakan mengalami keluhan lebih dari 3 bulan dan mengeluh banyak pikiran.

Maka dapat ditarik kesimpulan bahwa Ny. S Emosional positif

3) Spiritual

Subjektif : klien mengatakan ketika sedang kambuh sakit kepala atau pusing dia hanya bisa melaksanakan solat di kamar. Klien juga mengatakan kematian itu di atur oleh Allah, berharap ditempatkan di tempat yang baik dan meninggal dengan keadaan khusnul khotimah.

Objektif :

Klien beragama Islam, klien tampak sering mengikuti solat berjamaah di masjid panti dan

belajar mengaji serta mengikuti pengajian rutin pada hari senin dan kamis.

**a. Pengkajian fungsional klien**

Tabel 3. 1 KATZ Indeks Pasien Kelolaan 1

No	Aktivitas	Mandiri	Tergantung
1.	<p><b>Mandi Mandiri:</b> Bantuan hanya pada satu bagian mandi (seperti punggung atau ekstermitas yang tidak mampu) atau mandi sendiri sepenuhnya</p> <p><b>Tergantung :</b> Bantuan mandi lebih dari satu bagian tubuh, bantuan masuk dan keluar dari bak mandi, serta tidak mandi sendiri</p>	✓	
2.	<p><b>Berpakaian Mandiri :</b> Mengambil baju dari lemari, memakai pakaian, melepaskan pakaian, mengancingi/mengikat pakaian</p> <p><b>Tergantung :</b> Tidak dapat memakai baju sendiri atau Sebagian</p>	✓	
3.	<p><b>Ke kamar kecil Mandiri :</b> Masuk dan keluar dari kamar kecil kemudian membersihkan genitalia sendiri</p> <p><b>Tergantung :</b> Menerima bantuan untuk masuk ke kamar kecil dan menggunakan pispot</p>	✓	
4.	<p><b>Berpindah Mandiri :</b> Berpindah ke dan dari tempat tidur untuk duduk, bangkit dari kursi sendiri</p> <p><b>Bergantung :</b> Bantuan dalam naik atau turun dari tempat tidur atau kursi, tidak melakukan satu, atau lebih perpindahan</p>	✓	
5.	<p><b>Kontinen Mandiri:</b> BAB dan BAK seluruhnya terkontrol sendiri</p> <p><b>Bergantung:</b> Inkontinensia parsial atau total; penggunaan kateter, pispot,</p>	✓	

	pembalut/pempers		
6.	<b>Makan Mandiri:</b> Mengambil makanan dari piring dan menyuapinya sendiri <b>Bergantung :</b> Bantuan dalam hal mengambil makanan dari piring dan menyuapinya, tidak makan sama sekali, dan makan melalui parenteral (NGT)	✓	

Interpretasi : klien mandiri dalam makan, kontinensia (BAK dan BAB), menggunakan pakaian, pergi ke toilet, berpindah, dan mandi

#### b. Modifikasi dari barthel indeks

Tabel 3. 2 Modifikasi dari Barthel indeks Pasien Kelolaan 1

No.	Kriteria	Dengan Bantuan	Mandiri	Keterangan
1	Makan	5	10 ✓	Frekuensi : 3x/hari Jumlah : 1 porsi Jenis : nasi putih, lauk pauk dan buah
2	Minum	5	10 ✓	Frekuensi: sering Jumlah : sering Jenis : air putih
3	Berpindah dari kursi roda ke tempat tidur dan sebaliknya	5 – 10	15 ✓	Ny.S tidak memakai kursi roda
4	Personal toilet (cuci muka, menyisir rambut, gosok gigi)	0	5 ✓	Frekuensi : 5x/hari untuk berwudhu
5	Keluar masuk toilet (membuka pakaian, menyeka tubuh, menyiram)	5	10 ✓	Ny.S sering keluar masuk toilet untuk menyeka tubuh
6	Mandi	5	15 ✓	Frekuensi : 3x/hari
7	Jalan di permukaan datar	0	5 ✓	Ny.S berjalan sendiri tanpa bantuan orang lain ataupun tongkat
8	Naik turun tangga	5	10 ✓	Ny.S naik turun tangga Mandiri
9	Mengenakan pakaian	5	10 ✓	Ny.S mengenakan pakaian secara mandiri

10	Kontrol bowel (BAB)	5	10 ✓	Frekuensi : 1x/hari Konsistensi : lembek, kuning kecoklatan
11	Kontrol bladder (BAK)	5	10 ✓	Frekuensi : 6-8 x/hari Warna : kuning jernih
12	Olahraga/latihan	5	10 ✓	Frekuensi : 5x/minggu Jenis : senam
13	Rekreasi/pemanfaatan waktu luang	5	10 ✓	Jenis : membuat kerajinan, menyulam taplak meja dan keset Frekuensi : 2-3 kali seminggu

Interpretasi: setelah dilakukan pengkajian Ny.S mendapatkan skor 130 dengan kategori mandiri

### c. Pengkajian Status Mental Gerontik

Tabel 3. 3 Pengkajian Status Mental Gerontik Pasien Kelolaan 1

BENAR	SALAH	NO	PERTANYAAN
✓	✓	01	Tanggal berapa hari ini?
✓		02	Hari apa sekarang?
✓		03	Apa nama tempat ini?
✓		04	Dimana alamat anda?
✓		05	Berapa umur anda?
✓		06	Kapan anda lahir? (minimal tahun lahir)
✓		07	Siapa Presiden Indonesia sekarang?
✓		08	Siapa Presiden Indonesia sebelumnya?
✓		09	Siapa nama Ibu Anda?
✓		10	Kurangi 3 dari 20 dan tetap pengurangan 3 dari setiap angka baru, semua secara menurun.

Interpretasi hasil : Didapatkan skor 0 yang salah dengan kategori Ny. S fungsi intelektual utuh

### d. Identifikasi aspek kognitif dan fungsi mental dengan menggunakan MMSE (*Mini Mental Status Exam*)

Tabel 3. 4 MMSE (Mini Mental Status Exam) Pasien Kelolaan 1

No	Aspek kongnitif	Nilai maks	Nilai klien	Kriteria
1	Orientasi	5	4	Menyebutkan dengan benar : <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Tahun</li> <li>✓ Musim</li> <li>× Tanggal</li> <li>✓ Hari</li> <li>✓ Bulan</li> </ul>
	Orientasi	5	4	Dimana kita sekarang berada? <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Negara</li> <li>✓ Propinsi</li> <li>× Kabupaten</li> <li>✓ Kecamatan</li> <li>✓ Wisma</li> </ul>
2	Registrasi	3	3	Sebutkan nama 3 obyek (oleh pemeriksa) 1 detik untuk mengatakan masing-masing obyek. Kemudian tanyakan kepada klien ketiga obyek tadi. (Untuk disebutkan) <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Meja</li> <li>✓ Jam tangan</li> <li>✓ Buku</li> </ul>
3	Perhatian dan kalkulasi	5	5	Minta klien mengeja 5 kata dari belakang, misal "BAPAK" <ul style="list-style-type: none"> <li>• K</li> <li>• A</li> <li>• P</li> <li>• A</li> <li>• B</li> </ul>
4	Mengingat	3	3	Minta klien untuk mengulangi ketiga obyek pada No.2 (registrasi) tadi. Bila benar, 1 poin untuk masing-masing obyek. <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Meja</li> <li>✓ Jam Tangan</li> <li>✓ Buku</li> </ul>

5	Bahasa	9	2	<p>Tunjukkan pada klien suatu benda dan tanyakan namanya pada klien.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ lemari</li> <li>✓ kursi</li> </ul> <p>Minta klien untuk mengulang kata berikut: “Tak ada jika, dan, atau, tetapi.” Bila benar, nilai satu poin.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Pernyataan benar 2 buah: “tetapi, atau”</li> </ul> <p>Minta klien untuk mengikuti perintah berikut yang terdiri dari 3 langkah: Ambil kertas di tangan anda, lipat dua, dan taruh di lantai.”</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Ambil kertas di tangan anda</li> <li>✓ Lipat dua</li> <li>✓ Taruh di lantai</li> </ul> <p>Perintahkan pada klien untuk hal berikut (bila aktivitas sesuai perintah nilai 1 point)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ “Tutup mata anda”</li> </ul> <p>Perintahkan pada klien untuk menulis satu kalimat dan menyalin gambar.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Tulis satu kalimat</li> <li>✓ Menyalin gambar</li> </ul> 
<b>TOTAL NILAI</b>		<b>30</b>	28	Aspek kognitif dan fungsi mental baik

Interprestasi hasil: aspek kognitif dan fungsi mental pada Ny. S baik

### e. Pengkajian Keseimbangan

1) Pengkajian keseimbangan dinilai dari dua komponen utama dalam bergerak, dari kedua komponen tersebut dibagi dalam beberapa gerakan yang perlu di observasi oleh perawat. Kedua komponen tersebut adalah :

a) Perubahan posisi atau gerakan keseimbangan

Beri nilai 0 jika klien tidak menunjukkan kondisi di bawah ini, dan 1 bila menunjukkan kondisi berikut ini.

- Bangun dari tempat duduk (dimasukkan dalam analisis) dengan mata terbuka

Tidak bangun dari tempat tidur dengan sekali gerakan, akan tetapi lansia mendorong tubuhnya ke atas dengan tangan atau bergerak ke bagian depan kursi terlebih dahulu, tidak stabil pada saat berdiri pertama kali (0)

- Duduk ke kursi (dimasukkan ke dalam analisis) dengan mata terbuka Menjatuhkan diri ke kursi, tidak duduk di tengah kursi (1)

- Bangun dari tempat duduk (dimasukkan ke dalam analisis) dengan mata tertutup

Tidak bangun dari tempat duduk dengan sekali gerakan, akan tetapi lansia mendorong tubuhnya ke atas dengan tangan atau bergerak ke bagian depan kursi terlebih dahulu, tidak stabil pada saat berdiri pertama kali (0)

- Duduk ke kursi (dimasukkan ke dalam analisis) dengan mata tertutup Menjatuhkan diri ke kursi, tidak duduk ke tengah kursi. Keterangan : Kursi harus yang keras tanpa lengan (0)

Menahan dorongan pada sternum (Pemeriksa mendorong sternum sebanyak 3 kali dengan hati-hati) dengan mata terbuka . (0)

Klien menggerakkan kaki, memegang objek untuk dukungan, kaki tidak menyentuh sisi- sisinya. (1)

- Menahan dorongan pada sternum (pemeriksa mendorong sternum sebanyak 3 kali dengan hati-hati) dengan mata tertutup

Klien menggerakkan kaki, memegang objek untuk dukungan, kaki tidak menyentuh sisi- sisinya. (0)

- Perputaran leher (klien sambil berdiri)

Menggerakkan kaki, menggenggam objek untuk dukungan kaki; keluhan vertigo, pusing, atau keadaan tidak stabil (1)

- Gerakan menggapai sesuatu

Tidak mampu untuk menggapai sesuatu dengan bahu fleksi sepenuhnya sementara berdiri pada ujung-ujung jari kaki, tidak stabil memegang sesuatu untuk dukungan (0)

- Membungkuk

Tidak mampu membungkuk untuk mengambil objek-objek kecil (misalnya pulpen) dari lantai, memegang objek untuk bias berdiri lagi, dan memerlukan usaha-usaha yang keras untuk bangun (0)

b) Komponen gaya berjalan atau pergerakan

Beri nilai 0 jika klien tidak menunjukkan kondisi di bawah ini, atau beri nilai 1 jika klien menunjukkan salah satu dari kondisi di bawah ini :

- Minta klien untuk berjalan ke tempat yang ditentukan

Ragu-ragu, tersandung, memegang objek untuk pegangan (0)

- Ketinggian langkah kaki (mengangkat kaki saat melangkah)

Kaki tidak naik dari lantai secara konsisten (menggeser atau menyeret kaki), mengangkat kaki terlalu tinggi (> 5 cm) (0)

- Kontinuitas langkah kaki (lebih baik di observasi dari samping klien)

Setelah langkah-langkah awal menjadi tidak konsisten, memulai mengangkat satu kaki sementara kaki yang lain menyentuh lantai (0)

- Kesimetrisan langkah (lebih baik di observasi dari samping klien)

Langkah tidak simetris, terutama pada bagian yang sakit (1)

- Penyimpangan jalur pada saat berjalan (lebih baik di observasi dari samping kiri klien)

Tidak berjalan dalam garis lurus, bergelombang dari sisi ke sisi (0)

- Berbalik

Berhenti sebelum mulai berbalik, jalan sempoyongan, bergoyang, memegang objek untuk dukungan. (0)

Interpretasi hasil: Didapatkan skor 5 dengan kategori

Ny.S mengalami resiko jatuh rendah

Tabel 3. 5 The timed up and go (tug) Test Pasien Kelolaan 1

No	Langkah
1.	Posisi klien duduk di kursi
2.	Minta klien berdiri dari kursi, berjalan 10 langkah (3 meter), kembali ke kursi, ukur waktu dalam detik

Interpretasi : Didapatkan skor <10 detik dengan kategori Ny. S mengalami jatuh rendah

**f. Penilaian potensi dekubitus (Skor NORTON)**

Nama Penderita : Ny. S

Kondisi fisik umum

- |                 |   |
|-----------------|---|
| 1) Baik         | 4 |
| 2) Lumyan       | 3 |
| 3) Buruk        | 2 |
| 4) Sangat buruk | 1 |

Kesadaran

- |                 |   |
|-----------------|---|
| 1) Komposmentis | 4 |
| 2) Apatis       | 3 |

3) Sopor 2

4) Koma 1

Aktivitas

1) **Ambulasi** 4

2) Ambulasi dengan bantuan 3

3) Hanya bisa duduk 2

4) Tiduran 1

Inkontinen

1) **Tidak** 4

2) Kadang-kadang 3

3) Sering inkontinensia urin 2

4) Inkontinensia alvi dan urin 1

Interpretasi: Didapatkan skor 16 dengan kategori Tn.B mengalami kecil sekali/ tak terjadi

**g. Geriatric Depression Scale (GDS)**

Tabel 3. 6 Geriatric Depression Scale (GDS) Pasien Kelolaan 1

No	Pertanyaan	Ya	Tidak
1	Apakah anda puas dengan kehidupan anda	✓	
2	Apakah anda telah meninggalkan banyak kegiatan dan minat/kesenangan anda	✓	
3	Apakah anda merasa kehidupan anda kosong	✓	
4	Apakah anda sering merasa bosan		✓
5	Apakah anda mempunyai semangat yang baik setiap saat	✓	
6	Apakah anda mersa takut sesuatu yang buruk akan terjadi pada anda		✓
7	Apakah anda merasa bahagia untuk sebagian besar hidup anda	✓	

8	Apakah anda sering merasa tidak berdaya		✓
9	Apakah anda sering dirumah dari pada pergi keluar dan mengerjakan sesuatu hal yang baru		✓
10	Apakah anda mersa mempunyai banyak masalah dengan daya ingat anda dibandingkan kebanyakan orang		✓
11	Apakah anda pikir kehidupan anda saat ini menyenangkan	✓	
12	Apakah anda merasa tidak berharga seperti perasaan anda saat ini		✓
13	Apakah anda merasa penuh semangat	✓	
14	Apakah anda merasa bahwa keadaan anda tidak ada harapan		✓
15	Apakah anda pikir bahwa orang lain, lebih baik keadaanya dari pada anda		✓

Interpretasi : Setelah dilakukan pengkajiaan Ny. S mendapatkan skor salah 7 dan unuk skor 8 benar dengan kategori normal

Tabel 3. 7 Data Fokus Pasien Kelolaan 1

Data subjektif	Data objektif
DS : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan mudah lelah</li> <li>• klien mengatakan mudah mengantuk</li> <li>• klien mengatakan mudah kenyang dan lapar</li> <li>• klien mengatakan memiliki riwayat DM Type 2</li> <li>• Klien mengatakan di bagian dengkul sering terasa pegal dan tidak nyaman</li> <li>• Klien mengatakan gerak terbatas</li> <li>• Klien mengatakan tidak dapat berjalan dengan normal</li> <li>• Klien mengatakan merasa tidak nyaman melakukan aktivitas di kursi roda</li> <li>• Klien mengatakan pernah jatuh</li> <li>• Klien mengatakan kakinya tidak kuat lagi untuk berjalan</li> <li>• Klien mengatakan dibantu kursi roda untuk beraktivitas</li> <li>• Klien mengatakan gerak terbatas</li> </ul>	DO : <ul style="list-style-type: none"> <li>• klien tampak lemas</li> <li>• klien tampak sayu sering mengantuk</li> <li>• kadar glukosa klien tinggi</li> <li>• GDS : 200mg/dl</li> <li>• Klien tampak gelisah</li> <li>• Usia klien 81 Tahun</li> <li>• Klien tampak menggunakan kursi roda</li> <li>• Data resiko jatuh pada klien</li> <li>• <b>0-5 : resiko jatuh</b></li> <li>• TTV</li> <li>• TD. 140/80 mmHg</li> <li>• N. 85x/m</li> <li>• S.36.5</li> <li>• RR. 20x/m</li> </ul>

Tabel 3. 8 Analisa data Pasien Kelolaan 1

no.	Analisa data	Masalah keperawatan	Etiologi
1.	DS : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan mudah lelah</li> <li>• klien mengatakan mudah mengantuk</li> <li>• klien mengatakan mudah kenyang dan lapar</li> <li>• klien mengatakan memiliki riwayat DM Type 2</li> </ul> DO : <ul style="list-style-type: none"> <li>• klien tampak lemas</li> <li>• klien tampak sayu sering mengantuk</li> <li>• kadar glukosa klien tinggi</li> <li>• GDS : 200mg/dl</li> <li>• TTV               <ul style="list-style-type: none"> <li>• TD. 140/80 mmHg</li> <li>• N. 85x/m</li> <li>• S.36.5</li> <li>• RR. 20x/m</li> </ul> </li> </ul>	<u>Ketidak stabilan</u> kadar glukosa darah ( D.0027 )  (Gds normal : 70 – 100 Mg/dl)	Resistensi insulin
2.	DS: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan di bagian dengkul sering terasa pegal dan tidak nyaman</li> <li>• Klien mengatakan gerak terbatas</li> <li>• Klien mengatakan tidak dapat berjalan dengan normal</li> <li>• Klien mengatakan merasa tidak nyaman melakukan aktivitas di kursi roda</li> </ul> DO : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien tampak gelisah</li> <li>• TTV               <ul style="list-style-type: none"> <li>• TD. 140/80 mmHg</li> <li>• N. 85x/m</li> <li>• S.36.5</li> <li>• RR. 20x/m</li> </ul> </li> </ul>	Gangguan rasa nyaman (D.0074)	Gejala penyakit

3.	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan pernah jatuh</li> <li>• Klien mengatakan kakinya tidak kuat lagi untuk berjalan</li> <li>• Klien mengatakan dibantu kursi roda untuk beraktivitas</li> <li>• Klien mengatakan gerak terbatas</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Usia klien 81 Tahun</li> <li>• Klien tampak menggunakan kursi roda</li> <li>• TTV <ul style="list-style-type: none"> <li>• TD. 140/80 mmHg</li> <li>• N. 85x/m</li> <li>• S.36.5</li> <li>• RR. 20x/m</li> </ul> </li> <li>• Data resiko jatuh pada klien</li> </ul> <p><b>0-5 : resiko jatuh</b></p>	Resiko jatuh ( D. 0143)	Usia $\geq$ 65 tahun
----	--	-------------------------	----------------------

Tabel 3. 9 Diagnosa Keperawatan Pasien Kelolaan 1

No.	Diagnosa keperawatan	Kode
1.	Ketidak stabilan kadar glukosa daran b.d resistensi insulin	( D.0027 )
2.	Gangguan rasa nyaman b.d gejala penyakit	( D.0074)
3.	Resiko jatuh b.d usia $\geq$ 65 tahun	( D. 0143)

Nama : Ny. S  
 Ruangan : Wisma Dahlia  
 Tanggal pengkajian : 13 febuari 2023

Tabel 3. 10 Rencana Keperawatan Pasien Kelolaan 1

<b>Diagosa keperawatan</b>	<b>hari/tanggal jam</b>	<b>Tujuan dan kriteria hasil</b>	<b>Intervensi</b>	<b>Paraf</b>
Ketidak stabilan kadar glukosa daran b.d resistensi insulin ( D.0027 )	Senin 13/02/23  10.00 wib	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x7 jam, diharapkan kadar glukosa darah menurun dengan kriteria hasil :  1. Kadar glukosa dalam darah menurun (5) 2. Lelah menurun(5) 3. Mengantuk menurun (5) 4. Lapar menurun (5)	<b>Manajemen Hiperglikemia</b> (I.03115)  <b>Observasi :</b> 1.Monitor tanda dan gejalahiperglikemia (poliuria, polidipsi, polifagia)  2.Monitor kadar glukosadarah  3.Monitor intake dan outputcairan  <b>Terapeutik :</b> 1. konsultasi dngan medis  <b>Edukasi :</b> 1.Anjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga  2.Anjurksan Teknik Nonfarmakologis Senam Dm  3.Anjurkan monitor kadar gula glukosa darah secaramandiri  <b>Kolaborasi :</b> 1. Kolaborasi pemberianinsulin, jika perlu	
Gangguan rasa nyaman b.d gejala penyakit ( D.0074)	Senin 13/02/23  12.00 wib	Setelah dilakukan tindkan keperawatan 3x7 jam, diharapkan rasa rasa nyaman meningkat dengan kriteria hasil :  1. Gelisah Menurun (5) 2. Keluhan Tidak Nyaman	<b>Pengaturan posisi</b> (I.01019)  <b>Observasi :</b> 1. Monitor status oksigenasi sebelum dan	

		<p>Menurun (5)</p> <p>3. Rileks Meningkatkan (5)</p>	<p>sesudah mengubah posisi</p> <p><b>Teraupetik :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. tempatkan pada matras atau tempat tidur teraupetik</li> <li>2. tempatkan pada posisi teraupetik</li> <li>3. atur posisi yang disukai tidak kontraindikasi</li> <li>4. tinggikan bagian tubuh yang sakit dengan tepat</li> </ol> <p><b>Edukasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ajarkan cara menggunakan postur yang baik dan melakukan posisi</li> </ol>	
<p>Resiko jatuh b.d usia <math>\geq 65</math> tahun ( D. 0143)</p>	<p>Senin 13/02/23  13.00 wib</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan 3x7 jam, di harapkan resiko jatuh menurun dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jatuh saat di kamar mandi menurun (5)</li> <li>2. jatuh saat berdiri menurun (5)</li> <li>3. Jatuh saat berpindah menurun (5)</li> </ol>	<p><b>Dukungan mobilisasi</b> ( I. 05173 )</p> <p><b>Observasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi adanya nyeri</li> <li>2. indentifikasi toleransi fisik lainnya melakukan pergerakan</li> </ol> <p><b>Teraupetik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu</li> <li>2. fasilitasi melakukan pergerakan</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p>	

			1. ajarkan mobilisasi sederhana 2. jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi	
--	--	--	---	--

Nama Pasien : Ny. S

Ruang : Wisma Dahlia

Tanggal : 13 Febuari 2023

Tabel 3. 11 Implementasi Keperawatan Pasien Kelolaan 1 hari pertama

Diagnosa keperawatan	Tanggal dan Jam	Implementasi Keperawatan	Respon klien	Paraf
Ketidak stabilan kadar glukosa daran b.d resistensi insulin ( D.0027 )	Senin 13/02/23	<b>Manajemen Hiperglikemia</b> (I.03115) <b>Observasi :</b> 1.Memonitor tanda dan gejala hiperglikemia (poliuria, polidipsi, polifagia) 2.Memonitor kadar glukosadarah	S: • Klien mengatakan lelah, sering mengantuk, mudah haus,dan lapar	
	10:00		O: • Pasien tampak lemah • Pasien tampak sering makan makanan ringan dan minman seperti energen	
	10.00	<b>Terapeutik :</b> 1.mengkonsultasikan dengan medis	O: • GDS: 200mg/dl • TD. 140/80 mmHg N. 85x/m S.36.5 RR. 20x/m	
	10.03	<b>Edukasi :</b> 1.Menganjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga 2. mengajarkan senam Dm	S: • Klien mengataka n jika sakit dibawa ke	
	10.05	3.menganjurkan monitor kadar gula glukosa darah secara		

		mandiri		
	10.06	<b>Kolaborasi:</b> 1. Mengkolaborasikan pemberian insulin, jika perlu	O:	dokter
	10.08		• Keadaan klien saat ini cukup baik	
	10.10		S:	• Klien mengatakan paham dengan yang dijelaskan oleh perawat tentang diet makanan, mengurangi makanan yang banyak mengandung gula
			O:	• Klien tampak kooperatif saat dijelaskan tentang diet makanan dan olahraga untuk melancarkan peredaran darah dan mengontrol gula darah
			S:	• Klien mengatakan pernah melakukan senam DM tetapi ada langkah yang lupa
			O:	• Klien kooperatif

			<p>saat di ajarkan kembali senam DM, dan klien paham tujuan dilakukannya senam DM</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Klien mengatakan mengerti harus menghindari makanan dan minuman yang mengandung gula atau yang manis, seperti kopi, biskuit, energen.</li> </ul>	
Gangguan rasa nyaman b.d gejala penyakit ( D.0074)	<p>Senin 13/02/23</p> <p>10:15</p> <p>10.16</p> <p>10.18</p> <p>11.00</p> <p>11.02</p>	<p><b>Pengaturan posisi</b> (I.01019)</p> <p><b>Teraupetik :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>menempatkan pada matras atau tempat tidur teraupetik</li> <li>menempatkan pada posisi teraupetik</li> <li>mengatur posisi yang disukai tidak kontraindikasi</li> <li>meninggikan bagian tubuh yang sakit dengan tepat</li> </ol> <p><b>Edukasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>mengajarkan cara menggunakan postur yang baik dan melakukan posisi</li> </ol>	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Klien mengatakan sebelum mengubah posisi klien merasa engap</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Klien tampak gelisah jika duduk tidak menggunakan sandaran bantal di kursi rodanya</li> </ul> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Klien mengatakan tempat tidurnya kokoh</li> </ul>	

			<p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien tampak menyandarkan punggungnya ketika di tempat tidur</li> </ul> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan suka posisi sedikit kepala ditinggikan dengan bantal</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien tampak nyaman dengan posisinya</li> </ul> <p>S:</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien tampak mengganjal bagian kakinya dengan bantal</li> </ul> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan mengerti tentang posisi yang di ajarkan oleh perawat</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien tampak kooperatif saat di ajarkan oleh perawat</li> </ul>	
Resiko jatuh b.d usia $\geq 65$ tahun ( D. 0143)	Senin 13/02/23	<b>Dukungan mobilisasi</b> ( I. 05173 )	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan</li> </ul>	

		<b>Observasi :</b>		
	11.05	1. Mengidentifikasi adanya nyeri		n kaki terasa pegal dan kadang nyeri
	11.06	2. Mengidentifikasi toleransi fisik lainnya melakukan pergerakan	O:	<ul style="list-style-type: none"> <li>Klien tampak merasakan nyeri pada bagian kaki</li> </ul>
		<b>Teraupetik</b>		
	11.07	1. Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu	S:	<ul style="list-style-type: none"> <li>Klien mengatakan tidak dapat melakukan banyak aktivitas karna keterbatasan fisiknya</li> </ul>
		2. Memfasilitasi melakukan pergerakan		
	11.08	<b>Edukasi</b>		
		1. Mengajarkan mobilisasi sederhana		
	11.09	2. Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi	O:	<ul style="list-style-type: none"> <li>Klien tampak berada di kursi roda</li> </ul>
			S:	<ul style="list-style-type: none"> <li>Klien mengatakan beraktivitas hanya di kursi roda saja</li> </ul>
	11.11		O:	<ul style="list-style-type: none"> <li>Klien tampak berada di kursi roda</li> </ul>
			S:	<ul style="list-style-type: none"> <li>Klien mengatakan mengerti tentang mobilisasi yang diajarkan perawat</li> </ul>
			O:	<ul style="list-style-type: none"> <li>Klien tampak kooperatif</li> </ul>



			<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Klien mengatakan mengerti tentang tujuan dan prosedur yang di ajarkan perawat</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Klien tampak kooperatif</li> </ul>	
--	--	--	---	--

Nama pasien : Ny. S

Ruang : wisma Dahlia

Tanggal : 14 febuari 2023

Tabel 3. 12 Implementasi Keperawatan Pasien Kelolaan 1 hari kedua

Diagnosa keperawatan	Hari/tgl/jam	Implementasi	Respon klien	Paraf
Ketidak stabilan kadar glukosa darah b.d resistensi insulin ( D.0027 )	Selasa 14/02/23	<p><b>Manajemen Hiperglikemia</b> (I.03115)</p> <p><b>Observasi :</b></p> <p>1.Memonitor tanda dan gejala hiperglikemia (poliuria, polidipsi, polifagia)</p> <p>2.Memonitor kadar glukosadarah</p> <p><b>Terapeutik :</b></p> <p>3.mengkonsultasikan dengan medis</p>	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Klien mengatakan sedikit mudah lelah, mengantuk</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Klien tampak masih sering lelah dan mengantuk</li> </ul>	
	10:15		<p>S:</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>170 mg/dl</li> <li>130/70 mmHg</li> <li>N. 80x/m</li> <li>S.36</li> <li>RR. 20x/m</li> </ul>	
	10:16			
	10:18			
	11:00		<p><b>Edukasi :</b></p> <p>1.Menganjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga</p> <p>2.mengajarkan senam Dm</p> <p>3.menganjurkan monitor kadar gula glukosa darah secara mandiri</p> <p><b>Kolaborasi:</b></p>	
11:02				

		<p>1. Diberikan insulin, jika perlu</p>	<p>mengontrol makanan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan paham dengan yang di sampaikan perawat mengenai diet makanan</li> <li>• Klien mengatakan paham mengontrol makanan yang mengandung gula</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien tampak mengurangi porsi makan dan mengurangi minum kopi</li> </ul> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan jika sakit dibawa ke dokter</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Keadaan klien saat ini cukup baik</li> </ul> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan telah mengontrol pola makan dan diet nya</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien tampak mengikuti anjuran perawat</li> </ul> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien</li> </ul>	
--	--	---	---	--

			<p>mengatakan melakukan senam DM yang diajarkan oleh perawat pagi hari ini.</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mampu melakukan sedam DM</li> </ul> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan mengerti harus menghindari makanan dan minuman yang mengandung gula atau yang manis</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien tampak kooperatif</li> </ul>	
Gangguan rasa nyaman b.d gejala penyakit ( D.0074)	<p>Selasa 14/02/23</p> <p>10:15</p> <p>10:16</p> <p>10:18</p>	<p><b>Pengaturan posisi</b> (I.01019)</p> <p><b>Observasi :</b></p> <p>1. Memonitor status oksigenasi sebelum dan sesudah mengubah posisi</p> <p><b>Teraupetik :</b></p> <p>1. menempatkan pada matras atau tempat tidur teraupetik</p> <p>2. menempatkan pada posisi teraupetik</p> <p>3. mengatur posisi yang disukai tidak kontraindikasi</p> <p>4. meninggikan bagian tubuh yang sakit dengan</p>	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan sebelum mengubah posisi klien merasa engap</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien tampak gelisah jika duduk tidak menggunakan sandaran bantal di kursi rodanya</li> </ul> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan tempat tidurnya kokoh</li> </ul>	

	11.00  11.02  11.03	tepat <b>Edukasi :</b> 1.mengajarkan cara menggunakan postur yang baik dan melakukan posisi	O: <ul style="list-style-type: none"><li>Klien tampak menyandarkan punggungnya ketika di tempat tidur</li></ul> S: <ul style="list-style-type: none"><li>Klien mengatakan suka posisi sedikit kepala ditinggikan dengan bantal</li></ul> O: <ul style="list-style-type: none"><li>Klien tampak nyaman dengan posisinya</li></ul> S: O: <ul style="list-style-type: none"><li>Klien tampak mengganjal bagian kakinya dengan bantal</li></ul> S: <ul style="list-style-type: none"><li>Klien mengatakan nyaman dengan</li><li>posisi yang diajarkan perawat</li></ul> O: <ul style="list-style-type: none"><li>Klien tampak tenang</li></ul>	
Resiko jatuh b.d usia $\geq 65$ tahun ( D. 0143)	Selasa 14/02/23  11.06  11.07	<b>Dukungan mobilisasi</b> ( I. 05173 ) <b>Observasi :</b> 1.Mengidentifikasi adanya nyeri 2.Mengidentifikasi toleransi fisik lainnya	S: <ul style="list-style-type: none"><li>Klien mengatakan kaki terasa pegal dan kadang nyeri</li></ul> O: <ul style="list-style-type: none"><li>Klien tampak merasakan</li></ul>	

		melakukan pergerakan			
		<b>Teraupetik</b>			
	11.08	1. Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu	S:	nyeri pada bagian kaki	
		2. Memfasilitasi melakukan pergerakan	•	Klien mengatakan tidak dapat melakukan banyak aktivitas karna keterbatasan fisiknya	
	11.09	<b>Edukasi</b>	O:		
		1. Mengajarkan mobilisasi sederhana	•	Klien tampak berada di kursi roda saat melakukan aktivitas	
	11.11	2. Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi	S:	• Klien mengatakan beraktivitas hanya di kursi roda saja	
	11.12		O:	• Klien tampak menggunakan kursi roda kemana mana	
			S:	• Klien mengatakan telah melakukan mobilisasi yang diajarkan perawat	
			•	Klien mengatakan pegal berkurang saat melakukan mobilisasi	
			O:	• Klien tampak kooperatif	

			<p>melakukan mobilisasi yang diajarkan oleh perawat</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Klien mengatakan mengerti tentang tujuan dan prosedur yang diajarkan perawat</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Klien sudah mengerti saat ditanya kembali mengenai tujuan dan prosedur yang diajarkan</li> </ul>	
--	--	--	--	--

Nama pasien : Ny. S

Ruang : wisma Dahlia

Tanggal : 15 februari 2023

Tabel 3. 13 Implementasi Keperawatan Pasien Kelolaan 1 hari ketiga

Diagnosa keperawatan	Hari/tgl	Implementasi	Respon klien	Paraf
Ketidak stabilan kadar glukosa darah b.d resistensi insulin ( D.0027 )	Rabu 15/02/23  10:00	<b>Manajemen Hiperglikemia</b> (I.03115) <b>Observasi :</b> 1.Memonitor tanda dan gejala hiperglikemia (poliuria, polidipsi, polifagia)	S: <ul style="list-style-type: none"> <li>Klien mengatakan tidak merasa mudah lelah, hanya masih suka mengantuk</li> </ul> O: <ul style="list-style-type: none"> <li>Klien tampak masih sering mengantuk</li> </ul> S: O:	

	10.00	<p>2.Memonitor kadar glukosa darah</p> <p><b>Edukasi :</b></p> <p>1.Menganjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 155 mg/dl</li> <li>• 140/80 mmHg</li> <li>N. 85x/m</li> <li>S.36.5</li> <li>RR. 20x/m</li> </ul>	
	10.03	<p>2.mengajarkan senam Dm</p>	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan sudah bisa mengontrol makanan</li> </ul>	
	10.05	<p>3.menganjurkan monitor kadar gula glukosa darah secara mandiri</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Klienmengat akan paham dengan yang di sampaikan perawat mengenai diet makanan</li> </ul>	
	10.06	<p><b>Kolaborasi:</b></p> <p>1. Memberikaninsulin,jika perlu</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan paham mengontrol makanan yang mengandung gula</li> </ul>	
	10.08		<p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien tampak mengurangi porsi makan dan mengurangi minum kopi</li> </ul>	
	10.10		<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan telah mengontrol pola makan dan diet nya</li> </ul>	
			<p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kadar gula darah klien tampak</li> </ul>	

			<p>dalam batas normal</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan merasa lebih rileks saat telah melakukan senam DM</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mampu melakukan senam DM</li> </ul> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan mengerti harus menghindari makanan dan minuman yang mengandung gula atau yang manis</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien tampak jarang mengonsumsi minuman manis seperti kopi, teh, energen</li> </ul>	
Gangguan rasa nyaman b.d gejala penyakit ( D.0074)	<p>Rabu 15/02/23</p> <p>10:15</p> <p>10.16</p>	<p><b>Pengaturan posisi</b> (I.01019)</p> <p><b>Observasi :</b></p> <p>1. Memonitor status oksigenasi sebelum dan sesudah mengubah posisi</p> <p><b>Teraupetik :</b></p> <p>1. menempatkan pada matras atau tempat tidur teraupetik</p> <p>2. menempatkan pada posisi teraupetik</p>	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan nyaman dengan posisi duduk menggunakan bantal di kursinya</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien tampak nyaman dan lebih rileks</li> </ul> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien</li> </ul>	

	10.18  11.00  11.02  11.03	<p>3. mengatur posisi yang disukai tidak kontraindikasi</p> <p>4. meninggikan bagian tubuh yang sakit dengan tepat</p> <p><b>Edukasi :</b></p> <p>1.mengajarkan cara menggunakan postur yang baik dan melakukan posisi</p>	<p>mengatakan tempat tidurnya kokoh</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien tampak menyandarkan punggungnya ketika di tempat tidur</li> </ul> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan suka dengan posisi kepala ditinggikan dengan bantal</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien tampak nyaman dengan posisinya</li> </ul> <p>S:</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien tampak mengganjal bagian kakinya dengan bantal</li> </ul> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan nyaman dengan posisi yang diajarkan perawat</li> </ul> <p>O:</p> <p>Klien tampak tenang</p>	
Resiko jatuh b.d usia $\geq 65$ tahun ( D. 0143)	Rabu 15/02/23  11.05	<p><b>Dukungan mobilisasi</b> ( I. 05173 )</p> <p><b>Observasi :</b></p> <p>1.Mengidentifikasi adanya nyeri</p>	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan kaki terasa pegal dan kadang nyeri</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien</li> </ul>	

	<p>11.06</p> <p>11.07</p> <p>11.08</p> <p>11.09</p> <p>11.11</p>	<p>2.Mengidentifikasi toleransi fisik lainnya melakukan pergerakan</p> <p><b>Teraupetik</b></p> <p>1. Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu</p> <p>2. Memfasilitasi melakukan pergerakan</p> <p><b>Edukasi</b></p> <p>1. Mengajarkan mobilisasi sederhana 2.Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi</p>	<p>tampak merasakan nyeri pada bagian kaki</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan tidak dapat melakukan banyak aktivitas karna keterbatasan fisiknya</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien tampak berada di kursi roda saat melakukan aktivitas</li> </ul> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan beraktivitas hanya di kursi roda saja</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien tampak menggunakan kursi roda kemana mana</li> </ul> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan telah melakukan mobilisasi yang di ajarkan perawat</li> <li>• Klien mengatakan pegal berkurang saat melakukan mobilisasi miring kanan kiri dan</li> </ul>	
--	--	---	--	---

			<p>melakukan pergerakan sendi kaki</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien tampak kooperatif melakukan mobilisasi yang diajarkan oleh perawat</li> </ul> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan mengerti tentang tujuan dan prosedur yang diajarkan perawat</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien melakukan yang diajarkan perawat dengan mandiri</li> </ul>	
--	--	--	--	--

Nama pasien : Ny.S

Ruangan : Wisma Dahlia

Tabel 3. 14 Evaluasi Keperawatan Pasien Kelolaan 1

No	Diagnosa keperawatan	Hari/tgl jam	Evaluasi <b>Keperawatan</b>	Paraf
1.	Ketidak stabilan kadar glukosa daran b.d resistensi insulin ( D.0027 )	Rabu 15/02/23  11.00 wib	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan tidak mudah mengantuk karna melakukan aktivitas senam, dan olahraga lain.</li> <li>• Klien mengatakan tidak makan dan minum yang manis manis lagi</li> <li>• Klien mengatakan tidak minum kopi lagi</li> <li>• Klien mengatakan melakukan senam DM</li> </ul>	

			<p>untuk mengontrol gula darah</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• GDS : 150mg/dl</li> <li>• Klien tampak melakukan aktivitas dikursi roda</li> <li>• Mata klien tampak segar tidak Sayu</li> <li>• Klien tampak tidak mengopi lagi</li> <li>• Klien tampak patuh dengan gaya hidup dan pola diet makan</li> </ul> <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Masalah belum teratasi</li> </ul> <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• lanjutkan Intervensi</li> </ul>	
2.	Gangguan rasa nyaman b.d gejala penyakit ( D.0074)	Rabu 15/02/23 11.00 wib	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan nyaman dengan posisi duduk bersandar dengan bantal</li> <li>• Klien mengatakan aktivitas terbatas menggunakan kursi roda kemana pun</li> <li>• Klien mengatakan nyaman dan rilek saat mobilisasi miring kanan dan kiri</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien tampak Nyaman</li> <li>• Klien tampak sedang beraktivitas dikursi roda</li> <li>• Kulit klien tampak bersih</li> </ul> <p>A.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Masalah Teratasi</li> </ul> <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Intervensi di hentikan</li> </ul>	
3.	Resiko jatuh b.d usia $\geq 65$ tahun ( D. 0143)	Rabu 15/02/23 11.00 wib	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan untuk menghindari jatuh dari tempat tidur menggunakan bantal dijadikan palang dipinggir tempat tidur saat tidur</li> </ul>	

			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan untuk menghindari jatuh bolak balik kamar mandi klien menggunakan pempers</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien tampak beraktivitas mandiri</li> <li>• Klien tampak menggunakan kursi roda beraktivitas dan diberikan tali untuk menghindari terjatuh ke depan</li> <li>• Klien tampak menggunakan pempers untuk mengurangi resiko jatuh pada saat bolak balik ke kamar mandi</li> </ul> <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Masalah belum teratasi</li> </ul> <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lanjutkan intervensi</li> </ul>	
--	--	--	---	---

B. Asuhan Keperawatan Pada NY.I dengan Dengan Penerapan Senam Dm Untuk Mengontrol Kadar Gula Darah

1. **Pengkajian**

a. **Identitas**

1. Nama : Ny. I
2. Tempat/tanggal Lahir : 24 Agustus 1951
3. Jenis Kelamin : Perempuan
4. Status Perkawinan : Menikah
5. Agama : Islam
6. Suku : Jawa
7. Tanggal masuk PSTW : 18 Januari 2019
8. Tanggal pengkajian : 13 Februari 2023
9. Diagnosa medis : Diabetes Millitus

10. Sumber informasi : Klien Ny.I

**b. Keluhan Utama**

Klien mengeluh nyeri dibagian tangan dan kakinya karena ada luka yang sukar sembuh serta sering mengantuk.

**c. Riwayat kesehatan**

1. Riwayat kesehatan saat ini

Gejala yang dirasakan Saat dilakukan pengkajian pada tanggal 13 februari 2023 Klien mengeluh nyeri dibagian tangan dan kakinya karena ada luka yang sukar sembuh. Klien juga mengeluh bahwa pasien sering mengantuk. Klien tampak bedrest, terdapat banyak luka disekitar ekstremitas atas dan ekstremitas bawah yang sukar sembuh dan ada aroma berbau dari pasien, BAB dan BAK ditempat tidur pasien saat di periksa TD. 110/80 mmHg, N. 75x/m, RR. 20x/m, S.36.5 °C Dan setelah dilakukan pengkajian kadar glukosa darah didapatkan hasil : GDS.250 Mg/dL.

2. Riwayat kesehatan masa lalu : klien mengatakan memiliki riwayat penyakit diabetes mellitus

3. Faktor Pencetus

Klien mengatakan banyak luka di bagian tangan dan kaki yang sukar kering dan sembuh dan klien mengatakan aktivitasnya hanya ditidur.

4. Timbulnya keluhan : klien mengatakan timbulnya keluhan secara bertahap.
5. Upaya mengatasi : minum obat dari petugas panti dan memberikan Minyak untuk kakinya dan dan beristirahat
6. Pergi ke RS/Klinik pengobatan/dokter praktik/bidan/perawat: Perawat wisma dahlia
7. Mengonsumsi obat-obatan sendiri/obat tradisional (pilih salah satu)
  - = B Complex 2x 1 ( 500 Mg ) Antasida 2x1,( 250 mg ), Ilopurinol 1x1 (600 mg) , simvastatin 1x2 (10mg )

**d. Riwayat Kesehatan Masa lalu**

- 1) Penyakit yang diderita : klien mengatakan memiliki riwayat penyakit diabetes mellitus Kurang lebih 15 tahun yang lalu
- 2) Riwayat alergi : klien mengatakan tidak ada atau memiliki riwayat alergi obat, makanan, binatang maupun debu.
- 3) Riwayat kecelakaan: klien mengatakan tidak memiliki riwayat kecelakaan diabetes mellitus
- 4) Riwayat pernah dirawat di RS : klien mengatakan pernah di rawat di rumah sakit karena penyakitnya yaitu
 

Riwayat pemakaian obat : klien mengatakan mengkonsumsi obat - obatnya dari panti yaitu B Complex 2x 1 ( 500 Mg )

Antasida 2x1,( 250 mg ), Iloperinol 1x1 (600 mg) ,  
simvastatin 1x2 (10mg )

**e. Riwayat kesehatan keluarga**

Klien mengatakan tidak ada keluarga keluarga yang mengalami riwayat sakit yang sama seperti Diabetes Millitus.

**f. Riwayat pekerjaan dan status ekonomi**

- 1) Pekerjaan saat ini : Tidak bekerja
- 2) Pekerjaan sebelumnya : Ibu rumah tangga
- 3) Sumber pendapatan : Tidak ada
- 4) Kecukupan pendapatan : Tidak ada

**g. Riwayat Lingkungan dan tempat tinggal**

Kebersihan dan kerapihan ruangan klien cukup bersih, tetapi bagian kerapihan ruangan terlihat kurang rapih, masih banyak barang-barang yang disimpan dibawah tempat tidur WBS sehingga terlihat sumpek. Penerangan ventilasi dikamar terlihat terang. Sirkulasi udara di dalam kamar klien cukup baik, terdapat jendela di kamar WBS. Keadaan kamar mandi dan WC menjadi satu dalam sebuah ruangan, kamar mandi dan WC cukup bersih. Pembuangan air kotor melalui septic tank. Sumber air minum WBS adalah air isi ulang. Pembuangan sampah klien dengan cara menampung sampah di tong sampah.

**h. Pemeriksaan Fisik**

- 1) Keadaan umum : Kesadaran Penuh

2) Tingkat Kesadaran : composmentis (E4M6V5)

3) TTV

TD. 110/80 mmHg

N. 75x/m

RR. 20x/m

S.36.5 °C

GDS : 250 mg/dl

4) BB: 50 kg TB:150 cm

5) Kepala

**Subjektif** : Klien mengatakan tidak pusing dan tidak sakit kepala.

**Objektif**

**Inspeksi** : Bentuk kepala mesocephal, bulat, warna rambut putih, terdapat luka banyak dikepala.

**Palpasi** : terdapat nyeri tekan pada bagian kepala, terdapat masa atau benjolan

**a) Rambut**

**Subjektif** : Klien mengatakan saat ini rambutnya sedikit tipis

**Objektif** : Inspeksi : Rambut klien berwarna putih (uban), Kurang bersih, dan rontok.

**b) Mata**

**Subjektif** : Klien mengatakan penglihatan sedikit terganggu dan buram, klie mengatakan sering merasa mengantuk.

**Objektif** :

Inspeksi : Kedua mata klien tidak anemis, sklera tidak ikterik, konjungtiva tidak anemis, pupil isokor kanan dan kiri, mata klien tampak sayu dan fungsi penglihatan klien menurun namun tidak memakai alat bantu penglihatan atau kacamata.

Palpasi : Tidak adanya nyeri tekan dan massa pada area mata

c) Telinga

**Subjektif** : Klien mengatakan tidak ada masalah dibagian telinga.

**Objektif** :

Inspeksi : Telinga klien simetris kiri dan kanan, bersih, eritema negatif dan fungsi pendengaran dalam batas normal.

Palpasi : tidak terdapat nyeri tekan pada bagian belakang telinga.

d) Mulut dan Tenggorokan

**Subjektif** : Klien mengatakan tidak ada masalah dibagian mulut dan tenggorokan.

**Objektif** :

Inspeksi : Bentuk mulut simetris, mukosa lembab, gigi tidak utuh (ompong), dan tidak terdapat peradangan dalam tenggorokan.

Palpasi : tidak terdapat nyeri tekan dan tidak terdapat massa

e) Payudara

**Subjektif** : Klien mengatakan tidak ada masalah kesehatan di payudara.

**Objektif** :

Inspeksi : Letak payudara klien normal kiri dan kanan, tidak ada lesi atau luka dan keluhan

Palpasi : tidak terdapat nyeri tekan, tidak terdapat benjolan.

f) Sistem pernafasan

**Subjektif** : Klien mengatakan tidak memiliki keluhan di pernafasan.

**Objektif** :

Inspeksi : bentuk dada kiri dan kanan simetris,  
Pergerakan dada klien simetris, tidak terdapat

dispnea, tidak ada jejas, tidak ada retraksi dan otot bantu napas.

Palpasi : Vocal Fremitus simetris kanan dan kiri, gerakan dinding dada simetris kanan dan kiri, tidak ada nyeri tekan, tidak ada massa, tidak ada edema dan krepitasi.

Perkusi : terdengar sonor seluruh lapang paru

Auskultasi : vesikuler dan tidak ada bunyi napas tambahan.

**g) Sistem Kardiovaskuler**

**Subjektif** : Klien mengatakan tidak memiliki keluhan di jantung dan nyeri dada

**Objektif** :

Inspeksi : bentuk dada normal, bibir dan kuku warna merah muda atau tidak sianosis

Palpasi : CRT > 3 detik, Ictus cordis teraba teraba kuat

Perkusi : batas kanan jantung ICS II linea parasternalis dekstra, batas kiri jantung ICS IV linea mid clavikula sinistra.

Auskultasi : Bunyi jantung 1 dan bunyi jantung 2 reguler , tidak ada bunyi jantung tambahan

**h) Sistem gastrointestinal**

**Subjektif** : Klien mengatakan tidak ada keluhan dibagian perut

**Objektif** :

Inspeksi : bentuk abdomen datar, warna kulit sawo matang, turgor kulit menurun, tidak ada luka

Auskultasi : bising usus 15x/menit

Perkusi : suara timpani pada seluruh lapang abdomen  
Palpasi : tidak terdapat nyeri tekan dan massa pada bagian abdomen, hepar tidak teraba.

i) Sistem perkemihan

**Subjektif** : klien mengatakan sering BAK ditempat tidur pada pagi, siang dan malam hari

**Objektif** :

Inspeksi : warna urine kuning jernih, tidak terdapat distensi kandung kemih, tidak ada perdarahan pada urine, Dan BAAK klien ditempat tidur.

Palpasi : tidak terdapat Nyeri tekan pada kandung kemih, tidak teraba pembesaran pada ginjal, tidak ada edema pada ekstremitas

j) Sistem genitoreproduksi

**Subjektif** : klien mengatakan tidak ada keluhan

**Objektif** : tidak dikaji

k) Sistem muskuloskeletal

**Subjektif** : klien mengatakan terdapat luka yang sukar sembuh di bagian kaki dan tangan nya, luka cukup lama.

**Objektif** :

Inspeksi : Tonus otot pada ekstremitas, tidak bisa berdiri tegak dan keadaan pasien bedrest, hasil pemeriksaan.

Ekstremitas atas : Terdapat luka di bagian tangan yang sukar sembuh dan cukup lama.

Ekstremitas bawah : Terdapat luka pada kaki yang sukar sembuh dan cukup lama.

tonus otot :	$\begin{array}{r} 2222 \\ \hline 1111 \end{array}$	$\begin{array}{r} 2222 \\ \hline 1111 \end{array}$
--------------	--	--

Refleks fisiologis : +1 +1  
+1 +1

Palpasi : ada nyeri tekan pada luka di kaki dan tangan nya

l) Sistem saraf pusat

**Subjektif** : klien mengatakan tidak ada keluhan

**Objektif** :

Inspeksi : tingkat kesadaran composmentis (E4M6V5), pupil isokor diameter 2mm

Perkusi : reflex sendi dan tendon baik

m) Sistem endokrin

Kelenjar endokrin mengatur kadar gula dalam darah dengan mempengaruhi aktivitas kelenjar lain. Kelenjar pankreas dipengaruhi oleh hipofisis menghasilkan hormon insulin. Insulin berperan dalam mengatur kadar gula dalam darah, endokrin dapat dipahami melalui aktivitas metabolik dari hormon yang terlibat, seperti Diabetes Mellitus (DM) yang terjadi karena gangguan produksi hormon insulin, gangguan metabolisme karbohidrat, lemak, dan protein yang dihubungkan dengan kekurangan secara absolut atau relatif dari kerja dan atau sekresi insulin, hal ini dapat memicu terjadinya DM, kurang nya aktivitas dapat mengakibatkan

peredaran darah tidak lancar dan memperlambat kerja insulin dalam tubuh, dan gaya hidup yang kurang baik juga dapat memicu terjadinya Dm. Seperti yang di alami Ny.I, DM yang sudah parah dapat menimbulkan luka yang sukar sembuh sampai dengan luka yang menimbulkan banyak puss nya.

n) **Pengkajian Psikososial dan Spiritual**

1) Psikososial

**Subjektif :** Klien mengatakan merasa sedih karena tidak bisa bebas bersosialisasi dengan temannya dipanti tidak bisa mengikuti berbagai kegiatan di panti karena tidak bisa berjalan dan hanya beraktivitas ditempat tidur dan berharap dapat terus bersosialisasi bersama orang orang di sekitar panti.

**Objektif :**

Ny.I tampak sering bertegur sapa dengan teman teman di panti. Sikap Ny.I sangatlah ramah tetapi lebih banyak berdiam diri dan suka bengong.

2) Identitas masalah emosional

- a) Klien mengatakan aktivitasnya Hanya tidur,  
 b) Klien mengatakan mengalami keluhan lebih dari 3 bulan dan mengeluh banyak pikiran.  
 Maka dapat ditarik kesimpulan bahwa Ny. I Emosional positif

### 3) Spiritual

Subjektif : klien mengatakan bahwa dirinya tidak pernah sholat karena hanya bisa terbaring ditempat tidur.

Objektif :

Klien beragama Islam, klien tampak terhambat mengikuti solat berjamaah di masjid panti dan belajar mengaji serta mengikuti pengajian rutin pada hari senin dan kamis dan sholat karena keterhambatak aktivitas fisik.

## h. Pengkajian fungsional klien

Tabel 3. 15 KATZ Indeks Pasien Kelolaan 2

No	Aktivitas	Mandiri	Tergantung
1.	<b>Mandi Mandiri:</b> Bantuan hanya pada satu bagian mandi (seperti punggung atau ekstermitas yang tidak mampu) atau mandi sendiri		

	<p>sepenuhnya</p> <p><b>Tergantung :</b> Bantuan mandi lebih dari satu bagian tubuh, bantuan masuk dan keluar dari bak mandi, serta tidak mandi sendiri</p>		✓
2.	<p><b>Berpakaian Mandiri :</b> Mengambil baju dari lemari, memakai pakaian, melepaskan pakaian, mengancingi/mengikat pakaian</p> <p><b>Tergantung :</b> Tidak dapat memakai baju sendiri atau Sebagian</p>		✓
3.	<p><b>Ke kamar kecil Mandiri :</b> Masuk dan keluar dari kamar kecil kemudian membersihkan genitalia sendiri</p> <p><b>Tergantung :</b> Menerima bantuan untuk masuk ke kamar kecil dan menggunakan pispot</p>		✓
4.	<p><b>Berpindah Mandiri :</b> Berpindah ke dan dari tempat tidur untuk duduk, bangkit dari kursi sendiri</p> <p><b>Bergantung :</b> Bantuan dalam naik atau turun dari tempat tidur atau kursi, tidak melakukan satu, atau lebih perpindahan</p>		✓
5.	<p><b>Kontinen Mandiri:</b> BAB dan BAK seluruhnya terkontrol sendiri</p> <p><b>Bergantung:</b> Inkontinensia parsial atau total; penggunaan kateter, pispot, pembalut/pempers</p>		✓
6.	<p><b>Makan Mandiri:</b> Mengambil makanan dari piring dan menyuapinya sendiri</p> <p><b>Bergantung :</b> Bantuan dalam hal mengambil makanan dari piring dan menyuapinya, tidak makan sama sekali, dan makan melalui parenteral (NGT)</p>		✓

Interpretasi : klien bantuan Penuh dalam makan, kontinensia (BAK dan BAB) menggunakan pakaian, pergi ke toilet, berpindah, dan mandi

**i. Modifikasi dari barthel indeks**

Tabel 3. 16 Modifikasi dari Barthel indeks Pasien Kelolaan 2

No.	Kriteria	Dengan Bantuan	Mandiri	Keterangan
1	Makan	5 ✓	10	Frekuensi : 3x/hari Jumlah : 1 porsi Jenis : nasi putih, lauk pauk dan buah
2	Minum	5 ✓	10	Frekuensi: sering Jumlah : sering Jenis : air putih
3	Berpindah dari kursi roda ke tempat tidur dan sebaliknya	5 – 10 ✓	15	Ny.I memakai kursi roda
4	Personal toilet (cuci muka, menyisir rambut, gosok gigi)	0 ✓	5	Frekuensi : 2x/hari
5	Keluar masuk toilet (membuka pakaian, menyeka tubuh, menyiram)	5 ✓	10	2x/hari
6	Mandi	5 ✓	15	Frekuensi : 2x/hari
7	Jalan di permukaan datar	0 ✓	5	Ny.I tidak bisa berjalan, pasien bedrest
8	Naik turun tangga	5 ✓	10	Ny.Inaik turun tangga Mandiri
9	Mengenakan pakaian	5 ✓	10	Ny.I mengenakan pakaian secara mandiri
10	Kontrol bowel (BAB)	5 ✓	10	Frekuensi : 1x/hari Konsistensi : lembek, kuning kecoklatan
11	Kontrol bladder (BAK)	5 ✓	10	Frekuensi : 6-8 x/hari Warna : kuning jernih
12	Olahraga/latihan	5 ✓	10	Frekuensi : tidak pernah Jenis : tidak ada
13	Rekreasi/pemanfaatan waktu luang	5 ✓	10	Jenis : istirahat dan menonton Tv Frekuensi : 1 kali sehari

Interpretasi: setelah dilakukan pengkajian Ny. I mendapatkan skor 55

dengan kategori Ketergantungan total

**j. Pengkajian Status Mental Gerontik**

Tabel 3. 17 Pengkajian Status Mental Gerontik Pasien Kelolaan 2

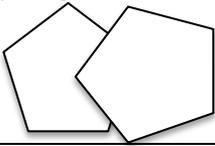
BENAR	SALAH	NO	PERTANYAAN
	✓	01	Tanggal berapa hari ini?
	✓	02	Hari apa sekarang?
	✓	03	Apa nama tempat ini?
	✓	04	Dimana alamat anda?
✓		05	Berapa umur anda?
✓		06	Kapan anda lahir? (minimal tahun lahir)
✓		07	Siapa Presiden Indonesia sekarang?
✓		08	Siapa Presiden Indonesia sebelumnya?
✓		09	Siapa nama Ibu Anda?
✓		10	Kurangi 3 dari 20 dan tetap pengurangan 3 dari setiap angka baru, semua secara menurun.

Didapatkan skor **Salah**  $\geq 8$  yang salah dengan kategori Ny. I fungsi intelektual Berat.

**k. Identifikasi aspek kognitif dan fungsi mental dengan menggunakan MMSE (*Mini Mental Status Exam*)**

Tabel 3. 18 MMSE (Mini Mental Status Exam) Pasien Kelolaan 2

No	Aspek kognitif	Nilai maks	Nilai klien	Kriteria
1	Orientasi	5	4	Menyebutkan dengan benar : ✓ Tahun ✓ Musim × Tanggal ✓ Hari ✓ Bulan
	Orientasi	5	4	Dimana kita sekarang berada? ✓ Negara ✓ Propinsi × Kabupaten ✓ Kecamatan ✓ Wisma
2	Registrasi	3	3	Sebutkan nama 3 obyek (oleh pemeriksa) 1 detik untuk mengatakan masing-masing obyek. Kemudian tanyakan kepada klien ketiga obyek tadi. (Untuk disebutkan) ✓ Meja

				<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Jam tangan</li> <li>✓ Buku</li> </ul>
3	Perhatian dan kalkulasi	5	5	<p>Minta klien mengeja 5 kata dari belakang, misal "BAPAK"</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• K</li> <li>• A</li> <li>• P</li> <li>• A</li> <li>• B</li> </ul>
4	Mengingat	3	3	<p>Minta klien untuk mengulangi ketiga obyek pada No.2 (registrasi) tadi. Bila benar, 1 poin untuk masing-masing obyek.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Meja</li> <li>✓ Jam Tangan</li> <li>✓ Buku</li> </ul>
5	Bahasa	9	2	<p>Tunjukkan pada klien suatu benda dan tanyakan namanya pada klien.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ lemari</li> <li>✓ kursi</li> </ul> <p>1</p> <p>Minta klien untuk mengulang kata berikut: "Tak ada jika, dan, atau, tetapi." Bila benar, nilai satu poin.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Pernyataan benar 2 buah: "tetapi, atau"</li> </ul> <p>3</p> <p>Minta klien untuk mengikuti perintah berikut yang terdiri dari 3 langkah: Ambil kertas di tangan anda, lipat dua, dan taruh di lantai."</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Ambil kertas di tangan anda</li> <li>✓ Lipat dua</li> <li>✓ Taruh di lantai</li> </ul> <p>1</p> <p>Perintahkan pada klien untuk hal berikut (bila aktivitas sesuai perintah nilai 1 point)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ "Tutup mata anda"</li> </ul> <p>2</p> <p>Perintahkan pada klien untuk menulis satu kalimat dan menyalin gambar.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Tulis satu kalimat</li> <li>✓ Menyalin gambar</li> </ul> 
<b>TOTAL NILAI</b>		<b>30</b>	28	Aspek kognitif dan fungsi mental baik

Interprestasi hasil: aspek kognitif dan fungsi mental pada Ny. I baik

### **1. Pengkajian Keseimbangan**

1) Pengkajian keseimbangan dinilai dari dari dua komponen utama dalam bergerak, dari kedua komponen tersebut dibagi dalam beberapa gerakan yang perlu di observasi oleh perawat. Kedua komponen tersebut adalah :

a) Perubahan posisi atau gerakan keseimbangan

Beri nilai 0 jika klien tidak menunjukkan kondisi di bawah ini, dan 1 bila menunjukkan kondisi berikut ini.

- Bangun dari tempat duduk (dimasukkan dalam analisis) dengan mata terbuka (0)

Tidak bangun dari tempat tidur dengan sekali gerakan, akan tetapi lansia mendorong tubuhnya ke atas dengan tangan atau bergerak ke bagian depan kursi terlebih dahulu, tidak stabil pada saat berdiri pertama kali (0)

- Duduk ke kursi (dimasukkan ke dalam analisis) dengan mata terbuka Menjatuhkan diri ke kursi, tidak duduk di tengah kursi (0)

- Bangun dari tempat duduk (dimasukkan ke dalam analisis) dengan mata tertutup (0)

Tidak bangun dari tempat duduk dengan sekali gerakan, akan tetapi lansia mendorong tubuhnya ke atas dengan tangan atau

bergerak ke bagian depan kursi terlebih dahulu, tidak stabil pada saat berdiri pertama kali (1)

- Duduk ke kursi (dimasukkan ke dalam analisis) dengan mata tertutup Menjatuhkan diri ke kursi, tidak duduk ke tengah kursi. Keterangan : Kursi harus yang keras tanpa lengan (1)

Menahan dorongan pada sternum (Pemeriksa mendorong sternum sebanyak 3 kali dengan hati-hati) dengan mata terbuka (1)

Klien menggerakkan kaki, memegang objek untuk dukungan, kaki tidak menyentuh sisi- sisinya. (1)

- Menahan dorongan pada sternum (pemeriksa mendorong sternum sebanyak 3 kali dengan hati-hati) dengan mata tertutup

Klien menggerakkan kaki, memegang objek untuk dukungan, kaki tidak menyentuh sisi- sisinya. (1)

- Perputaran leher (klien sambil berdiri)

Menggerakkan kaki, menggenggam objek untuk dukungan kaki; keluhan vertigo, pusing, atau keadaan tidak stabil (1)

- Gerakan menggapai sesuatu

Tidak mampu untuk menggapai sesuatu dengan bahu fleksi sepenuhnya sementara berdiri pada ujung-ujung jari kaki, tidak stabil memegang sesuatu untuk dukungan (1)

- Membungkuk

Tidak mampu membungkuk untuk mengambil objek-objek kecil (misalnya pulpen) dari lantai, memegang objek untuk bias berdiri lagi, dan memerlukan usaha-usaha yang keras untuk bangun (1)

b) Komponen gaya berjalan atau pergerakan

Beri nilai 0 jika klien tidak menunjukkan kondisi di bawah ini, atau beri nilai 1 jika klien menunjukkan salah satu dari kondisi di bawah ini :

- Minta klien untuk berjalan ke tempat yang ditentukan

Ragu-ragu, tersandung, memegang objek untuk pegangan (1)

- Ketinggian langkah kaki (mengangkat kaki saat melangkah)

Kaki tidak naik dari lantai secara konsisten (menggeser atau menyeret kaki), mengangkat kaki terlalu tinggi ( $> 5$  cm) (1)

- Kontinuitas langkah kaki (lebih baik di observasi dari samping klien)

Setelah langkah-langkah awal menjadi tidak konsisten, memulai mengangkat satu kaki sementara kaki yang lain menyentuh lantai (1) Kesimetrisan langkah (lebih baik di observasi dari samping klien)

Langkah tidak simetris, terutama pada bagian yang sakit (1)

- Penyimpangan jalur pada saat berjalan (lebih baik di observasi dari samping kiri klien)

Tidak berjalan dalam garis lurus, bergelombang dari sisi ke sisi (1)

- Berbalik

Berhenti sebelum mulai berbalik, jalan sempoyongan, bergoyang, memegang objek untuk dukungan. (1)

Interpretasi hasil: Didapatkan skor 15 dengan kategori

Ny.I mengalami resiko jatuh tinggi.

Tabel 3. 19 *The timed up and go (tug) Test* Pasien Kelolaan 2

No	Langkah
1.	Posisi klien duduk di kursi
2.	Minta klien berdiri dari kursi, berjalan 10 langkah (3 meter), kembali ke kursi, ukur waktu dalam detik

Interpretasi : Didapatkan skor  $\geq 30$  detik dengan kategori Ny. I

mengalami Gangguan mobilitas dan resiko jatuh tinggi

### Penilaian potensi dekubitus (Skor NORTON)

Nama Penderita : Ny. S

Kondisi fisik umum

- |                 |   |
|-----------------|---|
| 1) Baik         | 4 |
| 2) Lumyan       | 3 |
| 3) Buruk        | 2 |
| 4) Sangat buruk | 1 |

**Kesadaran**

- 1) **Komposmentis** 4
- 2) Apatis 3
- 3) Sopor 2
- 4) Koma 1

**Aktivitas**

- 1) **Ambulasi** 4
- 2) Ambulasi dengan bantuan 3
- 3) Hanya bisa duduk 2
- 4) Tiduran 1

**Inkontinen**

- 1) **Tidak** 4
- 2) Kadang-kadang 3
- 3) Sering inkontinensia urin 2
- 4) Inkontinensia alvi dan urin 1

Interpretasi: Didapatkan skor < 12 dengan kategori Ny. I mengalami  
Kemungkinan Besar terjadi

### Geriatric Depression Scale (GDS)

Tabel 3. 20 Geriatric Depression Scale (GDS) Pasien Kelolaan 2

No	Pertanyaan	Ya	Tidak
1	Apakah anda puas dengan kehidupan anda	✓	
2	Apakah anda telah meninggalkan banyak kegiatan dan minat/kesenangan anda	✓	
3	Apakah anda merasa kehidupan anda kosong	✓	
4	Apakah anda sering merasa bosan		✓
5	Apakah anda mempunyai semangat yang baik setiap saat	✓	
6	Apakah anda mersa takut sesuatu yang buruk akan terjadi pada anda		✓
7	Apakah anda merasa bahagia untuk sebagian besar hidup anda	✓	
8	Apakah anda sering merasa tidak berdaya		✓
9	Apakah anda sering dirumah dari pada pergi keluar dan mengerjakan sesuatu hal yang baru		✓
10	Apakah anda mersa mempunyai banyak masalah dengan daya ingat anda dibandingkan kebanyakan orang		✓
11	Apakah anda pikir kehidupan anda saat ini menyenangkan	✓	
12	Apakah anda merasa tidak berharga seperti perasaan anda saat ini		✓
13	Apakah anda merasa penuh semangat	✓	
14	Apakah anda merasa bahwa keadaan anda tidak ada harapan		✓
15	Apakah anda pikir bahwa orang lain, lebih baik keadaanya dari pada anda		✓

Interpretasi : Setelah dilakukan pengkajiaan Ny. I mendapatkan skor 4

dengan kategori normal

Tabel 3. 21 Data Fokus Pasien Kelolaan 2

Data subjektif	Data objektif
<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan Sudah lama memiliki riwayat penyakit DM</li> <li>• klien mengatakan mudah mengantuk</li> <li>• klien mengatakan banyak luka ditangan dan kaki pasien yang sukar sembuh</li> <li>• klien mengatakan memiliki riwayat DM type 2</li> <li>• Klien mengatakan luka di bagian tangan dan kaki nya terasa nyeri</li> <li>• Klien mengatakan nyeri seperti ditusuk – tusuk</li> <li>• Klien mengatakan skala nyeri 5</li> <li>• Klien mengatakan nyeri bertahap</li> <li>• Klien mengakan nyeri saat bergerak</li> <li>• Klien mengatakan gerak terbatas</li> <li>• Klien mengatakan aktivitasnya dibantu penuh</li> <li>• Klen mengatakan untuk perawatan diri seperti mandi dibantu penuh</li> <li>• Klien mengatakan tidak bisa melakukan kegiatan apapun sendiri</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien tampak lemas</li> <li>• Klien tampak tidur terus</li> <li>• Kadar glukosa klien tinggi</li> <li>• Gds : 250mg/dl selama</li> <li>• Klien menunjukkan ekspresi wajah meringis</li> <li>• Klien Terdapat banyak luka di area ekstremitas atas dan ekstremitas bawah</li> <li>• Mata tampak sayu</li> <li>• Klien tampak bedrest dan menggunakan kursi roda</li> <li>• Klien tampak BAK ditempat tidur</li> <li>• Klien BAB ditempat tidur</li> <li>• Tubuh klien tampak berbau</li> <li>• Aktivitas klien dalam bantuan penuh Ttv</li> <li>• Td. 110/80 mmhg</li> <li>• N. 110x/m</li> <li>• S.36.5</li> <li>• Rr. 20x/m</li> </ul>

Tabel 3. 22 Analisa Data Pasien Kelolaan 2

No.	Analisis Data	Masalah Keperawatan	Etiologi
1.	DS : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan Sudah lama memiliki riwayat penyakit DM</li> <li>• klien mengatakan mudah mengantuk</li> <li>• klien mengatakan banyak luka ditangan dan kaki pasien yang sukar sembuh</li> <li>• klien mengatakan memiliki riwayat DM type 2</li> </ul> DO : <ul style="list-style-type: none"> <li>• klien tampak lemas</li> <li>• klien tampak tidur terus</li> <li>• kadar glukosa klien tinggi</li> <li>• GDS : 250mg/dl selama</li> <li>• TTV               <ul style="list-style-type: none"> <li>• TD. 110/80 mmHg</li> <li>• N. 110x/m</li> <li>• S.36.5</li> <li>• RR. 20x/m</li> </ul> </li> </ul>	Ketidak stabilan kadar glukosa darah ( D.0027 )  GDS Normal ( 70 – 100 mg/dl)	Resistensi insulin
2.	DS: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan luka di bagian tangan dan kaki nya terasa nyeri</li> <li>• Klien mengatakan nyeri seperti ditusuk – tusuk</li> <li>• Klien mengatakan skala nyeri 5</li> <li>• Klien mengatakan nyeri bertahap</li> <li>• Klien mengakan nyeri saat bergerak</li> <li>• Klien mengatakan gerak terbatas</li> </ul> DO : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien menunjukkan ekspresi wajah meringis</li> <li>• Klien Terdapat banyak luka di area ekstremitas atas dan ekstremitas bawah</li> <li>• Mata tampak sayu</li> <li>• Klien tampak bedrest dan menggunakan kursi roda</li> <li>• TTV               <ul style="list-style-type: none"> <li>• TD. 110/80 mmHg</li> <li>• N. 110x/m</li> <li>• S.36.5</li> <li>• RR. 20x/m</li> </ul> </li> </ul>	Nyeri akut (D. 0077)	infeksi
3.	DS : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan aktivitasnya dibantu penuh</li> <li>• Klen mengatakan untuk perawatan diri seperti mandi dibantu penuh</li> </ul>	Defisit perawatan diri ( D. 0109)	Kelemahan

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan tidak bisa melakukan kegiatan apapun sendiri</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien tampak BAK ditempat tidur</li> <li>• Klien BAB ditempat tidur</li> <li>• Tubuh klien tampak berbau</li> <li>• Aktivitas klien dalam bantuan penuh</li> </ul> <p>TTV :</p> <p>TD. 110/80 mmHg  N. 110x/m  S.36.5  RR. 20x/m</p>		
--	---	--	--

Tabel 3. 23 Diagnosa Keperawatan Pasien Kelolaan 2

No.	Diagnosa keperawatan	Kode
1.	Ketidak stabilan kadar glukosa daran b.d resistensi insulin	( D.0027 )
2.	Nyeri akut b.d infeksi	(D. 0077)
3.	Defist perawatan diri b.d kelemahan	( D. 0109)

Nama : NY. I  
 Ruangan : Wisma Dahlia  
 Tanggal pengkajian : 13 febuari 2023

Tabel 3. 24 Rencana Keperawatan Pasien Kelolan 2

Diagnosa keperawatan	hari/tanggal jam	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	paraf
Ketidak stabilan kadar glukosa darah b.d resistensi insulin ( D.0027 )	Senin 13/02/23  10.00 wib	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x7 jam, diharapkan kadar glukosa darah menurun dengan kriteria hasil : <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kadar glukosa dalam darah menurun ( 5 )</li> <li>2. Lelah menurun ( 5 )</li> <li>3. Mengantuk menurun ( 5 )</li> <li>4. Lapar menurun ( 5 )</li> </ol>	<p><b>Manajemen Hiperglikemia</b> (I.03115)</p> <p><b>Observasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor tanda dan gejala hiperglikemia (poliuria, polidipsi, polifagia)</li> <li>2. Monitor kadar glukosa darah</li> <li>3. Monitor intake dan output cairan</li> </ol> <p><b>Terapeutik :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. konsultasi dngan medis</li> </ol> <p><b>Edukasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga</li> <li>2. menganjurkan teknik nonfarmakologis senam DM</li> <li>3. Anjurkan monitor kadar gula glukosa darah secaramandiri</li> </ol> <p><b>Kolaborasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi pemberian insulin, jika perlu</li> </ol>	
Nyeri akut b.d infeksi (D. 0077)	Senin 13/02/23  12.00 wib	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x7 jam, diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil : <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keluhan nyeri menurun (</li> </ol>	<p><b>Manajemen Nyeri</b> (I.08238)</p> <p><b>Observasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensi</li> </ol>	

		<p>5 )</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Meringis menurun ( 5 )</li> <li>3. Gelisah menurun ( 5 )</li> <li>4. Frekuensi nadi menurun ( 5 )</li> </ol>	<p>tas nyeri</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. identifikasi skala nyeri</li> </ol> <p><b>Teraupetik :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</li> </ol> <p><b>Kolaborasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</li> </ol>	
Defisit perawatan diri b.d kelemahan ( D. 0109)	<p>Senin 13/02/23</p> <p>13.00 wib</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x7 jam, diharapkan perawatan diri meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kemampuan mandi meningkat ( 5 )</li> <li>2. Kemampuan mengenakan pakaian meningkat ( 5 )</li> <li>3. Kemampuan ketoilet (BAB/BAK) meningkat ( 5 )</li> </ol>	<p><b>Dukungan perawatan diri :</b></p> <p>( I. 11348)</p> <p><b>Observasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. monitor tingkat kemandirian</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.fasilitasi keadaan untuk menerima keadaan ketergantungan</li> <li>2. fasilitasi kemandirian,bantu jika perlu melakukan perawatan diri</li> <li>3. jadwalkan rutinitas perawatan diri</li> </ol> <p><b>Dukungan perawatan diri : BAB/BAK</b></p> <p>(I. 11349)</p> <p><b>Observasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.Idenifikasi kebiasaan BAK/BAB</li> </ol> <p><b>Terapeutik :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ganti pakaian setelah eliminasi, jika perlu</li> </ol> <p><b>Dukungan perawatan</b></p>	

			<p><b>mandi</b> (I. 11352)</p> <p>Observasi :</p> <p>1. identifikasi usia dalam membantu kebersihan diri</p> <p>Terapeutik :</p> <p>1. fasilitasi mandi, sesuai kebutuhan</p> <p>2. berikan bantuan sesuai tingkat kemandirian</p>	
--	--	--	--	--

Nama pasien : Ny. I

Ruang : wisma Dahlia

Tanggal : 13 febuari 2023

Tabel 3. 25 Implementasi Keperawatan Pasien Kelolaan 2 hari pertama

Diagnosa Keperawatan	Hari/tgl Jam	Implementasi	Respon klien	Paraf
Ketidak stabilan kadar glukosa daran b.d resistensi insulin ( D.0027 )	Senin 13/02/23	<p><b>Manajemen Hiperglikemia</b> (I.03115)</p> <p><b>Observasi :</b></p> <p>1. Memonitor tanda dan gejala hiperglikemia (poliuria, polidipsi, polifagia)</p> <p>2. Memonitor kadar glukosadarah</p>	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Klien mengatakan masih banyak luka di tangan dan kaki klien yang sukar sembuh</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Klien bedrest</li> <li>Klien tidak melakukan aktivitas apapun selain tidur</li> </ul>	
	11.00			
	11.02	<p><b>Terapeutik :</b></p> <p>1. mengkonsultasikan dengan medis</p>	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Klien mengatakan sering merasa lapar</li> </ul>	
	11.03	<p><b>Edukasi :</b></p> <p>1. Menganjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga</p>	<p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>GDS: 250mg/dl</li> <li>TD. 110/80 mmHg</li> <li>N. 110x/m</li> <li>S.36.5</li> </ul>	
	11.04	<p>2. mengajarkan senam Dm</p>		

	11.07	3.menganjurkan monitor kadar gula glukosa darah secaramandiri	RR. 20x/m	
	11.09	<b>Kolaborasi:</b> 1. Mengkolaborasikan pemberian insulin, jika perlu	S: <ul style="list-style-type: none"> <li>Klien mengatakan jika sakit dibawa ke dokter dan diberi obat dari panti</li> </ul>	
	11.11		O: <ul style="list-style-type: none"> <li>Keadaan klien tampak menurun</li> </ul>	
			S: <ul style="list-style-type: none"> <li>Klien mengatakan tidak paham dengan yang dijelaskan oleh perawat</li> </ul>	
			O: <ul style="list-style-type: none"> <li>Klien tampak menunduk</li> </ul>	
			S: <ul style="list-style-type: none"> <li>Klien mengatakan pernah melakukan senam DM tetapi ada yang lupa</li> </ul>	
			O: <ul style="list-style-type: none"> <li>Klien tidak kooperatif saat di ajarkan kembali senam DM, dan klien tidak paham tujuan dilakukannya senam DM</li> </ul>	
			S: <ul style="list-style-type: none"> <li>Klien mengatakan tidak mengerti harus menghindari makanan dan minuman yang</li> </ul>	

			<p>mengandung gula atau yang manis karena tergantung yang diberikan petugas</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien tidak mengontrol apa saja yang diberikan petugas untuk dikonsumsi</li> </ul>	
Nyeri akut b.d infeksi (D. 0077)	<p>Senin 13/02/23</p> <p>11.15</p> <p>11.16</p> <p>11.17</p> <p>11.20</p>	<p><b>Manajemen Nyeri</b> (I.08238)</p> <p><b>Observasi :</b></p> <p>1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</p> <p>2. Mengidentifikasi skala nyeri</p> <p><b>Teraupetik :</b></p> <p>1. memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p><b>Kolaborasi :</b></p> <p>1. kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</p>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• klien mengatakan nyeri ditangan dan kaki akibat luka</li> <li>• klien mengatakan durasi nyeri sekitar 3 – 5 menit</li> <li>• klien mengatakan frekuensi nyeri bertahap dan saat bergerak</li> <li>• klien mengatakan kualitas nyeri seperti ditusuk</li> <li>• klien intensitas nyeri seperti ditusuk - tusuk</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• klien tampak</li> </ul>	

			<p>mengeluh nyeri pada luka yang terdapat pada ekstremitas atas dan ekstremitas bawah</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mata klien tampak sayu</li> </ul> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan skala nyeri 5</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien tampak gelisah</li> <li>• Ekpresi wajah klien tampak meringis</li> <li>• Nadi teraba kuat</li> <li>• <b>TTV :</b></li> <li>• TD. 110/80 mmHg</li> <li>• N. 110x/m</li> <li>• S.36.5</li> <li>• RR. 20x/m</li> <li>S</li> </ul> <p>S:</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien tampak lebih nyaman saat dilakukan terapi kompres air hangat untuk mengurangi rasa nyeri</li> </ul> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan sudah minum obat</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• pasien sudah diberi obat pereda nyeri dan obat dm</li> </ul>	
--	--	--	---	--

<p>Defisit perawatan diri b.d kelemahan ( D. 0109)</p>	<p>Senin 13/02/23</p> <p>11.50</p> <p>11.51</p> <p>11.52</p> <p>11.54</p> <p>11.56</p> <p>11.57</p> <p>11.58</p>	<p><b>Dukungan perawatan diri :</b> ( I. 11348)</p> <p><b>Observasi :</b></p> <p>1. memonitor tingkat kemandirian</p> <p><b>Terapeutik</b></p> <p>1.memfasilitasi keadaan untuk menerima keadaan ketergantungan</p> <p>2. memfasilitasi kemandirian,bantu jika perlu melakukan perawatan diri</p> <p>3. menjadwalkan rutinitas perawatan diri</p> <p><b>Dukungan perawatan diri :</b> <b>BAB/BAK</b> (I. 11349)</p> <p><b>Observasi :</b></p> <p>1.mengidentifikasi kebiasaan BAK/BAB</p> <p><b>Terapeutik :</b></p> <p>1. mengganti pakaian setelah eliminasi, jika perlu</p> <p><b>Dukungan perawatan mandi</b> (I. 11352)</p> <p>Observasi :</p> <p>1.mengidentifikasi usia dalam membantu kebersihan diri</p> <p>Terpeutik :</p> <p>1. memfasilitasi mandi, sesuai kebutuhan</p> <p>2.memberikan bantuan sesuai tingkat kemandirian</p>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan tidak bisa melakukan aktivitas apapun secara mandiri</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• pasien bedrest</li> </ul> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan untuk melakukan aktivitas sudah ketergantungan</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aktivitas klien bantuan penuh oleh petugas panti</li> </ul> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan sudah diberi petugas jadwal rutinitas wbs untuk memenuhi perawatan diri</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien ketergantungan dalam memenuhi</li> </ul>	
--	--	---	---	---

	11.59		kebutuhan perawatan diri klien	
	11.59		<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan sudah tidak mampu BAK/BAB ke toilet</li> <li>• Klien mengatakan kadang menggunakan pampres</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien BAK ditempat tidur</li> <li>• Klien BAB ditempat tidur</li> </ul> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan klien tidak mampu mengganti pakaian secara mandiri</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Baju klien tampak basah bekas eliminasi BAK</li> </ul> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan <b>umur 70</b> tahun</li> <li>• Klien mengatakan umurnya sudah cukup tua sehingga</li> </ul>	

			<p>melakukan aktivitas terbatas</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aktivitas klien untuk menjaga kebersihan diri klien terbatas</li> <li>• Aktivitas klien untuk menjaga kebersihan diri klien ketergantungan</li> </ul> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan sudah tersedia fasilitas di wisma diberikan petugas sesuai kebutuhan</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Keterbatasan mobilitas fisik klien dalam menggunakan fasilitas</li> </ul> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan tidak bisa mandiri untuk menjaga kebersihan diri pasien</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien tampak terbaring dan tidak bisa melakukan aktivitas apapun</li> </ul>	
--	--	--	---	--

Nama pasien : Ny. I

Ruang : wisma Dahlia

Tanggal : 14 febuari 2023

Tabel 3. 26 Implementasi Keperawatan Pasien Kelolaan 2 hari kedua

Diagnosa Keperawatan	Hari/tg jaml	Implementasi	Respon klien	paraf
Ketidak stabilan kadar glukosa daran b.d resistensi insulin ( D.0027 )	selasa 14/02/23	<b>Manajemen Hiperglikemia</b> (I.03115) <b>Observasi :</b> 1. Memonitor tanda dan gejala hiperglikemia (poliuria, polidipsi, polifagia) 2. Memonitor kadar glukosadarah	S: <ul style="list-style-type: none"> <li>Klien mengatakan masih banyak lukadi tangan an kaki klien yang sukar sembuh</li> <li>Klien mengatakan sering mengantuk</li> <li>Klien mengatakan tidak pernah melakukan aktivitas selain tidur dan duduk dikursi roda</li> </ul>	
	11. 00	<b>Terapeutik :</b> 1. mengkonsultasikan dengan medis	O:	
	11.02	1.Menganjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga	<ul style="list-style-type: none"> <li>Klien bedrest</li> <li>Klien tidak melakukan aktivitas apapun selain tidur</li> </ul>	
	11.03	2. mengajarkan senam Dm	<ul style="list-style-type: none"> <li>Masih terlihat lukabasa di ekstremitas atas dan ekstremitas bawah</li> </ul>	
	11.04	3.menganjurkan monitor kadar gula glukosa darah secara mandiri	S:	
	11.07	<b>Kolaborasi:</b> 1. Mengkolaborasi pemberian insulin, jika perlu	<ul style="list-style-type: none"> <li>Klien mengatakan sering merasa lapar</li> </ul>	
	11.09		O: <ul style="list-style-type: none"> <li>GDS: 200mg/dl</li> <li>TD. 120/70 mmHg</li> <li>N. 100x/m</li> <li>S.36.6</li> </ul>	

			<p>RR. 20x/m</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien tampak menghabiskan porsi yang diberikan petugas</li> </ul> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan jika sakit dibawa ke dokter dan diberi obat dari panti</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Keadaan klien tampak menurun</li> </ul> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan tidak paham dengan yang dijelaskan oleh perawat</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien tampak menunduk dan kadang terlihat malas saat diajak berkomunikasi</li> </ul> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan pernah melakukan senam DM tetapi klien mengatakan susah mengutinya karna keterbatasan gerak</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien tidak kooperatif saat diajarkan kembali senam DM, dan klien tidak</li> </ul>	
--	--	--	--	--

			<p>paham tujuan dilakukannya senam DM</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan tidak mengerti harus menghindari makanan dan minuman yang mengandung gula atau yang manis karena tergantung yang diberikan petugas</li> </ul>	
Nyeri akut b.d infeksi (D. 0077)	<p>selasa 14/02/23</p> <p>11.15</p> <p>11.16</p> <p>11.17</p> <p>11.20</p>	<p><b>Manajemen Nyeri</b> (I.08238)</p> <p><b>Observasi :</b></p> <p>1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</p> <p>2. Mengidentifikasi skala nyeri</p> <p><b>Teraupetik :</b></p> <p>1. memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p><b>Kolaborasi :</b></p> <p>1. kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</p>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• klien mengatakan nyeri ditangan dan kaki akibat luka masih ada</li> <li>• klien mengatakan durasi nyeri sekitar 3 – 5 menit</li> <li>• klien mengatakan frekuensi nyeri bertahap dan timbul saat bergerak</li> <li>• klien mengatakan kualitas nyeri seperti ditusuk</li> <li>• klien intensitas nyeri masih seperti ditusuk - tusuk</li> </ul>	

			<p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• klien tampak mengeluh nyeri pada luka yang terdapat pada ekstremitas atas dan ekstremitas bawah</li> <li>• Mata klien masih tampak sayu</li> </ul> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan skala nyeri 5</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien tampak gelisah</li> <li>• Ekpresi wajah klien tampak meringis</li> <li>• Nadi klien masih teraba kuat</li> <li>• <b>TTV :</b></li> <li>• TD. 120/70 mmHg</li> <li>• N. 100x/m</li> <li>• S.36.6</li> <li>• RR. 20x/m</li> </ul> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan lebih merasa nyaman saat diberikan kompres air hangat</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien tampak lebih tenang dan nyaman</li> </ul> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan sudah minum obat</li> </ul>	
--	--	--	--	--

			<p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• pasien sudah diberi obat pereda nyeri dan obat dm</li> </ul>	
Defisit perawatan diri b.d kelemahan ( D. 0109)	<p>selasa 14/02/23</p> <p>11.50</p> <p>11.51</p> <p>11.52</p> <p>11.54</p> <p>11.56</p> <p>11.57</p>	<p><b>Dukungan perawatan diri :</b> ( I. 11348)</p> <p><b>Observasi :</b></p> <p>1. memonitor tingkat kemandirian</p> <p><b>Terapeutik</b></p> <p>1.memfasilitasi keadaan untuk menerima keadaan ketergantungan</p> <p>2. memfasilitasi kemandirian,bantu jika perlu melakukan perawatan diri</p> <p>3. menjadwalkan rutinitas perawatan diri</p> <p><b>Dukungan perawatan diri :</b> <b>BAB/BAK</b> (I. 11349)</p> <p><b>Observasi :</b></p> <p>1.mengidenifikasi kebiasaan BAK/BAB</p> <p><b>Terapeutik :</b></p> <p>1. mengganti pakaian setelah eliminasi, jika perlu</p> <p><b>Dukungan perawatan mandi</b> (I. 11352)</p> <p>Observasi :</p> <p>1.mengidentikasi usia dalam membantu kebersihan diri</p> <p>Terpeutik :</p> <p>1. memfasilitasi mandi, sesuai</p>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan tidak bisa melakukan aktivitas apapun secara mandiri</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• pasien bedrest</li> </ul> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien sudah melakukan aktivitas seperti naik ke kursi roda tapi dibantu</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aktivitas klien bantuan penuh</li> <li>• Klien tampak membungkuk</li> </ul> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan subuh sudah mandi dan dibantu petugas dan menggunakan kursi roda</li> </ul> <p>O:</p>	

	11.58	kebutuhan 2.memberikan bantuan sesuai tingkat kemandirian	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien ketergantungan dalam memenuhi kebutuhan perawatan diri klien</li> </ul> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan masih BAK/BAB ditempat tidur</li> <li>• Klien mengatakan menggunakan pampres</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tampak ada sisa eliminasi BAK ditempat tidur</li> <li>• Klien tampak ada sisaBAB ditempat tidur</li> <li>• Pampres klien terlihat merembes</li> </ul> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan klien tidak mampu mengganti pakaian secara mandiri</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Baju klien tampak basah bekas eliminasi BAK</li> </ul>	
--	-------	--	---	--

			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Baju klien berbau karena ada bekas BAB</li> </ul> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan Tidak mampu secara mandiri dan melakukan aktivitas terbatas dan hanya bisa terbaring</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• klien tampak belum bisa untuk menjaga kebersihan diri</li> <li>• Aktivitas klien untuk menjaga kebersihan diri klien ketergantungan</li> </ul> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan sudah menggunakan fasilitas diwisma tetapi dibantu petugas</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Keterbatasan mobilitas fisik klien dalam menggunakan fasilitas</li> </ul> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan tidak bisa mandiri untuk</li> </ul>	
--	--	--	---	--

			<p>menjaga kebersihan diri pasien</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien tampak terbaring dan tidak bisa melakukan aktivitas apapun</li> <li>• Klien tampak duduk dikursi roda tetapi dibantu petugas</li> </ul>	
--	--	--	--	--

Nama pasien : Ny. I

Ruang : wisma Dahlia

Tanggal : 15 febuari 2023

Tabel 3. 27 Implementasi Keperawatan Pasien Kelolaan 2 hari kedua

No	Diagnosa Keperawatan	Hari/tgl jam	Implementasi	Respon klien	paraf
1.	Ketidak stabilan kadar glukosa daran b.d resistensi insulin ( D.0027 )	Rabu 15/02/23  11.00  11.02  11.03	<p><b>Manajemen Hiperglikemia</b> (I.03115)</p> <p><b>Observasi :</b></p> <p>1. Memonitor tanda dan gejala hiperglikemia (poliuria, polidipsi, polifagia)</p> <p>2. Memonitor kadar glukosa darah</p> <p><b>Terapeutik :</b></p> <p>1. mengkonsultasikan dengan medis</p> <p><b>Edukasi :</b></p> <p>1.Menganjurkan</p>	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan masih banyak lukadi tangan an kaki klien yang sukar sembuh</li> <li>• Klien mengatakan sering mengantuk</li> <li>• Klien mengatakan tidak pernah melakukan aktivitas selain tidur dan duduk dikursi roda</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien bedrest</li> <li>• Klien tidak melakukan aktivitas apapun selain tidur</li> <li>• Masih terlihat lukabasa diektremitas atas dan ektremitas</li> </ul>	

		11.04	kepatuhan terhadap diet dan olahraga	S:	bawah	
			2. mengajarkan senam Dm	O:	<ul style="list-style-type: none"> <li>Klien mengatakan sering merasa lapar</li> </ul>	
		11.07	3.menganjurkan monitor kadar gula	O:	<ul style="list-style-type: none"> <li>GDS: 200mg/dl</li> <li>TD. 115/70 mmHg</li> <li>N. 86x/m</li> <li>S.36.6</li> <li>RR. 20x/m</li> </ul>	
		11.09	glukosa darah secara mandiri			
			<b>Kolaborasi:</b>			
			1. Mengkolaborasi pemberian insulin, jika perlu		<ul style="list-style-type: none"> <li>Klien tampak menghabiskan porsi yang diberikan petugas</li> </ul>	
		11.11		S:	<ul style="list-style-type: none"> <li>Klien mengatakan jika sakit dibawa ke dokter dan diberi obat dari panti</li> </ul>	
				O:	<ul style="list-style-type: none"> <li>Keadaan klien tampak menurun</li> </ul>	
				S:	<ul style="list-style-type: none"> <li>Klien mengatakan tidak paham dengan yang dijelaskan oleh perawat</li> </ul>	
				O:	<ul style="list-style-type: none"> <li>Klien tampak menunduk dan kadang terlihat malas saat diajak berkomunikasi</li> </ul>	
				S:	<ul style="list-style-type: none"> <li>Klien mengatakan pernah melakukan senam DM tetapi klien mengatakan susah mengutinya karna keterbatasan gerak</li> </ul>	
				O:	<ul style="list-style-type: none"> <li>Klien tidak kooperatif saat diajarkan kembali senam DM, dan klien tidak paham</li> </ul>	

				<p>tujuan dilakukannya senam DM</p> <p>S:</p> <p>Klien mengatakan tidak mengerti harus menghindari makanan dan minuman yang mengandung gula atau yang manis karena tergantung yang diberikan petugas</p>	
2.	Nyeri akut b.d infeksi (D. 0077)	<p>rabu 15/02/23</p> <p>11.15</p> <p>11.16</p> <p>11.17</p> <p>11.20</p>	<p><b>Manajemen Nyeri</b> (I.08238)</p> <p><b>Observasi :</b></p> <p>1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</p> <p>2. Mengidentifikasi skala nyeri</p> <p><b>Teraupetik :</b></p> <p>1. memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p><b>Kolaborasi :</b></p> <p>1. kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</p>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• klien mengatakan nyeri ditangan dan dikaki klien sudah berkurang</li> <li>• klien mengatakan durasi nyeri sudah jarang</li> <li>• klien mengatakan frekuensi nyeri sudah jarang kecuali naik ke kursi roda terasa ada sedikit nyeri</li> <li>• klien mengatakan kualitas nyeri perih</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• klien tampak tidak mengeluh nyeri pada luka yang terdapat pada ekstremitas atas dan ekstremitas bawah</li> </ul>	

				<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mata klien masih tampak tidak sayu</li> <li>• Klien tampak rileks</li> </ul> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan skala nyeri 2</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien tampak santai</li> <li>• Ekpresi wajah tenang</li> <li>• Nadi klien normal</li> <li>• Sudah dilakuakn kompres hangat</li> </ul> <p><b>TTV :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• TD. 115/70 mmHg</li> <li>• N. 86x/m</li> <li>• S.36.6</li> <li>• RR. 20x/m</li> </ul> <p>S:</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien tampak lebih baik setelah diberikan kompres air hangat dengan teratur</li> </ul>	
3.	Defisit perawatan diri b.d kelemahan ( D. 0109)	rabu 15/02/23	<p><b>Dukungan perawatan diri :</b> ( I. 11348)</p> <p><b>Observasi :</b></p> <p>1. memonitor tingkat kemandirian</p> <p><b>Terapeutik</b></p> <p>1.memfasilitasi keadaan untuk menerima keadaan ketergantungan</p> <p>2. memfasilitasi kemandirian,bantu jika perlu melakukan perawatan diri</p> <p>3. menjadwalkan rutinitas perawatan diri</p> <p><b>Dukungan perawatan diri :</b></p>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan masih belum mampu melakukan aktivitas apapun secara mandiri</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• pasien bedrest</li> <li>• aktivitas klien hanya terbaring ditempat tidur</li> <li>• klien duduk dikursi roda</li> </ul> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan sudah melakukan</li> </ul>	

		11.54	<p><b>BAB/BAK</b> (I. 11349)</p> <p><b>Observasi :</b> 1.mengidentifikasi kebiasaan BAK/BAB</p> <p><b>Terapeutik :</b> 1. mengganti pakaian setelah eliminasi, jika perlu</p>	<p>aktivitas seperti mandi pagi hari dan makan dipagi hari tetapi masih Dibantu dan menggunakan kursi roda</p> <p>O:</p>	
		11.56	<p><b>Dukungan perawatan mandi</b> (I. 11352)</p> <p>Observasi :</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aktivitas klien masih dengan bantuan penuh</li> </ul>	
		11.57	<p>1.mengidentifikasi usia dalam membantu kebersihan diri</p> <p>Terpeutik :</p> <p>1. memfasilitasi mandi, sesuai kebutuhan</p> <p>2.memberikan bantuan sesuai tingkat kemandirian</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien tampak membungkuk duduk dikursi roda</li> </ul> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan subuh sudah mandi dan dibantu petugas dan menggunakan kursi roda</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien ketergantungan dalam memenuhi kebutuhan perawatan diri klien</li> </ul> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan masih BAK/BAB ditempat tidur</li> <li>• Klien mengatakan menggunakan pampres</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tampak ada sisa eliminasi BAK ditempat tidur</li> </ul>	

				<ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien tampak ada sisaBAB ditempat tidur</li> <li>• Pampres klien terlihat merembes</li> </ul> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan klien tidak mampu mengganti pakaian secara mandiri</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pakaian klien masih tampak basah bekas eliminasi BAK</li> <li>• Baju klien berbau karena ada bekas BAB</li> <li>• Disekitar klien tampak berbau amis</li> <li>• Tempat klien tampak basah</li> </ul> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan Tidak mampu secara mandiri dan melakukan aktivitas terbatas dan hanya bisa terbaring</li> <li>• Klien mengatakan tempat tidurnya basah</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• klien tampak belum bisa untuk menjaga kebersihan diri</li> <li>• Aktivitas klien untuk menjaga kebersihan diri klien</li> </ul>	
--	--	--	--	---	--

				<p>ketergantungan</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan sudah menggunakan fasilitas diwisma tetapi dibantu petugas</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Keterbatasan mobilitas fisik klien dalam menggunakan fasilitas</li> </ul> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien mengatakan belum mampu sama sekali mandiri untuk menjaga kebersihan dirinya</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klien tampak terbaring dan tidak bisa melakukan aktivitas apapun</li> <li>• Klien tampak duduk dikursi roda tetapi dibantu petugas</li> </ul>	
--	--	--	--	---	--

Nama pasien : Ny. I

Ruang : wisma Dahlia

Tanggal : 15 febuari 2023

Tabel 3. 28 Implementasi Keperawatan Pasien Kelolaan 2

Diagnosa keperawatan	Hari/tgl/ Jam	Evaluasi	paraf
Ketidak stabilan kadar glukosa daran b.d resistensi insulin ( D.0027 )	rabu 15/02/23           11.00 wib	<p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 Klien mengatakan masih banyak luka di tangan dan kaki klien yang sukar sembuh</li> <li>2 Klien mengatakan sering mengantuk</li> <li>3 Klien mengatakan tidak pernah melakukan aktivitas selain tidur dan duduk dikursi roda</li> <li>4 Klien mengatakan sering merasa lapar</li> <li>5 Klien mengatakan jika sakit dibawa ke dokter dan diberi obat dari panti</li> <li>6 Klien mengatakan tidak paham dengan yang dijelaskan oleh perawat</li> <li>7 Klien mengatakan pernah melakukan senam DM tetapi klien mengatakan susah mengutinya karna keterbatasan gerak</li> <li>8 Klien mengatakan tidak mengerti harus menghindari makanan dan minuman yang mengandung gula atau yang manis karena tergantung yang diberikan petugas</li> </ol> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 Klien bedrest</li> <li>2 Klien tidak melakukan aktivitas apapun selain tidur</li> <li>3 Masih terlihat luka basah diektremitas atas dan ekstremitas bawah</li> <li>4 GDS: 200mg/dl</li> <li>5 Klien tampak menghabiskan porsi yang diberikan petugas</li> <li>6 Keadaan klien tampak menurun</li> <li>7 Klien tidak kooperatif saat di ajarkan kembali senam DM, dan klien tidak paham tujuan dilakukannya senam DM</li> </ol> <p>A:Masalah belum teratasi P:Intervensi dilanjutkan</p>	
Nyeri akut b.d infeksi (D. 0077)	rabu 15/02/23	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 klien mengatakan nyeri ditangan dan dikaki klien sudah berkurang</li> <li>2 klien mengatakan durasi nyeri sudah jarang</li> </ol>	

	11.00 wib	<p>3 klien mengatakan frekuensi nyeri sudah jarang kecuali naik ke kursi roda terasa ada sedikit nyeri</p> <p>4 klien mengatakan kualitas nyeri perih</p> <p>5 Klien mengatakan skala nyeri 2</p> <p>O:</p> <p>1 klien tampak masih terasa nyeri tetapi nyeri sudah berkurang dari hari sebelumnya pada luka yang terdapat pada ekstremitas atas dan ekstremitas bawah</p> <p>2 Ekpresi klien masih tampak meringis</p> <p>3 Klien tampak rileks</p> <p>4 Klien tampak santai</p> <p>5 Ekpresi wajah tenang</p> <p>6 Sudah dilakuakn kompres hangat</p> <p>7 <b>TTV :</b></p> <p>1. TD. 115/70 mmHg</p> <p>2. N. 86x/m</p> <p>3. S.36.6</p> <p>4. RR. 20x/m</p> <p>A:Masalah belum teratasi</p> <p>P:Intervensi dilanjutkan</p>	
Defisit perawatan diri b.d kelemahan (D. 0109)	rabu 15/02/23	<p>S :</p> <p>1 Klien mengatakan masih belum mampu melakukan aktivitas apapun secara mandiri</p> <p>2 Klien mengatakan sudah melakukan aktivitas seperti mandi pagi hari dan makan dipagi hari tetapi masih Dibantu dan menggunakan kursi roda</p> <p>3 Klien mengatakan subuh sudah mandi dan dibantu petugas dan menggunakan kursi roda</p> <p>4 Klien mengatakan masih BAK/BAB ditempat tidur</p> <p>5 Klien mengatakan menggunakan pampres</p> <p>6 Klien mengatakan klien tidak mampu mengganti pakaian secara mandiri</p> <p>7 Klien mengatakan Tidak mampu secara</p>	

	11.00 wib	<p>mandiri dan melakukan aktivitas terbatas dan hanya bisa terbaring</p> <p>8 Klien mengatakan tempat tidurnya basah</p> <p>9 Klien mengatakan sudah menggunakan fasilitas diwisma tetapi dibantu petugas</p> <p>10 Klien mengatakan belum mampu sama sekali mandiri untuk menjaga kebersihan dirinya</p> <p>O:</p> <p>1 pasien bedrest</p> <p>2 aktivitas klien hanya terbaring ditempat tidur</p> <p>3 klien duduk dikursi roda</p> <p>4 Aktivitas klien masih dengan bantuan penuh</p> <p>5 Klien tampak membungkuk duduk dikursi roda</p> <p>6 Klien ketergantungan dalam memenuhi kebutuhan perawatan diri klien</p> <p>7 Tampak ada sisa eliminasi BAK ditempat tidur</p> <p>8 Klien tampak ada sisaBAB ditempat tidur</p> <p>9 Pampres klien terlihat merembes</p> <p>10 Pakaian klien masih tampak basah bekas eliminasi BAK</p> <p>11 Baju klien berbau karena ada bekas BAB</p> <p>12 Disekitar klien tampak berbau amis</p> <p>13 Tempat klien tampak basah</p> <p>14 klien tampak belum bisa untuk menjaga kebersihan diri</p> <p>15 Aktivitas klien untuk menjaga kebersihan diri klien ketergantungan</p> <p>16 Keterbatasan mobilitas fisik klien dalam menggunakan fasilitas</p> <p>17 Klien tampak terbaring dan tidak bisa melakukan aktivitas apapun</p>	
--	-----------	---	--

		18    Klien tampak duduk dikursi roda tetapi dibantu petugas A:Masalah belum teratasi P:Intervensi dilanjutkan	
--	--	---	--

## **BAB IV**

### **HASIL PEMBAHASAN**

Pada bab ini, penulis membandingkan antara teori dari BAB II dengan kasus 1 dan 2 di BAB III yang dilaksanakan selama 3 hari implementasi. Asuhan keperawatan tersebut meliputi: pengkajian, diagnosis keperawatan, intervensi keperawatan, melakukan implementasi dan melakukan evaluasi keperawatan. Peneliti berasumsi mengambil teknik non farmakologis untuk mengatasi masalah utama Ketidakstabilan kadar glukosa darah untuk masalah kasus 1 dan kasus 2 adalah Senam Dm. senam dm salah satu pelaksanaan non farmakologis yang dapat membantu mengontrol kadar glukosa penderita diabetes mellitus. Senam dm dapat membantu menurunkan kadar gula darah dan memperlancar peredaran darah perifer. Oleh karena itu penderita diabetes mellitus sangat dianjurkan melakukan senam Dm dengan intensitas sedang selama menit dengan frekuensi 3 sampai 5 kali dalam kurun waktu seminggu (Rojer, 2020)

#### **A. Pengkajian**

##### **1. Menurut Teori**

Pengkajian keperawatan merupakan langkah awal awal dalam pengumpulan data hasil dari wawancara secara langsung dengan klien atau keluarga yang dilaksanakan untuk mengumpulkan informasi tentang pasien membuat data dasar tentang pasien, dan membuat catatan tentang respon kesehatan pasien. Pengkajian yang komprehensif atau menyeluruh dengan sistematis yang logis akan mengarah dan mendukung pada

identifikasi masalah-masalah yang dialami pasien. Sumber data dari hasil observasi, pemeriksaan fisik, hasil pemeriksaan penunjang dan hasil laboratorium data yang lengkap ini mampu mengidentifikasi semua masalah keperawatan yang di alami oleh pasien.

Menurut teori Diabetes melitus adalah kondisi kronis yang terjadi karena peningkatan kadar gula darah dalam tubuh yang tidak terkontrol yang disebabkan oleh peningkatan kadar gula darah dalam tubuh, hal ini menyebabkan tidak dapat menghasilkan insulin atau tidak dapat menggunakan insulin secara efektif (Riskesdas, 2018). DM pada lansia adalah penyakit yang sering terjadi pada lanjut usia yang disebabkan karena lansia tidak dapat memproduksi insulin dalam jumlah yang cukup atau tubuh tidak mampu menggunakan insulin secara efektif (Nugroho, 2012).

Pada organ tubuh lansia akan terjadi kelebihan glukosa di dalam darah dan akan dirasakan setelah terjadi komplikasi lanjut, setelah itu akan terjadi pada semua organ tubuh dan menimbulkan berbagai macam keluhan maupun gejala yang sangat bervariasi (Musthakimah, 2019).

## 2. Menurut Kasus

Penulis melakukan pengkajian klien pertama Ny.s pada tanggal 13 Februari 2023 hasil pengkajian Kasus pertama Saat di kaji pasien mengatakan sering merasa lapar mengantuk, dan kaki terasa pegal pada bagian lutut dan mudah lelah, pasien mengatakan pergerakannya terbatas pasien mengatakan memiliki riwayat penyakit Diabetes Militus dan

pernah jatuh, pasien tampak menggunakan alat bantu kursi roda. Didapatkan TTV : Td : 140/80 mmHg, N : 80/menit, RR : 22x/menit, S : 36,2 GDS : 200mg/dl.

Hasil pengkajian selanjutnya penulis melakukan pengkajian pada klien kedua Ny.I pada tanggal yang sama yaitu 13 Februari 2023 didapatkan hasil Kasus kedua klien mengatakan pasien memiliki penyakit diabetes mellitus, pasien juga mengatakan nyeri dibagian tangan dan kakinya karena luka dan sukar sembuh, Pasien bedrest, terdapat banyak luka disekitar ekstremitas atas dan ekstremitas bawah dan ada aroma berbau dari pasien, BAB dan BAK ditempat tidur pasien. Dan didapatkan TD. 110/80 mmHg, N. 110x/m, RR. 20x/m, S.36.5 gds : 250 mg/dl

### 3. Analisa Peneliti

Menurut analisa penulis gejala-gejala yang ada pada pasien Ny.S dan Ny.I merupakan gejala Diabetes militus pada umumnya, gejala yang di alami yaitu klien sering merasakan lapar, haus, mengantuk, dan klien merasakan lemas, pada lanjut usia kadar glukosa lebih mudah meningkat, salah satu penyebab nya yaitu kurangnya aktivitas fisik, aktivitas fisik dapat membantu mengontrol kadar gula darah, hal lain juga dapat di sebabkan oleh gaya hidup yang kurang baik, pola makan atau diet yang kurang terkontrol sehingga memudahkan kadar gula darah meningkat, hal ini dikarenakan lansia tidak dapat memproduksi insulin

dalam jumlah yang cukup atau tubuh tidak mampu menggunakan insulin secara efektif ( Nugroho, 2012 ) .

Sesuai dengan hasil pengkajian kedua klien memiliki gejala yang sama klien sering mengantuk, lapar, haus, dan merasa lemas, salah satu penyebabnya dikarenakan kurangnya latihan fisik atau kurangnya aktivitas olahraga yang dilakukan karena keadaan klien yang kurang stabil, untuk mengontrol kadar gula darah dapat memberikan terapi komplementer senam Dm pada klien dengan tujuan untuk membantu mengontrol kadar gula darah, membantu pergerakan fisik dan mengembalikan kekuatan otot yang melemah dikarenakan kurangnya aktivitas pergerakan pada lansia, apalagi klien dengan berada di kursi roda ataupun bedrest, dengan senam kaki bisa membantu pergerakan sederhana yang membuat sirkulasi darah lancar dan membantu mengontrol kadar gula darah pada lansia.

## **B. Diagnosis Keperawatan**

### **1. Menurut Teori**

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

Berdasarkan SDKI terdapat beberapa diagnosa keperawatan pada lansia dengan Diabetes Mellitus Yaitu Ketidakstabilan kadar glukosa darah, Gangguan rasa nyaman, Nyeri akut.

## 2. Menurut Kasus

Diagnosa utama yang diangkat oleh penulis pada kedua kasus diatas sama yaitu Ketidakstabilan kadar glukosa darah b.d resistensi insulin karena pada saat pengkajian Ny.S mengatakan mudah lelah, mengantuk, mudah merasa kenyang dan lapar dan klien mengatakan memiliki riwayat Diabetes Militus, dan klien mengatakan sering mengonsumsi minuman manis dan kopi, dan setelah dilakukan pemeriksaan gula darah didapatkan dengan hasil GDS : 200mg/dl

Pada saat pengkajian Ny.I penulis mendapatkan data subjektif yaitu pasien mengatakan memiliki riwayat Diabetes Militus, mudah mengantuk, klien mengatakan memiliki luka pada tangan dan kaki yang sukar sembuh, setelah dilakukan pemeriksaan gula darah didapatkan dengan hasil gds : 250 mg/dl

Diagnosa kedua yang diangkat oleh penulis pada kedua kasus diatas berbeda, yaitu pada Ny.S Gangguan rasa nyaman Karena pasien mengeluh sering merasa pegal pada bagian lutut, pasien mengatakan pergerakannya terbatas karena menggunakan kursi roda saat melakukan aktifitas, klien mengatakan tidak bisa berjalan secara normal sejak kurang lebih 5 tahun, sehingga membuat klien tampak gelisah dan menggunakan kursi roda, dan di dapakan diagnosa lain yaitu Resiko jatuh karena didapatkan data

subjektif yaitu pasien mengeluh kakinya sudah tidak kuat lagi untuk berjalan dan di bantu kursi roda serta usia klien > 65 tahun.

Sedangkan pada Ny. I penulis mengangkat diagnose kedua yaitu Nyeri akut b.d infeksi karena klien tampak meringis dan setelah dilakukan pengkajian skala nyeri pasien mengeluh nyeri pada luka bagian kaki dan tangannya, nyeri seperti ditusuk-tusuk, dan saat ditanya pasien mengatakan nyerinya di skala 4, klien mengatakan nyerinya secara bertahap, dan nyeri bertambah saat bergerak dan pergerakannya terbatas. Dan untuk diagnosa ketiga yaitu Defisit perawatan diri pasien bedrest klien tampak BAK dan BAB di tempat tidur, tubuh klien tercium aroma tidak sedap, tampak ada kutu rambut pada klien dan rambut klien tampak berantakan

### 3. Analisa Peneliti

Kesamaan kasus yang terjadi adalah Ketidakstabilan kadar glukosa darah b.d resistensi insulin dikarenakan pada kedua kasus tersebut memiliki kesamaan gejala yang dialami dan seperti mudah lelah, mengantuk, mudah merasa kenyang dan lapar dan klien mengatakan memiliki riwayat Diabetes Militus. Pada diagnosa yang berbeda penulis berasumsi hal ini dikarenakan keluhan lain yang dialami kedua klien juga berbeda. Pada Diagnosa keperawatan kedua pada Ny. S Gangguan rasa nyaman karena pasien mengeluh sering merasa pegal pada bagian lutut, pasien mengatakan pergerakannya terbatas karena menggunakan kursi roda saat melakukan aktifitas, klien mengatakan tidak bisa berjalan secara normal sejak kurang lebih 5 tahun, dan data objektifnya klien tampak

gelisah dan menggunakan kursi roda, pada diagnosa keperawatan ketiga pada Ny. S yaitu Resiko jatuh karena Didapatkan data subjektif pasien yaitu pasien mengeluh kakinya sudah tidak kuat lagi untuk berjalan dan di bantu kursi roda untuk melakukan aktivitas dan pergerakannya terbatas, klien mengatakan memiliki riwayat jatuh di masa lalunya. Dan data objektifnya usia klien 81 tahun dan klien menggunakan kursi roda, klien tampak di bantu saat melakukan aktivitas .

Pada kasus kedua Ny. I didapatkan juga Nyeri akut karena dibuktikan dengan data subjektif yaitu pasien mengeluh nyeri pada luka bagian kaki dan tangannya, nyeri seperti ditusuk-tusuk, dan saat ditanya pasien mengatakan nyerinya di skala 4, klien mengatakan nyerinya secara bertahap, dan nyeri bertambah saat bergerak dan pergerakannya terbatas. Dan data objektifnya klien tampak meringis, terdapat banyak luka di ekstremitas atas dan bawah, mata klien tampak sayu dan klien tampak bedress. Didapatkan TTV: TD. 110/80 mmHg, N. 110x/m, RR. 20x/m, S.36.5 gds : 250 mg/dl. Dan untuk diagnosa ketiga yaitu Defisit perawatan diri karena yaitu pasien mengatakan aktivitas sehari-harinya di bantu penuh oleh petugas seperti mandi, makan dan lain-lain, klien mengatakan kepalany sering merasa gatal. Dan data objektifnya klien tampak BAK dan BAB di tempat tidur, tubuh klen tercium aroma tidak sedap, tampak ada kutu rambut pada klien dan rambut klien tampak berantakan

## C. Intervensi Keperawatan

### 1. Menurut Teori

Intervensi keperawatan merupakan segala bentuk rencana tindakan dan terapi yang dilakkan oleh perawat didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai peningkatan, pencegahan dan pemulihan kesehatan klien individu, keluarga dan komunitas (PPNI, 2018). Pembuatan rencana keperawatan atau sering disebut intervensi yang akan dilakukan melibatkan keluarga pasien dan perawat ruangan sehingga kebutuhan pasien dapat terpenuhi sesuai teori perencanaan keperawatan dituliskan dengan rencana dan kriteria hasil berdasarkan Standar Luaran Keperawatan Indoensia (SLKI).

Intervensi keperawatan adalah segala rencana yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (*outcome*) yang diharapkan. Tindakan keperawatan adalah perilaku atau aktivitas spesifik yang dikerjakan oleh perawat untuk mengimplementasikan intervensi keperawatan yang telah diberikan, Intervensi pada tinjauan teori memiliki target pencapaian dalam waktu yang dibutuhkan untuk melakukan perawatan pada klien dengan harapan tujuan dan kriteria hasil yang inginkan dicapai. Perencanaan atau intervensi dirancang oleh penulis berdasarkan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) dimana tindakan yang akan dilakukan terdiri dari tindakan observasi, terapeutik, edukasi, dan kolaborasi. Target

waktu pencapaian kriteria hasil pada semua diagnosis ditentukan dengan rentang waktu yang sama

## 2. Menurut Kasus

Pada kasus Ny.S dan Ny. I pada diagnosa yang sama penulis melakukan rencana tindakan keperawatan selama 3x7 jam. Penulis berencana mengatasi masalah Ketidakstabilan kadar glukosa darah dengan tujuan yang diharapkan kadar glukosa darah menurun. Penulis berencana mengatasi kasus Ny. S dengan Masalah Gangguan rasa nyaman dengan harapan masalah gangguan rasa nyaman menurun. Masalah Resiko jatuh dengan tujuan yang diharapkan resiko jatuh menurun. Pada kasus Ny. I dengan masalah Nyeri akut penulis berencana mengatasi masalah tersebut dengan tujuan diharapkan rasa nyeri pada pasien menurun. Masalah Defisit perawatan diri Penulis berencana mengatasi masalah dengan tujuan yang diharapkan perawatan diri meningkat.

Intervensi yang dilakukan pada Ny.S dan Ny.I pada diagnosa yang sama, sesuai dengan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) untuk diagnosa Ketidakstabilan kadar glukosa darah adalah Manajemen Hiperglikemia yaitu dengan Monitor tanda dan gejala hiperglikemia (poliuria, polidipsi, polifagia) , monitor kadar glukosa darah, konsultasi dngan medis, Anjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga, Ajarkan senam Dm dan melatih serta menganjurkan menerapkan senam DM , Anjurkan monitor kadar gula glukosa darah secara mandiri, dan Kolaborasi pemberianinsulin jika perlu. Anjurkan

melakukan senam Diabetes Militus. Senam kaki diabetes mellitus ini juga dilakukan untuk menurunkan kadar gula darah, memperkuat otot-otot kecil kaki, mencegah kelainan bentuk kaki pada penderita DM, dan mengatasi keterbatasan pergerakan sendi. Dalam pemberian intervensi, peneliti memberikan kegiatan terapi ini sesuai dengan standar operasional prosedur, sehingga responden dapat melakukan terapi ini dengan santai dan relax. Selama penelitian berlangsung, efek yang dirasakan secara langsung setelah responden melakukan senam kaki diabetes ini adalah rasa kebas/kesemuatan yang biasa sering dirasakan oleh beberapa responden dirasa mulai berkurang. Pegal-pegal yang dirasa oleh responden pun setelah elakukan senam kaki ini mulai berkurang dan responden merasakan otot-otot kaki terutama bagian otot betis menjadi lebih kencang serta kekakuan sendi di pergelangan kaki mulai berkurang.

Selain itu juga tidak ditemukan efek negative yang dialami responden. Dengan dilakukannya senam kaki Diabetes Mellitus ini, aktifitas fisik seperti senam kaki ini dapat mengaktifasi ikatan insulin dan reseptor insulin di membrane plasma sehingga dapat menurunkan kadar glukosa darah (Damayanti&Ayu, 2015). melakukan senam kaki ini mulai berkurang dan responden merasakan otot-otot kaki terutama bagian otot betis menjadi lebih kencang serta kekakuan sendi di pergelangan kaki mulai berkurang. Selain itu juga tidak ditemukan efek negative yang dialami responden. Dengan dilakukannya senam

kaki Diabetes Mellitus ini, aktifitas fisik seperti senam kaki ini dapat mengaktifasi ikatan insulin dan reseptor insulin di membrane plasma sehingga dapat menurunkan kadar glukosa darah (Damayanti&Ayu, 2015)

Intervensi yang dilakukan pada Ny.S dengan masalah keperawatan Gangguan rasa nyaman adalah Pengaturan posisi dan Masalah Resiko jatuh pada Ny. S Intervensi yang dilakukan adalah Dukungan mobilisasi. Intervensi yang dilakukan pada Ny.I Dengan masalah Nyeri akut adalah manajemen nyeri dan memberikan terapi relaksasi tarik nafas dalam. Intervensi yang dilakukan pada Ny.I Dengan masalah Defisit perawatan diri intervensi yang dilakukan adalah Dukungan perawatan diri.

Menurut peneliti berdasarkan data diatas dapat disimpulkan bahwa intervensi yang digunakan pada pasien sudah berdasarkan SIKI (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia) dan SLKI (Standar Luaran Keperawatan Indonesia).

### 3. *Evidence based*

Pada kasus diatas selain terapi farmakologis penulis juga melakukan terapi nonfarmakologis yaitu senam Dm. Senam diabetes adalah senam yang di rancang menurut usia dan status fisik lansia, senam DM merupakan bagian dari pengobatan diabetes melitus. Pada waktu latihan jasmani otot otot tubuh sistem jantung dan sirkulasi darah serta pernafasan di aktifkan, sehingga metabolisme tubuh dapat

menyeimbangkan cairan elektrolit serta asam basa harus menyesuaikan diri agar otot-otot akan menggunakan asam lemak bebas dan glukosa sebagai sumber tenaga atau energi. Bila latihan fisik di mulai glukosa yang berasal dari glikogen di otot-otot pada saat latihan jasmani mulai sebagai sumber tenaga dan glikogen otot berkurang, selanjutnya akan terjadinya pemakaian glukosa darah dan lemak bebas dan makin meningkat pula pemakaian glukosa yang berasal dari cadangan glikogen hepar. Apabila latihan di tingkatkan lagi, maka sumber tenaga terutama berasal dari asam lemak bebas dan lipolisis jaringan lemak (PERSADIA, 2010).

Senam Dm ini juga bertujuan untuk memperbaiki sirkulasi darah sehingga nutrisi ke jaringan lebih lancar, memperkuat otot-otot kecil, otot paha serta otot betis dan dapat mengatasi keterbatasan gerak sendi yang dialami oleh pasien Diabetes Mellitus. Senam kaki diabetes ini juga dapat diberikan kepada seluruh pasien DM dengan Tipe 1 ataupun tipe 2 dan sebaiknya pemberian terapi ini diberikan sejak pasien di diagnosa menderita Diabetes Mellitus sebagai tindakan untuk pencegahan komplikasi sedini mungkin akibat penyakit Diabetes Mellitus (Rottie, Karundeng dan Ruben, 2019)

Salah satu masalah yang berkaitan dengan bertambahnya usia yaitu diabetes melitus. Lansia yang kadar gula darahnya tinggi akan menjadikan viskositas atau kekentalan darah tinggi, sehingga akan menghambat sirkulasi darah dan persyarafan terutama daerah atau ujung kaki sebagai tumpuan tubuh utama. Viskositas yang tinggi ini juga akan meningkatkan kemampuan bakteri untuk merusak sel-sel tubuh, sehingga kalau terjadi

luka cenderung sulit atau lama proses penyembuhannya. Salah satu upaya yang dapat membantu meningkatkan sirkulasi darah yaitu melakukan aktivitas atau latihan. Hal tersebut sejalan dengan pendapat (Miller, 2004) dengan teori aktivitasnya yang menyatakan bahwa penuaan yang sukses tergantung dari bagaimana lansia merasakan kepuasan dalam melakukan dan mempertahankan aktivitas. Hal ini berkaitan dengan interaksi sosial dan keterlibatan lansia di lingkungannya sehingga kehilangan peran akan menghilangkan kepuasan seorang lansia. Pendapat itu juga diperkuat oleh (Barnedh 2006) yang menyatakan bahwa aktivitas fisik mempunyai hubungan bermakna dengan gangguan ekstremitas dimana aktivitas fisik yang rendah, salah satunya tidak teratur berolahraga dapat berisiko terjadinya gangguan gerak.

Penelitian yang dilakukan oleh (Hastuti 2008) didapatkan proporsi perawatan kaki diabetisi tidak teratur pada kasus sebesar 88,9% dan kontrol 52,8%. Sedang menurut (Perkeni, 2006) perawatan kaki diabetisi yang teratur akan mencegah atau mengurangi terjadinya komplikasi kronik pada kaki. Menurut penulis, aktivitas fisik khususnya senam kaki akan membantu meningkatkan aliran darah di daerah kaki sehingga akan membantu menstimuli syaraf-syarat kaki dalam menerima rangsang. Hal ini akan meningkatkan sensitivitas kaki terutama pada penderita diabetes melitus. Kondisi tersebut didukung hasil penelitian yang dilakukan di Magelang yang menunjukkan peningkatan rata-rata sensitivitas kaki pada kelompok intervensi yang dilakukan senam kaki dibanding kelompok yang

tidak dilakukan senam kaki. Lansia yang melakukan senam kaki mempunyai sensitivitas lebih baik dibandingkan lansia yang tidak melakukan senam kaki. Hasil penelitian kadar gula darah lebih baik pada lansia sesudah diberikan senam kaki (p value 0,000). Sensitivitas kaki lebih baik pada lansia sesudah diberikan latihan senam kaki (p value 0,000).

Menurut penelitian di RSUD RA Kartini Jepara tentang pengaruh senam diabetes terhadap penurunan kadar gula darah pada penderita diabetes melitus, menggunakan metode penelitian quasi eksperimental dengan rancangan penelitian One Group Pre Test dan post test, dengan uji T berpasangan kepada 67 responden di dapatkan nilai ( $p=0,000$ ), yang mana bahwa hasil dari penelitian ini menunjukkan bahwa adanya perubahan yang signifikan. Penelitian ini mendukung dari hasil penelitian yang dilakukan oleh peneliti (Kartika Wahyu 2011) pada anggota PERSADIA Ciputat Jaya juga terkait pada efek senam diabetes melitus terhadap glukosa darah sewaktu pada penderita DM.

#### **D. Implementasi Keperawatan**

##### **1. Menurut Teori**

Implementasi keperawatan merupakan tahap ke empat dalam tahap proses keperawatan dalam melaksanakan tindakan perawatan sesuai dengan rencana keperawatan. Berdasarkan tahap implementasi keperawatan, upaya untuk merealisasikan rencana tindakan keperawatan yang telah ditetapkan yaitu membina hubungan saling percaya adalah hal

yang sangat penting dalam tahap pelaksanaan ini, sehingga upaya pelaksanaan atau tindakan yang dilaksanakan dapat diterima sebagai upaya untuk memecahkan masalah.

## 2. Menurut Kasus

Implementasi dilakukan penulis selama 3 hari pada kedua kasus. Implementasi pada Ny. S Dan Ny. I dimulai pada tanggal 13 Februari 2023 sampai dengan 15 Februari 2023. Pada studi kasus ini penulis melakukan implementasi dan mengevaluasi keadaan klien setiap hari sesuai dengan intervensi atau rencana keperawatan. Sebelum dilakukan tindakan keperawatan terapi non farmakologis senam Dm klien mengeluh pegal, lelah dan mengantuk dikarenakan kadar gula pasien tidak normal dan dilakukan pemeriksaan hasil gds didapatkan 200 mg/dl pada ny. S dan pada Ny. I didapatkan hasil 250 mg/dl dan setelah dilakukan tindakan keperawatan terapi non farmakologis senam dm pada ny. S dan ny. I didapatkan perubahan pemeriksaan hasil kadar glukosa darah 150 mg/dl dan klien mengatakan keadaan merasa lebih baik dan lemas berkurang.

## 3. Tindakan *evidence based*

Pada saat pelaksanaan implementasi, penulis menerapkan beberapa *evidence based nursing* pada klien *Evidence based nursing* yang diterapkan yaitu senam Dm. senam dm salah satu pelaksanaan non farmakologis yang dapat membantu mengontrol kadar glukosa penderita diabetes mellitus. Senam dm dapat membantu menurunkan kadar gula

darah dan memperlancar peredaran darah perifer. Oleh karena itu penderita diabetes mellitus sangat dianjurkan melakukan senam Dm dengan intensitas sedang selama menit dengan frekuensi 3 sampai 5 kali dalam kurun waktu seminggu (Rachmawati 2018). Penulis Penulis menerapkan terapi nonfarmakologis tersebut karena senam Dm Sangat efektif menurunkan kadar glukosa darah. Hal ini disebabkan karena pada saat melakukan latihan fisik terjadi peningkatan pemakaian glukosa oleh otot .dengan demikian akan menyebabkan pembuluh darah kapiler terbuka dan reseptor insulin akan aktif untuk mengalirkan glukosa darah kedalam sel dan jaringan tubuh. Diabetes Melitus terjadi akibat penurunan sensitivitas terhadap insulin (resistensi insulin) atau akibat penurunan jumlah produksi insulin. Apabila hal ini dibiarkan terus menerus tanpa terapi dapat menyebabkan terjadinya komplikasi, untuk mencegah hal tersebut salah satu penatalaksanaan yang di berikan pada pennderita diabetes khususnya lansia adalah latihan fisik seperti olahraga dengan senam DM.

Senam DM diberikan pada penderita diabetes melitus baik tipe 1, tipe 2 dan tipe lainnya dan sangat dianjurkan sebagai langkah pencegahan dini sejak pertama kali penderita dinyatakan menderita diabetes melitus. Senam kaki tergolong olahraga atau aktivitas ringan dan mudah karena bisa dilakukan di dalam atau di luar ruangan terutama di rumah dengan kursi dan koran serta tidak memerlukan waktu yang lama hanya sekitar 15 menit yang berguna untuk menghindari terjadinya luka dan membantu melancarkan peredaran darah bagian kaki (Sumosardjuno, 2012).

Berdasarkan paparan tersebut, peneliti melakukan pelaksanaan terapi senam kaki kepada klien dengan diabetes millitus, lalu diukur kadar gula darah sebelum melakukan senam Dm kadar glukosa klien di atas batas normal dengan kadar gula tinggi, dan setelah dilakukan senam Dm di dapatkan perubahan gula darah menurun.

## **E. Evaluasi Keperawatan**

### **1. Menurut Teori**

Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir yang bertujuan untuk menilai apakah tindakan keperawatan yang telah dilakukan tercapai atau tidak untuk mengatasi suatu masalah. (Meirisa, 2013). Pada tahap evaluasi, perawat dapat mengetahui seberapa jauh diagnosa keperawatan, rencana tindakan, dan pelaksanaan telah tercapai. merupakan tahap akhir dari rangkaian proses keperawatan yang berguna apakah tujuan dari tindakan keperawatan yang telah dilakukan tercapai atau perlu pendekatan lain. Evaluasi yang digunakan berbentuk S (subyektif), O (obyektif), A (analisa), P (perencanaan terhadap analisis). Evaluasi dilakukan setiap hari pada kedua kasus yaitu menggunakan evaluasi SOAP pada awal jam dinas dan terakhir di evaluasi kembali setelah diberikan intervensi pada jam akhir dinas.

### **2. Menurut Kasus**

Evaluasi yang didapatkan pada Ny. S di hari pertama setelah dilakukan implementasi dari intervensi dari diagnosa ketidakstabilan kada glukosa darah yaitu Klien mengatakan Klien tidak mudah mengantuk

karna melakukan aktivitas senam, dan olahraga lain, Klien mengatakan tidak makan dan minum yang manis manis lagi, Klien mengatakan tidak minum kopi lagi ,Klien mengatakan melakukan senam DM untuk mengontrol gula darah dan setelah dilakukan pemeriksaan gds 150mg/dl, Klien tampak melakukan aktivitas dikursi roda , Mata klien tampak segar tidak Sayu , Klien tampak tidak mengopi lagi , Klien tampak patuh dengan gaya hidup dan pola diet makan Klien diberikan terapi Senam DM. masalah belum teratasi dan intervensi dilanjutkn hal tersebut dikarenakan data-data yang didapat belum optimal pada data subjektif maupun objektif tidak cukup kuat untuk intervensi itu dilanjutkan dari luaran yang ingin dicapai oleh penulis Pada diagnosa gangguan rasa nyaman berhubungan dengan proses penyakit yaitu Klien mengatakan Klien mengatakan nyaman dengan posisi duduk bersandar dengan bantal,Klien mengatakan aktivitas terbatas menggunakan kursi roda kemana pun, Klien mengatakan nyaman dan rilek saat mobilisasi miring kanan dan kiri danKlien tampak Nyaman,Klien tampak sedang beraktivitas dikursi roda, Kulit klien tampak bersih bahwa masalah teratasi dan intervensi dihentikan hal tersebut dikarenakan data-data yang didapat baik data subjektif maupun objektif sudah cukup kuat untuk intervensi itu dihentikan dari luaran yang ingin dicapai oleh penulis. Untuk diagnosa Resiko jatuh b.d usia  $\geq 65$  tahun Klien mengatakan untuk menghindari jatuh dari tempat tidur menggunakan bantal dijadikan palang dipinggir tempat tidur saat tidur,Klien mengatakan untuk menghindari jatuh bolak balik kamar mandi

klien menggunakan pempers, Klien tampak beraktivitas mandiri , Klien tampak menggunakan kursi roda beraktivitas dan diberikan tali untuk menghindari terjatuh ke depan , Klien tampak menggunakan pempers untuk mengurangi resiko jatuh pada saat bolak balik ke kamar mandi . masalah belum teratasi dan intervensi dilanjutkn hal tersebut dikarenakan data-data yang didapat belum optimal pada data subjektif maupun objektif tidak cukup kuat untuk intervensi itu dilanjutkan dari luaran yang ingin dicapai oleh penulis

Evaluasi yang didapatkan pada Ny I selama 3 hari setelah dilakukan implementasi dari intervensi dari diagnosa Ketidak stabilan kadar glukosa daran b.d resistensi insulin Klien mengatakan masih banyak luka di tangan dan kaki klien yang sukar sembuh, Klien mengatakan sering mengantuk, Klien mengatakan tidak pernah melakukan aktivitas selain tidur dan duduk dikursi roda,Klien mengatakan sering merasa lapar ,Klien mengatakan jika sakit dibawa ke dokter dan diberi obat dari panti, Klien mengatakan tidak paham dengan yang dijelaskan oleh perawat, Klien mengatakan pernah melakukan senam DM tetapi klien mengatakan susah mengutinya karna keterbatasan gerak, Klien mengatakan tidak mengerti harus menghindari makanan dan minuman yang mengandung gula atau yang manis karena tergantung yang diberikan petugas Klien tampak bedrest , Klien tidak melakukan aktivitas apapun selain tidur , Masih terlihat luka basah diektremitas atas dan ektremitas bawah dan setelah dilakukan pemeriksaan didapatkan hasil

GDS: 200mg/dl, Klien tampak menghabiskan porsi yang diberikan petugas , Keadaan klien tampak menurun, Klien tidak kooperatif saat diajarkan kembali senam DM, dan klien tidak paham tujuan dilakukannya senam DM masalah belum teratasi dan intervensi dilanjutkan hal tersebut dikarenakan data-data yang didapat belum optimal pada data subjektif maupun objektif tidak cukup kuat untuk intervensi itu dilanjutkan dari luaran yang ingin dicapai oleh penulis. Pada diagnosa Nyeri akut b.d infeksi klien mengatakan nyeri ditangan dan dikaki klien sudah berkurang , klien mengatakan durasi nyeri sudah jarang, klien mengatakan frekuensi nyeri sudah jarang kecuali naik ke kursi roda terasa ada sedikit nyeri, klien mengatakan kualitas nyeri perih, Klien mengatakan skala nyeri 2 dan klien tampak masih terasa nyeri tetapi nyeri sudah berkurang dari hari sebelumnya pada luka yang terdapat pada ekstremitas atas dan ekstremitas bawah, Ekpresi klien masih tampak meringis , Klien tampak rileks, Klien tampak santai, Ekpresi wajah tenang , Sudah dilakuakn kompres hangat **TTV** : TD. 115/70 mmHg,. N. 86x/m, S.36.6, RR. 20x/m dan pada diagnosa Defisit perawatan diri b.d kelemahan S : Klien mengatakan masih belum mampu melakukan aktivitas apapun secara mandiri , Klien mengatakan sudah melakukan aktivitas seperti mandi pagi hari dan makan dipagi hari tetapi masih Dibantu dan menggunakan kursi roda , Klien mengatakan subuh sudah mandi dan dibantu petugas dan menggunakan kursi roda, Klien mengatakan masih BAK/BAB ditempat tidur, Klien mengatakan menggunakan pampres , Klien mengatakan klien tidak

mampu mengganti pakaian secara mandiri, Klien mengatakan Tidak mampu secara mandiri dan melakukan aktivitas terbatas dan hanya bisa terbaring , Klien mengatakan tempat tidurnya basah , Klien mengatakan sudah menggunakan fasilitas diwisma tetapi dibantu petugas , Klien mengatakan belum mampu sama sekali mandiri untuk menjaga kebersihan dirinya dan pasien bedrest,aktivitas klien hanya terbaring ditempat tidur ,klien duduk dikursi roda, Aktivitas klien masih dengan bantuan penuh , Klien tampak membungkuk duduk dikursi roda , Klien ketergantungan dalam memenuhi kebutuhan perawatan diri klien , Tampak ada sisa eliminasi BAK ditempat tidur, Klien tampak ada sisa BAB ditempat tidur ,Pampres klien terlihat merembes, Pakaian klien masih tampak basah bekas eliminasi BAK, Baju klien berbau karena ada bekas BAB, Disekitar klien tampak berbau amis, Tempat klien tampak basah ,klien tampak belum bisa untuk menjaga kebersihan diri , Aktivitas klien untuk menjaga kebersihan diri klien ketergantungan, Keterbatasan mobilitas fisik klien dalam menggunakan fasilitas , Klien tampak terbaring dan tidak bisa melakukan aktivitas apapun Klien tampak duduk dikursi roda tetapi dibantu petugas masalah belum teratasi dan intervensi dilanjutkn hal tersebut dikarenakan data-data yang didapat belum optimal pada data subjektif maupun objektif tidak cukup kuat untuk intervensi itu dilanjutkan dari luaran yang ingin dicapai oleh penulis

## **BAB V**

### **PENUTUP**

#### **A. Kesimpulan**

Hasil pengkajian pada kedua klien tersebut terjadi beberapa hal yang sama, yaitu kedua klien mengalami sakit kepala dan pusing, mata terasa berkunang-kunang sulit tidur dan sering terbangun. Diagnosa yang diangkat pada kedua klien memiliki perbedaan pada diagnosa kedua dan ketiga yaitu Pada Ny. S Dengan nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis, gangguan rasa nyaman berhubungan dengan gejala penyakit, resiko jatuh berhubungan dengan  $\geq 65$  sedangkan pada Ny. I dengan diagnosa nyeri akut berhubungan dengan infeksi dan defisit perawatan diri dengan kelemahan. Intervensi keperawatan yang diberikan kepada klien guna mengatasi keluhan klien sesuai Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI). Pada kasus diatas kita juga bisa melakukan terapi nonfarmakologis yaitu Senam DM.

Implementasi keperawatan disesuaikan dengan rencana tindakan yang telah penulis susun. Implementasi keperawatan yang dilakukan pada kedua pasien sesuai dengan intervensi yang telah direncanakan serta didukung dengan terapi nonfarmakologi. Implementasi yang dilaksanakan minimal 3 hari untuk mendapatkan perbaikan pada lansia dengan Diabetes Millitus Pada kedua kasus tidak menemukan hambatan atau kendala yang berarti, kedua pasien dapat bekerjasama dengan baik, kooperatif dan mengerti dengan apa yang disampaikan penulis.

Evaluasi pada Ny. S menunjukkan perbaikan pada diagnosa Ketidakstabilan kadar Glukosa darah masalah belum teratasi dan intervensi dilanjutkan, Pada Gangguan Rasa Nyaman Teratasi dan intervensi dihentikan sedangkan diagnosa Resiko jatuh masalah belum teratasi dan intervensi dilanjutkan. Sedangkan pada Ny. I diagnosa yang menunjukkan perbaikan pada diagnosa Ketidakstabilan kadar Glukosa darah masalah belum teratasi dan intervensi dilanjutkan, nyeri akut masalah belum teratasi dan intervensi dilanjutkan, pada diagnosa defisit perawatan diri masalah belum teratasi dan intervensi dilanjutkan.

Akhir dari proses keperawatan adalah evaluasi terhadap asuhan keperawatan yang didapatkan setelah 3 hari dilakukan tindakan keperawatan oleh penulis pada kasus 1 yaitu Ny.S dari 3 diagnosa yang teratasi terdapat 1 diagnosa yaitu gangguan rasa nyaman yang ditandai dengan pasien mengatakan nyaman dengan posisi yang di anjurkan perawat yaitu duduk bersanda dengan bantal dan mobilisasi miring kanan

kiri. Kasus 2 yaitu pada Ny. I dari 3 diagnosa belum ada diagnosa yang teratasi, karena kondisi pasien yang sudah bedrest dan luka di kaki dan tangan yang sukar sembuh serta membutuhkan total care.

## **B. Saran**

Penulis berharap dalam penulisan ini dapat dijadikan sebagai bahan acuan bagi klien untuk melakukan melakukan terapi nonfarmakologis, yaitu Senam Dm dan dilakukan sesuai Standar Operasional Prosedur (SOP). Penulis juga berharap penulisan ini dapat memberikan informasi untuk mahasiswa/i STIKes Medistra Indonesia sebagai bahan untuk menambah ilmu pengetahuan dan wawasan dalam bidang Keperawatan Gerontik dimana kita dapat mengembangkan atau memanfaatkan fasilitas Keperawatan Gerontik dengan tidak bergantung kepada terapi farmakologi saja kita bisa memberikan terapi nonfarmakologi berupa senam Dm dalam mengatasi masalah klien. Hal ini bisa digunakan untuk mengurangi efek samping terapi farmakologis.

## DAFTAR PUSTAKA

- 2017, K. dkk (2016) “Anti-oxidant and anti-diabetic activities of ethanolic extract of *Primula Denticulata* Flowers,” *Indonesia Jurnal Perawat*, 27(2), hal. 74–79. doi:10.14499/indonesianjpharm27iss2pp74.
- Alpin, H. (2016) “Hubungan Fungsi Gerak Sendi Dengan Tingkat Kemandirian Lansia Di Panti Sosial Tresna Werdha Gau Mabaji Kabupaten Gowa,” *Jurnal Ilmiah Kesehatan Sandi Husada*, 4(1), hal. 43–49. doi:10.35816/jiskh.v4i1.84.
- Dwi Ramayanti, E. *et al.* (2022) “Pengaruh Senam Kaki terhadap Sensitivitas Kaki pada Penderita Diabetes Melitus tipe II The Effect of Foot Gymnastics on Foot Sensitivity in People with Diabetes Mellitus type II,” *Nursing Sciences Journal*, 6(1), hal. 33–39.
- Herdiana (2017) “Pengaruh Senam Kaki Diabetes Terhadap Ankle Brahial Index Pada Penderita Dm,” *Journal of Chemical Information and Modeling*, 53(9), hal. 1689–1699.
- Lansia, S. (2020) “Aplikasi Senam Lansia Dalam Meningkatkan Eustress dan Kontrol Glukosa Darah Pada Pasien Diabetes Mellitus Tipe 2.”
- Ldehwhv, H.R.I. dan Oghuo, R.R.Q. (2018) “” Hwhuplqdq . Rpsolndvl . Urqln ’ Ldehwhv 0Holwxv Sdgd.”
- Lestari, Zulkarnain dan Sijid, S.A. (2021) “Diabetes Melitus: Review Etiologi,

Patofisiologi, Gejala, Penyebab, Cara Pemeriksaan, Cara Pengobatan dan Cara Pencegahan,” *UIN Alauddin Makassar*, (November), hal. 237–241.  
Tersedia pada: <http://journal.uin-alauddin.ac.id/index.php/psb>.

PPNI, T.P.S.D. (2017) *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia, Definisi dan Indikator Diagnostik (Edisi 1)*. Jagakarsa, Jakarta Selatan: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.

PPNI, T.P.S.D. (2018) *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia, Definisi dan Tindakan Keperawatan (Edisi 1 Cetakan II)*. Jagakarsa, Jakarta Selatan: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.

Rottie, J., Karundeng, M. dan Ruben, G. (2019) “Pengaruh Senam Kaki Diabetes Terhadap Perubahan Kadar Gula Darah Pada Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 Di Wilayah Kerja Puskesmas Enemawira,” *Jurnal Keperawatan UNSRAT*, 4(1), hal. 105933

Hariawan, H., Fathoni, A. and Purnamawati, D. (2019) „Hubungan Gaya Hidup (Pola Makan dan Aktivitas Fisik) Dengan Kejadian Diabetes Melitus di Rumah Sakit Umum Provinsi NTB“, *Jurnal Keperawatan Terpadu (Integrated Nursing Journal)*, 1(1), p. 1. doi: 10.32807/jkt.v1i1.16. Lede, M. J., Hariyanto, T. and Ardiyani, V. M. (2018) „Pengaruh Kadar Gula Darah Terhadap Penyembuhan Luka Diabetes Mellitus di Puskesmas Dinoyo Malang“, *Nursing News*, 3(1), p.547.

Megawati, S. W., Utami, R. and Jundiah, R. S. (2020) „Senam Kaki Diabetes Pada Penderita Diabetes Melitus Tipe 2 Untuk Meningkatkan Nilai Ankle Brachial

Indexs“, *Jnc*, 3(2), pp. 1–6. Available at:  
<http://jurnal.unpad.ac.id/jnc/article/view/24445>.

Wulandari, W. (2018) „Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Diabetes Mellitus Tipe II Di Ruang Flamboyan RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda“, *Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan*, 53(9), pp. 1689–1699.

<https://www.google.com/search?q=jurnal+teknik+pelaksanaan+senamdm&oq=jurnal+teknik+pelaksanaan+senamdm&aqs=chrome..69i57j33i10i160.11838j0j7&sourceid=chrome&ie=UTF-8>

<https://jurnal.ummi.ac.id/index.php/lentera/article/download/1444/791/4037>

<https://abdidas.org/index.php/abdidas/article/download/282/189/1578>

<https://media.neliti.com/media/publications/322455-pengaruh-senam-diabetik-terhadap-penurun-6704e151.pdf>

<https://repository.usu.ac.id/bitstream/handle/123456789/28497/Chapter%20II.pdf?sequence=4&isAllowed=y>

<https://ners.unair.ac.id/site/index.php/news-fkp-unair/30-lihat/2485-senam-kaki-pada-penderita-diabetes-mellitus>

<https://jurnal.ummi.ac.id/index.php/lentera/article/download/1444/791/4037>

Lampran 1 Standar Operasional Prosedur (SOP)

<b>STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP)</b> <b>Senam dm</b>	
Pengertian	Senam kaki adalah kegiatan atau latihan yang dilakukan oleh pasien diabetes mellitus untuk mencegah terjadinya luka dan membantu memperlancarkan peredaran darah bagian kaki
Tujuan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memperbaiki sirkulasi darah</li> <li>2. Memperkuat otot-otot kecil</li> <li>3. Mencegah terjadinya kelainan bentuk kaki</li> <li>4. Meningkatkan kekuatan otot betis dan paha</li> <li>5. Mengatasi keterbatasan gerak sendi</li> </ol>
Persiapan Pasien	Menjelaskan prosedur dan tujuan tindakan yang akan dilakukan
Persiapan Alat	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Persiapan alat kursi (jika tindakan dilakukan dalam posisi duduk).</li> </ol>
Persiapan Lingkungan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ciptakan lingkungan yang nyaman bagi pasien , jaga privacy pasien.</li> </ol>
Prosedur	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengucapkan salam, memperkenalkan diri</li> <li>2. Memberikan lingkungan yang nyaman bagi lansia</li> <li>3. Menjelaskan prosedur dan tujuan tindakan yang akan dilakukan kepada lansia</li> <li>4. Mempersiapkan alat : kursi</li> <li>5. Cuci tangan dan pastikan kaki lansia bersih</li> <li>6. Cuci tangan setelah pijat.</li> <li>7. Posisikan pasien duduk tegak di atas bangku dan kaki menyentuh lantai menyentuh lantai.</li> </ol> <div style="text-align: center;">  </div> <ol style="list-style-type: none"> <li>8. Letakkan tumit di lantai sambil jari kaki ditebuk ke atas dan ke bawah seperti cakar ayam sebanyak 10 kali.</li> </ol> <div style="text-align: center;">  </div>

9. Letakkan tumit di atas lantai sambil mengangkat jari ke atas. Kemudian pada kaki lainnya letakan jari menempel ke lantai dan tumit diangkat ke atas. Gerakan ini dilakukan secara bersamaan pada kaki kanan dan kiri bergantian sebanyak 10 kali



10. Putar pergelangan kaki dengan mengangkat telapak kaki dan tumit kakisebagai tumpuan di atas lantai, lakukan sebanyak 10 kali



11. Letakkan jari kaki diatas lantai kemudian tumit diangkat ke atas sambilmelakukan putaran pada pergelangan kaki,



12. Angkat salah satu kaki lalu luruskan, gerakkan jari kaki ke atas dan ke bawah dan lakukan bergantian pada kaki kiri dan kanan, lakukan sebanyak 10 kali



13. Luruskan salah satu kaki diatas lantai lalu angkat dan gerakan ujung kaki kearah wajah lalu turunkan kembali k



14. Angkat kedua kaki lalu luruskan. Ulangi langkah ke 7, namun gunakan kedua kaki secara bersamaan. Ulangi Sebanyak 10 kali



15. Angkat kedua kaki dan luruskan, pertahankan posisi tersebut. Gerakan pergelangan kaki kedepan dan kebelakang



16. Luruskan salah satu kaki dan angkat, putar kaki pada pergelangan kaki, tuliskan pada udara dengan kaki dari angka 0 hingga 10 lakukan secara bergantian



17. Letakkan sehelai koran dilantai. Bentuk kertas itu menjadi seperti bola dengan kedua kaki. Kemudian buka bola itu menjadi lembaran seperti semula menggunakan kedua belah kaki. Cara ini dilakukan hanya sekali saja.



18. Lalu robek koran menjadi 2 bagian,  
pisahkan kedua bagian



19. Sebagian koran disobek-sobek menjadi kecil-kecil  
dengan kedua kaki



20. Pindahkan kumpulan sobek-sobekan tersebut dengan kedua kakilalu letakkan sobekkan kertas pada bagian kertas yang utuh



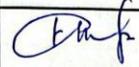
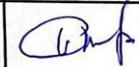
21. Bungkus semuanya dengan kedua kaki menjadi bentuk bola

	
Evaluasi	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tanyakan perasaan klien sebelum dan setelah dilakukan senam Dm</li> <li>2. Kontrak waktu selanjutnya</li> </ol>
Dokumentasi	Dokumentasikan prosedur dan hasil observasi

 <b>SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN (STIKes)</b> <b>MEDISTRA INDONESIA</b> PROGRAM STUDI PROFES NERS-PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN (S1) PROGRAM STUDI PROFESI BIDAN - PROGRAM STUDI KEBIDANAN (S1) PROGRAM STUDI FARMASI (S1)-PROGRAM STUDI KEBIDANAN (D3) <small>Jl. Cut Mulya Raya No. 88A-Kel.Sepanjang Jaya - Bekasi Telp. (021) 82431375-77 Fax (021) 82431374</small> Web: stikesmedistra-indonesia.ac.id Email: stikes_mi@stikesmedistra-indonesia.ac.id					
<b>FORMULIR KEGIATAN BIMBINGAN KARYA ILMIAH AKHIR</b>					
Nomor Dokumen	:	FM.058/A.004/PROF.NERS/STIKESMI-UPM/2022	Tanggal Pembuatan	:	18 November 2022
Revisi	:	0	Tgl efektif	:	28 November 2022

**KEGIATAN BIMBINGAN KARYA ILMIAH AKHIR**

TANGGAL BIMBINGAN	WAKTU BIMBINGAN	KEGIATAN	PARAF PEMBIMBING	KETERANGAN
10 Februari 2023	16.00 wib	Konsultasi judul KIAN, Asuhan Keperawatan Pada Pasie Melalui Penerapan Senam DM Untuk Mengontrol Kadar Gula Darah Di Wisma Dahlia Panti Sosial Tresna Werdha Budi Mulya 1 Cipayung		Konsul Judul
15 febuari 2023	22.00 wib	Konsul BAB 1-2 <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Latar Belakang</li> <li>▪ Rumusan Masalah</li> <li>▪ Tujuan Umum dan Khusus</li> <li>▪ Tinjauan Teori</li> <li>▪ Penulisan</li> <li>▪ Laporan Kasus 1&amp;2</li> </ul>		Bimbingan
3 Maret 2023	23.00 wib	Konsul BAB 1-2 <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Latar Belakang</li> <li>▪ Rumusan Masalah</li> <li>▪ Tujuan Umum dan Khusus</li> <li>▪ Tinjauan Teori</li> <li>▪ Penulisan</li> <li>▪ Laporan Kasus 1&amp;2</li> </ul>		Bimbingan
28 Maret 2023	08.00 wib	Konsul BAB 3-4 Asuhan keperawatan, Pembahasan,		Bimbingan

06 April 2023	11.30 wib	Konsul BAB 3-5 Asuhan keperawatan, Pembahasan,		Bimbingan
10 April 2023	09.00 wib	Konsul BAB 1-5		Bimbingan
12 April 2023	15.00 wib	ACC Sidang KIAN		Konsul Acc Sidang
13 April 2023	10.00 wib	Sidang KIAN		Sidang KIAN 
20 Juli 2023	16.00 wib	Pengecekan plagiarisme dan kerapihan Kian		Bimbingan
06 Agustus 2023	16.30 wib	Revisi perbaikan hasil sidang Kian oleh penguji 1		ACC HC

Mengetahui,

Kepala Program Studi Keperawatan (S1 & Profesi Ners)



**Kiki Deniati, S.Kep.,Ners.,M.Kep**

**NIDN.0316028302**

## BIOGRAFI PENULIS



### I. Data Pribadi

Nama Lengkap : Elfrida Ryama Br Hutabarat  
TTL : Lampung, 15 September 2000  
Jenis Kelamin : Perempuan  
Agama : Kristen  
Kewarnegaraan : Indonesia  
Alamat : Sragi, Lampung Selatan  
No.Handphone : 085379587004  
Email : elfridahutabarat03@gmail.com  
Motto : Bermimpilah setinggi langit jika kau jatuh kau  
masih berada di antara bintang bintang

### II. Riwayat Pendidikan

SMA : SMK Kesehatan Hampar Baiduri Kalianda  
Lampung Selatan 2015-2018  
Perguruan Tinggi : STIKes Medistra Indonesia Tahun 2018-2022 (S1  
Ilmu Keperawatan)  
STIKes Medistra Indonesia Tahun 2023-Sekarang  
(Profesi Ners)