

LAPORAN KARYA ILMIAH AKHIR NERS

ASUHAN KEPERAWATAN DENGAN DIAGNOSA

DIABETES MELITUS TIPE I DI PANTI SOSIAL

TRESNA WERDHA BETHANIA PASLATEN

Disusun dalam Rangka Menyelesaikan

Tahap Profesi Ners



DISUSUN OLEH

KELARITA NIRIGI, S.KEP

22062097

PROGRAM STUDI PROFESI NERS

FAKULTAS KEPERAWATAN

UNIVERSITAS KATOLIK DE LA SALLE MANADO

2023

LAPORAN KARYA ILMIAH AKHIR NERS

**Asuhan Keperawatan Dengan Diagnosa
Diabetes Melitus Tipe I Di Panti Sosial
Tresna Werdha Bethania Paslaten**

**Disusun dalam Rangka Menyelesaikan
Tahap Profesi Ners**



**DISUSUN OLEH
KELARITA NIRIGI, S.KEP
22062097**

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS KATOLIK DE LA SALLE MANADO
2023**

HALAMAN PERNYATAAN ORSINALITAS

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Kelarita Nirigi

Nim : 22062097

Program Studi : Profesi Ners

Menyatakan bahwa karya ilmiah ners ini adalah benar merupakan hasil karya sendiri dan sepanjang pengetahuan serta keyakinan saya, saya tidak mencantumkan tanpa pengakuan bahan-bahan yang telah dipublikasikan sebelumnya atau ditulis oleh orang lain atau sebagian bahan yang pernah diajukan untuk gelar Ners atau Ijazah pada Universitas Katolik De La Salle Manado atau perguruan tinggi lainnya.

Apabila pada masa yang akan datang diketahui bahwa pernyataan ini tidak benar saya bersedia menerima sanksi yang diberikan dengan segala konsekuensinya.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Manado, 03 Juli 2023


(Kelarita Nirigi, S.Kep)

HALAMAN PERSETUJUAN

**Asuhan Keperawatan Dengan Gangguan
Diabetes Melitus Tipe I Di Pantli Sosial
Tresna Werdha Bethania Paslaten**

Laporan Karya Ilmia Akhir Ners

Telah disetujui untuk diuji dihadapan tim penguji KIAN
Program Studi Profesi Ners
Fakultas Keperawatan Universitas Katolik De La Salle Manado

Manado, 03 Juli 2023

Pembimbing KIAN



Helly Budiawan, S.Kep., Ns., M.Kes

Mengetahui,

Dekan Fakultas Keperawatan
Unika De La Salle Manado



Wahyuny Langelo, BSN., M.Kes

Ketua Program Studi
Profesi Ners



Johanis Kerangan, S.Kep., Ns., M.Kep

LEMBAR PENGESAHAN

Karya Ilmiah Akhir Ners ini diajukan oleh :

Nama : Kelarita Nirigi, S.Kep
NIM : 22062097
Program Studi : Profesi Ners
Judul KIAN : Asuhan Keperawatan dengan Diagnosa Diabetes Melitus
Tipe I di Panti Sosial Tresna Werdha Bethania Paslaten.

Telah berhasil dipertahankan di hadapan tim penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Ners pada program studi ners Fakultas Keperawatan Universitas Katolik De La Salle Manado.

TIM PENGUJI



Penguji : Helly Budiawan, S.Kep., Ns., M.Kes

Mengetahui,

Dekan Fakultas Keperawatan
Unika De La Salle Manado



Wahyu Langelo, BSN., M.Kes

Ketua Program Studi
Profesi Ners



Johanis Kerangan, S.Kep., Ns., M.Kep

Ditetapkan di : Manado

Tanggal : 03 Juli 2023

**ASUHAN KEPERAWATAN DENGAN GANGGUAN DIABETES
MELITUS TIPE I DI PANTI SOSIAL TRESNA WERDHA BETHANIA
PASLATEN**

Kelarita, Nirigi¹., Budiawan, Helly²

Universitas Katolik De La Salle Manado

Email: nirigiclara@gmail.com

Abstrak

Latar Belakang : Diabetes Melitus adalah suatu penyakit kronis yang disebabkan ketika tubuh tidak efektif dalam menggunakan insulin yang dihasilkan atau pankreas tidak dapat menghasilkan cukup insulin, sehingga timbul peningkatan kadar gula dalam darah yang dikenal sebagai hiperglikemia. Lanjut usia selalu bisa membuat penurunan fungsi tubuh dimana salah satunya adalah penurunan fungsi pancreas. Pada lansia yang sering dijumpai pada saat penurunan fungsi pancreas adalah diabetes melitus. Salah satu penyakit tidak menular (PTM) terbanyak adalah DM yang berada pada urutan kelima.

Tujuan : Tujuan yang ingin dicapai dalam penulisan karya tulis ini adalah untuk mengembangkan dan mampu memberikan asuhan keperawatan pada Tn. T.P dengan masalah Diabetes Melitus di panti Werdha Betania lambean.

Metode : Penelitian yang digunakan adalah metode deskriptif dalam bentuk studi kasus

Hasil : klien mengatakan kaki kirinya terasa sakit saat digerakan, dan tangan kirinya yang sakit. Klien sering kelaparan dan kehausan walaupun sudah makan dan minum. Klien memiliki riwayat Diabetes Melitus dan pernah melakukan operasi di kaki kiri bagian jari kelingking putus diangkat saat operasi sejak 2 tahun lalu, klien pernah minum obat rutin seperti metformin 500 mg namun itu sudah 2 tahun lalu sekarang pasien tidak mengkonsumsi obat-obatan hanya paracetamol jika sakit. Luka dibersihkan 3 kali dalam seminggu dan pasien tidak memiliki alergi. Diagnosa yang muncul adalah gangguan integritas kulit, gangguan mobilisasi fisik, dan resiko jatuh. Cara menangani intervensi disusun berdasarkan prioritas masalah yang ada pada tinjauan kasus dan sesuai dengan tinjauan teoritis. Hasil evaluasi dari implementasi keperawatan dilakukan tindakan keperawatan selama 3 hari dan masalahnya teratasi sebagian.

Kata Kunci : Asuhan Keperawatan, *Diabetes Melitus* (DHF)

NURSING CARE FOR TYPE I DIABETES MELLITUS DISORDER AT THE TRESNA WERDHA BETHANIA PASLATEN SOCIAL HOME

Kelarita, Nirigi1., Budiawan, Helly2

De La Salle Catholic University Manado

Email: nirigiclara@gmail.com

Abstract

Background: Diabetes Mellitus is a chronic disease caused when the body is ineffective in using the insulin it produces or the pancreas cannot produce enough insulin, resulting in an increase in blood sugar levels known as hyperglycemia. Advanced age can always cause a decline in body function, one of which is a decrease in pancreatic function. In the elderly, what is often found when pancreatic function decreases is diabetes mellitus. One of the most common non-communicable diseases (NCDs) is DM which is in fifth place.

Objective: The objective to be achieved in writing this paper is to develop and be able to provide care to Mr. T.P with the problem of Diabetes Mellitus in Werdha Betania Lambean's pants.

Method: The research used is a descriptive method in the form of a case study

Result: the client said his left leg hurt when moved, and his left hand hurt. Clients are often hungry and thirsty even though they have eaten and drank. The client has a history of diabetes mellitus and has had surgery on his left foot, the little toe was removed during surgery 2 years ago. The client has been taking regular medication such as metformin 500 mg, but that was 2 years ago. The patient now does not take medication, only paracetamol when sick. . The wound is cleaned 3 times a week and the patient does not have allergies. The diagnoses that emerged were impaired skin integrity, impaired physical mobility, and risk of falls. How to handle interventions is arranged based on priority problems that exist in case observations and in accordance with theoretical observations. Evaluation results from the implementation of rescue actions carried out for 3 days and most of them resolved.

Keywords: *Nursing Care*, Diabetes Mellitus (DHF)

Kata Pengantar

Puji syukur penulis panjatkan kehadiran yang maha kuasa, oleh karena tuntunan juga kasih-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan karya ilmiah akhir ners ini dengan keadaan yang sehat dan selalu diberkati oleh Tuhan Yesus Kristus. Karya ilmiah akhir ners ini mengangkat judul: **“ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK”**. Dalam proses penyusunan karya ilmiah akhir ners ini tidak lepas bimbingan, motivasi dan bantuan dari berbagai pihak. Maka dengan ini penulis menyampaikan ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada :

1. Prof. Dr. Johanis Ohoitumur. sebagai Rektor Universitas Katolik De La Salle Manado.
2. Wahyuni Langelo, BSN., M.Kes. sebagai Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Katolik De La Salle Manado yang telah membantu memberikan arahan dalam penyusunan karya ilmiah akhir ners ini.
3. Natalia Rakinaung, S.Kep., Ns., MNS. sebagai Wakil Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Katolik De La Salle Manado
4. Helly Budiawan, S.Kep.,Ns.,M.Kes sebagai dosen Pembimbing yang selalu sabar, setia dan paling pengertian dalam memberikan masukan, saran, kritikan, motivasi, semangat dan dorongan dalam penyusunan karya ilmiah akhir ners ini.
5. Johanis Kerangan, S.Kep., Ns., M.Kep. sebagai Ketua Program Studi Profesi Ners Universitas Katolik De La Salle dan juga sebagai Dosen Pembimbing Akademik yang selalu memberikan arahan, masukan dalam penyusunan karya ilmiah akhir ners ini.
6. Semua Dosen dan Staf Dosen Fakultas Keperawatan Universitas Katolik De La Salle Manado
7. Bapa, mama, adik dan teman-teman yang selalu memberikan doa, serta menyemangati dalam penyusunan karya ilmiah akhir ners ini.

8. Terimakasih banyak untuk diri ini sendiri karena selalu tangguh, kuat dan tidak pernah putus asa dalam kondisi apapun.

Pada karya ilmiah akhir ners ini penulis menyadari bawah masih banyak sekali kekurangan dalam penyusunan karya ilmiah akhir ners ini, sehingga peneliti dengan senang hati menerima saran kritikan yang dapat membangun untuk kedepannya agar penelitian ini bisa lebih baik.

Manado, 03 Juli 2023

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	i
HALAMAN PERSETUJUAN	ii
HALAMAN PENGESAHAN	iii
Abstrak	iv
<i>Abstract</i>	
KATA PENGANTAR	vi
Daftar Isi	viii
DAFTAR TABEL	x
Daftar Lampiran	xi
BAB I	
PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	2
1.3 Tujuan	2
1.4 Manfaat	3
BAB II	
TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Landasan Teori	4
2.2 Asuhan Keperawatan Teori	25
2.3 Penelitian Terkait	32
BAB III	
GAMBARAN KASUS	34
BAB IV	
PEMBAHASAN	52
4.1 Analisis dan Diskusi Hasil	
4.2 Keterbatasam Pelaksanaan	
BAB V	
PENUTUP	60
5.1 Kesimpulan	
5.2 Saran	
Daftar Pustaka	62
Lampiran	

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Pengkajian Indeks KATZ

Tabel 2.2 Pengkajian SPMSQ

Tabel 2.3 Pengkajian Mini Mental State Examination (MMSE)

Tabel 2.4 Pengkajian Indeks Bathel

Tabel 2.5 APGAR Keluarga

DAFTAR LAMPIRAN

Laporan Asuhan Keperawatan Kasus Pasien

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar belakang

Penuaan bisa terjadi pada semua individu dan dimana proses menua terjadi pada setiap individu dapat berbeda. Hal ini dapat terjadi karena kebiasaan dan gaya hidup yang berbeda. Lansia adalah seseorang yang berusia lebih dari 60 tahun yang berada pada fase penuaan (Kementerian Kesehatan RI, 2017). Kondisi tersebut menyebabkan lansia berada pada kelompok berisiko dengan karakteristik risiko biologi atau pun risiko yang berhubungan dengan usia, risiko sosial dan lingkungan, dan risiko perilaku atau gaya hidup (Stanhope dan Lancaster, 2016). Menua adalah suatu proses biologis yang tidak dapat dihindari, secara perlahan-lahan kehilangan kemampuan untuk memperbaiki diri dan mempertahankan struktur fungsi tubuh sehingga hal ini menimbulkan masalah fisik, sosial, kultural, ekonomi dan psikologis (Mustika,2019).

Lanjut usia selalu bisa membuat penurunan fungsi tubuh dimana salah satunya adalah penurunan fungsi pancreas. Pada lansia yang sering dijumpai pada saat penurunan fungsi pancreas adalah diabetes melitus. Salah satu penyakit tidak menular (PTM) terbanyak adalah DM yang berada pada urutan kelima (Riskesmas, 2016). Diabetes Melitus adalah suatu penyakit kronis yang disebabkan ketika tubuh tidak efektif dalam menggunakan insulin yang dihasilkan atau pankreas tidak dapat menghasilkan cukup insulin, sehingga timbul peningkatan kadar gula dalam darah yang dikenal sebagai hiperglikemia (Kementerian Kesehatan RI, 2018).

Badan organisasi dunia (WHO,2017) memperkirakan Diabetes Melitus menjadi penyebab utama ke tujuh kematian didunia pada tahun 2030. Menurut International Diabetes Federation (IDF) (2017), prevalensi diabetes melitus di dunia mencapai 424,9 juta jiwa dan diperkirakan akan mencapai 628,6 juta jiwa

pada tahun 2045. Menurut Maya (2021), prevalensi diabetes melitus di Indonesia menempati urutan ke-3 di wilayah Asia Tenggara dengan prevalensi sebesar 11,3 %.

Menurut Riskesdas (2018), menunjukkan bahwa prevalensi diabetes melitus di Indonesia berdasarkan diagnosis dokter pada umur ≥ 15 tahun sebesar 2%. Jawa Barat memiliki prevalensi diabetes melitus sebanyak 1,7%, dimana Jawa Barat berada di urutan 10 dari 34 provinsi yang ada di Indonesia. Prevalensi Diabetes Melitus berdasarkan pemeriksaan gula darah pada penduduk umur < 15 tahun menurut karakteristik tertinggi berada pada umur 53-64 tahun dengan jumlah 15,6%. Angka kejadian lansia terkena Diabetes Melitus di panti Werdha Betania Lambean.

Peran perawat sangatlah penting dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan masalah Diabetes Melitus. Asuhan keperawatan yang profesional diberikan melalui pendekatan proses keperawatan yang terdiri dari pengkajian, penetapan diagnosa, pembuatan intervensi, dan implementasi keperawatan serta mengevaluasi hasil tindakan keperawatan.

Berdasarkan latar belakang diatas, penulis tertarik untuk melakukan “Asuhan Keperawatan pada Tn. T.P dengan masalah penyakit Diabetes Melitus di panti Werdha Betania lambean”.

1.2. Rumusan Masalah

Bagaimanakah Asuhan Keperawatan Lansia dengan masalah Diabetes Melitus di Panti Werdha Betania lambean.

1.3. Tujuan

1.3.1. Tujuan umum

Tujuan yang ingin dicapai dalam penulisan karya tulis ini adalah untuk mengembangkan dan mampu memberikan asuhan keperawatan pada Tn. T.P dengan masalah Diabetes Melitus di panti Werdha Betania lambean.

1.3.2. Tujuan khusus

1. Mampu melakukan pengkajian keperawatan pada Tn. T.P dengan Diabetes Melitus di panti werdha betania lambean
2. Dapat menentukan diagnosa keperawatan penyakit Diabetes Melitus pada Tn T.P di panti werdha betania lambean
3. Menyusun rencana asuhan keperawatan pada Tn. T.P dengan Diabetes Melitus di panti werdha betania lambean
4. Melaksanakan implementasi keperawatan pada Tn. T. P dengan Diabetes Melitus di panti werdha betania lambean
5. Mengevaluasi tindakan keperawatan pada Tn. T.P dengan Diabetes Melitus di panti werdha betania lambean

1.4. Manfaat

1.4.1. Teoritis

Penelitian ini diharapkan dapat dijadikan sebagai salah satu sumber informasi dalam ilmu keperawatan gerontik terutama dalam memberikan asuhan keperawatan pada klien lanjut usia dengan penyakit diabetes melitus (DM).

1.4.2. Praktk

1.4.2.1. Bagi panti

Diharapkan menjadi sumber referensi untuk mengembangkan ilmu dalam bidang keperawatan tentang gangguan sistem metabolisme tubuh dengan diabetes melitus yang bisa dapat diterapkan pada lansia yang berada di dalam panti.

1.4.2.2. Bagi penulis

Penulisan karya tulis ini juga bermanfaat untuk mengetahui antara teori dan kasus nyata yang didapatkan langsung di lapangan praktek atau tidak. Karena dalam teori yang ada tidak selalu sama dengan kasus nyata yang langsung di temukan atau terjadi. Sehingga disusunlah karya ilmiah ini.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Landasan Teori (LP)

2.1.2. Definisi Diabetes Melitus

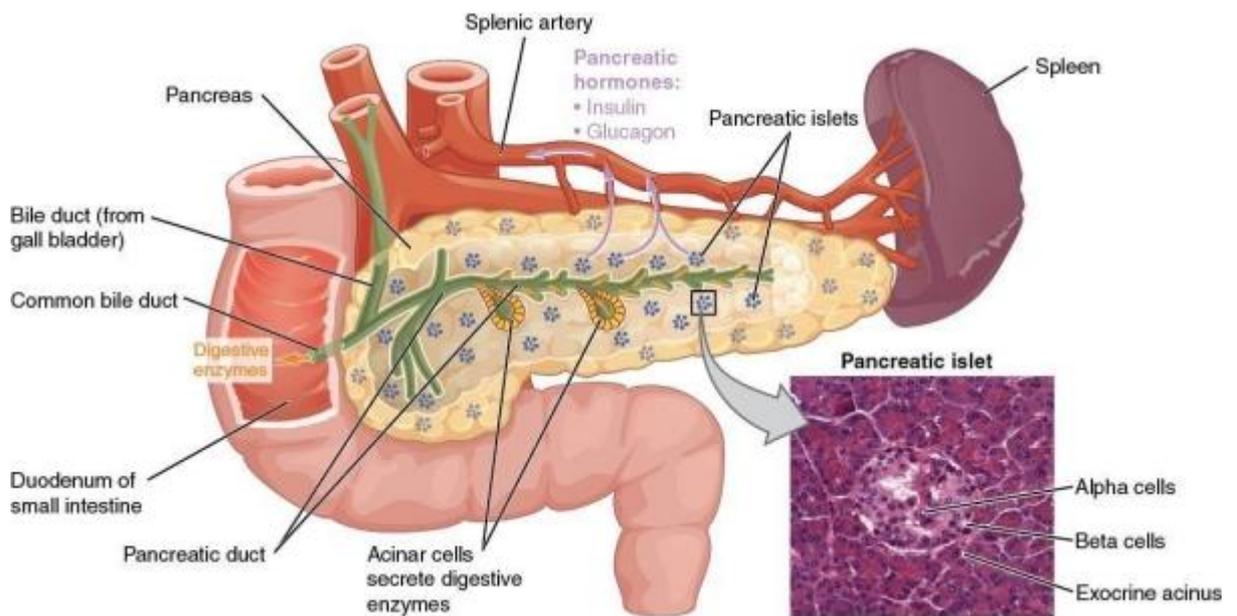
Diabetes melitus (DM) atau kencing manis adalah suatu penyakit kronis yang ditandai dengan peningkatan kadar gula darah (hiperglikemia) dan intoleransi glukosa yang terjadi dikarenakan kelenjar pankreas yang memproduksi insulin secara tidak adekuat atau tubuh yang tidak dapat menggunakan insulin yang diproduksi secara efektif (Evi & Yanita, 2016).

Diabetes melitus merupakan penyakit dengan gangguan metabolik yang terjadi akibat tingginya glukosa dalam darah (hiperglikemia), seseorang didiagnosa Diabetes Melitus jika kadar gula darah sewaktu < 200 mg/dl dan gula darah puasa > 126 (Ewadh, Juda, Ali, dan Ewadh, 2014). Diabetes melitus adalah suatu penyakit kronis yang disebabkan ketika tubuh tidak efektif dalam menggunakan insulin yang dihasilkan atau pankreas tidak dapat menghasilkan cukup insulin, sehingga timbul peningkatan kadar gula dalam darah yang dikenal sebagai hiperglikemia (Kementerian Kesehatan RI, 2018). World Health Organization atau WHO (2016) memaparkan bahwa penyakit diabetes melitus ditandai dengan manifestasi yang khas, seperti polyphagia, polydipsia dan polyuria serta beberapa orang mengalami kehilangan berat badan. Diabetes juga dapat menyebabkan akibat jangka panjang seperti kerusakan mata, ginjal, pembuluh darah, saraf dan jantung.

Berdasarkan penjelasan diatas dapat disimpulkan bahwa penyakit diabetes melitus atau kencing manis merupakan penyakit yang disebabkan karena kelainan sekresi insulin atau tubuh tidak mampu menghasilkan insulin sehingga mengakibatkan terjadi hiperglikemia serta melibatkan kelainan metabolik hormonal dapat menimbulkan komplikasi kronis pada organ tubuh.

2.1.2. Etiologi dan Fisiologi Pankreas

Pankreas manusia secara anatomi letaknya menempel pada duodenum dan terdapat kurang lebih 200.000 – 1.800.000 pulau Langerhans. Dalam pulau langerhans jumlah sel beta normal pada manusia antara 60% - 80% dari populasi sel Pulau Langerhans. Pankreas berwarna putih keabuan hingga kemerahan. Organ ini merupakan kelenjar majemuk yang terdiri atas jaringan eksokrin dan jaringan endokrin. Jaringan eksokrin menghasilkan enzim-enzim pankreas seperti amylase, peptidase dan lipase, sedangkan jaringan endokrin menghasilkan hormon-hormon seperti insulin, glukagon dan somatostatin (Dolensek, Rupnik & Stozer, 2015).



Pulau langerhans mempunyai 4 macam sel sebagai berikut (Dolensek, Rupnik & Stozer, 2015):

- ❖ Sel Alfa sekresi glukagon
- ❖ Sel Beta sekresi insulin
- ❖ Sel Delta sekresi somatostatin
- ❖ Sel Pankreatik

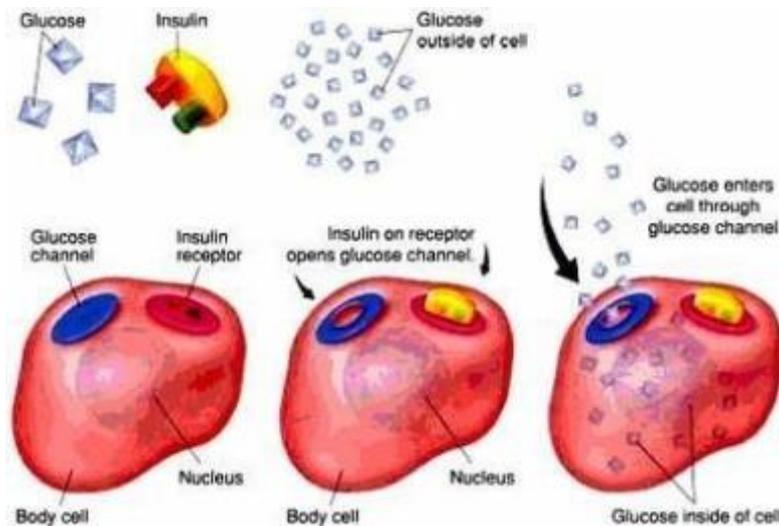
Terdapat hubungan umpan balik langsung antara konsentrasi gula darah dan kecepatan sekresi sel alfa, namun hubungan tersebut berlawanan arah dengan efek gula darah pada sel beta. Kadar gula darah dipertahankan pada nilai normal

oleh peran antagonis hormon insulin dan glukogan, akan tetapi hormon somatostain menghambat sekresi keduanya (Dolensek, Rupnik & Stozer, 2015).

b. Fisiologi pengaturan sekresi insulin

Insulin (bahasa latin *insula*, “pulau”, karena diproduksi di pulau-pulau Langerhans di pankreas) adalah sebuah hormon yang terdiri dari 2 rantai polipeptida yang mengatur metabolisme karbohidrat (glukosa, glikogen) (Guyton & Hall, 2012).

Peningkatan kadar glukosa darah dalam tubuh akan menimbulkan respons tubuh berupa peningkatan sekresi insulin. Bila sejumlah besar insulin disekresikan oleh pankreas, kecepatan pengangkutan glukosa ke sebagian besar sel akan meningkat sampai 10 kali lipat atau lebih dibandingkan dengan kecepatan tanpa adanya sekresi insulin. Sebaliknya jumlah glukosa yang dapat berdifusi ke sebagian besar sel tubuh tanpa adanya insulin, terlalu sedikit untuk menyediakan sejumlah glukosa yang dibutuhkan untuk metabolisme energi pada keadaan normal, dengan pengecualian di sel hati dan sel otak (Guyton & Hall, 2012).



Pada kadar normal glukosa darah puasa sebesar 80-90 mg/100ml, kecepatan sekresi insulin akan sangat minimum yakni 25mg/menit/kg berat badan. Namun ketika glukosa darah tiba-tiba meningkat 2-3 kali dari kadar normal maka sekresi insulin akan meningkat yang berlangsung melalui 2 tahap (Guyton & Hall, 2012) :

1. Ketika kadar glukosa darah meningkat maka dalam waktu 3-5 menit kadar insulin plasama akan meningkat 10 kali lipat karena sekresi insulin yang sudah terbentuk lebih dahulu oleh sel-sel beta pulau langerhans. Namun, pada menit ke 5-10 kecepatan sekresi insulin mulai menurun sampai kira-kira setengah dari nilai normalnya.
2. Kira-kira 15 menit kemudian sekresi insulin mulai meningkat kembali untuk kedua kalinya yang disebabkan adanya tambahan pelepasan insulin yang sudah lebih dulu terbentuk oleh adanya aktivasi beberapa sistem enzim yang mensintesis dan melepaskan insulin baru dari sel beta.

2.1.3. Klasifikasi dan Etiologi Diabetes Melitus

Menurut *American Diabetes Association / ADA* tahun 2020, klasifikasi DM terdiri dari DM tipe 1, DM tipe 2, DM *gestasional*, dan DM tipe lain. Namun jenis DM yang paling umum yaitu DM tipe 1 dan DM tipe 2.

1. Diabetes Melitus Tipe I

DM tipe 1 merupakan proses autoimun yang dapat menyerang semua golongan umur orang, namun lebih sering terjadi pada anak-anak. Penderita DM tipe 1 membutuhkan suntikan insulin setiap hari untuk mengontrol glukosa darahnya (IDF, 2019). DM tipe ini sering disebut juga *Insulin Dependent Diabetes Mellitus* (IDDM), yang berhubungan dengan antibody berupa *Islet Cell Antibodies* (ICA), *Insulin Autoantibodies* (IAA), dan *Glutamic Acid Decarboxylase Antibodies* (GADA). 90% anak-anak penderita IDDM mempunyai jenis antibody ini (Bustan, 2007)

2. Diabetes Melitus Tipe II

DM tipe 2 atau yang sering disebut dengan *Non Insulin Dependent Diabetes Mellitus* (NIDDM) adalah jenis DM yang paling sering terjadi, mencakup sekitar 85% pasien DM. Keadaan ini ditandai oleh resistensi insulin disertai defisiensi insulin relatif. DM tipe ini lebih sering terjadi pada usia diatas 40 tahun, tetapi dapat pula terjadi pada orang dewasa muda dan anak-anak (Greenstein dan Wood, 2010).

3. Diabetes Melitus *Gestational*

Diabetes melitus *gestational* adalah Diabetes yang didiagnosis pada trimester kedua atau ketiga kehamilan dan tidak memiliki riwayat diabetes sebelum kehamilan (ADA, 2020).

4. Diabetes Melitus Tipe Lain

Contoh dari DM tipe lainnya (ADA, 2020), yaitu :

- a. Sindrom diabetes monogenik (diabetes neonatal)
- b. Penyakit pada pankreas
- c. Diabetes yang diinduksi bahan kimia (penggunaan glukortikoid pada HIV/AIDS atau setelah transplantasi organ

2.1.4. Manifestasi klinis

Menurut PERKENI, 2015, penyakit diabetes melitus pada awalnya sering tidak dirasakan dan tidak disadari pasien. Tanda-tanda awal yang seseorang menderita DM yaitu dilihat langsung dari peningkatan kadar glukosa darah, dimana kadar glukosa darah yang meningkat mencapai nilai 160-180 mg/dL dan glukosa dalam urin penderita diabetes yang mengandung glukosa, sehingga urin sering dikelilingi semut.

Gejala dari penyakit DM yaitu antara lain, menurut (Simatupang, 2017).

1. Poliuri (sering buang air kecil) : Buang air kecil lebih sering dari biasanya terutama pada malam hari (poliuria), hal ini dikarenakan kadar gula darah melebihi ambang ginjal (>180mg/dl), sehingga gula akan dikeluarkan melalui urine. Guna menurunkan konsentrasi urine yang dikeluarkan, tubuh akan menyerap air sebanyak mungkin ke dalam urine sehingga urine dalam jumlah besar dapat dikeluarkan dan sering buang air kecil. Dalam keadaan normal, keluaran urine harian sekitar 1,5 liter, tetapi pada pasien DM yang tidak terkontrol, keluaran urine lima kali lipat dari jumlah ini. Sering merasa haus dan ingin minum air putih sebanyak mungkin (poliploidi). Dengan adanya ekskresi urine, tubuh akan mengalami dehidrasi.
2. Polifagi (cepat merasa lapar) : Nafsu makan meningkat (polifagi) dan merasa kurang tenaga. Insulin menjadi bermasalah pada penderita DM sehingga pemasukan

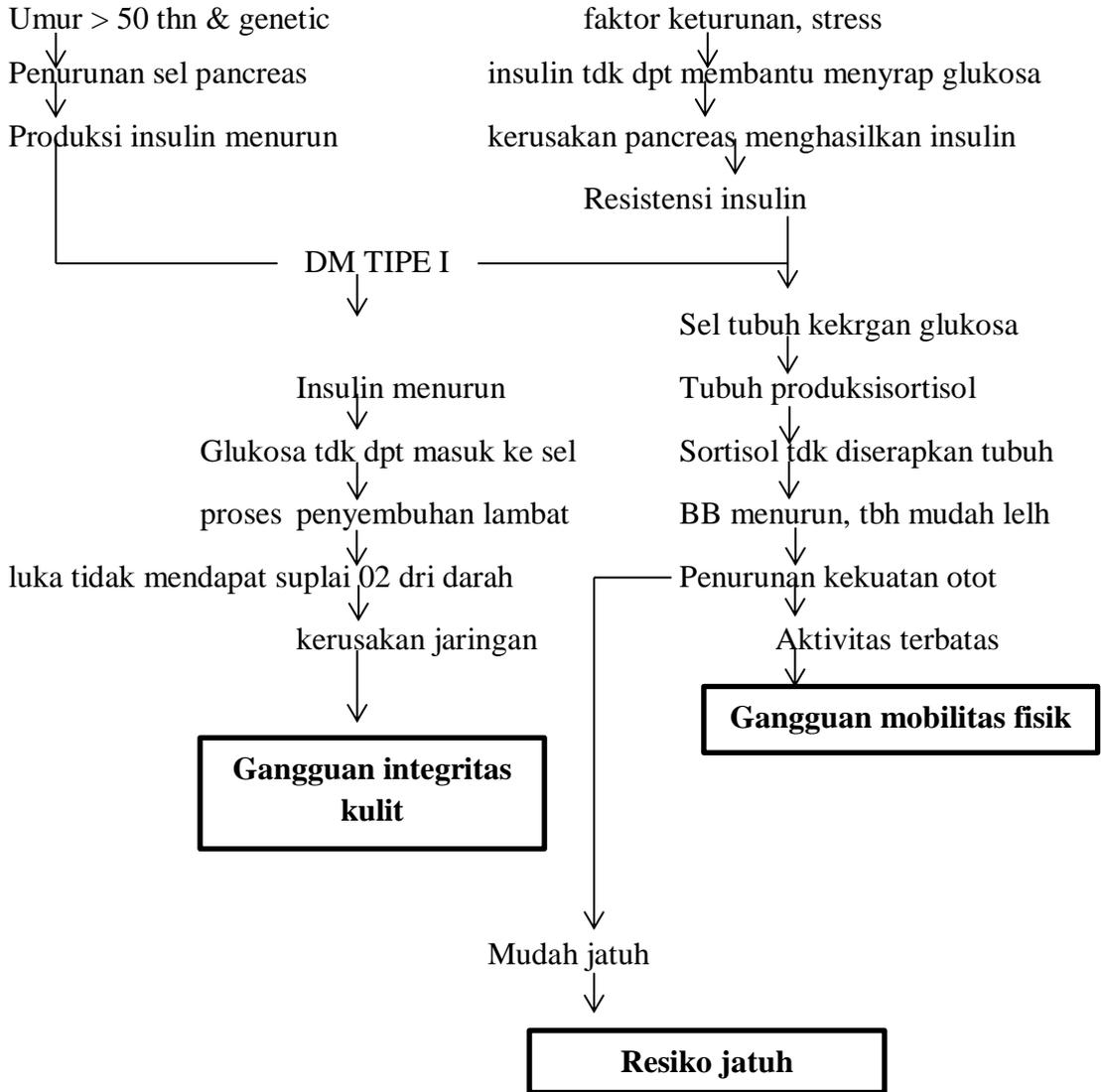
gula ke dalam sel-sel tubuh kurang dan energi yang dibentuk pun menjadi kurang. Ini adalah penyebab mengapa penderita merasa kurang tenaga. Selain itu, sel juga menjadi miskin gula sehingga otak juga berfikir bahwa kurang energi itu karena kurang makan, maka tubuh kemudian berusaha meningkatkan asupan makanan dengan menimbulkan alarm rasa lapar.

3. Berat badan menurun : Ketika tubuh tidak mampu mendapatkan energi yang cukup dari gula karena kekurangan insulin, tubuh akan bergegas mengolah lemak dan protein yang ada di dalam tubuh untuk diubah menjadi energi. Dalam sistem pembuangan urine, penderita DM yang tidak terkontrol bisa kehilangan sebanyak 500 gr glukosa dalam urine per 24 jam (setara dengan 2000 kalori sehari hilang dari tubuh). Kemudian gejala lain atau gejala tambahan yang dapat timbul yang umumnya ditunjukkan karena komplikasi adalah kaki kesemutan, gatal-gatal, atau luka yang tidak kunjung sembuh, pada wanita kadang disertai gatal didaerah selangkangan (pruritus vulva) dan pada pria ujung penis terasa sakit (*balanitis*)

2.1.5. Patofisiologi dan Patoflow

Pada diabetes tipe I, sel beta pankreas telah dihancurkan oleh proses autoimun, sehingga insulin tidak dapat diproduksi. Hiperglikemia puasa terjadi karena produksi glukosa yang tidak dapat diukur oleh hati. Meskipun glukosa dalam makanan tetap berada di dalam darah dan menyebabkan hiperglikemia postprandial (setelah makan), glukosa tidak dapat disimpan di hati. Jika konsentrasi glukosa dalam darah cukup tinggi, ginjal tidak akan dapat menyerap kembali semua glukosa yang telah disaring. Oleh karena itu ginjal tidak dapat menyerap semua glukosa yang disaring. Akibatnya, muncul dalam urine (kencing manis). Saat glukosa berlebih diekskresikan dalam urine, limbah ini akan disertai dengan ekskreta dan elektrolit yang berlebihan. Kondisi ini disebut diuresis osmotik. Kehilangan cairan yang berlebihan dapat menyebabkan peningkatan buang air kecil (poliuria) dan haus (polidipsia). Kekurangan insulin juga dapat mengganggu metabolisme protein dan lemak, yang menyebabkan penurunan berat badan. Jika terjadi kekurangan insulin, kelebihan protein dalam darah yang bersirkulasi tidak akan disimpan di jaringan. Dengan tidak adanya insulin, semua aspek metabolisme lemak akan meningkat pesat. Biasanya hal ini terjadi di antara waktu makan, saat sekresi insulin minimal, namun saat sekresi insulin mendekati, metabolisme lemak pada DM akan meningkat secara signifikan. Untuk mengatasi resistensi insulin dan mencegah pembentukan glukosa dalam darah, diperlukan peningkatan jumlah insulin yang disekresikan oleh sel beta pankreas. Pada penderita gangguan toleransi glukosa, kondisi ini terjadi akibat sekresi insulin yang berlebihan, dan kadar glukosa akan tetap pada level normal atau sedikit meningkat. Namun, jika sel beta tidak dapat memenuhi permintaan insulin yang meningkat, maka kadar glukosa akan meningkat dan diabetes tipe II akan berkembang(Ozougwu et al., 2013).

Patoflow



2.1.6. Pemeriksaan Penunjang

Menurut Smelzer dan Bare, pemeriksaan penunjang untuk penderita diabetes melitus antara lain :

A. Pemeriksaan fisik

- ✧ Inspeksi : melihat pada daerah kaki bagaimana produksi keringatnya (menurun atau tidak), kemudian bulu pada jempol kaki berkurang (-).
- ✧ Palpasi : akral teraba dingin, kulit pecah-pecah , pucat, kering yang tidak normal, pada ulkus terbentuk kalus yang tebal atau bisa juga teraba lembek.

B. Pemeriksaan Vaskuler

1. Pemeriksaan Radiologi yang meliputi : gas subkutan, adanya benda asing, osteomielietus.
2. Pemeriksaan Laboratorium
 - a) Pemeriksaan darah yang meliputi : GDS (Gula Darah Sewaktu), GDP (Gula Darah Puasa),
 - b) Pemeriksaan urine , dimana urine diperiksa ada atau tidaknya kandungan glukosa pada urine tersebut.

2.1.7. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan kadar gula darah pada penderita Diabetes Melitus diantaranya adalah farmakologi dan non farmakologi (obat anti hipoglikemia seperti Sulfonilurea, Biguanid, inhibitor Glukosidase Alpa (Acarbose) yang akan diberikan melalui oral atau suntik secara non farmakologi dengan mengendalikan kadar gula darah dalam batas normal dengan menerapkan pola hidup sehat dari asupan makanan dan aktivitas fisik/olahraga (terapi nutrisi medis dan aktivitas fisik) (PERKENI,2021).

Penatalaksanaan DM yaitu :

a) Edukasi :

Dengan tujuan promosi hidup sehat, dilakukan sebagai bagian dari upaya pencegahan dan merupakan bagian terpenting dari manajemen DM secara

holistik. Perilaku hidup sehat bagi pasien DM dapat memenuhi anjuran mengikuti pola makan sehat, melakukan glukosa darah pemantauan mandiri dan memanfaatkan hasil untuk peningkatan pengobatan, dan melakukan perawatan kaki secara berkala (PERKENI,2021).

b) Terapi Nutrisi Medis (TNM)

TNM sangat penting dari penatalaksanaan NIDDM secara komprehensif. Kunci keberhasilannya yaitu adanya keterlibatan secara menyeluruh dari anggota tim medis (dokter, perawat, ahli gizi, petugas lainnya serta pasien dan keluarganya untuk mencapai sasaran. Terapi nutrisi medis dapat diberikan sesuai kebutuhan pasien DM agar mencapai tujuan(PERKENI,2021).

c) Jasmani

Latihan jasmani yang dianjurkan berupa latihan jasmani dengan dengan intensitas sedang (50-70% denyut jantung maksimal) seperti : jalan cepat, bersepeda santai, *jogging* dan senam pagi. Penyandang DM tanpa kontraindikasi (osteoarthritis, hipertensi yang tidak terkontrol, retinopati, nefropati) dianjurkan juga melakukan *resistance training* (latihan beban) 2-3 kali/ minggu sesuai dengan petunjuk dokter. Apabila kadar glukosa darah < 100 mg/dl pasien harus mengkonsumsi karbohidrat terlebih dahulu dan bila > 250 gr/dl dianjurkan untuk menunda latihan jasmani(PERKENI, 2015).

d) Farmakologi

Diberikan bersamaan dengan pengaturan pola makan dan latihan jasmani (hidup sehat), terapi farmakologi terdiri dari pemberian obat oral maupun suntik.

2.1.8. Komplikasi

Berkurangnya sekresi insulin dan gangguan metabolisme karbohidrat, lemak, dan protein mengakibatkan komplikasi DM. Pengontrolan kadar glukosa darah pada penderita diabetes dapat mencegah terjadinya komplikasi (Chatterjee dan Davies 2015, Allen dan Gupta 2019). Komplikasi diabetes akan meningkatkan morbiditas dan kematian (Papatheodorou et al. 2016).

Beberapa komplikasi penyakit akibat DM, di antaranya adalah penyakit kardiovaskular, gangguan ginjal, peradangan, dan obesitas. Studi epidemiologis menunjukkan bahwa jenis kelamin, usia, dan latar belakang etnis merupakan faktor penting dalam perkembangan komplikasi DM. Penderita diabetes memiliki risiko komplikasi yang menyebabkan terjadinya kematian (Olokoba et al. 2012). Secara umum komplikasi yang terjadi dikelompokkan menjadi 2, yaitu: (1) komplikasi akut metabolik, berupa gangguan metabolit jangka pendek seperti hipoglikemia, ketoasidosis, dan hiperosmolar; dan (2) komplikasi lanjut, komplikasi jangka panjang yang mengakibatkan makrovaskular (penyakit jantung koroner, penyakit pembuluh darah perifer dan stroke), mikrovaskular (nefropati, retinopati dan neuropati), dan gabungan makrovaskular dan mikrovaskular (diabetes kaki). Penyebab kematian pada orang tua penderita diabetes akibat degradasi makrovaskular lebih banyak dibandingkan dengan mikrovaskular (Mane et al. 2012, Pasquel dan Umpierrez 2014, Rhee dan Kim 2015, Asmat et al. 2016, Kabel et al. 2017, Goguen dan Gilbert 2018).

2.2. Asuhan Keperawatan Teori

Pengkajian adalah proses pengumpulan data yang akurat serta sistematis yang bertujuan untuk menentukan status kesehatan dan fungsional pada saat ini dan waktu sebelumnya, serta untuk menentukan pola respon klien saat ini dan waktu sebelumnya (Subiyanto,2019).

A. Pengkajian Keperawatan

1. Identitas pasien

Meliputi nama lengkap, tempat tinggal, umur, tempat lahir, asal suku bangsa, nama orang tua, pekerjaan orang tua.

2. Riwayat kesehatan

Pengkajian pada riwayat kesehatan sekarang meliputi 2 bagian :

- a. Keluhan utama yang sering muncul pada pasien DM tipe II yaitu : sering kencing(poliuria), sering haus (polidipsia), mudah lapar (polifagia), dan berat badan menurun
- b. Keluhan saat dikaji didapatkan dari hasil pengkajian pada saat itu juga. Penjelasan meliputi PQRST:

P : Palliative merupakan faktor yang mencebys terjadinya penyakit, hal ini yang meringankan atau memperberatkan, klien dengan DM mengeluh mual muntah, diare dan adanya luka gangren.

Q : Qualiative suatu keluhan atau penyakit yang dirasakan. Rasa mual meningkat akan membuat klien merasa tidak nafsu makan.

R : Region sejauh mana lokasi penyebaran daerah yang di keluhkan. Mual dirasakan di ulu hati, bila terjadi gangrene sering dibagian ekstremitas atas dan bawah.

S : Severity drajat keganasan atau intensitas dari keluhan tersebut. Mual yang dirasakan dapat mengganggu aktivitas klien.

T : Time waktu dimana keluhan yang dirasakan, lamanya dan frekuensinya, waktu tidak menentu, biasanya dirasakan secara terus-menerus

3. Riwayat kesehatan sekarang

Berisi tentang riwayat kesehatan pasien dan pengobatan sebelumnya. Berapa lama klien menderita DM, bagaimana penanganannya, mendapat terapi medis apa saja, mendapatkan pengobatan apa saja, bagaimanakah cara penggunaan obatnya apakah teratur atau tidak (Padila,2012).

4. Riwayat Kesehatan Dahulu

Adanya riwayat penyakit Diabetes Mellitus atau penyakit-penyakit lain yang ada kaitannya dengan defisiensi insulin. Misalnya penyakit pankreas, hipertensi dan ISK berulang, adanya riwayat penyakit jantung, obesitas, maupun arteriosklerosis, tindakan medis yang pernah didapat maupun obat-obatan yang biasa digunakan.

5. Riwayat Kesehatan Keluarga

Dapat dilihat di riwayat kesehatan keluarga apakah ada genogram keluarga yang juga menderita Diabetes Mellitus. Diabetes mellitus mewarisi suatu predisposisi atau kecenderungan genetic kearah terjadinya Diabetes Mellitus (Padila, 2012).

6. Pola nutrisi

Pola aspek ini dikaji mengenai kebiasaan makan klien sebelum sakit dan sesudah masuk rumah sakit. Peningkatan nafsu makan, mual, muntah, penurunan atau peningkatan berat badan, banyak minum dan perasaan haus (Tarwoto dkk, 2017).

7. Kebutuhan eliminasi

Dikaji mengenai frekuensi, konsistensi, warna dan kelainan eliminasi, kesulitan-kesulitan eliminasi dan keluhan-keluhan yang dirasakan klien pada saat BAB dan BAK. Perubahan pola berkemih (polyuria), nokturia, kesulitan berkemih, diare (Tarwoto dkk, 32 2017).

8. Istirahat Tidur

Pada pasien diabetes mellitus sering mengalami gangguan tidur, keletihan, lemah, sulit bergerak maupun berjalan, kram otot dan tonus otot menurun, takikardi dan takipnea pada saat istirahat (Doenges, 2010)..

9. Personal Hygiene

Pada pasien diabetes mellitus ditemukan penyakit periodental dan dilakukan perawatan gigi. Juga menjaga kulitnya selalu bersih dan kering khususnya didaerah lipatan seperti paha, aksila, dibawah payudara karena cenderung terjadi luka akibat gesekan dan infeksi jamur (Smeltzer, 2011).

10. Aktivitas dan latihan

Dikaji apakah aktivitas yang dilakukan klien dirumah dan dirumah sakit dibantu atau secara mandiri. Karena pasien DM biasanya letih, lemah, sulit bergerak, kram otot (Padilla, 2012).

11. Seksualitas

Penurunan libido, amenorea, infertilitas.

12. Interaksi sosial

Kesulitan menentukan kondisi, contoh tak mampu bekerja mempertahankan fungsi peran biasanya dalam keluarga.

Tabel 2.1 Pengkajian Indeks KATZ

INDEKS KATZ	
SKORE	KRITERIA
A	Kemandirian dalam hal makan, kontinen, berpindah, ke kamar kecil, berpakaian dan mandi
B	Kemandirian dalam semua aktifitas hidup sehari-hari, kecuali satu dari fungsi Tersebut
C	Kemandirian dalam semua aktifitas hidup sehari-hari, kecuali mandi dan satu fungsi tambahan
D	Kemandirian dalam semua aktifitas hidup sehari-hari, kecuali mandi, berpakaian dan satu fungsi tambahan
E	Kemandirian dalam semua aktifitas hidup sehari-hari, kecuali mandi,

	berpakaian, ke kamar kecil dan satu fungsi tambahan
<u>F</u>	Kemandirian dalam semua aktifitas hidup sehari-hari, kecuali mandi, berpakaian, berpindah dan satu fungsi tambahan
<u>G</u>	Ketergantungan pada enam fungsi tersebut
Lain-lain	Ketergantungan pada sedikitnya dua fungsi, tetapi tidak dapat diklasifikasikan sebagai C, D, E, F dan G

Tabel 2.2 Pengkajian SPMSQ

<u>Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ)</u>				
<u>Skore</u>		<u>No</u>	<u>Pertanyaan</u>	<u>Jawaban</u>
<u>±</u>	<u>=</u>			
		1.	<u>Tanggal berapa hari ini?</u>	
		2.	<u>Hari apa sekarang ini? (hari, tanggal, tahun)</u>	
		3.	<u>Apa nama tempat ini?</u>	
		4.	<u>Berapa nomor telpon Anda?</u>	
		4a.	<u>Dimana alamat Anda? (tanyakan hanya bila klien tidak mempunyai telepon)</u>	
		5.	<u>Berapa umur Anda?</u>	
		6.	<u>Kapan Anda lahir?</u>	
		7.	<u>Siapa presiden Indonesia sekarang?</u>	
		8.	<u>Siapa presiden sebelumnya?</u>	
		9.	<u>Siapa nama kecil ibu Anda?</u>	
		10.	<u>Kurangi 3 dari 20 dan tetap pengurangan 3 dari setiap angka baru, semua secara menurun</u>	
			<u>Jumlah kesalahan total</u>	

Penilaian SPMSQ

- | | |
|-------------------|---------------------------|
| 1. Kesalahan 0-2 | fungsi intelektual utuh |
| 2. Kesalahan 3-4 | fungsi intelektual ringan |
| 3. Kesalahan 5-7 | fungsi intelektual sedang |
| 4. Kesalahan 8-10 | fungsi intelektual berat |

1. Bisa dimaklumi bila dari satu kesalahan bila subjek hanya berpendidikan sekolah dasar.
2. Bisa dimaklumi bila kurang dari satu kesalahan bila subjek mempunyai pendidikan di atas sekolah menengah atas.
3. Bisa dimaklumi bila lebih dari satu kesalahan untuk subjek kulit hitam dengan menggunakan kriteria pendidikan yang sama.

Tabel 2.3 pengkajian Mini Mental State Examination (MMSE)

Mini Mental State Exam (MMSE)		
Nilai Max	Pasien	Pertanyaan
Orientasi		
5	3	(tahun) (musim) (tanggal) (hari) (bulan) apa sekarang?
5	1	Dimana kita: (Negara bagian) (wilayah) (kota) (rumah sakit) (lantai)
Registrasi		
3	3	Nama 3 objek: 1 detik untuk mengatakan masing-masing. Kemudian tanyakan klien ketiga objek setelah anda telah mengatakannya. Beri 1 poin untuk setiap jawaban yang benar. Kemudian ulangi sampai ia mempelajari ketiganya. Jumlahkan percobaan dan catat. Percobaan:
Perhatian dan Kalkulasi		
5	1	Kurangi 100 dengan 7 secara menurun, 1 poin untuk setiap kebenaran.
		Berhenti setelah 5 jawaban.

Mengingat		
3	2	Minta untuk mengulang ketiga objek di atas Berikan 1 poin untuk setiap kebenaran
Bahasa		
9	8	Nama pensil, dan melihat (2 poin) Mengulang hal berikut: "tak ada jika, dan, atau tetapi" (1 poin) Ikuti perintah 3-langkah: "ambil kertas di tangan kanan anda, lipat dua, dan taruh di lantai" (3 poin) Baca dan turuti hal berikut: "tutup mata Anda" (1 poin) Tulis satu kalimat (1 poin) Menyalin gambar (1 poin)
30	17	Nilai total

Tabel 2.4 Pengkajian Index Bathel

Invrntaris Depresi Beck	
Skore	Uraian
A. Kesedihan	
3	Saya sangat sedih atau tidak bahagia di mana saya tak dapat menghadapinya
2	Saya galau atau sedih sepanjang waktu dan saya tidak dapat keluar darinya (√)
1	Saya merasa sedih alau galau
0	Saya tidak merasa sedih
B. Pesimisme	
3	Saya merasa bahwa masa depan saya adalah sia-sia dan sesuatu tidak dapat membaik
2	Saya merasa tidak mempunyai apa-apa untuk memandang ke depan
1	Saya merasa berkecil hati mengenai masa depan
0	Saya tidak begitu pesimis atau kecil hati tentang masa depan (√)
e. Rasa Kegagalan	

3	Saya merasa saya benar-benar gagal sebagai seorang (orang tua, suami, istri)
2	Seperti melihat kebelakang hidup saya, semua yang dapat saya lihat hanya kegagalan
1	Saya merasa saya telah gagal melebihi orang pada umumnya
0	Saya tidak merasa gagal (√)
D. Ketidakpuasan	
3	Saya tidak puas dengan segalanya
2	Saya tidak mendapatkan kepuasan dari apapun
1	Saya tidak menyukai cara yang saya gunakan
0	Saya tidak merasa tidak puas (√)
E. Rasa Bersalah	
3	Saya merasa sekolah saya sangat buruk atau tidak berharga
2	Saya merasa sangat bersalah
1	Saya merasa buruk atau tak berharga sebagai bagian waktu yang baik (√)
0	Saya tidak merasa benar-benar bersalah
F. Tidak Menyukai Diri Sendiri	
3	Saya benci diri saya sendiri
2	Saya muak dengan diri saya sendiri
1	Saya tidak suka dengan diri saya sendiri
0	Saya tidak merasa kecewa dengan diri sendiri (√)
G. Membahayakan Diri Sendiri	
3	Saya akan membunuh diri saya sendiri jika saya mempunyai kesempatan
2	Saya mempunyai rencana pasti tentang tujuan bunuh diri
1	Saya merasa lebih baik mati
0	Saya tidak mempunyai pikiran-pikiran mengenai membahayakan diri sendiri (√)
H. Menarik Diri Dari Sosial	
3	Saya telah kehilangan semua minat saya pada orang lain dan tidak peduli pada mereka semua

2	Saya telah kehilangan semua minat saya pada orang lain dan mempunyai sedikit persaaan pada mereka
1	Saya kurang berminat pada orang lain dari pada sebelumnya
0	Saya tidak kehilangan minat pada orang lain (√)
I. Keragu-Raguan	
3	Saya tidak dapat membuat keputusan sama sekali
2	Saya mempunyai banyak kesulitan dalam membuat keputusan
1	Saya berusaha mcngambil keputusan(√)
0	Saya mcmbut keputusan yang baik
J. Perubahan Gambaran Diri	
3	Saya merasa bahwa saya jelek atau tampak menjijikan
2	Saya merasa bahwa ada perubahan-perubahan yang permanent dalam pcnampilan saya dan ini membuat saya tak menarik
1	Saya kliawatir bahwa saya tampak tua atau tidak menarik
0	Saya tidak merasa bahwa saya tampak lebih buruk dari scbelumnya (√)
K. Kesulitan Kerja	
3	Saya tidak melakukan pekerjaan sama sekali (√)
2	Saya telah mendorong diri saya sendiri dengan keras untuk melakukan sesuatu
1	Ini memerlukan upaya tambahan untuk memulai melakukan sesuatu
0	Saya dapat bekerja kira-kira sebaik sebelumnya
L. Keletihan	
3	Saya sangat lelah untuk melakukan sesuatu
2	Saya lelah untuk melakukan sesuatu
1	Saya lelah lebih dari yang biasanya(√)
0	Saya tidak lebih lelah dari biasanya
M. Anoreksia	
3	Saya tidak lagi mempunyai nafsu makan sama sekali
2	Nafsu makan saya memburuk sekarang
1	Nafsu makan saya tidak sebaik sebelumnya

0	Nafsu makan saya tidak buruk dari yang biasanya (√)
---	---

Penilaian:

0 – 4 = depresi tidak ada atau minimal

5 – 7 = depresi ringan

8 – 15 = depresi sedang

>16 = depresi berat

Depresi pada lansia juga dapat diukur dengan menggunakan Skala **Depresi Geriatric Yesavage** dengan penilaian jika jawaban pertanyaan sesuai indikasi dinilai poin 1 (nilai 1 poin untuk setiap respons yang cocok dengan jawaban ya atau tidak setelah pertanyaan). Nilai 5 atau lebih dapat menandakan depresi.

Skala Depresi Geriatric Yesavage, bentuk singkat

1. Apakah pada dasarnya anda puas dengan kehidupan anda ?
2. Sudahkah anda mengeluarkan aktivitas dan minat anda ?
3. Apakah anda merasa bahwa hidup anda kosong ?
4. Apakah anda sering bosan ?
5. Apakah anda mempunyai semangat yang baik setiap waktu ?
6. Apakah anda takut sesuatu akan terjadi pada anda ?
7. Apakah anda merasa bahagia di setiap waktu ?
8. Apakah anda lebih suka tinggal di rumah pada malam hari, dari pada pergi dan melakukan sesuatu yang baru ?
9. Apakah anda merasa bahwa anda mempunyai lebih banyak masalah dengan ingatan anda daripada yang lainnya ?
10. Apakah anda berfikir sangat menyenangkan hidup sekarang ini ?
11. Apakah anda merasa saya sangat tidak berguna dengan keadaan anda sekarang ?
12. Apakah anda merasa penuh berenergi ?
13. Apakah anda berfikir bahwa situasi anda tak ada harapan ?
14. Apakah anda berfikir bahwa banyak orang yang lebih baik dari pada anda ?

Tabel 2.5 APGAR Keluarga

APGAR Keluarga			
NO	Fungsi	Uralan	Skore
1	Adaptasi	Saya puas bahwa saya dapat kembali pada keluarga (teman-teman) saya untuk membantu pada waktu sesuatu menyusahknn saya	
2	Hubungan	Saya puas dengan cara keluarga (teman-teman) saya mcmbicarakan sesuatu dengan saya dan mengungkapkan masalah dengan saya	
3	Perlumbuhan	Saya puas bahwa keluarga (tcmn-teman) saya mencrima dan mendukung keinginan saya untuk melakukan aktivitas atau arah baru	
4	Afeksi	Saya puas dengan cara keluarga (tcmn-tcmn) saya mengekspresikan cfck dan bcrspons trhadap cmosi-cmosi saya, sepcrti marah, sedih atau mencintai	
5	Pemccahan	Saya puas dengan cara tcmn-teman saya dan saya menyediakan waktu bersama-sama	

Status sosial lansia dapat diukur dengan menggunakan APGAR Keluarga.

Penilaian: jika pertanyaan-pertanyaan yang dijawab *selalu* (poin 2), *kadang-kadang* (poin 1), *hampir tidak pernah* (poin 0)(Kuhariyadi,2011)

A. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan langkah kedua dari proses keperawatan yang menggambarkan penilaian kritis tentang respon individu, keluarga, kelompok maupun masyarakat terhadap masalah kesehatan aktual maupun potensial. Dimana perawat mempunyai lisensi dan kompetensi untuk mengatasinya. Dengan demikian keperawatan dapat dilakukan sesuai dengan kebutuhan(Sumijatun, 2010).

Adapun diagnosa yang mungkin muncul pada klien diabetes mellitus menurut Nurarif, dkk (2015), Ernawati (2013) dan Nanda (2018-2020) sebagai berikut :

1. Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah
2. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan gangguan keseimbangan insulin, makan dan aktivitas jasmani
3. Kerusakan integritas jaringan berhubungan dengan nekrosis kerusakan jaringan (nekrosis luka ganggrene)
4. Resiko infeksi berhubungan dengan trauma pada jaringan,proses penyakit (Diabetes Mellitus)
5. Resiko tinggi cedera
6. Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan penurunan sirkulasi darah perifer, proses penyakit (DM)

B. Perencanaan / intervensi

Tahap perencanaan memberi kesempatan pada perawat, pasien, keluarga dan orang terdekat pasien untuk merumuskan rencana tindakan keperawatan untuk mengatasi masalah yang dialami pasien. Tahap perencanaan ini memiliki beberapa tujuan penting diantaranya sebagai alat komunikasi antara sesama perawat dan tim kesehatan lainnya, meningkatkan kesinambungan asuhan keperawatan bagi pasien, serta mendokumentasikan proses dan kriteria hasil asuhan keperawatan yang ingin dicapai. Hal penting dalam tahap perencanaan ini adalah membuat prioritas urutan diagnosa keperawatan, merumuskan tunjauan, kriteria hasil dan evaluasi dan merumuskan intervensi keperawatan (Asmadi,2018).

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi
1	Ketidakstabilan kadar glukosa darah	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 8 jam maka diharapkan masalah keperawatan nutrisi dapat teratasi dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Mematuhi regimen yang programkan glukosa darah ◆ Kadar glukosa darah stabil, yang dibuktikan oleh kadar glukosa urin dan keton urin 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor kadar glukosa darah, sesuai indikasi 2. Monitor AGD, elektrolit dan kadar betahidroksibutirat 3. Monitor nadi dan tekanan darah ortostatik 4. Dorong asupan cairan oral 5. Berikan kalium, sesuai resep 6. Dorong pemantauan sendiri kadar glukosa darah
2	Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan gangguan keseimbangan insulin, makan dan aktivitas jasmani	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam maka diharapkan kebutuhan cairan atau hidrasi pasien terpenuhi dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Kekurangan volume cairan teratasi diubktikan dengan keseimbangan cairan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pantau tanda- tanda vital, catat adanya perubahan tekanan darah 2. Pantau pola napas 3. Pantau input dan output cairan 4. Kaji pernapasan dan kualitas pernapasan, penggunaan otot bantu napas 5. Kaji tugor kulit dan membrane mukosa 6. Catat hal-hal seperti mual,muntah, dan distensi lambung 7. Kolaborasi : berikan terapi cairan

			normal salin dengan atau tanpa dextrosa , pantau pemeriksaan lab
3	Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan penurunan sirkulasi darah perifer, proses penyakit (DM)	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam maka diharapkan masalah perfusi jaringan serebral efektif dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Tanda -tanda vital normal ◆ Fungsi motorik dan kekuatan otot meningkat 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tanda -tanda vital 2. Berikan O2 sesuai terapi 3. Monitor kekuatan otot 4. Ajarkan pasien untuk menggerakkan anggota badan yang bebas 5. Berikan posisi yang semi fowler 6. Kelola dalam pemberian terapi
4	Kerusakan integritas kulit	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan gangguan integritas kulit/jaringan dapat berkurang atau menunjukkan penyembuhan dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Kondisi luka menunjukkan perbaikan jaringan ◆ Kondisi luka tidak terinfeksi 	<p>Perawatan integritas kulit</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji jika, adanya epitelisasi, perubahan warna, edema, discharge, frekuensi ganti balut 2. Kaji tanda vital (TD, nadi, suhu, respirasi) <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ubah posisi tiap 2 jam jika tirah baring 2. Lakukan perawatan luka <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Anjurkan menggunakan pelembab (mis. lotion atau serum) 4. Anjurkan mandi dan

			<p>menggunakan sabun secukupnya</p> <p>Kolaborasi</p> <p>Pemberian antibiotik sesuai indikasi</p>
5	Resiko tinggi jatuh	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam pasien memperlihatkan upaya menghindari cedera (jatuh) atau cedera (jatuh) tidak terjadi dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Mengidentifikasi bahaya lingkungan yang dapat meningkatkan kemungkinan cedera. ◆ Mengidentifikasi tindakan preventif atas bahaya tertentu. ◆ Melaporkan penggunaan cara yang tepat dalam melindungi diri dari cedera. 	<p>Observasi</p> <p>1. Kaji ulang adanya faktor-faktor resiko jatuh pada klien</p> <p>Terapeutik</p> <p>1. Lakukan modifikasi lingkungan agar lebih nyaman (memasang pinggiran tempat tidur) sesuai hasil pengkajia bahaya jatuhnya pada point 1</p> <p>2. Tulis dan lapor adanya faktor-faktor resiko</p> <p>Edukasi</p> <p>3. Ajarkan klien tentang upaya pencegahan cedera (menggunakan pencahayaan yang baik, memasang penghalang tempat tidur</p> <p>Kolaborasi</p> <p>4. Kolaborasi dengan dokter untuk penatalaksanaan dalam upaya melatih kemandirian klien</p>
6	Resiko infeksi	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawata selama 3 x 8 jam diharapkan tidak</p>	<p>Observasi</p> <p>1. Observasi tanda-tanda infeksi dan peradangan</p> <p>Terapeutik</p>

		<p>terdapat resiko infeksi dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Pasien dapat mencegah atau menurunkan infeksi 	<ol style="list-style-type: none"> 2. Tingkatkan upaya pencegahan dengan mencuci tangan bagi semua orang yang berhubungan dengan pasien, dan pasien itu sendiri 3. Pertahankan teknik aseptik prosedur invasif 4. Bantu pasien oral hygiene <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Anjurkan makan dan minum adekuat <p>Kolaborasi</p> <p>Kolaborasi tentang pemberian antibiotik sesuai</p>
--	--	--	---

D. Implementasi

Implementasi merupakan langkah keempat dalam proses asuhan keperawatan dengan melaksanakan berbagai strategi kesehatan (tindakan keperawatan) yang telah direncanakan dalam tindakan keperawatan yang di prioritaskan. Proses pelaksanaan implementasi harus berpusat pada kebutuhan pasien, faktor-faktor lain yang mempengaruhi kebutuhan keperawatan, strategi implementasi keperawatan dan kegiatan komunikasi (kozier et al., 2010)

Menurut purwaningsi dan karlinas (2010) ada 4 tahap oprasional yang harus diperhatikan oleh perawat dalam melakukan implementasi keperawatan, yaitu sebagai berikut

1. Tahap interaksi

Membacakan rekam medis pasien, mengeksplorasi perasaan, analisis kekuatan dan keterbatasan profesional pada diri sendiri, memahami rencana keperawatan yang baik, menguasai ketrampilan teknis keperawatan, memahami rasional ilmiah dan tindakan yang akan dilakukan, mengetahui sumber daya yang diperlukan dan memahami kodek etik yang berlaku dalam pelayanan dan penampilan perawat harus meyakinkan.

2. Tahap pengenalan

Mengucapkan salam, memperkenalkan nama, umur, alamat pasien, mengkonfirmasi kepada pasien tujuan dan tindakan yang akan dilakukan oleh perawat, memberi kontrak waktu dan memberi kesempatan pada pasien untuk bertanya tentang tindakan yang akan dilakukan.

3. Tahap kerja

Menjaga privasi pasien, melakukan tindakan yang sudah di rencanakan, hal-hal yang perlu di perhantikan pada saat pelaksanaan tindakan adalah energi pasien, pencegahan kecelakaan dan komplikasi, rasa aman, kondisi pasien, respon pasien terhadap tindakan yang telah diberikan

4. Tahap terminasi

Beri kesempatan pasien untuk mengekspresikan perasaanya setelah dilakukan tindakan oleh perawat, berikan feedback yang baik kepada pasien dan puji atas kerja sama pasien, kontrak waktu selanjutnya, rapikan

peralatan dan lingkungan pasien dan lakukan terminasi, berikan salam sebelum meninggalkan pasien, lakukan dokumentasi

E. Evaluasi

Evaluasi merupakan suatu proses yang berkelanjutan untuk menilai efek dari tindakan keperawatan pada pasien. Evaluasi dilakukan terus-menerus terhadap respon pasien pada tindakan keperawatan yang telah dilakukan. Evaluasi dapat dilakukan menggunakan SOAP sebagai pola pikirnya :

S : respon subjektif pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan

O : respon objektif pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan

A : analisa ulang data subjektif dan objektif untuk menyimpulkan apakah masalah teratasi, masalah teratasi sebagian dan masalah tidak teratasi atau muncul masalah baru.

P : perencanaan atau tindak lanjut berdasarkan hasil analisa pada respon pasien

Adapun ukuran pencapaian tujuan pada tahap evaluasi meliputi :

1. Masalah teratasi, jika pasien menunjukkan perubahan sesuai dengan tujuan dan kriteria hasil yang telah ditetapkan
2. Masalah teratasi sebagian, jika pasien menunjukkan sebagian dari kriteria hasil yang telah ditetapkan
3. Masalah belum teratasi, jika pasien tidak menunjukkan perubahan dan kemajuan sama sekali sesuai dengan kriteria hasil yang telah ditetapkan
4. Muncul masalah baru, jika pasien menunjukkan adanya perubahan kondisi atau munculnya masalah baru.

2.3. Penelitian terkait

Dalam jurnal penelitian yang berjudul pengaruh latihan relaksasi otot progresif terhadap kadar gula darah pada pasien diabetes melitus tipe II di wilayah kerja UPTD puskesmas kecamatan pontianak selatan yang dilakukan oleh Elviana nindia sintia dewi, Suriadi, Ariana nurfianti pada tahun 2019. Tujuan mengetahui pengaruh latihan relaksasi otot progresif terhadap kadar gula darah pada pasien DM tipe II di wilayah kerja UPTD puskesmas. Hasil penelitian yang ditemukan bahwa terdapat pengaruh terapi relaksasi otot progresif terhadap kadar gula darah pada pasien Diabetes Melitus.

Dalam jurnal penelitian berjudul evaluasi pengetahuan dan keterampilan pasien Diabetes Melitus tipe 2 dalam penggunaan *insulin pen*. Penelitian dilakukan di poli Endokrin dan apotek terpadu instalasi farmasi RSUD dr. Zainoel abidin banda aceh. Dilakukan pada bulan juli 2022. Tujuan penelitian ini untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilan dalam penggunaan *insulin pen* . metode yang dipakai pada penelitian ini ialah metode studi kasus. Populasi dalam penelitian ini semua pasien rawat jalan yang menggunakan *insulin pen*. Hasil yang diperoleh menunjukkan bahwa penderita diabetes melitus tipe 2 pada responden perempuan lebih banyak (58%) dibandingkan responden laki-laki (42%). manfaat, penelitian menjelaskan dengan lengkap sehingga dengan hal ini pasien dapat mempraktikkan cara menggunakan *insulin pen* sesuai dengan prosedur yang diajarkan.

Penelitian ini dilakukan di puskesmas Meo- Meo. Dilakukan pada bulan februari 2020. Penulis bernama Arzis, W., Muriman, L & Burhan. penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan antara tingkat pengetahuan dengan gaya hidup pada penderita diabetes melitus yang berobat di puskesmas meomeo. Metode penelitian menggunakan desain deskriptif korelasi dengan pendekatan *cross sectional*. Populasi diambil jumlah pasien dengan total 47 orang. Hasil penelitian menunjukkan bahwa

ada hubungan antara tingkat pengetahuan DM dengan gaya hidup penderita diabetes melitus yang berobat di puskesmas meo-meo. Manfaat meningkatkan gaya hidup dengan adanya peningkatan pengetahuan.

Penelitian ini dilakukan oleh Intan, N., Dahlia, D., & Kurnia, D. pada tahun 2022. Penelitian dilakukan di RS umum daerah kota depok. Bertujuan menggambarkan asuhan keperawatan pada pasien diabetes melitus pada fase akut, dengan menggunakan penerapan model teori aplikasi Roy. Jenis penelitian adalah studi kasus. Sampel dari penelitian ini adalah keluarga dari klien Ny. F. Hasil penelitian menunjukkan setelah dilakukan intervensi keperawatan berupa edukasi diet dan kepatuhan manajemen terapi, kontrol gula darah membaik, pemahaman klien dan keluarga semakin meningkat, hari perawatan tidak panjang.

Penelitian ini dilakukan oleh Welhemus Yahui. Pada tahun 2022. penelitian ini dilakukan di Puskesmas Rappokalling. Bertujuan untuk menerapkan asuhan keperawatan secara komprehensif pada keluarga pada Tn. T.P khususnya Ny. N dengan DM dipuskesmas rappokaling kota makassar. Jenis penelitian studi kasus. Sampel kepada keluarga pasien dan juga pasien Ny. N. Hasil penelitian setelah dilakukan pengkajian maka ditemukan 3 diagnosa keperawatan yaitu ketidakstabilan kadar glukosa, defisit pengetahuan, defisit nutrisi, dan setelah diberikan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam didapatkan. Klien mengatakan sudah paham dan mengerti tentang diabetes melitus khususnya tiga diagnosa diatas tersebut.

BAB III

GAMBARAN KASUS

Pada bab ini penulis akan menjabar asuhan keperawatan kasus yang di angkat oleh penulis terdiri dari pengkajian, dignosa, perencanaan, implementasi, dan evaluasi pada pasien dengan penyakit Diabetes Melitus di Panti Werdha Bethania Lambean di Kabupaten Minahasa utara

3.1 Pengkajian

Pengkajian ini dilakukan pada 5 maret 2023 bertempat di Panti Sosial Tresna Bethania Paslaten. Waktu pengkajian : 16.25 WITA

3.1.1 Identitas

Nama klien Tn. T.P tempat tanggal lahir pada tanggal 12 Sseptember 1941 usia 78 tahun, berjenis kelamin laki-laki, status perkawinan sudah menikah namun istri klien sudah meninggal. Bersuku cina- manado, agama buddha untuk riwayat pekerjaan dan status ekonomi klien sudah tidak menghasilkan uang sendiri hanya berharap kunjungan dari anak (keluarga) untuk datang di panti, dulunya klien bekerja sebagai dosen. Untuk kehidupan sehari-hari klien merasa cukup karena tinggal di panti bersama banyak lansia lainnya sehingga dirinya tidak merasa sendiri, lingkungan di panti juga sangat memadai dimana kebersihan, penerangan, sirkulasi udara bersih dan tidak ada kelembapan sejuk, keadaan kamar mandi dan jamban juga bersih, kamar mandi dan wc letaknya di dalam kamar dan memiliki 2 kamar mandi sekaligus wc, dan satu kamar mandi di ruang tamu, kebersihan kamar mandi cukup bersih, dan setiap pasien memiliki peralatan mandi masing-masing. Sumber air mineral di panti menggunakan air isi ulang, untuk pembuangan sampah klien buang pada tempat sampah.

3.1.2 Riwayat kesehatan

Status kesehatan dimana terdapat keluhan utama nyeri P: kaki kirinya sakit, Q: tertusuk-tusuk, R: disekitar kaki kiri dan bagian jari keliking bekas operasi serta tangan kiribagian lengan, siku terdapat luka

kecil S: 5 dari 10, T: hilang timbul. Dalam upaya mengatasi sakit klien minum obat dan untuk mencegah terjadinya infeksi kaki dibersihkan tiga kali dalam seminggu. Klien mengatakan memiliki riwayat penyakit dimasa lalu yaitu diabetes melitus. Saat melakukan pengkajian klien tampak meringis dan hasil pemeriksaan AU 6,7 mg/dL, GD 211 mg/dL. Klien mengatakan kaki kirinya sakit dan kedua kakinya susah untuk digeraka. sehingga menyebabkan dirinya susah untuk melakukan aktivitas, gerakan klien tampak terbatas dan aktivitas klien tampak dibantu penuh oleh perawat. Klien mengataskan sering merasa lapar dan haus terus walaupun sudah makan dan minum rasanya ingin ditambah porsi makanan, klien menggunakan kursi roda dan beraktivitas memakai kursi roda, klien tampak kebingunan.

3.1.3 Pemeriksaan fisik

Keadaan umum klien kesadaran Compos Mentis, aktivitas klien dibantu penuh, tanda-tanda vital TD: 100/60mmHg, N: 87x/mnt, R: 22x/mnt, SB: 36,3 ° C, BB:-, TB: 173cm, bentuk kepala simetris, tidak ada kelainan, rambut pasien botak, mata simetris, penglihatan sedikit kabur, klien tidak menggunakan kacamata. Telinga simetris tidak terdapat kelainan dan tidak ada serumen, klien tidak mengalami gangguan pendengaran. Mulut, gigi, bibir bersih dan mukosa bibir lembab, pasien ompong hanya memiliki 5 gigi dada simetris tidak terdapat kelainan bentuk, abdomen simetris tidak terdapat kelainan bentuk, kulit pasien kering dan keriput, Ekstremitas atas dan bawah : terdapat luka terbuka kecil di tangan kanan bagian lengan dan terdapat luka DM di bagian kaki kiri. Klien juga memakai alat bantu kursi roda karena pasien tidak bisa berjalan serta berdiri. Aktivitas pasien semua di bantu perawat.

3.1.4 Kebiasaan sehari-hari

Pola fungsional persepsi juga pola manajemen kesehatan klien mengatakan klien tidak pernah mengonsumsi minuman keras, tidak merokok, serta ketergantungan pada obat-obatan tertentu. Pada nutrisi metabolik klien mengatakan makan 3x sehari,

diselingi dengan snack sekitar jam 09.30 dan jam 15.30, makanan yang dimakan berupa nasi, ikan, sayur, buah-buahan. Snack berupa kue basah/kering, pisang goreng. Tiap pagi klien selalu minum the hangat/air mineral dan biscuit/roti. Klien mengatakan sering sekali BAK 9 kali dalam sehari di pispot, BAB 1 kali sehari. Pada aktivitas pola latihan untuk mandi klien mengatakan dibantu penuh oleh perawat karena pasien tidak dapat melakukannya., aktivitas klien saat ini hanya bisa makan, nonton dan tdr pasien tdk bisa melakukan aktivitas lainnya. Untuk pola istirahat dan tidur klien mengatakan tidak mengalami kesulitan untuk tidur pada malam hari biasanya klien tidur pada pukul kira-kira pukul 19.00 dan bangun pada 04.30 subuh. Klien mengatakan jarang istirahat tidur pada siang hari biasanya kalau istirahat siang tidur pada jam 13.30 sampai 15.00. Pada pola kognitif klien tidak menggunakan kacamata, untuk persepsi diri – pola konsep diri klien mengatakan bahwa dirinya sudah tua, kekuatan fisiknya sudah tidak sekuat dulu. Pola peran hubungan klien mengatakan klien masih memiliki hubungan yang baik dengan keluarga dan hanya anak satu-satunya cewek yang sering datang mengunjungi dirinya di panti, klien mengatakan mempunyai hubungan yang baik dengan lingkungan di panti. Klien berjenis kelamin laki-laki dan klien sudah menopause. Koping – pola toleransi terhadap stress klien mengatakan kalau ia sedang mengalami masalah dan cemas klien akan berdoa kepada Tuhan. Nilai – pola keyakinan klien mengatakan bahwa ia selalu berdoa kepada Tuhan untuk kesehatan putrinya

3.1.5 Pengkajian khusus

a. Indeks KATZ

Pada pengkajian status fungsional atau indeks KATZ hasil yang didapati klien adalah indeks katz dengan nilai F dengan kategori klien tidak mandiri dalam hal makan, berpindah, ke kamar kecil, berpakaian dan mandi semua aktivitas klien dibantu penuh

b. Pengkajian Status Kognitif dan Afektif

Dalam pengkajian ini klien mampu menjawab 10 pertanyaan dengan jawaban benar semua sehingga dapat di simpulkan intelektual klien utuh.

c. Pemeriksaan MMSE

Pada pemeriksaan ini total nilai yang didapat klien yaitu 27 maka hasil dari pemeriksaan ini yaitu klien tidak mengalami gangguan kognitif.

d. Geriatric Depression Scale (Skala Depresi)

Hasil pemeriksaan pada skala depresi didapatkan hasil respon yaitu klien menjawab jawaban sesuai dengan pertanyaan kesimpulannya klien tidak beresiko mengalami gangguan depresi

e. Screening Fall

Pada pemeriksaan ini klien beresiko jatuh

f. Skala Norton

Pada penilaian skala Norton ini hasil yang didapati yaitu 19 berarti klien berkemungkinan kecil beresiko terjadi decubitus.

3.2 Klasifikasi dan Analisa Data

Berdasarkan pengkajian yang didapatkan urutan parioritas masalah keperawatan pada Tn. T.P yakni gangguan integritas kulit, gangguan mobilitas fisik dan resiko jatuh. Masalah keperawatan yang

diangkat berdasarkan dengan pengkajian yang telah difokuskan pada klien.

Masalah keperawatan pertama yang diangkat pada Tn. T.P yakni gangguan integritas kulit. Data subjektif yang mendukung pada masalah keperawatan ini yakni klien mengatakan sakit kaki kiri bagian jari keliling yang terdapat bekas operasi, terdapat luka di kaki kiri dan tangan kiri bagian siku.. Data objektif yaitu klien tampak meringis kesakitan, luka klien dibersihkan 3 kali dalam seminggu, kulit klien tampak kering, keriput, klien tampak jarang memakai losion. Hasil pemeriksaan TTV: TD : 100/60 mmHg, N: 87x/mnt, R: 22x/mnt SB : 36,3°C, hasil pemeriksaan AU 6,7mg/dL dan GD 211mg/dL.

Masalah keperawatan kedua yang diangkat pada Ny. E.M adalah gangguan mobilitas fisik. Data subjektif klien mengatakan kedua kakinya sakit dan susah digerakan sehingga klien mengalami kesulitan dalam melakukan aktivitas. Data objektif yaitu tampak memakai kursi roda, gerakan klien tampak terbatas, aktivitas klien tampak dibantu penuh oleh perawat.

Masalah keperawatan ketiga resiko jatuh. Data subjektif yang mendukung masalah keperawatan ini tidak ada Data objektif klien tampak memakai kursi roda.

3.3 Diagnosa Keperawatan

Dalam penulisan diagnosis keperawatan ini mengikuti Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI, 2016). Terdapat tiga diagnosa keperawatan yang pertama gangguan integritas kulit berhubungan dengan perubahan sirkulasi, perubahan nutrisi (kelebihan dan kekuarangan) dibuktikan dengan data subjektif klien mengatakan sakit kaki kiri bagian jari keliling yang terdapat bekas operasi, terdapat luka di kaki kiri dan tangan kiri bagian siku. Data objektif yaitu klien tampak meringis kesakitan, luka klien dibersihkan 3 kali dalam seminggu, kulit klien tampak kering, keriput, klien tampak jarang

memakai losion. Hasil pemeriksaan TTV: TD : 100/60 mmHg, N: 87x/mnt, R: 22x/mnt SB : 36,3°C, hasil pemeriksaan AU 6,7mg/dL dan GD 211mg/dL.

Diagnosa kedua gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular dibuktikan dengan data subjektif klien mengatakan kedua kakinya sakit dan susah digerakan sehingga klien mengalami kesulitan dalam melakukan aktivitas. Data objektif yaitu tampak memakai kursi roda, gerakan klien tampak terbatas, aktivitas klien tampak dibantu penuh oleh perawat.

Diagnosa ketiga resiko jatuh berhubungan dengan kekuatan otot menurun Data subjektif yang mendukung masalah keperawatan ini tidak ada Data objektif klien tampak memakai kursi roda.

3.4 Intervensi/ Perencanaan Keperawatan

Rencana asuhan keperawatan pada Tn. T.P disusun berdasarkan diagnose keperawatan yang ditemukan yaitu gangguan integritas kulit, gangguan mobilitas fisik dan resiko jatuh. Setiap diagnose mempunyai tujuan dan kriteria hasil juga intervensi. Semua diagnose, tujuan & kriteria hasil serta intervensi menggunakan standar penulisan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia, Standar Luaran Keperawatan Indonesia dan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia.

No	Diagnosa/ D.0129	Tujuan/ L.14130	Intervensi	Rasional
1	Gangguan integritas kulit b/d perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi(kelebihan dan kekurangan)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x7 jam maka diharapkan penyembuhan luka	Perawatan luka (I.14564) Observasi 1) Monitor karakteristik luka (mis. Drainase, warna, ukuran, bau) 2) Monitor tanda-tanda	Observasi 1) Untuk mengetahui kondisi luka 2) Untuk mengetahui luka terinfeksi atau tidak

		<p>dgn ekspektasi: meningkat. Kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Penyatuan kulit meningkat 2. Penyatuan tepi luka meningkat 3. Jaringan granulasi meningkat 4. Nyeri menurun 	<p>infeksi</p> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 3) Lakukan perawatan luka 4) Jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien 5) Berikan suplemen vitamin dan mineral (mis. Vit A,C Zinc, asam amino. <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 6) Jelaskan tanda dan gejala infeksi <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 7) kolaborasi pemberian obat salep luka 	<p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 3) Untuk mencegah terjadinya infeksi 4) Mencegah terjadinya dikubitus 5) Untuk mempercepat penyembuhan luka <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 6) Menambahkan informasi terkait penyakit yang diderita
1.	Gangguan mobilitas fisik b/d gangguan neuromuskuler	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x 7 jam maka mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pergerakan ekstremitas meningkat (5) 2. Kekuatan otot meningkat (5) 3. Rentang gerak 	<p>Dukungan mobilisasi (I.05173)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 2) Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 3) Fasilitas aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. Pagar 	<p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Mengetahui perubahan pergerakan 2) Untuk mengetahui keadaan umum klien selama melakukan mobilisasi <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 3) Agar pasien tidak jatuh <p>Edukasi</p>

		(ROM) meningkat (5)	tempat tidur) Edukasi 4) Anjurkan mobilisasi dini (latihan gerak miring kiri dan miring kanan ditempat tidur) dan ROM 5) Ajarkan mobilisasi sederhana (mis. Duduk di tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)	4) Agar klien mampu melakukan gerak miring kanan-kiri sendiri tanpa bantuan 5) Untuk mengurangi resiko jatuh
3	Resiko jatuh dibuktikan dengan kekuatan otot menurun	Tingkat jatuh (L.14138) Ekspektasi : menurun Kriteria hasil : 1. Jatuh dari kursi roda menurun 2. Jatuh saat dipindahkan menurun 3. Jatuh saat membungkuk menurun	Pencegahan jatuh (I.14540) Observasi 1) Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan resiko jatuh (mis. Lantai licin, penerangan kurang) 2) Monitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya Terapeutik 3) Pastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam kondisi terkunci 4) Pasang <i>handrail</i>	Observasi 1) Untuk menringankan faktor jatuh 2) Untuk mengurangi resiko jatuh Terapeutik 3) Agar pasien tidak jatuh dari tempat tidur dan kursi roda 4) Untuk mengurangi resiko jatuh 5) Untuk membantu pasien beraktivitas dan mengurangi

			<p>tempat tidur</p> <p>5) Gunakan alat bantu berjalan (mis. Kursi roda, <i>walker</i>)</p> <p>Edukasi</p> <p>6) Anjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh</p>	<p>resiko tinggi jatuh</p> <p>Edukasi</p> <p>6) Agar pasien tidak mudah jatuh</p>
--	--	--	---	--

Catatan Perkembangan Hari Pertama Tanggal 05 maret 2023

No. Dx	Implementasi	Evaluasi
<p>1</p> <p>Gangguan integritas kulit</p>	<p>Tanggal : 05 maret 2023 / pukul : 14.30 WITA</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor karakteristik luka (mis. Drainase, warna, ukuran, bau). Hasil luka tampak kemerahan. Pada luka tampak ada kehitaman (jaringan nekrotik), tampak ada warna kuning, bau luka tidak tercium. 2. Memonitor tanda-tanda infeksi. Hasil tampak tidak ada cairan yang keluar dari luka sampai membasahi sprei. Namun ada sedikit cairan kuning yang dibersihkan. 3. Melakukan perawatan luka. 	<p>Tanggal : 05 maret 2023 / pukul : 19.00 WITA</p> <p>S: Klien mengatakan lukanya telah dibersihkan</p> <p>O : Terpasang verban elastis</p> <p>A: Gangguan integritas kulit belum teratasi</p> <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Monitor karakteristik luka ◆ Monitor tanda - tanda infeksi ◆ Lakukan perawatan luka ◆ Jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam ◆ Berikan suplement vitamin dan mineral ◆ Kolaborasi obat salep

	<p>Hasil luka telah dibersihkan menggunakan cairan NaCl, dan dibersihkan sedikit obat salep di ujung-ujung luka</p> <p>4. Menjadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien. Hasil pasien tidur dengan melakukan miring kanan miring kiri.</p> <p>5. Memberikan suplemen vitamin dan mineral (mis. Vit A,C Zinc, asam amino. Hasil perawat panti mengatakan pasien menghabiskan makan dan minum selalu saja ada rasa menambah walaupun sudah makan.</p> <p>6. Menjelaskan tanda dan gejala infeksi. Hasil telah diberikan edukasi kepada pasien dan juga perawat panti</p> <p>7. Kolaborasi obat salep. Hasil pasien diberikan salep setiap melakukan perawatan luka.</p>	
<p>2 Gangguan mobilitas fisik</p>	<p>Tanggal : 05 maret 2023 / pukul : 14.30 WITA 1. Mengukur tanda -tanda vital.</p>	<p>Tanggal : 05 maret 2023 /Pukul : 19:00 WITA S: ◆ Klien mengatakan kaki kiri terasa</p>

	<p>Hasil nilai ttv dalam batas normal, TD 120/70 mmHg, N: 97x/mnt, rr : 20x/mnt, SB: 36,5⁰c</p> <p>2. Memberikan penjelasan kepada klien tujuan dan prosedur mobilisasi. Hasil klien mendengar namun susah dipahami</p> <p>3. Menanyakan kepada klien toleransi fisik saat melakukan pergerakan. Hasil klien mengatakan mengalami keterbatasan karena kaki sakit saat digerakan</p> <p>4. Memantau kondisi umum klien selama melakukan mobilisasi. Hasil aktivitas klien dibantu penuh</p> <p>5. Memasang pagar tempat tidur klien. Hasil klien terpantau aman karena terpasang <i>handrail</i> tempat tidur</p> <p>6. Mengajarkan klien gerak ROM (menggerakkan kedua tangan, menggerakkan kaki dan pergelangan kaki). Hasil klien susah menggerakkan kaki karena kesakitan</p>	<p>sakit saat bergerak</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Klien mengatakan susah melakukan aktivitas tanpa bantu <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Keadaan umum : sedang ◆ TTV : TD 120/70 mmHg, N: 97x/mnt, RR : 20x/mnt, SB : 36,5⁰c ◆ klien tampak lemah ◆ Gerakan klien tampak terbatas ◆ Tampak klien belum mampu bergerak dengan mandiri <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Masalah gangguan mobilisasi fisik belum teratasi <p>P :</p> <p>Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Mengukur tanda-tanda vital ◆ Libatkan keluarga untuk membantu klien dalam meningkatkan pergerakan ◆ Pantau kondisi umum klien selama melakukan mobilisasi ◆ Pantau kembali kemampuan klien melakukan mobilisasi sederhana miring kanan miring kiri di tempat tidur ◆ Ajarkan mobilisasi sederhana (duduk di tempat tidur)
--	--	---

<p>3 Resiko jatuh</p>	<p>Tanggal : 05 maret 2023 / pukul : 14.30 WITA</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan resiko jatuh (mis. Lantai licin, penerangan kurang). Hasil lingkungan panti sangat memadai, lantai tidak licin, penarangan bagus, bersih. 2. Memonitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya. Hasil klien tidak mampu berpindah sendiri 3. Memastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam kondisi terkunci. Hasil roda tempat tidur tampak dalam kondisi terkunci dan tempat tidur tidak bergerak 4. Terpasang <i>handrail</i> tempat tidur. Hasil <i>handrail</i> dipasang saat pasien beristirahat 5. Menggunakan alat bantu berjalan (mis. Kursi roda, <i>walker</i>). Hasil pasien menunggang kursi roda 6. Menganjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan 	<p>Tanggal : 05 maret 2023 / pukul : 19.00 WITA</p> <p>S: -</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Nampak kursi roda dalam kondisi terkunci ◆ Handrail tampak terkunci <p>A : Resiko jatuh belum terjadi</p> <p>P : Pertahankan intervensi (pencegahan jatuh)</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan resiko jatuh ◆ Monitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda ◆ Pastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam kondisi terkunci ◆ Pasang <i>handrail</i> tempat tidur ◆ Gunakan alat bantu berjalan

	tubuh. Hasil perawat mengatur posisi duduk nyaman klien di kursi.	
--	---	--

Catatan Perkembangan Hari Kedua Tanggal 06 maret 2023

No. DX	Jam	Implementasi	Evaluasi
1 Gangguan integritas kulit	14. 43 14 .54 14.57 17.07 19.00 15.00	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor karakteristik luka (mis. Drainase, warna, ukuran, bau). Hasil luka tampak kemerahan. Pada luka tampak ada kehitaman (jaringan nekrotik), tampak ada warna kuning, bau luka tidak tercium. 2. Memonitor tanda-tanda infeksi. Hasil tampak tidak ada cairan yang keluar dari luka sampai membasahi spre. 3. Melakukan perawatan luka. Hasil luka telah dibersihkan menggunakan cairan NaCl, dan dibersihkan sedikit obat salep di ujung-ujung luka 4. Menjadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien. Hasil pasien tidur dengan melakukan miring 	<p>Tanggal : 06 maret 2023 / pukul : 19.30 WITA</p> <p>S : klien mengatakan lukanya telah dibersihkan</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Telah di oleskan salep bagian luka ◆ Telah dipasang verban elastis <p>A : gangguan integritas kulit belum teratasi</p> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Monitor karakteristik luka ◆ Monitor tanda- tanda infeksi ◆ Lakukan perawatan luka ◆ Berikan suplement vitamin dan mineral

		<p>kanan miring kiri.</p> <p>5. Memberikan suplemen vitamin dan mineral (mis. Vit A,C Zinc, asam amino. Hasil pasien menghabiskan 3 gelas air putih dan diberikan vit A</p> <p>6. Kolaborasi obat salep. Hasil pasien diberikan salep setiap melakukan perawatan luka.</p>	
2	14.00	1. Mengukur tanda -tanda vital.	Tanggal : 06 maret 2023 /Pukul :
Gangguan	14.13	Hasil nilai ttv dalam batas normal, TD 120/60mmHg, N:	19:00 WITA
mobilisasi	14.21	100x/mnt, rr : 20x/mnt, SB:	S:
fisik	17.27	36, 2 ⁰ c	◆ Klien mengatakan susah melakukan aktivitas tanpa bantu dan menggerakkan kakinya
	16.00	2. Melibatkan keluarga untuk membantu klien dalam meningkatkan pergerakan. Hasil tampak perawat mengajarkan klien menggerakkan kaki	O:
		3. Memantau kondisi umum klien selama melakukan mobilisasi. Hasil aktivitas klien dibantu penuh	◆ Keadaan umum : sedang
		4. Memasang pagar tempat tidur klien. Hasil klien terpantau aman karena terpasang <i>handrail</i> tempat tidur	◆ TTV : TD 120/60 mmHg, N: 100x/mnt, RR : 20x/mnt, SB : 36,2 ⁰ c
		5. Mengajarkan klien gerak ROM	◆ klien tampak lemah
			◆ Tampak klien belum mampu bergerak dengan mandiri
			A :
			◆ Masalah gangguan mobilisasi fisik belum teratasi
			P :
			◆ Ukur tanda - tanda vital
			◆ Pantau kondisi umum klien

		(menggerakkan kedua tangan, menggerakkan kaki dan pergelangan kaki). Hasil klien susah menggerakkan kaki karena kesakitan	◆ Ajarka klien gerak ROM (menggerakkan kedua kaki dan pergelangan tangan, menggerakkan kedua tangan
3 Resiko jatuh	15. 11 15.27 16.19 16.34 17.09	<ol style="list-style-type: none"> Mengidentifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan resiko jatuh (mis. Lantai licin, penerangan kurang). Hasil lingkungan panti sangat memadai, lantai tidak licin, penarangan bagus, bersih. Memonitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya. Hasil klien tidak mampu berpindah sendiri Memastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam kondisi terkunci. Hasil roda tempat tidur tampak dalam kondisi terkunci dan tempat tidur tidak bergerak Terpasang <i>handrail</i> tempat tidur. Hasil <i>handrail</i> dipasang saat pasien beristirahat Menggunakan alat bantu berjalan (mis. Kursi 	<p>Tanggal : 06 maret 2023 /Pukul : 19:00 WITA</p> <p>S: -</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Nampak kursi roda dalam kondisi terkunci ◆ Handrail tampak terkunci <p>A : Resiko jatuh belum terjadi</p> <p>P : Pertahankan intervensi (pencegahan jatuh)</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan resiko jatuh ◆ Monitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda ◆ Pastikan roda tempat tidur dan kursi roda dalam kondisi terkunci

		roda, <i>walker</i>). Hasil pasien menunggakan kursi roda	
--	--	--	--

Catatan Perkembangan Hari Ketiga Tanggal 07 maret 2023

No. DX	Jam	Implementasi	Evaluasi
1 Gangguan integritas kulit	14.08	1. Memonitor karakteristik luka (mis. Drainase, warna, ukuran, bau).	Tanggal : 07 maret 2023 / pukul : 19.30 WITA
	14.11	Hasil luka tampak kemerahan. Pada luka tampak ada kehitaman (jaringan nekrotik), tampak ada	S : klien mengatakan lukanya telah dibersihkan
	14.26	warna kuning, bau luka tidak tercium.	O :
	16.30	2. Memonitor tanda-tanda infeksi. Hasil tampak tidak ada cairan yang keluar dari luka sampai membasahi spre. 3. Melakukan perawatan luka. Hasil luka telah dibersihkan menggunakan cairan NaCl, dan dibersihkan sedikit obat salep di ujung-ujung luka 4. Memberikan suplemen vitamin dan mineral (mis. Vit A,C Zinc, asam amino. Hasil pasien menghabiskan 3 gelas air putih dan diberikan vit A	◆ Telah di oleskan salep bagian luka ◆ Telah dipasang verban elastis baru A : gangguan integritas kulit belum teratasi P : lanjutkan intervensi ◆ Monitor karakteristik luka ◆ Monitor tanda- tanda infeksi ◆ Lakukan perawatan luka ◆ Berikan suplement vitamin dan mineral

<p>2</p> <p>Gangguan mobilisasi fisik</p>	<p>14.30</p> <p>15. 03</p> <p>15.21</p>	<p>1. Mengukur tanda -tanda vital. Hasil nilai ttv dalam batas normal, TD 120/80 mmHg, N: 100x/mnt, rr : 20x/mnt, SB: 36, 2⁰c</p> <p>2. Memantau kondisi umum klien selama melakukan mobilisasi. Hasil aktivitas klien dibantu penuh</p> <p>3. Mengajarkan klien gerak ROM (menggerakkan kedua tangan, menggerakkan kaki dan pergelangan kaki). Hasil klien susah menggerakkan kaki karena kesakitan</p>	<p>Tanggal : 07 maret 2023 /Pukul : 19:00 WITA</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Klien mengatakan susah melakukan aktivitas tanpa bantu dan menggerakkan kakinya <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Keadaan umum : sedang ◆ TTV : TD 120/80 mmHg, N: 100x/mnt, RR : 20x/mnt, SB : 36,2⁰c ◆ Tampak klien belum mampu bergerak dengan mandiri <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Masalah gangguan mobilisasi fisik belum teratasi <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Ukur tanda - tanda vital ◆ Pantau kondisi umum klien ◆ Ajarka klien gerak ROM (menggerakkan kedua kaki dan pergelangan tangan, menggerakkan kedua tangan
<p>3</p> <p>Resiko jatuh</p>	<p>16. 51</p> <p>17. 17</p>	<p>1. Mengidentifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan resiko jatuh (mis. Lantai licin, penerangan</p>	<p>Tanggal : 07maret 2023 /Pukul : 19:00 WITA</p> <p>S: -</p>

	17.28	<p>kurang). Hasil lingkungan panti sangat memadai, lantai tidak licin, penarangan bagus, bersih.</p> <p>2. Memonitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya. Hasil klien tidak mampu berpindah sendiri</p> <p>3. Memastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam kondisi terkunci. Hasil roda tempat tidur tampak dalam kondisi terkunci dan tempat tidur tidak bergerak</p>	<p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Nampak kursi roda dalam kondisi terkunci ◆ <i>Handrail</i> tampak terkunci <p>A : Resiko jatuh belum terjadi</p> <p>P : Pertahankan intervensi (pencegahan jatuh)</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan resiko jatuh ◆ Monitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda ◆ Pastikan roda tempat tidur dan kursi roda dalam kondisi terkunci
--	-------	---	---

BAB IV

PEMBAHASAN

Pada bab ini akan dibahas terkait hasil-hasil analisa peneliti dengan penelitian lainnya terkait dengan persamaan dan perbedaan dari studi kasus yang dilakukan mulai dari pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi dan sampai evaluasi.

4.1. Analisis dan diskusi kasus

4.1.1. Pengkajian

Pada pengkajian Tn. T.P didapatkan laki-laki berusia 78 tahun dengan diagnosa medis diabetes melitus dan termasuk old. Status pasien untuk saat ini sudah menikah. Pasien beragama buddha dan berbahasa indonesia- mandarin. Pendidikan terakhir S1 dan pasien tinggal di panti sudah 7 tahun lebih. Sumber pendapat pasien hanya dari putri satu-satunya. Pasien dulunya bekerja sebagai dosen di salah satu universitas namun sekarang pasien sudah pensiun. yang dilakukan pada kasus ini merupakan pengkajian *Auto Anamnese* dimana data yang didapat yaitu dari pasien itu sendiri dan *Allo Anamnesa* dari anak klien dan perawat panti werdha bethania, juga ditambah dengan pengkajian gerontik, dimana dengan pengkajian ini dapat menentuka diagnosa.

Keluhan utamanya klien mengatakan kaki kirinya terasa sakit saat digerakan, dan tangan kirinya yang sakit. Klien sering kelaparan dan kehausan walaupun sudah makan dan minum. Klien memiliki riwayat Diabetes Melitus dan pernah melakukan operasi di kaki kiri bagian jari kelingking putus diangkat saat operasi sejak 2 tahun lalu, klien pernah minum obat rutin seperti metformin 500 mg namun itu sudah 2 tahun lalu sekarang pasien tidak mengkonsumsi obat-obatan hanya paracetmol jika sakit. Luka dibersihkan 3 kali dalam seminggu dan pasien tidak memiliki alergi.

Data yang diperoleh, pasien merasa lemah dan penglihatan terkabur. Pada pengkajian aktivitas dan latihan diperoleh hasil skala ketergantungan berada pada skala 4 dibantu orang lain (Nabu & Gobel,2017) . Berdasarkan hasil penelitian didapatkan data bahwa pasien diabetes melitus umumnya sering mengeluh merasa lemah badan, penglihatan kabur, sering merasa lapar, sering merasa haus dan setiap malam sering buang air kecil (Hasdianah,2012). Menurut opini penulis keluhan yang dialami oleh klien dan di jurnal penelitian hampir sama yaitu sering lemah badan, sering merasa lapar dan haus hal ini sesuai dengan apa yang terjadi dilapangan karena terjadi ketidakstabilan glukosa dalam darah yang berlebihan.

4.1.2. Diagnosa

Diagnosa keperawatan pada kasus ini dirumuskan menggunakan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (2019), diagnosis yang dirumuskan disusun berdasarkan prioritas yaitu : 1) gangguan integritas kulit, 2) gangguan mobilitas fisik, 3) resiko jatuh, jika dibandingkan dengan diagnosis yang muncul pada penyakit diabetes melitus menurut penelitian yang sudah ada dan beberapa artikel yang sudah di baca tidak semua diagnosis yang dikemukakan muncul pada kasus ini dan pada kasus ini penulis hanya memprioritaskan diagnosis yang didapati dari pengkajian dan tidak menutup kemungkinan masih ada diagnosa yang dapat muncul sesuai dengan kondisi klinis klien dilapangan.

Berdasarkan data yang didapatkan dari hasil pengkajian. Prioritas utama diagnosa keperawatan yang muncul adalah gangguan integritas kulit mengakibatkan klien tidak mampu melakukan mobilisasi dan tidak berinteraksi. Hal tersebut disebabkan karena mengeringnya kulit (gangguan pada regulasi tubuh) yang membuat kulit mudah luka, gatal serta adanya

gangguan sirkulasi, perubahan status nutrisi kelebihan atau kekurangan (Mahendra, et.al, 2016). Menurut opini penulis teori dari penelitian diatas sejalan dengan yang dialami klien di lapangan yaitu gangguan integritas kulit. Penyebab gangguan integritas kulit akibat terdapat luka DM dibagian kaki kiri terjadi resistensi terhadap insulin pemicu tidak ter kendalinya kadar glukosa darah.

Data subjektif klien mengatakan kaki kirinya sakit dan susah digerakan sehingga klien mengalami kesulitan dalam melakukan aktivitas. Data objektif yaitu tampak memakai kursi roda, gerakan klien tampak terbatas, aktivitas klien tampak dibantu penuh oleh perawat. Berdasarkan data tersebut diagnosa keperawatan kedua Gangguan Mobilitas Fisik(dukungan mobilisasi) dengan gangguan neuromuskular(SDKI D.0054). Diagnosa ini merupakan diagnosa pendukung karena salah satu diagnosa yang dialami klien. Gangguan mobilitas fisik merupakan kasus yang tidak terlalu rumit diatasi karena diagnosa ini bertujuan untuk meningkatkan aktivitas pada klien Tn. T.P hal ini terjadi karena adanya kesakitan pada kaki kiri yang terdapat luka DM, luka yang telah dioperasi 2 tahun lalu, dan usia klien yang masuk dalam kategori old yang menyebabkan klien hanya bisa duduk di kursi roda dan semua aktivitas dibantu penuh oleh perawat panti wedha bethania.

Diagnosa ketiga resiko jatuh berhubungan dengan kekuatan otot menurun(SDKI D.0143). Data subjektif yang mendukung masalah keperawatan ini tidak ada Data objektif klien tampak memakai kursi roda.

4.1.3. Perencanaan

Perencanaan keperawatan merupakan rencana keperawatan tertulis yang menggambarkan masalah kesehatan pasien, hasil yang diharapkan dan tindakan-tindakan yang dilakukan dengan kemajuan pasien secara spesifik (Manurung, 2012).

Perencanaan pada kasus yang di angkat yakni 3x7 jam yang sangat diharapkan setiap diagnosa keperawatan dapat teratasi. Perencanaan intervensi dilakukan hanya dalam waktu 7 jam dikarenakan shift dinas yang harus bergantian dengan teman perawat yang lain untuk dapat memberikan perawatan lanjutan sesuai jam dinas.

Gangguan integritas kulit b.d perubahan sirkulasi, perubahan nutrisi (kelebihan dan kekurangan) SDKI D.0129 yaitu intervensi yang dilakukan monitor karakteristik luka (mis. Drainase, warna, ukuran, bau), monitor tanda-tanda infeksi, lakukan perawatan luka, jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien, jelaskan tanda dan gejala infeksi, kolaborasi pemberian obat salep.

Gangguan mobilitas fisik b.d gangguan neuromuskular (SDKI D.0054) yaitu intervensi yang diberikan identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan, monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi, fasilitas aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. Pagar tempat tidur), anjurkn mobilisasi dini (latihan gerak miring kiri- miring kanan ditempat tidur) dan ROM, ajarkan mobilisasi sederhana (mis. Duduk di tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)

Diagnosa ketiga resiko jatuh berhubungan dengan kekuatan otot menurun(SDKI D.0143) yaitu intervensi yang dilakukan identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan resiko jatuh (mis. Lantai licin, penerangan kurang), monitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan

sebaliknya, pastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam kondisi terkunci, pasang *handrail* tempat tidur, gunakan alat bantu berjalan (mis. Kursi roda, *walker*).

4.1.4. Implementasi

Implementasi merupakan bagian ke empat dari proses keperawatan, dalam teori keperawatan implementasi mengikut komponen perencanaan dari proses keperawatan. Implementasi keperawatan adalah pengelolaan dari rencana keperawatan yang telah di susun pada tahanan perencanaan. Hal ini juga didukung oleh Edgina Fidela Kusuma, Kusuma Wijaya Ridi Putra, Riesmiyatiningdyah Riesmiyatiningdyah, Meli Diana (2021) yaitu implementasi merupakan suatu tindakan keperawatan yang dilakukan sesuai dengan perencanaan yang telah disusun oleh tim medis.

Gangguan integritas kulit b.d perubahan sirkulasi, perubahan nutrisi (kelebihan dan kekurangan) SDKI D. 0129 pelaksanaan rencana asuhan keperawatan yang telah dibuat di implementasi pada klien sesuai dengan kondisi klien. Implementasi dilakukan sejak tanggal 05 - 07 maret 2023 pada pukul 14.30 WITA. Implementasi untuk gangguan integritas kulit pada klien : a. Memonitor karakteristik luka (mis. Drainase, warna, ukuran, bau), b. Memonitor tanda-tanda infeksi, c. Melakukan perawatan luka, d. Menjadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien, jelaskan tanda dan gejala infeksi, e. kolaborasi pemberian obat salep.

Gangguan mobilitas fisik b.d gangguan neuromuskular (SDKI D.0054). Pelaksanaan rencana asuhan keperawatan yang telah dibuat di implementasi pada klien sesuai dengan kondisi

klien. Implementasi dilakukan sejak tanggal 05 - 07 maret 2023 pada pukul 14.30 WITA. Implementasi gangguan mobilitas fisik pada klien : a. Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi, b. Memfasilitas aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. Pagar tempat tidur), c. Menganjurkn mobilisasi dini (latihan gerak miring kiri- miring kanan ditempat tidur) dan ROM, d. Mengajarkan mobilisasi sederhana (mis. Duduk di tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)

Diagnosa ketiga resiko jatuh berhubungan dengan kekuatan otot menurun(SDKI D.0143) pelaksanaan rencana asuhan keperawatan yang telah dibuat di implementasi pada klien sesuai dengan kondisi klien. Implementasi dilakukan sejak tanggal 05 - 07 maret 2023 pada pukul 14.30 WITA. Implementasi untuk resiko jatuh pada klien yaitu

- a. Mengidentifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan resiko jatuh (mis. Lantai licin, penerangan kurang),
- b. Memonitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya,
- c. Memastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam kondisi terkunci,
- d. Terpasang *handrail* tempat tidur, gunakan alat bantu berjalan (mis. Kursi roda, *walker*).

4.1.5. Evaluasi

Tahap evaluasi yakni menjadi fase terakhir dalam pemberian asuhan keperawatan. Menurut Koentodjo (2019), tahap evaluasi merupakan penilaian dalam cara membandingkan adanya perubahan pada keadaan pasien dan pada tahap ini akan dilakukan pengkajian kembali tentang respon pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah di lakukan oleh penulis

Gangguan integritas kulit b.d perubahan sirkulasi, perubahan nutrisi (kelebihan dan kekurangan) SDKI D. 0129. Evaluasi dilakukan setiap hari, pada hari pertama tanggal 05 maret 2023 jam 19.30 WITA : klien mengatakan lukanya telah dibersihkan, diberikan salep pada bagian luka, terpasang verban elastis. Pada hari ke 3 tanggal 07 maret 2023 jam 19.30 WITA klien mengatakan lukanya telah dibersihkan, telah pasang verban elastis.

Gangguan mobilitas fisik b.d gangguan neuromuskular (SDKI D.0054). Evaluasi dilakukan setiap hari, pada hari pertama tanggal 05 maret 2023 jam 19.30 WITA : klien mengatakan kaki kiri terasa sakit saat bergerak, klien mengatakan susah melakukan aktivitas tanpa bantuan, KU sedang, klien tampak lemah, gerakan klien tampak terbatas, tampak klien belum mampu bergerak dengan mandiri. Pada hari ke 3 tanggal 7 maret 2023 jam 19.30 WITA : klien mengatakan susah melakukan aktivitas tanpa bantuan dan susah menggerakkan kakinya, tampak klien belum mampu bergerak dengan mandiri.

Diagnosa ketiga resiko jatuh berhubungan dengan kekuatan otot menurun(SDKI D.0143). Evaluasi dilakukan setiap hari , pada hari pertama tanggal 05 maret 2023 jam 19.0 WITA. Nampak kursi roda dalam kondisi terkunci, *handrail* tampak terkunci. Pada hari ke 3 tanggal 7 maret 2023 jam 19.30 WITA. Nampak kursi roda dalam kondisi terkunci, *handrail* tampak terkunci.

4.1.6. Keterbatasan Penelitian

Keterbatasan penulis dalam melakukan asuhan keperawatan pada pasien yakni peralatan yang kurang memadai untuk melakukan pemeriksaan rutin selama dinas di panti werdha bethania dikarenakan kondisi keuangan yang tidak cukup sehingga membuat penulis tidak melakukan pemeriksaan dan perawatan luka selama praktek dilapangan. Dan sedikit keterlambatan pengumpulan data dikarenakan objek yang mau di wawancari yakni putri klien datang mengunjungi dua kali dalam seminggu, sehingga membuat penulis membuat janji dan menetapkan waktu untuk mewawancari.

BAB V

PENUTUP

Kemudian bab V ini penulis akan dibahas perihal Kesimpulan dan Saran yang dapat bermanfaat dan dapat mengembangkan perihal asuhan keperawatan pada klien yang menderita diabetes melitus serta keluarga pasien yang membacanya.

5.1.Kesimpulan

Klien Tn. T. P umur 78 tahun, dengan diagnosa medis Penyakit diabetes melitus. Pada kasus ini penulis memberikan asuhan keperawatan berdasarkan bagian dari serangkaian keperawatan berawal dari pengkajian yang terdiri dari data subjektif maupun objektif. Selanjutnya penulis melakukan analisa penentu masalah dimana di dapatkan diagnosa yang akan diangkat bersumber yakni pengkajian yang sudah terlaksana. Diagnosa keperawatan yang telah diangkat ada 3 diagnosa keperawatan yakni gangguan integritas kulit , yang kedua Gangguan Mobilitas Fisik Berhubungan, dan diagnosa yang ke-3 yaitu resiko jatuh. Dan untuk mengatasi ke 3 diagnosa tersebut penulis melakukan penyusunan perencanaan keperawatan yang akan dievaluasi setelah dilakukan implementasi dimana semua masalah keperawatan yang ditemukan belum teratasi sebagian dalam waktu hari ke tiga.

5.2.Saran

5.2.1. Saran Untuk Keperawatann

dengan adanya peningkatan pelaksanaan penelitian pada bidang keperawatan gerontik terutama pada klien dengan diagnosa diabetes melitus agar di berikan asuhan keperawatan pada klien yang lebih spesifik terkhususnya para lansia. Dengan adanya kasus ini perawat panti lebih mengutamakan perawatan lansia yang dengan luka DM

5.2.2. Saran Untuk Masyarakat

Masyarakat dapat menjadikan Studi Kasus Asuhan Keperawatan gerontik ini sebagai pedoman dalam melakukan pencegahan mengenai Penyakit Diabetes Melitus baik bagi diri sendiri maupun keluarga dengan

mengatur pola makan dan gaya hidup yang sehat dan bersih dan sehat menghindari makanan yang tinggi lemak atau faktor pencetus lainnya yang dapat menimbulkan penyakit tersebut sehingga perlunya di tingkatkan lagi mengenai wawasan.

5.2.3. Saran Untuk Penelitian

Kiranya Studi Kasus Asuhan Keperawatan gerontik ini dapat menambah wawasan peneliti mengenai asuhan keperawatan gerontik dengan masalah utama yang diangkat Diabetes Melitus, dan kiranya penelitian selanjutnya akan semakin berkembang dalam peningkatan dalam melayani asuhan keperawatan medikal dengan masalah utama Diabetes Melitus pada usia lansia sehingga dapat menurunkan angka penyakit ini.

REFERENSI

1. Vonna, A., Marlinda, M., & Suryawati, S. (2021). Evaluasi Pengetahuan dan Keterampilan Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 dalam Penggunaan Insulin Pen. *Sel Jurnal Penelitian Kesehatan*, 8(2), 106-116.
2. Rehmaila, R., & Tahlil, T. (2017). Pengaruh senam diabetes dan jalan kaki terhadap penurunan kadar gula darah pada pasien dm tipe ii di puskesmas krueng barona jaya aceh besar. *Jurnal Ilmu Keperawatan*, 5(2), 84-89.
3. Azis, W. A., Muriman, L. Y., & Burhan, S. R. (2020). Hubungan Tingkat Pengetahuan dengan Gaya Hidup Penderita Diabetes Mellitus. *Jurnal Penelitian Perawat Profesional*, 2(1), 105-114.
4. Intan, N., Dahlia, D., & Kurnia, D. A. (2022). Asuhan Keperawatan pada Pasien Diabetes Melitus Tipe 2, Fase Akut dengan Pendekatan Model Adaptasi Roy: Studi Kasus. *Jurnal Keperawatan Silampari*, 5(2), 680-688.
5. RAUDATUL, J. (2022). *ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK PADA NY. N DENGAN DIAGNOSA MEDIS DIABETES MELLITUS DI DESA BURNEH* (Doctoral dissertation, STIKES HANG TUAH SURABAYA).

