

## **BAB II**

### **TINJAUAN LITERATUR**

#### **A. Konsep Teori Penyakit**

##### **1. Definisi**

###### **a. Definisi Diabetes Melitus Tipe II**

Diabetes melitus (DM) merupakan penyakit kronis yang ditandai dengan peningkatan kadar glukosa darah karena tubuh tidak cukup memproduksi insulin atau bekerja dengan baik. Hal ini dapat merusak organ tubuh seperti mata, ginjal, saraf, jantung, dan pembuluh darah (Gusty et al, 2023). Diabetes melitus tipe II adalah gangguan metabolik yang terjadi ketika tubuh tidak cukup memproduksi insulin atau merespon insulin dengan baik, yang menyebabkan kadar gula darah tinggi. Kondisi ini dipengaruhi oleh faktor risiko seperti obesitas, riwayat penyakit diabetes dalam keluarga, dan gaya hidup yang kurang aktif (IDF,2021; Gusty et al,2023).

###### **b. Definisi Ketidakstabilan Kadar Glukosa darah**

Menurut SDKI, (2018) ketidakstabilan kadar glukosa darah merupakan kadar glukosa darah yang mengalami perubahan seperti kadar glukosa darah menjadi naik (*hiperglikemia*) atau turun (*hipoglikemia*) dari rentang normal kadar glukosa darah. Yang disebabkan karena gangguan fungsi pankreas, resistensi terhadap insulin, gangguan toleransi glukosa, dan gangguan darah puasa.

###### **c. Definisi Lansia**

Lanjut usia (lansia) adalah seseorang yang telah memasuki fase akhir dalam kehidupan manusia, yang dimulai pada usia 60 tahun ke atas. Hal ini merupakan proses penuaan yang bersifat alamiah dimana secara kronologis, lansia dikategorikan berdasarkan usia (Asharani et al,2022). Lansia merupakan keadaan yang di tandai oleh kegagalan seseorang untuk mempertahankan keseimbangan terhadap keadaan stress fisiologis, dan perubahan pada sistem tubuh (Kartikasari,2021). Dari definisi-definisi diatas dapat disimpulkan bahwa lansia itu merupakan seseorang yang berusia 60 tahun ke atas yang memasuki tahap akhir kehidupan, ditandai dengan perubahan pada sistem tubuh.

## 2. Anatomi Fisiologi

Menurut PERKENI, (2021), anatomi fisiologi diabetes melitus tipe II yaitu:

a. Pankreas (Sel  $\beta$  Langerhans)

Pada kondisi normal, sel  $\beta$  pankreas menghasilkan insulin untuk membantu glukosa masuk ke dalam sel tubuh. Pada DM tipe 2, terjadi gangguan sekresi insulin akibat kelelahan sel  $\beta$ . Awalnya insulin masih ada, namun tidak mencukupi kebutuhan tubuh, sehingga kadar glukosa darah menjadi tidak stabil.

b. Hati

Hati berperan menyimpan glukosa dalam bentuk glikogen dan melepaskannya sesuai kebutuhan tubuh. Pada DM tipe 2, terjadi peningkatan produksi glukosa oleh hati meskipun kadar glukosa darah sudah tinggi. Hal ini memperparah keadaan hiperglikemia.

c. Ginjal

Ketika kadar glukosa darah tinggi, ginjal tidak mampu menyerap kembali seluruh glukosa. Akibatnya muncul glikosuria (glukosa dalam urin). Kondisi ini memicu poliuria (sering kencing), polidipsia (banyak minum), dan dehidrasi, yang makin memengaruhi kestabilan glukosa darah.

d. Darah

Pada diabetes melitus tipe II, kadar glukosa dalam darah meningkat akibat resistensi insulin, produksi glukosa hati yang berlebihan, dan berkurangnya sekresi insulin pankreas. Kondisi ini menyebabkan hiperglikemia kronis, sehingga glukosa tidak stabil, kadar gula darah dapat meningkat setelah makan (postprandial) dan kadang menurun bila mendapat terapi obat atau insulin. Akibatnya terjadi ketidakstabilan kadar glukosa darah.

## 3. Etiologi Diabetes Melitus Tipe II

a. Menurut Tandra H, (2020), etiologi diabetes melitus tipe II yaitu:

1. Usia Lanjut ( $\geq 60$  tahun)

Memasuki usia 60 tahun ke atas, risiko mengalami diabetes melitus tipe II meningkat. Pada usia lanjut, fungsi pankreas dalam memproduksi insulin mulai melemah, dan sensitivitas tubuh terhadap insulin menurun. Gabungan antara penurunan fungsi organ dan gaya

hidup tidak sehat membuat kadar gula darah lebih mudah meningkat (Hartono et al, 2024).

2. Gaya hidup tidak sehat

Kebiasaan seperti tidak sarapan, makan larut malam, mengonsumsi makanan berat sebelum tidur, merokok, kurang beraktivitas fisik, serta obesitas dapat menyebabkan resistensi insulin. Lebih dari 80 % penderita obesitas berisiko terkena diabetes melitus tipe II. Lemak yang menumpuk, khususnya di area perut, akan menghambat kerja insulin, sehingga kadar gula darah lebih mudah meningkat. Risiko penyakit jantung dan stroke pun meningkat 2-4 kali lipat (Hartono et al, 2024).

3. Infeksi atau gangguan pada pancreas

Penyakit seperti pankreatitis atau gangguan hormonal yang menyerang kelenjar hipofisis, misalnya akromegali, dapat merusak fungsi pankreas dan memicu diabetes melitus (Hartono et al, 2024).

b. Menurut SDKI, (2017), penyebab dari ketidakstabilan kadar glukosa darah yaitu:

1. *Hiperglikemia*

- a. Disfungsi pankreas
- b. Resistensi insulin
- c. Gangguan toleransi glukosa darah

2. *Hipoglikemia*

- a. Penggunaan insulin atau obat glikemik oral
- b. Disfungsi hati
- c. Disfungsi ginjal kronis
- d. Efek agen farmakologis
- e. *Endokrinopati* (mis. Kerusakan adrenal atau pituitari).

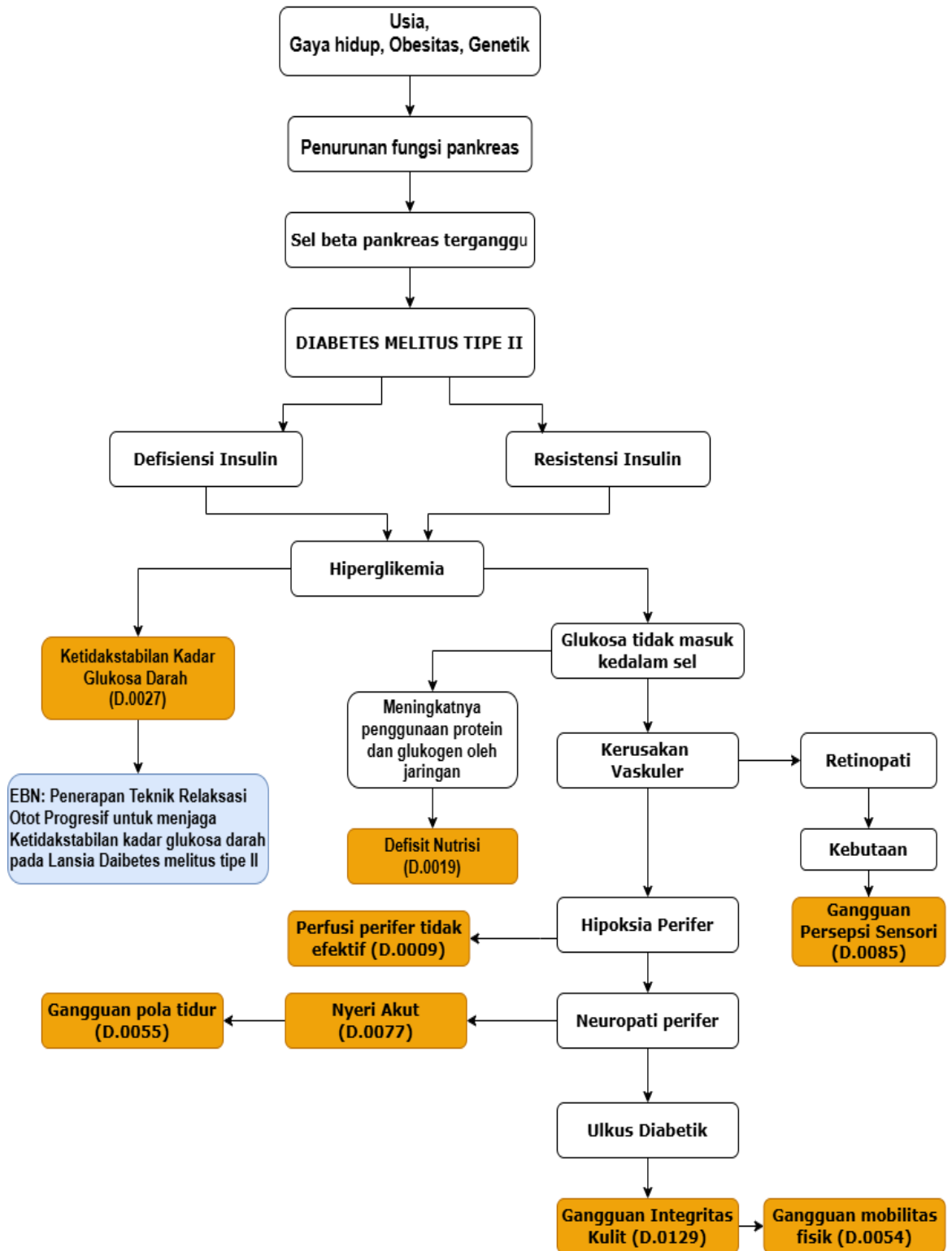
**4. Manifestasi Klinis**

a. Menurut Michael Dansinger, (2023), manifestasi klinis diabetes melitus tipe II yaitu:

1. Sering mengalami rasa haus (*polydipsy*).
2. Sering buang air kecil (*poliuria*).
3. Sering lapar (*polifagia*).

4. Penglihatan kabur.
- b. Menurut Sejahtera, (2024), masalah kesehatan yang terjadi pada lansia yaitu:
  1. Masalah Kesehatan Fisik
    - a. Banyak lansia yang menderita penyakit kronis seperti diabetes melitus, hipertensi, penyakit jantung, dan asam urat.
    - b. Lansia akan mengalami penurunan kekuatan otot, keseimbangan, dan kepadatan tulang yang dapat menyebabkan kesulitan dalam bergerak, meningkatkan resiko jatuh sehingga lansia lebih tergantung pada orang lain.
    - c. Lansia akan mengalami penurunan pendengaran, penglihatan, dan fungsi indera lainnya yang dapat membuat lansia kesulitan dalam berkomunikasi, membaca, dan menjalani aktivitas sehari-hari.
    - d. Lansia akan mengalami malnutrisi akibat penurunan nafsu makan, gangguan pencernaan, dan masalah gigi.
  2. Masalah Kesehatan Mental
    - a. Lansia akan mengalami depresi yang disebabkan oleh isolasi sosial, kehilangan orang dicintai, pensiun.
    - b. Lansia akan mengalami demensia yang dapat mempengaruhi memori, dan pemikiran.
    - c. Lansia akan mengalami kecemasan yang disebabkan oleh ketidakpastian tentang kesehatan, keuangan, atau perubahan hidup lainnya.

## 5. Pathway Diabetes Melitus Tipe II



Gambar 1. 1 Pathway Diabetes melitus tipe II, (Padila, 2019)

## 6. Patofisiologi

Diabetes tipe II terjadi akibat resistensi insulin dan penurunan fungsi sel beta pankreas. Awalnya, sel-sel tubuh seperti otot, hati, dan jaringan lemak menjadi kurang sensitive terhadap insulin (resistensi insulin), sehingga glukosa tidak dapat masuk ke dalam sel dengan baik. Penurunan ini menyebabkan hiperglikemia kronik. Hiperglikemia yang berkepanjangan akan memperburuk fungsi sel beta dan meningkatkan resistensi insulin, menciptakan siklus yang progresif. Selain itu hiperglikemia memicu terjadinya stress oksidatif dan pembentukan AGEs (*Advanced Glycation End products*), dimana yang dimaksud dengan AGEs adalah proses glukosa berikatan dengan protein, lipid, atau asam nukleat dalam tubuh yang menyebabkan kerusakan pembuluh darah dan organ, serta memicu komplikasi mikrovaskular dan makrovaskular. Adapun faktor risiko utama terjadinya diabetes melitus tipe II yaitu obesitas, kurang aktivitas fisik, atau gaya hidup tidak sehat (Decroli, 2019).

## 7. Klasifikasi

a. Menurut PERKENI, (2021), klasifikasi diabetes melitus dibagi 4 yaitu:

### 1. Diabetes melitus tipe 1

Diabetes melitus tipe 1 terjadi karena sistem imun merusak sel penghasil insulin di pankreas, sehingga tubuh tidak bisa memproduksi insulin. Penderita perlu suntikan insulin seumur hidup, jika tidak terkontrol, bisa menyebabkan komplikasi serius dan menurunkan harapan hidup.

### 2. Diabetes melitus tipe 2

Diabetes melitus tipe 2 terjadi karena tubuh tidak bisa menggunakan insulin dengan baik (resistensi insulin). Hal ini karena usia, pola makan tidak sehat, ataupun gaya hidup.

### 3. Diabetes melitus gestasional

Diabetes ini muncul saat hamil dan hilang setelah melahirkan. Hal ini karena perubahan hormon dan meningkat pada ibu hamil usia 30 tahun, dan gaya hidup yang tidak sehat.

### 4. Diabetes melitus tipe lainnya

Diabetes melitus ini berhubungan dengan kondisi atau sindrom tertentu. Kadar gula darah yang tinggi dapat disebabkan karena

gangguan pada pankreas, gangguan hormone, atau penggunaan obat-obatan tertentu (Soelistijo, 2021).

- b. Menurut SDKI, (2017), kondisi klinis terkait ketidakstabilan kadar glukosa darah yaitu:
  - 1. Diabetes melitus
  - 2. Hipoglikemia
  - 3. Ketoasidosis diabetic
  - 4. Hiperglikemia
- c. Menurut Depkes RI (2019), klasifikasi lansia terdiri dari:
  - 1. Pra lansia adalah seseorang berusia antara 45-59 tahun.
  - 2. Lansia adalah seseorang yang berusia 60 tahun keatas.
  - 3. Lansia potensial adalah lansia yang masih mampu mencari nafkah sehingga hidupnya masih menghasilkan barang atau jasa.
  - 4. Lansia tidak potensial adalah lansia yang tidak mencari nafkah sehingga hidupnya bergantung pada bantuan orang lain.

## **8. Pemeriksaan Diagnostik**

Menurut ADA, (2023), pemeriksaan diagnostik terdiri dari:

- a. Gula Darah Puasa  $\geq 126$  mg/dL (7,0 mmol/L)
- b. HbA1c  $\geq 6,5$  % (48 mmol/mol)
- c. Glukosa Darah Sewaktu  $\geq 200$  mg/dL pada penderita hiperglikemia akut.
- d. Tes Toleransi Glukosa Oral (TTGO)  $\geq 200$  mg/dL

## **9. Penatalaksanaan**

Menurut *American Diabetic Assosiation* (2022), ada terdapat lima pilar penatalaksanaan diabetes melitus tipe II yaitu:

- a. Pola makan sehat  
Lansia memilih pola makan yang seimbang dan sehat seperti mengonsumsi makanan tinggi serat, protein dan lebih sedikit karbohidrat. Hal ini dapat membantu mengontrol kadar gula darah.
- b. Aktivitas fisik  
Berolahraga secara teratur dapat meningkatkan sensitivitas insulin dan membantu mengontrol kadar gula darah. Seperti latihan teknik relaksasi otot progresif untuk menstabilkan kadar glukosa darah. Teknik relaksasi otot progresif digunakan untuk menegangkan otot dan merilekskan otot.

Sehingga dapat mengurangi peningkatan kadar glukosa darah. Teknik relaksasi otot progresif dilakukan selama 3 hari pertemuan dengan durasi 10-15 menit dimana otot ditekangkan  $\pm$  5-10 detik dan direlaksasi selama  $\pm$  10-20 detik (Jannah et al, 2024).

c. Pemeriksaan Kadar Gula Darah

Menurut Kemenkes,(2020) ada 3 jenis pemeriksaan kadar gula darah, yaitu :

1. Kadar Gula Darah Sewaktu

Kadar gula darah sewaktu adalah Pemeriksaan kadar gula darah yang dilakukan tanpa perlu berpuasa atau memperhatikan makanan yang dikonsumsi, kadar gula darah normal  $<200\text{mg/dL}$ .

2. Kadar Gula Darah Puasa

Kadar gula darah puasa adalah pemeriksaan kadar gula darah setelah tidak makan selama 8 jam, biasanya diukur pada pagi hari sebelum konsumsi makanan, minuman kecuali air putih. Hal ini mengatur kemampuan tubuh untuk mengatur gula darah tanpa ada asupan makanan baru, kadar gula darah puasa  $<120\text{mg/dL}$ .

3. Kadar Gula Darah 2 Jam Setelah Makan

Kadar gula darah 2 jam setelah makan adalah pemeriksaan kadar gula darah yang diukur sekitar dua jam setelah mengkonsumsi makanan. Pemeriksaan ini melihat kemampuan tubuh mengatur gula darah setelah proses pencernaan makan, kadar gula darah 2 jam setelah makan  $<180\text{ mg/dL}$ .

d. Penggunaan obat-obatan

Untuk menjaga kadar gula darah dalam rentang stabil , meminum obat sesuai petunjuk dokter seperti metformin atau insulin.

## 10. Komplikasi

Menurut Cecilia Regina et al, (2021), komplikasi diabetes melitus tipe II dibagi menjadi dua yaitu:

a. Komplikasi akut

1. Gula darah rendah (*Hipoglikemia*).
2. Gula darah tinggi (*Hipoglikemia*).



b. Komplikasi Kronis

Komplikasi ini dibagi menjadi dua yaitu:

1. Kerusakan pembuluh darah kecil (*Mikrovaskuler*).
  - a. Kerusakan mata yang menyebabkan kebutaan.
  - b. Kerusakan ginjal yang menyebabkan gagal ginjal.
  - c. Kerusakan saraf seperti kaki diabetik (*neuropati*)
2. Kerusakan pembuluh darah besar (Makrovaskular).
  - a. Penyakit jantung kongestif
  - b. Stroke
  - c. Gagal ginjal kongesif
  - d. Hipertensi

**B. Konsep Teori Inovasi Penerapan Teknik Relaksasi Otot Progresif**

**1. Definisi Teknik Relaksasi Otot Progresif**

Teknik relaksasi otot progresif pertama kali diperkenalkan oleh seorang dokter Amerika Serikat bernama Edmund Jacobson pada tahun 1920-an. Jacobson pertama kali mempublikasikan teknik ini dalam bukunya yang berjudul "*Progressive Relaxation*" tahun 1929. Teknik ini melibatkan kontraksi dan relaksasi otot dalam tubuh untuk menciptakan perasaan rileks. Proses ini melibatkan gerakan berurutan dan membantu klien memahami perbedaan sensasi otot rileks dan saat otot tegang (Lindquist et al, 2018).

Teknik relaksasi otot progresif merupakan latihan yang melibatkan pengencangan dan pelepasan otot-otot pada bagian tubuh secara bergantian (Gusty et al, 2023).

**2. Mekanisme Teknik Relaksasi Otot Progresif**

Teknik relaksasi otot progresif adalah suatu latihan untuk mengontraksi dan merilekskan kelompok otot tertentu dalam tubuh. Beberapa kelompok otot yang dilibatkan pada saat latihan relaksasi otot progresif yaitu:

- a. Otot tangan dan lengan  
Melibatkan otot biseps dan triceps.
- b. Otot wajah  
Melibatkan otot-otot disekitar mata dan rahang seperti otot orbicularis oculi, otot masseter.

- c. Otot punggung dan bahu  
Melibatkan otot trapezius dan otot rhomboids.
- d. Otot perut  
Melibatkan otot rektus abdominis.
- e. Otot kaki  
Melibatkan otot quadriceps dan otot gastrocnemius.

Latihan ini membantu menciptakan perasaan rileks. Ketika berlatih relaksasi otot progresif, tubuh mengalami perubahan fisiologis yang dapat mempengaruhi kadar gula darah. Beberapa perubahan fisiologis yang dapat mempengaruhi kadar gula darah dan melibatkan hormon-hormon dan proses-proses dalam tubuh yaitu:

- a. Hormon insulin dan *glucagon*  
Hormon insulin merangsang penyerapan glukosa oleh sel-sel tubuh dan menurunkan kadar gula darah. Sebaliknya, glukagon merangsang pelepasan glukosa dari hati untuk meningkatkan kadar gula darah.
- b. Hormon kortisol dan stres  
Situasi stres dapat meningkatkan pelepasan hormon kortisol. Kortisol dapat meningkatkan kadar gula darah dengan merangsang glukoneogenesis, yaitu pembentukan glukosa dari sumber non-karbohidrat.
- c. Aktivitas fisik  
Latihan fisik dapat meningkatkan penggunaan glukosa oleh sel-sel otot, untuk menurunkan kadar gula darah.
- d. Makanan dan pencernaan  
Konsumsi makan, terutama karbohidrat, mempengaruhi kadar gula darah. Pencernaan karbohidrat menjadi glukosa yang diserap ke dalam darah.

Saat tubuh menjadi rileks, sistem parasimpatis menjadi aktif. Sistem ini merangsang hipotalamus, bagian otak yang mengatur berbagai fungsi tubuh, untuk menurunkan sekresi *Corticotropin Releasing Hormone* (CRH). Penurunan *Corticotropin Releasing Hormone* kemudian mempengaruhi sekresi *Adrenocorticotrophic Hormone* (ACTH). Dalam keadaan ini, korteks adrenal akan mengalami hambatan untuk melepaskan hormon kortisol. Penurunan hormon kortisol memiliki dampak pada proses *gluconeogenesis*,

yang merupakan pembentukan kadar gula darah dari sumber non-karbohidrat. Selain itu dapat meningkatkan pemakaian glukosa oleh sel-sel tubuh, yang menyebabkan kadar gula darah kembali dalam keadaan stabil atau normal (Putriani,2018).

### **3. Manfaat Teknik Relaksasi Otot Progresif**

Manfaat dari teknik relaksasi otot progresif untuk meningkatkan kemampuan dasar relaksasi, membuat tubuh menjadi rileks, mengurangi ketegangan otot, mengurangi kecemasan, depresi, menstabilkan kadar gula darah, serta mengatasi masalah stres (Akbar et al, 2018).

Terdapat bukti yang menunjukkan teknik relaksasi otot progresif dapat menurunkan kadar glukosa darah seperti Jannah et al, (2024) yang melibatkan pasien lansia usia 61 tahun dengan riwayat diabetes melitus dari lima tahun yang diberikan teknik relaksasi otot progresif selama 3 hari dengan durasi 10-15 menit. Hasil pengukuran, menunjukkan penurunan kadar gula darah dari 275 mg/dL menjadi 238 mg/dL. Hal ini membuktikan bahwa teknik relaksasi dapat membantu menjaga kestabilan kadar glukosa darah.

### **4. Prosedur Teknik Relaksasi Otot Progresif**

Menurut penelitian Nikmah, (2023), yang berjudul “Pengalaman Penerapan Terapi Relaksasi Otot Progresif Terhadap Penurunan Kadar Glukosa Darah Pada Pasien DM Tipe II”, teknik relaksasi otot progresif dilakukan selama 4 hari pertemuan dengan durasi 10-15 menit, observasi nilai kadar gula darah sebanyak 2 kali yaitu sebelum dan setelah dilakukan teknik relaksasi otot progresif. Pengukuran kadar gula darah dilakukan langsung setelah intervensi selesai, tanpa jeda waktu. Pengukuran kadar gula darah dilakukan langsung setelah intervensi selesai, tanpa jeda waktu. Dimana tubuh akan mengaktifkan sistem saraf parasimpatis dan menurunkan aktivitas hormon kortisol dan adrenalin. Penurunan hormon ini dapat meningkatkan sensitivitas insulin dan mempercepat penyerapan glukosa oleh sel tubuh, sehingga kadar gula darah dapat menurun dalam waktu singkat setelah intervensi dilakukan. Setelah diberikan intervensi kadar gula darah dari 335 mg/dL menjadi 188 mg/dL. Penelitian ini menunjukkan teknik

relaksasi otot progresif dapat menurunkan kadar gula darah pada pasien diabetes melitus tipe II.

Menurut Saleh, (2023), prosedur pemberian teknik relaksasi otot progresif sebagai berikut:

- a. Bina hubungan saling percaya dengan pasien.
- b. Persiapkan alat dan lingkungan: kursi serta lingkungan yang tenang.
- c. Posisikan pasien duduk di kursi.
- d. Persiapkan klien:
  1. Jelaskan tujuan, manfaat, prosedur dan pengisian lembar persetujuan teknik relaksasi otot progresif kepada pasien.
  2. Posisikan tubuh pasien secara nyaman.
  3. Lepaskan aksesoris yang digunakan seperti kacamata, jam dan sepatu.
  4. Longgarkan ikatan dasi, ikat pinggang atau hal lain yang sifatnya mengikat ketat.
- e. Langkah-langkah Teknik relaksasi otot progresif yaitu:
  1. Membuat kepalan pada telapak tangan kanan dan tangan kiri dan kemudian kepalan dilepaskan. Gerakan ini untuk melatih otot tangan.
  2. Menekuk kedua pergelangan tangan ke atas, sehingga otot tangan ke atas, sehingga otot di tangan bagian belakang dan lengan bawah menegang, jari-jari menghadap ke langit-langit. Gerakan ini melatih otot tangan bagian belakang.
  3. Mengepalkan kedua tangan, lalu buka sambil arahkan ke bahu. Gerakan ini melatih otot biseps.
  4. Mengangkat bahu hingga menyentuh daun telinga. Gerakan ini melatih otot bahu.
  5. Mengerutkan dahi dan alis bersamaan hingga otot terasa dan kulit keriput. Gerakan ini untuk melenturkan otot wajah.
  6. Mengatupkan rahang dan menggigit gigi hingga terasa ketegangan di otot rahang.
  7. Mengerucutkan bibir hingga terasa ketegangan di sekitar mulut.

8. Menekan kepala atau tengkuk leher ke bantalan kursi atau tumpukan kedua telapak tangan hingga terasa ketegangan di belakang leher dan punggung atas.
9. Angkat tubuh dari sandaran kursi, lengkungkan punggung dan busungkan dada. tahan posisi ini selama 10 detik, lalu rilekskan.
10. Tarik napas dalam lewat hidung sebanyak mungkin dan tahan 3 detik sambil rasakan ketegangan di dada lalu turun ke perut dan hembuskan perlahan dari mulut.
11. Tarik perut ke dalam sekuatnya hingga terasa kencang dan eras, tahan 10 detik lalu lepaskan. Tarik napas dalam lewat hidung, lalu hembuskan perlahan lewat mulut.
12. Meluruskan kedua kaki hingga otot paha terasa tegang. Lalu punggung kaki diluruskan kedepan

### **C. Konsep Teori Asuhan Keperawatan**

#### **1. Pengkajian**

Pengkajian adalah langkah awal dari proses keperawatan, kemudian dalam mengkaji harus memperhatikan data dasar klien, untuk informasi yang diharapkan dari klien melalui pemeriksaan penunjang lainnya (Saidi illafin, 2020).

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

Terdiri dari nama, usia, jenis kelamin, tempat tinggal, Agama, pendidikan, dan pekerjaan.

##### **b. Keluhan Utama**

Keluhan utama pada pasien diabetes melitus yaitu tubuh terasa lemas, penglihatan kabur, sering lapar (*polifagia*), Sering buang air kecil di malam hari (*Poliuria*), dan sering merasa haus (*polidipsi*) (Kemenkes, 2019).

##### **c. Riwayat penyakit sekarang**

Keluhan yang dirasakan klien pada saat berobat seperti pada penderita diabetes melitus mengeluh sering buang air kecil, cepat haus, mudah lelah, lapar, dan kesemutan pada kaki. Keluhan yang dirasakan sejak beberapa minggu dan mengganggu aktivitas serta tidur.

d. Riwayat penyakit dahulu

Penyakit apa saja yang pernah di derita oleh klien, apakah keluhan penyakit diabetes melitus sudah diderita sejak lama dan apakah mendapat pertolongan sebelumnya dan umumnya klien dengan penyakit ini di sertai hipertensi, penyakit jantung dan asma (saidi illafin, 2020).

e. Riwayat kesehatan keluarga

Orang dengan diabetes melitus biasanya memiliki karakteristik genetic dan salah satu keluarga mereka yang menyebabkan kekurangan insulin, seperti hipertensi, berdasarkan riwayat penyakit keluarga mereka (Saidi illafin, 2020).

f. Pola fungsional kesehatan

Berdasarkan data fokus, pola fungsional kesehatan yaitu:

1. Pola persepsi dan manajemen kesehatan

Penderita diabetes melitus mulai menyesuaikan diri dengan pola hidup baru yang mencakup gaya hidup sehat dan diet rendah gula.

2. Pola nutrisi

Penderita sering mengalami buang air kecil, haus, dan lapar berlebihan. Namun, tubuh tetap merasa lelah dan dehidrasi karena produksi insulin yang tidak mencukupi.

3. Pola eliminasi

Penderita diabetes melitus sering buang air kecil di malam hari dan dalam jumlah lebih banyak dari biasanya.

4. Pola tidur

Sering buang air kecil di malam hari menyebabkan gangguan tidur dan membuat penderita mudah lelah.

5. Pola nilai dan kepercayaan

Perubahan kondisi tubuh akibat diabetes melitus dapat memengaruhi pandangan hidup dan pelaksanaan kegiatan ibadah.

g. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik terdiri dari:

1. Keadaan umum

2. Kesadaran klien biasanya compos mentis, GCS yang meliputi eye, Verbal, Motorik. Tekanan darah, nadi mungkin meningkat, respirasi, dan suhu.
  3. Inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi dari ujung rambut hingga ujung kaki (head to toe).
- h. Pemeriksaan Status Fungsional lansia/ Tingkat Ketergantungan Lansia (Indeks ADL's Barther)

Menurut Barther, et al, (1965), pemeriksaan ini dilakukan untuk mengetahui tingkat ketergantungan lansia terhadap orang lain dalam memenuhi kebutuhan ADL nya. Prosedur pemeriksaan : lingkari skor yang sesuai dengan kondisi pasien, lalu jumlah total skor. Skor 20 = lansia mandiri, 12-19 = ketergantungan ringan, 9-11 = ketergantungan sedang, 5-8 = ketergantungan berat, 0-4 = ketergantungan total.

Tabel 2.1 Pemeriksaan Status Fungsional lansia/ Tingkat Ketergantungan Lansia (Indeks ADL's Barther)

| Aktivitas               | Kemampuan                                       | Skor |
|-------------------------|---|------|
| Makan                   | Mandiri   | 2    |
|                         | Perlu bantuan orang lain untuk memotong makanan | 0    |
|                         | Tergantung penuh pada pertolongan orang lain    | 1    |
| Berpakaian              | Mandiri   | 2    |
|                         | Sebagian dibantu                                | 1    |
|                         | Tergantung orang lain                           | 0    |
| Mandi                   | Mandiri   | 1    |
|                         | Tergantung orang lain                           | 0    |
| Berjalan/ mobilisasi    | Mandiri   | 3    |
|                         | Dibantu satu orang / walker                     | 2    |
|                         | Dengan kursi roda                               | 1    |
|                         | Tidak mampu                                     | 0    |
| Transfer(tidur>>>duduk) | Mandiri   | 3    |
|                         | Dibantu satu orang                              | 2    |
|                         | Dibantu dua orang                               | 1    |

|   |                          |   |
|---|--------------------------|---|
|   | Tidak mampu              | 0 |
| Naik/turun tangga   | Mandiri                  | 2 |
|   | Perlu pertolongan        | 1 |
|   | Tidak mampu              | 0 |
| Mengontrol BAB  | Kontinen teratur         | 2 |
|   | Kadang-kadang inkontinen | 1 |
|   | Inkontinen               | 0 |
| Mengontrol BAK  | Kontinen teratur         | 2 |
|   | Kadang-kadang inkontinen | 1 |
|   | Inkontinen               | 0 |
| Menggunakan toilet<br>(pergi ke toilet,<br>melepas/memakai<br>celana, menyiram) | Mandiri                  | 2 |
|   | Perlu pertolongan        | 1 |
|   | Tergantung orang lain    | 0 |
| Membersihkan diri (lap<br>muka, sisir rambut, sikat<br>gigi)                    | Mandiri                  | 1 |
|   | Perlu pertolongan        | 0 |
| TOTAL SKOR  |                          |   |
| Kesimpulan:   |                          |   |

i. Pengkajian Status Kognitif *Short Portable Mental Status Questionnaire* (SPMSQ)

Menurut Pfeiffer, E. (1975), pemeriksaan ini dilakukan untuk mengetahui tingkat kognitif lansia yang berhubungan dengan memori jangka pendek. Prosedur pemeriksaan: tuliskan jawaban lansia pada kotak yang tersedia sesuai pertanyaan, dan diberi nilai “+” untuk jawaban benar, dan nilai “-” untuk jawaban salah atau tidak tahu. Hitung jumlah nilai “-”. Total kesalahan “-” 0-2= fungsi intelektual utuh, kesalahan 3-4= kerusakan intelektual ringan, kesalahan 5-6 = kerusakan intelektual sedang, kesalahan 7-10= kerusakan intelektual berat.



Tabel 2.2 Pengkajian Status Kognitif *Short Portable Mental Status Questionnaire* (SPMSQ)

| No                        | Pertanyaan  | Jawaban | Nilai (+/-) |  |
|---------------------------|---|---------|-------------|--|
| 1.                        | Tanggal berapa hari ini ?   |         |             |  |
| 2.                        | Hari apa sekarang ?   |         |             |  |
| 3.                        | Berapa nomor telepon anda ?<br>Dimana alamat anda (jika tidak memiliki nomor telepon) |         |             |  |
| 4.                        | Berapa umur anda sekarang?  |         |             |  |
| 5.                        | Kapan anda lahir?   |         |             |  |
| 6.                        | Siapa presiden Indonesia sekarang?  |         |             |  |
| 7.                        | Siapa nama presiden sebelumnya?   |         |             |  |
| 8.                        | Siapa nama kecil ibu anda?  |         |             |  |
| 9.                        | Kurang 3 dari 20 dan tetap pengurangan 3 dari setiap angka baru semua secara menurun. |         |             |  |
| Total Nilai Kesalahan (-) |   |         |             |  |
| Kesimpulan:               |   |         |             |  |

j. Pengkajian Inventaris Depresi BECK

Menurut Beck AT, (1972), pemeriksaan ini dilakukan untuk mengetahui tingkat depresi yang dialami lansia. Prosedur pemeriksaan: lingkari angka sesuai uraian atau jawaban lansia pada masing-masing komponen pemeriksaan dan hitung total akhir skore. Total skore 0-4= tidak ada depresi, 5-7= depresi ringan, 8-15= depresi sedang, 16+= depresi berat.

Tabel 2.3 Pengkajian Inventaris Depresi BECK

| Skor                | Uraian   |
|---------------------|--|
| <b>A. Kesedihan</b> |  |
| 3                   | Saya sangat sedih/ tidak bahagia dimana saya tak dapat menghadapinya.  |
| 2                   | Saya galau/ sedih sepanjang waktu dan saya tidak dapat keluar darinya. |
| 1                   | Saya merasa sedih atau galau.  |
| 0                   | Saya tidak merasa sedih.   |
| <b>B. Pesimisme</b> |  |

|                                       |   |
|---------------------------------------|---|
| 3                                     | Saya merasa bahwa masa depan adalah sia-sia dan sesuatu tidak dapat membaik.                      |
| 2                                     | Saya merasa tidak mempunyai apa-apa untuk memandang kedepan.                                      |
| 1                                     | Saya merasa berkecil hati mengenai masa depan.  |
| 0                                     | Saya tidak begitu pesimis atau kecil hati tentang masa depan.                                     |
| <b>C. Rasa Kegagalan</b>              |   |
| 3                                     | Saya merasa benar-benar gagal sebagai orang tua (suami/istri).                                    |
| 2                                     | Bila melihat kehidupan kebelakang, semua yang dapat saya lihat hanya kegagalan.                   |
| 1                                     | Saya merasa gagal melebihi orang pada umumnya.  |
| 0                                     | Saya tidak merasa gagal.  |
| <b>D. Ketidakpuasan</b>               |   |
| 3                                     | Saya tidak puas dengan segalanya.   |
| 2                                     | Saya tidak lagi mendapatkan kepuasan dari apapun.   |
| 1                                     | Saya tidak menyukai cara yang saya gunakan.   |
| 0                                     | Saya tidak merasa tidak puas.   |
| <b>E. Rasa Bersalah</b>               |   |
| 3                                     | Saya merasa seolah-olah sangat buruk atau tak berharga.   |
| 2                                     | Saya merasa sangat bersalah.  |
| 1                                     | Saya merasa buruk/ tak berharga sebagai bagian dari waktu yang baik.                              |
| 0                                     | Saya tidak merasa benar-benar bersalah.   |
| <b>F. Tidak Menyukai Diri Sendiri</b> |   |
| 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.   |
| <b>G. Membahayakan Diri</b>           |   |
| 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.                          |
| <b>H. Menarik Diri dari Sosial</b>    |   |
| 3                                     | Saya telah kehilangan semua minat saya pada orang lain dan tidak peduli pada mereka semuanya.     |
| 2                                     | Saya telah kehilangan semua minat saya pada orang lain dan mempunyai sedikit perasan pada mereka. |
| 1                                     | Saya kurang berminat pada orang lain dari pada sebelumnya.  |
| 0                                     | Saya tidak kehilangan minat pada orang lain.  |
| <b>I. Ragu-ragu</b>                   |   |
| 3                                     | Saya tidak dapat membuat keputusan sama sekali.   |
| 2                                     | Saya mempunyai banyak kesulitan dalam membuat keputusan.  |
| 1                                     | Saya berusaha mengambil keputusan   |
| 0                                     | Saya membuat keputusan yang baik  |

|                                   |   |
|-----------------------------------|---|
| <b>J. Perubahan Gambaran Diri</b> |   |
| 3                                 | Saya merasa bahwa saya jelek atau tampak menjijikan   |
| 2                                 | Saya merasa bahwa ada perubahan-perubahan yang permanen dalam penampilan saya dan ini membuat saya tak menarik. |
| 1                                 | Saya khawatir bahwa saya tampak lebih buruk dari pada sebelumnya.   |
| 0                                 | Saya tidak merasa bahwa saya tampak lebih buruk dari pada sebelumnya.   |
| <b>K. Kesulitan Kerja</b>         |   |
| 3                                 | Saya tidak melakukan pekerjaan sama sekali.   |
| 2                                 | Saya telah mendorong diri sendiri saya dengan keras untuk melakukan sesuatu.                                    |
| 1                                 | Saya memerlukan upaya tambahan untuk mulai melakukan sesuatu.   |
| 0                                 | Saya dapat bekerja kira-kira sebaik sebelumnya.   |
| <b>L. Keletihan</b>               |   |
| 3                                 | Saya sangat lelah untuk melakukan sesuatu.  |
| 2                                 | Saya merasa lelah untuk melakukan sesuatu.  |
| 1                                 | Saya merasa lelah dari yang biasanya.   |
| 0                                 | Saya tidak merasa lebih lelah dari biasanya.  |
| <b>M. Anoreksia</b>               |   |
| 3                                 | Saya tidak lagi mempunyai nafsu makan sama sekali.  |
| 2                                 | Nafsu makan saya sangat memburuk sekarang.  |
| 1                                 | Nafsu makan saya tidak sebaik sebelumnya.   |
| 0                                 | Nafsu makan saya tidak buruk dari yang biasanya.  |
| Total Skor:                       |   |
| Kesimpulan:                       |   |

k. Pengkajian APGAR Keluarga dengan Lansia

Menurut Smilkstein, G. (1978), pemeriksaan ini dilakukan untuk mengetahui fungsi sosialisasi lansia. Prosedur pemeriksaan : berikan skore pada masing masing jawaban lansia dengan skore 0 jika tidak pernah, 1 jika kadang kadang, j dan 2 jika selalu. Hitung total skore d interprestasikan. Total skore < 3 = disfungsi keluarga sangat tinggi, skore 4 – 6 = disfungsi keluarga sedang, 7 – 10 = fungsi sosialisasi keluarga sehat.

Tabel 2.4 Pengkajian APGAR Keluarga dengan Lansia

| No | Fungsi          | Uraian  | Skor |
|----|-----------------|---|------|
| 1. | <i>Adaption</i> | Saya puas bahwa saya dapat kembali bersama teman-teman/ keluarga saya untuk membantu pada waktu sesuatu menyusahkan saya. |      |

|              |                      |   |  |
|--------------|----------------------|---|--|
| 2.           | <i>Paetherenship</i> | Saya puas dengan cara teman-teman/keluarga saya.  |  |
| 3.           | <i>Growth</i>        | Saya puas bahwa teman-teman/keluarga saya mengekspresikan efek dan merespons terhdap emosi-emosi saya seperti marah, sedih atau mencintai.  |  |
| 4.           | <i>Affection</i>     | Saya puas bahwa teman-teman/keluarga saya mengekspresikan efek dan merespons terhadap emosi emosi saya seperti marah, sedih atau mencintai. |  |
| 5.           | <i>Resolve</i>       | Saya puas dengan cara teman-teman/keluarga saya dan saya menyediakan waktu bersama-sama.  |  |
| Total        |                      |   |  |
| Skor         |                      |   |  |
| Kesimpulan : |                      |   |  |

## 2. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan adalah suatu pernyataan yang jelas, dan pasti tentang status dan masalah kesehatan yang dapat diatasi dengan tindakan keperawatan. Dengan demikian diagnosis keperawatan ditetapkan berdasarkan masalah yang ditemukan. Diagnosis keperawatan akan memberikan gambaran tentang masalah dan status kesehatan. Diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien diabetes melitus sesuai SDKI, (2017) yaitu:

- Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin (D.0027).
- Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorbsi nutrien (D.0019).
- Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan hiperglikemia (D.0009).
- Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (D.0077).
- Gangguan integritas kulit berhubungan dengan neuropati perifer (D.0129).
- Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri (D.0054).
- Gangguan persepsi sensori berhubungan dengan gangguan penglihatan (D.0085).

- h. Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan (D.0055).

### 3. Intervensi Keperawatan

Tabel 2.5 Intervensi Keperawatan

| No | Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI)                                      | Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) (Tim pokja SLKI DPP PPNI, 2019)  | Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018)  |
|----|---|--|--|
| 1. | Ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan resistensi insulin (D.0027). | Setelah diberikan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan kadar glukosa darah dalam rentang normal, dengan kriteria hasil:<br>1. Mengantuk menurun<br>2. Lelah/lesu menurun<br>3. Keluhan lapar menurun<br>4. Rasa haus menurun<br>5. Kadar glukosa dalam darah membaik | <b>Manajemen Hiperglikemia (I.15506)</b><br><b>Observasi</b><br>1. Identifikasi penyebab hiperglikemia<br>2. Monitor kadar glukosa darah, jika perlu<br>3. Monitor tanda dan gejala hiperglikemia<br><b>Terapeutik</b><br>1. Berikan asupan cairan oral<br>2. Konsultasi dengan medis jika tanda dan gejala hiperglikemia tetap atau memburuk<br><b>Edukasi</b><br>1. Anjurkan menghindari olahraga saat kadar glukosa darah lebih dari 250 mg/dL<br>2. Anjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri<br>3. Anjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga<br>4. Ajarkan pengelolaan diabetes |

|    |  |  |   |
|----|--|--|---|
|    |  |  | <b>Kolaborasi</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi pemberian insulin, jika perlu</li> <li>2. Kolaborasi pemberian cairan iV, jika perlu</li> </ol>  |
| 2. | Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorpsi nutrisi (D.0019).<br><br>Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan hiperglikemia (D.0009). | Setelah diberikan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan status nutrisi terpenuhi. Dengan kriteria hasil: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Porsi makanan yang dihabiskan meningkat</li> <li>2. Berat badan atau IMT meningkat</li> <li>3. Frekuensi makan meningkat</li> <li>4. Nafsu makan meningkat</li> <li>5. Perasaan cepat kenyang menurun</li> </ol> | <b>Manajemen Nutrisi (I.03119)</b><br><b>Observasi</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi status nutrisi</li> <li>2. Identifikasi alergi dan toleransi makanan</li> <li>3. Identifikasi makanan yang disukai.</li> <li>4. Monitor asupan makanan</li> <li>5. Monitor berat badan</li> </ol> <b>Terapeutik</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu</li> <li>2. Fasilitasi menentukan pedoman diet</li> <li>3. Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi</li> </ol> <b>Edukasi</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ajarkan diet yang diprogramkan</li> </ol> <b>Kolaborasi</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrisi yang dibutuhkan, jika perlu.</li> </ol> |
| 3. | Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (D.0077)   | Setelah diberikan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan nyeri menurun dengan kriteria hasil: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kemampuan</li> </ol>   | <b>Manajemen Nyeri (I.08238)</b><br><b>Observasi</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi lokasi,</li> </ol>  |

|    |  |   |   |
|----|--|---|---|
|    |  | <p>menuntaskan aktivitas meningkat</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Keluhan nyeri menurun</li> <li>3. Meringis menurun</li> <li>4. Kesulitan tidur menurun</li> </ol>  | <p>karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Identifikasi skala nyeri.</li> <li>3. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri .</li> <li>4. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan.</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri (teknik relaksasi nafas dalam).</li> <li>2. Kontrol lingkungan.</li> <li>3. Fasilitasi istirahat dan tidur.</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan penyebab,periode, dan pemicu nyeri.</li> <li>2. Anjurkan teknik nonfarmakologi untk mengurangi rasa nyeri.</li> <li>3. Anjurkan monitor rasa nyeri secara mandiri.</li> </ol> <p><b>Kolaborasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi pemberian analgesik jika perlu.</li> </ol> |
| 4. | Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan hiperglikemia (D.0009). | <p>Setelah diberikan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan perfusi perifer meningkat, dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Warna kulit pucat menurun</li> <li>2. Edema perifer menurun</li> <li>3. Turgor kulit</li> </ol> | <p><b>Perawatan Sirkulasi (I.02079)</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Periksa sirkulasi perifer</li> <li>2. Identifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi</li> <li>3. Monitor panas, kemerahan, nyeri, bengkak pada</li> </ol>  |

|    |   |  |   |
|----|---|--|---|
|    |   | <p>membaik</p> <p>4. Pengisian kapiler</p> <p>membaik</p>  | <p>ekstremitas</p> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lakukan pencegahan infeksi.</li> <li>2. Lakukan perawatan kaki dan kuku.</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anjurkan berolahraga rutin.</li> <li>2. Anjurkan menggunakan obat penurun tekanan darah, penurunan kolesterol jika perlu.</li> <li>3. Anjurkan melakukan perawatan kulit yang tepat (mis. melembabkan kulit kering pada kaki).</li> <li>4. Ajarkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi (mis. rendah lemak, minyak ikan).</li> <li>5. Informasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan (mis. rasa sakit yang tidak hilang saat istirahat, luka tidak sembuh, hilangnya rasa).</li> </ol> |
| 5. | <p>Gangguan integritas kulit berhubungan dengan neuropati perifer (D.0129).</p> | <p>Setelah diberikan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan integritas kulit meningkat, dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Elastisitas meningkat</li> <li>2. Hidrasi meningkat</li> <li>3. Kerusakan lapisan kulit menurun</li> <li>4. Perdarahan</li> </ol> | <p><b>Perawatan Integritas kulit (I.11353)</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ubah posisi 2 jam jika tirah baring</li> <li>2. Lakukan pemijatan pada area penonjolan tulang, jika perlu</li> </ol>   |



|    |   |   |   |
|----|---|---|---|
|    |   | <p>menurun</p> <p>5. Nyeri menurun</p>  | <p>3. Gunakan produk berbahan ringan/alami dan hipoalergik pada kulit sensitif</p> <p>4. Hindari berbahan dasar alkohol pada kulit kering</p> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anjurkan menggunakan pelembab</li> <li>2. Anjurkan meningkatkan asupan buah dan sayur</li> <li>3. Anjurkan mandi dan menggunakan sabun secukupnya</li> </ol>  |
| 6. | Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri (D.0054). | <p>Setelah diberikan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan mobilitas fisik meningkat, dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pergerakan ekstremitas meningkat</li> <li>2. Kekuatan otot meningkat</li> <li>3. Nyeri menurun</li> <li>4. Kaku sendi menurun</li> <li>5. Gerakan terbatas menurun</li> <li>6. Kelemahan fisik menurun</li> </ol> | <p><b>Dukungan Mobilisasi (I.05173)</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya.</li> <li>2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan.</li> <li>3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi.</li> <li>4. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi.</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. Tongkat, kruk).</li> <li>2. Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu.</li> <li>3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan</li> </ol> |

|    |   |  |  |
|----|---|--|--|
|    |   |  | <p>pergerakan.</p> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi.</li> <li>2. Anjurkan melakukan mobilisasi dini.</li> <li>3. Ajarkan mobilisasi sederhana harus dilakukan (mis. Duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi).</li> </ol>   |
| 7. | Gangguan persepsi sensori berhubungan dengan gangguan penglihatan (D.0085). | <p>Setelah diberikan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan penglihatan dapat kembali normal, dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lapang pandang membaik</li> <li>2. Ketajaman penglihatan membaik</li> <li>3. Mata tidak buram menurun</li> <li>4. Peradangan pada mata menurun</li> </ol> | <p><b>Edukasi Perawatan Mata (I.06203)</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan</li> <li>2. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan</li> <li>3. Berikan kesempatan untuk bertanya</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ajarkan memonitor kemerahan, eksudat, atau ulserasi</li> <li>2. Anjurkan tidak menyentuh mata</li> <li>3. Anjurkan memakai lensa mata sesuai kebutuhan</li> <li>4. Ajarkan cara penggunaan tetes mata lubrikasi</li> </ol> |
| 8. | Gangguan pola tidur   | Setelah diberikan tindakan keperawatan   | <b>Dukungan Tidur (I.05174)</b>  |

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  | berhubungan dengan hambatan lingkungan (D.0055). | 3x24 jam diharapkan pola tidur membaik, dengan kriteria hasil: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keluhan sulit tidur menurun</li> <li>2. Keluhan sering terjaga menurun</li> <li>3. Keluhan tidak puas tidur menurun</li> <li>4. Keluhan pola tidur berubah menurun</li> </ol> | <b>Observasi</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur</li> <li>2. Identifikasi faktor pengganggu tidur</li> <li>3. Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur</li> <li>4. Identifikasi obat tidur yang dikonsumsi</li> </ol> <b>Terapeutik</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Modifikasi lingkungan</li> <li>2. Batasi waktu tidur siang</li> <li>3. Tetapkan jadwal tidur rutin.</li> </ol> <b>Edukasi</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit</li> <li>2. Anjurkan menghindari makanan/ minuman yang mengganggu tidur</li> <li>3. Ajarkan relaksasi autogenik atau cara nonfarmakologi lainnya</li> </ol> |
|--|--|--|--|

#### 4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah tahap pelaksanaan dari rencana asuhan keperawatan yang bertujuan membantu klien mencapai kesehatan yang lebih baik. Kegiatan ini dilakukan setelah perencanaan selesai mencakup observasi, tindakan, terapeutik, edukasi, dan kolaborasi. Perawat juga memberi penjelasan kepada klien tentang tindakan yang dilakukan. Pelaksanaannya membutuhkan keterampilan berpikir, berkomunikasi, dan melakukan tindakan keperawatan (Ekaputri, 2024).

#### 5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan adalah pencatatan yang menunjukkan sejauh mana kemajuan pasien dalam mencapai tujuan yang telah direncanakan sebelumnya. Tujuan dari evaluasi adalah untuk menilai keberhasilan

intervensi keperawatan dan menggambarkan kondisi pasien setelah tindakan dilakukan. Untuk mempermudah proses evaluasi dan pemantauan kondisi pasien, perawat dapat menggunakan format SOAP yaitu:

a. Subjective (S)

Berisi keluhan pasien yang masih dirasakan setelah intervensi dilakukan.

b. Objective (O)

Data hasil pengamatan langsung oleh perawat terkait kondisi pasien pasca tindakan.

c. Assessment (A)

Analisi perawat terhadap data subjektif dan objektif untuk menentukan diagnosis yang masih sesuai atau mendeteksi masalah baru yang muncul.

d. Planning (P)

Rencana lanjutan asuhan keperawatan yang akan diteruskan, dihentikan, atau ditambahkan sesuai hasil evaluasi dari rencana sebelumnya (Zatihulwani et al, 2023).