

**KARYA TULIS ILMIAH
STUDI KASUS ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. S.H DENGAN
DIABETES MELITUS WISMA BOUGENVILLE UPT. PANTI PENYANTUN
LANSIA BUDI AGUNG KUPANG**



INGKEL MARLONI PA
PO. 530320116306

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA BADAN
PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN SUMBER DAYA MANUSIA
KESEHATAN POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
JURUSAN KEPERAWATAN PRODI D III KEPERAWATAN
2019**

**KARYA TULIS ILMIAH
STUDI KASUS ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. S.H DENGAN
DIABETES MELITUS WISMA BOUGENVILLE UPT. PANTI PENYANTUN
LANSIA BUDI AGUNG KUPANG**

**Studi Kasus Ini Disusun Sebagai Salah Satu Persyaratan Untuk Menyelesaikan
Studi Pada Program Studi Diploma III Keperawatan Dan Mendapatkan Gelar
Ahli Madya Keperawatan**



**INGKEL MARLONI PA
PO. 530320116306**

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA BADAN
PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN SUMBER DAYA MANUSIA
KESEHATAN POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
JURUSAN KEPERAWATAN PRODI D III KEPERAWATAN
2019**

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Ingkel Marlani Pa
NIM : PO.530320116306
Program Studi : D-III Keperawatan
Institusi : Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Studi Kasus yang saya tulis ini adalah benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri dan bukan merupakan pengambil alihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya aku sebagai hasil tulisan atau pikiran saya sendiri.

Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan Studi Kasus ini hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Kupang, 08 Juni 2019
Pembuat Pernyataan :



Ingkel Marlani Pa
Nim : PO.530320116306

Pembimbing :

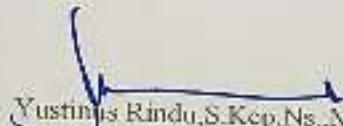


Yustanis Rindu, S.Kep.Ns., M.Kep
NIP: 196612311989011001

LEMBAR PERSETUJUAN

Studi Kasus oleh Ingkel Marlani Pa NIM : PO.530320116306 dengan judul Asuhan Keperawatan Pada An.W.S Dengan Diabetes Melitus di Wisma Bourgerville Panti Werdha Budi Agung Kupang telah diperiksa dan disetujui untuk diujikan.

Pembimbing :

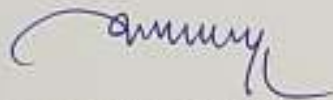

Yustinus Rindu, S.Kep.Ns., M.Kep
NIP: 196612311989011001

LEMBAR PENGESAHAN

Studi Kasus oleh Ingkel Marlioni Pa NIM : PO. 530320116306 dengan judul Asuhan Keperawatan Pada Ny. S.H Dengan Diabetes Melitus di Wisma Bougenville Pantj Werdha Budi Agung Kupang telah dipertahankan di depan dewan penguji pada tanggal Juni 2019.

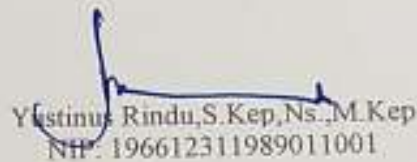
Dewan Penguji :

Penguji I



Dr. Rafael Paun, SKM., M.Kes
NIP: 195702151982011001

Penguji II :



Yustinus Rindu, S.Kep.Ns., M.Kep
NIP: 196612311989011001

Mengesahkan
Ketua Jurusan Keperawatan



Florentinus Tat, S.Kp., M.Kes
NIP: 196911281993031005

Mengetahui
Ketua Program Studi



Margaretha Telli, S.Kep.Ns., MSc-PH
NIP: 197707272000032002

BIODATA PENULIS

Nama : Ingkel Marloni Pa
Tempat tanggal lahir : Kupang, 04 Juni 1996
Jenis kelamin : Laki-laki
Alamat : Jln. Tuak Daun Sumba, Oesapa Kecamatan/Kelurahan
Riwayat Pendidikan : 1. Tamat SD Negeri Palsatu Kupang Tahun 2009
2. Tamat SMP Negeri 2 Kota Kupang Tahun 2012
3. Tamat SMA Negeri 3 Kota Kupang Tahun 2015
4. Tamat D-III Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kupang
Tahun 2019

MOTTO

“ Hati harus tetap merendah, Biar Tuhan yang meninggikan ”

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa atas kasih dan rahmat-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah dalam bentuk Studi Kasus dengan “ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. S.H DENGAN DIABETES MELITUS WISMA BOUGENVILLE UPT. PANTI PENYANTUN LANSIA BUDI AGUNG KUPANG”

”Penulis menyadari dalam menyelesaikan Studi Kasus ini penulis banyak mengalami hambatan. Melalui kesempatan ini penulis dengan tulus hati menyampaikan ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada :

1. Bapak Yustinus Rindu, S.Kep, Ns., M.Kep. selaku pembimbing yang dengan penuh kesabaran dan ketelitian telah membimbing penulis dengan totalitasnya sehingga Studi Kasus ini dapat terselesaikan dengan baik.
2. Dr. Rafael Paun, SKM., M.Kes. selaku penguji yang telah meluangkan waktu, tenaga, dan pikiran untuk menguji penulis dan mengarahkan penulis dalam menyelesaikan Studi Kasus ini.
3. Ibu R.H. Kristina, SKM, M.Kes, selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang yang telah memberikan kesempatan kepada penulis dalam menyelesaikan Studi Kasus ini.
4. Bapak Dr. Florentianus Tat, SKp., M.Kes, selaku Ketua Jurusan Keperawatan Kupang yang telah memberikan ijin dan kesempatan bagi penulis untuk menyelesaikan Studi Kasus ini.
5. Ibu Margaretha Telly, S.Kep., Ns., MSc-PH, selaku Ketua Program Studi Diploma III Jurusan Keperawatan, yang telah memberikan ijin dan kesempatan bagi penulis untuk menyelesaikan Studi Kasus ini.
6. Ibu Natalia Debi Subani, S.Kep, M.Kes. selaku pembimbing akademik yang telah membantu dalam memberikan bimbingan, arahan, dan motivasi selama studi di Poltekkes Kemenkes Kupang Jurusan Keperawatan Prodi D-III

Keperawatan sehingga pada akhirnya penulis dapat menyelesaikan proses penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.

7. Bapak dan Ibu dosen lainnya yang telah membimbing dan mendidik penulis selama tiga tahun menempuh pendidikan D-III di Jurusan Keperawatan.
8. Bapak dan Ibu Pegawai Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kupang yang telah membantu penulis dalam urusan administrasi akademik
9. Kedua orang tua dan adik-adik saya terkasih, Bapa Rafael Pa, Mama Anthonia Elisabeth Adu dan Adik Intan Astika Pa, Indri P. Maria Pa, Beby Pa yang telah membesarkan, merawat dan mendidik saya dengan baik dan memberikan dukungan yang luar biasa kepada penulis
10. Sahabat-sahabat terbaik PLS, Dewayan koroh, Dami banamtuan, Imon raga, Feroniken kaat, Marni Silla, Ina kana, Cristine Thei, dan Dika taneo memberikan motivasi, dukungan, dan doa sehingga pada akhirnya penulis dapat menyelesaikan Studi kasus ini dengan baik.
11. Kekasih saya Feroniken Kaat, A.Md. Kep. yang selalu mendukung dan memberikan semangat kepada penulis.
12. Dan semua pihak yang telah membantu penulis yang namanya tidak dapat disebutkan satu-persatu.

Semoga Tuhan Yesus selalu memberkati, menyertai dan membalas kebaikan semua pihak yang telah membantu memberikan kesempatan, motivasi, dan dukungan dalam proses penyelesaian penulisan Karya Tulis Ilmiah ini. Penulis menyadari sepenuhnya bahwa Karya Tulis Ilmiah ini masih jauh dari kesempurnaan, namun semoga Karya Tulis Ilmiah ini dapat bermanfaat bagi pembaca.

Kupang, Juni 2019

Penulis

DAFTAR ISI

Halaman Judul	
Lembar Persetujuan	i
Lembar Pengesahan	ii
Pernyataan Keaslian Tulisan.....	iii
Biodata Penulis	iv
Kata Pengantar	v
Daftar Isi	viii
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang Masalah	1
1.2 Tujuan Studi Kasus.....	3
1.3 Manfaat Studi Kasus.....	4
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	5
2.1 Konsep Lansia.....	5
2.2 Konsep Teori Diabetes Mellitus Tipe II	13
2.3 Konsep Senam Kaki.....	23
2.4 Konsep Asuhan Keperawatan.....	26
BAB 3 HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN	40
3.1 Hasil StudiKasus.....	40
3.2 Pembahasan.....	56
3.3 KeterbatasanStudiKasus	65
BAB 4 PENUTUP	66
4.1 Kesimpulan	66
4.2 Saran	70
DAFTAR PUSTAKA	x
LAMPIRAN	

ABSTRAK

Ingkel Marloni Pa. NIM: PO.530320116306. Studi Kasus Asuhan Keperawatan lansia dengan Diabetes Melitus di Wisma Bougenville Panti Werdha Budi Agung Kupang

Latar Belakang: Diabetes melitus adalah gangguan metabolik yang ditandai oleh hiperglikemia(kenaikan kadar glukosa) akibat kurangnya hormon insulin, menurunnya efek insulin atau keduanya(Kowalak, dkk.2016).Diabetes Melitus merupakan salah satu masalah kesehatan yang perlu diwaspadai oleh seluruh dunia. International Diabetes Federation mengatakan DM di dunia mengalami peningkatan yang sangat besar. International Diabetes Federation (IDF) mencatat sekitar 366 juta orang di seluruh dunia, atau 8,3% dari orang dewasa, diperkirakan memiliki DM pada tahun 2017. (IDF,2017). Dampak yang paling serius dari penyakit dibetik ini yaitu komplikasi neuropati perifer. Hiperglikemia jangka panjang dapat menunjang terjadinya komplikasi neuropati. Diabetes juga berkaitan dengan suatu peningkatan kejadian penyakit makrovaskuler, termasuk infark miokard, stroke dan penyakit vaskuler perifer. (Brunner dan Suddarth, 2000). Penderita diabetes melitus penting untuk mematuhi serangkaian pemeriksaan seperti pengontrolan gula darah. Bila kepatuhan dalam pengontrolan gula darah pada penderita DM rendah, maka bisa menyebabkan tidak terkontrolnya kadar gula darah yang akan menyebabkan komplikasi.

Tujuan dari studi kasus ini adalah untuk melaksanakan dan mendapatkan gambaran tentang asuhan keperawatan pada pasien diabetes mellitus tipe II yang meliputi: pengkajian, diagnose keperawatn, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan.

Metode yang digunakan dalam studi kasus ini adalah metode wawancara, observasi dengan pendekatan studi kasus, yang dilakukan di Wisma Bougenville Panti Werdha Budi Agung Kupang. Hasil dari studi kasus yang diharapkan adalah Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 2x24 jam didapatkan masalah nyeri akut belum teratasi, ketidakstabilan glukosa darah dan resiko jatuh belum teratasi.

Kesimpulan dari studi kasus ini adalah tidak terdapat kesenjangan antara teori dan praktek, dimana pada tahap pengkajian pada riwayat penyakit dahulu dan penyakit keluarga sesuai dengan teori dan kasus nyata yang ditemukan. Dan untuk diagnosa keperawatan tidak terdapat kesenjangan antara teori dan kasus nyata, pada kasus nyata terdapat 3 masalah kesehatan yang sesuai dengan teori. Untuk evaluasi keperawatan tidak terjadi kesenjangan antara teori dan praktek.

Kata Kunci : Asuhan, Keperawatan, Lansia, Diabetes, Mellitus

BAB I

PENDAHULUAN

1.1.Latar Belakang

Diabetes melitus merupakan sekelompok kelainan yang ditandai oleh peningkatan kadar glukosa darah (hiperglikemia). Terdapat penurunan dalam kemampuan untuk berespons terhadap insulin dan atau penurunan atau tidak terdapatnya pembentukan insulin oleh pankreas. Kondisi ini mengarah pada hiperglikemik hiperosmolar non-ketosis (HHNK). Hiperglikemia jangka panjang dapat menunjang terjadinya komplikasi neuropati. Diabetes juga berkaitan dengan suatu peningkatan kejadian penyakit makrovaskuler, termasuk infark miokard, stroke dan penyakit vaskuler perifer. (Brunner dan Suddarth, 2000). Diabetes dapat menimbulkan manifestasi klinis yang paling sering terjadi yaitu kelelahan akibat defisiensi energi dan keadaan katabolis, diuretik osmotik yang disertai poliuria, dehidrasi, polidipsi, selaput lendir kering dan kekencangan kulit buruk. Penderita juga dapat mengalami penurunan berat badan dan selalu lapar (Brunner dan Suddarth, 2000).

International Diabetes Federation mengatakan DM di dunia mengalami peningkatan yang sangat besar. International Diabetes Federation (IDF) mencatat sekitar 366 juta orang di seluruh dunia, atau 8,3% dari orang dewasa, diperkirakan memiliki DM pada tahun 2017. (IDF,2015).

Di Indonesia memperlihatkan peningkatan 6,9% tahun 2013 menjadi 8,5% di tahun 2018. Pada tahun 2015 menempati peringkat ketujuh pada DM yang terdiagnosis dokter terdapat di Sulawesi Tengah (3,7%), Sulawesi Utara (3,6%), Sulawesi Selatan (3,4%), dan Nusa Tenggara Timur (3,3 %). (Kemenkes, 2013).

Di provinsi NTT penyakit Diabetes Melitus sebanyak 1,2 % yang terdiagnosa oleh dokter dan diperkirakan akan meningkat seiring bertambahnya usia (Risksdas 2013).

Berdasarkan data yang di peroleh dari buku registrasi UPT Panti Sosial Penyantunan Lanjut Usia Budi Agung, Kupang sebanyak 3 orang pada tahun 2018-2019 dengan jumlah laki-laki sebanyak 1 orang dan perempuan 2 orang lansia yang mengalami diabetes mellitus. Penderita DM penting untuk mematuhi serangkaian pemeriksaan seperti pengontrolan gula darah. Mematuhi pengontrolan gula darah pada DM merupakan tantangan yang besar supaya tidak terjadi keluhan subyektif yang mengarah pada kejadian komplikasi. Diabetes melitus apabila tidak tertangani secara benar, maka dapat mengakibatkan berbagai macam komplikasi. (UPTD Budi Agung Kupang)

Diabetes Melitus disebut dengan *the silent killer* karena penyakit ini dapat menimbulkan berbagai komplikasi antara lain gangguan penglihatan mata, katarak, penyakit jantung, sakit ginjal, impotensi seksual, luka sulit sembuh dan membusuk/gangren, infeksi paru-paru, gangguan pembuluh darah, stroke dan sebagainya.

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

Berdasarkan latar belakang diatas, penulis tertarik untuk melakukan “Asuhan Keperawatan pada Ny. S.H dengan Diabetes mellitus di UPT. Panti Sosial Penyantun lanjut usia budi agung Kupang di wisma Bougenville”.

1.2.Rumusan masalah

1.2.1. Tujuan Umum

Melaksanakan “Asuhan Keperawatan pada Ny. S.H dengan Diabetes mellitus sesuai proses keperawatan secara benar”

1.2.2. Tujuan Khusus

- 1). Melakukan pengkajian keperawatan pada Ny. S.H dengan Diabetes mellitus sesuai proses keperawatan secara benar
- 2). Merumuskan diagnosa keperawatan pada Ny. S.H dengan Diabetes mellitus sesuai proses keperawatan secara benar
- 3). Menyusun rencana keperawatan pada Ny. S.H dengan Diabetes mellitus sesuai proses keperawatan secara benar
- 4). Melaksanakan tindakan keperawatan pada Ny. S.H dengan Diabetes mellitus sesuai proses keperawatan secara benar
- 5). Melakukan evaluasi keperawatan pada Ny. S.H dengan Diabetes mellitus sesuai proses keperawatan secara benar

1.3. Manfaat Studi Kasus

1.3.1. Bagi Lansia

Asuhan keperawatan yang di berikan dapat bermanfaat untuk aktifitas sehari-hari pada lansia dengan masalah diabetes mellitus.

1.3.2. Bagi Panti ,

Diharapkan dapat menjadi sumber referensi untuk mengembangkan ilmu dalam bidang keperawatan tentang gangguan sistem metabolisme dengan diabetes mellitus.

1.3.3. Bagi Penulis

Penulisan karya tulis ilmiah ini juga bermanfaat untuk mengetahui antara teori dan kasus nyata yang terjadi dilapangan sinkron atau tidak, karena dalam teori yang sudah ada tidak selalu sama dengan kasus yang terjadi. Sehingga disusunlah karya tulis ilmiah ini.

1.3.4. Bagi Pendidikan

Studi kasus ini diharapkan dapat menambah literatur perpustakaan dalam bidang Keperawatan pada lansia.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Kosep Teori Diabetes Melitus

2.1.1. Pengertian

Diabetes Melitus Tipe II adalah gangguan metabolik yang ditandai oleh hiperglikemia (kenaikan kadar glukosa) akibat kurangnya hormon insulin, menurunnya efek insulin atau keduanya. (kowalak, dkk. 2016). Diabetes melitus merupakan penyebab hiperglikemi. Hiperglikemi disebabkan oleh berbagai hal, namun hiperglikemi paling sering disebabkan oleh diabetes melitus. Pada diabetes melitus gula menumpuk dalam darah sehingga gagal masuk kedalam sel. Kegagalan tersebut terjadi akibat hormoninsulin jumlahnya kurang atau cacat fungsi. Hormoninsulin merupakan hormon yang membantu masuknya gula darah (*WHO, 2016*).

2.1.2. Etiologi

Mekanisme yang tepat yang menyebabkan resistensi insuline dan gangguan sekresi insuline pada diabetes tipe II masih belum diketahui. Faktor genetik diperkirakan memegang peran dalam proses terjadinya resistensi insuline. Selain itu terdapat pula faktor-faktor risiko tertentu yang berhubungan dengan proses terjadinya diabetes tipe II. Faktor-faktor ini adalah

- 1) **Obesitas.** Obesitas menurunkan jumlah reseptor insulin dari sel target diseluruh tubuh sehingga insulin yang tersedia menjadi kurang efektif dalam meningkatkan efek metabolik.
- 2) **Usia.** Resistensi unsilen cendrung Cenderung meningkat pada usia atas 65 tahun
- 3) **Gestasional diabetes mellitus dengan kehamilan** (diabetes melitus gaestasional (DMG) adalah kehamilan normal yang di sertai dengan peningkatan insulin resistensi (ibu hamil gagal mempertahankan

euglycemia). Pada golongan ini, kondisi diabetes di alami sementara selama masa kehamilan Artinya kondisi diabetes atau intoleransi glukosa pertama kali di dapat selama kehamilan, biasanya pada trimester kedua atau ketiga (Brunner & suddarth.2015).

2.1.3. Klasifikasi Diabetik Melitus menurut *American diabetes Asociation* adalah sebagai berikut

- 1) DM Tipe I Destruksi sel beta, umumnya menjurus ke defisiensi insulin absolute, Autoimun, Idiopatik.
- 2) Tipe II Bervariasi mulai dari yang dominan resistensi insulin disertai defisiensi insulin relatif sampai defek insulin disertai resistensi insulin.
- 3) Tipe Lain : Defek genetik fungsi sel beta, Defek genetik kerja insulin: resistensi insulin tipe A, leprechaunisme, sindrom rabson Mendenhal, Penyakit eksokrin pancreas: pancreatitis, trauma/pankreatektomi, neoplasma, fibrosis kistik, Endokrinopati: akromegali, sindrom cushing, feokromositoma, Obat atau zat kimia: vacor, pentamidin, asam nikotinat, glukokortikoid, hormone tiroid, diazoxid, tiazid, Infeksi: rubella congenital , Immunologi (jarang): sindrom stiff-man, anti bodi anti reseptor insulin , Sindrom genetik lain yang berkaitan dengan DM
- 4) Diabetes Melitus Gestasional (Gestational diabetes melitus) GDM. 5%-10% penderita diabetes adalah tipe I Kurang lebih 90% hingga 95% penderita mengalami diabetes tipe I, yaitu diabetes yang tidak tergantung insulin. awetan mendadak biasanya terjadi sebelum usia 30%. Diabetes tipe II terjadi akibat penurunan sensitivitas insulin (yang disebut resistensi insulin) atau akibat penurunan jumlah produksi insulin. Diabetes melitus tipe II umumnya disebabkan oleh obesitas dan kekurangan olahraga faktor yang mempengaruhi timbulnya diabetes melitus secara umum yaitu usia lebih dari 40 tahun, obesitas dan riwayat keluarga. (Brunner dan Suddarth, 2000)

2.1.4. Patofisiologi

Terdapat dua masalah utama pada DM Tipe II yaitu resistensi insulin dan gangguan sekresi insulin. Normalnya insulin akan berkaitan pada reseptor khusus dan meskipun kadar insulin tinggi dalam darah tetap saja glukosa tidak dapat masuk kedalam sel sehingga sel akan kekurangan glukosa. Mekanisme inilah yang dikatakan sebagai resistensi insulin. Untuk mengatasi resistensi insulin dan mencegah terbentuknya glukosa dalam darah yang berlebihan maka harus terdapat peningkatan jumlah insulin yang disekresikan. Namun demikian jika sel-sel beta tidak mampu mengimbangnya, maka kadar glukosa akan meningkat dan terjadilah DM tipe II. Meskipun terjadi gangguan sekresi insulin yang merupakan ciri khas diabetes tipe II, namun masih terdapat insulin dengan jumlah yang adekuat untuk mencegah pemecahan lemak dan produksi badan keton yang menyertainya. karena itu, ketoasidosis diabetik tidak terjadi pada diabetis tipe II. (Brunner & suddarth, 2015)

2.1.5. Manifestasi klinis

1) Poliuri

Kekurangan insulin untuk mengangkut glukosa melalui membrane dalam sel menyebabkan hiperglikemia sehingga serum plasma meningkat atau hiperosmolariti menyebabkan cairan intrasel berdifusi kedalam sirkulasi atau cairan intravaskuler, aliran darah ke ginjal meningkat sebagai akibat dari hiperosmolaritas dan akibatnya akan terjadi diuresis osmotik (poliuria)

2) Polidipsia

Akibat meningkatnya difusi cairan dari intrasel kedalam vaskuler menyebabkan penurunan volume intrasel sehingga efeknya adalah dehidrasi sel. Akibat dari dehidrasi sel mulut menjadi kering dan sensor

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

3) Poliphagia

Karena glukosa tidak dapat masuk ke sel akibat dari menurunnya kadar insulin maka produksi energi menurun, penurunan energi akan menstimulasi rasa lapar. Maka reaksi yang terjadi adalah seseorang akan lebih banyak makan (poliphagia).

4) Penurunan berat badan

Karena glukosa tidak dapat di transport kedalam sel maka sel kekurangan cairan dan tidak mampu mengadakan metabolisme, akibat dari itu maka sel akan menciut, sehingga seluruh jaringan terutama otot mengalami atrofikan penurunan secara otomatis.

5) Malaise atau kelemahan

Kesemutan, Lemas dan Mata kabur. (Brunner & Suddart, 2015)

2.1.6. Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan yang dapat dilakukan meliputi 4 hal yaitu:

- 1) Postprandial : Dilakukan 2 jam setelah makan atau setelah minum. Angka diatas 130mg/dl mengindikasikan diabetes.
- 2) Hemoglobin glikosilat: Hb1C adalah sebuah pengukuran untuk menilaikadar guladarah selama 140 hari terakhir. Angka Hb1C yang melebihi 6,1% menunjukkan *diabetes*.
- 3) Tes toleransi glukosa oral: Setelah berpuasa semalaman kemudian pasien diberi air dengan 75 grgula, dan akan diuji selama periode 24 jam. Angka gula darah yang normaldua jam setelah meminum cairan tersebut harus < dari 140 mg/dl.
- 4) Tes glukosa darah dengan finger stick, yaitu jari ditusuk dengan sebuahjarum, sample darah diletakkan pada sebuah strip yang dimasukkan kedalam celah pada mesin glukometer, pemeriksaan ini

digunakan hanya untuk memantau kadar glukosa yang dapat dilakukan dirumah.

2.1.7. Penatalaksanaan

1). Terapi Non Farmakologi

a). Diet untuk pasien Diabetes Melitus meliputi :

Tujuan Diet Penyakit Diabetes melitus adalah membantu pasien memperbaiki kebiasaan makan dan olahraga untuk mendapatkan kontrol metabolik yang lebih baik, dengan cara: Mempertahankan kadar glukosa darah supaya mendekati normal dengan menyeimbangkan asuhan makanan dengan insulin, Mencapai dan mempertahankan kadar lipida serum normal, Memberi cukup energi untuk mempertahankan atau mencapai berat badan normal, Menghindari atau menangani komplikasi akut pasien yang menggunakan insulin seperti hipoglikemia, meningkatkan derajat kesehatan secara keseluruhan melalui gizi yang optimal

Syarat diet: Energi cukup untuk mencapai dan mempertahankan berat badan normal, Kebutuhan protein normal, yaitu 10-15% dari kebutuhan energi total, Kebutuhan lemak sedang, yaitu 10-15% dari kebutuhan energi total, Kebutuhan karbohidrat adalah sisa dari kebutuhan energi total, yaitu 60-70%, Penggunaan gula alternatif dalam jumlah terbatas, Asupan serat dianjurkan 25g/hari dengan mengutamakan serat larut air yang terdapat dalam sayur dan buah, Pasien DM dengan tekanan darah normal diperbolehkan mengonsumsi natrium dalam bentuk garam dapur seperti orang sehat yaitu 3000mg/hari. Cukup vitamin dan mineral.

Bahan makanan yang boleh dianjurkan untuk diet DM: Sumber karbohidrat kompleks : Seperti nasi, Roti, Kentang, Ubi, Singkong dan sagu, Sumber Protein Redah Lemak : seperti ikan,

ayam tanpa kulit, susu skim, tempe dan kacang-kacangan, Sumber lemak dalam jumlah terbatas. Makanan terutama dengan cara dipanggang, dikukus, disetup, direbus dan dibakar.

Bahan-bahan makanan yang tidak dianjurkan (Dibatasi/dihindari): Mengandung banyak gula sederhana seperti : Gula pasir, Gula Jawa, sirup, jeli, buah-buahan yang diawetkan dengan gula, susu kental manis, minuman botol ringan dan es krim, Mengandung banyak lemak seperti cake, makanan siap saji, gorengan-gorengan, Mengandung banyak natrium : seperti ikan asin, makanan yang diawetkan.

b). Latihan Jasmani

Pada penyandang diabetes tipe II yang obesitas, latihan dan penatalaksanaan diet akan memperbaiki metabolisme glukosa serta meningkatkan penghilang lemak tubuh. Latihan yang digabung dengan penurunan BB akan memperbaiki sensitivitas insulin dan menurunkan kebutuhan pasien terhadap insuline atau obat hipoglikemia oral. Pada akhirnya, toleransi glukosa dapat kembali normal. Penderita diabetes tipe II yang tidak menggunakan insuline mungkin tidak memerlukan makanan ekstra sebelum melakukan latihan.

c). Pendidikan kesehatan

Edukator bagi pasien diabetes yaitu pendidikan dan pelatihan mengenai pengetahuan dan keterampilan yang bertujuan menunjang perubahan perilaku untuk meningkatkan pemahaman pasien akan penyakitnya, yang diperlukan untuk mencapai keadaan sehat yang optimal. Penyesuaian keadaan psikologik kualifas hidup yang lebih baik. (Bare & Suzanne, 2002)

2). Terapi Farmakologi

- a) Sulfonilurea. Obat golongan sulfonilurea bekerja dengan cara : Menstimulasi penganlepasan insulin yang tersimpan, Menurunkan ambang sekresi insulin. Meningkatkan sekresi insulin sebagai akibat rangsangan glukosa. Obat golongan ini biasanya diberikan pada pasien dengan BB normal dan masih bisa dipakai pada pasien yang beratnya sedikit lebih.
- b) Insulin: Indikasi pengobatan dengan insulin adalah: Semua penderita DM dari setiap umur (baik IDDM maupun NIDDM) dalam keadaan ketoasidosis atau pernah masuk kedalam ketoasidosis, DM dengan kehamilan/ DM gestasional yang tidak terkontrol dengan diet (perencanaan makanan), DM yang tidak berhasil dikelola dengan obat hipoglikemik oral dosis maksimal. Dosis insulin oral atau suntikan dimulai dengan dosis rendah dan dinaikkan perlahan – lahan sesuai dengan hasil glukosa darah pasien. Bila sulfonilurea atau metformin telah diterima sampai dosis maksimal tetapi tidak tercapai sasaran glukosa darah maka dianjurkan penggunaan kombinasi sulfonilurea dan insulin. Dosis pemberian insulin pada pasien dengan DM:

Jenis obat : Kerja cepat (*rapid acting*) retensi insulin 5-15 menit puncak efek 1-2 jam, lama kerja 4-6 jam. Contoh obat: insulin lispro (humalo), insulin aspart, Kerja pendek (*short acting*) awitan 30-60 menit, puncak efek 2-4 jam, lama kerja 6-8 jam, kerja menengah (*intermediate acting*) awitan 1,5-4 jam, puncak efek 4-10 jam, lama kerja 8-12 jam), awitan 1-3 jam, efek puncak hampir tanpa efek, lama kerja 11-24 jam. Contoh obat: lantus dan levemir. Hitung dosis insulin Rumus insulin: insulin harian total = 0,5 unit insulin x BB pasien, Insulin prandial total (IPT) = 60% , Sarapan pagi 1/3 dari IPT, Makan siang 1/3 dari IPT, Makan malam 1/3 dari IPT

2.2. Konsep lansia

2.2.1. Definisi Lansia

Lansia adalah seorang yang mencapai usia 60 tahun ke atas baik pria maupun wanita, yang masih aktif beraktifitas yang bekerja maupun mereka yang tidak berdaya untuk mencari nafka sendiri hingga bergantung pada orang lain untuk menghidupi dirinya sendiri (nugroho, 2006). Lansia adalah seseorang yang telah mencapai usia 60 tahun ke atas. Menua bukanlah suatu penyakit, tetapi merupakan proses yang berangsur-angsur mengakibatkan perubahan kumulatif, merupakan proses menurunnya daya tahan tubuh dalam menghadapi rangsangan dari dalam dan luar tubuh

Menua atau menjadi tua adalah suatu keadaan yang terjadi di dalam kehidupan manusia. Proses menua merupakan proses sepanjang hidup, tidak hanya dimulai dari suatu waktu tertentu, tetapi dimulai sejak permulaan kehidupan. Menjadi tua merupakan proses alamiah yang berarti seseorang telah melalui tiga tahap kehidupan, yaitu anak, dewasa dan tua (Nugroho, 2006).

Keperawatan Gerontik adalah Suatu bentuk pelayanan profesional yang didasarkan pada ilmu dan kiat/teknik keperawatan yang berbentuk bio-psiko-sosio-spiritual dan kultural yang holistik, ditujukan pada klien lanjut usia, baik sehat maupun sakit pada tingkat individu, keluarga, kelompok dan masyarakat.

2.2.2. Batasan Lansia

WHO yang lama dan yang baru. Yang lama: Usia lanjut (elderly) antara usia 60-74 tahun, Usia tua (old) :75-90 tahun, dan Usia sangat tua (very old) adalah usia > 90 tahun. Yang baru: Setengah baya: 66- 79 tahun, Orang tua : 80- 99 tahun, Orang tua berusia panjang

Depkes RI (2005) batasan lansia dibagi menjadi tiga katagori: Usia lanjut presenilis yaitu antara usia 45-59 tahun, Usia lanjut yaitu usia 60 tahun ke

atas, Usia lanjut beresiko yaitu usia 70 tahun ke atas atau usia 60 tahun ke atas dengan masalah kesehatan.

2.2.3. Teori Proses menua pada lansia

Menua atau menjadi tua adalah suatu keadaan yang terjadi didalam kehidupan manusia. Proses menua merupakan proses sepanjang hidup, tidak hanya dimulai dari suatu waktu tertentu, tetapi dimulai sejak permulaan kehidupan. Menjadi tua merupakan proses alamiah yang berarti seseorang telah melalui tiga tahap kehidupannya yaitu, anak, dewasa, dan tua. Tiga tahap ini berbeda, baik secara biologis maupun secara psikologis. Memasuki usia tua berarti mengalami kemunduran, misalnya kemunduran fisik yang ditandai dengan kulit yang mengendur, rambut memutih, gigi mulai ompong, pendengaran kurang jelas, penghilataan semakin memburuk, gerakan lambat, dan otot tubuh yang tidak proposional.

2.2.4. Ciri-ciri Lansia

- 1) Lansia merupakan periode kemunduran.

Kemunduran pada lansia sebagian datang dari faktor fisik dan faktor psikologis. Motivasi memiliki peran yang penting dalam kemunduran pada lansia. Misalnya lansia yang memiliki motivasi yang rendah dalam melakukan kegiatan, maka akan mempercepat proses kemunduran fisik, akan tetapi ada juga lansia yang memiliki motivasi yang tinggi, maka kemunduran fisik pada lansia akan lebih lama terjadi.

- 2) Lansia memiliki status kelompok minoritas.

Kondisi ini sebagai akibat dari sikap sosial yang tidak menyenangkan terhadap lansia dan diperkuat oleh pendapat yang kurang baik, misalnya lansia yang lebih senang mempertahankan pendapatnya maka sikap sosial di masyarakat menjadi negatif, tetapi ada juga lansia yang mempunyai tenggang rasa kepada orang lain sehingga sikap sosial masyarakat menjadi positif.

- 3) Menua membutuhkan perubahan peran.

Perubahan peran tersebut dilakukan karena lansia mulai mengalami kemunduran dalam segala hal. Perubahan peran pada lansia sebaiknya dilakukan atas dasar keinginan sendiri bukan atas dasar tekanan dari lingkungan. Misalnya lansia menduduki jabatan sosial di masyarakat sebagai Ketua RW, sebaiknya masyarakat tidak memberhentikan lansia sebagai ketua RW karena usianya.

- 4) Penyesuaian yang buruk pada lansia.

Perlakuan yang buruk terhadap lansia membuat mereka cenderung mengembangkan konsep diri yang buruk sehingga dapat memperlihatkan bentuk perilaku yang buruk. Akibat dari perlakuan yang buruk itu membuat penyesuaian diri lansia menjadi buruk pula. Contoh : lansia yang tinggal bersama keluarga sering tidak dilibatkan untuk pengambilan keputusan karena dianggap pola pikirnya kuno, kondisi inilah yang menyebabkan lansia menarik diri dari lingkungan, cepat tersinggung dan bahkan memiliki harga diri yang rendah.

2.2.5. Tujuan Keperawatan Gerontik

- 1) Membantu memahami individu terhadap perubahan di usia lanjut
- 2) Memoivasi masyarakat dalam upaya meningkatkan kesejahteraan lansia
- 3) Mengembalikan kemampuan melakukan aktifitas sehari-hari
- 4) Mempertahankan kesehatan serta kemampuan lansia dengan jalan perawatan dan pencegahan.
- 5) Membantu mempertahankan serta membesarkan daya hidup atau semangat hidup klien lanjut usia.
- 6) Menolong dan merawat klien lanjut usia yang menderita penyakit atau mengalami gangguan tertentu (kronis maupun akut).

- 7) Merangsang para petugas kesehatan untuk dapat mengenal dan menegakkan diagnosa yang tepat dan dini apabila mereka menjumpai suatu kelainan tertentu
- 8) Mencari upaya semaksimal mungkin, agar para klien lanjut usia yang menderita usia penyakit/ gangguan, masih dapat mempertahankan kebebasan yang maksimal tanpa perlu suatu pertolongan (memelihara kemandirian secara maksimal).

2.2.6. Perkembangan Lansia

Usia lanjut merupakan usia yang mendekati akhir siklus kehidupan manusia di dunia. Tahap ini dimulai dari 60 tahun sampai akhir kehidupan. Lansia merupakan istilah tahap akhir dari proses penuaan. Semua orang akan mengalami proses menjadi tua (tahap penuaan). Masa tua merupakan masa hidup manusia yang terakhir, dimana pada masa ini seseorang mengalami kemunduran fisik, mental dan sosial sedikit demi sedikit sehingga tidak dapat melakukan tugasnya sehari-hari lagi (tahap penurunan). Penuaan merupakan perubahan kumulatif pada makhluk hidup, termasuk tubuh, jaringan dan sel, yang mengalami penurunan kapasitas fungsional. Pada manusia, penuaan dihubungkan dengan perubahan degeneratif pada kulit, tulang, jantung, pembuluh darah, paru-paru, saraf dan jaringan tubuh lainnya. Dengan kemampuan regeneratif yang terbatas, mereka lebih rentan terhadap berbagai penyakit, sindroma dan kesakitan dibandingkan dengan orang dewasa lain. Untuk menjelaskan penurunan pada tahap ini, terdapat berbagai perbedaan teori, namun para ahli pada umumnya sepakat bahwa proses ini lebih banyak ditemukan pada faktor genetik.

2.2.7. Permasalahan yang terjadi Lansia

1) Masalah fisik

Masalah yang hadapi oleh lansia adalah fisik yang mulai melemah, sering terjadi radang persendian ketika melakukan aktivitas yang cukup

berat, indra pengelihatan yang mulai kabur, indra pendengaran yang mulai berkurang serta daya tahan tubuh yang menurun, sehingga sering sakit.

2) Masalah kognitif (intelektual)

Masalah yang hadapi lansia terkait dengan perkembangan kognitif, adalah melemahnya daya ingat terhadap sesuatu hal (pikun), dan sulit untuk bersosialisasi dengan masyarakat di sekitar.

3) Masalah emosional

Masalah yang hadapi terkait dengan perkembangan emosional, adalah rasa ingin berkumpul dengan keluarga sangat kuat, sehingga tingkat perhatian lansia kepada keluarga menjadi sangat besar. Selain itu, lansia sering marah apabila ada sesuatu yang kurang sesuai dengan kehendak pribadi dan sering stres akibat masalah ekonomi yang kurang terpenuhi.

4) Masalah spiritual

Masalah yang dihadapi terkait dengan perkembangan spiritual, adalah kesulitan untuk menghafal kitab suci karena daya ingat yang mulai menurun, merasa kurang tenang ketika mengetahui anggota keluarganya belum mengerjakan ibadah, dan merasa gelisah ketika menemui permasalahan hidup yang cukup serius.

2.2.8. Tujuan Pelayanan Kesehatan Lansia

Pelayanan pada umumnya selalu memberikan arah dalam memudahkan petugas kesehatan dalam memberikan pelayanan sosial, kesehatan, perawatan dan meningkatkan mutu pelayanan bagi lansia. Tujuan pelayanan kesehatan pada lansia terdiri dari :

- 1) Mempertahankan derajat kesehatan para lansia pada taraf yang setinggi-tingginya, sehingga terhindar dari penyakit atau gangguan.

- 2) Memelihara kondisi kesehatan dengan aktifitas-aktifitas fisik dan mental.
- 3) Mencari upaya semaksimal mungkin agar para lansia yang menderita suatu penyakit atau gangguan, masih dapat mempertahankan kemandirian yang optimal.
- 4) Mendampingi dan memberikan bantuan moril dan perhatian pada lansia yang berada dalam fase terminal sehingga lansia dapat menghadapi kematian dengan tenang dan bermartabat. Fungsi pelayanan dapat dilaksanakan pada pusat pelayanan sosial lansia, pusat informasi pelayanan sosial lansia, dan pusat pengembangan pelayanan sosial lansia dan pusat pemberdayaan lansia.

2.2.9. Prinsip Etika Pada Pelayanan Kesehatan Lansia

1) Empati:

Istilah empati menyangkut pengertian “simpati atas dasar pengertian yang dalam” artinya upaya pelayanan pada lansia harus memandang seorang lansia yang sakit dengan pengertian, kasih sayang dan memahami rasa penderitaan yang dialami oleh penderita tersebut. Tindakan empati harus dilaksanakan dengan wajar, tidak berlebihan, sehingga tidak memberi kesan over protective dan belas-kasihan. Oleh karena itu semua petugas geriatrik harus memahami proses fisiologis dan patologik dari penderita lansia.

2) Non maleficence dan beneficence.

Pelayanan pada lansia selalu didasarkan pada keharusan untuk mengerjakan yang baik dan harus menghindari tindakan yang menambah penderitaan (harm). Sebagai contoh, upaya pemberian posisi baring yang tepat untuk menghindari rasa nyeri, pemberian analgesik (kalau perlu dengan derivat morfina) yang cukup, pengucapan kata-kata hiburan

merupakan contoh berbagai hal yang mungkin mudah dan praktis untuk dikerjakan.

3) Otonomi;

Suatu prinsip bahwa seorang individu mempunyai hak untuk menentukan nasibnya, dan mengemukakan keinginannya sendiri. Dalam etika ketimuran, seringkali hal ini dibantu (atau menjadi semakin rumit) oleh pendapat keluarga dekat. Jadi secara hakiki, prinsip otonomi berupaya untuk melindungi penderita yang fungsional masih kapabel (sedangkan non-maleficence dan beneficence lebih bersifat melindungi penderita yang inkapabel). Dalam berbagai hal aspek etik ini seolah-olah memakai prinsip paternalisme, dimana seseorang menjadi wakil dari orang lain untuk membuat suatu keputusan (misalnya seorang ayah membuat keputusan bagi anaknya yang belum dewasa).

2.3. Konsep senam kaki

2.3.1. Pengertian

Senam diabetes merupakan gerakan senam yang penekanannya pada gerakan ritmik otot, sendi, vaskular dan saraf dalam bentuk peregangan dan relaksasi (Suryanto, 2009). Konsep gerakan pada senam sehat diabetes melitus menggunakan konsep latihan ketahanan jantung paru (endurance) dengan mempertahankan keseimbangan otot kanan dan kiri.

2.3.2. Tujuan

- 1). Mengontrol gula darah, terutama pada diabetes mellitus tipe 2 yang mengikuti olahraga teratur maka monitor gula darah HbA1C mengalami perbaikan. Glukosa darah dibakar menjadi energi sehingga sel-sel energi menjadi lebih sensitif terhadap insulin. Peredaran darah lebih baik dan risiko terjadinya diabetes tipe 2 akan turun sampai 50%. Keuntungan lain dari olahraga adalah bertambahnya massa otot. Glukosa darah

diserap oleh otot sekitar 70-90 %, pada orang yang kurang bergerak massa otot berkurang dan gula darah pun akan meningkat;

- 2). Menghambat dan memperbaiki faktor risiko penyakit kardiovaskuler yang banyak terjadi pada penderita DM, membantu memperbaiki profil lemak darah, dan menurunkan kolesterol total. LDL trigliserida dan menaikkan HDL kolesterol serta memperbaiki sistem hemostatik, sirkulasi dan tekanan darah. Kondisi tersebut dapat menghambat terjadinya aterosklerosis dan penyakit vaskuler yang berbahaya seperti penyakit jantung koroner (PJK), stroke, penyakit pembuluh darah perifer. Dengan olahraga yang teratur ternyata penderita DM yang telah terserang penyakit jantung koroner tingkat kesegaran jasmaninya dapat tetap terjaga dengan baik;
- 3). Menurunkan berat badan, pengaturan olahraga secara optimal dan diet DM pada penderita kegemukan (obesitas) dapat menurunkan berat badan. Penurunan berat badan menguntungkan dalam regulasi obese, yaitu memperbaiki insulin resisten, mengontrol gula darah dan memperbaiki risiko PJK;
- 4). Memperbaiki gejala – gejala muskuloskeletal otot, tulang, sendi yaitu dengan gejala – gejala neuropati perifer dan osteoartrosis, seperti kesemutan, gatal – gatal, linu – linu;
- 5). Memberikan keuntungan psikologis, olahraga yang teratur juga dapat memperbaiki tingkat kesegaran jasmani karena memperbaiki sistem kardiovaskuler, respirasi, pengontrolan gula darah sehingga penderita merasa fit. Selain itu dapat mengurangi rasa cemas pasien terhadap penyakitnya, timbul rasa senang dan lebih percaya diri serta pada akhirnya kualitas hidupnya meningkat meskipun dia menderita penyakit menahun.

2.3.3. Indikasi dan kontraindikasi

Indikasi: Pasien diabetes mellitus dengan KGD lebih dari 70 mg/dL dan tidak, melebihi 300 mg/dL; 2. Tanda-tanda vital dalam keadaan normal, sedangkan kontraindikasi: Pasien dengan gangguan metabolik berat; Pasien dengan kadar gula darah kurang dari 70 mg/dL atau lebih dari 300 mg/dL. Pasien dengan gangguan persendian; Pasien dengan komplikasi serius (hipoglikemia, hiperglikemia, gagal ginjal kronis, congestive heart failure (CHF); Pasien DM tipe 2 yang mengkonsumsi obat hipoglikemia sebelum senam; Pasien DM tipe 2 yang dilarang melakukan olahraga oleh dokter.

2.3.4. Prinsip

1). Program latihan

Program latihan yang dianjurkan bagi penderita DM untuk meningkatkan kesegaran jasmani adalah CRIPE, karena program ini dianggap memenuhi kebutuhan. CRIPE adalah kepanjangan dari: Continuous, artinya latihan jasmani terus menerus tidak berhenti dapat menurunkan intensitas, kemudian aktif lagi dan seterusnya intensitas dikurangi lagi. Aktif lagi dan seterusnya, melakukan aktivitas latihan terus-menerus selama 50-60 menit; Rhythmical, artinya latihan harus dilakukan berirama, melakukan latihan otot kontraksi dan relaksasi. Jadi gerakan berirama tersebut diatur dan terus menerus; Interval, artinya latihan dilaksanakan terselang-seling, kadang-kadang cepat, kadang-kadang lambat tetapi kontinyu selama periode latihan; Progresif, artinya latihan harus dilakukan peningkatan secara bertahap dan beban latihan juga ditingkatkan secara perlahan-lahan; Endurance, artinya latihan untuk meningkatkan kesegaran dan ketahanan system kardiovaskuler dan kebutuhan tubuh penderita DM.

2). Porsi Latihan

Porsi latihan harus ditentukan supaya maksud dan tujuan latihan oleh penderita DM memberikan manfaat yang baik. Latihan yang berlebihan akan merugikan kesehatan, sedangkan latihan yang terlalu sedikit tidak begitu bermanfaat.

2.4. Konsep Asuhan Keperawatan

2.4.1. Pengkajian

1). Identitas

Identitas merupakan ciri-ciri atau keadaan khusus seseorang: jati diri seseorang. Identitas klien meliputi 1) Nama; sangat penting untuk menjalin sebuah hubungan komunikasi yang baik dan mempermudah dalam hal sapa menyapa. 2) Umur; pentingnya diketahui umur pada lansia sangat berkaitan erat dengan kemampuan aktivitas fisik seorang lansia. 3) Jenis kelamin; perlu diketahui untuk bisa membedakan mana yang perlu ditanyakan mengenai laki-laki dan perempuan. 4) Agama; sangat diperlukan dalam hal kerohanian misalnya katolik berhubungan dengan doa rosario dan lain-lain. 5) Suku bangsa; berhubungan dengan adat istiadat dan bahasa yang digunakan setiap hari. 6) Alamat; untuk mengetahui tempat tinggal sebelum masuk di Panti dan apakah tempat yang dulu menyenangkan atau tidak. 7) Tanggal masuk Panti; penting untuk diketahui berapa lama berada di Panti. 8) Tanggal pengkajian; diketahui untuk dapat menentukan rencana asuhan keperawatan berapa hari kedepannya, dan kesedian lansia untuk dikaji. 9) Diagnosa medis; untuk mengetahui penyakit apa yang diderita lansia tersebut.

2). Keluhan Utama

Merupakan kebutuhan yang mendorong penderita untuk masuk Panti. Data yang dapat ditemukan: nyeri pada pinggul, lemah, letih, kesulitan bergerak, tidak nyaman, mata kabur, kram otot

3). Riwayat Kesehatan Saat Ini:

Meliputi perjalanan penyakit yang dialami pasien saat ini, berapa lama penyakit sudah dialami, gejala yang dialami selama menderita penyakit saat ini dan perawatan yang sudah dijalani untuk mengobati penyakit saat ini. Disamping itu apakah saat ini pasien memiliki pola hidup yang tidak sehat seperti minum kopi, merokok, alkohol, sering konsumsi makanan manis, dan keseharian dengan beban psikis.

4). Riwayat Kesehatan Keluarga

Meliputi status kesehatan anggota keluarga yang lain, apakah ada keluarga yang mengalami sakit serupa yaitu diabetes mellitus dengan pasien saat ini, atau penyakit keturunan lainnya.

5). Riwayat Lingkungan Hidup

Pengkajian ini merupakan bentuk pengkajian yang bertujuan untuk mengidentifikasi pengaruh lingkungan terhadap kesehatan pasien, faktor lingkungan yang ada keterkaitannya dengan sakit yang dialami pasien saat ini dan kemungkinan masalah yang dapat terjadi akibat pengaruh lingkungan. Data pengkajian dapat meliputi kebersihan dan kerapian ruangan, penerangan, sirkulasi udara, keadaan kamar mandi dan WC, pembuangan air kotor, sumber air minum, pembuangan sampah, sumber pencemaran, penataan halaman, privasi, resiko injury.

6). Riwayat Kesehatan Dahulu

Pengkajian ini bertujuan untuk mengidentifikasi perjalanan penyakit yang sebelumnya pernah dialami oleh pasien, sehingga dapat dijadikan acuan dalam analisis sakit yang saat ini pasien alami dan dalam penentuan pengobatan selanjutnya. Data yang dapat dikaji berupa penyakit yang pernah diderita, riwayat alergi, riwayat kecelakaan, riwayat dirawat di Panti, riwayat pemakaian obat. Apakah sewaktu sehat pasien

memiliki kebiasaan yang buruk misalnya merokok, minum kopi, alcohol, sering makan-makanan yang manis atau makanan dengan kolesterol tinggi.

7). Tinjauan Sistem

a) Keadaan umum

Saat dilakukan inspeksia biasanya ditemukan kondisi seperti tingkat ketegangan/kelelahan, tingkat kesadaran kualitatif atau GCS dan respon verbal klien (Pasien harus waspada dan sadar akan waktu, tempat dan orang. Disorientasi terjadi pada gangguan otak (misalnya delirium, demensia), stroke, dan trauma fisik. Pasien letargi umumnya mengantuk dan mudah tertidur, terlihat mengantuk, dan merespon pertanyaan dengan sangat lambat. Pasien stupor hanya merespon jika digoncang dengan keras dan terus menerus dan hanya dapat member jawaban yang terdengar seperti menggerutu tidak jelas. Pasien yang sama sekali tidak sadar (pasien koma) tidak merespon stimulus dari luar ataupun nyeri. Pada respon motorik ketika di panggil pasien langsung merespon dan respon mata langsung melihat ke arah yang di panggil, melakukan pengukuran tanda-tanda vital seperti peningkatan glukosa dalam darah > 140 mg/dL dapat ditemukan, dan dilanjutkan dengan pemeriksaan heat to to

b). Kepala

Untuk daerah kepala, mata, hidung, telinga dan heler penulis melakukan pemeriksaan dengan metode Inspeksi dan Palpasi saja; saat Inspeksi terlihat bentuk kepala, warna rambut, terdapat lesi, ketombe pada rambut dan kebersihan kepala; pada mata bentuk mata, kesimetrisan mata kiri dan kanan, konjungtiva; bentuk telinga kiri dan kanan, kelainan pada telinga. kelainan hidung, adanya mimisan, kotor atau bersih; adanya kelainan pada leher, adanya lesi, edema,

kemerahan dan palpasi apakah ada pembesaran kelenjar tiroid, dan JVP; sedangkan saat dilakukan palpasi untuk mengetahui apakah terdapat nodul; apakah terjadi edema atau pembengkakan pada mata. apakah ada nyeri tekan dan adanya kotoran di daerah telinga; di daerah sinus hidung apakah terjadi nyeri tekan; dan pengukuran vena jugulari pada leher.

c). Dada

Dada : Inspeksi : bentuk dada normal diameter anterior posterior-transversal 1:2, ekspansi simetris, sifat pernapasan dada dan perut, frekuensi pernapasan 22x/menit, ritme pernapasan eupnea, tidak ada retraksi dinding dada. Palpasi : tidak ada nyeri tekan, ekspansi dada simetris, Perkusi : suara perkusi sonor batas organ sisi dada kiri dari atas ke bawah ditemukan sonor/resonan-tympani: ICS 7/8 (paru-paru dan lambung), pada sisi dada kanan ICS 4/5 (paru dan hati), dinding posterior: supraskapula (3-4 jari dipundak), Askultasi: suara nafas vesikuler terdengar disemua lapang paru normal, bersifat halus, inspirasi lebih panjang dari ekspirasi.

g). Sistem Kardiovaskuler

Jantung: Inspeksi: tampak denyut nadi daerah apeks, Palpasi : apeks teraba pada interkosta V, apeks segaris dengan midclavicula kiri, Perkusi Batas jantung: batas atas pada ics III, batas bawah ICS V, batas kiri pada midclavicularis atau 4 jari dari midsternum, batas kanan sejajar sejajar sisi sternum kanan, Auskultasi : S1 terdengar bunyi lub pada ruang ICS V seblah kiri sternum diatas apeks, S2 terdengar bunyi dub pada ICS II seblah kanan sternum

h). Gastrointestinal/Abdomen

Inspeksi bentuk abdomen apakah terjadi kelainan, adanya lesi. Sedangkan palpasi dilakukan dengan palpasi ringan atau palpasi

dalam tergantung tujuan untuk mengetahui bentuk, ukuran, dan konsistensi organ-organ dan struktur-struktur dalam perut, palpasi ringan dilakukan untuk mengetahui area-area nyeri tekan dan adanya massa, palpasi dalam dilakukan untuk mengetahui keadaan hepar, lien, ginjal, dan kandung kemih. Lakukan perkusi di empat kuadran dan perhatikan suara yang timbul pada saat melakukannya dan bedakan batas-batas dari organ dibawah kulit. Organ berongga seperti lambung, usus, kandung kemih berbunyi timpani, sedangkan bunyi pekak terdapat pada hati, limfa, pankreas, ginjal. Tehnik perkusi yaitu pertama kali yakinkan tangan pemeriksa hangat sebelum menyentuh perut pasien Kemudian tempatkan tangan kiri dimana hanya jari tengah yang melekat erat dengan dinding perut. Selanjutnya diketok 2-3 kali dengan ujung jari tengah tangan kanan. Lakukanlah perkusi pada keempat kuadran untuk memperkirakan distribusi suara timpani dan redup. Biasanya suara timpanilah yang dominan karena adanya gas pada saluran gastrointestinal, tetapi cairan dan faeces menghasilkan suara redup. Pada sisi abdomen perhatikanlah daerah dimana suara timpani berubah menjadi redup. Periksalah daerah suprapublik untuk mengetahui adanya kandung kencing yang teregang atau uterus yang membesar. Perkusilah dada bagian bawah, antara paru dan arkus costa, Anda akan mendengar suara redup hepar disebelah kanan, dan suara timpani di sebelah kiri karena gelembung udara pada lambung dan fleksura splenikus kolon. Suara redup pada kedua sisi abdomen mungkin menunjukkan adanya asites. Auskultasi abdomen dengan normal bising usus 15-35 x/menit:Letakkan kepala stetoskop sisi diafragma yang telah dihangatkan di daerah kuadran kiri bawah. Berikan tekanan ringan, minta pasien agar tidak berbicara.

Bila mungkin diperlukan 5 menit terus menerus untuk mendengar sebelum pemeriksaan menentukan tidak adanya bising usus.

Dengarkan bising usus apakah normal, hiperaktif, hipoaktif, tidak ada bising usus dan perhatikan frekwensi/karakternya; Bila bising usus tidak mudah terdengar, lanjutkan pemeriksaan dengan sistematis dan dengarkan tiap kuadran abdomen. Dan dilanjutkan dengan menggunakan sisi bel stetoskop, untuk mendengarkan bunyi desiran dibagian epigastrik dan pada tiap kuadran diatas arteri aortik, ginjal, iliaka, femoral dan aorta torakal. Pada orang kurus mungkin dapat terlihat gerakan peristaltik usus atau denyutan aorta.

i). Extremitas

ispeksi bentuk ekstremitas apakah ada kelainan bentuk, adanya lesi, edema, dan kemerahan. Palpasi apakah ada nodul dan nyeri tekan pada daerah ekstremitas atas dan bawah.

8). Pengkajian Psikososial dan Spiritual

a). Psikososial

Jelaskan kemampuan sosialisasi klien pada saat sekarang, sikap klien pada orang lain, harapan- harapan klien dalam melakukan sosialisasi

b). Identifikasi masalah emosional seperti: kesulitan tidur, merasa gelisah, murung dan menangis, kuatir banyak pikira, masalah dengan keluarga, menggunakan obat tidur/penenang atas anjuran dokter, mengurung diri, jiwa lebih dari atau sama 1 jawaban “ya” memiliki **Masalah Emosional Positif (+)**

9). Pengkajian Fungsional Klien (INDEKS KATZ)

Mengamatai kemandiri dalam makan, kontinensia (BAB/BAK), menggunakan pakaian, pergi ke toilet, berpindah dan mandi apakah

mandiri semuanya kecuali salah satu dari fungsi diatas, atau mandiri kecuali mandi dan salah satu fungsi lain, mandiri kecuali mandi, berpakaian dan salah satu fungsi diatas, mandiri kecuali mandi, berpakaian, ke toilet dan salah satu fungsi yang lain, mandiri kecuali mandi, berpakaian, ke toilet, berpindah dan satu fungsi yang lain atau ketergantungan untuk semua fungsi dengan catatan Mandiri berarti tanpa pengawasan, pengarahan atau bantuan efektif dari orang lain, seseorang yang menolak untuk melakukan suatu fungsi dianggap tidak melakukan fungsi, meskipun ia dianggap mampu Modifikasi Dari Barthel Indeks (Termasuk yang manakah klien?)

No.	Kriteria	Dengan Bantuan	Mandiri	Keterangan
1	Makan	5	10	Frekuensi? Jumlah? Jenis?
2	Minum	5	10	Frekuensi? Jumlah? Jenis?
3	Berpindah dari kursi roda ketempat tidur/sebaliknya	5-10	15	
4	Personal toilet (cuci muka, menyisir rambut, menggosok gigi)	0	5	Frekuensi :
5	Keluar masuk toilet (mencuci pakaian, menyeka tubuh, menyiram)	5	10	
6	Mandi	5	15	
7	Jalan di permukaan datar	0	5	Frekuensi :

8	Naik turun tangga	5	10	
9	Menggunakan pakaian	5	10	
10	Kontrol bowel (BAB)	5	10	Frekuensi? Konsistensi?
11	Kontrol Bladder (BAK)	5	10	Frekuensi ? Warna?

Keterangan : 110 : Mandiri, 65-105: Ketergantungan Sebagian, ≤ 60: Ketergantungan tota

10). Pengkajian Status Mental Gerontik

a).Identifikasi tingkat intelektual dengan short portable mental status questioner (SPSMQ)

Instruksi :

Ajukan pertanyaan 1-10 pada daftar ini dan catat semua jawaban.

Catat jumlah kesalahan total berdasarkan total kesalahan berdasarkan 10 pertanyaan.

NO	PERTANYAAN	BENAR	SALAH
1	Tanggal berapa hari ini		
2	Hari apa sekarang		
3	Apa nama tempat ini		
4	Alamat anda?		
5	Berapa umur anda?		
6	Kapan anda lahir (minimal tahun lahir)		
7	Siapa presiden indonesia sekarang?		
8	Siapa presiden ndonesia sebelumnya?		
9	Siapa nama ibu anda?		
10	Kurangi 3 dari 20 dan tetap pengurangan 3 dari setiap angka baru, semua secara menurun		

	Jumlah		
--	---------------	--	--

Interpretasi Hasil :

- 1) Salah 0 – 3 : Fungsi intelektual utuh
- 2) Salah 4 - 5 : Kerusakan intelektual ringan
- 3) Salah 6 - 8 : Kerusakan intelektual sedang
- 4) Salah 9 - 10 : Kerusakan intelektual berat

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

NO	ASPEK KOGNITIF	NILAI MAKS	NILAI KLIEN	KRITERIA
1	ORIENTASI	5		Menyebutkan dengan benar : Tahun, Musim, Tanggal, Hari dan Bulan
2	ORIENTASI	5		Dimana kita sekarang? Negara? Provinsi? Kota? Panti werdha? Wisma?
3	REGISTRASI	3		Sebutkan 3 obyek (oleh pemeriksa) 1 detik untuk mengatakan masing masing obyek, kemudian tanyakan kepada klien ketiga obyek tadi (untuk disebutkan) Obyek 1? Obyek 2? Obyek 3?
4	PERHATIAN DAN KALKULASI	5		Minta klien untuk memulai dari angka 100 kemudian dikurangi 7 sampai 5 kali 93, 86, 79, 72, 65
5	MENGI-	3		Minta klien untuk mengulangi

	NGAT			ketiga obyek pada nomer 2 (registrasi) tadi, bila benar 1 point untuk masing masing obyek
6	BAHASA	9		<p>Tunjukkan pada klien suatu benda dan tanyakan namanya pada klien (misal jam tangan atau pensil)</p> <p>Minta kepada klien untuk mengulang kata berikut "tak ada, Jika, dan, atau, tetapi" bila benar, nilai 2 point. Bila Pernyataan benar 2-3 buah, mis. : tidak ada, tetapi maka nilai 1 point</p> <p>Minta klien untuk mengikuti perintah berikut yang terdiri dari 3 langkah : "ambil kertas di tangan anda, lipat dua dan taruh di lantai"</p> <p>ambil kertas? lipat dua? taruh di lantai?</p> <p>Perintahkan pada klien untuk hal berikut (bila aktivitas sesuai perintah nilai 1 point)</p> <p>tutup mata anda</p> <p>Perintahkan pada klien untuk menulis satu kalimat dan</p>

				menyalin gambar tulis satu kalimat menyalin gambar
	Total nilai			

Interpretasi hasil > 23 : aspek kognitif dari fungsi mental baik

18-22 : kerusakan aspek fungsi mental ringan, ≤ 17:terdapat

kerusakan aspek fungsi mental berat

11). Pemeriksaan diagnostic

- 1) Glukosa darah meningkat 211 mg/dL
- 2) Aseton plasma positif
- 3) Asam lemak bebas kadar lipid dan kolestrol meningkat

2.4.2. Analisis data

Dapat ditemukan Data subyektif: nyeri persendian, kram dan kesemutan pada kaki, waktu berjalan. Data obyektif : tampak kesusahan saat berdiri dalam jangka waktu lama, postur tubuh tidak lurus, wajah tampak tidak rilex, skala nyeri 3, sering memegang daerah pinggul. Etiologi : agens cedera biologis (infeksi). Masalah keperawatan : nyeri akut.

Data subyektif : sangat menyukai makanan manis seperti teh manis, sejak menderita penyakit diabetes mellitus pandangan matannya menurun dengan visus 1/6.dan sering kram pada ujung jari kaki. Data obyektif : saat di cek GDS hasilnya 211 mg/dL. Etiologi : proses penyakit. Masalah keperawatan : ketidakstabilan kadar glukosa darah

Data subyektif : tidak kuat berdiri lama dan kalau berjalan harus menggunakan tongkat dan kacamata. Data obyektif : tidak bisa berjalan tanpa bantuan alat, menggunakan tongkat dan kacamata saat berjalan. Etiologi : kelemahan fisik. Masalah keperawatan : risiko jatuh.

2.4.3. Diagnosa Keperawatan NANDA (2015-2017)

Dalam studi kasus ini ditemukan tiga diagnosa keperawatan seperti: 1). Resiko ketidakstabilan glukosa darah dengan kode 00179; 2) Hambatan : Berjalan dengan kode 00088; 3). Resiko Jatuh dengan kode 00155

2.4.4. Intervensi Keperawatan

1) Resiko ketidakstabilan kadar glukosa dalam darah dengan kode 00179

Setelah dilakukan asuhan keperawatan, diharapkan ketidakstabilan kadarglukosa darah normal.

NOC : kadar glukosa darah (2300): Glukosa darah dari skala 2 (deviasi yang cukup besar dari kisaran normal) ditingkatkan menjadi skala 4 (deviasi ringan sedang dari kisaran normal), keparah hiperglikemia (2111): peningkatan glukosa darah dari skala 2 (berat) di tingkatkan menjadi skala 4 (ringan), manajemen diri (1619): memantau glukosa darah dari skala 2 (jarang menunjukkan) ditingkatkan menjadi skala 4 (sering menunjukkan).

NIC : Manajemen Hiperglikemia 1. Monitor kadar glukosa darah, 2. Monitor tanda dan gejala hiperglikemi, 3. Dorong asupan cairan oral, 4. Riview kadar gluokosa pasien/keluarga, 5. Instruksikan pada pasien mengenai penggunaan obat oral, Kode 5614. Manajemen Berat Badan 1. Diskusikan dengan pasien mengenai hubungan antara makanan dan penurunan BB, 2. Kaji motivasi pasien untuk perubahan pola makan, 3. Hitung BBI, Kode 5612 Pengajaran : Peresepan Latihan 1. Nilai tingkat latihan pengetahuan pasien (senam kaki diabetik) , 2. Informasikan pasien mengenai tujuan dan manfaat latihan, 3. Instruksikan pasien bagaimana melakukan latihan, 4. Instruksikan pasien melakukan latihan yang diresepkan, 5. Instruksikan bagaimana melakukan pemanasan dan pendinginan

2) Hambatan : Berjalan dengan kode 00088

NOC: . Mobilitas : mobilitas fisik individu dan gejala sisa dari pergerakan dibatasi ditingkatkan dari 2 ke 4 (ringan) dengan indicator : 210201 Nyeri yang dilaporkan.

NIC : Fisiologi Dasar, Kelas E : Peningkatan Kenyamanan Fisik, Kode 1400 Manajemen Nyeri, 1.Gunakan strategi komunikasi terapeutik, 2.Lakukan pengkajian nyeri yang komperhensif, 3.Observasi adanya petunjuk non verbal, 4.Gali bersama pasien faktor-faktor yang menurunkan dan memperberat nyeri, 5.Berikan informasi mengenai nyeri, 6.Pilih dan implementasi tindakan farmakologi, 7.Ajarkan penggunaan teknik non farmakologi (relaksasi, musik, bermain, kompres, nafas dalam), 8.Dukung istirahat tidur untuk mengurangi nyeri, Evaluasi ketidakefektifan dari pengontrol nyeri yang dipakai selama pengkajian

3) Resiko jatuh dengan kode 00155

NOC: Kriteria hasil: setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan klien mmpu untuk: a) Gerakan terkoordinasi : kemampuan otot untuk bekerjasama secara volunter untuk melakukan gerakan bertujuan. b) Kejadian jatuh: tidak ada kejadian jatuh. c) Pengetahuan: pemahaman penjegahan jatuh. d) Pengetahuan: kemampuan pribadi.

NIC: a)Mengidentifikasi defisit kognitif atau fisik yang dapat meningkatkan potensi jatuh dalam lingkungan tertentu. Mengidentifikasi perilaku dan faktor yang mempengaruhi resiko jatuh, b) Mendorong pasien untuk menggunakan tongkat atau alat bantu berjalan, c) Sarankan alas kaki yang aman (tidak licin). d) Dorong aktifitas fisik pada siang hari.(menyapu, menyiram bunga agar pasien tidak dapat waktu untuk jalan). e) Pasang palang pegangan keselamatan kamar mandi.

2.4.5. Implementasi Keperawatan

Tindakan keperawatan (Implementasi) adalah kategori dari perilaku keperawatan dimana tindakan yang diperlukan untuk mencapai tujuan dan hasil yang diperkirakan dari asuhan keperawatan dilakukan dan diselesaikan. Implementasi mencakup melakukan, membantu, atau mengarahkan kinerja aktivitas kehidupan sehari-hari, memberikan asuhan keperawatan untuk tujuan yang berpusat pada klien (Potter & Perry, 2005). Pelaksanaan keperawatan pada Diabetes Melitus dikembangkan untuk memantau tanda-tanda vital, melakukan latihan rentang pergerakan sendi aktif dan pasif, meminta klien untuk mengikuti perintah sederhana, memberikan stimulus terhadap sentuhan, membantu klien dalam personal hygiene, dan menjelaskan tentang penyakit, perawatan dan pengobatan Diabetes Melitus.

2.4.6. Evaluasi

Menurut Craven dan Hirnle (2000) evaluasi merupakan keputusan dari efektifitas asuhan keperawatan antara dasar tujuan keperawatan yang telah ditetapkan dengan respon perilaku lansia yang ditampilkan.

- 1). Penilaian keperawatan adalah mengukur keberhasilan dari rencana, dan pelaksanaan tindakan keperawatan dilakukan untuk memenuhi kebutuhan lansia, maka beberapa kegiatan yang harus diikuti oleh perawat, antara lain: Mengkaji ulang tujuan klien dan kriteria hasil yang telah ditetapkan, Mengumpulkan data yang berhubungan dengan hasil yang diharapkan. Mengukur pencapaian tujuan. Mencatat keputusan atau hasil pengukuran pencapaian tujuan, Melakukan revisi atau modifikasi terhadap rencana keperawatan bila perlu.
- 2). Evaluasi hasil: Evaluasi ini berfokus pada respons dan fungsi klien. Respons perilaku lansia merupakan pengaruh dari intervensi keperawatan dan akan terlihat pada pencapaian tujuan dan kriteria hasil. Cara membandingkan antara SOAP (Subjektive-Objektive-Assesment-

Planning) dengan tujuan dan kriteria hasil yang telah ditetapkan. S (Subjective) adalah informasi berupa ungkapan yang didapat dari lansia setelah tindakan diberikan. O (Objective) adalah informasi yang didapat berupa hasil pengamatan, penilaian, pengukuran yang dilakukan oleh perawat setelah tindakan dilakukan. A (Assessment) adalah membandingkan antara informasi subjective dan objective dengan tujuan dan kriteria hasil, kemudian diambil kesimpulan bahwa masalah teratasi, teratasi sebagian, atau tidak teratasi. P (Planning) adalah rencana keperawatan lanjutan yang akan dilakukan berdasarkan hasil analisis.

BAB III

HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

3.1 Hasil Studi Kasus

3.1.1 Gambaran Umum Tempat Penelitian

Penelitian ini dilakukan di UPT Kesejahteraan Sosial Lanjut Usia Budi Agung Kupang yang berdiri pada tahun 1968, dengan nama Panti Tresna Werdha Budi Agung Kupang, dan sudah dipimpin oleh 7 orang pimpinan termasuk pimpinan yang sekarang. Panti tersebut beralamat di jalan Rambutan nomor 9 Oepura Kupang. Merupakan UPT kantor wilayah Departemen Sosial Provinsi Nusa Tenggara Timur, yang dipimpin oleh Agustinus Gervasius, S.Pi. Pada tahun 2000, setelah departemen social dilikuidasi dan dalam pelaksanaan otonomi daerah, panti penyantunan lanjut usia diserahkan kepada daerah dan berubah nama menjadi UPT Panti Sosial Penyantunan Lanjut Usia Budi Agung Kupang dan pada tahun 2017 pemerintah melakukan perampingan stuktur organisasi sehingga berubah nama lagi menjadi UPT Kesejahteraan Sosial Lanjut Usia di Kupang Pada Dinas Sosial Provinsi NTT dengan visi “menuju lanjut usia sejahtera di hari tua” dan misi meningkatkan pelayanan kepada lansia melalui pemenuhan sedang, pangan dan papan. Meningkatkan jaminan sosial dan meningkatkan hubungan yang harmonis antara lansia dengan lansia, lansia dengan keluarga dan lansia dengan masyarakat.

Secara garis besar UPT Kesejahteraan Sosial Lanjut Usia Budi Agung Kupang mempunyai kapasitas tampung 100 orang. Kapasitas isi sebanyak 85 orang yang menempati 11 wisma, 3 wisma ditempati oleh lansia laki-laki, yaitu 1) Wisma Cemara, terdapat 5 kamar yang dihuni oleh 5 orang lansia dan 1 orang pengasuh tinggal di luar wisma. 2). Wisma Mawar, terdapat 5 kamar yang dihuni oleh 5 orang lansia dan 1 orang pengasuh tinggal di luar wisma. 3) Wisma Kenanga, terdapat 5 kamar yang dihuni oleh 7 orang lansia dan 1 orang

pengasuh. Dan 7 wisma lain di tempati oleh lansia wanita antara lain : 1) Wisma Melati terdapat 5 kamar yang dihuni oleh 6 orang lansia dan 1 orang pengasuh. 2) Wisma Teratai, terdapat 5 kamar yang dihuni oleh 5 orang lansia dan 1 orang pengasuh. 3) Wisma Flamboyan, terdapat 5 kamar yang dihuni oleh 5 orang lansia dan 1 orang pengasuh. 4). Wisma Cempaka, terdapat 5 kamar yang dihuni oleh 4 orang lansia dan 1 orang pengasuh. 5) Wisma Sakura, terdapat 7 kamar yang dihuni oleh 5 orang lansia dan 1 orang pengasuh. 6). Wisma Bougenvil, terdapat 5 kamar yang dihuni oleh 5 orang lansia dan 1 orang pengasuh. 7) Wisma Kamboja, terdapat 5 kamar yang dihuni oleh 4 orang lansia dan 1 orang pengasuh. Sedangkan 1 wisma ditempati oleh lansia yang berkeluarga, yaitu Wisma Anggrek, terdapat 5 kamar yang dihuni oleh 3 pasang lansia dan 1 orang pengasuh. Sumber daya manusia yang memberikan pelayanan kepada penerima manfaat adalah pegawai negeri sipil sebanyak 25 orang, dengan rincian : Sarjana (S1) 9 orang, Diploma III (D 3) 6 orang dan SMA 11 orang, dan pegawai non PNS 11 orang dengan rincian Sarjana (S1) 4 orang, Diploma III (D 3) 3 orang dan SMA 4 orang.

Lansia yang disantun di UPT Kesejahteraan Sosial Lanjut Usia Budi Agung Kupang adalah lansia yang terlantar atau diterlantarkan sehingga tidak dipungut biaya penampungan. Lansia yang akan disantun harus memenuhi beberapa persyaratan diantaranya : Laki-laki/perempuan yang berusia 60 tahun ke atas, terlantar atau diterlantarkan dan miskin serta tidak mampu memenuhi kebutuhan jasmani, rohani maupun sosial, bersedia secara individu ataupun keluarga untuk disantun, sehat dan tidak menyidap penyakit menular atau masalah kejiwaan, bersedia untuk mengikuti peraturan yang berlaku di panti.

Sistem pelayanan kesehatan kepada lansia di UPT Kesejahteraan Sosial Lanjut Usia Budi Agung Kupang dilayani oleh seorang perawat dan 2 orang dokter. Dengan bekerja sama dengan Puskesmas Sikumana dan semua rumah

sakit yang berada di Kota Kupang. Perawat selain melakukan pemeriksaan fisik dan kesehatan pada lansia juga memberikan ceramah atau penyuluhan kesehatan setiap hari selasa dan memberikan beberapa terapi non farmakologi seperti terapi tertawa, senam otak (*brain gims*) dan hidroterapi (rendam kaki pada air hangat). Sedangkan dokter melakukan pemeriksaan kesehatan pada lansia setiap hari sabtu dan pada situasi yang insidental.

3.1.2 Pengkajian

1). Biaodata Klien

Pengkajian dilakukan pada tanggal 25 Mei 2019 dengan data-data sebagai berikut, Nama Ny. S.H, suku Ambon, Agama Kristen pentakosta, Pendidikan SMA, Status perkawinan cerai mati, Alamat jalan rambutan nomor 9 oepura Rt1, RW1 kelurahan/Desa oepura kecamatan Kota madya Kupang Propinsi Nusa Tenggara Timur. Saat dikaji didapatkan pasien dengan diagnosa Diabetes mellitus.

2). Riwayat Kesehatan Keluarga

Riwayat kesehtan keluarga masa lalu :suaminya meninggal dan Ny S.H tidak tau kapan suaminya meninggal. Pasangan Ny S.H memiliki 2 orang anak laki-laki, keduam tidak tinggal bersama orang tuanya. 2 anak laki-lakinya tinggal di Ambon bersana istri dan anaknya.

3). Riwayat Pekerjaan

Ny S.H mengatakan dahulu bekerja sebagai pelayan gereja. Status pekerjaan saat ini: penghuni wiswa, Pekerjaan sebelumnya pelayan gereja, Sumber pendapatan dan kecukupan terhadap kebutuhan : kebutuhan di tanggung oleh Panti Werda Budi Agung Kupang.

4). Riwayat Lingkungan Hidup

Riwayat lingkungan hidup: Tipe tempat tinggal Permanen, Jumlah kamar di ruangan teratai 5 Kamar tidur dengan 2 kamar mandi, jumlah yang tinggal dipanti 5 orang.

5). Riwayat Rekreasi

Riwayat rekreasi :Hobi/minat hanya menyanyi kalo ada kegiatan diwisma diikuti, Liburan/perjalanan:mengikuti perjalanan wisata yang dibuat di panti werda. Sumber/sistem pendukung kesehatan yang digunakan jika Ny S.H sakit selalu memeriksakan di pusat pelayanan panti

6). Riwayat Kesehatan Saat Ini

Kesehatan umum selama setahun terakhir mengalami sakit pinggang dan matanya buram, Status kesehatan terakhir Ny S.H mengatakan mengalami sakit Diabetes mellitus, Keluhan utama saat ini : sakit pinggang, rasa keram di kaki seperti mati rasa dan kesemutan, Klien mengetahui tentang penyakit yang dideritanya Pola konsumsi makana Ny S.H Makan 3 kali sehari , Pola istirahat tidur Ny S.H mengatakan dapat tidur setiap hari tanpa ada gangguan. Pola kebiasaan: Ny S.H biasanya mengkonsumsi makanan bubur, sayur, tahu, dan tempe 3x sehari setiap pagi,siang,dan sore. Pasien juga mengatakan istirahatnya 2 kali sehari siang dan malam dan tidak pernah mengalami gangguan tidur. Untuk buang besar biasanya 1 kali sehari sedangkan buang air kecil 3-4x sehari. Kebersihan diri dilakukan setiap hari tapi harus di jaga untuk mandi.

Ny. S.H memahami diet HT yaitu rendah garam, minyak dan kolestrol, Ny.H juga mengetahui tentang diet DM yaitu mengurangi makanan manis. Saat ini Ny. S.H mengkonsumsi obat yaitu Amlodipine : 10mg (1x1 Pagi) , Helixim : 100mg (1x ½ Pagi) , Glimepride 4mg (1x1 Pagi).

7). Kesehatan terdahulu

Kesehatan terdahulu : Hasil pengkajian Ny S.H. mengatakan selama ini dirinya tidak pernah mengalami sakit yang berat, atau kronis, trauma, tidak ada perawatan di rumah sakit, tidak ada riwayat operasi

8). Tinjauan Sistem

a). Keadaan umum

Pengkajian tentang tinjauan system terdiri dari : 1) Tingkat kesadaran baik, (GCS : 15). yaitu kondisi sadar sepenuhnya. Pada kondisi ini, respon pasien terhadap diri sendiri dan lingkungan sangat baik. Pasien juga dapat menjawab pertanyaan penanya dengan baik. Respon mata baik (saat dipanggil Ny S.H. langsung melihat dan dapat membuka tutup mata), respon verbal baik (saat ditanya Ny S.H. menjawab dengan jelas walaupun secara perlahan) dan respon motorik baik (saat ditanya tentang sakitnya dimana Ny. S.H langsung menunjuk kakinya).

b). Kepala

Untuk daerah kepala, mata, hidung, telinga, mulut dan leher melakukan pemeriksaan dengan metode Inspeksi dan Palpasi saja. inspeksi : pada bagian rambut terdapat perubahan warna (uban), tidak botak, tidak ada lesi, tidak ada ketombe, tidak ada kutu. Pada mata bentuk mata lebar, simetris antara kiri dan kanan, konjungtiva merah muda terdapat penggunaan kacamata dan perubahan penglihatan dengan visus 1/6, warna lensa keruh. Pada telinga simetris antara kiri dan kanan, bersih tidak ada secret. Pada hidung tidak ada mimisan, distribusi rambut rata dan bersih. Pada leher tidak tampak ada pembesaran kelenjar. Pada mulut, membrane mukosa kering, gigi utuh, dan tidak ada kesulitan mengunyah dan menelan

Palpasi: pada rambut tidak ada rambut yang rontok saat di palpasi. Pada mata tidak ada bengkak dan nyeri disekitar mata. Pada telinga tidak ada nyeri seputar telinga. Pada hidung saat di palpasi tidak ada bengkak dan nyeri. Pada leher tinggi vena jugularis 3cm

c). Dada

Pada dada: Inspeksi : bentuk dada normal diameter anterior posterior-transversal 1:2, ekspansi simetris, sifat pernapasan dada dan perut, frekuensi pernapasan 22x/menit, ritme pernapasan eupnea, tidak ada

retraksi dinding dada. Palpasi : tidak ada nyeri tekan, ekspansi dada simetris, Perkusi : suara perkusi sonor batas organ sisi dada kiri dari atas ke bawah ditemukan sonor/resonan-tympani: ICS 7/8 (paru-paru dan lambung), pada sisi dada kanan ICS 4/5 (paru dan hati), dinding posterior: supraskapula (3-4 jari dipundak), Askultasi: suara nafas vesikuler terdengar disemua lapang paru normal, bersifat halus, inspirasi lebih panjang dari ekspirasi.

- d). Jantung: Inspeksi: tampak denyut nadi daerah apeks, Palpasi : apeks teraba pada interkosta V, apeks segaris dengan midclavicula kiri, Perkusi Batas jantung: batas atas pada ics III, batas bawah ICS V, batas kiri pada midclavicularis atau 4 jari dari midsternum, batas kanan sejajar sejajar sisi sternum kanan, Auskultasi : S1 terdengar bunyi lub pada ruang ICS V sebelah kiri sternum diatas apeks, S2 terdengar bunyi dub pada ICS II sebelah kanan sternum
- e). Abdomen, Inspeksi : tidak ada asites, tidak ada ikterik, tidak ada pelebaran vena dan kelainan umbilicus, Auskultasi : suara peristaltic normal terdengar 5 – 20 kali dengan durasi sekitar 1 menit, Perkusi: Batas hati bagian bawah berada ditepi batas bawah tulang iga kanan. Batas hati bagian atas terletak antara celah tulang iga ke 5 sampai ke 7. Jarak batas atas dengan bawah hati berkisar 6 – 12 cm dan pergerakan bagian bawah hati pada waktu bernapas yaitu berkisar 2 – 3 sentimeter, batas lambung tulang iga bagian bawah anterior dan bagian epigastrium kiri, batas ginjal Perkusi sudut kostovertebral di garis skapular dengan sisi ulnar tangan kanan, Palpasi: didapat kan hasil kuadran kanan atas terdapat organ hati, kuadran kanan bawah terdapat colon asending, kuadran kiri atas terdapat organ limpa,dan kuadran kiri bawah terdapat organ colon desenden.

- f). Muskuloskeletal : Superior : tidak ada deformitas, tidak ada edema, perfusi kapiler baik, tidak anemis, akral hangat. Inferior : nyeri pada pinggul dengan skala nyeri 3 dan rasa kesemutan pada ujung jari kaki., tidak ada edema, CRT bagian ujung lebih dari 3detik, perfusi kapiler buruk, tidak anemis, akral dingin.

9). Riwayat Psikososial

Ny. S.H tidak mengalami kecemasan yang berlebihan, emosinya datar yaitu pendiam dan jarang bicara kalau tidak diajak bicara. Tes Koordinasi/keseimbangan sbb: Kesimpulan : Jumlah 15 Ny.H dengan bantuan sedang sampai maksimal. (Table terlampir)

a. Status Fungsional (Indeks barthel)

Pasien mampu melakukan semua aktifitas makan dan minum, kebersihan diri, keluar masuk kamar mandi, berjalan, naik turun tangga, berpakaian/berspatu, mengontrol BAB/BAK.

Nilai indeks barthel: 100, kesimpulan: pasien melakukan semua aktifitas secara mandiri. (Tamble terlampir)

b. Status kognitif (status portable mental status questsiionare/SPMSQ)

pasien mampu mengetahui nama tempat tinggal, alamat tempat tinggal, tempat tanggal lahir, ingat nama ibunya, dan juga presiden sekarang dan sebelumnya, pasien lupa tanggal dan hari saat ini.

Nilai status kognitif: 4, kesimpulan : Ny. S.H memiliki fungsi intelektual yang utuh.

c. Mini Mental Status Exam (MMSE) Maximal 5 Minimal 1

Pada fase orientasi pasien hanya mengetahui tahun, musim, Negara, provinsi, untuk hari dan tanggal pasien tidak mengetahui. Pada fase registrasi, pasien mampu menyebutkan 3 dari 3 objek yang disebutkan

petugas. Pada fase atensi dan kalkulasi pasien mampu mengurangi 100 dengan 7, 6, 5, 4, 3. Pada fase mengingat kembali pasien mampu menyebutkan 3 dari 3 benda yang ditunjuk. Pada fase pengertian verbal, pasien mampu mengulang kata-kata yang diucapkan petugas. Pada fase pengertian verbal, pasien mampu melakukan perintah yang ditulis petugas. Pada fase perintah tertulis, pasien mampu menulis satu kalimat yang bermakna. Pada fase menggambar kontruksi, pasien mampu menirukan gambar yang diberikan petugas.

Nilai MMSE: 23. Kesimpulan: Ny. S.H mengalami gangguan kognitif sedang. (Table terlampir).

d. Status fungsi social (APGAR Keluarga)

Pasien mengatakan tidak pernah pergi kekelyuarga karna semua keluarganya berada di ambon. Pasien mengatakan kadang-kadang temannya menerima dan mendukung keinginan dalam melakukan aktivitas. Pasien mengatakan kadang-kadang temannya mengekspresikan afek dan berespon terhadap emosi seperti marah, sedih, atau mencintai.

Nilai: 4. Kesimpulan: pasien mengalami disfungsi keluarga sedang. (Table terlampir).

10). Data penunjang

Data yang ditemukan: Glukosa darah meningkat 211 mg/dL.

3.1.3 Analisa Data

Data subyektif :Ny S.H mengatakan bahwa dirinya sangat menyukai makanan manis seperti teh manis, sejak menderita penyakit diabetes mellitus.dan sering keram pada ujung jari kaki. **Data obyektif** : saat di cek GDS hasilnya 211 mg/dL. Dari data-data diatas dapat ditemukan masalah keperawatan Resiko ketidakstabilan kadar glukosa darah dengan kode 00179, etiologi : Proses penyakit

Data subyektif : Ny. S.H. mengatakan nyeri pada pinggul, keram dan kesemutan pada kaki, waktu berjalan. **Data obyektif :** Ny S.H tampak kesusahan saat berdiri dalam jangka waktu lama, postur tubuh tidak lurus, wajah tampak tidak rileks, skala nyeri 3, tampak Ny. S.H. sering memegang daerah pinggul, Jumlah status fungsional 90 yaitu ketergantungan moderat, Jumlah kekuatan otot 23 yaitu dengan bantuan sedang sampai maksimal. Dari data-data diatas dapat ditemukan masalah Hambatan : Berjalan dengan kode 00088, etiologi : agen cedera biologis

Data subyektif : Ny. S.H. mengatakan tidak kuat berdiri lama dan kalau berjalan harus menggunakan tongkat dan kacamata. **Data obyektif :** tampak Ny. S.H. tidak bisa berjalan tanpa bantuan alat (tongkat dan kacamata), berusia 74 tahun, Pengkajian psikogerontik didapatkan : Nilai indeks bartel : 95. Kesimpulannya : pasien dengan ketergantungan moderat, Nilai status kognitif : 8. Kesimpulannya pasien memiliki fungsi intelektual utuh, Nilai MMSE : 20. Kesimpulannya pasien memiliki kognitif sedang. Dari data-data diatas dapat ditemukan masalah Resiko Jatuh dengan kode 00155, etiologi: kelemahan fisik.

3.1.4 Diagnosa Keperawatan (Berdasarkan NANDA 2015)

Dalam studi kasus ini ditemukan tiga diagnosa keperawatan seperti: 1) Nyeri akut dengan kode 00132; 2). Resiko ketidakstabilan glukosa darah dengan kode 00179; 3). Resiko Jatuh dengan kode 00155

3.1.5 Intervensi Keperawatan (Berdasarkan NOC & NIC, 2013, Edisi Kelima).

4) Resiko ketidakstabilan kadar glukosa dalam darah dengan kode 00179

Setelah dilakukan asuhan keperawatan, diharapkan ketidakstabilan kadarglukosa darah normal NOC : kadar glukosa darah (2300): Glukosa darah dari skala 2 (deviasi yang cukup besar dari kisaran normal) ditingkatkan menjadi skala 4 (deviasi ringan sedang dari kisaran normal), keparah hiperglikemia (2111): peningkatan glukosa darah dari skala 2

(berat) di tingkatkan menjadi skala 4 (ringan), manajemen diri (1619): memantau glukosa darah dari skala 2 (jarang menunjukkan) ditingkatkan menjadi skala 4 (sering menunjukkan). NIC : Manajemen Hiperglikemia
1. Monitor kadar glukosa darah, 2. Monitor tanda dan gejala hiperglikemi, 3. Dorong asupan cairan oral, 4. Rview kadar gluokosa pasien/keluarga, 5. Instruksikan pada pasien mengenai penggunaan obat oral, Kode 5614.
Manajemen Berat Badan 1. Diskusikan dengan pasien mengenai hubungan antara makanan dan penurunan BB, 2. Kaji motivasi pasien untuk perubahan pola makan, 3. Hitung BBI, Kode 5612
Pengajaran : Peresepan Latihan 1. Nilai tingkat latihan pengetahuan pasien (senam kaki diabetik) , 2. Informasikan pasien mengenai tujuan dan manfaat latihan, 3. Instruksikan pasien bagaimana melakukan latihan, 4. Instruksikan pasien melakukan latihan yang diresepkan, 5. Instruksikan bagaimana melakukan pemanasan dan pendinginan

5) Hambatan : Berjalan dengan kode 00088

NOC: . Mobilitas : mobilitas fisik individu dan gejala sisa dari pergerakan dibatasi ditingkatkan dari 2 ke 4 (ringan) dengan indicator : 210201 Nyeri yang dilaporkan.

NIC : Fisiologi Dasar, Kelas E : Peningkatan Kenyamanan Fisik, Kode 1400 Manajemen Nyeri, 1. Gunakan strategi komunikasi terapeutik, 2. Lakukan pengkajian nyeri yang komperhensif, 3. Observasi adanya petunjuk non verbal, 4. Gali bersama pasien faktor-faktor yang menurunkan dan memperberat nyeri, 5. Berikan informasi mengenai nyeri, 6. Pilih dan implementasi tindakan farmakologi, 7. Ajarkan penggunaan teknik non farmakologi (relaksasi, musik, bermain, kompres, nafas dalam), 8. Dukung istirahat tidur untuk mengurangi nyeri, Evaluasi ketidakefektifan dari pengontrol nyeri yang dipakai selama pengkajian

6) Resiko jatuh dengan kode 00155

NOC: Kriteria hasil: setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan klien mampu untuk: a) Gerakan terkoordinasi : kemampuan otot untuk bekerjasama secara volunter untuk melakukan gerakan bertujuan. b) Kejadian jatuh: tidak ada kejadian jatuh. c) Pengetahuan: pemahaman penjemputan jatuh. d) Pengetahuan: kemampuan pribadi.

NIC: a) Mengidentifikasi defisit kognitif atau fisik yang dapat meningkatkan potensi jatuh dalam lingkungan tertentu. Mengidentifikasi perilaku dan faktor yang mempengaruhi resiko jatuh, b) Mendorong pasien untuk menggunakan tongkat atau alat bantu berjalan, c) Sarankan alas kaki yang aman (tidak licin). d) Dorong aktifitas fisik pada siang hari.(menyapu, menyiram bunga agar pasien tidak dapat waktu untuk jalan). e) Pasang palang pegangan keselamatan kamar mandi.

3.1.6 Implementasi Keperawatan.

Implementasi adalah pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan. Implementasi keperawatan respiratory distress syndrome sesuai dengan intervensi yang telah dibuat sebelumnya. (Yogiantoro, 2006).

Hari pertama dilakukan pada tanggal 27 Mei 2019 yaitu : **Diagnosa keperawatan 1** : jam 09.00 mendiskusikan dengan pasien mengenai hubungan antara makanan dan penurunan BB, Jam 09.15 menghitung BBI, jam 09.20 memonitor tanda dan gejala hiperglikemi, jam 09.30 memonitor kadar glukosa darah

Diagnosa 2 : jam 10.00 Melakukan pengkajian nyeri yang komprehensif, yaitu menggunakan pengkajian PQRST, jam 10.05 Mengobservasi respon non verbal, yaitu rawut wajah pasien dan postur tubuh, jam 10.10 Menggali faktor-faktor yang meringankan maupun memperberat nyeri, jam 10.15 Memberikan informasi terkait nyeri.

Diagnosa keperawatan 3 jam 12.00 Mengidentifikasi perilaku yang mempengaruhi jatuh, jam 12.05 Mengidentifikasi lingkungan yang mungkin meningkatkan potensi jatuh, 12.10 Monitor gaya berjalan dengan melakukan tes keseimbangan, jam 12.15 Mengkaji riwayat jatuh.

Hari kedua dilakukan pada tanggal 28 Mei 2019 yaitu : **Diagnosa keperawatan 1** : jam 09.00 Menilai tingkat pengetahuan pasien tentang senam kaki diabetik, jam 09.05 menjelaskan tujuan dan manfaat senam SKD, jam 09.10 menginstruksikan pasien bagaimana melakukan SKD, jam 09.15 menginstruksikan pasien mengulangi SKD, jam 09.20 menginstruksikan melakukan pendinginan.

Diagnosa 2 : Melakukan pengkajian nyeri yang komperhensif, yaitu menggunakan pengkajian PQRST, jam 10.05 Mengobservasi respon non verbal, yaitu rawut wajah pasien dan postur tubuh, jam 10.10 Mengajarkan teknik non farmakologi : Terapi Musik, jam 10.15 Mengajarkan teknik farmakologi : Napas dalam

Diagnosa keperawatan 3 : jam 12.00 memonitor gaya berjalan, 12.10 menilai tes keseimbangan, jam 12.05 Menyiapkan alat bantu, 12.10 Mengajarkan pasien bagaimana jika jatuh.

3.1.7 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah proses yang berkelanjutan untuk menilai efek dari tindakan keperawatan klien (Yogiantoro, 2006). Evaluasi dilakukan terus menerus pada respon klien terhadap tindakan yang dilakukan.

Pada hari Kamis, 30 Mei 2019 jam 11.35 Diagnosa I, S : Pasien mengatakan rutin minum obat, tidak sering kencing pada malam hari, tidak merasa lapar dan haus berlebih, tidak makan makanan manis, dan sering melakukan SKD sebelum tidur. O : keadaan umum baik, kesadaran composmentis GCS 15 (E4V5M6), BB 55 Kg, GDS : 211 mg/dL, TD : 150/90mmhg, Nadi: 82x/menit Suhu: 37°C, Pasien dapat merobek koran

menjadi 8 bagian, dalam membuat bola kaki kiri cepat dari kaki kanan, pasien dapat mengawali dan mengakhiri latihan SKD dengan baik. A : masalah belum teratasi, P : intervensi dilanjutkan. Diagnosa II, S : klien mengatakan nyeri berkurang, nyeri sesekali muncul saat berjalan tanpa tongkat pada waktu yang lama, nyeri tertusuk (nyilu), nyeri tidak menjalar dan berpusat pada daerah lutut, skala nyeri 2 (nyeri ringan) O : keadaan umum baik, wajah tampak rilex. A : Masalah teratasi sebagian. P : Intervensi dihentikan. Diagnosa III, S : Pasien mengatakan telah memahami teknik jatuh yang benar. O : pasien menggunakan alis kaki anti selip, menggunakan walker saat berjalan, berjalan pelan dengan jumlah status fungsional yaitu 95 kesimpulannya ketergantungan moderat. A : Masalah tidak terjadi. P : Intervensi dihentikan.

3.2 Pembahasan

Penulis akan membahas persamaan dan kesenjangan yang ada pada “Asuhan Keperawatan pada Ny S.H dengan diagnosa medis Diabetes mellitus di Wisma Bougenville Panti Werdha, Kota Kupang”. Berdasarkan pengkajian yang penulis lakukan pada Ny. S.H selama 3 hari mulai tanggal 27-29 Mei 2019, penulis mengangkat 3 (tiga) diagnosa keperawatan berdasarkan data-data pendukung yang ditemukan penulis. Dalam pembahasan ini penulis membaginya dalam 5 (lima) langkah dari proses keperawatan yaitu pengkajian, diagnosa, perencanaan, implementasi, dan evaluasi.

3.2.1 Pengkajian

Pengkajian keperawatan merupakan dasar pemikiran dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan kebutuhan klien. Pengkajian yang lengkap dan sistematis sesuai dengan kebutuhan klien. Pengkajian yang lengkap dan sistematis sesuai dengan fakta atau kondisi yang ada pada klien sangat penting untuk merumuskan suatu diagnosa keperawatan dan dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan respon individu.

Berdasarkan hasil pengkajian yang didapatkan adalah Ny. S.H mengalami sakit sedang, pada saat dilakukan pengkajian dan pemeriksaan fisik tanggal 27 Mei 2019 pada Ny. S.H. mengatakan nyeri persendian, keram pada kaki, waktu berjalan tampak wajah Ny. S.H. meringis kesakitan, skala nyeri 3, tampak Ny. S.H. sering memegang daerah pinggul, Ny. S.H. juga mengatakan tidak kuat berjalan dan kalau berjalan harus menggunakan tongkat dan kacamata. tampak Ny. S.H. tidak bisa berjalan tanpa bantuan alat, Ny S.H mengatakan bahwa dirinya sangat menyukai makanan manis seperti teh manis, Ny S.H juga mengatakan sejak menderita penyakit diabetes mellitus sering keram dan kesemutan pada ujung jari kaki.

Pada kasus Ny. S.H. didapati data meliputi : GDS 211 mg/dL, tidak ada pemeriksaan penunjang, tau tentang diabetes mellitus tapi tidak tau cara pencegahannya.

Dari hasil studi kasus ini untuk tahap pengkajian tidak di temukan adanya kesenjangan antara teori dan kasus nyata.

3.2.2 Diagnosa Keperawatan NANDA (2015-2017)

Berdasarkan teori Nanda (2015), diagnosa keperawatan ditemukan 6 diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien yang mengalami penyakit diabetes militus: Resikoketidakstabilan kadar glukosa darah Kode : 00179, Nyeri akut Kode : 000132, Resiko jatuh. Kode : 00155. Hasil pengumpulan data yang dilakukan oleh peneliti kepada Ny. S.H pada tanggal 27 Mei 2019 di Wisma Bougenville tidak terdapat kesenjangan antara teori dan praktek

3.2.3 Intervensi Keperawatan

Diagnosa 1. Resiko Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah dengan Kode 00179, Noc Domain II : Kesehatan Fisiologi. Kelas AA-Respon Terapeutik : reaksi sistemik individu terhadap perawatan agen maupun metode pengobatan yang diberikan ditingkatkan dari 2 sampai 4 (kisaran normal) dengan indicator

: Kode 2120 Manajemen Hiperglikemia 1. Monitor kadar glukosa darah, 2. Monitor tanda dan gejala hiperglikemi, 3. Dorong asupan cairan oral, 4. Riview kadar gluokosa pasien/keluarga, 5. Instruksikan pada pasien mengenai penggunaan obat oral, Kode 5614. Manajemen Berat Badan 1. Diskusikan dengan pasien mengenai hubungan antara makanan dan penurunan BB, 2. Kaji motivasi pasien untuk perubahan pola makan, 3. Hitung BBI, Kode 5612 Pengajaran : Peresepan Latihan 1. Nilai tingkat latihan pengetahuan pasien (senam kaki diabetik) , 2. Informasikan pasien mengenai tujuan dan manfaat latihan, 3. Instruksikan pasien bagaimana melakukan latihan, 4. Instruksikan pasien melakukan latihan yang diresepkan, 5. Instruksikan bagaimana melakukan pemanasan dan pendinginan.

Pembahasan : Rencana keperawatan untuk diagnosa I-III yang di temukan penulis sudah sesuai dengan yang ada di teori sehingga tidak ada kesenjangan antara teori dengan kasus nyata.

3.2.4 Implementasi Keperawatan

Dalam melakukan tindakan keperawatan kepada Ny. S.H semua tindakan dilakukan berdasarkan teori keperawatan yang berfokus pada intervensi yang telah ditetapkan. Implementasi dilakukan setelah intervensi dirancang dengan baik. Implementasi Keperawatan dilakukan mulai tanggal 27-30 Mei 2019.

Untuk Diagnosa I Implementasinya adalah : Manajemen Hiperglikemi. 1. Memonitor kadar glukosa darah, 2. Memonitor tanda dan gejala hiperglikemi, 3. Mendorong asupan cairan oral, 4. Meriview kadar gluokosa pasien/keluarga, 5. Menginstruksikan pada pasien mengenai penggunaan obat oral, Manajemen Berat Badan 1. Mendiskusikan dengan pasien mengenai hubungan antara makanan dan penurunan BB, 2. Mengkaji motivasi pasien untuk perubahan pola makan, 3. Menghitung BBI, Pengajaran : Peresepan Latihan 1. Menilai tingkat latihan pengetahuan pasien (senam kaki diabetik) , 2. Menginformasikan pasien

mengenai tujuan dan manfaat latihan, 3.Instruksikan pasien bagaimana melakukan latihan, 4. Menginstruksikan pasien melakukan latihan yang diresepkan, 5.Menginstruksikan bagaimana melakukan pemanasan dan pendinginan.

Semua tindakan yang dilakukan sesuai dengan apa yang direncanakan, sehingga Peneliti tidak menemukan kesenjangan antara intervensi dan implementasi.

3.2.5 Evaluasi Keperawatan

Menurut Yogiantoro (2006). evaluasi keperawatan adalah penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien (hasil yang diamati) Evaluasi adalah respons pasien terhadap terapi dan kemajuan mengarah pencapaian hasil yang diharapkan. Aktivitas ini berfungsi sebagai umpan balik dan bagian kontrol proses keperawatan, melalui mana status pernyataan diagnostik pasien secara individual dinilai untuk diselesaikan, dilanjutkan, atau memerlukan perbaikan (Doenges,2000).

Evaluasi yang dilakukan pada Ny. S.H sesuai dengan hasil implementasi yang telah dibuat pada kriteria objective yang telah ditetapkan. Dalam evaluasi untuk diagnosa I, masalah belum teratasi karena BB 55 Kg, GDS : 211 mg/dL, TD : 150/90mmhg, Nadi: 82x/menit Suhu: 37°C. Untuk diagnosa II, masalah teratasi sebagian karena klien mengatakan nyeri berkurang, nyeri sesekali muncul saat bejalan tanpa tongkat pada waktu yang lama, nyeri tertusuk (nyilu), nyeri tidak menjalar dan berpusat pada daerah lutut, skala nyeri 2 (nyeri ringan), untuk diagnosa III Masalah tidak terjadi karena pada evaluasi pasien tidak tejatuh.

3.1.Keterbatasan dalam penulis

- 1). Hanya melakukan di satu lansia demensia dan tidak ada pembanding.
- 2). Keterbatasan waktu dimana melakukan studi kasus hanya sampai dua hari sehingga masalah tidak dapat teratasi sampai tuntas.

BAB IV

KESIMPULAN DAN SARAN

4.1. Kesimpulan

4.1.1. Pengkajian

Berdasarkan hasil pengkajian yang didapatkan adalah Ny. S.H mengalami sakit sedang, pada saat dilakukan pengkajian dan pemeriksaan fisik tanggal 27 Mei 2019 pada Ny. S.H. mengatakan nyeri persendian, keram pada kaki, waktu berjalan tampak wajah Ny. S.H. meringis kesakitan, skala nyeri 3, tampak Ny. S.H. sering memegang daerah pinggul, Ny. S.H. juga mengatakan tidak kuat berjalan dan kalau berjalan harus menggunakan tongkat dan kacamata. tampak Ny. S.H. tidak bisa berjalan tanpa bantuan alat, Ny S.H mengatakan bahwa dirinya sangat menyukai makanan manis seperti teh manis, Ny S.H juga mengatakan sejak menderita penyakit diabetes mellitus pandangan matannya menurun. dan sering keram pada ujung jari kaki.

Pada kasus Ny. S.H. didapati data meliputi : GDS 211 mg/dL, tidak ada pemeriksaan penunjang, tau tentang diabetes mellitus tapi tidak tau cara pencegahannya.

4.1.2. Diagnosa Keperawatan

Dalam studi kasus ini ditemukan tiga diagnosa keperawatan seperti: 1) Nyeri akut dengan kode 00132; 2). Resiko ketidakstabilan glukosa darah dengan kode 00179; 3). Resiko Jatuh dengan kode 00155

4.1.3. Intervensi Keperawatan

Pada kasus Ny. S.H dengan penyakit diabetes mellitus, tiga (3) masalah keperawatan yang berurutan sesuai dengan prioritas masalah keperawatan yaitu nyeri akut, resiko ketidakstabilan kadar glukosa darah dan risiko jatuh yang ditetapkan : 1) Lakukan pengkajian nyeri kompre hensif yang meliputi : karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas (beratnya) nyeri dan factor

pencetus, 2) Observasi tanda-tanda vital. 3) Observasi adanya petunjuk non verbal mengenai ketidaknyamanan. 4) Berikan informasi mengenai nyeri, misalnya penyebab nyeri, berapa lama nyeri akan dirasakan, dan antisipasinya. 5) Ajarkan Ny. S.H tentang penggunaa teknik non farmakologi untuk pengurangan nyeri. 6) Kolaborasi dengan tenaga kesehatan yang ada di Panti. 7) Kontrak waktu untuk terapi senam kaki diabetes. Manajemen hiperglikemia :8).memantau kadar glukosa dalam darah. 9). pantau tanda-tanda hiperglikemia : poliuria, polidipsia, polifagia, kelesuan. 10). mengintruksikan pasien dan keluarga terhadap pencegahan, pengenalan manajemen, dan hiperglikemia. 11). konsultasi dengan dokter jika tanda dan gejala hiperglikemia memburuk.12) Identifikasi kekurangan baik kognitif atau fisik dari Ny. S.H. yang mungkin meningkatkan potensi jatuh pada lingkungan tertentu. 13) Identifikasi perilaku dan factor yang mempengaruhi risiko jatuh. 14) Identifikasi karakteristik dari lingkungan yang mungkin meningkatkan potensi jatuh (misalnya lantai licin dan tangga terbuka. 15) Monitor gaya berjalan Ny. S.H. (terutama kecepatan) keseimbangan dan tingkat kelelahan dengan ambulasi. 16) Berbagi/diskusikan dengan Ny. S.H. terkait hasil observasi pada gaya berjalan (terutama kecepatan) dan pergerakan.. 17) Sarankan perubahan pada gaya berjalan terutama kecepatan pada Ny. S.H. 18) Sarankan penggunaan alas kaki yang nyaman.

Rencana tindakan diatas sesuai dengan prioritas masalah keperawatan yang dialami oleh Ny. S.H.

Pembahasan: untuk diagnosa 1, 2 dan 3 yang ditemukan penulis sudah sesuai apa yang ada diteori sehingga tidak ada kesenjangan antara teori dan kasus nyata.

4.1.4. Implementasi keperawatan

Pada tanggal 28 Mei 2019 yaitu : Diagnosa keperawatan 1 : nyeri akut yang berhubungan dengan gangguan agens cedera biologis. Implementasi : Jam 08.00, melakukan pengkajian nyeri komprehensif yang meliputi : P : nyeri pada kaki saat berjalan, Q : nyeri keram, R : nyeri dirasakan pada bagian pinggul, S : skala nyeri 3 (Dengan menggunakan angka 0-6), T : nyeri dirasakan sewaktu-waktu. Jam 08.30, mengoservasi tanda-tanda vital. Jam 08.40, mengobservasi adanya petunjuk non verbal mengenai ketidaknyamanan yaitu : sering memegang daerah pinggul. Jam 08.50 memberikan edukasi penyebab nyeri. Jam 09.00 Mengajarkan pasien tentang penggunaan teknik non farmakologi untuk pengurangan nyeri yaitu dengan latihan teknik napas dalam dan kompres hangat. Jam 09.15, Melakukan kolaborasi dengan tenaga kesehatan yang ada di Panti, untuk memberikan pengobatan.

Diagnosa 2 : resiko ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan proses penyakit. Implementasi : 09.30, Melakukan kontrak waktu dengan Ny. S.H. untuk memberikan terapi senam kaki. 09.45, Menjelaskan pengertian , dan penyebab dari diabetes mellitus. 09.55, menjelaskan manfaat senam kaki diabetes. 09.55, mengajarkan teknik senam kaki diabetes mellitus. 10.10, mengevaluasi hasil terapi senam kaki diabetes. 12.00, Melakukan pengecekan gula darah sewaktu. 10.00, mengkaji tanda dan gejala hiperglikemi.

Diagnosa keperawatan 3 : Risiko jatuh berhubungan dengan kelemahan otot. Implementasi : Jam 12.30, Mengidentifikasi kekurangan baik kognitif atau fisik dari Ny. S.H yang mungkin meningkatkan potensi jatuh pada lingkungan tertentu. Jam 12.35, Mengidentifikasi perilaku dan factor yang mempengaruhi risiko jatuh. Jam 12.45, Mengidentifikasi karakteristik dari lingkungan yang mungkin meningkatkan potensi jatuh (misalnya lantai licin dan tangga terbuka. Jam 12.50, Memonitor gaya berjalan Ny. S.H (terutama kecepatan)

keseimbangan dan tingkat kelelahan dengan ambulasi. Jam 11.00, Mendiskusikan dengan Ny. S.H terkait hasil observasi pada gaya berjalan (terutama kecepatan) dan pergerakan. Jam 13.05, Sarankan perubahan pada gaya berja lan terutama kecepatan pada PM. Jam 13.10, Menyarankan penggunaan alas kaki yang nyaman.

4.1.5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi yang dilakukan dengan menggunakan metode *subjektif, Objektif, Assesment* dan *Planning* (SOAP). Hasil yang didapatkan yaitu Tn. G. N. antara lain nyeri berkurang, tidak terjadi risiko jatuh dan komplikasi hipertensi.

4.2.Saran

1) Untuk Institusi Pendidikan

Diharapkan lebih meningkatkan pelayanan pendidikan yang lebih tinggi dan menghasilkan tenaga kesehatan yang profesional berwawasan global.

2) Bagi Pelayanan Kesehatan

Lebih meningkatkan pelayanan kesehatan khususnya dalam memberikan asuhan keperawatan lansia dengan kerusakan memori Demensia.

3) Untuk Penulis

Sebagai pembanding antara teori yang didapat selama perkuliahan dengan praktik keterampilan dan pengalaman.

4) Untuk Panti Werda

Melanjutkan perawatan terhadap masalah kerusakan memori, hambatan komunikasi, defisit perawatan diri: mandi, risiko jatuh yang belum teratasi.

Daftar Pustaka

- American Diabetes Association. (2017). “Standards of Medical Care in Diabetes 2017”. Vol. 40. USA : ADA
- Brunner & Suddarth , 2000. Buku Ajar Keperawatan Medikal – Bedah. Terjemahan Suzanne C. Smeltzer. Edisi 8. Vol 8. Penerbit Buku Kedokteran EGC: Jakarta.
- Brunner & Suddarth , 2015. Buku Ajar Keperawatan Medikal – Bedah. Terjemahan Suzanne C. Smeltzer. Edisi 8. Vol 9. Penerbit Buku Kedokteran EGC: Jakarta.
- Bare, Suzanne 2002, Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunner dan Suddarth (Ed.8, Vol. 1,2), Alih bahasa oleh Agung Waluyo...(dkk), EGC, Jakarta.
- Craven & Hirnle. 2000. Fundamentals of Nursing. Philadelphia: Lippincott
- Depkes RI. (2005). Pedoman Pembinaan Kesehatan Lansia Bagi Petugas Kesehatan I. Jakarta
- International Diabetes Federation (IDF). 2015. IDF Diabetes Atlas - 7th Edition. www.diabetesatlas.org
- Kemenkes Ri. 2013. Riset Kesehatan Dasar; RISKESDAS. Jakarta: Balitbang Kemenkes Ri
- Kowalak, dkk. 2016. Buku Ajar Patofisiologi. Terjemahan oleh Renata Komalasari. 2011. Jakarta: Buku Kedokteran EGC
- Nugroho (2006). Keperawatan Gerontik. Buku Kedokteran EGC: Jakarta.
- Nanda. (2015). Diagnosis Keperawatan Definisi & Klasifikasi 2015-2017 Edisi 10 editor T Heather Herdman, Shigemi Kamitsuru. Jakarta: EGC.

Potter, P.A, Perry, A.G.Buku Ajar Fundamental Keperawatan : Konsep, Proses, dan Praktik.Edisi 4.Volume 2.Alih Bahasa : Renata Komalasari,dkk.Jakarta:EGC.2005

Riset Kesehatan Dasar(Riskesdas). (2013). Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian RI tahun 2013.Diakses: 19 Oktober 2014, dari <http://www.depkes.go.id/resources/download/general/Hasil%20Riskesdas%202013.pdf>.

Suryanto., 2009. Konsep Senam Kaki: Seri Asuhan Keperawatan. 1 ed. Jakarta: EGC.

World Health Organization. Diabetes mellitus WHO: WHO; 2016 [cited 2016 20 February]. Available from: www.who.int.

Yogiantoro, M. 2006. Diabetes dalam Buku Ajar Ilmu Penyakit dalam Edisi IV. Jakarta.



KEMENKES REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
JURUSAN KEPERAWATAN



FORMAT PENGKAJIAN ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK

I. DATA DEMOGRAFI LANSIA

- 1.1.Nama : .Ny. S.H
1.2.Tempat tanggal lahir : Ambon, 02 Mei 1946
1.3.Jenis Kelamin : Perempuan
1.4.Suku : Ambon
1.5.Agama : Kristen Pentakosta
1.6.Pendidikan : Sekolah Menengah Atas (SMA)
1.7.Status perkawinan : Cerai Mati
1.8.Alat : Jl. Rambutan No.09
1.9.Tanggal masuk Panti :
1.10.Alasan Msuk Panti : Datang Sendiri
1.11.Orang dekat yg dihubungi : Ibu Kora

II. RIWAYAT KELUARGA

2.1 Pasangan (Apabila pasangan masih hidup):

2.1.1. Status kesehatan :

.....

2.1.2. Umur :

.....

2.1.3. Pekerjaan :

.....

2.2. Apabila pasangan telah meninggal,

2.2.1.Tahun meninggal : 1992

2.2.2. Penyebab kematian : Tidak Tau

2.3. Anak –anak (Apabila anak-anak masih hidup),

2.3.1. Nama dan alamat : Ambon

2.4. Apabila anak-anak sudah meninggal,

2.4.1. Tahun meninggal :

.....
2.4.2. Penyebab kematian :
.....

III. RIWAYAT PEKERJAAN

3.1. Status pekerjaan saat ini : penghuni Wisma

3.2. Pekerjaan sebelumnya : Pelayan Gereja

3.3. Sumber pendapatan dan kecukupan terhadap kebutuhan : kebutuhan di tanggung oleh Panti Werda Budi Agung Kupang.

VI RIWAYAT LINGKUNGAN HIDUP

4.1. Tipe tempat tinggal : Permanen

4.2. Jumlah kamar : 5 Kamar

4.3. Jumlah tingkat : Tidak Ada

4.4. Jumlah orang yang tinggal serumah : 5 Orang

V. RIWAYAT REKREASI

5.1. Hobi/minat : Menyanyi

5.2. Keanggotaan klpk : Vocal Grup Panti

5.3. Liburan/perjalanan : Tidak Pernah

VI. SUMBER/SISTEM PENDUKUNG YANG DIGUNAKAN

6.1. Dokter :

.....
6.2. Rumah sakit :
.....

6.3. Klinik :

.....

6.4. Pelayanan kesehatan di rumah :

.....

VII. RIWAYAT KESEHATAN SAAT INI

7.1. Penyakit yang diderita 1 tahun terakhir

sakit pinggang, kaki terasa seperti kesemutan, dan pandangan mata menurun

7.2. Penyakit yang diderita saat ini.

Hipertensi dan DM

7.3. Keluhan saat ini

sakit pinggang, rasa keram di kaki seperti mati rasa dan kesemutan

7.4. Pengetahuan/pemahaman dan penatalaksanaan masalah kesehatan (mis. Diet khusus, mengganti balutan)

PM mengatakan bahwa mengerti tentang penyakit yang dideritanya.

7.6. Penggunaan Obat

7.6.1. Nama obat : Amlodipin

7.6.2. Dosis obat : 250 mg

7.6.3. Bagaimana/kapan menggunakan : Sesudah makan

7.6.4. Dokter yang menginstruksikan :

.....

7.6.5 Tanggal resep :

.....

7.7. Riwayat Alergi (catat agen dan reaksi spesifik)

7.7.1. Obat-obatan : Tidak ada

7.7.2. Makanan : Tidak ada

7.7.3. Kontak substansi : Tidak ada

7.7.4. Faktor lingkungan : Tidak ada

7. 8. Nutrisi (ingat kembali diet 24 jam, termasuk intake cairan)

7.8.1. Kebiasaan makan (tinggi garam, kolesterol, purin)

Paasien makan makanan apa saja yang didapat. Setelah mengetahui bahwa dia menderita DM sehingga sekarang sudah mulai mengontrol makanan.

7.8.2. Diet khusus, pembatasan makanan

PM mendapat diet DM

7.9 Riwayat peningkatan/penurunan berat badan

TB : 143 cm, BB sebelum sakit 60 kg, BB sesudah sakit 55 kg

7.10 Indeks Massa Tubuh

$$\text{IMT} = \frac{\text{BB}}{\text{TB}^2} = \frac{1,43}{55^2} = 26,9$$

Berat badan berlebihan (obesitas).

7.11. Pola konsumsi makanan (misal frekuensi, sendiri/dengan orang lain)

Makan sendiri tanpa bantuan orang lain

7.12. Masalah yang mempengaruhi intake makanan (mis. Pendapatan tidak adekuat,

kurang transportasi, masalah menelan/mengunyah, stres emosional, dll)

Tidak ada

7.13. Pola istirahat tidur

7.13.1. Lama tidur

Tidur siang 3 jam dan malam, 10 jam

7.14. Gangguan tidur yang sering dialami

Tidak ada

VII. RIWAYAT KESEHATAN MASA LALU

7.1. Penyakit masa kanak-kanak

Batuk dan pilek, tidak ada penyakit kronis

7.2. Penyakit serius/kronik

Tidak ada

7.3. Trauma

Tidak ada

7.4. Perawatan di rumah sakit (catat alasan, tanggal, tempat, alasan)

Tidak ada

7.5. Pembedahan

Tidak ada

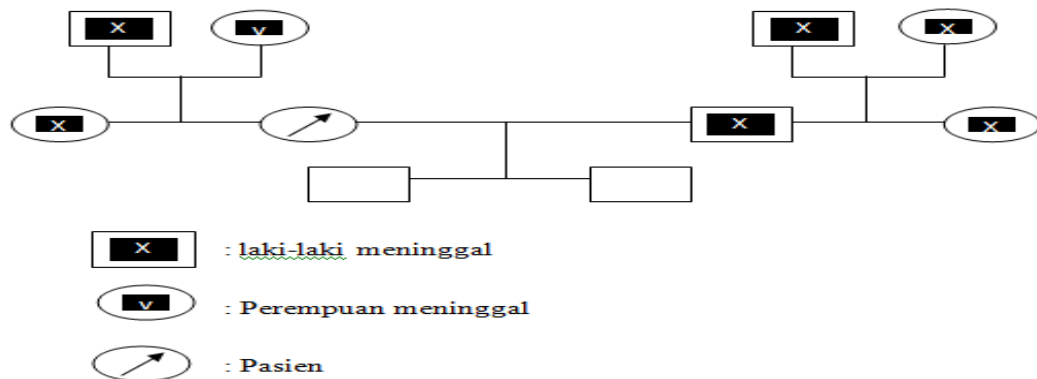
7.6. Riwayat obsetri

Tidak ada

VIII, RIWAYAT KELUARGA

8.1. Silsilah keluarga (identifikasi kakek atau nenek, orang tua, paman, bibi, saudara k

andung, pasangan, anak-anak)



8.2. Riwayat penyakit yang pernah diderita oleh anggota keluarga

Tidak tau

IX. TINJAUAN SISTEM

9.1. Tingkat kesadaran:

9.1.1. Mata : Pasien dapat membuka mata tetapi penglihatan buram

9.1.2. Verbal : Bisa berbicara dengan baik

9.1.3. Motorik : Dapat bergerak dengan baik. Tapi terbtas ruang gerak karna sakit pada pinggul

9.2. Tanda-tanda vital:

9.2.1.Tekanan darah : 150/90 mmHg

9.2.2.Nadi : 88x/mnt

9.2.3.Suhu : 36 c

9.2.4.RR : 22x/mnt

9.3. Penilaian umum

9.3.1.Kelelahan : (√) ya () tidak

9.3.2.Perubahan BB satu tahun yang lalu: (√) ya () tidak

9.3.3.Perubahan nafsu makan : () ya (√) tidak

9.3.4.Demam : () ya (√) tidak

9.3.5.Keringat malam : () ya (√) tidak

9.3.6.Kesulitan tidur : () ya (√) tidak

9.3.7.Sering pilek, infeksi : () ya (√) tidak

9.3.8.Penialaian diri terhadap seluruh status kesehatan : (√) ya () tidak

9.3.9 Kemampuan melakukan ADL : (√) ya () tidak

9.4. Integumen

9.4.1.Lesi/luka : () ya (√) tidak

9.4.2.Pruritus : () ya (√) tidak

9.4.3.Perubahan pigmentasi : () ya (√) tidak

9.4.4.Perubahan tekstur : (√) ya () tidak

9.4.5.Perubahan rambut : (√) ya () tidak

9.4.6.Perubahan kuku : (√) ya () tidak

9.4.7.Turgor :

.....
9.4.8.Anemia : () ya (√) tidak

9.4.9.Riwayat transfusi darah : () ya (✓) tidak

9.5. Kepala

9.5.1.Sakit kepala : () ya (✓) tidak

9.5.2.Trauma : () ya (✓) tidak

9.5.3.Pusing : () ya (✓) tidak

9.5.4.Gatal pada kulit kepala : (✓) ya () tidak

9.6. Mata

9.6.1.Perubahan penglihatan : (✓) ya () tidak

9.6.2.Kacamata/lensa kontak : (✓) ya () tidak

9.6.3.Nyeri : () ya (✓) tidak

9.6.4.Air mata berlebihan : () ya (✓) tidak

9.6.5.Bengkak sekitar mata : () ya (✓) tidak

9.6.6.Diplopia : () ya (✓) tidak

9.6.7.Pandangan kabur : (✓) ya () tidak

9.6.8.Fotofobia : () ya (✓) tidak

9.6.9.Tanggal pemeriksaan paling akhir : 6 bln yang lalu

9.6.10.Tanggal pemeriksaan glukoma paling akhir : 6 bln yang lalu

9.6.11.Dampak pada penampilan ADL : tidak bias beraktifitas diluar wisma seperti menjemur pakian maupun pergi rekreasi.

9.7. Telinga

9.7.1.Perubahan pendengaran : () ya (✓) tidak

9.7.2.Tinitus : () ya (✓) tidak

9.7.3.Sensitivitas pendengaran : () ya (✓) tidak

9.7.4.Riwayat infeksi : () ya (✓) tidak

9.7.5.Tanggal pemeriksaan paling akhir :

.....

9.7.6.Kebiasaan perawatan telinga :

.....

9.7.7.Dampak pada penampilan ADL :

.....
9.8. Hidung:

9.8.1.Rinorea : () ya (√) tidak

9.8.2.Epistaksis : () ya (√) tidak

9.8.3.Obstruksi : () ya (√) tidak

9.8.4.Mendengkur : () ya (√) tidak

9.8.5.Nyeri pada sinus : () ya (√) tidak

9.8.6.Riwayat infeksi : () ya (√) tidak

9.9. Mulut dan tenggorokan:

9.9.1.Sakit tenggorokan : () ya (√) tidak

9.9.2.Lesi/ulkus : () ya (√) tidak

9.9.3.Serak : () ya (√) tidak

9.9.4.Perubahan suara : () ya (√) tidak

9.9.5.Kesulitan menelan : () ya (√) tidak

9.9.6.Perdarahan gusi : () ya (√) tidak

9.9.7.Karies : () ya (√) tidak

9.9.8.Alat-alat protesa : () ya (√) tidak

9.9.9.Riwayat infeksi : () ya (√) tidak

9.9.10.Tanggal pemeriksaan gigi paling akhir :

.....
9.9.11.Pola menggosok gigi

.....
9.9.12. Masalah dan kebiasaan membersihkan :

.....
9.9.13. Gigi palsu : () ya (√) tidak

9.10. Leher

9.10.1. Kekuan : () ya (√) tidak

- 9.10.2. Nyeri/nyeri tekan : () ya (√) tidak
 9.10.3. Benjolan/ massa : () ya (√) tidak
 9.10.4. Keterbatasan gerak : () ya (√) tidak

9.11. Payudara

- 9.11.1. Benjolan/ massa : () ya () tidak
 9.11.2. Nyeri/nyeri tekan : () ya () tidak
 9.11.3. Bengkak : () ya () tidak
 9.11.4. Keluar cairan dari puting susu : () ya () tidak
 9.11.5. Perubahan pada puting susu : () ya () tidak
 9.11.6. Pola pemeriksaan payudara sendiri: () ya () tidak
 9.11.7. Tanggal dan hasil pemeriksaan mamogram paling akhir :

.....

9.12. Pernafasan

- 9.12.1. Batuk : () ya (√) tidak
 9.12.2. Sesak nafas : () ya (√) tidak
 9.12.3. Hemoptisis : () ya (√) tidak
 9.12.4. Sputum : () ya (√) tidak
 9.12.5. Asma/alergi pernafasan : () ya (√) tidak
 9.12.6. Tanggal dan hasil pemeriksaan foto thorak terakhir :

.....

9.13. Kardiovaskular

- 9.13.1. Ditensi vena jugularis : () ya (√) tidak
 9.13.2. Nyeri/ketidaknyamanan dada : () ya (√) tidak
 9.13.3. Palpitasi : () ya (√) tidak
 9.13.4. Sesak nafas : () ya (√) tidak
 9.13.5. Dispnea nocturnal paroksimal : () ya (√) tidak
 9.13.6. Ortopnea : () ya (√) tidak
 9.13.7. Murmur : () ya (√) tidak

9.13.8. Edema : () ya (√) tidak

9.14. Gastrointestinal

9.14.1. Disfagia : () ya (√) tidak

9.14.2. Tidak dapat mencerna : () ya (√) tidak

9.14.3. Nyeri ulu hati : () ya (√) tidak

9.14.4. Mual/muntah : () ya (√) tidak

9.14.5. Hematemesis : () ya (√) tidak

9.14.6. Perubahan nafsu makan : () ya (√) tidak

9.14.7. Intoleransi makanan : () ya (√) tidak

9.14.8. Nyeri : () ya (√) tidak

9.14.9. Ikterik : () ya (√) tidak

9.14.10. Benjolan/massa : () ya (√) tidak

9.14.11. Perubahan kebiasaan defekasi : () ya (√) tidak

9.14.12. Diare : () ya (√) tidak

9.14.13. Konstipasi : () ya (√) tidak

9.14.14. Melena : () ya (√) tidak

9.14.15. Hemoroid : () ya (√) tidak

9.14.16. Perdarahan rektum : () ya (√) tidak

9.14.17. Pola defekasi biasanya : 1x sehari

9.15. Perkemihan

9.15.1. Disuria : () ya (√) tidak

9.15.2. Frekuensi BAK : () 1x/sehari (√) 3x/hari

9.15.3. Urine menetes : () ya (√) tidak

9.15.4. Dorongan miksi : () ya (√) tidak

9.15.5. Hematuria : () ya (√) tidak

9.15.6. Poliuria : (√) ya () tidak

9.15.7. Oliguria : () ya (√) tidak

9.15.8. Nokturia : () ya (√) tidak

9.15.9. Inkontinensia : () ya () tidak

9.15.10. Nyeri saat berkemih : () ya () tidak

9.16. Genitalia pria

9.16.1. Lesi : () ya () tidak

9.16.2. Rabas : () ya () tidak

9.16.3. Nyeri testikular : () ya () tidak

9.16.4. Massa testikular : () ya () tidak

9.16.5. Masalah prostate : () ya () tidak

9.16.6. Penyakit kelaminn : () ya () tidak

9.17. Genitalia wanita

9.17.1. Lesi : () ya () tidak

9.17.2. Rabas : () ya () tidak

9.17.3. Dispareuni : () ya () tidak

9.17.4. Perdarahan pasca senggama : () ya () tidak

9.17.5. Nyeri pelvis : () ya () tidak

9.17.6. Sistokel/rektokel/prolpas : () ya () tidak

9.17.8. Penyakit kelamin : () ya () tidak

9.17.9. Infeksi : () ya () tidak

9.17.10. Riwayat menstruasi (usia awitan, tanggal periode menstruasi)

Tidak lagi mens.

9.17.11. Riwayat menopause (usia, gejala, masalah pasca menopause)

Tidak mens sejak umur 50 tahun yang lalu

9.17.12. Tanggal dan hasil pap smear paling akhir

Tidak ada

9.18 Muskuloskeletal

9.18.1. Nyeri persendian : () ya () tidak

9.18.2. Kekakuan : () ya () tidak

- 9.18.3. Pembengkakan sendi : () ya (√) tidak
 9.18.4. Deformitas : () ya (√) tidak
 9.18.5. Spasme : () ya (√) tidak
 9.18.6. Kelemahan otot : () ya (√) tidak
 9.18.7. Masalah cara berjalan : () ya (√) tidak
 9.18.8. Nyeri punggung : (√) ya () tidak
 9.18.9. Prostesa : () ya (√) tidak
 9.18.10. Kekuatan otot : 5 dapat bergerak normal

Tes koordinasi/keseimbangan

No.	Aspek penilaian	Keterangan	Nilai
1	Berdiri dengan postur normal	4	4
2	Berdiri dengan postur normal (dengan mata tertutup)	4	4
3	Berdiri dengan satu kaki	Kanan :1 Kiri :1	1
4	Berdiri, fleksi trunk, dan berdiri ke posisi netral	3	3
5	Berdiri, lateral dan fleksi trunk	2	3
6	Berjalan, tempatkan salah satu tumit di depan jari kaki yang lain	2	3
7	Berjalan sepanjang garis lurus	2	4
8	Berjalan mengikuti tanda gambar pada lantai	2	3
9	Berjalan mundur	2	3
10	Berjalan mengikuti lingkaran	2	3
11	Berjalan dengan tumit	1	2
12	Berjalan dengan ujung kaki	1	1
	JUMLAH	23	29

Kriteria penilaian

4 :melakukan aktifitas dg lengkap

3 :sedikit bantuan (untuk keseimbangan)

2 :dg bantuan sedang – maksimal

1 :tidak mampu melakukan aktivitas

Keterangan

42 – 54 : Melakukan aktifitas dengan lengkap

28 – 41 : Sedikit bantuan (untuk keseimbangan)

14 – 27 : Dengan bantuan sedang sampai maksimal

< 14 : Tidak mampu melakukan aktifitas

Dampak pada penampilan ADL :

9.19. Sistem saraf pusat

9.19.1. Sakit kepala : () ya (√) tidak

9.19.2. Kejang : () ya (√) tidak

9.19.3. Sinkope/serangan jatuh : () ya (√) tidak

9.19.4. Paralisis : () ya (√) tidak

9.19.5. Paresis : () ya (√) tidak

9.19.6. Masalah koordinasi : () ya (√) tidak

9.19.7. Tc/tremor/spasme : () ya (√) tidak

9.19.8. Masalah memori : () ya (√) tidak

X. RIWAYAT PSIKOSOSIAL

10.1. Cemas : () ya (√) tidak

10.2. Stabilitas emosi

a. Labil (b). Stabil c. Iritable d. Datar

Jelaskan

10.3. Permasalahan emosional dengan **Pertanyaan tahap 1**

10.3.1. Apakah klien mengalami susah tidur. Tidak

10.3.2. Apakah klien merasa gelisah. Tidak

10.3.3. Apakah klien murung menangis sendiri. Tidak

10.3.4 Apakah klien sering was-was atau kuatir. Tidak

Lanjutkan pertanyaan tahap 2 jika lebih dari satu atau sama dengan jawaban
1 ya

Pertanyaan tahap 2

10.3.5. Keluhan lebih dari 3 bulan atau lebih dari 1 bulan 1 kali dalam satu
bulan.

10.3.6. Ada masalah atau banyak pikiran

10.3.7. Ada gangguan atau masalah dengan orang lain

10.3.8. Menggunakan obat tidur atau penenang atas anjuran dokter

10.3.9. Cenderung mengurung diri ?

Lebih dari 1 atau sama dengan 1 jawabannya ya, maka masalah emosional
ada atau

ada gangguan emosional

10.3.10. Insomnia : () ya () tidak

10.3.11. Gugup : () ya () tidak

10.3.12. Takut : () ya () tidak

10.3.13. Stres : () ya () tidak

10.3.14 Mekanisme koping yang biasa digunakan

Tidak ada.

10.3.15. Pola respon seksual

-

XI. STATUS FUNGSIONAL

Pemeriksaan Indek barthel

No	Jenis aktivitas	Nilai		Penilaian
		Bantuan	Mandiri	
1	Makan/minum	5	10 <input checked="" type="checkbox"/>	10
2	Berpindah dari kursi roda ke tempat tidur/sebaliknya	5-10	15 <input checked="" type="checkbox"/>	15

3	Kebersihan diri: cuci muka, menyisir, dll	0	5√	5
4	Keluar/masuk kamar mandi	5	10√	10
5	Mandi	0	5√	5
6	Berjalan (jalan datar)	10	15√	15
7	Naik turun tangga	5	10√	5
8	Berpakaian/bersepatu	5	10√	10
9	Mengontrol defekasi	5	10√	10
10	Mengontrol berkemih	5	10√	10
	Jumlah		95√	95

Keterangan :

0 – 20 : Ketergantungan penuh/total

21 – 61 : Ketergantungan berat

62 – 90 : Ketergantungan moderat

91 – 99 : Ketergantungan ringan

100 : Mandiri

XII. STATUS KOGNITIF

Pemeriksaan Short Portable Mental Status Questionnaire

Benar	Salah	Nomor	Pertanyaan
√		1	Tanggal berapa hari ini?
√		2	Hari apa sekarang?
√		3	Apa nama tempat ini?
√		4	Di mana alamat Anda?
√		5	Kapan Anda lahir?
√		6	Berapa umur Anda?

√		7	Siapa presiden Indonesia sekarang?
√		8	Siapa presiden Indonesia sebelumnya?
√		9	Siapa nama ibu Anda?
√		10	Angka 20 dikurangi 3=? Dan seterusnya dikurangi 3
10			Jumlah

Keterangan :

Salah 0 – 3: fungsi intelektual utuh
intelektual ringan

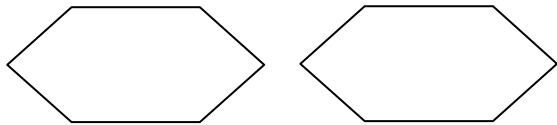
Salah 4 – 5: kerusakan

Salah 6 – 8: kerusakan intelektual sedang
intelektual berat

Salah 9 – 10: kerusakan

XIII MINI MENTAL STATUS EXAM (MMSE) Maximal 5 minimal 1

ITEM	TES	NILAI MAX	NILAI
1	ORIENTASI		
2	Sekarang (tahun), (musim), (bulan), (tanggal), (hari) apa? Kita berada di mana? (negara), (provinsi), (kota), (rumah sakit), (lantai/kamar)	5 5	5 5
3	REGISTRASI		
	Sebutkan 3 buah nama benda (apel, meja, koin) tiap benda 1 detik, pasien disuruh mengulangi ketiga nama benda tersebut dengan benar dan catat jumlah pengulangan	3	3
4	ATENSI DAN KALKULASI		
	Kurangi 100 dengan 7. Nilai 1 untuk setiap jawaban benar. Hentikan setelah 5 jawaban. Atau disuruh mengeja terbalik kata “DUNIA” (nilai diberikan	5	5

	pada huruf yang benar sebelum kesalaahn; misalnya “a i u n d ”=3		
5	MENGINGAT KEMBALI (RECALL) Klien diminta mengingat kembali nama benda di atas	3	3
6	BAHASA Klien diminta menyebutkan nama benda yg ditunjukkan (pensil, buku)		0 5 4
7	Klien diminta mengulang kata-kata “namun”,		3
8	“tanpa”, “bila”		1
9	Klien diminta melakukan perintah : “Ambil kertas ini dengan tangan Anda, lipatlah menjadi dua bagian dan letakkan di lantai”	3 5 5	0 0
10	Klien disuruh membaca dan melakukan perintah	4	
11	“Pejamkan mata Anda” Klien disuruh menulis dengan spontan Klien diminta menggambar bentuk di bawah ini	2 2	
			
	TOTAL		34

Keterangan :

Skor 24<30 = normal

Nilai 18-23 = gangguan kognitif sedang

Nilai 0-17 = gangguan kognitif berat

ANALISA DATA

Tgl	Data	Masalah	Etiologi
1	<p>Data subyektif : Ny S.H mengatakan mengatakan bahwa dirinya sangat menyukai makanan manis seperti teh manis, Ny S.H juga mengatakan sejak menderita penyakit diabetes mellitus. dan sering keram pada ujung jari kaki. Data obyektif : saat di cek GDS hasilnya 211 mg/dL.</p>	<p>Resiko ketidakstabilan kadar glukosa darah dengan kode 00179</p>	
2	<p>Data subyektif : Ny. S.H. mengatakan nyeri pada pinggul, keram dan kesemutan pada kaki, waktu berjalan. Data obyektif : Ny S.H tampak kesusahan saat berdiri dalam jangka waktu lama, postur tubuh tidak lurus, wajah tampak tidak rilex, skala nyeri 3, tampak Ny. S.H. sering memegang daerah pinggul, Jumlah status fungsional 90 yaitu ketergantungan moderFat, Jumlah kekuatan otot 23 yaitu dengan bantuan sedang sampai maksimal.</p>	<p>Hambatan : Berjalan dengan kode 00088</p>	
3	<p>Data subyektif : Ny. S.H. mengatakan tidak kuat berdiri lama dan kalau berjalan harus menggunakan tongkat dan kacamata. Data obyektif : tampak Ny. S.H. tidak bisa berjalan tanpa bantuan alat (tongkat dan kacamata), berusia 74</p>	<p>Resiko Jatuh dengan kode 00155</p>	

	<p>tahun, Pengkajian psikogerontik didapatkan : Nilai indeks bartel : 95. Kesimpulannya : pasien dengan ketergantungan moderat, Nilai status kognitif : 8. Kesimpulannya pasien memiliki fungsi intelektual utuh, Nilai MMSE : 20. Kesimpulannya pasien memiliki kognitif sedang.</p>		
--	---	--	--

DIAGNOSA KEPERAWATAN

TGL	DIAGNOSA KEPERAWATAN	PARAF
1	Resiko ketidakstabilan kadar glukosa darah dengan kode 00179	
2	Hambatan : Berjalan dengan kode 00088	
3	Resiko Jatuh dengan kode 00155	

INTERVENSI KEPERAWATAN

1) Resiko ketidakstabilan kadar glukosa dalam darah dengan kode 00179

Setelah dilakukan asuhan keperawatan, diharapkan ketidakstabilan kadarglukosa darah normal.

NOC : kadar glukosa darah (2300): Glukosa darah dari skala 2 (deviasi yang cukup besar dari kisaran normal) ditingkatkan menjadi skala 4 (deviasi ringan sedang dari kisaran normal), keparah hiperglikemia (2111): peningkatan glukosa darah dari skala 2 (berat) di tingkatkan menjadi skala 4 (ringan), manajemen diri (1619): memantau glukosa darah dari skala 2 (jarang menunjukkan) ditingkatkan menjadi skala 4 (sering menunjukkan).

NIC : Manajemen Hiperglikemia 1. Monitor kadar glukosa darah, 2. Monitor tanda dan gejala hiperglikemi, 3. Dorong asupan cairan oral, 4. Riview kadar gluokosa pasien/keluarga, 5. Instruksikan pada pasien mengenai penggunaan obat oral, Kode 5614. Manajemen Berat Badan 1. Diskusikan dengan pasien mengenai hubungan antara makanan dan penurunan BB, 2. Kaji motivasi pasien untuk perubahan pola makan, 3. Hitung BBI, Kode 5612 Pengajaran : Peresepan Latihan 1. Nilai tingkat latihan pengetahuan pasien (senam kaki diabetik) , 2. Informasikan pasien mengenai tujuan dan manfaat latihan, 3. Instruksikan pasien bagaimana melakukan latihan, 4. Instruksikan pasien melakukan latihan yang diresepkan, 5. Instruksikan bagaimana melakukan pemanasan dan pendinginan

2) Hambatan : Berjalan dengan kode 00088

NOC: . Mobilitas : mobilitas fisik individu dan gejala sisa dari pergerakan dibatasi ditingkatkan dari 2 ke 4 (ringan) dengan indicator : 210201 Nyeri yang dilaporkan.

NIC : Fisiologi Dasar, Kelas E : Peningkatan Kenyamanan Fisik, Kode 1400 Manajemen Nyeri, 1. Gunakan strategi komunikasi terapeutik, 2. Lakukan pengkajian nyeri yang komperhensif, 3. Observasi adanya petunjuk non

verbal, 4.Gali bersama pasien faktor-faktor yang menurunkan dan memperberat nyeri, 5.Berikan informasi mengenai nyeri, 6.Pilih dan implementasi tindakan farmakologi, 7.Ajarkan penggunaan teknik non farmakologi (relaksasi, musik, bermain, kompres, nafas dalam), 8.Dukung istirahat tidur untuk mengurangi nyeri, Evaluasi ketidakefektifan dari pengontrol nyeri yang dipakai selama pengkajian

3) Resiko jatuh dengan kode 00155

NOC: Kriteria hasil: setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan klien mampu untuk: a) Gerakan terkoordinasi : kemampuan otot untuk bekerjasama secara volunter untuk melakukan gerakan bertujuan. b) Kejadian jatuh: tidak ada kejadian jatuh. c) Pengetahuan: pemahaman penjegahan jatuh. d) Pengetahuan: kemampuan pribadi. NIC: a)Mengidentifikasi defisit kognitif atau fisik yang dapat meningkatkan potensi jatuh dalam lingkungan tertentu. Mengidentifikasi perilaku dan faktor yang mempengaruhi resiko jatuh, b) Mendorong pasien untuk menggunakan tongkat atau alat bantu berjalan, c) Sarankan alas kaki yang aman (tidak licin). d) Dorong aktifitas fisik pada siang hari.(menyapu, menyiram bunga agar pasien tidak dapat waktu untuk jalan). e) Pasang palang pegangan keselamatan kamar mandi.

IMPLEMENTASI

Hari pertama dilakukan pada tanggal 27 Mei 2019 yaitu : **Diagnosa keperawatan 1** : jam 09.00 mendiskusikan dengan pasien mengenai hubungan antara makanan dan penurunan BB, Jam 09.15 menghitung BBI, jam 09.20 memonitor tanda dan gejala hiperglikemi, jam 09.30 memonitor kadar glukosa darah

Diagnosa 2 : jam 10.00 Melakukan pengkajian nyeri yang komperhensif, yaitu menggunakan pengkajian PQRST, jam 10.05 Mengobservasi respon non verbal, yaitu rawut wajah pasien dan postur tubuh, jam 10.10 Menggali faktor-faktor yang meringankan maupun memperberat nyeri, jam 10.15 Memberikan informasi terkait nyeri.

Diagnosa keperawatan 3 jam 12.00 Mengidentifikasi perilaku yang mempengaruhi jatuh, jam 12.05 Mengidentifikasi lingkungan yang mungkin meningkatkan potensi jatuh, 12.10 Monitor gaya berjalan dengan melakukan tes keseimbangan, jam 12.15 Mengkaji riwayat jatuh.

Hari kedua dilakukan pada tanggal 28 Mei 2019 yaitu : **Diagnosa keperawatan 1** : jam 09.00 Menilai tingkat pengetahuan pasien tentang senam kaki diabetik, jam 09.05 menjelaskan tujuan dan manfaat senam SKD, jam 09.10 menginstruksikan pasien bagaimana melakukan SKD, jam 09.15 menginstruksikan pasien mengulangi SKD, jam 09.20 menginstruksikan melakukan pendinginan.

Diagnosa 2 : Melakukan pengkajian nyeri yang komperhensif, yaitu menggunakan pengkajian PQRST, jam 10.05 Mengobservasi respon non verbal, yaitu rawut wajah pasien dan postur tubuh, jam 10.10 Mengajarkan teknik non farmakologi : Terapi Musik, jam 10.15 Mengajarkan teknik farmakologi : Napas dalam

Diagnosa keperawatan 3 : jam 12.00 memonitor gaya berjalan, 12.10 menilai tes keseimbangan, jam 12.05 Menyiapkan alat bantu, 12.10 Mengajarkan pasien bagaimana jika jatuh.

EVALUASI

Evaluasi adalah proses yang berkelanjutan untuk menilai efek dari tindakan keperawatan klien (Yogiantoro, 2006). Evaluasi dilakukan terus menerus pada respon klien terhadap tindakan yang dilakukan.

Pada hari kamis, 39 Mei 2019 jam 11.35 Diagnosa I, S : Pasien mengatakan rutin minum obat, tidak sering kencing pada malam hari, tidak merasa lapar dan haus berlebih, tidak makan makanan manis, dan sering melakukan SKD sebelum tidur. O : keadaan umum baik, kesadaran composmentis GCS 15 (E4V5M6), BB 55 Kg, GDS : 211 mg/dL, TD : 150/90mmhg, Nadi: 82x/menit Suhu: 37°C, Pasien dapat merobek koran menjadi 8 bagian, dalam membuat bola kaki kiri cepat dari kaki kanan, pasien dapat mengawali dan mengakhiri latihan SKD dengan baik. A : masalah belum teratasi, P : intervensi dilanjutkan. Diagnosa II, S : klien mengatakan nyeri berkurang, nyeri sesekali muncul saat bejalan tanpa tongkat pada waktu yang lama, nyeri tertusuk (nyilu), nyeri tidak menjalar dan berpusat pada daerah lutut, skala nyeri 2 (nyeri ringan) O : keadaan umum baik, wajah tampak rilex. A : Masalah teratasi sebagian. P : Intervensi dihentikan. Diagnosa III, S : Pasien mengatakan telah memahami teknik jatuh yang benar. O : pasien menggunakan alis kaki anti selip, menggunakan walker saat berjalan, berjalan pelan dengan jumlah status fungsional yatu 95 kesimpulannya ketergantungan moderat. A : Masalah tidak terjadi. P : Intervensi dihentikan.