

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Lanjut Usia

2.1.1 Pengertian Lanjut Usia

Pada UU Lansia dijelaskan dalam UU No. 13 Tahun 1998 menggantikan Undang-undang Nomor 4 Tahun 1965, yang meliputi kehidupan seseorang yang berusia di atas 60 tahun. Penuaan bukanlah suatu penyakit melainkan suatu proses yang disebabkan oleh perubahan daya tahan tubuh terhadap rangsangan dari dalam maupun luar. Lansia merupakan seseorang yang telah memasuki usia diatas 60 tahun ke atas, yang telah memasuki tahapan akhir dari fase kehidupannya. Kelompok yang dikategorikan lansia ini akan terjadi suatu proses yang disebut Aging Proses atau proses penuaan. (Widiyawati & Jerita, 2020).

2.1.2 Batasan Lanjut Usia

Batasan usia tersebut dikemukakan dalam beberapa pendapat mengenai batasan usia : (Widiyawati & Jerita, 2020)

a. Menurut Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) :

- 1) Usia pertengahan (Middle Age) ialah kelompok usia 45 -59 tahun
- 2) Lanjut usia (Elderly) ialah kelompok usia 60 – 74 tahun
- 3) Lanjut usia tua (Old) ialah kelompok usia 75 – 90 tahun
- 4) Usia sangat tua (Very Old) ialah kelompok 90 ta

b. Kementerian Kesehatan RI 2013 mengklasifikasi mengenai lanjut usia :

1) Pralansia (prasenilis)

Seseorang yang berusia 45-59 tahun.

2) Lansia

Seseorang yang berusia 60 tahun atau lebih

3) Lansia risiko tinggi.

Seseorang yang berusia 70 tahun atau lebih 60 tahun atau lebih dengan masalah kesehatan.

4) Lansia potensial

Lansia yang masih mampu melakukan pekerjaan atau kegiatan yang dapat menghasilkan barang/jasa.

5) Lansia tidak potensial

Lansia yang tidak berdaya mencari nafkah, sehingga hidupnya bergantung pada bantuan orang lain.

2.1.3 Tipe Lanjut Usia

Lansia memiliki berbagai tipe yang dipengaruhi oleh karakter, pengalaman hidup, lingkungan, kondisi fisik, mental, social, serta ekonomi. Berikut beberapa tipe lansia yang umum yaitu : (Maryam, 2008 dalam Ratnawati, 2021)

- a. Tipe arif bijaksana ditandai dengan lansia yang memiliki banyak pengalaman kaya dengan hikmah, dapat mensituasikan diri dengan perubahan zaman, ramah, rendah hati, sederhana, dermawan dan dapat menjadi panutan.
- b. Tipe mandiri ditandai dengan lansia yang dapat menyesuaikan perubahan yang terjadi pada dirinya. Mereka mengganti kegiatan yang hilang dengan

yang baru, selektif dalam mencari pekerjaan dan dapat bergaul dengan teman.

- c. Tipe tidak puas ditandai dengan sikap lansia yang memiliki konflik lahir batin dengan cenderung menentang proses penuaan sehingga menjadi pemarah, tidak sabar, mudah tersinggung, sulit dilayani, pengkritik, dan banyak menuntut.
- d. Tipe pasrah biasanya lansia memiliki tipe kecenderungan menerima dan menunggu nasib baik, rajin mengikuti agama dan mau melakukan pekerjaan apa saja.
- e. Tipe bingung ditandai dengan lansia mengalami syok akan perubahan status dan peran. Mereka mengalami minder, menyesal, asif dan acuh.
- f. Tipe optimis lansia dengan tipe ini mempunyai sikap santai dan periang, penyesuaian cukup baik dan mereka memandang masa lansia ialah bebas dan tanggung jawab.
- g. Tipe konstruktif ditandai dengan adanya mempunyai integritas baik dan dapat menikmati hidup, mempunyai toleransi tinggi, humoristik, fleksibel dan tahu diri.
- h. Tipe ketergantungan menyatakan bahwa orang yang lebih tua masih dapat diterima dalam masyarakat, tetapi selalu pasif, tidak ambisius tetapi percaya diri, mereka kurang inisiatif dan tidak praktis dalam tindakan mereka.
- i. Tipe defensif biasanya terjadi pada lanjut usia yang sebelumnya memiliki pekerjaan, yang selalu menolak untuk memberikan bantuan, emosinya sering terkendali, anehnya takut untuk menghadapi "Masa Tua".

- j. Tipe melitan dan serius yaitu lanjut usia yang tidak mudah menyerah, serius, senang berjuang, bisa menjadi panutan.
- k. Tipe pemaarah frustasi adalah lanjut usia yang pemaarah, tidak sabar, mudah tersinggung, selalu menyalahkan orang lain, menunjukkan penyesuaian diri yang buruk.
- l. Tipe bermusuhan adalah lansia yang selalu berpikir bahwa orang lain adalah menyebabkan kegagalan, selalu mengeluh, agresif dan curiga.
- m. Tipe putus asa ialah bersifat kebencian pada diri sendiri dan menyalahkan diri sendiri. Lansia ini bersikap menyalahkan diri sendiri, kurang ambisi, mengalami penurunan sosial ekonomi, tidak mampu beradaptasi.

2.1.4 Karakteristik Lanjut Usia

Orang lanjut usia memiliki ciri-ciri sebagai berikut: (Padila, 2014 dalam Gemini et al., 2021)

- a. Berusia lebih dari 60 tahun menurut Pasal 1 Ayat 2 UU Kesehatan No.13.
- b. Masalah kebutuhan dan uang, mulai dari kesehatan hingga penyakit, dari biopsikososial hingga kebutuhan spiritual.
- c. Lingkungan yang beragam.

2.1.5 Perubahan Yang Terjadi pada Lansia

Perubahan pada lansia merupakan suatu proses yang tidak dapat dihindari yang dapat menimbulkan perubahan fisik dan fungsional, perubahan mental, perubahan emosi dan dampak kemunduran. Perubahan yang terjadi seiring bertambahnya usia adalah: (Padila, 2013 dalam Gemini et al., 2021)

a. Perubahan Fisik

Semakin bertambahnya usia, semakin banyak keluhan karena tubuh tidak bekerja dengan baik seperti masa muda. Akibat perubahan Secara umum menjadi tua ditandai dengan kemunduran biologis yang terlihat sebagai gejala kemunduran fisik ialah kulit mengendur, wajah keriput, rambut kepala mulai memutih atau beruban, gigi mulai ompong, penglihatan berkurang, mudah lelah, mudah jatuh, mudah terserang penyakit, gerak lambat, pola tidur. Ketidakseimbangan nutrisi pada lansia DM tipe 2 dapat terjadi karena adanya penurunan nafsu makan yang merupakan salah 1 perubahan fisik pada lansia DM tipe 2.

b. Perubahan Mental

Faktor yang mempengaruhi perubahan mental yaitu perubahan fisik khususnya organ perasa, kesehatan umum, tingkat pendidikan, keturunan serta lingkungan.

c. Perubahan Psikososial

Perubahan psikosial pada lansia sering diukur dengan nilai melalui produktivitasnya, dikaitkan dengan peranan dalam pekerjaan.

d. Perubahan Spiritual

Agama atau kepercayaan semakin terintegrasi dalam kehidupan sehari-hari, lanjut usia semakin matur dalam kehidupan keagamaannya hal ini bisa di lihat dalam proses berfikir.

e. Dampak Kemunduran

Lansia banyak mengalami kemunduran misalnya ditandai dengan adanya keriput, rambut putih, gigi mulai ompong, aktivitas lambat, nafsu makan

berkurang sehingga menyebabkan kekurangan gizi, penglihatan memburuk, pendengaran berkurang serta kesulitan untuk merawat diri sendiri.

2.2 Konsep Penyakit

2.2.1 Definisi Diabetes Melitus Tipe II

Beberapa pengertian diabetes melitus dapat diuraikan sebagai berikut, menurut *World Health Organization* (WHO), (2020) diabetes melitus (DM) atau biasa dikenal dengan penyakit kencing manis, adalah sekelompok gangguan metabolisme yang ditandai dengan adanya hiperglikemia tanpa adanya pengobatan. Menurut Perkumpulan Endokrinologi Indonesia (PERKENI), (2021) diabetes melitus atau DM merupakan suatu kelompok penyakit metabolik dengan karakteristik hiperglikemia yang terjadi karena kelainan sekresi insulin, kerja insulin atau keduanya. Dari pengertian yang sudah diuraikan tersebut, dapat disimpulkan bahwa diabetes melitus (DM) merupakan suatu kelainan pada seseorang yang ditandai dengan naiknya kadar glukosa dalam darah (hiperglikemia) yang diakibatkan karena kekurangan insulin.

2.2.2 Etiologi Diabetes Melitus Tipe II.

Diabetes melitus tipe II, atau *non-insulin dependent diabetes* disebabkan oleh defisiensi insulin relatif, yang artinya pankreas masih bisa menghasilkan insulin yang kadarnya berbeda pada setiap orangnya. Diabetes melitus tipe II juga disebabkan oleh resistensi terhadap insulin dan sekresi insulin yang tidak adekuat oleh sel β pankreas. Mekanisme terjadinya resistensi insulin tidak jelas, tetapi kemungkinan banyak faktor yang dapat menyebabkan terjadinya resistensi insulin.

Resistensi insulin dapat didefinisikan secara luas sebagai penurunan respon jaringan terhadap insulin. Sekitar 50% resistensi insulin dikaitkan dengan faktor genetik dan 50% lainnya karena faktor gaya hidup.

Menurut Kemenkes, (2018) faktor gaya hidup tidak sehat yang menjadi pemicu diabetes melitus tipe II diantaranya, jumlah asupan energi yang berlebih, kebiasaan mengkonsumsi jenis makanan dengan kepadatan energi yang tinggi (tinggi lemak dan gula, kurang serat), jadwal makan tidak teratur, tidak sarapan, kebiasaan mengemil, teknik pengolahan makanan yang salah (banyak menggunakan minyak, gula, dan santan kental), serta kurangnya aktivitas fisik. (Greenspan, F.S, 2018 & Kemenkes, 2018)

2.2.3 Tanda Gejala Diabetes Melitus Tipe II

Menurut Perkumpulan Endokrinologi Indonesia (PERKENI) (2021), berbagai gejala dapat terjadi dengan diabetes melitus. Adanya penyakit diabetes perlu diperhatikan jika terdapat keluhan atau tanda gejala seperti:

a. Gejala Klasik

1) Poliuria

Karena sifatnya, kadar glukosa darah yang tinggi akan menyebabkan banyak berkemih. Sering berkemih dalam jumlah banyak akan sangat mengganggu, terutama pada waktu malam hari.

2) Polidipsia

Rasa haus yang berlebih sering dialami oleh pasien diabetes karena banyaknya cairan yang keluar melalui urin.

3) Polifagia

Rasa lapar terus menerus sering timbul pada pasien DM. Peningkatan rasa lapar terjadi karena penurunan aktivitas kenyang di hipotalamus. Glukosa sebagai hasil metabolisme karbohidrat tidak dapat masuk ke dalam sel, sehingga menyebabkan terjadinya kelaparan sel. Gejala khas Diabetes Melitus lainnya yaitu ditandai dengan berat badan menurun tanpa sebab yang jelas.

b. Penurunan berat badan dan rasa lemah

Penurunan berat badan yang berlangsung dalam relatif singkat harus menimbulkan kecurigaan. Rasa lemah yang timbul disebabkan karena glukosa dalam darah tidak dapat masuk dalam sel, sehingga sel kekurangan bahan bakar untuk menghasilkan tenaga.

c. Tanda gejala lainnya yang sering muncul pada pasien DM tipe 2 diantaranya perubahan pandangan menjadi kabur, kebas pada tangan/kaki, kulit kering, adanya luka yang sulit sembuh dan sering muncul infeksi.

2.2.4 Faktor Risiko Diabetes Melitus Tipe II

Faktor risiko DM tipe 2 dibedakan menjadi dua, faktor risiko ini terdiri dari faktor risiko yang tidak dapat dimodifikasi dan yang dapat dimodifikasi. Faktor risiko yang tidak dapat dimodifikasi antara lain ras dan suku, riwayat keluarga dengan DM, umur >45 tahun (meningkat seiring dengan peningkatan usia).

Adapun faktor yang dapat dimodifikasi berhubungan dengan pola hidup sehat diantaranya adalah berat badan berlebih (Indeks Massa Tubuh atau IMT ≥ 23 kg/m²), kurangnya latihan fisik, profil lemak darah yang abnormal (High Density

Lipoprotein) atau HDL minimal 60 mg/dL, dan atau trigliserida >150 mg/dL), dan kebiasaan mengonsumsi tinggi gula dan rendah serat. (Sulastri, 2022)

2.2.5 Patofisiologis Diabetes Melitus Tipe II

Patofisiologi utama yang mendasari terjadinya diabetes melitus tipe II ialah resistensi insulin dan kerusakan fungsi sel β pankreas. Sebanyak 90% dari semua kasus DM tipe II terjadi karena resistensi insulin perifer dan defisiensi insulin relatif oleh sel β pankreas. Resistensi insulin adalah kondisi ketika sel tubuh mengabaikan atau menolak sinyal dari hormon insulin. Akibatnya tubuh tidak memberikan respon yang layak terhadap hormon ini. Insulin tidak dapat bekerja secara optimal di sel otot, lemak, dan hati sehingga memaksa pankreas mengkompensasi untuk memproduksi insulin lebih banyak. Ketika sel β pankreas tidak mampu mengkompensasi peningkatan resistensi insulin, maka akan terjadi peningkatan kadar glukosa darah, sehingga akan terjadi hiperglikemia kronik. Keadaan ini akan semakin merusak sel β pankreas dan memperburuk resistensi insulin.

Pada DM tipe II gula darah yang tidak dapat dibawa masuk ke dalam sel menyebabkan gangguan metabolisme karena sel kekurangan bahan dalam proses metabolisme yang menyebabkan terjadinya pemecahan lemak dan protein. Selain itu merangsang hipotalamus khususnya pusat lapar dan haus yang menyebabkan pasien DM tipe 2 mengalami gejala polidipsi dan polifagi. Sisa dari pemecahan lemak dan protein adalah keton dan ureum. Kadar keton yang menumpuk dapat menyebabkan ketoasidosis. Diabetes melitus tipe II bisa menyebabkan penurunan berat badan karena ketika sel-sel tubuh tidak mendapatkan glukosa dan energi dari makanan, maka tubuh memecah otot dan lemak untuk mendapatkan energi.

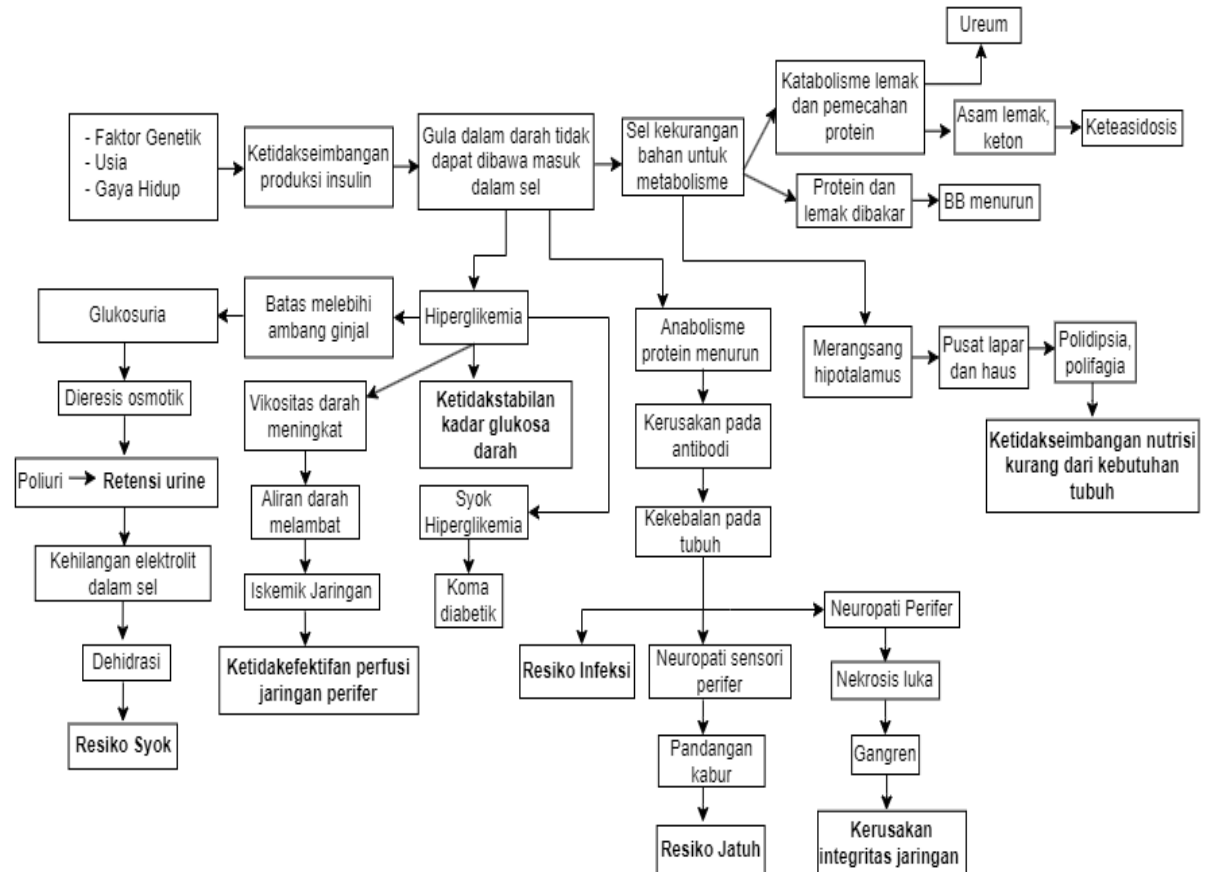
Kadar gula darah yang tinggi menyebabkan ginjal memproduksi lebih banyak urin untuk mengeluarkan gula darah yang berlebih didalam tubuh yang menyebabkan peningkatan frekuensi berkemih. Meningkatnya frekuensi berkemih pada tubuh kehilangan elektrolit dalam sel sehingga terjadinya dehidrasi dan dehidrasi menyebabkan risiko syok. Kadar gula darah yang tinggi juga menyebabkan kekentalan darah meningkat sehingga menyebabkan aliran darah terhambat sehingga aliran darah menuju organ tidak tercukupi dan terjadilah ketidakefektifan perfusi perifer. Selain itu, kadar gula darah yang tinggi menyebabkan syok hiperglikemik hingga akhirnya terjadi koma diabetik.

Akibat dari gula darah yang tidak dapat dibawa masuk ke dalam sel menyebabkan anabolisme protein menurun sehingga terjadi kerusakan antibodi dan penurunan kekebalan tubuh dan terjadi risiko infeksi. Penurunan kekebalan tubuh menyebabkan neuropati sensori perifer yang akhirnya sistem penglihatan terganggu karena pandangan kabur sehingga berisiko terjadinya jatuh pada pasien DM tipe 2. Selain itu terjadinya neuropati perifer menyebabkan nekrosis luka atau gangren sehingga terjadi kerusakan integritas kulit.

Pada tahap lanjut dari perjalanan DM tipe II, sel β pankreas diganti menjadi jaringan amiloid, akibatnya produksi insulin mengalami penurunan sedemikian rupa, sehingga secara klinis DM tipe II sudah menyerupai DM tipe I yaitu kekurangan insulin secara absolut. (Sulastri, 2022 & Nanda, 2015 dalam Nurarif, 2015)

2.2.6 Pathway Diabetes Melitus Tipe II

Gambar 1 Pathway Diabetes Melitus



Sumber: (Nanda, 2015 dalam Nurrarif, 2015)

2.2.7 Pemeriksaan Penunjang Diabetes Melitus Tipe 2

Pemeriksaan gula darah pada pasien diabetes melitus (PERKENI, 2019; Wijaya, A.S., Putri, Y.M., 2015; Riyadi, Sujono., Sukarmin, 2013) antara lain:

a. Gula darah puasa (GDP)

Pemeriksaan dilakukan dengan sampel darah vena setelah puasa selama sekurang-kurangnya 8 jam. Pasien terdiagnosis DM tipe 2 apabila hasil gula darah puasa lebih dari 126 mg/dL.

b. Gula darah 2 jam post prondial

Merupakan pemeriksaan lanjutan setelah gula darah puasa yakni dengan mengukur tingkat gula darah 2 jam setelah makan. Kadar gula darah 2 jam setelah makan biasanya pada kisaran 80 – 140 mg/dL

c. Gula darah sewaktu (GDS)

Pemeriksaan dilakukan dengan sampel darah vena dan dapat dilakukan sewaktu-waktu, tanpa persiapan. Pasien terdiagnosis DM tipe 2 apabila hasil gula darah sewaktu lebih dari 200 mg/dL. Normal gula darah sewaktu 140mg/dL.

d. Hemoglobin terglikasi (HbA1c)

Berguna dalam memantau kadar gula darah rata-rata selama lebih dari tiga bulan. Pemeriksaan dilakukan dengan sampel darah vena dengan metode yang terstandarisasi oleh National Glycohemoglobin Standardization Program (NGSP). Pasien terdiagnosis DM tipe 2 apabila kadar HbA1c lebih 6,5%.

2.2.8 Penatalaksanaan Diabetes Melitus Tipe II

Menurut Kemenkes, (2022) ada lima pilar dalam pengelolaan diabetes, yaitu: edukasi, perencanaan makan, optimalisasi aktivitas fisik, obat dari dokter, dan pemantauan rutin.

a. Edukasi

Menurut Perkumpulan Endokrinologi Indonesia (PERKENI), (2021) edukasi dengan tujuan promosi hidup sehat, perlu dilakukan sebagai bagian dari upaya pencegahan dan merupakan bagian yang sangat penting dari pengelolaan DM

secara holistik. Materi edukasi meliputi perjalanan penyakit, tanda dan gejala, faktor risiko, intervensi non-farmakologi dan farmakologi, komplikasi, dan pentingnya melaksanakan diet DM.

b. Terapi Nutrisi Medis

Terapi nutrisi medis merupakan bagian penting dari penatalaksanaan DM secara komprehensif. Kunci keberhasilannya adalah keterlibatan secara menyeluruh dari anggota tim (dokter, ahli gizi, petugas kesehatan yang lain serta pasien dan keluarganya). Terapi nutrisi medis sebaiknya diberikan sesuai dengan kebutuhan pasien DM tipe 2. Prinsip pengaturan makan pada pasien DM tipe 2 hampir sama dengan anjuran makan untuk masyarakat umum, yaitu makanan yang seimbang dan sesuai dengan kebutuhan kalori dan zat gizi masing-masing individu. Lansia DM tipe 2 perlu diberikan penekanan mengenai pentingnya keteraturan jadwal makan, jenis makan dan jumlah kandungan kalori, terutama pada mereka yang menggunakan obat yang meningkatkan sekresi insulin atau terapi insulin itu sendiri. Makanan yang dikonsumsi pada pasien DM tipe 2 komposisi karbohidrat 45-65%, lemak 20-25%, dan protein 30-35%, menggunakan pemanis tak berkalori.

c. Latihan Fisik

Program latihan fisik secara teratur selama sekitar 30–45 menit sehari, dilakukan 3–5 hari dalam seminggu dan total perminggu selama 150 menit.

d. Penatalaksanaan Farmakologi

Terapi farmakologis pada pasien DM tipe 2 terdiri dari obat oral dan bentuk suntikan diantaranya:

1) Obat Antihiperqlikemia Oral

Berdasarkan cara kerjanya terbagi menjadi enam golongan:

a) Pemacu sekresi insulin

(1) Sulfonilurea

Contoh obat golongan ini adalah glibenclamide, glipizide, glimepiride, gliquidone, dan gliclazide.

(2) Glinid

Golongan ini terdiri dari dua macam obat yaitu Repaglinid (derivat asam benzoat) dan Nateglinid (derivat fenilalanin).

b) Peningkatan sensitivitas terhadap insulin

(1) Metformin

(2) Tiazolidinedion (TZD)

Obat yang masuk golongan ini adalah puoglitazone.

c) Penghambat Alfa Glukosidase

Obat ini bekerja dengan menghambat absorpsi glukosa. Contoh obat golongan ini adalah acarbose.

d) Penghambat enzim dipeptidil peptidase-4 (DPP-4)

Yang termasuk dalam golongan ini adalah vildagliptin, linagliptin, sitagliptin, saxagliptin dan alogliptin.

e) Penghambat enzim sodium glucose co-transporter 2

Cara kerjanya menghambat reabsorpsi glukosa di tubulus distal.

2) Obat Antihyperglukemia suntik

a) Insulin

Berdasarkan jenis dan lama kerjanya insulin terbagi menjadi 6 jenis diantaranya:

(1) Insulin kerja cepat (rapid acting insulin)

Contoh obatnya:

- Insulin Lispo (Humalog)
- Insulin Aspart (Novorapid)
- Insulin Glulisin (Apidra)

(2) Insulin kerja pendek (short acting insulin)

Contoh obatnya:

- Humulin R
- Actrapid

(3) Insulin kerja menengah (intermediate acting insulin)

Contoh obatnya:

- Humulin N
- Insulatard
- Insuman Basal

(4) Insulin kerja panjang (long-acting insulin)

Contoh obatnya:

- Insulin Glargine (Lantus)
- Insulin Detemir (Levemir)

(5) Insulin kerja ultra panjang (ultra long-acting insulin)

Contoh obatnya:

- Degludec (Tresiba)
- Glargine U300 (Lantus XR)

(6) Insulin campuran tetap, kerja pendek dengan menengah dan kerja cepat dengan menengah (premixed insulin).

e. Pemantauan rutin

Pemantauan kadar gula darah pada pasien diabetes melitus diperlukan untuk menegakkan diagnosis serta memantau terapi dan timbulnya komplikasi.

2.3 Konsep Ketidakseimbangan Nutrisi

2.3.1 Pengertian Ketidakseimbangan Nutrisi

Ketidakseimbangan nutrisi ialah asupan yang tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolik. (Nanda, 2015 dalam Nurrarif, 2015). Ketidakseimbangan nutrisi berarti kondisi dimana ketika tubuh individu berisiko mengalami kenaikan berat badan atau penurunan berat badan yang berhubungan dengan asupan yang melebihi kebutuhan metabolik. (Carpenito, 2012 dalam Ismaul, 2017)

Ketidakseimbangan nutrisi pada penyakit diabetes melitus tipe 2 menjadi hal yang penting diperhatikan karena disebabkan ketidakmampuan pasien diabetes melitus dalam mengelola makanan yang dikonsumsi, selain itu pasien DM tipe 2 mengalami defisiensi insulin, sehingga terganggunya metabolisme protein dan lemak yang menyebabkan penurunan berat badan. Pasien DM tipe 2 juga bisa terjadi kelebihan pada berat badan yang disebabkan karena mengalami gejala

polifagi dimana pasien merasakan lapar terus menerus sehingga menyebabkan ketidakseimbangan nutrisi.

Lansia mengalami perubahan fisiologis secara alami, sehingga rentan menderita suatu penyakit. Diabetes melitus merupakan salah satu penyakit kronis yang dialami oleh lansia. Lansia dengan DM tipe 2 diharapkan mampu mengontrol asupan nutrisi (karbohidrat, lemak, sayuran dan buah), penatalaksanaan pola makan atau diet harus disesuaikan dengan kondisi pasien. (Sari, 2022 & Kemenkes, 2022)

2.3.2 Pengaturan Nutrisi Pada Pasien Diabetes Melitus

Penatalaksanaan yang dapat dilakukan untuk memenuhi asupan kebutuhan pada nutrisi lansia dimulai dengan cara memperhatikan kebutuhan gizi lansia, memperhatikan bentuk dan variasi makanan yang menarik agar tidak bosan (bentuk cair, bubur, nasi kukus, beras merah), tambahkan cairan lain. Makanan/susu saat lansia melakukannya tidak bisa habis makan, bila menderita gangguan metabolisme dan penyakit kronis, hindari makan makanan yang dapat memicu lansia kesulitan makan. (Mardalena, 2017).

Menurut Perkumpulan Endrokrinologi Indonesia (PERKENI) (2021), terapi nutrisi merupakan bagian penting dari penatalaksanaan DM tipe 2 secara keseluruhan yang membutuhkan keterlibatan dari tenaga kesehatan, pasien, dan keluarga pasien. Prinsip penatalaksanaan nutrisi pada pasien DM tipe 2 adalah menu yang seimbang sesuai dengan kebutuhan kalori dan nutrisi masing-masing pasien, perlu ditekankan pentingnya jadwal, jenis dan jumlah makanan yang teratur.

Komposisi makanan yang dianjurkan diantaranya ialah:

a. Karbohidrat 45-65% total asupan energi/hari.

Komposisi menu karbohidrat yang dianjurkan untuk pasien DM tipe 2 diantaranya ialah: (Krisnatuti et al., 2014)

- 1) Nasi putih : 150 gram/1 gelas air
- 2) Nasi merah : 150 gram/1 gelas air
- 3) Roti gandum tawar: 30 gram/1 lembar
- 4) Oatmeal : 250 gram/5-6 sendok makan
- 5) Jagung rebus : 150 gram/2 buah sedang
- 6) Roti hamburger: 30 gram/1 lembar roti

Adapun menu selingan karbohidrat yaitu:

- 1) Bubur beras : 400 gram /2 ½ gelas air
- 2) Nasi jagung : 150 gram/ 1 gelas air
- 3) Singkong : 150 gram/1 potong sedang
- 4) Ubi : 150 gram/1 potong sedang
- 5) Nasi tim : 200 gram/1 ¼ gelas air
- 6) Kentang : 200 gram/4 buah sedang
- 7) Talas : 200 gram/½ potong sedang
- 8) Roti putih tawar: 45 gram/1 lembar roti.

b. Lemak: 20-25% kebutuhan kalori/hari

Komposisi menu lemak yang dianjurkan untuk pasien DM tipe 2 diantaranya ialah: (Krisnatuti et al., 2014)

- 1) Kacang tanah : 50 gram/3-4 sendok makan

- 2) Kacang kedelai : 150 gram/10 sendok makan
- 3) Kacang merah : 150 gram/10 sendok makan
- 4) Chicken nugget : 100 gram/2-3 potong

c. Protein: 30-35% total asupan energi/hari

Komposisi menu protein yang dianjurkan untuk pasien DM tipe 2 diantaranya ialah: (Krisnatuti et al., 2014)

- 1) Daging ayam : 50 gram/1 potong sedang
- 2) Ayam tanpa kulit : 40 gram/1 potong sedang
- 3) Tahu : 100 gram/2 biji sedang
- 4) Tempe : 50 gram/2 potong sedang
- 5) Rolade daging : 50 gram/1 potong

Adapun menu selingan untuk protein:

- 1) Telur ayam : 75 gram/2 butir kecil
- 2) Telur bebek : 60 gram/1 butir besar
- 3) Ikan segar : 50 gram/1 potong sedang
- 4) Ikan asin : 25 gram/1 potong sedang
- 5) Ikan teri : 25 gram/2 sdm

d. Natrium: < 1.500 mg/hari atau 1 sendok teh.

e. Serat: 20-35 g/hari

Komposisi menu serat yang dianjurkan untuk pasien DM tipe 2 diantaranya ialah: (Krisnatuti et al., 2014)

- 1) Pisang ambon : 120 gram/1 buah besar
- 2) Jeruk : 110 gram/1 buah besar

- 3) Pepaya : 110 gram/1 potong besar
- 4) Apel : 120 gram/1 buah kecil
- 5) Melon : 90 gram/1 potong besar
- 6) Alpukat : 100 gram/1 biji besar
- 7) Belimbing : 120 gram/1 buah besar
- 8) Sawi : 100 gram/ ½ ikat
- 9) Bayam : 200 gram/2 ikat
- 10) Brokoli : 100 gram/12 potong kecil
- 11) Wortel : 100 gram/ 1 biji besar
- 12) Kangkung : 100 gram/1 ikat

2.3.3 Edukasi Nutrisi Pada Diabetes Melitus

Tahap awal dalam pentingnya melaksanakan manajemen edukasi. Edukasi dilakukan sebagai sarana promosi kesehatan, pencegahan, memperlambat perkembangan komplikasi diabetes. Edukasi tentang kebiasaan diet harus disesuaikan dengan kebutuhan kalori dan nutrisi masing-masing individu. Pada pasien dengan diabetes melitus, pentingnya mengontrol rencana makan, makanan, dan kandungan kalori harus ditekankan.

Pola makan pada lansia diabetes menjadi acuan yang tepat bagi pasien untuk mengikuti pola makan yang bergizi untuk menjaga gula darah. Perawatan diet ini wajib dilakukan bagi pasien yang sudah mengidap diabetes, pasien dan pengelola harus menjaganya setiap hari, menghindari konsumsi makanan manis yang tinggi karbohidrat, lemak dan protein. (PERKENI, 2021)

Pada edukasi nutrisi pada pasien DM tipe 2 materi yang harus disampaikan ialah pengertian DM, dan 3J (Jenis, Jumlah, Jadwal).

- a. Jenis makanan yang dianjurkan untuk pasien DM tipe 2 ialah: (Kemenkes, 2022)
 - 1) Sumber protein hewani: ayam tanpa kulit, ikan, putih telur, dan daging tidak berlemak.
 - 2) Sumber protein nabati: tempe, tahu, kacang hijau, kacang merah, kacang tanah, dan kacang kedelai.
 - 3) Sumber sayuran: kangkung, bayam, brokoli, wortel, oyong, toman, labu, kembang kol, sawi, selada, seledri, terong, dan buncis.
 - 4) Buah-buahan: jeruk, pisang, apel, alpukat, belimbing, pepaya, melon, jambu air, dan salak.
 - 5) Karbohidrat: nasi, bubur, roti, kentang, singkong, ubi, sagu, gandum, sereal, jagung dan kentang.
 - 6) Hindari penggunaan karbohidrat yang mudah diserap: gula pasir, gula jawa, sirup, selai, susu kental manis, es krim, kue manis, abon, dendeng dan sarden.
- b. Jumlah makanan yang di konsumsi disesuaikan dengan BB pada pasien dan disesuaikan dengan jumlah asupan kalori berdasarkan umur, jenis kelamin, bb, tb, dan aktivitas fisik. (Kemenkes, 2018)
- c. Jadwal makan terdiri dari 3x makan utama dan 2-3 makanan selingan untuk mengikuti prinsip porsi kecil. (Kemenkes, 2018)

2.3.4 Faktor Yang Mempengaruhi Nutrisi Pada Lanjut Usia Diabetes

Melitus Tipe 2

Faktor yang mempengaruhi nutrisi pada lansia terjadi karena fungsi organ seiring bertambahnya usia. Namun bisa berhubungan dengan karena penyakit yang diderita salah satunya diabetes melitus, diantaranya nafsu makan yang buruk, gigi ompong, disfagia karena kelemahan pada lidah sehingga kesulitan untuk makan, kurangnya pengetahuan pada lansia dalam mengkonsumsi makanan, gizi dan diet pada DM Tipe 2 yang akan memperburuk kondisi lansia. (Mardalena, 2017)

2.4 Konsep Asuhan Keperawatan Gerontik Dengan Ketidakseimbangan Nutrisi Diabetes Melitus Tipe II

2.4.1 Pengkajian

Pengkajian keperawatan merupakan dasar pemikiran dalam memberikan asuhan yang sesuai dengan kebutuhan pada pasien. Pengkajian yang lengkap dan sistematis sesuai dengan fakta atau kondisi yang ada pada pasien sangat penting untuk merumuskan suatu diagnosis keperawatan dalam memberikan asuhan keperawatan. (Budiono & Budi, 2017 & Wijaya, et al., 2015)

a. Identitas Pasien

Nama, jenis kelamin pada perempuan lebih rentan terkena DM tipe 2 daripada laki-laki, pada pada usia di atas 40 tahun biasanya terjadinya DM tipe 2, alamat, agama, bangsa, suku jawa rentan terkena DM tipe 2, pekerjaan, status perkawinan, tanggal masuk rumah sakit, nama penanggung jawab, keluarga

yang dapat dihubungi, pekerjaan penanggung jawab, no registrasi rekam medis, dan diagnose medis.

b. Keluhan Utama

Keluhan lansia yang dirasakan dan ditemukan pada saat pengkajian dilakukan dengan keluhan yang dirasakan pasien DM tipe 2 meliputi poliuri, polifagi, dan polidipsi, perubahan berat badan, keluhan lain yang ditemukan adalah lemas, ekstremitas kesemutan, mati rasa, dan gatal.

c. Riwayat Kesehatan

1) Riwayat kesehatan sekarang

Biasanya pada lansia DM Tipe 2 merasakan polidipsi, polifagia, penurunan berat badan, mengalami mual, muntah, ekstremitas akan merasakan kesemutan, mati rasa, gatal, kelelahan, dan kadar gula darah yang tidak stabil.

2) Riwayat kesehatan dahulu

Adanya penyakit DM tipe 2 yang sudah lama diderita, tindakan medis yang pernah di dapat maupun obat-obatan yang biasa digunakan. Penderita apakah pasien perokok aktif/pasif, serta menanyakan riwayat alergi.

3) Riwayat kesehayan keluarga

Dari genogram keluarga apakah ada yang mempunyai riwayat penyakit keturunan seperti DM tipe 2.

d. Pola Aktivitas Sehari-hari

Menggambarkan pola latihan, aktivitas, fungsi pernafasan dan sirkulasi. Pentingnya latihan/gerak dalam keadaan sehat dan sakit, gerak tubuh dan kesehatan berhubungan satu sama lain.

e. Pola Nutrisi

Menggambarkan masukan nutrisi, balance cairan dan elektrolit, nafsu makan, pola makan, diet, fluktuasi BB dalam 6 bulan terakhir, kesulitan menelan, mual/muntah, kebutuhan jumlah zat gizi, masalah/penyembuhan kulit, makanan kesukaan. Biasanya pada penderita DM tipe 2 mengalami gejala polidipsi atau merasa haus yang berlebihan dan polifagi atau merasa lapar yang berlebihan.

f. Pola Eliminasi

Pada pasien DM tipe 2 biasanya ada perubahan pola berkemih yang menjadi sering, terutama pada malam hari.

g. Pola Personal Hygiene

Menggambarkan kebersihan dalam merawat diri yang mencakup, mandi, bab, bak, dan lain-lain.

h. Pemeriksaan Fisik

1) Keadaan umum

Pada DM tipe 2 biasanya tampak kelelahan, lemah, adanya perubahan berat badan pasien. Pada lansia dengan DM tipe 2 yang mengalami hipoglikemia/hiperglikemia bisa terjadi penurunan tingkat kesadaran. Pengukuran tingkat kesadaran dengan menggunakan glassgow coma scale.

2) Tanda-tanda vital

Mengkaji tanda-tanda meliputi tekanan darah normal 130-150/80-90 mmHg, jika tekanan darah akan tinggi jika memiliki riwayat hipertensi. Pernapasan atau (RR) normal 16-20 kali/menit. Denyut nadi normal 70-100x/menit. Suhu tubuh meningkat apabila terjadi infeksi, suhu normal $36,6^{\circ}\text{C} - 37,2^{\circ}\text{C}$.

3) Pemeriksaan Antropometri

- a) Berat badan dan tinggi badan untuk mengetahui status nutrisi, apakah akan ditemukan dengan status obesitas atau kekurangan gizi dengan Indeks Masa Tubuh (IMT) $<18,5$ kategori sangat kurus dan $>25-27$ kategori gemuk (obesitas) pada pria dan wanita.

4) Pemeriksaan fisik

a) Sistem Penglihatan

Biasanya pada pasien DM tipe 2 adanya gejala pandangan matanya yang kabur dan terdapat gangguan penglihatan apabila sudah mengalami retinopati diabetik.

b) Sistem Integumen

Neuropati perifer akan menyebabkan penurunan sensasi perifer, biasanya pasien DM tipe 2 akan mengalami keluhan gatal. Akan terjadi kerusakan integritas kulit jika ada gangren.

c) Sistem Pernapasan

Adakah sesak nafas, batuk, sputum, nyeri dada. Pada pasien DM tipe 2 mudah terjadi infeksi karena kerusakan pada antibodi.

d) Sistem Kardiovaskuler

Memeriksa tentang penurunan perfusi jaringan, denyut nadi perifer yang lemah atau menurun, takikardia atau bradikardia, hipertensi atau hipotensi, aritmia, kardiomegali. Defisiensi insulin menyebabkan perubahan metabolisme lemak yang berpengaruh pada proses terjadinya aterosklerosis dan mempercepat timbulnya gangguan pada jantung seperti AMI (*Acute Miokard Infark*) dan angina. Bila aterosklerosis timbul pada daerah perifer maka akan timbul kelainan pada pembuluh darah kaki berupa ulkus atau gangren diabetik.

e) Sistem Pencernaan

Mulut dan bibir ditemukan bibir pecah-pecah, bibir kering, ada lesi dan bengkak di bagian bibir dan mulut, membran mukosa mulut pucat. Pada gigi lansia beberapa sudah mengalami ompong. Warna kulit abdomen merata, ada atau tidaknya lesi, bentuk abdomen apakah datar, kembung. Kaji adanya mual atau muntah disebabkan karena kadar kalium yang menurun akibat poliuria, kehilangan nafsu makan. Terjadi peningkatan rasa lapar (polifagia), haus (polidipsia), kaji ada tidaknya pembesaran hepar, kaji ada atau tidaknya nyeri tekan pada daerah ulu hati (epigastrium). Bunyi timpani, hipertimpani untuk perut kembung, pekak untuk jaringan padat, kaji terkait BAB lansia.

f) Sistem Perkemihan

Salah satu gejala DM tipe 2 adalah peningkatan diuresis osmotik yang akan menyebabkan poliuri. Pada pasien DM tipe 2 berisiko terjadinya

nefropati diabetik yang menyebabkan terjadinya penyakit seputar perkemihan.

g) Sistem Reproduksi

Perubahan yang terjadi pada sistem reproduksi pada wanita meliputi, selaput lendir vagina menurun atau bahkan kering, menciutnya ovarium dan uterus, dan atrofi payudara. Sedangkan pada laki-laki, testis masih dapat memproduksi akan tetapi terdapat penurunan secara terus-menerus, dorongan seks menetap sampai usia di atas 70 tahun asalkan kondisi kesehatannya baik.

h) Sistem Muskuloskeletal

Adanya kesulitan atau tidak dalam melakukan aktivitas, mudah lelah menyebabkan masalah dalam beraktivitas dan istirahat, memeriksa terkait mobilitas fisik. Pada penderita DM tipe 2 biasanya mengalami keluhan kesemutan pada ekstremitas, kelemahan pada otot, ekstremitas terasa kebas (mati rasa), *Capillary refill time* (CRT) kembali >2detik, jika ada luka sulit untuk sembuh.

i) Sistem Persyarafan

Pada pasien DM biasanya akan mengalami keluhan kesemutan pada ekstremitas dan keluhan gangguan penglihatan. Apabila gangrene yang dialami oleh pasien parah akan mengalami mati rasa akibat neuropati.

j) Sistem Endokrin

Pada pasien DM tipe 2 terjadi kelainan pada hormon insulin sehingga mengalami gejala poliuri, polidipsi, polifagi. Apakah terjadi peningkatan terhadap glukosa darah dari batas normal.

k) Pemeriksaan laboratorium

Pemeriksaan laboratorium yang dilakukan adalah:

Tabel 1 Pemeriksaan Darah

Pemeriksaan	Hasil Normal
Gula Darah Sewaktu (GDS) atau tanpa puasa	< 200 mg/dL
Gula Darah Puasa (GDP) atau 8 jam setelah puasa	< 126 mg/dL
Gula Darah Post Prandial atau 2 jam setelah makan	80 – 140 mg/dL
Hemoglobin Terглиkasi (HbA1c) atau lebih dari 3 bulan	< 5,5%

Sumber: Perkumpulan Endrokrinologi Indonesia (PERKENI) (2021)

i. Teknik pengkajian Psikososial

- 1) Kaji tampilan dan perilaku pasien secara umum: kemampuan motorik, bahasa, menulis dan fungsi sensori
- 2) Tingkat kesadaran, orientasi, rentang perhatian, daya ingat, kemampuan kognitif, pengetahuan umum situasi kehidupannya
- 3) Kenali bila ada disfungsi mental.
- 4) Jelaskan kemampuan sosialisasi pasien pada saat sekarang, sikap pasien pada orang lain, harapan-harapan pasien dalam melakukan sosialisasi, kepuasan pasien dalam sosialisasi

j. Teknik Pengkajian Emosi

PERTANYAAN TAHAP I

- Apakah klien mengalami sukar tidur?
- Apakah klien sering merasa gelisah?
- Apakah klien sering murung atau menangis sendiri?
- Apakah klien sering was-was atau khawatir?

PERTANYAAN TAHAP 2

- Keluhan lebih dari 3 bulan atau lebih dari 1 kali dalam 1 bulan ?
- Ada masalah atau banyak pikiran ?
- Ada gangguan atau masalah dengan keluarga lain ?
- Menggunakan obat tidur/ penenang atas anjuran dokter ?
- Cenderung mengurung diri ?

Bila ≥ 1 jawaban “Ya” pada pertanyaan 2 Maka : Masalah Emosional (+)

Bila tidak / ada jawaban “Ya” pada pertanyaan 2 Maka : Masalah

Emosional (-)

k. Teknik Pengkajian Spiritual

Kaji agama, kegiatan keagamaan, konsep atau keyakinan pasien tentang kematian, harapan-harapan pasien yang berhubungan dengan kematiannya.

1. Teknik Pengkajian Fungsional (KATZ Indeks)

Termasuk kategori manakah pasien?

Tabel 2 Pengkajian Fungsional

Kat	Kemampuan
A	Mandiri dalam makan, kontinensia (BAK, BAB), menggunakan pakaian, pergi ke toilet, berpindah, dan mandi.
B	mandiri semuanya kecuali salah satu saja dari fungsi di atas.
C	pasien mandiri, kecuali mandi dan satu lagi fungsi yang lain.
D	mandiri, kecuali mandi, berpakaian, dan satu fungsi yang lain.
E	mandiri, kecuali mandi, berpakaian, ke toilet, dan satu fungsi yang lain.
F	mandiri, kecuali mandiri berpakaian, ke toilet, berpindah dan satu fungsi yang lain.
G	Ketergantungan untuk semua fungsi di atas.

Keterangan:

Mandiri: Berarti tanpa pengawasan, pengarahan atau bantuan aktif dari orang lain. Seseorang yang menolak untuk melakukan suatu fungsi dianggap tidak melakukan fungsi, meskipun ia dianggap mampu.

m. Teknik Pengkajian Tingkat Kemandirian Klien (Barthel Indeks), termasuk manakah pasien

Tabel 3 Barthel Indeks

No	Kriteria	Dengan Bantuan	Mandiri	Keterangan
1.	Makan	5	10	Frekuensi : Jumlah: Jenis:
2.	Minum	5	10	Frekuensi : Jumlah: Jenis:
3.	Berpindah dari kursi ke tempat tidur, sebaliknya	5-10	15	
4.	Personal toilet (cuci muka, menyisir rambut, gosok gigi)	0	5	Frekuensi
5.	Keluar masuk toilet (mencuci pakaian, menyeka tubuh, menyiram)	5	10	
6.	Mandi	5	15	Frekuensi
7.	Jalan dipermukaan datar	0	5	
8.	Naik turun tangga	5	10	
9.	Mengenakan pakaian	5	10	
10.	BAB	5	10	Frekuensi Konsistensi
11.	BAK	5	10	Frekuensi Warna
12.	Olahraga	5	10	Frekuensi Jenis
13.	Rekreasi/pemanfaatan waktu	5	10	Frekuensi Jenis

Keterangan :

130 : Mandiri

65 – 125 : Ketergantungan sebagian

60 : Ketergantungan total

n. Teknik pengkajian Status Mental

Identifikasi tingkat kerusakan intelektual dengan menggunakan *Short Portable Mental Status Questioner* (SPMSQ). Intruksi: Ajukan pertanyaan 1-10 pada daftar ini dan catat semua jawaban dengan memberikan tanda V (Chek).

Tabel 4 Pengkajian Status Mental

Benar	Salah	No.	Pertanyaan
		01	Tanggal berapa hari ini ?
		02	Hari apa sekarang ini ?
		03	Apa nama tempat ini ?
		04	Dimana alamat Anda ?
		05	Berapa umur Anda ?
		06	Kapan Anda lahir ? (minimal tahun lahir)
		07	Siapa Presiden Indonesia sekarang ?
		08	Siapa Presiden Indonesia sebelumnya ?
		09	Siapa nama ibu Anda ?
		10	Kurangi 3 dari 20 dan tetap pengurangan 3 dari setiap angka baru, semua secara menurun.
$\Sigma =$	$\Sigma =$		

Interpretasi hasil :

Salah 0 – 3 : Fungsi intelektual utuh.

Salah 4 – 5 : Kerusakan intelektual ringan

Salah 6 – 8 : Kerusakan intelektual sedang

Salah 9 – 10 : Kerusakan intelektual berat.

- o. Teknik Pengkajian Aspek Kognitif Pada Fungsi Mental dengan menggunakan MMSE (*Mini Mental Status Exam*)

Tabel 5 Aspek Kognitif Mental Mini Status Exam (MMSE)

No.	Aspek Kognitif	Nilai Maksimal	Nilai Pasien	KRITERIA
1.	Orientasi	5		Menyebutkan dengan benar : <ul style="list-style-type: none"> • Tahun • Musim • Tanggal • Hari • Bulan
	Orientasi	5		Dimana kita sekarang berada ? <ul style="list-style-type: none"> • Negara Indonesia • Propinsi Jawa Barat • Kota • PSTW • Wisma
2.	Registrasi	3		Sebutkan nama 3 obyek (oleh pemeriksa) 1 detik untuk mengatakan masing-masing obyek. Kemudian tanyakan kepada pasien ketiga obyek tadi. (Untuk disebutkan) <ul style="list-style-type: none"> • Obyek..... • Obyek • Obyek
3.	Perhatian dan kalkulasi	5		Minta pasien untuk mulai dari angka 100 kemudian dikurangi 7 sampai lima tingkat <ul style="list-style-type: none"> • 93 • 96 • 79 • 72 • 65
4.	Mengingat	3		Minta pasien untuk menyebutkan kembali ketiga obyek no 2 (registrasi). Bila benar satu point untuk masing-masing obyek.
5.	Bahasa	9		Tunjukkan satu benda dan tanyakan namanya pada pasien <ul style="list-style-type: none"> • Jam • Pensil • Kertas Minta pasien untuk mengulang kata berikut: “ tak ada jika, dan, atau, tetapi.” (dapat diganti dengan bahasa daerah pasien), bila benar nilai satu point <ul style="list-style-type: none"> • Bila benar nilai 2 point • Benar 2 kata tak ada, tetapi maka nilai 1 point Minta pasien untuk mengikuti tiga langkah perintah berikut; <ul style="list-style-type: none"> • Ambil kertas dan pegang • Lipat dua • Letakkan di atas meja Minta pasien untuk mengikuti perintah berikut bila benar dapat nilai 1 point; <ul style="list-style-type: none"> • “Tutup mata“ • Tuliskan satu kalimat • Salin gambar

Interpretasi hasil:

> 23 : aspek kognitif fungsi mental baik

18 –22 : kerusakan aspek fungsi mental ringan

≤ 17 : kerusakan aspek fungsi mental berat

p. Pengkajian keseimbangan (Tinneti, M.E., & Ginter, S.F., 1998)

Keseimbangan dinilai dari dua komponen utama dalam bergerak ialah:

1) Perubahan posisi atau gerakan keseimbangan Beri nilai 0 jika klien tidak menunjukkan kondisi di bawah ini :

- Bangun dari tempat tidur (dimasukkan dalam analisis)

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

- Duduk ke kursi (dimasukkan dalam analisis)

Menjatuhkan diri ke kursi, tidak duduk di tengah kursi

Ket : kursi harus yang keras tanpa lengan

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

Pasien menggerakkan kaki, memegang obyek untuk dukungan, kaki tidak menyentuh sisi-sisinya.

- Mata tertutup

Lakukan pemeriksaan sama seperti di atas tapi pasien disuruh menutup

Mata, Perputaran leher.

Menggerakkan kaki, menggenggam objek untuk dukungan kaki: keluhan vertigo, pusing atau keadaan tidak stabil.

- Gerakan menggapai sesuatu

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

- Membungkuk

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

2) Komponen gaya berjalan atau pergerakan

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

- Minta pasien untuk berjalan ke tempat yang ditentukan : Ragu-ragu, tersandung, memegang objek untuk dukungan
- Ketinggian langkah kaki (mengangkat kaki saat melangkah)
Kaki tidak naik dari lantai secara konsisten (mengeser atau menyeret kaki), mengangkat kaki terlalu tinggi (> 5 cm)
- Kontinuitas langkah kaki (lebih baik diobservasi dari samping klien)
Setelah langkah-langkah awal menjadi tidak konsisten, memulai mengangkat satu kaki sementara kaki yang lain menyentuh lantai
- Kesimetrisan langkah (lebih baik diobservasi dari samping klien)
Tidak berjalan dalam garis lurus, bergelombang dari sisi ke sisi.
- Penyimpangan jalur pada saat berjalan (lebih baik diobservasi dari samping kiri pasien)

Tidak berjalan dalam garis lurus, bergelombang dari sisi ke sisi

- Berbalik

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

Interpretasi hasil:

Jumlahkan nilai perolehan pasien, kemudian interpretasikan sebagai

berikut: Nilai 0 –5 : risiko jatuh rendah

Nilai 6 –10 : risiko jatuh sedang

Nilai 11- 15 : risiko jatuh tinggi

q. Pengkajian Depresi

Tabel 6 Pengkajian Depresi

	Keterangan	Score		
		3	2	1
A. Kesedihan	• Saya sangat sedih atau tidak bahagia dimana saya tak dapat menghadapinya	3		
	• Saya galau atau sedih sepanjang waktu dan saya tidak dapat keluar darinya	2		
	• Saya merasa sedih dan galau	1		
	• Saya tidak merasa sedih	0		
B. Pesimisme	• Saya merasa masa depan adalah sia-sia dan tidak dapat membalik	3		
	• Saya merasa tidak memiliki apa-apa untuk memandang ke depan	2		
	• Saya merasa kecil hati mengenai masa depan	1		
	• Saya tidak begitu pesimis atau kecil hati tentang masa depan	0		
C. Rasa Kegagalan	• Saya merasa benar-benar gagal sebagai orangtua, suami/istri	3		
	• Seperti melihat ke belakang, semua yang saya lihat hanya kegagalan	2		
	• Saya merasa telah gagal melebihi orang pada umumnya	1		
	• Saya tidak merasa gagal	0		
D. Ketidakpuasan	• Saya tidak puas dengan segalanya	3		
	• Saya tidak lagi mendapatkan kepuasan dari apapun	2		
	• Saya tidak menyukai cara yang saya gunakan	1		
	• Saya tidak merasa tidak puas	0		
E. Rasa bersalah	• Saya merasa seolah-olah saya sangat buruk atau tak berharga	3		
	• Saya merasa sangat bersalah	2		
	• Saya merasa buruk atau tak berharga sebagai bagian dari yang baik	1		
	• Saya tidak merasa benar-benar bersalah	0		
F. Tidak menyukai diri sendiri	• Saya benci diri saya sendiri	3		
	• Saya muak dengan diri saya sendiri	2		
	• Saya tidak suka dengan diri saya sendiri	1		
	• Saya tidak merasa kecewa dengan diri sendiri	0		
G. Membahayakan diri sendiri	• Saya akan membunuh diri sendiri jika ada kesempatan	3		
	• Saya mempunyai rencana pasti tentang tujuan bunuh diri	2		

r. Pengkajian Sosial (APGAR Keluarga)

Tabel 7 Pengkajian Sosial

ASPEK YANG DINILAI	NILAI		
	2	1	0
Saya puas bahwa saya dapat kembali pada keluarga/teman-teman (Adaptation)			
Saya puas bahwa keluarga/teman-teman membicarakan sesuatu dengan saya (Partnership)			
Saya puas bahwa keluarga/teman-teman mendukung keinginan saya (Growth)			
Saya puas bahwa keluarga/teman-teman saya mengekspresikan dan berespon terhadap emosi saya (Affection)			
Saya puas bahwa keluarga/teman-teman saya dan saya menyediakan waktu bersama (Resolve)			

Penilaian :

- 0 – 3 : Disfungsi keluarga sangat tinggi
 4 – 6 : Disfungsi keluarga sedang
 7 – 10 : Disfungsi keluarga baik

2.4.2 Diagnosa Keperawatan

Proses dalam pengambilan keputusan keperawatan yang bertujuan untuk memecahkan masalah pasien. Diagnosis bertujuan untuk mengidentifikasi respons individu pasien, keluarga dan komunitas dalam situasi yang berhubungan dengan kesehatan. Berdasarkan pengkajian yang dilakukan, terdapat potensi masalah diagnostik yang dapat muncul sehubungan dengan gangguan makan. (Tim pokja SDKI DPP PPNI, 2017 & Nanda, 2015 dalam Nurrarif, 2015).

- a. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b.d ketidakseimbangan insulin, makanan dan aktivitas jasmani.
- b. Ketidakstabilan kadar glukosa darah b.d resistensi ninsulin.
- c. Resiko infeksi d.d kerusakan pada antibodi.
- d. Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer b.d penurunan sirkulasi darah ke perifer.
- e. Kerusakan integritas jaringan b.d nekrosis kerusakan jaringan.
- f. Resiko syok d.d ketidakmampuan elektrolit kedalam sel tubuh.
- g. Resiko jatuh d.d pandangan kabur.
- h. Gangguan mobilitas fisik b.d energi tidak adekuat.
- i. Defisit Perawatan diri : makan b.d gangguan persepsi sensori, kelemahan, kelelahan, nyeri, penurunan motivasi, dan gangguan sistem muskuloskeletal dan neuromuskular.

2.4.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi adalah proses pemecahan, pencegahan, pengurangan dan penanggulangan masalah yang teridentifikasi dalam diagnosa keperawatan tetapi pada studi kasus ini yang disusun hanya terkait dengan pada masalah keperawatan Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh. (Tim pokja SDKI DPP PPNI, 2017 & Nanda, 2015 dalam Nurrarif, 2015)

Tabel 8 Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa	Tujuan & Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
1.	Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b.d gangguan keseimbangan insulin, makanan dan aktivitas jasmani	Setelah dilakukan tindakan selama 9x7 jam, diharapkan status nutrisi membaik dengan kriteria hasil: 1. Porsi makan dihabiskan. 2. Nafsu makan membaik 3. Berat badan ideal (56-60 Kg) 4. IMT membaik (IMT 18,5—25)	SIKI: Observasi: 1. Identifikasi status nutrisi 2. Identifikasi alergi dan makanan 3. Identifikasi makanan yang disukai 4. Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrisi 5. Identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia 6. Monitor asupan nutrisi 7. Monitor berat badan 8. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium (GDS, GDP, GDNPP, HbA1C)	Observasi: 1. Mengetahui status pasien sehingga dapat melakukan intervensi yang tepat 2. Memberikan makanan yang tepat sehingga tidak ada masalah yang timbul 3. Mengetahui makanan yang disukai dan tidak disukai 4. Mencukupi kalori sesuai dengan kebutuhan pada pasien 5. Mengetahui penyebab terjadinya kenaikan gula darah 6. Membantu pemberian makanan atau obat pada pasien dalam keadaan lemah 7. Mencegah terjadinya malnutrisi 8. Mengetahui hasil laboratorium terkait penyakit DM

<p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan oral hygiene sebelum makan. 2. Pengaturan diet DM dengan cara membawakan makanan. 	<p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gigi dan mulut yang bersih dapat meningkatkan nafsu makan. 2. Pengaturan diet DM dapat membantu cara pengelolaan bagi lansia.
<p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ajarkan diet DM kepada pasien dan pengelola panti (Pengertian DM dan 3J) 2. Anjarkan kepada pasien dan pengelola panti untuk melakukan olahraga 3. Anjarkan pasien dan pengelola panti untuk monitor kadar gula kadar 	<p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan informasi kepada pasien/pegelola panti untuk memenuhi asupan nutrisi terkait 3J 2. Memberikan informasi kepada pasien dan pengelola panti agar olahraga selama 30-45 menit 3. Mengetahui kadar gula darah jika ingin memantau secara mandiri
<p>Kolaborasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jumlah nutrisi yang dibutuhkan pasien DM 2. Kolaborasi pemberian insulin 	<p>Kolaborasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengetahui jumlah gizi yang dibutuhkan pada pasien dm 2. Mengetahui kestabilan kadar gula darah

2.4.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan kegiatan yang sudah ada dalam suatu tindakan keperawatan yang harus dilakukan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan dan membantu pasien dalam proses penyembuhan masalah kesehatan pasien. Implementasi meliputi tinjauan data secara terus menerus, observasi respon pasien sebelum dan sesudah pekerjaan keperawatan (Budiono & Budi, 2017)

Implementasi yang dilakukan berfokus kepada masalah keperawatan ketidakseimbangan nutrisi kepada lansia dengan memberikan makan sesuai dengan diet dm yang diprogramkan, memonitor asupan nutrisi, dan mengajarkan program diet DM.

2.4.5 Evaluasi

Evaluasi keperawatan merupakan langkah akhir dalam pelaksanaan keperawatan dengan cara membandingkan perubahan kondisi pasien, melibatkan pasien dan tenaga kesehatan lain, bukan hanya perawat. Jika kondisi pasien telah membaik dan tujuan serta kriteria hasil telah terpenuhi, pasien dapat keluar dari perawatan. (Zulaicha, 2018)

Penilaian evaluasi dibagi menjadi dua, yaitu penilaian formatif dan sumatif. (Budiono & Budi, 2017)

a. Evaluasi Formatif

Evaluasi formatif disebut juga evaluasi proses, yang dilakukan setelah suatu kegiatan yang dilakukan secara terus menerus sampai tujuan tercapai. Pada evaluasi formatif diharapkan pasien dan pengelola panti akan memahami terkait materi edukasi diet DM.

b. Evaluasi Sumatif

Evaluasi sumatif ialah respon dalam jangka panjang yang dilakukan setelah akhir tindakan keperawatan secara sempurna. Dalam metode evaluasi ini menggunakan SOAP

S: Data subjektif ialah keluhan dirasakan pada pasien setelah diberikan asuhan keperawatan. Diharapkan nafsu makan pada pasien membaik, dan rasa haus berkurang.

O: Data objektif ialah data hasil observasi secara langsung kepada pasien setelah diberikan asuhan keperawatan. Diharapkan pasien mengalami kenaikan atau penurunan berat badan sesuai dengan kondisinya. Kadar glukosa darah pada pasien dalam keadaan stabil.

A: Analisis yang berisi kesimpulan pada pasien dari objektif dan subjektif mengenai masalah yang dialami pasien.

P: Planning, rencana tindakan yang akan direncanakan pada tindakan selanjutnya kepada pasien berdasarkan hasil observasi.