BAB II

KAJIAN PUSTAKA

2.1 Tinjauan Pustaka

2.1.1 Konsep Teori

2.1.1.1 Pengertian Diabetes Melitus

Diabetes melitus merupakan penyakit metabolik kronis yang di sebabkan oleh hiperglikemia (kadar gula darah tinggi) akibat gangguan sekresi insulin,gangguan aksi insulin ,atau kombinasi keduanya yang menggakibatkan gangguan metabolisme karbohidrat,lemak,dan protein.kondisi hiperglikemia dapat menyebabkan gangguan pada organ tubuh seperti pembulu darah ,jantung,ginjal ,mata,dan sistem saraf (J.I.Al-Shammari et al., 2025).

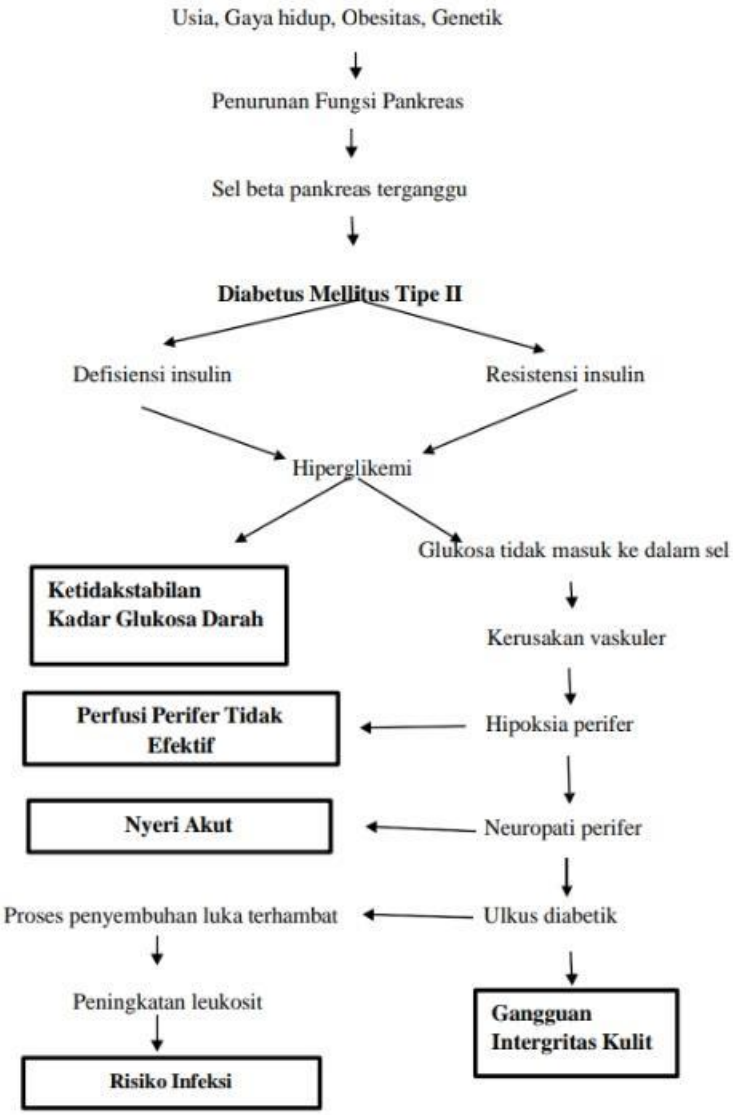
2.1.1.2 Etiologi

Penyebab diabetes melitus tipe 2 di sebabkan oleh kombinsi faktor genetik seperti predisposisi genetik dan riwayat keluarga,produksi insulin oleh sel b,tesitensi insulin di berbagai jaringan tubuh,faktor lingkungan seperti obesitas,kurangnya aktivitas fisik,kebiassan makan yang tidak sehat,tekanan darah tinggi,dan pilihan gaya hidup yang tidak sehat.faktor tersebut menyebabkan insulin tidak berfungsi dengan baik dalam mengatur kadar gula darah sehingga,mengakibatkan gula darah fliktuasi yang berlangsung lama (Faida et al., 2020; Rosyidah & Cahyono, 2025).

2.1.1.3 Patofisiologi

Lingkungan juga memiliki dampak signifikan pada diabetes melitus tipe II dampak tersebut dari makan lebih banyak,tidak makan lebih sedikit,meskipun demikian mayoritas orang yang mengalami obesitas tidak menderita diabetes diabetes tipe 2 tidak di sebabkan oleh obesitas ,seiring perkembangan diabetes melitus tipe 2 berkembang,fungsi memburuk yang menyebabkan hipertensi dan komplikasi lainya.selain itu,hiperglikemia dapat menyebabkan kerugian beta pankreas sebelum untuk diagnosisi formal diabetes tipe 2 dan resistensi dapat di ukur menggunakan insulin kekurangan insulin yang drastis terjadi ketika jaringan amiloid menyebabkan beta pankreas saat diabetes tipe 2 berkembang.(Decroli,

2019)



(Decroli, 2019)

2.1.1.4 Tanda Dan Gejala

Tanda dan gejala yang paling umum adalah poliuria (sering buang air kecil),polidipsia (rasa haus berlebih),polifagia (nafsu makan meningkat tetapi berat badan tetap turun).serta keluhan tambahan seperti kelelahan, pandangan kabur, penyembuhan luka yang lambat, dan infeksi berulang yang mencerminkan gangguan metabolisme glukosa serta dampaknya pada fungsi tubuh yang berbeda; gejala-gejala ini kadang tampak ringan pada awalnya sehingga penderita tidak segera menyadari adanya Diabetes Melitus hingga pemeriksaan laboratorium ditegakkan (Widiasari et al., 2021)

2.1.1.5 Komplikasi

Komplikasi diabetes melitus di sebabkan oleh kadar gula darah tinggi yang tidak terkontril dengan baik dan dapat memengaruhi banyak organ dan sistem tubuh nefropati (kerusakan ginjal),dan neuropati diabetik (kerusakan saraf perifer) adalah contoh komplikasi mikrovaskular sebaliknya,komplikasi kardiovaskularmeliputi strike dan penyakit jantung koroner,penyakit arteri perifer,disfungsi ereksi,dan ulkus diabetik yang dapat mengakibatkan amputasi.seiring meningkatnya jumlah penderita diabetes melitusdan naiknya kadar gula darah semakin banyak komplikasi yang muncul berdampak pada kualitas hidup,angka kematian,dan oleh karena itu pencegahan dan pengendalian penyakit harus di lakukan secara efisien (Ardini & Halim, 2023).

2.1.1.6 Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan tambahan pada penyakit Diabetes Mellitus sangat penting dalam proses diagnosis, pemeriksaan awal, dan pengawasan penyakit. Tes yang biasa dilakukan antara lain adalah pemeriksaan kadar glukosa darah sewaktu(GDS) dan glukosa darah puasa (GDP) untuk mendeteksi keadaan darah tinggi, Kadar gula darah normal yaitu gula darah puasa <100 mg/dL, gula darah 2 jam setelah makan <140 mg/dL, dan HbA1c <5,7%. Seseorang dapat dikatakan mengalami Diabetes Melitus apabila kadar gula darah puasa ≥126 mg/dL, gula darah sewaktu ≥200 mg/dL, serta pemeriksaan HbA1c untuk menilai kontrol kadar gula dalam jangka panjang. Selain itu, pemeriksaan glukosa urin bisa membantu mendeteksi ketika kadar gula melalui urine karena kadar darah yang tinggi. Pemeriksaan lain yang lebih lengkap seperti tes fungsi ginjal dan profil darah juga berguna untuk mengevaluasi komplikasi serta kondisi kesehatan secara menyeluruh (Pramesti, 2020).

2.1.1.7 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan diabetes melitus adalah pendekatan komprehensif yang di tunjukan untuk menurunkan kadar gula darah,mengurangi komplikasi dan meningkatkan kualitas hidup pasien metode ini mendorong perubahan gaya hidup seperti pendidikan kesehatan,pola makan,rutin berolahraga,dan brat badan selain itu,pengobatan juga di berikan sesuai kebutuhan seperti obat hiperglikemia oral atau insulin untuk mencapai kadar gula darah sehat yang di inginkan.adalah manajemen diri yaitu di mana pasien mengontril gula darah mereka sendiri dan menerima pendidikan yang meningkatkan pengetahuan,keterampilan,dan kepercayaan diri

mereka dalam menjalani terapi.Ada juga pendekatan self- management yaitu cara pasien memantau kadar gula darah sendiri dan menerima edukasi yang memperkuat pengetahuan,sikap,serta kesabaran dalam mengikuti terapi.Pendekatan ini sering di sebut sebagai implementasi penatalaksanaan Diabetes Melitus yang multi-pilar,meliputi edukasi diet,olahraga,pengobatan,dan pemantauan kadar gula darah secara rutin (Sutiyono & Silviana, 2023).

2.1.2 Konsep Lansia

2.1.2.1 Pengertian Lansia

a. Pengertian Menua

Menua adalah proses alami yang di lalui seseorang dalam tiga tahap kehidupan masa kanak-kanan,remaja,dan dewasa.menua atau menjadi tua adalah proses regeneratif yang mengganggu stuktur dan fungsi normal jaringan,sehingga mengurangi kemampuan beradaptasi dengan lingkungan.perubahan yang terjadi sebagai akibat dari berbagai proses meliputi perubahan pada tubuh dan fungsinya,perubahan pada pikiran dan perubahan pada jiwa (Elfaria & Retnani, 2025).

b. Proses menua

Proses penuaan bersifat unik padasetiap individu, artinya tidak semua orang mengalami penuaan dengan cara dan waktu yang sama. Perbedaan usia, kebiasaan sehari-hari, serta pola hidup turut memengaruhi bagaimana seseorang menua. Hingga saat ini, belum ada faktor tertentu yang benar benar mampu menghentikan proses tersebut karena penuaan merupakan bagian alami dari kehidupan. Ada orang

yang secara usia masih tergolong muda, tetapi sudah menunjukkan penurunan kondisi fisik yang cukup jelas.

Sebaliknya, terdapat pula individu yang sudah masuk kategori lansia namun tetap tampak sehat, kuat, dan bugar. Meskipun demikian, perlu disadari bahwa pada usia lanjut risiko terjadinya berbagai masalah kesehatan tetap meningkat, seperti tekanan darah tinggi, diabetes melitus, gangguan sendi atau rematik, asam urat, demensia, gangguan fungsi ginjal, dan penyakit lainnya (Astuti et al., 2024).

Berbagai ahli mengemukakan sejumlah teori untuk menjelaskan terjadinya proses penuaan. Secara umum, teori-teori tersebut dapat dikelompokkan ke dalam beberapa pendekatan, yaitu biologis, psikologis, sosiologis, dan evolusioner. Berikut ini beberapa teori yang termasuk dalam pendekatan biologis:

1. Teori Biologis

Teori ini menjelaskan bahwa penuaan terjadi akibat kerusakan sel yang dipicu olehradikal bebas . Radikal bebas merupakan molekul yang sangat reaktif dan dapat merusak bagian penting sel seperti DNA, protein, serta lemak (lipid), sehingga fungsi sel menurun seiring waktu.

2. Teori Genetik

Menurut teori ini, proses menua telah diprogramsecara genetik. Setiap makhluk hidup memiliki semacam “jam biologis” yang mengatur batas usia dan menentukan lamanya seseorang dapat bertahan hidup.

3. Teori *Cross-Linking*

Teori ini menyatakan bahwa penuaan di sebabkan oleh terbentuknya ikatan silang antar molekul, khususnya protein, di dalam tubuh. Ikatan tersebut

mengganggu fungsi normal jaringan sehingga elastisitas dan kinerjanya semakin berkurang.

4. Teori Apoptosis

Teori ini berpendapat bahwa penuaan berkaitan dengan gangguan pada proses kematian sel yang terprogram (apoptosis). Ketika mekanisme ini tidak berjalan secara optimal, kemampuan tubuh untuk memperbarui atau meregenerasi sel akan menurun, yang pada akhirnya menyebabkan kerusakan jaringan dan penurunan fungsi organ.

5. Teori Aktivitas

Teori ini menjelaskan bahwa lansia yang tetap terlibat dalam berbagai kegiatan, baik secara fisik maupun sosial, cenderung memiliki kesejahteraan dan kualitas hidup yang lebih baik. Keaktifan dalam berinteraksi dan melakukan aktivitas sehari-hari dianggap dapat membantu mempertahankan kesehatan mental serta memperlambat dampak negatif dari proses penuaan.

6. Teori Disengagement

Menurut teori ini, penuaan merupakan proses yang wajar ketika seseorang secara perlahan mulai mengurangi keterlibatannya dalam aktivitas sosial dan tanggung jawab yang sebelumnya dijalankan. Penarikan diri ini dipandang sebagai bagian alami dari penyesuaian diri terhadap perubahan usia dan kondisi fisik yang semakin menurun.

7. Teori Sosiologis

Teori ini menjelaskan bahwa individu yang mampu mempertahankan gaya hidup, kebiasaan, serta pola hubungan sosial yang relatif konsisten sejak masa

dewasa hingga usia lanjut cenderung menjalani proses penuaan dengan lebih baik. Konsistensi dalam aktivitas dan peran sosial dianggap membantu lansia beradaptasi terhadap perubahan yang terjadi seiring bertambahnya usia.

8. Teori Modernisasi

Menurut teori ini, perubahan sosial dan ekonomi dalam masyarakat, seperti perkembangan industri dan urbanisasi, turut memengaruhi kedudukan serta peran lansia. Dalam masyarakat modern, status lansia dapat mengalami pergeseran karena nilai produktivitas dan kemampuan kerja sering lebih dihargai, sehingga peran mereka berbeda dibandingkan pada masyarakat tradisional.

9. Teori Teori Antagonistic Pleiotropy (Seleksi Antagonistik Pleiotropik)

Teori ini menyatakan bahwa ada gen tertentu yang memberikan keuntungan pada masa muda, terutama dalam hal reproduksi dan kelangsungan hidup. Namun, gen yang sama dapat menimbulkan dampak negatif pada kesehatan ketika seseorang memasuki usia lanjut. Gen tersebut tetap bertahan dalam populasi karena manfaatnya di usia muda lebih besar dibandingkan efek merugikannya di kemudian hari.

10. Teori Akumulasi Mutasi (Mutation Accumulation Theory)

Teori ini berpendapat bahwa pengaruh seleksi alam cenderung menurun pada usia tua. Akibatnya, mutasi yang merugikan tidak tersaring secara efektif dan dapat menumpuk dalam populasi. Penumpukan mutasi inilah yang kemudian berkontribusi terhadap terjadinya proses penuaan serta meningkatnya risiko kematian.

Perubahan yang terjadi pada lansia dipengaruhi oleh berbagai faktor yang secara umum dapat dikelompokkan menjadi dua bagian besar, yaitu factor internal dan faktor eksternal. Berikut ini termasuk dalam faktor internal:

a) Genetik

Faktor keturunan memiliki peran penting dalam menentukan proses penuaan seseorang. Susunan gen yang diwariskan dari orang tua dapat memengaruhi kecepatan menua, daya tahan tubuh, serta kemungkinan munculnya penyakit degeneratif yang sering terjadi pada usia lanjut, seperti Alzheimer dan penyakit jantung (Andrade-Guerrero et al., 2023).

b) Hormon

Perubahan kadar hormon juga berpengaruh terhadap proses penuaan Pada wanita, misalnya, penurunan hormon estrogen setelah menopause dapat berdampak pada kepadatan tulang dan distribusi lemak tubuh. Sementara pada pria, berkurangnya hormon testosteron dapat memengaruhi massa otot, fungsi seksual, serta kondisi fisik secara umum (Pataky et al., 2021).

c) Metabolisme

Seiring bertambahnya usia, kecepatan metabolisme tubuh cenderung menurun. Kondisi ini dapat berdampak pada perubahan berat badan, berkurangnya energi, serta menurunnya kemampuan tubuh dalam memperbaiki dan meregenerasi jaringan yang rusak (Palmer & Jensen, 2022).

d) Sistem Imun

Fungsi sistem kekebalan tubuh juga mengalami penurunan pada usia lanjut. Melemahnya sistem imun menyebabkan lansia lebih mudah terserang infeksi dan

berbagai penyakit karena kemampuan pertahanan tubuh tidak seoptimal saat usia muda (Santoro et al., 2021).

e) Sistem Sel

Pada tingkat seluler, terjadi berbagai perubahan seperti berkurangnya jumlah sel, pembesaran ukuran sel, serta penurunan cairan tubuh, termasuk cairan intraseluler. Perubahan ini berkontribusi terhadap menurunnya fungsi jaringan dan organ.

f) Sistem Saraf

Terjadi penurunan fungsi pada pancaindra seperti penglihatan,pendengaran, penciuman, perasa, dan peraba. Selain itu, respons serta refleks motorik dan sensorik juga menjadi lebih lambat.

g) Sistem Urinaria

Pada sistem perkemihan, kekuatan otot kandung kemih (vesika urinaria) menurun. Pada pria, dapat terjadi pembesaran kelenjar prostat (hipertrofi prostat) yang berpotensi mengganggu proses berkemih.

h) Sistem Gastrointestinal

Pada lansia, terjadi beberapa perubahan pada sistem pencernaan, seperti pelebaran esofagus, penurunan sensasi lapar, serta melemahnya gerakan peristaltik usus. Selain itu, ukuran lambung cenderung mengecil dan produksi asam lambung berkurang, sehingga proses pencernaan menjadi kurang optimal.

i) Sistem Muskoloskeletal

Seiring bertambahnya usia, kadar kalsium dalam tulang menurun. Kondisi ini dapat menyebabkan kepadatan tulang berkurang atau osteoporosis, sehingga tulang menjadi lebih rapuh dan mudah mengalami patah.

2.1.2.2 Faktor Yang Mempengaruhi Penuaan Pada Lansia

Perubahan yang terjadi pada lansia dipengaruhi oleh berbagai faktor yang secara umum dapat dikelompokkan menjadi dua bagian besar, yaitu factor internal dan faktor eksternal. Berikut ini termasuk dalam faktor internal:

1) Genetik

Faktor keturunan memiliki peran penting dalam menentukan proses penuaan seseorang. Susunan gen yang diwariskan dari orang tua dapat memengaruhi kecepatan menua, daya tahan tubuh, serta kemungkinan munculnya penyakit degeneratif yang sering terjadi pada usia lanjut, seperti Alzheimer dan penyakit jantung (Andrade-Guerrero et al., 2023).

2) Hormon

Perubahan kadar hormon juga berpengaruh terhadap proses penuaan Pada wanita, misalnya, penurunan hormon estrogen setelah menopause dapat berdampak pada kepadatan tulang dan distribusi lemak tubuh. Sementara pada pria, berkurangnya hormon testosteron dapat memengaruhi massa otot, fungsi seksual, serta kondisi fisik secara umum (Pataky et al., 2021).

3) Metabolisme

Seiring bertambahnya usia, kecepatan metabolisme tubuh cenderung menurun. Kondisi ini dapat berdampak pada perubahan berat badan, berkurangnya

energi, serta menurunnya kemampuan tubuh dalam memperbaiki dan meregenerasi jaringan yang rusak (Palmer & Jensen, 2022).

4) Sistem Imun

Fungsi sistem kekebalan tubuh juga mengalami penurunan pada usia lanjut. Melemahnya sistem imun menyebabkan lansia lebih mudah terserang infeksi dan berbagai penyakit karena kemampuan pertahanan tubuh tidak seoptimal saat usia muda (Santoro et al., 2021).

5) Sistem Sel

Pada tingkat seluler, terjadi berbagai perubahan seperti berkurangnya jumlah sel, pembesaran ukuran sel, serta penurunan cairan tubuh, termasuk cairan intraseluler. Perubahan ini berkontribusi terhadap menurunnya fungsi jaringan dan organ.

6) Sistem Saraf

Terjadi penurunan fungsi pada pancaindra seperti penglihatan, pendengaran, penciuman, perasa, dan peraba. Selain itu, respons serta refleks motorik dan sensorik juga menjadi lebih lambat.

7) Sistem Urinaria

Pada sistem perkemihan, kekuatan otot kandung kemih (vesika urinaria) menurun. Pada pria, dapat terjadi pembesaran kelenjar prostat (hipertrofi prostat) yang berpotensi mengganggu proses berkemih.

8) Sistem Gastrointestinal

Pada lansia, terjadi beberapa perubahan pada sistem pencernaan, seperti pelebaran esofagus, penurunan sensasi lapar, serta melemahnya gerakan peristaltik

usus. Selain itu, ukuran lambung cenderung mengecil dan produksi asam lambung berkurang, sehingga proses pencernaan menjadi kurang optimal.

9) Sistem Muskoloskeletal

Seiring bertambahnya usia, kadar kalsium dalam tulang menurun. Kondisi ini dapat menyebabkan kepadatan tulang berkurang atau osteoporosis, sehingga tulang menjadi lebih rapuh dan mudah mengalami patah.

10) Sistem Endokrin

Pada sistem ini terjadi penurunan produksi berbagai hormon, yang berdampak pada keseimbangan metabolisme, pertumbuhan, serta fungsi organ tubuh lainnya.

(a) Perubahan Sosial

(1) Peran Sosial

Lansia dapat mengalami perubahan peran, misalnya setelah pensiun atau terkena pemutusan hubungan kerja (PHK) yang dapat menimbulkan post power syndrome. Selain itu, ada pula lansia yang menjalani peran sebagai perempuan lajang atau orang tua tunggal (single parent).

(2) Keluarga Dan Pertemanan

Bertambahnya usia sering kali diiringi dengan kehilanganpasangan, anggota keluarga, atau teman karena meninggal dunia. Kondisi ini dapat menimbulkan perasaan kesepian dan berkurangnya dukungan sosial (Mang et al., 2022).

(3) Perubahan Lingkungan

Faktor lingkungan turut berperan dalam proses penuaan. Paparan polusi udara, sinar ultraviolet dari matahari, serta bahan kimia berbahaya dapat mempercepat terjadinya penuaan, terutama pada kulit, dan meningkatkan kemungkinan timbulnya penyakit kronis.

(4) Gaya Hidup

Kebiasaan sehari-hari memiliki pengaruh besar terhadap kualitas penuaan. Pola makan yang tidak seimbang, kurangnya aktivitas fisik, konsumsi alkohol, dan kebiasaan merokok dapat mempercepat proses menua. Sebaliknya, penerapan pola hidup sehat seperti olahraga teratur dan asupan nutrisi yang baik dapat membantu memperlambat dampak penuaan.

2.1.2.3 Batasan Lansia

Menurut Basuki (2018), yang mengutip Organisasi Kesehatan Dunia (WHO), batasan usia lanjut didistribusikan di antara beberapa kelompok sebagai berikut.:

1. Usia 45–59 tahun disebut sebagai usia pertengahan (middle age).
2. Usia 60-74 tahun di kategorikan sebagai lanjut usia (elderly)
3. Usia 75-90 tahun termasuk lanjut usia total (old)
4. Usia di atas 90 tahun di golongkan sebagai usia sangat tua (very old)

Sementara itu, menurut Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (Kemenkes RI), klasifikasi usia lansia dibedakan menjadi:

1. Usia 50-64 tahun di sebut pralansia
2. Usia 65-80 tahun termasuk lansia muda
3. Usia di atas 80 tahun di kategorikan sebagai lansia lanjut

Pengelompokan usia ini bertujuan untuk memudahkan perencanaan program kesehatan serta penyediaan layanan yang sesuai dengan kebutuhan masing masing kelompok usia (Yalasviva, 2022).

2.1.3 Konsep Asuhan Keperawatan Diabetes Melitus

2.1.3.1 Pengkajian

a. Identitas

1. Identitas Klien

Meliputi nama, umur, jenis kelamin, agama, pendidikan, status perkawinan, pekerjaan, alamat, diagnosa medik, nomor register, tanggal masuk rumah sakit dan tanggal pengkajian.

2. Identitas Penanggung Jawab

Meliputi nama, umur, pekerjaan, dan hubungan dengan pasien**.**

3. Keluhan Utama

Gejala utama yang biasanya dialami oleh penderita diabetes melitus adalah kelelahan parah , sering buang air kecil (poliuria), banyak makan (polifagia) , dan banyak minum (polidipsi) (Riyadi dan Sukarmin, dalam sonya kristiania,2019).

4. Riwayat Penyakit Dahulu

Adanya riwayat penyakit Diabetes Melitus atau penyakit-penyakit lain yang ada kaitannya dengan defisiensi insulin misalnya penyakit pankreas. Adanya riwayat penyakit jantung, obesitas, maupun arterosklerosis, tindakan medis yang

pernah didapat maupun obat obatan yang bisa digunakan oleh penderita (Illafin Saidi, 2020).

5. Riwayat Kesehatan Keluarga

Dari genogram keluarga biasanya terdapat salah satu anggota keluarga yang juga menderita diabetes melitus atau penyakit keturunan yang dapat menyebabkan terjadinya defisiensi insulin misal hipertensi dan jantung(Saidi, 2020).

Pengkajian Keperawatan

1) Anamnesis

Hasil anamnesis yang didapatkan pada penderita diabetes mellitus adalah sebagai berikut (Aini & Aridiana, 2016):

(a) Poliuri (Peningkatan Pengeluaran urine) poliuri terjadi karena diuresis dan hiperglikemia.

(b) Polidipsi (Peningkatan Rasa Haus) Polidipsi menyebabkan hilangnya glukosa elektrolit (Na,Klorida dan Kalium)

(c) Polifagi (Peningkatan Rasa Lapar) Sel-sel tubuh mengalami kekurangan energi karena glukosa tidak dapat masuk ke sel, akibatnya sering lapar.

(d) Rasa lelah dan kelemahan otot kekurangan energi sel menyebabkan pasien cepat lelah dan lemah,selain itu kondisi ini juga terjadi karena katabolisme protein dan kehilangan kalieum lewat urine.

(e) Kelainan ginekologi (Keputihan dengan penyebab tersering yaitu jamur terutama kandida) Diabetes melitus akan menurunkan sistem kekebalan tubuh secara umum,sehingga tubuh rentan terhadap infeksi. Selain itu,jamur dan

bakteri mampu berkembang baik pesat di lingkungan yang tinggi pula (Hiperglikemia).

2.1.3.2 Pengkajian Fungsional Klien

a. Masalah Kesehatan Kronis

Tabel 2. 1 Masalah Kesehatan kronis

Keluhan Kesehatan Atau Gejala Yang Di rasakan dalam 3 bulan terahir	Selalu	Sering	Jarang	Tidak
Fungsi Penglihatan				
Penglihatan Kabur				
Mata Berair				
Nyeri Pada Mata				
Fungsi Pendengaran				
Pendengaran Berkurang				
Telinga Berdenging				
Fungsi Paru (Pernafasan)				
Batuk Lama disertai Keringat Mala				
Sesak Nafas				
Berdahak/Sputum				
Fungsi Jantung				
Jantung Berdebar-Debar				
Cepat Lelah				
Nyeri Dada				
Fungsi Pencernaan				
Mual/Muntah				
Nyeri Ulu Hati				
Makan dan Minum Banyak (Berlebih)				
Perubahan Kebiasaan BAB (Diare atau Sembelit)				
Fungsi Pergerakan				
Nyeri Kaki saat Berjalan				
Nyeri Punggung Atau Tulang Belakang				
Nyeri Persendian/Bengkak				
Fungsi Persarafan				
Lumpuh/Kelemahan Pada Kaki Atau Tangan				
Kehilangan Rasa				
Gemetar/Tremor				
Nyeri/Pegal Pada Daerah Tengkuk				
Fungsi Saluran Perkemihan				
BAK Banyak				
Sering BAK Pada Malam Hari				
Tidak Mampu Menggontrol Penggeluaran Air Kemih (Menggompol)				

Interpetasi hasil :

Skor <25 : Tidak ada masalah keperawatan kronis sampai dengan masalah
Kesehatan ringan
Skor 26-50 : Masalah kesehatan kronis sedang
Skor >51 : Masalah kesehatan kronis berat

b. Status Fungsional

1. KATZ Indeks

Tabel 2. 2 KATZ Indeks

No.	Aktivitas	Mandiri	Tergantung
1.	Mandi Mandiri : Dapat mengerjakan sendiri atau bantuan 1 bagian tertentu (punggung atau ekstermitas yang tidak mampu) atau mandi sendiri sepenuhnya. Tergantung : Bantuan mandi lebih dari satu bagian tubuh,Bantuan masuk dan keluar dari bak mandi,serta tidak mandi sendiri.		
2.	Berpakain Mandiri : Seluruhnya tanpa bantuan,menggambil baju dari lemari dan memakai pakaian luar lengkap dengan mengancing,mingkin memiliki bantuan mengikat sepatu. Tergantung : Tidak dapat memakai baju sediri atau hanya sebagian.		
3.	Pergi Ke Toilet Mandiri : Masuk dan keluar dari toilet kemudian membersihkan genetalia sendiri. Tergantung : Menerima bantuan atau masuk ke dalam toilet dan menggunakan pispot.		
4.	Berpindah (Berjalan) Mandiri : Berpindah dari tempat tidur untuk duduk bangkit dari kursi sendiri. Tergantung : Bantuan dalam naik atau turun dari tempat tidur atau kursi,tidak melakukan satu atau lebih berpindah.		
5.	Kontinen (BAB Dan BAK) Mandiri : BAK Dan BAB seluruhnya terkontrol sendiri Tergantung : Inkontinensia parsial atau total : penggunaan kateter,pispot,enema,dan pembalut (pempers).		
6.	Makan Mandiri : Menggambil makanan dari piring dan menyuapi sendiri.		

	Tergantung : Bantuan dalam hal menggambil makanan dari piring menyuapinya,tidak makan sama sekali,dan makan parenteral (NGT).

Interpretasi hasil :

Kategori A : Mandiri dalam semua aktivitas tanpa kecuali
Kategori B : Mandiri dalam semua aktivitas, kecuali satu dari fungsi tersebut
Kategori C : Mandiri dalam semua aktivitas, kecuali mandi dan satu fungsi tambahan
Kategori D : Mandiri dalam semua aktivitas, kecuali mandi, berpakaian dan satu fungsi tambahan

Kategori E : Mandiri dalam semua aktivitas, kecuali mandi, berpakaian, pergi ke toilet dan satu dari fungsi tambahan

Kategori F : Mandiri dalam semua aktivitas, kecuali mandi, berpakaian, pergi ke toilet, berpindah dan satu fungsi tambahan

Kategori G : Ketergantungan pada keenam fungsi tersebut

2. Barthel Indeks

Tabel 2. 3 Barthel Indeks

NO	Kriteria	Dengan bantuan	Mandiri	Keterangan
1	Makan	5	10	Frekuensi : Jenis : Jumlah :
2	Minum	5	10	Frekuensi : Jenis : Jumlah :
3	Berpindah dari kursi roda ke tempat tidur	5-10	15	
4	Personal toilet	0	5	Frekuensi :
5	Keluar masuk toilet	5	10	
6	Mandi	5	15	Frekuensi :
7	Jalan di permukaan datar	0	15	
8	Naik turun tangga	5	10	
9	Mengenakan pakaian	5	10	
10	Kontrol bowel	5	10	Frekuensi : Konsistensi :
11	Kontrol bladder (BAK)	5	10	Frekuensi :
12	Olahraga/Latihan	5	10	
13	Rekreasi	5	10	

Interpretasi hasil :

130 : Mandiri

65-125 : Ketergantungan sebagian

60 : Ketergantungan total

3. Risiko Jatuh Morse Fall Scale (MSC)

Tabel 2. 4 Risiko Jatuh Morse Fall Scale (MSC)

Pengkajian	Skala	Skor
Riwayat Jatuh Apakah lansia pernah jatuh dalam 3 bulan terahir ?	Tidak 0 Ya 25	
Diagnosa Sekunder Apakah lansia memiliki lebih dari satu penyakit ?	Tidak 0 Ya 15	
Alat Bantu Jalan *Bed Rest/* di bantu Kruk/Tongkat/*Walker* Berpegangan pada benda-benda di sekitar (kursi,lemari,meja).	 0 15 30	
Terapi Intravena Apakah lansia saat ini terpasang infus ?	Tidak 0 Ya 20	
Gaya Bejalan/Cara Berpindah Normal/*bed rest immobile* Lemah (tidak bertenaga) Gangguan/tidak normal (pincang,diseret)	 0 10 20	
Status Mental Lansia menyadari kondisi dirinya sendiri Lansia mengalami keterbatasan daya ingat	 0 15	

Interpretasi hasil :

Skor MFS	Tingkat risiko	Tindakan
0-24	Tingkat berisiko	Perawatan dasar
25-50	Tingkat rendah	Pelaksanaan intervensi mencegah jatuh standar
>	Tingkat tinggi	Pelaksanaan intervensi mencegah jatuh tinggi

4. Keseimbangan Dengan Borg Balance Scale (BBS)

Tabel 2. 5 Keseimbangan Dengan Borg Balance Scale (BBS)

NO	Item Keseimbangan	Skor 0-4	Skor
1	Duduk ke berdiri	4 = Dapat berdiri tanpa menggunakan tangan dan Menstabilkan independen. 3 = Mampu berdiri secara independen Menggunakan tanggan setelah mencoba. 2 = Mampu berdiri menggunakan tanggan setelah Mencoba. 1 = Perlu bantuan minimal untuk berdiri atau Menstabilkan 0 = Perlu asisten sedang atau maksimal untuk Berdiri.	
2	Berdiri Tanpa Penunjang	4 = Dapat berdiri dengan aman selama 2 menit 3 = Mampu berdiri 2 menit dengan pengawasan 2 = Dapat berdiri 30 detik yang tidak di bantu/ Di tunjang 1 = Membutuhkan beberapa waktu untuk Mencoba berdiri 30 detik yang tidak di bantu 0 = Tidak dapat berdiri secara mandiri selama 30 detik	
3	Duduk Tanpa Penunjang	4 = Bisa duduk dengan aman dan nyaman selama 2 menit 3 = Bisa duduk 2 menit dengan pengawasan 2 = Mampu duduk selama 30 detik 1 = Bisa duduk 10 detik 0 = Tidak dapat duduk tanpa penunjang	
4	Berdiri Ke Duduk	4 = Duduk dengan aman dengan menggunakan Minimal tanggan 3 = Mengontrol posisi turun dengan Menggunakan tangan 2 = Menggunakan punggung kaki terhadap kursi Untuk menggontrol posisi turun 1 = Duduk secara independen tetapi memiliki Keturunan yang tidak terkendali 0 = Kebutuhan membantu untuk duduk	
5	Transfer	4 = Dapat mentransfer aman dengan penggunaan Ringgan tanggan 3 = Dapat mentransfer kebutuhan yang pasti aman	

		Dari tanggan 2 = Dapat mentransfer dengan pengawasan 1 = Membutuhkan satu orang untuk membantu 0 = Membutuhkan dua orang untuk membantu Atau mengawasi
6	Berdiri Dengan Mata Tertutup	4 = Dapat berdiri 10 detik dengan aman 3 = Dapat berdiri 10 detik dengan pengawsan 2 = Mampu berdiri 3 detik 1 = Tidak dapat menjaga mata tertutup 3 detik Tapi tetap aman 0 = Membutuhkan bantuan agar tidak jatuh
7	Berdiri Dengan Kaki Rapat	4 = Mampu menempatkan kaki bersama- sama Secara independen dan berdiri 1 menit aman 3 = Mampu menempatkan kaki bersama- sama Secara independen dan berdiri 1 menit dengan Pengawasan 2 = Mampu menempatkan kaki bersama- sama Secara mandiri tetapi tidak dapat tahan selama 30 detik 1 = Memerlukan bantuan untuk mencapai posisi Tapi mampu berdiri kaki bersama- sama 15 detik 0 = Memerlukan bantuan untuk mencapai posisi Dan tidak dapat tahan selama 15 detik
8	Menjangkau Ke Depan Dengan Tanggan	4 = Dapat mencapai ke depan dengan percaya Diri 25cm (10 inci) 3 = Dapat mencapai ke depan 12cm (5 inci) 2 = Dapat mencapai ke depan 5cm (2 inci) 1 = Mencapai ke depan tapi membutuhkan Pengawasan 0 = Kehilangan keseimbangan ketika menncoba/ Memerlukan dukungan eksternal
9	Menggambil Barang Dari Lantai	4 = Dapat menggambil sandal aman dan mudah 3 = Dapat menggambil sandal tetapi Membutuhkan pengawasan 2 = Tidak dapat menggambil tetapi mencapai 2-5 Cm (1-2 inci) dari sandal dan menjaga

		Keseimbangan secara bebas 1 = Tidak dapat menggambil dan memerlukan Pengawasan ketika mencoba 0 = Tidak dapat mencoba/membantu kebutuhan Untuk menjaga dari kehilangan keseimbangan Atau jatuh
10	Menoleh Ke Belakang	4 = Tampak belakang dari kedua sisi dan berat Bergeser baik 3 = Tampak belakang satu sisi lain menunjukkan Pergeseran berat badan kurang 2 = Hanya menyamping tetapi tetap Mempertahankan keseimbangan 1 = Perlu pengawasan saat memutar 0 = Butuh bantuan untuk menjaga dari kehilangan Keseimbangan atau jatuh
11	Berputar 360 derajat	4 = Mampu berputar 360^0 dengan aman dalam 4 detik kurang 3 = Mampu berputar 360^0 dengan aman satu sisi Hanya 4 detik atau kurang 2 = Mampu berputar 360^0 dengan aman tetapi Perlahan- lahan 1 = Membutuhkan pengawasan yang ketat atau Dengan lisan 0 = Membutuhkan bantuan saat memutar
12	Menempatkan Kaki Bergantian Di Bangku	4 = Mampu berdir secara independen dengan Aman dan menyesuaikan 8 langkah dalam 20 detik 3 = Mampu berdiri secara mandiri dan Menyelesaikan 8 langkah dalam >20 detik 2 = Dapat menyelesaikan 4 langkah tanpa bantuan Dengan pengawasan 1 = Dapat menyelesaikan > 2 langkah perlu 0 = Membutuhkan bantuan agar jatuh/tidak Mampu untuk mencoba
13	Berdiri Dengan Satu Kaki Di Depan	4 = Mampu menempatkan tamdem kaki secara Independen dan tahan 30 detik 3 = Mampu menempatkan kaki depan independen

		Dan tahan 30 detik 2 = Dapat menggambil langkah kecil secara Mandiri dan tahan 30 detik 1 = Kebutuhan membantu untuk melangkah tapi Dapat menyimpan 15 detik 0 = Kehilangan keseimbangan saat melangkah Atau berdiri
14	Berdiri Dengan Satu Kaki	4 = Mampu mengangkat kaki secara independen Dan tahan > 10 detik 3 = Mampu mengangkat kaki secara independen Dan tahan 5-10 detik 2 = Mampu mengangkat kaki secara independen Dan tahan > 3 detik 1 = Kebutuhan membantu untuk melangkah tapi Dapat menyimpan 15 detik 0 = Kehilangan keseimbangan saat melangkah Atau berdiri

Interpetasi hasil :

0-20 : Harus memakai kursi roda

21-40 : Berjalan dengan bantuan

40-56 : Mandiri/independen

c. Status Mental

1. Portable Mental Status Quesioner (SPMSQ)

Tabel 2. 6 Portable Mental Status Quesioner (SPMSQ)

NO	Item pertanyaan	Benar	Salah
1.	Jam berapa sekarang ?		
2.	Tahun berapa sekarang?		
3.	Kapan ibu lahir ?		
4.	Berapa umur ibu sekarang ?		
5.	Di mana alamat ibu sekarang ?		
6.	Berapa jumlah anggota keluarga yang tinggal bersama ibu sekarang ?		
7.	Siapa nama anggota keluarga yang tinggal bersama ibu ?		
8.	Tahun berapa hari kemerdekaan Indonesia ?		
9.	Siapa nama presiden republik Indonesia ?		
10.	Coba hitung terbalik dari 20 ke 1		

Interpetasi hasil:

Salah 0-3 : Fungsi intelektual utuh

Salah 4-5 : Kerusakan intelekual ringgan

Salah 6-8 : Kerusakan intelektual sedang

Salah 9-10 : Kerusakan intelektual berat

d. Mini Mental Status Exam (MMSE)

Tabel 2. 7 Mini Mental Status Exam (MMSE)

NO	Aspek kognitif	Nilai maksimal	Nilai pasien	Kriteria
1.	Orientasi	5		Menyebutkan dengan benar - Tahun - Musim - Hari - Tanggal - Bulan
2.	Orientasi	5		Di mana sekarang kita berada - Negara Indonesia - Provinsi jawa barat - Kota

			- PSTW - Wisma
3.	Registrasi	3	Sebutkan nama 3 objek (oleh pemeriksa) 1 detik untuk mengatakan masing-masing objek kemudian tanyakan kepada klien 3objek tadi (untuk di sebutkan) - Objek (Pulpen) - Objek (Buku) - Objek (Botol)
4.	Perhatian dan kalkulasi	5	Minta klien untuk memulai dari angka 100 kemudian di kurangi 7 sampai 5 kali/tingkat - 93 - 86 - 79 - 72 - 65
5.	Mengingat	3	Minta klien untuk menggulangi ketiga objek pada No. 2 (registrasi) tadi bila benar,1point untuk masing masing objek.
6.	Bahasa	9	Tunjukan pada klien sesuatu benda dan tanyakan namanya pada klien - Buku - Botol Minta klien untuk mengulangi kata berikut “tak ada jika,tetapi bila benar 1 point. - Pernyataan 2 buah tak ada tetapi Minta klien untuk mengikuti perintah berikut yang terdiri dari 3 langkah “ambil kertas di tanggan Anda,lipat dua arah taruh di lantai - Ambil kertas di tanggan Anda

	- Lipat dua - Taruh di lantai Perintah pada klien untuk hal berikut (bila aktivitas sesuai perintah point 1) - Tutup mata Anda Perintah klien untuk menulis satu kalimat dan menyalin gambar - Tulis satu kalimat - Menyalin gambar

Interpetasi hasil :

>23 : Aspek kognitif dari fungsi mental baik
18-22 : Kerusakan aspek fungsi mental ringgan

<17 : Terdapat kerusakan aspek fungsi mental berat

e. Status Psikologis

1. Identifikasi Masalah Emosional

Tabel 2. 8 Identifikasi Masalah Emosional

Pertanyaan Tahap 1
1. Apakah klien mengalami sukar tidur ? Tidak
2.Apakah klien merasa gelisah ? Tidak
3.Apakah klien murung dan menangis sendiri ? tidak
4. Apakah klien sering was-was atau khawatir ? iya
Pertanyaan Tahap 2
1. Keluhan lebih dari 3 bulan dari 1 kali dalam sebulan ? iya
2.Ada masalah atau banyak pikiran ? iya memikirkan penyakitnya
3. Adanya gangguan/masalah dengan keluarga lain ? tidak
4. Menggunakan obat tidur/penenang atas anjuran dokter ? tidak
5. Cenderung menggurung diri ? tidak

2. Skala Depresi Geriatrik

Tabel 2. 9 Skala Depresi Geriatrik

NO	Apakah ibu dalam 1 minggu terahir	Jawaban Ya/Tidak
1.	Merasa puas dengan kehidupan yang di jalani ?	
2.	Banyak meninggalkan kesenangan/minat dan aktivitas Anda ?	
3.	Merasa bahwa kehidupan Anda hampa ?	
4.	Sering merasa bosan ?	
5.	Penuh pengharapan akan masa depan ?	
6.	Mempunyai semangat yang baik tiap waktu ?	
7.	Di ganggu oleh pikiran-pikiran yang tidak dapat di ungkapkan ?	
8.	Merasa bahagia di sebagian besar waktu ?	
9.	Merasa takut sesuatu akan terjadi pada Anda ?	
10.	Sering kali merasa tidak berdaya ?	
11.	Sering merasa gelisah dan gugup ?	
12.	Memilih tinggal di rumah sari pada pergi melakukan sesuatu yang bermanfaat ?	
13.	Sering kali merasa khawatir akan masa depan ?	
14.	Merasa mempunyai lebih banyak masalah dengan daya ingat di bandingkan orang lain ?	
15.	Berpikir bahwa hidup ini sangat menyenangkan sekarang ?	
16.	Sering kali merasa merana ?	
17.	Merasa kurang bahagia ?	
18.	Sangat khawatir terhadap masa lalu ?	
19.	Merasa bahwa hidup ini sangat mengairahkan ?	
20.	Merasa berat untuk memulai sesuatu yang baru ?	
21.	Merasa dalam keadaan penuh semangat ?	
22.	Berpikir bahwa keadaan ada tidak ada harapan ?	
23.	Berpikir bahwa banyak orang yang lebih baik dari pada saya ?	
24.	Sering kali menjadi kesal karena hal sepele ?	
25.	Sering kali merasa inggin menangis ?	
26.	Merasa sulit untuk berkonsentrasi ?	
27.	Menikmati tidur ?	
28.	Memilih menghindar dari perkumpulan sosial ?	
29.	Mudah menggambil keputusan ?	
30.	Mempunyai pikiran yang jernih ?	

Interpretasi hasil :

Terganggu skor : 1 Normal : 0

Skor 0-5 : Normal

Skor 6-15 : Depresi ringgan sampai sedang

Skor 16-30 :Depresi berat

2.1.3.3 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan pada penyakit Diabetes Melitus tipe II sesuai menurut pedoman(Tim Pokja SDKI DPP PPNI 2018) dan (Decroli eva 2019)

No	Diagnosa keperawatan	Tanggal di temukan	Nama perawat	Tanda tanggan
1.	Perfusi Perifer Tidak Efektif b.d Hiperglikemi (D.0009)	16 Desember 2025	Hana	
2.	Risiko Jatuh b.d Kekuatan Otot Menurun (D.0143)	16 Desember 2025	Hana	
3.	Distres Spiritual b.d Peningkatan ketergantungan terhadap orang lain (D.0082)	16 Desember 2025	Hana	
4.	Gangguan Integritas Kulit/Jaringan (D.0129)	16 Desember 2025	Hana	
5.	Ketidak Stabilan Kadar Glukosa Darah (D.0027)	16 Desember 2025	Hana	

2.1.3.4 Intervensi

NO	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Tindakan
1.	Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan hiperglikemia (**D.0009)**	**Perawatan Sirkulasi (I.02079)** Setelah di lakukan intervensi keperawatan,maka sirkulasi perifer meningkat dengan kriteria hasil : 1. Denyut nadi perifer meningkat 2. Sensasi meningkat 3. Warna kulit pucat menurun 4. Turgor kulit membaik	**Perawatan sirkulasi (I.02079)** **Observasi** 1. Periksa sirkulasi periper (nadi,edema,warna,suhu,ankle brachial indeks 2. Identifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi (diabetes,meroko,orang tua,hipertensi,dan kadar kolesterol tinggi) 3. Monitor panas,kemerahan,nyeri,atau bengkak pada ekstermitas **Terapeutik** 1. Hindari pemasangan infus atau pengambilan darah di area keterbatasan perfusi

			2. Hindari pengkukuran tekanan darah pada ekstermitas dengan keterbatasan perpusi 3. Hindari penekanan dan pemasangan torniquet pada area cedera 4. Lakukan pencegahan infeksi 5. Lakukan perawatan kaki dan kuku 6. Lakukan hidrasi 7. Lakukan Rendam Air hanggat (Kusuma & Surakarta, 2024) **Edukasi** 1. Anjurkan berhenti meroko 2. Anjurkan berolahraga rutin 3. Anjurkan mengecek air mandi untuk menghindari kulit terbakar 4. Anjurkan menggunakan obat penurun tekanan darah,antikoagulan,dan penurun kolestrol jika perlu 5. Anjurkan minum obat pengontrol tekanan darah secara rutin 6. Anjurkan menghindari penggunaan obat penyekat beta 7. Anjurkan melakukan perawatan kulit yang tepat (melembabkan kulit kering pada kaki) 8. Anjurkan program rehabilitas vaskuler 9. Anjurkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi (rendah lemak jenuh,minyak ikan omega 3) 10. Informasikan tanda gejala darurat yang harus di laporkan (rasa sakit yang tidak hilang saat istirahat,luka tidak sembuh,hilang rasa)
2.	Risiko jatuhb.d kekuatan otot menurun **(D.0143)**	**Tingkat jatuh menurun (L.14540)** Setelah di lakukan intervensi keperawatan maka kekuatan otot meningkat dengan kriteria hasil : 1. Jatuh dari tempat tidur menurun 2. Jatuh saat berdiri menurun 3. Jatuh saat duduk menurun 4. Jatuh saat berjalan menurun	**Pencegahan jatuh (I.14540)** **Observasi** 1. Identifikasi faktor risiko jatuh (usia >65 tahun,penurunan tingkat kesadaran,defisit kognitif,hipotensi ortostatik,gangguan keseimbangan,gangguan penglihatan,neuropati) 2. Identifikasi risiko jatuh setidaknya setiap shif atau sesuai dengan kebijakan insitusi 3. Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh (lantai licin,penerangan kurang) 4. Hitung risiko jatuh menggunakan skala (fall morse scale,humpty dumpty scale),jika perlu

			5. Monitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya. **Terapeutik** 1. Orientasikan ruangan pada pasien dan keluarga 2. Pastikan roda tempat tidur dan kuris roda selalu dalam keadaan terkunci 3. Pasang handrail tempat tidur 4. Atur tempat tidur mekanis pada posisi terendah 5. Tempatkan pasien beresiko tinggi jatuh dekat dengan pantauan perawat 6. Gunakan alat bantu jalan (kursi roda,walker) 7. Dekatkan bel pemanggil dalam jangkauan pasien **Edukasi** 1. Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah 2. Anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin 3. Anjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh 4. Anjurkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri 5. Ajarkan cara menggunakan bel pemanggil untuk memangil perawat
3.	Distres spiritual b.d. peningkatan ketergantungan terhadap orang lain. **(D.0082)**	**Status koping (L.09086)** Setelah di lakukan intervensi keperawatan maka ketergantungan terhadap orang lain menurun dengan kriteria hasil : 1. makna dan tujuan hidup meningkat 2. Kepuasan terhadap makna hidup meningkat 3. Perasaan keberdayaan meningkat	**Promosi koping (I.13494)** **Observasi** 1. Identifikasi kegiatan jangka pendek dan panjang sesuai tujuan 2. Identifikasi kemampuan yang di miliki 3. Identifikasi sumber daya tersedia untuk memenuhi tujuan 4. Identifikasi pemahaman proses penyakit 5. Identifikasi dampak situasi terhadap peran dan hubungan 6. Identifikasi metode penyelesaian masalah 7. Identifikasi kebutuhan dan keinginan terhadap dukungan sosial **Terapeutik** 1. Diskusikan perubahan peran yang di alami 2. Gunakan pendekatan yang tenang dan menyakinkan

			3. Diskusikan alasan mengkritik diri sendiri 4. Diskusikan untuk mengklasifikasi kesalah pahaman dan mengevaluasi perilaku sendiri 5. Diskusikan konsekuensi tidak menggunakan rasa bersalah dan rasa malu 6. Diskusikan risiko yang menimbulkan bahaya bagi diri sendiri 7. Fasilitasi dalam memperoleh informasi yang di butuhkan 8. Berikan pilihan realistis mengenai aspek-aspek tertentu dalam perawatan 9. Motivasi untuk menentukan harapan yang realistis 10. Tinjau kembali dalam pengambilan keputusan 11. Hindari menggambil keputusan saat pasien berada di bawah tekanan 12. Dampingi saat berduka(penyakit kronis,kecatatan) 13. Perkenalkan dengan orang atau kelompok yang berhasil mengalami pengalaman sama 14. Dukung penggunaan mekanisme pertahanan yang tepat 15. Kurangi rangsangan lingkungan yang mengancam
4.	Gangguan Integritas Kulit/Jaringan**(D.0129)**	**Integritas kulit / Jaringan (L.14125)** Seetelah di lakukan intervensi keperawatan maka Integritas kulit/jaringan meningkat dengan kriteria hasil : 1. Kerusakan jaringan menurun 2. Kerusakan lapisan kulit menurun.	1. **Perawatan Integritas Kulit (I.11353)** 2. **Observasi** 3. Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit (mis.perubahan sirkulasi,perubahan status nutrisi,penurunan kelembaban,suhu lingkungan ekstrem,penurunan mobilitas) 4. **Terapeutik** 5. Ubah posisi tiap 2 jam jika tirah baring 6. Lakukan pemijatan pada area penonjolan tulang,jika perlu 7. Bersihkan perineal dengan air hanggat,terutama selama periode diare 8. Gunakan produk berbahan petrolium atau minyak pada kulit kering 9. Gunakan produk berbahan ringan/alami dan hipoalergik pada kulit sensitif

			10. Hindari produk berbahan dasar alkohol pada kulit kering 11. **Edukasi** 12. Anjurkan menggunakan pelembab (mis.lotion,serum) 13. Anjurkan minum air yang cukup 14. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi 15. Anjurkan meningkatkan asupan buah dan sayur 16. Anjurkan menghindari terpapar suhu ekstream 17. Anjurkan menggunakan tabir surya SPFminimal 30 saat berada di luar rumah 18. Anjurkan mandi dan menggunakan sabun secukupnya.
5.	Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah **(D.0027)**	**Kestabilan Kadar Glukosa Darah (L.03022)** Setelah di lakukan intervensi keperawatan maka kestabilan kadar glukosa darah meningkat (dalam rentang normal) dengan kriteria hasil : 1. Koordinasi meningkat 2. Mengantuk menurun 3. Pusing menurun 4. Lelah/lesu menurun 5. Rasa lapar menurun 6. Kadar glukosa dalam darah membaik	**Manajemen Hiperglikemia (I.03115)** **Observasi** 1. Identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia 2. Identifikasi situasi yang menyebabkan kebutuhan insulin meningkat (mis.penyakit kambuhan) 3. Monitor kadar glukosa darah,jika perlu 4. Monitor Tanda dan gejala hiperglikemia (mis.poliuria,polidipsia,polifagia,kelemahan,malaise,pandangan kabur,sakit kepala. 5. Monitor intake dan output cairan 6. Monitor keton urin,kadar analisa gas darah,elektrolit,tekanan darah ortostatik dan frekuensi nadi) **Terapeutik** 1. Berikan asupan cairan oral Konsultasi dengan medis jika tanda dan gejala hiperglikemia tetap ada atau memburuk Fasilitasi Ambulasi jika ada hipotensi ortostatik **Edukasi** 1. Anjurkan menghindari olahraga saat kadar glukosa darah lebih dari 250 mg/Dl

	2. Anjurkan monitor kadar glukosa darah secara mandiri 3. Anjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga 4. Ajarkan indikasi dan pentingnya pengunjian keton urien,jika perlu 5. Ajarkan pengelolaan diabetes (mis.penggunaan insulin,obat oral,monitor asupan cairan penggantian karbohidrat,dan bantuan profesional kesehatan) **Kolaborasi** 1. Kolaborasi pemberian insulin,jika perlu 2. Kolaborasi pemberian cairan IV,jika perlu 3. Kolaborasi pemberian kalium,jika perlu

2.1.3.5 Implementasi

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien mengatasi masalah terkait kondisi kesehatannya yang meningkatkan kesehatan yang lebih baik yang mencerminkan kriteria hasil yang diharapkan menurut dalam (Ekaputri et al., 2024).

2.1.3.6 Evaluasi

Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dalam proses asuhan keperawatan yang melibatkan penilaian ulang kondisi pasien untuk menentukan sejauh mana tujuan dan kriteria hasil tercapai setelah penerapan intervensi, sehingga perawat dapat memutuskan apakah rencana perawatan perlu dilanjutkan, diubah, atau dihentikan demi mencapai outcome optimal (Anugrah & Sari, n.d.).

2.2.1 Konsep Perfusi Perifer

2.2.1.1 Pengertian

Perfusi perifer tidak efekif adalah kondisi tubuh yang berisiko mengalami penurunan sirkulasi darah pada level kapiler yang dapat mengganggu metabolisme tubuh (Tim SDKI DPP 2016).

2.2.1.2 Penyebab

Untuk Masalah Perfusi Perifer Tidak Efektif Adalah :

a. Hiperglikemia
b. Peningkatan Tekanan Darah
c. Kekurangan Volume Cairan
d. Penurunan aliran arteri atau vena kurang terpapar informasi Tentang faktor pemberat (mis,meroko,gaya hidup,menonton,trauma,obesitas,asupan garam,mobilitas)
e. Kurang terpapar informasi tentang proses penyakit mis,diabetes melitus,hiperlipidema.
f. Kurang aktivitas fisik

2.2.1.3 Tanda Dan Gejala

1. Pengisian Kapiler (cappilary refill) >3 detik.
2. Nadi perifer menurun atau tidak teraba
3. Akral teraba dingin
4. Warna kulit pucat
5. Turgor kulit menurun

2.2.1.4 Cara Penanganan Perfusi Perifer

Rendam kaki air hangat merupakan salah satu terapi nonfarmakologis yang dilakukan dengan cara merendam kedua kaki menggunakan air hangat pada suhu sekitar 37°C–39°C dalam waktu tertentu. Terapi ini bertujuan untuk meningkatkan sirkulasi darah pada ekstremitas bawah melalui proses vasodilatasi pembuluh darah sehingga aliran darah menjadi lebih lancar. Selain itu, rendam kaki air hangat dapat membantu mengurangi keluhan kesemutan, rasa kebas, nyeri, dan rasa dingin pada kaki yang sering dialami oleh pasien Diabetes Melitus akibat gangguan sirkulasi perifer. Terapi ini juga memberikan efek relaksasi, meningkatkan kenyamanan, serta membantu mempertahankan sensitivitas kaki sehingga dapat menurunkan risiko terjadinya komplikasi pada ekstremitas bawah(Kusuma & Surakarta, 2024).

Alat Dan Bahan

1) Baskom atau wadah yang cukup untuk ke dua kaki.
2) Air hanggat dengan suhu 36,8-38^{0}C.
3) Termometes jika ada.
4) Handuk bersih dan kering.

a) Langkah-Langkah Pelaksanaan

1) Jelaskan tindakan dan tujuan kepada pasien.
2) Pastikan pasien dalam posisi duduk nyaman.
3) Isi baskom dengan air hanggat pastikan suhu air 36,8-38^{0}C periksa suhu menggunakan termometer atau siku tangan.
4) Masukan ke dua kaki ke dalam baskom pastikan air menutupi pergelangan kaki.
5) Rendam selama 15-30 menit.
6) Selama perendaman observasi kemerahan berlebih atau keluhan panas.
7) Setelah 15-30 menit angkat kaki dari baskom lalu keringkan menggunakan handuk.

8) Lakukan rendam kaki setiap 1x sehari.