

**ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK PADA TN. J DENGAN RESIKO  
INFEKSI PADA LUKA DM DI BANGSAL GARDENIA RUMAH  
PELAYANAN SOSIAL LANJUT USIA PUCANG GADING SEMARANG**

**Karya Tulis Ilmiah**

Diajukan sebagai salah satu persyaratan untuk memperoleh gelar Ahli Madya  
Keperawatan



Disusun Oleh :

**Wiwit Prihatini**

NIM. 40901900063

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN  
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG  
SEMARANG**

**2022**

**ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK PADA TN. J DENGAN RESIKO  
INFEKSI PADA LUKA DM DI BANGSAL GARDENIA RUMAH  
PELAYANAN SOSIAL LANJUT USIA PUCANG GADING SEMARANG**

**Karya Tulis Ilmiah**



Disusun Oleh :

**Wiwit Prihatini**

NIM. 40901900063

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN  
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG  
SEMARANG**

**2022**

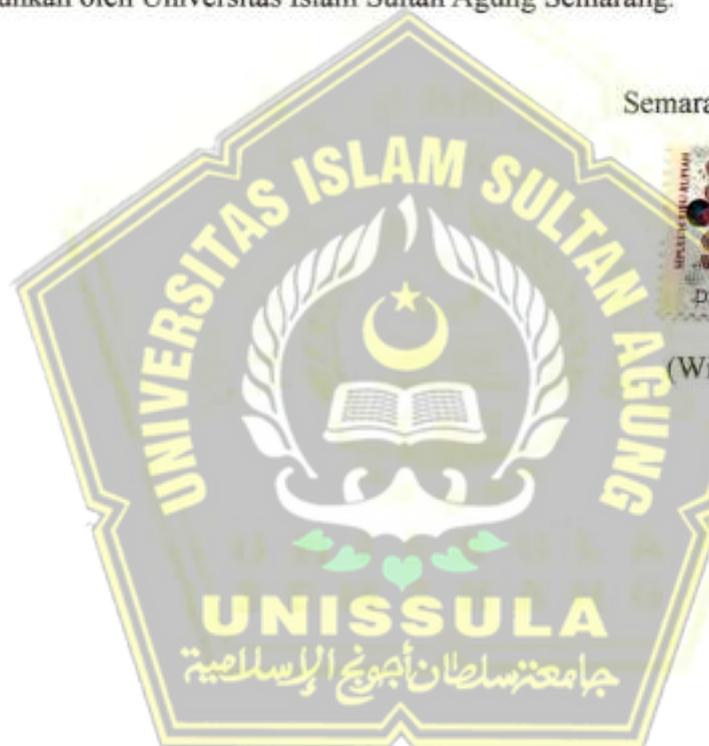
## SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

Saya yang bertanda tangan dibawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa karya tulis ini saya susun tanpa tindakan plagiarisme sesuai dengan ketentuan yang berlaku di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang. Jika kemudian hari ternyata saya melahkukan tindakan plagiarime, saya bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Universitas Islam Sultan Agung Semarang.

Semarang, 06 Juni 2022



(Wiwit Prihatini)



**HALAMAN PERSETUJUAN**

**Karya Tulis Ilmiah berjudul :**

**ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK PADA TN. J DENGAN RESIKO  
INFEKSI PADA LUKA DM DI BANGSAL GARDENIA RUMAH  
PELAYANAN SOSIAL LANJUT USIA PUCANG GADING SEMARANG**

**Dipersiapkan dan disusun oleh :**

**Wiwit Prihatini**

**40901900063**

Telah disetujui untuk dipertahankan dihadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah

Prodi Diploma III Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan

Unissula Semarang pada :

Hari : Jumat

Tanggal : 20 Mei 2022



**Ns. Nutrisia Nu'im Haiya, M.Kep**

NIDN : 0609018004

## HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah ini telah dipertahankan dihadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Prodi Diploma III Keperawatan FIK Unissula Semarang pada hari Senin tanggal 06 Juni 2022 dan telah diperbaiki sesuai dengan masukan Tim Penguji.

Semarang, 06 Juni 2022

Penguji I

Ns. Iskim Luthfa, M.Kep

NIDN. 06-2006-8402



Penguji II

Ns. Moch Aspihan, M.Kep., Sp.Kep. Kom

NIDN. 06-1305-7602



Penguji III

Ns. Nutrisia Nu'im Haiya, M.Kep

NIDN. 06-0901-8004



Mengetahui,

Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan



Iwan Ardian, SKM., M.Kep

NIDN. 06-2208-7403



## HALAMAN PERSEMBAHAN

Alhamdulillahirobilalamin segala puji bagi Allah SWT, tempat kita untuk memuji, meminta pertolongan, pengampunan serta petunjuk. Kita berlindung hanya kepada Allah dari kejahatan diri kita dan keburukan amal kita. Doa sholawat serta salam tercurahkan pada Junjungan dan Nabi besar kita Nabi Muhammad SAW. Keluarga dan teman-teman serta siapa saja yang mendapat petunjuk hingga hari kiamat. Aamiin.

Persembahkan karya tulis ilmiah ini Dan rasa terima kasih saya ucapkan kepada :

1. **Bapak dan ibu saya serta nenek saya**, kuberikan rasa ucap terima kasih sebanyak banyaknya karena dengan doa kerja keras dan pengurbanan yang tiada henti, semoga hasil perjuangan selama ini dapat membuahkan hasil dan bisa membanggakan kalian
2. **Sahabat dan teman-temanku**, Maymun, Nina, Siska, Anggun, Sofana, Tasya, Esti, Vina, Martha, Aba, Malla, Melly Cahya, Ida Chovivah, Ratna, Uswa, Bella, Rika, Yasinta, Rika, Serta teman-teman dari D3 keperawatan, universitas Islam Sultan Agung Semarang angkatan 2019, dan teman teman dari Senat Mahasiswa Keperawatan. Terima kasih atas semua dukungan dan semangatnya, dengan memberikan waktu luang untuk bertukar pikiran serta cerita tentang kehidupan senang maupun sedihku. Semoga cita cita dan keinginan selalu diwujudkan oleh Allah SWT , Dan semoga ilmunya berguna bagi bangsa dan negara. Amin

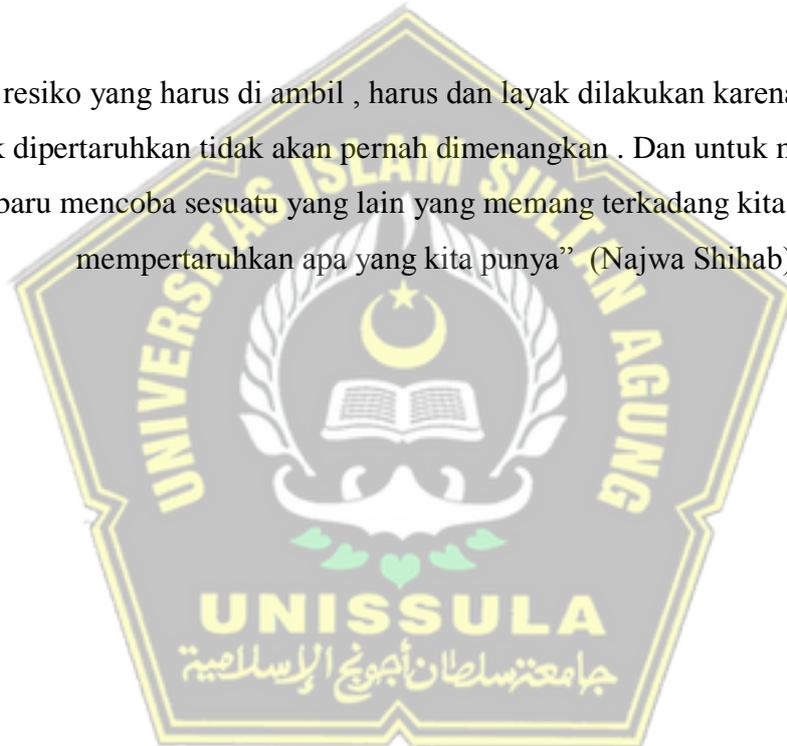
## MOTTO

“Menuntut ilmu itu wajib atas setiap Muslim” ( HR. Ibnu Majah no.224 )

“Semangatlal dalam hal yang bermanfaat untukmu, minta tolong lah kepada Allah, Dan jangan malas (patah semangat)” (HR. Muslim, no.2664)

“Sesungguhnya sesudah kesulitan itu ada kemudahan’ ( Q.S Al Insyira ayat 5-6)

“Ada resiko yang harus di ambil , harus dan layak dilakukan karena hidup yang tidak dipertaruhkan tidak akan pernah dimenangkan . Dan untuk memulai hal yang baru mencoba sesuatu yang lain yang memang terkadang kita harus berani mempertaruhkan apa yang kita punya” (Najwa Shihab).



## KATA PENGANTAR

Assalamu'alaikum Wr. Wb.

Alhamdulillahirobbil'alamin, segala puji bagi Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya kepada mahasiswa, sehingga mahasiswa mampu menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini yang berjudul "*Asuhan Keperawatan Gerontik Pada Tn.J Dengan Resiko Infeksi Pada Luka DM Di Bangsal Gardenia Rumah Pelayanan Sosial Lanjut Usia Pucang Gading Semarang*" Karya Tulis Ilmiah ini disusun untuk memenuhi salah satu persyaratan dalam menyelesaikan jenjang pendidikan Program Studi D-III Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang, dan untuk mendapatkan gelar Ahli Madya Keperawatan. Dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini mahasiswa banyak mendapatkan bimbingan dan dorongan dari berbagai pihak, untuk itu perkenankan mahasiswa mengucapkan terimakasih kepada pihak yang telah mendukung mahasiswa dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini, yang terhormat :

1. Allah SWT yang telah memberikan rahmat dan karunianya sehingga mahasiswa dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah dengan selesai.
2. Prof. Dr. H. Gunarto, SH., M.Hum, selaku Rektor Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
3. Iwan Ardian, SKM., M.Kep, selaku Dekan Fakultas Ilmu kesehatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
4. Ns. Muh. Abdurrouf, M.Kep, selaku Kaprodi D-III Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
5. Ns. Nutrisia Nu'im Haiya, M.Kep, selaku pembimbing yang telah berkenan meluangkan waktunya untuk memberikan bimbingan dan dukungan sampai terselesainya karya tulis ini.
6. Ns. Iskim Luthfa, M.Kep selaku Penguji I dalam ujian karya tulis ilmiah.
7. Ns. Moch Aspihan, M.Kep., Sp.Kep. Kom selaku penguji II dalam ujian karya tulis ilmiah.

9. Kepala Rumah Pelayanan Sosial Pucang Gading Semarang dan segenap perawat terima kasih atas ilmu dan kesempatan yang telah diberikan.
10. Segenap dosen program Studi Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan.
11. Kedua orang tua tercinta dengan segala cinta dan kasih sayang serta pengorbanannya, mendidik, memotivasi, serta memberikan do'a yang tiada hentinya, dan telah mendukung dengan materil maupun non materil
12. Seluruh keluarga yang saya cintai, terimakasih atas dukungan, semangat, dan do'a-nya selama ini.
13. Kepada sahabat, teman-teman sejawat dan seperjuangan angkatan 2019 yang telah menemani pembelajaran offline maupun online, semoga kebersamaan kita selama 3 tahun ini menjadi momen yang tidak akan pernah terlupakan sampai akhir.
14. Ida Chovivah Amd. Kep selaku kakak tingkat yang telah memberikan bimbingan dan dukungan sehingga karya tulis ilmiah dapat terusun.
15. Serta seluruh pihak yang turut berkontribusi atas terselesainya Karya Tulis Ilmiah ini. Semoga Allah SWT melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya kepada kita semua, dan besar harapan penulis semoga Karya Tulis Ilmiah ini bermanfaat bagi penulis dan pembaca dari semua pihak. Tiada manusia yang dapat menghasilkan karya yang sempurna, dengan keterbatasan pengetahuan dan kemampuan, penulis menyadari bahwa Karya Tulis Ilmiah ini jauh dari kata sempurna, untuk itu penulis sangat mengharapkan kritik dan saran demi perbaikan dan peningkatan pengetahuan penulis dimasa mendatang. Sekian dan terima kasih.

Wassalamu'alaikum Wr.Wb

## DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME.....	ii
HALAMAN PERSETUJUAN.....	iii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iv
HALAMAN PERSEMBAHAN.....	v
MOTTO.....	vi
KATA PENGANTAR .....	vii
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR TABEL.....	xi
DAFTAR LAMPIRAN.....	xii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Tujuan Penulisan .....	3
C. Manfaat Penulisan .....	4
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	5
A. Konsep Dasar Lansia.....	5
1. Pengertian .....	5
2. Batasan Umur Pada Lansia.....	5
3. Teori Proses Menua Pada Lansia .....	6
4. Klasifikasi Tipe Pada Lansia.....	6
5. Ciri-ciri Lansia.....	7
6. Perkembangan Lansia.....	8
7. Permasalahan Yang Terjadi Lansia .....	8
B. Konsep Dasar penyakit.....	9
1. Pengertian .....	9
2. Etiologi .....	10
3. Patofisiologi.....	10
4. Pathways.....	12
5. Manifestasi klinis.....	13
6. Pemeriksaan Diagnostik .....	14

7. Komplikasi .....	14
8. Konsep Dasar Keperawatan Pada Lansia Dengan Resiko Infeksi .....	16
9. Rencana Asuhan Keperawatan .....	19
10. Implementasi Keperawatan .....	22
11. Evaluasi .....	22
<b>BAB III RESUME KASUS .....</b>	<b>23</b>
A. Riwayat Kesehatan .....	23
B. Analisa Data .....	27
C. Diagnosa Keperawatan .....	28
D. Rencana Asuhan Keperawatan .....	28
E. Implementasi Keperawatan .....	29
F. Evaluasi .....	30
<b>BAB IV PEMBAHASAN .....</b>	<b>32</b>
A. Resiko Infeksi Berhubungan Dengan Penyakit Kronis .....	32
1. Pengkajian .....	32
2. Diagnosis .....	34
3. Intervensi .....	34
4. Implementasi .....	35
5. Evaluasi .....	35
C. Gangguan Pola tidur b. d kurang kontrol d.d kecemasan klien .....	36
1. Pengkajian .....	36
2. Diagnosis .....	36
3. Intervensi .....	37
4. Implementasi .....	37
5. Evaluasi .....	38
D. Penambahan Diagnosa Yang Belum Muncul .....	38
<b>BAB V PENUTUP .....</b>	<b>39</b>
A. Simpulan .....	39
B. SARAN .....	40
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>41</b>
<b>LAMPIRAN .....</b>	<b>43</b>

## DAFTAR TABEL

2.1	Tabel Rencana Asuhan Keperawatan (PPNI, 2018).....	19
-----	--	----



## DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran. 1 Pengkajian Psikososial Dan Spiritual
- Lampiran. 2 Pengkajian Fungsional Klien ( Indeks Katz)
- Lampiran. 3 Pengkajian Fungsional (Barhel Indeks)
- Lampiran. 4 Pengkajian Status Mental Gerontik (SPSMO)
- Lampiran. 5 Pengkajian Aspek Kognitiemini Mental Status Exam (MMSE)
- Lampiran. 6 Surat Kesediaan Pemimbing
- Lampiran .7 Surat Keterangan Konsultasi
- Lampiran. 8 Lembar Konsultasi Bimbingan
- Lampiran. 9 Biodata Mahasiswa
- Lampiran. 10 Hasil Turnitin
- Lampiran. 11 Askep



# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang**

Lansia merupakan kondisi dimana bertambahnya harapan hidup manusia yang semakin tahun semakin meningkat. Tanda-tanda kemunduran pada lansia yaitu biologis atau kemunduran dalam segi fisik yaitu kulit timbul keriput, penglihatan mulai berkurang, mengendur, mudah lelah, pendengaran berkurang, gerakan melambat, gigi menjadi ompong, dan kurang gesit, hingga mengalami obesitas. Terdapat kemunduran yang lain antaranya kemampuan psikologis seperti pikun, temporal, tepat, ruang serta sulit menyerap hal/ide baru (Dalam et al., 2015).

Penyakit diabetes mellitus termasuk kedalam penyakit dengan gangguan metabolik menahun yang disebabkan dari pankreas, dimana pankreas tidak dapat mengelola insulin secara efektif. Dalam Diabetes mellitus gula akan menumpuk didalam darah yang menyebabkan darah akan masuk kedalam sel hal itu dikarenakan dampak dari hormon yang diproduksi oleh pankreas yaitu insulin dimana jika kebutuhannya kurang sesuai atau cacat fungsi. Hormon yang dihasilkan oleh pankreas akan diolah tubuh untuk sumber energi (Mukhammad, 2021).

Dari berbagai komplikasi pada penyakit diabetes mellitus salah satunya adalah Luka kaki diabetes (LKD) dimana penyebabnya yaitu neuropati. Meningkatnya risiko terjadi LKD dapat menyebabkan kesembuhan lukanya tertunda sehingga dapat memunculkan risiko komplikasi lebih lanjut. Sebanyak 25% pengidap diabetes akan mengalami resiko terjadinya LKD. Catatan dari Wounds International, (2013) pada negara Inggris, komplikasi pada kaki menunjukkan kisaran 20% dari seluruh pelayanan rumah sakit dan pelayanan kesehatan lainnya pada perawatan DM. Menurut pendapat Zhang, et al., (2016). jumlah keseluruhan dari LKD di seluruh dunia yaitu 6.3% dimana jumlah tertinggi

di Amerika yaitu 13.0% dan terendah di Ocean yaitu 3% sedangkan di Asia 5,5%. Di wilayah Indonesia bagian timur adalah 55,4% pengidap penyakit ini berisiko mengalami LKD serta 12% mengalami LKD. Menurut pendapat dari Wounds International, (2013) komplikasi pada infeksi LKD lebih sering dialami oleh penderita DM sehingga membuat infeksi LKD ini menjadi infeksi yang paling parah. Pada penderita LKD 56% pengidapnya mengalami infeksi dan sebagian besar pada pasien dengan LDK 20% yang terinfeksi akan menjalani amputasi. Pada penderita LKD, lebih dari 50% pada penderita LKD akan berkembang menjadi infeksi, dan meningkat 10x lipat risiko untuk dirawat jika terdapat infeksi tulang/jaringan lunak dibandingkan seseorang tanpa Diabetes mellitus .

Pendapat dari *International Diabetes Federation* (IDF) menuturkan jika jumlah keseluruhan penyakit DM di dunia yaitu sebanyak 1,9% sehingga menjadikan penyakit ini menjadi peringkat ketujuh di dunia sebagai penyebab kematian. DM tipe 2 terjadi populasi yaitu berjumlah 95% dari kebanyakan kasus DM di dunia. Di negara maju 50% pasien DM sangat mematuhi pengobatan yang diberikan hal tersebut dilihat dari data laporan WHO tahun pada tahun 2003. Penyakit DM yang tidak terkontrol akan menimbulkan komplikasi, sehingga dapat mempengaruhi kesehatan serta masalah finansial (ekonomi). Di negara Indonesia jumlah keseluruhan dari penyakit DM tahun 2013 yaitu berjumlah 2,1%. (Nurhidayah, 2021).

Pada provinsi Jawa Tengah jumlah kasus dengan penyakit DM berjumlah 1,9%. Dinkes Jawa Tengah, (2015) menyebutkan bahwa jumlah Diabetes tipe 2 di Jawa Tengah (2015) berjumlah 99.646 pasien dengan pengidap DM. Kota Semarang menempati urutan ketiga dari 35 kota/bupati di Provinsi Jawa Tengah, dengan 15.464 kasus DM pada tahun 2014, sehingga pada tahun tersebut meningkat dari tahun sebelumnya dimana tahun 2013 dimana kuantitasnya adalah 13.112 penderita. Pada tahun 2015, Menurut konsensus Perhimpunan Endokrinologi Indonesia, Dasar untuk mengendalikan penyakit ini meliputi latihan kebugaran tubuh

/ fisik, pengobatan farmakologis, serta penyuluhan. Keberhasilan untuk mencapai unuk mengntrol penyakit DM ditentukan oleh ketaan pasien untuk mengatur pola makan dan pola diet sehari-hari. Petersmann et al., (2018).

Peran perawat dalam bidang kesehatan yaitu membantu penderita penyakit DM menjaga asupan makanan, mendampingi serta memberikan motivasi dan dukungan agar mengurangi rasa cemas pasien, perawat berperan untuk membangun kembali semangat klien agar bisa sembuh, serta dengan menjadi pendukung dan pemberi dorongan. Berdasarkan pernyataan diatas mahasiswa melakukan analisa dan pengembangan dalam melakukan asuhan keperawatan pasien dengan masalah Diabetes Mellitus. Penjabaran dari latar belakang yang telah ditulis oleh mahasiwa sehingga mahasiswa melakukan studi kasus dengan judul “*Asuhan Keperawatan Gerontik Pada Tn. J Dengan Resiko Infeksi Pada Luka Dm Di Bangsal Gardenia Rumah Pelayanan Sosial Lanjut Usia Pucang Gading Semarang*”

## **B. Tujuan Penulisan**

### 1. Tujuan Umum

Memberikan asuhan keperawatan pada n. J dengan diabetes millitus secara komprehensif di rumah pelayanan sosial (Rumpelsos) lanjut usia Pucang Gading Semarang.

### 2. Tujuan Khusus :

- a) Mendeskripsikan pengkajian yang telah dilakukan pada klien
- b) Mendeskripsikan diagnosa keperawatan yang muncul pada klien
- c) Mendeskripsikan penulisan intervensi keperawatan klien
- d) Mendeskripsikan implementasi rencana asuhan keperawatan klien.
- e) Mendeskripsikan evaluasi tindakan yang dilakukan pada klien.

### C. Manfaat Penulisan

1. Bagi Instusi Pendidikan

Mengembangkan ilmu keperawatan, melatih perawat, menjadi berdedikasi, mengembangkan perawatan yang komprehensif atau menyeluruh.

2. Bagi Profesi Kesehatan

Memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan penyakit Diabetes Melittus serta menentukan kemampuan perawat dalam memberikan asuhan keperawatan.

3. Bagi Lahan Praktik

Sebagai pembelajaran dalam asuhan keperawatan Gerontik pada penderita DM serta dapat menjadikan masukan bagi pelayanan di Rumah Pelayanan Sosial Lanjut Usia agar dapat memberikan pelayanan yang optimal bag klien.

4. Bagi Masyarakat

Sebagai sumber informasi unuk menambah wawasan bagi klien tentang Diabetes Melittus agar dapat mencegah terjadinya resiko terkena DM.



## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Konsep Dasar Lansia**

##### **1. Pengertian**

Masa lanjut usia atau sering disebut lansia yaitu masa dimana tahap terakhir dari kehidupan. Bab 1, Bagian 2 Undang-Undang Indonesia No. 13 Tahun 1998 menjelaskan kesejahteraan lansia, yang menyatakan bahwa orang tua adalah mereka yang telah mencapai usia 60 atau lebih tua. Pada lansia, akan mulai mengalami kemunduran fisik, mental dan sosial secara bertahap, akibat dari kemunduran fisik dapat menyebabkan terjadinya berbagai masalah pada lansia diantaranya yaitu masalah Kesehatan, masalah psikologis, masalah sosial, dan masalah ekonomi (Parasari & Lestari, 2015)

##### **2. Batasan Umur Pada Lansia**

Pendapat yang membahas batas usia adalah sebagai berikut:

- a. Pasal 1, Bab 1, Ayat 1, Ayat 2 Undang-Undang Nomor 13 Tahun 1998 menyatakan, "Lansia berarti orang yang telah mencapai usia 60 atau lebih tua."
- b. Seorang Psikolog dari Universitas Indonesia Dra. Jos Masdani mengemukakan bahwa ada empat tahap lansia yaitu: tahap inventus (25-40 tahun), tahap virities (40 -55 tahun), tahap presenium (55-65 tahun), tahap senium yaitu diatas usia 65 tahun sampai akhir hayat.
- c. Empat kriteria usia lanjut menurut World Health Organization (WHO): middle age usia/ pertengahan (45-59 tahun), elderly (60 sampai 74 tahun), usia old (75 sampai 90 tahun), very old atau usia sangat yaitu di atas 90 tahun.

- d. Pendapat dari Prof. Dr. Koesoemato Setyonegoro masa lanjut usia/ *Getiatric Age* yaitu seseorang yang usianya diatas umur 65 tahun. Masa lanjut usia terbagi menjadi tiga batasan usia, yaitu young old (70 hingga 75 tahun), old (75 hingga 80 tahun), serta very old diatas 80 tahun (Songupnuan, 2021).

### 3. Teori Proses Menua Pada Lansia

Menjadi tua akan melalui tiga tahap hidupnya: anak-anak, dewasa, dan tua. Beberapa kemunduran fisik yang kita alami ketika kita bertambah tua termasuk mengalami kerusakan fisik hingga usia, seperti penurunan pendengaran, kulit kendur, gigi mulai kehabisan gigi, rambut putih, pendengaran yang tidak jelas, memburuknya rambut beruban, gerakan lambat, dan igres tubuh yang tidak seimbang, serta mengalami emosi yang tidak stabil. (Ingkel, 2019).

Proses penuaan dimulai pada tahap dewasa, tahap di mana tubuh mencapai titik perkembangan maksimumnya, ketika bagian-bagian tubuh mulai berkontraksi karena penurunan jumlah sel dalam tubuh, akibatnya tubuh juga perlahan-lahan menurun fungsinya. Proses penuaan mulai terjadi setelah seseorang mencapai usia dewasa, Contohnya; jaringan pada otot, susunan saraf dan jaringan lainnya hilang, dan tubuh mati sedikit demi sedikit. (Songupnuan, 2021).

### 4. Klasifikasi Tipe Pada Lansia

Tipe lanjut usia tergantung pada kepribadian, karakteristik fisik, lingkungan, pengalaman hidup, mental, sosial dan ekonomi. (Songupnuan et al., 2021)

#### a. Tipe bijaksana

Tipe bijaksana ini mengacu pada kebijaksanaan yang bijaksana, rendah hati, murah hati, dapat beradaptasi dengan perubahan zaman, menjalani kehidupan yang sibuk, bersikap ramah sederhana, diundang, dan menjadi contoh bagi orang lain.

b. Tipe mandiri

Pada lansia mandiri merupakan tipe yang yang dapat dilakukan lansia tanpa bantuan/ ketergantungan pada orang lain ( mandiri ).

c. Tipe Tidak Puas

Tipe yang tidak puas adalah tipe sensitif karena konflik lahira batin yang bertentangan dengan proses penuaan, tidak sabar, pemarah, sulit untuk diinstruksikan, mudah tersinggung, difitnah dan selalu menuntut lebih banyak.

d. Tipe Pasrah

Tipe pasrah adalah tipe yang menerima keberuntungan, ingin melakukan yang terbaik yang dia bisa, dan selalu mengikuti kegiatan keagamaan. Tipe Bingung

Tipe lansia yang pasif, karena kehilangan kepribadian, dan selalu mengasingkan diri karena merasa minder, lansia dengan tipe ini akan acuh tak acuh.

e. Tipe lain

Tipe jenis lainnya adalah tipe optimis, konstruktif, defensif (pembela), independen (bergantung), agresif dan serius, pemarah / frustrasi, dan semacam keputusasaan diri / kebencian., dan jenis keputusasaan / kebencian terhadap dirinya sendiri.

## 5. Ciri-ciri Lansia

Ciri ciri pada lansia menurut (Ginting, 2017) yaitu:

a. Lansia merupakan periode kemunduran

Faktor psikologis dan faktor fisik. merupakan penyebab utama lansia mengalami kemunduran sehingga menimbulkan kemunduran pada psikologisnya Motivasi sangat berperan penting dalam mengatasi kemunduran. bagi lansia.

b. Penuaan membutuhkan perubahan peran

Perubahan peran lansia harus didasarkan pada keinginan lansia, bukan dari tekanan dari lingkungan..

c. Keinginan untuk tetap muda

Seiring bertambahnya usia lansia biasanya berkeinginan tetap awet muda meskipun tanda-tanda penuaan sudah mulai muncul

## 6. Perkembangan Lansia

Dalam kehidupan manusia, ia melewati tahap perkembangan dari lahir, bayi, masa kanak-kanak, remaja, dewasa, usia lanjut hingga kematian. Tahap perkembangan pada lansia berhubungan dengan perubahan akibat dari penurunan fungsi organ tubuh. Perubahan yang terjadi pada lansia antara lain peningkatan Massa pada bagian yang kurus, menyusutnya berat badan, mulai keriput, penurunan sistem Kardiovaskular, tulang keropos, Buta warna, dan masih banyak lagi. Penurunan pada organ tubuh nggak buat lansia rentan mengalami beberapa penyakit rematik, hipertensi, DM, osteoporosis, jantung, hingga beberapa penyakit yang menyebabkan kematian. Lansia Harus mendapatkan dukungan dari keluarga maupun lingkungan agar terhindar dari masalah psikologis seperti stres dan depresi (Della & Tiana, 2011).

## 7. Permasalahan Yang Terjadi Lansia

Beberapa permasalahan menurut (Ingkel, 2019) diantaranya yaitu

a. Masalah fisik

Masalah utama yang sering terjadi pada lansia yaitu penglihatan yang mulai mundur, perasaan mendengar yang mulai berkurang, indera pendengaran yang mulai berkurang, tubuh yang mulai melemah, radang sendi sering terjadi saat melakukan aktivitas yang cukup berat, dan daya tahan tubuh sering terasa nyeri, sejak mulai berkurang.

b. Masalah intelektual/ kognitif

Permasalahan yang berkaitan dengan pikiran lansia yaitu menurunnya daya ingat lansia, pada permasalahan ini lansia sulit untuk diajak berbaur dengan masyarakat.

c. Masalah emosional

Masalah yang berhubungan dengan perasaan atau emosional yang dirasakan oleh lansia, biasanya karena rasa ingin berkumpul dengan keluarga, namun pada masalah emosional ini lansia akan mudah marah jika ada yang tidak sesuai dengannya yang diinginkannya.

d. Masalah spiritual

Masalah yang dihadapi lansia berkaitan dengan perkembangan rohani, kesulitan menghafal tulisan suci karena ingatan kita mulai memburuk; kegelisahan ketika mengetahui bahwa ada anggota keluarga yang tidak beribadah, dan kegelisahan ketika menghadapi masalah kehidupan yang serius.

## **B. Konsep Dasar penyakit**

### **1. Pengertian**

Pengertian dari diabetes mellitus (DM) adalah gangguan metabolisme, beberapa faktor penyebabnya adalah kekurangan insulin atau kemampuan tubuh untuk mengelola insulin (resistensi insulin) dengan benar, disertai dengan gejala berupa hiperglikemia kronis dan gangguan metabolisme karbohidrat, lemak dan protein. Sebagai hasil dari ketidakseimbangan antara ketersediaan insulin dan kebutuhan insulin yang dibutuhkan dalam tubuh, itu mempengaruhi ketidaksempurnaan atau kerusakan reseptor insulin, gangguan pengeluaran insulin oleh sel beta pankreas, defisiensi insulin absolut, produksi insulin tidak aktif hingga kerusakan insulin sebelum bekerja (Wulandari, 2019).

## 2. Etiologi

Lansia membutuhkan batas gula darah yang lebih tinggi daripada orang yang tidak lanjut usia. Pada orang tua, ada penurunan dan kemampuan insulin, terutama pada reseptor posterior, dan pada orang tua ada kecenderungan untuk menambah berat badan bukan karena konsumsi kelebihan kalori, tetapi karena perubahan rasio lemak-otot dan penurunan tingkat metabolisme basal. Menurut (Ingkel, 2019) ada dua penyebab dari terjadinya DM pada lansia yaitu:

- a. Kemunduran yang terjadi karena proses penuaan (penurunan fungsi pankreas, penurunan sensitivitas selera, penurunan kualitas insulin yang insulinnya tidak berfungsi dengan baik).
- b. Life style atau gaya hidup yang jelek karena makan banyak tetapi jarang berolahraga, minum minuman keras, merokok, dll.

## 3. Patofisiologi

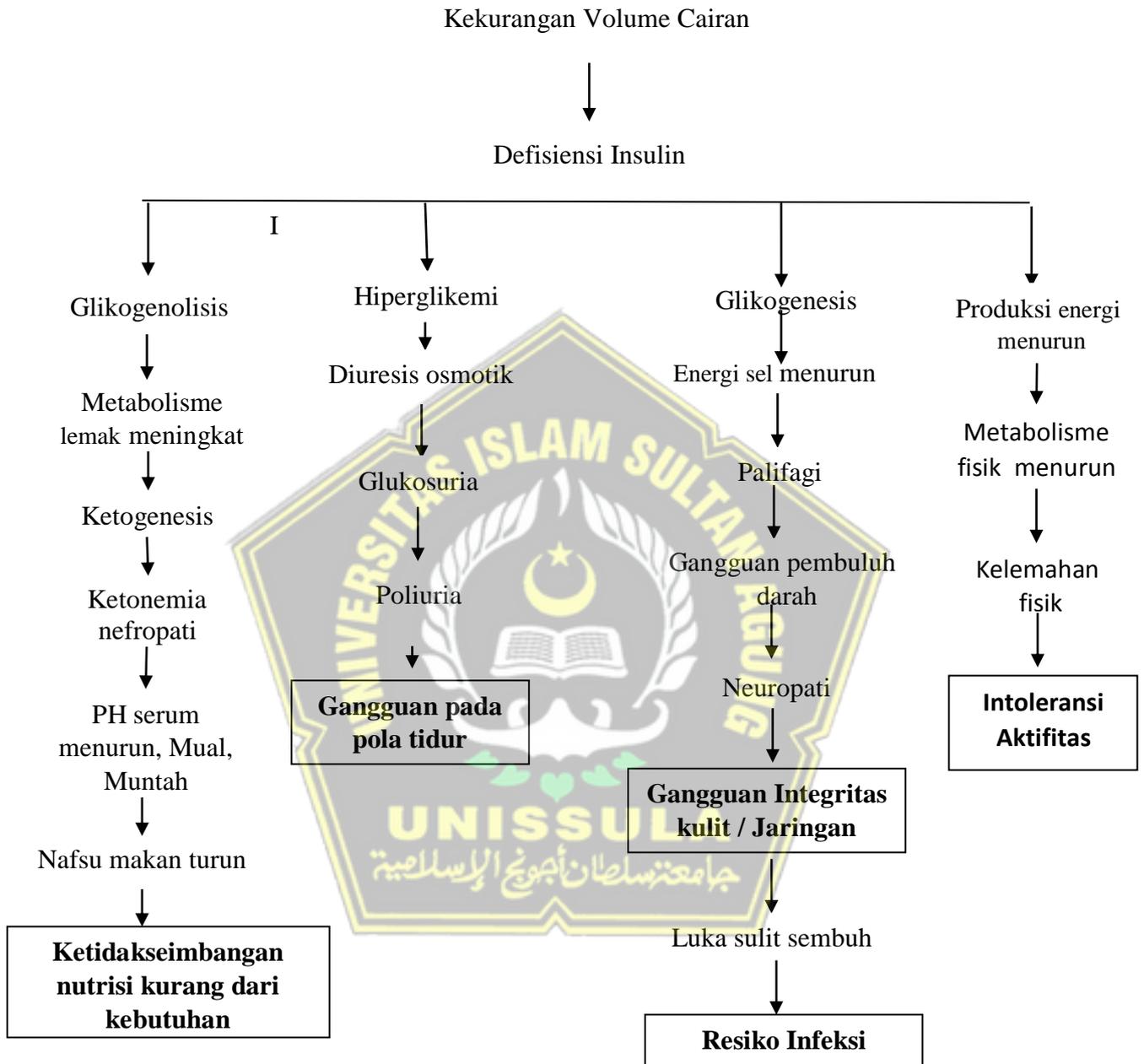
Penyebab penyakit DM adalah gangguan hormon insulin, di mana glukosa tidak dapat diubah menjadi glikogen, menyebabkan peningkatan kadar gula darah dan menjadi mudah tersinggung. Batas maksimal gula darah adalah 180 mg% karena ginjal tidak dapat menahan, Ketika hiperglikemia terjadi ginjal tidak dapat menyaring dan menyerap sejumlah glukosa dalam darah. Sifat gula mampu menyerap air, sehingga segala sesuatu yang berlebihan diekskresikan bersama dengan urin (glukosuria), sejumlah air yang hilang dalam urin disebut poliuria, yang menyebabkan dehidrasi di dalam penjual, klien terus-menerus merasa haus, dan klien minum terus menerus, yang disebut poligipsi (Putri, 2020).

Rendahnya kadar insulin mengurangi transportasi glukosa ke sel, mengakibatkan penurunan jumlah sel karena kekurangan makanan atau penyimpanan karbohidrat, protein dan lemak yang dibakar dalam tubuh, akibatnya klien lebih cenderung merasa lapar dan klien menjadi polifagia (makan banyak). Ketika terlalu banyak lemak dibakar, ada akumulasi asetat dalam darah, yang meningkatkan asidosis / keasaman

darah, dan zat ini dapat meracuni tubuh ketika mencapai tubuh, sehingga sebagai akibat dari napas klien yang mencium bau aseton atau buah, tubuh mengeluarkannya melalui pernapasan dan urin. Kondisi asidosis ini dapat menyebabkan koma yang disebut koma diabetes jika tidak segera diobati (Putri, 2020).



#### 4. Pathways



Sumber : (Lastseason, 2015).

## 5. Manifestasi klinis

Pada klien dengan keluhan DM seperti polidipsia, polibogauria, dan polifagia umumnya tidak ada pada lansia. Diuresis osmotik dapat menyebabkan keluhan nokturia dengan gangguan pola tidur dan bahkan inkontinensia urin, karena efek diabetes tertunda yang disebabkan oleh ambang ginjal yang tinggi. Rasa haus penderita diabetes lanjut usia tidak terasa banyak, sehingga lansia jarang bereaksi terhadap dehidrasi.. Lansia sering mengeluh kesemutan di ekstremitas, kelemahan otot (neuropati) dan gangguan penglihatan akibat katarak, dan luka anggota tubuh yang sulit disembuhkan dengan perawatan rutin. Ingkel (2019). Pada lansia gejala yang muncul akibat dari penyakit DM yang sering terjadi antaranya:

- a. Retinopati
- b. Neuropati perifer
- c. Neuropati viseral
- d. Hipertensi
- e. Glaukoma
- f. Penyakit ginjal
- g. Penyakit koroner
- h. Dermatopati
- i. Ulkus Neurotropik
- j. Katarak
- k. Penyakit pembuluh darah otak
- l. Penyakit pembuluh darah perifer
- m. Infeksi bakteri pada kulit
- n. Amiotrofi
- o. Infeksi jamur pada kulit
- p. Gatal seluruh badan
- q. Pruritus Vulvae

## 6. Pemeriksaan Diagnostik

Pemeriksaan diagnostik yang mendukung pada penyakit DM menurut (Kardika et al., n.d.):

- a. Pemeriksaan GDS
- b. Pemeriksaan GDP (Gula Darah Puasa)
- c. Glukosa 2 jam Post Prandial; dilakuka setelah melakukan tes GDP
- d. Glukosa pada jam kedua pada Tes Toleransi Glukosa Oral (TTGO); dilakukan 3 hari sebelum tes
- e. Pemeriksaan sampel darah.

## 7. Komplikasi

Komplikasi diabetes menurut dibagi menjadi dua. Songupnuan (2021) dibagi menjadi dua;

- a. Komplikasi akut
  - 1) Koma hiperglikemik karena kadar gula yang sangat tinggi biasanya terjadi ketika diabetes tidak bergantung pada insulin.
  - 2) Ketoisadasis atau keracunan zat keton sebagai akibat dari metabolisme lemak dan protein terjadi terutama pada diabetes mellitus yang bergantung pada insulin.
  - 3) Koma hipoglikemik karena terapi insulin yang berlebihan dan tidak terkontrol.

### b. Komplikasi kronis

#### 1) Retinopati diabetic

Lesi paling awal yang berkembang adalah mikroaneurim di arteri retina. Ada juga bagian iskemik, yaitu retina karena penurunan aliran darah retina. Respons terhadap retina iskemik ini adalah pembentukan pembuluh darah baru, tetapi pembuluh darah sangat rapuh, sehingga mereka dapat dengan mudah pecah dan menyebabkan perdarahan

vitreous. Perdarahan vitreous dapat menyebabkan ablasi retina atau berulang dan kebutaan permanen.

2) Nefropati diabetic

Lesi ginjal khas nefropati diabetik adalah sklerosis glomerulus nodular yang menyebar di kedua ginjal, yang disebut sindrom Commerstiel-Wilson. Sklerlerosis glomerulus nodular dikaitkan dengan proteinuria, edema dan hipertensi. Nefropati diabetik dapat menyebabkan gagal ginjal..

3) Neuropati (kerusakan saraf-saraf perifer)

Penderita diabetes berkembang pada 60-70% individu DM. Menyebabkan gangguan sensorik pada organ-organ tubuh.

4) Displidemia

Displidemia merupakan kandungan kadar lemak dalam darah yang terlalu tinggi atau terlalu rendah.

5) Hipertensi

Tekanan darah tinggi pada pasien dengan DM tipe 1 menunjukkan penyakit ginjal, mikroalbuminuria, atau proteinuria. Pada pasien dengan DM tipe 2, hipertensi mungkin merupakan akar dari hipertensi. Tekanan darah tinggi dapat memperburuk retinopati, neproathy, dan penyakit pembuluh darah, jadi harus diketahui dan diobati sesegera mungkin.

6) Kaki diabetic

Ada tiga faktor yang berperan dalam kaki diabetes: neuropati, iskemia dan sepsis. Pengobatan biasanya membutuhkan amputasi. Hilangnya sensasi di kaki dapat menyebabkan kemungkinan trauma dan bisul. Perubahan pembuluh mikrovaskuler dan besar dapat menyebabkan iskemia jaringan dan sepsis. Neuropati, iskemia, sepsis dapat menyebabkan gangren dan amputasi.

## 7) Hipoglikemia

Hipoglikemia adalah suatu kondisi di mana kadar glukosa darah kurang dari 60 mg / dl dan merupakan komplikasi potensial dari terapi insulin atau obat hipoglikemik oral. Penyebab hipoglikemia pada pasien adalah bahwa klien menerima terapi insulin hipoglikemik eksogen atau oral.

## 8. Konsep Dasar Keperawatan Pada Lansia Dengan Resiko Infeksi

(Departemen, 2022)

## a. Pengkajian

## 1) Identitas

Nama :

Agama :

Usia :

Pendidikan terakhir :

Orang yang paling dekat dihubungi :

Alamat :

Telephone :

Tanggal masuk :

## 2) Alasan masuk ke panti

## 3) Riwayat Kesehatan

a) Riwayat kesehatan yang lalu

b) Riwayat kesehatan sekarang

c) Riwayat kesehatan keluarga

## c. Kebiasaan sehari-hari

a) Biologis

b) Pola makan

c) Pola minum

d) Pola tidur

e) Eliminasi

f) Aktivitas dan istirahat

g) Rekreasi

d. Psikologis

- a) Keadaan emosi
- b) Hubungan sosial
- c) Hubungan dengan anggota kelompok
- d) Hubungan dengan keluarga

e. Spiritual/kultur

- a) Pelaksanaan ibadah
- b) Keyakinan terhadap kesehatan

f. Pemeriksaan fisik

- a) Tingkat kesadaran
- b) Tanda vital
- c) Pengukuran TB/TB
- d) Pemeriksaan dan kebersihan perorangan
- e) Pemeriksaan fisik

Tinjauan sistem (jelaskan system-sistem di bawah ini yang terdapat pada klien).

- a) Keadaan umum
- b) Integumen
- c) Kepala
- d) Mata
- e) Telinga
- f) Hidung dan sinus
- g) Mulut dan tenggorokan
- h) Leher
- i) Pernafasan
- j) Kardiovaskuler
- k) Gastrointestinal
- l) Perkemihan
- m) Genitourinaria
- n) Muskoleskeletal
- o) Sistem saraf pusat

- p) Endokrin
- q) Pemeriksaan : Psikososial/Spiritual/Indeks Katz/Barthel Indeks. Status Mental, SPSMQ/MMSE ( Terlampir).
- r) Hasil laboratorium (bila ada)
- s) Informasi penunjang (bila ada)
- t) Therapi media (bila ada)

#### **b. Analisa Data**

Analisis data adalah kemampuan untuk mengikat dan menghubungkan data dengan prinsip dan konsep yang tepat. Analisis data dimaksudkan untuk membantu perawat membuat diagnosis keperawatan dan untuk menarik kesimpulan dalam menentukan masalah kesehatan pasien. (Mardiani, 2019).

#### **c. Diagnosa Keperawatan**

Diagnosis keperawatan adalah label pendek yang menggambarkan kondisi pasien. Mengidentifikasi dan menentukan intervensi keperawatan untuk meringankan, menghilangkan atau mencegah masalah kesehatan klien yang bertanggung jawab, termasuk pernyataan yang jelas tentang status kesehatan, masalah aktual, atau risiko (Suryaningsih, 2018).

Diagnosa pada klien dengan DM yang sering muncul diantaranya adalah

- a. Resiko infeksi.
- b. Gangguan pola tidur.
- c. Defisit Nutrisi.
- d. Gangguan integritas kulit/jaringan.
- e. Intoleransi aktivitas.

## 9. Rencana Asuhan Keperawatan

### 2.1 Tabel Rencana Asuhan Keperawatan (PPNI, 2018)

No	Diagnosa	Kriteria hasil	Rencana Tindakan
1.	Resiko infeksi.	Setelah dilahkukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nyeri menurun</li> <li>2. Bengkak menurun</li> <li>3. Cairan berbau busuk menurun</li> <li>4. Drainase purulen menurun</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor tanda dan gejala infeksi</li> <li>2. Berikan perawatan luka pada Edema</li> <li>3. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan klien dan lingkungan klien</li> <li>4. Jelaskan tanda dan gejala infeksi</li> </ol>
2.	Gangguan pola tidur	Setelah dilahkukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan maka pola tidur membaik dengan kriteria hasil : <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keluhan sulit tidur menurun</li> <li>2. Keluhan tidak puas tidur menurun</li> <li>3. Keluhan istirahat tidak cukup menurun</li> <li>4. Keluhan pola tidur berubah menurun</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi pola dan aktivitas tidur</li> <li>2. Identifikasi pengganggu tidur</li> <li>3. Tetapkan jadwal tidur rutin</li> <li>4. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit</li> </ol>

3.	Defisit Nutrisi	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan status nutrisi membaik dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Porsi makan yang dihabiskan meningkat.</li> <li>2. Verbalisasi keinginan untuk meningkatkan nutrisi meningkat.</li> <li>3. Pengetahuan tentang standar asupan nutrisi yang tepat meningkat.</li> <li>4. Berat badan membaik.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi status nutrisi.</li> <li>2. Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrien.</li> <li>3. Monitor berat badan.</li> <li>4. Fasilitasi menentukan pedoman diet (mis. Piramida makanan).</li> <li>5. Ajarkan diet yang di Programkan.</li> </ol>
4.	Gangguan integritas kulit/jaringan	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan integritas kulit dan jaringan meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perfusi jaringan meningkat.</li> <li>2. Kerusakan jaringan menurun.</li> <li>3. Kerusakan lapisan kulit menurun.</li> <li>4. Suhu kulit membaik.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit (mis. Perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi, penurunan kelembapan, suhu lingkungan ekstrem, penurunan mobilitas)</li> <li>2. Gunakan produk berbahan ringan / alami dan hipoalergik pada kulit sensitif.</li> <li>3. Anjurkan minum air yang cukup</li> <li>4. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi</li> </ol>

		5. Tekstur membaik	5. Anjurkan meningkatkan asupan buah dan sayur
5.	Intoleransi aktivitas	<p>Setelah dilakukannya tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan toleransi aktivitas meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari meningkat</li> <li>2. Kekuatan tubuh bagian bawah meningkat</li> <li>3. Toleransi dalam menaiki tangga meningkat</li> <li>4. Tekanan darah membaik</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi strategi meningkatkan partisipasi dalam aktivitas</li> <li>2. Monitor respon emosional fisik, sosial, dan spiritual terhadap aktivitas</li> <li>3. Fasilitasi memilih aktivitas dan tetapkan tujuan aktivitas yang konsisten sesuai kemampuan fisik atau psikologis dan sosial</li> <li>4. Libatkan dalam permainan kelompok yang tidak kompetitif, terstruktur dan aktif</li> </ol>



### **10. Implementasi Keperawatan**

Tahap Implementasi merupakan tahap penerapan dari intervensi keperawatan untuk supaya klien dapat mencapai tujuan yang di tetapkan (Songupnuan, 2021)

### **11. Evaluasi**

Tahap evaluasi adalah tahap akhir dalam memberikan asuhan keperawatan untuk mengukur keberhasilan dalam mencapai rencana perawatan untuk memenuhi kebutuhan klien (Amaliyyah, 2021).



### **BAB III**

#### **RESUME KASUS**

##### **A. Riwayat Kesehatan**

Pengkajian dilakukan tanggal 20 Desember 2021 pukul 12.30. mahasiswa mengelola kasus pada Tn.J dengan masalah kesehatan DM di Rumah Pelayanan Sosial Lanjut Usia Pucang Gading Semarang, didapatkan gambaran kasus dengan identitas nama klien adalah Tn. J dengan usia 58 Tahun , pendidikan terakhir S1 , bertempat tinggal di Jakarta selatan . Tn. J berjenis kelamin laki-laki dan beragama Kristen. Tn. J masuk ke Rumah Pelayanan Sosial Lanjut Usia Pucang Gading Semarang pada bulan Juni, Tn. J tidak mempunyai keluarga yang dekat denganya karena ia merupakan anak tunggal dan istrinya sudah meninggal dan Tn. J hanya mempunyai seorang anak dan hubungannya kurang baik.

Alasan klien masuk ke panti yaitu klien mengatakan dibawa ke Rumah Pelayanan Sosial Lanjut Usia Pucang Gading Semarang karena rujukan dari rumah sakit Widodo Semarang , dan dikarenakan di Jakarta tidak mempunyai keluarga selain anaknya , anaknya hanya ada 1 berjenis kelamin laki laki dan sedang bekerja, klien mengatakan anaknya tidak peduli denganya. Pada riwayat kesehatan yang lalu klien mengatakan sebelumnya tidak mempunyai riwayat sakit yang serius. Pada riwayat kesehatan sekarang klien mengatakan menderita penyakit Diabetes militus sekitar 6 bulan yang lalu , dan kakinya terasa berat dikarenakan terdapat banyak pus di kaki nya. Dan pada riwayat kesehatan keluarga klien mengatakan keluarga tidak mempunyai penyakit keturunan.

Kebiasaan Sehari-hari klien pada aspek biologis yaitu pola makan klien sehari makan 3x dalam sehari tetapi hanya makan sayur lauk dan buahnya saja tidak memakai nasi, dan pola minum klien sehari minum 5-7 gelas kali dalam sehari. Pada pola tidur, klien mengatakan tidur dan istirahatnya kurang karena ada sesuatu yang dipikirkannya, klien tidur

malam hari pukul 22.00 dan bangun jam 05.30 WIB, serta pada saat di malam klien sering terbangun. Pada pola eliminasi klien mengatakan BAB 1x saat pagi hari, konsistensi lembek berwarna kuning kecoklatan dan baunya khas dan klien dapat mau melakukannya secara mandiri. Untuk BAK klien mengatakan BAK dalam sehari sekitar 4x di kamar mandi dalam sehari, warna khas, bau khas, dan dapat melakukannya secara mandiri. Aktivitas dan latihan klien adalah berjemur pada pagi hari dengan klien yang lain, klien juga sering jalan jalan menggunakan alat bantu. Klien mengatakan istirahat kurang karena tidak bisa tidur dan ada beban pikiran. Rekreasi yang dilakukan klien hanya berjemur di pagi hari dan pada malam hari hanya menonton Tv di bangsal bangsal sebelah (bangsal cempaka).

Pada aspek psikologis keadaan emosi klien yaitu klien mengatakan tidak suka marah marah dalam menghadapi masalah dan lebih baik diam dan mengalah karena klien tidak suka keributan. Hubungan sosial klien dengan kelompok berhubungan baik dengan klien lain yang ada di kamarnya, klien juga sering berbincang bincang dengan klien yang lain, sedangkan hubungan klien dengan keluarga kurang baik, klien mengatakan selama dirawat anaknya tidak pernah menjenguk dirinya dan menganggap anaknya tidak peduli dengannya, klien tidak mempunyai saudara karena ia adalah anak tunggal, dan istrinya sudah meninggal.

Pelaksanaan spiritual / kultural klien beribadah pada hari Kamis dan Minggu di ruang aula panti wreda. Agama klien adalah Kristen. Keyakinan klien terhadap kesehatan sangat tinggi karena klien ingin cepat sembuh, dan bisa cepat pulang, klien mengatakan ia pasti bisa sembuh.

Pada pemeriksaan fisik klien tingkat kesadarannya yaitu komposmentis, dengan penampilan klien kulit kering, terdapat luka basah pada kaki akibat dari luka DM, turgor kulit tidak elastis. Tekanan darahnya 100/76 mmHg, Suhu 37,2 C, Nadi 85x/menit, saturasi oksigennya adalah 17x/menit. Berat badan klien yaitu 55 kg dengan tinggi badan 160 Cm. Bentuk kepala berbentuk lonjong tidak ada benjolan, rambut

berwarna putih. Mata simetris, reflek pupil baik serta tidak menggunakan alat bantu penglihatan. Telinganya bersih tidak ada serumen dan tidak ada gangguan pendengaran. Hidung dan Sinus tidak ada polip dan tidak ada kotorannya. Mulut dan tenggorokan bersih terdapat gigi yang berlubang, tidak ada peradangan pada tenggorokannya. Leher tidak ada pembesaran kelenjar tiroid. Dadanya simetris tidak ada edema. Tidak ada gangguan pernafasan. Klien mengatakan tidak mempunyai riwayat penyakit jantung (Kardiovaskuler) dan tidak memiliki riwayat penyakit lambung (Gastrointestinal). Tidak ada masalah perkemihan pada klien dan saluran perkemihan (Genituorinaria). Pada Muskuloketal punggung klien terlihat Bungkuk (kifosis). Tidak ada permasalahan pada sistem saraf pusat. Klien mempunyai permasalahan pada sistem endokrin yaitu Diabetes Milletus.

Pemeriksaan psikososial klien mengatakan saling berhubungan baik dengan klien yang lain, dan menghargai perbedaan agama satu sama lain. Pada identifikasi masalah emosi klien terdapat 2 tahap pertanyaan yang pertama pertanyaan tahap 1 antara lain :Apakah klien mengalami kesulitan tidur? Ya, Klien mengatakan kesulitan tidur, apakah kalian sering mengalami kesulitan tidur? Ya, klien mengatakan sering mengalami kesulitan tidur, apakah kalian sering mengalami gelisah? Ya, klien mengatakan gelisah karena kepikiraan pacar rumah dan pasar kendaraannya, apakah kalian murung dan menangis sendiri? Ya, Klien terlihat murung dan lebih banyak untuk menyendiri, apakah klien sering was-wasan dan kuatir? Ya, klien mengatakan kuatir dengan keadaan di rumahnya. Kemudian dilanjut dengan pertanyaan tahap 2 , antara lain : keluhan lebih dari 3 bulan atau lebih dari 1 kali dalam 1 bulan ? Klien mengatakan kurang tidur dan kurang istirahat, Ada / banyak pikiran ? Ya ada, klien mengatakan sulit untuk tidur karena kepikiraan keadaan di rumahnya, Ada gangguan / masalah dengan klien lain? Ya ada , klien mengatakan sering merasa terganggu dengan klien dari Bangsal sebelah (bangsal cempaka) karena sering mencuri, menggunakan obat tidur / Penenang atas anjuran dokter? Tidak, klien mengatakan tidak pernah

mengonsumsi obat tidur, cenderung mengurung diri? Ya , klien lebih banyak menyendiri.

Pemeriksaan spiritual klien mengatakan agamanya Kristen, klien melakukan ibadah setiap hari kamis dan hari minggu di aula Rumpelsos.. Keyakinan klien tentang kematian bahwa semua orang pasti akan mati, harapan klien selama dirawat di panti Breda Pucanggading Semarang Iya itu klien mengatakan ingin cepat sembuh dan ingin cepat pulang. Dalam pemeriksaan indeks katz klien termasuk ke dalam indeks Katz B, karena pada kegiatan toileting (BAB/BAK), klien menggunakan pempers, bathing dresing, continence dan feeding bisa dilakukan dengan mandiri. Sedangkan pada pemeriksian bartel indeks klien makan secara mandiri dengan jumlah 1 porsi makanan yang berisi sayur, lauk dan buah, dan frekuensi makan 3x dalam sehari. Klien minum air putih secara mandiri dengan frekuensi 5-7 gelas perhari. Klien tidak menggunakan kursi roda. Personal toilet (cuci muka menyisir rambut ke Suki) dapat dilakukan secara mandiri, klien dapat mandi, BAB, BAK secara mandiri dengan frekuensi BAB 1x dalam sehari konsistensinya lembek, dan BAK 4-5x dalam sehari. Klien dapat menggunakan pakaian secara mandiri, klien dapat berjalan di permukaan yang datar tetapi jika naik turun tangga klien dibantu dengan orang lain. Terkadang klien olahraga secara berjemur dengan bantuan orang lain. Klien memanfaatkan waktu luangnya untuk menonton TV tanpa bantuan orang lain. Total dari keseluruhan barter indeks pada Tn. J adalah 95 (ketergantungan sebagian).

Pengkajian aspek kognitif mini mental status exam (MMSE) orientasi klien baik dengan kriteria dapat menyebutkan dengan benar tahun, musim , tanggal , hari , dan bulan. Klien juga dapat menyebutkan bahwa dirinya sedang berada di panti wreda pucang gading semarang , dapat menyebutkan nama negara Indonesia , provinsi Jawa tengah, kota semarang dan tahu nama ruang yang ia tempati yaitu ruang gardenia. Pada registrasi klien dapat menyebutkan tiga objek yang di perintahkan yaitu sapu, gelas, dan buku. Pada perhatian dan kalkulasi klien dapat menjawab

pertanyaan dengan baik yaitu 100-7 adalah 93 , 93-7 adalah 86 walaupun harus berpikir untuk menghitung. Pada kemampuan daya mengingat klien dapat menyebutkan objek ketiga benda yang telah disebutkan untuk menyebutkannya kembali (sapu, gelas, buku). Pada bahasa klien dapat menyebutkan nama benda yang ditujukan kepada klien (pensil) , klien juga dapat mengulang kata “ tidak ada jika, dan, atau , tetapi “ . Klien dapat mengikuti perintah yang terdiri dari 3 langkah yaitu : ambil kertas di tangan Anda, lipat dua , dan taruh di lantai. Klien juga dapat menulis dengan menutup matanya. Interpretasi hasil pada Pengkajian aspek kognitif MINI Mental Status Exam (MMSE) pada Tn. J yaitu >23 Yang artinya aspek kognitif dari fungsi mental baik.

Pengkajian status mental gerontik (SPSMQ) klien dapat menjawab pertanyaan yang telah diajukan yaitu tanggal berapa hari ini ? klien dapat menjawab dengan benar, hari apa sekarang? klien dapat menjawab dengan benar, apa nama tempat ini? klien dapat menjawab dengan benar, di mana alamat anda? klien menjawab dengan benar, berapa umur anda? klien menjawab dengan benar, kapan anda lahir? (minimal tahun lahir) klien menjawab dengan benar, siapa presiden Indonesia sekarang? klien dapat menjawab dengan benar, siapa nama presiden Indonesia sebelumnya? klien menjawab dengan benar, siapa nama ibu Anda? klien menjawab dengan benar, kurang 3 dari 20 dan tetap pengurangan 3 dari setiap angka baru, secara menurun. Klien juga dapat menjawab dengan benar. Total jumlah Interpretasi hasil yang didapatkan Tn. J yaitu salah 0 Yang artinya fungsi intelektual Tn. J utuh.

## **B. Analisa Data**

Klien mengatakan menderita penyakit dm sudah lebih dari 4 bulan terakhir, ia mengatakan jika dibalut kakinya terasa berat. Kaki kanan dan kaki kiri klien terdapat ulkus dan nekrotik maka diagnosa keperawatan yang ditegakkan adalah Resiko infeksi berhubungan dengan penyakit kronis dibuktikan dengan ulkus DM

Klien mengatakan sering sulit tidur pada malam hari karena ia memikirkan rumahnya yang di Jakarta karena tidak ada yang mengurus. Klien tampak gelisah, maka diagnosa keperawatan yang ditegakkan adalah gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol dibuktikan dengan kecemasan.

### **C. Diagnosa Keperawatan**

Diagnosa yang muncul pada Tn. J adalah Resiko infeksi berhubungan dengan penyakit kronis dibuktikan dengan ulkus DM, dan Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol dibuktikan dengan kecemasan.

### **D. Rencana Asuhan Keperawatan**

Pada diagnosa resiko infeksi tujuan dilakukan asuhan keperawatan pada klien dengan penderita DM yaitu untuk mencegah terjadinya infeksi pada luka DM dengan harapan setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam, maka tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil nyeri menurun, bengkak menurun, cairan berbau busuk menurun, drainase purulen menurun. Maka rencana tindakan keperawatan yang akan dilakukan pada pasien dengan diabetes melitus adalah monitor tanda dan gejala infeksi, berikan perawatan luka pada edema, cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan klien dan lingkungan klien, jelaskan tanda dan gejala infeksi.

Pada diagnosa gangguan pola tidur tujuan dilakukan asuhan keperawatan yaitu untuk mencukupi kebutuhan dan pola tidur klien dengan harapan setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam maka pola tidur membaik dengan kriteria hasil : keluhan sulit tidur menurun, keluhan tidak puas tidur menurun, keluhan istirahat tidak cukup menurun, dan keluhan pola tidur berubah menurun. Maka rencana tindakan keperawatan yang akan diberikan kepada klien diantaranya yaitu : identifikasi pola dan aktivitas tidur, identifikasi pengganggu tidur,

tetapkan jadwal tidur rutin, dan jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit.

### **E. Implementasi Keperawatan**

Implementasi pada hari Selasa tanggal 21 bulan Desember 2021 melakukan implementasi diagnosa ke-1 yaitu memonitor tanda dan gejala infeksi terdapat nanah pada kaki klien dan nekrotik, kaki klien bengkak, klien mengatakan kakinya terasa berat. Kemudian memberikan implementasi yaitu memberikan perawatan luka pada edema, klien mengatakan kakinya ingin dibelikan minyak kelapa seperti biasanya Untuk perawatan luka, maka luka dibersihkan dengan menggunakan NaCL dan di oles menggunakan minyak kelapa.

Selanjutnya dilakukan implementasi ketiga yaitu menjelaskan tanda dan gejala infeksi, klien mengatakan tidak tahu tanda dan gejala infeksi maka diberikan penjelasan mengenai tanda dan gejala infeksi, yang selanjutnya yaitu melakukan implementasi diagnosa ke-2 dengan mengidentifikasi pola dan aktivitas tidur klien, klien mengatakan sulit tidur karena mempunyai beban pikiran. Selanjutnya mengidentifikasi pengganggu tidur, klien gelisah dan mengatakan sulit itu karena kepikiraan kondisi rumahnya. Kemudian diberikan implementasi untuk menetapkan jadwal dituruti, klien mengatakan kurang istirahat Kemudian klien diberikan jadwal tidur siang dan malam. Selanjutnya yang terakhir yaitu menjelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit, klien diberi penjelasan tentang pentingnya tidur dan klien mengatakan paham tentang pentingnya tidur.

Pada hari kedua yaitu hari Rabu 22 Desember 2021 dilakukan implementasi diagnosa ke-1, implementasi yang pertama yaitu memonitor tanda dan gejala infeksi, klien mengatakan lukanya masih terasa berat kemudian setelah diamati terdapat nanah dan jaringan nekrotik. Lalu pada implementasi yang kedua yaitu menjelaskan tanda dan gejala infeksi, klien mengatakan sudah paham tanda dan gejala infeksi pada luka dan yang

dideritanya. Kemudian pada implementasi diagnosa ke-2, implementasi pertama yaitu mengidentifikasi pola dan aktivitas tidur, klien mengatakan masih sulit tidur. Kemudian dilanjutkan implementasi yang kedua yaitu mengidentifikasi pengganggu tidur, klien mengatakan masih memikirkan keadaan rumahnya dan klien nampak gelisah.

Pada hari ketiga Kamis 23 Desember 2021 dilakukan implementasi diagnosa ke-1 itu memonitor tanda dan gejala infeksi, klien mengatakan kakinya masih terasa berat dan terdapat nanah dan nekrotik. kemudian dilanjut dengan implementasi diagnosa kedua yaitu yang pertama mengidentifikasi pola dan aktivitas tidur, klien mengatakan tidurnya masih kurang tubuh klien terlihat lemah dan lesu. Kemudian dilanjutkan dengan implementasi yang kedua yaitu mengidentifikasi pengganggu tidur, klien mengatakan masih kepikiraan rumahnya klien terlihat gelisah.

#### **F. Evaluasi**

Pada tanggal 21 Desember 2021 dilakukan evaluasi atas tindakan keperawatan yang telah dilakukan dengan mengkaji tentang resiko infeksi yang dialami oleh klien dan didapatkan hasil bahwa Tn. J luka pada kakinya terasa berat, terlihat nanah dan nekrotik, masalah belum teratasi, tujuan belum tercapai ulang intervensi 1 dan 4 kemudian dilakukan evaluasi atas tindakan keperawatan yang telah dilakukan dengan mengkaji gangguan pola tidur klien dan didapatkan hasil bahwa klien mengatakan sulit tidur karena kepikiraan rumahnya, klien mempunyai beban pikiran, masalah belum teratasi, tujuan belum tercapai. Ulangi intervensi 1 dan 2.

Pada 22 Desember 2021 dilakukan evaluasi atas tindakan keperawatan yang telah dilakukan dengan mengkaji tentang resiko infeksi yang telah dialami oleh klien yang dan didapatkan hasil bahwa Tn. J mengatakan lukanya masih terasa berat, terdapat nanah dan nekrotik, masalah belum teratasi, tujuan tercapai sebagian. Ulangi intervensi 1  
Kemudian dilakukan evaluasi atau tindakan keperawatan yang telah dilakukan yang mengkaji tentang gangguan pola tidur dan didapatkan

hasil bahwa klien mengatakan masih susah tidur, masalah belum teratasi, tujuan belum tercapai. Ulangi intervensi 1 dan 2.

Pada 23 Desember 2021 melakukan evaluasi atas tindakan keperawatan yang telah dilakukan dengan mengatur tentang resiko infeksi yang telah dialami klien dan didapatkan hasil bahwa Tn. J mengatakan kakinya masih terdapat luka dan terasa berat, di kakinya terdapat nanah dan nekrotik, masalah teratasi sebagian tujuan belum tercapai. Ulangi intervensi 1. Lalu dilakukan evaluasi atau tindakan keperawatan yang telah dilakukan yang mengaji tentang gangguan pola tidur dan didapatkan hasil bahwa klien masih sulit tidur karena kepikiraan tentang rumahnya, klien terlihat gelisah, masalah teratasi sebagian, tujuan belum tercapai. Ulangi intervensi 1 dan 2.



## **BAB IV**

### **PEMBAHASAN**

Bab IV mahasiswa akan membahas tentang kasus-kasus yang sudah dilakukan yaitu mengenai asuhan keperawatan pada Tn. J dengan Resiko Infeksi pada luka DM di ruang Gardenia Unit Rumah pelayanan Sosial Lanjut Usia Pucang Gading Semarang, yang dilakukan mulai tanggal 21 Desember 2021 sampai 23 Desember 2021. Mahasiswa akan membahas kekurangan yang diperoleh mahasiswa dalam memberikan perawatan kepada pasien Tn. J dengan tetap memberikan aspek-aspek proses keperawatan seperti diagnosis, intervensi, implementasi, dan evaluasi keperawatan.

#### **A. Resiko Infeksi Berhubungan Dengan Penyakit Kronis**

PPNI (2016) menjelaskan bahwa definisi dari infeksi adalah suatu kondisi yang beresiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik. Kondisi klinis dengan terkait resiko infeksi diantaranya yaitu AIDS, Luka bakar, penyakit paru, obstruktif, diabetes melitus, tindakan invasi, kondisi penggunaan terapi steroid, penyalahgunaan obat, ketuban pecah sebelum waktunya (KPSW), kanker, gagal ginjal, immunosupresi, lymphedema, leukositopenia, dan gangguan fungsi hati. Terdapat kesalahan mahasiswa pada penegakan diagnosis Resiko infeksi seharusnya mahasiswa mendirikan dengan diagnosa kerusakan Integritas kulit/jaringan, karena dalam melakukan asuhan keperawatan pada Tn. J terdapat ulkus diabetic pada kedua kaki klien.

##### **1. Pengkajian**

Pengkajian adalah tahap awal dari proses memberikan perawatan kepada klien, dan mahasiswa membuat pengkajian yang diperoleh langsung dari klien sesuai dengan realitas dan kebenaran data yang sangat penting untuk merumuskan diagnosis keperawatan dan memberikan layanan keperawatan. Mahasiswa melakukan pengkajian keperawatan gerontik pada tanggal 21 Desember 2021 di ruang Gardenia Unit Pelayanan Lanjut Usia

Pucang Gading Semarang. Dalam melakukan pengkajian ini terdapat kekurangan dalam pengolahan data yang dilakukan oleh mahasiswa yaitu, pada penegakan diagnosis Resiko infeksi seharusnya mahasiswa mendirikan dengan diagnosa kerusakan Integritas kulit/ jaringan, karena dalam melakukan asuhan keperawatan pada Tn. J terdapat bulla diabetorum pada kedua kaki klien dan seharusnya ditambahkan dengan diagnosa yang belum muncul. Diagnosa yang mungkin muncul diantaranya yaitu Defisit Nutrisi, Gangguan integritas kulit/jaringan, dan Intoleransi aktivitas. Dalam memberikan judul mahasiswa mengangkat judul *“Asuhan Keperawatan Gerontik Pada Tn. J Dengan Resiko Infeksi Pada Luka Dm Di Bangsal Gardenia Rumah Pelayanan Sosial Lanjut Usia Pucang Gading Semarang”*.

Saat akan melakukan observasi (pengamatan), dan metode pemeriksaan fisik, alasan mengapa mahasiswa tidak mengalami hambatan / kesulitan ketika melakukan penelitian, mahasiswa adalah karena klien kooperatif dan terbuka ketika klien mengkomunikasikan informasi kepada mahasiswa. sehingga mahasiswa mendapatkan hasil dari pengkajian yang dilakukan pada klien dengan diagnosa medis ulkus diabetik pada kedua kakinya, sebelum sakit klien tidak mempunyai riwayat penyakit yang serius dan keluarganya tidak memiliki riwayat penyakit yang sama dengan klien, alasan masuk klien di Rumah Pelayanan Lanjut Usia yaitu karena klien dirujuk oleh rumah sakit Widodo Semarang.

## 2. Diagnosis

Mahasiswa menegakan diagnosis resiko infeksi dan seharusnya diganti dengan diagnosa kerusakan integritas kulit atau jaringan yaitu karena ada data subjektif dan objektif yang didapatkan langsung oleh klien pada tanggal 21 Desember 2021. Klien mengatakan pada kedua kaki klien terasa berat digerakan, kedua kaki klien terdapat jaringan nekrotik dari bawah lutut kaki sampai dengan ujung kaki klien , luka ulkus klien dibiarkan terbuka tanpa dibalut hal tersebut dapat menyebabkan resiko infeksi pada luka DM. Menurut Dinata & Yasa (2021) orang dengan penyakit DM memiliki risiko infeksi kulit, tulang, dan jaringan lunak yang sangat 10 kali lipat lebih tinggi. Infeksi kaki diabetik (IKD) adalah suatu kondisi di mana ada invasi oleh mikroorganisme, berkembang di jaringan tubuh pasien DM, terletak jauh di sebelah maleoli, dan menyebabkan reaksi inflamasi, dan pada pasien dengan IKD perlu menjalani amputasi, sehingga ini bisa menjadi trauma kecil bagi pasien. (Najihah, 2020). Alasan mahasiswa menegakan diagnosa resiko infeksi pada klien adalah sesuai dengan data objektif, keadaan klien dengan luka DM yang dibiarkan terbuka.

## 3. Intervensi

Intervensi yang sudah dibuat harus sesuai dengan permasalahan yang muncul pada klien, tujuannya adalah supaya tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil nyeri menurun, cairan berbau busuk menurun, bengkak menurun, dan drainase purulen menurun Intervensi yang akan dilakukan adalah monitor tanda dan gejala infeksi, hal ini dilakukan agar mahasiswa dapat mengetahui kondisi klinis klien. Berikan perawatan luka pada Edema, dilakukan agar jaringan nekrotik pada klien dapat berkurang. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan klien lingkungan klien, dilakukan untuk mencegah masuknya kuman melalui lesi yang

terbuka pada klien. Jelaskan tanda dan gejala infeksi, hal ini bertujuan supaya klien dapat mengetahui tanda dan gejala infeksi.

#### 4. Implementasi

Implementasi dilakukan mulai pada tanggal 21 Desember 2021 sesuai dengan intervensi yaitu Memonitor tanda dan gejala infeksi, Memberikan perawatan luka pada Edema dengan cara perawatan Wound Care yaitu membersihkan luka dengan cairan steril berupa NACL dan mengoleskan minyak kelapa (VCO). Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada perbedaan signifikan skor luka sebelum dan sesudah perawatan, dalam sediaan obat bermerk, VCO yang terbukti efektif dapat menyembuhkan luka, termasuk ulkus diabetikum, hal ini sesuai dengan penelitian yang telah dilakukan oleh Suarni & Fitarina, (2019) yang berjudul erbandingan Penyembuhan “Ulkus Diabetik dengan Menggunakan Minyak Kelapa Murni, Madu, dan Produk Farmasi”, Manfaat dari dilakukanya implementasi memberikan perawatan luka pada edema diharapkan luka ulkus DM dapat terhindar dari resiko infeksi yang dapat menyebabkan komplikasi. Mahasiswa tidak menemukan kesulitan dalam pemberian implementasi karena klien kooperatif.

#### 5. Evaluasi

Mahasiswa telah melakukan asuhan keperawatan pada Tn. J selama tiga hari mulai 21 Desember 2021 hingga 23 Desember 2021, dengan melakukan pembersihan luka menggunakan cairan NACL, dan mengoleskan minyak kelapa VCO. Hasil dari pemberian asuhan keperawatan yaitu tujuan dan kriteria hasil belum tercapai karena masih terdapat luka ulkus pada kedua kaki klien. Sehingga masalah belum teratasi dan tujuan belum tercapai. Dalam pemberian asuhan keperawatan pada luka DM membutuhkan proses dan kesadaran klien dalam perawatanya.

### C. Gangguan Pola tidur b. d kurang kontrol d.d kecemasan klien.

PPNI (2016) menjelaskan dalam buku Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) definisi dari Gangguan pola tidur adalah gangguan kualitas dan kuantitas waktu tidur akibat faktor eksternal. Gejala dan tanda mayor yaitu mengeluh sulit tidur, mengeluh sering terjaga, mengeluh tidak puas tidur, mengeluh pola tidur berubah, mengeluh istirahat tidak cukup dan gejala dan tanda Minor yaitu mengeluh kemampuan beraktivitas menurun. Kondisi klinis terkait yaitu nyeri/kolik, hipertirodisme, kecemasan, penyakit paru obstruktif kronis, ke hamilan, periode pasca partum, kondisi Paskah operasi.

#### 1. Pengkajian

Pengkajian pada gangguan pola tidur adalah data subjektif dan objektif dari klien yang dilakukan pada tanggal 21 Desember 2021. Dari data subjektif klien mengatakan sulit tidur dan mengeluh istirahat tidak cukup karena kepikiran rumahnya. Pada data objektif, klien menunjukan sangat berharap ia bisa cepat pulang agar bisa merawat rumahnya yang kosong.

#### 2. Diagnosis

Diagnosis gangguan pola tidur ditegakan oleh mahasiswa karena mahasiswa mendapatkan data subjektif dan objektif saat melakukan pengkajian dengan klien. Data subjektif klien yaitu klien mengeluh susah tidur, dan sering terbangun di malam hari karena cemas memikirkan keadaan rumahnya. Data ojektif saat melakukan pengkajian yaitu wajah klien menunjukan sangat berharap ia bisa cepat pulang agar bisa merawat rumahnya yang kosong.

Alasan mahasiswa menegakan diagnosa gangguan pola tidur sebagai diagnosa yang ke-2 yaitu karena sesuai dengan data yang didapatkan oleh klien sangat berhubungan dengan faktor penyebab yang disebutkan oleh PPNI 2016 yaitu hambatan

lingkungan, kurangnya kontrol tidur, kurangnya privasi, Restraint fisik, ketiadaan teman tidur, Dan tidak familiar dengan peralatan tidur.

### 3. Intervensi

Rencana tindakan untuk memberikan asuhan keperawatan dengan Tujuan dan kriteria hasil setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan maka pola tidur membaik dengan kriteria hasil; keluhan sulit tidur menurun. keluhan tidak puas tidur menurun, keluhan istirahat tidak cukup menurun dan keluhan pola tidur berubah menurun. Intervensi yang dilakukan yaitu ; Identifikasi pola dan aktivitas tidur, hal ini dilakukan agar mengetahui berapa total jam tidur klien dan pola aktifitas yang dilakukan klien sehari-hari. Identifikasi pengganggu tidur, agar mengetahui penyebab dari pengganggu tidur. Tetapkan jadwal tidur rutin, untuk melatih pola atau jam tidur yang cukup. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit, supaya klien paham dan mengerti akan pentingnya istirahat dengan cukup. Intervensi yang dilakuan oleh mahasiswa sudah diterapkan kepada klien untuk memenuhi kebutuhan istirahat klien.

### 4. Implementasi

Implementasi yang diberikan kepada klien sesuai dengan intervensi yang ditetapkan yaitu; mengidentifikasi pengganggu tidur dengan cara melakukan pengkajian subjektif dan objektif dengan klien , menetapkan jadwal tidur rutin dengan memberikan pemahaman dan mengatur jam tidur pada klien yaitu pukul 22.00 sampai dengan jam 05.00 WIB pada malam hari dan pukul 13.00 sampai dengan 14.00 WIB pada siang hari, serta menjelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit dengan memberikn penjelasan kepada klien tentang pentingnya istirahat yang cukup. Implementasi sudah terlaksanakan selama 3 hari namun masih terdapat tujuan dari penebaran implementasi yang

belum berhasil mengatasi masalah pada klien karena klien masih mengeluh sulit tidur, klien merasa ingin segera pulang kerumah untuk mengurus rumahnya yang kosong.

#### 5. Evaluasi

Evaluasi dilakukan selama tiga hari dari 21 Desember 2021 hingga 23 Desember 2021. dan didapatkan hasil bahwa setelah dilakukan pengkajian, intervensi, dan implementasi kepada klien didapatkan hasil bahwa klien masih mengalami kesulitan untuk tidur karena ingin segera pulang dan kepikiran keadaan rumahnya yang kosong.

### **D. Penambahan Diagnosa Yang Belum Muncul**

Pada asuhan keperawatan Tn. J diagnosa yang muncul adalah Resiko Infeksi dan Gangguan Pola Tidur, terdapat beberapa diagnosa yang belum muncul, diagnosa tersebut tidak dituliskan karena pada saat pengkajian tidak menunjukkan data-data yang kuat untuk ditegakan yaitu diantaranya adalah ;

- Defisit Nutrisi dengan indikator BB klien 55 Kg sedangkan tinggi klien adalah 165 Cm, porsi makan klien hanya makan sayur dan buah dan tidak mengkonsumsi karbohidrat (nasi merah).
- Gangguan integritas kulit/jaringan dengan indikator gangguan pada lapisan kulit berupa ulkus diabetic pada kedua kaki klien
- Intoleransi aktivitas dengan indikasi klien melakukan mobilisasi dengan menggunakan alat bantu walker..

## **BAB V**

### **PENUTUP**

#### **A. Simpulan**

BAB V akan disimpulkan mengenai asuhan keperawatan pada Tn. J di Ruang Gardenia, Rumpelos lanjut usia Pucang Gading Semarang selama 3x24 jam. Berdasarkan hasil dari bab sebelumnya dapat disimpulkan bahwa :

##### **1. Pengkajian**

Pengkajian yang telah dilakukan mahasiswa terhadap Tn. J dengan resiko infeksi pada luka Ulkus DM didapatkan data subjektif dan objektif yang bisa membuat mahasiswa dapat menegakkan dua diagnosa keperawatan yaitu Resiko infeksi berhubungan dengan penyakit kronis dan Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol.

##### **2. Diagnosa keperawatan**

Diagnosa utama yang ditegaskan berdasarkan keluhan dan hasil pengkajian yang dilakukan pada klien adalah resiko infeksi disertai dengan diagnosa pendukung yaitu gangguan pola tidur.

##### **3. Intervensi**

Intervensi dibuat dan direncanakan oleh mahasiswa dengan menyesuaikan diagnosa yang telah ditegaskan.

##### **4. Implementasi**

Implementasi dilakukan selama 3x24 jam sesuai dengan intervensi yang dibuat oleh mahasiswa.

##### **5. Evaluasi**

Evaluasi dilakukan mahasiswa selama 3x24 jam dengan memperhatikan perkembangan pada Tn. j

## B. SARAN

### 1. Bagi panti

Panti sebagai tempat pelayanan kesehatan bagi lansia diharapkan dapat menjaga dan meningkatkan kualitas dan kenyamanan pelayanan kesehatan dalam rangka meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan bagi lansia.

### 2. Bagi Tenaga Perawat

Perawat diharapkan dapat mempertahankan perawatan sesuai dengan standar prosedur yang ada. Mempertahankan dokumentasi sistematis ilmu keperawatan dan mengikuti perkembangan ilmu keperawatan baru.

### 3. Bagi Instusi Pendidikan

Bagi instusi pendidikan bahwasanya bisa menjalin hubungan kerjasama dengan rumah sakit / panti lain untuk meningkatkan proses pendidikan dan pembelajaran yang efektif.

### 4. Bagi mahasiswa

Di harapkan agar mahasiswa bisa mengetahui bagaimana melakukan asuhan keperawatan keperawatan gerontik dengan resiko infeksi pada lukis DM dan diharapkan agar mahasiswa mampu lebih lanjut mengembangkan Penelitian ini terkait dengan asuhan keperawatan gerontik dengan resiko infeksi pada lukis DM.

## DAFTAR PUSTAKA

- Amaliyyah, R. (2021). *Program Diii Keperawatan Politeknik Kesehatan Kerta Cendekia Sidoarjo 2021*.
- Dalam, A., Dalam, K., Vital, P., Education, D. H., Therapy, O. P., Kunci, K., Gigi, A. K., & Melitus, P. D. (2015). *Asuhan Keperawatan Gigi Dan Mulut Pada Pasien Diabetes Melitus (Laporan Kasus) Diyah Fatmasari 1 , Muhammad Fiqih Sabilillah □ 2 , Yodong 3. 02(2)*.
- Della, A., & Tiana, N. E. D. S. (2011). *Pengantar Semantik Dan Pragmatik. Hubungan Kecerdasan Ruhaniah Dengan Kesiapan Menghadapi Kematian Pada Lansia*, 200.
- Departemen, K. (2022). *Buku Panduan Praktek Belajar Klinis Keperawatan Gerontik*.
- Dinata, I. G. S., & Yasa, A. A. G. W. P. (2021). Tatalaksana Terkini Infeksi Kaki Diabetes. *Ganesha Medicine*, 1(2), 6. <https://doi.org/10.23887/gm.v1i2.39304>
- Ginting, S. A. B. (2017). *Gambaran Successful Aging pada Lansia di Kecamatan Bandar Pasir Mandoge Kabupaten Asahan*. <http://repositori.usu.ac.id/handle/123456789/2545>
- Ingkel, M. P. (2019). *Karya Tulis Ilmiah Studi Kasus Asuhan Keperawatan Pada Ny. S.H Dengan Diabetes Melitus Wisma Bougenville Upt. Panti Penyantun Lansia Budi Agung Kupang (Vol. 3)*.
- Kardika, I. B. W., Sianny, H., & I, W. P. S. Y. (N.D.). *Preanalitik Dan Interpretasi Glukosa Darah Untuk Diagnosis*. 1–14.
- Lastseason, A. (2015). *Pathways Diabetes Mellitus*. 1. <https://www.scribd.com/doc/273661416/Pathways-Diabetes-Mellitus>
- Mardiani, R. (2019). Analisis Data Dalam Pengkajian Proses Keperawatan. *Journal Article*, 1(4), 1–8.
- Mukhammad, R. (2021). *Karya tulis ilmiah asuhan keperawatan pada pasien diabetes mellitus dengan masalah defisit pengetahuan di desa mojorejo kabupaten pasuruan*.
- Najihah. (2020). Infeksi Luka Kaki Diabetik dan Faktor Resikonya : Literature Review. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Pencerah*, 09(2), 179–185.
- Nurhidayah, I. (2021). Neuropaty Sebagai Faktor Resiko Infeksi Luka Kaki Diabetik. *Jurnal Ilmu Keperawatan*, 9(2).

- Parasari, G. A. T., & Lestari, M. D. (2015). Hubungan Dukungan Sosial Keluarga Dengan Tingkat Depresi Pada Lansia Di Kelurahan Sading. *Jurnal Psikologi Udayana*, 2(1), 68–77. <https://doi.org/10.24843/jpu.2015.v02.i01.p07>
- Petersmann, A., Nauck, M., Müller-Wieland, D., Kerner, W., Müller, U. A., Landgraf, R., Freckmann, G., & Heinemann, L. (2018). Definition, classification and diagnostics of diabetes mellitus. *Journal of Laboratory Medicine*, 42(3), 73–79. <https://doi.org/10.1515/labmed-2018-0016>
- PPNI. (2016). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia*.
- Ppni. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia*.
- Putri, R. A. S. (2020). *Asuhan Keperawatan Pasien Ulkus Diabetikum Dengan Pre Dan Post Debridement Yang Di Rawat Di Rumah Sakit*. 162.
- Songupnuan, D. (2021). *Asuhan Keperawatan Pada Lansia Ny. S Dengan Defisit Nutrisi Pada Diagnosa Medis Diabetes Melitus Di Desa Rangkah Kidul ....* [http://eprints.kertacendekia.ac.id/id/eprint/311/1/KTI\\_ONGGO.pdf](http://eprints.kertacendekia.ac.id/id/eprint/311/1/KTI_ONGGO.pdf)
- Suarni, L., & Fitarina, F. (2019). Perbandingan Penyembuhan Ulkus Diabetik dengan Menggunakan Minyak Kelapa Murni, Madu, dan Produk Farmasi. *Jurnal Kesehatan*, 10(2), 231. <https://doi.org/10.26630/jk.v10i2.1238>
- Suryaningsih, T. (2018). *Karya Tulis Ilmiah Asuhan Keperawatan Pada Tn . T Dengan Diabetes Melitus Pada Stroke Non Hemoragik Asuhan Keperawatan Pada Tn . T Dengan Diabetes Melitus Pada Stroke Non Hemoragik*. 105.
- Wulandari, P. (2019). *Asuhan Keperawatan Pada Ny. H Dengan Diagnosa Medis Diabetes Mellitus Dengan Ulkus Pedis Di Ruang Melati Rsud Bangil Pasuruan*.