

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

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

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

Menurut UU RI No. 4 tahun 1965 usia lanjut adalah mereka yang berusia 55 tahun keatas. Menurut dokumen yang dicanangkan pada tanggal 29 mei 1996 oleh Presiden RI, batas usia lanjut adalah 60 tahun.

Penggolongan lansia:

- a. Usia pertengahan (*middle age*) : 45-59 tahun
- b. Lanjut usia (*elderly*) : 60-74 tahun
- c. Lanjut usia tua (*old*) : 75-90 tahun
- d. Usia sangat tua (*very old*) : diatas 90 tahun

(Wahyunita VD, Fitrah.2010 )

UU No 13 Tahun 1998 tentang kesejahteraan lansia Bab 1 Pasal 1 Ayat 2 bahwa umur 60 tahun adalah usia permulaan tua. Menua bukan lah suatu penyakit, tetapi merupakan proses yang berangsur-angsur mengakibatkan perubahan yang kumulatif, merupakan proses menurunnya daya tahan tubuh dalam menghadapi rangangan dari dalam dan luar tubuh yang berakhir dengan kematian (Untari I, 2018)

Lansia merupakan tahap akhir dalam kehidupan manusia. Pada tahap ini manusia akan mengalami penurunan kemampuan kerja tubuh akibat penurunan dan fungsi organ tubuh. Proses menua adalah perubahan yang

terkait waktu bersifat universal, progresif dan detrimental. Kemudian menyebabkan kemampuan beradaptasi dengan lingkungan dan kemampuan bertahan hidup berkurang (Kurnianto D, 2015)

## **2. Batasan Usia Lanjut**

- a. Pra usia lanjut (*prasenilis*): 45-59 tahun
- b. Usia lanjut: 60 tahun keatas
- c. Usia lanjut risiko tinggi: 60 tahun atau lebih dengan masalah kesehatan
- d. Usia lanjut potensial: usia lanjut yang masih mampu melakukan pekerjaan dan atau kegiatan yang dapat menghasilkan barang atau jasa
- e. Usia lanjut tidak potensial: usia lanjut yang tidak berdaya mencari nafkah sehingga hidupnya bergantung pada orang lain.

(Maryam RS, DKK., 2010)

## **3. Teori Sosialogis Dalam Proses Penuaan**

- a. Teori interaksi sosial: kemampuan untuk terus menjalin interaksi sosial merupakan kunci mempertahankan status sosialnya berdasarkan kemampuan bersosialisasi.
- b. Teori aktivitas atau kegiatan:
  - 1) lansia yang sukses adalah mereka yang aktif dan banyak ikut serta dalam kegiatan sosial
  - 2) Lansia akan merasa puas jika beraktivitas selama mungkin
  - 3) Ukuran optimum (pola hidup) dilanjutkan pada cara hidup lansia

- 4) Mempertahankan hubungan antara usia pertengahan dengan lansia  
(Untari I, 2018)

#### **4. Masalah Kesehatan Pada Lansia**

a. **Aktivitas Yang Berkurang**

Masalah yang muncul pada lansia disebabkan oleh faktor internal atau dalam tubuh individu itu sendiri dan faktor eksternal yang berasal dari lingkungan. Kemudian mengakibatkan aktivitas tidak berjalan maksimal dan dipengaruhi oleh gangguan tulang karena osteoporosis, sendi dan otot tubuh, penyakit kardiovaskuler, dan pembuluh darah (Fatimah, 2010)

b. **Ketidakseimbangan Tubuh**

Keluhan pada lansia muncul karena menurunnya fungsi organ tubuh didalam dirinya maupun karena faktor dari luar tubuh, seperti faktor lingkungan, sehingga menyebabkan lansia akan mudah jatuh (Fatimah, 2010)

c. *Inkontinence Urin dan Inkontinence Alvi*

*Inkontinence urin* adalah masalah umum yang sering muncul pada lansia yaitu ketidakmampuan menahan air kencing atau sering disebut dengan besar. Menimbulkan terjadinya masalah kesehatan yaitu berupa batu ginjal. Dan untuk mencegahnya biasanya meminimalisir asupan cairan, tanpa disadari itu akan membuat tubuh mereka menjadi dehidrasi dan berkurangnya kemampuan kandung kemih. Selain itu masalah yang sering muncul adalah bak disertai dengan buang air

besar atau sering disebut *inkontinence alvi* yaitu suatu keadaan feses yang keluar tidak disadari karena ketidakmampuan mengendalikan fungsi eksketoriknya (Fatimah, 2010)

d. Gangguan Saraf Dan Otot

Gangguan saraf dan otot pada lansia akan menyebabkan gangguan dalam berkomunikasi secara verbal, gangguan kulit berupa berkurangnya elastisitas kulit maupun berurangnya hormon kolagen yang menyebabkan kulit kering, rapuh dan rusak (Fatimah, 2010)

e. Sulit Buang Air Besar (*Konstipasi*)

Disebabkan karena menurunnya motilitas usus dan disebabkan karena pengaruh makanan, kurangnya aktivitas, dehidrasi atau karena pengaruh obat (Fatimah, 2010)

f. Penurunan Imunitas Tubuh (Kekebalan Tubuh)

Terjadi karena penurunan fungsi organ tubuh, kekurangan gizi yang seimbang, penyakit yang menahun, ataupun penggunaan obat (Fatimah, 2010)

g. Impoten

Terjadi karena kurangnya aliran darah kedalam alat kelamin karena kekakuan dinding pembuluh darah serta berkurangnya kepekaan terhadap rangsangan dari luar (Fatimah, 2010)

h. Penuaan Kulit

Terjadi karena makin tipisnya kulit disertai makin meningkatnya jumlah umur serta semakin longgarnya lapisan lemak dibawah kulit (Fatimah, 2010)

i. Mudah Lelah

Disebabkan oleh faktor psikologis (perasaan bosan, keletihan, atau depresi), gangguan organis misalnya anemia, kurang vitamin, perubahan tulang (osteomalasia), gangguan pencernaan, kelainan metabolisme (DM, Hipertiroid), uremia, gangguan hati, darah dan jantung, dan pengaruh dari obat-obatan (Untari I, 2018)

j. Gangguan Kardiovaskuler

Terjadi seperti nyeri dada, sesak nafas, palpitasi / berdebar-debar. (Untari I, 2018)

k. Nyeri atau Ketidaknyamanan

Biasanya terjadi nyeri pada pinggang dan punggung akibat gangguan sendi pinggul, kelainan tulang sendi, kelainan pada saraf punggung. (Untari I, 2018)

l. Kesemutan Pada Anggota Badan

Disebabkan oleh gangguan sirkulasi darah lokal, gangguan persarafan umum (gangguan pada kontrol), gangguan persarafan lokal pada anggota badan (Untari I, 2018)

## **B. Konsep Penyakit Diabetes Mellitus Pada Lansia**

### **1. Definisi**

Diabetes mellitus adalah penyakit gangguan metabolisme kronis yang ditandai peningkatan glukosa darah (hiperglikemia), disebabkan karena ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan insulin. Insulin dibutuhkan dalam tubuh untuk metabolisme dan pertumbuhan sel (Tarwoto, 2016)

Diabetes mellitus adalah keadaan ketika tubuh tidak mampu menghasilkan atau menggunakan insulin (hormon yang membawa glukosa ke sel-sel dan menyimpannya sebagai glikogen). Ditandai berbagai kelainan metabolik yaitu kelainan metabok akibat gangguan hormonal (Aini N, 2016)

Diabetes mellitus merupakan penyakit yang memerlukan manajemen diri yang baik berupa lima pilar manajemen diabetes yaitu melalui edukasi, terapi nutrisi medis, latihan jasmani, intervensi farmakologis, dan kontrol glukosa darah (Setyoadi Dkk, 2018)

### **2. Etiologi**

Diabetes mellitus disebabkan oleh berbagai faktor yaitu :

- a. Keturunan
- b. Imunologi
- c. Lingkungan

d. Obesitas

e. Usia

(Nurarif , 2015)

### 3. Manifestasi Klinis

Manifestasi klinik diabetes mellitus adalah :

a. Kadar glukosa tidak normal

b. Hiperglikemi berat

c. Polifagia( rasa lapar yang terus menerus), BB berkurang

d. Lelah dan ngantuk

e. Kesemutan, gatal, mata kabur, impotensi, peruritis vulva.

(Nurarif , 2015)

### 4. Klasifikasi diabetes mellitus

Menurut WHO (World Health Organization) diabetes mellitus dibagi menjadi dua type yaitu Insulin-Dependent Diabetes Mellitus (IDDM) disebut diabetes mellitus tipe 1 dan Non-Insulin-Dependent Diabetes Mellitus (NIDDM) disebut dengan diabetes tipe 2.

**Tabel 2.1 Klasifikasi diabetes**

Klasifikasi klinis	Klasifikasi resiko statistic
Tipe I: IDDM : Destruksi sel beta pulau langerhans akibat proses autoimun	Sebelumnya pernah memiliki kelainan toleransi glukosa
Tipe II: NIDDM: kegagalan reaktif sel beta dan resistensi urin. Retensi urin: menurunnya kemampuan urin untuk merangsang pengambilan glukosa oleh jaringan perifer atau untuk menghambat produksi glukosa dihati	Berpotensi kelainan glukosa (memiliki riwayat keluarga yang menderita diabetes mellitus)
Gangguan toleransi glukosa	
Diabetes kehamilan	

(Nurarif, 2015)

## 5. Patofisiologi

### a. Hiperglikemia

Keadaan patologi diabetes mellitus akan menyebabkan kelemahan sehingga akan terjadi kelelahan akibat penumpukan glukosa dalam darah (hiperglikemia) yang ditimbulkan karena kadar insulin dalam tubuh menurun atau tidak dapat mengolah glukosa menjadi bahan energi (glikogen), yang apabila masih ada sisa maka akan di simpan di dalam sel hati dan sel otot sebagai massa sel otot, untuk dipergunakan saat tubuh membutuhkan lebih banyak energy (Aini N, 2016)

### b. Hiperosmolaritas

Suatu keadaan dengan kelebihan tekanan osmotik pada plasma darah karena adanya peningkatan konsentrasi glukosa dalam darah, yang akan mengakibatkan menurunnya kemampuan ginjal untuk memfiltrasi dan reabsorpsi urin hingga menyebabkan glukosa banyak keluar melalui urin (glukosuria). Dan menyebabkan partisipan dengan diabetes mellitus berkeinginan BAK terus menerus, dan menimbulkan kelelahan akibat tidak adanya glukosa yang tersaring melalui darah untuk menjadi bahan energi didalam tubuh (Aini N, 2016)

### c. Starvasi seluler

Kondisi kelaparan karena glukosa sulit masuk kedalam sel walau ada banyak glukosa di sekeliling sel. Sehingga akan menyebabkan terjadinya kompensasi seluler agar dapat mempertahankan fungsi sel, serta mengakibatkan terjadinya penurunan kemampuan sel otot untuk



memetabolisme cadangan glikogen jika tidak dapat memecah glukosa, mungkin juga akan menggunakan asam lemak bebas (keton) dan akan berdampak pada penurunan massa otot, dan perasan mudah lelah (Aini N, 2016)

## 6. Pemeriksaan Penunjang

- a. Kadar glukosa darah

**Tabel 2.2**  
**Kadar Glukosa Darah Sewaktu Dan Puasa Dengan Metode Enzimatik**

Kadar Glukosa Darah Sewaktu (mg/dl)		
Kadar Glukosa Darah Sewaktu	DM	Belum pasti DM
Plasma vena	>200	100-200
Darah kapiler	>140	80-100
Kadar Glukosa Darah Puasa (mg/dl)		
Kadar Glukosa Darah Puasa	DM	
Plasma vena	>120	
Darah kapiler	>110	

- b. Kriteria diagnostik WHO untuk diabetes mellitus adalah:
- 1) Glukosa plasma sewaktu >200 mg/dl (11,1mmol/L)
  - 2) Glikosa plasma puasa >140 mg/dl (7,8 mmol/L)
  - 3) Glukosa plasma dari sampel yang diambil dua jam kemudian sesudah mengkonsumsi 75gr karbohidrat (2 jam post prandial(pp > 200mg/dl)
- c. Tes laboratorium dm : berupa tes saring, tesdiagnostik, tes pemantauan terapi dan tes untuk mendeteksi komplikasi.

- d. Tes saring:
    - 1) Gdp, gds
    - 2) Tes glukosa urin: tes konvensional (metode reduksi/*benedict*) dan tes carik celup (*metode glukos oxidase/hexomkinase*)
  - e. Tes diagnostik: GDP,GDS, GD2PP dan glukosa jam ke-2 TTGO
  - f. Tes monitoring teraapi
    - 1) GDP: plasma vena, darah kapiler
    - 2) GD2 PP: plasma vena
    - 3) A1c: darah vena, darah kapiler
  - g. Tes untuk mendeteksi komplikasi
    - 1) Mikroalbinuria: urin
    - 2) Ureum, kreatinin, asam urat
    - 3) Kolesterol total: plasma vena (puasa)
    - 4) Kolesterol LDL: plasma vena (puasa)
    - 5) Trigliserida: plasma vena (puasa)
- (Aini N, 2016)

## 7. Penatalaksanaan

Insulin pada DM diperlukan dalam keadaan:

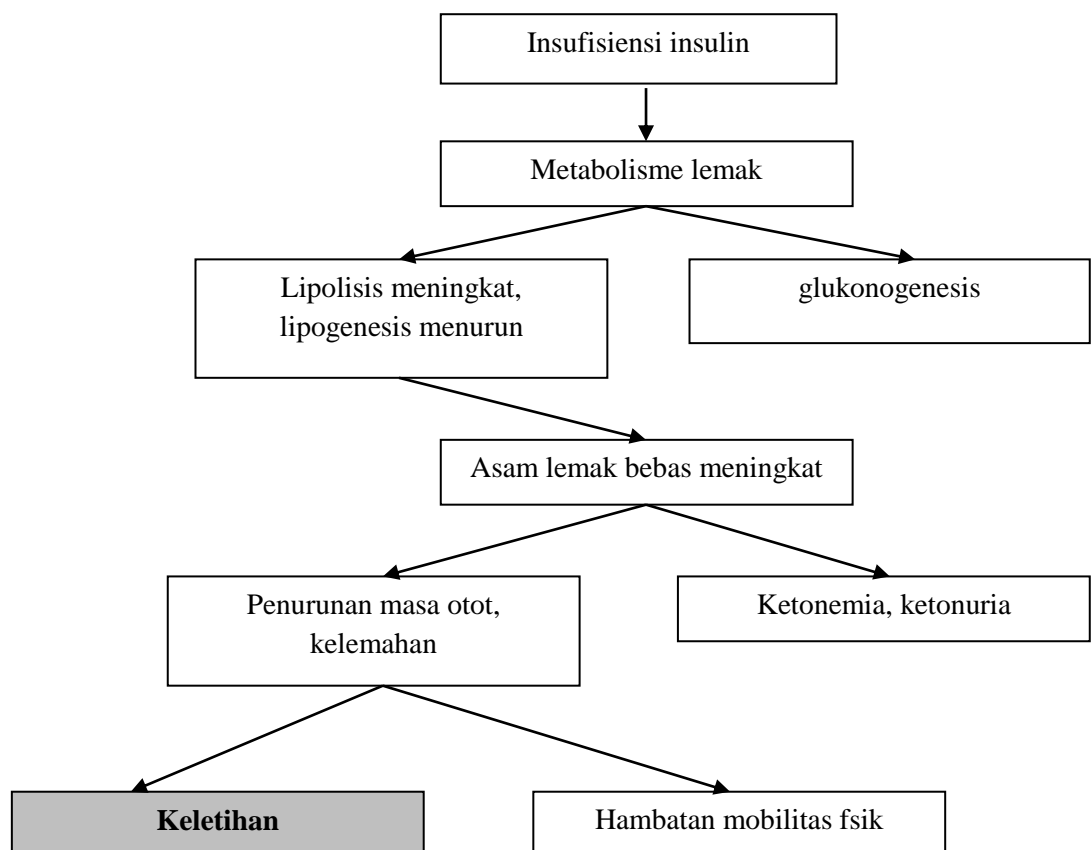
- a. Penurunan berat badan yang cepat
- b. Hiperglikemia yang disertai ketosis
- c. Ketoasidosis diabetik (KAD) atau hiperglikemia hipersomolar non ketotik (HONK)
- d. Hiperglikemia dengan asidosis laktat

- e. Gagal dengan kombinasi OHO dosis optimal
- f. Stres berat (infeksi sistemik, operasi besar, IMA, stroke)
- g. Kehamilan dengan DM gestasional yang tidak terkontrol dengan perencanaan makan
- h. Gangguan fungsi ginjal atau hati yang berat
- i. Kontra indikasi dan atau alergi terhadap OHO

(Aini N, 2016)

## 8. Pathway

**Bagan 2.1 Pathway Diabetes Mellitus Pada Lansia**



(Aini N, 2016)

## **C. Konsep Aktivitas Pada Lansia**

### **1. Definisi**

Aktivitas fisik adalah setiap gerakan tubuh yang dilakukan oleh otot rangka yang memerlukan energi. Kurangnya aktivitas fisik merupakan faktor risiko independen untuk penyakit kronis dan secara keseluruhan diperkirakan menyebabkan kematian secara global. Serta dapat menimbulkan berbagai masalah kesehatan, termasuk penyakit degeneratif seperti Diabetes Mellitus (DM) (Amalia IF, 2017)

Aktivitas adalah kegiatan yang dilakukan oleh seseorang dengan melibatkan energi didalam tubuhnya, sehingga akan menimbulkan kelelahan apabila aktivitas yang dilakukan tidak sesuai dengan energi yang dimiliki oleh orang tersebut. Kemudian agar tubuh terhindar dari risiko kelelahan maka disusunlah jadwal aktivitas untuk mengontrol terbuangnya energi yang dikeluarkan untuk aktivitas yang kurang efektif.

(Sauliyusta M, 2016)

ADL (Activity Daily Living) adalah kegiatan melakukan pekerjaan rutin sehari-hari dan merupakan aktivitas pokok dari perawatan diri. ADL merupakan salah satu alat ukur untuk menilai kapasitas fungsional seseorang dengan menanyakan aktivitas kehidupan sehari-hari, untuk mengetahui lansia yang membutuhkan bantuan orang lain dalam melakukan aktivitas yang dilakukan sehari-hari atau dapat melakukan secara mandiri. Menghasilkan informasi yang berguna untuk mengetahui

adanya kerapuhan pada lansia yang membutuhkan perawatan (Wulandari R, 2014).

## **2. Aktivitas yang diperlukan lansia untuk menghindari kelelahan**

Aktivitas yang diperlukan lansia meliputi latihan kekuatan pada punggung, kaki, lengan dan perut terdapat juga latihan kelenturan untuk memperbaiki dan memelihara daerah gerak dan aktivitas untuk melatih perimbangan dan koordinasi. Seperti latihan aerobik yang meliputi:

- a. Aktivitas menahan beban tubuh sendiri (Weight bearing ) misal:  
berjalan
- b. Aktivitas yang tidak secara langsung menahan tubuhnya sendiri (Nonweight bearing) misal: bersepeda, berenang

Latihan kekuatan otot ini dilakukan dengan nyeri sebagai acuan, lansia dianjurkan melakukan aktivitas fisik setidaknya selama 30 menit setiap hari dalam seminggu. Berpartisipasi dalam aktivitas seperti berjalan, berkebun, melakukan pekerjaan rumah, dan naik turun tangga (Kurnianto D, 2015)

## **D. Konsep Keletihan Pada Lansia**

### **1. Definisi**

Keletihan merupakan kondisi yang dialami seseorang setelah melakukan aktivitasnya. Perasaan tersebut seperti capek, ngantuk, bosan, haus yang akan muncul dengan adanya gejala seperti pelemahan kegiatan, motivasi dan adanya kelelahan fisik (Ningsih SNP, 2018)

Keletihan merupakan menurunnya kemampuan fisik seseorang setelah melakukan aktivitas yang padat, dan merupakan respon tubuh dalam mananggapi setiap aktivitas yang tidak rasional untuk dilakukan oleh tubuh. Serta dibutuhkan latihan aktivitas tubuh yang terencana untuk menghindari terjadinya keletihan pada tubuh (Kiik SM, 2018)

### **2. Faktor-faktor yang menimbulkan keletihan pada lansia**

Faktor yang menimbulkan keletihan adalah:

- a. Beban kerja fisik
- b. Nyeri sendi
- c. Gangguan tidur
- d. Stress dan emosi

(Amalia IF, 2017)

### **3. Tanda dan Gejala Keletihan**

Berat dikepala, lelah seluruh badan, kaki terasa berat, canggung dalam gerakan, tidak seimbang dalam berdiri, ingin berbaring terus, sulit berpikir, lelah, bicara, gugup, cemas terhadap sesuatu, dan tidak tekun dalam bekerja (Amalia IF, 2017)

#### 4. Perhitungan skala keletihan

Perhitungan keletihan ini menggunakan kuesioner FACIT yang berisi 13 pertanyaan. Kuisisioner ini telah digunakan dalam penelitian Cahyani NPD (2018) “Hubungan Kadar Hemoglobin Dengan *Fatigue* Pada Pasien Penyakit Gagal Ginjal Kronik Yang Menjalani Hemodialisis Di RSUD Dr. H. Koesnadi Bondowoso” kuesioner ini menggunakan skala Likert dengan 13 pertanyaan yang masing-masing pertanyaan diberi pilihan jawaban dengan nilai 0 “tidak sama sekali”, nilai 1 “sedikit”, nilai 2 “sedang”, nilai 3 “cukup banyak”, nilai 4 “sangat banyak”. Seluruh pertanyaan dihitung menggunakan skala interval sehingga mendapatkan skor minimal 0 dan maksimal 52.

Interpretasi kuesioner FACIT yaitu nilai 4 akan dikurangi dengan pilihan jawaban kode pertanyaan HI7, HI12, An1, An2, An3, An4, An8, An12, An14, An15, An16 sehingga akan mendapatkan hasil sama dengan item skor. Pertanyaan kode An5 dan An7 yaitu dengan cara nilai 0 ditambah dengan pilihan jawaban pertanyaan sehingga akan mendapatkan hasil sama dengan item skor. Seluruh pertanyaan dijumlah hasil item skornya kemudian dikalikan dengan jumlah pertanyaan dan selanjutnya dibagi dengan jumlah pertanyaan yang dijawab (jumlah pilihan jawaban partisipan) akan mendapatkan nilai *fatigue* responden. Semakin tinggi nilai *fatigue* maka kualitas hidup seseorang semakin baik dan nilai <30 menunjukkan kelelahan berat ( Cahyani NPD, 2018)

## **E. Konsep Asuhan Keperawatan**

### **1. Pengkajian**

Menurut Nursalam (2013) pengkajian adalah pengumpulan data tentang perilaku klien sebagai suatu sistem adaptif yang berhubungan dengan masing-masing model adaptasi : fisiologis, konsep diri, fungsi peran, dan ketergantungan. Serta stimulus fokal, kontekstual, dan residual yang berdampak terhadap klien. Pengkajian meliputi:

#### **a. Pengumpulan Data**

##### **1) Identitas**

Identitas partisipan yang dapat dikaji pada penyakit DM salah satunya adalah usia, karena dm banyak terjadi pada partisipan yang berusia diatas 60 tahun.

##### **2) Keluhan utama**

Keluhan utama didapat dengan menanyakan tentang gangguan terpenting yang dirasakan partisipan sampai perlu pertolongan

##### **3) Riwayat penyakit sekarang**

Riwayat penyakit sekarang merupakan serangkaian wawancara yang dilakukan perawat untuk menggali permasalahan partisipan dari timbulnya keluhan utama pada gangguan sistem kardiovaskuler sampai pada saat pengkajian

##### **4) Riwayat penyakit dahulu**

Perawat menanyakan tentang penyakit-penyakit yang pernah dialami sebelumnya. Tentang pengobatan lalu dan riwayat alergi,



riwayat keluarga, riwayat pekerjaan dan kebiasaan, serta status perkawinan dan kondisi kehidupan

5) Pola kebiasaan sehari-hari

Yang perlu dikaji adalah aktivitas apa yang bisa dilakukan diantaranya: pola nutrisi dan cairan, pola eliminasi, kebutuhan rasa aman, pola personal hygiene, pola istirahat tidur, pola aktivitas dan latihan, dan pola kebiasaan yang mempengaruhi kesehatan

b. Pemeriksaan Fisik

- 1) pemeriksaan umum yang meliputi pemeriksaan kesadaran, dan vital sign
- 2) pemeriksaan fisik per sistem meliputi pemeriksaan sistem penglihatan, sistem pendengaran, sistem wicara, sistem pernafasan, sistem kardiovaskuler, dan sistem neurologi

c. Pengkajian khusus apgar gerontik

- 1) Masalah Kesehatan Kronis
- 2) Fungsi Kognitif (SPMSQ)

*Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ)* merupakan instrument pengkajian sederhana yang digunakan untuk menilai fungsi intelektual maupun mental dari lansia. Berfungsi untuk mengevaluasi semua aspek kognitif (Aryana D, 2020)

### 3) Status Fungsional (Index Barthel)

Index Barthel adalah suatu index untuk mengukur kualitas hidup seseorang dilihat dari kemampuan melakukan aktivitas kehidupan sehari-hari (*Activity of Daily Living, ADL*) secara mandiri. Index Barthel berfungsi untuk mengukur kemandirian fungsional dalam perawatan diri dan mobilitas serta dapat juga digunakan sebagai kriteria dalam menilai kemampuan fungsional pasien gangguan keseimbangan (Dewi F, 2020).

### 4) Status Psikologis (Skala Depresi Geriatric Yesavage)

Geriatric Depression Scale (GDS) adalah salah satu instrument yang digunakan untuk mendiagnosis depresi pada lanjut usia. GDS adalah pengukur yang valid dan reliabel untuk menentukan adanya depresi. GDS berfungsi untuk memeriksa depresi dan stress psikologi secara menyeluruh (Siddiq I, 2019)

## 2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah hasil pengkajian untuk menentukan masalah keperawatan. Diagnosa keperawatan dapat berupa diagnosis keperawatan individu, diagnosis keperawatan keluarga dengan lansia, ataupun diagnosis keperawatan kelompok lansia (Tarwoto, 2016)

Diagnosa keperawatan pada kasus ini adalah:

“Keletihan berhubungan dengan status penyakit (diabetes mellitus), peningkatan kelelahan fisik, malnutrisi, kondisi fisik buruk

### 3. Rencana Tindakan Keperawatan

Rencana keperawatan adalah rancangan tindakan yang disusun perawat bersama lansia untuk memecahkan masalah kesehatan dan keperawatan yang telah terdiagnosa. Rencana keperawatan membantu partisipan memperoleh dan mempertahankan kesehatan pada tingkatan yang paling tinggi, kesejahteraan dan kualitas hidup dapat tercapai, demikian juga halnya untuk menghadapi kematian secara damai. Rencana dibuat untuk keberlangsungan pelayanan dalam waktu yang tak terbatas, sesuai dengan respon atau kebutuhan partisipan (Nursalam, 2013)

**Tabel 2.3 Rencana tindakan keperawatan**

No	Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi
1	Keletihan berbungan dengan status penyakit (diabetes mellitus), peningkatan kelelahan fisik, malnutrisi, kondisi fisik buruk. Pasien melaporkan perasaan letih setelah melakukan aktivitasnya walau tidak terlalu berat	NOC 1. Verbalisasi kepuhian energy tenaga meningat 2. Kemampuan melakukan aktivitas rutin meningkat 3. Verbalisasi lelah menurun 4. Selera makan membaik 5. Pola nafas membaik 6. Pola istirahat membaik	NIC 1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan 2. Monitor kelelahan fisik dan emosional 3. Monitor pola makan dan jam tidur 4. Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis, cahaya, suara, kunjungan) 5. Anjurkan tirah baring 6. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap 7. Anjurkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan 8. Jelaskan pentingnya melakukan aktivitas fisik 9. Anjurkan terlibat dalm aktivitas kelompok 10. Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak

- 
- berkurang  
11. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan
- 

(Siki, 2018)

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

Tindakan keperawatan adalah suatu perencanaan dengan tujuan merubah atau memanipulasi stimulus fokal, kontekstual, dan residual. Perawat melakukan tindakan keperawatan sesuai dengan rencana keperawatan yang telah dibuat. Perawat memberikan pelayanan kesehatan untuk memelihara kemampuan fungsional lansia dan mencegah komplikasi serta mengingatkan ketidakmampuan (Nursalam, 2013).

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

Evaluasi keperawatan adalah penilaian akhir didasarkan pada tujuan dasar keperawatan yang ditetapkan (Nursalam, 2013)