

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Lansia

1. Definisi

hakikat nya menjadi tua merupakan proses alamiah yang berarti seseorang telah melewati tiga tahap kehidupannya, tahapan-tahapan itu adalah: masa anak, masa dewasa, dan masa tua. Dimana pada masa tua itu mengalami kemunduran fisik dan psikis (Purwongingsih, 2013).

Masa lanjut usia merupakan tahapan akhir dalam perkembangan kehidupan manusia, pada masa ini lansia diidentikkan dengan masapenurunan berbagai fungsi tubuh dan berdampak pada ketidakberdayaan (Syamani, 2011)

Dalam UU No.13 tahun 1998 tentang kesejahteraan lanjut usia, lanjut usia (lansia) adalah seorang yang telah mencapai usia 60 tahun ke atas, Departemen Kesehatan menggolongkan tingkatan lansia menjadi tiga kelompok, yaitu: kelompok lansia dini (55-64 tahun), kelompok lansia (65 tahun ke atas), dan kelompok lansia resiko tinggi lebih 70 tahun ke atas (Nawawi, 2009)

2. Batasan umur lanjut usia

WHO (*World Health Organization*) menggolongkan lanjut usia kronologis/biologis menjadi 4 kelompok yaitu:

- 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) : di atas 90 tahun

3. Permasalahan-permasalahan pada lansia

a. Permasalahan Fisiologis Lansia

Menurut Mujahidullah (2012) beberapa perubahan yang akan terjadi pada lansia diantaranya adalah perubahan fisik, intelektual, dan keagamaan.

1) Perubahan Fisik

a) Sel

Saat seseorang memasuki usia lanjut keadaan sel dalam tubuh akan berubah, seperti jumlahnya yang menurun, ukuran lebih besar sehingga mekanisme perbaikan sel akan terganggu dan produksi protein di otak, otot, ginjal, darah dan hati berkurang.

b) Sistem Persyarafan

Keadaan sistem persyarafan pada lansia akan mengalami perubahan, seperti mengecilnya syaraf panca indra. Pada indra pendengaran akan terjadi gangguan pendengaran seperti hilangnya kemampuan pendengaran pada telinga. Pada indra penglihatan akan menjadi seperti kekeruhan pada kornea, hilangnya daya akomodasi dan menurunnya lapang pandang. Pada indra peraba akan terjadi seperti respon terhadap nyeri menurun dan kelenjar keringat berkurang. Pada indra pembau akan terjadinya seperti menurunnya kekuatan otot pernapasan, sehingga kemampuan membau juga ikut berkurang.

c) Sistem Gastrointestinal

Pada lansia akan terjadi menurunnya selera makan, seringnya terjadi konstipasi. menurunnya produksi air liur (saliva) dan gerak peristaltic usus juga menurun.

d) Sistem Genitourinari

Pada lansia ginjal akan mengalami pengecilan sehingga aliran darah ke ginjal menurun.

e) Sistem Muskuloskeletal

Pada lansia tulang akan kehilangan cairan dan makin rapuh, keadaan tubuh akan lebih pendek, persendian kaku dan tendon mengerut.

f) Sistem Kardiovaskuler

Pada lansia jantung akan mengalami pompa darah yang menurun, ukuran jantung secara keseluruhan menurun dengan tidaknya penyakit klinis, denyut jantung menurun, katup jantung pada lansia akan lebih tebal dan kaku akibat dari akumulasi lipid. Tekanan darah sistolik meningkat pada lansia kerana hilangnya distensibility arteri. Tekanan darah diastolik tetap sama atau meningkat.

2) Perubahan Intelektual

Menurut Hochanadel dan Kaplan dalam Mujahidullah (2012) akibat proses penuaan juga akan terjadi kemunduran pada kemampuan otak seperti perubahan Intelligenita Quention (IQ) yaitu fungsi otak kanan mengalami penurunan sehingga lansia akan mengalami kesulitan

dalam berkomunikasi nonverbal, pemecahan masalah, konsentrasi, dan kesulitan mengenal wajah seseorang. Perubahan yang lain adalah perubahan ingatan, karena penurunan kemampuan otak maka seorang lansia akan kesulitan untuk menerima rangsangan yang diberikan kepadanya sehingga kemampuan untuk mengingat pada lansia juga menurun.

3) Perubahan Keagamaan

Menurut Marslow dalam Mujahidullah (2012) pada umumnya lansia akan semakin teratur dalam kehidupan keagamaannya, hal tersebut bersangkutan dengan keadaan lansia yang akan meninggalkan kehidupan.

b. Permasalahan Kesehatan Lansia

1) Mudah jatuh

Jatuh pada lansia ada beberapa faktor yang berperan di dalamnya yaitu, baik faktor intrinsik misal gangguan gaya berjalan, kelemahan otot, ekstremitas bawah, kekakuan sendi, lantai yang licin, tersandung, penglihatan menurun.

2) Mudah Lelah

Lansia mudah lelah disebabkan oleh faktor psikologis seperti kelelahan atau perasaan depresi. Gangguan organisme misalnya Anemia, kekurangan Vitamin, perubahan pada tulang, gangguan pencernaan, kelainan metabolisme.

3) Kekacauan Mental Akut

Disebabkan oleh keracunan, penyakit infeksi dengan demam tinggi, Alkohol, penyakitmetabolisme,dehidrasi ataukekurangancairan, gangguan fungsi otak, gangguan fungsi hati, radang selaput otak.

4) Nyeri Dada

Disebabkan oleh penyakit jantung koroner yang dapat menyebabkan iskemia jantung (berkurang aliran darah ke jantung), radang selaput jantung, gangguan pada system alat pernapasan.

5) Sesak Napas Pada Waktu melakukan kerja fisik

Disebabkan oleh kelemahan jantung, gangguan system saluran nafas anemia.

6) Berdebar – debar (palpitasi)

Disebabkan oleh gangguan irama jantung, keadaan umum badan yang lemah karena penyakit kronis.

7) Pembengkakan kaki bagian bawah

Disebabkan oleh kaki yang lama digantung (edema grafitasi), gagal jantung, bendungan pada venabagianbawah,kekurangan vitamin B, gangguan penyakit hati.

8) Nyeri pada sendi pinggul

Gangguan sendi pinggul misal radang sendi dan sendi tulang yang keropos,kelainantulang-ulangsendi,kelainanpadasarafdari punggu bagianbawah yang terjepit.

9) Nyeri Pinggang atau Punggung

Gangguan sendi - sendi atau susunan sendi, gangguan pankreas, kelainan ginjal, gangguan pada rahim, gangguan pada kelenjar prostat, gangguan pada otot - otot badan.

10) Berat Badan Menurun

Disebabkan oleh pada umumnya nafsu makan menurun karena kurang adanya gairah hidup atau keluesan.

11) Sukar Menahan Air Seni (Sering Mengompol)

Disebabkan oleh radang kandung kemih, radang saluran kemih, kelainan kontrol pada kandung kemih, kelainan persarafan pada kandung kemih.

12) Sukar Menahan Buang Air Besar

Disebabkan oleh kelainan pada usus besar, kelainan pada ujung saluran pencernaan.

13) Gangguan pada ketajaman penglihatan

Disebabkan kelainan pada lensa (refleksi lensa mata kurang), kekeruhan pada lensa katarak), tekanan pada mata yang meninggi (glukoma), radang saraf mata.

14) Gangguan Pendengaran

Disebabkan oleh kelainan degeneratif (otot sklerosis).

15) Gangguan tidur (Sulit Tidur)

Disebabkan lingkungan yang tidak nyaman.

16) Keluhan Pusing – pusing

Gangguan local misalnya vaskuler, sakit kepala sebelah, tekanan dalam bola mata yang meninggi.

17) Keluhan perasaan dingin-dingin dan kesemutan pada anggota badan

Disebabkan oleh gangguan sirkulasi darah lokal, gangguan persarafan umum, gangguan pada persarafan local pada bagian anggota badan.

18) Mudah gatal – gatal

Disebabkan karena kelainan kulit kering, degeneratif. (Bandiyah, 2009)

B. Konsep Diabetes Mellitus

1. Definisi

Diabetes mellitus merupakan sekelompok kelainan heterogen yang ditandai oleh kenaikan kadar glukosa dalam darah atau hiperglikemia (Padila, 2012). Diabetes mellitus adalah penyakit metabolik yang kebanyakan hereditas, dengan tanda-tanda hiperglikemia dan glukosuria (Aspiani, 2014).

Diabetes mellitus adalah gangguan metabolisme yang ditandai dengan hiperglikemi yang berhubungan dengan abnormalitas metabolisme karbohidrat, lemak, dan protein yang disebabkan oleh penurunan sekresi insulin atau penurunan sensitivitas insulin atau keduanya komplikasi kronis mikrovaskuler, makrovaskuler, dan neuropati (Nurarif, 2014)

2. Klasifikasi

Adapun klasifikasi Diabetes mellitus sebagai berikut :

- a. Tipe I: Diabetes mellitus tergantung insulin (IDDM).
- b. Tipe II : Diabetes mellitus tidak tergantung insulin (NIDDM).
- c. Diabetes mellitus yang berhubungan dengan keadaan atau sindrom lainnya.
- d. Diabetes mellitus gestasional (GDM).

(padila, 2012)

3. Etiologi

- a. Diabetes tipe I

Diabetes yang tergantung insulin di tandai dengan penghancuran sel-sel beta pancreas yang disebabkan oleh :

- 1) faktor genetic

Penderita diabetes tidak mewarisi diabetes militus tipe I itu sendiri,tetapi mewarisisuatu predisposisi atau kecendrungan genetic kearah terjadinya Diabetes Mellitus tipe I. kecendrungan genetic ini ditemukan pada individu yang memiliki tipe antigen HLA.

- 2) Faktor imunologi

Adanya respon autoimun yang merupak respon abnormal dimana antibody terarah pada jarngan normal tubuh dengan cara bereaksi terhadap jaringan tersebut yang dianggapnya seolah-olah sebagai jaringan asing.

3) Faktor lingkungan

Virus atau toksin tertentu dapat memicu proses autoimun yang menimbulkan destruksi sel beta.

b. Diabetes tipe II

Disebabkan oleh kegagalan relative sel beta dan resistensi insulin. faktor-faktor yang berhubungan dengan proses terjadinya Diabetes Mellitus tipe II : usia, obesitas, riwayat keluarga .(Nurarif, 2015).

4. Manifestasi Klinis

Menurut Aspiani, (2014) gejala klinis Diabetes Mellitus yang klasik : polidipsi, polifagi, poliuri dan berat badan meningkat (fase kompensasi) apabila keadaan ini tidak segera diobati maka muncul decompensasi fase trias dibawah ini dengan trias sindrom Diabetes Mellitus akut:

- a. Polidipsi
- b. Gejala kronis yang sering adalah lemah, kesemutan, penurunan kemampuan seksual, penglihatan, kaku otot, dan sakit kepala.
- c. Berat badan menurun atau meningkat, mual muntah dan ketoasidosis diabetes.
- d. Poliuri
- e. Gula darah puasa diatas 120 mg/dl, gula darah 2 jam PP diatas 200 mg/dl.
- f. Polipagi

5. Patofisiologi

Diabetes melitus merupakan kumpulan gejala kronik dan bersifat sistemik dengan karakteristik peningkatan glukosa darah atau hiperglikemia yang disebabkan menurunnya sekresi atau aktifitas dari insulin sehingga mengakibatkan terhambatnya metabolisme karbohidrat, protein, dan lemak (Tarwoto, 2012)

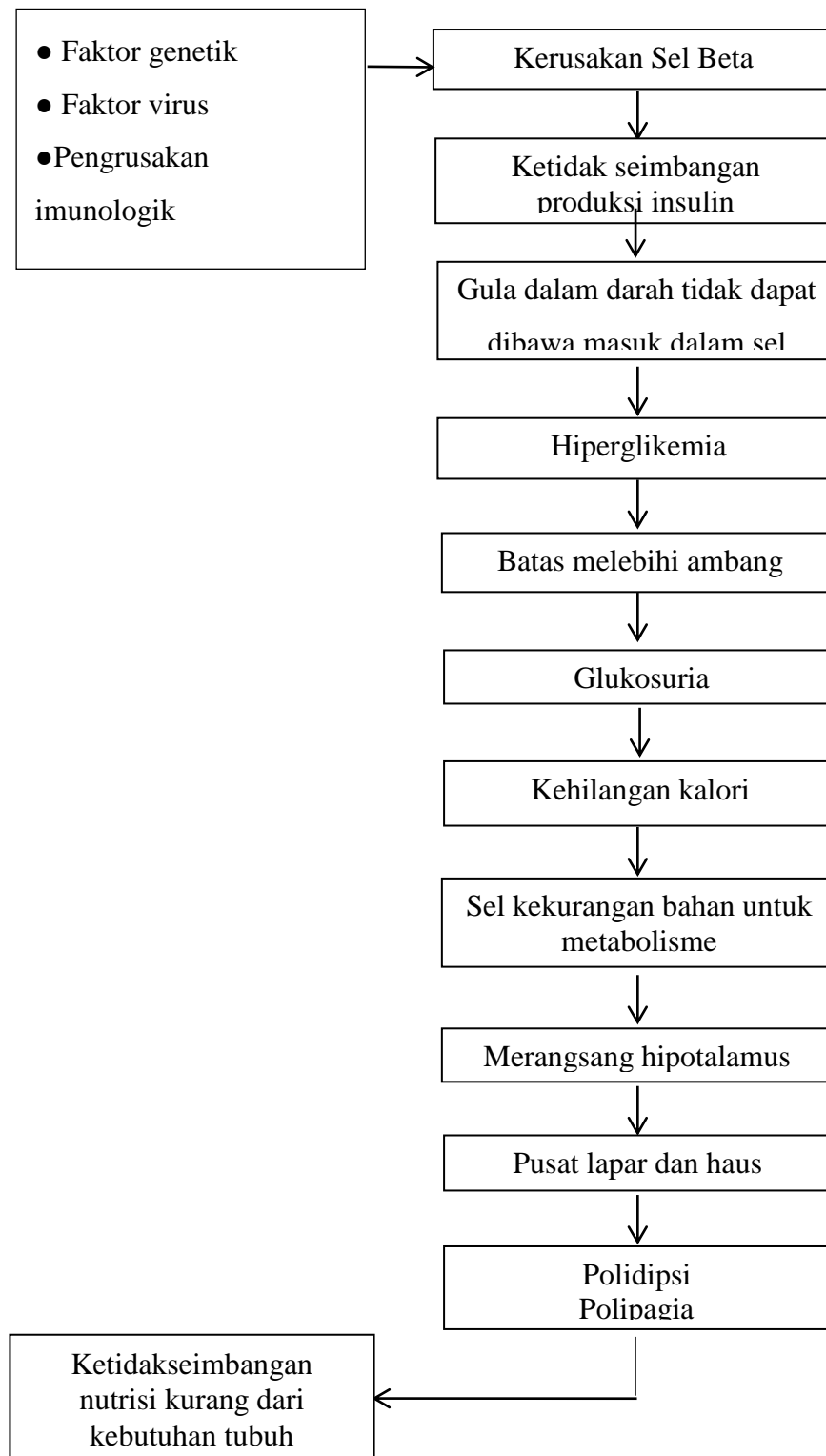
Glukosa secara normal bersirkulasi dalam jumlah tertentu dalam darah dan sangat dibutuhkan untuk kebutuhan sel dan jaringan. Glukosa dibentuk dari makanan yang dikonsumsi. Makanan sebagian yang masuk digunakan untuk kebutuhan energi dan sebagian lagi disimpan dalam bentuk glikogen hati dan jaringan lainnya dengan bantuan insulin. Insulin merupakan hormon yang diproduksi oleh sel beta pulau langerhans pankreas yang kemudian produksinya masuk ke dalam darah dengan jumlah sedikit kemudian meningkat jika ada makanan yang masuk. Pada organ dewasa rata-rata diproduksi 40-50 unit, untuk mempertahankan glukosa darah tetap stabil antara 70-120 mg/dl (Tarwoto, dkk, 2012).

Pada diabetes tipe II masalah utama adalah berhubungan dengan resistensi insulin dan gangguan sekresi insulin. Resistensi insulin menunjukkan penurunan sensitivitas jaringan pada insulin. Normalnya insulin mengikat reseptor khusus pada permukaan sel dan mengawali rangkaian reaksi meliputi metabolisme glukosa. Pada diabetes mellitus tipe II reaksi intraseluler dikurangi, sehingga menyebabkan efektivitas insulin menurun dalam menstimulasi penyerapan glukosa oleh jaringan dan pada pengaturan pembebasan oleh hati. Mekanisme yang menjadi utama resistensi insulin dan

gangguan sekresi insulin pada diabetes mellitus tipe II tidak diketahui, meskipun faktor genetik berperan pertama .

Untuk mengatasi resistensi insulin dan mencegah penumpukan glukosa dalam darah, peningkatan sejumlah insulin harus disekresi dalam mengatur kadar glukosa darah dalam batas normal atau sedikit lebih tinggi kadarnya. Namun, jika sel beta tidak dapat menjaga dengan meningkatkan kebutuhan insulin, mengakibatkan kadar glukosa meningkat dan Diabetes Melitus tipe II berkembang (Tarwoto, dkk, 2012).

6. Patway



(Nurarif, 2015)

7. Pemeriksaan penunjang

a. Pemeriksaan darah

- 1) Glukosa darah puasa (GDP) : >120 mg/dl
- 2) Glukosa darah 2 jam PP : > 200 mg/dl
- 3) Glukosa darah GDA : >200 mg/dl

b. Urine

Pemeriksaan urine reduksi biasanya 3x sehari dilakukan 30 menit sebelum makan dapat juga 4x sehari, tetapi lebih lazim dilakukan 3x sehari sebelum makan, urine reduksi normal umumnya biru, bila tiap glukosa dalam urine.

(aspiani, 2014).

8. Penatalaksanaan

Tujuan utama terapi Diabetes mellitus adalah mencoba menormalkan aktivitas insulin dan kadar glukosa darah dalam upaya untuk mengurangi komplikasi vaskuler serta neuropati. Tujuan terapeutik pada setiap diabetes adalah mencapai kadar glukosa normal.

Ada lima komponen dalam penatalaksanaan diabetes :

- a. Diet
- b. Latihan
- c. Pemantauan
- d. Terapi (jika diperlukan).
- e. Pendidikan kesehatan

(Padila, 2012).

C. Konsep Ketidakseimbangan Nutrisi

1. Definisi

Asupan nutrisi yang tidak memenuhi kebutuhan metabolik (Nurarif, 2015). Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh adalah suatu keadaan ketika individu yang tidak puasa mengalami atau beresiko mengalami penurunan berat badan yang berhubungan dengan asupan yang tidak adekuat untuk kebutuhan metabolik (Sabatini, 2017).

Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh adalah kondisi ketika individu yang tidak puasa mengalami atau beresiko mengalami ketidakefektifan asupan atau metabolisme nutrisi untuk kebutuhan metabolisme dengan atau tanpa penurunan berat badan (Carpenito, 2012).

2. Faktor Resiko

- a. Ketidakmampuan menelan makanan
- b. Ketidakmampuan mencerna makanan
- c. Ketidakmampuan mengabsorpsi nutrisi
- d. Peningkatan kebutuhan metabolisme
- e. Faktor ekonomi (misal, finansial tidak mencukupi)
- f. Faktor psikologis (misal, stress, keengganan untuk makan)

3. Gejala Dan Tanda Mayor

Berat badan menurun minimal 10% dibawah rentang ideal

4. Gejala Dan Tanda Minor

- a. Cepat kenyang setelah makan
- b. Nafsu makan menurun

- c. Serum albumin menurun
- d. Bising usus hiperaktif

(PPNI, 2016)

5. Bahan Makanan Yang Dianjurkan Dan Tidak Dianjurkan Untuk Diet Diabetus Mellitus

a. Bahan Makanan Yang Dianjurkan

Bahan makanan yang dianjurkan untuk diet Diabetus Mellitus adalah sebagai berikut :

- 1) Sumber karbohidrat kompleks, seperti nasi, roti, kentang, singkong, ubi dan sagu.
- 2) Sumber protein rendah lemak, seperti ikan, ayam tanpa kulit, susu skim, tahu dan kacang-kacangan.
- 3) Sumber lemak dalam jumlah terbatas yaitu bentuk makanan yang mudah dicerna, makanan yang diolah dengan cara dipanggang, dikukus, direbus, dan dibakar.

b. Bahan Makanan Yang Tidak Dianjurkan (dibatasi/dihindari).

Bahan makanan yang tidak dianjurkan, dibatasi, dihindari untuk diet Diabetus Mellitus adalah :

- 1) Mengandung banyak gula sederhana, seperti : gula pasir, gula jawa, sirup, jeli, buah-buahan yang diawatkan dengan gula, susu kental manis, minuman botol ringan, dan es krim, kue-kue manis, cake, dan dodol.

- 2) Mengandung banyak lemak, seperti : makanan siap saji (junk food), goreng-gorengan.
- 3) Mengandung banyak natrium, seperti : ikan asin, telur asin, makanan yang diawetkan (Almatsier, 2014)

D. Konsep Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

Pengkajian keperawatan merupakan salah satu dari komponen dari proses keperawatan yaitu suatu usaha yang dilakukan oleh perawat dalam menggali permasalahan dari klien meliputi usaha pengumpulan data tentang status kesehatan seorang klien secara sistematis, menyeluruh, akurat, singkat, dan berkesinambungan. (Muttaqin, 2010)

a. Identitas

Identitas klien yang biasanya dikaji pada penyakit sistem endokrin adalah usia, karena ada beberapa penyakit endokrin banyak terjadi pada klien di atas usia 60 tahun.

b. Keluhan utama

keluhan utama yang sering ditemukan pada klien dengan penyakit endokrin seperti titik 2 diabetes mellitus adalah poliuria, polipagi dan polidipsi.

c. Riwayat penyakit sekarang

riwayat kesehatan saat ini berupa uraian mengenai penyakit yang diderita oleh klien dari mulai timbulnya keluhan yang dirasakan sampai client dibawa ke rumah sakit, dan apakah pernah memeriksakan diri ke tempat lain selain rumah sakit umum serta pengobatan apa yang pernah

diberikan dan bagaimana perubahannya dan data yang didapatkan saat pengkajian.

d. Riwayat penyakit dahulu

riwayat kesehatan yang lalu seperti riwayat penyakit hematologi sebelumnya, riwayat pekerjaan pada pekerja yang berhubungan dengan adanya riwayat penyakit infeksi saluran kemih, penggunaan obat-obatan, riwayat mengkonsumsi alkohol dan merokok.

e. Riwayat penyakit keluarga

yang perlu dikaji apakah dalam keluarga ada yang menderita penyakit yang sama karena faktor genetik atau keturunan.

f. Pemeriksaan fisik

1) Keadaan umum

keadaan umum klien lansia yang mengalami gangguan endokrin biasanya lemah

2) Kesadaran

Kesadaran klien biasanya composmentis, apatis sampai somnolen.

3) Tanda-tanda vital

a) Suhu meningkat (37 derajat celcius).

b) Nadi meningkat atau menurun (N:78-80x/m).

c) Tekanan darah meningkat.

d) Pernapasan biasanya meningkat

- 4) Pemeriksaan review of system (ROS)
- a) Sistem pernapasan (B1 : Breathing)
pada diabetes melitus dapat ditemukan peningkatan frekuensi nafas atau dalam batas normal.
 - b) Sistem sirkulasi (B2 : Bleeding)
kaji adanya penyakit jantung, frekuensi nadi apikal, sirkulasi perifer, warna, dan kehangatan.
 - c) Sistem persyarafan (B3 : Brain)
kaji adanya hilangnya gerakan atau sensasi, spasme otot, terlihat kelemahan atau hilang fungsi. Pergerakan mata atau kejelasan melihat, dilatasi pupil. Agitasi (mungkin berhubungan dengan nyeri atau ansietas).
 - d) Sistem perkemihan (B4 : Bleder)
Perubahan pola berkemih, seperti inkontinensia urine, disuria, distensi kandung kemih, warna dan bau urine, dan kebersihannya. Dapat ditemukan adanya retensi cairan, penurunan output urine.
 - e) Sistem pencernaan (B5 : Bowel)
Berat badan menurun, diare dan nyeri abdomen
 - f) Sistem muskuloskeletal (B6 : Bone)
Kaji adanya nyeri berat tiba-tiba atau mungkin terlokalisasi pada area jaringan, dapat berkurang pada imobilisasi, kontraktur atrofi otot, laserasi kulit dan perubahan warna.

g. Pola fungsi kesehatan

- 1) pola persepsi dan tatalaksana hidup sehat.
menggambarkan persepsi, pemeliharaan dan kesehatan.
- 2) Pola nutrisi
menggambarkan masukan yang berisi, balance cairan dan elektrolit
kuat nafsu makan, pola makan, kesulitan menelan, mual atau
muntah, dan makanan kesukaan.
- 3) Pola eliminasi
menjelaskan pola fungsi ekskresi, kandung kemih komodifikasi, ada
tidaknya masalah defekasi, masalah nutrisi, dan penggunaan kateter.
- 4) Pola tidur dan istirahat
menggambarkan pola tidur, istirahat, dan persepsi terhadap energi,
jumlah jam tidur pada siang dan malam hari, masalah tidur
komandan insomnia.
- 5) Pola aktivitas dan istirahat
menggambarkan pola latihan, aktivitas, fungsi pernapasan, dan
sirkulasi, riwayat penyakit jantung frekuensi irama dan kedalaman
pernafasan. Pengkajian KATZ
- 6) Pola hubungan dan peran
menggambarkan dan mengetahui hubungan dan peran klien terhadap
anggota keluarga dan masyarakat tempat tinggal, pekerjaan, tidak
punya rumah, dan masalah keuangan. Pengkajian APGAR
GERONTIK.

- 7) Pola sensori dan kognitif
Menjelaskan persepsi sensori dan kognitif. pola persepsi sensori meliputi pengkajian penglihatan pendengaran perasaan dan pembauan. Pengkajian status mental menggunakan tabel short portable mental status kuesioner (SPMQS)
- 8) Pola persepsi dan konsep
menggambarkan sikap tentang diri sendiri dan persepsi terhadap kemampuan konsep diri. konsep diri menggambarkan gambaran diri harga diri, peran, identitas diri. Manusia sebagai sistem terbuka dan makhluk biopsikososial kultural spiritual, kecemasan, ketakutan, dan dampak terhadap sakit. Pengkajian tingkat depresi menggunakan tabel inventaris depresi beck.
- 9) Pola seksual dan reproduksi
Menggambarkan kepuasan atau masalah terhadap seksualitas
- 10) Pola mekanisme atau penanggulangan stres dan coping
Menggambarkan kemampuan untuk menangani stres.
- 11) Pola tata nilai dan kepercayaan
Menggambarkan dan menjelaskan pola, nilai keyakinan termasuk spiritual.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons klien individu

,keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (Heather, 2018)

- a. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh
- b. Keletihan
- c. Kurang pengetahuan b.d

(Nurarif,2015)

3. Intervensi keperawatan

Intervensi keperawatan didefinisikan sebagai berbagai perawatan, berdasarkan penilaian klinis dan pengetahuan, yang dilakukan oleh seorang perawat untuk meningkatkan hasil klien/pasien (Heather, 2018).Intervensiketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh(Aspiani, 2015)

Tabel 2.1
Intervensi keperawatan

NO	Diagnosa keperawatan	Perencanaan	
		Tujuan dan kriteria	Intervensi
1.	<p>Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh</p> <p>Definisi : Asupan nutrisi tidakcukup untuk memenuhi kebutuhan nutrisi</p> <p>Batasan karekteristik :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Berat badan 20% atu lebih dibawah berat badan ideal - Penurunan berar badan dengan asupan makanan adekuat - Kurang informasi tentang makanan - Kurang makan - Cepat kenyang setelah makan - Mengeluh gangguan sensai rasa makanan 	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan kebutuhan nutrisi adekuat</p> <p>(status nutrisi : asupan makanan, cairan dan zat gizi) adekuat dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tidak terjadi penurunan berat badan yang berarti - Klien mampu mengidentifikasi kebutuhan nutrisi - Intake nutrisi dan cairan adekuat - Klien melaporkan keadekuatan tingkat energy - Peningkatan pengetahuan klien 	<p>Manajemen nutrisi (nutritional management Dan Monitoring nutrisi (monitoring nutrition)</p> <ul style="list-style-type: none"> - kaji factor-faktor yang berpengaruh terhadap hilang nafsu makan klien - kaji adanya alergi makanan - kolaborasikan dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan pasien - anjurkan pasien untuk meningkatkan intake Fe - anjurkan pasien untuk meningkatkan

-
- protein dan vitamin C
 - berikan makanan yang terpilih (sudah dikonsultasikan dengan ahli)
 - monitor jumlah nutrisi dan kandungan kalori
 - berikan informasi tentang kebutuhan nutrisi
 - tanyakan pada klien tentang alergi makanan
 - tanyakan makanan kesukaan klien
 - tentukan kemampuan klien untuk memenuhi kebutuhan nutrisi
 - anjurkan peningkatan masukan protein dan vitamin B
 - anjurkan untuk banyak makan buah dan minum
 - dukung anggota keluarga untuk memenuhi kebutuhan nutrisi yang bergizi dan tidak mahal
 - berikan klien minuman dan cemilan bergizi, tinggi protein, tinggi kalori yang siap di konsumsi bila memungkinkan.
 - Tawarkan snack (misalnya: buah-buahan segar)
 - **Monitoring nutrisi**
:
 - timbang berat badan pasien secara berkala
 - monitoring adanya penurunan BB klien
 - monitoring lingkungan selama makan
-

2.	<p>Keletihan Definisi : rasa letuih yang luar biasa dan penurunan kapasitas kerja fisik dan jiwa yang pada tingkat yang biasanya secara terus menerus</p>	<p>Noc -endurance -concentrasion -energy conservation -nutritional status energy Kriteria hasil : - memverbalisasikan peningkatan energy dan merasa lebih baik - menjelaskan penggunaan enrgiuntuk mengatasi kelelahan - kulaitas hidup meningkat - istirahat cukup -</p>	<p>Nic Energy manageman - observasi adanya pembatasan klien dalam melakukan aktivitas - kaji adanya penyebab factor kelelahan - monitor nutrisi dan sumber energy yang adekuat - monitor pasien akan adanya kelelahan fisik dan emosi secara berlebihan - monitor pola tidur dan lamany tidur klien/istirahat kllien - bantu aktivitas sehari-hari pasien sesuai kebutuhan - tingkatkan tirah baring dan peningkatan aktivitas klien</p>
3.	<p>kurang pengetahuan berhubungan dengan kurang paparan ditandai dengan klien mengungkapkan adanya masalah</p>	<p>Noc Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan pengetahuan klien tentang penyakit meningkat Kriteria hasil : - menjelaskan proses penyakit - menjelaskan penyebab dan patofisisologi penyakit - menjelaskan tanda dan gejala penyakit</p>	<p>Nic Pendidikan kesehatan : - kaji tngkat pengetahuan klien berhubungan proses penyakit yang spesifik - berikan pengajaran sesuai tingkat pemahaman klien - sediakan lingkungan yang onduusif untuk belajar - diskusiskn perubhan prilaku yang dapat mencegah komplikasi - ikut sertakan keluarga tau anggota keluarga lain bila memungkinkan</p>

4. Implementasi Keperawatan

Suatu proses perencana dengan tujuan merubah atau memanifulasi stimulus fokal, konstektual, dan residual. Perawat melakukan tindakan keperawatan yang telah dibuat. Perawat memberikan pelayanan kesehatan untuk memelihara kemampuan fungsional lansia dan mencegah komplikasi serta meningkatkan kemampuan (Nursalam, 2013).

5. Evaluasi keperawatan

Evaluasi perkembangan kesehatan klien dapat dilihat dari hasilnya. Tujuannya adalah untuk mengetahui sejauh mana tujuan perawat dapat dicapai dan memeberikan umpan balik terhadap asuhan keperawatan yang diberikan. Langkah-langkah evaluasi adalah sebagai berikut :

- a. Daftar tujuan-tujuan klien
- b. Lakukan pengkajian apakah klien dapat melakukan sesuatu
- c. Bandingkan anatara tujuan dengankemampun klien
- d. Diskusikan dengan klien apakah tujuan dapat tercapai atau tidak.

(Tarwoto, 2011).