

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Penyakit

1. Konsep dasar diabetes melitus tipe 2

a. Definisi diabetes melitus tipe 2

Diabetes melitus merupakan penyakit kronis yang ditandai dengan peningkatan kadar glukosa darah (hiperglikemia) akibat gangguan pada kerja maupun produksi insulin. Insulin adalah hormon yang diproduksi oleh pankreas dan berfungsi membantu pengangkutan glukosa dari aliran darah ke dalam sel-sel tubuh untuk diubah menjadi energi. Ketika pankreas tidak mampu menghasilkan insulin dalam jumlah yang cukup atau tubuh tidak dapat menggunakannya secara efektif, kadar glukosa dalam darah akan meningkat. Secara umum, diabetes melitus dibagi menjadi dua tipe utama, yaitu diabetes melitus tipe 1 dan diabetes melitus tipe 2. Diabetes melitus tipe 1 terjadi karena kerusakan sel beta pankreas sehingga produksi insulin sangat sedikit atau bahkan tidak ada, sehingga penderitanya memerlukan suplai insulin dari luar, seperti melalui suntikan (Nova, O et al. 2025).

Sementara itu, diabetes melitus tipe 2 merupakan gangguan metabolik yang ditandai oleh hiperglikemia akibat resistensi insulin dan gangguan sekresi insulin. Pada kondisi ini, sel-sel tubuh tidak mampu merespons insulin secara optimal meskipun pankreas awalnya masih memproduksi insulin, bahkan dalam jumlah berlebih. Namun seiring waktu, sel beta pankreas dapat mengalami penurunan fungsi sehingga produksi insulin ikut menurun. Kombinasi antara resistensi insulin dan penurunan sekresi insulin inilah yang menyebabkan

peningkatan kadar glukosa darah secara kronis. Keadaan hiperglikemia yang berlangsung lama dapat memicu berbagai komplikasi serius, seperti kerusakan ginjal (nefropati), gangguan retina (retinopati), kerusakan saraf (neuropati), serta penyakit kardiovaskular. Resistensi insulin pada diabetes melitus tipe 2 sering dikaitkan dengan obesitas, kurangnya aktivitas fisik, dan proses penuaan (Rosyidah, N et al. 2025).

b. Penyebab diabetes melitus tipe 2

Diabetes melitus tipe 2 merupakan gangguan metabolik yang ditandai oleh defisiensi insulin relatif akibat disfungsi sel beta pankreas dan resistensi insulin pada jaringan target. Penyakit ini terjadi karena adanya kelainan pada sekresi insulin, kerja insulin, atau kombinasi keduanya. Patofisiologi diabetes melitus tipe 2 melibatkan berbagai organ yang dikenal dengan konsep ominous octet, yaitu kegagalan sel beta pankreas dalam menghasilkan insulin yang cukup untuk mengimbangi peningkatan resistensi insulin (Widiasari et al. 2021)

c. Patofisiologi diabetes melitus tipe 2

Metabolisme energi melibatkan proses pemecahan zat gizi menjadi glukosa yang kemudian masuk ke dalam sel dengan bantuan insulin untuk menghasilkan energi. Pada diabetes melitus, meskipun insulin dan reseptornya tersedia, terjadi gangguan pada sel sehingga glukosa tidak dapat masuk dan di metabolisme secara efektif. Kondisi ini dikenal sebagai resistensi insulin atau penurunan sensitivitas jaringan terhadap insulin, yang merupakan ciri khas diabetes melitus tipe 2. Akibatnya, kadar glukosa tetap tinggi di dalam darah. Resistensi insulin dapat dipengaruhi oleh penuaan, penurunan fungsi sel beta pankreas, obesitas, serta pola makan dan gaya hidup yang tidak sehat (Suyono et al. 2015).

Selain gangguan metabolik, diabetes melitus juga berkaitan erat dengan *ansietas*. Sebagai penyakit kronis yang memerlukan pengobatan seumur hidup dan pengaturan diet ketat, diabetes dapat menimbulkan stres dan *ansietas* pada penderitanya. *Ansietas* dapat memperburuk kondisi melalui peningkatan hormon kortisol yang memengaruhi metabolisme insulin dan kadar gula darah, serta berdampak pada pola makan dan berat badan. Hubungan antara diabetes dan *ansietas* bersifat dua arah, baik secara fisiologis maupun perilaku, dan bila tidak dikelola dengan baik dapat meningkatkan risiko komplikasi (Prasetyo et al. 2020).

d. Klasifikasi diabetes melitus

Diabetes melitus dibagi menjadi beberapa tipe utama berdasarkan penyebab dan mekanisme terjadinya (Perkeni, 2021):

- 1) Diabetes melitus tipe 1 ditandai oleh destruksi sel beta pankreas yang menyebabkan defisiensi insulin absolut. Kerusakan sel beta ini umumnya disebabkan oleh proses autoimun, meskipun pada beberapa kasus bersifat idiopatik (penyebab tidak diketahui). Akibatnya, tubuh tidak mampu memproduksi insulin yang cukup sehingga penderita memerlukan terapi insulin seumur hidup.
- 2) Diabetes melitus tipe 2 memiliki karakteristik yang lebih bervariasi, mulai dari kondisi yang didominasi oleh resistensi insulin dengan defisiensi insulin relatif, hingga kondisi yang didominasi oleh gangguan sekresi insulin yang tetap disertai resistensi insulin. Pada tipe ini, insulin masih diproduksi tetapi tidak bekerja secara efektif atau jumlahnya tidak mencukupi kebutuhan tubuh.

- 3) Diabetes melitus gestasional merupakan diabetes yang didiagnosis pada trimester kedua atau ketiga kehamilan pada wanita yang sebelumnya tidak memiliki riwayat diabetes sebelum hamil, dan kondisi ini berhubungan dengan perubahan hormonal selama kehamilan yang menyebabkan resistensi insulin.
- 4) Selain itu, terdapat tipe spesifik lain yang berkaitan dengan penyebab tertentu, seperti sindrom diabetes monogenik (misalnya diabetes neonatal dan *maturity-onset diabetes of the young/MODY*), penyakit eksokrin pankreas seperti fibrosis kistik dan pankreatitis, serta diabetes yang diinduksi oleh obat atau zat kimia, termasuk penggunaan glukokortikoid pada terapi HIV/AIDS atau setelah transplantasi organ. Klasifikasi ini menunjukkan bahwa diabetes melitus merupakan kelompok penyakit metabolik yang heterogen dengan berbagai mekanisme penyebab yang berbeda.

e. Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan penunjang yang dilakukan pada pasien diabetes mellitus adalah (Padila, 2015):

- a. Glukosa darah sewaktu
- b. Kadar glukosa darah puasa
- c. Tes toleransi glukosa

Adapun penjelasan kadar darah sewaktu dan puasa sebagai patokan diagnosis diabetes melitus pada tabel 1 sebagai berikut.

Tabel 1

Kadar Darah Sewaktu dan Puasa Sebagai Patokan Diagnosis Diabetes Melitus
(mg/dL)

	Tidak Menderita Diabetes Melitus	Tidak Pasti Menderita Diabetes Melitus	Menderita Diabetes Melitus
1	2	3	4
Kadar glukosa darah sewaktu			
- Plasma vena	<100	100 – 200	>200
- Darah Kapiler	<80	80 – 200	>200
Kadar glukosa darah puasa			
- Plasma vena	<100	110 – 200	>126
- Darah kapiler	<90	90 – 110	>110

Sumber: (Padila, Buku: Keperawatan Medikal Bedah, 2015)

f. Faktor risiko

Faktor risiko diabetes melitus tipe 2 pada dasarnya sama dengan faktor risiko intoleransi glukosa dan terbagi menjadi faktor yang tidak dapat dimodifikasi, faktor yang dapat dimodifikasi, serta faktor risiko lain yang berkaitan (Perkeni, 2024).

1) Faktor risiko yang tidak dapat dimodifikasi

Faktor yang tidak dapat dimodifikasi meliputi ras dan etnik tertentu, riwayat keluarga dengan diabetes melitus tipe 2, serta usia yang semakin meningkat karena risiko intoleransi glukosa dan diabetes melitus 2 bertambah seiring pertambahan umur sehingga individu usia ≥ 40 tahun dianjurkan melakukan skrining. Selain itu, riwayat obstetri juga berperan, seperti wanita yang pernah melahirkan bayi dengan berat lahir lebih dari 4.000 gram atau memiliki riwayat diabetes melitus gestasional, serta individu dengan riwayat lahir berat badan

rendah (<2.500 gram) yang memiliki risiko lebih tinggi dibandingkan bayi dengan berat badan normal.

2) Faktor risiko yang dapat dimodifikasi

Faktor risiko yang dapat dimodifikasi mencakup berat badan berlebih atau obesitas ($IMT \geq 23 \text{ kg/m}^2$), kurangnya aktivitas fisik, hipertensi ($\geq 140/90 \text{ mmHg}$), serta pola makan tidak sehat seperti diet tinggi glukosa dan rendah serat yang meningkatkan risiko intoleransi glukosa dan diabetes melitus tipe 2.

3) Faktor risiko lain yang berkaitan

Selain itu, terdapat faktor lain yang berkaitan dengan peningkatan risiko diabetes melitus tipe 2, yaitu riwayat prediabetes sebelumnya seperti TGT (Toleransi Glukosa Terganggu) atau GDPT (Glukosa Darah Puasa Terganggu), serta riwayat penyakit kardiovaskular seperti stroke, penyakit jantung koroner (PJK), atau penyakit arteri perifer (PAD). Kombinasi berbagai faktor tersebut berkontribusi terhadap peningkatan risiko terjadinya diabetes melitus tipe 2.

g. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan diabetes melitus tipe 2 bertujuan untuk mengontrol kadar glukosa darah, mencegah komplikasi, meningkatkan kualitas hidup, dan menurunkan angka morbiditas serta mortalitas. Penatalaksanaan dilakukan secara komprehensif melalui pendekatan non-farmakologis dan farmakologis, serta pemantauan berkala (Perkeni, 2021).

1) Terapi non-farmakologis (perubahan gaya hidup)

- a) Edukasi diberikan kepada pasien dan keluarga mengenai perjalanan penyakit, pentingnya pengendalian glukosa darah, kepatuhan minum obat, pengenalan tanda hipoglikemia/hiperglikemia, serta pencegahan

komplikasi. Edukasi juga mencakup pemantauan glukosa darah mandiri dan perawatan kaki untuk mencegah ulkus diabetikum.

- b) Terapi nutrisi medis (TNM) menekankan pola makan seimbang sesuai kebutuhan kalori individu. Komposisi karbohidrat dianjurkan sekitar 45–65% total energi dengan pilihan tinggi serat, pembatasan sukrosa, pengurangan lemak jenuh (<7%), serta pengaturan jadwal makan teratur terutama pada pasien yang menggunakan insulin atau obat pemicu sekresi insulin.
- c) Aktivitas fisik dianjurkan minimal 150 menit per minggu dengan intensitas sedang (misalnya jalan cepat 30 menit selama 3–5 kali per minggu). Aktivitas fisik membantu meningkatkan sensitivitas insulin, menurunkan kadar glukosa darah, memperbaiki profil lipid, serta membantu pengendalian berat badan.

2) Terapi farmakologis

- a) Obat antihiperglikemia oral seperti metformin bekerja menurunkan produksi glukosa hati dan meningkatkan sensitivitas insulin.
- b) Terapi insulin diberikan pada kondisi hiperglikemia berat, kegagalan terapi oral, adanya infeksi berat, penurunan berat badan drastis, atau komplikasi akut. Insulin dapat diberikan sebagai insulin basal saja atau kombinasi basal-prandial sesuai kebutuhan dan respons pasien.

3) Pemantauan dan evaluasi berkala

Pemantauan dilakukan untuk menilai keberhasilan terapi dan mencegah komplikasi. Pemeriksaan meliputi glukosa darah puasa, 2 jam postprandial, serta HbA1c setiap ± 3 bulan untuk menilai kontrol jangka panjang. Selain itu,

dilakukan skrining rutin komplikasi seperti pemeriksaan fungsi ginjal (kreatinin, albumin urin), pemeriksaan mata (retinopati), pemeriksaan saraf (neuropati), serta evaluasi risiko penyakit kardiovaskular.

h. Komplikasi

Berbagai komplikasi akut dan kronis yang timbul akibat diabetes melitus sebagai berikut (Perkeni, 2024).

1) Komplikasi akut

Komplikasi akut pada diabetes melitus tipe 2 merupakan kondisi kegawatdaruratan metabolik yang terjadi akibat ketidakseimbangan kadar glukosa darah secara ekstrem dan memerlukan penanganan segera.

a) Krisis hiperglikemia

Krisis hiperglikemia terbagi menjadi dua bentuk utama, yaitu ketoasidosis diabetik (KAD) dan status hiperglikemia hiperosmolar (SHH). KAD ditandai dengan kadar glukosa darah sekitar 300–600 mg/dL. Kondisi ini terjadi akibat defisiensi insulin yang menyebabkan tubuh memecah lemak sebagai sumber energi sehingga menghasilkan badan keton yang bersifat asam, dengan gejala klinis berupa poliuria, polidipsia, dehidrasi, napas cepat dan dalam, hingga penurunan kesadaran. Sementara itu, SHH ditandai dengan kadar glukosa darah sangat tinggi (>600 mg/dL). Kondisi ini lebih sering terjadi pada penderita diabetes melitus tipe 2 usia lanjut, berkembang secara perlahan, dan ditandai dengan dehidrasi berat serta gangguan kesadaran.

b) Hipoglikemia

Hipoglikemia adalah kondisi kadar glukosa darah <70 mg/dL. Keadaan ini umumnya disebabkan oleh penggunaan insulin atau obat golongan sulfonilurea,

keterlambatan makan, atau aktivitas fisik berlebihan tanpa penyesuaian dosis obat. Gejala dapat berupa berkeringat, gemetar, jantung berdebar, lemas, pusing, gangguan konsentrasi, hingga penurunan kesadaran dan kejang. Hipoglikemia berat dapat mengancam jiwa jika tidak segera ditangani dengan pemberian glukosa.

2) Komplikasi kronis

Komplikasi kronis berkembang secara perlahan akibat hiperglikemia yang berlangsung lama dan berhubungan dengan kerusakan pembuluh darah besar (makrovaskular) maupun kecil (mikrovaskular).

a) Komplikasi makrovaskular (makroangiopati)

Makroangiopati terjadi akibat proses aterosklerosis yang dipercepat pada penderita diabetes melitus dan menjadi penyebab utama kesakitan serta kematian. Kondisi ini umumnya menyerang beberapa organ penting, seperti jantung yang dapat menyebabkan penyakit jantung koroner yang dapat berujung pada infark miokard, otak yang meningkatkan risiko stroke iskemik maupun hemoragik, serta pembuluh darah perifer dapat menyebabkan penyakit arteri perifer yang ditandai klaudikasio intermiten, luka sulit sembuh, hingga risiko amputasi. Faktor yang memperberat komplikasi makrovaskular antara lain kontrol glikemik yang buruk, hipertensi, dislipidemia, dan kebiasaan merokok.

b) Komplikasi mikrovaskular (mikroangiopati)

Mikroangiopati merupakan komplikasi akibat kerusakan pembuluh darah kecil yang disebabkan oleh hiperglikemia kronik pada penderita diabetes melitus. Komplikasi ini meliputi retinopati diabetik, nefropati diabetik, dan neuropati diabetik. Retinopati diabetik merupakan komplikasi mikrovaskular

yang paling sering terjadi dan dapat menyebabkan kebutaan, yang dibedakan menjadi retinopati nonproliferatif dan proliferatif, dengan risiko progresi lebih tinggi pada pasien dengan kontrol glukosa dan tekanan darah yang buruk. Nefropati diabetik ditandai dengan kerusakan fungsi ginjal akibat perubahan struktur glomerulus yang dapat berkembang menjadi penyakit ginjal kronik hingga gagal ginjal terminal, sehingga deteksi dini penting dilakukan melalui pemeriksaan albuminuria dan fungsi ginjal secara berkala. Sementara itu, neuropati diabetik dapat bersifat sensorik, motorik, maupun otonom, dengan gejala berupa baal, kesemutan, nyeri neuropatik, serta gangguan fungsi otonom seperti gangguan gastrointestinal atau disfungsi ereksi, yang juga meningkatkan risiko terjadinya ulkus kaki diabetik hingga berujung pada amputasi.

2. Konsep dasar masalah keperawatan *ansietas*

a. Pengertian *ansietas*

Ansietas merupakan suatu kondisi emosi dan pengalaman subyektif individu terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik akibat antisipasi bahaya yang memungkinkan individu melakukan tindakan untuk menghadapi ancaman (SDKI PPNI, 2019).

b. Penyebab *ansietas*

Berdasarkan buku Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia penyebab dari *ansietas* yaitu (SDKI PPNI, 2019):

- 1) Krisis situasional
- 2) Kebutuhan tidak terpenuhi
- 3) Krisis maturasional
- 4) Ancaman terhadap konsep diri

- 5) Ancaman terhadap kematian
- 6) Kekhawatiran mengalami kegagalan
- 7) Disfungsi sistem keluarga
- 8) Hubungan orang tua-anak tidak memuaskan
- 9) Faktor keturunan (temperamen mudah teragitasi sejak lahir)
- 10) Penyalahgunaan zat
- 11) Terpapar bahaya lingkungan (mis. toksin, polutan, dan lain-lain)
- 12) Kurang terpapar informasi

c. Data mayor dan data minor *ansietas*

Menurut Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia berikut adalah tanda dan gejala dari *ansietas*, yang dibagi menjadi dua kategori (SDKI PPNI, 2019):

1) Gejala dan tanda mayor

a) Subjektif

- (1) Merasa bingung
- (2) Merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi
- (3) Sulit berkonsentrasi

b) Objektif

- (1) Tampak gelisah
- (2) Tampak tegang
- (3) Sulit tidur

2) Gejala dan tanda minor

a) Subjektif

- (1) Mengeluh pusing
- (2) Anoreksia

(3) Palpitasi

(4) Merasa tak berdaya

b) Objektif

(1) Frekuensi napas meningkat

(2) Frekuensi nadi meningkat

(3) Tekanan darah meningkat

(4) Diaforesis

(5) Tremor

(6) Muka tampak pucat

(7) Suara bergetar

(8) Kontak mata buruk

(9) Sering berkemih

(10) Berorientasi pada masa lalu

d. Kondisi klinis terkait *ansietas*

Menurut Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia kondisi klinis terkait *ansietas* yaitu (SDKI PPNI, 2019):

1) Penyakit kronis progresif (mis. kanker, penyakit autoimun)

2) Penyakit akut

3) Hospitalisasi

4) Rencana operasi

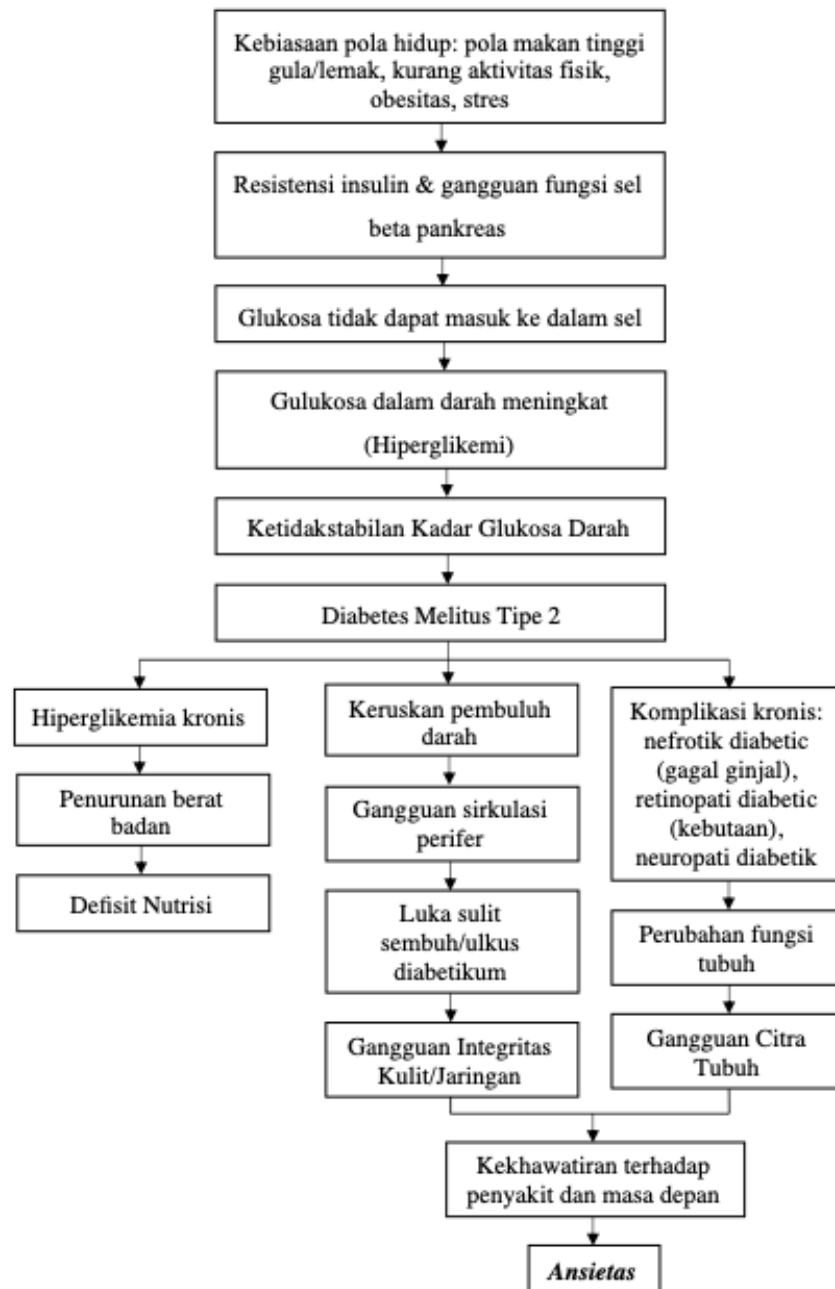
5) Kondisi diagnosis penyakit belum jelas

6) Penyakit neurologis

7) Tahap tumbuh kembang

B. Pathway

Pathway adalah adalah bagan yang digunakan untuk menggambarkan hubungan antara masalah utama, penyebab masalah, dan yang dampak yang ditimbulkan pada pasien, seperti pada gambar 1 berikut.



Gambar 1. Pathway Penyakit Diabetes Mellitus Tipe 2 Dengan Masalah Keperawatan

Sumber: (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia, 2019)

C. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian merupakan tahap awal dari proses keperawatan. Kegiatan yang dilakukan pada tahap pengkajian, yaitu mengumpulkan data, mengelompokkan data, dan menganalisa data.

a. Data biografi

Informasi biografi meliputi nama, jenis kelamin, golongan darah, tempat dan tanggal lahir, pendidikan terakhir, agama, status perkawinan, tinggi badan/berat badan, penampilan, alamat, diagnosis medis, penanggung jawab, nama penanggung jawab, hubungan dengan pasien, alamat dan no telepon.

b. Riwayat keluarga

Menambahkan genogram dalam riwayat keluarga. Perawat menanyakan tentang penyakit yang pernah dialami oleh keluarga. Apabila ada anggota keluarga yang meninggal, maka penyebab kematian juga ditanyakan. Hal ini ditanyakan karena banyak penyakit menurun dalam keluarga.

c. Riwayat pekerjaan

Perawat menanyakan situasi tempat bekerja dan lingkungannya. Seperti pekerjaan saat ini, alamat pekerjaan, berapa jarak dari rumah, pekerjaan sebelumnya, alat transportasi, dan sumber – sumber pendapatan dan kecukupan terhadap kebutuhan.

d. Riwayat lingkungan hidup

Mengenai bagaimana tipe tempat tinggal keluarga serta kondisinya, berapa jumlah anggota keluarga yang tinggal dalam 1 rumah bahkan hingga jumlah kamar dan derajat privasi.

e. Riwayat rekreasi

Menanyakan bagaimana hoby/minat pasien terutama keterlibatan dalam organisasi dan bagaimana liburan/perjalanan pasien.

f. Sistem pendukung

Pada bagian ini perawat mengkaji apakah pasien pernah berobat ke fasilitas pelayanan kesehatan (perawat, bidan, dokter, fisioterapi), jarak fasilitas pelayanan kesehatan dari rumah, jarak rumah sakit berapa km, jarak klinik berapa km, jarak pelayanan kesehatan dari rumah, perawatan sehari-hari yang dilakukan keluarga, kondisi lingkungan rumah.

g. Status kesehatan

Perawat mengkaji status kesehatan umum pasien selama 5 tahun yang lalu, mengkaji keluhan utama, keluhan saat ini, status kesehatan saat ini (paliatif dengan metode ESAS), obat-obatan yang dikonsumsi, status imunisasi, alergi (obat, makanan, faktor lingkungan), serta penyakit yang diderita.

h. Aktivitas hidup sehari – hari

Perawat mengkaji dengan menggunakan indeks katz, mengkaji BB, TB, TL/TB, IMT. Memeriksa vital sign pasien meliputi suhu, nadi, respirasi, dan tekanan darah.

i. Pemenuhan kebutuhan sehari-hari

Perawat mengkaji kebutuhan oksigenasi, cairan dan elektrolit, nutrisi, eliminasi, aktivitas, istirahat dan tidur, personal hygiene, seksual, rekreasi, psikologis (persepsi klien, konsep diri, emosi, adaptasi, mekanisme pertahanan diri).

j. Tinjauan sistem

Memeriksa terkait keadaan umum pasien, tingkat kesadaran dan GCS. Tanda tanda vital terkait kepala, mata, telinga, hidung, leher, ada dan punggung untuk mengecek jantung dan paru-paru, abdomen dan pinggang terkait system pencernaan dan status sistem genetaurinariue, ektremitas atas dan bawah, 24omati immune, genetalia, reproduksi, persarafan dan pengecapan.

k. Hasil pengkajian kognitif dan mental

1) *Short portable mental status questionnaire (SPMSQ)*

SPMSQ adalah instrumen yang digunakan untuk mengevaluasi prevalensi gangguan organik pada lansia, termasuk tes orientasi, memori, dan mengingat, di mana pasien diminta untuk menyebutkan tanggal, hari dalam seminggu, tempat, telepon atau alamat, tanggal lahir, presiden saat ini dan sebelumnya, dan nama keluarga.

2) *Mini – mental state exam (MMSE)*

MMSE merupakan alat skrining untuk menilai fungsi kognitif pada pasien dengan gangguan ringan hingga sedang, namun kurang sensitif pada gangguan berat. Skor berkisar 0–30; nilai >26 umumnya menunjukkan fungsi kognitif normal. Skor 20–26 mengindikasikan gangguan ringan, 11–20 gangguan sedang, dan ≤ 10 gangguan berat. Skor batas 23 sering digunakan sebagai indikasi disfungsi kognitif, tetapi interpretasinya perlu disesuaikan dengan tingkat pendidikan dan intelektual pasien, karena individu berpendidikan tinggi dapat tetap memperoleh skor hampir sempurna meskipun sudah mengalami gangguan kognitif.

3) *Geriatric depression scale (GDS)*

Skala depresi geriatri (GDS) adalah alat skrining berbentuk laporan diri untuk mendeteksi gejala depresi pada lansia, menggunakan format jawaban “ya/tidak”. Pertanyaannya menilai aspek seperti kesenangan, minat, dan interaksi sosial. Setiap jawaban yang mengarah pada indikasi depresi diberi skor 1 poin, sedangkan jawaban lainnya bernilai 0. Pada versi GDS-15, skor total berkisar 0–15; semakin tinggi skor, semakin besar kemungkinan dan tingkat keparahan depresi.

4) Skala risiko jatuh

Risiko Jatuh adalah pasien yang beresiko untuk jatuh yang umumnya disebabkan oleh faktor lingkungan dan faktor fisiologis yang dapat berakibat cedera terutama pada lansia. Oleh karena itu, pengkajian resiko jatuh di perlukan.

5) Gangguan tidur

Lansia rentan mengalami insomnia akibat perubahan pola tidur seiring proses penuaan. Keluhan meliputi sulit memulai tidur, sering terbangun di malam hari, sulit tidur kembali, dan bangun terlalu pagi. Karena insomnia merupakan gejala, perlu dikaji faktor biologis, emosional, medis, serta kebiasaan tidur yang kurang baik yang dapat memengaruhinya.

1. *Hamilton rating scale for anxiety (HARS)*

Hamilton Rating Scale for Anxiety merupakan instrumen penilaian klinis yang digunakan untuk mengukur tingkat keparahan gejala kecemasan pada individu. Skala ini terdiri dari 14 item yang mencakup gejala kecemasan psikik

dan somatik, dengan rentang skor 0 hingga 4 pada setiap item, sehingga total skor berkisar antara 0–56.

m. Data penunjang

Data penunjang berisi berisi hasil Laboratorim, radiologi, EKG, USG, CT-Scan, dan lain-lain.

n. Analisis data

Adapun penjelasan analisis data pada pasien diabetes melitus dengan *ansietas* pada tabel 2 sebagai berikut.

Tabel 2

Analisis Data pada Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 dengan *Ansietas*

No	Data (<i>Sign/Symptom</i>)	Interpretasi (<i>Etiologi</i>)	Masalah (<i>Problem</i>)
1	2	3	4
1.	Data Subjektif:	Kebiasaan pola hidup: pola	<i>Ansietas</i>
	1. Pasien mengatakan merasa bingung	makan tinggi gula/lemak,	(D. 0080)
	2. Pasien mengatakan merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi	kurang aktivitas fisik, obesitas stress ↓ Resistensi insulin gangguan fungsi sel beta pankreas ↓ Glukosa tidak dapat masuk ke dalam sel ↓ Glukosa dalam darah meningkat (hiperglikemia) ↓ Ketidakstabilan kadar glukosa darah	
	3. Pasien mengatakan sulit berkonsentrasi		
	4. Pasien mengeluh pusing		
	5. Pasien mengatakan anoreksia		
	6. Pasien mengatakan palpitasi		

1	2	3	4
7. Pasien mengatakan merasa tidak berdaya		Diabetes melitus tipe 2	
Data Objektif		Kerusakan pembuluh darah	
1. Pasien tampak gelisah		Gangguan sirkulasi perifer	
2. Pasien tampak tegang		Luka sulit sembuh/ulkus diabetikum	
3. Pasien sulit tidur		Gangguan integritas kulit/jaringan	
4. Frekuensi napas pasien meningkat		Komplikasi kronis: nefrotik diabetic (gagal ginjal), retinopati diabetic (kebutaan), neuropati diabetic	
5. Frekuensi nadi pasien meningkat		Perubahan fungsi tubuh	
6. Tekanan darah pasien meningkat		Gangguan citra tubuh	
7. Pasien tampak diaforesis		Kekhawatiran terhadap penyakit dan masa depan	
8. Pasien tampak tremor		Ansietas	
9. Muka pasien tampak pucat			
10. Suara pasien terdengar bergetar			
11. Kontak mata tampak buruk			
12. Pasien tampak sering berkemih			
13. Pasien tampak Berorientasi pada masa lalu			

Sumber: (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia, 2019)

2. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis 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 (SDKI PPNI, 2019).

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah segala treatment yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (outcome) yang diharapkan (SIKI PPNI, 2022). Adapun intervensi keperawatan pada pasien diabetes melitus tipe 2 dengan *ansietas* pada tabel 3 sebagai berikut.

Tabel 3

Intervensi Keperawatan pada Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 dengan *Ansietas*

Diagnosis Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
1	2	3
<i>Ansietas</i> (D. 0080) berhubungan dengan krisis situasional dengan dibuktikan dengan merasa bingung, merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi, sulit berkonsentrasi, tampak gelisah, tampak tegang,	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 5 x kunjungan maka diharapkan Tingkat Ansietas (L. 09093) menurun dengan kriteria hasil: 1. Verbalisasi kebingungan menurun	Intervensi Utama Terapi Relaksasi (I. 09326) Observasi 1. Identifikasi penurunan tingkat energi, ketidakmampuan berkonsentrasi, atau gejala lain yang

1	2	3
sulit tidur, mengeluh pusing, anoreksia, palpitasi, merasa tidak berdaya, frekuensi napas meningkat, frekuensi nadi meningkat, tekanan darah meningkat, diaforesis, tremor, muka tampak pucat, suara bergetar, kontak mata buruk, sering berkemih, berorientasi pada masa lalu	2. Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun 3. Perilaku gelisah menurun 4. Perilaku tegang menurun 5. Keluhan pusing menurun 6. Anoreksia menurun 7. Palpitasi menurun 8. Diaforesis menurun 9. Tremor menurun 10. Pucat menurun 11. Konsentrasi membaik 12. Pola tidur membaik	mengganggu kemampuan kognitif 2. Identifikasi teknik relaksasi yang pernah efektif digunakan 3. Identifikasi kesediaan, kemampuan, dan penggunaan teknik sebelumnya 4. Periksa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah, dan suhu sebelum dan sesudah latihan 5. Monitor respons terhadap terapi relaksasi Terapeutik 1. Ciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruang nyaman, jika memungkinkan 2. Berikan informasi tertulis tentang persiapan dan prosedur teknik relaksasi

1	2	3
		3. Gunakan pakaian longgar 4. Gunakan nada suara lembut dengan irama lambat dan berirama 5. Gunakan relaksasi sebagai strategi penunjang dengan analgetik atau tindakan medis lain, jika sesuai Edukasi 1. Jelaskan tujuan, manfaat, batasan, dan jenis relaksasi yang tersedia (mis. musik, meditasi, napas dalam, relaksasi otot progresif) 2. Jelaskan secara rinci intervensi relaksasi yang dipilih 3. Anjurkan mengambil posisi nyaman 4. Anjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi 5. Anjurkan sering mengulangi atau

1	2	3
		melatih teknik yang dipilih
		6. Demonstrasikan dan latih teknik relaksasi (mis. napas dalam, peregangan, atau imajinasi terbimbing)

Sumber: (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia, 2019); (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, Standar Luaran Keperawatan Indonesia, 2022); (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, Standar Intervensi Keperawatan, 2022)

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan salah satu tahap yang sangat penting dalam proses keperawatan yang berfokus pada pelaksanaan rencana tindakan yang telah disusun sebelumnya dalam perencanaan asuhan keperawatan. Pada tahap ini, perawat melakukan berbagai intervensi keperawatan secara sistematis dan terarah sesuai dengan diagnosis keperawatan serta kebutuhan pasien. Implementasi keperawatan tidak hanya terbatas pada pelaksanaan tindakan atau prosedur teknis semata, tetapi juga mencakup proses komunikasi terapeutik antara perawat dan pasien guna membangun hubungan saling percaya serta meningkatkan partisipasi pasien dalam proses perawatan. Melalui implementasi yang tepat dan sesuai dengan rencana asuhan keperawatan, diharapkan pasien dapat mencapai tingkat kesehatan yang optimal, mengalami penurunan atau pengendalian gejala penyakit, meningkatkan kenyamanan, serta mempercepat proses pemulihan atau penyembuhan. Dengan demikian, tahap implementasi keperawatan menjadi bagian yang sangat penting dalam memastikan

keberhasilan intervensi keperawatan yang telah direncanakan sebelumnya (Anggreny, Y et al. 2025).

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan tahap terakhir dalam proses keperawatan yang bertujuan untuk menilai sejauh mana tujuan dan hasil yang telah direncanakan dalam rencana asuhan keperawatan dapat tercapai. Pada tahap ini, perawat melakukan penilaian secara sistematis terhadap respons pasien setelah diberikan intervensi keperawatan dengan cara membandingkan kondisi atau hasil yang diperoleh pasien dengan tujuan serta kriteria hasil yang telah ditetapkan sebelumnya dalam perencanaan keperawatan. Melalui proses evaluasi tersebut, perawat dapat menentukan tingkat keberhasilan tindakan keperawatan yang telah diberikan kepada pasien atau klien, apakah masalah keperawatan yang dialami telah teratasi, teratasi sebagian, atau belum teratasi. Apabila tujuan yang telah ditetapkan belum tercapai secara optimal, maka perawat perlu meninjau kembali rencana asuhan keperawatan yang telah disusun dengan melakukan modifikasi intervensi, menambahkan tindakan keperawatan yang diperlukan, atau menyesuaikan pendekatan yang digunakan sesuai dengan kondisi dan kebutuhan pasien. Dengan demikian, evaluasi tidak hanya berfungsi sebagai tahap akhir dalam proses keperawatan, tetapi juga menjadi bagian dari siklus yang berkelanjutan untuk memastikan bahwa asuhan keperawatan yang diberikan tetap efektif, tepat sasaran, dan mampu membantu pasien dalam mengatasi masalah kesehatan yang dialaminya secara optimal

Evaluasi keperawatan dapat dilakukan menggunakan format berikut SOAP (Anggreny, Y et al. 2025).

- a. Subjektif (S), yaitu mendokumentasikan keluhan pasien yang tetap ada setelah implementasi keperawatan.
- b. Objektif (O), yaitu informasi yang diperoleh dari pengamatan jangka panjang dan korespondensi mengenai interaksi dengan pasien.
- c. Analisis (A), yaitu temuan dari sumber subjektif dan objektif (sering kali disajikan sebagai masalah keperawatan). Ketika respons pasien selaras dengan pencapaian hasil yang diharapkan, perawat dapat menilai apakah tujuan telah tercapai. Hasil yang diharapkan hanya sebagian berhasil, artinya tujuan hanya tercapai sebagian. Tujuan tidak tercapai jika hasil dan respons pasien masih belum terdapat perubahan.
- d. *Planning* (P), yaitu strategi perencanaan keperawatan yang akan dilaksanakan ditambahkan, diberhentikan, diubah, atau dipertahankan dalam perencanaan tindakan keperawatan yang sudah ditetapkan sebelumnya berdasarkan analisis.