

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Infeksi Saluran Kemih

1. Pengertian

Infeksi saluran kemih (ISK) merupakan kondisi dimana terdapat mikroorganisme dalam urin yang jumlahnya sangat banyak dan mampu menimbulkan infeksi pada saluran kemih (Dipiro et al., 2015). Infeksi Saluran Kencing (ISK) adalah infeksi akibat berkembang biaknya mikroorganisme di dalam saluran kemih, yang dalam keadaan normal air kemih tidak mengandung bakteri, virus atau mikroorganisme lain. Infeksi saluran kemih dapat terjadi pada pria maupun wanita dari semua umur, dan dari kedua jenis kelamin ternyata wanita lebih sering menderita infeksi ini daripada pria (Michael J & Wanda C, 2021).

Infeksi saluran kemih (ISK) disebabkan oleh adanya pertumbuhan mikroorganisme pada saluran kemih. Infeksi saluran kemih (ISK) dapat berupa keberadaan bakteri dalam urin (bakteriuria) dengan gejala atau tanpa gejala. Organisme yang dominan sebagai penyebab ISK adalah *Escherichia coli* yang terhitung 80-90% dari infeksi dan bakteri International Conference for Midwives (ICMid) 338 gram-negatif yang berkembang secara cepat dalam urine (Bazzaz, 2021).

2. Klasifikasi

a. ISK Uncomplicated (Simple)

ISK yang terjadi pada penderita dengan saluran kencing baik anatomik maupun fungsional normal. ISK ini pada usia lanjut terutama

mengenai penderita wanita dan infeksi hanya mengenai mukosa superficial kandung kemih.

b. ISK Complicated

Sering menimbulkan banyak masalah karena seringkali kuman penyebab sulit untuk diberantas. Kuman penyebab seringkali resisten terhadap beberapa jenis antibiotik, sering menyebabkan bakterimia, sepsis, hingga shok. Infeksi saluran kencing ini terjadi bila terdapat keadaan sebagai berikut :

- 1) Kelainan abnormal saluran kencing, misalnya batu ginjal
- 2) Kelainan faal ginjal: GGA maupun GGK
- 3) Gangguan imunitas (Klein & Hultgren, 2020).

3. Etiologi

Penyebab tersering ISK *Escherichia Coli* (70%), kemudian *Enterobacteriaceae* dan *Staphylococcus Saprophyticus*. Kuman penyebab lainnya adalah *Klebsiela*, *Proteus*, *Pseudomonas* dan *Serratia* spp. Etiologi penyebab infeksi saluran kemih (ISK) umumnya adalah *Escherichia coli*, yang telah dilaporkan pada 70-95% pada kasus ISK. Infeksi saluran kemih juga dipengaruhi oleh faktor inang, seperti umur, adanya komorbiditas, kerusakan korda spinalis, atau kateterisasi.

Infeksi Saluran kencing (ISK) terjadi akibat infeksi pada traktus urinarus yang disebabkan oleh masuknya mikroorganisme patogenik dengan atau tanpa disertainya tanda dan juga gejala. Mikroorganisme ini dapat masuk bisa dikarenakan penggunaan steroid jangka panjang, makanan yang terkontaminasi bakteri, proses perkembangan usia lanjut, anomali

saluran kemih, higine yang tidak bersih, dan hubungan seksual yang tidak sehat, serta akibat dari cidera uretra. Infeksi saluran kencing ini dapat mengenai kandung kemih, prostat, uretra, dan juga ginjal (Purnomo, 2014).

4. Tanda dan Gejala

a. Pada ISK bagian bawah

- 1) Nyeri yang sering dan rasa panas ketika berkemih
- 2) Urine keluar sedikit-sedikit
- 3) Hematuria
- 4) Nyeri punggung dapat terjadi

b. Pada ISK bagian atas

- 1) Sakit kepala/pusing
- 2) Malaise
- 3) Mual dan muntah
- 4) Demam
- 5) Menggigil
- 6) Rasa tidak enak
- 7) Nyeri pinggang dan panggul (Chu & Lowder, 2018).

5. Patofisiologi

Infeksi Saluran kencing (ISK) terjadi akibat infeksi pada traktus urinarus yang disebabkan oleh masuknya mikroorganisme patogenik dengan atau tanpa disertainya tanda dan juga gejala. Mikroorganisme ini dapat masuk bisa dikarenakan penggunaan steroid jangka panjang, makanan yang terkontaminasi bakteri, proses perkembangan usia lanjut, anomali saluran kemih, higine yang tidak bersih, dan hubungan seksual yang tidak

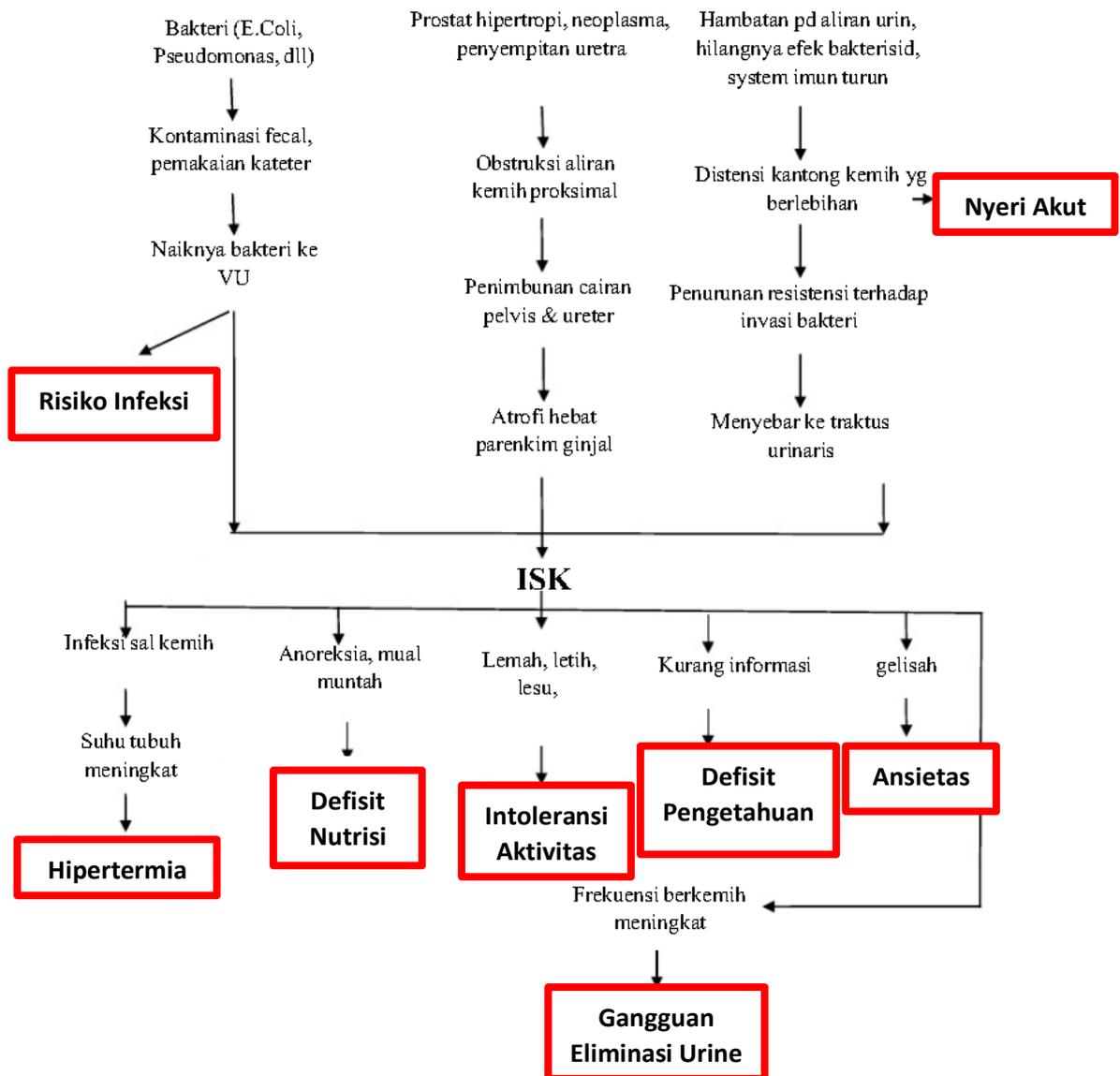
sehat, serta akibat dari cedera uretra. Infeksi saluran kencing ini dapat mengenai kandung kemih, prostat, uretra, dan juga ginjal.

Pada pasien dengan Infeksi saluran kencing, umumnya retensi urin terjadi akibat dari obstruksi dan menyebabkan peningkatan tekanan di vesika urinaria serta penebalan dinding vesika, ketika hal ini terjadi maka menyebabkan penurunan kontraksi vesika sehingga menimbulkan tahanan pada kandung kemih, urin yang tertahan pada kandung kemih dalam jangka waktu yang lama (lebih dari 12 jam) merupakan media yang baik untuk perkembangan mikroorganisme patogen seperti E. coli, Klabsiella, proteus, psudomonas, dan enterobacter.

Ketika bakteri telah berhasil berkembang, maka tubuh akan melakukan respon pertahanan dengan merangsang hipotalamus untuk menstimulus sistem pertahanan tubuh untuk memfagosit antigen tersebut sehingga akan menyebabkan peningkatan metabolisme dan muncul gejala demam, ketika antigen tidak mampu difagosit oleh sistem imun kita maka akan menyebabkan munculnya bakteremia sekunder yang menjalar ke ureter sehingga menyebabkan iritasi dan peradangan pada ureter, umumnya ketika hal ini terjadi maka akan menyebabkan pasien mengalami oliguria. Selain itu ketika proses peradangan terjadi akan meningkatkan frekuensi dorongan kontraksi uretra dan memunculkan persepsi nyeri akibat proses depresi syaraf perifer.

Selain itu, respon pertahanan tubuh kita juga akan merangsang hipotalamus sehingga muncul lah gejala seperti demam serta nyeri di bagian yang terinfeksi (Medina & Castilo-Pino, 2019).

6. Pathway



Gambar 2. 1 Pathway Infeksi Saluran Kemih

7. Komplikasi

Infeksi saluran kemih yang dibiarkan tidak tertangani dapat menyebabkan komplikasi berbahaya, seperti:

- Kerusakan ginjal permanen, jika bakteri menyebar hingga ke ginjal/ gagal ginjal
- Pielonefritis, peradangan ginjal karena jenis tertentu dari infeksi saluran

kemih (ISK)

- c. ISK berulang (kambuh) dalam kurun waktu 6 bulan atau hingga 4 kali dalam setahun
- d. Striktur uretra atau penyempitan saluran kencing
- e. Kelahiran prematur dan bayi terlahir dengan berat badan lahir rendah, jika ISK dialami oleh wanita hamil
- f. Sepsis, yaitu kondisi ketika bakteri penyebab ISK (biasanya yang menyebar hingga ke ginjal) masuk ke aliran darah dan menyebabkan respons tubuh yang bisa berakibat fatal (Gupta et al., 2017).

8. Penatalaksanaan

- a. Pemberian antibiotik, Terapi antibiotik per oral yang efektif terhadap bakteri coliform aerobik gram negatif, seperti *E coli*, adalah pilihan terapi pada pasien dengan infeksi saluran kemih bagian bawah
- b. Jaga tubuh tetap terhidrasi, minum air putih setidaknya 6-8 gelas atau 2 liter per hari dapat melindungi tubuh dari kekambuhan ISK.
- c. Hindari makanan dan minuman pantangan ISK, mengonsumsi soda, kopi, alkohol, minuman dengan pemanis buatan, dan sumber protein hewani dapat meningkatkan risiko ISK dan memperburuk gejala.
- d. Mengusap vagina dari depan ke belakang, bersihkan vagina sehabis buang air kecil dengan cara menyeka organ tersebut dari depan ke belakang, bukan dari belakang ke depan. Cara ini bisa menurunkan risiko ISK.
- e. Jangan menunda buang air kecil, menunda untuk buang air kecil dapat meningkatkan risiko ISK berulang pada wanita. Tidak cukup sering

buang air kecil dapat menyebabkan bakteri menumpuk di dalam saluran kemih.

- f. Lebih aktif menjaga berat badan yang sehat, kelebihan berat badan dan gaya hidup sedenter (tidak banyak bergerak) juga dapat meningkatkan risiko ISK berulang. Mempertahankan berat badan yang sehat dapat mengurangi risiko tersebut.
- g. Konsumsi suplemen lain, suplemen lain seperti D-mannose, probiotik, dan produk *cranberry* yang dikombinasikan dengan propolis juga diketahui berpotensi mengobati ISK (Gupta et al., 2017).

B. Konsep Jus Cranberry

1. Pengertian

Cranberry Amerika (*Vaccinium macrocarpon*) adalah salah satu dari beberapa buah asli Timur Amerika Utara. Cranberry adalah istilah yang berasal dari kontraksi “crane berry” nama ini berasal dari nama panggilan Bungan bilberry, cranberry adalah bagian dari keluarga Ericaceae dan secara alami tumbuh di rawa asam yang penuh dengan lumut gambut dihutan lembab (Hisano, 2012).

Cranberries (*Vaccinium macrocarpon*) merupakan buah golongan berry yang telah digunakan bertahun-tahun untuk mencegah Infeksi Saluran Kemih (ISK) pada wanita. Efek dari cranberry lebih terlihat pada wanita dengan infeksi saluran kemih berulang dan aman juga juga diberikan pada wanita hamil, anak-anak dengan ISK (Hisano, 2012).

2. Pemberian Ekstrak Jus Cranberry

Cranberry dalam bentuk cair dan biasanya diberikan sebagai jus

cranberry digunakan oleh orang Indian Amerika Utara untuk menjadi pengobatan dan pencegahan utama pada infeksi saluran kemih. Pada dasarnya aktivitas biologis cranberry adalah karena efek pengasaman pada urin. Mekanisme dalam mengobati dan mencegah infeksi saluran kemih adalah menonaktifkan kapasitas *Escherichia coli* untuk mematuhi urethra. Cranberry terdiri dari air (88%), asam organik (termasuk salisilat), fruktosa, vitamin C (kadar tinggi yaitu 200 mg/kg buah beri segar), flavonoid, antosianidin, katekin, dan triterpenoid.

Dosis penggunaan jus cranberry adalah setengah gelas (250 ml) setiap hari untuk melindungi dari infeksi saluran kemih dan apabila sudah menderita infeksi maka mengkonsumsi setidaknya tiga sampai empat gelas (750-1000 ml) jus cranberry sehari (Dipiro et al., 2015).

C. Konsep Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

a. Data Demografi

- 1) Identitas pasien yaitu nama, umur, jenis kelamin, agama, suku atau bangsa, status perkawinan, pendidikan, pekerjaan, alamat, tanggal masuk rumah sakit, tanggal pengkajian, catatan kedatangan.
- 2) Keluarga terdekat yang dapat dihubungi yaitu nama, umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, alamat, dan sumber informasi, beserta nomor telpon.

b. Riwayat kesehatan atau perawatan

- 1) Keluhan utama/ alasan masuk rumah sakit.

Biasanya klien mengeluhkan nyeri pada saat miksi, pasien juga

mengeluh sering buang air kecil berulang ulang (anyanganyangan) terbangun untuk miksi pada malam hari, perasaan ingin miksi yang sangat mendesak.

2) Riwayat kesehatan sekarang

a) Pasien mengeluh sakit pada saat miksi dan harus menunggu lama, dan harus mengedan.

b) Pasien mengeluh sering bak berulang.

c) Pasien mengeluh sering miksi di malam hari

3) Riwayat kesehatan terdahulu Apakah pasien pernah menderita infeksi saluran kencing sebelumnya, dan apakah pasien pernah dirawat di rumah sakit sebelumnya dengan keluhan yang sama.

4) Riwayat kesehatan keluarga Mungkin diantara keluarga pasien sebelumnya ada yang pernah menderita penyakit yang sama dengan penyakit pasien sekarang.

c. Pola fungsi kesehatan.

Meliputi pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan, pola nutrisi dan metabolisme, pola eliminasi, pola aktivitas dan latihan, pola istirahat dan tidur, pola kongnitif dan persepsi, persepsi diri dan konsep diri, pola peran hubungan, pola seksual dan reproduksi, pola coping dan toleransi stress, keyakinan dan kepercayaan.

d. Pemeriksaan Fisik

Pada waktu melakukan inspeksi keadaan umum pasien mengalami tanda-tanda penurunan mental seperti neuropati perifer, Pada waktu palpasi adanya nyeri tekan pada bagian kandung kemih.

- 1) Data dasar pengkajian pasien
 - a) Sirkulasi Tanda : Peningkatan tekanan darah (efek pembesaran ginjal)
 - b) Eliminasi gejala :
 - (1) Penurunan kekuatan/dorongan aliran urin tetsan
 - (2) Keraguan pada berkemih awal
 - (3) ketidakmampuan untuk mengosongkan kandung kemih dengan lengkap , dorongan dan frekuensi berkemih
 - (4) nokturia , disuria, dan hematuria
 - (5) duduk untuk berkemih
 - (6) infeksi saluran kencing berulang, dan riwayat batu
 - (7) konstipasi (prostrusi prostat kedalam rectum)
 - c) Makanan/cairan gejala :
 - (1) Anoreksia, mual dan muntah
 - (2) Penurunan berat badan
 - d) Nyeri/kenyamanan gejala :
 - (1) Nyeri suprapubik, panggul atau punggung, tajam, kuat (pada prostales akut)
 - (2) Nyeri punggung bawah
 - e) Seksualitas gejala :
 - (1) Masalah tentang efek kondisi/ penyakit kemampuan seksual
 - (2) Takut inkontinensia/ menetes selama hubungan intim
 - (3) penurunan kekuatan kontraksi ejakulasi

- f) Aktivitas istirahat
 - (1) Riwayat pekerjaan
 - (2) lamanya istirahatAktivitas sehari-hari
 - (3) Pengaruh penyakit terhadap aktivitas
 - (4) Pengaruh penyakit terhadap istirahat
- g) Higinie
 - (1) Penampilan umum
 - (2) ADL (Activity Daily Live)
 - (3) Kebersiahn mandi
 - (4) Frekuensi Mandi
- h) Integritas ego
 - (1) Pengaruh penyakit terhadap stress
 - (2) gaya hidup
 - (3) Masalah financial
- i) Neurosensori
 - (1) Apakah ada sakit kepala
 - (2) Status mental
 - (3) Ketajaman pengellihatan
- j) Pernapasan
 - (1) Apakah ada sesak napas
 - (2) Riwayat merokok
 - (3) Frekuensi pernapasan
 - (4) Bentuk dada
 - (5) Auskultasi suara napas

k) Interaksi sosial

- (1) Status perkawinan
- (2) Hubungan dalam masyarakat
- (3) Pola interaksi keluarga
- (4) Komunikasi verbal dan non verbal

2. Diagnosa Keperawatan

- a. Nyeri akut (D.0077)
- b. Gangguan eliminasi urine (D.0040)
- c. Risiko infeksi (D.0142)
- d. Defisit nutrisi (D.0019)
- e. Hipertermia (D.0130)
- f. Intoleransi aktivitas (D.0056)
- g. Ansietas (D.0080)
- h. Defisit pengetahuan (D.0111)

3. Intervensi Keperawatan

Table 2. 1 Intervensi Keperawatan

NO	SDKI	SLKI	SIKI
1	Nyeri Akut (D.0077)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ...x24 jam, maka Tingkat Nyeri (L08066) Menurun dengan kriteria hasil : - Keluhan Nyeri - Meringis Ket : 1 : Meningkat 2 : Cukup Meningkat 3 : Sedang 4 : Cukup Menurun 5 : Menurun	Manajemen Nyeri (L08238) Observasi 1.1 Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 1.2 Identifikasi skala nyeri 1.3 Identifikasi respon nyeri non verbal 1.4 Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 1.5 Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 1.6 Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 1.7 Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup 1.8 Monitor keberhasilan terapi

			<p>komplementer yang sudah diberikan</p> <p>1.9 Monitor efek samping penggunaan analgetik</p> <p>Terapeutik</p> <p>1.10 Berikan teknik non-farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hypnosis, akupresur, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aroma terapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain)</p> <p>1.11 Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)</p> <p>1.12 Fasilitasi istirahat dan tidur</p> <p>1.13 Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri</p> <p>Edukasi</p> <p>1.14 Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri</p> <p>1.15 Jelaskan strategi meredakan nyeri</p> <p>1.16 Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri</p> <p>1.17 Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat</p> <p>1.18 Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p>Kolaborasi</p> <p>1.19 Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu</p>
2	Gangguan Eliminasi Urine (D.0040)	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ... jam, maka Eliminasi Urine (L.04034) Membaik dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Desakan Berkemih (urgensi) - Berkemih Tidak Tuntas <p>Ket :</p> <p>1 : Meningkat</p> <p>2 : Cukup Meningkat</p> <p>3 : Sedang</p> <p>4 : Cukup Menurun</p> <p>5 : Menurun</p>	<p>Manajemen Eliminasi Urine (I.04152)</p> <p>Observasi</p> <p>2.1 Identifikasi tanda dan gejala retensi atau inkontinensia urine</p> <p>2.2 Identifikasi faktor yang menyebabkan retensi atau inkontinensia urine</p> <p>2.3 Monitor eliminasi urine (mis. frekuensi, konsistensi, aroma, volume, dan warna)</p> <p>Terapeutik</p> <p>2.4 Catat waktu-waktu dan haluaran berkemih</p> <p>2.5 Batasi asupan cairan, jika perlu</p> <p>2.6 Ambil sampel urine tengah (midstream) atau kultur</p> <p>Edukasi</p>

			<p>2.7 Ajarkan tanda dan gejala infeksi saluran kemih</p> <p>2.8 Ajarkan mengukur asupan cairan dan haluaran urine</p> <p>2.9 Anjurkan mengambil specimen urine midstream</p> <p>2.10 Ajarkan mengenali tanda berkemih dan waktu yang tepat untuk berkemih</p> <p>2.11 Ajarkan terapi modalitas penguatan otot-otot pinggul/berkemihan</p> <p>2.12 Anjurkan minum yang cukup, jika tidak ada kontraindikasi</p> <p>2.13 Anjurkan mengurangi minum menjelang tidur</p> <p>Kolaborasi</p> <p>2.14 Kolaborasi pemberian obat supositoria uretra jika perlu</p>
3	Risiko Infeksi (D.0142)	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ... jam, maka Tingkat Infeksi (L.14137) Menurun dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kemerahan - Nyeri <p>Ket :</p> <p>1 : Meningkat</p> <p>2 : Cukup Meningkat</p> <p>3 : Sedang</p> <p>4 : Cukup Menurun</p> <p>5 : Menurun</p>	<p>Pencegahan Infeksi (L.14539)</p> <p>Observasi:</p> <p>3.1 Monitor tanda gejala infeksi lokal dan sistemik</p> <p>Terapeutik</p> <p>3.2 Batasi jumlah pengunjung</p> <p>3.3 Berikan perawatan kulit pada daerah edema</p> <p>3.4 Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien</p> <p>3.5 Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi</p> <p>Edukasi</p> <p>3.6 Jelaskan tanda dan gejala infeksi</p> <p>3.7 Ajarkan cara memeriksa luka</p> <p>3.8 Anjurkan meningkatkan asupan cairan</p> <p>Kolaborasi</p> <p>3.9 Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu</p>
4	Defisit Nutrisi (D.0019)	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ... jam, maka Status Nutrisi (L.03030) Membaik dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nafsu Makan - Berat Badan <p>Ket :</p> <p>1 : Memburuk</p>	<p>Manajemen Nutrisi (L. 03119)</p> <p>Observasi</p> <p>1.1 Identifikasi status nutrisi</p> <p>1.2 Identifikasi alergi dan intoleransi makanan</p> <p>1.3 Identifikasi makanan yang disukai</p> <p>1.4 Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrient</p> <p>1.5 Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastrik</p>

		<p>2 : Cukup Memburuk 3 : Sedang 4 : Cukup Membaik 5 : Membaik</p>	<p>1.6 Monitor asupan makanan 1.7 Monitor berat badan 1.8 Monitor hasil pemeriksaan laboratorium</p> <p>Terapeutik 1.9 Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu 1.10 Fasilitasi menentukan pedoman diet (mis. Piramida makanan) 1.11 Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai 1.12 Berikan makan tinggi serat untuk mencegah konstipasi 1.13 Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein 1.14 Berikan suplemen makanan, jika perlu 1.15 Hentikan pemberian makan melalui selang nasigastrik jika asupan oral dapat ditoleransi</p> <p>Edukasi 1.16 Anjurkan posisi duduk, jika mampu 1.17 Ajarkan diet yang diprogramkan</p> <p>Kolaborasi 1.18 Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis. Pereda nyeri, antiemetik), jika perlu 1.19 Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrient yang dibutuhkan, jika perlu</p>
5	Hipertermia (D.0130)	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ... jam, maka Termoregulasi (L.14134) Membaik dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Suhu Tubuh - Suhu Kulit <p>Ket :</p> <p>1 : Memburuk 2 : Cukup Memburuk 3 : Sedang 4 : Cukup Membaik 5 : Membaik</p>	<p>Manajemen Hipertermia (I.15506)</p> <p>Observasi 5.1 Identifikasi penyebab hipertermi (mis. dehidrasi terpapar lingkungan panas penggunaan incubator) 5.2 Monitor suhu tubuh 5.3 Monitor kadar elektrolit 5.4 Monitor haluaran urine</p> <p>Terapeutik 5.5 Sediakan lingkungan yang dingin 5.6 Longgarkan atau lepaskan pakaian 5.7 Basahi dan kipasi permukaan tubuh 5.8 Berikan cairan oral 5.9 Ganti linen setiap hari atau lebih sering jika mengalami hiperhidrosis (keringat berlebih) 5.10 Lakukan pendinginan eksternal (mis. selimut hipotermia atau</p>

			<p>kompres dingin pada dahi, leher, dada, abdomen, aksila)</p> <p>5.11Hindari pemberian antipiretik atau aspirin</p> <p>5.12Batasi oksigen, <i>jika perlu</i></p> <p>Edukasi</p> <p>5.13Anjurkan tirah baring</p> <p>Kolaborasi</p> <p>5.14Kolaborasi cairan dan elektrolit intravena, <i>jika perlu</i></p>
6	Intoleransi Aktivitas (D.0056)	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ... jam, maka Toleransi Aktivitas (L.05047) Meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluhan Lelah - Perasaan Lemah <p>Ket :</p> <p>1 : Meningkat</p> <p>2 : Cukup Meningkat</p> <p>3 : Sedang</p> <p>4 : Cukup Menurun</p> <p>5 : Menurun</p>	<p>Manajemen Energi (I.05178)</p> <p>Observasi</p> <p>6.1 Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan</p> <p>6.2 Monitor pola dan jam tidur</p> <p>6.3 Monitor kelelahan fisik dan emosional</p> <p>Edukasi</p> <p>6.4 Anjurkan tirah baring</p> <p>6.5Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap</p> <p>Terapeutik</p> <p>6.6 Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus</p> <p>6.7 Lakukan latihan rentang gerak pasif dan/atau aktif</p> <p>6.8 Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan</p> <p>6.9 Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan</p> <p>Kolaborasi</p> <p>6.10 Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan</p>
7	Ansietas (D.0080)	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ... jam, maka Tingkat Ansietas (L.09093) Menurun dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perilaku Gelisah - Perilaku Tegang <p>Ket :</p> <p>1 : Meningkat</p> <p>2 : Cukup Meningkat</p> <p>3 : Sedang</p> <p>4 : Cukup Menurun</p> <p>5 : Menurun</p>	<p>Terapi Relaksasi (I. 09326)</p> <p>Observasi</p> <p>7.1 Identifikasi penurunan tingkat energi, ketidakmampuan berkonsentrasi, atau gejala lain yang mengganggu kemampuan kognitif</p> <p>7.2 Identifikasiteknik relaksai yang pernah efektif digunakan</p> <p>7.3Identifikasi kesediaan, kemampuan, dan penggunaan teknik sebelumnya</p> <p>7.4 Periksa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah, dan suhu sebelum dan sesudah latihan</p>

			<p>7.5 Monitor respon terhadap terapi relaksasi</p> <p>Terapeutik</p> <p>7.6 Ciptakan lingkungan yang tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruang nyaman, jika memungkinkan</p> <p>7.7 Berikan informasi tertulis tentang persiapan dan prosedur teknik relaksasi</p> <p>7.8 Gunakan pakaian longgar</p> <p>7.9 Gunakan nada suara lembut dengan irama lambat dan berirama</p> <p>7.10 Gunakan relaksasi sebagai strategi penunjang dengan analgesik atau tindakan medis lain, jika sesuai</p> <p>Edukasi</p> <p>7.11 Jelaskan tujuan manfaat, batasan, dan jenis relaksasi yang tersedia (mis. musik, meditasi, napas dalam, relaksasi otot progresif)</p> <p>7.12 Jelaskan secara rinci intervensi relaksasi yang dipilih</p> <p>7.13 Anjurkan mengambil posisi nyaman</p> <p>7.14 Anjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi</p> <p>7.15 Anjurkan sering mengulangi atau melatih teknik yang dipilih</p> <p>7.16 Demonstrasikan dan latih teknik relaksasi (mis. napas dalam, peregangan, atau imajinasi terbimbing)</p>
8	Defisit Pengetahuan (D.0111)	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ... jam, maka Tingkat Pengetahuan (L.12111) Meningkatkan dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perilaku Sesuai Anjuran - Perilaku Sesuai dengan Pengetahuan <p>Ket :</p> <p>1 : Menurun 2 : Cukup Menurun 3 : Sedang 4 : Cukup Meningkatkan 5 : Meningkatkan</p>	<p>Edukasi Kesehatan (I.12383)</p> <p>Observasi</p> <p>8.1 Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi</p> <p>8.2 Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat</p> <p>Terapeutik</p> <p>8.3 Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan</p> <p>8.4 Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan</p> <p>8.5 Berikan kesempatan untuk bertanya</p> <p>Edukasi</p> <p>8.6 Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan</p> <p>8.7 Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat</p>

			8.8 Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat
--	--	--	--

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi. Status kesehatan yang baik menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Ukuran implementasi keperawatan yang diberikan kepada klien terkait dengan dukungan, pengobatan, tindakan untuk memperbaiki kondisi, pendidikan untuk klien dan keluarga atau tindakan untuk mencegah masalah kesehatan yang muncul dikemudian hari (Olfah & Ghofur, 2016).

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dari rangkaian proses keperawatan yang berguna apakah tujuan dari tindakan keperawatan yang telah dilakukan tercapai atau perlu pendekatan lain. Evaluasi keperawatan mengukur yang dilakukan dalam memenuhi kebutuhan klien. Penilaian adalah tahap yang menentukan apakah tujuan tercapai. Evaluasi selalu berkaitan dengan tujuan yaitu pada komponen kognitif, afektif, psikomotor, perubahan fungsi dan tanda gejala yang spesifik (Olfah & Ghofur, 2016).