

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Konsep Dasar Tuberculosis**

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

Infeksi tuberculosis diakibatkan oleh *Mycobacterium tuberculosis*, mikroorganisme berbentuk batang yang menyebabkan tuberculosis pada paru-paru. Organisme ini memiliki ketahanan terhadap asam, sehingga dikenal sebagai Basil Tahan Asam (BTA), dan akan segera mati jika terpapar sinar matahari langsung, namun dapat bertahan selama beberapa jam di lingkungan yang gelap dan lembap. *Mycobacterium tuberculosis* dapat menjangkiti berbagai bagian tubuh, termasuk paru-paru serta organ-organ di luar paru-paru seperti kulit, tulang, sendi, selaput otak, usus, dan ginjal. Penyakit ini sering kali disebut tuberculosis ekstrapulmonal. (Nortajulu, 2022).

*Mycobacterium tuberculosis* menginfeksi saluran pernafasan bagian bawah, menyebabkan tuberculosis. *Tuberculosis* dapat menyebar dari satu orang ke orang lain melalui udara. Gejala tuberculosis paru termasuk batuk selama dua minggu atau lebih, batuk berdarah hingga darah keluar, sesak napas, kelelahan, dan keringat pada malam hari. Salah satu cara paling umum di mana *Mycobacterium tuberculosis* menyebar adalah melalui udara. Ketika seseorang yang menderita tuberculosis paru batuk di tempat umum tanpa menggunakan penutup tangan, kuman tersebut akan keluar dan menyebar melalui udara, dan orang-orang di sekitarnya dapat menghirupnya, memungkinkan mereka untuk menularkan tuberculosis paru (Oktaviani et al., 2023)

Tuberculosis paru adalah infeksi yang ditandai dengan pembentukan granuloma dan nekrosis jaringan. Tuberculosis paru dapat menahun karena tidak mendapatkan penanganan atau pengobatan yang buruk.

Orang-orang yang rentan terhadap *tuberkulosis* paru dapat menularkan penyakit ini kepada orang lain melalui dahak mereka. Permasalahan umum *tuberkulosis* Paru disebabkan karena infeksi yang ditimbulkan dari *mikobakteri* dan menular lewat angin saat penderita sembarang batuk, bersin, atau meludah. *Tuberkulosis* umumnya berlangsung dalam negara- negara berpendapatan sedikit dan sedang, karena penyakit ini dikaitkan dengan kemiskinan, praktik sanitasi atau kebersihan yang buruk, dan mudah menular dari orang ke orang. (Dwiyanti & Hisni, 2024)

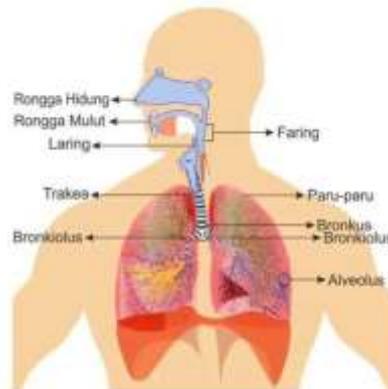
## **2. Etiologi**

TB paru disebabkan oleh bakteri *Mycobacterium tuberculosis* (*M. tuberculosis*). Penyakit menular ini mudah menyebar antar individu yang terinfeksi. Penularan TB paru dapat terjadi melalui inhalasi percikan udara dari batuk dan bersin orang yang terinfeksi. Infeksi paru-paru yang ditimbulkannya dikenal sebagai TB primer. Sebagian besar pasien pulih dari infeksi TB primer, meskipun infeksi tersebut mungkin tetap dalam kondisi tidak aktif selama bertahun-tahun. Beberapa orang bisa mengalami reaktivasi infeksi tersebut. Kebanyakan individu yang menunjukkan gejala infeksi TB sebelumnya pernah terinfeksi. Dalam beberapa situasi, penyakit ini dapat muncul kembali dalam waktu beberapa minggu setelah infeksi primer. (Nortajulu, 2022).

## **3. Anatomi Fisiologi Sistem Pernafasan**

Secara umum sistem respirasi dibagi menjadi saluran pernafasan bagian atas dan saluran pernafasan bagian bawah, dan paru –paru.

### **a. Anatomi Sistem Pernafasan**



**Gambar 2. 1 Anatomi Sistem Pernafasan**

1) Hidung

Hidung atau nasal merupakan saluran udara yang pertama, mempunyai dua lubang (kavum nasi), dipisahkan oleh sekat hidung (septum nasi). Di dalamnya terdapat bulu-bulu yang berguna untuk menyaring udara, debu, dan kotoran yang masuk ke dalam lubang hidung.

2) Faring

Faring atau tekak merupakan tempat persimpangan antara jalan pernapasan dan jalan makanan, terdapat di bawah dasar tengkorak, di belakang rongga hidung, dan mulut sebelah depan ruas tulang leher. Hubungan faring dengan organ-organ lain adalah ke atas berhubungan dengan rongga hidung, dengan perantaraan lubang yang bernama koana, ke depan berhubungan dengan rongga mulut, tempat hubungan ini bernama istmus fausium, ke bawah terdapat 2 lubang (ke depan lubang laring dan ke belakang lubang esofagus).

3) Laring

Laring atau pangkal tenggorokan merupakan saluran udara dan bertindak sebagai pembentukan suara, terletak di depan bagian faring sampai ketinggian vertebra servikal dan masuk ke dalam trakhea di bawahnya. Pangkal tenggorokan itu dapat ditutup oleh sebuah empang tenggorokan yang biasanya disebut epiglottis, yang

terdiri dari tulang-tulang rawan yang berfungsi pada waktu kita menelan makanan menutupi laring.

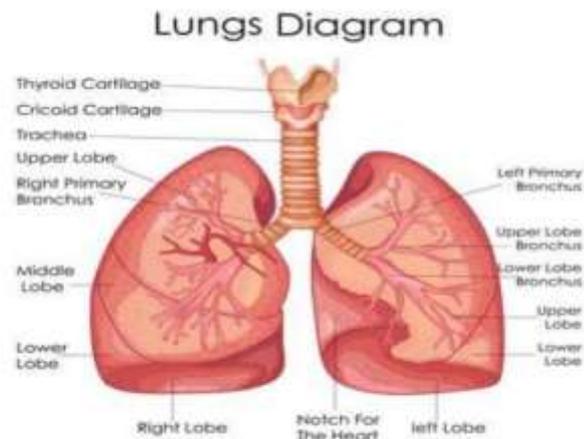
4) Trakhea

Trakea atau batang tenggorokan merupakan lanjutan dari laring yang dibentuk oleh 16 sampai 20 cincin yang terdiri dari tulang-tulang rawan yang berbentuk seperti kuku kuda (huruf C) sebelah dalam diliputi oleh selaput lendir yang berbulu getar yang disebut sel bersilia, hanya bergerak ke arah luar. Panjang trakea 9 sampai 11 cm dan di belakang terdiri dari jaringan ikat yang dilapisi oleh otot polos.

5) Bronchus

Bronkus atau cabang tenggorokan merupakan lanjutan dari trakea, ada 2 buah yang terdapat pada ketinggian vertebra torakalis IV dan V, mempunyai struktur serupa dengan trakea dan dilapisi oleh jenis sel yang sama. Bronkus itu berjalan ke bawah dan ke samping ke arah tampuk paru-paru. Bronkus kanan lebih pendek dan lebih besar dari pada bronkus kiri, terdiri dari 6-8 cincin, mempunyai 3 cabang. Bronkus kiri lebih panjang dan lebih ramping dari yang kanan, terdiri dari 9-12 cincin mempunyai 2 cabang. Bronkus bercabang-cabang, cabang yang lebih kecil disebut bronkiolus (bronkioli). Pada bronkioli tidak terdapat cincin lagi, dan pada ujung bronkioli terdapat gelembung paru atau gelembung hawa atau alveoli.

## 6) Paru-Paru



**Gambar 2. 2 Anatomi Fisiologi Paru-Paru**

Paru-paru merupakan sebuah alat tubuh yang sebagian besar terdiri dari gelembung (gelembung hawa atau alveoli). Gelembung alveoli ini terdiri dari sel sel epitel dan endotel. Jika dibentangkan luas permukaannya kurang lebih 90 m<sup>2</sup>. Pada lapisan ini terjadi pertukaran udara, O<sub>2</sub> masuk ke dalam darah dan CO<sub>2</sub> dikeluarkan dari darah. Banyaknya gelembung paru-paru ini kurang lebih 700.000.000 buah (paru-paru kiri dan kanan). Paru-paru dibagi dua yaitu paru-paru kanan, terdiri dari 3 lobus (belahan paru), lobus pulmo dekstra superior, lobus media, dan lobus inferior. Tiap lobus tersusun oleh lobulus. Paru-paru kiri, terdiri dari pulmo sinistra lobus superior dan lobus inferior. Tiap-tiap lobus terdiri dari belahan yang kecil bernama segmen. Paru-paru kiri mempunyai 10 segmen yaitu 5 buah segmen pada lobus superior, dan 5 buah segmen pada inferior. Paru-paru kanan mempunyai 10 segmen yaitu 5 buah segmen pada lobus superior, 2 buah segmen pada lobus medialis, dan 3 buah segmen pada lobus

inferior. Tiap-tiap segmen ini masih terbagi lagi menjadi belahan-belahan yang bernama lobulus. (Mediarti et al., 2023)

Di antara lobulus satu dengan yang lainnya dibatasi oleh jaringan ikat yang berisi pembuluh darah getah bening dan saraf, dan tiap lobulus terdapat sebuah bronkiolus. Di dalam lobulus, bronkiolus ini bercabang-cabang banyak sekali, cabang ini disebut duktus alveolus. Tiap duktus alveolus berakhir pada alveolus yang diameternya antara 0,2-0,3 mm.

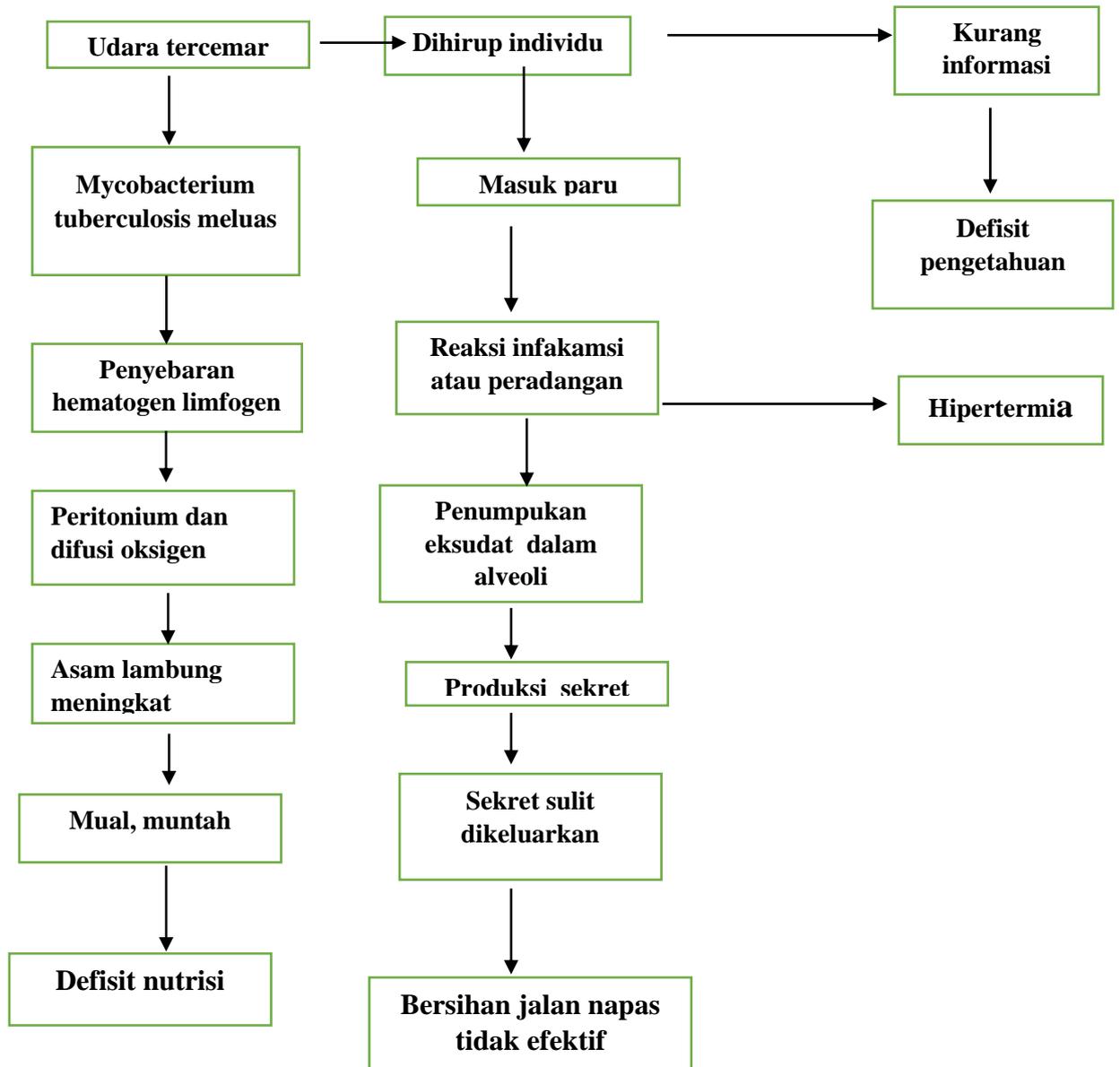
Letak paru-paru di rongga dada datarannya menghadap ke tengah rongga dada atau kavum mediastinum. Pada bagian tengah terdapat tampuk paru-paru atau hilus. Pada mediastinum depan terletak jantung. Paru-paru dibungkus oleh selaput yang bernama pleura. Pleura dibagi menjadi 2 yaitu, yang pertama pleura visceral (selaput dada pembungkus) yaitu selaput paru yang langsung membungkus paruparu. Kedua pleura parietal yaitu selaput yang melapisi rongga dada sebelah luar. Antara keadaan normal, kavum pleura ini vakum (hampa) sehingga paru-paru dapat berkembang kempis dan juga terdapat sedikit cairan (eksudat) yang berguna untuk meminyaki permukaannya (pleura), menghindarkan gesekan antara paruparu dan dinding dada sewaktu ada gerakan bernapas. (Dylan Trotsek, 2020).

#### **4. Patofisiologi**

Patofisiologi tuberkulosis paru diawali dengan inhalasi udara yang telah terkontaminasi oleh *Mycobacterium tuberculosis*. Setelah masuk ke dalam saluran pernapasan, bakteri ini mencapai paru-paru dan memicu respons inflamasi atau peradangan. Infeksi ini kemudian menyebar melalui jalur hematogen dan limfogen, menyebabkan gangguan pada difusi oksigen dan dapat berdampak pada organ lain, seperti peritoneum. Akibatnya, terjadi peningkatan produksi asam lambung yang dapat menyebabkan mual dan muntah, yang pada akhirnya berujung pada defisit nutrisi. Di dalam paru-paru, reaksi inflamasi yang terjadi menyebabkan

akumulasi eksudat dalam alveolus. Hal ini merangsang produksi sekret berlebih, yang kemudian sulit dikeluarkan, menyebabkan gangguan pembersihan jalan napas. Kondisi ini dikenal sebagai bersihan jalan napas tidak efektif, yang dapat memperburuk fungsi paru-paru dan menyebabkan kesulitan bernapas. Selain itu, kurangnya informasi mengenai penyakit ini dapat menyebabkan keterlambatan dalam deteksi dan pengobatan, yang dapat memperburuk kondisi pasien. Respon tubuh terhadap infeksi juga dapat menyebabkan hipertermi atau peningkatan suhu tubuh sebagai bentuk mekanisme pertahanan terhadap patogen (Tamunu et al., 2022).

## 5. Pathway



**Bagan 2. 1 Pathway Tuberculosis Paru**

(Aminah & Novitasari, 2020)

## 6. Tanda Dan Gejala

*Tuberculosis* sering dijuluki “*the great imitator*” yaitu suatu penyakit yang mempunyai banyak kemiripan dengan penyakit lain yang juga memberikan gejala umum seperti lemah dan demam. . Gambaran klinik *tuberculosis* dapat di bagi menjadi 2 golongan gejala *respiratorik* dan gejala sistematis :

a. Gejala respiratorik, meliputi :

### 1) Batuk

Batuk adalah gejala awal yang paling umum. Iritasi bronkus menyebabkan batuk. Untuk menghilangkan produk radang, batuk ini diperlukan. Sifat batuk dimulai dengan batuk kering, yang tidak produktif, dan kemudian berkembang menjadi peradangan, yang menghasilkan sputum, yang terjadi selama lebih dari tiga minggu. Pembuluh darah yang pecah menyebabkan batuk darah, yang juga dikenal sebagai hemoptoe. Gejala awal tuberkulosis paru adalah batuk yang terus menerus dan sputum.(Unknown, 2010)

### 2) Batuk darah

Darah yang dikeluarkan dalam dahak dapat berupa bercak atau garis darah, gumpalan darah, atau darah yang baru keluar. Batuk darah terjadi ketika pembuluh darah pecah, dan berat ringan batuk darah bergantung pada seberapa besar atau kecil pembuluh darah yang pecah. Pendarahan di nasofaring dengan menunjukkan tanda tanda berikut :

- a) Batuk darah
- b) Darah dibatukkan dengan rasa panas ditenggorokan
- c) Darah berbuih bercampur darah
- d) Darah segar berwarna merah muda
- e) Darah bersifat alkalis
- f) Anemia kadang-kadang terjadi.
- g) Benzidin tes negative

3) Muntah darah

- a) Darah dimuntahkan dengan rasa mual
- b) Darah bercampur makanan
- c) Darah berwarna hitam karena bercampur asam lambung
- d) Darah bersifat asam
- e) Anemia sering terjadi
- f) Benzidin tes positif

4) Epistaksis

- a) Darah menetas dari hidung
- b) Batuk pelan kadang keluar
- c) Darah berwarna merah segar
- d) Darah bersifat alkalis
- e) Anemia jarang terjadi
- f) Sesak nafas

Sesak nafas akan ditemukan pada penyakit yang sudah lanjut, dimana infiltrasinya sudah setengah bagian dari paru-paru.

Gejala ini ditemukan bila kerusakan parankim paru sudah luas

- g) Nyeri dada : Nyeri dada tuberculosis termasuk nyeri pleurik yang ringan. Gejala ini timbul apabila sistem pernafasan di pleura terkena. (Yuliani, 2023)

b. Gejala sistemik, meliputi :

- 1) Demam Biasanya subfebril menyerupai demam influenza. Tapi kadangkadang panas bahkan dapat mencapai 40 celcius, kadang ini sangat dipengaruhi daya tahan tubuh penderita dan berat ringannya infeksi kuman tuberculosis yang masuk. Demam merupakan gejala yang sering dijumpai biasanya timbul pada sore dan malam hari mirip demam influenza, hilang timbul dan makin lama makin panjang serangannya sedangkan masa bebas serangan semakin pendek.
- 2) Gejala sistemik lainnya Gejala sistemik lainnya ialah keringat malam, anoreksia, penurunan berat badan serta malaise , gejala

malaise sering ditemukan berupa: tidak nafsu makan, sakit kepala, meriang dan nyeri otot. Timbulnya gejala biasanya gradual dalam beberapa minggu-bulan, akan tetapi penampilan akut dengan batuk, panas, sesak nafas walaupun jarang dapat juga timbul menyerupai gejala pneumonia. (Ummah, 2021).

## 7. Komplikasi Tuberculosis Paru

Komplikasi berikut sering terjadi pada penderita stadium lanjut:

- a. *Hemoptisis* berat (pendarahan dari saluran nafas bawah) yang dapat mengakibatkan kematian karena syok hipovolemik atau tersumbatnya jalan nafas.
- b. *Kolaps* dari lopus akibat *retreksi brochial*.
- c. *Bronkietasis* (pelebaran bronkus setempat) dan Ifibrosis (pembentuk jaringan ikat pada proses pemulihan atau *reaktif*) pada paru.
- d. Penyebaran infeksi ke organ lain seperti otak, tulang, persendian, ginjal dan sebagainya.
- e. *Pneumotorak* (adanya udara di dalam rongga pleura) spontan karena kerusakan jaringan paru.
- f. Insufisiensi kardiopulmoner (*cardio pulmonary insufficiency*) Penderita yang mengalami komplikasi berat perlu dirawat inap di rumah sakit. (Sari et al., 2022).

## 8. Penatalaksanaan Tuberculosis Paru

- a. Penatalaksanaan farmakologis

Tujuan Pengobatan Tuberkulosis adalah

- 1) Menyembuhkan Pasien Dan Memperbaiki Produktivitas Serta Kualitas Hidup
- 2) Mencegah Terjadinya Kematian Oleh Karena *Tuberculosis* Paru Atau Dampak Buruk Selanjutnya.
- 3) Mencegah Terjadinya Kekambuhan *Tuberculosis* Paru.
- 4) Menurunkan Penularan Tuberkulosis Paru.
- 5) Mencegah Terjadinya Dan Penularan *Tuberculosis Paru Resisten* (Perhimpunan Dokter Paru Indonesia, 2021)

b. Penatalaksanaan non farmakologi

- 1) Disarankan untuk menerapkan latihan batuk efektif dan fisioterapi dada sebagai tindakan mandiri keperawatan bagi pasien tuberkulosis paru yang mengalami masalah bersihan jalan nafas yang tidak efektif karena dapat meningkatkan pengeluaran secret
- 2) Pemberian posisi semi fowler pada pasien Tuberculosis Paru telah dilakukan sebagai salah satu cara untuk membantu mengurangi sesak nafas. Posisi yang tepat bagi pasien dengan penyakit kardiopulmonari adalah diberikan posisi semi fowler dengan derajat kemiringan 30-45 derajat. Tujuan untuk diketahui pengaruh pemberian posisi semi fowler terhadap kestabilan pola nafas pada pasien Tuberculosis Paru.
- 3) Pemberian terapi vitamin A Dan Vitamin D diteliti berfungsi sebagai imunodulator yang terlibat dalam aktivasi makrofag melawan patogen. Defisiensi vitamin D Mampu meningkatkan respon inflamasi penderita Tuberculosis Paru sehingga terjadi perbaikan klinis yang cukup signifikan sehingga terjadi pengeluaran cathelicidin yang berfungsi sebagai antimikroba untuk menginduksi autofagi. Defisiensi vitamin D merupakan salah satu faktor risiko terpapar TB dan berhubungan erat dengan sistem imun yang menurun.
- 4) Penatalaksanaan diet makanan tinggi kalori tinggi protein (TKTP). Tingkat kecukupan energi responden tuberculosis mayoritas berada pada kategori kurang, baik tuberculosis dengan sputum BTA (+) maupun sputum BTA (-). Asupan energi diperoleh dari konsumsi makanan seseorang sehari-hari untuk menutupi pengeluaran energi, konsumsi pangan harus mengandung energi yang cukup sesuai dengan kebutuhannya. Kebutuhan energi mengalami penurunan 5% setiap 10 tahun
- 5) Selain itu, dukungan utama dari keluarga dapat menyebabkan respon koping yang tidak efektif untuk beradaptasi dengan stressor

fisik, mental, dan sosial yang terkait dengan penyakitnya. Pengawasan menelan obat (PMO) untuk pasien TB Paru terbanyak adalah keluarga (suami, istri, orangtua, anak, menantu) secara fungsional dukungan mencakup emosional berupa adanya ungkapan perasaan, memberi nasihat atau informasi, dan pemberian material. Dukungan juga terdiri atas pemberian informasi secara verbal atau Non verbal.

(Athosra et al., 2023)

## **9. Pencegahan**

Ada beberapa cara yang dapat dilakukan untuk mencegah terkena penyakit TBC Paru.

- a) Hindari kontak dengan penderita TBC, sebisa mungkin hindari kontak dengan penderita batuk khususnya TBC. Meski demikian, jangan sampai mendiskriminasi para penderita.
- b) Gunakan masker, selalu sediakan masker saat berada di tempat umum terutama dalam ruangan tertutup seperti bus, pesawat, kereta api, dan mal. Masker dapat mencegah penyebaran kuman TBC.
- c) Ventilasi atau saluran udara yang baik, ventilasi dan saluran udara yang baik dapat menghambat penyebaran kuman TBC. Bakteri tersebut dapat berkembang biak di lingkungan yang lemban. Bakteri TBC juga bisa mati jika terkena cahaya matahari langsung.
- d) Menjaga daya tahan tubuh, sistem imun yang rendah membuat penularan TBC akan semakin mudah. Hindari gaya hidup yang dapat membuat daya tahan tubuh menurun seperti merokok dan begadang. Tingkatkan daya tahan tubuh dengan istirahat yang cukup dan makan-makanan yang bergizi (Nortajulu, 2022).

## **B. Konsep Dasar Latihan Batuk Efektif**

### **1. Pengertian batuk efektif**

Batuk efektif adalah suatu metode batuk dengan benar, dimana klien dapat menghemat energi sehingga tidak mudah lelah mengeluarkan dahak secara maksimal. Batuk merupakan gerakan yang dilakukan tubuh sebagai mekanisme alamiah terutama untuk melindungi paru paru. Gerakan ini pula yang kemudian dimanfaatkan kalangan medis sebagai terapi untuk menghilangkan lendir yang menyumbat saluran pernapasan akibat sejumlah penyakit. Itulah yang dimaksud pengertian batuk efektif. Batuk efektif dilakukan melalui gerakan yang terencana atau dilatihkan terlebih dahulu.

Batuk efektif untuk mempertahankan kepatenan jalan napas. Batuk memungkinkan klien mengeluarkan sekresi dari jalan napas bagian atas dan bagian napas bagian bawah. Rangkaian normal peristiwa dalam mekanisme batuk adalah inhalasi dalam, penutupan glottis, kontraksi aktif otot-otot ekspirasi, dan pembukaan glotis. Inhalasi dalam meningkatkan volume paru dan diameter jalan napas memungkinkan udara melewati sebagian lendir yang mengobstruksi atau melewati benda asing lain. (Paru & (Aminah & Novitasari, n.d.)

Keefektifan batuk klien dievaluasi dengan melihat apakah ada sputum cair, laporan klien tentang sputum yang ditelan atau terdengarnya bunyi napas tambahan yang jelas saat klien diauskultasi. Klien yang mengalami infeksi saluran napas atas dan infeksi saluran napas bawah harus didorong untuk napas dalam dan batuk sekurang-kurangnya setiap 2 jam saat terjaga. Klien yang memiliki jumlah sputum yang besar harus didorong untuk batuk setiap jam saat terjaga dan setiap 2-3 jam saat tidur. (Mediarti et al., 2023)

### **2. Tujuan batuk efektif**

Batuk efektif merupakan teknik batuk efektif yang menekankan inspirasi maksimal yang dimulai dari ekspirasi , yang bertujuan :

a. Merangsang terbukanya sistem kolateral

Sistem kolateral adalah suatu jalur aliran darah baru untuk mengalir suatu jaringan atau organ yang sama. Saluran kolateral terbentuk bila terjadi sumbatan yang menutup aliran darah utama tubuh kita. Seperti bila terjadi sumbatan pada arteri koronaria yang mengalir jantung kita, maka arteri koroner yang lebih kecil akan mengembangkan jalur pembuluh darah baru di sekitar sumbatan dengan tujuan agar jantung tetap mendapat suplai darah dan oksigen. Meningkatkan distribusi ventilasi.

b. Meningkatkan volume paru

Memfasilitasi dan meningkatkan pembersihan saluran napas

c. Mencegah infeksi

d. Mengatur frekuensi dan pola napas sehingga mengurangi air trapping atau gas trapping Retensi abnormal paru-paru dimana sulit untuk menghembuskan napas sepenuhnya.

e. Memperbaiki fungsi diafragma

f. Memperbaiki mobilitas sangkar toraks

g. Meningkatkan rasa nyaman klien

h. Mengeluarkan sekresi dari jalan napas bagian atas dan bawah. Jalan napas atas merupakan suatu saluran terbuka yang memungkinkan udara atmosfer masuk melalui hidung, mulut, dan bronkus hingga ke alveoli. Jalan napas atas terdiri dari rongga hidung, rongga mulut, laring, trakea. Jalan napas bawah terdiri dari bronkus dan percabangannya serta paru-paru. (Ummah, 2021)

### 3. Manfaat

Batuk efektif adalah teknik yang digunakan untuk mempertahankan kepatenan jalan napas dengan memungkinkan pasien untuk mengeluarkan sekret dari saluran napas bagian atas dan bawah. Inhalasi meningkatkan volume paru dan diameter saluran napas, mempermudah udara melewati sebagian plak lendir yang menghalangi atau benda asing lainnya. Kontraksi otot-otot ekspirasi melawan glottis yang

menutup menghasilkan tekanan intratorak yang tinggi. Ketika glottis terbuka, aliran udara yang besar keluar dengan kecepatan tinggi, memberikan kesempatan bagi sekret untuk bergerak menuju saluran napas bagian atas, di mana sekret dapat dikeluarkan.(Di et al., 2025).

#### **4. Teknik Batuk Efektif**

Teknik untuk melakukan batuk efektif dapat dilakukan dengan beberapa langkah,yaitu :

- a. Anjurkan minum air hangat sebelum memulai latihan batuk efektif
- b. Atur posisi duduk dengan mencorongkan badan ke depan
- c. Tarik napas dalam melalui hidung dan hembusan melalui mulut sebanyak 4-5 kali
- d. Pada tarikan napas dalam yang terakhir, napas di tahan selama 1-2 detik
- e. Angkat bahu dan dada di longgarkan serta batukkan dengan kuat dan spontan
- f. Keluarkan dahak
- g. Lakukan berulang kali sesuai kebutuhan
- h. Hindari batuk yang terlalu lama karna dapat menyebabkan kelelahan dan hipoksia (Nuryuliani, 2024)

### **C. Konsep Asuhan Keperawatan**

#### **1. Pengkajian**

##### **a. Biodata Klien**

Biodata klien terdiri dari nama, umur, jenis kelamin, agama, alamat, Pendidikan, pekerjaan, diagnose medis, tanggal masuk rumah sakit (MRS), tanggal pengkajian (jam), nomor register (jam) dan sumber informasi.

##### **b. Riwayat Kesehatan**

###### **1) Keluhan Utama**

Keluhan yang paling dirasa mengganggu saat dikaji

###### **2) Riwayat Penyakit Sekarang**

Kronologis mulai sakit – MRS – tindakan apa yang sudah diupayakan / dilakukan sebelum MRS sampai saat di rumah sakit – kondisi saat pengkajian

3) Riwayat Penyakit Dahulu

Riwayat penyakit yang pernah atau masih dirasakan, khususnya yang ada hubungannya dengan penyakit / keluhan yang dirasakan sekarang. Kapan, bagaimana dan time onsetnya serta perilaku / tindakan untuk mengatasinya

4) Riwayat Penyakit Keluarga

Riwayat penyakit yang diderita anggota keluarga yang berhubungan dengan penyakit yang diderita klien, keturunan atau menular, kapan, time onset dan tindakan / perilaku untuk mengatasinya

5) Genogram (minimal 3 generasi)

6) Keadaan, penampilan dan kesan umum klien

Kesan secara umum yang dapat dilihat saat mengkaji termasuk status kesadaran.

c. Riwayat Keperawatan

1) Pola Penatalaksanaan Kesehatan – Persepsi Sehat

Pola hidup sehat dan sejahtera, pengetahuan tentang gaya hidup yang berhubungan dengan sehat, pengetahuan tentang upaya preventif, ketaatan pada ketentuan medis dan keperawatan

2) Pola Nutrisi – Metabolisme (di rumah dan di rumah sakit)

Pola makan dan minum yang meliputi: jenis; porsi; frekuensi; jadwal; sediaan; kebiasaan; kesukaan dan yang tidak disukai; nafsu makan dan minum, pola diet, pengetahuan tentang nutrisi dan cairan, type makanan dan minuman, intake dan out put makanan dan minuman, pilihan makanan dan minuman, pantangan makanan dan minuman, hambatan / gangguan / keluhan dalam pemenuhan nutrisi dan cairan, BB saat ini, BB 3 bulan yang lalu, BB ideal.

- 3) Pola Eliminasi (di rumah dan di rumah sakit)
  - a) Pola Eliminasi Uri ( di rumah dan di rumah sakit)
 

Jumlah, warna, bau, waktu, frekuensi, kemampuan dan masalah pengontrolan pengeluaran urine, riwayat toilet training, penggunaan kateter/kondom kateter/urinal, penggunaan obat pelancar urene (jika muncul masalah eliminasi, kaji: keluhan, aWitan dan durasi, gambaran, frekuensi, hal yang memperingan dan memperburuk masalah).
  - b) Pola eliminasi Alvi (di rumah dan rumah sakit)
 

Jumlah, warna, bau, waktu, frekuensi konsistensi, kemampuan dan masalah pengontrolan pengeluaran feses, riwayat toilet training, penggunaan obat pencahar/laxan (jika muncul masalah eliminasi, kaji: keluhan, aWitan dan durasi, gambaran, frekuensi, pencetus, hal yang memperingan dan memperburuk masalah).
- 4) Pola Aktivitas (di rumah dan di rumah sakit)
 

Pola latihan, aktivitas, mobilisasi, ketenangan, rekreasi, kemampuan pemenuhan Activity Daily Living
- 5) Pola Istirahat – Tidur (di rumah dan di rumah sakit)
 

Pola tidur, istirahat, persepsi tentang istirahat – tidur, kualitas dan kuantitas istirahat tidur, waktu, keluhan saat istirahat – tidur, kebiasaan yang menunjang dan mengganggu istirahat – tidur
- 6) Pola Kognitif – Perseptual
 

Panca indra, belajar, kemampuan bahasa, ingatan, kemampuan membuat keputusan
- 7) Pola Persepsi Diri – Konsep Diri
 

Gambaran diri, ideal diri, sikap diri, persepsi terhadap kemampuan, pola emosional, identitas diri
- 8) Pola Peran – Hubungan ( di rumah dan di rumah sakit )
 

Pola hubungan, peran tanggung jawab di rumah dan pekerjaan, kepuasan hubungan dan tanggung jawab, masalah yang dialami

9) Pola Sexual – Reproduksi

Kebutuhan sexual, pengetahuan dan persepsi tentang sexual, riwayat reproduksi, kepuasan hubungan sexual, identitas sexual, gangguan reproduksi

10) Pola Koping – Toleransi Stres

Kemampuan mengendalikan stress, upaya mengendalikan stress, bantuan; alat atau sarana yang digunakan untuk mengendalikan stress, pengetahuan tentang toleransi stress, sumber yang mendukung)

11) Pola Nilai – Keyakinan

Nilai, tujuan, keyakinan, praktik spiritual, kebiasaan beribadah di rumah dan di rumah sakit, sumber pendukung.

d. Pemeriksaan Fisik per Sistem (Inspeksi, Palpasi, Perkusi dan Auskultasi)

1) Tanda-tanda Vital

Tekanan darah : / mmHg, kekuatan : irama:  
Nadi : x/mnt, kekuatan : irama:  
Respiration Rate : x/mnt, irama:  
Suhu :  $^{\circ}\text{C}$

2) Sistem Pernafasan

Bentuk dada, pergerakan dada, kelainan di dada, rabaabn/palpasi dada, fremitus, pantulan suara, suara perkusi dada, suara nafas, frekuensi nafas, irama nafas, temuan-temuan kelainan di dada / pernafasan

3) Sistem Peredaran Darah dan Sirkulasi

Jumlah: frekuensi; kekuatan dan irama nadi, tekanan darah; kekuatan dan iramanya, capiler refille, pitting oedema, clubbing finger, suara jantung, keluhan atau temuan kelainan di sistem peredaran darah, input cairan, sirkulasi cairan, tanda-tanda dehidrasi, anemia, dll

- 4) Sistem Persyarafan  
Pemeriksaan saraf cranial lengkap, reflex babinski, troseaux, schovteks, brudzinski I dan II, GCS, kepekaan terhadap stimulasi, tanda dan gejala TIK, dll.
- 5) Sistem Pencernaan  
Bentuk; ukuran; kekenyalan abdomen, hepar, lien, peristaltic, bising, acties, suara perkusi abdomen, kelainan yang ditemukan, fases: bau; bentuk; konsistensi; warna, dll
- 6) Sistem Perkemihan  
Urine: jumlah, bau, warna, kandungan, frekuensi, pemeriksaan ginjal, tanda infeksi, dll
- 7) Sistem Reproduksi  
Bentuk; ukuran dan kelainan pada payudara, penis, skrotum, vagina, siklus menstruasi, kepemilikan anak, fungsi seksual, dll
- 8) Sistem Endokrin  
Bentuk dan ukurann anggota/organ tubuh berhubungan dengan pertumbuhan membesar atau mengecil, pembesaran klenjar thyroid, tanda-tanda perubahan metabolic pada tubuh dll
- 9) Sistem Muskoulokeletal  
Bentuk dan ukuran muskulus dan skeletal, ROM/pergerakan skeletal dan sendi, kelainan pada ekstremitas atas dan bawah, kekuatan dan kekenyalanotot, dll
- 10) Sistem Integumen  
Kelembaban, warna, penyebaran warna, turgor, kelainan pada kulit, dll
- 11) Sistem Panca Indera
  - 1) Mata  
Jumlah, bentuk, posisi, pupil, konjungtiva, reflex cahaya dan stimulasi lain, sclera, air mata, lakrimasi, kotoran, perubahan warna, tajam penglihatan, TIO / Tekanan Indra Okuler, bulu mata, palpebra, dll

2) Telinga

Bentuk, kelainan bentuk, ukuran, kotoran, kebersihan, tajam pendengaran, kebiasaan perawatan telinga, penggunaan alat bantu pendengaran, tes garputala, tes audiometric, dll

3) Lidah dan mulut

Bentuk dan ukuran, kemampuan merasa, konsistensi, kelainan, dll

4) Peraba (reflex terhadap stimulasi panas, dingin, tajam, tumpul, dll)

5) Hidung (kemampuan menghidung, bentuk, kotoran, ukuran, kelainan, dll)

## 2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan adalah jenis pengkajian keperawatan yang berkaitan dengan bagaimana pasien bereaksi terhadap masalah kesehatan atau perkembangan masalah kesehatan yang ada atau potensial. Diagnosa keperawatan yaitu untuk menentukan dengan tepat reaksi setiap klien, keluarga, dan komunitas terhadap keadaan terkait kesehatan tertentu. (Tim Pokja SDKI DPP PPNI,2017).

- a. Bersihan jalan napas tidak efektif
- b. Defisit nutrisi
- c. Hipertermi
- d. Defisit pengetahuan

### 3. Intervensi Keperawatan

Menurut Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI), intervensi keperawatan adalah setiap perawatan yang dilakukan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penelitian klinis untuk mencapai hasil yang diharapkan ( tim pokja D. PPNI, 2016).

**Tabel 2. 1 Intervensi Keperawatan**

No	Diagnosa Keperawatan SDKI	Tujuan Dan Kriteria Hasil SLKI	Intervensi Keperawatan SIKI												
1	Kode diagnosa D. 0001: Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan  Definisi Ketidakmampuan membersihkan secret atau obstruksi jalan napas untuk mempertahankan jalan napas tetap paten.	<b>Tujuan :</b> Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan bersihan jalan napas meningkat dengan <b>Kriteria hasil :</b> Luaran utama : Bersihan jalan napas. Kode D.0001	Kode intervensi utama I. 01006 latihan batuk efektif <b>Observasi</b> 1. Identifikasi kemampuan batuk 2. Monitor adanya retensi sputum 3. Monitor tanda dan gejala infeksi saluran napas 4. Monitor input dan output cairan (misal: jumlah dan karakteristik) <b>Terapeutik</b> 5. Atur posisi semi-fowler dan fowler 6. Pasang pernak dan bengkok di pangkuan pasien 7. Buang sekret pada tempat sputum <b>Edukasi</b> 8. Jelaskan tujuan dan prosedur batuk efektif 9. Anjurkan Tarik napas dalam												
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>Hasil</th> <th>Menurun</th> <th>Cukup Menurun</th> <th>Sedang</th> <th>Cukup Meningkat</th> <th>Meningkat</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><b>Batuk efektif</b></td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>		Hasil	Menurun	Cukup Menurun	Sedang	Cukup Meningkat	Meningkat	<b>Batuk efektif</b>	1	2	3	4	5
		Hasil		Menurun	Cukup Menurun	Sedang	Cukup Meningkat	Meningkat							
		<b>Batuk efektif</b>		1	2	3	4	5							
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>Hasil</th> <th>Meningkat</th> <th>Cukup Meningkat</th> <th>Sedang</th> <th>Cukup Menurun</th> <th>Menurun</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Produksi sputum</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>		Hasil	Meningkat	Cukup Meningkat	Sedang	Cukup Menurun	Menurun	Produksi sputum	1	2	3	4	5
		Hasil		Meningkat	Cukup Meningkat	Sedang	Cukup Menurun	Menurun							
		Produksi sputum		1	2	3	4	5							
		<b>Mengi</b>		1	2	3	4	5							
<b>Wheezing</b>	1	2	3	4	5										
<b>Dispnea</b>	1	2	3	4	5										
<b>Sulit bicara</b>	1	2	3	4	5										

No	Diagnosa Keperawatan SDKI	Tujuan Dan Kriteria Hasil SLKI					Intervensi Keperawatan SIKI	
	Gejala dan tanda mayor Subjektif Tidak tersedia Objektif 1. Batuk tidak efektif 2. Tidak mampu batuk  Gejala dan tanda minor Subjektif: 1) Dispnea 2) Sulit bicara <b>Objektif:</b> 1) Gelisah 2) Sianosis 3) Frekuensi napas berubah 4) Pola napas berubah	<b>Sianosis</b>	1	2	3	4	5	melalui hidung selama 4 detik, ditahan selama 2 detik, kemudian keluarkan dari mulut dengan bibir mencucu (dibulatkan) selama 8 detik 10. Anjurkan mengulangi Tarik napas dalam hingga 3 kali ( <i>breathing exercise</i> ) 11. Anjurkan batuk dengan kuat langsung setelah Tarik napas dalam yang ke-3 <b>Kolaborasi</b> Kolaborasi pemberian <u>mukolitik</u> atau ekspektoran jika perlu.
		<b>Gelisah</b>	1	2	3	4	5	
		<b>Hasil</b>	<b>Memburuk</b>	<b>Cukup Memburuk</b>	<b>Sedang</b>	<b>Cukup Membaik</b>	<b>Membaik</b>	
		<b>Frekuensi napas</b>	1	2	3	4	5	

No	Diagnosa Keperawatan SDKI	Tujuan Dan Kriteria Hasil SLKI						Intervensi Keperawatan SIKI
	<p>Kode diagnosa D.0019 : Defisit Nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan</p> <p>Gejala dan tanda mayor Subjektif tidak tersedia</p> <p>objektif</p> <p>1. Berat badan menurun minimal 10% di bawah rentan ideal.</p> <p>Gejala dan Tanda minor</p> <p>1. cepat kenyang setelah makan</p> <p>2. kram/nyeri abdomen</p> <p>3. nafsu makan menurun</p> <p>Objektif</p>	<p><b>Tujuan :</b> Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan deficit nutrisi membaik dengan</p> <p><b>Kriteria hasil :</b> Luaran utama status nutris L.03030</p>						<p>Kode intervensi utama 1.03119</p> <p>Manajemen nutrisi</p> <p><b>Definisi :</b> mengidentifikasi dan mengelola asupan nutrisi yang seimbang</p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi status nutrisi</li> <li>2. Identifikasi alergi dan intoleransi makanan</li> <li>3. Identifikasi makanan disukai</li> <li>4. Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrisi</li> <li>5. Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastrik</li> <li>6. Monitor asupan makanan.</li> <li>7. Monitor berat badan.</li> <li>8. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>9. Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu.</li> <li>10. Fasilitasi menentukan pedoman diet (mis. piramida makanan).</li> <li>11. -Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai</li> <li>12. Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi,</li> </ol>
		<b>Hasil</b>	<b>Menurun</b>	<b>Cukup Menurun</b>	<b>Sedang</b>	<b>Cukup Meningkat</b>	<b>Meningkat</b>	
		Porsi makan yang di habiskan	1	2	3	4	5	
		Kekuatan otot mengunyah	1	2	3	4	5	
		Kekuatan otot menelan	1	2	3	4	5	
		Serum albumin	1	2	3	4	5	
		Verbalisasi keinginan untuk meningkatkan nutrisi	1	2	3	4	5	
		Pengetahuan tentang pilihan makanan	1	2	3	4	5	
			1	2	3	4	5	

No	Diagnosa Keperawatan SDKI	Tujuan Dan Kriteria Hasil SLKI					Intervensi Keperawatan SIKI	
	1. Bising usus hiperaktif 2. Otot penyunyah lemah 3. Otot menelan lemah 4. Membran mukosa pucat 5. Sariawan 6. Serum albumin turun 7. Rambut rontok berlebihan 8. Diare	yang sehat						13. Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein. 14. Berikan suplemen makanan jika perlu. 15. Hentikan pemberian makan melalui selang nasogatrik jika asupan oral dapat ditoleransi <b>Edukasi</b> 16. Anjurkan posisi duduk, jika mampu 17. -Ajarkan diet yang diprogramkan <b>Kolaborasi</b> 18. Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis. pereda nyeri, antilemetik), jika perlu. 19. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan, jika perlu
	Pengetahuan tentang standar asupan nutrisi yang tepat	1	2	3	4	5		
	Penyiapan dari penyimpanan makanan yang aman	1	2	3	4	5		
	Penyiapan dan penyimpanan	1	2	3	4	5		
	minuman yang aman	1	2	3	4	5		
	<b>Kondisi klinis terkait</b> 1. Stroke 2. Parkinson 3. Mobius syndrome 4. Cerebral palsy 5. Cleft lip 6. Cleft palate 7. Amyotropic lateral	Sikap terhadap makanan/minuman sesuai dengan tujuan kesehatan						
	<b>Hasil</b>	<b>Meningkat</b>	<b>Cukup Meningkat</b>	<b>Sedang</b>	<b>Cukup Menurun</b>	<b>Menurun</b>		
	Perasaan	1	2	3	4	5		

No	Diagnosa Keperawatan SDKI	Tujuan Dan Kriteria Hasil SLKI						Intervensi Keperawatan SIKI
	sclerosis 8. Kerusakan neuromuskular 9. Luka bakar 10. Kanker 11. Infeksi 12. AIDS 13. Penyakit Crohn's	cepat kenyang						
		Nyeri abdomen	1	2	3	4	5	
		Sariawan	1	2	3	4	5	
		Rambut rontok	1	2	3	4	5	
		Diare	1	2	3	4	5	
		<b>Hasil</b>	<b>Memburuk</b>	<b>Cukup Memburuk</b>	<b>Sedang</b>	<b>Cukup Membaik</b>	<b>Membaik</b>	
		Berat badan	1	2	3	4	5	
		indeks Massa Tubuh (IMT)	1	2	3	4	5	
		Frekuensi makan	1	2	3	4	5	
		Nafsu makan	1	2	3	4	5	
		Bising usus	1	2	3	4	5	
		Tebal lipatan kulit trisep	1	2	3	4	5	
		Membran mukosa	1	2	3	4	5	
3	Kode diagnosa : D.0130 Hipertermia berhubungan dengan proses	<b>Tujuan :</b> Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan hipertermia membaik <b>Kriteria hasil :</b> Luaran utama Termoregulasi L.14134						kode intervensi utama 1.15506 Manajemen Hipertermia <b>Observasi</b> 1. Identifikasi penyebab hipertermia (mis, dehidrasi, terpapar lingkungan

No	Diagnosa Keperawatan SDKI	Tujuan Dan Kriteria Hasil SLKI						Intervensi Keperawatan SIKI
		Hasil	Menurun	Cukup Menurun	Sedang	Cukup Meningkat	Meningkat	
	penyakit (mis,infeksi )							panas, penggunaan inkubator) 2. Monitor suhu tubuh 3. Monitor kadar elektrolit 4. Monitor haluaran urine 5. Monitor komplikasi akibat hipertermia <b>Terapeutik</b> 6. Sediakan lingkungan yang dingin 7. Longgarkan atau lepaskan pakaian 8. Basahi dan kipasi permukaan tubuh 9. Berikan cairan oral 10. Ganti linen setiap hari atau lebih sering jika mengalami hiperhidrosis (keringat berlebih) 11. Lakukan pendinginan eksternal (mis. selimut hipotermia atau kompres dingin pada dahi, leher, dada, abdomen, aksila) 12. Hindari pemberian antipiretik atau aspirin 13. Berikan oksigen, jika perlu <b>Edukasi</b> 14. Anjurkan tirah baring <b>Kolaborasi</b> 15. Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena, jika perlu
	Gejala dan tanda mayor	Menggigil	1	2	3	4	5	
	Subjektif :	Kulit merah	1	2	3	4	5	
	Tidak tersedia	Kejang	1	2	3	4	5	
	Objektif	Akrosianosis	1	2	3	4	5	
	1.kerusakan jaringan dan \atau lapisan kulit	Piloereksi	1	2	3	4	5	
	Gejala dan tanda minor	Vasokonstriksi perifer	1	2	3	4	5	
	Subjektif (tidak tersedia )	Kutis memorata	1	2	3	4	5	
	Objektif	Pucat	1	2	3	4	5	
	1.nyeri	Takikardi	1	2	3	4	5	
	2.perdarahan	Takipnea	1	2	3	4	5	
	3. kemerahan	Bradikardi	1	2	3	4	5	
	4. hematoma	Dasar kuku sianolik	1	2	3	4	5	
	Kondisi klinis terkait	Hipoksia	1	2	3	4	5	
	1. imobilisasi	<b>Hasil</b>	<b>Memburuk</b>	<b>Cukup Memburuk</b>	<b>Sedang</b>	<b>Cukup Membaik</b>	<b>Membaik</b>	
	2. Gagal jantung kongestif	Suhu tubuh	1	2	3	4	5	
	3. Gagal ginjal	Suhu kulit	1	2	3	4	5	
4. Diabetes	Kadar glukosa darah	1	2	3	4	5		

No	Diagnosa Keperawatan SDKI	Tujuan Dan Kriteria Hasil SLKI					Intervensi Keperawatan SIKI	
			1	2	3	4		5
	mellitus 5. Imunodefisiensi (mis. AIDS)	Pengisian kapiler	1	2	3	4	5	
		Ventilasi	1	2	3	4	5	
<b>4</b>	Kode diagnosa : D.0111 Defisit Pengetahuan Berhungan dengan kurang terpaparnya informasi Gejala dan tanda mayor Subjektif 1. menanyakan masalah yang di hadapi Objektif 1. menunjukkan perilaku tidak sesuai anjuran 2. menunjukkan persepsi yang keliru	<b>Tujuan :</b> Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan Tingkat Pengetahuan membaik <b>Kriteria hasil :</b> Luaran utama Termoregulasi L.12111						kode intervensi utama 1.12383 Edukasi Kesehatan  <b>Observasi</b> 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi. 2. Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat <b>Terapeutik</b> 3. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan 4. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan 5. Berikan kesempatan untuk bertanya <b>Edukasi</b> 6. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan 7. Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat;
		Perilaku sesuai anjuran	1	2	3	4	5	
		Verbalisasi minat dalam belajar	1	2	3	4	5	
		Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik	1	2	3	4	5	
		Kemampuan menggambarkan dengan pengetahuan	1	2	3	4	5	

No	Diagnosa Keperawatan SDKI	Tujuan Dan Kriteria Hasil SLKI					Intervensi Keperawatan SIKI	
			1	2	3	4		5
	terhadap masalah  Gejala dan Tanda Minor Subjektif ( tidak tersedia ) Objektif 1. Menjalani Pemeriksaan yang tidak tepat 2. menunjukkan perilaku berlebihan ( mis, apatis, bermusuhan, agitasi, histeria.) Kondisi klinis terkait 1. kondisi klinis yang baru di hadapi oleh klien 2. penyakit akut 3. penyakit kronis	Kemampuan menggambarkan pengalaman sebelumnya yang sesuai dengan topik	1	2	3	4	5	8. Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat
		Perilaku sesuai dengan pengetahuan	1	2	3	4	5	
		Kemampuan menggambarkan pengalaman sebelumnya yang sesuai dengan topik	1	2	3	4	5	
		Perilaku sesuai dengan pengetahuan	1	2	3	4	5	
		<b>Hasil</b>	<b>Meningkat</b>	<b>Cukup Meningkat</b>	<b>Sedang</b>	<b>Cukup Menurun</b>	<b>Menurun</b>	

No	Diagnosa Keperawatan SDKI	Tujuan Dan Kriteria Hasil SLKI					Intervensi Keperawatan SIKI	
			1	2	3	4		5
		Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi	1	2	3	4	5	
		Persepsi yang keliru terhadap masalah	1	2	3	4	5	
		Menjalani pemeriksaan yang tidak tepat	1	2	3	4	5	
		<b>Hasil</b>	<b>Memburuk</b>	<b>Cukup Memburuk</b>	<b>Sedang</b>	<b>Cukup Membaik</b>	<b>Menurun</b>	
		Perilaku sesuai dengan pengetahuan	1	2	3	4	5	

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

Implementasi keperawatan adalah tahap keempat proses keperawatan yang berfokus pada pelaksanaan tindakan keperawatan berdasarkan intervensi yang telah dibuat pada tahap sebelumnya. Dimana tahap ini perawat secara langsung memberikan tindakan kepada klien untuk membantu mereka mencapai tujuan kesehatan yang diharapkan yang sesuai dengan kondisi klien saat itu yang paling dirasakan oleh klien. Berdasarkan SIKI implementasi terdiri dari melakukan dan mendokumentasikan yang merupakan tindakan khusus yang digunakan untuk melaksanakan intervensi (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019).

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

Evaluasi adalah tahap terakhir dalam proses keperawatan yang berfokus pada penilaian dari hasil intervensi keperawatan yang telah diberikan kepada klien dan membandingkannya dengan tujuan yang ditetapkan dalam rencana asuhan keperawatan. Komponen catatan perkembangan antara lain yaitu SOAP (Data Subjektif, Data Objektif, Analisis atau Assessment dan Perencanaan/plan).

S: Subjektif yaitu pernyataan atau keluhan dari pasien

O: Objektif yaitu data yang diobservasi perawat

A: Analisis atau assessment yaitu kesimpulan dari subjektif dan objektif

P: Perencanaan/planning yaitu rencana tindakan yang akan dilakukan berdasarkan analisis (Khofifah & Widada, 2023)