

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Penyakit Pneumonia

2.1.1 Definisi

Pneumonia adalah infeksi pada satu atau dua paru-paru, biasanya disebabkan oleh bakteri, virus, atau jamur. Pneumonia adalah infeksi yang mengakibatkan peradangan pada paru-paru. Kantung udara di paru-paru yang disebut alveoli berisi nanah dan cairan sehingga mengurangi kemampuannya untuk menyerap oksigen (Saktya, 2018)

2.1.2 Etiologi

Pneumonia disebabkan oleh berbagai jenis mikroorganisme, antara lain bakteri, virus, jamur, dan *protozoa*. Pneumonia yang didapat dari komunitas atau *community-acquired pneumonia* (pneumonia yang didapat dari komunitas) disebabkan oleh bakteri Gram positif. Sedangkan bakteri yang berasal dari rumah sakit *Hospital Acquired Pneumonia* (pneumonia nosokomial) disebabkan oleh bakteri Gram negatif. Dan pneumonia aspirasi disebabkan oleh bakteri seperti jamur, bakteri anaerob, dan virus. (R. Palpi *et all*, 2023)

1. Bakteri

Bakteri penyebab pneumonia yaitu *Streptococcus pneumonia*, *haemophilus influenza*, *mycoplasma pneumonia*, *staphylococcus aureus*.

2. Virus

Respiratory syntical virus, virus influenza A atau B (tersedia vaksin), *human melanneumovirus*, *adenovirus*, *virus parainfluenza*

Penyebab pneumonia pada anak adalah virus pernapasan syncytial (RSV).

3. Fungi atau Jamur

Pada tahun 1944, para ilmuwan menemukan patogen yang menyebabkan pneumonia "atipikal" dan kemudian menamakannya *Mycoplasma pneumoniae*. Awalnya mereka mengira itu virus atau jamur, jadi mereka memilih nama "Mycoplasma", yang berarti "terbentuk jamur" dalam bahasa Yunani. Akhirnya, para ilmuwan mengetahui bahwa ini adalah bakteri dengan banyak sifat unik. Karena mereka tidak memiliki dinding sel yang keras, hal ini menentukan jenis antibiotik yang paling efektif melawan mereka. Ia juga merupakan organisme hidup terkecil yang dapat hidup dan berkembang biak secara mandiri. Bakteri kecil, seperti virus, perlu hidup dan berkembang biak di dalam sel.

2.1.3 Klasifikasi

Klasifikasi berdasarkan anatomi

1. Pneumonia Lobaris, melibatkan saluran atau satu bagian besar dari satu atau lobus paru. Bila kedua paru terkena, maka dikenal sebagai pneumonia bilateral atau "ganda"
2. Pneumonia Lobularis (Bronkopneumonia) terjadi pada ujung akhir bronkiolus, yang tersumbat oleh eksudat mukopurulen untuk membentuk bercak konsolidasi dalam lobus yang berada didekatnya, disebut juga pneumonia lobularis
3. Pneumonia interstitial (Bronkiolitis) proses inflamasi yang terjadi

dalam dinding alveolar (interstisium) dan jaringan peribronkial serta interlobular.

Klasifikasi Pneumonia berdasarkan inang dan lingkungan

1. Pneumonia Komunitas

Dijumpai pada H. Influenza pada pasien perokok, patogen atipikal pada lansia, gram negative pada pasien dari rumah jompo, dengan adanya PPOK, penyakit penyerta kardiopulmonal/jamak, atau paska terapi antibiotika spectrum luas

2. Pneumonia Nosokomial

Tergantung pada 3 faktor yaitu: tingkat berat sakit, adanya resiko untuk jenis patogen tertentu, dan masa menjelang timbul onset pneumonia

3. Pneumonia Aspirasi

Disebabkan oleh infeksi kuman, pneumonitis kimia akibat aspirasi bahan toksik, akibat aspirasi cairan inert misalnya cairan makanan atau lambung, edema paru, dan obstruksi mekanik simple oleh bahan padat

4. Pneumonia Terjadi karena akibat proses penyakit dan akibat terapi

Penyebab infeksi dapat disebabkan oleh kuman pathogen atau mikroorganisme yang biasanya nonvirulen, berupa bakteri, protozoa parasit, virus, jamur, dan cacing.

Klasifikasi pneumonia berdasarkan kuman penyebab adalah sebagai berikut

1. Pneumonia bakterialis/topikal, dapat terjadi pada semua usia beberapa

kuman tendensi menyerang semua orang yang peka, misalnya :

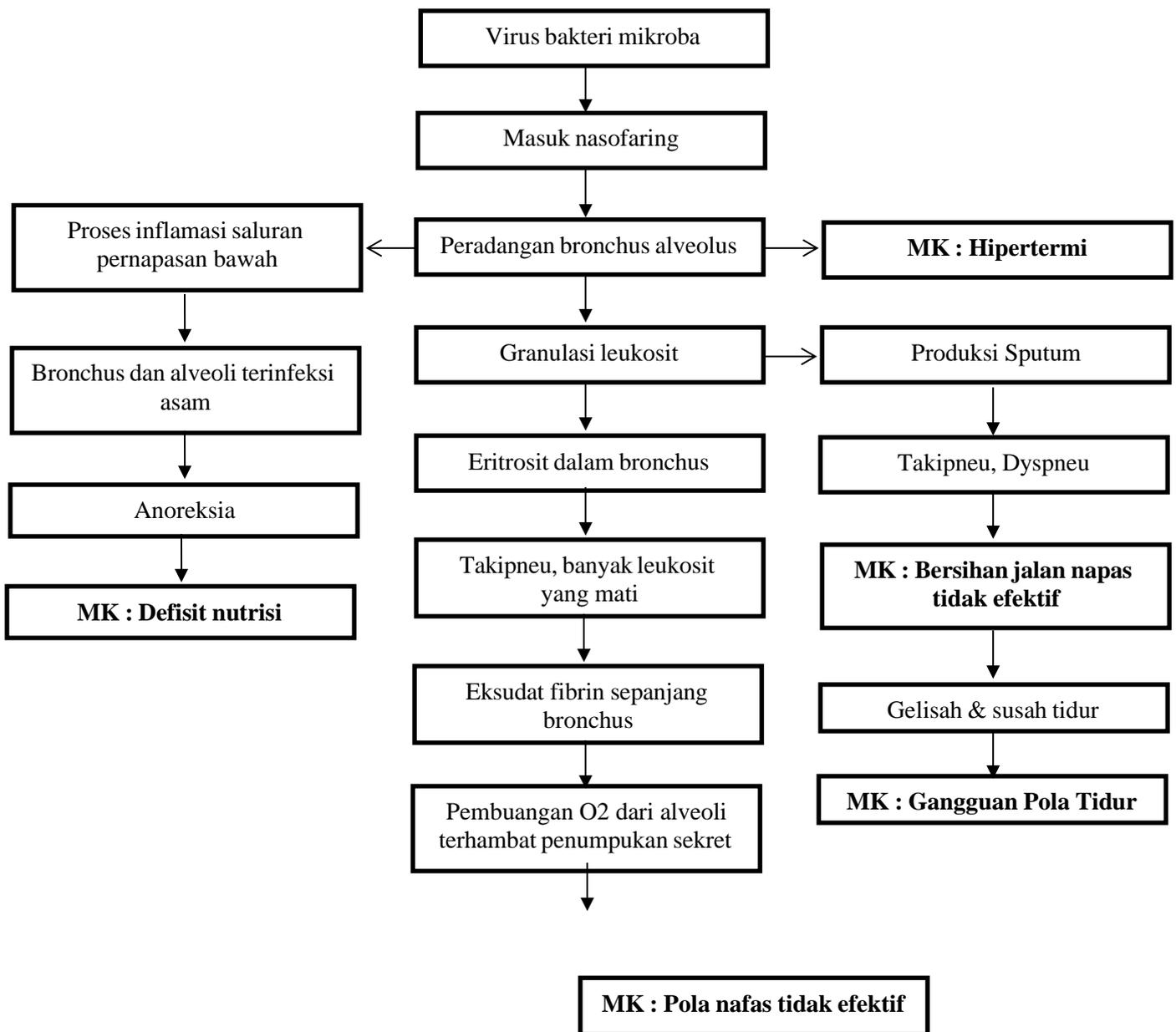
- a. Klebsiela pada orang alkoholik

- b. *Strepilokokus* pada influenza
- 2. Pneumonia atipikal, sering mengenai anak dan dewasa muda disebabkan oleh *mycoplasma* dan *clamidia*
- 3. Pneumonia karena virus, sering pada bayi dan anak
- 4. Pneumonia karena jamur, sering disertai infeksi sekunder terutama pada orang dengan daya tahan lemah dan pengobatannya lebih sulit. (Eka, *ett all.* 2023)

2.1.4 Patofisiologi

Adanya etiologi seperti jamur dan inhalasi mikroba ke dalam tubuh manusia melalui udara, aspirasi organisme, bermatogen dapat menyebabkan reaksi inflamasi hebat sehingga membran paru-paru meradang dan berlobang. Dari reaksi inflamasi atau timbul panas, anoreksia, mual, muntah serta nyeri pleuntis Selanjutnya RBC, WBC dan cairan keluar masuk alveoli sehingga terjadi sekresi, edema dan bronkospasme yang menimbulkan manifestasi klinis dyspnea, sianosis dan batuk, selain itu juga menyebabkan adanya partial oklusi yang akan membuat daerah paru menjadi padat (konsolidasi). Konsolidasi paru menyebabkan meluasnya permukaan membran respirasi dan penurunan rasio ventilasi perfusi, kedua hal itu dapat menyebabkan kapasitas difusi menurun dan selanjutnya terjadi hipoksemia

Dari penjelasan diatas masalah yang muncul, yaitu: bersihan jalan nafas tidak efektif, gangguan pola tidur, pola nafas tidak efektif, defisit nutrisi, dan hipertermi



Gambar 2.1 Pathway / Patofisiologi Pneumonia

2.1.5 Komplikasi

Komplikasi pneumonia menyebabkan hipotensi dan syok, gagal pernapasan, atelektasis, efusi pleura, delirium, superinfeksi dan adhesi. Beberapa kelompok orang yang lebih beresiko mengalami komplikasi, seperti lansia dan balita, Sejumlah komplikasi pneumonia yang dapat terjadi adalah :

1. Infeksi aliran darah

Infeksi aliran darah atau bakterimia terjadi akibat adanya bakteri yang masuk ke dalam aliran darah dan menyebarkan infeksi ke organ-organ lain

2. Abses paru atau paru bernanah

Abses paru dapat ditangani dengan antibiotik, namun terkadang juga membutuhkan tindakan medis untuk membuang nanahnya

3. Efusi Pleura

Kondisi di mana cairan memenuhi ruang yang menyelimuti paru-paru. (Era, *ett all.* 2023)

2.1.6 Manifestasi Klinis

Gambaran klinis pneumonia ditunjukkan dengan adanya pelebaran cuping hidung, ronki, dan retraksi dinding dada atau sering disebut tarikan dinding dada bagian bawah ke dalam (chest indrawing). Penyakit yang sering terjadi pada anak-anak ini ditandai dengan ciri-ciri adanya demam, batuk disertai nafas cepat (takipnea) atau nafas cepat.

Gejala dan tanda pneumonia tergantung kuman penyebab, usia, status

imunologis, dan beratnya penyakit. Gejala dan tanda dibedakan menjadi gejala umum infeksi (non spesifik), gejala pulmonal, pleural, dan ekstrapulmonal. Gejala-gejala tersebut meliputi :

- a. Demam
- b. Menggigil
- c. Sefalgia
- d. Gelisah
- e. Muntah, kembung, diare (terjadi pada pasien dengan gangguan gastrointestinal) Wheezing (pneumonia mikoplasma)
- f. Otitis media, konjungtivitis, sinusitis (pneumonia oleh streptococcus pneumoniae atau Haemophilus influenzae). (Saktya, 2018)

2.1.7 Penatalaksanaan

1. Antibiotik diresepkan berdasarkan hasil pewarnaan Gram dan pedoman antibiotik (pola resistensi, faktor risiko, etiologi harus dipertimbangkan), Terapi kombinasi dapat juga digunakan
2. Terapi suportif mencakup hidrasi, antipiretik, medikasi antitusif, antihistamin, atau dekonjestan nasal
3. Tirah baring direkomendasikan sampai infeksi menunjukkan tanda-tanda bersih
4. Terapi oksigen diberikan untuk hipoksemia
5. Bantuan pernapasan mencakup konsentrasi oksigen inspirasi yang tinggi, intubasi endotrakea, dan ventilasi mekanis
6. Terapi atelektasis, efusi pleura, syok, gagal napas, atau superinfeksi

dilakukan, jika perlu

7. Untuk kelompok yang berisiko tinggi mengalami CAP, disarankan untuk melakukan vaksinasi pneumokokus. (Susan, 2018)

2.1.8 Pemeriksaan Diagnostik

1. Sinar X Mengidentifikasi distribusi struktural (mis Lobar, bronchial); dapat juga menyatakan abses luas/infiltrate, empiema (stapilococcus); infiltrasi menyebar atau terlokalisasi (bacterial); atau penyebaran/perluasan infiltrate nodul (lebih sering virus).
2. BGA (Blood Gas Analysis), Tidak normal mungkin terjadi tergantung pada luas paru yang terlibat dan penyakit paru yang ada.
3. JDL leukositosis biasanya ada, meskipun sel darah putih rendah terjadi pada infeksi virus, kondisi tekanan imun.
4. LED meningkat
5. Fungsi paru hipoksemia, volume menurun, tekanan jalan nafas meningkat dan komplain menurun.
6. Elektrolit Na dan Cl mungkin rendah
7. Bilirubin meningkat
8. Aspirasi/biopsi jaringan paru

2.2 Konsep Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif

2.2.1 Definisi

Bersihan Jalan Nafas Tidak Efektif berdasarkan Tim Pokja SDKI DPDI PPNI, (2018) adalah ketidakmampuan membersihkan secret atau

obstruksi jalan nafas untuk mempertahankan jalan napas tetap paten.

Data Mayor dan Minor Gejala dan Tanda Mayor

- a) Subjektif : Tidak ada
- b) Objektif : Batu tidak efektif, tidak mampu batuk, sputum berlebih, mengi, wheezing, ronkhi kering dan mekonium di jalan napas pada neonatus

Gejala dan Tanda Minor

- a) Subjektif : Dispnea, ortopnea, sulit bicara.
- b) Objektif : Gelisah, sianosis, bunyi napas menurun, frekuensi napas berubah, pola napas berubah.

2.2.1 Konsep Penyebab

- 1) Fisiologis
 - a) Spasme jalan napas
 - b) Hipersekresi jalan napas
 - c) Disfungsi neuromuscular
 - d) Benda asing dalam jalan napas
 - e) Adanya jalan napas buatan
 - f) Sekresi yang tertahan
 - g) Hyperplasia dinding jalan napas
 - h) Proses infeksi dan respon alergi

2) Situasional

- a) Merokok aktif
- b) Merokok pasif
- c) Terpajam polutan

2.3 Konsep Asuhan Keperawatan

Asuhan Keperawatan meliputi beberapa tahap, yaitu : (Vikario, *et all* 2023)

2.3.1 Pengkajian

1 Identitas

Diantaranya nama, nomor RM, umur, jenis kelamin, pendidikan, alamat, pekerjaan, asuransi kesehatan, agama, suku bangsa, tanggal dan jam awal masuk RS, nomor pendaftaran, serta diagnosa medis.

2 Keluhan Utama

Keluhan utama yang paling penting untuk mengenali tanda dan gejala pada sistem pernafasan secara umum yang termasuk dalam keluhan utama pernafasan yaitu batuk, batuk darah, dahak berlebihan, sesak nafas dan dada nyeri. Keluhan utama bersihan jalan nafas tidak efektif adalah batuk tidak efektif, mengi, ronki kering atau ronki, sputum berlebihan

3 Riwayat Kesehatan

1. Riwayat Kesehatan Dahulu

Perawat bertanya tentang kondisi medis masa lalu klien yang mungkin membantu untuk masalah pernapasan misalnya, apakah klien pernah berobat sebelumnya, untuk penyakit apa, apakah

pernah sakit berat, pengobatan apa yang dijalani dan apakah ada alergi.

2. Riwayat Kesehatan Sekarang

Meneliti riwayat kesehatan organ pernafasan saat ini misalnya menanyakan riwayat kesehatan dari awal keluhan sampai klien meminta pertolongan, misalnya kapan keluhan gagal nafas dirasakan, sudah berapa lama dan sudah berapa kali. Keluhan disampaikan. itu terjadi klien harus ditanya tentang setiap keluhan utama selengkap mungkin dan semuanya dijelaskan dalam riwayat medis saat ini.

3. Riwayat Kesehatan Keluarga

Evaluasi riwayat kesehatan organ pernapasan mendukung keluhan pasien, perlu dicari riwayat keluarga yang dapat berkontribusi pada penyakit seperti kesulitan bernapas, batuk berkepanjangan, dahak berlebihan pada generasi sebelumnya.

4. Riwayat keperawatan berdasarkan pola kesehatan fungsional

a. Pola persepsi sehat

Biasanya keluarga sering menganggap batuk yang dialami adalah batuk biasa dan akan menganggap benar-benar sakit jika sudah ada keluhan berat dibatas biasanya, contohnya sesak napas.

b. Pola metabolik nutrisi

Pada kasus ini biasanya akan sering muncul anoreksia, keluhan mual muntah akibat terjadi peningkatan rangsangan gaster dan

mengalami penurunan berat badan.

c. Pola eliminasi

Penderita akan mengalami penurunan produksi urin karena perpindahan cairan akibat demam.

d. Pola tidur – istirahat

Data yang sering muncul adalah keluhan sulit tidur karena sesak napas. Tampak lemas dan tidak bisa tidur di malam hari karena merasa tidak nyaman.

e. Pola aktivitas

Aktivitas menurun dan kelemahan fisik.

f. Pola kognitif – persepsi

Penurunan kognitif untuk mengingat apa yang pernah disampaikan, biasanya terjadi sesaat karena adanya penurunan asupan nutrisi dan oksigenasi pada otak.

g. Pola persepsi diri - konsep diri

Suatu pengakuan atau keluhan tentang persepsi diri yang dirasakan.

h. Pola peran hubungan

Pasien tampak malas bicara dan lebih banyak diam.

i. Pola toleransi stress – koping

Aktivitas yang sering tampak saat menghadapi stress adalah pasien selalu diam dan tampak murung.

j. Pola nilai kepercayaan

Nilai keyakinan akan meningkat seiring dengan kebutuhan untuk kesembuhan dari Tuhan

5. Pemeriksaan Fisik

1) Keadaan Umum

Keadaan umum pada klien pneumonia dapat dilakukan dengan cara menilai keadaan fisik tiap bagian tubuh. Selain itu, perlu dinilai secara umum tentang kesadaran klien yang terdiri dari compos mentis, apatis, samnolen, spoor, soporokoma, atau koma. Hasil pemeriksaan tanda-tanda vital pada klien pneumonia biasanya didapatkan peningkatan suhu tubuh lebih 40 C, frekuensi nafas meningkat dari frekuensi normal, denyut nadi meningkat seiring dengan peningkatan suhu tubuh dan frekuensi pernafasan, dan apabila tidak melibatkan infeksi sistemis yang berpengaruh pada hemodinamika kardiovaskular tekanan darah tidak ada masalah.

2) Pemeriksaan Fisik B1 – B6

Pemeriksaan fisik pasien pneumonia menitikberatkan pada Proses pemeriksaan ini yang terdiri dari data subjektif dan data objektif yang terdiri dari inspeksi, palpasi, perkusi, auskultasi.

a) B1 (Breathing)

(1) Data Subjektif : Keluhan yang dirasakan biasanya pasien mengeluhkan sering batuk ada atau tidaknya sputum.

(2) Data Objektif :

- (a) Inspeksi : Pada pasien Pneumonia memiliki bentuk dada yang tidak simetris, peningkatan frekuensi, nafas cepat dan memproduksi sputum serta di dapati peningkatan produk sekret yang berlebihan.
- (b) Palpasi : Pada pasien Pneumonia gerakan dada saat bernafas normal dan seimbang antara bagian kanan dan kiri, getaran suara (vocal fremitus) normal.
- (c) Perkusi : biasanya didapatkan bunyi resonan atau sonor. Jika terdapat suara redup apabila pasien mengalami bronchopneumonia.
- (d) Auskultasi : pada pasien pneumonia didapatkan hasil nafas melemah dan bunyi nafas tambahan ronkhi pada sisi yang sakit.

b) B2 (Blood)

(1) Data Subjektif : Pada pasien pneumonia mengeluhkan pusing, sesak, dada berdebar-debar saat melakukan aktifitas berat.

(2) Data Objektif :

- (a) Inspeksi : Pada pasien pneumonia biasanya didapatkan ictus cordis tidak terlihat, pada daerah kepala konjungtiva berwarna merah muda, sklera berwarna putih dan tidak ada sianosis.

(b) Palpasi : didapatkan hasil CRT >2 detik, akral hangat, dan denyut nadi melemah atau tidak

(c) Perkusi : Suara redup

(d) Auskultasi : tekanan darah biasanya normal, dan bunyi jantung S1 S2 bunyi tunggal (Lup Dup)

c) B3 (Brain)

(1) Data Subjektif : pasien biasanya mengeluhkan adanya nyeri atau tidak serta pasien mudah pusing dan pingsan.

(2) Data Objektif :

(a) Inspeksi : pada pasien pneumonia selalu terjadi penurunan kesadaran (GCS), dan gelisah. Pada pengkajian objektif ini, wajah tampak meringis, menangis, merintih dan meregang.

d) B4 (Bladder)

(1) Data Subjektif : pasien biasanya mengeluhkan adanya nyeri saat berkemih atau tidak

(2) Data Objektif

(a) Inspeksi : terjadinya poliuria (berkemih berlebihan), disuria (nyeri saat berkemih) atau tidak, warna urine bagaimana, dan jumlah urine cc/hari.

(b) Palpasi : Adanya nyeri tekan atau tidak

e) B5 (Bowel)

(1) Data Subjektif : pasien biasanya mengeluhkan tidak

selera makan, mual dan muntah, serta pasien merasa haus.

(2) Data Objektif :

- (a) Inspeksi : bentuk biasanya normal / simetris, terdapat hernia dan lesi atau tidak pada permukaan abdomen .
- (b) Auskultasi : terdapat peristaltik bising usus berapa kali permenit.
- (c) Palpasi : biasanya normalnya terdapat suara timpani
- (d) Perkusi : adanya nyeri tekan atau tidak.

f) B6 (Bone)

(1) Data Subjektif : aktifitas dan istirahat pasien sering mengalami gangguan, kelemahan, keletihan, sulit bergerak atau tidak.

(2) Data Objektif

- (a) Inspeksi : terdapat odem atau tidak, infus terpasang disebalah mana, dan terdapat hasil kekuatan otot.

6. Pemeriksaan Diagnostik

1) Foto Thoraks

Pada foto thoraks ini Pneumonia terdapat bercak-bercak infiltrat pada satu atau beberapa lobus.

2) Laboratoriu

- (a) Hitung darah tepi menunjukkan leukositosis, dapat meningkat menjadi 15.000-40.000/mm dengan menggeser ke kiri, bakteri dapat dibiakkan dari tenggorokan atau darah.
- (b) Warna urin biasanya kuning tua, albuminuria ringan dapat muncul karena peningkatan suhu dan dada sedikit hialin.
- (c) Analisis gas darah arteri menunjukkan asidosis metabolik dengan atau tanpa retensi CO₂.

2.3.2 Diagnosa Keperawatan

1. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan spasme jalan napas dibuktikan dengan penumpukan sekret. Tim Pokja SDKI DPP PPNI 2017 (D.0001)
2. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas dibuktikan dengan pola napas abnormal. Tim Pokja SDKI DPP PPNI 2017 (D.0005)
3. Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit dibuktikan dengan suhu tubuh diatas nilai normal. Tim Pokja SDKI DPP PPNI 2017 (D.0130)
4. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang control tidur dibuktikan dengan mengeluh sulit tidur. Tim Pokja SDKI DPP PPNI 2017 (D.0055)
5. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan dibuktikan dengan nafsu makan menurun. Tim Pokja SDKI DPP PPNI 2017 (D. 0019)

2.3.3 Intervensi Keperawatan

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN	TUJUAN DAN KH	INTERVENSI KEPERAWATAN
1.	Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan spasme jalan napas dibuktikan dengan penumpukan sekret	<p>Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan maka MK teratasi dengan KH :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Batuk efektif meningkat 2. Produksi sputum menurun 3. Mengi dan wheezing menurun 4. Dispnea dan Ortopnea menurun 5. Gelisah menurun 6. Frekuensi napas membaik 7. Pola napas membaik 	<p>Manajemen jalan napas (I.01011)</p> <p>Tindakan Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman napas, usaha napas) 2. Monitor bunyi napas tambahan (gurgling, mengi, wheezing, ronkhi kering) 3. Monitor sputum (jumlah, warna, aroma) Terapeutik <p>1. Pertahankan kepatenan jalan napas dengan head-tilt dan chin-lift</p> <p>2. Berikan minum air hangat</p> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan cairan

			2000 ml/hari, jika tidak kontraindikasi 2. Ajarkan teknik batuk efektif
2.	Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas dibuktikan dengan pola napas abnormal	Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan maka MK teratasi dengan KH : 1. Dispnea menurun 2. Penggunaan otot bantu napas menurun 3. Ortopnea menurun 4. Frekuensi napas membaik 5. Kedalaman napas membaik 6. Tekanan ekspirasi dan inspirasi membaik	Manajemen jalan napas (I.01011) Tindakan Observasi 1. Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman napas, usaha napas) 2. Monitor bunyi napas tambahan (gurgling, mengi, wheezing, ronchi kering) 3. Monitor sputum (jumlah, warna, aroma) Terrapeutik 1. Pertahankan kepatenan jalan napas dengan head-tilt dan chin-lift 2. Berikan minum air hangat Edukasi 1. Anjurkan cairan

			2000 ml/hari, jika tidak kontraindikasi 2. Ajarkan teknik batuk efektif
3.	Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit dibuktikan dengan suhu tubuh diatas nilai Normal	Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan maka MK teratasi dengan KH : 1. Menggigil menurun 2. Pucat menurun 3. Takikardi menurun 4. Takipnea menurun 5. Bradikardi menurun 6. Hipoksia menurun 7. Suhu tubuh membaik 8. Suhu kulit membaik 9. Tekanan darah membaik	Manajemen Hipertermia (I.15506) Tindakan Observasi 1. Identifikasi penyebab hipertermia 2. Monitor suhu tubuh 3. Monitor komplikasi akibat hipertermia Terapeutik 1. Sediakan lingkungan yang dingin 2. Longgarkan atau lepaskan pakaian 3. Berikan cairan oral Edukasi 1. Anjurkan tirah baring Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian cairan dan

			elektrolit intravena, jika perlu
4.	Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang control tidur dibuktikan dengan mengeluh sulit tidur.	Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan maka MK teratasi dengan KH : 1. Kemampuan beraktivitas meningkat 2. Keluhan sulit tidur menurun 3. Keluhan sering terjaga menurun	Dukungan Tidur (I.05174) Tindakan Observasi 1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur 2. Identifikasi factor pengganggu tidur (fisik dan/atau psikologis) 3. Identifikasi obat tidur yang dikonsumsi Terapeutik 1. Modifikasi lingkungan (mis, pencahayaan, kebisingan, suhu, matras, dan tempat tidur) 2. Tetapkan jadwal rutin tidur 3. Batasi waktu tidur siang 4. Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis,

			<p>pijat, pengaturan posisi)</p> <p>Edukasi</p> <p>1. Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur</p> <p>2. Ajarkan relaksasi atau cara nonfarmakologi lainnya</p>
5.	<p>Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan dibuktikan dengan nafsu makan menurun.</p>	<p>Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan maka MK teratasi dengan KH :</p> <p>1. Porsi makanan yang dihabiskan meningkat</p> <p>2. Kekuatan otot menelan meningkat</p> <p>3. Perasaan cepat kenyang menurun</p> <p>4. BB membaik</p> <p>5. IMT membaik</p> <p>6. Frekuensi makan membaik</p> <p>7. Nafsu makan membaik</p>	<p>Manajemen Nutrisi (I.03119)</p> <p>Tindakan</p> <p>Observasi</p> <p>1. Identifikasi status nutrisi</p> <p>2. Identifikasi makanan yang disukai</p> <p>3. Monitor asupan makanan</p> <p>4. Monitor berat badan</p> <p>Terapeutik</p> <p>1. Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu</p> <p>2. Berikan suplemen makanan, jika perlu</p> <p>Edukasi</p>

			1. Anjurkan posisi duduk, jika mampu 2. Ajarkan diet yang di programkan Kolaborasi 1. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrient yang dibutuhkan, jika perlu
--	--	--	--

2.3.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan yang merupakan komponen keempat dari proses keperawatan setelah merumuskan rencana asuhan keperawatan. Implementasi merupakan serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu kliendari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang lebih baik yang menggambarkan criteria hasil yang diharapkan. Dalam teori, implementasi dari rencana asuhan keperawatan mengikuti komponen perencanaan dari proses keperawatan.

Tindakan keperawatan yang diberikan kepada pasien selalu berdasarkan intervensi yang sudah direncanakan berdasarkan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (TimPokja SIKI PPNI, 2018).

2.3.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi Tahap penilaian atau evaluasi adalah perbandingan yang sistematis danrencana tentang kesehatan klien dengan tujuan yang telah

ditetapkan, dilakukan dengan cara bersinambungan dengan melibatkan klien, keluarga, dan tenaga kesehatan lainnya. Tujuan evaluasi adalah untuk melihat kemampuan klien dalam mencapai tujuan yang disesuaikan dengan criteria hasil pada tahap perencanaan (Harahap,2019).Terdapat dua jenis evaluasi (Nanda, 2020) :

a. Evaluasi Formatif (Proses)

Evaluasi formatif berfokus pada aktivitas proses keperawatan dan hasil tindakan keperawatan. Evaluasi formatif ini dilakukan segera setelah perawat mengimplementasikan rencana keperawatan guna menilai keefektifan tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan. Perumusan evaluasi formatif ini meliputi 4 komponen yang dikenal dengan istilah SOAP, yakni subjektif, objektif, analisis data dan perencanaan.

- 1) S (subjektif) : Data subjektif dari hasil keluhan klien, kecuali pada klien yang afasia
- 2) O (objektif) : Data objektif dari hasil observasi yang dilakukan oleh perawat.
- 3) A (analisis) : Masalah dan diagnosis keperawatan klien yang dianalisis atau dikaji dari data subjektif dan data objektif.
- 4) P (perencanaan) : Perencanaan kembali tentang pengembangan tindakan keperawatan, baik yang sekarang maupun yang akan datang dengan tujuan memperbaiki keadaan kesehatan klien.

b. Evaluasi Sumatif (Hasil)

Evaluasi sumatif adalah evaluasi yang dilakukan setelah semua

aktivitas proses keperawatan selesai dilakukan. Evaluasi sumatif ini bertujuan menilai dan memonitor kualitas asuhan keperawatan yang telah diberikan. Ada 3 kemungkinan evaluasi yang terkait dengan pencapaian tujuan keperawatan, yaitu:

- 1) Tujuan tercapai atau masalah teratasi jika klien menunjukkan perubahan sesuai dengan standar yang telah ditentukan.
- 2) Tujuan tercapai sebagian atau masalah teratasi sebagian atau klien masih dalam proses pencapaian tujuan jika klien menunjukkan perubahan pada sebagian criteria yang telah ditetapkan.
- 3) Tujuan tidak tercapai atau masih belum teratasi jika klien hanya menunjukkan sedikit perubahan dan tidak ada kemajuan sama sekali. Evaluasi adalah tindakan intelektual untuk melengkapi proses keperawatan yang menandakan seberapa jauh diagnosis keperawatan, rencana tindakan dan implementasinya sudah berhasil di capai. Tujuan evaluasi adalah melihat kemampuan klien dalam mencapai tujuan. Hal ini bias dilaksanakan dengan mengadakan hubungan dengan klien berdasarkan respon klien terhadap tindakan keperawatan yang diberikan, sehingga perawat dapat mengambil keputusan.