

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Tinjauan Teori Medis

2.1.1 Definisi penyakit pneumonia

Pneumonia adalah suatu proses peradangan di mana terdapat konsolidasi yang disebabkan pengisian rongga alveoli oleh eksudat. Pertukaran gas tidak dapat berlangsung pada daerah yang mengalami konsolidasi, begitupun dengan aliran darah di sekitar alveoli, menjadi terhambat dan tidak berfungsi maksimal. Hipoksemia dapat terjadi, bergantung pada banyaknya jaringan paru-paru yang sakit. (Irman Somantri, 2012)

Secara klinis pneumonia didefinisikan sebagai suatu peradangan paru yang disebabkan oleh mikroorganisme (bakteri, virus, jamur, parasit), bahan kimia, radiasi, asprasi, obat-obatan dan lain-lain. Pneumonia yang disebabkan oleh *Mycobacterium tuberculosis* tidak termasuk. Sedang peradangan paru yang disebabkan oleh penyebab noninfeksi (bahan kimia, radiasi, obat-obatan dan lain-lain) lazimnya disebut pneumonitis. (Soedarsono, 2010)

2.1.2 Klasifikasi Pneumonia

1. Berdasarkan ciri radiologis dan gejala klinis, dibagi atas :
 - a. Pneumonia tipikal, bercirikan tanda-tanda pneumonia lobaris dengan opasitas lobus atau lobularis.

- b. Pneumonia atipikal, ditandai dengan gangguan respirasi yang meningkat lambat dengan gambaran infiltrat paru yang bilateral yang difus.
2. Berdasarkan faktor lingkungan
- a. Pneumonia komunitas
 - b. Pneumonia nosokomial
 - c. Pneumonia rekurens
 - d. Pneumonia aspirasi
 - e. Pneumonia pada gangguan imun
 - f. Pneumonia hipostatik
3. Berdasarkan sindrom klinis
- a. Pneumonia bakterial berupa: pneumonia bakterial tipe tipikal yang terutama mengenai parenkim paru dalam bentuk bronkopneumonia lobar serta pneumonia bakterial tipe campuran atipikal yaitu perjalanan penyakit ringan dan jarang disertai konsolidasi paru.
 - b. Pneumonia non bakterial, dikenal pneumonia tipikal yang disebabkan Mycoplasma, Chlamydia pneumoniae atau Legionella.
(Padila, 2013)

2.1.3. Etiologi

Penyebab dari pneumonia antara lain :

a. Bakteri

Pneumonia bakteri biasanya didapatkan pada usia lanjut. Organisme gram positif seperti : Streptococcus pneumoniae, S. aureus, dan streptococcus pyogenes. Bakteri gram negative seperti Hemophilus

influenza, klebsiella pneumoniae dan P. aeruginosa.

b. Virus

Disebabkan oleh virus influenza yang menyebar melalui transmisi droplet. Cytomegalovirus dalam hal ini dikenal sebagai penyebab utama pneumonia virus.

c. Jamur

Infeksi yang disebabkan jamur seperti histoplasmosis menyebar melalui penghirupan udara yang mengandung spora dan biasanya ditemukan pada kotoran burung, tanah serta kompos.

d. Protozoa

Menimbulkan terjadinya Pneumocystis carinii pneumonia (PCP). Biasanya menjangkiti pasien yang mengalami immunosupresi.

(Padila, 2013)

2.1.4 Pathofisiologi

Pneumonia kimiawi adalah pneumonia yang terjadi setelah menghirup kerosin atau inhalasi gas yang mengiritasi. Pneumonia inhalasi terjadi akibat inhalasi mikroba yang ada di udara, aspirasi organisme dari nasofaring (penyebab pneumonia bakterialis yang paling sering) atau penyebaran hematogen dari fokus infeksi yang jauh. Bakteri yang masuk ke paru melalui saluran pernapasan, masuk ke bronchioles dan alveoli lalu menimbulkan reaksi peradangan hebat dan menghasilkan cairan edema yang kaya protein dalam alveoli dan jaringan intersitium. Bakteri pneumokokus dapat meluas melalui porus kohn dari alveoli ke alveoli di seluruh segmen/lobus. Timbulnya hepatitis merah adalah akibat

pembesaran eritrosit dan beberapa leukosit dari kapiler paru. Alveoli dan septa menjadi penuh dengan cairan edema yang berisi eritrosit dan fibrin serta relatif sedikit leukosit sehingga kapiler alveoli menjadi melebar. Bakteri pneumokokus difagositosis oleh leukosit dan sewaktu resolusi berlangsung makrofag masuk ke dalam alveoli dan menelan leukosit bersama bakteri pneumokokus di dalamnya. Paru masuk dalam tahap hepatisasi abu-abu dan tampak berwarna abu-abu kekuningan. Secara perlahan-lahan sel darah merah yang mati dan eksudat-fibrin dibuang dari alveoli, terjadi resolusi sempurna, paru menjadi normal kembali tanpa kehilangan kemampuannya dalam melakukan pertukaran gas. (Taqqiyyah Bararah, 2013)

2.1.5 Manifestasi Klinis

1. Kesulitan dan sakit pada saat pernafasan
 - a. Nyeri pleuritik
 - b. Nafas dangkal dan mendengkur
 - c. Takipnea
2. Bunyi nafas di atas area yang mengalami konsolidasi
 - a. Mengecil, kemudian menjadi menghilang
 - b. Krekels, ronki, egofoni
3. Gerakan dada tidak simetris
4. Menggigil dan demam $38,8^{\circ}\text{C}$ sampai $41,1^{\circ}\text{C}$, delirium
5. Diaforesis
6. Anoreksia
7. Malaise

8. Batuk kental, produktif

- a. Sputum kuning kehijauan kemudian berubah menjadi kemerahan atau berkarat.

9. Gelisah

10. Sianosis

- a. Area sirkumoral
b. Dasar kuku kebiruan

11. Masalah-masalah psikososial : disorientasi, ansietas, takut mati.

2.1.6 Pemeriksaan Diagnostik

1. Pemeriksaan Radiologi

- 1) Foto rontgen dada (*chest x-ray*): teridentifikasi penyebaran, misalnya lobus, bronkial; dapat juga menunjukkan multiple abses/infiltrat, empiema (*Staphylococcus*); penyebaran atau lokasi infiltrasi (bakterial); atau penyebaran ekstensif nodul infiltrate (sering kali viral); pada *pneumonia mycoplasma*, gambaran *chest x-ray* mungkin bersih.
- 2) *ABGs/Pulse Oximetry*: abnormalitas mungkin timbul bergantung pada luasnya kerusakan paru.

2. Pemeriksaan Laboratorium

- 1) Kultur sputum dan darah/*gram stain*: didapatkan dengan *needle biopsy*, *transtracheal aspiration*, *fiberoptic bronchoscopy* atau biopsi paru terbuka untuk mengeluarkan organism penyebab. Akan didapatkan lebih dari satu jenis kuman, seperti *Diplococcus pneumoniae*, *Staphylococcus aureus*, *A Hemolytic streptococcus*, dan

Haemophilus influenza.

- 2) Hitung darah lengkap/*complete blood count* (CBC): leukositosis biasanya timbul, meskipun nilai SDP rendah pada infeksi virus.
- 3) Tes serologik: membantu membedakan diagnosis pada organisme secara spesifik.
- 4) Laju endap darah (LED): meningkat.
- 5) Pemeriksaan fungsi paru: volume mungkin menurun (kongerti dan kolaps alveolar), tekanan saluran udara meningkat, *compliance* menurun, dan akhirnya dapat terjadi hipoksemia.
- 6) Elektrolit: sodium dan klorida mungkin rendah.
- 7) Bilirubin: mungkin meningkat.

2.1.7 Penatalaksanaan medis

1. Terapi oksigen jika pasien mengalami pertukaran gas yang tidak adekuat. Ventilasi mekanik mungkin diperlukan jika nilai normal GDA tidak dapat dipertahankan.
2. Blok saraf interkostal untuk mengurangi nyeri.
3. Pada pneumonia aspirasi bersihkan jalan nafas yang tersumbat.
4. Perbaiki hipotensi pada pneumonia aspirasi dengan penggantian volume cairan.
5. Terapi antimikrobal berdasarkan kultur dan sensitivitas.
6. Supresan batuk jika batuk bersifat nonproduktif.
7. Analgesik untuk mengurangi nyeri pleuritik.

(Padila, 2013)

2.1.8 Komplikasi

Komplikasi pada klien pneumonia adalah sianosis disertai hipoksia mungkin terjadi, ventilasi mungkin menurun akibat akumulasi mucus, yang dapat berkembang menjadi atelektasis absorpsi. Gagal nafas dan kematian dapat terjadi pada kasus ekstrem berhubungan dengan kelelahan atau sepsis (penyebaran infeksi ke darah). (Taqiyyah Bararah, 2013)

2.2 Tinjauan Teori Asuhan Keperawatan

Dalam melaksanakan asuhan keperawatan penulis mengacu dalam proses keperawatan yang terdiri dari lima tahap yaitu :

2.2.1 Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dan dasar dalam proses keperawatan yang terjadi pada tahap ini akan menentukan diagnosis keperawatan. Pengkajian harus dilakukan dengan teliti dan cermat sehingga seluruh kebutuhan keperawatan pada klien dapat diidentifikasi. (Nikmatur, 2012)

2.2.2 Diagnosis Keperawatan

Pernyataan yang menggambarkan respon manusia (keadaan sehat atau perubahan pola interaksi aktual / potensial) dari individu atau kelompok agar perawat dapat secara legal mengidentifikasi dan perawat dapat memberikan tindakan keperawatan secara pasti untuk menjaga status kesehatan.

2.2.3 Perencanaan

Pengembangan strategi desain untuk mencegah, mengurangi dan mengatasi masalah yang telah diidentifikasi dalam diagnosis

keperawatan. Desain perencanaan menggambarkan sejauh mana perawat mampu menetapkan cara menyelesaikan masalah dengan efektif dan efisien.

2.2.4 Pelaksanaan

Realisasi rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Kegiatan dalam pelaksanaan juga meliputi pengumpulan data berkelanjutan, mengobservasi respons klien selama dan sesudah pelaksanaan dan sesudah tindakan, serta menilai data yang baru (Nikmatur, 2012)

2.2.6 Evaluasi

Penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien (hasil yang diamati) dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan.

2.3 Asuhan Keperawatan Pneumonia

2.3.1 Pengkajian

1. Identitas klien

Biodata pasien berisi tentang : Nama, Umur, Pendidikan, Pekerjaan, Suku, Agama, Alamat, No. Medical Record, Tanggal pengkajian.

2. Keluhan utama

Pasien sesak nafas, bila beraktivitas cepat lelah dan pandangan kabur.

3. Riwayat penyakit sekarang

Keluhan utama yang sering timbul pada klien pneumonia adalah adanya awitan yang ditandai dengan keluhan menggigil, demam $\geq 40^{\circ}$ C, nyeri pleuritik, batuk, sputum berwarna seperti karat, takipnea terutama setelah adanya konsolidasi paru.

4. Riwayat penyakit dahulu

Pneumonia sering kali timbul setelah infeksi saluran nafas (infeksi pada hidung dan tenggorokan). Risiko tinggi timbul pada klien dengan riwayat alkoholik, post-operasi, infeksi pernapasan, dan klien dengan immunosupresi (kelemahan dalam sistem imun). Hampir 60% dari klien kritis di ICU dapat menderita pneumonia dan 50% (separuhnya) akan meninggal.

5. Riwayat penyakit keluarga

Mencari diantara keluarga pada pneumonia yang menderita penyakit tersebut sehingga diteruskan penularannya

6. Riwayat psikososial

Perawat memperoleh persepsi secara jelas mengenai status emosi, kognitif, dan perilaku pasien.

7. Pola fungsi kesehatan

b. Pola persepsi dan tata laksana hidup sehat

Pada kasus pneumonia, biasanya ditemukan perubahan penatalaksanaan kesehatan yang menimbulkan masalah dalam merawat dirinya.

c. Pola nutrisi dan metabolik

Pada kasus dengan pneumonia, biasanya terjadi gangguan dalam memenuhi kebutuhan nutrisi hal ini disebabkan karena meningkatnya kebutuhan metabolisme dan zat-zat makanan akibat panas dari proses peradangan.

d. Pola eliminasi

Pada kasus dengan pneumonia, bisa terjadi dehidrasi yang disebabkan oleh suhu yang tinggi dan intake cairan yang kurang sehingga dapat mempengaruhi pola eliminasi urin.

e. Pola aktivitas dan latihan

Pada kasus pneumonia biasanya mengalami keterbatasan aktifitas akibat sesak nafas yang di derita dan kelemahan fisik.

f. Pola tidur dan istirahat

Pada kasus dengan pneumonia, bisa terjadi perubahan pola tidurnya karena timbul batuk pada malam hari yang hebat dan sesak naafas, nyeri dada dapat mengganggu waktu istirahat dan tidur penderita.

g. Pola hubungan dan peran

Adanya isolasi sosial karena keadaan penyakitnya serta timbulnya kesedihan.

h. Pola sensori dan kognitif

Pada kasus pneumonia bisa terjadi gangguan penghirupan karena adanya sekret hidung, juga gangguan pendengaran karena batuk yang akan mempengaruhi keseimbangan dunia luar dengan

liang telinga.

i. Pola persepsi konsep diri

Pada kasus dengan pneumonia, kurangnya pengetahuan tentang penyakitnya, menyebabkan penderita takut dan cemas.

j. Pola reproduksi seksual

Pada penderita pneumonia yang kronis dapat mengalami disfungsi seksual.

k. Pola penanggulangan stress

Kebiasaan yang digunakan penderita dalam mengatasi masalah yang terjadi.

l. Pola tata nilai dan kepercayaan

Kebiasaan penderita dalam menjalankan kebiasaan sehari-hari.

7. Pemeriksaan fisik

a. Keadaan Umum

1. Wajah : terlihat pucat, ekspresi wajah menahan sakit.
2. Rambut : warna hitam, lurus, tidak ada ketombe, tidak ada benjolan di kulit kepala.
3. Mata : simetris, konjungtiva pucat, sclera putih, tidak ada gangguan penglihatan.
4. Mulut dan gigi : mukosa bibir kering, gigi tidak caries, tidak stomatitis, tidak terlihat perdarahan pada gusi.
5. Telinga : simetris, tidak ada cairan serumen, bersih, tidak ada nyeri tekan, tidak ada gangguan pendengaran.

6. Hidung : bersih, tidak ada polip, tidak ada pernafasan cuping hidung, tidak ada nyeri tekan.
7. Dada : simetris, tidak ada retraksi, terdapat suara ronchi, dan weezhing.
8. Abdomen : simetris, tidak ada nyeri tekan, tidak ada benjolan.
9. Genetalia : bersih.
10. Ekstremitas : tidak oedem, tidak ada nyeri sendi, tidak ada gangguan gerak.

b. Sistem integumen

Pada inspeksi adanya sianosi dan tanda-tanda penurunan turgor kulit.

c. Sistem respirasi

1. Inspeksi : adanya sianosis pada lidah, bibir, kuku, penggunaan otot bantu pernafasan, pernafasan dengan cuping hidung, takipnea, penurunan gerakan dada yang sakit,
2. Palpasi : ekspansi dada menurun dan adanya nyeri tekan.
3. Perkusi : didapatkan perkusi redup (nada lebih tinggi dengan waktu terdengarnya suara lebih singkat) pada bagian yang sakit dan bagian yang sehat akan terdengar sonor.
4. Auskultasi : didapatkan suara bronchial, suara tambahan ronchi basah.

d. Sistem Kardiovaskuler

Berapa jumlah denyut nadinya dan bagaimana kecepataannya atau teratur atau tidak.

e. Sistem Gastrointestinal

Penderita dengan pneumonia sering menunjukkan gangguan pada gastrointestinal seperti mual, diare, atau adanya massa pada perut bawah.

f. Sistem Muskuloskeletal

Pada penderita pneumonia sering terjadi kelemahan otot, yang dapat mengganggu system pernafasan.

2.3.2 Diagnosa Keperawatan

Klasifikasi berdasarkan Irman Soemantri (2012) :

1. Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan inflamasi trakeobronkial, pembentukan edema, dan peningkatan produksi sputum; *pleuritic pain* (nyeri saat bernapas)
2. Nyeri akut berhubungan dengan inflamasi pada parenkim paru; reaksi selular untuk mengeluarkan toksin; batuk persisten
3. Risiko tinggi penyebaran infeksi berhubungan dengan tidak adekuatnya mekanisme pertahanan tubuh primer (penurunan aktivitas silia, statis di saluran napas); tidak adekuatnya mekanisme pertahanan tubuh sekunder (infeksi, immunosupresi), penyakit kronis, malnutrisi..
4. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan tidak seimbangnya oksigen suply dan *demand* ; kelemahan umum; kelelahan karena gangguan pola tidur akibat ketidaknyamanan, batuk produktif, dan dispnea.
5. Risiko ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolik sekunder

terhadap demam dan proses infeksi; anoreksia berhubungan dengan toksin bakteri, bau dan rasa sputum, serta terapi aerosol; distensi abdomen/udara berhubungan dengan tertelannya udara selama periode dispnea.

Risiko tinggi kurang volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan yang banyak (demam, diaferosis, pernapasan mulut/hiperventilasi, vomiting); penurunan intake oral. (Nanda NIC – NOC, 2013)

2.3.3 Rencana Keperawatan

1. Diagnosa : Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan inflamasi trakeobronkial, pembentukan edema, dan peningkatan produksi sputum; *pleuritic pain* (nyeri saat bernapas)

NOC

Tujuan : Jalan nafas efektif dengan bunyi nafas bersih dan jelas.

Pasien dapat melakukan batuk efektif untuk mengeluarkan sekret.

Kriteria Hasil :

- a) Mendemonstrasikan batuk efektif dan suara nafas yang bersih, tidak ada sianosis dan dispneu (mampu mengeluarkan sputum, mampu bernafas dengan mudah, tidak ada pursed lips).
- b) Menunjukkan jalan nafas yang paten (klien tidak merasa tercekik, irama nafas, frekuensi pernafasan dalam rentang normal, tidak ada suara nafas abnormal).
- c) Mampu mengidentifikasi dan mencegah faktor yang dapat menghambat jalan nafas.

NIC

Intervensi :

- 1) Pastikan kebutuhan oral / tracheal suctioning
- 2) Auskultasi suara nafas sebelum dan sesudah suction
- 3) Lakukan fisioterapi dada jika perlu
- 4) Keluarkan secret dengan batuk atau suction
- 5) Auskultasi suara nafas, catat adanya suara tambahan
- 6) Berikan bronkodilator bila perlu
- 7) Monitor respirasi dan status O₂.

2. Diagnosa : Nyeri akut berhubungan dengan inflamasi pada parenkim paru; reaksi selular untuk mengeluarkan toksin; batuk persisten.

NOC

Tujuan : Nyeri teratasi.

Kriteria Hasil :

- a) Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan tehnik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan)
- b) Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan management nyeri
- c) Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi dan tanda nyeri)
- d) Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang

NIC

Intervensi :

- 1) Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi
 - 2) Observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan
 - 3) Gunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien
 - 4) Kaji kultur yang mempengaruhi respon nyeri
 - 5) Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan
 - 6) Kaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi
 - 7) Ajaarkan teknik non farmakologi
 - 8) Berikan analgetik untuk mengurangi nyeri
 - 9) Kolaborasikan dengan dokter jika ada keluhan dan tindakan nyeri tidak berhasil
3. Diagnosa : Risiko tinggi penyebaran infeksi berhubungan dengan tidak adekuatnya mekanisme pertahanan tubuh primer (penurunan aktivitas silia, statis di saluran napas); tidak adekuatnya mekanisme pertahanan tubuh sekunder (infeksi, immunosupresi), penyakit kronis, malnutrisi.

NOC

Tujuan : Infeksi tidak terjadi selama perawatan

Kriteria Hasil :

- a) Klien bebas dari tanda dan gejala infeksi

- b) Mendeskripsikan proses penularan penyakit, faktor yang mempengaruhi penularan serta penatalaksanaannya
- c) Menunjukkan kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi
- d) Jumlah leukosit dalam batas normal
- e) Menunjukkan perilaku hidup sehat

NIC

Intervensi :

- 1) Bersihkan lingkungan setelah dipakai pasien lain
 - 2) Pertahankan teknik isolasi
 - 3) Batasi pengunjung bila perlu
 - 4) Instruksikan pada pengunjung untuk mencuci tangan saat berkunjung dan setelah berkunjung meninggalkan pasien
 - 5) Gunakan sabun antimikrobia untuk cuci tangan
 - 6) Cuci tangan setiap sebelum dan sesudah tindakan keperawatan
 - 7) Gunakan baju, sarung tangan sebagai pelindung
 - 8) Pertahankan lingkungan aseptik selama pemasangan alat
 - 9) Ganti letak IV perifer dan line central dan dressing sesuai dengan petunjuk umum
 - 10) Gunakan kateter interniten untuk menurunkan infeksi
 - 11) Tingkatkan intake nutrisi
 - 12) Berikan antibiotic bila perlu
4. Diagnosa : Intoleransi aktifitas berhubungan dengan tidak seimbangnya oksigen supply dan *demand* ; kelemahan umum; kelelahan karena gangguan pola tidur akibat ketidaknyamanan, batuk produktif, dan dispnea

NOC

Tujuan : Aktivitas dapat terpenuhi selama perawatan.

Kriteria Hasil :

- a) Berpartisipasi dalam aktivitas fisik tanpa disertai peningkatan tekanan darah, nadi dan RR
- b) Mampu melakukan aktivitas sehari-hari (ADL) secara mandiri
- c) Tanda-tanda vital normal
- d) Level kelemahan
- e) Mampu berpindah : dengan atau tanpa bantuan alat
- f) Status tanpa kardiopulmonari adekuat
- g) Sirkulasi status baik
- h) Status respirasi : pertukaran gas dan ventilasi adekuat

NIC

Intervensi :

- 1) Kolaborasi dengan tenaga rehabilitasi medik dalam merencanakan program terapi yang tepat
- 2) Bantu klien untuk mengidentifikasi aktivitas yang mampu dilakukan
- 3) Bantu untuk memilih aktivitas konsisten yang sesuai dengan kemampuan fisik, psikologi dan social
- 4) Bantu untuk mengidentifikasi dan mendapatkan sumber yang diperlukan untuk aktivitas yang diinginkan
- 5) Bantu untuk mendapatkan alat bantuan aktivitas seperti kursi roda, krek
- 6) Bantu untuk mengidentifikasi aktivitas yang disukai

- 7) Bantu klien untuk membuat jadwal latihan di waktu luang
 - 8) Bantu pasien/keluarga untuk mengidentifikasi kekurangan dalam beraktivitas
 - 9) Sediakan penguatan positif bagi yang aktif beraktivitas
 - 10) Bantu pasien untuk mengembangkan motivasi diri dan penguatan
 - 11) Monitor respon fisik, emosi, sosial dan spiritual
5. Diagnosa : Risiko ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolik sekunder terhadap demam dan proses infeksi; anoreksia berhubungan dengan toksin bakteri, bau dan rasa sputum, serta terapi aerosol; distensi abdomen/udara berhubungan dengan tertelannya udara selama periode dispnea.

NOC

Tujuan : Nutrisi dapat seimbang selama perawatan

Kriteria Hasil :

- a) Adanya peningkatan berat badan sesuai dengan tujuan
- b) Berat badan ideal sesuai dengan tinggi badan
- c) Mampu mengidentifikasi kebutuhan nutrisi
- d) Tidak ada tanda-tanda malnutrisi
- e) Menunjukkan peningkatan fungsi pengecap dari menela
- f) Tidak terjadi penurunan berat badan yang berarti

NIC

Intervensi :

- 1) Monitor adanya penurunan berat badan
- 2) Monitor turgor kulit

- 3) Monitor mual muntah
 - 4) Monitor kadar albumin, total protein, Hb, dan kadar Ht
 - 5) Monitor pucat, kemerahan, dan kekeringan jaringan konjungtiva
 - 6) Monitor kalori dan intake nutrisi
 - 7) Berikan informasi tentang kebutuhan nutrisi
 - 8) Kaji adanya alergi makanan
 - 9) Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan pasien.
6. Risiko tinggi kurang volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan yang banyak (demam, diaferosis, pernapasan mulut/hiperventilasi, vomiting); penurunan intake oral.

NOC

Tujuan : Volume cairan terpenuhi selama perawatan.

Kriteria Hasil :

- a) Mempertahankan urine output sesuai dengan usia dan BB, BJ urine normal, HT normal
- b) Tekanan darah, nadi, suhu tubuh dalam batas normal
- c) Tidak ada tanda-tanda dehidrasi, elastisitas turgor kulit baik, membran mukosa lembab, tidak ada rasa haus yang berlebihan

NIC

Intervensi :

- 1) Monitor status cairan termasuk intake dan output cairan.
- 2) Pertahankan catatan intake dan output yang akurat
- 3) Monitor status hidrasi (kelembaban membrane mukosa, nadi adekuat,

tekanan darah ortostatik), jika diperlukan

- 4) Monitor vital sign
- 5) Monitor masukan makanan/cairan IV
- 6) Monitor status nutrisi
- 7) Dorong masukan oral
- 8) Dorong keluarga untuk membantu pasien makan
- 9) Kolaborasi dengan dokter

2.3.4 Implementasi

Setelah rencana keperawatan di susun, maka rencana tersebut diharapkan dalam tindakan nyata untuk mencapai tujuan yang diharapkan, tindakan tersebut harus terperinci sehingga dapat diharapkan tenaga pelaksanaan keperawatan dengan baik dan sesuai dengan waktu yang ditentukan.

Implementasi ini juga dilakukan oleh si pembuat rencana keperawatan itu kita harus menjunjung harkat dan martabat sebagai manusia yang unik.

2.3.5 Evaluasi

Evaluasi adalah hasil akhir dari proses keperawatan dilakukan untuk mengetahui sampai dimana keberhasilan tindakan yang diberikan sehingga dapat menentukan intervensi yang akan dilakukan.

S : data yang diperoleh dari wawancara langsung dengan klien dan keluarga.

O : data yang diperoleh dari hasil observasi dan pemeriksaan.

A : pernyataan yang terjadi atas data subyektif dan data obyektif.

P : perencanaan yang ditentukan sesuai dengan masalah dan diagnosa.