

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Defisit Nutrisi Pada Pneumonia**

##### **1. Pengertian Defisit Nutrisi Pada Balita Pneumonia**

Defisit nutrisi adalah kondisi ketika dimana tubuh tidak mendapatkan nutrisi yang diperlukan untuk pertumbuhan dan perkembangan. Secara garis besar defisit nutrisi disebabkan karena kurangnya asupan nutrisi (makronutrien maupun mikronutrien), gangguan penyerapan nutrisi atau kehilangan zat nutrisi yang berlebihan (Hanindita, 2019).

Nutrisi adalah zat gizi yang dibutuhkan oleh tubuh untuk tumbuh kembang. Setiap anak mempunyai kebutuhan nutrisi yang berbeda-beda dan anak-anak mempunyai karakteristik yang khas dalam mengonsumsi makanan atau zat gizi tersebut (Supartini, 2012). Nutrisi menjadi bagian yang sangat penting dalam pertumbuhan dan perkembangan. Anak dibawah lima tahun merupakan kelompok yang menunjukkan pertumbuhan badan yang pesat namun kelompok ini merupakan kelompok tersering yang menderita defisit nutrisi.

##### **2. Penyebab Defisit Nutrisi Pada Balita Pneumonia**

Pneumonia dapat disebabkan oleh beberapa hal menurut (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017) yaitu :

- 1) Ketidakmampuan menelan makanan
- 2) Ketidakmampuan mencerna makanan
- 3) Ketidakmampuan mengabsorpsi nutrisi
- 4) Peningkatan metabolisme
- 5) Faktor ekonomi (mis, finansial tidak mencukupi)

#### 6) Faktor Psikologis (mis, stress, keengganan untuk makan)

Faktor resiko terjadinya pneumonia yaitu usia 0-24 bulan, jenis kelamin laki-laki, berat badan lahir rendah, status gizi, tidak mendapatkan ASI eksklusif, status imunisasi DPT dan campak. Status nutrisi merupakan salah satu faktor resiko terjadinya pneumonia status nutrisi dan infeksi saling berinteraksi, karena infeksi dapat mengakibatkan status nutrisi kurang dengan berbagai mekanisme dan sebaliknya status nutrisi juga dapat menyebabkan infeksi. Infeksi menghambat reaksi imunologi yang normal dengan menghabiskan sumber energi tubuh .gangguan nutrisi penyakit infeksi sering bekerjasama dan memberikan akibat yang lebih buruk pada tubuh. Malnutrisi dan infeksi yang kompleks, infeksi dapat mengganggu status nutrisi yang menyebabkan gangguan absorpsi (Ariana, 2015)

### **3. Patofisiologi Pneumonia**

Mikroorganisme pada pneumonia meliputi bakteri, jamur, fungi, aspirasi penyebab pneumonia masuk melalui saluran pernapasan dibagian atas, masuk bronkiolus dan alveoli. Mikroorganisme dapat meluas dari alveoli ke alveoli keseluruhan segmen atau lobus. Timbulnya hepatitis merah akibat perembesan eritrosit dan beberapa leukosit dari kapiler paru. Alveoli menjadi penuh dengan cairan edema yang berisi eritrosit dan fibrin serta relatif sedikit leukosit sehingga kapiler alveoli menjadi melebar dan penurunan jaringan efektif paru. Paru menjadi berisi udara, kenyal, dan berwarna merah, stadium ini dinamakan hepatitis merah. Aliran darah menurun, alveoli penuh dengan leukosit dan relatif sedikit eritrosit dan terjadi fagositosis dengan cepat oleh leukosit dan saat resolusi berlangsung, makrofag masuk ke dalam alveoli. Paru masuk dalam tahap

hepatisasai abu-abu dan tampak berwarna abu-abu kekuningan. Secara perlahan-lahan sel darah merah mati, dan eksudat-fibrin dibuang dari alveoli. Stadium ini disebut stadium resolusi (Muttaqin, 2012).

#### **4. Manifestasi Klinis Defisit Nutrisi Pada Balita Pneumonia**

Menurut Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia, tanda dan gejala yang muncul pada diagnosa keperawatan defisit nutrisi dibagi menjadi dua yaitu gejala dan tanda mayor serta gejala dan tanda minor (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

a. Gejala dan tanda mayor

berat badan menurun minimal 10% dibawah rentang ideal.

b. gejala dan tanda minor

- 1) cepat kenyang setelah makan
- 2) kram/nyeri abdomen
- 3) nafsu makan menurun
- 4) bising usus hiperaktif
- 5) otot pengunyah lemah
- 6) otot menelan lemah
- 7) membran mukosa pucat
- 8) sariawan
- 9) serum albumin turun
- 10) rambut rontok berlebihan
- 11) diare

## **B. Asuhan Keperawatan Pneumonia Pada Balita Dalam Pemenuhan Kebutuhan Nutrisi**

### **1. Pengkajian**

Pengkajian pada balita pneumonia dengan defisit nutrisi adalah(Susilaningrum, 2013).

- a. Identitas. Sering ditemukan pada anak berumur sering ditemukan pada anak berumur diatas 1tahun.
- b. Keluhan utama seperti perasaan tidak enak badan, lesu, pusing, nyeri kepala dan kurang bersemangat, serta nafsu makan menurun (teutama pada saat masa inkubasi)

#### **c. Status Imunisasi Anak**

Status imunisasi anak adalah dimana anak pernah mendapatkan imunisasi seperti *BCG, difteri, pertussis, tetanus, polio dan campak* atau tambahan imunisasi lainnya yang di anjurkan oleh petugas.

#### **d. Pertumbuhan dan Perkeembangan**

##### **1) Pertumbuhan Fisik**

Untuk menentukan pertumbuhan fisik anak, perlu dilakukan pengukuran antropometri dan pemeriksaan fisik.Pengukuran antropometri yang sering digunakan di lapangan untuk mengukur pertumbuhan anak adalah TB, BB, dan lingkak kepala.Sedangkan lingkak lengan dan lingkak dada baru digunakan bila dicurigai adanya gangguan pada anak.

## 2) Perkembangan Anak

mengkaji keadaan perkembangan anak usia 1 bulan – 72 bulan, dapat dilakukan dengan menggunakan Kuisisioner Pra Skrining Perkembangan (KPSP), untuk menilai dalam 4 sektor perkembangan pada anak yang meliputi : motoric kasar, motoric halus, bicara / bahasa dan sosialisasi / kemandirian (Kementerian kesehatan RI, 2016). Interpretasi Hasil KPSP dapat dihitung dengan cara menghitung jumlah “Ya”, yaitu dengan cara :

- a) Hitung jawaban “Ya” (bila dijawab bisa atau sering atau kadang–kadang).
  - b) Hitung jawaban Tidak (bila jawaban belum pernah atau tidak pernah).
  - c) Bila jawaban “Ya” = 9–10, perkembangan anak sesuai dengan tahapan perkembangan (S).
  - d) Bila jawaban “Ya” = 7 atau 8, perkembangan anak meragukan (M).
  - e) Bila jawaban “Ya” = 6 atau kurang, kemungkinan ada penyimpangan (P).
  - f) Rincilah jawaban “Tidak” pada nomer berapa saja (Kemenkes, 2010).
- e. Pengkajian Pola Fungsional Gordon

### 1) Pola persepsi kesehatan manajemen kesehatan

Yang perlu dikaji adalah bagaimana pola sehat-sejahtera yang dirasakan, pengetahuan tentang gaya hidup dan berhubungan dengan sehat, pengetahuan tentang praktik kesehatan preventif, ketaatan pada ketentuan media dan keperawatan. Biasanya anak-anak belum mengerti tentang manajemen kesehatan, sehingga perlu perhatian dari orang tuanya.

### 2) Pola nutrisi metabolic

Yang perlu dikaji adalah pola makan biasa dan masukan cairan klien, tipe makanan dan cairan, peningkatan/ penurunan berat badan, pilihan makan.

3) Pola eliminasi

Yang perlu dikaji adalah pola defekasi klien, berkemih, penggunaan alat bantu, penggunaan obat-obatan.

4) Pola aktivitaslatihan

Yang perlu dikaji adalah pola aktivitas klien, ;atihan dan rekreasi, kemampuan untuk mengusahakan aktivitas sehari-hari (merawat diri, bekerja) dan respon kardiovaskuler serta pernapasan saat melakukan aktivitas.

5) Pola istirahattidur

Yang perlu dikaji adalah bagaimana pola tidur klien selama 24 jam, bagaimana kualitas dan kuantitas tidur klien, apa ada gangguan tidur dan penggunaan obat-obatan untuk mengatasi gangguan tidur.

6) Pola kognitifpersepsi

Yang perlu dikaji adalah fungsi indra klien dan kemampuan persepsi klien.

7) Pola persepsi diri dan konsep diri

Yang perlu dikaji adalah bagaimana sikap klien mengenai dirinya, persepsi klien tentang kemampuannya, pola emosional, citra diri, identitas diri, ideal diri, harga diri dan peran diri. Biasanya anak akan mengalami gangguan emosional seperti tskut, cemas karena dirawat diRS.

8) Pola peran hubungan

Kaji kemampuan klien dalam berhubungan dengan orang lain. Bagaimana kemampuan dalam menjalankan perannya.

9) Pola reproduksi danseksualitas

Kaji efek penyakit terhadap seksualitas anak

10) Pola koping dan toleransi stress

Yang perlu dikaji adalah bagaimana kemampuan klien dalam menghadapi stress dan adanya sumber pendukung. Anak belu, mampu untuk mengatasi stress, sehingga sangat dibutuhkan peran dari keluarga terutama orang tua untuk selalu mendukung anak.

11) Pola nilai dan kepercayaan

Kaji bagaimana kepercayaan klien. Anak-anak belum mengerti tentang kepercayaan yang dianut. Anak-anak hanya mengikuti dari orang tua.

f. Pemeriksaan fisik:

- 1) Mulut, terdapat nafas yang berbau tidak sedap serta bibir kering dan pecah-pecah. Lidah tertutup selaput kotor yang biasanya berwarna putih, sementara ujung tepi lidah berwarnakemerahan.
- 2) Abdomen, dapat ditemukan keadaan perut kembung. Biasanya terjadi konstipasi, atau diare dan bahkan bisa sajanormal.
- 3) Hati dan limpa membesar yang disertai dengan nyeri padaperabaan.

g. Pemeriksaan laboratorium:

- 1) pemeriksaan darah tepi terdapat gambaran leukopenia, limfositosis relative, dan aneosinofilia pada permukaansakit.
- 2) Darah untuk kultur (biakan, empedu) dan widal.
- 3) Biakan empedu basil salmonella thyphosa dapat ditemukan dalam darah pasien pada minggu pertama sakit. Selanjutnya, lebih sering ditemukan dalam urine dan feces.

- 4) Pemeriksaan widal. Untuk membuat diagnosis, pemeriksaan yang diperlukan ialah titer zat anti terhadap antigen O. titer yang bernilai 1/200 atau lebih menunjukkan kenaikan yang progresif.
- 5) Pengkajian nutrisi meliputi A (antropometric measurement) pengukuran antropometri, B (biochemical data) data biomedis, C (clinical sign) tanda-tanda klinis status gizi, D (dietary) tentang diet.
- 6) Kemampuan makan, dalam kemampuan makan ada beberapa hal yang perlu dikaji antara lain kemampuan mengunyah, menelan, makan sendiri tanpa bantuan orang lain.

## **2. Diagnosa Keperawatan**

Diagnosa Keperawatan penilaian klinis mengenai respon pasien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung actual maupun potensial (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

Sesuai dengan perumusan diagnosa keperawatan melalui PES yaitu : P : Defisit Nutrisi, E : Ketidakmampuan menelan makanan dan S : Berat badan menurun minimal 10% dibawah rentang ideal, cepat kenyang setelah makan , kram/nyeri abdomen , nafsu makan menurun, bising usus hiperaktif, otot penguyah lemah, otot menelan lemah, membran mukosa pucat, sariawan, serum albumin turun, rambut rontok berlebihan, diare. (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017). Menurut (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017), diagnosa keperawatan mengenai Pneumonia pada balita dengan defisit nutrisi yaitu :



Tabel 1 .  
Diagnosa Keperawatan pada Balita Pneumonia dengan Defisit Nutrisi

Gejala dan Tanda	Penyebab	Masalah
Gejala dan Tanda Mayor	1. Ketidakmampuan	Defisit Nutrisi
Subjektif : tidak tersedia.	menelanmakanan	Kategori : fisiologi
Objektif : Berat badan	2. Ketidakmampuan	Subkategori : Nutrisi dan
menurun minimal 10%	mencernamakanan	Cairan
dibawah rentang ideal	3. Ketidakmampuan	Definisi : Asupan Nutrisi
Gejala dan Tanda Minor	mengabsorbsi	tidak cukup untuk
Subjektif : cepat kenyang	nutrien	memenuhi kebutuhan
setelah makan ,	4. Peningkatan	metabolisme
kram/nyeri abdomen ,	kebutuhan	
nafsu makanmenurun.	metabolisme	
Objektif : bising usus	5. Faktor ekonomis	
hiperaktif, otot penguyah	(mis. Finansial tidak	
lemah, otot menelan	mencukupi)	
lemah, membran mukosa	6. Faktorsikologis	
pucat, sariawan, serum	7. (mis.stress,	
albumin turun, rambut	keenganan untuk	
rontok berlebihan, diare.	makanan	

Sumber: (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017)

### 3. Intervensi Keperawatan

Perencanaan atau intervensi adalah segala *treatment* yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (*outcome*) yang diharapkan. Klasifikasi intervensi keperawatan gangguan integritas kulit termasuk dalam kategori lingkungan yang ditujukan untuk mendukung keamanan lingkungan dan menurunkan risiko gangguan kesehatan dan termasuk subkategori keamanan dan proteksi yang memuat kelompok intervensi yang dalam meningkatkan keamanan dan menurunkan risiko cedera akibat 17 ancaman dari lingkungan internal maupun eksternal (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

Tabel 2  
Intervensi Asuhan Keperawatan Pada Balita Pneumonia Dengan Defisit Nutrisi Di Ruang Anggrek BRSU Tabanan Tahun 2020

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
(1)	(2)	(3)
Defisit Nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan	Defisit nutrisi pada pneumonia dengan kriteria hasil: a. Porsi makan yang dihabiskan meningkat b. Nafsu makan membaik c. Kekuatan otot menguyah meningkat d. Kekuatan otot menelan meningkat e. Berat badan membaik	Manajemen Nutrisi : <b>Observasi :</b> a. identifikasi status nutrisi b. identifikasi makanan yang disukai c. indentifikasi alergi dan intoleransi makanan d. identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrisi e. identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastrik f. monitor asupan makanan

(1)	(2)	(3)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>f. Indeks massa tubuh membaik</li> <li>g. Seruma lbumin</li> <li>h. verbalisasi keinginan untuk meningkatkan nutrisi meningkat</li> <li>i. pengetahuan tentang pilihan makanan yang sehat meningkat</li> <li>j. pengetahuan tentang minuman yang sehat meningkat</li> <li>k. pengetahuan tentang standar asupan nutrisi yang tepat meningkat</li> <li>l. penyiapan dan penyimpanan makanan yang aman meningkat</li> <li>m. penyiapan dan penyimpanan minuman yang aman meningkat</li> <li>n. sikap terhadap makanan dan minuman sesuai dengan tujuan kesehatan</li> <li>o. perasaan cepat kenyang menurun</li> <li>p. nyeri abdomen menurun</li> <li>q. sariawan menurun</li> <li>r. rambut rontok menurun</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>h. monitor berat badan</li> <li>i. monitor hasil pemeriksaan laboratorium</li> </ul> <p><b>Terapeutik :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. lakukan oral hygiene sebelum makan</li> <li>b. sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai</li> <li>c. berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi</li> <li>d. berikan suplemen makanan</li> <li>e. berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein</li> <li>f. berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein</li> <li>g. fasilitasi menentukan pedoman diet (mis. Piramidamakanan)</li> <li>h. hentikan pemberian makanan melalui selang nasogatrik jika asupan oral dapat ditoleransi</li> </ul> <p><b>Edukasi :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. anjurkan posisi duduk , jikamau</li> <li>b. Ajarkan Diet yang diprogramkan</li> </ul>

(1)	(2)	(3)
	s. diaremenurun t. frekuensi makan membaik u. bising usus membaik v. tebal lipatan trisep membaik w. membran mukosa membaik	<b>Kolaborasi :</b> a. kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrisi yang dibutuhkan, jika perlu b. kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis. Pereda nyeri, antiemetik), jika perlu

Sumber: (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018)

#### 4. Implementasi

Implementasi adalah tahap ketika perawat mengaplikasikan rencana asuhan keperawatan kedalam bentuk intervensi keperawatan guna membantu pasien dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Perawat melaksanakan atau mendelegasikan tindakan keperawatan untuk intervensi yang disusun dalam tahap perencanaan dan kemudian mengakhiri tahap implementasi dengan mencatat tindakan keperawatan dan respons pasien terhadap tindakan tersebut (Kozier, 2010). Adapun implementasi yang dapat dilakukan sesuai dengan perencanaan, yaitu:

- a. Mengidentifikasi status nutrisi
- b. Mengidentifikasi makanan yang disukai
- c. Mengidentifikasi alergi dan intoleransi makanan
- d. Mengidentifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrisi
- e. Mengidentifikasi perlunya penggunaan selang nasogastrik
- f. Memonitor asupan makanan
- g. Memonitor berat badan

- h. Memonitor hasil laboratorium
- i. Melakukan oral hygiene sebelum makan
- j. Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai
- k. Memberikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi
- l. Memberikan suplemen makanan
- m. Memberikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein
- n. Memberikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein
- o. Memfasilitasi menentukan pedoman diet (mis. Piramida makanan)
- p. Hentikan pemberian makanan melalui selang nasogatrik jika asupan oral dapat ditoleransi
- q. Menganjurkan posisi duduk , jika mau
- r. Mengajarkan diet yang iprogramkan
- s. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrisi yang dibutuhkan , jika perlu
- t. Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis. Pereda nyeri, antiemetik), jika perlu

## **5. Evaluasi**

Evaluasi adalah fase kelima dan fase terakhir proses keperawatan, dalam konteks ini aktivitas yang direncanakan, berkelanjutan dan terarah ketika pasien dan professional kesehatan menentukan kemajuan kemajuan pasien menuju pencapaian tujuan/hasil dan keefektifan rencana asuhan keperawatan(Kozier, B., Erb, G., Berman, A., & Snyder, 2013). Hasil yang diharapkan yaitu :

- a. Porsi makan yang dihabiskan meningkat
- b. Nafsu makan membaik

- c. Kekuatan otot menguyah meningkat
- d. Kekuatan otot menelan meningkat
- e. Berat badan meningkat (10,8-18,3kg)
- f. Indeks massa tubuh membaik
- g. Serum albumin
- h. Verbalisasi keinginan untuk meningkatkan nutrisi meningkat
- i. Pengetahuan tentang pilihan makanan yang sehat meningkat
- j. Pengetahuan tentang minuman yang sehat meningkat
- k. Pengetahuan tentang standar asupan nutrisi yang tepat meningkat
- l. Penyiapan dan penyimpanan makanan yang aman meningkat
- m. Penyiapan dan penyimpanan minuman yang aman meningkat
- n. Sikap terhadap makanan dan minuman sesuai dengan tujuan kesehatan
- o. Perasaan cepat kenyang menurun
- p. Nyeri abdomen menurun
- q. Sariawan menurun
- r. Rambut rontok menurun
- s. Diare menurun
- t. Frekuensi makan membaik
- u. Bising usus membaik
- v. Tebal lipatan trisep membaik
- w. Membran mukosa membaik