

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Konsep Anak Prasekolah

2.1.1. Pengertian Anak Prasekolah

Anak adalah seorang bayi yang baru lahir ke dunia sampai usia remaja yaitu usia 0-18 tahun yang memiliki suatu ciri yang khas yaitu selalu tumbuh dan berkembang sejak konsepsi sampai berakhirnya masa remaja, anak buka dewasa kecil. Anak menunjukkan ciri-ciri pertumbuhan dan perkembangan yang sesuai dengan usianya (Direktorat Kesehatan Departmen Kesehatan Keluarga, 2016).

Usia anak dikelompokkan dalam 4 masa yang pertama masa bayi (*infancy*) dengan rentang usia 0-11 bulan, di masa infancy ini dibagi menjadi 3 kelompok ialah masa neonatal dini dengan rentang usia 0-7 hari, neonatal lanjut dengan rentang 8-28 hari dan post neonatal dengan rentang 29 hari- 11 bulan. Kedua, masa anak toddler dengan rentang usia 12-35 bulan. Ketiga, masa anak prasekolah dengan rentang usia 36-71 bulan. Keempat, masa anak sekolah antara usia 6-10 tahun, terakhir masa remaja antara usia 10-18 tahun, di masa remaja ini dibagi menjadi 2 kelompok yaitu masa pra remaja dengan rentang usia 10-13 tahun dan masa remaja dengan rentang 13-18 tahun (Direktorat Kesehatan Departmen Kesehatan Keluarga, 2016)

Tabel 2. 1

Pengelompok Usia Anak

Masa	Usia
Masa anak	0-18 tahun
1) Masa anak toddler	12-35 bulan
2) Masa anak prasekolah	36-71 bulan

Sumber: Soetjningsih (2022)

Anak prasekolah adalah istilah umum untuk anak usia 3-6 tahun dan anak masih tergantung penuh pada orang tua untuk melakukan kegiatan penting seperti mandi, buang air kecil dan makan. Perkembangan berbicara dan berjalan sudah bertambah baik namun kemampuan lain masih terbatas. Masa anak prasekolah disebut juga *golden periode*, *window of oppurtunity* dan *critical period*. Perkembangan dan pertumbuhan dimasa ini menjadi penentu keberhasilan pertumbuhan dan perkembangan anak di periode selanjutnya (Darwis, 2017).

Menurut Soetjningsih (2022), anak prasekolah adalah anak dengan usia 3-6 tahun, pada masa ini pertumbuhan dan perkembangan berat badan yang paling pesat dibanding dengan kelompok umur lain, masa ini tidak terulang sehingga disebut *window of oppurtunity*. Penilaian tumbuh kembang anak prasekolah dapat dilihat dari pola tumbuh kembang fisik, salah satunya berat badan dan tinggi badan anak prasekolah.

Dari beberapa pengertian di atas dapat disimpulkan anak prasekolah adalah anak yang berusia 3-6 tahun. Masa prasekolah disebut masa keemasan (*golden periode*), jendela kesempatan (*window of oppurtunity*) dan masa kritis (*critical*

period) karena merupakan masa yang sangat peka terhadap lingkungan dan berlangsung sangat pendek serta tidak dapat diulang lagi.

2.1.2. Tumbuh Kembang pada Anak Prasekolah

a. Pertumbuhan Pada Anak Prasekolah

Menurut Soetjiningsih (2022), *growth* adalah perubahan yang bersifat kuantitatif, yaitu bertambahnya dimensi, ukuran serta jumlah pada tingkat sel, organ maupun individu. Anak bertumbuh secara fisik, ukuran dan struktur organ-organ tubuh serta otak. Pertumbuhan merupakan perubahan yang dapat dilihat dari penambahan angka, seperti bertambah besarnya organ, berat, panjang/tinggi badan, lingkar kepala dan indikator antropometri lainnya (Fikawati *et al.*, 2017). Menurut IDAI (2018), pertumbuhan ialah penambahan jumlah sel, jaringan dan ukuran pembentuk tubuh lainnya sehingga bentuk tubuh bertambah sebagian atau keseluruhan, dapat dinilai dengan pengukuran antropometri.

Dari beberapa pernyataan di atas dapat disimpulkan bahwa pertumbuhan merupakan proses bertambahnya ukuran/dimensi tubuh, akibat bertambahnya jumlah dan ukuran sel yang bersifat kuantitatif.

Pertumbuhan otot selama usia anak prasekolah membuat penampilan anak terlihat lebih kuat. Tengkorak akan sedikit lebih panjang dengan rahang bawah menjadi lebih jelas. Rahang atas melebar selama usia anak prasekolah sebagai persiapan untuk munculnya gigi permanen, biasanya mulai sekitar usia 5 tahun. Organ pernapasan akan mengalami proses pematangan dengan ukuran

struktur pernapasan terus bertambah, jumlah alveoli terus meningkat dan mencapai jumlah orang dewasa sekitar 7 tahun, pipa eustachius relatif pendek dan lurus (Mansur, 2019).

Tabel 2. 2

Pertumbuhan Rata-Rata TB, BB dan Tulang Anak Prasekolah

Usia	Rata-rata Tinggi Badan	Rata-rata Berat Badan	Rata-rata Lingkar Kepala	Rata-rata pertumbuhan tulang
1 tahun	76 cm	9,8 kg	46 cm	\pm 5 cm hingga
2 tahun	88 cm	12,1 kg	49 cm	7,5 cm pertahun
3 tahun	96,2 cm	14,5 kg	49,6 cm	
4 tahun	103,7 cm	16,3 kg	50,2 cm	
5 tahun	118,5 cm	18,6 kg	51 cm	

Sumber: IDAI (2018)

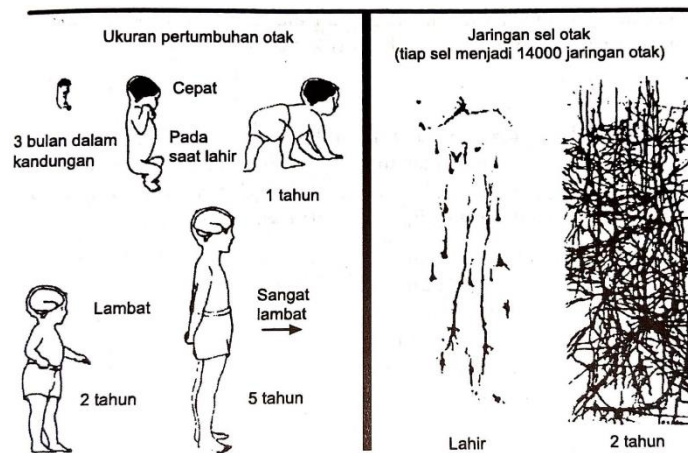
Tabel 2. 3

Pertumbuhan Gigi Susu Anak menurut Usia

Gigi Susu	Usia saat Erupsi	
	Maksilaris	mandibularis
Insisivus Sentral	6 bulan – 8 bulan	5 bulan – 7 bulan
Insisivus Lateral	8 bulan – 11 bulan	7 bulan – 10 bulan
Kaninus	16 bulan – 20 bulan	16 bulan – 20 bulan
Molar pertama	10 bulan – 16 bulan	10 bulan – 16 bulan
Molar kedua	20 bulan – 30 bulan	20 bulan – 30 bulan
Total gigi susu	10	10

Sumber: Noorharsanti (2014)

Gambar 2. 1



Pertumbuhan Otak Anak Anak prasekolah

Sumber: Soetjiningsih (2022)

b. Perkembangan Pada Anak Prasekolah

Menurut Soetjiningsih (2022) *development* adalah perubahan yang bersifat kuantitatif dan kualitatif. Bertambahnya kemampuan, struktur dan fungsi tubuh yang lebih kompleks dalam pola yang teratur dan dapat diramalkan, sebagai hasil dari proses pematangan. Perkembangan menyangkut proses diferensiasi sel tubuh, jaringan tubuh, organ, dan sistem organ yang berkembang sedemikian rupa sehingga masing-masing dapat memenuhi fungsinya. Termasuk juga perkembangan kognitif, bahasa, motorik, emosional, dan perkembangan perilaku sebagai hasil dari interaksi dengan lingkungan. Perkembangan merupakan perubahan yang bersifat progresif, terarah, dan terpadu/koheren.

Perkembangan adalah proses pematangan fungsi organ tubuh yang ditandai dengan bertambahnya kemampuan struktur dan fungsi tubuh yang lebih kompleks sehingga dapat bersifat kualitatif dan kuantitatif, pada proses

ini terjadi peningkatan fungsi sel tubuh, maturasi sistem organ, keterampilan, kemampuan afektif, serta kreativitas (Afifa *et al.*, 2016).

Perkembangan pada anak berupa terbentuknya suatu pola yang teratur terkait perubahan struktur, pikiran, perasaan atau perilaku yang dihasilkan dari proses pematangan, pengalaman dan pembelajaran (Mansur, 2019). Menurut IDAI (2017) perkembangan adalah bertambahnya kemampuan struktur dan fungsi tubuh menjadi lebih kompleks.

Dapat disimpulkan perkembangan ialah proses pematangan/maturasi fungsi organ tubuh yang bersifat progresif, terarah dan terpadu. Artinya perubahan yang terjadi mempunyai arah tertentu dan cenderung maju kedepan dan terdapat hubungan yang pasti antara perubahan yang terjadi pada saat ini, sebelumnya dan berikutnya.

1) Tahap perkembangan dan stimulasi anak Prasekolah

Tabel 2. 4

Tahap Perkembangan dan Stimulasi Anak Prasekolah

Usia	Perkembangan	Tahap Perkembangan
36-48 bulan	Gerak Kasar	<ol style="list-style-type: none"> 1. Berdiri 1 kaki 2 detik 2. Melompat kedua kaki diangkat 3. Mengayuh sepeda roda tiga
	Gerak Halus	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menggambar garis lurus 2. Menumpuk 8 buah kubus
	Bicara dan Bahasa	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menyebut nama, umur, tempat 2. Mengenal 2-4 warna 3. Mengerti arti kata di atas, di bawah, di depan 4. Mendengarkan cerita 5. Mengetahui anggota tubuh yang tidak boleh disentuh atau dipegang orang lain kecuali oleh orang tua dan dokter
	Sosialisasi dan Kemandirian	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mencuci dan mengeringkan tangan sendiri 2. Bermain Bersama teman, mengikuti aturan permainan 3. Mengenakan sepatu sendiri 4. Mengenakan celana Panjang, kemeja, baju
48-60 bulan	Gerak Kasar	<ol style="list-style-type: none"> 1. Berdiri 1 kaki 6 detik 2. Melompat-lompat 1 kaki 3. Menari
	Gerak Halus	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menggambar tanda silang 2. Menggambar lingkaran 3. Menggambar orang dengan 3 bagian tubuh 4. Mengancing baju atau pakaian boneka
	Bicara dan Bahasa	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menyebut nama lengkap tanpa dibantu 2. Senang menyebut kata-kata baru 3. Senang bertanya sesuatu

Usia	Perkembangan	Tahap Perkembangan	
60-72 bulan	Sosialisasi dan Kemandirian	4. Menjawab pertanyaan dengan kata-kata yang benar	
		5. Bicara mudah dimengerti	
		6. Bisa membandingkan/ membedakan sesuatu dari ukuran dan bentuknya	
		7. Menyebut angka, menghitung hari	
		8. Menyebut nama-nama hari	
		1. Berpakaian sendiri tanpa dibantu	
		2. Bereaksi tenang dan tidak rewel ketika ditinggal ibu	
		1. Berjalan lurus	
	Gerak Kasar	2. Berdiri dengan 1 kaki selama 11 detik	
		Gerak Halus	1. Menggambar dengan 6 bagian, menggambar orang lengkap
			2. Menangkap bola kecil dengan kedua tangan
	3. Menggambar segi empat		
Bicara dan Bahasa	1. Mengerti lawan kata		
	2. Mengerti pembicaraan yang menggunakan 7 kata atau lebih		
	3. Menjawab pertanyaan tentang benda terbuat dari apa dan kegunaannya		
	4. Mengenal angka, bisa menghitung angka 5-10		
	5. Mengenal warna-warni		
Sosialisasi dan Kemandirian	1. Mengungkapkan simpati		
	2. Mengikuti aturan permainan		
	3. Berpakaian sendiri tanpa dibantu		

Sumber: Direktorat Kesehatan Departmen Kesehatan Keluarga (2016)

2.2. Konsep Penyakit Pneumonia

2.2.1. Pengertian

Pneumonia adalah inflamasi atau peradangan akut pada jaringan paru yang disebabkan oleh berbagai mikroorganisme seperti bakteri, virus, parasit, jamur, paparan bahan kimia atau kerusakan fisik pada paru (Perhimpunan Dokter Paru Indonesia, 2020). Pneumonia salah satu bentuk infeksi saluran napas bawah akut (ISNBA) merupakan peradangan yang mengenai parenkim paru dari bronkiolus terminalis yang mencakup bronkiolus respiratorius, dan alveoli serta menimbulkan konsolidasi jaringan paru dan gangguan pertukaran udara (Wahyudi, 2020). Pneumonia adalah infeksi akut yang mengenai jaringan paru-paru (alveoli) (Cahyati *et al.*, 2019).

Berdasarkan ketiga pengertian tersebut dapat disimpulkan bahwa Pneumonia adalah penyakit yang disebabkan oleh peradangan akut atau infeksi di jaringan paru yang dapat menyebabkan konsolidasi jaringan paru dan gangguan pertukaran udara.

2.2.2. Etiologi

Nurarif & Kusuma (2015), mengatakan penyebab infeksi terjadi melalui droplet dan sering disebabkan oleh *Streptococcus Pneumonia*, melalui selang infus oleh *Staphylococcus Aureus* sedangkan pada pemakaian ventilator oleh *P. Aeruginosa* dan *Enterococ*. Masa kini terjadi karena perubahan keadaan pasien seperti kekebalan tubuh dan penyakit kronis, polusi lingkungan, penggunaan

antibiotik yang tidak tepat. Setelah masuk ke paru-paru organisme bermultiplikasi dan jika telah berhasil mengalahkan mekanisme pertahanan paru, terjadi Pneumonia. Selain di atas penyebab terjadinya Pneumonia sesuai penggolongannya yaitu :

- a. Bakteri: *Diplococcus Pneumonis*, *Pneumococcus*, *Streptococcus*, *Hemolyticus*, *Staphylococcus Aureus*, *Hemophilus Influenzae*, *Mycobacterium Tuberculosis*, *Bacillus Friedlander*.
- b. Virus: *Respiratory Syncytial Virus*, *Adeno Virus*, *V.Sitomegalitik*, *V.Influenza*
- c. *Mycoplasma Pneumonia*
- d. Jamur: *Histoplasma Capsulatum*, *Cryptococcus Neuroformans*, *Blastomyces Dermatitides*, *Coccidiodies Immitis*, *Aspergillus Species*, *Candida Albicans*.
- e. Aspirasi: makanan, kerosin (bensin, minyak tanah), cairan amnion, benda asing
- f. Pneumonia Hipostatik
- g. Sindrom Loeffler

2.2.3. Manifestasi Klinis

Nurarif & Kusuma (2015) mengatakan, tanda dan gejala pada penyakit Pneumonia sebagai berikut.

- a. Demam, sering tampak sebagai tanda infeksi yang pertama. Paling sering terjadi pada usia 6 bulan – 3 tahun dengan suhu $39,5^{\circ}\text{C}$ – $40,5^{\circ}\text{C}$ kadang disertai kejang karena demam yang tinggi, infeksi ringan, mungkin malas dan peka terhadap rangsangan, terkadang euphoria dan lebih aktif dari normal, beberapa anak bicara dengan kecepatan yang tidak biasa.

- b. Meningismus, yaitu tanda-tanda meningeal tanpa infeksi meninges. Terjadi dengan awitan demam yang tiba-tiba dengan disertai sakit kepala, nyeri dan kekakuan pada punggung dan leher, adanya tanda kernig dan Brudzinski dan akan berkurang saat suhu turun.
- c. Anoreksi, merupakan hal yang umum yang disertai dengan penyakit masa kanak-kanak. Seringkali merupakan bukti awal dari penyakit. Menetap sampai derajat yang lebih besar atau lebih sedikit melalui tahap demam dari penyakit, seringkali memanjang sampai ke tahap pemulihan.
- d. Muntah, anak kecil mudah muntah bersamaan dengan penyakit yang merupakan petunjuk untuk awitan infeksi. Biasanya berlangsung singkat, tetapi dapat menetap selama sakit.
- e. Diare, biasanya ringan, Diare sementara tetapi dapat menjadi berat. Sering menyertai infeksi pernapasan, khususnya karena virus.
- f. Nyeri abdomen, merupakan keluhan umum. Kadang tidak bisa dibedakan dari nyeri apendiksitis.
- g. Sumbatan nasal, pasase nasal kecil dari bayi mudah tersumbat oleh pembengkakan mukosa dan eksudasi, dapat mempengaruhi pernapasan dan menyusu pada bayi.
- h. Keluaran nasal, sering menyertai infeksi pernapasan. Mungkin encer dan sedikit (rinorea) atau kental dan purulent, bergantung pada tipe dan atau tahap infeksi.
- i. Batuk, merupakan gambaran umum dari penyakit pernapasan. Dapat menjadi bukti hanya selama fase akut.

- j. Bunyi pernapasan, seperti batuk, *wheezing*, ngorok. Auskultasi terdengar *wheezing, crackles*.
- k. Sakit tenggorokan, merupakan keluhan yang sering terjadi pada anak yang lebih besar. Ditandai dengan anak akan menolak untuk minum dan makan peroral.
- l. Keadaan berat pada bayi tidak dapat menyusu atau makan/minum, atau memuntahkan semua, kejang, letargis atau tidak sadar, sianosis, distress pernapasan berat.
- m. Disamping batuk atau kesulitan bernapas, hanya terdapat napas cepat saja
 - 1) Pada anak umur 2 bulan - 11 bulan : ≥ 50 kali/menit
 - 2) Pada anak umur 1 tahun – 5 tahun : ≥ 40 kali/menit

2.2.4. Patofisiologi

Patofisiologi penyakit Pneumonia kebanyakan disebabkan oleh aspirasi partikel infeksius disaring melalui hidung atau ditangkap dan dibersihkan oleh lendir pernapasan dan epitel bersilia. Ketika sebuah partikel memasuki paru-paru, bertemu dengan makrofag alveolar, mekanisme imun sistemik dan humoral. Bulan-bulan pertama pada kehidupan, bayi juga secara pasif memperoleh antibodi ibu yang dapat melindunginya dari Pneumokokus dan organisme menular lainnya (Erita *et al.*, 2019).

Perubahan mekanisme pertahanan dapat menyebabkan Pneumonia pada anak, misalnya karena kelainan anatomi bawaan, defisiensi imun yang didapat atau kongenital, kelainan neurologis yang memudahkan aspirasi pada anak dan juga karena perubahan kualitas sekresi lendir atau epitel saluran napas. Pada anak-anak

tanpa faktor predisposisi, partikel infeksius dapat masuk ke paru-paru akibat perubahan pertahanan anatomis dan fisiologis normal, kebanyakan disebabkan oleh virus pernapasan bagian atas seperti *Influenza*, *Parainfluenza Rhinoviruses*, *Epstein-Barr Virus (EBV)*, *Respiratory Syncytial Virus (RSV)*, *Streptococcus grup A*, *Pertusis* serta *Diphtheria*. Virus dapat menyebar ke saluran pernapasan bagian bawah dan menyebabkan Pneumonia (Erita *et al.*, 2019).

Kerusakan pada mekanisme pertahanan normal yang disebabkan oleh virus dapat menyebabkan bakteri patogen menginfeksi saluran pernapasan bagian bawah (Erita *et al.*, 2019). Sebelum kuman masuk ke dalam jaringan paru akan melalui saluran pernapasan bagian atas menuju ke bronkiolus serta alveolus. Setelah kuman masuk ke dalam alveolus akan terjadi reaksi peradangan atau inflamasi hebat, hal ini ditandai dengan peningkatan aliran darah dan permeabilitas kapiler di tempat infeksi yang mengakibatkan membran pada paru-paru akan meradang dan berlubang, dari reaksi inflamasi tersebut hipotalamus merespon dengan menaikkan suhu tubuh (Wulandari & Erawati, 2016).

Peradangan akan menyebabkan anoreksia dan nyeri pleuritis, selanjutnya *Red Blood Count (RBC)*, *White Blood Count (WBC)* dan cairan nanah akan keluar masuk alveoli (konsolidasi) maka kapasitas vital dan *compliance* paru menurun dimana kelainan ini dapat mengganggu kemampuan seseorang untuk mempertahankan kemampuan pertukaran gas terutama O₂ dan CO₂. Konsolidasi ini juga mengakibatkan meluasnya permukaan membran respirasi dan penurunan rasio ventilasi perfusi kedua hal ini dapat menyebabkan terjadinya pola napas tidak efektif (gangguan proses transportasi) dan penurunan kapasitas difusi gas, karena

oksigen kurang larut dari pada karbon dioksida, perpindahan oksigen ke dalam darah sangat terpengaruh, yang sering menyebabkan penurunan saturasi oksigen haemoglobin sehingga timbul masalah gangguan pertukaran gas (gangguan proses difusi) (Riyadi & Sukarmin, 2013).

Jaringan paru mengalami konsolidasi, maka kapasitas vital dan compliance paru menurun, serta aliran darah yang mengalami konsolidasi menimbulkan pirau/shunt kanan ke kiri dengan ventilasi perfusi yang *mismatch*, sehingga berakibat pada hipoksia dan kelelahan yang mengakibatkan intoleransi aktivitas. Konsolidasi ini juga akan mengakibatkan sekresi, edema, dan bronkospasme yang dapat menimbulkan manifestasi klinis seperti dispnea, cuping hidung, sianosis dan batuk (Wahyudi, 2020).

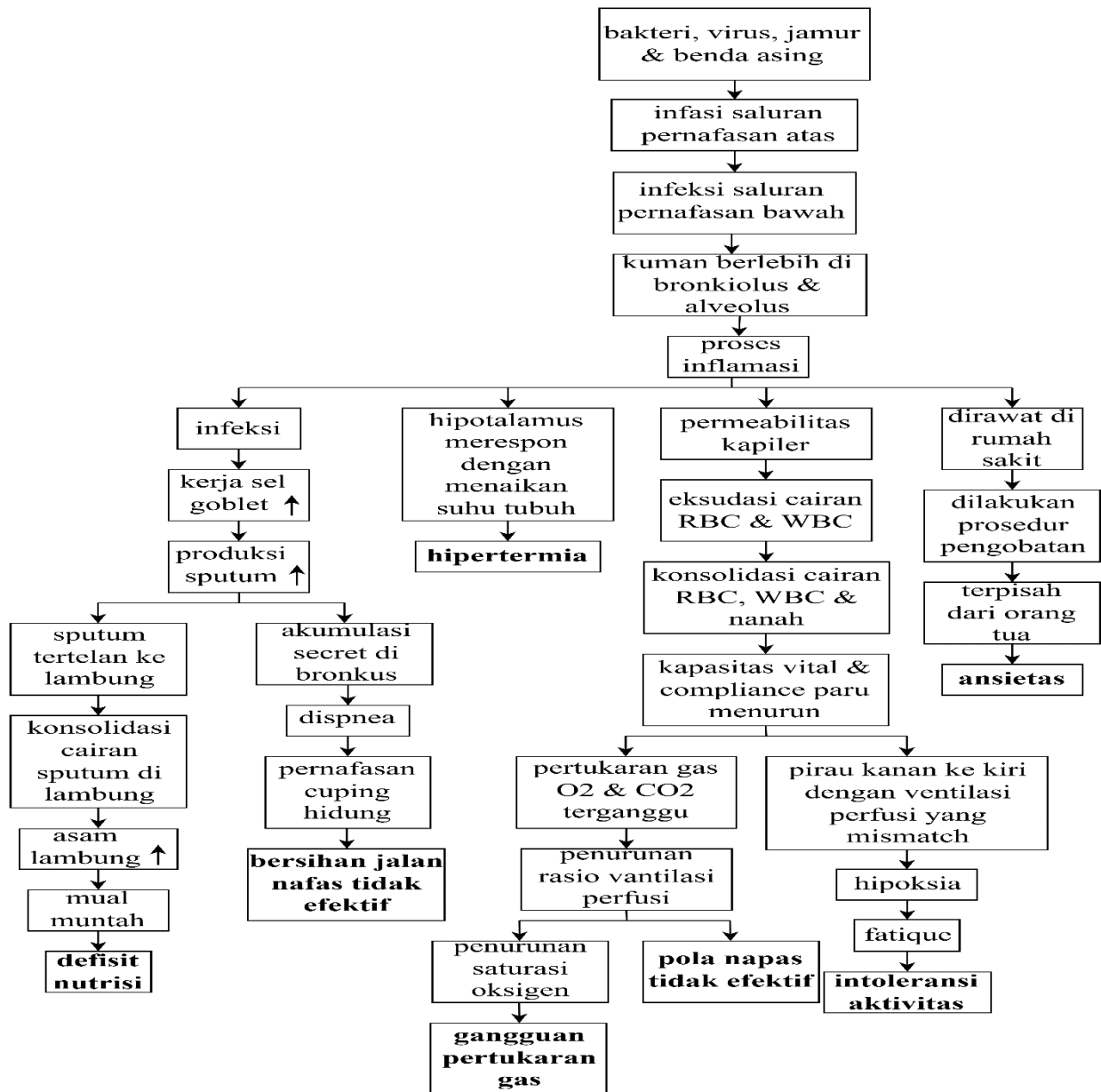
Cairan eksudatif di alveoli menyebabkan konsolidasi lobaris yang khas pada foto toraks. Virus, mikoplasma, dan klamidia menyebabkan inflamasi dengan infiltrat mononuklear mendominasi struktur submukosa dan interstisial. Hal ini menyebabkan virus bereplikasi dan menyebar, sel yang terinfeksi akan mengeluarkan sinyal kemokin dan sitokin yang kemudian mengaktifasi mediator inflamasi. Aktivasi dari bradykinin menyebabkan terjadinya peningkatan sekresi hidung dan sakit tenggorokan. Peradangan yang terjadi dapat menyebabkan terjadinya infeksi dan peningkatan produksi sputum oleh sel goblet. Jika pasien tidak dapat batuk secara efektif, berkurangnya luas permukaan alveoli serta peningkatan produksi sputum akan menyebabkan terjadinya obstruksi jalan napas sehingga menyebabkan akumulasi secret di bronkus kemudian sesak napas, saat sesak napas maka hidung akan melakukan napas cuping hidung untuk

memaksimalkan jumlah udara yang masuk ke paru, akumulasi secret ini mengakibatkan bersihan jalan napas tidak efektif (gangguan proses ventilasi). Ketika terjadi peningkatan produksi sputum oleh sel goblet dan dilakukan terapi inhalasi maka akan ada sputum yang tertelan ke lambung, terjadi konsolidasi antara sputum dan enzim yang menyebabkan peningkatan asam lambung yang kemudian menyebabkan mual dan muntah pada pasien, masalah keperawatan yang muncul ialah defisit nutrisi (Nurarif & Kusuma, 2015).

Pasien ketika dirawat di Rumah Sakit akan mendapatkan pertolongan pertama dan dilakukan prosedur pengobatan serta akan terpisah dari orang tua atau orang terdekatnya yang dapat menyebabkan ketakutan, kecemasan dan rasa khawatir pada pasien atau disebut juga ansietas pada anak (Mendri & Prayogi, 2018).

2.2.5. WOC

Gambar 2.2



WOC Pneumonia

Sumber : (Erita et al., 2019; Mendri & Prayogi, 2018; Nurarif & Kusuma, 2015; Indri Damayanti & Siti Nurhayati, 2020; Wahyudi, 2020; Wulandari & Erawati, 2016)

2.2.6. Penatalaksanaan

Riyadi & Sukarmin (2013), mengatakan bahwa penatalaksanaan yang dapat diberikan pada anak dengan Pneumonia:

- a. Pemberian obat antibiotik penisilin 50.000 U/kg BB/hari, ditambah dengan kloramfenikol 50-70 mg/kg BB/hari atau diberikan antibiotik yang mempunyai spektrum luas seperti ampisilin. Pengobatan ini diteruskan sampai bebas demam 4-5 hari. Pemberian obat kombinasi bertujuan untuk menghilangkan penyebab infeksi yang kemungkinan lebih dari 1 jenis dan juga untuk menghindari resistensi antibiotik.
- b. Koreksi gangguan asam basa dengan pemberian oksigen dan cairan intravena, biasanya diperlukan campuran glukose 5% dan Nacl 0,9% dalam perbandingan 3:1 ditambah larutan Kcl 10 mEq/500ml/botol infus.
- c. Sebagian besar pasien jatuh ke asidosis metabolic akibat kurang makan dan hipoksia, maka dapat diberikan koreksi sesuai dengan hasil analisis gas darah arteri.
- d. Pemberian makan enteral bertahap melalui selang nasogastrik pada pasien yang sudah mengalami perbaikan sesak napasnya.
- e. Jika sekresi lendir berlebihan dapat diberikan inhalasi dengan salin normal dan beta agosis untuk memperbaiki transport mukosilier seperti pemberian terapi nebulizer dengan flexotid dan Ventolin. Selain bertujuan mempermudah mengeluarkan dahak juga dapat meningkatkan lebar lumen bronkus.

2.3. Konsep Asuhan Keperawatan Pneumonia

Asuhan keperawatan dimulai dari pengkajian sampai dengan evaluasi dan dokumentasi terhadap pasien. Berikut asuhan keperawatan pada anak dengan Pneumonia menurut Mendri & Prayogi (2018) dan (Erita *et al.*, 2019).

2.3.1. Pengkajian

a. Usia

Anak-anak cenderung mengalami Pneumonia akibat infeksi virus dibanding dewasa, sedangkan *mycoplasma* terjadi pada anak yang relatif besar. Pneumonia sering terjadi pada bayi terutama pada usia < 3 tahun, sementara kematian terbanyak pada bayi dengan usia < 2 bulan.

b. Riwayat Kesehatan

- 1) Keluhan utama: sesak napas dan demam.
- 2) Riwayat keperawatan sekarang

Didahului oleh infeksi saluran pernapasan atas selama beberapa hari, kemudian mendadak timbul panas tinggi, sakit kepala dan dada (anak besar) kadang-kadang pada anak kecil dan bayi dapat timbul kejang, distensi abdomen dan kaku kuduk, timbul batuk, sesak, nafsu makan menurun. Anak biasanya dibawa ke rumah sakit setelah sesak napas, sianosis atau batuk-batuk disertai dengan demam tinggi. Kesadaran kadang sudah menurun apabila anak masuk dengan disertai riwayat kejang demam (seizure).

3) Riwayat keperawatan sebelumnya

Anak sering menderita penyakit saluran pernapasan atas. Penyakit saluran pernapasan lain seperti ISPA, *influenza* sering terjadi dalam rentang waktu 3-14 hari sebelum diketahui adanya penyakit Pneumonia. Penyakit paru, jantung serta kelainan organ vital bawaan dapat memperberat klinis pasien.

c. Riwayat kesehatan keluarga dan tempat tinggal

Pneumonia bukan merupakan penyakit keturunan, namun dapat dikaji kemungkinan adanya anggota keluarga yang mengalami infeksi saluran pernapasan, riwayat batuk, flu dan pilek, sehingga menular pada anak. Tempat tinggal/lingkungan dengan sanitasi buruk berisiko lebih besar kemungkinan terjadinya penyakit infeksi saluran pernapasan.

d. Pemeriksaan Fisik

Data yang mungkin muncul pada pemeriksaan fisik anak dengan Pneumonia ialah:

1) Keadaan Umum

Pasien anak Pneumonia biasanya didapatkan kesadaran tampak lemah, tingkat kesadaran normal, letargi, stupor, koma, apatis tergantung tingkat penyebaran penyakit.

2) Tanda-Tanda Vital

a) Frekuensi nadi dan tekanan darah: takikardi, hipertensi

b) Frekuensi pernapasan: takipnea, dispnea progresif, pernapasan dangkal, penggunaan otot bantu pernapasan, pelebaran nasal.

c) Suhu tubuh: hipertermia akibat penyebaran toksik mikroorganisme yang direspon oleh hipotalamus.

3) Antropometri

Kecenderungan berat badan anak prasekolah mengalami penurunan.

4) Kepala

Nyeri kepala

5) Hidung

Pernapasan dangkal, dispnea progresif, takipnea, pernapasan cuping hidung, kadang beringus, sianosis

6) Mulut

Batuk berdahak hijau atau kuning, sianosis.

7) Integument dan kuku

Demam ($39,5^{\circ}\text{C}$ – $40,5^{\circ}\text{C}$) dapat menimbulkan kejang setelah hipertermia, kulit teraba dingin, kuku dan kulit sianosis, berkeringat, pucat, turgor menurun pada dehidrasi,

8) Thoraks dan paru-paru

a) Inspeksi : frekuensi irama, kedalaman dan upaya bernapas antara lain: takipnea, dispnea progresif, pernapasan dangkal, pektus ekskavatum (dada corong), pektus karinatum (dada burung), barrel chest, penggunaan otot bantu pernapasan, retraksi interkostal.

b) Palpasi: adanya nyeri tekan, massa, peningkatan vokal fremitus pada daerah yang terkena.

c) Perkusi: pekak terjadi bila terisi cairan pada paru, normalnya timpani (terisi udara) resonansi.

d) Auskultasi: suara pernapasan yang meningkat intensitasnya untuk anak usia 1- 5 tahun (40x/menit atau lebih), usia 2 bulan - 1 tahun (50x/menit atau lebih), < 2 bulan (60x/menit atau lebih). Suara napas lemah. Suara bronkovesikuler atau bronkial pada daerah yang terkena. Suara pernapasan tambahan: ronchi inspiratoir pada sepertiga akhir inspirasi, mendengkur, wheezing.

9) Abdomen

Mual, muntah, diare, anoreksia, nyeri abdomen, kembung

10) Muskuloskeletal

Cepat lelah

11) Pemeriksaan penunjang : pemeriksaan diagnostik dan laboratorium

a) Pemeriksaan sputum gram dan kultur sputum dengan sampel adekuat.

b) Pemeriksaan darah, leukositosis, LED, kultur darah.

c) Radiologi, abnormalitas yang disebabkan adanya radang atau cairan ditandai dengan konsolidasi dan kelainan bisa satu lobus atau lebih dan atau sebagian dari lobus.

2.3.2. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan adalah proses menganalisa data subjektif dan objektif yang telah diperoleh pada tahap pengkajian untuk menegakkan diagnosis keperawatan. Diagnosis keperawatan melibatkan proses berfikir kompleks tentang data yang dikumpulkan dari pasien, keluarga, rekam medis dan pemberi pelayanan

Kesehatan lain (Chairunisa, 2019). Diagnosis keperawatan yang mungkin muncul pada Pneumonia menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2018), ialah:

- a. Bersihan jalan napas tidak efektif b.d hipersekresi jalan napas (D.0001) dd:
 - 1) Gejala dan tanda mayor
 - a) Batuk tidak efektif
 - b) Tidak mampu batuk
 - c) Sputum berlebih
 - d) Mengi, wheezing atau ronki kering
 - 2) Gejala dan tanda minor
 - a) Dispnea
 - b) Sulit bicara
 - c) Ortopnea
 - d) Gelisah
 - e) Sianosis
 - f) Bunyi napas menurun
 - g) Frekuensi napas berubah
 - h) Pola napas berubah
- b. Gangguan pertukaran gas b.d ketidakseimbangan ventilasi-perfusi, perubahan membran alveolus-kapiler. (D.0003) d.d:
 - 1) Gejala dan tanda mayor
 - a) Dispnea
 - b) PCO₂ meningkat/menurun
 - c) PO₂ menurun

- d) Takikardia
 - e) bunyi napas tambahan
- 2) Gejala dan tanda minor
- a) Pusing
 - b) Penglihatan kabur
 - c) Sianosis
 - d) Diaforesis
 - e) Gelisah
 - f) Napas cuping hidung
 - g) Pola napas abnormal (cepat/lambat, regular/ irregular, dalam/dangkal)
 - h) Warna kulit abnormal (mis. Pucat, kebiruan)
 - i) Kesadaran menurun
- c. Pola napas tidak efektif b.d depresi pusat pernapasan, hambatan upaya napas, deformitas dinding dada, kecemasan. (D.0005) d.d:
- 1) Gejala dan tanda mayor
- a) Dispnea
 - b) Penggunaan otot bantu pernapasan
 - c) Fase ekspirasi memanjang
 - d) Pola napas abnormal (mis. Takipnea, bradipnea, hiperventilasi, kussumaul, *Cheyne-stokes*)
- 2) Gejala dan tanda minor
- a) Ortopnea
 - b) Pernapasan pursed-lip

- c) Pernapasan cuping hidung
 - d) Diameter thoraks anterior-posterior meningkat
 - e) Ventilasi semenit menurun
 - f) Kapasitas vital menurun
 - g) Tekanan ekspirasi menurun
 - h) Tekanan inspirasi menurun
 - i) Ekskursi dada berubah
- d. Intoleransi aktifitas b.d ketidakseimbangan antara suplai dengan kebutuhan oksigen (D.0056) d.d:
- 1) Gejala dan tanda mayor
 - a) Mengeluh Lelah
 - b) Frekuensi jantung meningkat $>20\%$ dari kondisi istirahat
 - 2) Gejala dan tanda minor
 - a) Dispnea saat/setelah aktivitas
 - b) Merasa lemah
 - c) Tekanan darah berubah $>20\%$ dari kondisi istirahat
 - d) sianosis
- e. Hipertermia b.d proses penyakit (mis. Infeksi) (D.0130) d.d:
- 1) Gejala dan tanda mayor
 - Suhu tubuh diatas nilai normal
 - 2) Gejala dan tanda minor
 - a) Kulit merah
 - b) Kejang

- c) Takikardia
 - d) Takipnea
 - e) Kulit terasa hangat
- f. Defisit nutrisi b.d kurangnya asupan makanan. (D.0019) d.d:
- 1) Gejala dan tanda mayor
 - Berat badan menurun minimal 10% di bawah rentang ideal
 - 2) Gejala dan tanda minor
 - a) Cepat kenyang setelah makan
 - b) Kram/nyeri abdomen
 - c) Nafsu makan menurun
 - d) Bising usus hiperaktif
 - e) Membran mukosa pucat
 - f) diare
- g. Ansietas b.d perpisahan dengan orang tua, lingkungan yang asing, ketidaknyamanan. (D.0080) d.d:
- 1) Gejala dan tanda mayor
 - a) Merasa bingung
 - b) Merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi
 - c) Sulit berkonsentrasi
 - d) Tampak gelisah
 - e) Tampak tegang
 - f) Sulit tidur

- 2) Gejala dan tanda minor
 - a) Mengeluh pusing
 - b) Anoreksia
 - c) Palpitasi
 - d) Merasa tidak berdaya
 - e) Frekuensi napas meningkat
 - f) Frekuensi nadi meningkat
 - g) Tekanan darah meningkat
 - h) Diaphoresis
 - i) Tremor
 - j) Muka tampak pucat
 - k) Suara bergetar
 - l) Sering berkemih

2.3.3. Intervensi Keperawatan

Tabel 2. 5

Intervensi Keperawatan Pada Anak Prasekolah Peumonia

No	Diagnosis Keperawatan	Perencanaan		
		Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
1.	Bersihan jalan napas tidak efektif b.d hipersekresi jalan napas data subjektif dan objektif yang muncul pada pasien. (D.0001)	Bersihan Jalan Napas (L.01001) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x8 jam, maka masalah keperawatan dapat diatasi, dengan kriteria hasil: 1) Produksi sputum menurun 2) Mengi dan wheezing menurun 3) Batuk efektif meningkat 4) Dispnea menurun 5) Sianosis dan gelisah menurun 6) Frekuensi napas dan pola napas meningkat	Manajemen Jalan Napas (I. 01011) Observasi 1) Monitor frekuensi, kedalaman, usaha pernapasan dan gerak dada. 2) Auskultasi area paru, catat arena penurunan/ tak ada aliran udara dan bunyi napas adventisus, misal: krekels, mengi.	Observasi 1) Takipnea, pernapasan dangkal, dan gerak dada tak simetris sering terjadi karena peningkatan tekanan dalam paru dan penyempitan bronkus. Semakin sempit dan tinggi tekanan semakin meningkat frekuensi pernapasan. 2) Penurunan aliran udara terjadi pada area konsolidasi dengan cairan. Bunyi napas bronchial (normal pada bronkus) dapat terjadi juga pada area konsolidasi. Krekels, ronki dan mengi terdengar pada inspirasi dan/atau ekspirasi pada respons terhadap pengumpulan cairan, sekret kental dan spasme jalan napas/obstruksi.

No	Diagnosis Keperawatan	Perencanaan		
		Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
			<p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Lakukan fisioterapi dada 2) Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik sesuai indikasi. 3) Bantu pasien latihan napas dalam <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Anjurkan asupan cairan sedikitnya 1000 ml/hari (kecuali kontraindikasi). Tawarkan air hangat, daripada dingin. 2) Ajarkan batuk efektif, misal: menekan dada dan batuk efektif sementara posisi batuk tinggi semi fowler/fowler dengan kemiringan 30⁰ - 45⁰. 	<p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Merangsang batuk atau pembersihan jalan napas secara mekanik pada pasien yang tidak mampu melakukan karena batuk tak efektif atau penurunan tingkat kesadaran. 2) Merangsang gerakan mekanik lewat vibrasi dinding dada supaya sputum mudah bergerak keluar. 3) Napas dalam memudahkan ekspansi maksimum paru-paru/ jalan napas lebih kecil. <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Cairan (khususnya air hangat) memobilisasi dan mengeluarkan secret. 2) Batuk adalah mekanisme pembersihan jalan napas alami, membaantu napas paten. Penekanan menurunkan ketidaknyamanan dada dan posisi duduk memungkinkan upaya napas lebih dalam dan lebih kuat.

No	Diagnosis Keperawatan	Perencanaan		
		Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
			Kolaborasi : 1) Terapi obat-obatan bronkodilator dan mukolitik melalui inhalasi (nebulizer). 2) Berikan obat bronkodilator, ekspentoran dan mukolitik secara oral (jika sudah memungkinkan). 3) Berikan oksigen dan cairan tambahan misalnya cairan intravena. 4) Awasi seri sinar X dada, GDA, nadi oksimetri. 5) Kolaborasi pemberian antibiotik 6) Kolaborasi tindakan bronkoskopi bila diindikasikan	Kolaborasi : 1) Memudahkan pengenceran dan pembuangan secret dengan cepat. 2) Mengurangi spasme bronkus, mengencerkan dahak dan mempermudah pengeluaran dahak melalui silia mucus pada saluran pernapasan. 3) Oksigen diperlukan agar asupan O ₂ terpenuhi dan cairan diperlukan untuk menggantikan kehilangan (termasuk yang tidak tampak) dan memobilisasikan secret. 4) Mengevaluasi kemajuan dan efek proses penyakit dan memobilisasi secret 5) Antibiotik membantu membunuh mikroorganisme penyebab sehingga dapat mengurangi peningkatan produk sputum yang merupakan sebagai akibat timbulnya peradangan. 6) Kadang-kadang diperlukan untuk membuang perlengketan mukosa. Mengeluarkan sekresi

No	Diagnosis	Perencanaan		
	Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
				purulent dan atau mencegah atelectasis.
2.	Gangguan pertukaran gas b.d ketidakseimbangan ventilasi-perfusi, perubahan membran alveolus-kapiler. (D.0003) d.d: data subjektif dan objektif yang muncul pada pasien.	Pertukaran Gas (L.01003) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x8 jam maka masalah keperawatan dapat diatasi dengan kriteria hasil: 1) Tidak menunjukkan tanda-tanda dispnea, sianosis, cuping hidung, takipnea dan takikardia 2) Tidak tampak gelisah atau perubahan mental 3) Tidak terjadi kelemahan fisik dan penurunan kesadaran. 4) Nilai AGD menunjukkan peningkatan (normal PCO2 35-45 mmHg, PO2 70 mmHg).	Pemantauan Respirasi (I. 01014) Observasi 1) Kaji frekuensi, irama, kedalaman dan kemudahan bernapas. 2) Observasi warna kulit, catat adanya sianosis pada kulit, kuku dan jaringan sentral 3) Kaji status mental dan penurunan kesadaran 4) Awasi frekuensi jantung atau irama 5) Awasi suhu tubuh	Observasi 1) Distress pernapasan yang dibuktikan dengan dispnea dan takipnea sebagai indikasi penurunan kemampuan menyediakan oksigen bagi jaringan. 2) Sianosis kuku menunjukkan vasokonstriksi, sedangkan sianosis daun telinga, membrane mukosa dan kulit sekitar mulut (membrane hangat) menunjukkan hipoksemia sistemik. 3) Gelisah, mudah tersinggung, bingung dan somnolen sebagai petunjuk hipoksemia atau penurunan oksigenasi serebral. 4) Takikardia biasanya ada sebagai akibat demam atau dehidrasi tetapi dapat sebagai respons terhadap hipoksia. 5) Demam tinggi sangat meningkatkan kebutuhan metabolic dan kebutuhan

No	Diagnosis Keperawatan	Perencanaan		
		Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
				oksigen dan mengganggu oksigenasi seluler.
			Kolaborasi 1) Berikan terapi oksigen dengan benar, misalnya: dengan nasal prong, masker, masker venturi. 2) Pantauan AGD.	Kolaborasi 1) Mempertahankan PO ₂ di atas 60 mmHg (normal PO ₂ 70-100 mmHg) oksigen diberikan dengan metode yang memberikan pengiriman yang tepat dalam toleransi pasien. 2) AGD menunjukkan penurunan PCO ₂ sebagai indikasi penurunan oksigen jaringan (35-45 mmHg).
3)	Pola napas tidak efektif b.d depresi pusat pernapasan, hambatan upaya napas, deformitas dinding dada, kecemasan. (D.0005) d.d: data subjektif dan objektif yang muncul pada pasien.	Pola Napas (L.01004) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x8 jam maka masalah keperawatan dapat diatasi dengan kriteria hasil: 1) Dispnea menurun 2) Penggunaan otot bantu pernapasan menurun 3) Pemanjangan fase ekspirasi menurun 4) Frekuensi napas membaik 5) Kedalaman napas membaik	Manajemen Jalan Napas (I. 01011) Observasi 1) Monitor pola napas, bunyi napas, sputum, pertahankan kepatenan jalan napas dengan <i>Head Tilt</i> dan <i>Chin Lift</i> dan posisikan semi fowler atau fowler. Terapeutik 1) Lakukan fisioterapi dada.	Observasi 1) Penurunan bunyi napas dapat menunjukkan atelectasis. Ronki, mengi menunjukkan akumulasi sekret/ ketidakmampuan untuk membersihkan jalan napas yang dapat menimbulkan penggunaan otot aksesori pernapasan dan peningkatan kerja pernapasan. Terapeutik

No	Diagnosis Keperawatan	Perencanaan		
		Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
			2) Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik Edukasi 1) Anjurkan asupan cairan 1000 ml/hari, jika tidak kontraindikasi dan berikan minum hangat. 2) Ajarkan Teknik batuk efektif. Kolaborasi 1) Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspentoran, mukolitik.	1) Merangsang gerakan mekanik lewat vibrasi dinding dada supaya sputum mudah bergerak keluar. 2) Merangsang batuk atau pembersihan jalan napas secara mekanik pada pasien yang tidak mampu melakukan karena batuk tak efektif atau penurunan tingkat kesadaran. Edukasi 1) Cairan (khususnya air hangat) memobilisasi dan mengeluarkan secret 2) Batuk adalah mekanisme pembersihan jalan napas alami. Kolaborasi 1) Memudahkan pengenceran dan pembuangan secret dengan cepat
4)	Hipertermia b.d proses penyakit (mis. Infeksi) (D.0130) d.d: data subjektif dan objektif yang muncul pada pasien.	Termogulasi (L.14134) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam maka masalah keperawatan dapat diatasi dengan kriteia hasil: 1) Wajah pasien tidak tampak memerah	Manajemen Hipertermia (I. 15506) Observasi 1) Kaji TTV setiap 4 jam sekali 2) Pantau warna kulit dan suhu	Observasi 1) Untuk mengetahui tingkat perkembangan pasien 2) Sianosis menunjukkan vasokonstriksi atau respon tubuh terhadap demam

No	Diagnosis Keperawatan	Perencanaan		
		Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
		2) TTV dalam batas normal 3) Pasien tidak menggigil	Terapeutik 1) Berikan dorongan untuk minum sesuai kebutuhan 2) Lakukan tindakan pendinginan sesuai kebutuhan, misalnya: kompres hangat pada lipatan paha dan aksila. Kolaborasi: 1) Berikan antipiretik yang diresepkan sesuai kebutuhan	Terapeutik 1) Peningkatan suhu tubuh menimbulkan peningkatan IWL, sehingga banyak cairan tubuh yang keluar dan harus diimbangi pemasukan cairan. 2) Kompres hangat akan mempercepat penurunan suhu tubuh karena di daerah aksila dan paha terdapat banyak pembuluh darah yang akan mengalami vasodilatasi. Kolaborasi: 1) Mempercepat penurunan suhu tubuh.
5)	Intoleransi aktifitas b.d ketidakseimbangan antara suplai dengan kebutuhan oksigen. (D.0056) d.d: data subjektif dan data objektif yang muncul pada pasien.	Toleransi (L.05047) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam maka masalah keperawatan dapat diatasi dengan kriteia hasil : 1) Saturasi oksigen meningkat 2) Dispnea menurun 3) Perasaan lemah 4) Sianosis menurun 5) Tekanan darah membaik	Manajemen Energi (I.05178) Observasi 1) Evaluasi respon pasien terhadap aktivitas. Catat laporan dispnea, peningkatan kelemahan atau kelelahan dan perubahan TTV selama dan setelah aktivitas. Terapeutik 1) Berikan lingkungan tenang dan batasi pengunjung selama fase akut sesuai indikasi.	Observasi 1) Merupakan kemampuan, kebutuhan pasien dan memudahkan dalam melihat perkembangan Terapeutik 1) Menurunkan stress dan rangsangan berlebihan, meningkatkan istirahat.

No	Diagnosis Keperawatan	Perencanaan		
		Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
		6) Frekuensi napas membaik	<p>Dorong penggunaan pengalih yang tepat.</p> <p>2) Bantu aktivitas perawatan diri yang diperlukan. Berikan kemajuan peningkatan aktivitas selama fase penyembuhan.</p> <p>Edukasi</p> <p>1) Anjurkan tirah baring. Bantu pasien memilih posisi nyaman dengan kepala tinggi, tidur di kursi atau menunduk ke depan meja atau bantal.</p> <p>2) Jelaskan kepada keluarga pentingnya istirahat dalam perencanaan pengobatan dan perlunya keseimbangan aktivitas dan istirahat.</p> <p>Kolaborasi</p> <p>1) Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan</p>	<p>2) Meminimalkan kelelahan dan membantu keseimbangan suplai dan kebutuhan oksigen.</p> <p>Edukasi</p> <p>1) Meminimalkan kelelahan dan membantu keseimbangan suplai dan kebutuhan oksigen.</p> <p>2) Tirah baring dipertahankan selama fase akut untuk menurunkan kebutuhan metabolik, menghemat energi untuk penyembuhan.</p> <p>Kolaborasi</p> <p>1) Untuk memaksimalkan pemenuhan gizi pasien</p>
6)	Defisit nutrisi b.d kurangnya asupan makanan. (D.0019) d.d: data subjektif	Status Nutrisi (L.03030) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam maka masalah	Manajemen Nutrisi (I. 03119) Observasi 1) Identifikasi faktor yang menimbulkan mual atau muntah, misalnya: sputum	Observasi 1) Sputum akan merangsang nervus vagus sehingga berakibat mual, dispnea dapat

No	Diagnosis	Perencanaan		
	Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
	dan objektif yang muncul pada pasien.	<p>keperawatan dapat diatasi dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Pasien tampak segar dan tidak lemah 2) Tidak terjadi penurunan berat badan 3) Nilai laboratorium seperti Hb dalam batas normal (normal usia 1 tahun ke atas 9-14 gr%). 	<p>banyak, pengobatan aerosol, dispnea berat, nyeri.</p> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Berikan wadah tertutup untuk sputum dan buang sesering mungkin, berikan atau bantu kebersihan mulut setelah muntah. Setelah tindakan aerosol, drainase postural dan sebelum makan. 2) Jadwalkan pengobatan pernapasan sedikitnya 1 jam sebelum makan. 3) Auskultasi bunyi usus. Observasi atau palpasi distensi abdomen. 4) Berikan makan porsi kecil dan sering termasuk makanan kering (roti panggang, krekers) dan atau makanan yang menarik untuk pasien. 5) Evaluasi status nutrisi umum. Ukur berat badan dasar. 	<p>merangsang pusat pengaturan mean di medulla oblongata. Menghilangkan tanda bahaya, rasa, bau dari lingkungan pasien dan dapat menurunkan mual.</p> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Menurunkan efek mual yang berhubungan dengan pengobatan. 2) Bunyi usus mungkin menurun/tak ada bila proses infeksi berat atau memanjang. 3) Distensi abdomen terjadi sebagai akibat menelan udara atau menunjukkan pengaruh toksin bakteri pada saluran GI. 4) Tindakan ini dapat meningkatkan masukan meskipun nafsu makan mungkin lambat untuk Kembali. 5) Adanya kondisi kronis (seperti PPOM atau alkoholisme) atau keterbatasan keuangan dapat menimbulkan malnutrisi, rendahnya tahanan terhadap

No	Diagnosis Keperawatan	Perencanaan		
		Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
				infeksi dan atau lambatnya respons terhadap terapi.
7)	Ansietas b.d perpisahan dengan orang tua, lingkungan yang asing, ketidaknyamanan. (D.0080) d.d: data subjektif dan objektif yang muncul pada pasien.	Tingkat Ansietas (L.09093) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam maka masalah keperawatan dapat diatasi dengan kriteria hasil: 1) Perilaku gelisah menurun 2) Perilaku tegang menurun 3) Frekuensi nadi menurun 4) Tremor menurun 5) Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun	Reduksi Ansietas (I. 09314) Observasi 1) Kaji tingkat ansietas, sediakan waktu untuk berdiskusi dengan pasien dan keluarga atau susun bersama jadwal pertemuan. Terapeutik 1) Pertahankan sikap yang tenang dan meyakinkan. 2) Lakukan terapi bermain. 3) Jelaskan prosedur dan aktivitas lain sebelum memulai. Jawab pertanyaan dan jelaskan tujuan aktivitas. Terapeutik 1) Anjurkan orang terdekat bagi anak untuk tetap bersama anak sebanyak mungkin.	Observasi 1) Ansietas adalah manifestasi masalah psikologi sesuai dengan respons fisiologi terhadap hipoksia. Terapeutik 1) Pemberian keyakinan dan meningkatkan rasa aman dapat menurunkan komponen psikologis, sehingga menurunkan kebutuhan dari respons fisiologis. 2) Meminimalkan rasa cemas akibat berpisah dari orang terdekat. 3) Ketidaktahuan dan kurangnya pemahaman akan menimbulkan ansietas. Terapeutik 1) Mengurangi kecemasan, meminimalkan tindakan perawatan yang traumatis,

No	Diagnosis Keperawatan	Perencanaan		
		Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
				mempercepat penyembuhan, sebagai fasilitas komunikasi, dan sarana untuk mengekspresikan perasaan.

Sumber: (Riyadi & Sukarmin, 2013; Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2018; Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018; Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019)

2.3.4. Implementasi Keperawatan

Implementasi adalah tahap ketika perawat mengaplikasikan rencana asuhan keperawatan ke dalam bentuk rencana keperawatan guna membantu pasien dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Perawat melaksanakan/ mendelegasikan tindakan keperawatan untuk rencana yang disusun dalam tahap perencanaan kemudian mengakhiri tahap implementasi dengan mencatat tindakan keperawatan dan respon pasien terhadap tindakan tersebut (Erita *et al.*, 2019).

2.3.5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan adalah fase kelima dan fase terakhir proses keperawatan. Aktivitas yang direncanakan, berkelanjutan dan terarah ketika pasien dan professional kesehatan menentukan kemajuan pasien menuju pencapaian tujuan/hasil dan keefektifan rencana asuhan keperawatan (Erita *et al.*, 2019).

2.3.6. Evaluasi Keperawatan

Tabel 2. 6

Evaluasi Keperawatan Pada Anak Prasekolah Pneumonia

No	Diagnosis Keperawatan	Evaluasi	
		Formatif	Sumatif
1.	Bersihkan jalan napas tidak efektif b.d hipersekresi jalan napas (D.0001) data subjektif dan objektif yang muncul pada pasien.	<ul style="list-style-type: none"> a. Memonitor frekuensi, kedalaman, usaha pernapasan dan gerak dada. b. Mengauskultasi area paru, catat arena penurunan/ tak ada aliran udara dan bunyi napas adventisus, misal: krekels, mengi. c. Melakukan fisioterapi dada d. Melakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik sesuai indikasi. e. Membantu pasien latihan napas dalam f. Menganjurkan asupan cairan sedikitnya 1000 ml/hari (kecuali kontraindikasi). Tawarkan air hangat, daripada dingin. g. Mengajarkan batuk efektif, misal: menekan dada dan batuk efektif sementara posisi batuk tinggi semi fowler/fowler dengan kemiringan 30⁰ - 45⁰. h. Memberi terapi obat-obatan bronkodilator dan mukolitik melalui inhalasi (nebulizer), contoh pemberian obat flexotid dan ventolin atau flexotid dan bisolvon. i. Memberikan obat bronkodilator, ekspentoran dan mukolitik secara oral (jika sudah memungkinkan). j. Memberikan cairan tambahan misalnya cairan intravena. k. Mengawasi seri sinar X dada, GDA, nadi oksimetri. l. Berkolaborasi pemberian antibiotik m. Berkolaborasi tindakan bronkoskopi bila diindikasikan 	<ul style="list-style-type: none"> a. Evaluasi penurunan produksi sputum b. Evaluasi penurunan mengi dan wheezing c. Evaluasi adanya peningkatan batuk efektif d. Evaluasi penurunan dispnea e. Evaluasi penurunan sianosis dan gelisah f. Evaluasi peningkatan Frekuensi napas dan pola napas

No	Diagnosis Keperawatan	Evaluasi	
		Formatif	Sumatif
2.	Gangguan pertukaran gas b.d ketidakseimbangan ventilasi-perfusi, perubahan membran alveolus-kapiler. (D.0003) d.d: data subjektif dan objektif yang muncul pada pasien.	<ul style="list-style-type: none"> a. Mengkaji frekuensi, irama, kedalaman dan kemudahan bernapas. b. Mengobservasi warna kulit, catat adanya sianosis pada kulit, kuku dan jaringan sentral c. Mengkaji status mental dan penurunan kesadaran d. Mengawasi frekuensi jantung atau irama e. Mengawasi suhu tubuh f. Memberikan terapi oksigen dengan benar, misalnya: dengan nasal prong, masker, masker venturi. g. Pemantauan AGD. 	<p>sianosis, takipnea dan takikardia.</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Evaluasi ada tidaknya tanda-tanda gelisah atau perubahan mental b. Evaluasi ada tidaknya tanda-tanda kelemahan fisik dan penurunan kesadaran c. Evaluasi peningkatan nilai AGD (PCO₂ 35-45 mmHg, PO₂ 70 mmHg)
3.	Pola napas tidak efektif b.d depresi pusat pernapasan, hambatan upaya napas, deformitas dinding dada, kecemasan. (D.0005) d.d: data subjektif dan objektif yang muncul pada pasien.	<ul style="list-style-type: none"> a. Memonitor pola napas, bunyi napas, sputum, pertahankan kepatenan jalan napas dengan Head Tilt dan Chin Lift dan posisikan semi fowler atau fowler. b. Melakukan fisioterapi dada. c. Melakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik d. Menganjurkan asupan cairan 1000 ml/hari, jika tidak kontraindikasi dan berikan minum hangat. e. Mengajarkan Teknik batu efektif. f. Berkolaborasi pemberian bronkodilator, ekspentoran, mukolitik. 	<ul style="list-style-type: none"> a. Evaluasi penurunan dispnea. b. Evaluasi penurunan penggunaan otot bantu pernapasan. c. Evaluasi penurunan pemanjangan fase ekspirasi. d. Evaluasi peningkatan frekuensi napas. e. Evaluasi peningkatan kedalaman napas.
4.	Hipertermia b.d proses penyakit (mis. Infeksi) (D.0130) d.d: data subjektif dan objektif yang muncul pada pasien.	<ul style="list-style-type: none"> a. Mengkaji TTV setiap 4 jam sekali b. Memantau warna kulit dan suhu c. Memberikan dorongan untuk minum sesuai kebutuhan d. Melakukan tindakan pendinginan sesuai kebutuhan, misalnya: kompres hangat pada lipatan paha dan aksila. e. Memberikan antipiretik yang diresepkan sesuai kebutuhan 	<ul style="list-style-type: none"> a. Evaluasi apakah wajah pasien tampak memerah b. Evaluasi TTV harus dalam batas normal c. Evaluasi apakah pasien menggigil

No	Diagnosis Keperawatan	Evaluasi	
		Formatif	Sumatif
5.	Intoleransi aktifitas b.d ketidakseimbangan antara suplai dengan kebutuhan oksigen. (D.0056) d.d: data subjektif dan data objektif yang muncul pada pasien.	<ul style="list-style-type: none"> a. Mengevaluasi respon pasien terhadap aktivitas. Catat laporan dispnea, peningkatan kelemahan atau kelelahan dan perubahan TTV selama dan setelah aktivitas. Berikan lingkungan tenang dan batasi pengunjung selama fase akut sesuai indikasi. Dorong penggunaan manajemen stress dan pengalih yang tepat. b. Membantu aktivitas perawatan diri yang diperlukan. Berikan kemajuan peningkatan aktivitas selama fase penyembuhan. c. Menganjurkan tirah baring. Bantu pasien memilih posisi nyaman dengan kepala tinggi, tidur di kursi atau menunduk ke depan meja atau bantal. d. Menjelaskan kepada keluarga pentingnya istirahat dalam perencanaan pengobatan dan perlunya keseimbangan aktivitas dan istirahat. e. Berkolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan 	<ul style="list-style-type: none"> a. Evaluasi peningkatan saturasi oksigen. b. Evaluasi penurunan dispnea c. Evaluasi napas dalam batas normal (usia 1-2 tahun 25-50x/menit, 3-5 tahun 20-30x/menit) d. Evaluasi ada tidaknya sianosis e. TTV harus dalam batas normal
6.	Defisit nutrisi b.d kurangnya asupan makanan. (D.0019) d.d: data subjektif dan objektif yang muncul pada pasien.	<ul style="list-style-type: none"> a. Mengidentifikasi faktor yang menimbulkan mual atau muntah, misalnya: sputum banyak, pengobatan aerosol, dispnea berat, nyeri. b. Memberikan wadah tertutup untuk sputum dan buang sesering mungkin, berikan atau bantu kebersihan mulut setelah muntah. Setelah tindakan aerosol, drainase postural dan sebelum makan. c. Menjadwalkan pengobatan pernapasan sedikitnya 1 jam sebelum makan. d. Mengauskultasi bunyi usus. Observasi atau palpasi distensi abdomen. e. Memberikan makan porsi kecil dan sering termasuk makanan kering (roti panggang, krekers) dan atau makanan yang menarik untuk pasien. 	<ul style="list-style-type: none"> a. Evaluasi keadaan pasien, apakah tampak segar dan tidak lemah b. Evaluasi adanya penurunan berat badan c. Evaluasi nilai laboratorium seperti Hb dalam batas normal (normal usia 1 tahun ke atas 9-14 gr%).

No	Diagnosis Keperawatan	Evaluasi	
		Formatif	Sumatif
7.	Ansietas b.d perpisahan dengan orang tua, lingkungan yang asing, ketidaknyamanan. (D.0080) d.d: data subjektif dan objektif yang muncul pada pasien.	<ul style="list-style-type: none"> f. Mengevaluasi status nutrisi umum. Ukur berat badan dasar a. Mengkaji tingkat ansietas, sediakan waktu untuk berdiskusi dengan pasien dan keluarga atau susun bersama jadwal pertemuan. b. Mempertahankan sikap yang tenang dan meyakinkan. c. Melakukan terapi bermain. d. Menjelaskan prosedur dan aktivitas lain sebelum memulai. Jawab pertanyaan dan jelaskan tujuan aktivitas e. Menganjurkan orang terdekat bagi anak untuk tetap bersama anak sebanyak mungkin. 	<ul style="list-style-type: none"> a. Evaluasi perilaku gelisah pasien apakah pasien tenang/ tidak. b. Evaluasi penurunan perilaku tegang c. Evaluasi penurunan frekuensi nadi dan tremor d. Evaluasi penurunan verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi.

Sumber: (Riyadi & Sukarmin, 2013; Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2018; Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018; Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019)