

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA ANAK *ISPA* DENGAN
KETIDAKEFEKTIFAN BERSIHAN JALAN NAFAS
DI RUANG MELATI LANTAI V
RSUD DR. SOEKARDJO
TASIKMALAYA**

KARYA TULIS ILMIAH

**Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Ahli Madya
Keperawatan (A.Md.Kep) di Program Studi DIII Keperawatan
Universitas Bhakti Kencana Bandung**

Oleh :

**MIRDA PAREZA
NIM : AKX.17.052**



PRODI DIII KEPERAWATAN FAKULTAS KEPERAWATAN

UNIVERSITAS BHAKTI KENCANA BANDUNG

2020

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertamfa tangan dibawah ini :

Nama : Mirda Pareza

NIM : AKX.17.052

Prodi : DIII Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Bhakti
Rencana

Judul KTI : Asuhan Kepemwatan Pada Anak ISPA dengan Ketidakefektifan
Jersihan Jalan Nafas di Ruang Melati Lantai V RSUD
dr.Soekardjo Tasikmalaya

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa :

1. Karya tuli ini adalah asli dan belum pernah diajukan untuk mendapatkan gelar akademik (diploma ataupun sarjana), baik di Universitas Bhakti Kencana maupun perguruan tinggi lain.
2. Karya tulis ini murni gagasan, rumusan dan penelitian saya sendiri, tanpa bantuan dari pihak lain kecuali arahan Tim Pembimbing dan masukan Tim Penelaah/Penguji.
3. Dalam Karya tulis ini tidak terdapat karya atau pendapat yang telah ditulis atau di fublikasikan orang lain kecuali secara tertulis dicantumkan sebagai acuan dalam naskah dengan disebut nama pengarang dalam dafiar pustaka.
4. Pemyataan ini saya buat dengan sesungguhnya, dan apabila di kemudian hari terdapat penyimpangan atau ketidak benaran dalam pernyataan ini maka saya bersedia menerima sangsi akademik berupa pencabutan gelar yang telah di peroleh dalam karya ini, serta sanksi lainnya sesuai dengan norma yang berlaku di perguruan tinggi ini.

Bandung, Agustus 2020



Mirda Pareza

Akx.17.052

LEMBAR PERSETUJUAN
KARYA TULIS ILMIAH


ASUHAN KEPERAWATAN PADA ANAK ISPA DENGAN
KETIDAKEFEKTIFAN BERSIHAN JALAN NAFAS
DI RUANG MELATI LANTAI V
RSUD DiC SOEKARDJO
TASIKMALAYA

OLEH
MIRDA PAREZA
A 17.052

Karya Tulis Ilmiah ini telah disetujui oleh panitia penguji pada tanggal seperti tertera dibawah ini

Menyetujui

Pembimbing Utama



Angga **Satria Pratama**, S.Kep.,Ners.,M.Kep
NIK : 02015020175

Pembimbing Pendamping



Irfan Saparudin, S.Key, Ners
NIK : 02014020173

degetabui

Xetua Prodi DIII Keperawataa



Dede Nur Azin Muslim, S,Kep.,Ners.,M.Kep
NIDN : 02001020009

LEMBAR PENGESAHAN
KARYA TULIS ILMIAHI

ASUHAN KEPERAWATAN PADA ANAK ISPA DENGAN
KETIDAKEFEKTIFAN BERSIHAN I ALANNAFAS
DIRTJANG NIELATILANTAIV
RSUD DiL SOEKARDJO
TASIKMALAYA

OLEH
MIRDA PAREZA
AKX.17.052

Telah diuji

Pada Tanggal, 02 September 2020

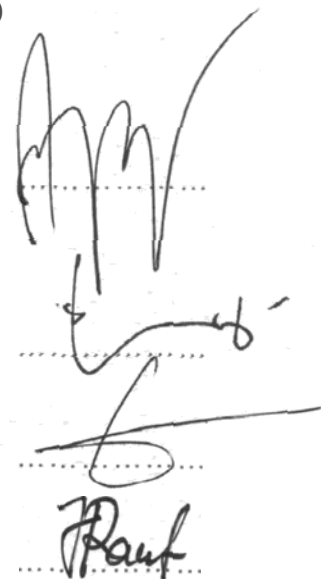
Panitia Pen\$nji

Ketua

Atigga Satria Prataiua, S. Kep..Ners.,M. Kep
(Pembimbing Utama)

Anggota :

- 1, Rd. Siti Jundiah, S.Kp., M. Kep
(Penguji I)
- 2, Hj. Djubaedah, Amk, S. Pd, MM
(Penguji II)
- 3, Irfan Saparudin, S.Kep., Ners
(Pembimbing Pemdamping)



engetahui

Jetua Ilakifgss Keperawatan

Jundiah, S.Kp.,M.Kep

NID0i* 020007020132

PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

Yang bertandatangan di bawah ini:

Nama : Mirda Pareza
NPM : AKX-17-052
Fakultas : Keperawatan
Prodi : D III Keperawatan

Dengan ini menyatakan dengan sesungguhnya bahwa penelitian saya yang berjudul:
Asuhan Keperawatan Pada Anak ISPA dengan ketidakefektifan Bersihan
Jalan Nafas di Ruang Melati lantai V RSUD dr. Soewardjo Tasikmalaya.

Bebas dari plagiarisme dan bukan hasil karya orang lain.

Apabila dikemudian hari ditemukan seluruh atau sebagian dari penelitian dan karya ilmiah tersebut terdapat indikasi plagiarisme, saya **bersedia menerima sanksi** sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya tanpa ada paksaan dari siapapun juga dan untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Bandung,20.....

Yang membuat pernyataan,



Pembimbing I

Pembimbing II

ABSTRAK

Latar Belakang : Penyakit saluran pernafasan merupakan salah satu penyebab utama kematian pada anak, salah satunya adalah penyakit ISPA. Di Indonesia angka kejadian ISPA pada tahun 2014 berkisar 20-30% dan pada tahun 2015 mengalami peningkatan menjadi 63,45%. Dan di Jawa Barat ISPA merupakan penyakit terbanyak pada anak yakni sebesar 33,44% atau sebanyak 40.222 anak yang menderita ISPA. ISPA adalah penyakit yang menyerang salah satu atau lebih dari saluran pernafasan mulai dari hidung (saluran atas) hingga alveoli (saluran bawah) beserta organ adneksanya seperti sinus-sinus, rongga telinga tengah dan pleura yang disebabkan oleh virus, bakteri yang berlangsung selama 14 hari. **Tujuan :** Mampu melaksanakan Asuhan Keperawatan pada anak ISPA dengan ketidakefektifan bersihan jalan nafas. **Metode :** Menggunakan desain penelitian studi kasus dengan pendekatan asuhan keperawatan yaitu penelitian dengan cara mengumpulkan data mulai dari pengkajian sampai evaluasi. Studi kasus ini dilakukan pada dua orang anak ISPA dengan ketidakefektifan bersihan jalan nafas. **Hasil :** Setelah dilakukan asuhan keperawatan pada anak ISPA dengan ketidakefektifan bersihan jalan nafas yang dilakukan tindakan nafas dalam dan batuk efektif dan intervensi lainnya, masalah keperawatan pada klien 1 dan 2 dapat teratasi di hari ke 3 perawatan. **Diskusi :** Klien ISPA dengan masalah keperawatan ketidakefektifan bersihan jalan nafas tidak selalu memiliki respon yang sama, hal ini dipengaruhi oleh kondisi, dan status kesehatan sehingga perawat harus melakukan asuhan keperawatan yang komprehensif untuk menangani masalah keperawatan pada setiap klien.

Kata Kunci : ISPA, Ketidakefektifan bersihan jalan nafas, Asuhan Keperawatan, nafas dalam dan batuk efektif

Daftar Pustaka : 19 buku (2011-2019), 1 jurnal (2019), 1 website

ABSTRACT

Background : Respiratory tract disease is one of the main causes of death in children, one of which is ISPA. In Indonesia the incidence of ISPA in 2014 was around 20-30% and in 2015 it had increased to 63,45%. And in Jawa Barat, ISPA is the most common disease in children, namely 33,44% or as many as 40,222 children suffering from ISPA. ISPA is an acute infectious disease that attacks one or more of the respiratory tract, starting from the nose (upper canal) to the alveoli (lower canal) along with adnexal organs such as the sinuses, middle ear cavity and pleura caused by viruses, bacteria that last for 14 days. **Goals ;** Able to carry out nursing care in children ISPA with ineffective airway cleaning. **Method :** using a case study research design with a nursing care approach, namely research by collecting data from assessment to evaluation. this case study was conducted on two children ISPA with an ineffective airway clearance. **Results :** After nursing care for ISPA children with ineffective airway clearance, doing nursing measure with deep breathing and coughing are effective and other interventions, nursing problems in clients 1 and 2 can be resolved on day 3 of treatment. **Discussion :** ISPA clients with nursing problems ineffective airway cleaning do not always have the same response, this is influenced by conditions, and health status so that nurses must carry out comprehensive nursing care to deal with nursing problem for each client.

Keywords : ISPA, Ineffective Airway Clearance, Nursing Care, deep breath and effective cough

Bibliography : 19 books (2011-2019), 1 journals (2019), 1 website

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa, karena berkat rahmat dan karunia-Nya penulis masih diberi kekuatan dan pikiran sehingga dapat menyelesaikan karya tulis ini yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Anak ISPA dengan Ketidakefektifan Bersihan Jalan Nafas Di Ruang Melati Lantai V RSUD DR. Soekardjo Tasikmalaya” dengan sebaik-baiknya.

Maksud dan tujuan penyusunan karya tulis ilmiah ini adalah untuk memenuhi salah satu tugas akhir dalam menyelesaikan Program Studi Diploma III Keperawatan di Universitas Bhakti Kencana Bandung.

Penulis mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan karya tulis ini, terutama kepada :

1. H. Mulyana, SH, M,Pd, MH.Kes, selaku Ketua Yayasan Adhi Guna Kencana Bandung.
2. dr. Entris Sutrisno, MH.Kes.,Apt selaku Rektor Universitas Bhakti Kencana.
3. Rd. Siti Jundiah, S,Kp.,MKep, selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Bhakti Kencana Bandung.
4. Dede Nur Aziz Muslim, S,Kep.,Ners.,M.Kep selaku Ketua Program Studi Diploma III Keperawatan Universitas Bhakti Kencana.
5. Angga Satria Pratama,S.Kep.,Ners.,M.Kep selaku Pembimbing Utama yang telah membimbing selama penulis menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.

6. Irfan Saparudin, S.Kep., Ners selaku Pembimbing Pendamping yang membantu dan memotivasi selama penulis menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
7. dr. H. Wasisto Hidayat, M.Kes selaku Direktur Utama Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soekardjo Tasikmalaya yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk menjalankan tugas akhir perkuliahan ini.
8. Jajang Zaenal, S.Kep selaku CI Ruang Melati V yang telah memberikan bimbingan dalam melakukan kegiatan selama praktik keperawatan di RSUD dr. Soekardjo Tasikmalaya.
9. Ayah dan Ibu tercinta Cik Ujang dan Apridah, adikku Bayu Nurfitriah dan Aura Utami yang selalu mendoakan dan memberikan dukungan sehingga penulis bias menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
10. Teman-temanku Restu, Yuli, Denti, Evi, Resnia, Grace, Rizki, Umi, Elsa, Iis, Diana, Benedikta, dan teman-teman seperjuangan anestesi 13 lainnya.

Penulis menyadari dalam penyusunan karya tulis ini masih banyak kekurangan sehingga penulis sangat mengharapkan segala masukan dan saran yang sifatnya membangun guna penulisan Karya Tulis Ilmiah yang baik.

Bandung, Agustus 2020

Penulis

Mirda pareza

DAFTAR ISI

	Halaman
Halaman Judul.....	i
Lembar Pernyataan.....	ii
Lembar Persetujuan.....	iii
Lembar pengesahan.....	iv
Abstrak	v
Kata Pengantar	vi
Daftar Isi	viii
Daftar Tabel	x
Daftar Gambar.....	xi
Daftar Bagan	xii
Daftar Singkatan.....	xii
Daftar Lampiran	xvi
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Tujuan Penelitian.....	5
1.4 Manfaat Penelitian.....	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	7
2.1 Konsep Penyakit.....	7
2.2 Konsep Tumbuh Kembang.....	23
2.3 Konsep Asuhan Keperawatan	29
BAB III METODE PENELITIAN	43
3.1 Desain Penelitian.....	43
3.2 Batasan Istilah	43
3.3 Partisipan/Responden/Subjek Penelitian.....	44
3.4 Lokasi dan Waktu Penelitian.....	44
3.5 Pengumpulan Data	45
3.6 Uji Keabsahan Data.....	47

3.7 Analisa Data	48
3.8 Etika Penelitian	50
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN.....	54
4.1 Hasil	54
4.2 Pembahasan.....	73
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN	82
5.1 Kesimpulan.....	82
5.2 Saran.....	85
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 2.1 Keterangan Pemberian Imunisasi Pada Anak	34
Tabel 2.2 Perencanaan Keperawatan	38
Tabel 4.1 Identitas Klien	55
Tabel 4.2 Identitas Penanggung Jawab	55
Tabel 4.3 Riwayat Kesehatan.....	56
Tabel 4.4 Riwayat Kehamilan dan Persalinan	57
Tabel 4.5 Pola Aktivitas Sehari – hari	57
Tabel 4.6 Pertumbuhan dan Perkembangan.....	58
Tabel 4.7 Pemeriksaan Fisik Head to Toe	59
Tabel 4.8 Data Psikologis	61
Tabel 4.9 Data Penunjang	62
Tabel 4.10 Program dan Rencana Pengobatan.....	62
Tabel 4.11 Analisa Data	63
Tabel 4.12 Diagnosa Keperawatan	65
Tabel 4.13 Perencanaan Keperawatan	67
Tabel 4.14 Implementasi Keperawatan.....	69
Tabel 4.15 Evaluasi Keperawatan.....	73

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 2.1 Anatomi Sistem Pernafasan	8

DAFTAR BAGAN

	Halaman
Bagan 2.1 Pathway ISPA	21

DAFTAR SINGKATAN

ISPA	: Infeksi saluran pernafasan akut
WHO	: <i>World Health Organization</i>
KTI	: Karya tulis ilmiah
WIB	: Waktu indonesia barat
SIBI	: Surveilans ISPA berat di Indonesia
RSUD	: Rumah sakit umum daerah
NANDA	: <i>The North American Nursing Diagnosis Association</i>
ASI	: Air Susu Ibu
GCS	: <i>Glasgow coma scale</i>
BAB	: Buang Air Besar
BAK	: Buang Air Kecil
BB	: Berat Badan
LA	: ligkar abdomen
RL	: <i>Ringer laktat</i>
ECG	: <i>Electrocardiography</i>
EEG	: <i>Electroencephalography</i>
BCG	: <i>Bacillus Calmette Guerin</i>
C	: <i>Celsius</i>
Cm	: <i>Centimeter</i>
CSSD	: <i>Central sterile supply department</i>
CO ₂	: <i>Carbon Dioxide</i>
CRT	: <i>Capillary Refill Time</i>
Dr.	: Dokter
NICU	: <i>Neonatal intensive care unit</i>
DO	: Data Objektif
DS	: Data Subjektif
DPT	: Difteri, Pertusis, dan Tetanus
HB	: <i>Haemoglobin</i>
IGD	: Instalasi Gawat Darurat

IPPA	: Inspeksi, Palpasi, Perkusi, Auskultasi
WC	: <i>water closet</i>
IV	: Intra Vena
Depkes	: Departemen kesehatan
Kp	: Kampung
Ph	: <i>Power of hydrogen</i>
Kg	: Kilo Gram
LK	: Lingkar Kepala
LLA	: Lingkar Lengan atas
LD	: Lingkar Dada
Medrec	: <i>Medical Record</i>
mm	: Milimeter
mmHg	: <i>Milimeter merkuri hydrargyrum</i>
Ht	: hematokrit
Hb	: hemoglobin
N	: Nadi
O2	: Oksigen
PB	: Panjang Badan
RR	: <i>Respiration Rate</i>
Dkk	: Dan kawan-kawan
RSUD	: Rumah Sakit Umum Daerah
S	: Suhu
SD	: Sekolah dasar
SMP	: sekolah menengah pertama
SMA	: sekolah menengah akhir
ANC	: <i>Antenatal care</i>
SOAP	: <i>Subjektif, Objektif, Assesment, Planning</i>
SOAPIE	: <i>Subjektif, Objektif, Assesment, Planning, Implementasi, Evaluasi</i>
SOAPIER	: <i>Subjektif, Objektif, Assesment, Planning, Implementasi, Evaluasi, Re-Assesment</i>
TD	: Tekanan Darah

TT : *Toksoid Tetanus*
TB : Tinggi Badan
Ny : nyonya
TTV : Tanda-Tanda Vital
THT : telinga hidung tenggorokan
WOD : wawancara obsevasi dokumentasi
H : haji

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran I	: Lembar Konsultasi KTI
Lampiran II	: Lembar Justifikasi
Lampiran III	: Surat Pernyataan Persetujuan
Lampiran IV	: Lembar Observasi
Lampiran V	: Satuan Acara Penyuluhan
Lampiran VI	: Leaflet
Lampiran VII	: Jurnal Intervensi
Lampiran VIII	: Daftar Riwayat Hidup

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Anak merupakan golongan usia yang lebih rentan terkena penyakit, karena memiliki sistem kekebalan tubuh yang tidak sama dengan orang dewasa atau belum matang. Hal ini menyebabkan anak mudah terkena penyakit menular seperti penyakit saluran pernafasan dan penyakit saluran pencernaan (Syafarilla, 2015). Penyakit saluran pernafasan merupakan salah satu penyebab utama kematian pada anak, salah satunya adalah penyakit ISPA penyakit ini paling banyak terjadi di negara-negara berkembang, populasi penduduk yang terus bertambah mengakibatkan kepadatan penduduk yang tidak tertata, baik dari segi sosial, budaya dan kesehatan (Adesanya & Chiao, 2017). Selain faktor dari sistem kekebalan tubuh yang belum sempurna terdapat juga faktor lain yaitu umur, jenis kelamin, gizi, jumlah keluarga, pendidikan keluarga, pekerjaan orang tua, sosial ekonomi, lingkungan dan fasilitas kesehatan yang tersedia (Wilar & Wantania, 2016).

Infeksi saluran pernafasan akut (ISPA) yaitu penyakit infeksi akut yang menyerang salah satu atau lebih dari saluran pernafasan, mulai dari hidung (saluran atas) hingga alveoli (saluran bawah) beserta organ adneksanya seperti sinus-sinus, rongga telinga tengah dan pleura (Hartono & Rahmawati, 2012).

Menurut *World Health Organization* (WHO) tahun 2016 jumlah penderita ISPA yaitu 59.417 anak, dan memperkirakan jumlah di Negara berkembang berkisar 40-80 kali lebih tinggi dari negara maju. Insiden ISPA

pada anak di negara berkembang diprediksi sekitar 0,29 / 1000 anak setiap tahun dan di negara maju sebanyak 0,05 / 1000 anak setiap tahun. Penyebab kematian akibat ISPA di negara berkembang lebih tinggi dibandingkan di negara maju yaitu sekitar 10-50 kali (Rahmani, 2016). Hal ini menunjukkan bahwa terdapat 156 juta penderita ISPA didunia per tahun, dimana 151 juta (96,7%) terjadi di negara berkembang. Kasus terbanyak terjadi di india (43 juta), China (21 juta), Pakistan (10 juta), dan Bangladesh, Indonesia, Nigeria masing-masing (6 juta). Dari semua kasus yang terjadi di masyarakat, 7-13% kasus berat memerlukan perawatan rumah sakit (Dirjen PP & PL, 2011).

Berdasarkan data (Kemenkes RI, 2015), cakupan penemuan ISPA pada anak tahun 2014 berkisar 20-30%, sedangkan pada tahun 2015 mengalami peningkatan menjadi 63,45%. Data dari Buletin Surveilans ISPA Berat di Indonesia (SIBI, 2014) yang dilaksanakan di enam rumah sakit provinsi di Indonesia, didapatkan 625 kasus ISPA berat, 56% adalah laki-laki dan 44% adalah perempuan.

Prevalensi 10 provinsi di Indonesia dengan kasus ISPA tertinggi menurut diagnosa tenaga kesehatan yaitu Nusa Tenggara Timur 15,4%, Papua 13,1%, Papua Barat 12,3%, Banten 11,9%, Bengkulu 11,8%, Nusa Tenggara Barat 11,7%, Jawa Barat 11,2%, Bali 9,7%, Gorontalo 9,5%, Jawa Timur 9,5%. Provinsi dengan penderita ISPA tertinggi yaitu di Nusa Tenggara Timur sebesar 13,1%, sementara penderita ISPA yang paling rendah di Jambi sebesar 5,5%, dan Jawa Barat masuk kedalam urutan ke 7 pada penderita ISPA di Indonesia (Kemenkes RI, 2018).

Dinkes Provinsi Jawa Barat (2014), mengatakan ISPA merupakan urutan pertama penyakit terbanyak pada anak di provinsi Jawa Barat yakni sebesar 33,44% atau sebanyak 40.222 anak yang menderita ISPA.

Hasil laporan *Medical Record* RSUD dr. Soekardjo Tasikmalaya kasus ISPA terhitung dari bulan Januari 2019 sampai dengan November 2019 sebanyak 242 klien, selama tahun 2019 penyakit ISPA termasuk kedalam penyakit 10 terbesar untuk penyakit pada anak di RSUD dr Soekardjo Tasikmalaya.

Masalah keperawatan yang muncul pada klien ISPA diantaranya ketidakefektifan bersihan jalan nafas, ketidakefektifan pola nafas, hipertermi, nyeri akut, resiko nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh (NANDA, 2015). Diantara lima diagnosa diatas, ketidakefektifan bersihan jalan nafas merupakan masalah yang paling utama pada klien ISPA, karena klien ISPA mengalami peningkatan produksi secret di bronkus.

Oleh karena itu untuk menangani masalah yang muncul pada anak yang mengalami ISPA, menurut (Somantri, 2012) dapat menggunakan dua cara yaitu terapi farmakologi dan non farmakologi. Terapi farmakologi meliputi pemberian antibiotik, bronkodilator, prednison, antitusif, mukolitik, antialergenik, vasokonstriktor, dekonjestan. Dan terapi non farmakologi dengan cara pemberian nafas dalam yaitu bernafas dengan perlahan dan menggunakan diafragma sehingga memungkinkan abdomen terangkat perlahan dan dada mengembang penuh. Dan pemberian batuk efektif yaitu suatu metode batuk yang benar, dimana klien dapat menghemat energi

sehingga tidak mudah lelah dan dapat mengeluarkan mucus / dahak secara maksimal (Hartono & Rahmawati, 2012).

Dengan terapi tersebut diharapkan perawat mampu mengelola atau menangani masalah keperawatan ketidakefektifan bersihan jalan nafas yang muncul pada klien ISPA dan berusaha untuk mencegah terjadinya komplikasi seperti limfonodi servikalis, Mastoiditis, selulitis peritonsiler, sinusitis, atau selulitis periorbital, dan otitis media (Nelson, 2012).

Jurnal penelitian yang dilakukan oleh Permatasari, Sudiwati, Metrikayanto (2019) yang dilakukan pada anak ISPA di Puskesmas Dua Malang, menunjukkan hasil bahwa sebagian besar responden sebelum diberikan nafas dalam dan batuk efektif kebersihan jalan nafas masuk kedalam kategori tidak bersih, dan setelah diberikan nafas dalam dan batuk efektif kebersihan jalan nafas masuk kedalam kategori bersih.

Berdasarkan fenomena diatas maka dari itu penulis tertarik untuk membahas lebih lanjut dan memberikan penanganan dalam bentuk asuhan keperawatan yang komprehensif pada klien ISPA yang dituangkan dalam karya tulis ilmiah yang berjudul **“Asuhan Keperawatan pada anak ISPA dengan Ketidakefektifan Bersihan Jalan Nafas di Ruang Melati Lantai V RSUD dr.Soekardjo Tasikmalaya Tahun 2020”**.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas, maka diangkat rumusan masalah “Bagaimana Asuhan Keperawatan pada Anak ISPA dengan Ketidakefektifan

Bersihan Jalan Nafas di Ruang Melati lantai V RSUD dr.Soekardjo Tasikmalaya?").

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Memperoleh pengalaman nyata dan mampu melaksanakan Asuhan keperawatan pada Anak ISPA dengan Ketidakefektifan Bersihan Jalan Nafas di Ruang Melati lantai V RSUD dr.Soekardjo Tasikmalaya.

1.3.2 Tujuan Khusus

- a. Melakukan pengkajian pada anak ISPA dengan masalah keperawatan ketidakefektifan bersihan jalan nafas di ruang melati V RSUD dr.Soekardjo Tasikmalaya.
- b. Menetapkan diagnosa keperawatan pada anak ISPA dengan ketidakefektifan bersihan jalan nafas di ruang melati V RSUD dr.Soekardjo Tasikmalaya.
- c. Menyusun perencanaan keperawatan pada anak ISPA dengan ketidakefektifan bersihan jalan nafas di ruang melati V RSUD dr.Soekardjo Tasikmalaya.
- d. Melaksanakan tindakan keperawatan pada anak ISPA dengan ketidakefektifan bersihan jalan nafas di ruang melati V RSUD dr.Soekardjo Tasikmalaya.
- e. Melakukan evaluasi pada anak ISPA dengan ketidakefektifan bersihan jalan nafas di ruang melati V RSUD dr.Soekardjo Tasikmalaya.

1.4 Manfaat

1.4.1 Manfaat Teoritis

Untuk menambah sumber bacaan, wawasan, pengetahuan dan informasi bagi tenaga kesehatan tentang asuhan keperawatan pada anak ISPA dengan ketidakefektifan bersihan jalan nafas.

1.4.2 Manfaat Praktisi

a. Bagi Klien dan Keluarga

- 1) Klien dapat mengeluarkan secret dengan cara nafas dalam dan batuk efektif.
- 2) Keluarga dapat mengetahui cara untuk menangani ketidakefektifan bersihan jalan nafas pada klien ISPA dengan cara nafas dalam dan batuk efektif.

b. Bagi Perawat

Sebagai referensi perencanaan dalam mengatasi masalah ketidakefektifan bersihan jalan nafas pada klien ISPA.

c. Bagi Rumah Sakit

Memberikan saran kepada pihak rumah sakit untuk meningkatkan pelayanan kesehatan pada anak ISPA dengan ketidakefektifan bersihan jalan nafas.

d. Bagi Institusi Pendidikan

Dapat memberikan referensi bacaan ilmiah bagi mahasiswa/i dalam melakukan asuhan keperawatan pada anak ISPA dengan ketidakefektifan bersihan jalan nafas.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Penyakit

2.1.1 Definisi

Infeksi saluran pernafasan akut (ISPA) merupakan penyakit infeksi akut yang menyerang salah satu atau lebih dari saluran pernafasan, mulai dari hidung (saluran atas) hingga alveoli (saluran bawah) beserta organ adneksanya seperti sinus-sinus, rongga telinga tengah dan pleura (Hartono & Rahmawati, 2012).

Infeksi saluran pernafasan akut (ISPA) mengandung tiga unsur yaitu infeksi, saluran pernafasan, dan akut. Infeksi adalah peristiwa masuk dan penggandaan mikroorganisme (agen) di dalam tubuh pejamu (host). Saluran pernafasan adalah organ mulai dari hidung hingga alveoli beserta organ adneksanya meliputi sinus-sinus, rongga telinga tengah dan pleura (Depkes, 2014).

Infeksi akut adalah infeksi yang berlangsung sampai dengan 14 hari, walaupun beberapa penyakit yang dapat digolongkan dalam ISPA dapat berlangsung lebih dari 14 hari, misalnya pertusis. ISPA adalah infeksi saluran pernafasan yang dapat berlangsung sampai 14 hari, dimana secara klinis suatu tanda dan gejala akut akibat infeksi yang terjadi di setiap bagian saluran pernafasan dengan berlangsung tidak lebih dari 14 hari (Depkes, 2015). ISPA adalah proses inflamasi yang disebabkan oleh virus, bakteri,

atipikal (mikoplasma), atau aspirasi substansi asing, yang melibatkan satu atau semua bagian saluran pernafasan (Wong, 2015).

Jadi kesimpulannya ISPA adalah penyakit yang menyerang salah satu atau lebih dari saluran pernafasan mulai dari hidung (saluran atas) hingga alveoli (saluran bawah) beserta organ adneksanya seperti sinus-sinus, rongga telinga tengah dan pleura yang disebabkan oleh virus, bakteri yang berlangsung selama 14 hari.

2.1.2 Anatomi dan Fisiologi

Sistem pernapasan pada manusia adalah sistem menghirup oksigen dari udara ke paru-paru dan mengeluarkan karbon dioksida dari paru-paru ke udara. Pernapasan merupakan pertukaran O₂ dan CO₂ antara sel-sel tubuh serta lingkungan. Saluran pernapasan dari atas kebawah dapat dirinci sebagai berikut : rongga hidung, faring, laring, trakea, percabangan bronkus, paru-paru (bronkiolus, alveolus) (Setiadi, 2016).



Gambar 2.1 Anatomi sistem pernafasan (Setiadi, 2016)

2.1.2.1 Anatomi sistem pernafasan

1. Rongga hidung (cavum nasal)

Hidung berfungsi sebagai jalan nafas, pengatur udara, pengatur kelembaban udara (humidifikasi), pengatur suhu, pelindung dan penyaring udara, indra pencium, dan resonator suara. Fungsi hidung sebagai pelindung dan penyaring dilakukan oleh vibrissa, lapisan lendir, dan enzim lisozim. Vibrisa adalah rambut pada vestibulum nasal yang bertugas sebagai penyaring debu dan kotoran (partikel berukuran besar). Debu-debu kecil dan kotoran (partikel kecil) yang masih dapat melewati vibrissa akan melekat pada lapisan lendir dan selanjutnya dikeluarkan oleh refleksi bersin. Jika dalam udara masih terdapat bakteri (partikel sangat kecil) maka enzim lisozom yang menghancurkannya (Somantri, 2014).

2. Faring

Udara dari rongga hidung masuk ke faring, faring memiliki 2 percabangan yaitu saluran pernafasan (*nasofaring*) dan saluran pencernaan (*orofaring*). Pada bagian belakang faring terdapat laring / tekak tempat terletak pita suara, masuknya udara melalui faring akan menyebabkan pita suara bergetar dan terdengar sebagai suara.

Fungsi utama faring adalah menyediakan saluran bagi udara yang keluar masuk dan juga sebagai jalan makan dan minum yang ditelan, faring juga menyediakan ruang dengung (resonansi) untuk suara percakapan (Syarifuddin, 2013).

3. Laring

Organ berongga dengan panjang 42 mm dan diameter 40 mm, terletak antara faring dan trakea. Laring merupakan saluran udara dan bertindak sebagai pembentukan suara yang terletak di depan bagian faring sampai ketinggian vertebra servikalis dan masuk kedalam trakea dibawahnya. Pangkal tenggorokan itu dapat ditutup oleh sebuah empang tenggorok yang disebut epiglottis, yang terdiri dari tulang-tulang rawan yang berfungsi pada waktu kita menelan makanan menutupi laring (Syarifuddin, 2013).

4. Trakea

Trakea menghubungkan laring dengan bronkus dan menjadi jalan bagi udara dari leher ke bagian dada. Bentuknya seperti pipa tersusun atas 16-20 cincin tulang rawan. Fungsi utamanya sebagai jalur udara untuk masuk dan keluar dari paru-paru. Struktur trakea terdiri dari tulang rawan, mukosa, epitel bersilia, jaringan limfoid, dan kelenjar (Syarifuddin, 2013).

5. Bronkus

Bronkus merupakan percabangan trakea dan jumlahnya sepasang, yang satu menuju paru-paru kanan dan yang satu menuju paru-paru kiri. Bronkus yang kearah kiri lebih panjang, sempit, dan mendatar dari pada yang kearah kanan. Struktur dinding bronkus hampir sama dengan trakea. Perbedaannya dinding trakea lebih tebal dari pada dinding bronkus. Setiap bronkus primer bercabang 9 sampai 12 kali untuk membentuk bronki sekunder dan tersier dengan diameter yang semakin kecil.

Bronkus akan bercabang menjadi bronkiolus, sedangkan bronkus kiri bercabang menjadi dua bronkiolus. Struktur mendasar dari paru-paru adalah percabangan bronkial yang selanjutnya secara berurutan adalah bronki, bronkiolus, bronkiolus terminalis, bronkiolus respiratorik, duktus alveolar, dan alveoli. Dibagian bronkus masih disebut pernapasan extrapulmonar dan sampai memasuki paru-paru disebut intrapulmonar (Setiadi, 2016).

6. Bronkiolus

Bronkiolus Bronkiolus adalah percabangan dari bronkus pada batang tenggorok manusia. Bronkioli bercabang pada bronkus tersier pada bronkus dan kemudian menjadi tempat percabangan alveolus. Luas permukaan bronkiolus menentukan besar oksigen yang dapat diikat secara efektif oleh paru-paru (Syaifuddin, 2013).

7. Alveolus

Paru-paru tersusun atas berjuta-juta alveolus (200-500 juta) yang memiliki fungsi penting dalam pertukaran gas pernapasan. Alveolus dikelilingi oleh banyak pembuluh darah kecil yang disebut pembuluh darah kecil yang disebut pembuluh kapiler alveoli.

Pada saat respirasi oksigen yang ada di alveolus kemudian berpindah dari kantong alveoli ke aliran darah dan selanjutnya berikatan dengan hemoglobin yang terdapat pada sel darah merah. Sebaliknya karbondioksida yang terdapat dalam darah akan berpindah ke alveolus. Pada bagian tengah dada, batang tenggorokan menyediakan tiga saluran

pernapasan untuk paru-paru kanan (satu saluran pernapasan untuk setiap bagian) dan dua untuk paru-paru kiri. Ketiga saluran pernapasan ini terbagi menjadi lobus-lobus yang disebut bronkial tree bronkus yang jumlahnya sekitar 1 milyar unit. Ujung percabangan pernapasan ini disebut alveolus dimana tempat pertukaran oksigen dan karbondioksida.

Paru-paru memiliki sumber darah yaitu arteri pulmonalis yang membawa darah mengandung CO₂ dan vena pulmonalis yang membawa darah mengandung O₂.

Pertukaran gas dari kantung alveoli ke dalam kapiler darah melalui membran respirasi yang tersusun atas :

- a. Dinding alveolus
- b. Membrane basalis
- c. Endotel kapiler alveolus

Di dalam alveoli terdapat cairan yang disebut surfaktan. Surfaktan mengandung dipalmitoil lecithin (phospoliprotein) yang dihasilkan oleh sel alveolar dan berfungsi untuk menjaga tegangan permukaan alveoli dan mempertipis membran respirasi sehingga difusi gas lebih efisien (Setiadi, 2016).

8. Paru – Paru

Paru – Paru Paru-paru berada dalam rongga thorak, yang terkandung dalam susunan tulang-tulang iga dan letaknya disisi kiri dan kanan mediastinum yaitu struktur blok padat yang berada di tulang dada. Rongga dada dan perut dibatasi oleh suatu sekat disebut diafragma. Kapasitas

maksimal paru-paru berkisar sekitar 3,5 liter. Paru-paru menutupi jantung, arteri, dan vena besar, esofagus, dan trakea. Paru-paru berbentuk seperti spons dan bersisi udara dengan pembagian ruang yaitu paru kanan memiliki tiga lobus dan paru kiri memiliki dua lobus (Setiadi, 2016).

2.1.2.2 Fisiologi sistem pernafasan

Proses pernapasan paru merupakan pertukaran oksigen dan karbondioksida yang terjadi pada paru-paru (Somantri, 2012).

Proses ini terdiri dari 3 tahap yaitu :

1. Ventilasi

Ventilasi adalah proses keluar masuknya udara yang terjadi karena adanya selisih tekanan antar atmosfer dan alveolus oleh kerja mekanik otot-otot pernapasan. Ventilasi bertugas mempertahankan oksigen, karbondioksida dan pH arteri. Dalam sistem pernapasan, ventilasi dipengaruhi oleh :

a. Mekanisme system ventilasi

Yang meliputi pengembangan dan pengempisan paru dan rongga thorak yang pengaruhnya dilakukan oleh pusat pernapasan dalam medula oblongata. Saat terjadi inspirasi rongga thorak dan paru-paru menurun kurang dari 1 mmHg, sehingga udara masuk ke dalam paru-paru. Sebaliknya pada saat ekspirasi rongga thorak dan paru-paru mengempis, tekanan dalam paru meningkat lebih dari 1 mmHg, menyebabkan aliran udara keluar melalui saluran pernapasan saat inspirasi disebut proses aktif dan ekspirasi disebut

pasif.

b. Kerja ventilasi

Dalam proses pernapasan membutuhkan energi untuk menunjang pergerakan kontraksi otot-otot pernapasan saat terjadi inspirasi. Energi yang diperlukan sekitar dua sampai tiga persen dari energi total yang dikeluarkan oleh tubuh. Secara spesifik kerja ventilasi dipengaruhi oleh :

1. Compliance paru, tekanan yang ditimbulkan oleh kembang kempisnya paru dalam thorax
2. Kerja tahanan jalan napas, tahanan yang ditimbulkan dalam saluran napas.

c. Kecepatan ventilasi

Yang mendukung respon kecepatan ventilasi adalah pola pernapasan dan tergantung pada sensitifitas pusat pernapasan terhadap perubahan-perubahan kimia dalam tubuh, seperti perubahan konsentrasi oksigen, karbondioksida dan ion H^+ dalam paru. Bila CO_2 dan H^+ meningkat akan merangsang terjadinya hiperventilasi sebaliknya hipoventilasi sebagai akibat menurunnya konsentrasi CO_2 dan H^+ .

d. Pengaturan ventilasi

Bertujuan untuk mempertahankan konsentrasi oksigen, karbondioksida, dan ion hidrogen dalam cairan tersebut. Kelebihan karbondioksida atau ion hidrogen mempengaruhi pusat pernapasan

di medula oblongata sehingga menyebabkan peningkatan derajat aktifitas inspirasi. Dengan meningkatnya kecepatan inspirasi, secara otomatis dapat meningkatkan irama pernapasan. Demikian pula sebaliknya.

2. Difusi gas

Difusi gas merupakan pertukaran antara oksigen di alveoli dengan kapiler paru dan CO₂ di kapiler dengan alveoli. Proses pertukaran dipengaruhi oleh beberapa faktor, yaitu :

a. Luas permukaan membrane

Semakin luas permukaan tempat difusi berlangsung semakin tinggi kecepatan difusinya, sehingga bila terjadi kerusakan pada dinding alveolus berarti luas permukaan membran respirasi mengalami pengurangan dan akhirnya dapat mengganggu proses respirasi.

b. Tebal membrane respirasi

Kecepatan difusi berbanding terbalik dengan ketebalan membran, sehingga semakin tebal membran respirasi semakin lambat proses pertukaran gas.

c. Perbedaan konsentrasi

Semakin besar selisih konsentrasi gas semakin besar kecepatan difusinya. Perbedaan konsentrasi ini menimbulkan kecenderungan netto dari gas untuk melewati membran respirasi.

3. Transportasi gas

Transportasi gas merupakan proses pendistribusian O₂ kapiler ke

jaringan tubuh dan CO₂ jaringan tubuh ke kapiler. Transportasi gas dipengaruhi oleh beberapa faktor, yaitu curah jantung (cardiac output), kondisi pembuluh darah, latihan (exercise), eritrosit dan Hb.

2.1.3 Klasifikasi

a. Berdasarkan lokasi anatomi

1. Infeksi saluran pernafasan akut atas

Infeksi saluran pernafasan akut atau merupakan infeksi yang menyerang saluran pernafasan bagian atas. Terdapat beberapa gejala yang ditemukan pada infeksi ini yaitu demam, batuk, sakit tenggorokan, nyeri telinga, otorrhea, dan mastoiditis (Parthasarathy, 2013).

Beberapa penyakit yang merupakan contoh infeksi saluran pernafasan akut atas yaitu sinusitis, faringitis, dan otitis media akut (Ziady & Small, 2014).

2. Infeksi saluran pernafasan bawah

Infeksi saluran pernafasan akut bawah merupakan infeksi yang menyerang saluran pernafasan bagian bawah. Seseorang yang terkena infeksi pada saluran pernafasan bagian bawah biasanya akan ditemukan gejala takipnea, retraksi dada, dan pernafasan wheezing (Parthasarathy, 2013).

Beberapa penyakit yang merupakan contoh infeksi saluran pernafasan akut bawah yaitu bronchiolitis, bronchitis akut, dan pneumonia (Zuriyah, 2015).

2.1.4 Etiologi

Penyakit ini dapat disebabkan oleh virus, bakteri, riketsia, atau protozoa (Junaidi, 2012). Virus yang termasuk penggolong ISPA adalah rinovirus, koronavirus, adenovirus, dan koksakievirus, influenza, virus sinsisial pernafasan. Virus yang mudah ditularkan melalui ludah yang dibatukkan atau dibersinkan oleh penderita adalah virus influenza, virus sinsisial pernafasan, dan rinovirus (Junaidi, 2012).

ISPA terdiri dari 300 lebih jenis virus, bakteri dan riketsia serta jamur. Virus penyebab ISPA antara lain golongan miksovirus (termasuk didalamnya virus influenza, virus para-influenza dan virus campak), edenovirus. Bakteri penyebab ISPA misalnya streptokokus hemolitikus, stafilokokus, pneumokokus, hemofilus influenza, bordetella pertussis, korinebakterium difteria (Depkes, 2014).

Menurut (Marni, 2014) ISPA dapat disebabkan oleh :

- a. Bakteri : *Escherichia Coli*, *streptococcus pneumoniae*, *chlamidya trachomatis*, *clamidia pneumonia*, *mycoplasma pneumoniae* dan beberapa bakteri lainnya.
- b. Virus : *Mikrovirus*, *adenovirus*, *koronavirus*, *pikornavirus*, *virus influenza*, *virus parainfluenza*, *rhinovirus*, *respiratorik syncitial virus*, dan beberapa virus lainnya.

Sedangkan menurut (Irianto, 2015) penyebab ISPA lebih dari 300 jenis bakteri, virus dan jamur. Mayoritas penyebab ISPA adalah virus dengan frekuensi lebih dari 90% untuk ISPA bagian atas, sedangkan ISPA

bagian bawah frekuensinya lebih kecil.

Dalam *Harrison's principle of internal medicine* disebutkan bahwa penyakit infeksi saluran akut bagian atas mulai dari hidung, nasofaring, sinus paranasalis sampai dengan laring hampir 90% disebabkan oleh virus, sedangkan infeksi akut saluran nafas bagian bawah 50% disebabkan oleh streptococcus pneumoniae adalah yang bertanggung jawab untuk kurang lebih 70% - 90%, sedangkan stafilococcus aureus dan H. Influenza sekitar 10% - 20%. Saat ini telah diketahui bahwa infeksi saluran pernafasan akut ini melibatkan lebih dari 300 tipe antigen dari bakteri maupun virus tersebut.

Misnadiarly (2016) menyebutkan bahwa selain agen infeksius, agen non-infeksius juga dapat menyebabkan ISPA seperti inhalasi zat-zat asing seperti racun atau bahan kimia, asap rokok, debu, dan gas.

2.1.5 Manifestasi klinis

Djojodibroto (2015) menyebutkan tanda dan gejala ISPA sesuai dengan anatomi saluran pernafasan yang terserang yaitu:

- a. Gejala infeksi saluran pernafasan bagian atas. Gejala yang sering timbul yaitu pengeluaran cairan (discharge) nasal yang berlebihan, bersin, obstruksi nasal, mata berair, konjungtivitis ringan, sakit tenggorokan yang ringan sampai berat, rasa kering pada bagian posterior palatum mole dan uvula, sakit kepala, malaise, lesu, batuk seringkali terjadi, dan terkadang timbul demam.
- b. Gejala infeksi saluran pernafasan bagian bawah. Gejala yang timbul biasanya didahului oleh gejala infeksi saluran pernafasan bagian atas

seperti hidung buntu, pilek, dan sakit tenggorokan. Batuk yang bervariasi dari ringan sampai berat, biasanya dimulai dengan batuk yang tidak produktif. Setelah beberapa hari akan terdapat produksi sputum yang banyak; dapat bersifat mucus tetapi dapat juga mukopurulen. Pada pemeriksaan fisik, biasanya akan ditemukan suara wheezing atau ronkhi yang dapat terdengar jika produksi sputum meningkat.

Dan juga tanda dan gejala lainnya dapat berupa batuk, kesulitan bernafas, sakit tenggorokan, pilek, demam dan sakit kepala. Sebagian besar dari gejala saluran pernapasan hanya bersifat ringan seperti batuk, kesulitan bernapas, sakit tenggorokan, pilek, demam dan sakit kepala tidak memerlukan pengobatan dengan antibiotik (Rahmayatul, 2013).

2.1.6 Patofisiologi

Penularan penyakit ISPA dapat terjadi melalui udara yang telah tercemar, bibit penyakit masuk kedalam tubuh melalui pernafasan, oleh karena itu penyakit ISPA termasuk golongan *Air Borne Disease*. Penularan melalui udara yaitu cara penularan yang terjadi tanpa kontak dengan penderita maupun dengan benda terkontaminasi. Sebagian besar penularan melalui udara dapat pula menular melalui kontak langsung, namun tidak jarang penyakit ini terjadi karena menghisap udara yang mengandung unsur mikroorganisme penyebab penyakit ISPA.

Walaupun saluran pernafasan akut (atas) secara langsung terpapar lingkungan, namun infeksi relatif jarang terjadi dan berkembang menjadi

infeksi saluran pernafasan bawah yang mengenai bronchus dan alveoli.

Terdapat beberapa mekanisme protektif di sepanjang saluran pernafasan untuk mencegah infeksi, refleksi batuk mengeluarkan benda asing dan mikroorganisme dan membuang mucus yang tertimbun, terdapat lapisan mucosiliasis yang terdiri dari sel-sel dan berlokasi di bronkus ke atas yang menghasilkan mucus dan sel-sel silia yang melapisi sel-sel penghasil mucus.

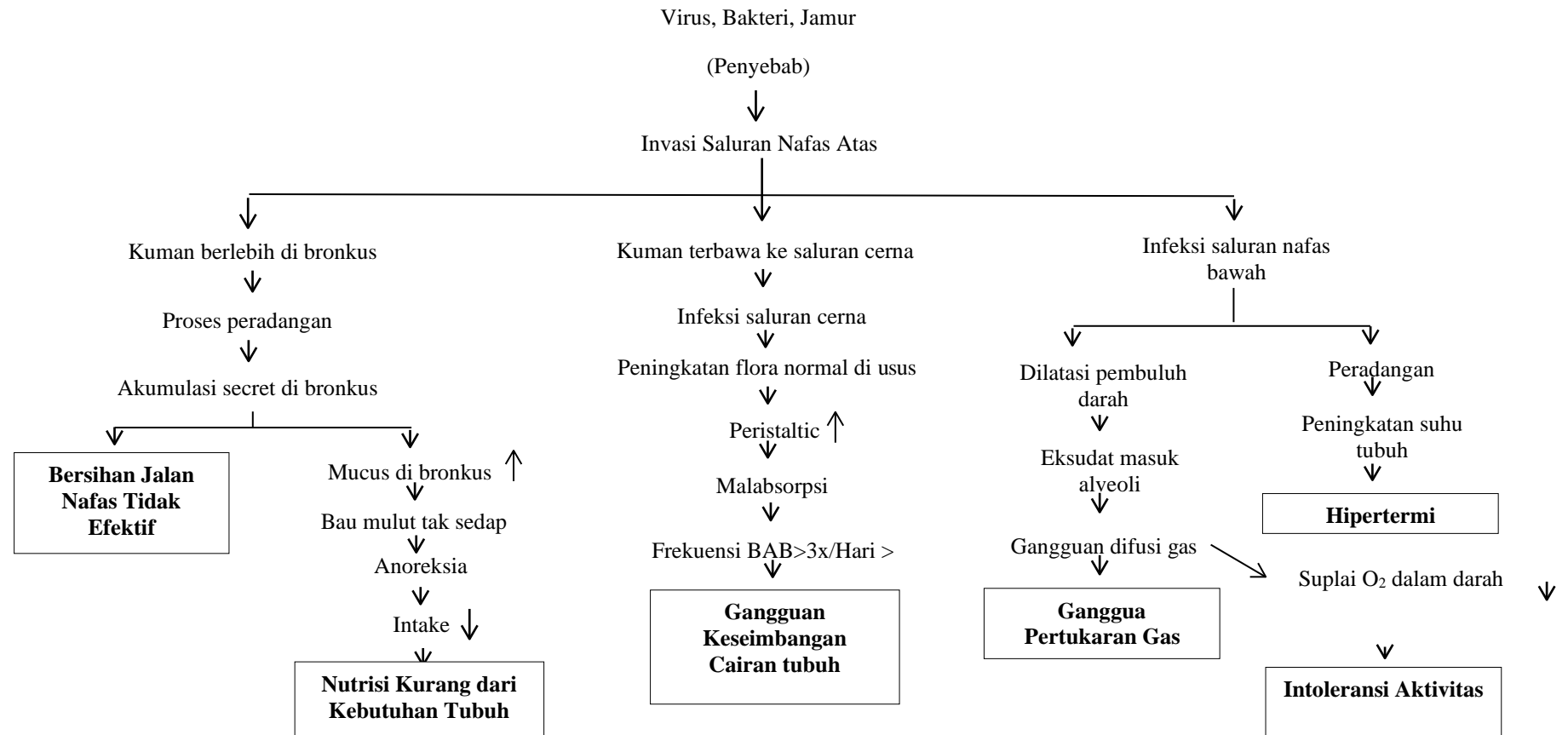
Silia bergerak dengan ritmis untuk mendorong mucus, dan semua mikroorganisme yang tertangkap di dalam mucus, ke atas nasofaring tempat mucus tersebut dapat dikeluarkan melalui hidung, atau ditelan. Proses kompleks ini disebut juga sebagai system Eksalator Mukolisiaris.

Apabila dapat lolos dari mekanisme pertahanan tersebut dan mengkoloni saluran nafas atas, maka mikroorganisme akan dihadang oleh lapisan pertahanan (sistem imun) untuk mencegah mikroorganisme tersebut sampai di saluran nafas bawah. Respon ini diperantarai limfosit, dan juga melibatkan sel-sel darah putih lainnya seperti makrofag, neutrofil, dan sel mast yang tertarik ke tempat proses peradangan berlangsung.

Apabila terjadi gangguan mekanisme pertahanan di bidang pernafasan atau mikroorganismenya sangat virulen, maka dapat menyebabkan infeksi saluran pernafasan bawah (Wong, 2015).

Bagan 2.1

Pathway ISPA (Wong, 2015)



2.1.7 Pemeriksaan penunjang

Menurut Tanto, dkk (2014) pemeriksaan penunjang pada penyakit

ISPA yaitu :

1. kultur *swab* tenggorokan pada faringitis bakterial, bertujuan untuk mendeteksi adanya bakteri *streptococcus B-haemolyticus*.
2. Roentgen : menunjukkan adanya perselubungan homogen, penebalan mukosa sedikitnya 4 mm, atau adanya air fluid kadar.
 - a). *Waters (occipititomental)*, untuk melihat sinus frontalis dan maksilaris.
 - b). *Caldwell (posteroanmental)*, untuk melihat sinus frontalis dan etmoidalis.
 - c). *Lateral* : untuk melihat sinus sphenoidalis dan adenoid.
3. CT-scan sinus paranasal dapat memberikan gambaran yang lebih akurat dari pada Roentgen, namun bukan pemeriksaan yang harus rutin dilakukan.
4. Pemeriksaan mikrobiologi dengan bahan sekret hidung, diagnosa ditegakkan apabila ditemukan bakteri $>10^4$ U/ML.
5. Pemeriksaan transluminasi untuk mengetahui adanya cairan disinus yang sakit (akan terlihat lebih suram dari pada yang sehat).

2.1.8 Komplikasi

Komplikasi merupakan akibat dari invasi bakteri sinus paranasal dan bagian-bagian lain saluran pernafasan. Limfonodi servikalis dapat juga menjadi terlibat dan kadang-kadang bernanah, Mastoiditis, selulitis peritonsiler, sinusitis, atau selulitis periorbital dapat terjadi. Komplikasi

yang paling sering adalah otitis media, yang ditemukan pada bayi – bayi kecil sampai sebanyak 25 persennya. Kebanyakan, infeksi virus saluran pernafasan atas juga melibatkan saluran pernafasan bawah, dan pada banyak kasus, fungsi paru-paru menurun walaupun gejala saluran pernafasan bawah tidak mencolok atau tidak ada (Nelson, 2012).

2.1.9 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan penyakit ISPA (WHO, 2012) meliputi :

- a. Pemberian makan
 1. Berikan nutrisi yang adekuat
 2. Pemberian multivitamin
- b. Pemberian cairan
 1. Berikan minum / asi lebih banyak
 2. Pemberian obat pelega tenggorokan dan pereda batuk
- c. Pemberian antibiotik
 1. Diberikan berdasarkan jenis kuman penyebab
 2. Beberapa jenis antibiotik yang dapat diberikan seperti amoksisilin, ampicillin, gentamicin, penicilin dan antibiotik lainnya.
- d. Terapi non farmakologi
 1. Pemberian fisioterapi dada
 2. Pemberian nafas dalam dan batuk efektif

2.2 Konsep tumbuh kembang

Tumbuh kembang anak sejak dari lahir sampai dewasa, pada umumnya akan mengikuti pola tertentu yang teratur dan koheren. Tumbuh

kembang dipengaruhi oleh faktor genetik dan faktor lingkungan. Ada faktor yang menunjang dan ada yang menghambat. Tumbuh kembang akan optimal bila anak mendapatkan lingkungan yang kondusif (Terri & Carman, 2014).

Pertumbuhan adalah bertambahnya ukuran fisik (anatomi) yang dapat diukur secara kuantitatif meliputi pertambahan ukuran berat badan, tinggi badan, serta lingkar kepala (Susilaningrum, 2013).

Perkembangan merupakan aspek perilaku dari pertumbuhan, misalnya individu mengembangkan kemampuan untuk berjalan, berbicara, dan berlari dan melakukan suatu aktivitas yang semakin kompleks (Berman & Snyder, 2011).

2.2.1 Pengertian anak usia sekolah

Anak usia sekolah adalah waktu berlanjutnya maturasi / kematangan karakteristik fisik, sosial, dan psikologis anak. Selama ini anak bergerak ke arah berpikir abstrak dan mencari pengakuan dari teman sebaya, guru, dan orang tua. Koordinasi mata-tangan-otot mereka memungkinkan untuk berpartisipasi dalam olahraga yang terorganisasi di sekolah atau komunitas. Anak usia sekolah biasanya menghargai kehadiran di sekolah dan aktivitas di sekolah (Terry & Carman, 2014).

2.2.2 Tahap pertumbuhan anak usia sekolah

- 1) Berat badan anak (7-12 tahun)

Anak laki-laki usia 7 tahun, cenderung memiliki berat badan sekitar 21 kg,

kurang lebih 1 kg lebih berat dari pada anak perempuan. Rata-rata kenaikan berat badan anak usia sekolah 7 – 12 tahun sebesar 3,2 kg per tahun. Pada periode ini, perbedaan individu pada kenaikan berat badan disebabkan oleh faktor genetik, nutrisi, dan lingkungan. (Kozier & Snyder, 2011).

Rumus perkiraan berat badan dalam kilogram

$$\frac{\text{Umur (tahun)} \times 7 - 5}{2}$$

2) Tinggi badan anak (7-12 tahun)

Tinggi badan anak usia 7 tahun, baik laki-laki maupun perempuan memiliki tinggi badan yang sama, yaitu kurang lebih 115 cm. Setelah usia 12 tahun, tinggi badan kurang lebih 150 cm. Namun, sering terjadi suatu kenaikan kecil antara 6 – 8 tahun. (Kozier & Snyder, 2011).

Rumus perkiraan tinggi badan dalam centimeter

$$\text{Umur (tahun)} \times 6 + 77$$

3) Pertumbuhan fisik

Lingkar kepala pada usia sekolah tumbuh hanya 2-3 cm, menandakan pertumbuhan otak yang melambat karena proses mielinisasi sudah sempurna pada usia 7 tahun. Pertumbuhan wajah bagian tengah dan bawah terjadi secara bertahap. Kehilangan gigi desidua (bayi) merupakan tanda maturasi yang lebih dramatis, mulai sekitar usia 6 tahun setelah tumbuhnya gigi-gigi molar pertama. Penggantian dengan gigi dewasa terjadi pada usia 4 tahun

(Behrman & Arvin, 2012).

2.2.3 Tahap tumbuh kembang usia sekolah

1) Perkembangan kognitif (7 – 12 Tahun)

Tahap perkembangan kognitif untuk anak usia 7 sampai 12 tahun adalah periode pemikiran operasional konkret. Dalam mengembangkan operasi konkret, anak mampu mengasimilasi dan mengkoordinasi informasi tentang dunianya dari dimensi berbeda. Anak mampu melihat sesuatu dari sudut pandang orang lain dan berpikir melalui suatu tindakan, mengantisipasi akibatnya dan kemungkinan untuk harus memikirkan kembali tindakan. Ia mampu menggunakan ingatan pengalaman masa lalu yang disimpan untuk mengevaluasi dan mengintreparasikan situasi saat ini. Anak usia sekolah juga bisa mengklasifikasikan anggota-anggota dari empat generasi dalam pohon keluarga seperti ayah, anak, paman dan cucu (Terry & Carman, 2014).

2) Perkembangan motorik halus

Aspek ini berhubungan dengan kemampuan anak untuk mengamati sesuatu, melakukan gerakan yang melibatkan bagian tubuh tertentu saja, dengan bantuan otot-otot kecil, dan memerlukan koordinasi yang cermat dari mata, tangan, dan jari. Perkembangan gerakan motorik halus terjadi terutama setelah anak dapat melakukan kontrol kepalanya. Perkembangan motorik halus merupakan keterampilan penting yang membedakan manusia dengan sebagian binatang, misal kemampuan anak dalam membaca dan menyimpulkan sebuah cerita (Terry & Carman, 2014).

3) Perkembangan motorik kasar

Anak usia sekolah antara usia 7 dan 8 tahun menikmati aktivitas motorik kasar seperti bersepeda, bermain seluncur, dan berenang. Mereka terikat dengan dunia dan berada dalam gerakan konstan. Anak usia 7 dan 8 tahun juga sudah dituntut mandiri dalam memenuhi kebutuhan dasar dalam hidupnya, tidak boleh lagi bergantung kepada orang tua/orang lain. Anak antara usia 8 dan 10 tahun jarang gelisah, tetapi tingkat energi mereka tetap tinggi dengan aktivitas lebih tenang dan terarah (Terry & Carman, 2014).

4) Perkembangan psiko-sosial

Erikson (2016) mengidentifikasi masalah sentral psikososial pada masa ini sebagai krisis antara keaktifan dan inferioritas. Perkembangan kesehatan membutuhkan peningkatan pemisahan dari orangtua dan kemampuan menemukan penerimaan dalam kelompok yang sepadan serta merundingkan tantangan- tantangan yang berada diluar. Anak akan belajar untuk bekerjasama dan bersaing dengan anak lainnya melalui kegiatan yang dilakukan, baik dalam kegiatan akademik maupun dalam pergaulan.

5) Perkembangan Komunikasi dan Bahasa

Keterampilan bahasa terus meningkat selama masa usia sekolah dan kosa kata meningkat. Anak usia sekolah yang belajar membaca dan kecakapan membaca meningkatkan keterampilan bahasa. Keterampilan membaca meningkat seiring dengan peningkatan pajanan terhadap bacaan. Anak

usia sekolah mulai menggunakan lebih banyak bentuk kata bahasa yang kompleks seperti kata jamak dan kata benda. Anak usia 7 tahun sudah dapat mengemukakan kegemarannya terhadap materi sekolah yang baru ia dapatkan. Mereka juga mulai menekuni pelajaran yang mereka anggap menyenangkan dan menantang (Terry & Carman, 2014).

2.2.4 Hospitalisasi pada anak usia sekolah (6-12 tahun)

Hospitalisasi adalah suatu proses yang berencana atau darurat yang mengharuskan anak untuk tinggal dirumah sakit, mendapatkan pengobatan dan perawatan sampai anak kembali kerumah (Wulandari & Erawati, 2016).

Respon hospitalisasi pada anak usia sekolah (6-12 tahun)

1. Kecemasan karena perpisahan
 - a. Mudah tersinggung atau marah
 - b. Menarik diri
 - c. Tidak mampu berhubungan dengan teman sepermainan
 - d. Menolak kehadiran saudara kandung
2. Kehilangan kendali
 - a. Adanya kejadian yang melukai perasaan
 - b. Ketakutan
 - c. Ketidakmampuan fisik

- d. Kematian
 - e. Kehilangan status dalam kelompok
3. Trauma fisik dan nyeri
- a. Reaksi nyeri digambarkan dengan verbal dan non verbal
 - b. Menangis dan menjerit
 - c. Anak perempuan mengekspresikan rasa nyeri berlebihan

2.3 Konsep asuhan keperawatan

Proses keperawatan adalah serangkaian tindakan sistematis berkesinambungan untuk melaksanakan tindakan keperawatan serta mengevaluasi keberhasilan dari tindakan yang dilakukan. Proses keperawatan terdiri dari lima tahap, yaitu : pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi, dan evaluasi. Berorientasi pada setiap tahap saling terjadi ketergantungan dan saling berhubungan (Rohmah, 2012).

2.3.1 Pengkajian

Pengkajian adalah tahap awal dan dasar dalam proses keperawatan, Kemampuan mengidentifikasi masalah keperawatan yang terjadi pada tahap ini akan menentukan diagnosa keperawatan. Diagnosa yang diangkat akan menentukan desain perencanaan yang ditetapkan. Selanjutnya, tindakan keperawatan dan evaluasi mengikuti perencanaan yang dibuat (Rohmah, 2012).

Tahap-tahap pengkajian yaitu :

1. Pengumpulan data

a. Identitas diri

Meliputi nama, tempat dan tanggal lahir, umur, jenis kelamin, agama, pendidikan, nama orang tua, pekerjaan, suku/bangsa, tanggal masuk rumah sakit, nomor medrec, diagnosa medis, dan alamat.

b. Identitas penanggung jawab

Meliputi nama, umur, jenis kelamin, agama, pendidikan, pekerjaan, hubungan keluarga dengan klien, dan alamat.

c. Riwayat kesehatan

Riwayat kesehatan lebih dari sekedar informasi sederhana, dari riwayat kesehatan inilah kita dapat memperoleh informasi lebih banyak namun memerlukan waktu yang lama untuk mendapatkan riwayat kesehatan ini (Rohmah, 2012).

a) Riwayat kesehatan sekarang

1) Keluhan utama saat masuk rumah sakit

Klien masuk rumah sakit dikarenakan muncul keluhan demam, batuk, pilek dan sakit tenggorokan (Wahid, 2013)

2) Keluhan utama saat dikaji

Keluhan yang paling dirasakan oleh klien saat dikaji, diuraikan dalam bentuk narasi dengan konsep PQRST.

a. Provokatif / paliatif : apa penyebabnya, apa yang memperberat, dan apa yang mengurangi.

Pada klien ISPA ditemukan penyebab seperti demam,

batuk, pilek, sakit tenggorokan (Wahid, 2013).

- b. Quality / kualitas : dirasakan seperti apa, tampilannya, suaranya, dan berapa banyak.

Rasa sakit biasanya seperti ditusuk-tusuk, tertindih beban berat, diremas-remas (Wahid, 2013).

- c. Region / radiasi : lokasinya dimana, dan penyebarannya.

Pada klien ISPA lokasi yang bermasalah di bagian saluran pernafasan atas atau bawah (Wahid, 2013).

- d. Saverity / scale : intensitasnya (skala).
- e. Timing : kapan muncul keluhan, berapa lama, bersifat (tiba-tiba, bertahap, sering).

b) Riwayat kehamilan dan kelahiran

1) Prenatal

Mengidentifikasi riwayat kehamilan, pelaksanaan antenatal care (ANC), pemberian imunisasi TT, konsumsi multivitamin dan zat besi, dan keluhan saat kehamilan.

2) Intranatal

Mengidentifikasi riwayat kelahiran, lahir matur / premature, tempat pertolongan persalinan, proses kelahiran, APGAR score, BB dan PB saat lahir.

3) Postnatal

Mengidentifikasi riwayat postnatal, kondisi bayi dan ibu.

c) Riwayat kesehatan dahulu

Tanyakan penyakit yang dialami sebelumnya yang memperberat kondisi sistem pernafasan pada klien saat ini, pernahkan klien menderita asma, pneumonia, dan sebagainya (Wahid, 2013).

d) Riwayat kesehatan keluarga

Adanya riwayat keturunan anggota keluarga yang pernah mengalami sakit seperti klien, salah satu anggota keluarga menderita penyakit asma (Wahid, 2013).

e. Pola aktivitas sehari-hari

a) Nutrisi

Biasanya ditemukan muntah dan anoreksia (Wahid, 2013).

b) Eliminasi

Menggambarkan keadaan eliminasi klien sebelum sakit sampai saat sakit yang meliputi: frekuensi, konsistensi, warna, bau.

c) Pola istirahat tidur

Diisi dengan kualitas dan kuantitas istirahat tidur anak sejak sebelum sakit sampai saat sakit, meliputi jumlah jam tidur siang dan malam, penggunaan alat pengantar tidur, atau masalah tidur.

d) Personal hygiene

Diisi dengan bagaimana kebersihan diri / personal hygiene anak yaitu menanyakan frekuensi mandi, menyikat gigi, gunting kuku, ganti pakaian dari sejak sehat dan saat sakit.

e) Aktivitas

Aktivitas rutin yang dilakukan klien sebelum sakit sampai saat sakit mulai dari bangun tidur sampai tidur kembali termasuk penggunaan waktu senggang.

f. Pertumbuhan dan perkembangan

a) Pertumbuhan

Tanyakan tentang status pertumbuhan pada anak, pernah terjadi gangguan dalam pertumbuhan dan terjadinya pada saat umur berapa dengan menanyakan atau melihat catatan kesehatan tentang berat badan, tinggi badan, lingkar lengan atas, lingkar dada, lingkar kepala (Soetjiningsih, 2015).

b) Perkembangan

Tanyakan tentang perkembangan bahasa, motorik kasar, motorik halus, dan sosial. Data ini juga dapat diketahui melalui penggunaan perkembangan (Soetjiningsih, 2015).

g. Riwayat imunisasi

Tanyakan tentang riwayat imunisasi dasar seperti Bacillus Calmet Guirnet (BCG), Difteri Pertusis Tetanus (DPT), polio, hepatitis, campak, maupun imunisasi ulangan.

Tabel 2.1
Keterangan pemberian imunisasi pada anak
(Vida dan Maya, 2012)

No	Vaksin	Keterangan pemberian
1	Hepatitis B	Hepatitis B diberikan dalam waktu 12 jam setelah lahir, dilanjutkan pada umur 1 dan 3-6 bulan.
2	Polio	Polio diberikan pada saat kunjungan pertama.
3	BCG (Bacilus calmet guerrin)	Diberikan sejak lahir
4	DPT (Difteri pertusis tetanus)	Diberikan pada umur > 6 minggu, dan diberikan kembali pada umur 18 bulan, 1 tahun dan 5 tahun.
5	Hib	Diberikan umur 2 bulan dengan interval 2 bulan
6	Campak	Campak 1 diberikan pada umur 9 bulan dan campak 2 diberikan pada usia 6 tahun
7	MMR	Diberikan pada 12 bulan
8	PCV	Diberikan pada umur 2,4,6 bulan dan umur 1 tahun
9	Influenza	Umur <8 tahun yang mendapat vaksin influenza pertama kali harus mendapat 2 dosis dengan interval minimal 4 minggu
10	Hepatitis A	Hepatitis A diberikan pada umur <2 tahun di berikan sebanyak dua kali dengan interval 6-12 bulan.
11	Typhoid	Diberikan pada umur 2 tahun dan diulangi setiap 3 tahun.
12	DT / TT	Menjelang pubertas, vaksin tetanus ke 5 (DT atau TT) diberikan kepada anak untuk mendapatkan imunisasi selama 25 tahun, DT atau TT diberikan pada umur 10 Tahun.
13	Varisela	Diberikan saat umur 10 tahun.

h. Pemeriksaan head to toe

a) Keadaan umum

Mengkaji keadaan atau penampilan klien lemah, sakit ringan, sakit berat, gelisah, rewel.

b) Tanda-tanda vital

Pemeriksaan tanda-tanda vital meliputi, tekanan darah, nadi,

respirasi, dan suhu tubuh.

c) Pemeriksaan fisik

1) Kepala

Amati bentuk dan kesimetrisan kepala, kebersihan kepala klien, apakah ada pembesaran kepala, apakah ada lesi pada kepala. Pada klien ISPA biasanya ditemukan sakit kepala (Wahid, 2013).

2) Mata

Konjungtiva, sklera dan pupil normal dapat menangkap cahaya dengan baik (Marni, 2014).

3) Telinga

Kebersihan, sekresi, dan pemeriksaan fungsi pendengaran.

4) Hidung

Biasanya ditemukan obstruksi nasal, kesulitan bernafas karena produksi sekret, pernafasan cuping hidung (Wahid, 2013).

5) Mulut

Bibir kering dan pucat (Wahid, 2013).

6) Leher

Tidak teraba pembesaran kelenjar tyroid (Wahid, 2013).

7) Dada

Biasanya ditemukan retraksi dinding dada, nyeri dada, adanya bunyi nafas tambahan yaitu ronchi atau wheezing

(Wahid, 2013).

8) Abdomen

Biasanya di temukan nyeri perut, anoreksia (Wahid, 2013)

9) Punggung dan bokong

Pemeriksaan bentuk tulang belakang dan pemeriksaan adanya kemerahan dibokong.

10) Genetalia dan anus

Tidak ada kelainan pada alat kelamin laki-laki maupun perempuan (Wahid, 2013).

11) Ekstremitas

Tidak ada kelainan pada sistem ini kecuali ada komplikasi penyakit lain (Wahid, 2013).

i. Data psikologi

Mengidentifikasi kondisi psikologis anak dalam menghadapi kondisi sakit. Pada saat dilakukan pengkajian klien gelisah.

j. Data sosial

Hubungan dan pola interaksi klien dengan keluarga, masyarakat, dan lingkungan saat sakit. Klien lebih banyak diam, tetapi mau diajak bermain.

k. Data spiritual

Mengidentifikasi tentang keyakinan hidup, optimisme kesembuhan penyakit, gangguan dalam melaksanakan ibadah. Anak mengikuti agama yang diyakini orangtuanya dan berdoa untuk kesembuhannya.

l. Data hospitalisasi

Mengidentifikasi respon anak dalam beradaptasi dengan lingkungan rumah sakit.

m. Data penunjang

- a) Kultur *swab* untuk mendeteksi adanya bakteri *streptococcus B-haemolyticus*
- b) Roentgen menunjukkan adanya penebalan mukosa sedikitnya 4 mm atau adanya air fluid kadar.
- c) CT-scan sinus paranasal dapat memberikan gambaran yang lebih akurat dari roentgen, namun bukan pemeriksaan yang harus rutin dilakukan.
- d) Pemeriksaan mikrobiologi dengan bahan sekret hidung, diagnosa ditegakkan apabila ditemukan bakteri $>10^4$ U/ML
- e) Pemeriksaan transluminasi untuk mengetahui adanya cairan di sinus yang sakit (akan terlihat lebih suram dari pada yang sehat).

2. Analisa data

Analisa data adalah kemampuan kognitif perawat dalam pengembangan daya berpikir dan penalaran yang dipengaruhi oleh latar belakang ilmu pengetahuan, pengalaman, dan dan pengertian tentang substansi ilmu keperawatan dan proses keperawatan (Nursalam, 2013).

2.3.2 Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan yang muncul pada klien ISPA menurut

(NANDA, 2015) yaitu:

1. Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan peningkatan produksi sekret/mucus di bronkus
2. Ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan konstensi hidung
3. Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit
4. Nyeri akut berhubungan dengan agen biologi
5. Resiko nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan anoreksia

2.3.3 Perencanaan keperawatan

Berikut perencanaan dari klien ISPA menurut (Wilkinson, 2016), dan rasional menurut (Doengoes, 2018).

Tabel 2.2

Perencanaan keperawatan

No	Diagnosa keperawatan	Tujuan	Perencanaan	Rasional
1	Ketidakefektifan bersihan jalan nafas	Tujuan : Setelah dilakukan tindakan 3x24 jam Jalan nafas menjadi efektif Kriteria hasil: 1. Jalan nafas bersih dan paten 2. Dapat mengeluarkan sekret 3. Suara nafas bersih	1. Kaji dan pantau pernafasan klien 2. Auskultasi bunyi nafas 3. Berikan posisi yang nyaman 4. Lakukan suction sesuai indikasi 5. Anjurkan untuk minum air hangat 6. Kolaborasi pemberian	1. Mengetahui frekuensi pernafasan klien sebagai indikasi dasar gangguan pernafasan 2. Ronchi menandakan adanya sekret pada jalan nafas 3. Mencegah terjadinya aspirasi sekret (semifowler) 4. Membantu mengeluarkan sekret 5. Membantu mengencerkan dahak 6. Untuk mengencerkan

			7. Kolaborasi pemberian antibiotik	7. Untuk mengonati infeksi
			8. Pemberian nafas dalam dan batuk efektif (Price & Wilson, 2012)	8. Meningkatkan ventilasi alveoli, mengontrol dipsnea dan mengeluarkan sekret
2	Ketidakefektifan pola nafas	<p>Tujuan : Setelah dilakukan tindakan 3x24 jam Pola nafas kembali efektif</p> <p>Kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Usaha nafas kembali normal 2. Meningkatnya suplai oksigen ke paru-paru 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Observasi tanda vital, adanya sianosis, pola nafas, kedalaman dalam bernafas 2. Berikan posisi yang nyaman 3. Ciptakan dan pertahankan jalan nafas yang bebas 4. Kolaborasi pemberian oksigen 5. Nebulizer 6. Obat bronchodilator 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dasar dalam menentukan intervensi selanjutnya 2. Semi fowler dapat meningkatkan ekspansi paru 3. Untuk memperbaiki ventilasi 4. Untuk memenuhi kebutuhan oksigen 5. Mengencerkan sekret 6. Untuk vasodilatasi saluran pernafasan
3	Hipertermi	<p>Tujuan : Setelah dilakukan tindakan 3x24 jam Tidak terjadi peningkatan suhu tubuh</p> <p>Kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Hipertermi dapat teratasi 2. Suhu tubuh kembali normal 36,5°C – 37,5°C 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji peningkatan suhu tubuh 2. Observasi tanda-tanda vital 3. Anjurkan untuk memberikan kompres hangat di dahi dan ketiak 4. Anjurkan memperbanyak konsumsi cairan 5. Hindari 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dasar untuk melanjutkan intervensi selanjutnya 2. Untuk menentukan perkembangan perawatan selanjutnya 3. Dengan memberikan kompres panas akan berkurang 4. Untuk meminimalisir penguapan tubuh 5. Proses hilangnya

				pakaian yang tebal	panas akan terhambat
				6. Kolaborasi pemberian obat antiopiuretik	6. Untuk mengontrol panas
4	Nyeri akut	Tujuan : Setelah dilakukan tindakan 3x24 jam Nyeri terkontrol atau hilang Kriteria hasil : 1. Klien mengatakan nyeri hilang 2. Ekspresi wajah rileks, tidak gelisah dan rewel	1. Kaji nyeri, perhatikan respon verbal dan nonverbal 2. Anjurkan memberikan minum air hangat 3. Berikan lingkungan yang nyaman 4. Kolaborasi pemberian antibiotik	1. Indikator dalam menentukan intervensi berikutnya 2. Mengurangi nyeri pada tenggorokan 3. Meningkatkan kenyamanan dan meningkatkan istirahat 4. Mengobati infeksi	
5	Resiko nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh	Tujuan : Setelah dilakukan tindakan 3x24 jam Nutrisi terpenuhi Kriteria hasil : 1. Nutrisi adekuat 2. Porsi makan yang diberikan habis 3. Tidak terjadi penurunan berat badan 15-20%	1. Kaji status nutrisi klien 2. Timbang berat badan setiap hari 3. Berikan diet dalam porsi sedikit tapi sering 4. Sajikan makanan dalam keadaan hangat 5. Jelaskan pentingnya nutrisi yang adekuat 6. Kolaborasi dengan tim gizi	1. Indikator intervensi selanjutnya 2. Mengetahui perkembangan terapi 3. Untuk memenuhi kebutuhan nutrisi 4. Meningkatkan nafsu makan 5. Peningkatan pengetahuan dapat mengembangkan kooperatif keluarga dalam pemberian tindakan 6. Untuk memenuhi nutrisi sesuai kebutuhan	

2.3.4 Implementasi keperawatan

Implementasi adalah realisasi rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Kegiatan dalam pelaksanaan juga meliputi pengumpulan data berkelanjutan, mengobservasi respon klien selama dan

sesudah tindakan, dan menilai data yang baru. Dalam pelaksanaan membutuhkan keterampilan kognitif, interpersonal, dan psikomotor. (Rohmah, 2012).

2.3.5 Evaluasi

Evaluasi adalah penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien (hasil yang diamati) dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan (Rohmah, 2012).

Untuk memudahkan perawat mengevaluasi atau memantau perkembangan klien, digunakan komponen SOAP atau SOAPIE atau SOAPIER. Yang dimaksud SOAPIER yaitu :

1. Data subjektif

Perawat menuliskan keluhan pasien yang masih dirasakan setelah dilakukan tindakan keperawatan.

2. Data objektif

Data objektif adalah data berdasarkan hasil pengukuran atau observasi secara langsung kepada klien, dan yang dirasakan klien setelah dilakukan tindakan keperawatan.

3. Analisa data

Analisa merupakan suatu masalah atau diagnosa keperawatan yang masih terjadi atau juga dapat dituliskan masalah/diagnosa baru yang terjadi akibat perubahan status kesehatan klien yang telah teridentifikasi datanya dalam data subjektif dan objektif.

4. Perencanaan atau planning

Perencanaan keperawatan yang akan dilanjutkan, dihentikan, dimodifikasi, atau ditambahkan dari rencana tindakan keperawatan yang telah ditentukan sebelumnya. Tindakan yang telah menunjukkan hasil yang memuaskan dan tidak memerlukan tindakan ulang pada umumnya dihentikan. Tindakan yang perlu dimodifikasi adalah tindakan yang dirasa dapat membantu menyelesaikan masalah klien, tetapi perlu ditingkatkan kualitasnya atau mempunyai alternatif pilihan yang lain yang diduga dapat membantu mempercepat proses penyembuhan. Sedangkan, rencana tindakan yang baru atau sebelumnya tidak ada, maka dapat ditentukan bila timbul masalah baru atau rencana tindakan yang sudah tidak kompeten lagi untuk menyelesaikan masalah yang ada.

5. Implementasi

Implementasi adalah tindakan keperawatan yang dilakukan sesuai dengan intruksi yang telah diidentifikasi dalam komponen P (Perencanaan). Jangan lupa menuliskan tanggal dan jam pelaksanaan.

6. Evaluasi

Evaluasi adalah respon klien setelah dilakukan tindakan keperawatan.

7. Reassessment

Reassessment adalah pengkajian ulang yang dilakukan terhadap perencanaan setelah diketahui hasil evaluasi, apakah dari rencana tindakan perlu dilanjutkan, dimodifikasi, atau dihentikan.