

BAB II

TINJAUAN LITERATUR

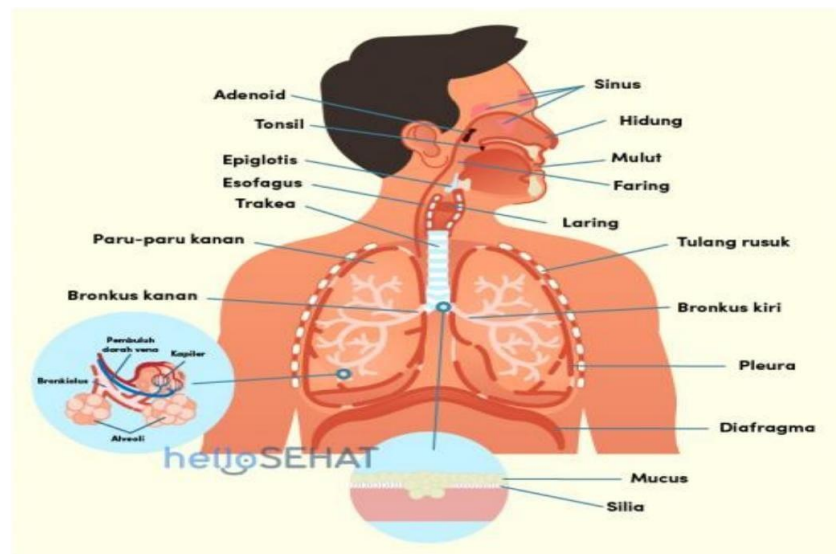
A. Konsep Teori Penyakit ISPA

1. Definisi

Infeksi Saluran Napas Akut (ISPA) adalah penyakit infeksi akut yang menyerang salah satu bagian dan atau lebih dari saluran napas, dimulai dari hidung atau saluran napas atas sampai alveoli atau saluran bawah termasuk jaringan adneksa yang meliputi sinus, rongga telinga tengah dan pleura (Musfardi, 2025).

Infeksi Saluran Napas Akut merupakan salah satu penyakit infeksi pada saluran napas karena masuknya mikroorganisme (bakteri, virus, riketsi) sehingga menimbulkan gejala penyakit yang dapat berlangsung sehingga 14 hari atau lebih (Kumalasari, D., dkk, 2023)

2. Anatomi Fisiologi



Organ Sistem Pernapasan Atas dan Bawah

Gambar 2.1 Anatomi Fisiologi

Sumber :Handayani, 2021

a. Organ Sistem Pernapasan Atas

1) Hidung

Hidung merupakan jalur utama keluar-masuknya udara saat bernapas. Rambut halus di dalamnya berfungsi menyaring debu dan kotoran.

2) Sinus

Sinus adalah rongga udara di tulang tengkorak, terletak di sekitar hidung, mata, dan dahi. Fungsinya mengatur suhu serta kelembapan udara yang masuk melalui hidung.

3) Adenoid

Adenoid adalah jaringan getah bening di bagian belakang tenggorokan yang berperan menyaring kuman dan menghasilkan sel limfosit untuk melawan infeksi.

4) Tonsil (Amandel)

Tonsil atau amandel adalah kelenjar getah bening di sisi tenggorokan yang membantu pertahanan tubuh dari infeksi..

5) Faring (Tenggorokan)

Faring merupakan saluran di belakang mulut dan hidung yang menghubungkan keduanya dengan trakea. Berfungsi menyalurkan udara dari rongga mulut dan hidung ke sistem pernapasan bawah.

6) Epiglottis

Epiglottis adalah katup kecil dari tulang rawan yang menutup saluran napas saat menelan agar makanan tidak masuk ke paru-paru, dan terbuka saat bernapas untuk mengalirkan udara (Handayani, 2021).

b. Organ Sistem Pernapasan Bawah

1) Laring (Kotak Suara)

Laring terletak di bawah faring dan berisi pita suara. Saat udara melewati pita suara yang bergetar, terbentuklah suara.

2) Trakea (Batang Tenggorokan)

Trakea adalah saluran udara dari laring menuju bronkus. Dindingnya dilapisi silia dan lendir untuk menyaring debu dan kotoran.

3) Paru-paru

Paru-paru merupakan organ utama pernapasan yang menampung udara dan menyalurkan oksigen ke darah

4) Pleura

Pleura adalah selaput tipis yang melapisi paru-paru dan rongga dada, berfungsi mengurangi gesekan saat paru-paru mengembang dan mengempis.

5) Bronkiolus

Bronkiolus adalah cabang kecil dari bronkus yang menyalurkan udara ke alveoli dan mengatur volume udara yang keluar-masuk.

6) Alveoli

Alveoli merupakan kantung udara kecil tempat pertukaran oksigen dan karbon dioksida antara paru-paru dan darah.

7) Tabung Bronkial

Tabung bronkial memiliki silia yang mendorong lendir ke tenggorokan untuk mengeluarkan debu atau kuman agar tidak masuk ke paru-paru.

8) Diafragma

Diafragma adalah otot di bawah paru-paru yang mengatur proses inspirasi dan ekspirasi dengan mengubah volume rongga dada (Handayani, 2021)

3. Etiologi

Etiologi Infeksi saluran pernapasan akut bisa disebabkan oleh:

- a. Virus penyebab ISPA paling sering berasal dari kelompok virus seperti Mixovirus (virus influenza, parainfluenza, respiratory syncytial virus) Enterovirus Adenovirus, Rhinovirus, Herpesvirus, Sitomegalovirus, dan Epstein - Barr.
- b. Bakterial merupakan Infeksi bakteri biasanya muncul sebagai komplikasi dari ISPA akibat virus. Jenis bakteri yang sering menyebabkan ISPA berasal darigenus Streptococcus, Haemophylus, Stafilococcus, Pneumococcus, Bordetella, dan Corynebakterium
- c. Jamur antara lain Aspergillus, Candidia albicans, Blastomyces dermatitidis, Histoplasma capsulatum, Coccidioides immitis, Cryptococcus neoformans

4. Manifestasi Klinis

Menurut Massa, K (2023) ISPA menimbulkan berbagai keluhan (sindrom) yang disebabkan infeksi virus atau bakteri. Manifestasi klinis pada penderita ISPA:

a. Pernapasan

Pola pernapasan yang perlu diamati : Tingkat kedalaman, kesukaran dan ritme bernapas

- 1) Tingkat: cepat (tachipnea), normal, lambat (bradypnea)

- 2) Kedalaman: kedalaman normal, sangat dangkal (hypopnea), lebih dalam (hyperpnea)
- 3) Kesukaran bernapas: sulit (dyspnea), orthopnea, berhubungan dengan intercostalis atau penarikan kembali substernal, pulsus paradoksus, mendengkur atau mendesah.

b. Pengamatan lain

1) Tanda infeksi

Demam ringan sampai tinggi (demam tidak muncul setelah umur 3-4 tahun), membesarnya limfa, inflamasi membran pada saluran pernapasan, dan berhentinya nanah dari hidung, telinga atau paru paru (dahak)

2) Batuk dan pilek

Gejala ISPA yang lain adalah hidung tersumbat, pilek, penderita juga akan lebih sering bersin dan batuk.

3) Bunyi sengau

Terdengar bunyi sengau atau sserat yang menunjukkan adanya pembengkakan pada saluran pernapasan dan penumpukan secret (mengalami pernapasan dan pemberian makan).

4) Sianosis

Keterangan distribusi (perifer, sentral wajah bibir, cuping telinga, bawah lidah). Dutrasi suhu berhubungan dengan aktifitas.

5) Sakit dada

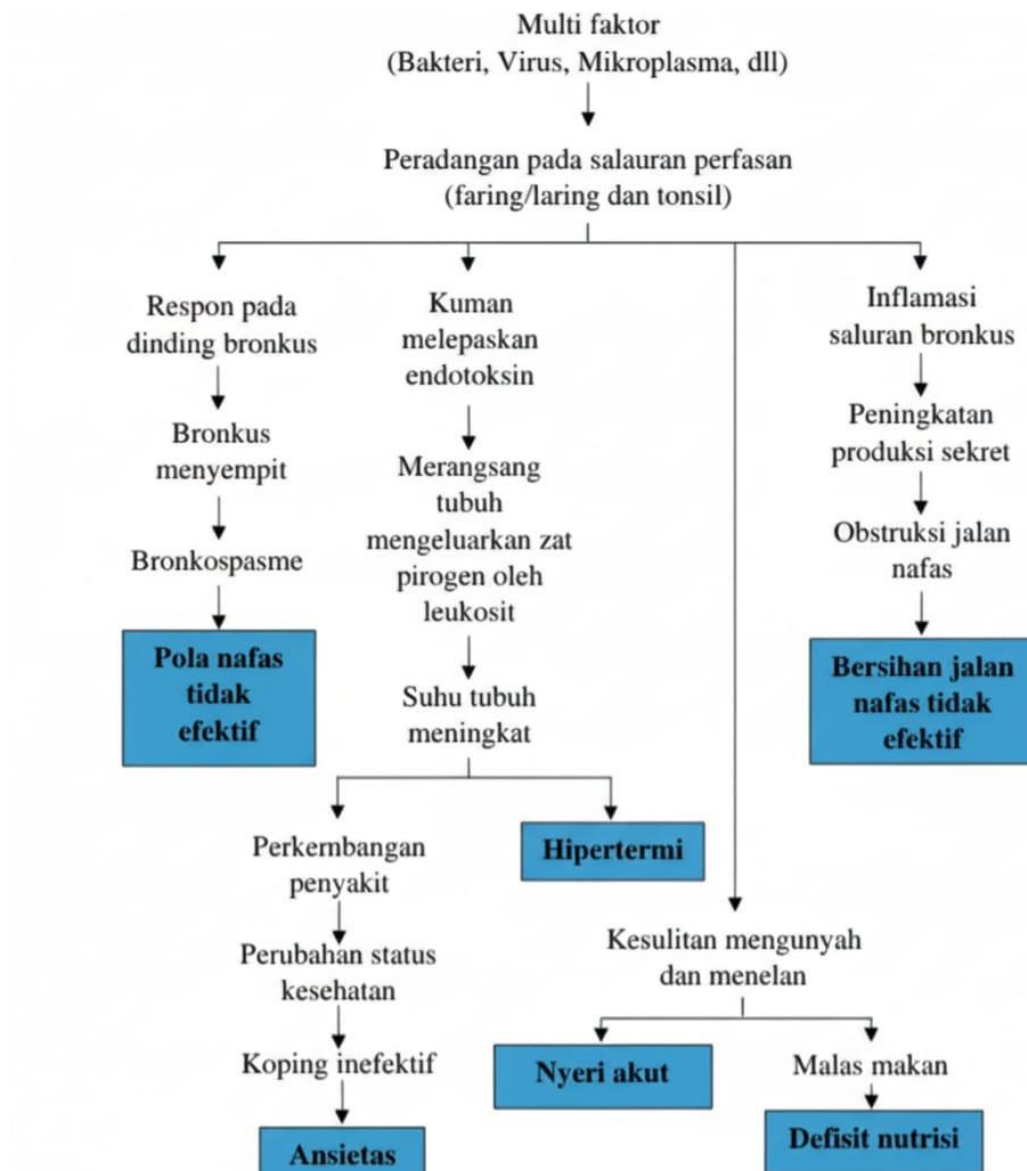
Keluhan pada anak sampai dewasa keterangan Lokasi dan keadaan, pada dasar leher atau daerah perut tumpul

6) Dahak

Menunjukkan volume, warna dan bau

7) Lainnya : Nyeri kepala, sakit dan kaku pada punggung dan leher, dan merasa lelah.

5. Pathway



SIKI : Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif

EBN : Fisioterapi Dada Dan Aromaterapi *Peppermint Oil* Untuk Mengatasi
Bersihkan Jalan Napas Tidak Efektif

Gambar 2.2 Pathway

Sumber : Windasari, 2018

6. Patofisiologi

Infeksi Saluran Pernapasan Akut (ISPA) terjadi ketika mikroorganisme seperti virus, bakteri, atau jamur masuk ke tubuh melalui udara atau percikan droplet. Kuman ini kemudian menempel pada sel epitel saluran napas bagian atas, seperti hidung, tenggorokan, atau laring. Pada kondisi normal, tubuh memiliki mekanisme pertahanan, seperti silia, mukus, dan sistem kekebalan lokal untuk mencegah infeksi. Namun, bila daya tahan tubuh menurun atau jumlah kuman terlalu banyak,

Perkembangbiakan patogen menyebabkan reaksi peradangan di jaringan saluran napas. Respon inflamasi ini memicu pelebaran pembuluh darah, peningkatan permeabilitas kapiler, serta produksi lendir berlebih. Akibatnya, terjadi pembengkakan dan penumpukan sekret yang menghambat jalannya udara. Kondisi ini menimbulkan gejala seperti batuk, pilek, hidung tersumbat, nyeri tenggorokan, dan demam (Musfardi, 2025).

7. Klasifikasi

a. Kelompok dengan usia 2 bulan sampai dengan < 5 tahun dibagi lagi dalam tiga klasifikasi sebagai berikut.

- 1) Pneumonia berat, ditandai dengan adanya batuk yang disertai tarikan dinding dada ke bagian dalam (chest indrawing) pada anak.
- 2) Pneumonia dikategorikan bila anak mengalami batuk dengan napas cepat, yaitu ≥ 50 kali per menit pada usia 2 bulan hingga <12 bulan, dan ≥ 40 kali per menit pada usia 12 bulan hingga 5 tahun.
- 3) Bukan pneumonia apabila anak hanya mengalami batuk pilek ringan (common cold) dengan frekuensi napas normal serta tidak terdapat tarikan dinding dada bagian bawah ke dalam.

b. Kelompok dengan usia 2 bulan dibagi lagi dalam dua klasifikasi sebagai berikut.

- 1) Pneumonia berat, jika bayi mengalami batuk disertai napas cepat, yaitu lebih dari 60 kali per menit dengan atau tanpa gejala chest indrawing dan menunjukkan tanda bahaya.
- 2) Bukan pneumonia, jika bayi mengalami batuk pilek biasa (common cold), tidak terdapat sesak napas atau kecepatan napas kurang dari 60 kali per menit, dan tidak ada gejala chest indrawing (Musfardi, 2025).

8. Pemeriksaan Diagnostik

Berikut beberapa pemeriksaan yang dilakukan yaitu : pemeriksaan darah lengkap untuk menilai adanya tanda infeksi seperti peningkatan leukosit, dan pemeriksaan dahak (sputum) untuk mengidentifikasi jenis mikroorganisme penyebab. Pada beberapa kasus, pemeriksaan rontgen dada (foto toraks) dilakukan guna melihat adanya kelainan pada paru. (Musfardi, 2025).

9. Penatalaksanaan

Beberapa hal yang dapat dilakukan kepada penderita yaitu:

a. Memberi uap hangat

Panaskan air hingga mendidih, letakkan pada wadah yang aman. Tetesi dengan minyak kayu putih Penderita posisi duduk agar uap air panas dapat masuk ke hidung.. Tujuan pemberian uap adalah agar uap hangat bisa melegakan pernapasan

b. Tepuk dada dan punggung

Tepuk dada dan punggung bertujuan melepaskan dahak yang menempel pada saluran pernapasan. Sungkupkan tangan membentuk huruf C, lalu tepuk secara ringan ke punggung dan dada anak, selama satu menit

10. Komplikasi

Menurut (Kumalasari, D., dkk, 2023) yaitu Otitis media, Croup / laryngitis, Gagal napas, Sindrom kematian mendadak, Kerusakan residual paru-paru dan Asma (ekaserbasi atau perkembangan menjadi asma)

A1. Konsep Teori Anak

1. Definisi

Anak yang diartikan sebagai seseorang yang usianya kurang dari 18 (delapan belas) tahun dalam masa tumbuh kembang, dengan kebutuhan khusus yaitu kebutuhan fisik, psikologis, sosial dan spiritual. Anak merupakan individu yang berada dalam satu rentang perubahan perkembangan yang dimulai dari bayi hingga remaja (Wahyuningsih dkk, 2024).

Anak merupakan seseorang usianya dibawah 18 tahun dimana perubahan perkembangannya dimulai dari bayi hingga remaja yang harus terpenuhi kebutuhan fisik, psikis-sosial dan spiritualnya. Pertumbuhan fisik

tidak mungkin semuanya sama begitupula dengan perkembangan kognitifnya perkembangannya bisa lambat/cepat (Asikin, dkk, 2023)

2. Ciri-ciri pertumbuhan

Menurut Lestari, Y., dkk (2022) pertumbuhan mempunyai ciri-ciri:

- a. Perubahan proporsi tubuh yang dapat diamati pada masa bayi dan dewasa.
- b. Hilangnya ciri-ciri lama dan timbulnya ciri-ciri baru. Perubahan ini ditandai dengan tanggalnya gigi susu dan timbulnya gigi permanen,
- c. Kecepatan pertumbuhan tidak teratur. Pertumbuhan cepat terjadi pada masa dalam kandungan, bayi, dan remaja, sedangkan pada masa pra-sekolah dan usia sekolah, pertumbuhan melambat.

3. Ciri-ciri Perkembangan

Menurut Asikin, dkk, (2023) berikut ciri-ciri perkembangan :

- a. Perkembangan selalu disertai perubahan, karena proses ini terjadi seiring dengan pertumbuhan, di mana setiap peningkatan ukuran tubuh diikuti oleh perubahan fungsi organ.
- b. Tahap awal pertumbuhan dan perkembangan sangat berpengaruh terhadap fase berikutnya, sehingga kualitas perkembangan selanjutnya bergantung pada masa awal kehidupan.
- c. Laju pertumbuhan dan perkembangan tidak selalu sama, karena masing-masing berlangsung dengan kecepatan yang berbeda pada setiap individu dan tahap usia.
- d. Pertumbuhan memiliki hubungan erat dengan perkembangan, di mana kemajuan fisik sering kali diikuti oleh kematangan fungsi tubuh.
- e. Perkembangan berlangsung mengikuti pola tertentu, yang terjadi secara teratur dan berurutan sesuai dengan tahapan usia.

4. Tahap- Tahap Tumbuh Kembang

Menurut Lestari, Y., dkk (2022) tumbuh kembang anak berlangsung sejak masa dalam kandungan hingga mencapai usia 18 tahun. Proses ini terbagi ke dalam beberapa tahapan perkembangan sebagai berikut:

- a. Masa pranatal (intrauterin) yaitu periode ketika janin berkembang di dalam kandungan.
- b. Masa bayi (infancy) berlangsung sejak lahir hingga usia 12 bulan, ditandai dengan pertumbuhan fisik yang pesat.

- c. Masa balita dan prasekolah mencakup usia 1 hingga 6 tahun, di mana anak mulai menunjukkan kemandirian dan kemampuan sosial.
- d. Masa toddler (1–3 tahun) periode anak mulai belajar berjalan dan berinteraksi dengan lingkungan.
- e. Masa prasekolah (3–5 tahun) masa ketika kemampuan motorik, bahasa, dan sosialisasi anak berkembang pesat.
- f. Masa sekolah (6–18 tahun) tahap perkembangan kognitif, emosional, dan sosial yang semakin matang seiring dengan pendidikan formal dan pengalaman hidup.

A2. Konsep Teori Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif

1. Definisi Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif (D.0001)

Bersihan jalan napas adalah Ketidakmampuan membersihkan sekret atau obstruksi jalan napas untuk mempertahankan jalan napas yang tetap paten (Tim Pokja SDKI PPNI, 2017)

Kondisi klinis terkait : gullian barre syndrome, sklerosis multipel, myasthenia gravis, prosedur diagnostic (mis.broskoscopi, transesophageal echocardiography [TEE]), depresi sistem saraf pusat, cedera kepala, stroke, kuadriplegia, sindrom aspirasi mekonium, infeksi saluran napas (Tim Pokja SDKI PPNI, 2017)

2. Diagnosis Keperawatan Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif Berhubungan dengan :

a. Fisiologis:

- 1) Spasme jalan napas
- 2) Hipersekresi jalan napas
- 3) Disfungsi neuromuskuler
- 4) Benda asing dalam jalan napas
- 5) Adanya jalan napas buatan
- 6) Sekresi yang tertahan
- 7) Hiperplasia dinding jalan napas
- 8) Proses infeksi
- 9) Respon alergi
- 10) Efek agen farmakologis (Tim Pokja SDKI PPNI, 2017)

3. Perumusan Diagnosis Keperawatan

Menurut Tim Pokja SDKI PPNI (2017) dibuktikan dengan:

- a. Gejala dan Tanda Mayor
 - 1) Batuk tidak efektif atau tidak mampu batuk
 - 2) Sputum berlebih/obstruksi di jalan napas/mekonium di jalan napas (pada neonatus)
 - 3) Mengi, wheezing dan/atau ronkhi kering
 - b. Gejala dan Tanda Minor
 - 1) Dispnea
 - 2) Sulit bicara
 - 3) Ortopnea
 - 4) Gelisah
 - 5) Sianosis
 - 6) Bunyi napas menurun
 - 7) Frekuensi napas berubah
 - 8) Pola napas berubah.
4. Rencana Tindakan Keperawatan
- Menurut Tim Pokja SLKI PPNI (2018) ada intervensi keperawatan yang dapat dilakukan untuk mengatasi bersihan jalan napas tidak efektif
- a. Utama : Manajemen jalan napas (I.01011)
 - b. Pendukung : Fisioterapi dada (I.01004) dan Aromaterapi (I.08233)

B. Konsep Teori Inovasi Fisioterapi Dada Dengan Aromaterapi *Peppermint Oil*

1. Fisioterapi Dada

a. Definisi Fisioterapi Dada

Fisioterapi dada adalah tindakan keperawatan yang bertujuan membantu membersihkan saluran napas pada pasien dengan gangguan pernapasan. Prosedur ini meliputi *postural drainage*, *clapping*, dan *vibrasi*. *Postural drainage* dilakukan dengan memposisikan pasien sedemikian rupa agar lendir dapat mengalir keluar dari saluran napas, kemudian dilanjutkan dengan *clapping* (penepukan lembut pada dada) dan *vibrasi* yang diberikan saat pasien mengeluarkan napas (ekspirasi). (Hidayanti, T.,dkk, 2023).

b. Tujuan Fisioterapi Dada

Menurut Hidayanti, T.,dkk (2023).Tujuan dilakukannya fisioterapi dada pada klien adalah untuk:

- a. Meningkatkan efisiensi pola pernapasan
 - b. Membersihkan jalan napas
 - c. Mengalirkan dan mengeluarkan sekret yang berlebihan
 - d. Menurunkan akumulasi sekret pada klien yang tidak sadar atau lemah
 - e. Memperbaiki ventilasi
 - f. Meningkatkan efisiensi otot-otot pernapasan
- c. Pelaksanaan :
- a. Tahap Pre Interaksi
 - 1) Menyiapkan alat-alat dan mendekatkannya pada klien
 - 2) Mencuci tangan dengan 6 langkah
 - 3) Memakai sarung tangan
 - b. Tahap orientasi
 - 1) Memberi salam dan tersenyum kepada klien (BHSP)
 - 2) Menginformasikan kepada klien atau keluarga mengenai kegiatan dan tujuan yang akan dilakukan
 - 3) Menjelaskan waktu yang akan dibutuhkan
 - 4) Menjaga privasi bila perlu pasang tirai
 - c. Tahap kerja
 - 1) Penilaian tanda-tanda vital, warna kulit anak dan melakukan auskultasi pada setiap lobus dan segmen paru.
 - 2) Tempatkan anak pada posisi yang terap menurut lokasi sekret
 - 3) Menutup area yang akan dilakukan perkusi dan vibrasi dengan handuk atau pakaian untuk mengurangi ketidaknyamanan
 - 4) Clapping/perkusi
 - a) Memulai untuk melakukan perkusi dengan menghimpitkan serta memfleksikan jari dan ibu jari membentuk mangkuk
 - b) Secara bergantian melakukan fleksi dan ekstensi pergelangan tangan secara cepat untuk menepuk dada. Tindakan ini dilakukan pada setiap segmen paru selama 2 sampai 3 menit. Dimulai dari kosta-kosta paling bawah sampai bahu pada bagian

belakang lalu kosta paling bawah sampai kosta atas bagian depan

5) Vibrasi

- a) Meletakkan tangan dengan posisi telapak tangan menghadap ke bawah di area dada yang akan didrainase, satu tangan di atas tangan yang lain dengan jari-jari menempel bersama dan ekstensi atau bisa juga dilakukan dengan cara lain, yaitu meletakkan tangan secara bersebelahan.
- b) Menganjurkan klien menarik napas dalam dan mengeluarkan secara lambat lewat mulut/pursed lips breathing (jika memungkinkan)
- c) Selama masa ekspirasi, pemeriksa menegangkan seluruh otot tangan dan lengan, serta menggunakan hampir semua telapak tangan, menggetarkan tangan dan menggerakannya ke arah bawah. (jangan melakukan vibrasi saat klien inspirasi)
- d) Melakukan vibrasi selama 5 kali ekspirasi pada segmen paru yang terserang
- e) Menganjurkan klien untuk batuk dan mengeluarkan secret ke dalam sputum pot atau bengkok setiap kali setelah vibrasi dilakukan.

6) Postural drainage

Lakukan auskultasi paru, tentukan segmen yang akan dilakukan drainase, atur tempat tidur atau bantal untuk membentuk posisi sesuai dengan tempat sekret berada, pertimbangkan kondisi klien sebelum memberikan posisi tersebut, pertahankan posisi dan amati respon klien.

d. Tahap terminasi

- 1) Merapihkan klien dan alat-alat
- 2) Mencuci tangan
- 3) Memperhatikan keadaan umum klien

4) Mendokumentasikan Tindakan

2. Aromaterapi *Peppermint oil*

a. Definisi

Aromaterapi adalah praktik menggunakan minyak esensial yang diekstrak dari bunga, batang, daun, kulit, atau akar tanaman untuk meningkatkan kesejahteraan fisik dan psikologis. Minyak esensial, yang merupakan inti dari aromaterapi, digunakan melalui berbagai metode termasuk inhalasi, aplikasi topikal, dan, dalam beberapa kasus, ingestsi (Andas, A., dkk, 2024).

b. Jenis- Jenis Aromaterapi

Menurut Andas, A., dkk, (2024) Aromaterapi dapat juga didefinisikan sebagai penggunaan terkendali esensial tanaman untuk tujuan terapeutik. Jenis minyak aromaterapi yang umum digunakan yaitu : minyak tea tree, minyak lavender, minyak geranium, minyak peppermint, minyak jeruk lemon, minyak chamomile roman, minyak clary, minyak eukaliptus, radiata (eucalyptus radiata oil), minyak rosemary (rosemary oil), minyak ylang-ylang (ylang-ylang oil).

c. Tujuan Diberikan Aromaterapi *Peppermint Oil*

- a. Mengurangi gejala seperti sesak napas, batuk, dan kongesti melalui inhalasi *peppermint oil* yang bersifat dekongestan dan menyegarkan
- b. Memberikan terapi komplementer untuk meredakan gejala Infeksi Saluran Pernapasan Akut (ISPA) melalui aromaterapi *peppermint oil* (Wardhani, D. P. 2020).

d. Penggunaan Aromaterapi

Aromaterapi dapat digunakan dengan berbagai cara, masing-masing memiliki manfaat tersendiri. Salah satu bentuknya adalah aromaterapi inhalasi, yaitu menghirup uap minyak esensial yang mencapai paru-paru dan memberikan efek psikologis maupun fisik. Kandungan alami dalam minyak tersebut menimbulkan reaksi terapeutik di tubuh. Misalnya, minyak kayu putih dapat membantu meredakan penyumbatan saluran napas.

1) Inhalasi uap aromaterapi

Metode ini dilakukan dengan meneteskan 1–2 tetes minyak esensial ke dalam air hangat di baskom, kemudian menundukkan kepala di atas baskom sambil menutup kepala dengan handuk agar uap terhirup secara optimal.

2) Menggunakan diffuser

Diffuser berfungsi mengubah minyak esensial menjadi uap halus yang kemudian tersebar ke seluruh ruangan, sehingga aromanya dapat dihirup dan memberikan efek relaksasi.

3) Aromaterapi untuk mandi

Beberapa tetes minyak esensial dapat ditambahkan ke air hangat saat berendam, membantu memberikan rasa rileks dan menyegarkan tubuh

4) Aromaterapi untuk pijat

Minyak esensial dapat dicampurkan dengan minyak pijat sebelum digunakan. Namun, penggunaan langsung pada kulit yang luka, memar, ruam, atau bengkak harus dihindari untuk mencegah iritasi (Astuti,V., dkk, 2023).

e. Pelaksanaan

Menurut Sari, L. M., & Handayani, R. (2021) dalam Pelaksanaan aroma *peppermint oil* dibutuhkan beberapa alat dan bahan yaitu diffuser elektrik air bersih (air suling/mineral), minyak esensial peppermint murni, timer/stopwatch dan tisu/kain kering. Berikut cara pelaksanaannya :

a. Persiapan

- 1) Cuci tangan sesuai prosedur.
- 2) Pastikan diffuser dalam kondisi bersih dan berfungsi baik.
- 3) Isi diffuser dengan air sesuai kapasitas alat.
- 4) Tambahkan 3–5 tetes peppermint oil ke dalam air sebanyak 100 ml.
- 5) Siapkan pasien dalam posisi duduk nyaman di ruangan berventilasi.

b. Pelaksanaan

- 1) Nyalakan diffuser dan tempatkan 50-100 cm meter dari pasien.
- 2) Biarkan aromaterapi berlangsung selama 15–30 menit.

- 3) Observasi respon pasien terhadap terapi (napas, batuk, kenyamanan).
- c. Penutupan
 - 1) Matikan diffuser dan buang sisa air.
 - 2) Catat reaksi pasien dan efek yang dirasakan dalam formulir pemantauan.
 - 3) Catat reaksi pasien dan efek yang dirasakan dalam formulir pemantauan.

C. Konsep Teori Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

- a. Data Demografi : nama, umur, jenis kelamin, alamat dan lain-lain.
- b. Riwayat kesehatan
- c. Keluhan utama (demam, batuk, pilek, sakit tenggorokan).
- d. Riwayat penyakit sekarang (kondisi klien saat di periksa).
- e. Riwayat penyakit dahulu (apakah klien pernah mengalami penyakit seperti yang dialaminya sekarang).
- f. Riwayat penyakit keluarga (adakah anggota keluarga yang pernah mengalami sakit seperti penyakit klien).
- g. Riwayat sosial (lingkungan tempat tinggal klien).
- h. Pemeriksaan fisik: difokuskan pada pengkajian sistem pernapasan.

1. Inspeksi

- a) Membran mukosa hidung-faring tampak kemerahan.
- b) Tonsil tampak kemerahan dan edema.
- c) Tampak batuk tidak produktif.
- d) Tidak ada jaringan parut pada leher.
- e) Tidak tampak penggunaan otot-otot pernapasan tambahan, pernapasan cuping hidung.

2. Palpasi

- a) Adanya demam.
- b) Teraba adanya pembesaran kelenjar limfe pada daerah leher/nyeri tekan pada nodus limfe servikal.
- c) Tidak teraba adanya pembesaran kelenjar thyroid.

- 3) Perkusi : suara paru normal (resonance).

4) Auskultasi : suara napas vesikuler/tidak terdengar ronchi pada kedua sisi paru.

2. Diagnosis Keperawatan

- a. Bersihan jalan napas tidak efektif
- b. Pola napas tidak efektif
- c. Hipertermia
- d. Nyeri akut
- e. Defisit nutrisi (Tim Pokja SDKI PPNI, 2018)

3. Intervensi Keperawatan

Tabel 2.1
Intervensi Keperawatan

No	Diagnosis Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
1.	Bersihan jalan napas tidak efektif (D.0001)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 4x24 jam diharapkan bersihan jalan kembali efektif dengan kriteria hasil: 1. Batuk efektif meningkat 2. Produksi sputum menurun 3. Frekuensi napas membaik	Manajemen Jalan Napas Observasi: 1. Monitor pola napas 2. Monitor bunyi napas tambahan 3. Monitor sputum (jumlah, warna, aroma) Terapeutik 4. Pertahankan kepatenan jalan napas 5. Posisikan semi fowler atau fowler 6. Lakukan fisioterapi dada 7. Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik 8. Berikan oksigen, jika perlu Edukasi

			9. Anjurkan asupan cairan 2000ml/hari, jika tidak kontraindikasi Kolaborasi 10. Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu
2.	Pola napas tidak efektif (D.0005)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 4x24 jam diharapkan pola napas kembali efektif dengan kriteria hasil: 1. Tekanan ekspirasi meningkat. 2. Tekanan inspirasi meningkat. 3. Frekuensi napas membaik. 4. Kedalaman napas menurun.	Pemantauan Respirasi Observasi: 1. Monitor pola napas, monitor saturasi oksigen. 2. Monitor frekuensi, irama dan kedalaman dan upaya napas. 3. Monitor adanya sumbatan jalan napas. Terapeutik: 4. Atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien. Edukasi: 5. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan. Terapi Oksigen Observasi: 1. Monitor kecepatan oksigen 2. Monitor integritas mukosa hidung akibat pemasangan oksigen. Terapeutik:

			3. Pertahankan kepatenan jalan napas 4. Berikan oksigen. Edukasi: 5. Ajarkan keluarga cara menggunakan O₂ di rumah.
3.	Hipertermia (D.0130)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 4×24 jam diharapkan suhu tubuh tetap berada pada rentang normal dengan kriteria hasil: 1. Menggigil menurun 2. Suhu tubuh membaik 3. Suhu kulit membaik	Manajemen Hipertermia Observasi: 1. Identifikasi penyebab hipertermia (mis. dehidrasi, terpapar lingkungan panas, penggunaan inkubator) 2. Monitor suhu tubuh 3. Elektrolit sebanyak monitor 4. Monitor haluaran urine 5. Monitor komplikasi akibat hipertermia Terapeutik 6. Sediakan lingkungan yang dingin 7. Kendurkan atau lepaskan pakaian 8. Basahi dan kipasi permukaan tubuh 9. Berikan cairan oral Edukasi 10. Anjurkan istirahat di tempat tidur

			Kolaborasi 11. Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena, jika perlu
4.	Nyeri akut (D.0077)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 4x24 jam diharapkan Tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil: 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Pola napas membaik 4. Gelisah menurun	Manajemen Nyeri Observasi : 1. Identifikasi Lokasi,karakteristik,durasi,frekuensi,kualitas, intensitas nyeri. 2. Identifikasi skala nyeri. 3. Identifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri. Terapeutik: 4. Berikan Teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri. Edukasi: 5. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri. 6. Jelaskan strategi meredakan nyeri 7. Kolaborasi: 8. Kolaborasi pemberian analgetik.
5.	Defisit Nutrisi (D.0019)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 4x24 jam status nutrisi terpenuhi dengan kriteria hasil:	Manajemen Nutrisi Observasi: 1. Identifikasi status nutrisi 2. Identifikasi alergi dan intoleransi makanan

		1 Porsi makanan yang dihabiskan meningkat 2 Berat badan atau imt meningkat 3 Frekuensi makan meningkat 4 Nafsu makan meningkat 5 Perasaan cepat kenyang menurun	3. Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastric 4. Monitor asupan makanan 5. Pemantau berat badan Terapeutik: 6. Lakukan kebersihan mulut sebelum makan, jika perlu Edukasi 7. Anjurkan posisi duduk, jika mampu 8. Ajarkan diet yang diprogramkan Kolaborasi 9. Kolaborasi dengan ahli gizi 10. Promosi Berat Badan Observasi 11. Identifikasi kemungkinan penyebab BB kurang 12. Monitor adanya mual dan muntah Terapeutik 13. Sediakan makanan yang tepat sesuai kondisi pasien
--	--	---	--

(Tim Pokja SLKI PPNI, 2018 dan Tim Pokja SIKI PPNI, 2018)

4. Implementasi Keperawatan

Tahap implementasi merupakan pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap intervensi. Tahap

implementasi ditunjukkan pada nursing orders untuk membantu klien mencapai tujuan yang telah ditetapkan, yang mencakup peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit pemulihan kesehatan dan memfasilitasi coping. Tahapan implementasi: Mengkaji kembali masalah klien, Memastikan apakah intervensi keperawatan masih sesuai, Melakukan tindakan keperawatan (Prastiwi, D., dkk, 2023)

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan terus menerus dilakukan untuk menentukan apakah rencana keperawatan efektif dan bagaimana rencana keperawatan dilanjutkan, merevisi rencana keperawatan atau menghentikan rencana keperawatan. Evaluasi selalu berkaitan dengan tujuan, apabila dalam penilaian ternyata tujuan tidak tercapai, maka perlu dicari penyebabnya. Tahapan evaluasi: Melihat respon klien. Membandingkan respon klien dengan kriteria. Menganalisis hasil asuhan keperawatan dan Memodifikasi intervensi keperawatan (Prastiwi, D., dkk, 2023).