

## **BAB II LANDASAN TEORI**

### **2.1 Konsep Dasar**

#### **2.1.1. Defenisi ISPA**

Infeksi pernafasan merupakan penyakit akut yang paling banyak terjadi pada anak-anak (Wong, 2016). Infeksi saluran pernafasan akut menurut Sari (2015) adalah radang akut saluran pernapasan atas maupun bawah yang disebabkan oleh infeksi jasad renik atau bakteri, virus, maupun riketsia tanpa atau disertai dengan radang parenkim paru. ISPA adalah masuknya mikroorganisme (bakteri, virus, riketsi) ke dalam saluran pernapasan yang menimbulkan gejala penyakit yang dapat berlangsung sampai 14 hari.

Infeksi Saluran Pernafasan Akut (ISPA) merupakan suatu infeksi yang bersifat akut yang menyerang salah satu atau lebih saluran pernafasan mulai dari hidung sampai alveolus termasuk (sinus, rongga telinga tengah, pleura) (Depkes, 2017). Djodibroto (2009), menyebutkan bahwa ISPA dibagi menjadi dua bagian, yaitu infeksi saluran pernafasan bagian atas dan infeksi saluran bagian bawah.

Infeksi Saluran Pernafsan Akut mempunyai pengertian sebagai berikut (Fillacano, 2016) :

- a. Infeksi adalah proses masuknya kuman atau mikroorganisme lainnya ke dalam manusia dan akan berkembang biak sehingga akan menimbulkan gejala suatu penyakit.
- b. Saluran pernafasan adalah suatu saluran yang berfungsi dalam proses respirasi mulai dari hidung hingga alveolus beserta adneksanya seperti sinus-sinus, rongga telinga tengah, dan pleura.
- c. Infeksi akut merupakan suatu proses infeksi yang berlangsung sampai 14 hari. Batas 14 hari menunjukkan suatu proses akut meskipun untuk beberapa penyakit yang dapat di golongan ISPA ini dapat berlangsung lebih dari 14 hari.

#### **2.1.2. Etiologi ISPA**

Etiologi ISPA terdiri dari agen infeksius dan agen non- infeksius. Agen infeksius yang paling umum dapat menyebabkan infeksi saluran pernafasan akut adalah virus, seperti respiratory syncytial virus (RSV), nonpolio enterovirus

(coxsackie viruses Adan B), Adenovirus, Parainfluenza, dan Human metapneumo viruses. Agen infeksius selain virus juga dapat menyebabkan ISPA, staphylococcus, haemophilus influenza, Chlamydia trachomatis, mycoplasma, dan pneumococcus (Wilson, 2015).

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.

Etiologi Infeksi Saluran Pernapasan Akut lebih dari 300 jenis bakteri, virus, dan jamur. Bakteri penyebabnya antar lain dari genus streptokokus, stafilokokus, pnemokokus, hemofilus, bordetella dan korinebacterium. Virus penyebabnya antara lain golongan mikovirus, adenovirus, koronavirus, pikornavirus, mikroplasma dan herpervirus. Bakteri dan virus yang paling sering menjadi penyebab ISPA diantaranya bakteri stafilokokus dan sterptokokus serta virus influenza yang di udara bebas akan masuk dan menempel pada saluran pernapasan bagian atas yaitu tenggorokan dan hidung (Sari, 2015).

Biasanya bakteri dan virus tersebut menyerang anak-anak usia di bawah 2 tahun yang kekebalan tubuhnya lemah atau belum sempurna. Peralihan musim kemarau ke musim hujan juga menimbulkan resiko serangan ISPA. Beberapa faktor lain yang diperkirakan berkontribusi terhadap kejadian ISPA pada anak adalah rendahnya asupan antioksidan, status gizi kurang, dan buruknya sanitasi lingkungan (Sari, 2015).

### **2.1.3. Pafofisiologi**

Perjalanan klinis penyakit ISPA dimulai dengan berinteraksinya virus dengan tubuh. Masuknya virus sebagai antigen kesaluran pernapasan akan menyebabkan silia yang terdapat pada permukaan saluran napas bergerak ke atas mendorong virus ke arah faring atau dengan suatu rangkaian refleks spasmus oleh laring. Jika refleks tersebut gagal maka virus merusak lapisan epitel dan lapisan mukosa saluran pernapasan (Kending, 2014).

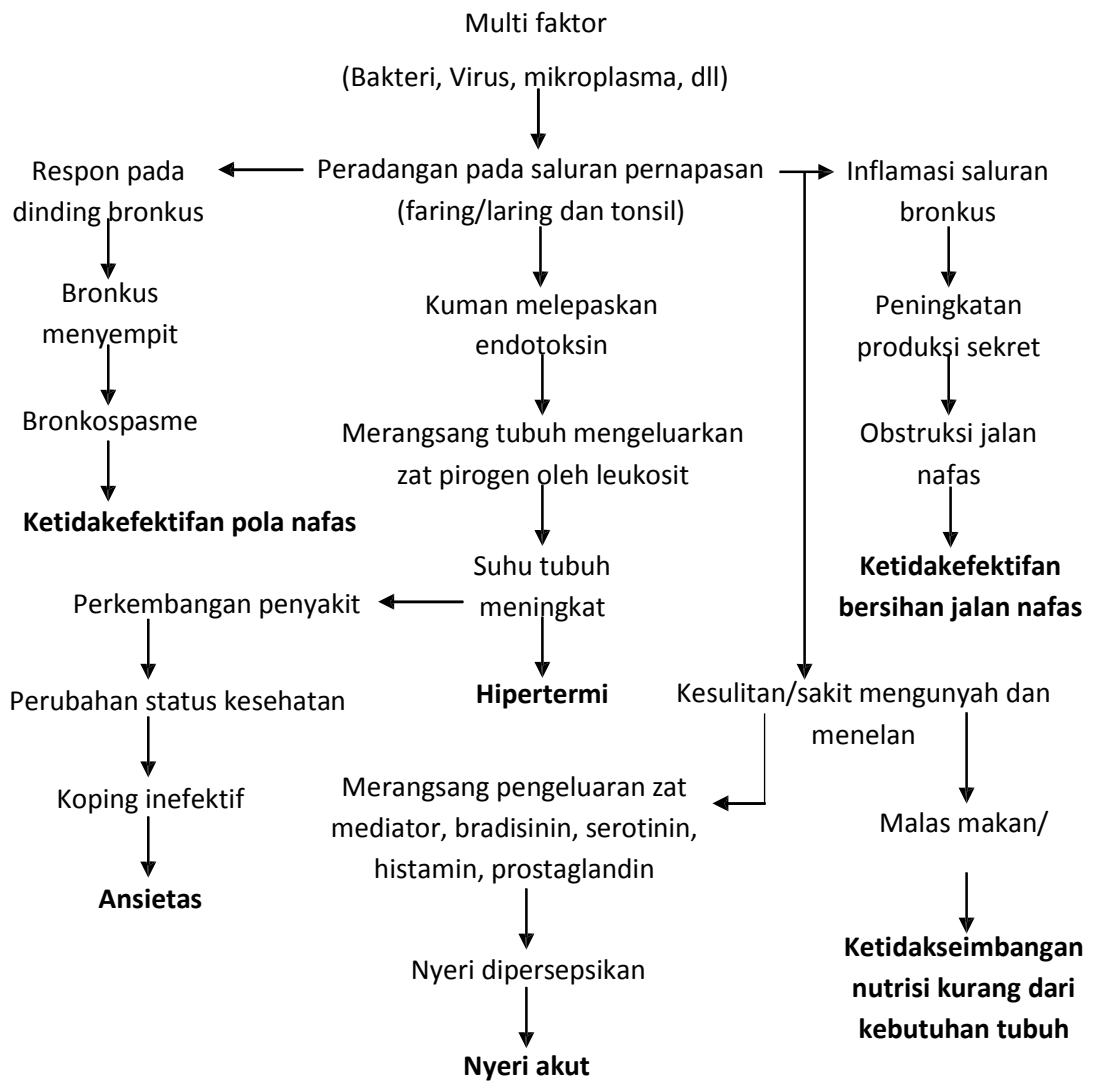
Iritasi kulit pada kedua lapisan tersebut menyebabkan timbulnya batuk kering (Seliff). Kerusakan struktur lapisan dinding saluran pernapasan menyebabkan kenaikan aktivitas kelenjar mukus yang banyak terdapat pada dinding saluran pernapasan sehingga terjadi pengeluaran cairan mukosa yang melebihi normal. Rangsangan cairan tersebut menimbulkan gejala batuk. Sehingga pada tahap awal gejala ISPA yang sangat menonjol adalah batuk.

Adanya infeksi virus merupakan predisposisi terjadinya infeksi sekunder bakteri. Akibat infeksi tersebut terjadi kerusakan mekanisme mukosiliris yang merupakan mekanisme perlindungan pada saluran pernapasan sehingga memudahkan infeksi bakteri-bakteri patogen patogen yang terdapat pada saluran pernapasan atas seperti streptococcus pneumonia, Haemophilus influenza dan staphylococcus menyerang mukosa yang rusak tersebut.

Infeksi sekunder bakteri tersebut menyebabkan sekresi mukus berlebihan atau bertambah banyak dapat menyumbat saluran napas dan juga dapat menyebabkan batuk yang produktif. Infeksi bakteri dapat dipermudah dengan adanya faktor-faktor seperti kedinginan dan malnutrisi. Suatu menyebutkan bahwa dengan adanya suatu serangan infeksi virus pada saluran napas dapat menimbulkan gangguan gisi akut pada bayi dan anak (Tyrell, 2015). Virus yang menyerang saluran napas atas dapat menyebar ke tempat-tempat yang lain di dalam tubuh sehingga menyebabkan kejang, demam dan dapat menyebar ke saluran napas bawah, sehingga bakteri-bakteri yang biasanya hanya diturunkan dalam saluran pernapasan atas, akan menginfeksi paru-paru sehingga menyebabkan pneumonia bakteri.

Terjadinya infeksi antara bakteri dan flora normal di saluran nafas. Infeksi oleh bakteri, virus dan jamur dapat merubah pola kolonisasi bakteri. Timbul mekanisme pertahanan pada jalan nafas seperti filtrasi udara inspirasi di rongga hidung, refleksi batuk, refleksi epiglotis, pembersihan mukosilier dan fagositosis. Karena menurunnya daya tahan tubuh penderita maka bakteri pathogen dapat melewati mekanisme sistem pertahanan tersebut akibatnya terjadi invasi di daerah-daerah saluran pernafasan atas maupun bawah (Fuad, 2016).

**Pathway Infeksi Saluran Pernapasan Akut (ISPA);**



#### 2.1.4. Tanda dan Gejala

Saluran Pernafasan merupakan bagian tubuh yang seringkali terjangkit infeksi oleh berbagai jenis mikroorganisme. Tanda dan gejala dari infeksi yang terjadi pada saluran pernafasan tergantung pada fungsi saluran pernafasan yang terjangkit infeksi, keparahan proses infeksi, dan usia seseorang serta status kesehatan secara umum (Porth, 2014).

Djojodibroto (2016), 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 mukus 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 pernafasan hanya bersifat ringan seperti batuk, kesulitan bernapas, sakit tenggorokan, pilek, demam dan sakit kepala tidak memerlukan pengobatan dengan antibiotik (Rahmayatul, 2016).

Adapun tanda dan gejala ISPA yang sering ditemui adalah :

- a. Demam, pada neonatus mungkin jarang terjadi tetapi gejala demam muncul jika anak sudah mencaapai usia 6 bulan sampai dengan 3 tahun. Seringkali demam muncul sebagai tanda pertama terjadinya infeksi. Suhu tubuh bisa mencapai  $39,5^{\circ}\text{C}$ - $40,5^{\circ}\text{C}$ .
- b. Meningismus, adalah tanda meningeal tanpa adanya infeksi pada meningens, biasanya terjadi selama periodik bayi mengalami panas,

gejalanya adalah nyeri kepala, kaku dan nyeri pada punggung serta kuduk, terdapatnya tanda kernig dan brudzinski.

- c. Anorexia, biasa terjadi pada semua bayi yang mengalami sakit. Bayi akan menjadi susah minum dan bahkan tidak mau minum.
- d. Vomiting, biasanya muncul dalam periode sesaat tetapi juga bisa selama bayi tersebut mengalami sakit.
- e. Diare (mild transient diare), seringkali terjadi mengiringi infeksi saluran pernafasan akibat infeksi virus.
- f. Abdominal pain, nyeri pada abdomen mungkin disebabkan karena adanya lymphadenitis mesenteric.
- g. Sumbatan pada jalan nafas/ Nasal, pada saluran nafas yang sempit akan lebih mudah tersumbat oleh karena banyaknya sekret.
- h. Batuk, merupakan tanda umum dari terjadinya infeksi saluran pernafasan, mungkin tanda ini merupakan tanda akut dari terjadinya infeksi saluran pernafasan.
- i. Suara nafas, biasa terdapat wheezing, stridor, crackles, dan tidak terdapatnya suara pernafasan (Wong, 2015).

#### **2.1.5. Penatalaksanaan**

Menurut WHO (2017), penatalaksanaan ISPA meliputi :

1. Suportif  
Meningkatkan daya tahan tubuh berupa nutrisi yang adekuat, pemberian multivitamin
2. Antibiotik
  - a) Idealnya berdasarkan jenis kuman penyebab.
  - b) Utama ditujukan pada pneumonia, influenza dan Aureus
  - c) Pneumonia rawat jalan yaitu kotrimoksazol 1mg, amoksisilin 3 x ½ sendok teh, amplisilin (500mg) 3 tab puyer/x bungkus / 3x sehari/8 jam, penisillin prokain 1 mg.
  - d) Pneumonia berat yaitu Benzil penicillin 1 mg, gentamisin (100 mg) 3 tab puyer/x bungkus/3x bungkus/3x sehari/8 jam.
  - e) Antibiotik baru lain yaitu sefalosporin 3 x ½ sendok teh, quinolon 5 mg,dll.
  - f) Beri obat penurun panas seperti paracetamol 500 mg, asetaminofen 3 x ½ sendok teh. Jika dalam 2 hari anak yang diberikan antibiotik tetap sama ganti antibiotik atau rujuk dan jika anak membaik teruskan antibiotik

sampai 3 hari (Kepmenkes RI, 2017).

## **2.2 Konsep Asuhan Keperawatan**

### **2.2.1 Pengkajian**

Pengkajian merupakan tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan suatu proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien. Pengkajian dilakukan dengan cara berurutan, perawat harus mengetahui data aktual apa yang diperoleh, faktor resiko yang penting, keadaan yang potensial mengancam pasien dan lain-lain (Nursalam, 2015).

Tujuan pengkajian adalah untuk mengumpulkan informasi dan membuat data dasar pasien. Pengkajian dilakukan saat pasien masuk instansi pelayanan kesehatan. Data yang diperoleh sangat berguna untuk menentukan tahap selanjutnya dalam proses keperawatan.

Pengumpulan data pasien dapat dilakukan dengan cara :

- a. Anamnesis/wawancara.
- b. Observasi.
- c. Pemeriksaan fisik.
- d. Pemeriksaan penunjang/diagnostik.

#### **Klasifikasi dan Analisa Data**

- a. Klasifikasi data adalah aktivitas pengelompokan data-data klien atau keadaan tertentu dimana klien mengalami permasalahan kesehatan atau keperawatan berdasarkan kriteria permasalahannya. Klasifikasi ini dikelompokkan dalam data subyektif dan data obyektif.
- b. Analisa Data adalah mengaitkan data dan menghubungkan dengan konsep teori dan prinsip yang relevan untuk membuat kesimpulan dalam menentukan masalah kesehatan dan keperawatan.
- c. Analisa data dibuat dalam bentuk tabel yang terdiri dari kolom : Data, Penyebab, dan Masalah. Kolom data berisi ; data subyektif, data obyektif dan faktor resiko. Kolom penyebab berisi : 1 (satu) kata/kalimat yang menjadi penyebab utama dari masalah. Kolom masalah berisi : pernyataan masalah keperawatan

Data yang perlu dikaji pada pasien ISPA dapat berupa :

- a. Identifikasi klien yang meliputi: nama, umur, jenis kelamin, pendidikan, agama, suku bangsa, alamat, tanggal MRS dan diagnose medis.
- b. Riwayat penyakit meliputi : keluhan utama, biasanya klien datang dengan keluhan batuk pilek serta panas, kesehatan sekarang, kesehatan yagn lalu, riwayat kesehatan keluarga, riwayat nutrisi, eliminasi, personal hygiene.
- c. Pemeriksaan fisik berfokus pada system pencernaan meliputi : keadaan umum (penampilan, kesadaran, tinggi badan, BB dan TTV), kulit, kepala dan leher, mulut, abdomen.
- d. Aktivitas dan istirahat  
Gejala : kelemahan, kelelahan, cape atau lelah, insomnia, tidak bisa tidur pada malam hari, karena badan demam.
- e. Eliminasi  
Gejala : Tekstur feses bervariasi dari bentuk lunak, bau, atau berair  
Tanda : kadang – kadang terjadi peningkatan bising usus.
- f. Makanan atau cairan  
Gejala : klien mengalami anoreksia dan muntah, terjadi penurunan BB.  
Tanda : kelemahan, turgor kulit klien bisa buruk, membrane mukosa pucat

### **2.2.2 Diagnosa Keperawatan**

Diagnosa keperawatan merupakan keputusan klinik tentang respon individu, keluarga dan masyarakat tentang masalah kesehatan atau proses kehidupan yang aktual atau potensial, sebagai dasar seleksi intervensi keperawatan untuk mencapai tujuan asuhan keperawatan sesuai dengan kewenangan perawat (NANDA, 2014).

Berdasarkan NANDA (2014), diagnosa keperawatan terbagi atas :

- a. Diagnosa keperawatan aktual, Suatu diagnosis aktual menggambarkan respon manusia terhadap kondisi kesehatan/proses kehidupan yang benar nyata pada individu, kelompok, atau komunitas.
- b. Diagnosa Keperawatan Promosi Kesehatan : Penilaian klinis tentang motivasi dan keinginan individu, keluarga, kelompok atau komunitas untuk meningkatkan kesehjateraan dan mewujudkan potensi kesehatan manusia.
- c. Diagnosa Keperawatan Risiko : Kerentanan, terutama sebagai akibat dari paparan terhadap faktor-faktor yang meningkatkan peluang kecelakaan atau kehilangan.

- d. Diagnosa Keperawatan Syndrom : penilaian klinis menjelaskan kelompok khusus diagnosa keperawatan yang terjadi bersama dan paling tepat dihadapi secara bersama-sama dan melalui intervensi yang serupa.

Langkah-langkah menentukan diagnosa keperawatan :

- a. Interpretasi data, perawat bertugas membuat interpretasi atas data yang sudah dikelompokkan dalam bentuk masalah keperawatan atau masalah kolaboratif. Untuk menuliskan diagnosa keperawatan Gordon menguraikan komponen yang harus ada sebagai berikut :
- 1) Diagnosa aktual : komponen terdiri dari tiga bagian, yaitu :
    - a) Problem/masalah = P
    - b) Etiologi/penyebab = E
    - c) Sign and symptom/tanda dan gejala = S
  - 2) Diagnosa resiko, potensial/possible : P+E
- b. Perumusan diagnosa keperawatan, setelah perawat mengelompokkan, mengidentifikasi dan memvalidasi data-data yang signifikan maka tugas perawat pada tahap ini adalah merumuskan suatu diagnosa keperawatan (Nursalam, 2015).

Menurut Nurarif, dkk (2015) masalah keperawatan yang lazim timbul pada pasien ispa:

- 1) Ketidakefektifan bersihan jalan nafas, berhubungan dengan peningkatan jumlah sekret.
- 2) Hipertermi berhubungan dengan peningkatan suhu tubuh (proses penyakit).
- 3) Nyeri akut berhubungan dengan inflamasi pada membran mukosa faring dan tonsil.
- 4) Ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan obstruksi bronkospasme, respon pada dinding bronkus.
- 5) Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan penurunan intake inadekuat, penurunan nafsu makan, nyeri menelan.
- 6) Ansietas berhubungan dengan perkembangan penyakit dan perubahan status kesehatan.

### 2.2.3 Perencanaan

Perencanaan adalah proses kegiatan mental yang memberi pedoman atau pengarahan secara tertulis kepada perawat atau anggota tim kesehatan lainnya tentang intervensi/tindakan keperawatan yang akan dilakukan kepada pasien. Rencana keperawatan merupakan rencana tindakan keperawatan tertulis yang menggambarkan masalah kesehatan pasien, hasil yang akan diharapkan, tindakan-tindakan keperawatan dan kemajuan pasien secara spesifik.

Intervensi keperawatan merupakan bagian dari fase pengorganisasian dalam proses keperawatan sebagai pedoman untuk mengarahkan tindakan keperawatan dalam usaha membantu, meringankan, memecahkan masalah atau untuk memenuhi kebutuhan klien (Nursalam, 2015).

Rencana keperawatan merupakan serangkaian kegiatan atau intervensi untuk mencapai tujuan pelaksanaan asuhan keperawatan. Intervensi keperawatan adalah preskripsi untuk perilaku spesifik yang diharapkan oleh pasien dan atau tindakan yang harus dilakukan oleh perawat. (Wong, 2016).

Tujuan yang direncanakan harus spesifik dan tidak menimbulkan arti ganda, tujuan keperawatan harus dapat diukur, khususnya tentang perilaku klien, dapat diukur, didengar, diraba, dirasakan, dicium. Tujuan keperawatan harus dapat dicapai serta dipertanggung jawabkan secara ilmiah dan harus mempunyai waktu yang jelas. Pedoman penulisan kriteria hasil berdasarkan "SMART"

S : *Spesifik*, tujuan harus spesifik dan tidak menimbulkan arti ganda

M : *Measureble*, tujuan keperawatan harus dapat diukur, khususnya tentang perilaku klien, dapat dilihat, didengar, diraba, dan dirasakan

A : *Achievable*, tujuan harus dapat dicapai

R : *Reasonable*, tujuan harus dapat dipertanggung jawabkan

T : *Time*, harus memiliki batas waktu yang sesuai

a. Kegiatan dalam tahap perencanaan, meliputi :

- 1) Menentukan prioritas masalah keperawatan.
- 2) Menetapkan tujuan dan kriteria hasil.
- 3) Merumuskan rencana tindakan keperawatan.
- 4) Menetapkan rasional rencana tindakan keperawatan.

b. Tipe rencana tindakan keperawatan, meliputi :

- 1) Observasi keperawatan, diawali kata kerja: kaji, monitor, pantau, observasi, periksa, ukur, catat, amati.

- 2) Terapi keperawatan, diawali kata kerja: lakukan, berikan, atur, bantu, ubah, pertahankn, latih.
- 3) Pendidikan kesehatan, diawali kata kerja: ajarkan, anjurkan, jelaskan, sarankan, informasikan.
- 4) Kolaborasi/pemberian obat/pengaturan nutrisi, diawali kata kerja: rujuk, instrusikan, laporkan, delegasikan, berikan, lanjutkan, pasang.

Adapun intervensi keperawatan pada pasien ispa, berupa :

Tabel 2.1 Intervensi Keperawatan Pasien ISPA

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Rencana Asuhan Keperawatan	
			Intervensi	Rasional
1.	Ketidakefektifan bersihan jalan nafas, berhubungan dengan peningkatan jumlah sekret.	<p>Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam jalan nafas menjadi efektif.</p> <p>Kriteria hasil : Menyatakan/ menunjukkan hilangnya dispnea. Mempertahankan jalan nafas paten dengan bunyi nafas bersih. Mengeluarkan sekret tanpa kesulitan. Menunjukkan perilaku untuk memperbaiki/ mempertahankan bersihan jalan nafas</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kaji tanda-tanda vital dan auskultasi bunyi napas.</li> <li>2. Berikan pasien untuk posisi yang nyaman dengan posisi semi fowler.</li> <li>3. Pertahankan lingkungan yang nyaman.</li> <li>4. Tingkatkan masukan cairan, dengan memberi air hangat.</li> <li>5. Dorong atau bantu latihan napas dalam atau batuk efektif.</li> <li>6. Kolaborasi dalam pemberian obat dan humidifikasi, seperti nebulizer.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Beberapa derajat spasme bronkus terjadi dengan obstruksi jalan napas.</li> <li>2. Peninggian kepala tempat tidur mempermudah fungsi pernapasan.</li> <li>3. Pencetus tipe reaksi alergi pernapasan yang dapat mentrigger episode akut.</li> <li>4. Membantu mempermudah pengeluaran sekret.</li> <li>5. Memberikan cara untuk mengatasi dan mengontrol dispnea, mengeluarkan sekret.</li> <li>6. Menurunkan kekentalan sekret dan mengeluarkan sekret.</li> </ol>

2.	<p>Hipertermi berhubungan dengan peningkatan suhu tubuh (proses penyakit).</p>	<p>Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam suhu tubuh kembali normal.</p> <p>Kriteria hasil : Tanda-tanda vital (TTV) dalam batas normal; TD : 120/80 mmHg. N : 80 x/ment. RR : 20 x/menit. S : 37,0<sup>0</sup>C</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kaji/pantau TTV.</li> <li>2. Berikan kompres hangat.</li> <li>3. Anjurkan klien untuk memperbanyak minum air putih.</li> <li>4. Kolaborasi dalam pemberian terapi obat.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perubahan TTV dalam rentang abnormal mengindikasikan adanya respon tubuh.</li> <li>2. Terjadinya <i>vasodilatasi</i> sehingga suhu tubuh cepat kembali normal.</li> <li>3. Mencegah terjadinya kekurangan cairan karena <i>dehidrasi</i>.</li> <li>4. Pemberian terapi mempercepat proses penyembuhan.</li> </ol>
3.	<p>Nyeri akut berhubungan dengan inflamasi pada membran mukosa faring dan tonsil.</p>	<p>Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam nyeri hilang atau berkurang.</p> <p>Kriteria hasil : Tampak rileks dan tidur/istirahat dengan baik. Melaporkan nyeri hilang/terkontrol. Berpatisipasi dalam aktivitas yang diinginkan.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tanyakan pasien tentang nyeri, Tentukan karakteristik nyeri.</li> <li>2. Kaji pernyataan verbal dan non verbal nyeri pasien.</li> <li>3. Evaluasi keefektifan pemberian obat.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Membantu dalam evaluasi gejala nyeri kanker yang dapat melibatkan visera, saraf atau jaringan tulang.</li> <li>2. Ketidaksesuaian antara verbal dan non verbal menunjukkan derajat nyeri.</li> <li>3. Memberikan obat berdasarkan aturan.</li> </ol>

			<p>4. Berikan tindakan kenyamanan, ubah posisi, pijatan punggung dll.</p> <p>5. Berikan lingkungan tenang.</p> <p>6. Kolaborasi: Berikan analgesik rutin s/d indikasi.</p>	<p>4. Meningkatkan relaksasi dan pengalihan perhatian.</p> <p>5. Penurunan stress, menghemat energi.</p> <p>6. Mempertahankan kadar obat, menghindari puncak periode nyeri.</p>
4.	Ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan obstruksi bronkospasme, respon pada dinding bronkus.	<p>Tujuan :</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam pola napas kembali efektif.</p> <p>Kriteria hasil :</p> <p>Pola napas efektif. Bunyi napas normal kembali. Batuk berkurang.</p>	<p>1. Kaji frekuensi kedalaman pernapasan dan ekspansi dada.</p> <p>2. Auskultasi bunyi napas.</p> <p>3. Tinggikan kepala dan bentuk mengubah posisi.</p> <p>4. Kolaborasi pemberian oksigen.</p>	<p>Kecepatan biasanya mencapai kedalaman pernapasan bervariasi tergantung derajat gagal napas.</p> <p>Ronchi dan mengi menyertai obstruksi jalan napas.</p> <p>Memudahkan dalam ekspansi paru dan pernapasan.</p> <p>Memaksimalkan bernapas dan menurunkan kerja napas.</p>
5.	Ketidakseimbangan nutrisi kurang	Tujuan :	1. Kaji kebiasaan diet. Evaluasi	Pasien distress pernapasan akut

	<p>dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan penurunan intake inadekuat, penurunan nafsu makan, nyeri menelan.</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam pasien akan menunjukkan perbaikan nutrisi.</p> <p>Kriteria hasil:</p> <p>Tidak tampak mual muntah, Peningkatan pengecap dan menelan. Nafsu makan meningkat.</p>	<p>berat badan dan ukuran tubuh.</p> <p>2. Adukulatasi bising usus.</p> <p>3. Berikan makanan dalam jumlah kecil dan dalam waktu yang sering dan teratur.</p> <p>4. Anjurkan perawatan oral, dan cara mengeluarkan sekret.</p>	<p>sering anoreksia karena dispnea, produksi sputum, dan obat-obatan.</p> <p>Membantu dalam menentukan respon untuk makan atau berkembangnya komplikasi.</p> <p>Meningkatkan proses pencernaan dan toleransi pasien terhadap nutrisi yang diberikan dan dapat meningkatkan kerjasama pasien saat makan.</p> <p>Rasa tak enak, bau, dan penampilan adalah pencegah utama terhadap nafsu makan dan dapat membuat mual dan muntah dengan peningkatan kesulitan napas.</p>
6.	<p>Ansietas berhubungan dengan perkembangan penyakit dan perubahan status kesehatan.</p>	<p>Tujuan :</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam ansietas hilang atau berkurang</p>	<p>1. Evaluasi tingkat pemahaman pasien/orang terdekat tentang diagnosa.</p> <p>2. Akui rasa takut, masalah pasien,</p>	<p>Pemahaman persepsi melibatkan susunan tekanan perawatan individu dan memberikan informasi.</p> <p>Memberi waktu untuk</p>

		Kriteria hasil : . Impact rieks . Klien dapat beristirahat. . Dapat bekerja sama dalam program terapi.	dan dorong mengekspresikan perasaan.  3. Libatkan pasien/orang terdekat dalam perencanaan keperawatan.	mengidentifikasi perasaan.  Dapat memperbaiki perasaan kontrol.
--	--	---	--	---

#### 2.2.4 Implementasi

Implementasi merupakan tahap ketika perawat mengaplikasikan atau melaksanakan rencana asuhan keperawatan kedalam bentuk intervensi keperawatan guna membantu klien mencapai tujuan yang telah ditetapkan (Nursalam, 2015).

Pada tahap pelaksanaan ini kita benar-benar siap untuk melaksanakan intervensi keperawatan dan aktivitas-aktivitas keperawatan yang telah dituliskan dalam rencana keperawatan pasien. Dalam kata lain dapat disebut bahwa pelaksanaan adalah peletakan suatu rencana menjadi tindakan yang mencakup :

- a. Penulisan dan pengumpulan data lanjutan
- b. Pelaksanaan intervensi keperawatan
- c. Pendokumentasian tindakan keperawatan
- d. Pemberian laporan/mengkomunikasikan status kesehatan pasien dan respon pasien terhadap intervensi keperawatan

Pada kegiatan implementasi diperlukan kemampuan perawat terhadap penguasaan teknis keperawatan, kemampuan hubungan interpersonal, dan kemampuan intelektual untuk menerapkan teori-teori keperawatan kedalam praktek.

#### 2.2.5 Evaluasi

Evaluasi adalah kegiatan yang terus menerus dilakukan untuk menentukan apakah rencana keperawatan efektif dan bagaimana rencana keperawatan dilanjutkan, merevisi rencana atau menghentikan rencana keperawatan (Nursalam, 2015).

Dalam evaluasi pencapaian tujuan ini terdapat 3 (tiga) alternatif yang dapat digunakan perawat untuk memutuskan/menilai sejauh mana tujuan yang telah ditetapkan dalam rencana keperawatan tercapai, yaitu :

- a. Tujuan tercapai.
- b. Tujuan sebagian tercapai.
- c. Tujuan tidak tercapai.

Evaluasi dibagi menjadi 2 (dua) tipe, yaitu :

- a. Evaluasi Proses (Formatif)

Evaluasi ini menggambarkan hasil observasi dan analisis perawat terhadap respon klien segera setelah tindakan. Evaluasi formatif dilakukan secara terus menerus sampai tujuan yang telah ditentukan tercapai.

- b. Evaluasi Hasil (sumatif)

Evaluasi yang dilakukan setelah semua aktivitas proses keperawatan selesai dilakukan. Menggambarkan rekapitulasi dan kesimpulan dari observasi dan analisis status kesehatan klien sesuai dengan kerangka waktu yang ditetapkan. Evaluasi sumatif bertujuan menjelaskan perkembangan kondisi klien dengan menilai dan memonitor apakah tujuan telah tercapai.

Evaluasi pencapaian tujuan memberikan umpan balik yang penting bagi perawat untuk mendokumentasikan kemajuan pencapaian tujuan atau evaluasi dapat menggunakan kartu/format bagan SOAP (Subyektif, Objektif, Analisis dan Perencanaan).

Evaluasi keperawatan yang diharapkan pada pasien ispa harus sesuai dengan rencana tujuan yang telah ditetapkan yaitu :

- a. Jalan napas menjadi efektif.
- b. Suhu tubuh dalam batas normal.
- c. Nyeri berkurang/hilang.
- d. Pola napas kembali efektif.
- e. Kebutuhan nutrisi terpenuhi.
- f. Ansietas hilang/ berkurang.