**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA An. K USIA 8 TAHUN**

**DENGAN DIAGNOSA FARINGITIS AKUT DI**

**RUANG ANAK 5 DI RUMKITAL**

**Dr. RAMELAN SURABAYA**

****

**Oleh :**

**POPPY ANANDA KLARISSA**

**NIM. 172.0052**

**PROGRAM STUDI D – III KEPERAWATAN**

**SEKOLAH TINGGI KESEHATAN HANG TUAH SURABAYA**

**2020**

**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA An. K USIA 8 TAHUN**

**DENGAN DIAGNOSA FARINGITIS AKUT DI**

**RUANG ANAK 5 DI RUMKITAL**

**Dr. RAMELAN SURABAYA**

**Karya Tulis Ilmiah ini diajukan sebagai salah satu syarat**

**untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan**

****

**Oleh :**

**POPPY ANANDA KLARISSA**

**NIM. 172.0052**

**PROGRAM STUDI D – III KEPERAWATAN**

**SEKOLAH TINGGI KESEHATAN HANG TUAH SURABAYA**

**2020**

# HALAMAN PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa karya tulis ini saya susun tanpa melakukan plagiat sesuai dengan peraturan yang berlaku di Stikes Hang Tuah Surabaya.

Jika kemudian hari, ternyata saya melakukan plagiat saya akan bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Stikes Hang Tuah Surabaya.

Surabaya, 28 Februari 2020

POPPY ANANDA KLARISSA

NIM. 1720052

# HALAMAN PERSETUJUAN

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa :

Nama : Poppy Ananda Klarissa

NIM : 172.0052

Program Studi : D-III Keperawatan

Judul : Asuhan Keperawatan Pada An. K Usia 8 Tahun

Dengan Diagnosa Faringitis Akut Di Ruang Anak

5 Di Rumkital Dr. Ramelan Surabaya

Serta perbaikan-perbaikan sepenuhnya, maka kami menganggap dan dapat menyetujui bahwa karya tulis ini diajukan dalam sidang guna memenuhi sebagian persyaratan untuk memperoleh gelar :

**AHLI MADYA KEPERAWATAN (AMd.Kep)**

Surabaya, 28 Februari 2020

|  |
| --- |
| Pembimbing |
| **Faridah, SST., M.Kes** |
| **NIP. 197212122005012001** |

Ditetapkan di : STIKES Hang Tuah Surabaya

Tanggal : 28 Februari 2020

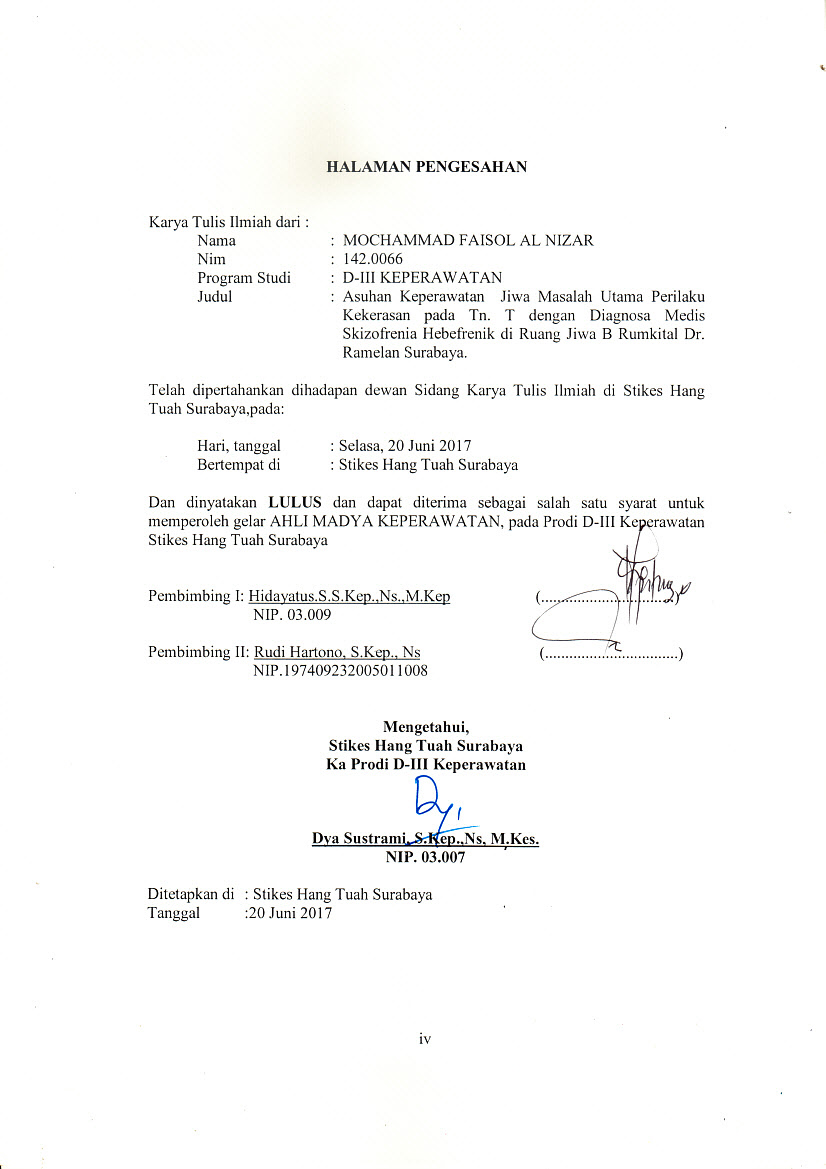
# HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah dari :

Nama : Poppy Ananda Klarissa

Nim : 172.0052

Program Studi : D-III Keperawatan

Judul : Asuhan Keperawatan Pada An. K Usia 8 Tahun

Dengan Diagnosa Faringitis Akut Di Ruang Anak

5 Di Rumkital Dr. Ramelan Surabaya.

Telah dipertahankan dihadapan dewan Sidang Karya Tulis Ilmiah di Stikes Hang Tuah Surabaya, pada:

Hari, tanggal : Jum’at, 28 Februari 2020

Bertempat di : STIKES Hang Tuah Surabaya

Dan dinyatakan **LULUS** dan dapat diterima sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar AHLI MADYA KEPERAWATAN, pada Prodi D-III Keperawatan Stikes Hang Tuah Surabaya

Penguji I : Faridah, SST., M.Kes ( )

 (NIP. 197212122005012001)

Penguji II : Sri Reny Rachmawati S.Kep.,Ns ( )

(NIP. 1982013020060422005)

|  |
| --- |
| **Mengetahui,**  **STIKES Hang Tuah Surabaya**  **Ka Prodi D – III Keperawatan** |
|  |
| **Dya Sustrami, S.Kep., Ns., M.Kes**  **NIP. 03.007** |

Ditetapkan di : STIKES Hang Tuah Surabaya

Tanggal : 28 Februari 2020

# Motto & Persembahan

**“Don’t Stop Until You’re Proud”**

**“Dream big, work hard and make it happen”**

**“Kesempatan Bukanlah Hal Yang Kebetulan. Kamu Harus Mencipkannya”**

Kupersembahkan Karya yang sederhana ini kepada :

1. Diri saya sendiri yang telah mampu menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
2. Kedua orang tua saya tercinta dan seluruh keluarga saya, yang telah memberikan dukungan serta doa untuk saya.

# KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadirat Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya pada penulis, sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ini sesuai dengan waktu yang telah ditentukan.

Karya tulis ini disusun sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan program pendidikan Ahli Madya Keperawatan.

Penulis menyadari bahwa keberhasilan dan kelancaran karya tulis ini bukan hanya karena kemampuan penulis, tetapi banyak ditentukan oleh bantuan dari berbagai pihak, yang telah dengan ikhlas membantu penulis demi terselesainya penulisan. Oleh karena itu pada kesempatan ini penulis menyampaikan terimakasih dan penghargaan yang sebesar-besarnya kepada :

1. Laksamana Pertama TNI dr. Radito Soesanto, Sp.THT-KL,Sp.KL selaku Kepala Rumkital Dr. Ramelan Surabaya yang telah member ijin dan lahan praktek untuk penyusunan karya tulis dan selama kami berada di Stikes Hang Tuah Surabaya.
2. Kolonel Laut Purn. Wiwiek Liestyaningrum S.Kp.,M.Kep, selaku Ketua Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan pada kami untuk praktik di Rumkital Dr. Ramelan Surabaya dan menyelesaikan pendidikan di Stikes Hang Tuah Suraba ya. Dan dengan tulus ikhlas bersedia meluangkan waktu, tenaga, dan pikiran serta perhatian dalam memberikan dorongan, bimbingan dan arahan dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini.
3. Puket I, II, III yang telah membekali dan memfasilitasi proses pembelajaran kami sehingga kami dapat mengikuti proses pendidikan dengan baik di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya.
4. Ibu Dya Sustrami, S.Kep.,Ns., M.Kes., selaku Kepala Program Studi D-III keperawatan yang selalu memberikan dorongan penuh dengan wawasan dalam upaya meningkatkan kualitas sumberdaya manusia.
5. Ibu Farida, SST., M.Kes. Selaku pembimbing, yang telah bersedia meluangkan waktu, tenaga dan pikiran serta perhatian dalam memberikan dorongan, bimbingan, arahan dan masukan dalam penyelesaian karya tulis ilmiah ini.
6. Ibu Sri Reny Rachmawati S.Kep.,Ns. Selaku pembimbing, yang dengan tulus ikhlas telah memberikan arahan dan masukan penyusunan dalam penyelesaian karya tulis ilmiah ini.
7. Bapak dan ibu Dosen STIKES Hang Tuah Surabaya, yang telah memberikan bekal bagi penulis melalui materi – materi kuliah yang penuh nilai dan makna dalam penyempurnaan penulisan karya tulis ilmiah ini, juga kepada seluruh tenaga administrasi yang tulus ikhlas melayani keperluan penulisan selama menjalani studi dan penulisannya.
8. Kepada sahabat–sahabat saya yang tergabung di grup WhatsApp “Bar-Bar” terima kasih yang selalu memberikan saya motivasi, cacian, makian dan dukungan.
9. Kepada teman – teman D – III yang telah melewati kebersamaan selama 3 tahun ini, saling memberikan motivasi dan dukungan untuk satu sama lain.
10. Kepada sebagian alumni SMA dari member “BAIPAS” terima kasih karena bisa meluangkan waktunya untuk menghilangkan stress.
11. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, terimakasih atas bantuannya. Penulis hanya bisa berdo’a semoga Allah SWT membalas amal baik semua pihak yang telah membantu dalam proses penyelesaian karya tulis ilmiah ini.

Selanjutnya, penulis menyadari bahwa karya tulis ilmiah ini masih banyak kekurangan dan masih jauh dari kesempurnaan. Maka dari itu saran dan kritik yang konstruktif senantiasa penulis harapkan.

Akhirnya penulis berharap, semoga karya tulis ilmiah ini dapat memberikan manfaat bagi siapa saja yang membaca terutama Civitas Stikes Hang Tuah.

Surabaya, 28 Februari 2020

POPPY ANANDA KLARISSA

NIM. 1720052

**DAFTAR ISI**

HALAMAN COVER ii

[HALAMAN PERNYATAAN iii](#_Toc32872822)

[HALAMAN PERSETUJUAN iv](#_Toc32872823)

[HALAMAN PENGESAHAN v](#_Toc32872824)

[Motto & Persembahan vi](#_Toc32872825)

[KATA PENGANTAR vii](#_Toc32872826)

[DAFTAR TABEL xiii](#_Toc32872827)

[DAFTAR GAMBAR xiv](#_Toc32872828)

[DAFTAR LAMPIRAN xv](#_Toc32872829)

[DAFTAR SINGKATAN xv](#_Toc32872829)

[**BAB 1**](#_Toc32872830)[**PENDAHULUHAN**](#_Toc32872831)

[1.1 Latar Belakang 1](#_Toc32872832)

[2.1 Rumusan Masalah 3](#_Toc32872833)

[3.1 Tujuan Penelitian 3](#_Toc32872834)

[3.1.1 Tujuan Umum 3](#_Toc32872835)

[3.1.2 Tujuan Khusus 4](#_Toc32872836)

[4.1 Manfaat Penelitian 4](#_Toc32872837)

[5.1 Metode Penulisan 5](#_Toc32872838)

[6.1 Sistematika Penulisan 6](#_Toc32872839)

[**BAB 2**](#_Toc32872840)[**TINJAUAN PUSTAKA**](#_Toc32872841)

[2.1 Konsep Penyakit 8](#_Toc32872842)

[2.1.1 Pengertian Faringitis Akut 8](#_Toc32872843)

[2.1.2 Etiologi 8](#_Toc32872844)

[2.1.3 Menifestasi Klinis 9](#_Toc32872845)

[2.1.4 Tanda Dan Gejala 11](#_Toc32872846)

[2.1.5 Patofisiologi 12](#_Toc32872847)

[2.1.6 Diagnosa Banding 13](#_Toc32872848)

[2.1.7 Komplikasi 13](#_Toc32872849)

[2.1.8 Pemeriksaan Penunjang 13](#_Toc32872850)

[2.1.9 Pencegahan 14](#_Toc32872851)

[2.1.10 Penatalaksanaan 14](#_Toc32872852)

[2.1.11 Dampak Masalah 15](#_Toc32872853)

[2.2 Konsep Anak 16](#_Toc32872854)

[2.2.1 Pengertian Tumbung Kembang 16](#_Toc32872855)

[2.2.2 Tumbuh Kembang Anak Usia 8 Sekolah 17](#_Toc32872856)

[2.3 Hospitalisasi 18](#_Toc32872857)

[2.4 Konsep Imunisasi 18](#_Toc32872858)

[2.4.1 Pengertian Imunisasi 18](#_Toc32872859)

[2.4.2 Lokasi Pemberian 19](#_Toc32872860)

[2.4.3 Jenis Vaksin 20](#_Toc32872862)

[2.5 Nutrisi Pada Anak Usia Pra Sekolah 21](#_Toc32872863)

[2.5.1 Pengertian 21](#_Toc32872864)

[2.5.2 Tujuan Pemberian Nutrisi 22](#_Toc32872865)

[2.5.3 Karakteristik Terkait dengan Pemenuhan kebutuhan Nutrisi 22](#_Toc32872866)

[2.5.4 Status Gizi Anak Usia 8 Tahun 22](#_Toc32872867)

[2.6 Asuhan Keperawatan 23](#_Toc32872868)

[2.7 Kerangka Masalah 32](#_Toc32872869)

[**BAB 3**](#_Toc32872870)  [**TINJAUAN KASUS**](#_Toc32872871)

[3.1 Pengkajian 33](#_Toc32872872)

[3.1.1 Identitas 33](#_Toc32872873)

[3.1.2 Keluhan Utama 33](#_Toc32872874)

[3.1.3 Riwayat Penyakit Sekarang 33](#_Toc32872875)

[3.1.4 Riwayat Kehamilan dan Persalinan 34](#_Toc32872876)

[3.1.5 Riwayat Masa Lampau 35](#_Toc32872877)

[3.1.6 Pengkajian Keluarga 36](#_Toc32872878)

[3.1.7 Riwayat Sosial 36](#_Toc32872879)

[3.1.8 Kebutuhan Dasar 37](#_Toc32872880)

[3.1.9 Keadaan Umum 38](#_Toc32872881)

[3.1.10 Tanda – tanda Vital 39](#_Toc32872882)

[3.1.11 Pemeriksaan Fisik (inspeksi, palpasi, perkusi, auskultasi) 39](#_Toc32872883)

[3.1.12 Tingkat Perkembangan 41](#_Toc32872884)

[3.1.13 Pemeriksaan Penunjang 42](#_Toc32872885)

[3.2 Analisi Data 44](#_Toc32872886)

[3.3 Prioritas Masalah 45](#_Toc32872887)

[3.4 Rencana Keperawatan 46](#_Toc32872888)

[3.5 Tindakan dan Evaluasi Keperawatan 48](#_Toc32872889)

[**BAB 4**](#_Toc32872891)  [**PEMBAHASAN**](#_Toc32872892)

[4.1 Pengkajian 52](#_Toc32872893)

[4.2 Diagnosa Keperawatan 54](#_Toc32872894)

[4.3 Perencanaan 55](#_Toc32872895)

[4.4 Pelaksanakan 56](#_Toc32872896)

[4.5 Evaluasi 57](#_Toc32872897)

[**BAB 5**](#_Toc32872898)  [**PENUTUP**](#_Toc32872899)

[5.1 Kesimpulan 53](#_Toc32872900)

[5.2 Saran 54](#_Toc32872901)

[**DAFTAR PUSTAKA** 55](#_Toc32872902)

# DAFTAR TABEL

[Tabel 2. 1 Cara Pemberian Imunisasi Dasar 19](#_Toc32948436)

[Tabel 2. 2Waktu Pemberian Imunisasi Dasar 20](#_Toc32948437)

[Tabel 3. 1Analisis Data Pada Pasien Dengan Diagnosa Faringitis 44](#_Toc32957368)

[Tabel 3. 2 Prioritas Masalah Pada Pasien Dengan Diagnosa Faringitis 45](#_Toc32957369)

[Tabel 3. 3 Rencana keperawatan Pada Pasien Dengan Diagnosa Faringitis 46](#_Toc32957370)

[Tabel 3. 4Tindakan dan Evaluasi Keperawatan Pada Pasien dengan Diagnosa Faringitis 48](#_Toc32957371)

# DAFTAR GAMBAR

[Gambar 2. 1Kerangka Masalah 32](#_Toc32949272)

[Gambar 3. 1Genogram 36](#_Toc32949372)

# DAFTAR LAMPIRAN

[LAMPIRAN 1 SOP Cuci Tangan 58](#_Toc32952876)

[LAMPIRAN 2 SOP Pemberian Obat IV 60](#_Toc32952877)

# DAFTAR SINGKATAN

BAB : Buang Air Besar

BAK : Buang Air Kecil

BCG :Bacillus Calmette Guerin

DPT : Difteria, Pertusis, Tetanus

DT : Difteria Tetanus

WBC : White Blood Culture

PLT : Platelet/Trombosit

HGB : Hemoglobin

HCT : Hematokrit

SMRS: Sebelum masuk rumah sakit

MRS : Masuk Rumah Sakit

N : Nadi

RR : Respirtory Rate

S : Suhu

TD : Tekanan darah

SAP : Satuan Acara Penyuluhan

TTV : Tanda-tanda Vital

# BAB 1

# PENDAHULUHAN

1. **Latar Belakang**

Faringitis adalah inflamasi atau peradangan pada faring yakni, salah satu organ di dalam tenggorokan yang menghubungkan rongga belakang hidung dengan bagian belakang mulut. Dalam kondisi ini tenggorokan akan terasa gatal dan sulit menelan, Medicinenet (2017). Penyakit ini banyak dijumpai pada anak-anak, paling sering disebabkan oleh berbagai jenis streptococus. Pada pemeriksaan patologi anatomis ditemukan jaringan faring membengkak berwarna kemerahan karena peradangan, dan dalam kripta terdapat banyak leukosit, sel epitel yang sudah mati dan kuman patogen. Gambaran klinis terdapat nyeri tenggorokan, mulut berbau, nyeri menelan kadang disertai otalgia (sakit ditelinga), demam tinggi dan pembesaran kelenjar submandibula. Pada pemeriksaan tenggorokan ditemukan faring yang hipertermia, kadang didapatkan bercak kuning keabu-abuan yang dapat meluas mebentuk seperti membran. Bercak menutup kripta dan terdiri dari leukosit, sel epitel yang sudah mati dan kuman patogen, Ngastiyah (2012) (Tefa, 2019).

Infeksi pernafasan bawah akut terbagi atas croup (epiglotitis dan laringo, trakeo, bronkitis), dan berdasarkan hasil utama Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) tahun 2018, di Indonesia prevalensi saluran nafas bawah berdasarkan diagnosis tenaga kesehatan terdapat sebanyak 2%, disbandingkan dengan hasil RISKESDAS 2013 yang sebesar 1,6%, period prevanlence pneumonia pada tahun 2018 mengalami peningkatan sebanyak 04% (Kemenkes, 2018)

Sedangkan data yang diperoleh dari ruang Pav. V Rumkital Dr. Ramelan Surabaya, angka kejadian faringitis di ruang Pav. V Rumkital Dr. Ramelan Surabaya pada bulan Maret 2019 sampai bulan Januari 2020 tercatat sebanyak 833 pasien yang rawat inap dan pasien dengan diagnosa medis faringitis sebesar 17 pasien yang dirawat di ruang Pav. V Rumkital Dr. Ramelan Surabaya, dengan diagnosa yang muncul Hipertermi berhubungan dengan proses inflamasi penyakit pada faring (100%), Resiko ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan adanya anoreksi (60%), intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan (40%), gangguan persepsi sensori pendengaran berhubungan dengan adanya obstruksi pada tuba eustasius (25%).

Faringitis merupakan Infeksi Saluran Pernapasan Atas (ISPA) yang terjadi karena virus dan bakteri. Virus-virus yang dapat menyebabkan penyakit faringitis yaitu : Virus Epstein Barr (*Epstein Barr Virus,* EBV) disertai dengan gejala infeksi mononukleus seperti spenomegali dan limfadenopati generalisita, infeksi virus campak, cytomegalo virus, virus rubella, virus penyebab penyakit respiratori seperti adenovirus, rhinovirus, virus parainfluenza. Penularan terjadi melalui droplet. Kuman menginfiltrasi lapisan epitel kemudian epitel terkikis maka jaringan limfoid superficial bereaksi, terjadi pembendungan radang dengan menginfiltrasi leukosit poli morfonuklear. Pada stadium awal terjadi hiperemesis, kemudian odema dan sekresi meningkat. Eksudat mula-mula serosa tapi menjadi menebal dan cenderung kering dan dapat melekat pada dinding faring. Hiperemesis, mengakibatkan pembulu darah dinding faring menjadi lebar. Bentuk sumbatan yang berwarna kuning, putih atau abu-abu terdapat pada folikel atau jaringan limfoid dan bercak-bercak pada dinding posterior atau terletak lebih kelateral menjadi meradang dan membengkak sehingga timbul radang pada tenggorokan atau faringitis. Faringitis dapat ditandai dengan, faringitis akut membran faringitis tampak merah, folikel tonsil dan limfoid membengkak dan diselimuti oleh eksudat, nodus limfe servikal membesar dan mengeras, mungkin terdapat demam malaise dan sakit tenggorokan, serak, batuk, rhinitis bukan hal yang tidak lazim. Faringitis kronis dapat ditandai dengan rasa iritasi dan sesak yang konstan pada tenggorokan, lendir yang terkumpul dalam tenggorokan dan dikeluarkan dengan batuk, kesulitan menelan (Nurarif and Huda, 2015)

Sebagai perawat, penatalaksanaan yang dapat diberikan adalah pemahaman kepada pasien tentang pentingnya asupan makanan dalam tubuh terpenuhi. Selain itu penulis juga memberikan pengetahuan tentang teknik manajemen nyeri pada pasien dan keluarga, dengan cara memberikan kompres air biasa. Kompres air diberikan pada bagian lipatan tubuh misalnya, pada bagian ketiak atau lipatan paha.

1. **Rumusan Masalah**

Untuk mengetahui lebih lanjut dari perawatan penyakit ini maka penulis ini akan melakukan kajian lebih lanjut dengan melakukan asuhan keperawatan Faringitis Akut dengan membuat rumusan masalah sebagai berikut “Bagaimanakah asuhan keperawatan pada anak dengan diagnosa Faringitis di ruang anak Pav 5 Rumkital Dr. Remelan Surabaya”.

1. **Tujuan Penelitian**
2. **Tujuan Umum**

Mahasiswa mampu mengidentifikasi asuhan keperawatan pada klien dengan diagnosa Faringitis di ruang anak Pav 5 Rumkital Dr. Ramelan Surabaya.

1. **Tujuan Khusus**
2. Mengkaji klien dengan diagnosa Faringitis di ruang anak Pav 5 Rumkital Dr. Ramelan Surabaya.
3. Merumuskan diagnosa keperawatan pada klien dengan diagnosa Faringitis di ruang anak Pav 5 Rumkital Dr. Ramelan Surabaya.
4. Merencanakan asuhan keperawatan pada klien dengan diagnosa Faringitis di ruang anak Pav 5 Rumkital Dr. Ramelan Surabaya.
5. Melaksanakan asuhan keperawatan pada klien dengan diagnosa Faringitis di ruang anak Pav 5 Rumkital Dr. Ramelan Surabaya.
6. Mengevaluasi klien dengan diagnosa Faringitis di ruang anak Pav 5 Rumkital Dr. Ramelan Surabaya.
7. Mendokumentasikan asuhan keperawatan klien dengan diagnosa Faringitis di ruang anak Pav 5 Rumkital Dr. Ramelan Surabaya.
8. **Manfaat Penelitian**
9. Secara teoritis, hasil studi kasus ini merupakan sumbangan bagi ilmu pengetahuan khususnya dalam hal asuhan keperawatan pada klien Faringitis.
10. Secara praktis, tugas akhir ini akan bermanfaat bagi :
11. Bagi Pelayanan Keperawatan Rumah Sakit

Hasil studi kasus ini, dapat menjadi masukan bagi pelayanan di rumah sakit agar dapat melakukan asuhan keperawatan klien Faringitis dengan baik.

1. Bagi Peneliti

Hasil penelitian ini dapat menjadi salah satu rujukan bagi peneliti berikutnya, yang akan melakukan studi kasus pada asuhan keperawatan pada klien Faringitis.

1. Bagi Profesi Kesehatan

Sebagai tambahan ilmu bagi profesi keperawatan dan memberikan pemahaman yang lebih baik tentang asuhan keperawatan pada klien Faringitis.

1. **Metode Penulisan**
2. **Metode**

Metode deskriptif yaitu metode yang sifatnya mengungkapkan peristiwa atau gejala yang terjadi pada waktu sekarang yang meliputi studi kepustakaan yang mempelajari, mengumpulkan, membahas data dengan studi pendekatan proses keperawatan dengan langkah- langkah pengkajian, diagnosis, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

1. **Teknik Pengumpulan Data**
2. Wawancara

Data diambil/ diperoleh melalui percakapan baik dengan klien, keluarga maupun tim kesehatan lain.

1. Observasi
2. Data yang diambil melalui percakapan baik dengan klien, keluarga maupun tim kesehatan lain.
3. Pemeriksaan

Meliputi pemeriksaan fisik dan laboratorium yang dapat menunjang menegakkan diagnose dan penanganan selanjutnya.

1. **Sumber Data**
2. Data Primer

Data primer adalah data yang diperoleh dari klien.

1. Data Sekunder

Data sekunder adalah data yang diperoleh dari keluarga atau orang terdekat klien, catatan medik perawat, hasil- hasil pemeriksaan dan tim kesehatan lain.

1. **Studi Kepustakaan**

Studi kepustakaan yaitu mempelajari buku sumber yang berhubungan dengan judul studi kasus dan masalah yang dibahas.

**5.2 Sistematika Penulisan**

Supaya lebih jelas dan lebih mudah dalam mempelajari dan memahami studi kasus ini, secara keseluruhan di bagi menjadi tiga bagian, yaitu :

1. Bagian awal, memuat halaman judul, persetujuan komisi pembimbing, pengesahan, motto dan persembahan, kata pengantar, daftar isi.
2. Bagian inti, terdiri dari lima bab, yang masing- masing bab terdiri dari sub berikut ini :

BAB 1 : Pendahuluan, berisi tentang latar belakang masalah, tujuan, manfaat penelitian, dan sistematika penulisan studi kasus.

BAB 2 : Tinjauan pustaka, berisi tentang konsep penyakit dari sudut medis dan asuhan keperawatan klien dengan diagnosa Faringitis Akut, serta kerangka masalah.

BAB 3 : Tinjauan Kasus berisi tentang diskripsi data hasil pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

BAB 4 : Pembahasan berisi tentang perbandingan antara teori dengan kenyataan yang ada dilapangan.

BAB 5 : Penutup, berisi tentang simpulan dan saran.

1. Bagian akhir, terdiri dari daftar pustaka dan lampiran.

**BAB 2**

**TINJAUAN PUSTAKA**

1. **Konsep Penyakit**
2. **Pengertian Faringitis Akut**

Faringitis akut digunakan untuk menunjukkan semua infeksi akut pada faring, termasuk tonsillitis (tonsilofaringitis) yang berlangsung hingga 14 hari. Faringitis merupakan peradangan akut membran mukosa faring dan struktur lain di sekitarnya. Karena letaknya yang sangat dengan hidung dan tonsil, jarang terjadi hanya infeksi local faring atau tonsil. Oleh karena itu, pengertian faringitis secara luas mencakup tonsillitis, nasofaringitis, dan tonsilofaringitis. Infeksi pada daerah faring dan sekitarnya ditandai dengan keluhan nyeri tenggorokkan. Faringitis Streptokokus beta hemolitikus grup A (SBHGA) adalah infeksi akut orofaring dan nasofaring oleh SBHGA (Jenson HB, Marcdante KJ, Kliegman RM, 2014).

1. **Etiologi**

Berbagai bakteri dan virus dapat menjadi etiologi faringitis, baik faringitis sebagai manifestasi tunggal maupun sebagai dari penyakit lain. Virus merupakan etiologi terbanyak faringitis akut, terutama pada anak berusia kurang lebih 3 tahun (pra sekolah). Virus penyebab penyakit respiratori seperti *Adenovirus Rhinovirus*, dan virus Parainflienza dapat menjadi penyebab faringitis, tetapi disertai dengan gejala infeksi mononucleosis seperti splenomegali dan limfadenopati generalisata. Infeksi sistemik seperti infeksi virus campak *Cytomegalovirus* (CMV), virus Rubella, dan berbagai virus lainnya juga dapat menunjukkan gejala faringitis akut.

Streptokokus beta hemolitikus grup A adalah bakteri penyebab terbanyak faringitis akut. Bakteri tersebut mencakup 15-30% (diluar kejadian epidemik) dari penyebab faringitis pada anak, sedangkan pada dewasa hanya sekitar 5-10% kasus. Streptokokus Grup A biasanya bukan merupakan penyebab yang umum pada anak usia prasekolah, tetapi pernah dilaporkan terjadi *outbreak* ditempat penitipan anak (day care).

Mikroorganisme seperti Klamida dan Mikoplasma dilaporkan dapat menyebabkan infeksi, tetapi sangat jarang terjadi. Di Negara Inggris dan Skandinavia pernah dilaporkan infeksi *Arcobacterium haemolyticum.* Beberapa bakteri dapat melakukan proliferasi ketika sedang terjadi infeksi virus (*copathogen bacterial*) dan dapat ditemukan pada kultur, tetapi biasanya bukan merupakan penyebab dari faringitis atau tonsilofaringitis akut. Beberapa bakteri tersebut adalah *Staphylococcus aureus*, *Haemophilus influenza,* *Moraxella catarrhalis, Bacteroides oralis, Bacteroides melaninogenicus,*spesies *Fusobacterium,* dan spesies *Peptostreptococcus* (Rahajoe NN, Supriyatno B, 2015)*.*

1. **Menifestasi Klinis**

Dikutip dari (Rahajoe NN, Supriyatno B, 2015) gejala faringitis yang khas akibat bakteri Streptokokus berupa nyeri tenggorokan dengan mendadak, disfagia, dan demam. Urutan gejala yang biasanya dikeluhkan oleh anak berusia diatas 2 tahun adalah nyeri kepala, nyeri perut, dan muntah. Selain itu juga didapatkan demam yang dapat mencapai suhu 40°C, beberapa jam kemudian terdapat nyeri tenggorok. Gejala seperti rinorea, suara serak, batuk, konjungtivitis, dan diare biasanya disebabkan oleh virus. Kontak dengan pasien rhinitis juga dapat ditemukan pada anamnesis.

Pada pemeriksaan fisik, tidak semua pasien tonsilo faringitis akut Streptokokus menunjukkan tanda infeksi Streptokokus, yaitu eritema pada tonsil dan faring yan disertai dengan pembesaran tonsil.

Faringitis streptokokus sangat mungkin jika dijumpai gejala dan tanda berikut :

1. Faring hiperemis
2. Demam
3. Nyeri tenggorokan
4. Tonsil bengkak dengan eksudasi
5. Kelenjar getah bening leher anterior bengkak dan nyeri
6. Uvula bengkak dan merah
7. Ekskoriasi hidung disertai lesi impetigo sekunder
8. Ruam skarlatina
9. Petekie palatum mole.

Akan tetapi, penemuan tersebut bukan merupakan tanda pasif faringgitis Streptokokus, karena dapat juga ditemukan pada penyabab tonsiofaringitis yang lain.

Sedangkan bila dijumpai gejala dan tanda berikut ini, maka kemungkinan besar bukan faringgitis streptokokus :

1. Usia di bawah 3 tahun
2. Kelainan melibatkan beberapa mukosa
3. Konjuntivitis, diare, batuk, pilek, suara serak
4. Mengi, ronki di paru
5. Eksantem ulseratif

Tanda khas faringitis difteri adalah membrane asimetris, mudah berdarah, dan berwarna kelabu pada faring. Membrane tersebut dapat meluas dari batas anterior tonsil hingga ke palatum mole atau ke uvula.

Pada faringitis akibat virus, dapat juga ditemukan ulkus di palatum mole dan dinding faring serta eksudat di palatum tonsil, tetapi sulit dibedakan dengan eksudat pada faringitis Streptokokus. Gejala yang timbul dapat menghilang dalam 24 jam, berlangsung 4-10 hari (self limiting disease), jarang menumbulkan komplikasi, dan memiliki prognosis yang baik.

1. **Tanda Dan Gejala**

Tanda dan gejala yang ditimbulkan faringitis akut tergantung pada bakteri yang menginfeksi. Pada pasien faringitis yang disebabkan oleh bakteri Streptokokus hemolitikus :

1. Diawali perasaan yang tiba – tiba dingin
2. Demam
3. Malaise
4. Sakit kepala
5. Sakit punggung kaki dan tangan
6. Konstipasi
7. Anoreksia
8. Bayi dapat terjadi kejang

Beberapa hari kemudian tenggorokan akan terasa kering dan sakit, pholtagia, disfagia, odinofagia, bau mulut, eksudat yang kental dan sukar dibuang, dan kadang terdapat bercak merah karena scarlet fever (Nasution, 2008).

1. **Patofisiologi**

Menurut Arif Mansjoer (2008) pathofisiologi dari faringitis akut adalah penularan terjadi melalui droplet. Kuman menginfiltrasi lapisan epitel kemudian bila epitel terkikis maka jaringan limfoid superficial beraksi terjadi pembendungan radang dengan infiltrasi leukosit polimorfonuklear. Pada stadium awal terdapat hipertermi, kemudian odem dan sekresi yang meningkat. Eksudat mula-mula serosa tapi menjadi menebal dan cenderung menjadi kering dan dapat melekat pada dinding faring. Dengan hipertermi, pembulu darah dinding faring menjadi lebar. Bentuk sumbatan yang berwarna kuning, putih atau abu-abu terdapat folikel atau jaringan limfoid. Tampak bahwa folikel dan bercak-bercak pada faring posterior atau terletak lebih ke lateral menjadi meradang dan membengkak sehingga timbul radang pada tenggorokan atau faringitis (Mansjoer, Suprohaita and Setiowulan, 2008).

Menurut Ikatan Dokter Anak Indonesia (2015) patogenesis dari faringitis akut yaitu bakteri maupun virus dapat secara langsung menginfasi mukosa faring yang kemudian menyebabkan respon peradangan lokal. *Rhinovirus* menyebabkan iritasi mukosa faring skunder akibat sekresi nasal. Sebagian besar peradangan melibatkan nasofaring, uvula, palatum mole. Perjalanan penyakitnya ialah terjadi inokulasi dari agen infeksius di faring yang menyebabkan peradangan local, sehingga menyebabkan eritema faring, tonsil atau keduanya. Infeksi streptokokus ditandai dengan invasi lokal serta penglepasan toksin ekstraselular dan protease. Transmisi dan virus yang khusus dan SBHGA terutama terjadi akibat kontak tangan dengan secret hidung dibandingkan dengan kontak oral. Gejala akan tampak setelah masa inkubasi yang pendek, yaitu 24-72 jam (Rahajoe NN, Supriyatno B, 2015).

1. **Diagnosa Banding**

Diagnosis banding infeksi faringitis termasuk infeksi local pada rongga mulut, abses retrofaringeal (S. aureus, streptokokkus, anaerob), difteri (apabila tidak diimunisasikan), abses peritonsilar (infeksi akut tonsil yang memicu terjadinya abses peritonsilar, nyeri tenggorokan atau pembengkakkan tonsil unilateral yang disebabkan oleh streptokokkus anaerob, atau walaupun jarang terjadi, S. aureus) dan epiglotitis (Jenson HB, Marcdante KJ, Kliegman RM, 2014).

1. **Komplikasi**

Kejadian komplikasi pada faringitis akut virus sangat jarang. Beberapa kasus dapat berlanjut menjadi otitis media purulen bakteri. Pada faringitis bakteri dan virus dapat ditemukan komplikasi ulkus kronik yang cukup luas.

Komplikasi faringitis bakteri terjadi akibat perluasan langsung atau secara hematogen. Akibat perluasan langsung, faringitis dapat berlanjut menjadi rinosinusitis, otitis media, mastoiditis, adenitis servikal, abses retrofaringeal atau parafaringeal, atau pneumonia (Rahajoe NN, Supriyatno B, 2015).

1. **Pemeriksaan Penunjang**
2. Leukosit : Terjadi peningkatan
3. Hemoglobin : Terjadi penurunan
4. Usap tonsil untuk pemeriksaan kultur bakteri dan tes sensitifitas obat (Nurarif and Huda, 2015).
5. **Pencegahan**
6. Menghindari makanan dan minum yang bersifat dingin.
7. Menghindari makanan yang memakai perasa dan bahan pengawet.
8. Memakai masker dikawasan yang berdebu dan berpolusi.
9. Minum suplemen dan olah raga secara teratur untuk menjaga daya tahan tubuh.
10. Berkumur-kumur dengan air garam minimal 3-4 kali sehari.
11. Mengkompres dengan air hangat di area leher.
12. Istirahat dan tidur yang cukup.
13. Pemberian profilaksis antimicrobial dengan penisilin V oral mencegah infeksi streptokokus berulang dan direkomendasikan hanya untuk mencegah terjadinya demam reumatik (Jenson HB, Marcdante KJ, Kliegman RM, 2014)
14. **Penatalaksanaan**

Menurut Wong (2009) penatalaksanaan terapeutik dari faringitis akut jika terjadi infeksi tenggorokan akibat Streptokokus, penisilin oral dapat diberikan dengan dosis yang cukup untuk mengendalikan manifestasi local akut. Penicillin memang tidak mencegah perkembangan glomerunefritis akut pada anak-anak yang rentan namun dapat mencegah penyebab strein nefrogenik dari streptokokus hemolitik grup A ke anggota keluarga lainnya. Antibiotic lain yang digunakan untuk mengobati streptokokus hemolitik grup A adalah eritromisin, azitromisin, klaritromisin, sefaloporin seperti sefdinir (omnicef) dan amoksisilin .

Jika diduga faringitis streptokokus (biasanya pada anak usia 3 tahun atau lebih), berikan Benzatin penisilin (suntikan tunggal) 600.000 unit untuk anak usia dibawah 5 tahun, 1.200.000 unit untuk usia 5 tahun atau lebih. Ampisilin atau amoksisilin selam 10 hari atau penisilin V (fenoksimetilpenisilin) 2-4 kali sehari selama 10 hari. Kortrimolsasol tidak direkomendasikan untuk nyeri tenggorokan yang disebabkan oleh streptokokus karena tidak efektif, jika penisilin V digunakan berikan 125mg dua kali sehari semala 10 hari (Jenson HB, Marcdante KJ, Kliegman RM, 2014).

1. **Dampak Masalah**

Menurut pendapat Wong (2009) menyebutkan dampak masalah dari

faringitis akut adalah :

1. Peningkatan Suhu Tubuh

Terjadinya peningkatan suhu tubuh karena adanya proses inflamasi karena peradangan pada tonsil.

1. Gangguan Pola Napas

Karena adanya edema pada tonsil, keduanya dapat bertemu di garis tengah (*kissing tonsils*) yang menyumbat jalan napas atau makanan.

1. Pola Nutrisi

Adanya nyeri telan menyebabkan pola nutrisi terganggu.

1. **Konsep Anak**
2. **Pengertian Tumbung Kembang**

Pertumbuhan adalah bertambahnya ukuran dan jumlah sel serta jaringan interseluler, berarti bertambahnya ukuran fisik dan stuktur tubuh sebagian atau keseluruhan sehingga dapat diukur dengan satuan panjang dan berat (Kemenkes RI,2015)

Pertumbuhan adalah penigkatan jumlah dan ukuran, besarnya sel diseluruh bagian tubuh yang secara kuantitatif dapat diukur, pertumbuhan fisik merupakan hal yang kuantitatif atau dapat diukur, aspek peningkatan ukuran fisik individu sebagai hasil peningkatan dalam jumlah sel. Indicator ukuran pertumbuhan meliputi perubahan tinggi dan berat badan, gigi, struktur skelet, dan karakteristik seksual (Whaley dan Wong, 2004)

Perkembangan adalah bertambahnya kemampuan dalam struktur dan fungsi tubuh yang lebih kompleks dalam pola yang teratur dan dapat diramalkan, sebagai hasil dari proses pematangan. Di sini menyangkut adanya proses diferensiasi sel – sel tubuh, jaringan tubuh, organ-organ, dan sistem organ yang berkembang sedekimian rupa sehingga masing-masing dapat memenuhi fungsinya. Termasuk juga perkembangan emosi, intelektual, dan tingkah laku sebagai hasil interaksi dengan lingkungannya.

Perkembangan adalah bertambahnya struktur dan fungsi tubuh yang lebih kompleks dalam kemampuan gerak kasar dan gerak halus, bicara dan bahasa, serta sosialisasi dan kemandirian (Kemenkes RI, 2015)

Secara garis besar, menurut Markum (2002) tumbuh kembang menjadi tiga sebagai berikut.

1. Tumbuh kembang fisik

Tumbuh kembang fisik meliputi perubahan dalam ukuran besar dan fungsi organism atau individu. Perubahan ini bervariasi dari fungsi tingkat molekuler yang sederhana seperti aktivasi enzim terhadap diferensiasi sel sampai kepada proses metabolism yang kompleks dan perubahan bentuk fisik di masa pubertas.

1. Tumbuh kembang intektual

Tumbuh kembang intektual berkaitan dengan kepandaian berkomunikasidan kemampuan menangani materi yang bersifat abstrak dan simbolik, seperti bermain, berbicara, berhitung, atau membaca.

1. Tumbuh kembang emosionnal

Proses tumbuh kembang emosional bergantung pada kemampuan bayi untuk membentuk ikatan batin, dam kemampuan untuk bercinta kasih (Rivanica, Rhipiduri S.Si.T. and Oxyandi, Miming, S.Kep., Ners., 2016).

1. **Tumbuh Kembang Anak Usia 8 Sekolah**

Usia 8 tahun (umunya mereka akan meluap –luap kadang menjadi dramatis dan rasa ingin tahunya mencolok), antara lain :

1. Memliki sifat serba ingin tahu.
2. Semakin memahami tanggung jawab atas apa yang dilakukannya.
3. Lebih senang memuji.
4. Bersikap kritis pada berbagai hal.
5. Mulai mau bekerja dengan orang lain (Rivanica, Rhipiduri S.Si.T. and Oxyandi, Miming, S.Kep., Ners., 2016).
6. **Hospitalisasi**

Hospitalisasi merupakan suatu proses karena suatu alasan yang berencana atau darurat, mengharuskan anak untuk tinggal di rumah sakit, menjalani terapi dan perawatan sampai pemulangannya kembali kerumah.

Berbagai perasaan yang sering mucul pada anak, yaitu cemas, marah sedih, takut, dan rasa bersalah (Wong, 2000). Perasaan tersebut dapat timbul karena menghadapi sesuatu yang baru dan belum pernah dialami sebelumnya, rasa tidak nyaman, perasaan kehilangan sesuatu yang biasa dialaminya, dan sesuatu yang di rasakan menyakitkan.

Hospitalisasi menurut usia pada masa sekolah (6-12 Tahun) Perawatan anak dirumah sakit memaksa anak untuk berpisah dengan lingkungan yang dicintainya, yaitu keluarga dan terutama kelompok sosialnya dan menimbulkan kecemasan, kehilangan kontrol juga terjadi akibat di rawat di rumah sakit karena adanya pembatasan aktivitas. Kehilangan kontrol tersebut berdapak pada perubahan peran dalam keluarga, anak kehilangan kelompok social, perasaan takut mati, dan adanya kelemahan fisik. Reaksi terhadap perlukaan atau rasa nyeri akan ditunjukkan dengan ekspresi baik secara verbal maupun non verbal karena anak sekolah mampu mengontrol perilakunya jika merasa nyeri, yaitu dengan mengigit bibir atau mengigit dan memegang sesuatu dengan erat (Supartini, Yupi, S.Kp, 2012).

1. **Konsep Imunisasi**
2. **Pengertian Imunisasi**

Imunisasi berasal dari kata imun, kebal atau resistan. Imunisasi adalah upaya untuk menimbulkan kekebalan atau resisten terhadap suatu penyakit tetapi belum tentu kebal terhadap penyakit yang lain. Jadi imunisasi merupakan suatu upaya untuk menimbulkan atau meningkatkan kekebalan seseorang secara aktif terhadap suatu penyakit, sehingga apabila suatu saat terpanjan dengan penyakit tersebut tidak akan sakit atau sakit hanya mengalami sakit ringan (Kemenkes, 2015).

Imunisasi adalah suatu upaya untuk mendapatkan kekebalan tubuh terhadap suatu penyakit, dengan memasukkan kuman atau produk kuman yang sudah dilemahkan atau dimatikan. Dengan memasukkan kuman atau bibit penyakit tersebut diharapkan tubuh dapat menghasilkan zat anti yang pada akhirnya nanti digunakan tubuh untuk melawan kuman atau bibit penyakit yang menyerang tubuh (BKKBN dalam Marimbi, 2010) (Rivanica, Rhipiduri S.Si.T. and Oxyandi, Miming, S.Kep., Ners., 2016).

1. **Lokasi Pemberian**

Berikut ini cara pemberian imunisasi dasar :

Tabel 2. 1 Cara Pemberian Imunisasi Dasar

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Vaksin** | **Dosis** | **Cara Pemberian** |
| BCG | 0,05 cc | Intracutan tepat di insersio muskulus deltoideus kanan |
| DPT | 0,5 cc | Intramuscular |
| Polio | 2 tetes | Diteteskan dimulut |
| Campak | 0,5 cc | Subcutan, biasanya dilengan kiri atas |
| Hepatits B | 0,5 cc | Intramuscular pada paha bagian luar |
| TT | 0,5 cc | Intramuscular dalam, biasanya di muskulus dltoideus |

Berikut waktu pemberian imunisasi dasar :

Tabel 2. 2Waktu Pemberian Imunisasi Dasar

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Vaksin** | **Pemberian imunisasi** | **Selang waktu pemberian** | **Umur pemberian** | **Keterangan** |
| BCG | 1 kali | - | 0-11 bulan | - |
| DPT | 3 kali | 4 minggu | 2-11 bulan | - |
| Polio | 4 kali | 4 minggu | 0-11 bulan | - |
| Campak | 1 kali | 4 minggu | 9-11 bulan | - |
| Hepatitis B | 2 kali | 4 minggu | 0-11 bulan | Untuk bayi yang lahir di RS/ Puskesmas. Hepatitis B, BCG dan Polio dapat diberikan segera. |

1. **Jenis Vaksin**
2. Vaksin BCG

Vaksin BCG untuk membuat kekebalan aktif terhadap penyakit TBC (tuberculosis). Vaksin BCG ini mengandung kuman BCG yang masi hidup, jenis kuman TBC ini dilemahkan. Diberikan bayi usia 0-11 bulan, tetapi sebaiknya diberikan sebelum usia 2 bulan dengan dosis 0,05 cc intracutan.

1. Vaksin DPT (Difteria, Pertusis, Tetanus)

Vaksin DPT untuk memberikan kekebalan aktif dalam waktu yang bersamaan terhadap penyakit difteri, pertusis, dan tetanus. Diberikan pada bayi usia 2 bulan semakin banyak 3 kali suntikan dengan selang 4 minggu secara intramuscular atau subcutan.

1. Vaksin Polio

Vaksin polio diberikan untuk kekebalan terhadap poliomyelitis. Vaksin polio disimpan dalam kemasan. Vaksin mengandung virus polio yang sudah dimatikan (vaksin salk). Diberikan sejak anak baru lahir pada usia 2-11 bulan dan diberi sebanyak 3 kali pemberian dengan dosis 2 tetes dengan interval 4 minggu.

1. Vaksin Hepatitis B

Untuk mendapatkan kekebalan aktif terhadap penyakit Hepatitis B. Vaksin terbuat dari bagian virus Hepatitis B yang dinamakan HbsAg. HbsAg ini diperoleh dari serum manusia atau dengan cara rekayasa genetic dengan bantuan sel alergi. Imunisasi aktif dilakukan dengan pemberian suntikan dasar sebanyak 3 kali, suntikan ke 1 dan ke 2 jaraknya 1 bulan. Suntikan ke 2 dan ke 3 jaraknya 5 bulan. Imunisasi ulang diberikan 5 tahun setelah imunisasi dasar.

1. Vaksin Campak

Mendapatkan kekebalan terhadap penyakit campak secara aktif. Vaksin campak mengandung virus campak yang telah dilemahkan. Diberikan pada usia 9 bulan dan lebih dari 1 tahun, karena campak diberikan hanya 1 kali pemberian untuk seumur hidup. Dengan dosis 0,5 cc apabila diberikan kurang dari 9 bulan harus diulangi pada usia 11 bulan.

1. **Nutrisi Pada Anak Usia Pra Sekolah**
2. **Pengertian**

Gizi berasal dari bahasa arab “Ghidza” artinya adalah makanan, gizi dalam bahasa inggris disebut nutrition, gizi merupakan rangkaian proses secara organic makanan yang di cerna oleh tubuh untuk memenuhi kebutuhan pertumbuhan dan fungsi normal organ serta mempertahankan kehidupan seseorang (Mardalena 2017). Status gizi adalah tingkat kesehatan yang di capai seseorang akibat mengkonsumsi makanan. Status gizi juga di artikan sebagai ekspresi dari keadaan keseimbangan dalam bentuk variable tertentu atau perwujudan dari nutrietur dalam bentuk variable tertentu (Faizi, 2018)

1. **Tujuan Pemberian Nutrisi**

Dalam melaksanakan pemberian makanan yang sebaik – baiknya kepada bayi dan anak, bertujuan sebagai berikut :

1. Memberikan nutrient yang cukup untuk kebutuhan dalam memelihara kesehatan, dan memulihkannya bila sakit, melaksanakan berbagai jenis aktivitas, pertumbuhan dan perkembangan jasmani serta psokomotor.
2. Mendidik kebiasaan yang baik tentang memakan, menyukai dan menentukan makanan yang diperlukan.
3. **Karakteristik Terkait dengan Pemenuhan kebutuhan Nutrisi**

Anak pra sekolah menalami pertumbuhan sedikit lambat. Kebutuhan kalorinya adalah 85 kkal per kg BB. Beberapa karakteristik yang terkait dengan pemenuhan kebutuhan nutrisi yang perlu diperhatikan pada anak prasekolah adalah sebagai berikut :

1. Nafsu makan berkurang.
2. Anak lebih tertarik pada aktivitas bermain dengan teman atau lingkungannya daripada makan.
3. Anak mulai senang mencoba jenis makanan baru.
4. Waktu makan merupakan kesempatan yang baik bagi anak untuk belajar dan bersosialisasi dengan keluarga (Supartini, Yupi, S.Kp, 2012).
5. **Status Gizi Anak Usia 8 Tahun**

Status gizi makro pada anak usia 8 tahun

1. Energi : 1600 kkal
2. Protein : 35 gram
3. Lemak : 62 gram
4. Karbohidrat : 220 gram
5. Serat : 22 gram
6. Air : 1500 ml

Status gizi mikro anak usia 8 tahun

1. Vitamin A : 375 mcg
2. Vitamin D : 15 mcg
3. Vitamin E : 7 mg
4. Vitamin K : 20 mcg
5. Kalsium : 1000 mg
6. Fosfor : 500 mg
7. Magnesium : 95 mg
8. Natrium : 1200 mg
9. Kalium : 3800 mg
10. **Asuhan Keperawatan**

Menurut (Wong. D. L, 2009) pengkajian focus pada pasien Faringitis, yaitu :

1. **Pengkajian**
2. **Identitas**
3. Sering pada anak- anak
4. Status social ekonomi atau mempengaruhi tingkat pendidikan, sedangkan tingkat pendidikan akan mempengaruhi pada pola hidup dan kebiasaaan sehari-hari yang akan mencermikan tingkat kesehatan klien.
5. **Keluhan Utama**

Umumnya mengatakan sakit tenggorok, penyebaran nyeri ke telinga, rasa gatal/ kering pada tenggorokan, disertai demam.

1. **Riwayat Penyakit Sekarang**

Mengatakan sakit tenggorok, rasa gatal/kering pada tenggorok, demam, perubahan pendengaran, suara parau/serak jika laring terkena.

1. **Riwayat Penyakit Dahulu**

Adanya faringitis sering mengenai tonsil, kaji apakah pengobatan adekuat, penobatan yang tak sempurna dapat memicu terjadinya faingitis.

1. **Riwayat Kesehatan Keluarga**

Apakah ada keluara yang menderita penyakit faringitis.

1. **Riwayat Nutrisi**

Kaji bagaimana pola makannya, apakah rutin/rajin membersihkan mulut.

1. **Pengkajian Lingkungan**

Pengaruh cuaca, lingkungan rumah berdebu, tidak ada ventilasi dan pencahayaan yang bagus.

1. **Pemeriksaan Fisik**
2. Nyeri tengorokan
3. Kesulitan menelan
4. Biasanya klien faringitis mengalami kesulitan bernafas karena ada pembesaran pada tonsil yang hoperemis dan mengalami peningkatan suhu tubuh.
5. Kebersihan mulut buruk.
6. Pada pernafasan : stidor inspirasi, bila menghebat akan terjadi sesak nafas dan retraksi otot-otot pernafasan, sianosis, dan dipsneu.
7. Kripta menyebar diatasnya tertutup eksudat yang purlen, detritus dan kelenjar getah bening membesar.
8. **Pemeriksaan Penunjang**

Kultur dan uji resistensi bila diperlukan, tes laboratorium menunjukkan leukosit.

1. **Diagnosa Keperawatan**

Menurut Wong (2009) diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien faringitis yaitu :

1. Hipertermi berhubungan dengan proses inflamasi,
2. Nyeri akut berhubungan dengan proses inflamasi,
3. Ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake dan adekuat,
4. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan iritasi jalan napas atas, Kecemasan berhubungan dengan tindakan pembedahan yang akan dijalani,
5. Kurang pengetahuan berhubungan dengan kurang terpajan informasi tentang penyakit dan pengobatannya (Tefa, 2019).
6. **Rencana Keperawatan**

Menurut taylor (2015) intervensi keperawatan faringitis berdasarkan diagnosa yang ditegakkan yaitu sebagai berikut :

1. **Diagnosa Keperawatan 1 :**

Hipertermi berhubungan dengan proses inflamasi.

Tujuan : Klien akan mengalami perbaikan suhu tubuh dalam batas normal hipertermia.

Intervensi dan Rasional :

1. Pantau suhu tubuh pasien (derajat dan pola), perhatikan mengigil/diaforesis.

Rasional : Pola demam dapat membantu dalam diagnosis. Pemantauan membantu dalam penentuan intervensi selanjutnya.

1. Modifikasi suhu lingkungan, batasi atau tambahkan linen tempat tidur sesuai indikasi.

Rasional : Suhu ruangan dan jumlah selimut harus diubah untuk mempertahankan suhu mendekati normal.

1. Berikan kompres hangat, hindari penggunaan alkohol.

Rasional : Dapat membantu mengurangi demam. Penggunaan es dapat menyebabkan kedinginan, peningkatan suhu secara aktual. Alkohol juga dapat mengeringkan kulit

1. Kolaborasi pemberian antipiretik.

Rasional : Mengurangi demam dengan aksisentral pada hipotalamus.

1. Kolaborasi pemberian anti inflamasi untuk mengatasi penyebab demam. Rasional : mencegah pelepasan mediator peradangan dari sel mast, makrofag, netrofil, eosinofil.
2. **Diagnosa Keperawatan 2 :**

Nyeri akut berhubungan dengan proses inflamasi.

Tujuan: Pasien akan bebas dari nyeri selama masa perawatan.

Intervensi dan Rasional :

1. Kaji karakteristik nyeri.

Rasional : Untuk mengetahui nyeri akut atau kronis.

1. Ukur tanda-tanda vital.

Rasional : Perubahan nadi menunjukan bahwa pasien mengalami nyeri.

1. Ajarkan teknik nonfarmakologi dengan distraksi atau latihan napas dalam. Rasional : Meningkatkan relaksasi dan menfokuskan kembali perhatian, serta dapat menghilangkan nyeri.
2. Anjurkan pasien untuk istirahat.

Rasional : Mencegah kelelahan dan dapat meningkatkan koping terhadap stres atau ketidak nyamanan.

1. kolaborasi pemberian analgetik yang sesuai.

Rasional : menghilangkan nyeri, dimana analgetik bekerja dengan memblok pelepasan prostaglandin.

1. **Diagnosa Keperawatan 3 :**

Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake.

Tujuan : Klien akan mempertahankan kebutuhan nutrisi dalam keadaan seimbang.

Intervensi dan Rasional :

1. Kaji kemampuan klien untuk mendapatkan nutrisi yang dibutuhkan serta awasi berat badan.

Rasional : Memberi informasi sehubungan dengan kebutuhan nutrisi dan keefektifan terapi.

1. Beri perawatan mulut sebelum dan sesudah makan, serta lingkungan yang besih.

Rasional : Menurunkan rasa tidak enak dan meningkatkan keinginan makan.

1. Berikan makanan yang disukai pasien, sesuai dengan kondisinya.

Rasional : Pertimbangkan keinginan individu dapat memperbaiki masukan diet.

1. Berikan makanan sedikit tapi sering.

Rasional : Memaksimalkan kebutuhan nutrisi tampa kelemahan yang tak perlu atau kebutuhan energi dari makan makanan banyak dan menurunkan iritasi gaster.

1. Berikan makanan selagi hangat dan dalam bentuk menarik.

Rasional : Makanan yang hangat menghindarkan dari mual dan meningkatkan keinginan makan.

1. Kolaborasi pemberian antienetik sesuai instruksi.

Rasional : antienetik menghambat dopamine dan levodopa sehingga menghambat rangsangan terhadap CTZ (Chemoreseptor Trigger Zone) mengakibatkan penurunan rangsang pada medulla sebagai pusat muntah.

1. **Diagnosa Keperawatan 4 :**

Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan iritasi jalan napas atas.

Tujuan : Klien akan menunjukan perbaikan dari gangguan komunikasi verbal. Intervensi dan Rasional :

* 1. Kaji kemampuan pasien untuk berkomunikasi.

Rasional : Alasan untuk dukungan ventilator jangka panjang bermacam - macam, pasien dapat sadar dan beradaptasi pada penulisan.

* 1. Tentukan apakah pasien mempunyai gangguan komunikasi lain contoh pendengaran, penglihatan.

Rasional : Adanya masalah lain akan mempengaruhi rencana untuk pilihan komunikasi.

* 1. Berikan cara yang tepat dan untuk memanggil perawat, contoh bel pemanggil atau lampu.

Rasional : Pasien memerlukan keyakinan bahwa perawat waspada dan akan merespon terhadap panggilan.

* 1. Berikan pilihan cara berkomunikasi yang tepat bagi kebutuhan pasien misalnya papan dan pensil, bahasa isyarat.

Rasional : Memungkinkan pasien utnuk meyatakan kebutuhan atau maslah.

* 1. Bantu perawatan mulut pasien.

Rasional : Higyene mulut yang baik meningkatkan kepercayaan diri dalam komunikasi.

1. **Diagnosa Keperawatan 5 :**

Kecemasan berhubungan dengan tindakan pembedahan yang akan dijalani.

Tujuan : Klien akan terhindar dari kecemasan.

Intervensi dan Rasional :

1. Kaji tingkat kecemasan dan reaksi fisik pada tingkat kecemasan. (takhikardi, ekspresi cemas non verbal).

Rasional : Rasa takut/cemas yang berlebihan atau terus menerus akan mengakibatkan reaksi stres berlebihan. Identifikasi rasa takut/cemas yang spesifik akan membantu pasien untuk menghadapinya secara realistis.

1. Sediakan informasi yang sesungguhnya meliputi diagnosis, treatment dan prognosis.

Rasional : Pasien mungkin mengalami kesalahan interpretasi tentang informasi praoperasi mengenai penyakit atau pembedahan.

1. Sediakan waktu kunjungan oleh personal kamar operasi sebelum pembedahan jika memungkinkan. Diskusikan hal - hal yang harus diantisipasi yang dapat menakutkan atau menjadi perhatian pasien. Rasional: Dapat menjamin dan meredakan keresahan pasien dan juga menyediakan informasi untuk perawatan intraoperasi formulatif.
2. Perkenalkan staf pada waktu pergantian ke ruang operasi.

Rasional : Menciptakan hubungan dan kenyamanan psikologis.

1. Kontrol stimulasi eksternal.

Rasional : Suara gaduh dan keributan akan meningkatkan ansietas.

1. Kolaborasi pemberian pengobatan utnuk menurunkan cemas dengan cara yang tepat, misalnya zat-zat sedatif.

Rasional : Untuk meningkatkan tidur malam hari sebelum pembedahan; meningkatkan kemampuan koping.

1. **Diagnosa Keperawatan 6 :**

Kurang pengetahuan berhubungan dengan kurang terpajan informasi tentang penyakit serta pengobatannya.

Tujuan : Klien dan keluarga akan meningkatkan pengetahuan tentang penyakit.

Intervensi dan Rasional :

1. Kaji pengetahuan orang tua tentang penyakit tonsilitas.

Rasional : Untuk mengetahui tingkat pengetahuan orantua.

1. Berikan penyuluhan kesehatan tentang penyakit tonsilitas.

Rasional : Untuk meningkatkan pengetahuan klien dan keluarga.

1. Diskusikan tentang proses penyembuhan penyakit tonsilitas.

Rasional : Informsi yang didapat dapat mengatasi ketidakmampuan dan juga menerima perasaan yang tidak nyaman yang lama.

1. Evaluasi pasien dan keluarga tentang materi yang sudah disampaikan. Rasional : Untuk mengetahui tingkat pengetahuan klien dan keluarga.
2. **Kerangka Masalah**

Invasi Kuman Patogen

(Bakteri atau Virus)

Penyebaran Limfogen

Faringitis

Inflamasi

Hipertermi

Nyeri

Edema Mukosa Batuk

Mukosa Kemerahan

Penguapan Kesulitan Sputum

Menelan

Bersihan

Jalan Nafas

Tidak Efektif

Defisit volume cairan

Ketidak Seimbangan Nutrisi

Kurangan Pengetahuan

Gambar 2. 1Kerangka Masalah

# BAB 3

# TINJAUAN KASUS

1. **Pengkajian**

Di ruangan Pav 5, dengan diagnose Faringitis Akut, dengan No. register 39 XX X. Tanggal MRS 26 Januari 2020 pukul 14.30 WIB. Tanggal pengkajian 27 Januari 2020 pukul 09.00 WIB.

1. **Identitas**

Pasien adalah seorang anak laki-laki bernama “K” usia 8 tahun, beragama islam, pasien adalah anak kedua dari 2 bersaudara dan dari pasangan Tn. Y usia 46 tahun dan Ny. Y usia 44 tahun. Pasien tinggal bersama kedua orang tuannya kandungnya di daerah Surabaya, orang tuanya dua-duanya beragama Islam, dan pekerjaan ayah pasien sebagai anggota TNI-AL dan ibu pasien sebagai ibu rumah tangga. Pasien MRS pada tanggal 26 Januari 2020 pada pukul 14.30 WIB.

1. **Keluhan Utama**

Pasien demam panas naik turun dan disertai muntah.

1. **Riwayat Penyakit Sekarang**

Ibu pasien mengatakan pasien mulai mengalami sakit panas dari hari Sabtu tanggal 25 Januari 2020 pada sore hari dan disertai pusing. Selama di rumah ibu memberikan obat Paracetamol untuk pereda panas pada pasien dan melakukan kompres air biasa di dahi pasien dan setelah itu anak mengalami penurunan suhu. Tanggal 26 Januari 2020 jam 09.00 WIB pasien mengalami kenaikkan suhu dan diberikan obat Paracetamol, ibu memastikan anak mengalami penurunan suhu, tetapi pada jam 13.00 WIB pasien mengalami

panas dan disertai muntah, ruam merah diseluruh kulit pasien. Setelah itu ibu pasien memutuskan untuk segera membawa pasien ke IGD Rumkital Dr. Ramelan Surabaya pada pukul 14.30 WIB. Lalu pasien dilakukan pemberian obat Stesoid dan pengambilan darah untuk cek Lab DL dan pasien terpasang infuse 1500cc / 24 jam kemudian pasien dianjurkan untuk MRS di ruang anak Pav 5 pada pukul 22.00 WIB.

1. **Riwayat Kehamilan dan Persalinan**
2. **Prenatal Care**

Ibu klien mengatakan semala kehamilan melakukan ke dokter terdekat di rumahnya dan melakukan pemeriksaan kehamilan trimester pertama 2 kali sebulan, dan saat trimester kedua ibu melakukan pemeriksaan kehamilan sebulan sekali. Selama masa hamil ibu mengalami mual dan muntah selama 12 minggu. Ibu klien mengalami kram perut, dan ibu klien tidak pernah mengomsumsi obat-obatan atau jamu untuk meredakan rasa kram pada perutnya.

1. **Natal Care**

Ibu klien mengatakan saat melahirkan dengan cara normal dan tidak mengalami kendala saat melahirkan. An. K dilahirkan dengan BB : 2,600 gram, dan PB : 54 cm

1. **Post Natal Care**

Setelah lahir klien langsung diberikan vit K, dan vaksin BCG. Ibu klien mengatakan An. K mulai lahir minum ASI sampai umur 6 bulan di karenakan An. K sudah tidak mau minum ASI, dan ibu mengganti dengan susu formula.

1. **Riwayat Masa Lampau**
2. **Penyakit Waktu Kecil**

Ibu klien mengatakan An. K sering mengalami sakit demam.

1. **Pernah Dirawat di Rumah Sakit**

Ibu klien mengatakan pernah dirawat di rumah sakit Dr. Ramelan Surabaya pada umur 6 tahun karena demam tinggi.

1. **Penggunaan Obat-obatan**

Ibu klien mengatakan jika An. K mengalami demam ibu memberikan obat paracetamol.

1. **Tindakan (Operasi atau Tindakan Lain)**

Ibu klien mengakatan An. K tidak pernah melakukan tindakan operasi ataupun tidakan lainnya, selama bayi dan sampai sekarang.

1. **Alergi**

Ibu klien mengatakan An. K tidak memiliki riwayat alergi makanan maupun alergi obat-obatan.

1. **Kecelakaan**

Ibu klien mengatakan bahwa An. K tidak pernah mengalami kecelakaan.

1. **Imunisasi**

Ibu klien mengatakan bahwa An. K sudah dilakukan imunisasi dasar lengkap. HB = 0 bulan, BCG+Polio 1 = 1 bulan, DPT 1+Polio II = 2 bulan, DPT II+Polio III = 3 bulan, DPT III+Polio IV = 4 bulan.

1. **Pengkajian Keluarga**
2. **Genogram (sesuai dengan penyakit)**

Gambar 3. 1Genogram

Keterangan :

: Laki-laki

: Perempuan

: Klien berusia 8 tahun

: Tinggal serumah

: Meninggal

: Hubungan darah

1. **Psikososial Keluarga**

Ibu mengatakan ingin An. K segera sembuh dan pulang ke rumah.

1. **Riwayat Sosial**
2. **Yang Mengasuh Anak**

Ibu klien mengatakan bahwa kilen diasuh oleh orang tua, ibu(kandung) dan ayah (kandung).

1. **Hubungan Dengan Anggota Keluarga**

Klien sangat disayangi oleh anggota keluarganya. Hubungan antara klien dengan keluarga baik.

1. **Hubungan Dengan Teman Sebelah**

Hubungan klien dengan teman sebayanya baik dan mudah akrab dengan teman lainnya.

1. **Pembawaan Secara Umum**

Klien terlihat aktif di tempat tidur, kadang bermain hp dan mainan mobil remote nya.

1. **Kebutuhan Dasar**
2. **Pola Nutrisi**

SMRS: makan 3-4 kali sehari, hanya nasi dengan ikan seperti ayam dan ikan, kurang suka sayur, sayur hanya suka wortel dan susu, minum kurang lebih sehari habis 2-3 botol aqua 600ml

MRS : makan 3 kali sehari setengah porsi dan diselangi dengan makanan ringan, minum sehari 1-2 botol aqua 600ml dan susu.

1. **Pola Tidur**

SMRS : kurang lebih 11 jam, tidur malam jam 21.00 – 05.00 dan tidur siang jam 12.00 – 15.00.

MRS : kurang lebih 11 jam, tidur malam jam 21.00 – 05.00 dan tidur siang jam 12.00 – 15.00. tetapi saat malam hari sering terbangun.

1. **Pola Aktivitas atau Bermain**

SMRS : anak setelah pulang sekolah bermain dengan teman sebayanya.

MRS : anak hanya bermain dengan kakak dengan menggunakan hp atau menonton youtube.

1. **Pola Eliminasi**

Ibu klien mengatakan sebelum masuk rumah sakit klien BAB 1-2x dalam sehari dengan konsistensi lembek dan warna kuning kecoklatan dan BAK 3 - 4 kali dalam sehari. Pada saat masuk rumah sakit pasien belum BAB tetapi BAK 4-6 kali dalam sehari.

1. **Pola Kognitif Perseptual**

Ibu mengatakan bahwa sangat yakin anaknya akan segera sembuh.

1. **Pola Koping Toleransi Stres**

An. K tampak tenang saat didekati perawat dan sedikit takut jika diinjeksi obat.

1. **Keadaan Umum**
2. **Cara Masuk**

Tanggal 26 Januari 2020 pasien datang ke IGD RS Dr. Ramelan Surabaya diantar ibu dan kakaknya dengan keadaan pasien panas tinggi disertai muntah 4 kali saat dirumah dan dipindahkan ke ruang Pav 5.

1. **Keadaan Masuk**

Pasien tampak lemah dan akral teraba panas.

1. **Tanda – tanda Vital**
2. Tensi : mmHg
3. Suhu : 37,8oC.
4. Nadi : 115 kali/ menit.
5. RR :24 kali/ menit.
6. **Pemeriksaan Fisik (inspeksi, palpasi, perkusi, auskultasi)**
7. Pemeriksaan Kepala dan Rambut

Pada kepala tidak terdapat lesi atau benjolan, rambut klien pun bersih, berwarna hitam lurus.

1. Pemeriksaan Mata

Konjungtiva anemis, gerakan bola mata normal, letak bola mata simetris, reflek cahaya pada kedua bola mata positif, pupil isokor, reaksi terhadap cahaya +/+, sklera putih

1. Pemeriksaan Hidung

Septum hidung ditengah, tidak ada polip, hidung terlihat bersih dan tidak ada benjolan pada hidung klien.

1. Pemeriksaan Telinga

Pada pemeriksaan telinga klien tidak di dapatkan serumen dan benjolan.

1. Pemeriksaan Mulut dan Tenggorokan

Pada pemeriksaan mulut klien di dapatkan mukosa bibir kering, bentuk bibir normal. Pada pemeriksaan tenggorokan tidak didapatkan keluhan nyeri telan dan ada peradangan pada tenggorokan dan kemerahan, tidak terdapat sputum

1. Pemeriksaan Tengkuk dan Leher

Tidak terdapat pembesaran vena jugularis dan tidak ditemukan pembesaran kelenjar thypoid.

1. Pemeriksaan Thorak dan Dada

Bentuk dada normochest, pergerakan dada simetris, tidak terdapat lesi.

1. Pemeriksaan Paru – Paru

Pada pemeriksaan paru – paru tidak ada suara nafas tambahan, pola nafas normal.

1. Pemeriksaan Jantung

Pada pemeriksaan jantung tidak dirasakan nyeri dada dan nadi 115x/ menit. Bunyi jantung S1 S2 tunggal.

1. Pemeriksaan Punggung

Pada pemeriksaan punggung tidak terdapat fraktur dan bentuk punggung datar tidak mengalami kelainan pada tulang belakang.

1. Pemeriksaan Abdomen

Perut teraba keras tidak ada nyeri tekan, bising usus 13x/ menit.

1. Pemeriksaan Kelamin Dan Daerah Sekitarnya (Genetalia Dan Anus)

Pada pemeriksaan kelamin tidak ada hemoroid, jenis kelamin laki – laki dan tidak ada iritasi.

1. Pemeriksaan Musculoskeletal

Kemampuan otot tangan dan kaki kuat serta kemampuan gerak sendi dapat bergerak dengan bebas. Dan anak aktif di tempat tidur untuk ke kamar mandi di bantu oleh ibu kekuatan otot ekstermitas atas kanan: 55555, ekstermitas atas kiri: 5555, ekstermitas kanan bawah: 5555, ekstermitas kiri bawah: 5555

1. Pemeriksaan Neurologi

Tingkat kesadaran compos mentis dengan GCS 456 dan tidak ada kejang.

1. Pemeriksaan Integument

Turgor kulit elastis, tidak sianosis, akral teraba hangat, warna kulit sawo matang, CRT <2 detik. Terdapat bintik merah dibagian tangan dan perut.

1. **Tingkat Perkembangan**
2. **Adaptasi Sosial**

Klien dirumah cepat akrab dengan orang lain yang baru dikenal, adaptasi klien saat dirumah sakit dapat berinteraksi saat diajak bicara dengan perawat.

1. **Bahasa**

Jika bicara campuran dengan bahasa Indonesia dan jawa tetapi cenderung bahasa indonesia.

1. **Motorik Halus**

Klien dapat mengaji dan hafalan dengan ayahnya.

1. **Motorik Kasar**

Ibu klien mengatakan klien bisa berjalan dengan kedua kaki, berlompat-lompat dan berlari.

**Kesimpulan dari Pemeriksaan Perkembangan**

Perkembangan dan pertumbuhan klien sesuai dengan anak usia 8 tahun (tidak ada gangguan dalam perkembagan).

1. **Pemeriksaan Penunjang**

**Laboratorium**

HEMATOLOGI Batas Normal

WBC 15.76 10^3/uL 4.00 – 10.00

Neu# 10.52 10^3/uL 2.00 – 7.00

Neu% 66.8 % 50.0 – 70.0

Lym# 3.44 10^3/uL 0.80 – 4.00

Lym% 21.9 % 20.0 – 40.0

Mon# 1.76 10^3/uL 0.12 – 1.20

Mon% 11.1 % 3.0 – 12.0

Eos# 0.02 10^3/uL 0.02 – 0.50

Eos% 0.1 % 0.5 – 5.0

Bas# 0.02 10^3/uL 0.00 – 0.10

Bas% 0.1 % 0.0 – 1.0

RBC 4.59 10^3/uL 3.50 – 5.50

HGB 12.2 g/dL 11.0 – 16.0

HCT 36.4 % 37.0 – 54.0

MCV 79.2 fL 80.0 – 100.0

MCH 26.5 pg 27.0 – 34.0

MCHC 33.5 g/dL 32.0 – 36.0

RDW\_W 12.3 % 11.0 – 16.0

RDW\_SD 36.8 fL 35.0 – 56.0

PLT 338 10^3/uL 150 - 400

MPV 11.1 fL 7.0 – 11.0

PDW 15.6 9.0 – 17.0

PCT 0.375 % 0.108 - 0.282

**Rontgen**

Tidak ada pemeriksaan foto thorax

**Terapi :**

Infus D5 ½ Ns 500cc/24 jam

Injeksi Vicc 4 x 500 mg/iv

Injeksi Antrain 3 x 200mg/iv

Lacbon 2 x 1 tablet

Zink 1 x 1 tablet

Puyer panas 3 x 1 bungkus

Surabaya, 27 Januari 2020

Poppy Ananda Klarissa

1. **Analisi Data**

Tabel 3. 1Analisis Data Pada Pasien Dengan Diagnosa Faringitis

Nama Klien : An. K Ruangan/ kamar : 5.1 / Pav 5

Umur : 8 tahun No. Register : 39 XX XX

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Data** | **Penyebab** | **Masalah** |
| **1.** | **Ds :**  ibu mengatakan An. K masih panas.  **Do :**   1. Kulit merah 2. Kulit teraba hangat 3. Observasi TTV   S : 37,8° C  N : 115x/menit  RR :24x/menit   1. Hasil laboratorium WBC 15,76 (4.0-10.0) | Proses Penyakit | Hipertermia |
| **2.** | **Ds :**  Ibu mengatakan An. K muntah.  **Do :**  2x muntah saat sebelum pengkajian pada tanggal 27 Januari 2020. | Efek Toksin | Nausea |
| **3.** | **Ds :**  Ibu mengatakan An. K saat tidur gelisah.  **Do :**  An. K tampak gelisah saat tidur. | Faktor Lingkungan | Gangguan Pola Tidur |

1. **Prioritas Masalah**

Tabel 3. 2 Prioritas Masalah Pada Pasien Dengan Diagnosa Faringitis

Nama Klien : An. K Ruangan/ kamar : 5.1 / Pav 5

Umur : 8 tahun No. Register : 39 XX XX

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| No | Diagnosa Keperawatan | Ditemukan | Teratasi | TTD |
| 1 | Hipertermi b/d proses penyakit | Tgl 28-01-20 | 30-01-20 | Poppy |
| 2 | Nausea b/d Efek Toksin | Tgl 28-01-20 | 30-01-20 | Poppy |
| 3 | Gangguan Pola Tidur b/d Faktor Lingkungan | Tgl 28-01-20 | 30-01-20 | Poppy |

1. **Rencana Keperawatan**

Tabel 3. 3 Rencana keperawatan Pada Pasien Dengan Diagnosa Faringitis

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **No.** | **Diagnosa Keperawatan** | **Tujuan** | **Rencana Intervensi** | **Rasional** |
| 1. | Hipertermi b/d proses penyakit | Setelah dilakukan intervensi selama 3 x 24 jam maka termoregulasi membaik dengan Kriteria Hasil :   1. Suhu tubuh dalam rentang normal (36,5-37.5°C). 2. Tubuh pasien tidak lagi terasa panas. 3. Kulit merah menurun.   (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019) | 1. Monitor suhu tubuh. 2. Lakukan pemberian selimut dan kompres dengan air biasa di dahi dan leher. 3. Anjurkan tirah baring 4. Kolaborasi pemberian cairan D5 ½ 500cc / 24 jam dan obat injeksi Viccilin 4 x 500mg/ iv, dan Antrain 3 x 200mg / iv | 1. Untuk mengetahui perubahan suhu yang terjadi sehingga agar tidak terjadi komplikasi. 2. Kompres air suhu ruangan akan terjadi pemindahan panas secara induksi dan mempereda pelebaran pembuluh darah. 3. Untuk mempercepat penyembuhan dan dapat istirahat cukup 4. Untuk mengurangi infeksi dan Penurun panas |
| 2. | Nausea b/d Efek Toksin | Setelah dilakukan intervensi selama 3 x 24 jam maka tingkat nausea menurun dengan Kriteria Hasil :   1. Nafsu makan meningkat. 2. Perasaan ingin muntah menurun. | 1. Identifikasi faktor penyebab muntah. 2. Anjurkan istirahat yang cukup. 3. Ajarkan teknik relaksasi non farmakologi dengan menonton youtube. | 1. Untuk mengetahui penyebab muntah. 2. Untuk mempercepat penyembuhan dan dapat istirahat cukup. 3. Untuk mengurangi keinginan muntah. |
| 3. | Gangguan Pola Tidur b/d Faktor Lingkungan | Setelah dilakukan intervensi selama 3 x 24 jam maka pola tidur membaik dengan Kriteria Hasil :   1. Keluhan tidak puas tidur menurun | 1. Identifikasi pola tidur. 2. Memodifikasi lingkungan tempat tidur seperti pencahayaan, tempat tidurnya. 3. Lakukan prosedur peningkatan kenyamanan seperti ditemani oleh ibunya. | 1. Untuk mengetahui pola tidur pasien dan kualitas tidur. 2. Untuk mempercepat waktu tidur. 3. Untuk memberikan kenyamanan dan segera tidur. |

1. **Tindakan dan Evaluasi Keperawatan**

Tabel 3. 4Tindakan dan Evaluasi Keperawatan Pada Pasien dengan Diagnosa Faringitis

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No.**  **Dx** | **Waktu**  **(Tgl&Jam)** | **Tindakan** | **TT Perawat** | **Waktu (Tgl&Jam)** | **Catatan Perkembangan** | **TT Perawat** |
| 1,2,3  1,2,3  1  3  3  1,2,3  1  1  1  2  1,2,3 | Tgl  28-01-2020  21.00  22.00  22.30  22.35  05.00  05.05  05.10  06.00  06.00  07.30 | Melakukan timbang terima  Melakukan observasi TTV  S : 36,8°C RR : 18x/ menit  Memberikan injeksi viccilin 500mg/ iv  Respon : pasien sedikit takut tetapi tidak berontak.  Melakukan modifikasi lingkungan seperti memakaikan selimut  Menganjurkan tidur dengan ibunya  Melakukan observasi TTV  S :38°C RR: 20×/ menit, akral terasa panas  Menganjurkan kompres air biasa untuk mereda kan panas dan menggunakan selimut  Memberikan pasien air hangat untuk kebutuhan perawatan diri pasien (mandi), hasilnya setiap pagi hari pasien diseka oleh  ibunya  Melakukan pemberian injeksi antrain 200mg/ iv  Respon : pasien sedikit takut tetapi tidak berontak.  Melakukan pemberian obat oral Lacbon 2 x 1 tablet  Respon : pasien meminum obat dengan cara digerus dan meminum teh manis.  Melakukan observasi TTV  S: 36.7°C RR: 20x/ menit akral hangat | Poppy  Poppy  Poppy  Poppy  Poppy  Poppy  Poppy  Poppy  Poppy  Poppy  Poppy | Tgl  29-01-2020  08.00 | Dx : 1  Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit  S : Ibu px mengatakan An. K tidak terlalu panas  O :   1. S: 36.7°C RR: 20x/ menit 2. Akral tidak teraba hangat 3. Pasien terpasang infus D5 ½ 500cc/ 24 jam di tangan kiri   A : Intervensi teratasi sebagian  P : Intervensi dilanjutkan 1,3 (mendapat obat viccilin 500mg /iv, antrain 200 mg/iv)  Dx 2 :  Nausea berhubungan dengan Efek Toksin  S : Ibu px mengatakan sudah tidak muntah lagi.  O : Px tampak lemah  A : Intervensi teratasi sebagian  P : Intervensi di lanjutkan 2,3 (mendapat obat Lacbon 2 x 1 tablet)  Dx 3 :  Gangguan Pola Tidur b/d Faktor Lingkungan  S : Ibu mengatakan px saat tidur masih gelisah  O : Px tampak lemah  A : Intervensi teratasi sebagian  P : Intervensi dilanjutkan 1,2,3 | Poppy  Poppy  Poppy |
| 1,2,3  1,2,3  1  3  3  1,2,3 | Tgl  29-01-2020  21.00  21.30  22.00  22.05  22.07  04.30  05.00 | Melakukan timbang terima  Melakukan TTV  S : 36°C RR : 18x/ menit  Memberikan injeksi viccilin 500 mg/ iv  Respon : pasien sedikit takut tetapi tidak berontak.  Melakukan modifikasi lingkungan seperti memakaikan selimut  Menganjurkan tidur dengan ibunya  Melakukan observasi  S : 36,2°C RR : 20x/menit  Memberikan pasien air hangat untuk kebutuhan perawatan diri pasien (mandi), hasilnya setiap pagi hari pasien diseka oleh  ibunya | Poppy  Poppy  Poppy  Poppy  Poppy  Poppy  Poppy | Tgl  30-01-2020  07.00 | Dx : 1  Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit.  S : Ibu pasien mengatakan sudah tidak panas  O :   1. S : 36,2°C 2. RR : 20x/ menit 3. Akral tidak teraba panas   A : Intervensi teratasi Sebagian  P : Intervensi dilanjutkan 1 (mendapat obat viccilin 500mg /iv)  Dx 2 :  Nausea berhubungan dengan Efek Toksin.  S : Ibu mengatakan An. K tidak muntah dan sarapan habis 1 porsi  O : An. K tampak nyaman  A : Intervensi Teratasi  P :Intervensi Dihentikan  Dx 3 :  Gangguan Pola Tidur b/d Faktor Lingkungan.  S : Ibu mengatakan An. K tadi malam tidurnya pulas.  O : Keadaan umum pasien  tampak tenang dan tidak  rewel  A : Intervensi Teratasi  P : Intervensi Dihentikan | Poppy  Poppy  Poppy |
| 1,2,3  1,2,3  2,3  1  1,2,3 | Tgl  30-01-2020  07.00  07.30  08.00  09.00  11.00 | Melakukan timbang terima  Melakukan Observasi TTV  S : 36,2°C  RR : 20 x/ menit  Menanyakan keadaan pasien (asupan makanan, kualitas tidur).  Melakukan pemberian obat viccilin 500mg/iv  Respon : pasien sedikit takut tetapi tidak berontak dan sudah mengerti manfaat pemberian obat.  Melakukan Observasi TTV  S : 36°C  RR : 20 x/ menit | Poppy  Poppy  Poppy  Poppy  Poppy | Tgl  30-01-2020  14.00 | Dx : 1  Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit.  S : Ibu pasien mengatakan sudah tidak panas  O :   1. S : 36°C 2. RR : 20x/ menit 3. Akral tidak teraba panas   A : Intervensi terasi  P : Intervensi dihentikan (KRS) | Poppy |

# BAB 4

# PEMBAHASAN

Dalam pembahasan ini penulis menguraikan tentang kesenjangan yang terjadi antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus dalam asuhan keperawatan pada klien degan Diagnosa Faringitis Akut di Ruang Anak Pav 5 Rumkital Dr. Ramelan Surabaya yang meliputi pengkajian, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

1. **Pengkajian**

Pada tahap pengumpulaan data, penulis tidak mengalami kesulitan karena penulis telah mengadakan perkenalan dan menjelaskan maksud penulis yaitu untuk melaksanakan asuhan keperawatan pada klien sehingga klien dan keluarga terbuka dan mengerti serta kooperatif.

Menurut (Minasari, 2008) Tanda dan gejala yang ditimbulkan faringitis akut tergantung pada bakteri yang menginfeksi. Pada pasien faringitis yang disebabkan oleh bakteri Streptokokus hemolitikus, diawali perasaan yang tiba – tiba dingin, demam, malaise, sakit kepala, sakit punggung kaki dan tangan, konstipasi, anoreksia, pada bayi dapat terjadi kejang. Beberapa hari kemudian tenggorokan akan terasa kering dan sakit, pholtagia, disfagia, odinofagia, bau mulut, eksudat yang kental dan sukar dibuang, dan kadang terdapat bercak merah karena scarlet fever.

Menurut Arif Mansjoer (2007) Pada stadium awal terdapat hipertermi, kemudian odem dan sekresi yang meningkat. Eksudat mula-mula serosa tapi menjadi menebal dan cenderung menjadi kering dan dapat melekat pada dinding faring. Dengan hiperemi, pembuluh darah dinding faring menjadi lebar. Bentuk

sumbatan yang berwarna kuning, putih atau abu-abu terdapat folikel atau jaringan limfoid. Tampak bahwa folikel dan bercak-bercak pada faring posterior atau terletak lebih ke lateral menjadi meradang dan membengkak sehingga timbul radang pada tenggorokan atau faringitis.

Pada dasarnya pengkajian antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus tidak banyak kesenjangan yaitu pada tinjauan pustaka yang didapat pada keluhan utama diawali demam, sakit kepala. Riwayat penyakit pasien adalah sering demam, dan di rawat di rumah sakit Dr. Ramelan Surabaya pada umur 6 tahun karena demam tinggi, obat yang biasa digunakan saat sakit panas adalah obat paracetamol,dan pasien tidak memiliki riwayat aleri makanan maupun obat-obatan, dan pasien sudah memiliki riwayat imunisasi lengkap. Dengan keadaan umum dan tanda – tanda vital Tensi : mmHg, Suhu : 37,8oC, Nadi : 115x/ menit, RR : 24 x/ menit.

Kesenjangan pada pengkajian di tinjauan pustaka mengacu pada B1 – B6 sedangkan pada tinjauan kasus penulis menggunakan format pengkajian per sistem. Pada pengkajian klien di dapatkan peningkatan suhu dengan suhu 37,8°C mengalami hipertermi (PPNI, 2017). Pada tinjauan kasus didapatkan klien mengalami muntah 4 kali sebelum MRS dan saat pengkajian klien sudah diberikan obat Lacbon dan terjadi anoreksia 1 kali saat sarapan pagi dan sedikit pusing (PPNI, 2017). Pada tinjauan kasus di dapatkan data fokus klien akral hangat, mengalami demam 37,8°C, dan klien mengalami muntah 1 kali, dan mengalami sulit tidur, pada jam selanjutnya klien sudah tidak mengalami demam, karena sudah dilakukan pemberian Antrain 200mg/ iv.

Analisa data pada tinjauan pustaka hanya mengurai teori saja sedangkan pada kasus nyata di sesuaikan dengan keluhan yang dialami klien karena penulis mengadapi klien secara langsung kesenjangan lainnya yaitu diagnose keperawatan.

1. **Diagnosa Keperawatan**

Diagnosa keperawatan yang ada pada tinjauan pustaka ada 5 yaitu :

1. Hipertermi berhubungan dengan proses inflamasi,
2. Nyeri akut berhubungan dengan proses inflamasi,
3. Ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake dan adekuat,
4. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan iritasi jalan napas atas, Kecemasan berhubungan dengan tindakan pembedahan yang akan dijalani,
5. Kurang pengetahuan berhubungan dengan kurang terpajan informasi tentang penyakit dan pengobatannya.(Maria,2019)

Terdapat tiga diagnosa keperawatan yang muncul pada tinjauan kasus yaitu :

1. Hipertermi berubuhangan dengan proses penyakit
2. Nausea berhubungan dengan Efek Toksin
3. Gangguan Pola Tidur berhubungan dengan Faktor Lingkungan

Sedangkan diagnose keperawatan tidak muncul pada kasus nyata tetap pada tinjauan pustaka

1. Nyeri akut berhubungan dengan proses inflamasi, tidak muncul karena klien tidak mengeluhkan adanya sakit pada tenggorokan.
2. Ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake dan adekuat, tidak muncul di karenakan klien makan 3-4x sehari SMRS dan saat di rumah sakit klien makan 3x sehari dengan setengah porsi dan terkadang habis satu porsi saat lauk kesukaannya.
3. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan iritasi jalan napas atas, tidak muncul karena klien tidak mengalami serak ataupun gangguan saat berkomunikasi.
4. Kurang pengetahuan berhubungan dengan kurang terpajan informasi tentang penyakit dan pengobatannya, klien dan ibu klien sangat faham tentang apa yang diderita dan cara pengobatannya.

Tidak semua diagnose keperawatan pada tinjauan pustaka muncul pada tinjauan kasus atau pada kasus nyata, karena diagnose keperawatan pada tinjauan pustaka merupakan diagnose keperawatan pada klien dengan diagnose faringitis akut secara umum sedangkan pada kasus nyata diagnose keperawatan disesuaikan dengan kondisi klien secara langsung.

1. **Perencanaan**

Pada perumusan tujuan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus. Pada tinjauan pustaka perencanaan menggunakan kriteria hasil yang mengacu pada pencapaian tujuan. Sedangkan pada tinjauan kasus perencanaan mengunakan sasaran, dalam intervensinya dengan alasan penulis ingin berupaya memandirikan klien dan keluarga dalam pelaksanaan pemberian asuhan keperawatan melalui peningkatan pengetahuan (kognitif), keterampilan mengenai masalah (afektif) dan perubahan tingkah laku klien (psikomotor).

Dalam tujuan pada tinjauan kasus dicantumkan kriteria waktu karena pada kasus nyata keadaan klien secara langsung intervensi diagnose keperawatan yang ditampilkan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus terdapat kesamaan namun masing – masing intervensi setiap mengacu pada sasaran, data, dan criteria hasil yang ditetapkan.

Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit, Setelah dilakukan intervensi selama 3 x 24 jam maka termoregulasi membaik dengan Kriteria Hasil, Suhu tubuh dalam rentang normal (36,5-37.5°C), Tubuh pasien tidak lagi terasa panas, Kulit merah menurun.

Nausea berhubungan dengan Efek Toksi, Setelah dilakukan intervensi selama 3 x 24 jam maka tingkat nausea menurun dengan Kriteria Hasil Nafsu makan meningkat,Perasaan ingin muntah menurun.

Gangguan Pola Tidur b/d Faktor Lingkungan, Setelah dilakukan intervensi selama 3 x 24 jam maka termoregulasi membaik dengan Kriteria Hasil, Keluhan tidak puas tidur menurun

1. **Pelaksanakan**

Pelaksanaan adalah perwujudan atau realisasi dari perencanaan yang telah disusun. Pelaksanaan pada tinjauan pustaka belum dapat direalisasi karena hanya membahas teori asuhan keperawatan. Sedangkan pada kasus nyata pelaksanaan telah disusun dan direalisasikan pada klien dan ada pendokumentasian dan intervensi keperawatan.

Pelaksanaan rencana keperawatan dilakukan secara terkoordinasi dan terintegrasi untuk pelaksana diagnose pada kasus tidak semua sama pada tinjauan pustaka, hal itu karena disesuaikan dengan keadaan yang sebernarnya.

Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit dengan intervensi monitor suhu tubuh, lakukan pemberian selimut dan kompres dengan air biasa di dahi dan leher, anjurkan tirah baring, kolaborasi pemberian cairan D5 ½ 500cc/ 24 jam dan obat injeksi vicillin 4 x 500mg/ iv, dan anterin 3 x 200mg/ iv

Nausea berhubungan dengan efek toksin dan intervensi identifikasi faktor penyebab muntah anjurkan istirahat yang cukup, ajarkan teknik relaksasinon farmakologi dengan menonton youtube.

Gangguan pola tidur berhubungan dengan faktor lingkungan dengan intervensi identifikasi pola tidur, memodifikasi lingkungan tempat tidur seperti pencahayaan, tempat tidurnya, lakukan prosedur meningkatkan keamanan.

1. **Evaluasi**

Pada tinjauan pustaka evaluasi belum dapat dilaksanakan karena merupakan kasus semu, sedangkan pada tinjauan kasus dapat dilakukan karena dapat diketahuai keadaan pasien dan masalahnya secara langsung.

1. Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit

Pada diagnose hipertermi pada hari pertama pasien mengeluhkan demam mencapai 37,8°C dan dilakukan tindakan selama 3 x 24 jam sesuai perencanaan dan tindakan panas pasien menurun 36°C dan akral terasa hangat, hari ke 2 dilakukan tindakan 3x24 jam sesuai perencanaan dan pelaksanaan didapatkan suhu dengan rentang normal hasil 36°C dan suhu naik saat pagi hari mencapai 38°C sedangkan pada hari ke 3 dilakukan tindakan sesuai perencanaan dan pelaksanaan didapatkan suhu menurun pada saat di beri obat hasil 36,6C dan hari berikutnya melanjutkan observasi dan masalah teratasi sebagian.

1. Nausea berhubungan dengan efek toksin

Pada diagnose nausea pada pertama ibu klien mengeluh muntah satu kali saat setelah sarapan pagi dan dilakukan intervensi memberikan obat lacbon 2 x sehari dan pada hari berikutnya melakukan intervensi dengan observasi apakah klien muntah lagi atau tidak.

1. Gangguan pola tidur berhubungan dengan faktor lingkungan

Pada diagnose gangguan pola tidur berhubungan dengan fakor lingkungan ibu klien mengeluh bahwa anaknya saat tidur mengalami gelisah dan dilakukan intervensi untuk menambah kenyamanan klien, dan menganjurkan untuk tidur dengan ibunya, dan mengatur pencahayaan dan tempat tidur yang nyaman dan hari berikutnya klien merasa lebi baik dan dilanjukan intervensi, masalah teratasi sebagian.

Pada akhir evaluasi semua tujuan dapat dicapai karena adanya kerjasama yang baik antara keluarga dan tim kesehatan. hasil evaluasi pada An.K sudah sesuai dengan implementasi dan tujuan sudah tercapai di hentikan intervensi dan An. K diperbolehkan pulang.

**BAB 5**

# PENUTUP

Setelah penulis melakukan pengamatan dan melaksanakan asuhan keperawatan secara langsung pada psien dengan kasus Faringitis Akut di ruang anak Rumkital Dr. Ramelan Surabaya, maka penulis dapat menarik beberapa kesimpulan sekaligus saran yang dapat bermanfaat dalam meingkatkan mutu asuhan keperawatan pasien dengan Faringitis Akut.

1. **Kesimpulan**

Dari hasil uraian yang telah menguraikan tentang asuhan keperawatan pada klien Faringitis Akut, maka penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut :

1. Pada pengkajian klien di dapatkan peningkatan suhu 37,8°C dan mengalami hipertermi, pada pengajian didapatkan klien mengalami muntah 4 kali dan sebelum MRS dan saat pengkajian klien sudah diberikan obat Lacbon dan terjadi anoreksia 1 kali saat sarapan pagi dan sedikit pusing. Pada tinjauan kasus di dapatkan data fokus klien akral hangat, mengalami demam 37,8°C, dan klien mengalami muntah 1 kali, dan mengalami sulit tidur, pada jam selanjutnya klien sudah mengalami tidak demam, karena sudah dilakukan pemberian Antrain 200mg/ iv.
2. Masalah keperawatan yang muncul adalah, Hipertermi berubuhangan dengan proses penyakit, Nausea berhubungan dengan Efek Toksin, Gangguan Pola Tidur berhubungan dengan Faktor Lingkungan.
3. Hipertermi berubuhangan dengan proses penyakit. Setelah dilakukan asuhan keperawatan dengan tujuan termoregulasi membaik. Kriteria hasilnya Suhu tubuh dalam rentang normal (36,5-37.5°C), tubuh pasien

tidak lagi terasa panas, kulit merah menurun. Nausea berhubungan dengan Efek Toksin setelah dilakukan asuhan keperawatan dengan tujuan tingkat nausea menurun. Kriteria hasilnya nafsu makan meningkat, perasaan ingin muntah menurun. Gangguan Pola Tidur berhubungan dengan Faktor Lingkungan. Setelah dilakukan asuhan keperawatan pola tidur membaik. Kriteria hasilnya Keluhan tidak puas tidur menurun.

1. Beberapa tindakan mandiri keperawatan pada klien dengan Faringitis Akut menganjurkan keluarga saat klien panas menganjurkan kompres dengan air biasa di dahi atau di area ketiak dikarenakan kasus faringitis akut.
2. Pada akhir evaluasi semua tujuan dapat dicapai karena adanya kerjasama yang baik antara klien, keluarga, dan tim kesehatan. Hasil evaluasi pada An. K sudah sesuai dengan harapan masalah teratasi dan klien KRS pada tanggal 30 Januari 2020.
3. **Saran**

Bertolak dari kesimpulan diatas penulis memberikan saran sebagai berikut :

1. Untuk mencapai hasil keperawatan yang diharapkan, diperlukan hubungan yang baik dan keterlibatan klien, keluarga, dan tim kesehatan lainnya.
2. Perawat sebagai petugas pelayanan kesehatan hendaknya mempunyai pengetahuan, keterampilan yang cukup serta dapat berkerjasama dengan tim kesehatan lainnya dengan memberikan asuhan keperawatan pada klien faringitis akut.
3. Dalam meingkatkan mutu asuhan keperawatan yang professional alangkah baiknya diadakan suatu seminar atau suatu pertemuan yang membahas tentang masalah kesehatan yang ada pada klien.

# DAFTAR PUSTAKA

Faizi, M. F. (2018) *HUBUNGAN STATUS GIZI DENGAN KECERDASAN ANAK USIA SEKOLAH*.

Jenson HB, Marcdante KJ, Kliegman RM, D. (2014) *Nelson : Ilmu Kesehatan Anak Esensial*, *Jakarta : EGC*.

Kemenkes, R. (2018) ‘Hasil Utama Rikesdas’, *Journal of Physics A: Mathematical and Theoretical*. doi: 10.1088/1751-8113/44/8/085201.

Mansjoer, A., Suprohaita, W. W. I. and Setiowulan, W. (2008) ‘Kapita Selekta Kedokteran, Jilid 2 Edisi III’, *Media Aesculapius FKUI. Jakarta. Hal*.

Nasution, D. . H. . M. (2008) ‘Infeksi Laring Faring ( Faringitis Akut )’.

Nurarif and Huda, A. (2015) *Aplikasi asuhan keperawatan berdasarkan diagnosa medis & Nanda NIC\_NOC.pdf*, *mediaction Jogja*.

PPNI, T. P. S. D. (2017) *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia Definisi dan Indikator Diagnostik Edisi 1*, *Dewan Pengurus Pusat PPNI*. doi: 10.1093/molbev/msj087.

Rahajoe NN, Supriyatno B, S. D. (2015) *Buku Ajar Respirologi Anak*, *Badan Penerbit Ikatan Dokter Anak Indonesia*.

Rivanica, Rhipiduri S.Si.T., M. K. and Oxyandi, Miming, S.Kep., Ners., M. K. (2016) *Buku Ajar Deteksi Dini Tumbuh Kembang dan Pemeriksaan Bayi Baru Lahir*. Edited by A. Suslia. Jakarta Selatan: Salemba Medika.

Supartini, Yupi, S.Kp, Ms. (2012) *Buku Ajar Konsep Dasar Keperawatan Anak*. Edited by S. K. Ester, Monica. Jakarta: Buku Kedokteran EGC.

Tefa, M. F. A. (2019) ‘Keperawatan, Asuhan Anak, Pada Masalah, E M Dengan Dasar, Kebutuhan Aman, Rasa Di, Nyaman Mawar, Ruang Sakit, Rumah Kupang, Bhayangkara Studi, Program Iii, Diploma Keperawatan, Jurusan Kesehatan, Politeknik Kupang, Kemenkes Pengembangan, Badan Pemberdayaa’.

Tim Pokja SLKI DPP PPNI (2019) ‘Ketentuan Khusus’, in *Standar Luaran Keperawatan Indonesia*.

Wong. D. L, dkk. (2009) *Buku Ajar Keperawatan Pediatrik*. Edisi 6. Jakarta.

LAMPIRAN 1

**STANDART OPERASIONAL PROSEDUR (SOP)**

**CUCI TANGAN**

|  |  |
| --- | --- |
| Pengertian | Menggosok tangan dari kotoran dengan sabun atau antiseptic dan dibilas dengan air mengalir |
| Tujuan | 1. Menjaga kebersihan perorangan  2. Mencegah terjadinya infeksi silang |
| Kebijakan | Sebelum dan sesudah melakukan tindakan |
| Petugas | Perawat |
| Peralatan | 1. Bak cuci dan air mengalir 2. Sabun atau antiseptic 3. Handuk atau pengering |
| Prosedur Pelaksanaan | 1. **Tahap Pra Interaksi**   Kuku dalam keadaan pendek   1. **Tahap Kerja** 2. Melepaskan semua aksesoris pada tangan dan gulung lengan baju sampai siku 3. Melakukan inspeksi tangan dan jari, adanya luka / sayatan 4. Menjaga agar tangan dan pakaian tidak menyentuh wastafel (jika tangan menyentuh wastafel cuci tangan diulang) 5. Mengalirkan air, hindari percikan pada pakaian 6. Membasahi tangan dan lengan bawah, mempertahankannya lebih rendah dari siku 7. Menaruh sedikit sabun / antiseptic (2 – 4 cc). Untuk sabun batang, pegang dan gosoksampai berbusa 8. Menggosok kedua lengan dengan cepat, selama 10 – 15 detik 9. Menggosok punggung tangan, sela-sela jari 10. Menggosok sela-sela jari secara melingkar minimal 5 kali 11. Menggosok ujung-ujung jari ke telapak tangan yang lain 12. Membilas lengan dan tangan sampai bersih 13. Menutup kran dengan siku. (Bila kran harus ditutup dengan tangan, cuci kran dengan sabun terlebih dahulu sebelum membilas tangan) 14. Mengeringkan tangan dengan handuk |

LAMPIRAN 2

**STANDART OPERASIONAL PROSEDUR (SOP)**

**PEMBERIAN OBAT IV (INTRAVENA)**

1. **Pengertian**

Memasukkan obat tertentu ke dalam jaringan tubuh dengan penyuntikan (injeksi) melalui pembuluh darah vena, yang dilakukan pada vena anggota gerak tubuh.

1. **Tujuan**
2. Mempercepat reaksi obat dalam tubuh, untuk mempercepat proses penyembuhan.
3. Melaksanakan tindakan diagnostik, misalnya penyuntikan zat kontras dan lain-lain.
4. **Indikasi**
5. Klien yang memerlukan obat dengan reaksi cepat.
6. Klien yang tidak dapat diberi obat melalui mulut.
7. Klien dengan penyakit tertentu yang harus mendapat pengobatan dengan cara suntik, misalnya streptomicin.
8. **Persiapan Alat**
9. Catatan pemberian obat.
10. Obat dalam tempatnya.
11. Spuit dan jarum sesuai ukuran.
12. Kapas alkohol dalam tempatnya.
13. Cairan pelarut.
14. Bak injeksi.
15. Bengkok.
16. Perlak.
17. **Prosedur Kerja**
18. Jelaskan prosedur tindakan yang akan dilakukan pada klien
19. Cuci tangan dan pakai handscoon.
20. Dekatkan alat-alat kesamping klien.
21. Ambil obat dan masukkan ke dalam spuit sesuai dosis, kemudian masukkan dalam bak injeksi.
22. Matikan aliran infus.
23. Disinfeksi area penyuntikan dengan kapas alkohol.
24. Lakukan penyuntikan, masukkan obat perlahan sampai habis.
25. Setelah melakukan penyuntikan, tarik spuit dan masukkan spuit ke dalam bengkok.
26. Cuci tangan, catat prosedur pemberian obat dan respon klien.
27. **Bahaya-bahaya Pemberian Suntikan**
28. Klien alergi terhadap obat (misalnya menggigil, urtikaria, syok, kolaps, dan lain-lain).
29. Pada bekas suntikan dapat terjadi abses, narkose, atau hematoma.
30. Dapat menimbulkan kelumpuhan.
31. **Perhatian**
32. Obat-obat yang diberikan harus sesuai program pengobatan.
33. Sebelum menyiapkan obat, bacalah petunjuk pengobatan yang ada dalam catatan medik atau status klien seperti nama obat, dosis, waktu, dan cara pemberian.
34. Bacalah label atau etiket dari tiap-tiap obat. Obat-obatan yang kurang jelas labelnya tidak boleh diberikan pada klien.
35. Perhatikan teknik aseptik.
36. Bila klien mengidap penyakit menular, harus dilakukan secara hati-hati dan memperhatikan sterilisasi.
37. Perhatikan reaksi klien pada saat dan sesudah pemberian suntikan.
38. Bila terjadi kesalahan dalam memberikan obat, segera dilaporkan pada penanggung jawab ruangan atau dokter yang bersangkutan.
39. Pemberian obat harus dicatat didalam buku catatan.
40. Nama klien dan nama perawat yang memberikan obat.
41. Nama dokter yang memberikan obat.
42. Jenis pemberian.
43. Lokasi pemberian.
44. Jenis dan nama obat.
45. Waktu pemberian.
46. Dalam pemberian obat harus tepat pasien, tepat obat, tepat dosis, tepat waktu dan tepat cara pemberian, tepat dokumentasi dan informasi.

**Sumber:** Tim penulis Poltekkes Kemenkes Maluku (2013)