

KARYA TULIS ILMIAH

**PENERAPAN PENDIDIKAN KESEHATAN TENTANG DAMPAK ASAP
ROKOK DENGAN KEJADIAN ISPA PADA BALITA DI WILAYAH
KERJA UPTD PUSKESMAS MALAWILI AIMAS
KABUPATEN SORONG**



Di susun oleh :

Nurmila Sari

Nim : 31440118082

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN SORONG
PRODI D.III KEPERAWATAN
TAHUN 2021**

**PENERAPAN PENDIDIKAN KESEHATAN TENTANG DAMPAK ASAP
ROKOK DENGAN KEJADIAN ISPA PADA BALITA DI WILAYAH
KERJA UPTD PUSKESMAS MALAWILI AIMAS
KABUPATEN SORONG**

LAPORAN STUDI KASUS

*Diajukan Untuk Memenuhi Salah Satu Syarat Dalam Menyelesaikan
Pendidikan Program Diploma III Keperawatan Di Poltekkes Kemenkes Sorong*



Di susun oleh :

Nurmila Sari

Nim : 31440118082

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN SORONG
PRODI D.III KEPERAWATAN
TAHUN 2021**

LEMBARAN PENGESAHAN

JUDUL KARYA TULIS ILMIAH

Pengajuan Judul Karya Tulis Ilmiah oleh :

Nama : Nurmila Sari

NIM : 31440118082

Prodi : Diploma III Keperawatan Poltekkes Kemenkes Sorong

Judul : Penerapan Pendidikan Kesehatan Tentang Dampak Asap Rokok Dengan Kejadian ISPA Pada Balita Di Wilayah Kerja UPTD Puskesmas Malawili Aimas Kabupaten Sorong Tahun 2021.

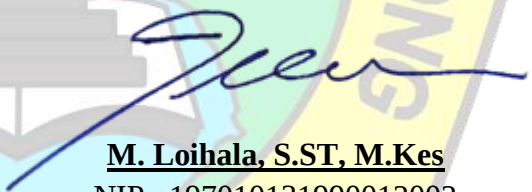
Telah diperiksa dan disetujui oleh pembimbing untuk dilanjutkan pada proses Karya Tulis Ilmiah.

Pembimbing I

Pembimbing II


Engelina J. Tanamal, S.Kep

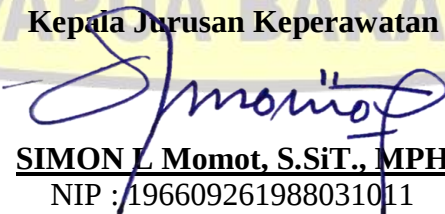
NIP : 196406131986032024


M. Loihala, S.ST, M.Kes

NIP : 197010131990012002

Mengetahui,

Kepala Jurusan Keperawatan


SIMON L Momot, S.SiT., MPH

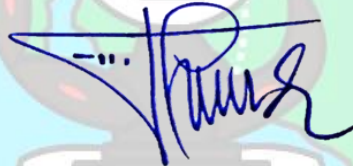
NIP : 196609261988031011

LEMBAR PERSETUJUAN

Nama Mahasiswa : Nurmila Sari
NIM : 31440118082
Judul KTI : Penerapan Pendidikan Kesehata Tentang Dampak Bahaya
Asap Rokok Dengan Kejadian ISPA Pada Di Wilayah
Kerja UPTD Puskesmas Malawili Aimas Kabupaten
Sorong Tahun 2021.

Karya Tulis Ilmiah ini telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan
Penguji Kasus dan diterima sebagai bagian persyaratan untuk memperoleh gelar
Ahli Madya Keperawatan pada Program Studi D III Keperawatan POLTEKKES
KEMENKES Sorong

Ketua Penguji



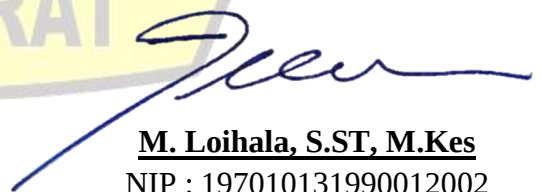
I Made Raka, S.ST,M.Kes
NIP : 196804131989121001

Penguji I



Engelina J. Tanamal, S.Kep
NIP : 196406131986032024

Penguji II



M. Loihala, S.ST, M.Kes
NIP : 197010131990012002

LEMBAR KEASLIAN PENELITIAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Nurmila Sari

NIM : 31440118082

Program Studi :D.III Keperawatan

Institusi : Politeknik Kesehatan Kemnkes Sorong

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Karya Tulis Ilmiah yang saya tulis ini adalah benar-benar merupakan hasil karya sendiri dan bukan merupakan pengambilan alihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai hasil tulisan atau pikiran saya sendiri.

Apabila dikemudian ditemukan bukti atau dapat dibuktikan Karya Tulis Ilmiah ini hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Sorong, November 2021

Nurmila Sari

NIM : 31440118082

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



A. IDENTITAS

1. Nama : Nurmila Sari
2. Tempat Tanggal Lahir : Kombeli, 17 mei 2000
3. Jenis kelamin : Perempuan
4. Agama : Islam
5. Alamat : Jln. Cendrawasi, kubi permai

B. PENDIDIKAN

1. TK : -
2. SD : SDN Inpres 2 lapanda Kabupaten Buton (Tamat tahun 2012)
3. SMP : SMPN 5 Pasar Wajo Kabupaten Buton (Tamat tahun 2015)
4. SMA : SMK Kesehatan Bakti Huasada Buton Kabupaten Buton (Tamat tahun 2018)
5. Sementara mengikuti Pendidikan Diploma III Keperawatan di Poltekkes Kemenkes Sorong

KATA PENGANTAR

Puji dan Syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT atas segala berkah dan nikmat karunianya, sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah (KTI) dengan Penerapan Pendidikan Kesehatan Tentang Dampak Asap Rokok Dengan Kejadin ISPA Pada Balita Di Wilayah Kerja UPTD Puskesmas Malawili dengan baik dan tepat waktu.

Penulis menyadari sepenuhnya bahwa penyelesaian Karya Tulis Ilmiah ini tidak terlepas dan adanya bantuan dari berbagai pihak, baik berupa moral, material, maupun tenaga. Untuk itu pada kesempatan ini penulis ingin mengucapkan terima kasih kepada yang terhormat :

1. Ibu Ariani Pongoh, S.ST,M.Kes selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Sorong yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk mengikuti pendidikan pada institusi tercinta.
2. Ibu Alfonsina. Kambuaya, SKM,M.Kes selaku kepala UPTD Puskemas Malawiliyang telah mengizinkan melakukan penelitian diwilayah kerja
3. Bapak Simon L. Momot, S.SiT.MPH selaku Ketua Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Sorong yang telah memberikan nasehat dan dukungan kepada penulis untuk menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah

4. Bapak I Made Raka, S.ST,M.Kes selaku Ketua Program Studi DIII Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Sorong dan selaku dosen penguji yang telah memberikan nasehat dan dukungan kepada penulis untuk menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah
5. I Made Raka, S.ST,M.Kes selaku ketua penguji menguji dan banyak memberikan saran serta masukan kepada peneliti
6. Ibu Engelina J. Tanamal, S.Kep,MM selaku pembimbing pertama yang telah banyak memberikan saran dan masukan serta semangat kepada peneliti.
7. Ibu M. Loihala, S.ST, M.Kes selaku pembimbing kedua yang telah banyak memberikan saran dan masukan serta semangat kepada peneliti.
8. Seluruh staf dan Dosen Jurusan Keperawatan yang banyak memberi ilmu dan pengetahuannya untuk menunjang penelitian ini
9. Khususnya buat Ayahanda Tercinta Samria dan Ibunda Mayana yang Tercinta yang telah banyak memberikan banyak doa dan selalu memberikan kasih sayang, dukungan serta motivasi yang tak pernah henti – hentinya dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
10. Teruntuk Kakak saya Suparno, Kakak saya Rusni dan Kakak saya Birman yang telah menjadi penyemangat penulis menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini

11. Kepada Sahabat – sahabat yang selalu mendukung dan selalu menyemangati dalam menyusun Karya Tulis Ilmiah ini

12. Serta teman – teman seperjuangan yang membantu, terima kasih atas bantuan yang diberikan

Penelitian ini masih banyak kekurangan dalam penyusunan dan materinya. Oleh sebab itu diharapkan adanya kritik dan sarang yang mendukung untuk kesempurnaan Karya Tulis Ilmiah ini. Akhir kata penulis berharap Karya Tulis Ilmiah ini dapat memberi konstribusi positif dan bermanfaat bagi pembaca.

Sorong, Juni 2021

Penulis

DAFTAR ISI

LAPORAN STUDI KASUS.....	ii
LEMBARAN PENGESAHAN.....	iii
LEMBAR PERSETUJUAN	iv
LEMBAR KEASLIAN PENELITIAN	v
DAFTAR RIWAYAT HIDUP.....	vi
KATA PENGANTAR.....	vii
DAFTAR ISI	x
ABSTRAK	xiv
MOTTO DAN PERSEMBAHAN.....	xv
MOTTO	xv
BAB I	1
PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah.....	5
C. Tujuan Penelitian.....	5
D. Manfaat Penelitian	6
BAB II.....	7
TINJAUAN PUSTAKA.....	7
A. Konsep Infeksi Saluran Pernafasan (ISPA)	7
1. Definisi.....	7
2. Anatomi Fisiologi Sistem Pernapasan	8
3. Etiologi ISPA	27
4. Klasifikasi ISPA.....	29
5. Tanda dan Gejala ISPA	30
6. Menisfestasi Klinis.....	32

7. Patofisiologi ISPA.....	33
8. Pemeriksaan Penunjang.....	34
9. Penatalaksanaan	35
10. Komplikasi	35
B. Konsep Bahaya Asap Rokok	36
1. Pengertian	36
2. Kebiasaan Merokok.....	36
3. Kebiasaan Merokok.....	37
4. Dampak Rokok Terhadap Kesehatan	37
5. Bahaya Rokok Paparan asap	39
6. Hubungan Asap Rokok dengan ISPA.....	39
7. Kategori Perokok	41
C. Konsep Teori Keluarga.....	42
1. Definisi Keluarga	42
2. Fungsi Keluarga	43
Keluarga mempunyai 5 fungsi yaitu :.....	43
3. Tahap-Tahap Perkembangan Keluarga.....	44
4. Tugas Keluarga Dalam Bidang Kesehatan	46
D. Konsep Asuhan Keperawatan Keluarga	47
1. Pengkajian.....	47
2. Diagnosa Keperawatan.....	52
3. Intervensi Keperawatan.....	52
4. Implementasi Keperawatan	53
5. Evaluasi.....	53
BAB III	55

METODE PENELITIAN	55
A. Desain Penelitian	55
B. Subjek Penelitian.....	55
C. Batasan Istilah (Definisi Operasional).....	56
D. Waktu dan Tempat Penelitian	57
E. Prosedur Penelitian.....	57
F. Metode dan Instrumen Pengumpulan Data	58
G. Alat Pengumpulan Data.....	59
H. Keabsahan Data	59
I. Analisa Data	59
J. Etika Penelitian	60
BAB IV	64
HASIL DAN PEMBAHASAN	64
A. Hasil	64
B. Pembahasan.....	83
BAB V	86
PENUTUP	86
A. Kesimpulan.....	86
B. Saran	87
DAFTAR PUSTAKA.....	89

DAFTAR TABEL

Table 1	Table 2.1 Intervensi Keperawatan	52
Table 2	Table 3.1 Batasan Istilah (Definisi Operasional).....	56
Table 3	Table 4.1 Tabel Struktur Keluarga.....	66
Table 4	Table 4.2 Pemeriksaan Fisik	76
Table 5	Table 4.3 Analisa Data.....	78
Table 6	Table 4.4 Susunan Prioritas Masalah.....	80
Table 7	Table 4.5 Susunan Prioritas Masalah.....	81
Table 8	Table 4.6 Catatan Perkembangan.....	81
Table 9	Lampiran 1 Kegiatan Penyuluhan.....	96
Table 10	Lampiran 2 Struktur Keluarga Error! Bookmark not defined.	
Table 11	Lampiran 3 Pemeriksaan Fisik (Anggota Keluarga).....	113
Table 12	Lampiran 4 ANALISA DATA (PENJAJAKAN TAHAP II).....	115
Table 13	Lampiran 5 PRIORITAS MASALAH KESEHATAN.....	117

**PENERAPAN PENDIDIKAN KESEHATAN TENTANG DAMPAK ASAP
ROKOK DENGAN KEJADIAN ISPA PADA BALITA DI WILAYAH
KERJA UPTD PUSKESMAS MALAWILI AIMAS
KABUPATEN SORONG**

Nurmila Sari

ABSTRAK

Latar Belakang : Infeksi Saluran Napas Akut (ISPA) merupakan penyebab terpenting morbiditas dan mortalitas pada anak terutama usia dibawah 5 tahun. Beberapa faktor dianggap berhubungan dengan ISPA antara lain, jenis kelamin, usia balita, status gizi, imunisasi, berat lahir balita, suplementasi vitamin A, durasi pemberian ASI, pendidikan ibu, pendapatan keluarga, pajanan rokok, serta pengetahuan, sikap, dan perilaku ibu terhadap ISPA. ISPA dapat berlanjut menjadi pneumonia. Pneumonia adalah proses infeksi akut yang mengenai jaringan paru-paru (alveoli). Terjadinya pneumonia pada anak sering kali bersamaan dengan terjadinya proses infeksi akut pada bronkus yang disebut dengan bronkopneumonia

Metode : Jenis penelitian yang digunakan dalam bentuk studi kasus dengan menggunakan pendekatan proses perawatan yang meliputi pengkajian, diagnose keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

Hasil : Setelah dilakukan pengkajian dan diagnose dengan hasil uji yaitu kurangnya pengetahuan tentang bahaya asap rokok. Dalam implementasi Telah sesuai dengan rencana tindakan yang diharapkan masalah teratasi dengan hasil keluarga mampu memahami pengertian, penyebab bahaya asap rokok dan pengertian, penyebab, penularan, pencegahan dari ISPA.

Kata kunci : defisiet pengetahuan bahaya asap rokok, Penerapan pendidikan kesehatan terkait dampak asap rokok.

MOTTO DAN PERSEMBAHAN

MOTTO

***“Amalan yang lebih dicintai Allah adalah amalan yang terus-menerus
dilakukan walaupun sedikit”***

(Nabi Muhammad S.A.W)

PERSEMBAHAN

Puji dan syukur penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, Atas karunia,
bimbingan dan rahmat-nya yang eangkau berikan hingga akhirnya Karya Tulis
Ilmiah ini dapat terselesaikan dengan lancar

Terimakasih

Karya Tulis Ilmiah ini penulis persembahkan kepada ibu dan bapak atas doa,
semangat,dukungan dan kasih sayangnya yang selalu menemani, memberikan
motivasi penulis hingga saat ini, tak luput juga untuk kelima kakak saya atas
dukungannya, teman,kerabat, dan sahabat saya yang selalu mendukung dan
menemani hingga saat ini.

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Infeksi saluran napas akut (ISPA) merupakan penyebab terpenting morbiditas dan mortalitas pada anak terutama usia dibawah 5 tahun. Beberapa faktor dianggap berhubungan dengan ISPA antara lain, jenis kelamin, usia balita, status gizi, imunisasi, berat lahir balita, suplementasi vitamin A, durasi pemberian ASI, pendidikan ibu, pendapatan keluarga, pajanan rokok, serta pengetahuan, sikap, dan perilaku ibu terhadap ISPA. ISPA dapat berlanjut menjadi pneumonia. Pneumonia adalah proses infeksi akut yang mengenai jaringan paru-paru (alveoli). Terjadinya pneumonia pada anak sering kali bersamaan dengan terjadinya proses infeksi akut pada bronkus yang disebut dengan bronkopneumonia (Kholisah et al, 2015).

Anak merupakan individu yang berada dalam suatu rentang perubahan dan perkembangan yang dimulai dari bayi (0-1 tahun), usia bermain atau toddler (1- 3 tahun), pra sekolah (3-5 tahun), usia sekolah (5-11 tahun), hingga remaja (11- 18 tahun). Rentang ini berbeda antara anak satu dengan yang lain mengingat latar belakang anak berbeda. Pada anak terdapat tentang perubahan pertumbuhan dan perkembangan yaitu

rentang cepat dan lambat. Dalam proses berkembang anak memiliki ciri fisik, kognitif, konsep diri, pola koping dan perilaku sosial (Yuniarti, 2015).

Kebiasaan orang tua yang merokok di dalam rumah dapat berdampak negatif bagi anggota keluarga khususnya bagi balita. Asap rokok yang menempel dan meninggalkan bahan kimia atau residu di baju, atap, sofa, gorden, dan tempat lain di dalam rumah. Jika merokok di luar ruangan atau perokok pasif terpapar asap rokok, asap rokok bisa menempel di baju dan kulit. Jika merokok di dalam ruangan, residu bisa menempel di gorden, sofa, atap, bahkan mainan anak. Orang yang menghisap asap rokok ini dinamakan dengan third hand smoker (Sulaiman, 2014). Hal ini didukung oleh sebuah penelitian yang menyatakan bahwa balita yang tinggal serumah dengan anggota keluarga yang merokok beresiko 5,743 kali lebih besar menderita pneumonia dibanding dengan balita yang serumah dengan anggota keluarga yang tidak merokok (Sugihartono, 2012).

Akibat gangguan asap rokok pada bayi antara lain adalah muntah, diare, kolik (gangguan pada saluran pencernaan bayi), denyut jantung meningkat, gangguan pernafasan pada bayi, infeksi paru-paru dan telinga, gangguan pertumbuhan (Yuli, 2012). Paparan asap rokok berpengaruh terhadap kejadian ISPA pada balita, dimana balita yang terpapar asap rokok berisiko lebih besar untuk terkena ISPA dibanding balita yang tidak terpapar asap rokok (yuli, 2012)

World Health Organization (WHO) memperkirakan insidensi ISPA dinegara berkembang 0,29% (151 juta jiwa) dan Negara industri 0,05% (5 juta jiwa) (Marhamah, Arsin, Wahiduddin, 2012). Data dari profil kesehatan Indonesia tahun 2010, ISPA termasuk salah satu dari 10 penyakit terbanyak pada pasien rawat jalan dirumah sakit. Berdasarkan daftar tabulasi dasar (DTD) menunjukan bahwa ada 291.356 kasus ISPA yaitu laki-laki dengan 147.410 kasus dan perempuan 143.946 kasus dan untuk pasien rawat inap yaitu laki-laki dengan kasus 9.737 dan perempuan 8.181 kasus yang meninggal ada 589 pasien dengan persentase 3,29% dengan jumlah kasus yang ditemukan 291.356 kasus dan jumlah kunjungan rawat jalan sebanyak 433.354 kasus (Kemenkes, 2011).

Indonesia merupakan negara dengan jumlah perokok aktif sekitar 27,6% dengan jumlah 65 juta perokok atau 225 miliar batang per tahun. 10.000 orang perhari di dunia meninggal karena merokok dan 57.000 orang pertahun di Indonesia meninggal karena merokok, dengan kenaikan konsumsi rokok di Indonesia adalah tertinggi di dunia yaitu 44%. Prevalensi merokok di Indonesia dari tahun 1995 sampai 2001 di kalangan orang dewasa meningkat sebanyak 4,6% (Depkes RI, 2008).

Dari laporan Profil Kabupaten/Kota se-Provinsi Papua Barat menunjukkan cakupan penemuan dan penanganan Pneumonia pada Balita mengalami fluktuasi tahun 2017 dengan data jumlah perkiraan penderita sebesar 9.465 sedangkan jumlah penderita yang ditemukan dan

ditangani sebesar 356. Dari data tersebut dengan perkiraan jumlah penderita maka masih ada sekitar 9.109 Penderita yang belum ditemukan dan ditanganin.

Selain mendeteksi dini penyakit ISPA, pencegahan juga merupakan langkah yang sangat penting dalam menangani penyebarluasan penyakit ISPA di masyarakat. Pencegahan ini juga tidak lepas dari peran orang tua yang sebenarnya harus mengetahui cara-cara pencegahan ISPA. Banyak hal yang dapat dilakukan keluarga untuk mencegah agar tidak tertular penyakit ISPA antara lain dengan menjaga kebersihan diri anak, kebersihan lingkungan, mengajarkan anak untuk selalu mencuci tangan (Jelantik & Astarini, 2015). Selain itu, pencegahan juga bisa dilakukan dengan menjaga keadaan gizi agar tetap baik, imunisasi lengkap, mencegah anak berhubungan langsung dengan penderita ISPA dan segera melakukan pengobatan.

Berdasarkan data penderita ISPA di UPTD Puskesmas Malawili Kabupaten Sorong pada tanggal 01 Februari-22 Februari 2021 berjumlah 73 orang dengan klasifikasi umur penderita pada usia anak-anak dan lansia. Hal ini terjadi karena kurangnya informasi dan kurang sadarnya pola hidup sehat bersih (PHBS) keluarga terhadap penyakit (Laporan Puskesmas Malawili, 2021)

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian atau identifikasi di atas maka rumusan masalah pada penelitian ini, Bagaimanakah “penerapan pendidikan kesehatan tentang bahaya asap rokok dengan kejadian ISPA kepada balita” di Wilayah Kerja UPTD Puskesmas Malawili di kabupaten sorong ?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Melalui penulisan Karya Tulis Ilmiah, diharapkan peneliti dapat memperoleh gambaran tentang penerapan pendidikan kesehatan tentang dampak asap rokok dengan kejadian ISPA kepada balita Di Wilayah Kerja UPTD Puskesmas Malawili

2. Tujuan Khusus

- a. Penulis dapat melakukan pengkajian pada pasien dengan ISPA Di Wilayah Kerja UPTD Puskesmas Malawili
- b. Penulis dapat merumuskan masalah/diagnose keperawatan pada pasien dengan ISPA Di Wilayah Kerja UPTD Puskesmas Malawili
- c. Penulis dapat menyusun perencanaan keperawatan pada pasien dengan ISPA Di Wilayah Kerja UPTD Puskesmas Malawili
- d. Penulis dapat melaksanakan intervensi keperawatan pada pasien dengan ISPA Di Wilayah Kerja UPTD Puskesmas Malawili

- e. Penulis dapat mengevaluasi hasil pemberian asuhan keperawatan pada pasien dengan ISPA Di Wilayah Kerja UPTD Puskesmas Malawili

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi Peneliti

Untuk meningkatkan wawasan, pengetahuan serta sikap dalam memberikan perawatan dengan ISPA.

2. Bagi Institusi Pendidikan

Sebagai informasi penelitian yang dapat digunakan sebagai materi pembelajaran keperawatan klinis dan referensi penelitian selanjutnya.

3. Bagi Institusi Pelayanan

Diharapkan dapat memberikan informasi kepada institusi pelayanan, untuk meningkatkan pelayanan sesuai yang dibutuhkan oleh masyarakat yang melakukan pelayanan kesehatan di institusi tersebut.

4. Bagi Keluarga

Diharapkan bagi keluarga agar dapat mampu dan mengerti akan bahaya asap rokok dan menerapkan intervensi yang telah di ajarkan guna untuk mengatasi penyakit ISPA, dan kedepannya lebih memperhatikan kemandirian keluarga dalam menjaga pola hidup sehat.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Infeksi Saluran Pernafasan (ISPA)

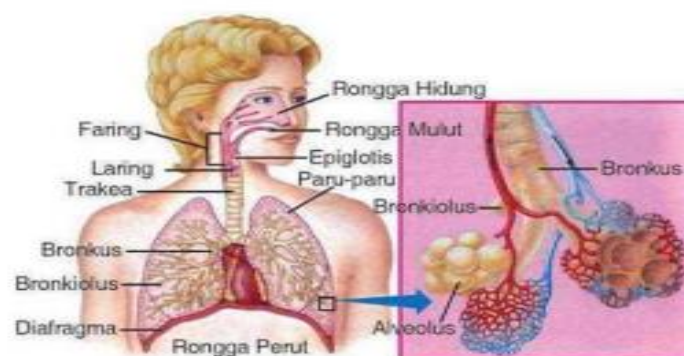
1. Definisi

Menurut data *World Health Organization* (2017) Infeksi saluran napas akut (ISPA) merupakan penyakit yang banyak dijumpai pada anak dibawah 5 tahun. Infeksi saluran napas akut (ISPA) masih jadi masalah di dunia dan di indonesia. Di dunia pada tahun 2017, ISPA berada di urutan kedua penyebab kematian pada anak usia balita

Infeksi saluran napas akut (ISPA) merupakan penyebab terpenting morbiditas dan mortalitas pada anak terutama usia dibawah 5 tahun. Beberapa faktor dianggap berhubungan dengan ISPA antara lain, jenis kelamin, usia balita, status gizi, imunisasi, berat lahir balita, suplementasi vitamin A, durasi pemberian ASI, pendidikan ibu, pendapatan keluarga, pajanan rokok, serta pengetahuan, sikap, dan perilaku ibu terhadap ISPA. ISPA dapat berlanjut menjadi pneumonia. Pneumonia adalah proses infeksi akut yang mengenai jaringan paru-paru (alveoli). Terjadinya pneumonia pada anak sering kali bersamaan dengan terjadinya proses infeksi akut pada bronkus yang disebut dengan bronkopneumonia (Kholisah et al, 2015).

Istilah ISPA meliputi tiga unsur penting yaitu infeksi, saluran pernapasan, dan akut. Dengan pengertian sebagai berikut: infeksi adalah masuknya kuman atau mikroorganisme ke dalam tubuh manusia dan berkembang biak sehingga menimbulkan gejala penyakit. Saluran pernapasan adalah organ yang mulai dari hidung hingga alveoli beserta organ adneksanya seperti sinus-sinus, rongga telinga tengah dan pleura. Dengan demikian ISPA secara otomatis mencakup saluran pernapasan bagian atas, saluran pernapasan bagian bawah (termasuk jaringan paru-paru) dan organ adneksa saluran pernapasan. Sesuai dengan batasan ini maka jaringan paru-paru termasuk saluran pernapasan. Infeksi akut adalah infeksi yang berlangsung sampai 14 hari. Batas 14 hari diambil untuk menunjukkan proses akut meskipun untuk beberapa penyakit yang dapat digolongkan dalam ISPA proses ini dapat berlangsung lebih dari 14 hari. (Depkes, 2010).

2. Anatomi Fisiologi Sistem Pernapasan



Gambar.1 sistem pernapasan

a. Organ Pernapasan

1) Hidung

Hidung atau nasal merupakan saluran udara yang pertama, mempunyai dua lubang (kavum nasi), dipisahkan oleh sekat hidung (septum nasi). Di dalamnya terdapat bulu-bulu yang berguna untuk menyaring udara, debu, dan kotoran yang masuk ke dalam lubang hidung (Adib, 2017).

Di bagian depan berhubungan keluar melalui nares (cuping hidung) anterior dan di belakang berhubungan dengan bagian atas farings (nasofaring). Masing-masing rongga hidung dibagi menjadi bagian vestibulum, yaitu bagian lebih lebar tepat di belakang nares anterior, dan bagian respirasi (Adib, 2017).

Menurut Pearce (2007) permukaan luar hidung ditutupi oleh kulit yang memiliki ciri adanya kelenjar sebasa besar, yang meluas ke dalam vestibulum nasi tempat terdapat kelenjar sebasa, kelenjar keringat, dan folikel rambut yang kaku dan besar. Rambut ini berfungsi menapis benda-benda kasar yang terdapat dalam udara inspirasi.

Terdapat 3 fungsi rongga hidung :

- a) Dalam hal pernafasan = udara yang di inspirasi melalui rongga hidung akan menjalani 3 proses yaitu penyaringan (filtrasi), penghangatan, dan pelembaban.
- b) *Ephithelium olfactory* = bagian medial rongga hidung memiliki fungsi dalam penerimaan bau.
- c) Rongga hidung juga berhubungan dengan pembentukan suarasuara fenotik dimana ia berfungsi sebagai ruang resonansi.

Menurut Graaff (2010) pada potongan frontal, rongga hidung berbentuk seperti buah alpukat, terbagi dua oleh sekat (septum mediana). Dari dinding lateral menonjol tiga lengkungan tulang yang dilapisi oleh mukosa, yaitu:

- 1) *Konka nasalis superior*,
- 2) *Konka nasalis medius*,
- 3) *Konka nasalis inferior*, terdapat jaringan kavernosus atau jaringan erektile yaitu pleksus vena besar, berdinding tipis, dekat permukaan.

Diantara konka-konka ini terdapat 3 buah lekukan meatus yaitu meatus superior (lekukan bagian atas), meatus medialis (lekukan bagian tengah dan meatus inferior (lekukan bagian bawah). Meatusmeatus inilah yang dilewati oleh udara pernafasan, sebelah dalam terdapat

lubang yang berhubungan dengan tekak, lubang ini disebut koana.

Dasar dari rongga hidung dibentuk oleh tulang rahang atas, keatas rongga hidung berhubungan dengan beberapa rongga yang disebut sinus paranasalis, yaitu sinus maksilaris pada rongga rahang atas, sinus frontalis pada rongga tulang dahi, sinus sfenoidalis pada rongga tulang baji dan sinus etmoidalis pada rongga tulang tapis (Adib, 2017)

Pada *sinus etmoidalis*, keluar ujung-ujung saraf penciuman yang menuju ke konka nasalis. Pada konka nasalis terdapat sel-sel penciuman, sel tersebut terutama terdapat di bagian atas. Pada hidung di bagian mukosa terdapat serabut-serabut syaraf atau reseptor dari saraf penciuman disebut nervus olfaktorius (Adib, 2017).

Disebelah belakang konka bagian kiri kanan dan sebelah atas dari langit-langit terdapat satu lubang pembuluh yang menghubungkan rongga tekak dengan rongga pendengaran tengah, saluran ini disebut tuba auditiva eustaki, yang menghubungkan telinga tengah dengan faring dan laring. Hidung juga berhubungan dengan saluran air mata disebut tuba lakrimalis (Adib, 2017).

Fungsi hidung, terdiri dari :

- a) Bekerja sebagai saluran udara pernafasan
- b) Sebagai penyaring udara pernafasan yang dilakukan oleh bulu-bulu hidung
- c) Dapat menghangatkan udara pernafasan oleh mukosa
- d) Membunuh kuman-kuman yang masuk, bersama-sama udara pernafasan oleh leukosit yang terdapat dalam selaput lendir (mukosa) atau hidung.

2) *Faring*

Tekak atau faring merupakan tempat persimpangan antara jalan pernapasan dan jalan makanan. Terdapat dibawah dasar tengkorak, dibelakang rongga hidung dan mulut sebelah depan ruas tulang leher. Hubungan faring dengan organ-organ lain keatas berhubungan dengan rongga hidung, dengan perantaraan lubang yang bernama koana. Ke depan berhubungan dengan rongga mulut, tempat hubungan ini bernama istmus fausium. Ke bawah terdapat dua lubang, ke depan lubang laring, ke belakang lubang esofagus (Adib, 2017).

Dibawah selaput lendir terdapat jaringan ikat, juga dibeberapa tempat terdapat folikel getah bening.

Perkumpulan getah bening ini dinamakan adenoid. Disebelahnya terdapat 2 buah tonsilkiri dan kanan dari tekak. Di sebelah belakang terdapat epiglottis (empang tenggorok) yang berfungsi menutup laring pada waktu menelan makanan (Adib, 2017).

Menurut Graaff (2010 dalam Adib, 2017) Faring dapat dibagi menjadi tiga, yaitu:

- a) *Nasofaring*, yang terletak di bawah dasar tengkorak, belakang dan atas palatum molle. Pada bagian ini terdapat dua struktur penting yaitu adanya saluran yang menghubungkan dengan tuba eustachius dan tuba auditory. Tuba Eustachii bermuara pada nasofaring dan berfungsi menyeimbangkan tekanan udara pada kedua sisi membrane timpani. Apabila tidak sama, telinga terasa sakit. Untuk membuka tuba ini, orang harus menelan. Tuba Auditory yang menghubungkan nasofaring dengan telinga bagian tengah.
- b) *Orofaring* merupakan bagian tengah farings antara palatum lunak dan tulang hyodi. Pada bagian ini traktus respiratory dan traktus digestif menyilang dimana orofaring merupakan bagian dari kedua saluran ini. Orofaring terletak di belakang rongga mulut dan

permukaan belakang lidah. Dasar atau pangkal lidah berasal dari dinding anterior orofaring, bagian orofaring ini memiliki fungsi pada system pernapasan dan system pencernaan. refleks menelan berawal dari orofaring menimbulkan dua perubahan makanan terdorong masuk ke saluran cerna (oesophagus) dan secara stimulant, katup menutup laring untuk mencegah makanan masuk ke dalam saluran pernapasan. Orofaring dipisahkan dari mulut oleh fauces. Fauces adalah tempat terdapatnya macam-macam tonsila, seperti tonsila palatina, tonsila faringeal, dan tonsila lingual.

- c) *Laringofaring* terletak di belakang larings. Laringofaring merupakan posisi terendah dari farings. Pada bagian bawah laringofaring system respirasi menjadi terpisah dari sitem digestif. Udara melalui bagian anterior ke dalam larings dan makanan lewat posterior ke dalam esophagus melalui epiglottis yang fleksibel.

3) *Laring*

Pangkal Tenggorokan (laring) merupakan saluran udara dan bertindak sebagai pembentukan suara terletak di depan bagian faring sampai ketinggian vertebra servikalis

dan masuk ke dalam trakea dibawahnya. Pangkal tenggorokan itu dapat ditutup oleh sebuah empang tenggorok yang disebut epiglotis, yang terdiri dari tulangtulang rawan yang berfungsi pada waktu kita menelan makanan menutupi laring (Adib, 2017). Laring terdiri dari 5 tulang rawan antara lain:

- a) Kartilago tiroid (1 buah) depan jakun sangat jelas terlihat pada pria.
- b) Kartilago ariteanoid (2 buah) yang berbentuk beker
- c) Kartilago krikoid (1 buah) yang berbentuk cincin
- d) Kartilago epiglotis (1 buah).

Laring dilapisi oleh selaput lendir, kecuali pita suara dan bagian epiglotis yang dilapisi oleh sel epitelium berlapis (Adib, 2017). Proses pembentukan suara :

Terbentuknya suara merupakan hasil dari kerjasama antara rongga mulut, rongga hidung, laring, lidah dan bibir. Pada pita suara palsu tidak terdapat otot, oleh karena itu pita suara ini tidak dapat bergetar, hanya antara kedua pita suara tadi dimasuki oleh aliran udara maka tulang rawan gondok dan tulang rawan bentuk beker tadi diputar. Akibatnya pita suara dapat mengencang dan mengendor

dengan demikian sela udara menjadi sempit atau luas (Adib, 2017).

Pergerakan ini dibantu pula oleh otot-otot laring, udara yang dari paru-paru dihembuskan dan menggetarkan pita suara. Getaran itu diteruskan melalui udara yang keluar – masuk. Perbedaan suara seseorang bergantung pada tebal dan panjangnya pita suara. Pita suara pria jauh lebih tebal daripada pita suara wanita (Adib, 2017).

4) *Trakea*

Batang Tenggorokan (*trakea*) merupakan lanjutan dari laring yang terbentuk oleh 16-20 cincin yang terdiri dari tulang-tulang rawan yang berbentuk seperti kuku kuda. Panjang *trakea* 9-11 cm dan dibelakang terdiri dari jaringan ikat yang dilapisi oleh otot polos. Sebelah dalam diliputi oleh selaput lendir yang berbulu getar yang disebut sel bersilia hanya bergerak kearah luar (Adib, 2017).

Trakea terletak di depan saluran *esofagus*, mengalami percabangan di bagian ujung menuju ke paru-paru. Yang memisahkan *trakea* menjadi bronkus kiri dan kanan disebut karina. Dinding-dinding *trakea* tersusun atas sel *epitel bersilia* yang menghasilkan lendir. Lendir ini berfungsi untuk penyaringan lanjutan udara yang masuk, menjerat

partikel-partikel debu, serbuk sari dan kontaminan lainnya. Sel silia berdenyut akan menggerakkan mukus ini naik ke faring yang dapat ditelan atau dikeluarkan melalui rongga mulut. Hal ini bertujuan untuk membersihkan saluran pernapasaan (Adib, 2017).

5) *Bronkus*

Bronkus terbagi menjadi bronkus kanan dan kiri, *bronkus lobaris* kanan (3 lobus) dan *bronkus lobaris* kiri (2 bronkus). Bronkus lobaris kanan terbagi menjadi 10 *bronkus segmental* dan *bronkus lobaris* kiri terbagi menjadi 9 *bronkus segmental*. *Bronkus segmentalis* ini kemudian terbagi lagi menjadi *bronkus subsegmental* yang dikelilingi oleh jaringan ikat yang memiliki arteri, *limfatik* dan saraf (Adib, 2017).

a) *Bronkiolus*

Bronkus segmental bercabang-cabang menjadi bronkiolus. Bronkiolus mengandung kelenjar submukosa yang memproduksi lendir yang membentuk selimut tidak terputus untuk melapisi bagian dalam jalan nafas.

b) *Bronkiolus terminalis*

Bronkiolus membentuk percabangan menjadi bronkiolus terminalis (yang mempunyai kelenjar lendir dan silia).

c) *Bronkiolus respiratori*

Bronkiolus terminalis kemudian menjadi bronkiolus respiratori. Bronkiolus respiratori dianggap sebagai saluran transisional antara lain jalan nafas konduksi dan jalan udara pertukaran gas.

d) *Duktus alveolar dan sakus alveolar*

Bronkiolus respiratori kemudian mengarah ke dalam duktus alveolar dan sakus alveolar. Dan kemudian menjadi alveoli.

6) Paru-Paru

Paru-paru merupakan sebuah alat tubuh yang sebagian besar terdiri dari gelembung (gelembung hawa atau alveoli). Gelembung alveoli ini terdiri dari sel-sel epitel dan endotel. Jika dibentangkan luas permukaannya kurang lebih 90 m². Pada lapisan ini terjadi pertukaran udara, O₂ masuk ke dalam darah dan CO₂ dikeluarkan dari darah.

Banyaknya gelembung paru-paru ini kurang lebih 700.000.000 buah (paru-paru kiri dan kanan) (Adib, 2017).

Paru-paru dibagi dua yaitu paru-paru kanan, terdiri dari 3 lobus (belahan paru), lobus pulmo dekstra superior, lobus media, dan lobus inferior. Tiap lobus tersusun oleh lobulus. Paru-paru kiri, terdiri dari pulmo sinistra lobus superior dan lobus inferior. Tiap-tiap lobus terdiri dari belahan yang kecil bernama segmen. Paru-paru kiri mempunyai 10 segmen yaitu 5 buah segmen pada lobus superior, dan 5 buah segmen pada inferior. Paru-paru kanan mempunyai 10 segmen yaitu 5 buah segmen pada lobus superior, 2 buah segmen pada lobus medialis, dan 3 buah segmen pada lobus inferior. Tiap-tiap segmen ini masih terbagi lagi menjadi belahan-belahan yang bernama lobulus (Adib, 2017).

Di antara lobulus satu dengan yang lainnya dibatasi oleh jaringan ikat yang berisi pembuluh darah getah bening dan saraf, dan tiap lobulus terdapat sebuah bronkiolus. Di dalam lobulus, bronkiolus ini bercabang-cabang banyak sekali, cabang ini disebut duktus alveolus. Tiap duktus alveolus berakhir pada alveolus yang diameternya antara 0,2-0,3 mm (Adib, 2017).

Letak paru-paru di rongga dada datarannya menghadap ke tengah rongga dada atau kavum mediastinum. Pada bagian tengah terdapat tampuk paru-paru atau hilus. Pada mediastinum depan terletak jantung. Paru-paru dibungkus oleh selaput yang bernama pleura. Pleura dibagi menjadi 2 yaitu, yang pertama pleura visceral (selaput dada pembungkus) yaitu selaput paru yang langsung membungkus paru-paru. Kedua pleura parietal yaitu selaput yang melapisi rongga dada sebelah luar. Antara keadaan normal, kavum pleura ini vakum (hampa) sehingga paru-paru dapat berkembang kempis dan juga terdapat sedikit cairan (eksudat) yang berguna untuk meminyaki permukaannya (pleura), menghindarkan gesekan antara paru-paru dan dinding dada sewaktu ada gerakan bernapas (Adib, 2017).

Persyarafan penting dalam aksi pergerakan pernapasan disuplai melalui N. Phrenicus dan N. Spinal Thoracic. Nervus Phrenicus mempersyarafi diafragma, sementara N. Spinal Thoracic mempersyarafi intercosta. Di samping syaraf-syaraf tersebut, paru juga dipersyarafi oleh serabut syaraf simpatis dan para simpatis (Adib, 2017).

Di dalam paru terdapat peredaran darah ganda. Darah yang miskin oksigen dari ventrikel kanan masuk ke paru

melalui arteri pulmonalis. Selain system arteri dan vena pulmonalis, terdapat pula arteri dan vena bronkialis, yang berasal dari aorta, untuk memperdarahi jaringan bronki dan jaringan ikat paru dengan darah kaya oksigen. Ventilasi paru (bernapas) melibatkan otot-otot pernapasan, yaitu diafragma dan otototot interkostal. Selain ini ada otot-otot pernapasan tambahan seperti otot-otot perut (Adib, 2017).

b. Fisiologi Sistem Pernapasan

Oksigen dalam tubuh dapat diatur menurut keperluan. Manusia sangat membutuhkan oksigen dalam hidupnya, kalau tidak mendapatkan oksigen selama 4 menit akan mengakibatkan kerusakan pada otak yang tidak dapat diperbaiki lagi dan bisa menimbulkan kematian. Kalau penyediaan oksigen berkurang akan menimbulkan kacau pikiran dan anoksia serebralis (Adib, 2017).

1. Pernapasan paru

Pernapasan paru adalah pertukaran oksigen dan karbondioksida yang terjadi pada paru-paru. Pernapasan melalui paru-paru atau pernapasan eksternal, oksigen diambil melalui mulut dan hidung pada waktu bernapas yang oksigen masuk melalui trakea sampai ke alveoli berhubungan dengan darah dalam kapiler pulmonar.

Alveoli memisahkan oksigen dari darah, oksigen menembus membran, diambil oleh sel darah merah dibawa ke jantung dan dari jantung dipompakan ke seluruh tubuh. Di dalam paru-paru karbondioksida merupakan hasil buangan yang menembus membran alveoli. Dari kapiler darah 22 dikeluarkan melalui pipa bronkus berakhir sampai pada mulut dan hidung (Adib, 2017). Empat proses yang berhubungan dengan pernapasan pulmoner :

- a) Ventilasi pulmoner, gerakan pernapasan yang menukar udara dalam alveoli dengan udara luar.
- b) Arus darah melalui paru-paru, darah mengandung oksigen masuk ke seluruh tubuh, karbondioksida dari seluruh tubuh masuk ke paru-paru.
- c) Distribusi arus udara dan arus darah sedemikian rupa dengan jumlah yang tepat, yang bisa dicapai untuk semua bagian.
- d) Difusi gas yang menembus membran alveoli dan kapiler karbondioksida lebih mudah berdifusi dari pada oksigen.

Proses pertukaran oksigen dan karbondioksida terjadi ketika konsentrasi dalam darah mempengaruhi dan merangsang pusat pernapasan terdapat dalam otak untuk

memperbesar kecepatan dalam pernapasan, sehingga terjadi pengambilan O₂ dan pengeluaran CO₂ lebih banyak. Darah merah (hemoglobin) yang banyak mengandung oksigen dari seluruh tubuh masuk ke dalam jaringan, mengambil karbondioksida untuk dibawa ke paru-paru dan di paru-paru terjadi pernapasan eksterna (Adib, 2017).

2. Pernapasan sel

a) Transpor gas paru-paru dan jaringan

Selisih tekanan parsial antara O₂ dan CO₂ menekankan bahwa kunci dari pergerakan O₂ mengalir dari alveoli masuk ke dalam jaringan melalui darah, sedangkan CO₂ mengalir dari jaringan ke alveoli melalui pembuluh darah. Akan tetapi jumlah kedua gas yang ditranspor ke jaringan dan dari jaringan secara keseluruhan tidak cukup bila O₂ tidak larut dalam darah dan bergabung dengan protein membawa O₂ (hemoglobin). Demikian juga CO₂ yang larut masuk ke dalam serangkaian reaksi kimia reversibel (rangkaian perubahan udara) yang mengubah menjadi senyawa lain. Adanya hemoglobin menaikkan kapasitas pengangkutan O₂ dalam darah sampai 70 kali dan

reaksi CO₂ menaikkan kadar CO₂ dalam darah menjadi 17 kali (Adib, 2017).

b) Pengangkutan Oksigen ke jaringan

Sistem pengangkutan O₂ dalam tubuh terdiri dari paru-paru dan sistem kardiovaskuler. Oksigen masuk ke jaringan bergantung pada jumlahnya yang masuk ke dalam paru-paru, pertukaran gas yang cukup pada paru-paru, aliran darah ke jaringan dan kapasitas pengangkutan O₂ dalam darah. Aliran darah bergantung pada derajat konsentrasi dalam jaringan dan curah jantung. Jumlah O₂ dalam darah ditentukan oleh jumlah O₂ yang larut, hemoglobin, dan afinitas (daya tarik) hemoglobin (Adib, 2017).

Transpor oksigen melalui beberapa tahap (Adib, 2017) yaitu :

- 1) Tahap I : oksigen atmosfer masuk ke dalam paru-paru. Pada waktu kita menarik napas tekanan parsial oksigen dalam atmosfer 159 mmHg. Dalam alveoli komposisi udara berbeda dengan komposisi udara atmosfer tekanan parsial O₂ dalam alveoli 105 mmHg.

- 2) Tahap II : darah mengalir dari jantung, menuju ke paru-paru untuk mengambil oksigen yang berada dalam alveoli. Dalam darah ini terdapat oksigen dengan tekanan parsial 40 mmHg. Karena adanya perbedaan tekanan parsial itu apabila tiba pada pembuluh kapiler yang berhubungan dengan membran alveoli maka oksigen yang berada dalam alveoli dapat berdifusi masuk ke dalam pembuluh kapiler. Setelah terjadi proses difusi tekanan parsial oksigen dalam pembuluh menjadi 100 mmHg.
- 3) Tahap III : oksigen yang telah berada dalam pembuluh darah diedarkan keseluruh tubuh. Ada dua mekanisme peredaran oksigen dalam darah yaitu oksigen yang larut dalam plasma darah yang merupakan bagian terbesar dan sebagian kecil oksigen yang terikat pada hemoglobin dalam darah. Derajat kejenuhan hemoglobin dengan O₂ bergantung pada tekanan parsial CO₂ atau pH. Jumlah O₂ yang diangkut ke jaringan bergantung pada jumlah hemoglobin dalam darah.
- 4) Tahap IV : sebelum sampai pada sel yang membutuhkan, oksigen dibawa melalui cairan interstisial lebih dahulu. Tekanan parsial oksigen

dalam cairan interstisial 20 mmHg. Perbedaan tekanan oksigen dalam pembuluh darah arteri (100 mmHg) dengan tekanan parsial oksigen dalam cairan interstisial (20 mmHg) menyebabkan terjadinya difusi oksigen yang cepat dari pembuluh kapiler ke dalam cairan interstisial.

- 5) Tahap V : tekanan parsial oksigen dalam sel kira-kira antara 0- 20 mmHg. Oksigen dari cairan interstisial berdifusi masuk ke dalam sel. Dalam sel oksigen ini digunakan untuk reaksi metabolisme yaitu reaksi oksidasi senyawa yang berasal dari makanan (karbohidrat, lemak, dan protein) menghasilkan H_2O , CO_2 dan energi.

c) Reaksi hemoglobin dan oksigen

Dinamika reaksi hemoglobin sangat cocok untuk mengangkut O_2 . Hemoglobin adalah protein yang terikat pada rantai polipeptida, dibentuk porfirin dan satu atom besi ferro. Masingmasing atom besi dapat mengikat secara reversible (perubahan arah) dengan satu molekul O_2 . Besi berada dalam bentuk ferro sehingga reaksinya adalah oksigenasi bukan oksidasi (Adib, 2017).

d) *Transpor karbondioksida*

Kelarutan CO₂ dalam darah kira-kira 20 kali kelarutan O₂ sehingga terdapat lebih banyak CO₂ dari pada O₂ dalam larutan sederhana. CO₂ berdifusi dalam sel darah merah dengan cepat mengalami hidrasi menjadi H₂CO₂ karena adanya anhidrase (berkurangnya sekresi kerigat) karbonat berdifusi ke dalam plasma. Penurunan kejenuhan hemoglobin terhadap O₂ bila darah melalui kapiler-kapiler jaringan. Sebagian dari CO₂ dalam sel darah merah beraksi dengan gugus amino dari protein, hemoglobin membentuk senyawa karbamino (senyawa karbondioksida). Besarnya kenaikan kapasitas darah mengangkut CO₂ ditunjukkan „oleh selisih antara garis kelarutan CO₂ dan garis kadar total CO₂ di antara 49 ml CO₂ dalam darah arterial 2,6 ml dalam senyawa karbamino dan 43,8 ml dalam HCO₂ (Adib, 2017)

3. Etiologi ISPA

Menurut (Kunoli, 2013) ISPA dapat disebabkan oleh berbagai bakteri penyebab seperti bakteri, virus, jamur dan aspirasi. Bakteri tersebut antara lain adalah *Diplococcus Pneumoniae*, *Pneumococcus*, *Streptococcus Pyogenes*, *Staphylococcus Aureus*, *Haemophilus Influenza*, dan lain-lain. Virus penyebab ISPA antara

lain adalah *Influenza*, *Adenovirus*, *Sitomegalovirus*. Jamur penyebab ISPA antara lain *Aspergillus Sp*, *Gandida Albicans* *Histoplasma*, dan lain-lain. Penyakit ISPA selain disebabkan oleh bakteri, virus, dan jamur dapat disebabkan juga oleh aspirasi seperti makanan, asap kendaraan bermotor atau mobil, paparan asap rokok, bahan bakar minyak, cairan amnion pada saat lahir, benda asing (biji-bijian) bahan plastic kecil, dan lain-lain.

Terjadinya ISPA tentu dipengaruhi oleh banyak faktor yaitu, kondisi lingkungan (polutan udara seperti asap rokok, asap bahan bakar memasak, kepadatan anggota keluarga, kondisi ventilasi rumah kelembapan, kebersihan, musim dan suhu), ketersediaan dan efektifitas pelayanan serta langkah-langkah pencegahan infeksi untuk pencegahan penyebaran (vaksin, akses terhadap fasilitas pelayanan kesehatan, kapasitas ruang isolasi), faktor penjamu (usia, kebiasaan merokok, kemampuan penjamu menularkan infeksi, status gizi, infeksi sebelumnya atau infeksi serentak yang disebabkan oleh pathogen lain, kondisi kesehatan umum) dan karakteristik pathogen (cara penularan, daya tular, faktor virulensi misalnya gen, jumlah dan dosis mikroba). Kondisi lingkungan yang berpotensi menjadi faktor resiko ISPA adalah lingkungan yang banyak tercemar oleh asap kendaraan bermotor, bahan bakar minyak, asap hasil pembakaran serta benda asing seperti mainan plastic kecil (Rosana, 2016).

4. Klasifikasi ISPA

Klasifikasi ISPA dapat dikelompokkan berdasarkan golongannya dan golongan umur yaitu :

a. ISPA berdasarkan golongannya :

- 1) Pneumonia yaitu proses infeksi akut yang mengenai jaringan paru-paru (*alveoli*).
- 2) Bukan pneumonia meliputi batuk pilek biasa (*common cold*), radang tenggorokan (*pharyngitis*), tonsilitis dan infeksi telinga (*otomitis media*).

b. ISPA dikelompokkan berdasarkan golongan umur yaitu :

- 1) Untuk anak usia 2-59 bulan :
 - a) Bukan pneumonia bila frekuensi pernapasan kurang dari 50 kali permenit untuk usia 2-11 bulan dan kurang dari 40 kali permenit untuk usia 12-59 bulan, serta tidak ada tarikan pada dinding dada.
 - b) Pneumonia yaitu ditandai dengan nafas cepat (frekuensi pernafasan sama atau lebih dari 50 kali permenit untuk usia 2- 11 bulan dan frekuensi pernafasan sama atau lebih dari 40 kali permenit untuk usia 12-59 bulan), serta tidak ada tarikan pada dinding dada.
 - c) Pneumonia berat yaitu adanya batuk dan nafas cepat (*fast breathing*) dan tarikan dinding pada bagian bawah ke arah dalam (*severe chest indrawing*).

2) Untuk anak usia kurang dari dua bulan :

- a) Bukan pneumonia yaitu frekuensi pernafasan kurang dari 60 kali permenit dan tidak ada tarikan dinding dada.
- b) Pneumonia berat yaitu frekuensi pernafasan sama atau lebih dari 60 kali permenit (fast breathing) atau adanya tarikan dinding dada tanpa nafas cepat. (Menurut Halimah 2019)

5. Tanda dan Gejala ISPA

Rosana (2016), Tanda dan gejala ISPA biasanya muncul dengan cepat yaitu, dalam beberapa jam bahkan sampai beberapa hari. Penyakit ISPA pada balita dapat menimbulkan bermacam-macam tanda dan gejala seperti batuk, kesulitan bernafas, sakit tenggorokan, pilek, sakit telinga dan demam

Gejala ISPA dapat diurutkan berdasarkan tingkat keparahan adalah sebagai berikut : menurut (Rosana, 2016)

a. Gejala ISPA ringan

- 1) Batuk.
- 2) Serak, yaitu anak bersuara parau pada waktu mengeluarkan suara (pada waktu berbicara atau menangis).
- 3) Pilek, yaitu mengeluarkan lendir atau ingus dari hidung.
- 4) Panas atau demam, suhu badan lebih dari 37°C.

b. Gejala ISPA sedang

Seorang balita dinyatakan menderita ISPA sedang kecuali di jumpai gejala dari ISPA ringan disertai satu atau lebih dari gejala-gejala berikut ini :

- 1) Pernapasan cepat (fast breathing) sesuai umur yaitu :untuk kelompok umur kurang dari 2 bulan frekuensi nafas 60 kali per menit atau lebih untuk umur 2 -< 5 tahun.
- 2) Suhu tubuh lebih dari 39°C.
- 3) Tenggorokan berwarna merah.
- 4) Timbul bercak-bercak merah pada kulit menyerupai bercak campak.
- 5) Telinga sakit atau mengeluarkan nanah dari lubang telinga.
- 6) Pernapasan berbunyi seperti mengorok (mendengkur).

c. Gejala ISPA berat

Seorang balita dinyatakan menderita ISPA berat kecuali di jumpai gejala dari ISPA ringan atau gejala ISPA sedang disertai satu atau lebih dari gejala-gejala berikut ini :

- 1) Bibir atau kulit membiru.
- 2) Anak tidak sadar atau kesadaran menurun.
- 3) Pernapasan berbunyi seperti mengorok dan anak tampak gelisah.
- 4) Sela iga tertarik ke dalam pada waktu bernafas.
- 5) Nadi cepat lebih dari 160 kali per menit atau tidak teraba.

6. Manifestasi Klinis

ISPA merupakan penyakit yang dapat menyebar melalui udara (air borne disease). ISPA dapat menular bila agen penyakit ISPA, seperti virus, bakteri, jamur, serta polutan yang ada di udara masuk dan mengendap disaluran pernafasan sehingga menyebabkan pembengkakan mukosa dinding saluran pernafasan dan saluran pernafasan menjadi sempit. Agen mengiritasi, merusak, menjadi kaku atau melambatkan gerak rambut getar (cilia) sehingga tidak dapat menyapu lendir dan benda asing yang masuk disaluran pernafasan. Pengendapan agen di mucociliary transport (saluran penghasil mukosa) menimbulkan reaksi sekresi lendir yang berlebihan (hipersekreasi). Bila hal itu terjadi pada anak-anak, kelebihan produksi lendir tersebut akan meleleh keluar hidung karena daya kerja mucociliary transport sudah melampaui batas. Batuk dan lendir yang keluar dari hidung menandakan bahwa seseorang telah terkena ISPA.

Seseorang yang terkena ISPA biasanya mengeluarkan agen penyebab ISPA melalui transmisi kontak dan transmisi droplet. Transmisi kontak melibatkan kontak langsung antar penderita dengan orang sehat, seperti tangan yang terkontaminasi agen penyebab ISPA. Transmisi droplet ditimbulkan dari percikan ludah penderita saat batuk dan bersin di depan atau dekat dengan orang yang tidak menderita ISPA. Droplet tersebut masuk melalui udara

dan mengendap di mukosa mata, mulut, hidung, dan tenggorokan orang yang tidak menderita ISPA. Agen yang mengendap tersebut menjadikan orang tidak sakit ISPA menjadi sakit ISPA (Noviantari, 2018).

7. Patofisiologi ISPA

Menurut (Amalia Nurin, dkk, 2014) Perjalanan alamiah penyakit ISPA dibagi 4 tahap yaitu :

- a. Tahap prepatogenesis : penyebab telah ada tetapi belum menunjukkan reaksi apa-apa.
- b. Tahap inkubasi : virus merusak lapisan epitel dan lapisan mukosa. Tubuh menjadi lemah apalagi bila keadaan gizi dan daya tahan sebelumnya rendah.
- c. Tahap dini penyakit : dimulai dari munculnya gejala penyakit, timbul gejala demam dan batuk.
- d. Tahap lanjut penyakit, dibagi menjadi empat yaitu dapat sembuh sempurna, sembuh dengan atelektasis, menjadi kronis dan meninggal akibat pneumonia.

Saluran pernafasan selama hidup selalu terpapar dengan dunia luar sehingga untuk mengatasinya dibutuhkan suatu sistem pertahanan yang efektif dan efisien. Ketahanan saluran pernafasan terhadap infeksi maupun partikel dan gas yang ada di udara amat tergantung pada tiga unsur alami yang selalu terdapat pada orang

sehat yaitu keutuhan epitel mukosa dan gerak mukosilia, makrofag alveoli, dan antibodi.

Infeksi bakteri mudah terjadi pada saluran nafas yang sel-sel epitel mukosanya telah rusak akibat infeksi yang terdahulu. Selain hal itu, hal-hal yang dapat mengganggu keutuhan lapisan mukosa dan gerak silia adalah asap rokok dan gas SO₂ (polutan utama dalam pencemaran udara), sindroma imotil, pengobatan dengan O₂ konsentrasi tinggi (25 % atau lebih). Makrofag banyak terdapat di alveoli dan akan dimobilisasi ke tempat lain bila terjadi infeksi. Asap rokok dapat menurunkan kemampuan makrofag membunuh bakteri, sedangkan alkohol akan menurunkan mobilitas sel-sel ini. Antibodi setempat yang ada di saluran nafas ialah Ig A. Antibodi ini banyak ditemukan di mukosa. Kekurangan antibodi ini akan memudahkan terjadinya infeksi saluran nafas, seperti yang terjadi pada anak. Penderita yang rentan (imunokompromis) mudah terkena infeksi ini seperti pada pasien keganasan yang mendapat terapi sitostatika atau radiasi. Penyebaran infeksi pada ISPA dapat melalui jalan hematogen, limfogen, perkontinuitatum dan udara nafas.

8. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan:

1. Pemeriksaan Darah Rutin
2. Analisa Gas darah (AGD)

3. Foto rontgen toraks
4. Kultur virus dilakukan untuk menemukan RSV

(Wuandari.D & Purnamasari. L, 2015)

9. Penatalaksanaan

- a. Keperawatan Penatalaksanaan meliputi pencegahan, penatalaksanaan keperawatan meliputi:
 - 1) Istirahat Total
 - 2) Peningkatan intake cairan
 - 3) Memberikan penyuluhan sesuai penyakit
 - 4) Memberikan kompres hangat bila demam
 - 5) Pencegahan infeksi lebih lanjut
- b. Medis Penatalaksanaan medis meliputi :
 - 1) Sistomatik
 - 2) Obat kumur
 - 3) Antihistamin
 - 4) Vitamin C
 - 5) Espektoran
 - 6) Vaksinasi (Wuandari.D & Purnamasari. L, 2015)

10. Komplikasi

Komplikasi yang dapat timbul dari penyakit ini yaitu asma.

Komplikasi lain yang dapat timbul yaitu:

- a. Otitis media
- b. Croup

- c. Gagal nafas
- d. Sindrom kematian bayi mendadak dan kerusakan paru residu (Wuandari.D & Purnamasari. L, 2015)

B. Konsep Bahaya Asap Rokok

1. Pengertian

Rokok mengandung zat adiktif yang bila digunakan mengakibatkan bahaya bagi kesehatan individu maupun masyarakat. Rokok adalah salah satu produk tembakau yang dimaksudkan untuk dibakar, dihisap, dan atau dihirup termasuk rokok kretek, rokok putih, cerutu atau bentuk lainnya yang dihasilkan dari tanaman *Nicotiana Tabacum*, *Nicotiana Rustica*, dan spesies lainnya atau sintesisnya yang asapnya mengandung nikotin dan tar dengan atau tanpa bahan tambahan (Menkes dan Mendagri, 2011).

2. Kebiasaan Merokok

Merokok adalah hasil olahan tembakau terbungkus, termasuk cerutu atau bentuk lainnya yang dihasilkan dari tanaman *Nicotinama Tobacum*, *Nicotiana rustica*, dan sintesis lainnya atau sintesisnya yang mengandung nikotin dan tar dengan atau tanpa bahan tambahan. Merokok adalah membakar tembakau yang kemudian dihisap isinya, baik menggunakan rokok maupun menggunakan pipa. Bahan kimia yang terkandung dalam rokok adalah nikotin, tar, dan

CO, ammonia, hidrogen sianida, methanol, pyridine, cadmium, formaldehida, dan fenol (Aditama, 2011).

3. Kebiasaan Merokok

Rokok mengandung 4000 jenis senyawa kimia. Sebanyak 400 jenis diantaranya adalah termasuk zat berbahaya dan 43 jenis yang tergolong karsinogenik (zat penyebab kanker). Zat yang terkandung antara lain:

- a. Nikotin Nikotin, adalah zat berbahaya yang menyebabkan kecanduan (adiktif). Nikotin bekerja di otak yang akan merangsang pelepasan zat dopamin yang memberi rasa nyaman yang menyebabkan rasa ketergantungan (Kemenkes RI, 2012).
- b. Karbon Monoksida (CO) Karbon Monoksida (CO), adalah salah satu gas beracun yang menurunkan kandungan oksigen dalam darah (Kemenkes RI, 2012).

4. Dampak Rokok Terhadap Kesehatan

Dampak rokok terhadap kesehatan sering disebut sebagai ‘silent killer’ karena timbul secara perlahan dalam tempo yang relatif lama, tidak langsung dan tidak nampak secara nyata. Selain itu rokok juga penyebab dari 50% kebakaran yang terjadi, dan proses pengolahan rokok mengakibatkan penebangan pohon-pohon di hutan

agar kayunya dapat dipakai untuk memproses tembakau (Aditama, 2011).

Seluruh dunia kebiasaan merokok menyebabkan kematian pada 2,5 juta orang setahunnya, artinya satu kematian setiap 13 detik. Kebiasaan merokok telah terbukti berhubungan dengan sedikitnya 25 jenis penyakit dari berbagai alat tubuh manusia, seperti kanker paru, bronkitis kronis, emfisema, dan berbagai penyakit paru lainnya. Selain itu adalah kanker mulut, tenggorokan pankreas, dan kandung kemih, penyakit pembuluh darah, ulkus peptikum, dan lain-lain (Aditama, 2011).

Rokok pada dasarnya merupakan pabrik bahan kimia. Sekali satu batang rokok dibakar maka ia akan mengeluarkan 4000 bahan kimia seperti nikotin, gas CO, nitrogen, dan lain-lain. Bahan-bahan kimia itulah yang kemudian menimbulkan berbagai penyakit. Setiap golongan penyakit berhubungan dengan bahan tertentu. Kanker paru misalnya, dihubungkan dengan kadar tar dalam rokok, penyakit jantung dihubungkan dengan gas CO dan nikotin (aditama, 2011)

Makin tinggi kadar bahan berbahaya dalam satu batang rokok, maka makin besar kemungkinan seseorang menjadi sakit jika mengisap rokok tersebut. Karena itu banyak Negara membuat aturan agar pengusaha mencantumkan kadar tar, nikotin, dan bahan berbahaya lainnya pada setiap bungkus rokok yang dijual dipasaran.

Masalahnya rokok di Indonesia mempunyai kadar tar dan nikotin yang lebih tinggi dari pada rokok produksi luar negeri. Karena itu perlu dilakukan upaya terus-menerus untuk menghasilkan rokok dengan kadar tar dan nikotin yang lebih rendah di Indonesia (Aditama, 2011)

5. Bahaya Rokok Paparan asap

rokok mempengaruhi semua tahap reproduksi manusia yaitu peningkatan resiko untuk kehamilan ektopik, ketuban pecah dini, solusio plasenta, plasenta previa, keguguran, lahir mati, lahir prematur, berat badan lahir rendah, kecil untuk usia kehamilan dan bawaan anomali seperti bibir sumbing (WHO, 2013).

Risiko kesehatan bagi perokok berdasarkan hasil Survei Sosial Ekonomi Nasional tahun 2004, Ibu hamil yang merokok selama masa kehamilan ataupun terkena asap rokok di rumah atau di lingkungannya berisiko mengalami proses kelahiran yang bermasalah. Merokok sangat berbahaya bagi kesehatan tidak hanya bagi si perokok aktif, tetapi juga orang-orang di sekitarnya. Merokok dapat memberikan efek merugikan pada setiap individu yang tidak merokok, termasuk janin yang sudah ada dalam kandungan.

6. Hubungan Asap Rokok dengan ISPA

Secara umum terdapat tiga faktor resiko terjadinya ISPA yaitu faktor lingkungan, faktor individu anak serta faktor perilaku. Faktor

lingkungan meliputi pencemaran udara dalam rumah (asap rokok dan asap hasil pembakaran bahan bakar untuk memasak dengan konsentrasi yang tinggi), ventilasi rumah dan kepadatan hunian. Faktor individu anak meliputi umur anak, berat badan lahir, status gizi, vitamin A dan status imunisasi. Faktor perilaku meliputi perilaku pencegahan dan penanggulangan ISPA pada bayi atau peran aktif keluarga atau masyarakat dengan menangani ISPA (Depkes RI, 2002).

Asap rokok dari orangtua atau penghuni rumah yang satu atap dengan balita merupakan bahan pencemaran dalam ruang tempat tinggal serius serta akan menambahkan resiko kesakitan dari bahan toksik pada anak-anak. Paparan yang terus-menerus akan menimbulkan gangguan pernapasan terutama memperberat timbulnya ISPA dan gangguan paru-paru pada saat dewasa. Semakin banyak rokok yang dihisap oleh keluarga semakin besar memberikan resiko terhadap kejadian ISPA, khususnya apabila merokok dilakukan oleh ibu bayi (Depkes RI, 2002).

Akibat gangguan asap rokok pada bayi antara lain adalah muntah, diare, kolik (gangguan pada saluran pencernaan bayi), denyut jantung meningkat, gangguan pernapasan pada bayi, infeksi pada paru-paru dan telinga, gangguan pertumbuhan. Paparan asap rokok berpengaruh terhadap kejadian ISPA pada balita dibandingkan dengan tidak terpapar asap rokok (Hidayat, 2005).

Analisi WHO, menunjukkan bahwa efek buruk asap rokok lebih besar bagi perokok pasif dibandingkan perokok aktif. Ketika perokok membakar sebatang rokok dan menghisapnya, asap yang dihisap oleh perokok tersebut asap utama (mainstream), dan asap yang keluar dari ujung rokok (bagian yang terbakar) dinamakan sidestream smoke atau asap samping. Asap samping ini terbukti mengandung lebih banyak hasil pembakaran tembakau dibandingkan asap utama. Asap ini mengandung CO 5 kali lebih besar, tar dan nikotin 3 kali lipat, ammonia 46 kali lipat, nikel 3 kali lipat, Nitrosamine sebagai penyebab kanker kadarnya mencapai 50 kali lebih besar pada asap sampingan dari pada asap utama (WHO, 2008)

7. Kategori Perokok

a. Perokok Pasif

Perokok pasif adalah orang yang bukan perokok namun terpaksa menghisap atau menghirup asap rokok yang dikeluarkan oleh perokok (Menkes dan Mendagri, 2011). Sedangkan dalam wikipedia seseorang yang menghirup asap rokok dari orang yang sedang merokok atau orang yang terpapar asap rokok dari asap yang dikeluarkan perokok aktif merupakan perokok pasif.

b. Perokok Aktif

Perokok aktif adalah orang yang merokok dan langsung menghisap rokok melalui mulutnya serta dapat mengakibatkan

bahaya bagi kesehatan diri sendiri maupun lingkungan sekitar. Menurut Poerwadarminta (2003) dalam Kamus Besar Bahasa Indonesia yang dimaksud dengan perokok aktif adalah orang yang merokok secara aktif.

C. Konsep Teori Keluarga

1. Definisi Keluarga

Keluarga merupakan perkumpulan dua atau lebih individu yang diikat oleh hubungan darah, perkawinan atau adopsi, dan tiap-tiap anggota keluarga selalu berinteraksi satu dengan yang lain (Mubarak, 2011).

Keluarga adalah unit terkecil dari masyarakat yang terdiri atas kepala keluarga dan beberapa orang yang berkumpul dan tinggal di suatu tempat di bawah suatu atap dalam keadaan saling ketergantungan (Setiadi, 2012). Sedangkan menurut Friedman keluarga adalah unit dari masyarakat dan merupakan lembaga yang mempengaruhi kehidupan masyarakat. Dalam masyarakat, hubungan yang erat antara anggotanya dengan keluarga sangat menonjol sehingga keluarga sebagai lembaga atau unit layanan perlu di perhitungkan.

Berdasarkan pengertian di atas dapat disimpulkan bahwa keluarga yaitu sebuah ikatan (perkawinan atau kesepakatan), hubungan (darah ataupun adopsi), tinggal dalam satu atap yang selalu berinteraksi serta saling ketergantungan.

2. Fungsi Keluarga

Keluarga mempunyai 5 fungsi yaitu :

a. Fungsi Afektif

Fungsi afektif berhubungan erat dengan fungsi internal keluarga yang merupakan basis kekuatan keluarga. Fungsi afektif berguna untuk pemenuhan kebutuhan psikososial. Keberhasilan fungsi afektif tampak pada kebahagiaan dan kegembiraan dari seluruh anggota keluarga. Komponen yang perlu dipenuhi oleh keluarga dalam melaksanakan fungsi afektif adalah (Friedman, M.M et al., 2010) :

- 1) Saling mengasuh yaitu memberikan cinta kasih, kehangatan, saling menerima, saling mendukung antar anggota keluarga.
- 2) Saling menghargai, bila anggota keluarga saling menghargai dan mengakui keberadaan dan hak setiap anggota keluarga serta selalu mempertahankan iklim positif maka fungsi afektif akan tercapai.
- 3) Ikatan dan identifikasi ikatan keluarga di mulai sejak pasangan sepakat memulai hidup baru.

b. Fungsi Sosialisasi

Sosialisasi di mulai sejak manusia lahir. Keluarga merupakan tempat individu untuk belajar bersosialisasi, misalnya anak yang baru lahir dia akan menatap ayah, ibu dan orang-orang yang ada disekitarnya. Dalam hal ini keluarga dapat

Membina hubungan sosial pada anak, membentuk norma-norma tingkah laku sesuai dengan tingkat perkembangan anak, dan Menaruh nilai-nilai budaya keluarga.

c. Fungsi Reproduksi

Fungsi reproduksi untuk meneruskan keturunan dan menambah sumber daya manusia. Maka dengan ikatan suatu perkawinan yang sah, selain untuk memenuhi kebutuhan biologis pada pasangan tujuan untuk membentuk keluarga adalah meneruskan keturunan.

d. Fungsi Ekonomi

Merupakan fungsi keluarga untuk memenuhi kebutuhan seluruh anggota keluarga seperti memenuhi kebutuhan makan, pakaian, dan tempat tinggal.

e. Fungsi Perawatan Kesehatan

Keluarga juga berperan untuk melaksanakan praktik asuhan keperawatan, yaitu untuk mencegah gangguan kesehatan atau merawat anggota keluarga yang sakit. Keluarga yang dapat melaksanakan tugas kesehatan berarti sanggup menyelesaikan masalah kesehatan.

3. Tahap-Tahap Perkembangan Keluarga

Berdasarkan konsep Duvall dan Miller, tahapan perkembangan keluarga dibagi menjadi 7 :

a. Keluarga Baru (*Berganning Family*)

Pasangan baru nikah yang belum mempunyai anak. Tugas perkembangan keluarga dalam tahap ini antara lain yaitu membina hubungan intim yang memuaskan, menetapkan tujuan bersama, membina hubungan dengan keluarga lain, mendiskusikan rencana memiliki anak atau KB, persiapan menjadi orangtua dan memahami prenatal care (pengertian kehamilan, persalinan dan menjadi orangtua).

b. Keluarga dengan anak pertama < 30bln (*child bearing*)

Masa ini merupakan transisi menjadi orangtua yang akan menimbulkan krisis keluarga. Tugas perkembangan keluarga pada tahap ini antara lain yaitu adaptasi perubahan anggota keluarga, mempertahankan hubungan yang memuaskan dengan pasangan, membagi peran dan tanggung jawab, bimbingan orangtua tentang pertumbuhan dan perkembangan anak, serta konseling KB post partum 6 minggu.

c. Keluarga dengan anak pra sekolah

Tugas perkembangan dalam tahap ini adalah menyesuaikan kebutuhan pada anak pra sekolah (sesuai dengan tumbuh kembang, proses belajar dan kontak sosial) dan merencanakan kelahiran berikutnya.

d. Keluarga dengan anak sekolah (6-13 tahun)

Keluarga dengan anak sekolah mempunyai tugas

perkembangan keluarga seperti membantu sosialisasi anak terhadap lingkungan luar rumah, mendorong anak untuk mencapai pengembangan daya intelektual, dan menyediakan aktifitas anak.

e. Keluarga dengan anak remaja (13-20 tahun)

Tugas perkembangan keluarga pada saat ini adalah pengembangan terhadap remaja, memelihara komunikasi terbuka, mempersiapkan perubahan sistem peran dan peraturan anggota keluarga untuk memenuhi kebutuhan tumbuh kembang anggota keluarga.

f. Keluarga dengan anak dewasa

Tugas perkembangan keluarga mempersiapkan anak untuk hidup mandiri dan menerima kepergian anaknya, menata kembali fasilitas dan sumber yang ada dalam keluarganya.

g. Keluarga usia pertengahan (middle age family)

Tugas perkembangan keluarga pada saat ini yaitu mempunyai lebih banyak waktu dan kebebasan dalam mengolah minat sosial, dan waktu santai, memulihkan hubungan antara generasi muda-tua, serta persiapan masa tua.

4. Tugas Keluarga Dalam Bidang Kesehatan

Adapun Tugas Keluarga Dalam Bidang Kesehatan sebagai Berikut

- a. Keluarga mampu mengenal masalah kesehatan
- b. Keluarga mampu mengambil keputusan untuk melakukan tindakan
- c. Keluarga mampu melakukan perawatan terhadap anggota keluarga yang sakit
- d. Keluarga mampu menciptakan lingkungan yang dapat meningkatkan kesehatan
- e. Keluarga mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan yang terdapat di lingkungan setempat

D. Konsep Asuhan Keperawatan Keluarga

Asuhan keperawatan keluarga merupakan suatu rangkaian kegiatan dalam praktik keperawatan yang diberikan pada klien sebagai anggota keluarga pada tatanan komunitas dengan menggunakan proses keperawatan, berpedoman pada standar keperawatan dalam lingkup wewenang serta tanggung jawab keperawatan (WHO, 2014).

Asuhan keperawatan keluarga adalah suatu rangkaian yang diberikan melalui praktik keperawatan dengan sasaran keluarga. Asuhan ini bertujuan untuk menyelesaikan masalah kesehatan yang dialami keluarga dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan, yaitu sebagai berikut (Heniwati, 2008) :

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan langkah awal pelaksanaan asuhan keperawatan, agar diperoleh data pengkajian yang akurat dan sesuai dengan keadaan keluarga. Sumber informasi dari tahapan pengkajian dapat menggunakan metode wawancara keluarga,

observasi fasilitas rumah, pemeriksaan fisik pada anggota keluarga dan data sekunder.

a. Data Umum

Pengkajian terhadap data umum keluarga meliputi :

- 1) Nama kepala keluarga
- 2) Alamat dan telepon
- 3) Pekerjaan kepala keluarga
- 4) Pendidikan kepala keluarga
- 5) Komposisi keluarga dan genogram
- 6) Tipe keluarga
- 7) Suku bangsa
- 8) Agama
- 9) Status sosial ekonomi keluarga
- 10) Aktifitas rekreasi keluarga

b. Riwayat dan tahap perkembangan keluarga meliputi:

- 1) Tahap perkembangan keluarga saat ini ditentukan dengan anak tertua dari keluarga inti.
- 2) Tahap keluarga yang belum terpenuhi yaitu menjelaskan mengenai tugas perkembangan yang belum terpenuhi oleh keluarga serta kendala mengapa tugas perkembangan tersebut belum terpenuhi.
- 3) Riwayat keluarga inti yaitu menjelaskan mengenai riwayat

kesehatan pada keluarga inti yang meliputi riwayat penyakit keturunan, riwayat kesehatan masing-masing anggota keluarga, perhatian terhadap pencegahan penyakit, sumber pelayanan kesehatan yang biasa digunakan keluarga serta pengalaman- pengalaman terhadap pelayanan kesehatan.

- 4) Riwayat keluarga sebelumnya yaitu dijelaskan mengenai riwayat kesehatan pada keluarga dari pihak suami dan istri.

c. Pengkajian Lingkungan

- 1) Karakteristik rumah
- 2) Karakteristik tetangga dan komunitas RW
- 3) Perkumpulan keluarga dan interaksi dengan masyarakat
- 4) Sistem pendukung keluarga Struktur keluarga

d. Struktur Keluarga

- 1) Pola komunikasi keluarga yaitu menjelaskan mengenai cara berkomunikasi antara anggota keluarga.
- 2) Struktur kekuatan keluarga yaitu kemampuan anggota keluarga mengendalikan dan mempengaruhi orang lain untuk merubah perilaku.
- 3) Struktur peran yaitu menjelaskan peran dari masing-masing anggota keluarga baik secara formal maupun informal.
- 4) Nilai atau norma keluarga yaitu menjelaskan mengenai nilai dan norma yang dianut oleh keluarga yang berhubungan dengan kesehatan.

e. Fungsi keluarga:

- 1) Fungsi afektif, yaitu perlu dikaji gambaran diri anggota keluarga, perasaan memiliki dan dimiliki dalam keluarga, dukungan keluarga terhadap anggota keluarga lain, bagaimana kehangatan tercipta pada anggota keluarga dan bagaimana keluarga mengembangkan sikap saling menghargai
- 2) Fungsi sosialisai, yaitu perlu mengkaji bagaimana berinteraksi atau hubungan dalam keluarga, sejauh mana anggota keluarga belajar disiplin, norma, budaya dan perilaku.
- 3) Fungsi perawatan kesehatan, yaitu meenjelaskan sejauh mana keluarga menyediakan makanan, pakaian, perlu dukungan serta merawat anggota keluarga yang sakit. Sejauh mana pengetahuan keluarga mengenal sehat sakit. Kesanggupan keluarga dalam melaksanakan perawatan Kesehatan dapat dilihat dari kemampuan keluarga dalam melaksanakan tugas kesehatan keluarga, yaitu mampu mengenal masalah kesehatan, mengambil keputusan untuk melakukan tindakan, melakukan perawatan kesehatan pada anggota keluarga yang sakit, menciptakan lingkungan yang dapat meningkatkan kesehatan dan keluarga mampu memanfaatkan fasilitas kesehatan yang terdapat di

lingkungan setempat.

- 4) Pemenuhan tugas keluarga. Hal yang perlu dikaji adalah sejauh mana kemampuan keluarga dalam mengenal, mengambil keputusan dalam tindakan, merawat anggota keluarga yang sakit, menciptakan lingkungan yang mendukung kesehatan dan memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan yang ada.

f. Stres dan koping keluarga

- 1) Stressor jangka pendek dan panjang Stressor jangka pendek yaitu stressor yang dialami keluarga yang memerlukan penyelesaian dalam waktu kurang dari 5 bulan.
- 2) Stressor jangka panjang yaitu stressor yang dialami keluarga yang memerlukan penyelesaian dalam waktu lebih dari 6 bulan.

g. Kemampuan keluarga berespon terhadap situasi/ stressor

- 1) Strategi koping yang digunakan keluarga bila menghadapi permasalahan.
- 2) Strategi adaptasi fungsional yang digunakan bila menghadapi permasalahan

h. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik dilakukan terhadap semua anggota keluarga. Metode yang digunakan pada pemeriksaan fisik tidak berbeda dengan pemeriksaan fisik di klinik.

i. Harapan Keluarga

Harapan keluarga yang dilakukan pada akhir pengkajian, menanyakan harapan keluarga terhadap petugas kesehatan yang ada

2. Diagnosa Keperawatan

Defisit Pengetahuan Tentang bahaya asap rokok berhubungan dengan kurangnya informasi

3. Intervensi Keperawatan

Table 1 **Table 2.1 Intervensi Keperawatan**

Diagnosa Keperawatan	Tujuan & Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
Deficit pengetahuan tentang bahaya asap rokok berhubungan dengan kurangnya informasi	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam di harapkan dapat membantu menurunkan dan menangani kurangnya	1. Lakukan pendekatan pada keluarga 2. Edukasi dampak bahaya asap rokok 3. Edukasi penyebab dampak asap rokok 4. Edukasi	1. Keluarga kooperatif 2. Keluarga dapat mengerti tentang dampak asap rokok 3. Keluarga dapat mengerti tentang penyebab dampak asap rokok 4. Keluarga dapat mengerti tentang pencegahan ISPA

	pengetahuan dengan kriteria hasil : 1. pasien mengetahui tentang bahaya asap rokok 2. pasien mengetahui akan dampak asap rokok	pencegahan ISPA 5. Edukasi penularan ISPA	5. Keluarga dapat mengerti tentang cara penularan ISPA
--	---	---	---

4. Implementasi Keperawatan

Tindakan yang dilakukan oleh penulis dalam melakukan keperawatan yang sesuai dengan masalah yang muncul dan rencana keperawatan sesuai dengan standar prosedur operasional perawat untuk memenuhi kebutuhan manusia (Siswandana 2018)

5. Evaluasi

Evaluasi Hasil akhir dari tindakan keperawatan yang diperoleh dari subjektif dan obyektif yang dapat ditarik kesimpulan untuk tindakan yang akan dilakukan untuk memberikan tindakan

keperawatan selanjutnya oleh pasien untuk memenuhi kebutuhan manusia (Siswandana 2018)

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Desain Penelitian

Desain penelitian ini adalah deskriptif dalam bentuk studi kasus untuk mengeksplorasi masalah asuhan keperawatan pasien ISPA dengan pendekatan keluarga dalam mengatasi kurangnya pengetahuan tentang bahaya asap rokok. Pendekatan yang digunakan adalah pendekatan asuhan keperawatan keluarga meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

B. Subjek Penelitian

Subjek penelitian yang digunakan dalam penelitian keperawatan adalah pasien dan keluarga dengan kasus ISPA yang akan diteliti secara rinci dan mendalam melalui pendekatan keluarga. Adapun subjek pada penelitian yang akan diteliti berjumlah satu kasus yang akan diberikan penerapan pendidikan kesehatan

C. Batasan Istilah (Definisi Operasional)

Table 2 Table 3.1 Batasan Istilah (Definisi Operasional)

No	Variabel Penelitian	Definisi Operasional	Alat Ukur
1.	Pendidikan Kesehatan	Pendidikan kesehatan adalah usaha sadar untuk menimbulkan perubahan tingkah laku hidup sehat, baik lingkungan masyarakat dan sosial (Prasetyawati & Sari, 2012)	1. SAP 2. <i>Leflet</i>
2.	ISPA	Infeksi saluran napas akut (ISPA) merupakan penyakit yang banyak dijumpai pada anak dibawah 5 tahun. Infeksi saluran napas akut (ISPA) masih jadi masalah di dunia dan di indonesia.	1. Format Pengkajian

D. Waktu dan Tempat Penelitian

Penelitian dilaksanakan dengan pendekatan keluarga yang berlokasi Di Wilayah Kerja UPTD Puskesmas Kabupaten Sorong”dengan sasarannya adalah klien dengan ISPA. Penelitian ini akan dilakukan pada minggu ke 4 bulan 2021.

E. Prosedur Penelitian

Pada tahap ini peneliti memulainya dengan beberapa tahap yaitu :

1. Tahap Persiapan

Pada tahap ini peneliti memulai dengan mangajukan judul kepada Pembimbing I dan Pembimbing II, peneliti mengajukan judul penelitian dengan menggunakan metode studi kasus. Setelah disetujui, maka peneliti melakukan pengurusan ijin studi kasus pendahuluan untuk mengumpulkan data dan menyusun dalam proposal dengan menggunakan data peneliti berupa hasil pengukuran, observasi terhadap kasus yang dijadikan subjek penelitian. Selama penyusunan proposal ini dilakukan, peneliti melakukan konsultasi dengan pembimbing untuk malakukan koreksi. Setelah selesai dilakukan perbaikan maka dilanjutkan ketahap berikutnya yaitu pengambilan data.

2. Tahap Pelaksana

Tahap tahap ini, peneliti mengajukan izin penelitian sambil mempersiapkan istrumen penelitian. Setelah diberikan izin,

peneliti melakukan penelitian dengan mendekatkan diri pada pasien.

Sebelum mengkaji pasien peneliti memberikan surat persetujuan (informan consent) kepada pasien agar menyetujui barulah peneliti mengambil data pasien dan menerapkan asuhan keperawatan yang direncanakan pada pasien tersebut dengan mengunakan format pengkajian yang baku. Setelah selesai melakukan penelitian kepada pasien, peneliti melanjutkan ke tahap berikutnya yaitu tahap penyusunan laporan.

3. Tahap Penyusunan Laporan

Tahap ini dimulai dengan menganalisis data yang diperoleh dari hasil penelitian tersebut dan ditulis dalam narasi, kemudian dikonsulkan kepada pembimbing serta dipertanggung jawabkan dalam seminar hasil.

F. Metode dan Instrumen Pengumpulan Data

1. Data Primer : Yaitu data yang langsung didapatkan atau diperoleh pada saat penelitian atau studi kasus
2. Data Sekunder : Yaitu data yang didapatkan dari Di Wilayah Kerja UPTD Puskesmas Aimas Kabupaten Sorong

G. Alat Pengumpulan Data

Alat atau instrument pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini adalah, format pengkajian asuhan keperawatan keluarga, lembar observasi, dan SAP bahaya asap rokok

H. Keabsahan Data

Keabsahan data yang dimaksud untuk membuka kualitas data/informasi yang diperoleh dalam penelitian sehingga menghasilkan data dengan validitas tinggi. Di samping integritas peneliti (karena peneliti menjadi instrumen utama), keabsahan data dilakukan dengan memperpanjang waktu pengamatan/ tindakan, sumber informasi tambahan menggunakan triangulasi dari tiga sumber data utama yaitu klien dan perawat dan keluarga klien yang berkaitan dengan dengan masalah yang diteliti.

I. Analisa Data

Analisis yang dilakukan peneliti dilapangan, sewaktu pengumpulan data sampai dengan data semua terkumpul. Analisis data dilakukan dengan cara mengemukakan fakta, selanjutnya membandingkan dengan teori yang ada dan dituangkan dalam opini pembahasan. Teknik analisis yang digunakan dengan menarasikan jawaban-jawaban penelitian yang diperoleh dari interpretasi wawancara mendalam yang dilakukan untuk menjawab rumusan masalah penelitian. Teknik analisis dilakukan dengan cara observasi oleh peneliti dan studi dokumentasi yang menghasilkan data untuk selanjutnya

diinterpretasikan oleh peneliti dibandingkan teori yang ada sebagai bahan untuk memberikan rekomendasi dalam intervensi tersebut.

J. Etika Penelitian

Etika penelitian adalah pertimbangan rasional mengenai kewajiban-kewajiban moral seorang peneliti atas apa yang dikerjakannya dalam penelitian, publikasi, dan pengabdianya kepada masyarakat. Selain penguasaan metodologi yang memungkinkannya untuk mendapat pengetahuan tentang bidang yang menjadi perhatiannya, seorang peneliti perlu memberikan perhatian pada prinsip-prinsip etika penelitian sebagai berikut.

1. Prinsip menghormati martabat manusia dan hak masyarakat

Prinsip ini menegaskan bahwa manusia adalah pribadi yang memiliki kehendak bebas dan kemampuan untuk bertanggungjawab atas keputusan-keputusannya. Berdasarkan prinsip ini, seorang peneliti wajib:

- a. Menghormati manusia sebagai makhluk yang memiliki otonomi, yang memiliki kemampuan dalam bernalar dan mengambil keputusan.
- b. Menghormati martabat dan harkat setiap individu dan hak-haknya atas privacy dan konfidensialitas.
- c. Menghargai hak masyarakat atas kekayaan kulturalnya sebagai bukti penghormatan atas martabat manusia.
- d. Melindungi hak dan kesejahteraan pribadi dan komunitas yang

tidak memiliki kemampuan untuk mengambil keputusan yang otonom karena alasan usia, gender, ras, etnisitas, bahasa, orientasi seksual, dan status ekonomi, serta berusaha meniadakan prasangka yang timbul karena perbedaan-perbedaan tersebut.

- e. Memberikan perlindungan kepada partisipan penelitian terhadap kemungkinan timbulnya kerugian dan penyalahgunaan dalam penelitian.

2. Prinsip berbuat baik (*beneficence*)

Prinsip ini menegaskan kewajiban peneliti untuk berbuat baik, mengusahakan manfaat semaksimal mungkin, dan meminimalkan kerugian bagi setiap orang yang terlibat dalam penelitian. Setiap tindakan yang dapat merugikan partisipan penelitian perlu dipertimbangkan dengan hati-hati dengan menerapkan prinsip *do no harm*, termasuk dalam kasus adanya konflik kepentingan.

4. Prinsip keadilan

Prinsip ini menegaskan bahwa setiap peneliti memiliki kewajiban etis untuk memperlakukan setiap orang secara fair berdasarkan keterlibatannya dalam penelitian. Prinsip ini juga menjamin pembagian yang seimbang dalam hal beban dan manfaat yang diperoleh partisipan penelitian baik individu maupun masyarakat berdasarkan keikutsertaan dalam penelitian.

5. Prinsip integritas keilmuan

Prinsip ini menegaskan bahwa setiap peneliti memiliki kewajiban etis untuk menjaga integritas keilmuan dengan menghargai kejujuran, kecermatan, ketelitian, dan keterbukaan dalam penelitian, publikasi dan penerapannya. Peneliti wajib berpegang pada komitmennya untuk menjunjung tinggi obyektivitas dan kebenaran. Pelanggaran atas hak kekayaan intelektual (haki), pencurian data dan karya orang lain selain merupakan pelanggaran atas prinsip ini, juga merupakan pelanggaran hukum.

6. Prinsip kepercayaan dan tanggung jawab

Prinsip ini menegaskan bahwa peneliti wajib membangun kepercayaan dengan mitra peneliti, partisipan penelitian dan semua yang terlibat dalam penelitian. Prinsip ini juga menegaskan bahwa peneliti perlu menyadari tanggung jawab profesional dan keilmuannya terhadap masyarakat dan terhadap komunitas tempat ia bekerja. Dalam rangka menjunjung tinggi dan menegakkan standar profesionalitasnya, setiap peneliti harus peka terhadap perkembangan IPTEK, situasi sosial, budaya dan dampak penelitian terhadap masyarakat

7. Prinsip keterbukaan

Yang dimaksud dengan keterbukaan adalah bahwa peneliti harus terbuka terhadap partisipan penelitian perihal deskripsi dan tujuan penelitian serta rincian keterlibatan partisipan. Peneliti tidak

boleh menyembunyikan tujuan penelitian dari partisipan peneliti

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil

1. Gambaran Lokasi Penelitian

UPTD Puskesmas Malawili Kabupaten Sorong adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama, dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif, untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. UPTD Puskesmas Malawili Kabupaten Sorong memiliki Visi Misi Sebagai berikut :

VISI : “Terwujudnya Upaya Kesehatan Yang Paripurna Menuju Masyarakat Sehat Yang Mandiri Dan Berkeadilan Di Distrik Aimas Kabupaten Sorong”

MISI : Untuk mewujudkan VISI tersebut, maka Puskesmas Malawili merumuskan Misi sebagai berikut;

- a. Menjamin terlaksananya upaya kesehatan yang bermutu.
- b. Meningkatkan upaya pengendalian penyakit dan penanggulangan masalah kesehatan.
- c. Menggerakkan pembangunan berwawasan kesehatan.

- d. Mendorong terwujudnya kemandirian masyarakat untuk hidup sehat.
- e. Meningkatkan dan mendaya gunakan sumber daya kesehatan.

Batas Wilayah Puskesmas Malawili Kabupaten Sorong sebagai berikut :

Sebelah Utara berbatasan dengan : Kota Sorong

Sebelah Selatan berbatasan dengan : Distrik Klamono & Distrik Mariyai

Sebelah Barat berbatasan dengan : Perusahaan Arar

Sebelah Timur berbatasan dengan : Distrik Klayili

2. Karakteristik Subyek Penelitian

Karakteristik penelitian ini menggunakan 1 responden yaitu Klien dan keluarga dengan ISPA

a. Data Umum

1) Data Demografi

Identitas Klien

Nama : Tn. k

Umur : 55 tahun

Jenis kelamin : laki-laki

Status : menikah

Agama : Islam

Pendidikan : SLTP/Sederajat

Pekerjaan : Nelayan

Alamat : Harapan Jaya. DUSUN. Harapan Jaya

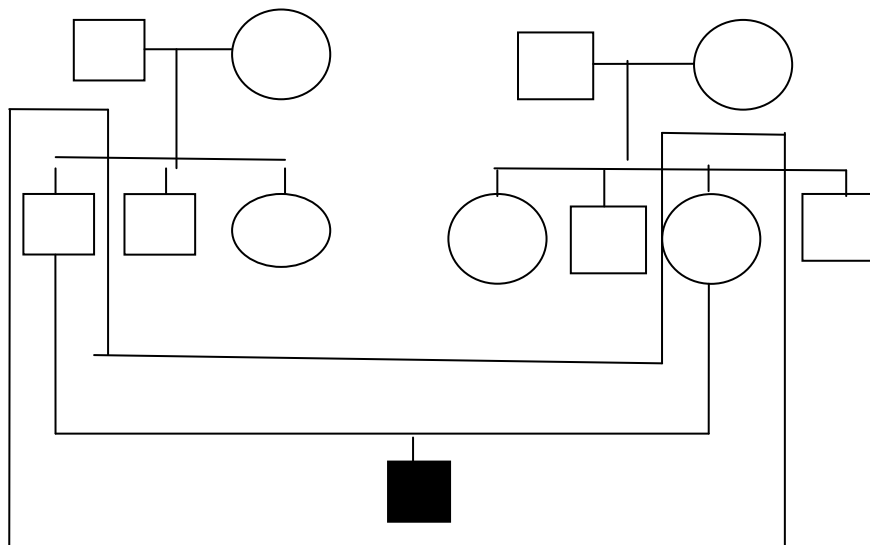
2) Keluhan utama

Pada saat pengkajian Ny. S mengatakan Tn. K kalau merokok selalu didalam rumah dan merokok di sekitar anak-anak. Ny. S mengatakan tidak mengetahui tentang bahaya paparan asap rokok, penyebab dari asap rokok, hubungan paparan asap rokok dengan ISPA. Serta pengertian, penyebab, cara penyebaran serta pencegahan dari ISPA

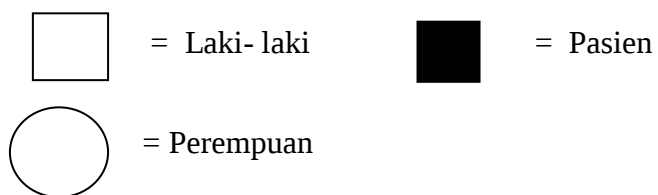
Table 3 Table 4.1 Tabel Struktur Keluarga

No	Nama	Umur	Jk	Pekerjaan	Status	Pendidikan	Jenis imunisasi yang sudah didapat	Gol Darah	ket
1.	Tn. K	55 Thn	L	Nelayan	Menikah	STLP/Sederajat	-	O	-
2.	Ny. S	45 Thn	P	IRT	Menikah	SLLP/Sederajat	-	-	-
3.	An. Z	7 Thn	L	-	-	Belum sekolah		-	-

Genogram



KET :



3) Pembuangan Sampah

a) Bagaimana kondisi pembuangan sampah keluarga?

Ny. S mengatakan Kondisi pembuangan sampah keluarga dalam keadaan terbuka

b) Cara pembuangan sampah keluarga?

Ny. S mengatakan pembuangan sampah keluarga dilakukan secara dibakar di belakang rumah

4) Sumber Air

a) Dari mana sumber air keluarga?

Ny S mengatakan sumber air keluarga dari PDAM

b) Bagaimana tempat penyimpanan air keluarga?

Ny. S mengatakan Tempat penyimpanan air keluarga di ember terbuka

c) Bagaimana kualitas air keluarga?

Ny. S mengatakan Kualitas air keluarga yaitu tidak berwarna,berbau,dan tidak berasa.

5) Pola kebutuhan Sehari-Hari

a. Pola Nutrisi

Ny. S mengatakan jumlah frekuensi makan tiap harinya 2 porsi yaitu siang dan malah. Jenis makanan yang biasa dimakan yaitu nasi, lauk pauk. Ny. S mengatakan keluarga minum 6 gelas sehari jenis minuman yaitu air putih.

b. Pola Eliminasi

Ny. S mengatkan Frekuensi BAK 6xsehari,konsistensi cair warna kuning berbau khas urine serta tidak memiliki keluhan dalam eliminasi BAK.Dalam pola Eliminasi BAB jumlah

frekuensi BAB yaitu 2 x yaitu pada pagi dan sore konsistensi lunak dan berwarna kuning serta tidak terdapat keluhan dalam BAB.

c. Personal Hygiene

Ny.S mengatakan mandi dan gosok gigi serta keramas 2 kali sehari yaitu pagi dan sore

d. Istirahat

Ny.S mengatakan setiap hari tidur siang dengan waktu kurang lebih 1 jam perhari serta tidur malam kurang lebih 8jam perhari

6) Struktur Keluarga

1. Tipe keluarga

Tipe Keluarga TN. K adalah keluarga Inti/nuclear atau keluarga yang terdiri di mana di dalam satu rumah ada kepala keluarga

2. Suku dan Bangsa

Keluarga Tn K maupun Ny. S berasal dari suku Suku Papua atau Indonesia kebudayaan yang dianut tidak bertentangan dengan masalah kesehatan, bahasa sehari-hari yang digunakan yaitu dan Indonesia.

3. Agama

Seluruh anggota keluarga beragama Islam dan taat beribadah dan sering mengikuti pengajian yang ada di RT serta selalu berdoa.

4. Status sosial ekonomi keluarga

Ny. S mengatakan Penghasilan keluarga sebulan berkisar lebih dari Rp. 8.000.000 dari penghasilan Tn. K yang bekerja sebagai Nelayan.

5. Aktivitas rekreasi keluarga

Keluarga Tn. K biasanya secara rutin pada tahun baru berkumpul sekeluarga besar dan keluarga biasanya menghabiskan waktu bersama untuk ngobrol.

6. Riwayat dan tahap perkembangan keluarga

1) Tahap perkembangan saat ini

Tahap perkembangan keluarga Tn. K merupakan keluarga dengan anak pertama seorang anak Laki-laki An.z (berusia 7 tahun).

2) Tahap perkembangan keluarga yang terpenuhi

Saat ini dikeluarga Tn. K dan Ny. S telah membina hubungan intim yang memuaskan,menetapkan tujuan

bersama, membina hubungan dengan keluarga lain, mendiskusikan rencana memiliki anak atau KB, persiapan menjadi orang tua dan memahami prenatal care (pengertian kehamilan, persalinan dan menjadi orang tua)

- 3) Tahap perkembangan keluarga yang belum terpenuhi: tidak ada

7. Riwayat keluarga inti

Ny. S mengatakan Tn. K berasal dari suku Misol dan Ny. S berasal dari suku Misol, Tn. K dan Ny. S pertama kali bertemu di Sorong, lalu menikah pada tahun 2005, dan kemudian memiliki anak pertama pada tahun 2014

8. Riwayat keluarga sebelumnya

Ny. S mengatakan keluarga tidak memiliki riwayat penyakit.

9. Lingkungan

1) Karakteristik rumah

Rumah Keluarga Tn.K Memiliki sirkulasi udara yang baik, memiliki sistem sanitasi yang baik, dan memiliki sistem penerangan ruang yang baik.

2) Karakteristik tetangga dan komunitas RW

Ny. S mengatakan hubungan antar tetangga saling membantu, bila ada tetangga yang membangun rumah dikerjakan saling gotong royong. Bila ada tetangga yang sakit keluarga saling membantu.

3) Mobilitas geografis keluarga

Ny. S mengatakan sebagai penduduk kabupaten sorong tidak pernah transmigrasi maupun imigrasi dari luar daerah.

4) Perkumpulan keluarga dan interaksi dengan masyarakat

Ny. S mengatakan kebiasaan keluarga Tn K dilingkungan sekitarnya, yaitu kebiasaan lain dari masyarakat di lingkungan sekitar rumah selalu melaksanakan kerja bakti dilingkungan RT dan juga melaksanakan sholat jumat berjamaah di mushola

5) Sistem pendukung keluarga

Ny. S mengatakan Jumlah anggota keluarga yaitu 4 orang, Jika sedang sakit ke Puskesmas atau ke rumah sakit bersama dan saling mendukung satu sama lain.

10. Struktur keluarga

1) Pola komunikasi keluarga

Ny. S mengatakan pola komunikasi anggota keluarga menggunakan bahasa Misol dan Indonesia dalam berkomunikasi sehari-harinya dan mendapatkan informasi kesehatan dari petugas kesehatan dan televisi.

2) Struktur kekuatan keluarga

Ny. S mengatakan jika ada masalah akan diselesaikan dengan cara diskusi untuk mencari solusi

3) Struktur peran (formal & informal) :

Formal : Tn.K sebagai kepala keluarga, Ny. S sebagai istri dan an An. Z sebagai anak

Informal : Tn.K sebagai Nelayan dan Ny. S ibu rumah tangga

4) Nilai dan norma keluarga

Ny. S mengatakan keluarga percaya bahwa hidup sudah ada yang mengatur, demikian pula dengan sehat dan sakit.

11. Fungsi keluarga

1) Fungsi afektif

Ny. S mengatakan hubungan antara keluarga baik antara suami dan istri serta orang tua dan anak memiliki hubungan yang baik.

2) Fungsi sosial

Ny. S mengatakan Setiap hari keluarga selalu berkumpul dirumah, selalu berinteraksi dengan tetangga, hubungan dalam keluarga baik dan selalu menaati norma yang baik. Keluarga Tn. K selalu berkomunikasi dan bersosialisasi dengan sesama anggota keluarga, hidup rukun dan saling membantu satu sama yang lain.

3) Fungsi reproduksi

Ny. S mengatakan ia dan keluarga tidak mengalami gangguan reproduksi. Perencanaan jumlah anak 2 dan jumlah anak sekarang 1 berjenis kelamin Laki-laki berumur 7 tahun.

4) Fungsi ekonomi

a. Usaha pemenuhan sandang pangan : Tn. K sebagai Nelayan dan Ny. S sebagai Ibu rumah tangga

- b. Pemanfaatan sumber daya manusia: Tn. K berja sebagai Nelayan

12. Stress dan Koping Keluarga

1) Kemampuan keluarga berespon terhadap situasi/stressor : Ny.S mengatakan apabila mengalami masalah yang dirasa sangat berat maka mereka akan memecahkannya secara bersama-sama, dibicarakan bersama kemudian dicari jalan keluar yang baik.

2) Strategi koping yang digunakan :Ny.S mengatakan Jika terdapat masalah dalam keluarga, keluarga lebih suka berunding untuk memecahkan masalahnya. Apabila ada keluarga yang sakit dan pada waktu itu tidak mempunyai uang maka keluarga menggunakan uang tabungan yang disimpan di bank.

3) Strategi adaptasi disfungsional :Ny. S mengatakan dalam menghadapi masalah selalu menyelesaikan dengan musyawarah segera agar masalah tidak bertumpuk.

13. Harapan Keluarga

Ny. S mengatakan harapan keluarga yaitu agar anaknya tidak mengalami penyakit yang dapat menyebabkan hal lebih serius.

7) Pemeriksaan Umum

1. Keadaan Umum : Baik
2. Kesadaran : Composmentis (GCS: E:4 ,V=5 , M=6)
3. Tanda vital sign

TD :130/90 mmhg

Nadi : 80×/menit

Pernapasan : 24×/menit

Suhu : 37,2oC

4. Pengukuran Antropometri

Berat Badan : 40 kg

Tinggi Badan : 155 cm

Lila : 26 cm

8) Pemeriksaan fisik

Table 4 Table 4.2 Pemeriksaan Fisik

No	Anggota Keluarga	Kepala	Mata	Dada	Leher	Ekstermitas
1.	Tn. K	Bentuk kepala simetris, rambut	Bentuk mata simetris,	Bentuk dada	Tidak terdapat	Bentuk simetris, warn

		berwarna hitam, bersih, lurus	konjungtiva anemis, Bentuk telinga simetris,Bent uk hidung simetris	simetris	pemben gkakan pada kelenja	a sawo Matang
2.	Ny. S	Bentuk kepala simetris, rambut berwarna hitam, bersih, lurus Bentuk	Bentuk mata simetris, konjungtiva anemis, Bentuk telinga simetris,Bent uk hidung simetris	Bentuk dada simetris	Tidak terdapat pemben gkakan pada kelenja	Bentuk simetris, warn a sawo Matang
3.	An. Z	Bentuk kepala simetris, rambut berwarna hitam, bersih, lurus	Bentuk mata simetris, konjungtiva anemis, Bentuk telinga	Bentuk dada simetris	Tidak terdapat pemben gkakan pada kelenja	Bentuk simetris, warn a sawo Matang

			simetris, Bent uk hidung simetris			
--	--	--	---	--	--	--

b. Analisa Data

Table 5 Table 4.3 Analisa Data

No	Data Subyektif	Masalah	Penyebab
1.	DS a. Ny. S mengatakan Tn. K kalau merokok selalu didalam rumah dan merokok di sekitar anak-anak. b. Ny. S mengatakan tidak mengetahui tentang bahaya paparan asap rokok, penyebab dari asap rokok, hubungan paparan asap rokok dengan ISPA c. Ny. S mengatakan tidak	Ketidakefektifan manajemen kesehatan keluarga berhubungan dengan kegagalan melakukan tindakan megurangi faktor resiko (Pencegahan ISPA)	Ketidak sanggupan mengenal masalah kesehatan keluarga akibat kurangnya pengetahuan/Ketidakta huan fakta

	mengetahui tentang pengertian, penyebab, penularan, serta pencegahan dari ISPA. DO a. Pada saat di Tanya tentang bahaya paparan asap rokok, hubungan asap rokok dengan ISPA Tn. K dan Ny. S tidak bisa menjawab. b. Pada saat di Tanya tentang seputaran pengertian, penyebab, penularan, serta pencegahan dari ISPA. Tn. K dan Ny. S tidak bisa menjawab		
--	---	--	--

1. Prioritas Masalah

Table 6 Table 4.4 Susunan Prioritas Masalah

No	Masalah	Sifat masalah	Kemungkinan masalah untuk diubah	Potensi Masalah untuk dicegah	Menonjolnya Masalah	total
1.	Kurangnya Pengetahuan tentang bahaya asap rokok	Ancaman kesehatan (2)	Dengan mudah (2)	Tinggi (3)	Masalah tidak dirasakan (0)	3 2/3

c. Intervensi

Kurangnya Pengetahuan tentang bahaya asap rokok

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan Keperawatan selama 1 × 24 jam diharapkan dapat membantu menurunkan dan menangani masalah deficit Pengetahuan tentang dampak bahaya asap rokok Pada keluarga Tn.K (Ny.S)

Jangka Pendek : Keluarga dapat mengerti tentang pengetahuan bahaya asap rokok, dan dapat melakukan pencegahan dari ISPA

Jangka Panjang :Keluarga dapat lebih memahami mengenai kehidupan berkeluarga dengan banyak pertimbangan yang ada terutama lebih menjaga untuk tetap memberikan makanan dengan gizi seimbang.

Table 7 Table 4.5 Susunan Prioritas Masalah

Intervensi	Rasional
1) Lakukan pendekatan keluarga	1) Keluarga dapat kooperatif
2) Edukasi tentang pengertian dampak asap rokok	2) Keluarga dapat mengerti tentang pengertian dampak asap rokok
3) Edukasi tentang penyebab dampak asap rokok	3) Keluarga dapat mengetahui penyebab dari dampak asap rokok
4) Edukasi tentang cara penularan ISPA	4) Keluarga dapat mengetahui tentang cara penularan ISPA
5) Edukasi tentang pencegahan pencegahan ISPA	5) Keluarga dapat mengetahui tentang pencegahan ISPA

d. Catatan Perkembangan

Table 8 Table 4.6 Catatan Perkembangan

Diagnosa Keperawatan	Tgl/Jam	Implementasi	Evaluasi
Defisiet pengetahuan	30 juni	1) Melakukan	S:

tentang bahaya asap rokok	2021 16.00 Wit	pendekatan keluarga 2) Mengedukasi tentang pengertian dampak asap rokok 3) Mengedukasi tentang penyebab dampak asap rokok 4) Mengedukasi tentang cara penularan ISPA 5) Mengedukasi tentang pencegahan pencegahan ISPA	1) Ny. S mengatakan Tn. K mulai merokok di luar rumah dan jauh dari sekitaran anak-anak 2) Ny. S mengatakan keluarga mulai paham akan dampak bahaya asap rokok serta penyebab dampak asap rokok 3) Ny. S mengatakan keluarga mulai paham akan penularan serta pencegahan dari ISPA O: 1) Tampak Tn. K mulai merokok diluar rumah 2) Ny. S dan Tn. K tampak paham dengan apa yang di sampaikan A: Masalah teratasi
---------------------------------	----------------------	---	--

			P: Intervensi di hentikan
--	--	--	---------------------------

B. Pembahasan

1. Pengkajian

Pada Tanggal 28 juni 2021 jam 19.00 WIT penulis telah melakukan kunjungan rumah pada keluarga Tn. K dengan Ny. S sebagai pemberi informasi dan klien. Penulis melakukan pengkajian pada keluarga Ny. S yang diawali dengan melakukan pengkajian data subyektif dengan wawancara dan obyektif dengan pemeriksaan fisik, menentukan diagnosa dari masalah yang dihadapi pada An.Z, menentukan prioritas dari masalah tersebut dan merencanakan asuhan yang tepat pada An.AZ

Pada saat pengkajian Ny. S mengatakan Tn. K kalau merokok selalu didalam rumah dan merokok di sekitar anak-anak. Ny. S mengatakan tidak mengetahui tentang bahaya paparan asap rokok, penyebab dari asap rokok, hubungan paparan asap rokok dengan ISPA. Serta pengertian, penyebab, cara penyebaran serta pencegahan dari ISPA

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan keluarga merupakan perpanjangan diagnosis ke sistem keluarga dan subsistemnya serta merupakan hasil

pengkajian keperawatan. Setelah melakukan pengkajian terdapat permasalahan yang dialami yaitu Kurangnya pengetahuan berhubungan dengan ketidaksanggupan mengenal masalah kesehatan keluarga.

3. Intervensi Keperawatan

Menurut NANDA (2015-2017) Perencanaan keperawatan didefinisikan sebagai “berbagai perawatan” berdasarkan penilaian klinis dan pengetahuan yang dilakukan oleh seorang perawat untuk meningkatkan hasil klien”.

Intervensi atau perencanaan pada diagnosa keperawatan Kurangnya pengetahuan berhubungan dengan ketidaksanggupan mengenal masalah kesehatan keluarga dengan tujuan dan kriteria hasil yang sudah ditetapkan. Tujuan yang dibuat oleh penulis diharapkan tercapainya Intervensi yang akan dilakukan yaitu dengan melakukan kompres daun jarak.

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi adalah tahap keempat dari proses keperawatan. Tahap ini muncul jika perencanaan dibuat dan diaplikasikan kepada klien. Tindakan yang dilakukan mungkin sama, mungkin juga berbeda dengan urutan yang telah dibuat pada perencanaan. Aplikasi yang

dilakukan pada klien akan berbeda disesuaikan dengan klien saat itu dan kebutuhan yang paling dirasakan oleh klien (Debora,2013).

Implementasi yang dilakukan penulis untuk mengatasi diagnosa keperawatan Kurangnya pengetahuan berhubungan dengan ketidaksanggupan mengenal masalah kesehatan keluarga.dilakukan selama 1 hari pada tanggal 29 Juni 2021. Tindakan yang dilakukan penulis adalah membagikan leaflet dan menjelaskan kepada keluarga tentang dampak asap rokok terhadap terjadinya penyakit ISPA pada anak balita

5. Evaluasi

Evaluasi Keperawatan Keluarga Evaluasi merupakan proses berkesinambungan yang terjadi setiap kali seorang perawat memperbaharui rencana asuhan keperawatan sebelum perencanaan dikembangkan dan dimodifikasi, perawat bersama keluarga perlu melihat tindakan-tindakan keperawatan tertentu, apakah tindakan keperawatan tersebut benar-benar membantu. (Sulistyo Andarmoyo, 2012).

Evaluasi dari hasil asuhan keperawatan yang dilaksanakan selama 1x 4 jam dari diagnosa yang muncul, dan masalah teratasi setelah melakukan penerapan.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Setelah penulis melakukan pengkajian, penentuan diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi tentang “Penerapan Pendidikan kesehatan tentang dampak bahaya asap rokok dengan kejadian ISPA pada balita Di Wilayah Kerja UPTD Puskesmas Malawili” maka ditarik kesimpulan :

1. Pengkajian

Pada saat dilakukan pengkajian keluhan utama Ny. S mengatakan tidak mengetahui tentang bahaya asap rokok. Ny. S mengatakan tidak tahu cara mengatasi penanganan dampak bahaya asap rokok, pada tanggal 27 juni 2021

2. Diagnisa Keperawatan

Dari data pengkajian yang dilakukan penulis merumuskan prioritas diagnosa keperawatan Kurangnya pengetahuan berhubungan dengan ketidaksanggupan mengenal masalah kesehatan keluarga, disebabkan karena: kurangnya pengetahuan/ketidaktahuan fakta.

3. Intervensi Keperawatan

Perencanaan yang dibuat penulis dalam diagnosa keperawatan kurangnya pengetahuan berhubungan dengan ketidaksanggupan mengenal masalah kesehatan keluarga, disebabkan karena: kurangnya pengetahuan/ketidaktahuan fakta. Pemberian pendidikan kesehatan diberikan 1 hari kemudian dievaluasi menggunakan format pengkajian.

4. Implementasi

Penulis melakukan implementasi berdasarkan perencanaan yang penulis tetapkan sebelumnya. Penulis melakukan implementasi pada tanggal 30 Juni 2021.

5. Evaluasi

Setelah penulis melakukan implementasi, penulis melakukan evaluasi pada tanggal 30 Juni 2021 didapatkan hasil masalah keperawatan teratasi.

B. Saran

Berdasarkan kasus yang diambil penulis dengan judul Penerapan Pendidikan kesehatan tentang bahaya asap rokok dengan kejadian ISPA pada balita Di Wilayah Kerja UPTD Puskesmas Malawili demi kebaikan maka penulis menyarankan kepada :

1. Bagi Institusi Pendidikan

Dapat meningkatkan mutu pelayanan pendidikan yang lebih berkualitas sehingga dapat menghasilkan peawat yang profesional, terampil, inovatif dan bermutu dalam memberikan asuhan keperawatan secara komperhensif berdasarkan ilmu dan kode etik keperawatan

2. Klien dan Keluarga

Diharapkan mampu, mengenali dan mengetahui bagaimana akan bahaya dari dampak asap rokok dan penyebab asap rokok, dan pengertian, penyebab, penularan, dan pencegahan dari ISPA. selalu kooperatif dalam terapi yang diberikan oleh tenaga kesehatan.

DAFTAR PUSTAKA

- A., H. (2005.). Studi Retrospektif Kejadian ISPA Pada Balita di Wilayah Kerja Puskesmas Tongkuno Kecamatan Tongkuno Kabupaten Muna. *Skripsi STIK Avicenna yang tidak dipublikasikan kendari.*
- Aditama, T.Y. ((2011)). Rokok dan Kesehatan,. *Universitas Indonesia (UI-Press), Jakarta.*
- Amalia Nurin, d. (2014). Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan ISPA. *Poltekes Kemenkes Riau : DIII Keperawatan.*
- Arnis, Y. &. ((2016)). Keperawatan Anak. *Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. .*
- Dwi, N. (2018). Gambaran Karakteristik Balita dan Kondisi Lingkungan Dalam Ruangan Terhadap Keluhan Gejala ISPA di Taman Penitipan Anak. *Tersedia dalam <http://repository.uinjkt.ac.id>. Diakses tanggal 11 September 2019.*
- Firmansyah, A. (. (2009).). Hubungan Antara Dukungan Orang Tua dan Iklan Rokok Dengan Perilaku Merokok Pada Siswa Laki-laki Madrasah Aliyah Negeri 2 Boyolali. *Firmansyah, A. (2009). Universitas Muhammadiyah, Surakarta Jurnal.*
- Halimah. (2019). Kondisi Lingkungan Rumah Pada Balita Penderita Infeksi Saluran Pernafasan Akut (ISPA) di Desa Teke Kecamatan Palibelo

Kabupaten Bima Tahun 2019 . Tersedia dalam
<http://repository.poltekeskupang.ac.id>. Diakses tanggal 10
September 2019.

Hidayat, A. (2005). Pengantar Ilmu Keperawatan Anak 1. *Salemba Medika, Jakarta*.

Kemenkes. ((2011)). Pedoman Pengendalian Infeksi Saluran Pernapasan Akut. *Jakarta : Kementerian Kesehatan RI. 2011*.

Kholisah Nasution, M. A. ((2015)i). Kholisah Nasution, M. Azhar Rully Sjahrullah, Kartika Erida Brohet, 'Infeksi Saluran Napas Akut pada Balita di Daerah Urban Jakarta. ', *Sari*.

Kunoli, F. J. (2013). Epidemiologi Penyakit Menular (A. W. Arrasyid, ed.). *Jakarta: CV. Trans Info Media*.

L, W. D. (2015). Kajian Asuhan Keperawatan Pada Anak Dengan Infeksi Saluran Pernafasan Akut. *Indonesian Journal On Medican Science*. Vol: 2 No:2, Vol: 2 No:2.

mortality, W. H. (Updated 2017). [cited 2018 Des 10] Available from.
<https://www.who.int/gho/childhealth/mortality/cause/en/>.

Mujtaba., A. H. (2017.). Anatomi Fisiologi Dan Patofisiologi System Pernapasan Manusia. *Dikutib 2 juli 2018*.

Negeri, M. K. (2011). Putusan Bersama tentang Pedoman Pelaksanaan Kawasan tanpa Rokok. *Jakarta: Menteri Hukum dan HAM RI.*

Prabu. (2009., 04 14). Factor resiko ISPA :.
//http://putraprabu.wordpress.co m. diakses pada tanggal 14 April 2015.

RI, D. K. (2002). Profile Kesehatan Indonesia. *Jakarta.*

RI, K. K. (2012). Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia. *Jakarta: Kemenkes RI.*

RI., K. (2012.). Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia. *Jakarta : Kemenkes RI.*

Rosana, E. N. (2016). Faktor Risiko Kejadian ISPA Pada Balita Ditinjau Dari Lingkungan Dalam Rumah di Wilayah Kerja Puskesmas Blado 1. *Tersedia dalam https://lib.unnes.ac.id. Diakses tanggal 12 September 2019.*

Sri, Y. ((2015)). Asuhan Tumbuh Kembang Neonatus Bayi:. *Balita dan Anak Prasekolah. Bandung: PT Refika Aditama.*

Sugihartono dan Nurjazuli. (2012., 05). Analisis Risiko Kejadia Pneumonia pada balita di Wilayah Kerja Puskesmas Sidorejo Kota Pagar Alam. *Sugihartono dan Nurjazuli. 2012. Analisis Risiko Kejadia Pne http://jurnalkeslingindonesia.ac.id. Diakses mei 2015.*

Sulaiman, M. R. (2014). “Terpapar Residu Asap Rokok Ayahnya, Bayi ini Meninggal Kena Pneumonia”,. *dalam koran Detik, 24 Maret. Jakarta. Diakses dari <http://health.detik.com/> diakses pada 24 Maret 2015.*

Trisnawati, Y. ((2012).). Hubungan Perilaku Merokok Orang Tua Dengan Kejadian ISPA Pada Balita. *Purbalingga. Jurnal.*

WHO. (2013). WHO Recommendations For The Prevention And Management Of Tobacco Use Smoker Exposure in Pregnancy. *Switzerland: WHO Library Cataloguing in Publication Data.*

WHO. (2008). Profil Kesehatan Indonesia. *Departemen kesehatan RI. Jakarta.*

LAMPIRAN I

SATUAN ACARA PENYULUHAN

(SAP)

Bahaya Rokok terhadap ISPA pada Anak

Topik : Infeksi Saluran Pernapasan Akut (ISPA)

Sasaran : Keluarga pasien ISPA

Hari/Tanggal : Waktu : Pukul WIB

Alokasi Waktu : 30 menit

Tempat : Rumah Keluarga Penyuluh :

A. Latar Belakang ISPA

merupakan suatu penyakit yang terbanyak diderita oleh anak- anak, baik dinegara berkembang maupun dinegara maju dan sudah mampu dan banyak dari mereka perlu masuk rumah sakit karena penyakitnya cukup gawat. Penyakit-penyakit saluran pernapasan pada masa bayi dan anak-anak dapat pula memberi kecacatan sampai pada masa dewasa.

ISPA masih menjadi masalah kesehatan yang penting karena menyebabkan kematian bayi dan balita yang cukup tinggi yaitu kira-kira 1 dari 4 kematian yang terjadi. Setiap anak diperkirakan mengalami 3-6 episode ISPA setiap tahunnya. 40 % - 60 % dari kunjungan di Puskesmas

adalah oleh penyakit ISPA. Dari seluruh kematian yang disebabkan oleh ISPA mencakup 20 % - 30 %. Kematian yang terbesar umumnya adalah karena pneumonia dan pada bayi berumur kurang dari 2 bulan.

ISPA sering disalah artikan sebagai infeksi saluran pernapasan atas. Yang benar ISPA merupakan singkatan dari Infeksi Saluran Pernapasan Akut. ISPA meliputi saluran pernapasan bagian atas dan saluran pernapasan bagian bawah. ISPA adalah infeksi saluran pernapasan yang berlangsung sampai 14 hari. Yang dimaksud dengan saluran pernapasan adalah organ mulai dari hidung sampai gelembung paru, beserta organ-organ disekitarnya seperti : sinus, ruang telinga tengah dan selaput paru.

Sebagian besar dari infeksi saluran pernapasan hanya bersifat ringan seperti batuk pilek dan tidak memerlukan pengobatan dengan antibiotik, namun demikian anak akan menderita pneumoni bila infeksi paru ini tidak diobati dengan antibiotik dapat mengakibatkan kematian. ISPA dapat ditularkan melalui udara pernapasan yang mengandung kuman yang terhirup oleh orang sehat. Penelitian mengenai dampak asap rokok terhadap anak telah banyak dilakukan. Hasil penelitian juga menyatakan bahwa asap rokok berdampak buruk bagi kesehatan anak. Dampak yang ditimbulkan bisa dalam jangka pendek dan jangka panjang, mulai dari sekedar batuk-batuk, ISPA sampai kematian. Masalah rokok merupakan masalah yang kompleks sehingga dampak rokok bisa dihindari dengan kerjasama dari berbagai pihak. Namun, yang terpenting adalah peran dari orang tua dan masyarakat dalam menciptakan lingkungan yang sehat.

B. Tujuan

1. Tujuan Instruksional Umum (TIU)

Setelah diberikan penyuluhan tentang pengertian ISPA, penyebab, tanda dan gejala, pencegahan, penanganan ISPA, pasien diharapkan dapat memahami tentang penyakit ISPA dan cara mencegahnya dengan Cuci tangan.

2. Tujuan Instruksional Khusus (TIK)

Setelah dilakukan penyuluhan 1x 30 menit, keluarga mampu:

- a. Menjelaskan pengertian ISPA oMenyebutkan penyebab ISPA
- b. Menyebutkan tanda dan gejala ISPA
- c. Menjelaskan pencegahan ISPA
- d. Menjelaskan bahaya rokok terhadap ISPA

C. Sub-Pokok Bahasan Penyuluhan

1. Pengertian ISPA
2. Penyebab ISPA
3. Tanda dan gejala ISPA
4. Penularan ISPA
5. Pencegahan ISPA

6. Bahaya Rokok terhadap ISPA

D. Media

1. Leaflet pengertian
2. Penyebab
3. tanda dan gejala
4. pencegahan ISPA
5. bahaya rokok

E. Kegiatan Penyuluhan

Table 9 Lampiran 1 Kegiatan Penyuluhan

No	Tahap Kegiatan	Kegiatan Penyuluh	Respon	Waktu	Metode
1	Pendahuluan	1. Mengucapkan salam 2. Memperkenalkan diri 3. Menjelaskan tujuan umum 4. Kontrak waktu	1. menjawab salam 2. memperhatikan 3. memperhatikan 4. memperhatikan	5 menit	ceramah
2	Penyampaian Materi	Penyampaian materi	1. memperhatikan penjelasan dan	15 menit	Ceramah dan Tanya jawab

		1. Materi a. Menjelaskan pengertian dan klasifikasi ISPA b. Menjelaskan penyebab ISPA c. Menjelaskan tanda dan gejala ISPA d. Menjelaskan pencegahan ISPA e. Menjelaskan cuci tangan mencegah ISPA 2. Memberikan kesempatan untuk bertanya 3. Menjawab pertanyaan peserta	mencermati materi 2. bertanya 3. menjawab pertanyaan		
3	Penutup	Penutup 1. Menyimpulkan hasil	1. memperhatikan	10 menit	ceramah

		penelitian	2. menjawab salam		
		2. Mengakhiri dengan salam			

F. Evaluasi

Daftar pertanyaan

1. Jelaskan pengertian ISPA!
2. Sebutkan beberapa penyebab ISPA!
3. Sebutkan tanda dan gejala ISPA!
4. Bagaimana pencegahan ISPA!
5. Jelaskan bahaya rokok terhadap ISPA !

G. Sumber

Meadow,Sir Roy dan Simen. 2002. LectusNotes: Pediatrika. Jakarta:

PT.Gelora Aksara Pratama.

Ngastiyah. 1997. Perawatan Anak sakit. Jakarta: EGC.

Notoadmodjo. 2003. Ilmu Kesehatan Masyarakat. Jakarta ;EGC.

Karel, Meila S. 2005. Menjadi Dokter Anak di rumah. Jakarta: Puspa Swara.

Materi (Lampiran)

A. Pengertian

ISPA adalah penyakit infeksi yang sangat umum dijumpai pada anakanak dengan gejala batuk, pilek, panas atau ketiga gejala tersebut muncul secara bersamaan (Meadow, Sir Roy, 2002: 153).

ISPA (Infeksi Saluran Pernafasan Akut) yang diadaptasi dari bahasa Inggris *Acute Respiratory Infection* (ARI) mempunyai pengertian sebagai berikut:

1. Infeksi adalah masuknya kuman atau mikroorganisme kedalam tubuh manusia dan berkembang biak sehingga menimbulkan gejala penyakit.
2. Saluran pernafasan adalah organ mulai dari hidung hingga alveoli beserta organ adneksa seperti sinus, rongga tengah dan pleura ISPA secara anatomis mencakup saluran pernafasan bagian atas.
3. Infeksi akut adalah infeksi yang berlangsung sampai 14 hari. Batas 14 hari diambil untuk menunjukkan proses akut meskipun untuk beberapa penyakit yang digolongkan ISPA. Proses ini dapat berlangsung dari 14 hari (Suryana, 2005:57).

B. Klasifikasi

Klasifikasi ISPA berdasarkan hasil pemeriksaan dibedakan menjadi dua golongan yaitu golongan umur dibawah 2 bulan, dan golongan umur 2 bulan sampai 5 tahun.

1. Golongan umur dibawah 2 bulan

a. Pneumonia

Yang dimaksud pneumonia jika dalam pemeriksaan fisik terdapat adanya tarikan kuat dinding dada bagian bawah atau frekuensi napas cepat (frekuensi pernafasan 60 kali permenit atau lebih).

b. Bukan Pneumonia

Yang dimaksud bukan pneumonia jika ditemukan penyakit batuk pilek biasa, dan tidak ditemukan tanda tarikan kuat dinding dada bagian bawah atau tidak ditemukan napas cepat (frekuensi pernafasan kurang dari 60 kali permenit).

2. Golongan umur 2 bulan sampai 5 tahun

a. Pneumonia

Yang dimaksud pneumonia jika dalam pemeriksaan fisik ditemukan nafas cepat dengan frekuensi pernafasan 50 kali per menit atau lebih (usia 2 – 12 bulan), atau frekuensi pernafasan 40 kali per menit atau lebih (untuk usia 1 – 5 tahun).

b. *Pneumonia Berat*

Yang dimaksud pneumonia berat jika ditemukan sesak nafas dalam pemeriksaan fisik dan saat inspirasi adanya tarikan dinding dada bagian bawah. Namun saat dilakukan pemeriksaan anak harus dalam keadaan tenang, dan tidak menangis.

c. *Bukan Pneumonia*

Yang dimaksud bukan pneumonia adalah jika tidak ada napas cepat, dan tidak ditemukan tarikan dinding dada bagian bawah, jadi penderita hanya mengalami batuk pilek biasa.

C. Etiologi

1. Virus dan bakteri

Seperti *virus influeza sterptococcus, shapilococcus, haemopilus influenzae*.

2. Alergen spesifik

Alergi yang disebabkan oleh debu asap dan udara dingin atau panas .

3. Perubahan cuaca dan lingkungan

Kondisi cuaca yang tidak baik seperti peralihan suhu panas ke hujan dan lingkungan yang tidak bersih atau tercemar.

4. Aktivitas

Kondisi dimana anak memiliki kegiatan yang banyak tanpa memperhatikan kondisi tubuh atau daya tahan tubuh yang dapat menyebabkan anak-anak menderita ISPA.

5. Asupan gizi yang kurang.

D. Tanda dan Gejala

1. Gejala dari ISPA Ringan

Seseorang dinyatakan menderita ISPA ringan jika ditemukan satu atau lebih gejala-gejala sebagai berikut :

- a. Batuk
- b. Serak, yaitu anak bersuara parau pada waktu mengeluarkan suara (misalnya pada waktu berbicara atau menangis)
- c. Pilek, yaitu mengeluarkan lendir atau ingus dari hidung
- d. Panas atau demam, suhu badan lebih dari 37oC

2. Gejala dari ISPA Sedang

Seseorang dinyatakan menderita ISPA sedang jika dijumpai gejala dari ISPA ringan disertai satu atau lebih gejala-gejala sebagai berikut :

- a. Pernafasan cepat (*fast breathing*) sesuai umur yaitu: untuk kelompok umur kurang dari 2 bulan frekuensi nafas 60 kali per menit atau lebih dan kelompok umur 2 bulan sampai kurang dari 5 tahun : frekuensi nafas 50 kali atau lebih untuk umur 2 sampai kurang dari 12 bulan dan 40 kali per menit atau lebih pada umur 12 bulan sampai kurang dari 5 tahun.
- b. Suhu lebih dari 39 0 C (diukur dengan termometer)
- c. Tenggorokan berwarna merah
- d. Timbul bercak-bercak merah pada kulit menyerupai bercak campak
- e. Telinga sakit atau mengeluarkan nanah dari lubang telinga
- f. Pernafasan berbunyi seperti mengorok (mendengkur)

3. Gejala dari ISPA Berat

Seseorang dinyatakan menderita ISPA berat jika dijumpai gejala ISPA ringan atau ISPA sedang disertai satu atau lebih gejalagejala sebagai berikut :

- a. Bibir atau kulit membiru
- b. Anak tidak sadar atau kesadaran menurun
- c. Pernafasan berbunyi seperti mengorok dan anak tampak gelisah

- d. Sela iga tertarik kedalam pada waktu bernafas
- e. Nadi cepat lebih dari 160 kali per menit atau tidak teraba
- f. Tenggorokan berwarna merah

E. Penularan

Penularan ISPA terutama melalui droplet (percikan air liur) yang keluar saat penderita bersin, batuk, udara pernapasan yang mengandung kuman yang terhirup oleh orang sehat. Penularan juga dapat terjadi melalui kontak atau kontaminasi tangan oleh sekret saluran pernapasan, hidung, dan mulut penderita.

F. Pencegahan

Kegiatan atau jenis-jenis yang dapat dilakukan dalam mencegah terjadinya penyakit ISPA pada anak antara lain :

- a. Perbaikan peningkatan gizi
 - 1) Penyusunan atau pengaturan menu
 - 2) Cara pengolahan makanan
 - 3) Variasi menu
- b. Perbaikan dan sanitasi lingkungan
- c. Pemeliharaan Kesehatan perorangan
- d. Tindakan pencegahan pada bayi:

1) Memberikan imunisasi pada golongan yang rentan terhadap penyakit tertentu.

2) Perbanyak ASI eksklusif

3) Jauhkan dari penderita ISPA

e. Membiasakan anak cuci tangan pakai sabun Serangan ISPA dapat dihindari dengan membiasakan mencuci tangan pakai sabun sebelum dan sesudah makan, serta setelah buang air besar. Selain itu, biasakan menutup mulut dan hidung saat batuk atau bersin agar tidak menularkan orang lain.

G. Bahaya Rokok terhadap ISPA

Anak beresiko yang lebih tinggi untuk terkena dampak buruk dari asap rokok dibandingkan dengan orang dewasa. Anak mempunyai sistem imun dan alat pernafasan yang masih berkembang dan rentan terhadap berbagai penyakit. Saluran pernafasan dan paru-paru yang kecil membuat anak lebih sering bernafas sehingga lebih sering menghirup asap rokok. Anak-anak telah menjadi perokok pasif dan third hand smoker dikarenakan anggota keluarga anak yang merupakan perokok aktif dan atau lingkungan rumah yang tidak sehat, yaitu banyak perokok aktif.

Akhir-akhir ini, Indonesia dikagetkan dengan anak usia dini yang sudah menjadi perokok aktif bahkan menjadi perokok berat. Tak lain, penyebab adalah orang tua atau orang di lingkungannya adalah perokok

pula. Anak yang merupakan peniru ulung dan mempunyai rasa ingin tahu yang tinggi mulai mencoba merokok dan ketagihan.

Perokok aktif maupun perokok pasif sama-sama beresiko tinggi untuk terserang berbagai penyakit. Dampak dari asap rokok pun bisa jangka

pendek dan jangka panjang. Toho Cholik dan Rusli Lutan (1997) menyatakan dampak jangka pendek dari menghirup asap rokok, yakni menderita batuk, mata pedas, kepala pusing, dan masalah dalam pernafasan hidung. Begitu juga jika anak terpapar asap rokok (perokok pasif), anak akan menderita batuk-batuk, mata pedas, dan kepala pusing pula. Jika anak terpapar lebih banyak asap rokok, anak bisa menderita gangguan dalam pernafasan hidung. Menurut U.Z. Mikdar (2006), merokok dalam rumah merupakan faktor sindrom kematian mendadak pada bayi.

Dampak jangka panjang dari asap rokok ini yang lebih membahayakan karena asap rokok yang dihirup akan menumpuk di dalam tubuh dan menyebabkan seseorang menderita penyakit yang sangat mematikan. Berikut dampak jangka panjang rokok bagi anak.

U.Z. Mikdar (2006) menyatakan bahwa perokok pasif dapat menyebabkan pneumonia, bronchitis, batuk-batuk, sesak nafas, serta penyakit telinga pada anak kecil. Tim Penulis Poltekkes Depkes Jakarta I (2010) juga menambahkan bahwa anak-anak yang orang tuanya merokok akan mengalami batuk, pilek, dan radang tenggorokan serta penyakit

paru-paru yang lebih tinggi. Berdasarkan penelitian dari Sugihartono dan Nurjazuli (2012), balita yang tinggal serumah dengan anggota keluarga yang merokok beresiko 5,743 kali lebih besar menderita pneumonia dibanding dengan balita yang serumah dengan anggota keluarga yang tidak merokok. Penelitian tersebut menyebutkan penelitian Heriyana dkk (2005) juga membuktikan bahwa bayi yang tinggal di dalam rumah dengan anggota keluarga merokok mempunyai resiko pneumonia 2,348 kali lebih besar dibanding bayi yang tinggal di dalam rumah yang tidak ada anggota keluarga yang merokok. Bayi dan anak balita mempunyai risiko yang lebih besar karena paru-paru bayi dan anak balita lebih kecil dibanding orang dewasa, sistem kekebalan tubuh mereka belum terbangun sempurna, akibatnya lebih mudah terkena radang paru-paru.

H. Kandungan Asap Rokok

Asap rokok mengandung ribuan zat kimia, atau komponen asap yang juga disebut sebagai emisi asap. Komponen asap yang paling luas dikenal adalah tar, nikotin, karbon monoksida (CO). Selain zat-zat ini, hingga saat ini lebih dari 7000 zat kimia telah diketahui terkandung dalam asap rokok. Dinas Kesehatan Masyarakat telah menggolongkan sekitar 70 komponen asap sebagai kemungkinan penyebab penyakit yang terkait dengan merokok, seperti kanker paru, penyakit jantung, dan emfisema. Berikut rangkuman penjelasan komponen asap yang bersumber dari U.Z. Mikdar (2006).

a. *Tar*

Tar bukanlah komponen asap yang spesifik, melainkan mengacu kepada partikel-partikel asap yang terukur dalam metode pengujian mesin. Partikel-partikel ini terbuat dari banyak komponen asap, termasuk beberapa komponen yang diyakini oleh otoritas kesehatan masyarakat sebagai kemungkinan penyebab penyakit terkait-merokok seperti kanker paru. Tar bersifat karsinogenik atau zat kimia yang menimbulkan kanker.

b. *Nikotin*

Nikotin adalah zat kimia yang terkandung secara alami dalam tanaman tembakau. Apabila tembakau dibakar, nikotin berpindah ke dalam asap. Nikotin dikenal oleh otoritas kesehatan masyarakat sebagai zat yang menimbulkan kecanduan dalam asap tembakau. Partikel nikotin bersifat adiktif yang dapat meningkatkan penyempitan pembuluh darah koroner dan dapat menyebabkan jantung berdebar-debar.

c. *Karbon Monoksida (CO)*

Karbon monoksida adalah gas yang terbentuk dalam asap rokok. Gas CO mengganggu pengangkutan oksigen ke jaringan tubuh dalam sistem peredaran darah. Karbon monoksida dikenal sebagai penyebab utama penyakit kardiovaskuler (penyakit jantung) pada perokok.

d. Komponen asap lainnya

Ribuan komponen asap lainnya telah diketahui terkandung dalam asap rokok. Selain nikotin dan karbon monoksida, otoritas kesehatan

masyarakat telah menggolongkan sekitar 70 di antaranya sebagai kemungkinan penyebab penyakit terkait-merokok. Sebagian dari komponen ini adalah arsenik, benzena, benzo[a]pirena, logam berat (timbel, kadmium), hidrogen sianida, dan nitrosamina khusus tembakau. Menurut U.Z. Mikdar (2006), komponen lain dari asap rokok yang bersifat karsinogenik, yaitu *partikel fenol, partikel hidrazin, partikel toluene, gas nitrosamina, dan gas formaldehyde*. Sedangkan komponen asap rokok yang bersifat racun, yakni *partikel naftalene, partikel benzopyrene, gas NO₂, gas formaldehyde, gas amonia, gas methana, dan gas HCN*.

HALAMAN II





LEMBAR KONSULTASI

Nama : Nurmila Sari

NIM : 31440118082

Pembimbing I : Engelina J. Tanamal, S.Kep, MM

No	Hari / Tanggal	Materi yang di konsilkan	Saran Pembimbing	TTD
1	6 Mei 2021	Judul KTI	Acc Judul : Penerapan Pendidikan Kesehatan Tentang Dampak Asap Rokok Dengan Kejadian ISPA Pada Balita Di Wilayah Kerja UPTD Puskesmas Malawili Aimas Kabupaten Sorong	
2	20 Juni 2021	BAB I, II, dan III	- Perbaikan Bab 1, 2 dan 3 Saesuai Koreksi	
3	25 juni 2021	BAB I, II, dan III	- Perbaikan penilusannya dan tambahkan data Puskesmas - Lanjutkan penerapan kasus dan buat Bab 4 dan 5	
4	27 Juni 2021	BAB I sampai BAB V	- Perbaiki sesuai koreksi dan konsul lagi	

5	02 juli 2021	BAB I sampai BAB V	- Perbaiki penulisan bahasa asing di miringkan - Acc untuk Ujian KTI	
---	--------------	-----------------------	---	---

LEMBAR KONSULTASI

Nama : Nurmila Sari

NIM : 31440118082

Pembimbing II : M. Loihala, S.ST, M.Kes

No	Hari / Tanggal	Materi yang dikonsulkan	Saran Pembimbing	Paraf
1	6 MEI 2021	Judul KTI	Acc Judul : Penerapan Pendidikan Kesehatan Tentang Dampak Asap Rokok Dengan Kejadian I SPA Pada Balita Di Wilayah Kerja UPTD Puskesmas Malawili Aimas Kabupaten Sorong	
2	1 Juni 2021	BAB I, II, III	- Lengkapi bagian Cover - Kemudian BAB II kalau kasusnya ambil di Puskesmas/ Keluarga wajib masukkan konsep teori Askep Keluarga - Lengkapi daftar pustaka - Lengkapi SOP	

BERITA ACARA PERBAIKAN KARYA TULIS ILMIAH

Nama : Nurmila Sari

NIM : 31440118082

Judul KTI : Penerapan Pendidikan Kesehatan Tentang Dampak Asap
Rokok Dengan Kejadian ISPA Pada Balita Di Wilayah Kerja UPTD Puskesmas Malawili Aimas Kabupaten Sorong

No	Nama Penguji	Rekomendasi	TTD
1	I Made Raka, S.ST,M.Kes	1. Perbaiki Tujuan Umum	
2	Engelina J. Tanamal, S.Kep,MM	1. Perbaiki penulisan 2. Memiringkan Bahasa – bahasa asing yang ada 3. Atur Gambar Anatomi sesuai penempatannya 4. Jelaskan masalah keperawatan yang ditegakkan	
3	M. Loihala, S.ST, M.Kes	1. Tambahkan Perhitungan skoring 2. Lengkapi Genogram 3. Perbaiki pembahasan 4. Perbaiki saran	