

**BAGIAN ILMU KESEHATAN ANAK
PROGRAM STUDI PROFESI DOKTER
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS MUSLIM INDONESIA**

LAPORAN KASUS

JUNI 2026

ISPA

(Infeksi Saluran Pernapasan Akut)



OLEH:

Luthfiah Amelia Artjan

111 2025 2239

PEMBIMBING:

dr. Akhmad Kadir, Sp. A

DIBAWAKAN DALAM RANGKA TUGAS KEPANITERAAN KLINIK

BAGIAN ILMU KESEHATAN ANAK

FAKULTAS KEDOKTERAN

UNIVERSITAS MUSLIM INDONESIA

MAKASSAR

2026

HALAMAN PENGESAHAN

Yang bertandatangan dibawah ini menyatakan bahwa :

Nama : Luthfiah Amelia Artjan

NIM : 111 2025 2239

Universitas : Universitas Muslim Indonesia

Judul Laporan Kasus : ISPA (Infeksi Saluran Pernapasan Akut)

Telah menyelesaikan tugas laporan kasus yang berjudul “**Infeksi Saluran Pernapasan Akut**” dan telah disetujui serta telah dibacakan di hadapan supervisor pembimbing dalam rangka kepaniteraan klinik pada bagian Ilmu Kesehatan Anak Universitas Muslim Indonesia.

Makassar, Mei 2026

Menyetujui,

Dokter Pendidik Klinik,

dr. Akhmad Kadir, Sp. A

Penulis,



Luthfiah Amelia Artjan

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadiran Allah SWT atas Rahmat dan Karunia-Nya serta salam dan shalawat kepada Rasulullah Muhammad SAW. beserta sahabat dan keluarganya, sehingga penulis dapat menyelesaikan Laporan Kasus ini dengan judul **“Infeksi Saluran Pernapasan Akut”** sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan Kepaniteraan Klinik di Bagian Ilmu Kesehatan Anak.

Penulis menyadari bahwa dalam penulisan Laporan Kasus ini terdapat banyak kekurangan dan masih jauh dari kesempurnaan. Oleh karena itu, penulis mengharapkan kritik dan saran untuk menyempurnakan Laporan Kasus ini. Saya berharap sekiranya laporan kasus ini dapat bermanfaat untuk kita semua. Aamiin.

Makassar, Mei 2026



Penulis

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Infeksi Saluran Pernapasan Akut (ISPA) adalah penyakit infeksi yang menyerang saluran pernapasan, mulai dari hidung hingga alveoli beserta organ adneksanya, seperti sinus, telinga tengah, dan pleura. ISPA meliputi infeksi saluran napas atas dan bawah, yang umumnya disebabkan oleh virus atau bakteri dengan gejala berupa demam, nyeri tenggorokan, pilek, serta batuk kering maupun berdahak. Patogen tersering penyebab ISPA adalah virus, meskipun bakteri *Streptococcus pneumoniae* merupakan salah satu penyebab utama di berbagai negara¹

Keparahan ISPA dipengaruhi oleh jenis patogen penyebab, mulai dari infeksi ringan hingga berat yang dapat menyebabkan kematian. Faktor risiko lainnya meliputi kondisi lingkungan, seperti polusi udara dan kelembapan yang mendukung pertumbuhan mikroorganisme, serta faktor penjamu seperti usia, kebiasaan merokok, status gizi, dan karakteristik patogen¹

ISPA merupakan salah satu penyebab utama morbiditas dan mortalitas anak di dunia. Menurut *World Health Organization* (WHO) tahun 2022, pneumonia sebagai bentuk ISPA saluran napas bawah menyebabkan sekitar 700.000 kematian pada anak usia di bawah lima tahun setiap tahun, terutama di negara berpenghasilan rendah dan

menengah. Di Indonesia, ISPA juga masih menjadi salah satu penyebab utama kunjungan anak ke fasilitas pelayanan kesehatan²

Anak, terutama balita, merupakan kelompok paling rentan terhadap ISPA karena beberapa faktor fisiologis dan imunologis. Sistem imun anak yang belum matur, diameter saluran napas yang lebih sempit, frekuensi napas yang lebih cepat, serta ketergantungan penuh pada lingkungan sekitar menjadikan anak lebih mudah terinfeksi dan lebih berat mengalami komplikasi dibandingkan orang dewasa³

BAB II

LAPORAN KASUS

1.2 Identitas Pasien

Nama : An. BAP

Nomor RM : 104497

Umur : 6 Tahun 3 Bulan

Jenis Kelamin : Laki-laki

Tanggal Lahir : 29 Januari 2020

Agama : Islam

Tanggal Masuk : 16 Mei 2026

1.3 Anamnesis

A. Keluhan Utama

Demam

B. Riwayat Penyakit Sekarang

Anak laki-laki usia 6 tahun dengan keluhan demam sejak 3 hari sebelum masuk rumah sakit. Demam bersifat hilang timbul (naik turun). Batuk sesekali dan nyeri tenggorokan. Nafsu makan dan minum menurun.

- Riwayat kejang : Tidak ada

- Riwayat keluhan yg sama : Tidak ada

- Keluhan yang sama di keluarga : Tidak Ada
- Riwayat kontak dengan perokok : Tidak ada
- Riwayat imunisasi : Lengkap
- Riwayat alergi : Tidak ada
- Riwayat konsumsi obat : Ada
- Riwayat kontak TB : Tidak ada
- Riwayat operasi : Tidak ada

1.4 Pemeriksaan Fisik

A. Tanda Vital

- Keadaan umum : Sakit sedang
- Kesadaran : Compos mentis
- Tekanan darah : 90/60 mmHg
- Nadi : 102x/menit
- Pernapasan : 20x/menit
- Suhu : 38 C
- SpO2 : 99 %

B. Status Antropometri

- Umur : 6 tahun 3 Bulan
- Berat badan : 23 kg
- Tinggi badan : 110 cm
- BB/U : $23/20 \times 100\% = 115\%$ (Berat badan normal)

TB/U : $110/116 \times 100\% = 94.8\%$ (Perawakan normal)

BB/TB : $23/19 \times 100\% = 121\%$ (Gizi lebih)

MR3

Tanggal lahir : 29 Januari 2020

PB : Lupa

BB : 3000 gram

Lahir cukup/kurang bulan : Cukup bulan

Tempat melahirkan : Rumah sakit

Dibantu : Dokter

SC/Spontan : Spontan

Suku : Bugis

Perkembangan :

- Mengamati tangan : 3 Bulan
- Meraih tangan : 5 bulan
- Merangkak : 7 bulan
- Tengkurap sendiri : 6 bulan
- Satu suku kata : 8 bulan
- Menunjuk 1 gambar : 7 bulan
- Gigi pertama : 9 bulan

Ayah

- Nama : Minal aidin
- Umur : 30 tahun
- Pekerjaan : Pns

- Pendidikan terakhir : Strata 2

Ibu

- Nama : Indah Lestari
- Umur : 29 tahun
- Pekerjaan : Swasta
- Pendidikan terakhir : Strata 1

Status imunisasi

Status Imunisasi	Belum pernah	1	2	3	4	5	Tidak tahu
BCG		✓					
Hep B		✓	✓	✓	✓		
Polio		✓	✓	✓	✓		
DPT		✓	✓	✓			
MR/MMR		✓	✓				
Hib		✓	✓	✓			
IPD/Pneumokokus		✓					
Varicella		✓					
Typhoid		✓					
Lain-lain							

C. Status Generalisata

Kepala dan Leher

Kepala : Normocephal

Mata : Konjungtiva anemis (-/-), Sklera ikterik (-/-), mata cekung (-/-)

Hidung : Perdarahan (-), rhinore (-), pernapasan cuping hidung (-)

Mulut : Kering (-), pucat (-), sianosis (-), lidah kotor (-), stomatitis (-)

Tenggorokan : Faring hiperemis (+), Tonsil T1-T1 tidak hiperemis

Leher : Pembesaran KGB (-)

Thorax

Inspeksi : Simetris kiri dan kanan, retraksi (-)

Palpasi : Taktik fremitus sama pada kedua hemitoraks

Perkusi : Sonor pada kedua hemitoraks

Auskultasi : Vesikuler, ronkhi (-/-), wheezing (-/-)

Cor

Inspeksi : Ictus cordis tidak tampak

Palpasi : Thrill tidak teraba

Perkusi : Batas jantung kesan normal

Auskultasi : Bunyi jantung I/II normal, bising jantung tidak ada

Abdomen

Inspeksi : Datar, ikut gerak napas.

Auskultasi : Peristaltik ada, kesan normal

Perkusi : Timpani

Palpasi : Nyeri tekan tidak ada, Hepar dan lien tidak teraba

Ekstremitas

Akral hangat, CRT < 2 detik, edema (-)

1.5 Pemeriksaan Penunjang

Darah Rutin	Hasil	Nilai Rujukan
Leukosit	11.20	4.0–10
Neutrofil	75.3	42.5–71.0
Limfosit	15.5	20.4–44.6
Monosit	8.1	3.6–9.9
Eosinofil	0.9	0.7–5.4
Basofil	0.2	0.0–1.0
Hemoglobin	12.2	12 - 14 g/dL
Eritrosit	4.47	3.8 - 5.2 juta/uL
Hematokrit	33.3	37 - 48%
MCV	74.5	80–97 fL
MCH	27.3	26.5–33.5 pg
MCHC	36.6	31.0–35.0 g/dL
RDW-CV	13.3	10.0–15.0
Trombosit	244	150–450 ribu/uL
MPV	8.1	6.5–11.0 fL
PDW	15.5	10.0–16.0
PCT	0.199	0.150–0.500

1.6 Diagnosis

Infeksi Saluran Pernapasan Akut

1.7 Tatalaksana

- IVFD RL 20 tpm/iv
- Drops Paracetamol 230 mg/6jam
- Cefixime syrup 2x1 cth
- Ambroxol 3x4 cc
- Inj Dexamethasone 0,3/IV/12 Jam
- Paracetamol syrup 3x1 cth

1.8 Prognosis

Quo ad vitam : Bonam

Quo ad functionam : Bonam

Quo ad sanationam : Bonam

1.9 Follow up

Tanggal	Keluhan	Terapi
16/05/2026	• Demam (+) • Batuk (+) • Nyeri pada tenggorokan(+) • Faring hiperemis • Makan dan minum kurang	• IVFD RI 20 Tpm • Paracetamol 230 mg IV / 6 jam (Kp) • Cefixime Sirup 2x1 Cth • Ambroxol sirup 3 × 4 mL
17/05/2026	• Demam (+) • Batuk (+) • Nyeri pada tenggorokan(+) • Faring hiperemis • Makan dan minum kurang	• IVFD RI 20 Tpm • Paracetamol 230 mg IV /6 jam • Cefixime Sirup 2x1 Cth • Ambroxol sirup 3 × 4 mL • Inj Dexametason 0,3 Cc/Iv/12 J
18/05/2026	• Demam (-) • Batuk (+) • Nyeri pada tenggorokan(-) • Makan dan minum lancar	• IVFD RI 20 Tpm • Paracetamol 230 mg IV /6 jam • Cefixime Sirup 2x1 Cth • Ambroxol sirup 3 × 4 mL • Inj Dexametason 0,3 Cc/Iv/12 J • Paracetamol sirup 3 × 1 cth • Observasi tanpa infus
19/05/2026	• Demam (-) • Batuk (-) • Nyeri pada tenggorokan(-) • Faring hiperemis (-) • Makan dan minum lancar • BP(Boleh Pulang)	• IVFD RI 20 Tpm • Paracetamol 230 mg IV /6 jam • Cefixime Sirup 2x1 Cth • Ambroxol sirup 3 × 4 mL • Inj Dexametason 0,3 Cc/Iv/12 J

BAB III

PEMBAHASAN

A. Definisi

Infeksi Saluran Pernapasan Akut (ISPA) merupakan infeksi akut yang menyerang salah satu atau lebih bagian dari saluran napas, mulai dari hidung (saluran atas) hingga alveoli (saluran bawah), termasuk jaringan adneksanya seperti sinus, rongga telinga tengah, dan pleura. Infeksi ini berlangsung dalam waktu kurang dari 14 hari. Berdasarkan lokasi anatomis, ISPA dibagi menjadi dua kelompok utama:

- ISPA Atas (*Upper Respiratory Tract Infection* / URTI): mencakup infeksi pada hidung, faring, laring, dan telinga tengah, seperti rhinitis akut, faringitis, tonsilofaringitis, otitis media akut, dan sinusitis.
- ISPA Bawah (*Lower Respiratory Tract Infection* / LRTI): mencakup infeksi pada trakea, bronkus, bronkiolus, dan parenkim paru, seperti laringotrakeobronkitis (croup), bronkitis akut, bronkiolitis, dan pneumonia⁴

B. Etiologi

Etiologi ISPA terbagi atas empat kelompok besar. Sekitar 90% infeksi pada anak memiliki asal virus, dengan RSV, virus influenza A dan B, adenovirus, parainfluenza, hMPV, serta

rhinovirus/enterovirus sebagai patogen virus yang paling sering terdeteksi ⁵

Untuk bakteri, patogen bakteri utama yang berhubungan dengan ISPA adalah *Streptococcus pneumoniae*, *Staphylococcus aureus*, dan *Haemophilus influenzae*. Kelompok bakteri ini lebih sering menyebabkan ISPA bawah (pneumonia) yang berat dan memerlukan antibiotik ⁵

Rhinovirus menyebabkan 25–30% dari semua infeksi saluran pernapasan bagian atas : RSV, *parainfluenza*, *influenza*, *hMPV*, dan *adenovirus* menyebabkan 25–35% dan *coronavirus* menyebabkan sekitar 10%⁵

C. Patogenesis

Infeksi Saluran Pernapasan Akut (ISPA) umumnya diawali oleh masuknya patogen, terutama virus seperti *Rhinovirus*, *Respiratory Syncytial Virus (RSV)*, *Influenza*, dan *Adenovirus*, melalui droplet pernapasan atau kontak langsung dengan sekret yang terinfeksi. Pada anak, mekanisme pertahanan mukosa saluran napas seperti mukus, silia, dan imunoglobulin A (IgA) sekretori belum berfungsi seoptimal orang dewasa sehingga memudahkan patogen melekat pada sel epitel nasofaring dan orofaring ^{4,6}

Setelah berikatan dengan reseptor spesifik pada permukaan sel epitel, patogen bereplikasi dan menyebabkan kerusakan sel mukosa. Kerusakan ini memicu pelepasan *pathogen-associated*

molecular patterns (PAMPs) dan *damage-associated molecular patterns* (DAMPs) yang dikenali oleh reseptor pengenalan pola (*pattern recognition receptors/PRRs*) pada makrofag, sel dendritik, dan neutrofil. Aktivasi sel-sel imun tersebut memicu pelepasan sitokin proinflamasi, terutama interleukin-1 β (IL-1 β), interleukin-6 (IL-6), dan *tumor necrosis factor- α* (TNF- α)^{4,6}

Sitokin proinflamasi yang mencapai hipotalamus merangsang pembentukan prostaglandin E₂ (PGE₂) sehingga meningkatkan set point suhu tubuh dan menimbulkan demam. Secara lokal, proses inflamasi menyebabkan vasodilatasi, peningkatan permeabilitas kapiler, edema, dan hiperemia mukosa faring. Selain itu, mediator inflamasi seperti bradikinin dan PGE₂ menstimulasi reseptor nyeri sehingga timbul keluhan nyeri tenggorokan^{4,6}

Inflamasi pada mukosa saluran napas juga mengiritasi reseptor batuk serta meningkatkan produksi sekret oleh sel goblet dan kelenjar mukosa. Sekret yang berlebihan dapat menimbulkan post-nasal drip yang semakin merangsang refleks batuk. Di sisi lain, sitokin proinflamasi yang bekerja pada sistem saraf pusat menyebabkan penurunan nafsu makan, lemas, dan berkurangnya aktivitas fisik (*sickness behavior*)^{4,6}

Pada ISPA akibat infeksi virus tanpa komplikasi, gejala biasanya mencapai puncak pada hari ke-3 hingga ke-5, kemudian

berangsur membaik seiring eliminasi patogen oleh sistem imun, dengan durasi penyakit sekitar 7–14 har^{4,6}

D. Manifestasi Klinis

Manifestasi klinis ISPA pada anak sangat bervariasi, bergantung pada usia anak, etiologi, serta lokasi dan derajat keparahan infeksi.

1. ISPA Atas

a. Rhinitis Akut (*Common Cold*)

- Inkubasi: 1–3 hari
- Gejala: hidung tersumbat, rinore (awalnya jernih, kemudian mukopurulen), bersin-bersin, demam ringan (lebih sering pada anak kecil), nyeri tenggorokan, batuk
- Berlangsung 7–10 hari

b. Faringitis / Tonsilofaringitis

- Viral: nyeri tenggorokan, odinofagia, faring hiperemis, demam tidak tinggi
- Bakteri (GAS): demam tinggi mendadak, nyeri tenggorokan berat, faring dan tonsil hiperemis dengan eksudat, petekia palatum, tidak ada batuk (membedakan dari viral)
- Tanda bahaya: stridor, drooling, posisi tripod → curigai epiglottitis

c. Otitis Media Akut (OMA)

- Ootalgia (nyeri telinga), demam
- Pada bayi: rewel, menangis, menarik-narik telinga, gangguan tidur

- Pemeriksaan otoskopi: membran timpani hiperemis, bulging, dapat terjadi perforasi.

2. ISPA Bawah

a. Croup (Laringotrakeobronkitis Akut)

- Usia tersering: 6 bulan – 3 tahun
- Etiologi: Parainfluenza virus tipe 1 (tersering)
- Gejala khas: batuk menggonggong (*barking cough*), stridor inspirasi, suara serak, gejala memburuk malam hari
- Skor Westley digunakan untuk penilaian derajat keparahan

b. Bronkiolitis

- Usia tersering: bayi < 2 tahun (puncak usia 2–6 bulan)
- Etiologi: RSV (50–80% kasus)
- Gejala: didahului ISPA atas 1–3 hari, kemudian timbul takipnea, retraksi subkostal/interkostal, ekspirasi memanjang, wheezing, hiperinflasi, tanda-tanda distress napas
- Pada bayi sangat muda: dapat terjadi apnea

c. Pneumonia

- Batuk, demam (biasanya > 38°C pada pneumonia bakteri), takipnea
- Takipnea (tanda paling sensitif): ≥ 60 x/menit pada usia < 2 bulan, ≥ 50 x/menit usia 2–11 bulan, ≥ 40 x/menit usia 1–5 tahun
- Retraksi dinding dada, nasal flaring

- Auskultasi: suara napas bronkial, ronkhi basah halus, perkusi pekak
- Tanda bahaya: sianosis, tidak dapat minum/menyusu, kejang, penurunan kesadaran
- Foto toraks: konsolidasi lobar (pneumonia bakterial), infiltrat interstisial (viral/atipikal)⁶

E. Diagnosis

1. Kriteria Diagnosis Klinis

Diagnosis ISPA ditegakkan bila ditemukan minimal satu gejala berikut yang timbul akut:

- Demam (suhu $\geq 37,5^{\circ}\text{C}$ aksila)
- Batuk
- Nyeri atau sulit menelan
- Hidung tersumbat atau pilek
- Sesak napas (pada ISPA bawah)

2. Klasifikasi Derajat Keparahan

Menurut WHO, ISPA pada anak diklasifikasikan menjadi tiga derajat berdasarkan temuan klinis:

Derajat	Kriteria	Tatalaksana
Tidak berat	Batuk/pilek/nyeri tenggorok, tanpa napas cepat, tanpa retraksi	Rawat jalan, terapi suportif
Berat	Napas cepat sesuai usia*, retraksi dinding dada	Rawat inap, antibiotik
Sangat berat	Sianosis, tidak bisa minum, stridor, letargi berat	Rawat inap segera, rujuk

3. Pendekatan Etiologi Virus vs Bakteri

Membedakan etiologi penting untuk menghindari pemberian antibiotik yang tidak perlu. Secara klinis, infeksi viral ditandai oleh demam naik-turun, batuk, pilek, dan perjalanan penyakit ringan-sedang. Infeksi bakterial (terutama *Streptococcus Group A*) dicurigai bila ditemukan eksudat tonsil, limfadenopati servikal anterior, demam tinggi, dan tidak ada batuk. Untuk faringitis, dapat digunakan Skor McIsaac dengan empat kriteria: demam $>38^{\circ}\text{C}$, tidak ada batuk, eksudat tonsil, dan limfadenopati servikal anterior skor ≥ 3 mengindikasikan perlunya pemeriksaan atau terapi empiris bakteri.

4. Pemeriksaan Penunjang

Pada ISPA tidak berat, pemeriksaan penunjang tidak rutin diperlukan. Pemeriksaan dapat dilakukan bila:

- Dicurigai faringitis bakterial → *Rapid Antigen Detection Test* (RADT) GAS atau kultur tenggorok
- Dicurigai influenza → rapid influenza diagnostic test
- Dicurigai pneumonia → foto toraks dan darah lengkap⁶

F. Terapi

Sebagian besar ISPA pada anak disebabkan oleh virus dan bersifat *self-limiting*, sehingga tatalaksana utama adalah terapi suportif. Antibiotik tidak diberikan secara rutin karena tidak bermanfaat pada infeksi virus dan hanya digunakan bila terdapat kecurigaan infeksi bakteri^{7,8}

Penanganan demam dilakukan dengan pemberian parasetamol 10–15 mg/kgBB/dosis setiap 4–6 jam atau ibuprofen 5–10 mg/kgBB/dosis setiap 6–8 jam pada anak usia ≥ 6 bulan. Aspirin tidak dianjurkan pada anak karena berisiko menyebabkan sindrom Reye ^{7,8}

Kecukupan cairan dan istirahat yang cukup sangat penting untuk mendukung proses penyembuhan. Anak dianjurkan memperbanyak minum untuk mencegah dehidrasi dan membantu mengencerkan sekret saluran napas ^{7,8}

Tatalaksana simptomatik meliputi pemberian madu 2,5–5 mL pada anak usia ≥ 1 tahun untuk membantu mengurangi batuk, penggunaan larutan salin (NaCl 0,9%) untuk meredakan hidung tersumbat, serta minuman hangat untuk mengurangi nyeri tenggorokan. Obat batuk bebas, antitusif, ekspektoran, dan dekonjestan tidak direkomendasikan secara rutin pada anak karena manfaatnya terbatas dan berpotensi menimbulkan efek samping ^{7,8}

G. Pencegahan

Imunisasi merupakan salah satu upaya pencegahan ISPA yang paling efektif dan didukung oleh bukti ilmiah yang kuat. Vaksin influenza diberikan setiap tahun mulai usia 6 bulan untuk melindungi dari infeksi virus influenza A dan B. Vaksin PCV diberikan pada usia 2, 4, dan 6 bulan dengan dosis penguat pada usia 12–15 bulan untuk mencegah infeksi "*Streptococcus pneumoniae*", sedangkan vaksin

Hib diberikan pada usia 2, 4, dan 6 bulan untuk melindungi dari infeksi "*Haemophilus influenzae*" tipe b. Vaksin DPT diberikan pada usia 2, 4, dan 6 bulan serta dosis penguat sesuai jadwal imunisasi untuk mencegah pertusis (batuk rejan), sementara vaksin MMR diberikan pada usia 9 bulan dan 18 bulan untuk mencegah campak yang dapat menimbulkan komplikasi berupa pneumonia. Berbagai penelitian menunjukkan manfaat signifikan dari imunisasi dalam menurunkan kejadian ISPA pada anak. Meta-analisis oleh Lucero dkk. (2009) menunjukkan bahwa vaksin PCV dapat menurunkan kejadian pneumonia dan ISPA berat hingga 29%. Selain itu, vaksin influenza tahunan direkomendasikan oleh (IDAI) dan (AAP) untuk semua anak usia ≥ 6 bulan, terutama pada anak dengan penyakit penyerta yang meningkatkan risiko komplikasi infeksi saluran pernapasan⁹

H. Komplikasi

Komplikasi ISPA pada anak yang paling sering adalah otitis media akut, sinusitis, dan pneumonia, sedangkan komplikasi yang lebih berat meliputi bronkiolitis berat, gagal napas, dehidrasi, dan sepsis. Deteksi dini serta penatalaksanaan yang tepat sangat penting untuk mencegah terjadinya komplikasi tersebut¹⁰

I. Prognosis

Prognosis ISPA pada anak umumnya baik (ad bonam) karena sebagian besar kasus disebabkan oleh infeksi virus yang bersifat

sembuh sendiri dan dapat sembuh sempurna dalam waktu 7–14 hari dengan terapi suportif yang adekuat. Sebagian besar anak mengalami perbaikan tanpa gejala sisa dan tidak memerlukan terapi antibiotik ¹⁰

Namun, prognosis dapat menjadi lebih buruk apabila terdapat faktor risiko seperti usia di bawah 2 tahun (terutama bayi <6 bulan), prematuritas, status gizi buruk, penyakit jantung bawaan, penyakit paru kronis, imunodefisiensi, paparan asap rokok, serta keterlambatan diagnosis dan penatalaksanaan. Pada kondisi tersebut, ISPA berisiko berkembang menjadi komplikasi seperti pneumonia, bronkiolitis, gagal napas, atau sepsis yang dapat meningkatkan morbiditas bahkan mortalitas ¹⁰

Secara umum, bila tidak disertai komplikasi dan mendapatkan perawatan yang tepat, prognosis *quo ad vitam*, *quo ad functionam*, dan *quo ad sanationam* pada ISPA anak adalah *ad bonam* ¹⁰

BAB IV

KESIMPULAN

Infeksi Saluran Pernapasan Akut (ISPA) merupakan infeksi akut yang menyerang saluran pernapasan atas maupun bawah dan merupakan salah satu penyakit yang paling sering ditemukan pada anak. Sebagian besar kasus ISPA disebabkan oleh infeksi virus dan bersifat *self-limiting*, namun tetap memerlukan penatalaksanaan yang tepat untuk mencegah komplikasi.

Pada laporan kasus ini, seorang anak laki-laki usia 6 tahun 3 bulan didiagnosis ISPA berdasarkan anamnesis berupa demam, batuk, dan nyeri tenggorokan, serta didukung oleh temuan faring hiperemis pada pemeriksaan fisik. Setelah mendapatkan terapi dan pemantauan selama perawatan, kondisi pasien menunjukkan perbaikan klinis yang ditandai dengan hilangnya demam, batuk, nyeri tenggorokan, serta normalisasi pemeriksaan faring. Kasus ini menunjukkan bahwa diagnosis dini, terapi yang adekuat, dan pemantauan yang baik berperan penting dalam keberhasilan tatalaksana ISPA pada anak.

BAB V

DAFTAR PUSTAKA

1. Haryanto Ali I, Nurzahra Male S. KARAKTERISTIK EPIDEMIOLOGI PENYAKIT INFEKSI SALURAN PERNAPASAN AKUT (ISPA) DI PUSKESMAS TELAGA BIRU. *Healthy Tadulako Journal (Jurnal Kesehatan Tadulako)*. 10(3):370–8.
2. Fathmawati F, Rauf S, Indraswari BW. Factors related with the incidence of acute respiratory infections in toddlers in Sleman, Yogyakarta, Indonesia: Evidence from the Sleman Health and Demographic Surveillance System. *PLoS One*. 2021 Sep 24;16(9):e0257881. doi: 10.1371/journal.pone.0257881. PMID: 34559864; PMCID: PMC8462707. 2021.
3. Staf Pengajar Ilmu Kesehatan Anak FKUI. (2015). *Buku Kuliah Ilmu Kesehatan Anak*. Vol. 1, 2, 3 (Cetakan ke-13). Infomedika.
4. Kliegman RM, St Geme JW, Blum NJ, Shah SS, Tasker RC, Wilson KM. *Nelson Textbook of Pediatrics*. 21st ed. Philadelphia: Elsevier; 2020. Chapter 428–432 (Acute Respiratory Tract Infections), p. 2250–2308.
5. Simoes EAF CTCJ et al. Simoes EAF, Cherian T, Chow J, et al. Acute Respiratory Infections in Children. In: Jamison DT, Breman JG, Measham AR, et al., editors. *Disease Control Priorities in Developing Countries*. 2nd edition. Washington (DC): The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank; 2006. Chapter 25. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK11786/>
6. World Health Organization. *Pocket Book of Hospital Care for Children: Guidelines for the Management of Common Childhood Illnesses*. 2nd ed. Geneva: WHO; 2013. Chapter 4: The Child with Cough or Difficult Breathing.
7. Ikatan Dokter Anak Indonesia (IDAI). (2020). *Pedoman Pelayanan Medis Ikatan Dokter Anak Indonesia*. Jilid I dan II. IDAI. 2020.
8. American Academy of Pediatrics. *Clinical Practice Guidelines for Upper Respiratory Tract Infections in Children*. 2023.
9. IDAI. *Jadwal Imunisasi Anak, Update 2020*. Jakarta: IDAI; 2020.
10. World Health Organization (WHO). *Pocket Book of Hospital Care for Children*. 3rd ed. Geneva: WHO; 2022.

