**MAKALAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN**

**PASIEN VARISELLA**



KELOMPOK 1:

RABIAH AL ADAWIAH

MASITA TOYO

AKBAR TANJUNG

SYAMSUL BAHRI

RISMAN

REGULER A

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MAKASSAR**

**2018**

**KATA PENGANTAR**

Puji syukur penulis ucapkan kepada Allah SWT karena atas rahmat dan hidayah-Nya penulis dapat menyelesaikan makalah yang berjudul “Asuhan Keperawatan Varisella” dengan sebaik-baiknya.

Dalam penyusunan makalah ini, penulis telah mengalami berbagai hal baik suka maupun duka. Penulis menyadari bahwa penyusunan makalah ini tidak akan selesai dengan lancar dan tepat waktu tanpa adanya bantuan, dorongan, serta bimbingan dari berbagai pihak. Sebagai rasa syukur atas terselesainya makalah ini, maka dengan tulus penulis sampaikan terima kasih kepada pihak-pihak yang turut membantu yang tidak bisa penulis sebutkan satu persatu.

Dalam penyusunan makalah ini, penulis menyadari masih banyak kekurangan baik pada teknik penulisan maupun materi. Untuk itu kritik dan saran dari semua pihak sangat penulis harapkan demi penyempurnaan pembuatan makalah ini.

Akhir kata, penulis berharap semoga makalah ini dapat menambah pengetahuan dan dapat diterapkan dalam menyelesaikan suatu permasalahan yang berhubungan dengan judul makalah ini.

Makassar, 7 April 2018

Kelompok 1

**DAFTAR ISI**

KATA PENGANTAR i  
DAFTAR ISI ii

**BAB I PENDAHULUAN**

A. Latar Belakang 1

B. Rumusan Masalah 2

C. Tujuan Penulisan 2

**BAB II PENDAHULUAN**

Konsep Medik

1. Defenisi 3
2. Anatomi fisiologi 3
3. Etiologi 4
4. Klasifikasi 5
5. Manifestasi Klinis 7
6. Patofisiologi 7
7. Komplikasi 8
8. Pencegahan 9
9. Penatalaksanaan 9

Konsep Keperawatan 10

DAFTAR PUSTAKA 15

TINJAUAN KASUS 16

**BAB I**

**PENDAHULUAN**

1. **Latar Belakang**

Varisela adalah penyakit infeksi virus akut dan cepat menular, yang disertai gejala konstitusi dengan kelainan kulit yang polimorf, terutama berlokasi di bagian sentral tubuh.

Varicella pada umumnya menyerang anak-anak; dinegara-negara  bermusin empat, 90% kasus varisela terjadi sebelum usia 15 tahun. Pada anak-anak , pada umumnya penyakit ini tidak begitu berat.

Namun di negara-negara tropis, seperti di Indonesia, lebih banyak remaja dan orang dewasa yang terserang Varisela. Lima puluh persen kasus varisela terjadi diatas usia 15 tahun. Dengan demikian semakin bertambahnya usia pada remaja dan dewasa, gejala varisela semakin bertambah berat.

1. **Rumusan Masalah**
2. Apa definisi varisella ?
3. Bagaimana anatomi fisiologi pada varislla ?
4. Apa etiologi varisella ?
5. Bagaimana klasifikasi varisella ?
6. Apa manifestasi klinis varisella ?
7. Bagaimana patofisiologi varisella ?
8. Apa komplikasi varisella ?
9. Bagaimana penatalaksanaan varisella ?
10. Bagaimana pencegahan varisella ?
11. Bagaimana konsep keperawatan varisella ?
12. **Tujuan**
13. Untuk mengetahui definisi varisella
14. Untuk mengetahui anatomi fisiologi pada varisella
15. Untuk mengetahui etiologi varisella
16. Untuk mengetahui klasifikasi varisella
17. Untuk mengetahui manifestasi klinis varisella
18. Untuk mengetahui patofisiologi varisella
19. Untuk mengetahui komplikasi varisella
20. Untuk mengetahui penatalaksanaan varisella
21. Untuk mengetahui pencegahan varisella
22. Untuk mengetahui konsep keperawatan varisella

**BAB II**

**PEMBAHASAN**

**KONSEP MEDIS**

1. **Definisi**

Varisela berasal dari bahasa latin, Varicella. Di Indonesia penyakit ini dikenal dengan istilah cacar air, sedangkan di luar negeri terkenal dengan nama Chicken – pox.

Varisela atau cacar air merupakan penyakit yang sangat menular yang disebabkan oleh virus Varicella Zoster dengan gejala-gejala demam dan timbul bintik-bintik merah yang kemudian mengandung cairan.

Varisela adalah penyakit infeksi virus akut dan cepat menular, yang disertai gejala konstitusi dengan kelainan kulit yang polimorf, terutama berlokasi di bagian sentral tubuh.

1. **Anatomi Fisiologi**

Anatomi Fisiologi kulit :

1. Epidermis (Kutilkula) Epidermis merupakan lapisan terluar dari kulit, yang memiliki struktur tipis dengan ketebalan sekitar 0,07 mm terdiri atas beberapa lapisan, antara lain seperti berikut :
2. Stratum korneum yang disebut juga lapisan zat tanduk. Letak lapisan ini berada paling luar dan merupakan kulit mati. Jaringan epidermis ini disusun oleh 50 lapisan sel-sel mati, dan akan mengalami pengelupasan secara perlahan-lahan, digantikan dengan sel telur yang baru.
3. Stratum lusidum, yang berfungsi melakukan “pengecatan” terhadap kulit dan rambut. Semakin banyak melanin yang dihasilkan dari sel-sel ini, maka warna kulit akan menjadi semakin gelap.
4. Stratum granulosum, yang menghasilkan pigmen warna kulit, yang disebut melamin. Lapisan ini terdiri atas sel-sel hidup dan terletak pada bagian paling bawah dari jaringan epidermis.
5. Stratum germinativum, sering dikatakan sebagai sel hidup karena lapisan ini merupakan lapisan yang aktif membelah. Sel-selnya membelah ke arah luar untuk membentuk sel-sel kulit teluar. Sel-sel yang baru terbentuk akan mendorong sel-sel yang ada di atasnya selanjutnya sel ini juga akan didorong dari bawah oleh sel yang lebih baru lagi. Pada saat yang sama sel-sel lapisan paling luar mengelupas dan gugur.
6. Jaringan dermis memiliki struktur yang lebih rumit dari pada epidermis, yang terdiri atas banyak lapisan. Jaringan ini lebih tebal daripada epidermis yaitu sekitar 2,5 mm. Dermis dibentuk oleh serabut-serabut khusus yang membuatnya lentur, yang terdiri atas kolagen, yaitu suatu jenis protein yang membentuk sekitar 30% dari protein tubuh. Kolagen akan berangsur-angsur berkurang seiring dengan bertambahnya usia. Itulah sebabnya seorang yang sudah tua tekstur kulitnya kasar dan keriput. Lapisan dermis terletak di bawah lapisan epidermis. Lapisan dermis terdiri atas bagian-bagian berikut.
7. Akar Rambut

Di sekitar akar rambut terdapat otot polos penegak rambut (Musculus arektor pili), dan ujung saraf indera perasa nyeri. Udara dingin akan membuat otot-otot ini berkontraksi dan mengakibatkan rambut akan berdiri. Adanya saraf-saraf perasa mengakibatkan rasa nyeri apabila rambut dicabut.

1. Pembuluh Darah

Pembuluh darah banyak terdapat di sekitar akar rambut. Melalui pembuluh darah ini akar-akar rambut mendapatkan makanan, sehingga rambut dapat tumbuh.

1. Kelenjar Minyak (glandula sebasea) Kelenjar minyak terdapat di sekitar akar rambut. Adanya kelenjar minyak ini dapat menjaga agar rambut tidak kering.
2. Kelenjar Keringat (glandula sudorifera)

Kelenjar keringat dapat menghasilkan keringat. Kelenjar keringat berbentuk botol dan bermuara di dalam folikel rambut. Bagian tubuh yang banyak terdapat kelenjar keringat adalah bagian kepala, muka, sekitar hidung, dan lain-lain. Kelenjar keringat tidak terdapat dalam kulit tapak tangan dan telapak kaki.

1. Serabut Saraf

Pada lapisan dermis terdapat puting peraba yang merupakan ujung akhir saraf sensoris. Ujung-ujung saraf tersebut merupakan indera perasa panas, dingin, nyeri, dan sebagainya.

**Bagian-bagian kulit yang terkena jika terjadi penyakit varisella :**

Virus Varicella Zooster masuk dalam mukosa nafas atau orofaring, kemudian replikasi virus menyebar melalui pembuluh darah dan limfe ( viremia pertama ) kemudian berkembang biak di sel retikulo endhotellial setelah itu menyebar melalui pembuluh darah (viremia ke dua) maka timbullah demam dan malaise.

Permulaan bentuk lesi pada kulit mungkin infeksi dari kapiler endothelial pada lapisan papil dermis menyebar ke sel epitel pada epidermis, folikel kulit dan glandula sebacea dan terjadi pembengkakan. Lesi pertama ditandai dengan adanya makula yang berkembang cepat menjadi papula, vesikel da akhirnya menjadi crusta. Jarang lesi yang menetap dalam bentuk makula dan papula saja. Vesikel ini akan berada pada lapisan sel dibawah kulit. Dan membentuk atap pada stratum korneum dan lusidum, sedangkan dasarnya adalah lapisan yang lebih dalam.

Degenarasi sel akan diikuti dengan terbentuknya sel raksasa berinti banyak, dimana kebanyakan dari sel tersebut mengandung inclusion body intranuclear type A Penularan secara airborne droplet. Virus dapat menetap dan laten pada sel syaraf. Lalu dapat terjadi reaktivitas maka dapat terjadi herpes Zooster.

1. **Etiologi**

Virus Varicella Zoster, termasuk Famili Herpes Virus. Menurut Richar E, varisela disebabkan oleh Herpes virus varicella atau disebut juga virus varicella-zoster (virus V-Z). Virus tersebut dapat pula menyebabkan herpes zoster. Kedua penyakit ini mempunyai manifestasi klinis yang berbeda. Diperkirakan bahwa setelah ada kontak dengan virus V-Z akan terjadi varisela; kemudian setelah penderita varisela tersebut sembuh, mungkin virus itu tetap ada dalam bentuk laten (tanpa ada manifestasi klinis) dan kemudian virus V-Z diaktivasi oleh trauma sehingga menyebabkan herpes zoster. Virus V-Z dapat ditemukan dalam cairan vesikel dan dalam darah penderita verisela dapat dilihat dengan mikroskop electron dan dapat diisolasi dengan menggunakan biakan yang terdiri dari fibroblas paru embrio manusia.

1. **Klasifikasi**
2. Varisela congenital

Varisela congenital adalah sindrom yang terdiri atas parut sikatrisial, atrofi ekstremitas, serta kelainan mata dan susunan syaraf pusat. Sering terjadi ensefalitis sehingga menyebabkan kerusakan neuropatiki. Risiko terjadinya varisela congenital sangat rendah (2,2%), walaupun pada kehamilan trimester pertama ibu menderita varisela. Varisela pada kehamilan paruh kedua jarang sekali menyebabkan kematian bayi pada saat lahir. Sulit untuk mendiagnosis infeksi varisela intrauterin. Tidak diketahui apakah pengobatan dengan antivirus pada ibu dapat mencegah kelainan fetus.

1. Varisela neonatal

Varisela neonatal terjadi bila terjadi varisela maternal antara 5 hari sebelum sampai 2 hari sesudah kelahiran. Kurang lebih 20% bayi yang terpajan akan menderita varisela neonatal. Sebelum penggunaan varicella-zoster immune globulin (VZIG), kematian varisela neonatal sekitar 30%. Namun neonatus dengan lesi pada saat lahir atau dalam 5 hari pertama sejak lahir jarang menderita varisela berat karena mendapat antibody dari ibunya. Neonatus dapat pula tertular dari anggota keluarga lainnya selain ibunya. Neonatus yang lahir dalam masa risiko tinggi harus diberikan profilaksis VZIG pada saat lahir atau saat awitan infeksi maternal bila timbul dalam 2 hari setelah lahir. Varisela neonatal biasanya timbul dalam 5-10 hari walaupun telah diberikan VZIG. Bila terjadi varisela progresif (ensefalitis, pneumonia, varisela, hepatitis, diatesis pendarahan) harus diobati dengan asiklovir intravena. Bayi yang terpajan dengan varisela maternal dalam 2 bulan sejak lahir harus diawasi. Tidak ada indikasi klinis untuk memberikan antivirus pada varisela neonatal atau asiklovir profilaksis bila terpajan varisela maternal.

1. **Manifestasi Klinik**

Masa tunas penyakit berkisar antara 8-12 hari. Didahului stadium prodromal yang ditandai :

1. Demam
2. Malaise
3. Sakit kepala
4. Anoreksia
5. Sakit punggung
6. Batuk kering
7. Sore throat yang berlangsung 1-3 hari.

Stadium : erupsi yang ditandai dengan terbentuknya verikula yang khas, seperti tetesan embun (teardrops) vesikula akan berubah menjadi pustule, kemudian pecah menjadi kusta, sementara proses ini berlangsung, timbul lagi vesikel baru sehingga menimbulkan gambaran polimorfi.

1. **Patofisiologi**

Virus varisela-zoster masuk ke dalam tubuh manusia melalui mukosa saluran nafas atau orofaring. Multiplikasi virus ditempat tersebut diikuti oleh penyebaran virus dalam jumlah sedikit melalui darah dan limfe (viremia primer). Virus dimusnahkan oleh sel sistem retikuloendotelial, yang merupakan tempat utama replikasi virus selama masa inkubasi. Selama masa inkubasi virus dihambat sebagian oleh mekanisme pertahanan tubuh yang terinfeksi, replikasi virus dapat mengalahkan pertahanan tubuh yang belum berkembang, sehingga 2 minggu setelah infeksi terjadi viremia sekunder dalam jumlah yang lebih banyak. Viremia tersebut menyebabkan demam dan malese anorexia serta menyebarkan virus ke seluruh tubuh, terutama ke kulit dan mukosa.

Respons imun pasien yang kemudian berkembang akan menghentikan viremia dan menghambat berlanjutnya lesi pada kulit dan organ lain. Terjadinya komplikasi varisela (pneumonia dan lain-lain) mencerminkan gagalnya respons imun tersebut menghentikan replikasi serta penyebaran virus dan berlanjutnya infeksi. Keadaan ini terutama terjadi pada pasien imunokompromais. Dalam 2-5 hari setelah gejala klinis varisela terlihat, antibody (IgG, IgM, IgA) spesifik terhadap VVZ dapat dideteksi dan mencapai titer tertinggi pada minggu kedua atau ketiga. Setelah itu titer IgG menurun perlahan, sedangkan IgM dan IgA menurun lebih cepat dan tidak terdeteksi satu tahun setelah infeksi. Imunitas selular terhadap VVZ juga berkembang selama infeksi dan menetap selama bertahun-tahun. Pada pasien imunokompeten imunitas humoral terhadap VVZ berfungsi protektif terhadap varisela, sehingga pajanan ulang tidak menyebabkan infeksi (kekebalan seumur hidup). Imunitas selular lebih penting daripada imunitas humoral untuk penyembuhan varisela. Pada pasien imunokompromais, oleh karena imunitas humoral dan selularnya terganggu, pajanan ulang dapat menyebabkan rekurensi dan varisela menjadi lebih berat dan berlangsung lebih lama.

1. **Komplikasi**

Cacar air jarang menyebabkan komplikasi. Jika terjadi komplikasi dapat berupa infeksi kulit. Komplikasi yang paling umum ditemukan adalah :

1. Bekas luka yang menetap. Hal ini umumnya ditemukan jika cacar air terjadi pada anak yang usianya lebih tua atau cenderung pada orang dewasa.
2. Acute Cerebral Ataxia Komplikasi ini tidak umum ditemukan dan cenderung lebih mungkin tejadi pada anak yang lebih tua. Komplikasi ini ditandai dengan gerakan otot yang tidak terkoordinasi sehingga anak dapat mengalami kesulitan berjalan, kesulitan bicara, gerakan mata yang berganti-ganti dengan cepat. Ataxia ini akan menghilang dengan sendirinya dalam waktu beberapa minggu atau bulan.

Pada beberapa kelompok, cacar air mungkin menyebabkan komplikasi yang serius seperti cacar air yang berat dan seluruh tubuh, pneumonia dan hepatitis yang termasuk dalam kelompok tersebut :

1. Bayi dibawah usia 28 hari.
2. Orang dengan kekebalan tubuh rendah
3. Komplikasi yang terjadi pada orang dewasa berupa ensefalitis, pneumonia, karditis, glomerulonefritis, hepatitis, konjungtivitis, otitis, arthritis dan kelainan darah (beberapa macam purpura).
4. Infeksi pada ibu hamil trimester pertama dapat menimbulkan kelainan congenital, sedangkan infeksi yang terjadi beberapa hari menjelang kelahiran dapat menyebabkan varisela congenital pada neonatus.
5. **Pencegahan**
6. Hindari kontak dengan penderita.
7. Tingkatkan daya tahan tubuh.
8. Imunoglobulin Varicella Zoster:

* Dapat mencegah (atau setidaknya meringankan0 terjadinya cacar air. Bila diberikan dalam waktu maksimal 96 jam sesudah terpapar.
* Dianjurkan pula bagi bayi baru lahir yang ibunya menderita cacar iar beberapa saat sebelum atau sesudah melahirkan.

1. **Penatalaksanaan**
2. Nyeri diberikan analgetik
3. Terdapat infeksi sekunder diberikan antibiotic
4. Defisiensi imunitas diberikan antiviral/imunostrimulator.
5. Sejak lesi muncul dalam 3 hari pertama diberikan asiklovir.
6. Untuk mencegah fibrosis ganglion diberikan kortikosteroid.
7. Pengobatan tropical tergantung pada stadium, pada 5 stadium besikal diberikan bedak untuk mencegah pecahnya vesikel agar tidak terjadi infekel sekunder.

**KONSEP KEPERAWATAN**

1. **Pengkajian**
2. Aktivitas / Istirahat

Tanda : penurunan kekuatan tahanan

1. Integritas ego

Gejala : masalah tentang keluarga, pekerjaan, kekuatan, kecacatan.Tanda : ansietas, menangis, menyangkal, menarik diri, marah.

1. Makan/cairan

Tanda : anorexia, mual/muntah

1. Neuro sensori

Gejala : kesemutan area bebas Tanda : perubahan orientasi, afek, perilaku kejang (syok listrik), laserasi corneal, kerusakan retinal, penurunan ketajaman penglihatan

1. Nyeri / Kenyamanan

Gejala : Sensitif untuk disentuh, ditekan, gerakan udara, peruban suhu.

1. Keamanan

Tanda : umum destruksi jaringan dalam mungkin terbukti selama 3-5 hari sehubungan dengan proses trambus mikrovaskuler pada kulit.

1. Data subjektif

Pasien merasa lemas, tidak enak badan, tidak nafsu makan dan sakit kepala.

1. Data Objektif :

a)     Integumen : kulit hangat, pucat dan adanya bintik-bintik kemerahan pada kulit yang berisi cairan jernih.

b)     Metabolik : peningkatan suhu tubuh.

c)     Psikologis : menarik diri.

d)     GI : anoreksia.

e)     Penyuluhan / pembelajaran : tentang perawatan luka varicela.

1. **Diagnosa Keperawatan**
2. Nyeri akut berhubungan dengan lesi kulit (chicken pox)
3. Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan lesi kulit
4. Hipertermi berhubungan dengan proses infoksi
5. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan malaise
6. Kurang pengetahuan berhubungan dengan keterbatasan paparan
7. **Perencanaan**
8. **DX I : Nyeri akut berhubungan dengan lesi kulit (chicken pox)**

NOC : Control nyeri

Tujuan : Nyeri berkurang/hilang

Kriteria hasil :

1. Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan teknik non farmakologi untuk mengurangi nyeri)
2. Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri
3. Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi, nyeri)
4. Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang
5. Tanda vital dalam rentang normal

NIC : Manajemen Nyeri

1. Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi
2. Observasi reaksi non verbal dari ketidaknyamanan
3. Ajarkan tentang teknik non farmakologi (relaksasi, distraksi)
4. Tingkatkan istirahat
5. Berikan analgetik untuk mengurangi nyeri
6. Control lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan.
7. **DX II : Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan lesi kulit**

NOC : Integritas jaringan, kulit dan membran mukosa

Tujuan : Kerusakan integritas kulit tidak terjadi

Kriteria hasil :

1. Integritas kulit yang baik bisa dipertahankan (sensasi, elastisitas, temperatur, hidrasi, pigmentasi)
2. Tidak ada luka pada kulit
3. Perfusi jaringan baik
4. Mampu melindungi kulit dan mempertahankan kelembaban kulit

NIC : Presure Management

1. Anjurkan pasien untuk menggunakan pakaian yang longgar
2. Hindari kerutan pada tempat tidur
3. Jaga kebersihan kulit agar tetap bersih dan kering
4. Mobilisasi pasien (ubah posisi pasien) setiap 2 jam sekali
5. Monitor aktivitas dan mobilisasi pasien
6. Monitor status nutrisi pasien
7. **DX III : Hipertermi berhubungan dengan proses infeksi**

NOC : Termoregulation

Tujuan : Tidak terjadi peningkatan suhu tubuh

Kriteria hasi :

1. Suhu tubuh dalam batas normal
2. Nadi dan RR dalam rentang normal
3. Tidak ada perubahan warna kulit dan tidak ada pusing, merasa nyaman

NIC : Regyulasi Suhu

1. Observasi TTV
2. Berikan minuman per oral
3. Kompres dengan air hangat
4. Kolaborasi pemberian antipiretik
5. **DX IV : Intoleransi aktifitas berhubungan dengan Malaise**

NOC : Penghematan energy

Tujuan : Dapat melakukan aktifitas secara mandiri

Kriteria hasil :

1. Melaporkan peningkatan toleransi terhadap aktifitas
2. TTV dalam batas normal
3. Suhu normal

NIC : Pengelolaan Energi

1. Evaluasi respon pasien terhadap aktifitas
2. Berikan lingkungan yang tenang dan batasi pengunjung
3. Bantu pasien memilih posisi nyaman untuk istirahat
4. Jelaskan pentingnya istirahat dan perlunya keseimbangan antara istirahat dan aktifitas
5. Bantu aktifitas perawatan diri yang diperlukan
6. **DX V : Kurang pengetahuan berhubungan dengan keterbatasan** paparan

NOC : Pengetahuan prosedur perawatan

Tujuan : Diharapkan tingkat pengetahuan pasien berhubungan dengan penyakitnya dapat meningkat

Kriteria hasi :

1. Mendeskripsikan prosedur
2. Menjelaskan tujuan dari prosedur
3. Mendeskripsikan tahap dari prosedur
4. Mendeskripsikan hubungan pencegahan dengan prosedur
5. Mendeskripsikan perawatan mandiri dengan alat
6. Menunjukkan prosedur perawatan
7. Mendeskripsikan potensial efek seimbang

NIC : Mengajarkan proses penyakit

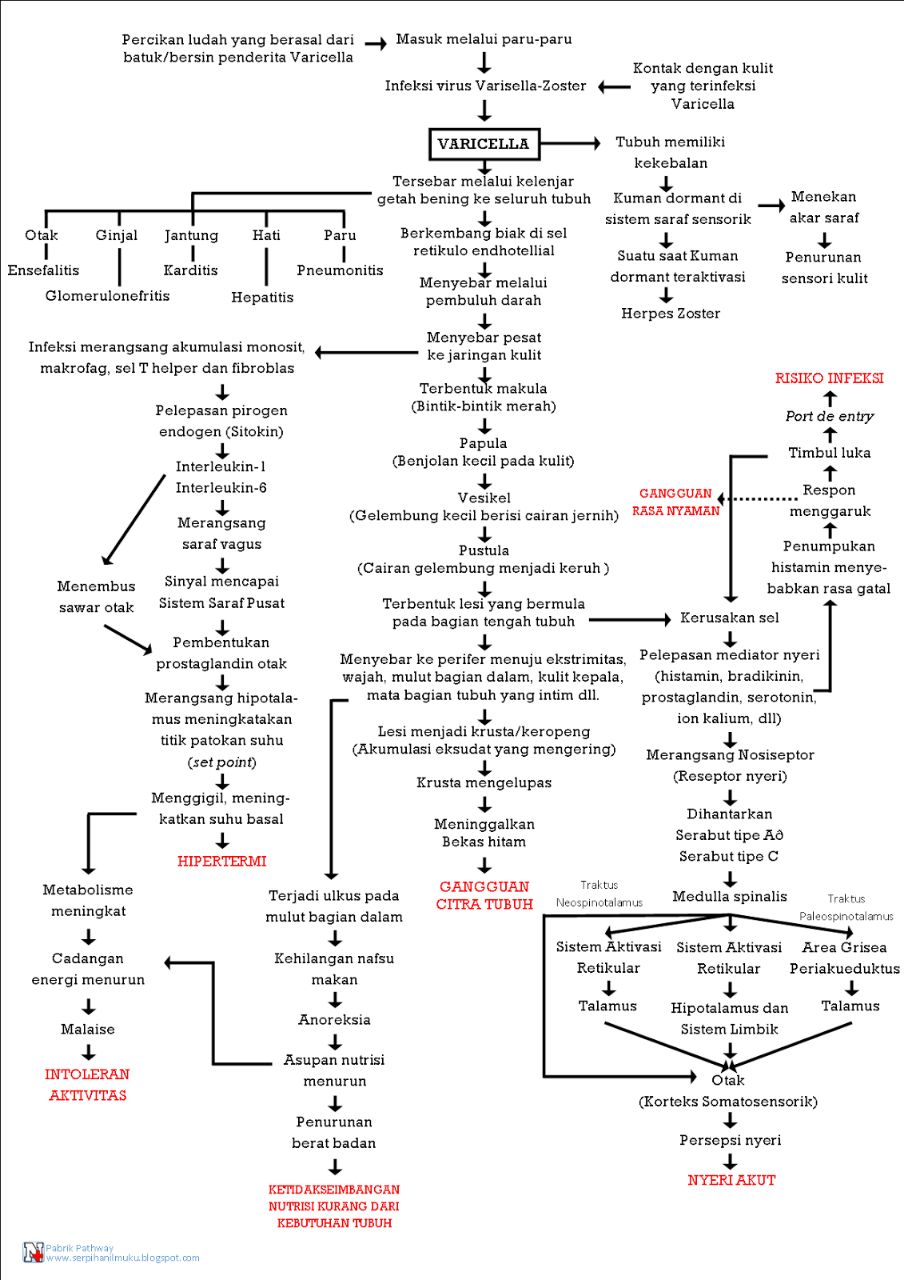
1. Tingkatkan tingkat pengetahuan pasien yang berhubungan dengan proses penyakit yang spesifik
2. Deskripsikan tanda dan gejala umum dari penyakit
3. Identifikasi penyebab yang mungkin terjadi
4. Diskusikan terapi/perawatan
5. Instruksikan kepada pasien untuk meminimalkan efek samping
6. **Implementasi**

Sesuai dengan intervensi

1. **Evaluasi**

Sesuai dengan implementasi

**Pathway**

****

**DAFTAR PUSTAKA**

Behrman, Richar E. 1992, Ilmu Kesehatan Anak, Jakarta: EGC

Boediardja, Siti Aisah, dkk, 2003, Infeksi Kulit Pada Bayi dan Anak, Jakarta: Fakultas Kedokteran UI.

Daili, Sjaiful Fahmi, dkk, 2002, Infeksi Virus Herpes, Jakarta: Fakultas Kedokteran UI.

Hidayat, Aziz Alimul, 2005, Pengantar Ilmu Keperawatan Anak I, Jakarta: Salemba Medika.

Jhonson, Marion, dkk, 2000, NOC, Jakarta: Morsby.

Laurentz,Rampengan. 1993. Penyakit Infeksi Tropik pada Anak. Jakarta : EGC.

Mansjoer, Arif, dkk, 2000, Kapita Selekta Kedokteran, Jakarta: Media Aesculapius.

Mc Clonskey, Cjoane, dkk, 1995, NIC, Jakata: Morsby.

Nanda, 2006, Panduan Diagnosa Keperawatan Nanda 2005-2006: Definisi dan Klasifikasi, Jakarta: EGC.

Pincus, Catzel, dkk, 1990, Kapita Selekta Pediatri, Edisi. 2, Jakarta: EGC.

Wilkonson, Judith M, 2006, Buku Saku Diagnosa Keperawatan dengan Intervensi NIC dan Kriteria Hasil NOC, Jakarta: EGC.

TINJAUN KASUS

Tn B (20 tahun) datang ke poli kulit RS Guna Sehat. Ia mengeluhkan badannya terasa demam seperti akan flu, karena menyangka akan flu akhirnya ia meminum obat flu untuk menyembuhkan flunya tersebut. Namun setelah beberapa hari di area sekitar tubuhnya muncul ruam yang berisi air, pertama kali muncul Tn B mengira bahwa ia terkena alergi, tetapi setelah dibiarkan beberapa hari ruam yang muncul diarea sekitar tubuh semakin bertambah banyak, ruam tesebut berwarna merah, berisi air, dan ketika dipegang terasa nyeri. Setelah beberapa hari badannya mengalami demam tinggi dan ruam yang muncul semakin bertambah banyak, ruam tersebut muncul diarea tubuh, wajah, leher, tangan, dan kepala. Saat dilakukan pemeriksaan didapat TTV; TD:150/110 mmHg, ND: 90 x/menit, RR: 22 x/menit, S: 38oC.

1. Pengkajian
2. Identitas
3. Identitas Klien:

Nama : Tn. B

Umur : 20 tahun

Jenis Kelamin : Laki-laki

Agama           : Islam

Pendidikan      : SMA

Pekerjaan       : Swasta

Status              : Belum menikah

Alamat              : Sleman, Yogyakarta

Suku Bangsa     : Jawa

Tgl Masuk        : 13 November 2015

Tgl Pengkajian  : 13 November 2015

No. RM            : 22055

1. Penanggung Jawab:

Nama              : Ny. F

Umur                : 51 tahun

Jenis Kelamin  : Perempuan

Pekerjaan          : Ibu Rumah Tangga

Agama             : Islam

Alamat             : Sleman, Yogyakarta

Hubungan        : Ibu Kandung

1. Keluhan Utama

Klien mengalami demam, dan muncul ruam berisi air di seluruh tubuhnya

1. Riwayat Kesehatan
2. Riwayat Kesehatan Sekarang

Pasien datang ke RS Guna Sehat diantar oleh orang tuanya dengan keluhan klien mengalami demam, dan muncul ruam berisi air di seluruh tubuhnya.

1. Riwayat Penyakit Dahulu

Tidak ada

1. Riwayat Penyakit Keluarga

Tidak ada

1. Pemeriksaan Fisik
2. Pemeriksaan Umum :
3. Keadaan Umum     : Tampak gelisah
4. Penampilan Umum      : Bersih dan rapi
5. Klien tampak sehat/sakit/sakit berat : Sakit
6. Kesadaran                                   : Compos Mentis

BB                                                      : 60 kg

TB                                                 : 170 cm

1. Tanda-tanda vital

TD            : 150/110 mmHg

ND           : 90 x/menit

RR           : 22 x/menit

S               : 38oC

1. Pemeriksaan per organ
   1. Kepala
      * Inspeksi                : Rambut bersih
      * Palpasi                  : Ada ruam berisi air
   2. Mata
      * Inspeki : Simetris
      * Fungsi penglihatan      : Normal
      * Ukuran pupil                : Normal
      * Konjungtiva                  : Anemis
      * Sklera                         : Putih
   3. Telinga
      * Fungsi pendengaran : Tidak ada gangguan fungsi pendengaran
      * Kebersihan                  : Bersih
      * Sekret                         : Tidak ada
   4. Hidung dan Sinus
      * Fungsi Penciuman       : Baik
      * Pembengkakan            : Tidak ada
      * Perdarahan                  : Tidak ada
      * Kebersihan                 : Bersih
      * Sekret                          : Tidak ada
   5. Mulut dan Tenggorokan
      * Membran Mukosa       : Kering
      * Kebersihan Mulut         : Bersih
      * Keadaan Gigi               : Lengkap
      * Tanda Radang             : Tidak ada
      * Trismus                       : Tidak ada
      * Kesulitan Menelan        : Tidak ada
   6. Leher
      * Trakea                  : Simetris
      * Kelenjar Limfe     : Ada
      * Kelenjar Tiroid     : Tidak ada pembesaran
   7. Kulit
      * Warna Kulit                : Tampak kemerahan
      * Kelembaban                : Kering
      * Turgor Kulit                 : Elastic berkurang
      * Ada/Tidaknya edema   : Tidak ada
   8. Thorak/Paru
      * Inspeksi                : Dada simetris
      * Perkusi                 : Tidak ada massa dan peningkatan produksi mucus
      * Auskultasi            : Pernafasan stridor (ngorok)
   9. Jantung
      * Inspeksi                : Iktus kordis terlihat
   10. Abdomen
       * Inspeksi                : Simetris
       * Auskultasi            : Peristaltik usus
       * Palpasi                  : Tidak ada benjolan atau massa, tidak ada ascites
   11. Ekstremitas
       * Ekstremitas Atas       : Pergerakan Normal
       * Ekstremitas Bawah       : Pergerakan Normal
   12. Neurologi
       * Status Mental              : Normal
       * Motorik                        : Normal
       * Sensorik                    : Tidak ada gangguan pada sistem sensorik
2. Pola Nutrisi dan Metabolisme
   1. Diet/Suplemen khusus                    : Tidak ada
   2. Nafsu makan                                                : Menurun
   3. Penurunan sensasi kecap, mual, stomatitis     : Tidak ada
   4. Kesulitan menelan (disfagia)                         : Tidak ada
   5. Gigi                                                                : Lengkap
   6. Frekuensi Makan                                            : 1-2x sehari
   7. Jenis Makanan                                                : Nasi, Sayur, dan buah
   8. Pantangan/alergi                                             : Ikan
3. Pola Eliminasi

**BAB:**

* + - Frekuensi                                               : 2x sehari
    - Warna                                                             : Kuning
    - Waktu                                                           : Tidak teratur
    - Konsistensi                                                     : Lunak
    - Kesulitan (diare, konstipasi, inkontinensia)   : Tidak ada

**BAK:**

* + - Frekuensi                                : 4-5x sehari
    - Kesulitan                                : Tidak ada

1. Pola Aktivitas dan Latihan
   * + Kekuatan Otot                     : Normal
     + Kemampuan ROM                     : Normal
     + Keluhan saat beraktivitas            : –
2. Pola Istirahat dan Tidur
   * + Lama tidur                                   : 4-6 jam
     + Waktu                                          : Malam
3. Pola Kognitif dan Persepsi
   * + Status mental                             : Normal
     + Bicara                                        : Normal
     + Kemampuan memahami            : normal
     + Tingkat Ansietas                         : Sedang
     + Penglihatan                                  : Normal
     + Ketidaknyamanan/Nyeri              : Nyeri Akut
4. Persepsi Diri dan Konsep Diri

Perasaan Klien tentang masalah kesehatan ini : Klien merasa malu dan minder

1. Pola peran hubungan

Pekerjaan                                  : Swasta

Sistem Pendukung                     : Keluarga

1. Pola Koping dan toleransi aktivitas

Hal yang dilakukan saat ada masalah                  : Cerita dengan orang terdekat atau keluarga

Penggunaan obat untuk menghilangkan stress    : Tidak ada

Keadaan emosi dalam sehari-hari                        : Tegang

1. Keyakinan dan Kepercayaan

Agama                                                      : Islam

Pengaruh agama dalam kehidupan       : Percaya akan ajaran agamanya

1. Analisa data

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| No. | Data | Problem |
|  | DO :  - TD          : 150/110 mmHg  - ND         : 90 x/menit  - RR          : 22 x/menit  - S : 38oC  - Kulit kemerahan  - Kulit terasa hangat  - Peningkatan suhu tubuh diatas kisaran normal  DS:  Klien mengeluh badannya demam | Hipertermi |
|  | DO :  Terdapat ruam berisi air, berwarna kemerahan  DS:  Klien mengatakan nyeri saat dipegang | Nyeri Akut |
|  | DO :  Ruam yang muncul semakin banyak, ruam tersebut muncul diarea tubuh, wajah, leher, tangan dan kepala  DS: - | Kerusakan integritas kulit |

1. Diagnosa Keperawatan
2. Nyeri akut b.d Penyakit
3. Hipertermi b.d proses infeksi
4. Kerusakan integritas kulit b.d adanya lesi
5. Intervensi Keperawatan

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Dx | Tujuan dan Kriteria Hasil | Intervensi | Rasional |
| 1 | Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1×24 jam diharapkan Nyeri akut teratasi, dengan KH:  1.      Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan tehnik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri, menyari bantuan)  2.      Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri  3.      Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi dan tanda nyeri)  4.      Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang | 1.      Observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan  2.      Ajarkan teknik relaksasi  3.      Kolaborasi pemberian analgetik untuk mengurangi nyeri | 1. memantau respon nyeri  2. Untuk mengurangi nyeri  3. Dapat menekan skala nyeri |
| 2 | Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1×24 jam diharapkan Hipertermi teratasi, dengan KH:  1.      Menunjukkan temperatur dalam batas normal | 1.      Observasi TTV: suhu, nadi, tekanan darah, pernapasan  2.      Berikan penjelasan tentang penyebab demam atau peningkatan suhu tubuh  3.      Beri kompres hangat didaerah ketiak atau dahi  4.      Anjurkan klien untuk istrahat ditempat tidur/tirah baring  5.      Anjurkan untuk menggunakan pakaian yang tipis dan menyerap keringat  6.      Monitor dan catat intake atau output dan berikan cairan intervena sesuai program medic  7.      Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat antipiretik | 1.      TTV merupakan acuan untuk mengetahui keadaan umum pasien  2.      Keterlibatan keluarga sangat berarti dalam proses penyembuhan pasien di rumah sakit  3.      Kompres hangat memberikan efek vasodilatasi pembuluh darah sehingga dapat meningkatkan pengeluaran panas tubuh melalui pori-pori  4.      Mencegah terjadinya peningkatan metabolisme tubuh dan membantu proses penyembuhan  5.      Pakaian yang tipis akan membantu mengurangi penguapan tubuh  6.      Peningkatan intake cairan perlu untuk mencegah dehidrasi  7.      Antipiretik berfungsi dalam menurunkan suhu tubuh |
| 3 | Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1×24 jam diharapkan Kerusakan integritas kulit teratasi, dengan KH:  1.      Integritas kulit yang baik bisa dipertahankan (sensasi, elastisitas, temperatur, hidrasi, pigmentasi)  2.      Tidak ada luka/lesi pada kulit  3.      Perfusi jaringan baik  4.      Menunjukkan pemahaman dalam proses perbaikan kulit dan mencegah terjadinya cedera berulang  5.      Mampu melindungi kulit dan mempertahankan kelembaban kulit dan perawatan alami | 1.      Anjurkan pasien untuk menggunakan pakaian yang longgar  2.      Hindari kerutan pada tempat tidur  3.      Jaga kebersihan kulit agar tetap bersih dan kering  4.      Monitor kulit akan adanya kemerahan  5.      Edukasi dalam menghindari penyebab varicella | 1.      Pakaian yang longgar agar meminimalkan gesekan dengan kulit  2. mencegah terjadinya tekanan    dari jaringan lunak  3. agar luka cepat sembuh dan tidak terjadi infeksi  4. mengantisipasi terjadinya iritasi  5. mengajarkan kepada keluarga dan pasien dari pencegahan penyebab penyakit varicella |

1. Implementasi dan Evaluasi

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Dx | Hari/jam | Implementasi | Evaluasi |
| 1 | Jumat, 13 November 2015  11.00 WIB | 1.      Mengobservasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan  2.      Mengajarkan teknik relaksasi  3.      Berkolaborasi pemberian analgetik untuk mengurangi nyeri | S : klien mengatakan nyeri pada bagian kulit  O : Nyeri skala 5  A : Masalah belum teratasi  P : lanjutkan intervensi :  1.      Observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan  2.      Ajarkan teknik relaksasi  3.      Kolaborasi pemberian analgetik untuk mengurangi nyeri |
| 2 | 11.20 WIB | 1.      Mengobservasi TTV: suhu, nadi, tekanan darah, pernapasan  2.      Memberikan penjelasan tentang penyebab demam atau peningkatan suhu tubuh  3.      Memberikan kompres hangat didaerah axila atau dahi  4.      Menganjurkan klien untuk istrahat ditempat tidur/tirah baring  5.      Menganjurkan untuk menggunakan pakaian yang tipis dan menyerap keringat  6.      Memonitor dan mencatat intake atau output dan berikan cairan intervena sesuai program medic  7.      Berkolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat antipiretik | S : klien mengatakan demamnya sudah berkurang  O : TD: 120/80  N: 80 x/menit  RR; 22 x/menit  S; 38oC  A : masalah teratasi sebagian  P : lanjutkan intervensi :  1.      Observasi TTV: suhu, nadi, tekanan darah, pernapasan  3.      Berikan kompres hangat didaerah axila atau dahi  4.      Anjurkan klien untuk istrahat ditempat tidur/tirah baring  6.      Monitor dan catat intake atau output dan berikan cairan intervena sesuai program medic  7.      Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat antipiretik |
| 3 | 11.40 WIB | 1.      Menganjurkan pasien untuk menggunakan pakaian yang longgar  2.      Menghindari kerutan pada tempat tidur  3.      Menjaga kebersihan kulit agar tetap bersih dan kering  4.      Memonitor kulit akan adanya kemerahan  5.      Memberikan edukasi dalam menghindari penyebab varicella | S : klien mengatakan tidak nyaman pada daerah kulit  O : klien tampak gelisah  A : masalah belum teratasi  P : lanjutkan intervensi :  1.      Anjurkan pasien untuk menggunakan pakaian yang longgar  2.      Hindari kerutan pada tempat tidur  3.      Jaga kebersihan kulit agar tetap bersih dan kering  4.      Monitor kulit akan adanya kemerahan |
| 1 | Sabtu, 14 Novmber 2015  11.00 WIB | 1.      Mengobservasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan  2.      Mengajarkan teknik relaksasi  3.      Berkolaborasi pemberian analgetik untuk mengurangi nyeri | S : klien mengatakan nyeri pada bagian kulit  O : Nyeri skala 4  A : Masalah belum teratasi  P : lanjutkan intervensi :  1.      Observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan  2.      Ajarkan teknik relaksasi  3.      Kolaborasi pemberian analgetik untuk mengurangi nyeri |
| 2 | 11.20 WIB | 1.      Mengbservasi TTV: suhu, nadi, tekanan darah, pernapasan  3.      Memberikan kompres hangat didaerah axila atau dahi  4.      Menganjurkan klien untuk istrahat ditempat tidur/tirah baring  6.      Memonitor dan mencatat intake atau output dan berikan cairan intervena sesuai program medic  7.      Berkolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat antipiretik | S : klien mengatakan demamnya sudah turun  O : TD: 120/80  N: 80 x/menit  RR; 22 x/menit  S; 37.5oC  A : masalah teratasi  P : pertahankan intervensi |
| 3 | 11.40 | 1.      Menganjurkan pasien untuk menggunakan pakaian yang longgar  2.      Menghindari kerutan pada tempat tidur  3.      Menjaga kebersihan kulit agar tetap bersih dan kering  4.      Memonitor kulit akan adanya kemerahan | S : klien mengatakan sedikit nyaman pada daerah kulit  O : klien tampak tidak terlalu gelisah  A : masalah belum teratasi  P : lanjutkan intervensi :  1.      Anjurkan pasien untuk menggunakan pakaian yang longgar  2.      Hindari kerutan pada tempat tidur  3.      Jaga kebersihan kulit agar tetap bersih dan kering  4.      Monitor kulit akan adanya kemerahan |