

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Konsep Campak (Morbili)**

##### **2.1.1 Definisi Campak**

Salah satu penyakit menular yaitu penyakit campak yang disebabkan oleh virus yang ditandai dengan gejala kulit kemerahan dan dapat menular dari droplet orang ke orang melalui udara. Penyakit campak adalah suatu penyakit virus akut yang sangat menular dengan gejala awal berupa demam, konjungtivitis, pilek, batuk, dan bintik-bintik kecil dengan bagian tengah berwarna putih atau putih kebiru-biruan dengan dasar kemerahan di daerah mukosa pipi (bercak Koplik). Penyebab infeksi adalah virus campak, anggota genus Morbillivirus dari famili Paramyxoviridae (Riastini & Sutarga, 2021)

##### **2.1.2 Etiologi Campak**

Penyebabnya adalah virus morbili yang terdapat dalam sekret nasofaring dan darah selama masa prodromal sampai 24 jam setelah timbulnya bercak-bercak. Cara penularannya melalui droplet atau kontak langsung dengan penderita. Penyebab penyakit ini karena virus yang tergolong family paramyxovirus yaitu genus virus morbili. Virus ini sangat sensitive terhadap panas dan dingin, dan dapat diaktifkan pada suhu 20-30 C. paramyxovirus dikenal hanya 1 tipe antigen saja; yang strukturnya mirip dengan virus penyebab parotitis epidemis dan parainfluenza. Virus tersebut ditemukan di dalam sekresi nasofaring, darah dan air kemih, paling tida kselama periode prodromal dan untuk waktu singkat setelah munculnya ruam kulit (Yonanda, 2022)

##### **2.1.3 Manifestasi Klinis Campak**

Masa tunas/inkubasi penyakit berlangsung kurang lebih 10-20 hari yang dibagi dalam 3 stadium, yaitu (Dipta Nugraha, 2015):

###### **1. Stadium Prodromal (Catarrhal)**

Stadium ini berlangsung selama 4-5 hari ditandai oleh demam, malaise, batuk, konjungtivitis, koriza, terdapat bercak koplik berwarna putih kelabu sebesar ujung jarum dikelilingi oleh eritema,

terletak di mukosa bukalis berhadapan dengan molor bawah, timbul dua hari sebelum munculnya rash.

## 2. Stadium Erupsi

Koriza dan batuk – batuk bertambah, terjadi eritema yang berbentuk makula papula disertai meningkatnya suhu badan. Mula mula eritema muncul dibelakang telinga, di bagian atas lateral tengkuk, sepanjang rambut dan bagian belakang bawah. Kadang – kadang terdapat perdarahan ringan di bawah kulit, pembesaran kelenjar getah bening di sudut mandibula dan di daerah belakang leher.

## 3. Stadium Konvalensi

Erupsi berkurang dan meninggalkan bekas yang berwarna lebih (hiperpigmentasi) yang akan menghilang dengan sendirinya. Selanjutnya diikuti gejala anorexia, malise, limfadenopati.

### **2.1.4 Komplikasi Campak**

Terdapat Beberapa Komplikasi yang bisa terjadi pada pasien terkena campak, diantaranya (Yonanda, 2022):

#### 1. Pneumoni

Disebabkan karena adanya perluasan infeksi virus disertai dengan infeksi sekunder. Bakteri yang menimbulkan pneumoni pada mobili adalah streptokokus, pneumokokus, stafilokokus, hemofilus influenzae

#### 2. Gastroenteritis

Komplikasi yang cukup banyak ditemukan dengan insiden berkisar 19,1 – 30,4%.

#### 3. Ensefalitis.

Akibat invasi langsung virus morbili ke otak, aktivasi virus yang laten, atau ensefalomielitis tipe alergi.

#### 4. Otitis media

Komplikasi yang sering ditemukan Mastoiditis Komplikasi dari otitismedia.

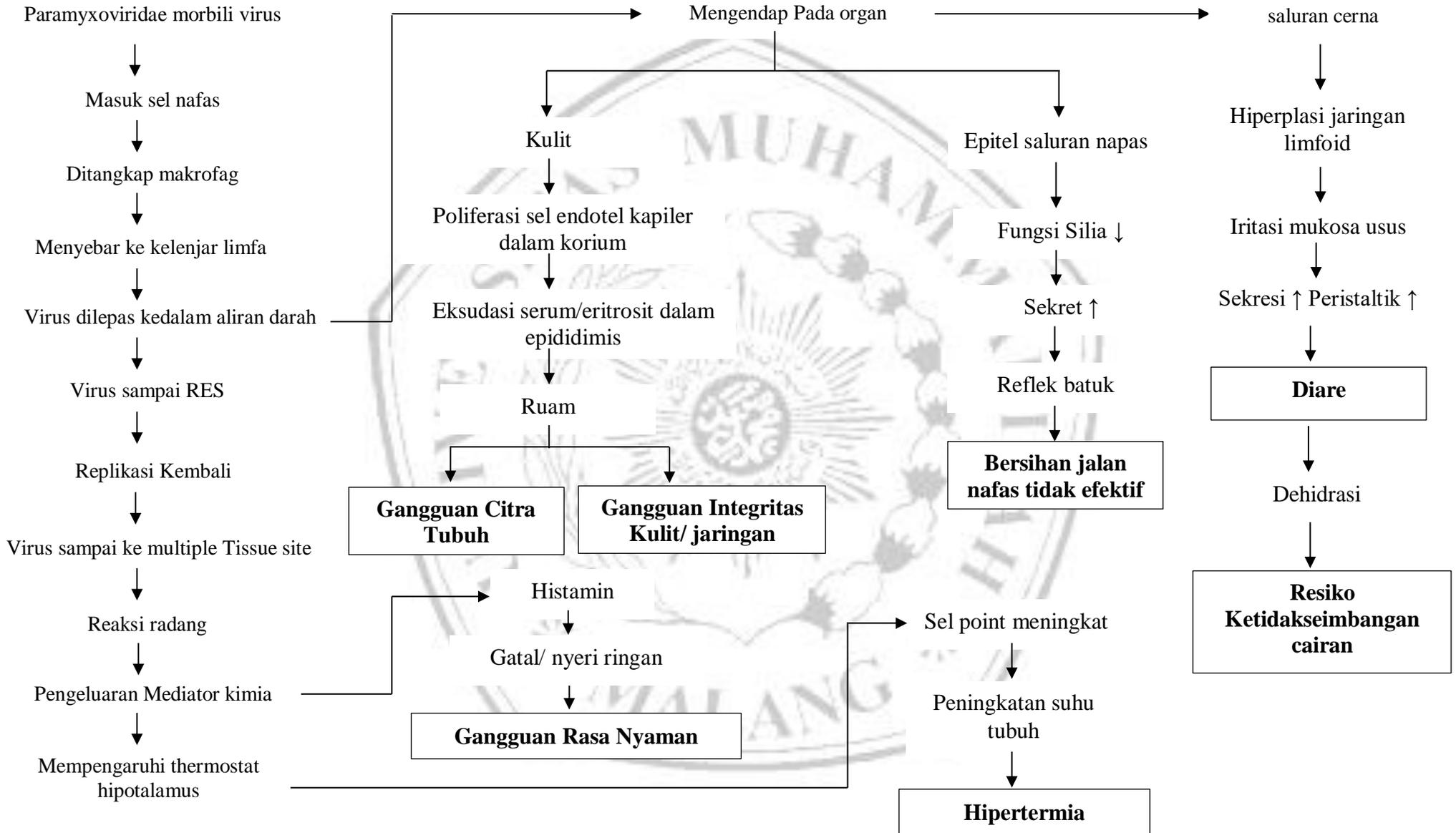
### 2.1.5 Patofisiologi Campak

Virus menyebar lewat udara dan masuk ke dalam tubuh melalui saluran nafas. Virus bereplikasi pada saluran nafas kemudian menyebar ke jaringan limfe di sekitarnya. Semakin bertambahnya virus di dalam kelenjar limfe mengakibatkan terjadinya viremia primer, kemudian menyebar ke berbagai jaringan dan organ limfoid termasuk kulit, ginjal, saluran cerna, dan hati. Virus campak pada stadium prodromal terdapat hiperplasi jaringan limfoid pada tonsil, adenoid, kelenjar limfe, lien dan apendiks. Sebagai reaksi terhadap virus, terjadi eksudat serous dan proliferasi sel mononukleus serta beberapa sel polimorfonukleus di sekitar kapiler. Kelainan ini terjadi pada kulit, selaput lendir nasofaring, bronkus dan konjungtiva (Oktaviasari, 2018)

Penyebaran virus terjadi secara percikan ludah (droplet) pada saat stadium prodromal. Lesi didapatkan di kulit terutama di sekitar kelenjar sebacea, folikel rambut, mukosa nasofaring, bronkus, saluran cerna dan konjungtiva (Widagdo, 2011). Penyakit campak hanya menyerang manusia, secara bertahap dapat direduksi, eliminasi, dan akhirnya dapat dieradikasi. Daya tular sangat tinggi, sering menimbulkan Kejadian Luar Biasa (KLB). Kekebalan terhadap campak diperoleh setelah vaksinasi, infeksi aktif dan kekebalan pasif pada seorang bayi yang lahir dari ibu yang telah kebal berlangsung selama 1 tahun. Orang-orang yang rentan terhadap campak antara lain, bayi berumur lebih dari 1 tahun, bayi yang tidak mendapatkan imunisasi, remaja dan dewasa muda yang belum mendapatkan imunisasi kedua (Kandou, 2013)

Viremia primer menyebarkan virus, terjadi viremia sekunder 5-7 hari sesudah infeksi awal karena monosit terinfeksi virus dan leukosit lain menyebarkan virus ke saluran pernapasan, kulit dan organ lain. Tempat-tempat terinfeksi ini dimanifestasikan sebagai ruam dan gejala klasik batuk, konjungtivitis dan pilek. Virus ditemukan pada sekresi pernapasan, darah, dan urine individu yang terinfeksi (Arianto et al., 2018).

### 2.1.6 Pathway Campak



### **2.1.7 Pemeriksaan Penunjang Campak**

Diagnosis campak (morbili) ditegakkan berdasarkan gambaran klinis yang khas, pemeriksaan laboratorium, pada pemeriksaan darah tepi hanya ditemukan leukopeni, dalam sputum, sekresi nasal, sedimen urine dapat ditemukan adanya multinucleated giant cells yang khas. Pada pemeriksaan serologi dengan cara hemagglutination inhibition test dan complement fixation test akan ditemukan adanya antibody yang spesifik dalam 1 – 3 hari setelah timbulnya rash dan mencapai puncaknya pada 2 - 4 minggu kemudian (Afdila & Sari, 2022).

### **2.1.8 Pencegahan Campak**

Pencegahan dilakukan dengan vaksinasi campak ataupun vaksinasi MMR (Measles, Mumps, Rubella). Sesuai jadwal imunisasi rekomendasi IDAI tahun 2014, vaksin campak diberikan pada usia 9 bulan. Selanjutnya, vaksin penguat dapat diberikan pada usia 2 tahun. Apabila vaksin MMR diberikan pada usia 15 bulan, tidak perlu vaksinasi campak pada usia 2 tahun. Selanjutnya, MMR ulangan diberikan pada usia 5-6 tahun. Dosis vaksin campak ataupun vaksin MMR 0,5 mL subkutan. Imunisasi ini tidak dianjurkan pada ibu hamil, anak dengan imunodefisiensi primer, pasien tuberkulosis yang tidak diobati, pasien kanker atau transplantasi organ, pengobatan immunosupresif jangka panjang atau anak immunocompromised yang terinfeksi HIV. Anak terinfeksi HIV tanpa immunosupresi berat dan tanpa bukti kekebalan terhadap campak, bisa mendapat imunisasi campak (Farahdina & Wulan, 2017).

Reaksi KIPI (Kejadian Ikutan Pasca-Imunisasi) yang dapat terjadi pasca-vaksinasi campak berupa demam pada 5-15% kasus, yang dimulai pada hari ke 5-6 sesudah imunisasi, dan berlangsung selama 5 hari. Ruam dapat dijumpai pada 5% resipien, yang timbul pada hari ke 7 s/d 10 sesudah imunisasi dan berlangsung selama 2-4 hari. Reaksi KIPI dianggap berat jika ditemukan gangguan sistem saraf pusat, seperti ensefalitis dan ensefalopati pasca-imunisasi. Risiko kedua efek

samping tersebut dalam 30 hari sesudah imunisasi diperkirakan 1 di antara 1.000.000 dosis vaksin (Djanah & Retnaningsih, 2021).

### **2.1.9 Penatalaksanaan Campak**

Sesungguhnya tidak ada pengobatan yang spesifik untuk mengatasi penyakit campak. Pada kasus yang ringan, tujuan terapi hanya untuk mengurangi demam dan batuk, sehingga penderita merasa lebih nyaman dan dapat beristirahat dengan lebih baik. Dengan istirahat yang cukup dan gizi yang baik, penyakit campak (pada kasus yang ringan) dapat sembuh dengan cepat tanpa menimbulkan komplikasi yang berbahaya. Bila ringan, penderita campak tidak perlu dirawat. Penderita dapat dipulangkan dengan nasehat agar selalu mengupayakan peningkatan daya tahan tubuh, dan segera kontrol bila penyakit bertambah berat.

Pada umumnya pada pasien dengan diagnosa campak (morbili) dilakukan tindakan-tindakan diantaranya isolasi pasien untuk mencegah penularan, melakukan tirah baring dalam ruangan yang temperam (agar tidak menyilaukan), jaga agar penderita tetap merasa hangat dan nyaman, Diet bergizi tinggi dan mudah dicerna. Bila tidak mampu makan banyak, berikan porsi kecil tapi sering (small but frequent). Tingkatkan asupan cairan yang cukup untuk mencegah dehidrasi, melakukan kompres hangat bila panas badan tinggi. Humidikasi ruangan bagi penderita laringitis atau batuk mengganggu dan lebih baik mempertahankan suhu ruangan yang hangat (Afdila & Sari, 2022).

### **2.1.10 Penatalaksanaan Medis Campak**

Pada campak tanpa komplikasi tatalaksana bersifat suportif, berupa tirah baring, antipiretik (parasetamol 10-15 mg/kgBB/dosis dapat diberikan sampai setiap 4 jam), cairan yang cukup, suplemen nutrisi, dan vitamin A. Vitamin A dapat berfungsi sebagai imunomodulator yang meningkatkan respons antibodi terhadap virus campak. Pemberian vitamin A dapat menurunkan angka kejadian komplikasi seperti diare dan pneumonia. Vitamin A diberikan satu kali per hari selama 2 hari dengan dosis sebagai berikut (Amourisva &

Anggraini, 2018) : 1) 200.000 IU pada anak umur 12 bulan atau lebih , 2) 100.000 IU pada anak umur 6 - 11 bulan, 3) 50.000 IU pada anak kurang dari 6 bulan. Pemberian vitamin A tambahan satu kali dosis tunggal dengan dosis sesuai umur penderita diberikan antara minggu ke-2 sampai ke-4 pada anak dengan gejala defisiensi vitamin A. Pada campak dengan komplikasi otitis media dan/atau pneumonia bakterial dapat diberi antibiotik. Komplikasi diare diatasi dehidrasinya sesuai dengan derajat dehidrasinya.

## **2.1.11 Penatalaksanaan Non Farmakologi**

### **2.1.11.1 Tepid Water Sponge**

#### 1. Definisi *Tepid Water Sponge*

Tepid water sponge adalah sebuah teknik kompres hangat yang menggabungkan teknik kompres blok pada pembuluh darah superficial dengan teknik seka. *Tepid water sponge* sering direkomendasikan untuk mempercepat penurunan suhu tubuh (Setiwati, 2016). Pemberian *tepid water sponge* pada daerah tubuh akan mengakibatkan anak berkeringat. *Tepid water sponge* bertujuan untuk mendorong darah ke permukaan tubuh sehingga darah dapat mengalir dengan lancar. Ketika suhu tubuh meningkat dilakukan tepid water sponge, hipotalamus anterior memberi sinyal pada kelenjar keringat untuk melepaskan keringat. Tindakan ini diharapkan akan terjadi penurunan suhu tubuh sehingga mencapai keadaan normal kembali (Filipinomedia, 2020).

#### 2. Tujuan *Tepid Water Sponge*

Tujuan dilakukan tindakan *tepid water sponge* yaitu untuk menurunkan suhu tubuh pada pasien yang mengalami hipertermia (Hidayati, et al, 2014). Tujuan dari penggunaan tepid water sponge ini untuk menurunkan suhu secara terkontrol. Prosedur ini tidak boleh dilakukan pada bayi dibawah usia 1 tahun dan tanpa pengawasan medis, karena

tindakan ini dapat menyebabkan anak menjadi syok (Hastings, 2017).

### 3. Mekanisme Pemberian *Tepid Water Sponge*

Pemberian *tepid water sponge* pada daerah tubuh kan memberikan sinyal ke hipotalamus melalui sumsum tulang belakang. Sistem efektor mengeluarkan sinyal untuk berkeringat vasodilatasi perifer. Terjadinya vasodilatasi ini menyebabkan pembuangan energi atau panas melalui keringat karena seluruh tubuh dan kulit dikompres atau di bilas dengan air. Kulit merupakan radiator panas yang efektif untuk keseimbangan suhu tubuh sehingga dengan membilas seluruh tubuh atau kulit menyebabkan kulit mengeluarkan panas dengan cara berkeringat dan dengan berkeringat suhu tubuh yang awalnya meningkat menjadi turun bahkan sampai mencapai batas normal (Zahro dan Ni'matul,2017).

### 4. Prosedur Pelaksanaan *Tepid Water Sponge*

Prosedur pelaksanaan *tepid water sponge* (Maharani,2019) :

Persiapan

1) Jelaskan prosedur dan demonstrasikan kepada keluarga cara tepid sponge. 2) Persiapan alat meliputi baskom untuk tempat air hangat (35°C), lap mandi/wash lap 6 buah, handuk mandi 2 buah, handuk good 2 buah, handscoon, termometer suhu tubuh, termometer air, dan buku catatan.

Pelaksanaan

1) Cuci tangan, 2) Beri kesempatan klien untuk buang air sebelum dilakukan tindakan *tepid water sponge*, 3) Ukur suhu tubuh klien dan catat pada buku catatan, 4) Buka seluruh pakaian klien dan alasi klien dengan handuk mandi, 5) Tutup tubuh klien dengan handuk mandi. Kemudian basahkan wash lap atau lap mandi. Letakkan *wash lap* di daerah aksila. Mengelap bagian ekstremitas, punggung, dan

bokong dengan tekanan lembut yang lama, lap seluruh tubuh, lap tubuh klien selama 15 menit. Pertahankan suhu air (35°C), 6) Apabila *wash lap* mulai mengering maka rendam kembali dengan air hangat lalu, 7) ulangi prosedur yang sama, 8) Hentikan prosedur jika klien kedinginan atau menggigil atau segera setelah suhu tubuh klien mendekati normal. Selimuti klien dengan handuk mandi dan keringkan, 9) Pakaikan klien baju yang tipis dan mudah menyerap keringat. 10) Rapikan alat dan kemudian cuci tangan. 11) Catat suhu tubuh klien sebelum dilakukan tindakan tepid water sponge, kemudian Lakukan pengukuran kembali suhu tubuh klien 15 menit setelah dilakukan tindakan *tepid water sponge*.

## **2.2 Konsep Hipertermi**

### **2.2.1 Pengertian Hipertermi**

Hipertermi adalah kondisi suhu tubuh yang tinggi abnormal yang disebabkan oleh kegagalan mekanisme pengatur panas tubuh untuk mengatasi panas yang berasal dari lingkungan. Sementara itu, hipertermia yang parah (*malignant hyperthermia*) adalah peningkatan suhu tubuh yang akan mengancam jiwa dan biasanya dihasilkan oleh respon hipermetabolik terhadap penggunaan relaksan otot depolarisasi secara bersamaan dan anestesi umum hirup yang kuat serta mudah untuk menguap (Tanen, 2017). Hipertermi merupakan keadaan di mana individu mengalami atau berisiko mengalami kenaikan suhu tubuh  $>37,8^{\circ}\text{C}$  ( $100^{\circ}\text{F}$ ) per oral atau  $38,8^{\circ}\text{C}$  ( $101^{\circ}\text{F}$ ) per rektal yang sifatnya menetap karena faktor eksternal (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016).

### **2.2.2 Etiologi Hipertermi**

Hipertermi secara umum disebabkan karena adanya paparan panas berlebih yang tidak bisa diatasi oleh suhu tubuh. Hipertermia sendiri terdiri dari 2 onset, seperti “heat stroke” dan “demam”. Heat

stroke tidak disebabkan oleh penyakit, melainkan disebabkan oleh gangguan eksterinsik, seperti pada lingkungan bersuhu tinggi dan oleh masalah dalam termolisis tubuh. Sebaliknya, demam biasanya berkaitan dengan adanya infeksi atau inflamasi yang terjadi pada tubuh seseorang. Demam terjadi ketika suhu tubuh inti diatur lebih tinggi, melalui aksi daerah pra-optik dari hipotalamus anterior. Infeksi atau inflamasi bisa menyebabkan sel-sel darah putih tertentu yang ada didalam darah akan melepaskan pirogen yang memiliki efek langsung pada hipotalamus anterior yang menyebabkan suhu tubuh mengalami peningkatan, pada kasus yang parah, hipertermia terjadi akibat relaksan otot yang digunakan dalam pengobatan. Relaksan otot tersebut diantaranya (succinylcholine, anestesi inhalasi, isoflurane, sevoflurane, desfluran) (Wong, 2018).

### **2.2.3 Faktor Resiko Hipertermi**

#### **1. Faktor gaya hidup**

Faktor gaya hidup yang dapat mempengaruhi seseorang terkena hipertermia adalah tidak cukupnya minum cairan, kurangnya mobilitas dan akses transportasi, memakai pakaian yang tebal saat cuaca panas, mengunjungi tempat yang penuh dan sesak, tidak memahami bagaimana menghadapi cuaca saat panas.

#### **2. Faktor kesehatan umum**

Yang dapat meningkatkan resiko terkena hipertermi antara lain : a) Seseorang yang sedang mengalami dehidrasi, b) Perubahan yang berhubungan dengan kulit, seperti pada gangguan sirkulasi darah dan pada kelenjar keringat yang tidak efisien, c) Penyakit jantung, paru-paru dan ginjal, serta peyakit yang akan menyebabkan kelemahan atau demam tinggi, d) Tekanan darah tinggi atau kondisi lain yang memerlukan perubahan dalam hal diet. Sebagai contoh orang-orang yang mengkonsumsi makanan yang mengandung garam dapat beresiko tinggi terkena hipertermia, e) Seseorang yang jarang berkeringat, yang disebabkan oleh obat-obatan seperti diuretic, obat penenang, serta obat untuk tekanan darah dan obat untuk jantung, f)

Mempunyai berat badan yang berlebih atau berat badan yang kurang,  
g) Minum banyak yang mengandung alkohol.

#### **2.2.4 Tanda dan Gejala Hipertermi**

Hipertermia terdiri dari gejala dan tanda mayor, dan gejala dan tanda minor. Adapun gejala dan tanda mayor, dan gejala dan tanda minor, yaitu (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016) :

1. Gejala dan Tanda Mayor : Suhu tubuh di atas nilai normal Suhu tubuh di atas nilai normal yaitu  $> 37,8^{\circ}\text{C}$  ( $100^{\circ}\text{F}$ ) per oral atau  $38,8^{\circ}\text{C}$  ( $101^{\circ}\text{F}$ ) per rektal.
2. Gejala dan Tanda Minor diantaranya : 1) Kulit merah dan terdapat bintik-bintik merah (ptikie), 2) Kejang merupakan suatu kondisi di mana otot-otot tubuh berkontraksi secara tidak terkendali akibat dari adanya peningkatan temperatur yang tinggi, 3) Takikardia adalah suatu kondisi yang menggambarkan di mana denyut jantung yang lebih cepat dari pada denyut jantung normal, 4) Takipnea adalah suatu kondisi yang menggambarkan di mana pernapasan yang cepat dan dangkal, 5) Kulit dapat terasa hangat terjadi karena adanya vasodilatasi pembuluh darah sehingga kulit menjadi hangat.

#### **2.2.5 Komplikasi Hipertermi**

Salah satu dampak terjadinya hipertermi adalah dehidrasi. Di mana terjadinya dehidrasi disebabkan oleh adanya peningkatan penguapan cairan tubuh saat demam atau hipertermi, sehingga dapat mengalami kekurangan cairan dan merasa lemah. Selain itu, pada seseorang yang terkena hipertermi yang parah, komplikasi yang biasanya terjadi seperti hiperkalemia, asidosis pada pernafasan dan metabolic dan hipokalasemia, rhabdomyolysis dengan adanya peningkatan kreatinin kinase dan mioglobinemia dapat terjadi. Seperti halnya pada kelainan koagulasi intravascular diseminata (DIC) (Nurarif & Kusuma, 2015).

## 2.3 Asuhan Keperawatan Anak dengan Campak Secara umum

### 2.3.1 Pengkajian Campak

Pengkajian keperawatan adalah pengkajian yang dilakukan dengan cara mengumpulkan data secara subjektif (data yang didapatkan dari pasien atau keluarga) melalui metode anamnesa atau wawancara dan juga data objektif (data hasil pengukuran atau observasi langsung oleh perawat (Mailiana, 2021).

Pengkajian pada pasien campak yang harus dilakukan:

- a. Identitas: yang terdiri dari nama, usia, jenis kelamin
- b. Riwayat sakit dan kesehatan yang terdiri dari :
  - 1) Keluhan utama: keluhan utama pada pasien campak yaitu demam secara terus menerus selama 2-4 hari.
  - 2) Riwayat penyakit sekarang: kaji adanya adanya demam terus-menerus berlangsung 2-4 hari disertai dengan batuk, pilek, nyeri telan, mata merah, silau bila terkena cahaya (fotofobia), diare, ruam kulit, adanya nafsu makan menurun, lemah serta lesu.
  - 3) Riwayat penyakit dahulu: lakukan pengkajian pada klien apakah klien pernah dirawat di Rumah Sakit atau pernah mengalami operasi. Anamnesa riwayat penyakit yang pernah diderita pada masa lalu, riwayat imunisasi campak. Anamnesa riwayat kontak dengan orang yang terinfeksi campak.
  - 4) Riwayat penyakit keluarga: Dapatkan data tentang hubungan kekeluargaan dan hubungan darah, apakah klien beresiko terhadap penyakit yang bersifat genetik atau familial.
  - 5) Riwayat alergi: pasien akan dikaji apakah pasien memiliki riwayat alergi terhadap beberapa obat, makanan, udara, debu atau alergi lainnya.
- c. Pemeriksaan fisik
  - 1) Keadaan umum: yang terdiri dari pasien apakah pasien tampak lemas
  - 2) Kesadaran: yakni tergantung tingkat keparahan penyakit, bisa somnolen atau lebih.

- 3) Tanda-tanda vital: yakni TD: biasanya normal, Nadi: takikardi, RR: takipneu, dipsneu, napas dangkal dan Suhu: hipertermi.
- 4) Kepala: yakni tidak ada kelainan
- 5) Mata: konjungtivitis & fotofobia. Tampak adanya suatu garis melintang dari peradangan konjungtiva yang dibatasi pada sepanjang tepi kelopak mata (Transverse Marginal Line Injectio) pada palpebrae inferior, rasa panas di dalam mata akan tampak merah, berair, mengandung eksudat pada kantong konjungtiva.
- 6) Hidung: Bersin yang diikuti hidung tersumbat & sekret mukopurulendan menjadi profus pada saat erupsi mencapai puncak serta menghilang bersamaan dengan menghilangnya panas.
- 7) Paru : Bila terjadi perubahan pola nafas & ketidakefektifan bersihan jalan nafas akan didapatkan peningkatan frekuensi pernafasan, retraksi otot bantu pernafasan dan suara nafas tambahan. Batuk yang disebabkan oleh reaksi inflamasi mukosa saluran nafas bersifat batuk kering. Intensitas batuk meningkat mencapai puncak pada saat erupsi. Bertahan lama & menghilang secara bertahap dalam 5 – 10 hari.
- 8) Jantung: Terdengar suara jantung I & II
- 9) Integumen: Ditemukan rash dengan sifat sesuai waktu timbulnya. Pemeriksaan penunjang Dari hasil pemeriksaan laboratorium ditemukan leukopenia ringan
- 10) Abdomen: Bising usus terdengar, pada keadaan hidrasi turgor kulit dapat menurun

### **2.3.2 Diagnosa Keperawatan Campak**

Adapun perencanaan pengambilan diagnosis keperawatan, luaran, dan intervensi berdasarkan buku Standart Diagnosis Keperawatan Indonesia (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016), buku Standart Luaran Keperawatan Indonesia (Tim Pokja SLKI DPP PPNI,

2016), dan buku Standart Intervensi Keperawatan Indonesia (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2016). Berikut diagnosa beserta rencana intervensi yang dapat diambil pada diagnosa medis anak dengan campak (morbili)

1. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan napas
2. Diare berhubungan dengan iritasi gastrointestinal
3. Gangguan integritas kulit/ jaringan berhubungan dengan kurang terpapar informasi tentang upaya mempertahankan/ melindungi integritas jaringan
4. Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit (infeksi virus)
5. Gangguan citra tubuh berhubungan dengan perubahan struktur/ bentuk tubuh
6. Resiko ketidakseimbangan cairan ditandai dengan diare
7. Gangguan rasa nyaman berhubungan dengan gejala penyakit

### 2.3.3 Intervensi Keperawatan Campak

Intervensi keperawatan atau rencana tindakan keperawatan adalah sejumlah atau beberapa tindakan yang dapat mencapai tiap tujuan khusus yang sebelumnya telah ditentukan. Perencanaan keperawatan meliputi perumusan tujuan tindakan, serta penilaian rangkaian asuhan keperawatan pada pasien berdasarkan analisis pengkajian yang telah dilakukan sebelumnya agar masalah kesehatan dan keperawatan dapat diatasi segera. Rencana tindakan keperawatan dapat dilihat pada uraian tabel 2.1 berikut ini:

**Tabel 2. 1 Intervensi Keperawatan Campak**

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
1	Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan napas	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 x 4 jam, bersihan jalan napas meningkat. Kriteria hasil:	1. Memantau TTV (suhu, RR, HR) 2. Memantau status pernafasan: irama, frekuensi, suara, dan retraksi dada

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Batuk efektif, meningkat</li> <li>- Produksi sputum, menurun</li> <li>- Frekuensi napas, membaik</li> <li>- Pola napas, membaik</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>3. Mengatur posisi yang nyaman, posisi pronasi untuk bayi dan semifowler untuk anak</li> <li>4. Melakukan suction sesuai indikasi</li> <li>5. Berkolaborasi dengan dokter pemberian inhalasi ventolin + NaCl 0.9% per 6 jam</li> <li>6. Berkolaborasi dengan dokter pemberian oksigen nasal kanul sesuai indikasi dokter</li> </ol>
2	Diare berhubungan dengan iritasi gastrointestinal	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 8 jam, eliminasi fekal membaik</p> <p>Kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kontrol pengeluaran feses, meningkat</li> <li>- Nyeri abdomen, menurun</li> <li>- Konsistensi feses, membaik</li> <li>- Peristaltik usus, membaik</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi penyebab diare (mis. Inflamasi gastrointestinal, iritasi gastrointestinal)</li> <li>2. Memberikan cairan intravena</li> <li>3. Menganjurkan anak menghindari makanan, pembentuk gas, pedas, dan mengandung lactose</li> <li>4. Berkolaborasi dengan dokter pemberian obat</li> </ol>

			pengeras feses.
3	Gangguan integritas kulit/ jaringan berhubungan dengan kurang terpapar informasi tentang upaya mempertahankan/ melindungi integritas jaringan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 x 8 jam, integritas kulit dan jaringan meningkat Kriteria hasil: - Kerusakan jaringan, menurun - Kerusakan lapisan kulit, menurun - Kemerahan, menurun	1. Mengidentifikasi penyebab gangguan integritas kulit (mis: perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi, penurunan kelembaban, suhu lingkungan ekstrim, penurunan mobilitas) 2. Menggunakan produk berbahan petroleum atau minyak pada kulit ( <i>virgin coconut oil</i> ) 3. Mengajarkan minum air yang cukup, meningkatkan asupan nutrisi, meningkatkan asupan buah dan sayur 4. Mengajarkan mandi dan menggunakan sabun secukupnya.
4	Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit (infeksi virus)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 4 jam, termoregulasi membaik Kriteria hasil: - Menggigil, menurun - Suhu tubuh, membaik	1. Mengukur suhu tubuh 1 jam 2. Memotivasi anak dan keluarga untuk meningkatkan asupan cairan per oral 3. Melakukan

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Suhu kulit, membaik</li> <li>- Tekanan darah, membaik</li> </ul>	<p>memberian <i>tepid water sponge</i> di daerah <i>axilla</i> selama 10-15 menit</p> <p>4. Menganjurkan ibu untuk menggantikan pakaian yang mudah menyerap keringat dari bahan katun</p> <p>5. Berkolaborasi pemberian paracetamol sesuai indikasi</p> <p>6. Berkolaborasi pemberian cairan infus</p>
5	Gangguan citra tubuh berhubungan dengan perubahan struktur/ bentuk tubuh	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 8 jam, citra tubuh meningkat</p> <p>Kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Melihat bagian tubuh, membaik</li> <li>- Menyentuh bagian tubuh, membaik</li> <li>- Hubungan sosial, membaik</li> </ul>	<p>1. Melakukan monitor apakah pasien bisa melihat bagian tubuh yang berubah</p> <p>2. Menjelaskan kepada keluarga tentang perawatan perubahan citra tubuh</p> <p>3. Melatih peningkatan penampilan diri (mis: berdandan)</p> <p>4. Melatih pengungkapan kemampuan diri kepada orang lain</p>

			maupun kelompok
6	Resiko ketidakseimbangan cairan ditandai dengan diare	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 8 jam, keseimbangan cairan meningkat</p> <p>Kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Asupan cairan, meningkat</li> <li>- Kelembaban membrane mukosa, meningkat</li> <li>- Tekanan darah, membaik</li> <li>- Turgor kulit, membaik</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memantau status hidrasi (membrane mukosa, turgor kulit, frekuensi nadi, dan tekanan darah)</li> <li>2. Memantau intake dan output pasien (balance cairan)</li> <li>3. Memantau hasil laboratorium seperti natrium, kalium, klorida</li> <li>4. Memotivasi anak dan keluarga untuk meningkatkan asupan cairan per oral</li> <li>5. Memantau kebutuhan cairan kolaborasi</li> </ol>
7	Gangguan rasa nyaman berhubungan dengan gejala penyakit	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 8 jam, status kenyamanan meningkat</p> <p>Kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Keluhan tidak nyaman, menurun</li> <li>- Keluhan sulit tidur, menurun</li> <li>- Gatal, menurun</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memposisikan pasien pada matras/tempat tidur terapeutik yang tepat</li> <li>2. Mengatur posisi pasien tidur yang disukai, jika tidak kontraindikasi</li> <li>3. Mengatur posisi pasien untuk mengurangi sesak (mis: semi-fowler)</li> </ol>

			4. Menghindari posisi pasien yang dapat menimbulkan ketegangan pada luka
--	--	--	--

### 2.3.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi merupakan pelaksanaan atau tindakan yang akan dilakukan mengikuti daftar dari intervensi yang telah disusun sebelumnya untuk mencapai tujuan yang lebih spesifik (Villela, 2020). Implementasi yang diberikan untuk mengatasi masalah keperawatan hipertermi pada anak dengan campak adalah: a) Mengukur suhu tubuh tiap 4 jam, b) Memotivasi anak dan keluarga untuk meningkatkan asupan cairan per oral, c) Melakukan pemberian *tepid water sponge* di daerah axilla selama 10-15 menit, d) Menganjurkan ibu untuk menggantikan pakaian yang mudah menyerap keringat dari bahan katun, e) Berkolaborasi pemberian paracetamol (antipiretik) sesuai indikasi, f) Berkolaborasi pemberian cairan infus (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2016).

### 2.3.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan tindakan intelektual dalam melengkapi proses keperawatan yang menandakan atas keberhasilan dari diagnosa keperawatan, intervensi dan implementasi. Tujuan dari evaluasi adalah untuk melihat kemampuan pasien dalam mencapai tujuan yang telah ditentukan (Villela, 2020). Evaluasi keperawatan terhadap anak dengan masalah keperawatan hipertermi yaitu a) Menggigil, menurun b) Suhu tubuh, membaik c) Suhu kulit, membaik, d) Nadi, membaik infus (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2016).