

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Gangguan Kebutuhan Keamanan Proteksi Dengan Masalah Hipertermia

1. Pengertian Kebutuhan Dasar

Manusia Menurut Murtadha Muthahhari adalah makhluk yang sangat unik, memiliki kecerdasan tanggung jawab dan makhluk yang rasional. Manusia dilahirkan dengan keadaan yang tidak tahu apapun namun dengan kekuasaan-Nya Allah SWT. Memberikan manusia kelebihan dengan pengelihatannya, pendengarannya, akal dan hati yang digunakan untuk membekali kehidupannya untuk menjadi manusia yang baik dan selalu bersyukur dengan apa yang telah diberikan kepadanya (Saihu, 2019).

Kebutuhan merupakan suatu hal yang dapat dipenuhi dengan cara yang dan tidak sehat. Pemenuhan kebutuhan dasar dianggap sebagai sehat apabila tidak membahayakan orang lain ataupun diri sendiri, sesuai dengan nilai-nilai sosial budaya individu dan berada didalam hukum yang berlaku. Sedangkan, pemenuhan kebutuhan yang tidak sehat merupakan bentuk pemenuhan yang mungkin membahayakan bagi orang lain ataupun diri sendiri, tidak sesuai dengan perilaku individu nilai-nilai sosial budaya atau tidak dalam hukum. Orang yang memenuhi kebutuhan dasarnya lebih sehat, bahagia, dan lebih efektif daripada mereka yang kebutuhannya tidak terpenuhi (Berman et al, 2021).

Kebutuhan dasar manusia merupakan unsur-unsur yang dibutuhkan manusia dalam mempertahankan keseimbangan fisiologis maupun psikologis yang bertujuan guna mempertahankan kehidupan maupun kesehatan. Kebutuhan menyatakan bahwa setiap manusia memiliki lima kebutuhan dasar yaitu fisiologis, keamanan, cinta, harga diri, dan aktualisasi diri (Mubarak et al, 2015).

Hierarchy Of Needs (hirarki kebutuhan) dari Maslow menyatakan bahwa manusia memiliki 5 macam kebutuhan, yaitu:



Gambar 1 Piramida Maslow (Sumber: Semester et al, 2022)

a. Kebutuhan Fisiologis

Kebutuhan fisiologis memiliki prioritas tertinggi dalam Hierarki Maslow. Umumnya, seseorang yang memiliki beberapa kebutuhan yang belum terpenuhi akan lebih dulu memenuhi kebutuhan fisiologisnya dibandingkan kebutuhan lainnya. Adapun macam-macam kebutuhan dasar fisiologis Menurut Hierarki Maslow adalah kebutuhan oksigen dan pertukaran gas, kebutuhan cairan dan elektrolit, kebutuhan makanan, kebutuhan eliminasi urine dan aktivitas, kebutuhan istirahat tidur, kebutuhan aktivitas, kebutuhan kesehatan temperatur tubuh dan kebutuhan seksual.

b. Kebutuhan Akan Rasa Aman

Kebutuhan keselamatan dan rasa aman yang dimaksud adalah aman dari berbagai aspek baik fisiologis maupun psikologis. Kebutuhan ini meliputi kebutuhan perlindungan diri dari udara dingin, panas, kecelakaan dan infeksi. Bebas dari rasa takut dan kecemasan, bebas dari perasaan terancam karena pengalaman yang baru atau asing.

c. **Kebutuhan Akan Rasa Kasih Sayang Dan Memiliki**

Kebutuhan rasa cinta adalah kebutuhan saling memiliki dan dimiliki terdiri dari memberi dan menerima kasih sayang, perasaan dimiliki dan hubungan yang berarti dengan orang lain, kehangatan, persahabatan, mendapat tempat atau diakui dalam keluarga, kelompok serta lingkungan sosial.

d. **Kebutuhan Akan Harga Diri**

Kebutuhan harga diri ini meliputi perasaan tidak bergantung pada orang lain, kompeten, penghargaan terhadap diri sendiri dan orang lain.

e. **Kebutuhan Aktualisasi Diri**

Kebutuhan aktualisasi merupakan kebutuhan tertinggi dalam piramida Hierarki Maslow yang meliputi dapat mengenal diri sendiri dengan baik (mengetahui dan memahami potensi diri) belajar memenuhi kebutuhan diri sendiri, tidak emosional, mempunyai dedikasi yang tinggi, kreatif dan mempunyai kepercayaan diri yang tinggi dan sebagainya (Semester et al., 2022).

2. Pengertian Kebutuhan Keamanan Proteksi

Gangguan pemenuhan kebutuhan keamanan dan perlindungan/proteksi mencakup beberapa masalah yaitu kerusakan integritas kulit aktual/resiko, hipertermi aktual/resiko, hipotermi aktual/resiko, perlambatan pemulihan pasca bedah aktual/resiko, resiko infeksi, resiko bunuh diri, resiko jatuh, resiko alergi, resiko cedera dan termoregulasi tidak efektif aktual/resiko (SDKI,2017).

Menurut Abraham Maslow, seorang psikolog terkemuka, kebutuhan keamanan dan proteksi merupakan salah satu tingkat kebutuhan dasar manusia dalam hierarki kebutuhan. Maslow mengelompokkan kebutuhan ini sebagai tingkat kedua dalam hierarki, yang muncul setelah kebutuhan fisiologis. Kebutuhan keamanan mencakup keinginan untuk merasa aman secara fisik dan emosional, melibatkan perlindungan dari bahaya,

ketidakstabilan, atau ancaman yang dapat mengganggu kesejahteraan individu.

Menurut teori ini, setelah kebutuhan fisiologis terpenuhi, individu kemudian mencari keamanan dan proteksi sebagai langkah selanjutnya dalam memenuhi kebutuhan dasarnya. Ini dapat mencakup keamanan finansial, kesehatan, dan lingkungan yang stabil. Maslow berpendapat bahwa kebutuhan ini menjadi penting dalam membentuk dasar bagi perkembangan individu menuju kebutuhan yang lebih tinggi, seperti kebutuhan sosial, penghargaan, dan aktualisasi diri (Gabriel, 2018).

Selain itu, menurut teori kebutuhan dari Murray dan McClelland, kebutuhan keamanan dan proteksi dapat diidentifikasi sebagai salah satu motivator dasar dalam perilaku manusia. Kebutuhan ini mendorong individu untuk mencari situasi yang memberikan rasa aman dan perlindungan.

Dengan demikian, pemahaman kebutuhan keamanan dan proteksi ini mencakup aspek-aspek yang luas, mulai dari perlindungan fisik hingga stabilitas emosional, dan berfungsi sebagai dasar bagi perkembangan individu serta motivator dalam pengambilan keputusan dan perilaku manusia.

3. Faktor Yang Mempengaruhi Kebutuhan Keamanan Proteksi

Faktor-faktor yang mempengaruhi keamanan dan proteksi adalah:

a. Emosi

Tingkat kecemasan, depresi, dan kemarahan dapat memberikan dampak signifikan terhadap tingkat keamanan dan kenyamanan individu. Gangguan mental seperti kecemasan bisa membuat seseorang merasa rentan dan terancam, depresi dapat mengubah persepsi terhadap kehidupan sehari-hari, sementara kemarahan yang tidak terkendali dapat menciptakan lingkungan yang tidak aman dan tidak nyaman. Oleh karena itu, penting untuk memahami dan mengelola kesejahteraan mental guna menjaga stabilitas keamanan dan kenyamanan dalam kehidupan sehari-hari.

b. Status Mobilisasi

Keadaan mobilisasi yang terbatas, paralisis, kelemahan otot, dan penurunan kesadaran dapat meningkatkan potensi risiko cedera. Dalam situasi di mana aktivitas terbatas atau fungsi otot mengalami penurunan, kemampuan untuk merespons dengan cepat terhadap situasi berpotensi berbahaya juga berkurang. Oleh karena itu, penting untuk memahami status mobilisasi seseorang dan mengambil langkah-langkah pencegahan yang sesuai untuk mengurangi risiko cedera yang mungkin terjadi.

c. Gangguan Persepsi Sensorik

Gangguan persepsi sensorik, seperti masalah penciuman dan penglihatan, dapat memengaruhi kemampuan adaptasi seseorang terhadap rangsangan yang berpotensi berbahaya. Dalam keadaan di mana indera penciuman dan penglihatan terganggu, proses penyesuaian terhadap lingkungan menjadi lebih kompleks, meningkatkan risiko terpapar pada situasi yang dapat menimbulkan bahaya.

d. Keadaan Imunitas

Kondisi ini dapat mengakibatkan penurunan sistem kekebalan tubuh, membuat tubuh menjadi lebih rentan terhadap serangan penyakit.

e. Tingkat Kesadaran

Dalam kasus pasien koma, reaktivitas terhadap rangsangan akan menurun, disertai dengan gejala paralisis, kebingungan, dan kurangnya waktu tidur.

f. Informasi Atau Komunikasi

Gangguan dalam komunikasi, seperti aphasia atau kesulitan membaca, dapat mengakibatkan potensi kejadian kecelakaan karena kurangnya kemampuan untuk menyampaikan atau menerima informasi secara efektif.

g. Gangguan Tingkat Pengetahuan

Gangguan tingkat pengetahuan dapat memicu risiko terhadap keselamatan dan dapat diidentifikasi sebelumnya. Dalam hal ini,

ketidakmampuan untuk memahami secara penuh dapat menjadi faktor yang mempengaruhiantisipasi dan menjaga keamanan dengan efektif.

h. Penggunaan Antibiotik Yang Tidak Rasional

Penggunaan antibiotik yang tidak rasional bisa menyebabkan resistensi dan potensi terjadinya syok anafilaktik.

i. Status Nutrisi

Keadaan kurang gizi dapat menyebabkan kelemahan dan meningkatkan risiko terkena penyakit, sementara kondisi sebaliknya juga dapat membawa risiko terhadap penyakit tertentu.

j. Perbedaan Perkembangan

Perbedaan dalam perkembangan yang terlihat antara kelompok usia anak-anak dan lansia dapat memengaruhi cara mereka merespons rasa nyeri.

k. Jenis Kelamin

Secara keseluruhan, tidak ada perbedaan signifikan antara pria dan wanita dalam respons terhadap rasa nyeri dan tingkat kenyamanan.

l. Kebudayaan

Keyakinan dan nilai-nilai kebudayaan memiliki dampak yang mendalam terhadap cara individu memandang dunia dan berinteraksi dengan lingkungan sekitarnya. Kebudayaan, sebagai kerangka sosial yang membentuk pemahaman bersama, memberikan arah pada perilaku, norma, dan ekspektasi dalam masyarakat. Individu cenderung membawa keyakinan dan nilai-nilai ini sebagai bagian integral dari identitas mereka, yang pada gilirannya membentuk pola pikir, sikap, dan respons terhadap berbagai aspek kehidupan. Oleh karena itu, kebudayaan bukan hanya sebatas warisan tradisional, tetapi juga menjadi pendorong utama dalam membentuk karakteristik unik dan keragaman di dalam masyarakat (Gabriel, 2018).

4. Gangguan Kebutuhan Keamanan Proteksi

Gangguan kebutuhan keamanan dan proteksi tubuh adalah kondisi yang dapat mengancam keselamatan, kesehatan, atau kesejahteraan

seseorang. Gangguan ini dapat disebabkan oleh berbagai faktor, seperti lingkungan, penyakit, trauma, atau stres. Beberapa contoh gangguan kebutuhan keamanan dan proteksi tubuh adalah:

a. Kerusakan Integritas Kulit

Kulit merupakan organ tubuh yang berfungsi untuk melindungi tubuh dari infeksi, cedera, dan paparan sinar matahari. Kerusakan integritas kulit dapat terjadi akibat luka, bakar, iritasi, alergi, atau infeksi.

b. Hipertermia

Hipertermia adalah kondisi ketika suhu tubuh terlalu tinggi atau lebih dari $38,5^{\circ}\text{C}$. Kondisi ini biasanya disebabkan oleh kegagalan pada sistem yang mengatur pendinginan suhu tubuh. Akibatnya, muncul keluhan mulai dari kram otot, gangguan otak, hingga gangguan sistem saraf.

c. Hipotermia

Hipotermia adalah kondisi ketika suhu tubuh terlalu rendah atau kurang dari 35°C . Kondisi ini biasanya disebabkan oleh paparan suhu dingin yang berlebihan dari luar tubuh. Akibatnya, muncul gejala seperti menggigil, lemas, bingung, sampai koma.

d. Perilaku Kekerasan

Perilaku kekerasan adalah tindakan yang bertujuan untuk menyakiti, mengancam, atau mengintimidasi diri sendiri atau orang lain. Perilaku kekerasan dapat bersifat fisik, verbal, psikologis, atau seksual. Perilaku kekerasan dapat dipicu oleh faktor-faktor seperti kemarahan, frustrasi, stres, trauma, atau gangguan mental.

e. Resiko Infeksi

Resiko infeksi adalah kemungkinan terjadinya infeksi oleh kuman, seperti virus, bakteri, jamur, atau parasit. Resiko infeksi dapat meningkat akibat faktor-faktor seperti luka, operasi, penyakit kronis, kekebalan tubuh yang lemah, atau kontak dengan orang yang terinfeksi.

f. Resiko Bunuh Diri

Resiko bunuh diri adalah kemungkinan terjadinya tindakan yang bertujuan untuk mengakhiri hidup sendiri. Resiko bunuh diri dapat meningkat akibat faktor-faktor seperti depresi, stres, trauma, kesepian, putus asa, atau gangguan mental.

g. Resiko Jatuh

Resiko jatuh adalah kemungkinan terjadinya kecelakaan yang menyebabkan seseorang terjatuh dari ketinggian, tempat tidur, kursi, atau tangga. Resiko jatuh dapat meningkat akibat faktor-faktor seperti usia, gangguan keseimbangan, gangguan penglihatan, obat-obatan, atau lingkungan yang licin (Gabriel, 2018).

B. Konsep Asuhan Keperawatan pada Masalah Hipertermia

Proses keperawatan mencerminkan suatu pendekatan yang terorganisir dan sistematis dalam memberikan asuhan keperawatan, di mana fokus utama terletak pada kebutuhan dan masalah pasien. Dalam konsep keperawatan, terdapat langkah-langkah kritis seperti pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi, dan evaluasi keperawatan. Keseluruhan proses ini dirancang untuk memenuhi tidak hanya kebutuhan kesehatan fisik pasien tetapi juga aspek-aspek lain yang mungkin memengaruhi kesejahteraan mereka.

Konsep keperawatan merupakan salah satu proses pendekatan dalam pemecahan masalah yang digunakan untuk memenuhi perawatan kesehatan dan kebutuhan pasien. Proses keperawatan itu mencakup pengkajian (pengumpulan data), diagnosis keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi dan evaluasi keperawatan. Proses keperawatan bersifat berkelanjutan, dinamis, dan dapat menerapkan prinsip etik keperawatan (Nasution, 2020).

Berdasarkan pengertian di atas, dapat disimpulkan bahwa proses keperawatan itu merupakan semacam sarana atau alat yang digunakan oleh seorang perawat dalam bekerja. Dalam proses Keperawatan terdapat tata cara pelaksanaannya yang tidak boleh dipisahkan antara tahap pertama, kedua,

ketiga, dan seterusnya. Kemudian harus selalu dimulai dari tahap pertama, yaitu pengkajian, baru ke tahap berikutnya, yaitu menegakkan diagnosis keperawatan, lalu menyusun rencana keperawatan yang mengarah pada penanganan diagnosis keperawatan, kemudian rencana yang telah disusun diimplementasikan dan dievaluasi.

Sumber Data Keperawatan dapat kita peroleh sesuai dengan jenis data yang kita perlukan dalam pengkajian.

1. Sumber Data Primer

Pasien merupakan sumber utama data (primer) dan dapat menggali informasi yang sebenarnya mengenai masalah kesehatan pasien. Apabila pasien dalam keadaan tidak sadar, mengalami gangguan bicara, atau pendengaran, pasien masih bayi atau karena beberapa sebab pasien tidak dapat memberikan data subjektif secara langsung sehingga kita dapat menggunakan data objektif untuk menegakkan diagnosis keperawatan. Akan tetapi, apabila diperlukan klarifikasi data subjektif, hendaknya kita melakukan anamnesis pada keluarga.

2. Sumber Data Sekunder

Sumber data sekunder adalah data yang diperoleh selain pasien, yaitu orang terdekat, orang tua, suami atau istri, anak, dan teman pasien, mengalami gangguan keterbatasan dalam berkomunikasi atau kesadaran yang menurun. misalnya pasien bayi atau anak-anak, atau pasien dalam kondisi tidak sadar.

3. Sumber Data Lainnya

- a. Catatan medis dan anggota tim kesehatan lainnya, catatan kesehatan terdahulu dapat digunakan sebagai sumber informasi yang dapat mendukung rencana tindakan perawatan.
- b. Riwayat penyakit, pemeriksaan fisik dan catatan perkembangan merupakan riwayat penyakit dapat diperoleh dari terapis. Informasi yang diperoleh adalah hal-hal yang difokuskan pada identifikasi patologis dan untuk menentukan rencana tindakan medis.
- c. Konsultasi, kadang terapis memerlukan konsultasi dengan anggota tim kesehatan spesialis, khususnya dalam menentukan diagnosis medis

atau dalam merencanakan dan melakukan tindakan medis. Informasi tersebut dapat diambil untuk membantu menegakkan diagnosis.

- d. Hasil pemeriksaan diagnostik, seperti hasil pemeriksaan laboratorium dan tes diagnostik, dapat digunakan sebagai data objektif yang dapat disesuaikan dengan masalah kesehatan pasien. Hasil pemeriksaan diagnostik dapat digunakan membantu mengevaluasi keberhasilan dari tindakan keperawatan.
- e. Perawat lain, jika pasien adalah rujukan dari pelayanan kesehatan lainnya maka harus meminta informasi kepada teman sejawat yang telah merawat pasien sebelumnya. Hal ini untuk kelanjutan tindakan keperawatan yang telah diberikan.
- f. Kepustakaan, untuk mendapatkan data dasar pasien yang komprehensif, dapat membaca literatur yang berhubungan dengan masalah pasien. Memperoleh literatur sangat membantu dalam memberikan asuhan keperawatan yang benar dan tepat (Lubis, 2020).

Adapun tahapan-tahapan dalam proses keperawatan yang digunakan sampai saat ini adalah:

1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian keperawatan merupakan tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan pasien. Pengkajian keperawatan merupakan dasar pemikiran dalam memberikan asuhan Keperawatan yang sesuai dengan kebutuhan pasien. Pengkajian yang lengkap, dan sistematis sesuai dengan fakta atau kondisi yang ada pada pasien sangat penting untuk merumuskan suatu diagnosis keperawatan dan dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan respons individu.

Dalam melakukan pengkajian, terdapat beberapa metode yang dapat diterapkan untuk mengumpulkan data yang relevan mengenai kondisi kesehatan pasien diantaranya yaitu:

a. Inspeksi

Di mana data dikumpulkan dengan cara memeriksa visual bagian-bagian fisik pada tubuh pasien. Contoh dari inspeksi ini melibatkan pemeriksaan warna kulit, pengamatan mata, serta penilaian simetrisitas dada dan abdomen. Inspeksi memberikan pemahaman yang mendalam tentang kondisi fisik pasien yang dapat memberikan petunjuk penting terkait status kesehatan mereka.

b. Palpasi

Pengumpulan data dengan cara meraba atau memegang bagian tubuh pasien. Contoh dari palpasi termasuk penilaian terhadap nyeri tekan atau keberadaan benjolan yang mungkin teraba pada abdomen. Palpasi memberikan informasi tambahan yang berkaitan dengan respons tubuh terhadap sentuhan, membantu dalam mendeteksi potensi masalah kesehatan yang mungkin tidak terlihat secara visual.

c. Auskultasi

mendengarkan suara yang dihasilkan oleh bagian tubuh pasien. Contoh auskultasi melibatkan pendengaran bunyi jantung, bising usus, dan suara nafas. Metode ini memungkinkan perawat untuk mengevaluasi fungsi organ internal dan mendeteksi adanya suara abnormal yang dapat mengindikasikan masalah kesehatan.

d. Perkusi

Melibatkan pemukulan atau pengetukan ringan pada permukaan tubuh untuk menghasilkan suara yang dapat memberikan petunjuk tentang keadaan di dalam tubuh. Walaupun jarang digunakan dalam praktik klinis sehari-hari, perkusi dapat memberikan informasi tambahan terkait dengan struktur dan konsistensi organ dalam tubuh.

Dengan memahami dan menerapkan metode pengkajian ini, perawat dapat mengumpulkan data yang holistik dan menyeluruh untuk mendukung proses perawatan yang efektif dan terfokus pada kebutuhan kesehatan individu.

Adapun data-data yang perlu dikaji dari pasien adalah sebagai berikut:

a. Identitas Pasien

Pengkajian identitas pasien pada dasarnya mencakup informasi yang melibatkan berbagai aspek seperti nama, alamat, usia dari hasil penelitian yang dilakukan oleh Lifesia Natalie Lidjaja tahun 2022 yang dilakukan di Jember berdasarkan kelompok usia terbanyak yaitu 1-4 tahun dengan presentasi kelompok yaitu 64%, jenis kelamin, status perkawinan, pekerjaan, agama, pembiayaan layanan kesehatan, dan sumber perawatan medis yang biasa digunakan oleh pasien (Wahidmurni, 2017).

b. Keluhan Utama

Keluhan utama menjadi fokus dalam pengkajian data pasien, sebuah tahapan awal yang krusial dalam proses keperawatan. Pada pasien anak dengan *varicella* biasanya memiliki keluhan seperti hipertermia, nyeri, Gangguan integritas kulit, dan mual muntah. Hipertermi ditemukan sebanyak 98% kasus (Wahidmurni, 2017).

c. Riwayat Kehamilan Dan Kelahiran

Menurut William Sallebach, untuk memantau dan memastikan kesehatan ibu hamil, dilakukan pemeriksaan antenatal care (ANC). Pemeriksaan ini mencakup anamnesis lengkap, pemeriksaan fisik dan obstetrik, antropometri, penyuluhan kesehatan (KIE), serta aspek lainnya. Melalui ANC, informasi yang diperoleh membantu dalam memahami secara holistik riwayat kehamilan dan kelahiran, serta memberikan dasar untuk memberikan perawatan yang sesuai dan mendukung kesejahteraan ibu dan bayi yang akan lahir (Aprilia, 2020).

d. Riwayat Kesehatan Masa Lampau

Pengkajian riwayat kesehatan masa lampau bertujuan untuk menggali informasi mengenai kondisi-kondisi tertentu yang mungkin memiliki dampak pada keadaan kesehatan saat ini pada seorang pasien (Yahya, 2021).

e. Riwayat Keluarga

Pengkajian riwayat kesehatan keluarga merupakan suatu proses untuk memahami kondisi kesehatan dari setiap anggota keluarga. Riwayat

kesehatan keluarga yang perlu dikaji adalah terkait dengan vaksinasi *varicella*, identifikasi bagaimana penularan virus *varicella*. Apakah dulu anggota keluarga terpapar dengan penyakit *varicella*, apakah ada anggota keluarga yang menularkan virus *varicella*. Hal ini mencakup penggunaan fasilitas kesehatan, upaya bersama untuk merawat anggota keluarga yang sakit, dan kemungkinan adopsi gaya hidup sehat yang dimodifikasi agar sesuai dengan kebutuhan keluarga. Keseluruhan, pendekatan ini menekankan kerja sama dan kontribusi kolektif dalam menjaga kesehatan dan kesejahteraan keluarga (Yahya, 2021).

f. Riwayat Sosial

Dalam konteks riwayat sosial Menurut Maslow, setelah kebutuhan dasar fisik dan keamanan terpenuhi, individu akan mencari hubungan sosial, kasih sayang, dan rasa memiliki dalam keluarga, teman, atau kelompok sosial. Dengan demikian, dari perspektif Maslow, riwayat sosial seseorang dapat diartikan melalui cara individu memenuhi atau mencari kebutuhan sosial dan rasa memiliki dalam kehidupan sehari-hari. Ini mencakup hubungan interpersonal, keanggotaan dalam komunitas, serta sejauh mana individu merasa diterima dan diakui dalam lingkungan sosialnya (Yahya, 2021).

g. Kebutuhan Dasar

Kebutuhan dasar, dalam konteks pengkajian pertumbuhan dan perkembangan suatu individu, tergolong menjadi kebutuhan fisik biomedis. Aspek ini mencakup elemen-elemen esensial seperti kebutuhan akan pangan atau gizi yang memadai serta perawatan kesehatan dasar. Kebutuhan fisik biomedis ini menjadi landasan utama untuk memahami dan menyelidiki aspek-aspek fundamental yang diperlukan oleh individu dalam rangka menjaga kesehatan dan mendukung proses tumbuh kembangnya. Dengan memahami kebutuhan dasar ini, para profesional kesehatan dapat merancang dan memberikan intervensi yang sesuai untuk memastikan pemenuhan aspek-aspek kritis dalam upaya memelihara kesejahteraan individu.

h. Keadaan Kesehatan Saat Ini

Pasien *varicella* dengan masalah hipertermi memiliki keluhan demam, mual muntah, gatal-gatal, timbul bintik-bintik kemerahan, batuk, tidak nyaman. Pengkajian riwayat kesehatan sekarang yang mendukung keluhan utama dengan melakukan serangkaian pertanyaan terkait dengan kronologis keluhan pada pasien seperti kapan gejala muncul, apakah gejala muncul mendadak atau bertahap, lokasi, karakteristik keluhan, gejala yang berhubungan dengan keluhan utama ataupun faktor yang meningkatkan atau mengurangi masalah (Sihaloho, 2020).

i. Pemeriksaan Fisik

Dengan mengukur tanda-tanda vital pasien, pada pengkajian pemeriksaan fisik dimana seluruh bagian tubuh dikaji dengan teknik inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi. Pemeriksaan fisik dapat dilakukan setelah Riwayat keperawatan dilakukan sehingga dapat memperkuat pengkajian selanjutnya. Saat melakukan pemeriksaan fisik perawat harus menyiapkan pasien, lingkungan dan alat yang diperlukan. Perawat memberikan informasi terkait dengan proses pemeriksaan, tujuan secara spesifik, peran perawat, peran pasien, dan perkiraan waktu yang dibutuhkan (Potter dan Perry, hal: 156)

Pemeriksaan B1-B6

1) Breathing B1

Inspeksi bentuk dada pasien apakah terdapat lesi pada dada, frekuensi nafas dan apakah ada pernapasan cuping hidung, palpasi vocal fremitus kanan dan kiri pasien, perkusi suara sonor pasien, auskultasi apakah terdapat suara nafas tambahan atau tidak.

2) Blood B2

Inspeksi apakah terdapat lesi pada leher dan wajah, apakah terdapat pembesaran vena jugularis, lakukan palpasi pada pasien untuk mengetahui irama nadi, auskultasi bunyi jantung kilen.

3) Brain B3

Kaji tingkan kesadaran pasien (GCS) dan monevemen nyeri yang di alami pasien (PQRST).

4) Bladder B4

Kaji apakah pasien di harus kan memakai kateter atau tidak, apakah sebelumnya pasien mengalami gangguan pada saluran perkemihan, apakah proses BAK lancar dan teratur, warna dan bau,

5) Bowel B5

Inspeksi abdomen pasien, palpasi apakah terdapat nyeri tekan di abdomen, apakah terdapat bising usus, apakah terdapat mual muntah dan frekuensi mual muntah jikalau terjadi.

6) Bone B6

Inspeksi lesi *varicella* tampak mula mula di bagian mana, periksa apakah lesi mulai timbul sebagai macula eritematosa yang sangat gatal yang berkembang membentuk vesikel berisi cairan jernih, apakah ada perubahan isi vesikel menjadi berwarna keruh, periksa penyebaran erupsi 17 *varicella*, palpasi apakah akral hangat, apakah pergerakan sendi pasien terhambat.

j. Pemeriksaan Tingkat Perkembangan

Tahapan perkembangan anak adalah tugas yang harus dilakukan dan dikuasai pada setiap tahapan perkembangannya. Tugas perkembangan 0-2 tahun adalah berjalan, berbicara, makan-makanan padat, dan kestabilan jasmani. Tugas tahapan perkembangan 3-5 tahun adalah mendapat kesempatan bermain, membedakan yang salah dan benar. Tugas tahapan perkembangan 6-12 tahun adalah belajar menguasai keterampilan fisik dan motorik, serta belajar bergaul dengan teman sebaya.

2. **Diagnosis Keperawatan**

Diagnosis keperawatan adalah penilaian klinis terhadap pengalaman ataupun respon individu, keluarga ataupun komunitas terhadap masalah kesehatan-nya. Resiko masalah kesehatan atau pada proses kehidupan diagnosis keperawatan merupakan bentuk vital dalam mencapai kesehatan yang optimal. Pentingnya diagnosis keperawatan pada pemberian

pemenuhan asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan keamanan proteksi termoregulasi pada kasus hipertermia (SDKI, 2017).

a. Hipertermia

Definisi:

Suhu tubuh meningkat diatas rentang normal tubuh manusia (SDKI, 2017).

1) Penyebab

- a) Dehidrasi
- b) Terpapar lingkungan panas
- c) Proses penyakit (mis. infeksi atau kanker)
- d) Ketidaksesuaian pakaian dengan suhu lingkungan
- e) Peningkatan laju metabolisme
- f) Respon trauma
- g) Aktifitas berlebihan
- h) Penggunaan incubator

Tabel 1 Gejala Dan Tanda Hipertermia (Sumber SDKI, 2017)

Gejala dan Tanda Mayor	Gejala dan Tanda Minor
<p><i>Subjektif</i> (tidak tersedia)</p> <p><i>Objektif</i></p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Suhu tubuh diatas nilai normal 	<p><i>Subjektif</i> (tidak tersedia)</p> <p><i>Objektif</i></p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Kulit kemerahan 2. Kejang 3. Takikardi 4. Takipnea 5. Kulit terasa hangat

2) Kondisi Klinis Terkait

- a) Proses infeksi
- b) Hipertiroid
- c) Stroke
- d) Dehidrasi
- e) Trauma
- f) Prematuritas

3. Perencanaan Keperawatan

Perencanaan keperawatan merupakan segala bentuk terapi yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (*outcome*) yang diharapkan peningkatan, pencegahan, dan pemulihan Kesehatan baik individu, keluarga dan komunitas (SIKI, 2018). Sebagai berikut:

Tabel 2 Perencanaan Keperawatan Pada Masalah Hipertermia (Sumber SDKI, 2017 SLKI, 2019 SIKI, 2018)

Diagnosis (SDKI,2017)	Intervensi	
	Tujuan (SLKI,2019)	Intervensi (SIKI,2018)
Hipertermia	Kekuatan nadi meningkat	Intervensi Utama
	Saturasi oksigen meningkat	Manajemen Hipertermia
	Pucat menurun	Regulasi Kejang
	Akral dingin menurun	
	Bunyi nafas tambahan menurun	Intervensi Pendukung
	Tekanan darah sistolik membaik	Edukasi Analgesia Terkontrol
	Tekanan darah diastolik membaik	Edukasi Dehidrasi
	Tekanan nadi membaik	Edukasi Pengukuran Suhu Tubuh
	Berat badan membaik	Edukasi Program Pengobatan
		Edukasi Terapi Cairan
		Edukasi Termoregulasi
		Kompres Dingin
		Manajemen Cairan
		Manajemen Kejang
		Pemantauan Cairan
		Pemberian Obat
		Pemberian Obat Intravena
		Perawatan Sirkulasi
		Promosi Teknik Kulit ke Kulit

Dalam proses perencanaan keperawatan, terdapat tahap perumusan tujuan, tindakan, dan penilaian rangkaian asuhan keperawatan yang didasarkan pada analisis pengkajian. Hal ini bertujuan agar masalah kesehatan pasien dapat diatasi secara optimal. Penting untuk diingat bahwa setiap tindakan perawat harus dilakukan sesuai dengan prosedur yang berlaku, menghindari sembarangan dalam memberikan intervensi. Tujuannya adalah memastikan bahwa asuhan atau pelayanan yang diberikan oleh perawat kepada pasien sesuai dengan tujuan yang telah ditetapkan, serta kriteria hasil yang diharapkan dapat tercapai sebagaimana disebutkan oleh Baringbing (2020).

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi dalam konteks keperawatan merupakan langkah pelaksanaan dari rencana atau intervensi keperawatan yang telah dirumuskan dengan tujuan mencapai hasil yang spesifik. Fokus utama dari implementasi adalah membantu pasien dalam mencapai kondisi kesehatan yang optimal, yang melibatkan berbagai aspek seperti peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, pemulihan kesehatan, dan memfasilitasi mekanisme coping yang efektif. Implementasi keperawatan merupakan realisasi rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditemukan. Pada tahap ini dilaksanakan tindakan keperawatan berdasarkan rencana yang telah dibuat (Budiono dan Pertami, 2016).

Menurut Berman et al, 2015; Potter & Perry, 2013; Saba, 2007; Wiikinson et al, 2016 (dikutip dalam SIKI,2018) tindakan-tindakan implementasi terdiri atas observasi, terapeutik, edukasi dan kolaborasi.

a. Tindakan Observasi

Tindakan yang ditujukan untuk mengumpulkan dan menganalisis data status kesehatan pasien. Tindakan ini umumnya menggunakan kata '*periksa*', '*identifikasi*' dan '*monitor*'.

b. Tindakan Terapeutik

Tindakan yang secara langsung dapat berefek memulihkan status kesehatan pasien atau dapat mencegah perburukan masalah kesehatan

pasien. Tindakan ini umumnya menggunakan kata '*lakukan*' dan kata-kata lainnya.

c. Tindakan edukasi

Tindakan yang ditujukan untuk meningkatkan kemampuan pasien merawat dirinya dengan membantu pasien memperoleh perilaku baru yang dapat mengatasi masalah. Tindakan ini umumnya menggunakan kata '*ajarkan*' atau '*anjurkan*'.

d. Tindakan kolaborasi

Tindakan yang membutuhkan kerjasama baik dengan perawat lainnya maupun dengan profesi kesehatan lainnya.

Tabel 3 Implementasi Dari Masalah Hipertermia (Sumber SIKI, 2018)

Manajemen Hipertermia	
Definisi	Mengidentifikasi dan mengelola peningkatan suhu tubuh akibat disfungsi termoregulasi.
Tindakan	
Observasi	<ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi penyebab hipertermia (mis. dehidrasi, terpapar lingkungan panas, penggunaan inkubator). - Monitor suhu tubuh - Monitor kadar elektrolit - Monitor haluan urin - Monitor komplikasi akibat hipertermia
Terapeutik	<ul style="list-style-type: none"> - Sediakan lingkungan yang dingin - Longgarkan atau lepaskan pakaian - Basahi dan kipasi permukaan tubuh - Berikan cairan oral - Lakukan pendinginan eksternal (mis. selimut hipotermia atau kompres dingin pada dahi, leher, dada, abdomen, dan aksila). - Hindari pemberian antipiretik atau aspirin
Edukasi	Anjurkan tirah baring
Kolaborasi	Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena, <i>jika perlu</i>

Tabel 3 Implementasi Dari Masalah Hipertermia (Sumber SIKI, 2018)

Kompres Hangat	
Definisi	Melakukan stimulasi kulit dan jaringan dengan panas untuk mengurangi nyeri, spasme otot, dan mendapatkan efek terapeutik lainnya melalui paparan panas.
Tindakan	
Observasi	<ul style="list-style-type: none">- Identifikasi kontraindikasi kompres kompres panas (mis. Penurunan sensasi, penurunan sirkulasi).- Identifikasi kondisi kulit yang akan dilakukan kompres panas.- Periksa suhu alat kompres.- Monitor iritasi kulit atau kerusakan jaringan selama 5 menit pertama.
Terapeutik	<ul style="list-style-type: none">- Pilih metode kompres yang nyaman dan mudah didapat (mis. Kantong plastik tahan air, botol air panas, bantal pemanas listrik).- Pilih lokasi kompres.- Balut alat kompres dengan kain pelindung, <i>jika perlu</i>.- Lakukan kompres panas pada daerah cedera- Hindari penggunaan kompres pada jaringan yang terpapar terapi radiasi.
Edukasi	<ul style="list-style-type: none">- Jelaskan prosedur penggunaan kompres panas- Anjurkan tidak menyesuaikan pengaturan suhu secara mandiri tanpa pemberitahuan sebelumnya.- Ajarikan cara menghindari kerusakan jaringan akibat panas.

Tujuan dari pelaksanaan implementasi adalah memberikan dukungan yang sesuai dengan kebutuhan pasien, sehingga tujuan kesehatan yang telah ditetapkan dapat tercapai secara efektif. Implementasi keperawatan harus mengacu pada prosedur dan panduan yang telah ditetapkan, agar memberikan jaminan bahwa pelayanan yang diberikan sesuai dengan standar keperawatan yang berlaku (Purba, 2020).

5. Evaluasi Keperawatan

Luaran (*outcome*) keperawatan merupakan yang dapat diobservasi dan diukur meliputi kondisi, perilaku, atau persepsi dari pasien, keluarga, komunitas sebagai respon terhadap intervensi keperawatan menurut Germini et al, 2010 (dikutip dalam SLKI, 2019). Oleh karena itu evaluasi yang diperoleh sesuai dengan kasus yaitu:

Tabel 4 Evaluasi Hipertermia (Sumber SLKI,2019)

Hipertermia	
Luaran Utama	Termoregulasi
Luaran Tambahan	Perfusi Perifer
	Status Cairan
	Status Kenyamanan
	Status Neurologis
	Status Nutrisi
	Termoregulasi Neonatus

Evaluasi dapat dilakukan dengan menggunakan pendekatan SOAP yaitu:

S: Data subjektif merupakan data yang didasarkan pada keadaan yang dirasakan, dikeluhkan, dan dikemukakan oleh pasien.

O: Data objektif merupakan data perkembangan yang bisa diamati dan diukur oleh perawat atau tim kesehatan lain.

A: Analisis merupakan penelitian dari kedua jenis data (baik data subjektif maupun objektif).

P: Perencanaan merupakan rencana penanganan pasien yang berdasarkan hasil analisis pasien, perencanaan sebelumnya apabila keadaan belum teratasi.

Evaluasi keperawatan mencakup suatu proses yang terfokus pada identifikasi dampak dari pemberian rencana asuhan keperawatan yang telah diimplementasikan. Tujuan utama evaluasi adalah untuk menilai

sejauh mana efektivitas asuhan keperawatan tersebut dan apakah tujuan yang telah ditetapkan dapat dicapai dengan optimal (Syafitri, 2019). Dalam konteks perawatan, peran seorang perawat dalam proses evaluasi sangatlah vital, mengingat keprofesionalan dan kemampuan berpikir kritis menjadi kunci dalam mengevaluasi kesuksesan pemberian asuhan kepada pasien (Fatimah, 2020).

C. Konsep Dasar *Varicella*

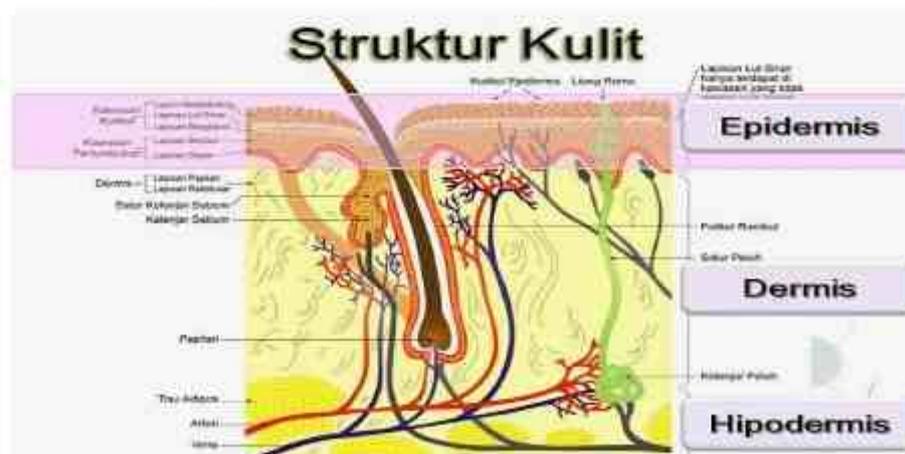
1. Pengertian

Varicella berasal dari bahasa latin, yaitu: *varicella*. Di Indonesia penyakit ini dikenal dengan istilah cacar air sedangkan di luar negeri lebih dikenal dengan nama *Chickenpox*. *Varicella* merupakan salah satu penyakit infeksi yang menular yang disebabkan oleh virus *Varicella-Zoster* yang dimana ditandai oleh erupsi yang khas pada kulit.

Varicella atau cacar air yaitu penyakit yang menular yang disebabkan oleh *Virus Varicella-Zoster* dengan gejala demam dan timbul seperti bitnik-bintik merah pada kulit yang kemudian mengandung cairan.

Varicella merupakan penyakit akut menular yang ditandai dengan adanya vesikel pada kulit dan selaput lender yang disebabkan oleh virus *varicella*. *Varicella* merupakan infeksi yang menyerang kulit dan mukosa secara klinis, kelainan kulit polimorfi terutama berlokasi di bagian sentral tubuh atau disebut juga cacar air atau *chickenpox* (Ulum et al., 2023).

2. Anatomi Fisiologi

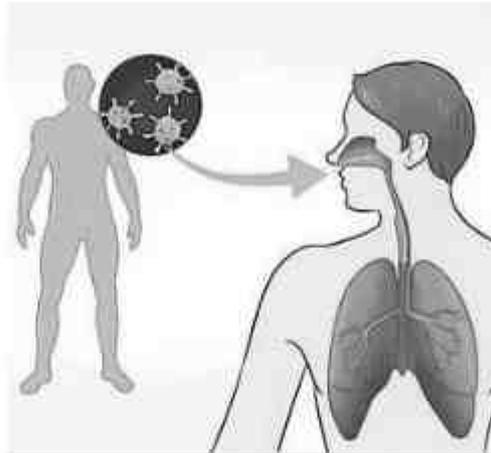


Gambar 2 Struktur Kulit (Sumber Perdanakusuma, 2017)

- a. Kulit, merupakan barrier protektif yang memiliki fungsi vital seperti perlindungan terhadap kondisi luar lingkungan baik dari pengaruh fisik maupun pengaruh kimia, serta mencegah kelebihan kehilangan air dari tubuh dan berperan sebagai termoregulasi. Kulit bersifat lentur dan elastis yang menutupi seluruh permukaan tubuh dan merupakan 15% dari total berat badan orang dewasa (Paul et al., 2017). Fungsi proteksi kulit adalah melindungi tubuh dari kehilangan cairan elektrolit, trauma mekanik dan radiasi ultraviolet, sebagai barrier dari invasi mikroorganisme patogen, merespon rangsangan sentuhan, rasa sakit dan panas karena terdapat banyak ujung saraf, tempat penyimpanan nutrisi dan air yang dapat digunakan apabila terjadi penurunan volume darah dan tempat terjadinya metabolisme vitamin D. Kulit terdiri dari dua lapisan yang berbeda, lapisan luar adalah epidermis yang merupakan lapisan epitel dan lapisan dalam yaitu dermis yang merupakan suatu lapisan jaringan ikat (Perdanakusuma, 2017).
- b. Epidermis, merupakan lapisan terluar kulit yang terdiri dari epitel berlapis bertanduk, mengandung sel malonosit, Langerhans dan merkel. Tebal epidermis berbeda-beda pada berbagai tempat di tubuh, paling tebal terdapat pada telapak tangan dan kaki. Ketebalan epidermis hanya sekitar 5% dari seluruh ketebalan kulit. Epidermis terdiri atas lima lapisan (dari lapisan yang paling atas sampai yang terdalam) (Perdanakusuma, 2017).
- c. Dermis, tersusun oleh sel-sel dalam berbagai bentuk dan keadaan, dermis terutama terdiri dari serabut kolagen dan elastin. Serabut-serabut kolagen menebal dan sintesa kolagen akan berkurang seiring dengan bertambahnya usia. Sedangkan serabut elastin terus meningkat dan menebal, kandungan elastin kulit manusia meningkat kira-kira 5 kali dari fetus sampai dewasa. Pada usia lanjut kolagen akan saling bersilang dalam jumlah yang besar dan serabut elastin akan berkurang mengakibatkan kulit terjadi kehilangan kelenturanannya dan tampak berkeriput (Perdanakusuma, 2017). Di dalam dermis terdapat folikel rambut, papilla rambut, kelenjar keringat, saluran keringat, kelenjar

sebaceous, otot penegak rambut, ujung pembuluh darah dan ujung saraf dan sebagian serabut lemak yang terdapat pada lapisan lemak bawah kulit (Tranggono dan Latifah, 2014).

3. Etiologi



Gambar 3 Etiologi *Varicella* (Sumber Ulum et al. 2023)

Virus Varicella-Zoster termasuk kedalam famili herpes virus. Menurut Richar E. *varicella* disebabkan herpes virus *varicella* atau disebut juga dengan *Virus Varicella-Zoster* (virus V-Z). Virus tersebut juga dapat menyebabkan herpes zoster akan tetapi kedua penyakit ini mempunyai manifestasi klinis yang berbeda, diperkirakan bahwa setelah ada kontak dengan virus V-Z akan terjadi *varicella* kemudian setelah penderita sembuh dapat dimungkinkan virus itu tetap ada dalam bentuk laten (tanpa 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 *varicella* serta dapat dilihat dengan menggunakan mikroskop electron (Ulum et al. 2023).

4. Klasifikasi

Menurut Siti Aisyah, klasifikasi *varicella* dibagi menjadi 2 :

a. *Varicella* Congenital

Varicella 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 *varicella* congenital sangat rendah (2,2%), walaupun pada kehamilan trimester pertama ibu menderita *varicella*. *Varicella*

pada kehamilan paruh kedua jarang sekali menyebabkan kematian bayi pada saat lahir. Sulit untuk mendiagnosis infeksi *varicella* intrauterin. Tidak diketahui apakah pengobatan dengan antivirus pada ibu dapat mencegah kelainan fetus.



Gambar 4 Tahapan *Varicella* (Sumber Perdanakusuma, 2017)

b. *Varicella* Neonatal

Varicella neonatal terjadi bila terjadi *varicella* maternal antara 5 hari sebelum sampai 2 hari sesudah kelahiran. Kurang lebih 20% bayi yang terpajan akan menderita *varicella* neonatal. Sebelum penggunaan *varicella*-zoster immune globulin (VZIG), kematian *varicella* neonatal sekitar 30%. Namun neonatus dengan lesi pada saat lahir atau dalam 5 hari pertama sejak lahir jarang menderita *varicella* 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. Bila terjadi *varicella* progresif (ensefalitis, pneumonia, *varicella*, hepatitis, diatesis pendarahan) harus diobati dengan asiklovir intravena. Bayi yang terpajan dengan *varicella* maternal dalam 2 bulan sejak lahir harus diawasi. Tidak ada indikasi klinis untuk memberikan antivirus pada *varicella* neonatal atau asiklovir profilaksis bila terpajan *varicella* maternal (Perdanakusuma, 2017).

5. Patofisiologi

Menyebarkan hematogen, *Virus Varicella-Zoster* juga menginfeksi sel satelit di sekitar neuron pada ganglion akar dorsal sumsum tulang belakang. Dari sini, virus bisa kembali menimbulkan gejala dalam bentuk herpes zoster.

Sekitar 250-500 benjolan akan timbul menyebar diseluruh bagian tubuh, tidak terkecuali pada muka, kulit kepala, mulut bagian dalam, mata, termasuk bagian tubuh yang paling intim. Namun dalam waktu kurang dari seminggu, lesi tersebut akan mengering dan bersamaan dengan itu terasa gatal. Dalam waktu 1-3 minggu bekas pada kulit yang mengering akan terlepas.

Virus Varicella-Zoster penyebab penyakit cacar air ini berpindah dari satu orang ke orang lain melalui percikan ludah yang berasal dari batuk atau bersin penderita dan diterbangkan melalui udara atau kontak langsung dengan kulit yang terinfeksi. Virus ini masuk ke ketubuh manusia melalui paru-paru dan tersebar kebagian tubuh melalui kelenjar getah bening. Setelah melewati periode 14 hari virus ini akan menyebar dengan pesatnya ke jaringan kulit. Memang sebaiknya penyakit ini dialami pada masa kanak-kanak dan pada masa sudah dewasa. Sebab seringkali orang tua membiarkan anak-anaknya terkena cacar air lebih dini.

Varicella pada umumnya menyerang anak-anak; dinegara-negara bermusim empat, 90 kasus *varicella* 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 *varicella*. Lima puluh persen kasus *varicella* terjadi diatas usia 15 tahun. Dengan demikian semakin bertambahnya usia pada remaja dan dewasa, gejala *varicella* semakin bertambah berat (Ulum et al. 2023).

6. Manifestasi Klinis

Manifestasi klinis *varicella* mencakup serangkaian gejala yang dapat dikelompokkan sebagai berikut. Pertama, infeksi sering diawali dengan

gejala melemahnya kondisi tubuh. Penderita mungkin mengalami penurunan energi dan kelesuan sebagai respons terhadap serangan *virus varicella-zoster*.

Gejala lain yang umum ditemui adalah pusing, yang bisa menjadi manifestasi dari proses infeksi yang sedang berkembang. Selain itu, demam seringkali menjadi bagian integral dari gambaran klinis *varicella* dan kadang-kadang disertai dengan batuk. Kombinasi gejala ini menciptakan kondisi di mana penderita dapat merasa tidak nyaman dan mengalami gangguan kesehatan umum.

Dalam 24 jam setelah munculnya gejala awal, karakteristik khas *varicella* muncul, yaitu timbulnya bintik-bintik yang kemudian berkembang menjadi lesi kulit yang menyerupai kulit yang terangkat akibat terbakar. Ini merupakan tanda khas dari infeksi *varicella* dan menjadi indikator visual yang sering diidentifikasi oleh para profesional kesehatan.

Selanjutnya, pada tahap lanjut, muncul benjolan-benjolan kecil yang berisi cairan. Bentuk ini menunjukkan perkembangan lebih lanjut dari lesi dan mencirikan tahap infeksi yang lebih matang. Pengamatan terhadap perkembangan lesi dan benjolan-benjolan ini dapat membantu dalam diagnosis dan pemantauan progresi penyakit *varicella*. Dengan memahami secara rinci manifestasi klinis ini, para penyedia layanan kesehatan dapat memberikan perawatan yang lebih tepat dan efektif kepada penderita *varicella*.

Sebelum munculnya erupsi pada kulit biasanya penderita mengalami keluhan seperti adanya rasa tidak nyaman pada badan, merasa lesu, tidak nafsu makan dan sakit kepala. Munculnya erupsi pada kulit penderita biasanya diawali dengan adanya bintik-bintik kemerahan (makula), dan kemudian bintik-bintik tersebut berubah menjadi benjolan kecil pada kulit (papula), setelah itu papula tersebut berubah menjadi gelembung-gelembung kecil yang berisi cairan jernih (vesikel), yang akhirnya cairan pada gelembung-gelembung tersebut berubah menjadi keruh (pustula).

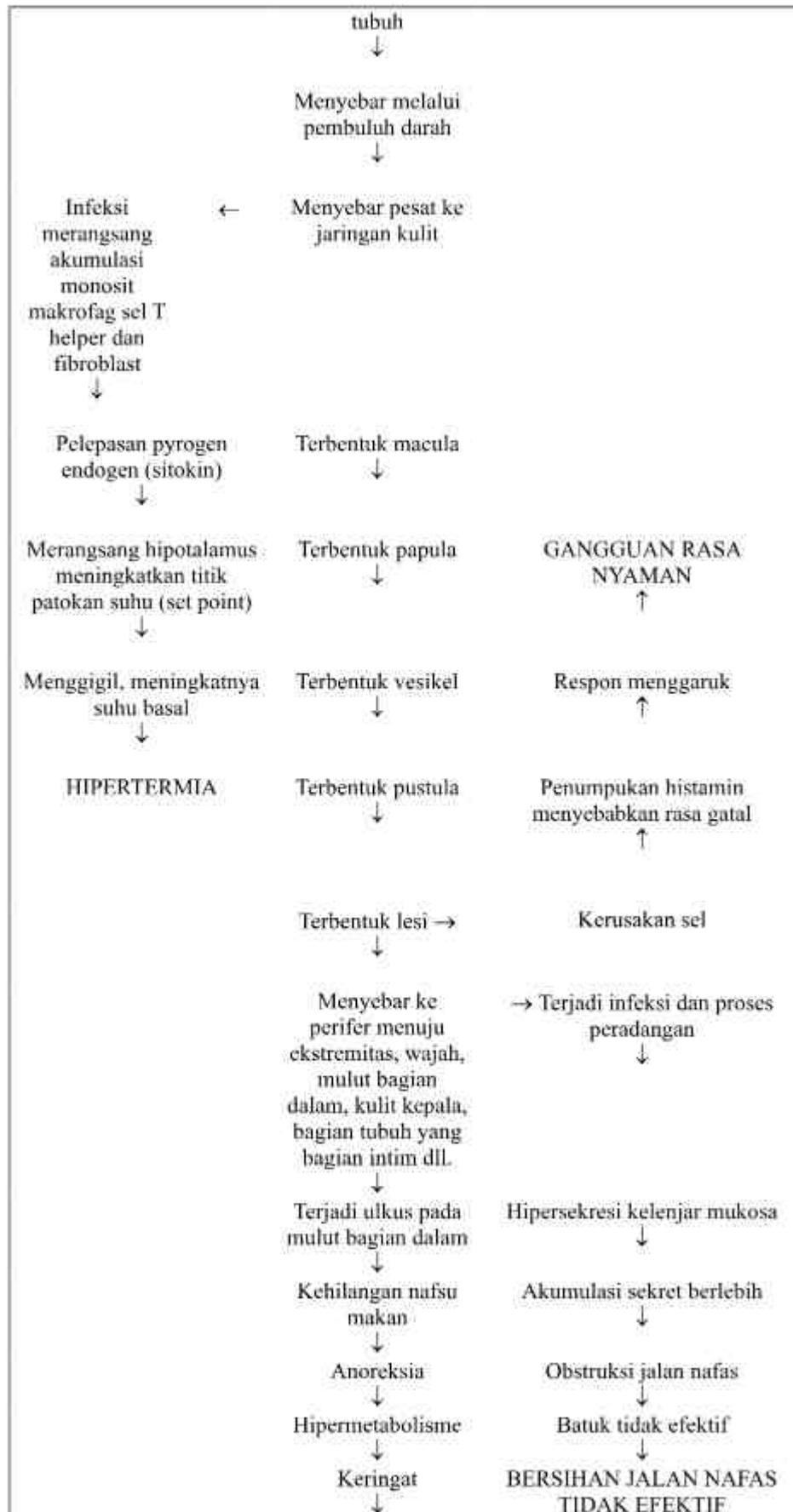
Apabila tidak terjadi infeksi pustula tersebut akan mengering tanpa meninggalkan abses.

7. Pemeriksaan Penunjang

- a. Dapat dilakukan percobaan Tzanck dengan membuat sediaan hapus yang diwarnai dengan Giemsa dan Hematoksin Eosin. Bahan diambil dari kerokan dasar vesikel dan akan didapati sel-sel raksasa (*giant cell*) yang mempunyai inti banyak dan epitel sel berisi *Acidophilic Inclusion Bodies* atau dapat juga dilakukan pengecatan dengan pewarnaan imunofluoresen, sehingga terlihat antigen virus intrasel.
- b. Antibodi terhadap *varicella* dapat dideteksi dengan pemeriksaan *Complement Fixation Test*, *Neurailization Test*, *FAMA (Fluorescent Antibody to Membrane Antigen)*, *IAHA (Indirect Antiglobulin Hemagglutination Assay)*.
- c. Pada pemeriksaa darah tidak memberikan gambaran spesifik. Namun dapat ditemukan leukopenia khas selama 72 jam pertama, dan selanjutnya lekositosis menunjukkan terjadi viremia sekunder. Lekositosis yang sangat berlebihan dapat merupakan pertanda adanya infeksi sekunder serta disertai dengan limfositosis relatif dan absolut.
- d. Pemeriksaan foto roentgen thorax. Bila ada demam yang sangat tinggi dan ada gangguan pernapasan curiga terjadi komplikasi pneumonia (Perdanakusuma, 2017).

8. Pathway





Varicella melibatkan serangkaian tahapan yang dapat terjadi selama infeksi. Hipertermia, atau peningkatan suhu tubuh, dapat menjadi salah satu gejala awal *varicella*. Hal ini dapat diikuti oleh upaya untuk menjaga bersih jalan nafas, mengingat infeksi saluran pernapasan dapat menyebabkan komplikasi. Hipovolemia, yang merupakan kondisi kekurangan volume darah dalam sirkulasi, mungkin juga muncul sebagai dampak dari demam dan dehidrasi yang dapat terjadi selama infeksi *varicella*.

Selain itu, gangguan rasa nyaman menjadi aspek penting dalam pathway *varicella* ini. Adanya lesi kulit yang dapat menimbulkan gatal dan ketidaknyamanan menyebabkan perlu adanya perhatian terhadap manajemen rasa nyaman penderita.

9. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan keperawatan dan medis yang dapat diberikan kepada anak dengan masalah hipertermia adalah sebagai berikut:

a. Penatalaksanaan Keperawatan

Tindakan yang dapat dilakukan dalam menangani masalah diatas dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan yang mencakup rangkaian tindakan berdasarkan *Evident Based Nursing* yang telah terbukti menangani masalah pasien melalui tindakan observasi, mandiri, edukasi, maupun kolaborasi dengan profesi medik atau kesehatan lainnya. Penatalaksanaan yang diberikan pada pasien dapat berbentuk upaya (kuratif, preventif, promotif), intervensi (mandiri dan kolaborasi) serta intervensi komplementer dan alternatif (SIKI, 2018). Untuk masalah hipertermia diantaranya.

- 1) Mengidentifikasi penyebab hipertermia
- 2) Memonitor suhu tubuh, untuk memantau perubahan suhu tubuh apakah dalam batas normal atau abnormal.
- 3) Bila demam kompres menggunakan air hangat
- 4) Menyediakan lingkungan yang dingin

- 5) Longgarkan atau lepaskan pakaian
- 6) Memberikan cairan oral, untuk membantu memenuhi asupan cairan dan mengurangi dehidrasi pada pasien
- 7) Berkolaborasi dalam pemberian cairan dan elektrolit intravena
- 8) Edukasi kepada pasien mengenai penyakit *varicella*, pencegahan penularan, dan pengobatan melalui poster
- 9) Edukasi kepada pasien dan keluarga agar vesikel tidak pecah
 - a) Jangan menggaruk vesikel
 - b) Kuku jangan dibiarkan panjang
 - c) Bila hendak mengeringkan badan, cukup tepal-tepalkan handuk pada kulit jangan digosok.

b. Penatalaksanaan Medis

Dosis Terapi Antivirus Varicella Zoster pada Anak	
Antivirus	Dosis
Acyclovir	<ul style="list-style-type: none"> • Neonatus: 10mg/kgBB 3x1 selama 10 hari • 2 s.d. <18 tahun: 20mg/kgBB 4x1 selama 5 hari • BB ≥40kg: 5x800 mg selama 5 hari
Valacyclovir	<ul style="list-style-type: none"> • 2 s.d. <18 tahun: 20mg/kgBB 3x1 selama 5 hari • BB ≥40kg: 2x1 gr selama 7 hari
Famciclovir	<ul style="list-style-type: none"> • BB ≥40kg: 3x500 mg selama 7 hari

Gambar 5 Dosis Terapi *Varicella*

Penatalaksanaan medis pasien *varicella* antara lain: (Apriani & Saftarina, 2022)

- 1) Antivirus oral, Asiklovir untuk *Varicella* pada bayi dan anak diberikan dengan dosis 4 x 20 mg/kgbb/hari (maksimal 800 mg/kali) per oral selama 5-7 hari
- 2) Pemberian obat seperti:

- a) Antibiotic, bila terjadi komplikasi atau infeksi bakteri pada kulit, seperti Gentamicin
- b) Antiinflamasi
Seperti Santagesik
- c) Antipiretik untuk menurunkan demam
Seperti paracetamol dan ibuprofen
- d) Obat Topikal, seperti salep kulit asiklovir
- e) Obat oral, seperti ambroxol

Di samping itu, dalam mengelola rasa gatal yang seringkali terjadi pada lesi kulit akibat *varicella*, perawatan sintomatik melibatkan penggunaan bedak atau lotion, seperti calamine lotion. Penggunaan calamine lotion direkomendasikan untuk mengurangi rasa gatal dan memberikan kenyamanan pada kulit yang terkena. Sebagai langkah tambahan, kompres dingin juga dapat diberikan untuk meredakan sensasi gatal, menciptakan lingkungan yang lebih nyaman bagi penderita *varicella*.

Oleh karena itu, pendekatan holistik terhadap pengobatan *varicella* melibatkan serangkaian tindakan yang mencakup penggunaan asiklovir sebagai agen antivirus utama, penanganan simptomatik dengan antipiretik dan salep antibiotika, serta perawatan kulit menggunakan bedak atau lotion seperti calamine lotion, semuanya bertujuan untuk meningkatkan kenyamanan dan mempercepat proses penyembuhan bagi penderita.