

MORBILI

I. A. Definisi

Morbili adalah penyakit virus akut, menular yang ditandai dengan 3 stadium, yaitu stadium prodormal (kataral), stadium erupsi dan stadium konvalisensi, yang dimanifestasikan dengan demam, konjungtivitis dan bercak koplik (Ilmu Kesehatann Anak Edisi 2, th 1991. FKUI).

Morbili adalah penyakit anak menular yang lazim biasanya ditandai dengan gejala – gejala utama ringan, ruam serupa dengan campak ringan atau demam, scarlet, pembesaran serta nyeri limpa nadi (Ilmu Kesehatan Anak vol 2, Nelson, EGC, 2000).

B. Patofisiologi

Virus Morbili

Droplet Infection

Eksudat yang serius, proliferasi sel mononukleus,
polimorfonukleus

Reaksi Inflamasi : Demam, suhu naik,
metabolisme naik, RR naik, IWL naik

Gangguan rasa nyaman :
Peningkatan suhu tubuh

Resiko kurang volume cairan

Penyebaran ke berbagai organ melalui
hematogen

Saluran cerna

Terdapat bercak koplik berwarna kelabu dikelilingi eritema pada mukosa bukalis, berhadapan pada molar, palatum durum, mole

Mulut pahit timbul Anorexia

Gangguan kebutuhan nutrisi < kebutuhan

Hygiene tidak dijaga dan Imunitas kurang akan meluas pada saluran cerna bagian bawah (usus)

Absorpsi turun

Diare

Kurang volume cairan elektrolit

(BAB terus menerus)

Iritasi

Gangguan Integritas Kulit

Saluran nafas
Inflamasi saluran nafas atas; bercak koplik pada mukosa bukalis meluas ke jari trakeobronkial

Batuk, pilek, RR

Brochopneumonia

Gangguan Polanafas; bersihan jalan nafas

Kulit menonjol sekitar sebasea dan folikel rambut

Eritema membentuk macula papula di kulit normal

Rash, ruam pada daerah balik telinga, leher, pipi, muka, seluruh tubuh, deskuamasi rasa gatal

Gangguan Istirahat Tidur

Gangguan Integritas kulit

Konjungtiva Radang

Konjungtivitis

Gangguan Persepsi sensori

II. Pengkajian

- A. Identitas diri :
- B. Pemeriksaan Fisik :
- 1) Mata : terdapat konjungtivitis, fotophobia
 - 2) Kepala : sakit kepala
 - 3) Hidung : Banyak terdapat secret, influenza, rhinitis/koriza, perdarahan hidung (pada stad eripsi).
 - 4) Mulut & bibir : Mukosa bibir kering, stomatitis, batuk, mulut terasa pahit.
 - 5) Kulit : Permukaan kulit (kering), turgor kulit, rasa gatal, ruam makuler pada leher, muka, lengan dan kaki (pada stad. Konvalensi), evitema, panas (demam).
 - 6) Pernafasan : Pola nafas, RR, batuk, sesak nafas, wheezing, renchi, sputum
 - 7) Tumbuh Kembang : BB, TB, BB Lahir, Tumbuh kembang R/ imunisasi.
 - 8) Pola Defekasi : BAK, BAB, Diare
 - 9) Status Nutrisi : intake – output makanan, nafsu makanan
- C. Keadaan Umum : Kesadaran, TTV

III. Nursing Care Plan

- A. Dx. Kep yang mungkin muncul
- 1) Gangguan rasa nyaman : peningkatan suhu tubuh
 - 2) Resiko kurang volume cairan
 - 3) Gangguan kebutuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh
 - 4) Resiko terjadi gangguan pola nafas
 - 5) Gangguan persepsi sensori
 - 6) Gangguan integritas kulit
 - 7) Gangguan istirahat tidur
 - 8) Intoleransi aktivitas
- B. Perencanaan Asuhan Keperawatan
- 1) Dx. Keperawatan 1
Dx Gangguan rasa nyaman : peningkatan suhu tubuh bd proses inflamasi
- Data Subjektif :
- Pasien mengeluh pusing
 - Pasien mengeluh panas
- Data Objektif :
- Suhu tubuh
 - Pasien tampak gelisah
 - Mukosa mulut kering
 - Keringat berlebihan
 - Frekuensi pernafasan meningkat
 - Kejang
 - Takikardi
 - Kulit terasa panas
- Tujuan :
- Suhu tubuh normal dalam jangka waktu...
- Kriteria Hasil :
- Suhu tubuh 36,6 – 37,4⁰ C

- Bibir lembab
- Nadi normal
- Kulit tidak terasa panas
- Tidak ada gangguan neurologis (kejang)
- Aktivitas sisi kemampuan

Rencana Tindakan :

- Identifikasi penyebab atau factor yang dapat menimbulkan peningkatan suhu tubuh: dehidrasi, infeksi, efek obat, hipertiroid.
- Observasi TNSR per
- Observasi fungsi neurologis : status mental, reaksi terhadap stimulasi dan reaksi pupil.
- Observasi cairan masuk dan keluar, hitung balance cairan
- Observasi tanda kejang mendadak
- Beri cairan sesuai kebutuhan bila tidak kontraindikasi
- Berikan kompres air hangat
- Berikan cairan dan karbohidrat yang cukup untuk meningkatkan hipermetabolisme akibat peningkatan suhu.
- Anjurkan pasien untuk mengurangi aktivitas yang berlebihan bila suhu naik / bedrest total.
- Anjurkan dan bantu pasien menggunakan pakaian yang mudah menyerap keringat.
- Kolaborasi :
 - Ø Pemberian anti piretik
 - Ø Pemberian anti biotic
 - Ø Pemeriksaan penunjang

2) Dx. Keperawatan 2

Dx Resiko kekurangan volume cairan tubuh B. D kehilangan sekunder terhadap demam.

Data Subjektif :

- Pasien mengeluh haus
- Pasien mengeluh lemas
- Pasien mengeluh mencretx/hr
- Pasien mengeluh muntah ...x/hr

Data Objektif :

- TD...mmttg, N..x/mnt, S..⁰ C, RR...x/mnt
- Turgor kulit jelek
- Perubahan produksi urine...cc/ 24 jam
- Penurunan pengisian vena (capillary refill)
- Volume dan tekanan nadi menurun
- Denyut nadi meningkat
- Demam
- Kulit kering
- Bibir kering
- Mata cekung
- Akral dingin

- Tujuan :
- Tidak terjadi kekurangan volume cairan tubuh dalam jangka waktu
- Kriteria Hasil :
- Turgor baik
 - Produksi urine ...cc/jam <0,5 – 1 cc/kg BB/jam
 - Kulit lembab
 - TTV dalam batas normal
 - Mukosa mulut lembab
 - Cairan masuk dan keluar seimbang
 - Tidak pusing pada perubahan posisi
 - Tidak haus
 - Hb, Ht, dbn
- Rencana Tindakan :
- Observasi penyebab kekurangan cairan : muntah, diare, kesulitan menelan, kekurangan darah aktif, diuretic, depresi, kelelahan
 - Observasi TNSR...
 - Observasi tanda – tanda dehidrasi
 - Observasi keadaan turgon kulit, kelembaban, membran mukosa
 - Monitor pemasukan dan pengeluaran cairan bila kekurangan cairan terjadi secara mendadak, ukur produksi urine setiap jam, berat jenis dan observasi warna urine.
 - Catat dan ukur jumlah dan jenis cairan masuk dan keluar per....
 - Perhatikan : cairan yang masuk, kecepatan tetesan untuk mencegah edema paru, dispneu, bila pasien terpasang infus
 - Timbang BB setiap hari
 - Pertahankan bedrest selama fase akut
 - Ajarkan tentang masukan cairan yang adekuat, tanda serta cara mengatasi kurang cairan
 - Kolaborasi :
 - Ø Pemberian cairan parenteral sesuai indikasi
 - Ø Pemberian obat sesuai indikasi
 - Ø Observasi kadar elektronik, Hb,Ht

3) Dx. Keperawatan 3

Dx. perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh : Asupan makanan yang kurang

Data Subjektif :

- Pasien mengatakan mual
- Pasien mengatakan tidak nafsu makan

- Data Objektif :
- Pasien mengatakan susah makan
 - Bising usus....x/mnt
 - Mukosa mulut kering
 - Vomituscc
 - Porsi makan :porsti
 - Hb, Albumin.....
 - Konjungtiva dan selaput lendir pucat
 - Terdapat bercak – bercak merah pada mukosa mulut
- Tujuan :
- Pasien dapat memperbaiki status gizi (nutrisi) dalam jangka waktu
- Kriteria Hasil :
- BB meningkat
 - Mual berkurang / hilang
 - Tidak ada muntah
 - Pasien menghabiskan makan 1 porsi
 - Nafsu makan meningkat
 - Pasien menyebutkan manfaat nutrisi
 - Pasien mengungkapkan kesediaan mematuhi diit
 - Tidak ada tanda – tanda malnutrisi
 - Nilai Hb, Protein dalam batas normal
- Rencana Tindakan :
- Kaji pola makan pasien
 - Observasi mual dan muntah
 - Jelaskan pentingnya nutrisi yang adekuat untuk kesembuhan
 - Kaji kemampuan untuk mengunyah dan menelan
-
- Auskultasi bising usus, catat adanya penurunan atau hilangnya bising usus.
 - Beri posisi semi fowler / fowler saat makan
 - Identifikasi factor pencetus mual , muntah , diare, nyeri abdomen
 - Kaji makanan yang disukai dan tidak disukai sesuai diit
 - Sajikan makanan dalam keadaan hangat dan menarik
 - Bantu pasien untuk makan , catat jumlah makanan yang masuk
 - Hindari makanan dan minuman yang merangsang
 - Lakukan perawatan mulut sebelum dan sesudah makan.
 - Kolaborasi :
 - Ø Penatalaksanaan diit yang sesuai (dengan ahli gizi)
 - Ø Pemberian nutrisi parenteral
 - Ø Pemberian anti emetik
 - Ø Pemberian multivitamin, cara pemberian makanan / tambahan.

