

KARYA TULIS ILMIAH
STUDI DOKUMENTASI RISIKO INFEKSI PADA
PASIEN An. E DENGAN *SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS*
(SLE)



Oleh :
RAHMAH KURNIASARI
NIM : 2317028

YAYASAN KEPERAWATAN YOGYAKARTA
AKADEMI KEPERAWATAN "YKY"
YOGYAKARTA
2020

KARYA TULIS ILMIAH
STUDI DOKUMENTASI RISIKO INFEKSI PADA
PASIEN An. E DENGAN *SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS*
(SLE)

Tugas Akhir ini Untuk Memenuhi Syarat Menyelesaikan
Pendidikan Program Diploma III Keperawatan
Akademi “YKY” Yogyakarta

RAHMAH KURNISARI
NIM : 2317028

YAYASAN KEPERAWATAN YOGYAKARTA
AKADEMI KEPERAWATAN “YKY”
YOGYAKARTA
2020

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Rahmah Kurniasari

NIM : 2317028

Program Studi : Diploma III Keperawatan

Institusi : Akademi Keperawatan "YKY" Yogyakarta

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Karya Tulis Ilmiah yang saya tulis ini adalah benar-benar merupakan hasil karya sendiri dan bukan merupakan pengambilan alihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya aku sebagai hasil tulisan atau pikiran saya sendiri.

Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan Karya Tulis Ilmiah ini hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Yogyakarta, 2 Juli 2020

Pembuat Pernyataan



Rahmah Kurniasari

NIM : 2317028

HALAMAN PERSETUJUAN

KARYA TULIS ILMIAH

**STUDI DOKUMENTASI RISIKO INFEKSI PADA
PASIEAN An. E DENGAN *SYSTEMIC LUPUS
ERYTHEMATOSUS* (SLE)**

OLEH :
RAHMAH KURNIASARI
NIM : 2317028

Telah memenuhi persyaratan untuk diujikan dan
Disetujui pada tanggal

..... 27 Juni 2020

Pembimbing I



Dr. Atik Ba'diah, S.Pd, S.Kp, M.Kes
NIK : 196512301988032001

Pembimbing II



Dwi Juwartini, SKM., MPH
NIK : 114198027

HALAMAN PENGESAHAN

KARYA TULIS ILMIAH

**STUDI DOKUMENTASI RISIKO INFEKSI PADA
PASIE*n* An. E DENGAN *SYSTEMIC LUPUS*
ERYTHEMATOSUS (SLE)**

OLEH :

RAHMAH KURNIASARI

NIM : 2317028

Telah dipertahankan di depan Dewan Penguji Karya Tulis Ilmiah
Akper "YKY" Yogyakarta pada tanggal

30 Juni 2020

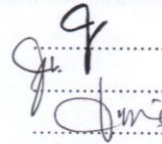
Dewan Penguji :

Tanda Tangan

Dr. Atik Ba'diah, S.Pd, S.Kp, M.Kes

Dwi Juwartini, SKM., MPH

Tri Arini, S.Kep.,Ns.,M.Kep



Mengesahkan

Direktur Akper "YKY"

Yogyakarta



Tri Arini, S.Kep.,Ns.,M.Kep
NIM : 114103052

HALAMAN MOTTO

1. Dan (ingatlah) ketika tuhanmu memaklumkan, “Sesungguhnya jika kamu bersyukur, niscaya aku akan menambah (nikmat) kepadamu, tetapi jika kamu mengingkari (nikmat-Ku), maka pasti azab-Ku sangat berat” (QS Ibrahim 7).
2. Jadikanlah mimpi dan cita-cita mu penyemangat ketika kamu lelah.
3. Sungguh, dibalik masa sulit yang dilalui tersimpan kebahagiaan yang allah janjikan.
4. Yakinkanlah rahasia keberhasilan dan kesuksesan adalah doa, usaha, dan ihktiar.
5. Tidak ada perjuangan yang sia-sia.
6. Bersyukurlah dengan apa adanya sekarang, mungkin hari ini adalah doa di masa lalu.

HALAMAN PERSEMBAHAN

Karya Tulis Ilmiah ini penulis persembahkan untuk :

1. Ibu dan bapak tersayang yang tidak pernah berhenti mendo'akan dan memberikan dukungan moril maupun material serta motivasi dan segalanya yang tidak dapat dihitung.

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kami panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa, atas rahmat dan karunia-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini guna untuk memenuhi salah satu syarat memperoleh gelar D3 pada jurusan Keperawatan di Akademi Keperawatan “YKY” Yogyakarta. Judul yang penulis ajukan adalah “Studi Dokumentasi Risiko Infeksi Pada Pasien An. “E” dengan *Systemic Lupus Erythematosus* (SLE).

Dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini, penulis banyak mendapatkan bimbingan, dukungan dan bantuan dari berbagai pihak, maka dalam kesempatan ini penulis mengucapkan banyak terima kasih kepada:

1. Tri Arini, S.Kep.,Ns.M.Kep selaku direktur AKPER “YKY” Yogyakarta yang telah memberikan kesempatan bagi peneliti dalam pembuatan penelitian ini.
2. Dr. Atik Ba’diah, S.Pd, S.Kp, M.Kes selaku pembimbing satu yang telah memberikan pengarahan serta bimbingan dalam pembuatan Karya Tulis Ilmiah sehingga penulis dapat menyelesaikannya.
3. Dwi Juwartini, SKM.,MPH selaku dosen pembimbing dua yang telah memberikan masukan dan arahan kepada penulis, sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
4. Tri Arini, S.Kep.,Ns.M.Kep yang telah bersedia menjadi penguji dan memberikan masukan.

5. Kepada teman-teman kelas A dan B yang tidak bisa saya sebutkan satu persatu, sukses selalu untuk kita semua.
6. Segenap pihak yang telah mendukung dan membantu dalam penyusunan proposal ini yang tidak dapat penulis tulis satu persatu.

Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini masih terdapat kelemahan dan kekurangan yang perlu diperbaiki. Oleh karena itu penulis mengharapkan kritik dan saran untuk memperbaiki kelemahan dan kekurangan tersebut dan semoga Karya Tulis Ilmiah ini dapat bermanfaat bagi pembaca.

Yogyakarta, 24 Februari 2020

Rahmah

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL DEPAN	i
HALAMAN SAMPUL DALAM	ii
HALAMAN PERNYATAAN KEASLIAN	iii
HALAMAN PERSETUJUAN	iv
HALAMAN PENGESAHAN	v
HALAMAN MOTTO	vi
HALAMAN PERSEMBAHAN	vii
KATA PENGANTAR	viii
HALAMAN DAFTAR ISI	x
HALAMAN DAFTAR GAMBAR	xii
HALAMAN DAFTAR LAMPIRAN	xiii
INTISARI	xiv
ABSTRAK	xv
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang Masalah	1
B. Rumusan Masalah.....	3
C. Tujuan Studi Kasus	4
D. Ruang Lingkup.....	5
E. Manfaat Studi Kasus	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	6
A. Teori Dasar	6
1. Konsep <i>Systemic Lupus Erythematosus</i> (SLE)	6
a. Definisi.....	6
b. Klasifikasi	7
c. Etiologi.....	8
d. Patofisiologi	10
e. Tanda dan Gejala	11
f. Komplikasi.....	12
g. Pemeriksaan Penunjang	13
h. Penatalaksanaan	14
2. Konsep Resiko Infeksi	15
a. Definisi.....	15
b. Faktor Resiko pada Resiko Infeksi	15
c. Kondisi Klinis Terkait	16
d. Gambaran Resiko Infeksi pada Pasien SLE.....	17
e. Tanda infeksi	18
3. Asuhan Keperawatan Pada Pasien	19

a. Pengkajian.....	19
b. Diagnosa Keperawatan	21
c. Perencanaan	21
d. Pelaksanaan.....	22
e. Evaluasi.....	23
f. Dokumentasi	23
B. Kerangka Teori	24
BAB III METODE PENELITIAN	25
A. Jenis dan Rancangan Penelitian	25
B. Objek Penelitian	25
C. Lokasi dan Waktu Penelitian	25
D. Definisi Operasional	25
E. Instrument Studi Kasus	26
F. Teknik Pengumpulan Data	26
G. Analisa Data	26
H. Etika Studi Kasus	27
I. Kerangka Alur Penelitian	28
BAB IV HASIL dan PEMBAHASAN	29
A. Hasil	29
B. Pembahasan	36
BAB V PENUTUP	43
A. Kesimpulan	43
B. Saran	44
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Tanda Gejala	7
Gambar 2.2 <i>Butterfly Rush</i>	12
Gambar 2.3 Komplikasi	13
Gambar 2.4 Kerangka Teori	24
Gambar 3.1 Alur Penelitian	28

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Jadwal Kegiatan

Lampiran 2 Berita Acara Pelaksanaan Bimbingan

Lampiran 3 Kasus anak dengan SLE

Rahmah Kurniasari. (2020). Studi Dokumentasi Risiko Infeksi Pada Pasien Anak dengan Systemic Lupus Erythematosus (SLE)

Pembimbing : Atik Ba'diah, Dwi Juwartini

INTISARI

Latar Belakang : Risiko infeksi adalah beresiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik. Keluhan yang disampaikan oleh pasien dapat berupa kelelahan, penurunan berat badan, demam, manifestasi musculoskeletal, kulit dan lain-lain. Demam sebagai gejala yang dapat merujuk adanya infeksi pada tubuh, suhu tubuh dapat lebih dari 40°C. **Tujuan** : untuk mengetahui karakteristik serta gambaran risiko infeksi pada pasien An. E dengan *Systemic Lupus Erythematosus* (SLE). **Metode** : metode yang digunakan adalah studi dokumentasi dengan pendekatan deskriptif kualitatif.

Hasil : Dari hasil pengkajian diagnosa yang ditegakkan yaitu risiko infeksi sudah sesuai dengan batasan karakteristik, perencanaan ada yang kurang sesuai dengan konsep, untuk pelaksanaan yang dilakukan kurang sesuai dengan konsep, pada evaluasi setelah dilakukan tindakan keperawatan didapatkan teratasi sebagian hal ini sesuai karena ada kriteria hasil yang sudah tercapai dan ada yang belum tercapai. **Kesimpulan** : setelah melakukan studi dokumentasi penulis mendapatkan gambaran masalah keperawatan risiko infeksi pada anak dengan *Systemic Lupus Erythematosus* (SLE).

Kata kunci : Risiko Infeksi, SLE, Studi Dokumentasi

Rahmah Kurniasari. (2020). Studi Dokumentasi Risiko Infeksi Pada Pasien Anak dengan Systemic Lupus Erythematosus (SLE)

Pembimbing : Atik Ba'diah, Dwi Juwartini

ABSTRAK

Background: Risk of infection is an increased risk of developing pathogenic organisms. Complaints delivered by patients can include fatigue, weight loss, fever, musculoskeletal manifestations, skin and others. Fever as a symptom that can refer to an infection in the body, body temperature can be more than 40 ° C. **Objective:** to determine the characteristics and description of the risk of infection in patients An. E with Systemic Lupus Erythematosus (SLE). **Method:** the method used is the study of documentation with a qualitative descriptive approach.

Results: From the results of the diagnostic assessment established that the risk of infection is in accordance with the characteristics limitation, there is planning that is not in accordance with the concept, for the implementation that is done not in accordance with the concept, in the evaluation after the nursing action is found to be partially overcome according to the results criteria that have been achieved and some that have not yet been achieved. **Conclusion:** after conducting a documentation study the author got an idea of the problem of nursing risk of infection in children with Systemic Lupus Erythematosus (SLE).

Keywords: Infection Risk, SLE, Documentation Study

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Lupus eritematosus sistemik atau *systemic lupus erythematosus* (SLE) adalah penyakit autoimun multi sistem dengan manifestasi khas dan perilaku klinis bervariasi. SLE adalah penyakit autoimun yang disebabkan oleh autoantibodi yang diproduksi terhadap banyak antigen diri dan pembentukan kompleks imun (Vinay Kumardkk, 2015). Lupus merupakan hasil dari regulasi sistem imun yang terganggu yang menyebabkan produksi berlebihan dari autoantibodi. Lupus merupakan suatu penyakit yang terjadi karena adanya penurunan sistem kekebalan tubuh dan menyerang seluruh organ tubuh manusia mulai dari ujung kaki hingga ujung rambut. Keluhan yang disampaikan oleh pasien dapat berupa kelelahan, penurunan berat badan, demam, manifestasi musculoskeletal, kulit, paru, jantung, ginjal, gastrointestinal, neuropsikiatri, dan hemi-limfatik. Demam sebagai gejala yang dapat merujuk adanya infeksi pada tubuh, suhu tubuh dapat lebih dari 40°C (Alamanda, T.P dkk, 2018).

Risiko infeksi termasuk dalam domain 11 yaitu keamanan/perlindungan dengan definisi berisiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik (Tim Pokja SDKI DPP PPNI 2016). Data

Klinik Penyakit Dalam dan Rematik Rumah Sakit Umum Pusat Sardjito Yogyakarta menunjukkan saat ini jumlah penderita penyakit lupus yang terdeteksi di Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta mencapai 2.000 orang. Dalam tiga bulan terakhir, rumah sakit tersebut merawat sekitar 15-20 penderita rawat inap dan mayoritas lainnya rawat jalan. Sebanyak 85% menyerang perempuan usia 10-18 tahun (Wardhana Seto, 2015). Berdasarkan catatan registrasi Yogyakarta pasien sebanyak 110 dengan penderita *Systemic Lupus Erythematosus* (SLE) sejak 1 November 2019 sampai dengan 3 februari 2020 diperoleh data sebagai berikut : Jumlah keseluruhan ada 26 anak yang menderita SLE.

Berbagai efek dapat timbul pada pasien SLE. Efek tersebut dapat datang dari efek secara fisik maupun efek secara psikologis. Pada penderita lupus jaringan di dalam tubuh dianggap benda asing. Rangsangan dari jaringan tersebut akan bereaksi dengan sistem imunitas dan akan membentuk antibodi yang berlebihan, dimana antibodi yang berfungsi sebagai pertahanan tubuh terhadap penyakit, masuk kedalam tubuh justru akan menyerang sel-sel jaringan organ tubuh yang sehat dan berbagai jaringan organ tubuh seperti jaringan kulit, otot, tulang, ginjal, sistem saraf, kardiovaskular, paru-paru dan hati (Fatmawati Atikah, 2018).

Dalam hal ini, peran perawat dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien SLE dengan upaya promotif, yaitu meliputi pemberian pendidikan kesehatan tentang risiko infeksi yang terjadi pada anak dengan penyakit SLE, upaya preventif yaitu memberi informasi

mengenai pencegahan risiko infeksi dengan salah satu caranya rajin mencuci tangan, menjaga kebersihan lingkungan pasien, istirahat yang cukup, upaya kuratif yaitu sebagai pemberi asuhan keperawatan resiko infeksi pada pasien anak dengan *Systemic Lupus Erythematosus* (SLE) sehingga pasien mampu mencapai derajat kesehatan yang optimal dan upaya rehabilif yaitu menganjurkan pasien untuk banyak beristirahat agar tidak mengalami kekambuhan. Keluarga sebagai orang terdekat dengan Odapus (Orang dengan Lupus) mempunyai peran yang sangat penting dalam upaya mengendalikan aktivitas penyakit. Dukungan keluarga agar pasien tetap kontrol rutin dan meminum obat secara teratur, pemahaman keluarga atas kondisi odapus, serta dukungan semangat dalam menghadapi lupus merupakan hal yang sangat diperlukan bagi odapus.

Berdasarkan latar belakang di atas maka penulis perlu dan tertarik untuk membuat Karya Tulis Ilmiah dengan judul “Studi Dokumentasi Resiko Infeksi pada Pasien An. E dengan *Systemic Lupus Erythematosus* (SLE)”.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang masalah tersebut, maka didapatkan rumusan masalah bagaimana studi dokumentasi risiko infeksi pada pasien anak dengan *Systemic Lupus Erythematosus* (SLE) yang meliputi aspek tahap pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan dan evaluasi keperawatan.

C. Tujuan Studi Kasus

1. Tujuan Umum

Mengetahui Gambaran Risiko Infeksi pada pasien An. E dengan *Systemic Lupus Erythematosus* (SLE).

2. Tujuan Khusus

Adapun tujuan khususnya, dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan *Systemic Lupus Erythematosus* (SLE) yaitu diketahui gambaran tentang :

- a. Hasil studi dokumentasi mengenai pengkajian risiko infeksi pada pasien An. E dengan *Systemic Lupus Erythematosus* (SLE).
- b. Hasil studi dokumentasi mengenai diagnosa keperawatan risiko infeksi pada pasien An. E dengan *Systemic Lupus Erythematosus* (SLE).
- c. Hasil studi dokumentasi mengenai perencanaan risiko infeksi pada pasien An. E dengan *Systemic Lupus Erythematosus* (SLE).
- d. Hasil studi dokumentasi mengenai pelaksanaan risiko infeksi pada pasien An. E dengan *Systemic Lupus Erythematosus* (SLE).
- e. Hasil studi dokumentasi mengenai evaluasi dan pendokumentasian risiko infeksi pada pasien An. E dengan *Systemic Lupus Erythematosus* (SLE).

- f. Mengetahui peran keluarga dalam menangani anggota keluarga yang sakit.

D. Ruang Lingkup

Penelitian ini termasuk dalam lingkup keperawatan Anak. Materi yang dibahas adalah Gambaran Risiko Infeksi pada pasien anak dengan *Systemic Lupus Erythematosus* (SLE) dengan metode studi dokumentasi. Penelitian ini dilakukan di Akper YKY Yogyakarta dengan menggunakan kasus asuhan keperawatan KTI pada tahun 2019.

E. Manfaat Studi Dokumentasi

Studi kasus ini diharapkan dapat memberikan manfaat sebagai berikut :

1. Teoritis

Menambah keluasan ilmu dan teknologi terapan bidang keperawatan mengenai gambaran risiko infeksi pada pasien *Systemic Lupus Erythematosus*.

2. Praktis

Memperoleh pengalaman dalam mengaplikasikan hasil riset keperawatan.

- a. Institusi Pendidikan Akper “YKY” Yogyakarta

Memberi referensi khususnya mengenai gambaran risiko infeksi pada pasien anak dengan *Systemic Lupus Erythematosus* (SLE).

- b. Peneliti selanjutnya

Diharapkan agar dapat dikembangkan lagi khususnya pada masalah risiko infeksi pada pasien anak dengan *Systemic Lupus Erythematosus* (SLE).

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Teori Dasar

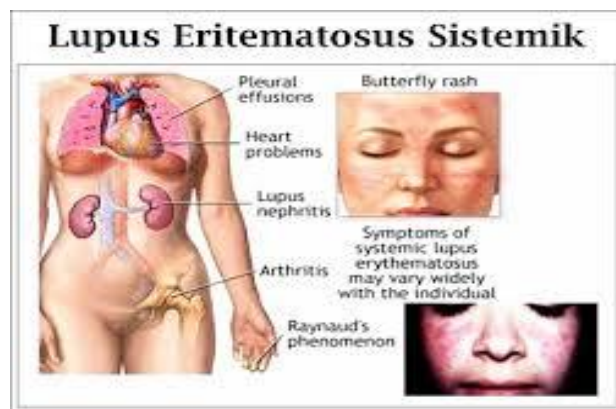
1. Konsep *Systemic Lupus Erythematosus* (SLE)

a. Definisi

Lupus Eritematosus Sistemik (SLE) adalah suatu penyakit autoimun dimana terjadi kerusakan organ dan sel-sel akibat dari adanya autoantibodi atau kompleks imun yang terikat pada jaringan (Paramaiswari Ayu, 2012). *Systemic Lupus Erythematosus* (SLE) adalah gangguan imun radang kronis yang mempengaruhi kulit dan organ lain. Antibodi pada *Deoxyribose-Nucleid Acid* (DNA) dan *Ribonucleic Acid* (RNA) menyebabkan respon peradangan autoimun, mengakibatkan bengkak dan sakit. Ini paling banyak terjadi pada wanita muda, dan mempunyai faktor genetik kuat (Digivlio dkk, 2014).

Lupus Erithematosus sistemik (“lupus”) adalah gangguan autoimun sistemik yang memengaruhi banyak sistem tubuh. Individu yang menderita lupus eritematosus sistemik memproduksi autoantibodi yang pada akhirnya berkontribusi terhadap

pembentukan kompleks imun dan kerusakan jaringan. SLE terutama terjadi pada wanita. Gangguan ini dapat akut atau kronik, yang ditandai oleh remisi dan eksaserbasi. Kondisi ini menyebabkan kerusakan luas pada sistem kolagen, mempengaruhi setiap sistem organ, termasuk ginjal, jantung dan paru-paru (Rosdahi C. B, 2014).



Gambar 2.1 tanda gejala
([https:// medlineplus.gov](https://medlineplus.gov))

b. Klasifikasi

Penyakit lupus dapat diklasifikasikan atau dibedakan menjadi 3 macam yaitu *discoid lupus*, *Systemic Lupus Erythematosus*, dan lupus yang diindikasikan obat, dengan penjelasan sebagai berikut :

1) *Discoid Lupus*

Lesi berbentuk lingkaran atau cakra dan ditandai oleh batas eritema yang meninggi, skuama, sumbatan *folioler* dan *telangiectasia*. Lesi ini timbul di kulit kepala, telinga, wajah, lengan, punggung dan dada. Penyakit ini dapat menimbulkan kecacatan karena lesi ini memperlihatkan

atrofi dan jaringan parut di bagian tengahnya serta hilangnya *apendiks* kulit secara menetap (Hasdianah dkk, 2014).

2) *Systemic Lupus Erythematosus* (SLE)

Penyakit *Systemic Lupus Erythematosus* (SLE) adalah penyakit yang ditandai dengan produksi antibodi yang berlebihan terhadap komponen inti sel, dan menimbulkan berbagai manifestasi klinis pada organ (Cleanthous dkk, 2012).

3) Lupus yang diindikasi obat

Lupus dapat disebabkan oleh indikasi obat tertentu khususnya pada asetilator lambat yang mempunyai gen *Human Leukocyte Antigen D Related* (HLA DR-4) menyebabkan asetilasi obat menjadi lambat, obat banyak terakumulasi ditubuh protein tubuh. Hal ini direspon sebagai benda asing oleh tubuh sehingga tubuh membentuk kompleks *antibodyantikulear* (ANA) untuk menyerang benda asing tersebut (Hasdianah dkk, 2014).

c. Etiologi

Vinay K. dkk, (2015) Cacat dasar pada SLE adalah kegagalan untuk mempertahankan toleransi-diri, yang menyebabkan produksi autoantibodi dalam jumlah besar yang dapat merusak jaringan baik secara langsung maupun dalam

bentuk endapan kompleks imun. Seperti terjadi pada penyakit autoimun lain, patogenesis SLE merupakan gabungan dari faktor genetik dan lingkungan.

1) Faktor-faktor genetik

Banyak bukti dari berbagai aspek yang mendukung predisposisi genetic terjadinya SLE.

a) Hubungan kekeluargaan

Anggota keluarga mempunyai resiko lebih tinggi untuk perkembangan SLE dan sampai 20% dari saudara sepupu tingkat pertama yang tidak terjangkiti mungkin mempunyai autoantibodi. Terdapat kepekaan tinggi diantara kembar monozigot (25%) dibandingkan dengan kembar dizigot (1%-3%).

b) Gen-gen lain

Defisiensi genetik protein komplemen dari jalur klasik, terutama CIq, C2 atau C4, ditemukan pada sekitar 10% penderita SLE. Defisiensi komplemen dapat menyebabkan cacat dari daya penyingkiran kompleks imun dan sel yang mengalami apoptosis.

2) Faktor-faktor lingkungan

Terdapat banyak petunjuk bahan faktor lingkungan berpengaruh pada patogenesis SLE.

a) Sinar Ultraviolet (UV)

Paparan sinar matahari menyebabkan munculnya lesi SLE.

b) Menghisap sigaret

Telah ditunjukkan berhubungan dengan perkembangan SLE. Walaupun mekanismenya belum diketahui, menghisap tembakau dapat memodulasi produksi autoantibodi.

c) Hormon seks

Diduga memberikan pengaruh penting terhadap perkembangan penyakit, karena SLE 10 kali lebih sering pada wanita selama masa reproduksi daripada pria pada usia yang sama, tetapi hanya 2 sampai 3 kali lebih sering pada wanita selama masa kanak-kanak atau setelah usia 65 tahun. Walaupun demikian, penggunaan obat progesterone dan estrogen dosis tinggi tidak memengaruhi frekuensi atau keparahan ruam penyakit.

d. Patofisiologi

Pada SLE, autoantibodi bereaksi dengan antigen anak sendiri untuk membentuk kompleks imun. Kompleks imun berakumulasi dalam jaringan dan organ, menyebabkan respon inflamasi yang mengakibatkan vasculitis. Cedera terhadap jaringan dan nyeri terjadi. SLE dapat menyerang banyak sistem

organ sehingga gangguan atau kerusakan hebat pada jaringan dimana pun dalam tubuh dapat terjadi. Pada beberapa kasus, respon autoimun dapat didahului oleh reaksi obar, infeksi, atau pajanan sinar matahari berlebihan. Pada anak gejala awal umumnya terkait dengan hematologik, kutaneus, dan musculoskeletal. Penyakit bersifat kronik, dengan periode remisi (sembuh) dan eksaserbasi (*flare-up*) (Kyle Terri dkk, 2014).

e. Tanda dan Gejala (Manifestasi Klinis)

SLE adalah penyakit multisistem yang sangat bervariasi dalam tampilan klinisnya. Secara khas, penderita adalah wanita muda dengan sebagian tetapi kadang-kadang semuanya, dari perangi berikut : ruam menyerupai kupu-kupu di wajah, demam, nyeri dan pembengkakan pada satu atau lebih sendi perifer (tangan dan pergelangan tangan, lutut, kaki, pergelangan kaki, siku, bahu), nyeri dada karena pleurotos dan fotosensitivitas. Walaupun demikian, pada banyak penderita, tampilan klinis SLE tidak jelas dan meragukan, dalam bentuk seperti penyakit demam yang tidak diketahui sebabnya, kelainan analisis urin atau penyakit sendi menyerupai artritis reumatika atau demam reuma (Vinay K. dkk, 2015).

Tanda penyakit merupakan manifestasi klinis atau data objektif yang bias dilihat langsung tanpa ada pemeriksaan

diagnostik. Pada empat penderita lupus mengungkapkan bahwa ketika terjadi lupus terdapat tanda bitnik-bintik diwajah, gambaran bitnik-bintik semacam kupu-kupu. Satu orang penderita mengungkapkan tidak hanya bitnik-bintik di wajah, tetapi adanya juga bengkak pada seluruh tubuh. Gejala ialah tanda awal yang dapat dirasakan oleh penderita suatu penyakit, seperti halnya pada penderita lupus, Mengungkapkan gejala lupus yang dinyatakan penderita bermacam-macam. Gejala diantaranya nyeri sendi, gangguan pada ginjal, paru-paru, adanya kelemahan dan rasa cepat lelah (Vinay K. dkk, 2015).

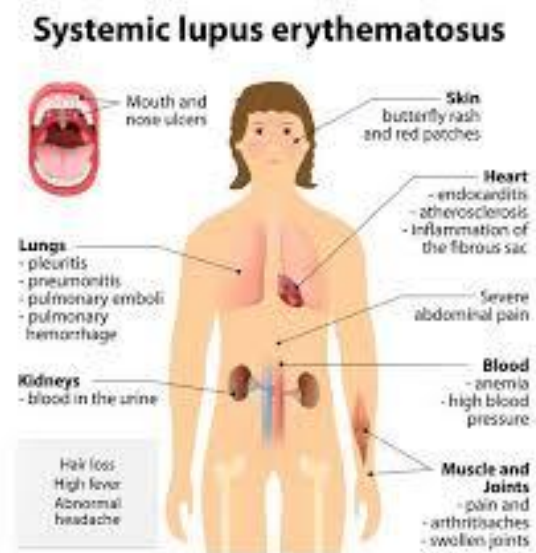


Gambar 2.2 *Butterfly Rash*
(<https://www.webmd.com>)

f. Komplikasi

Rosdahi, Caroline B. (2015) kelainan darah bisa ditemukan pada 85% penderita lupus. Bisa berbentuk bekuan darah di dalam vena maupun arteri, yang menyebabkan emboli paru. Jumlah trombosit berkurang dan tubuh membentuk antibody yang melawan faktor pembekuan darah, yang bisa

menyebabkan perdarahan yang berarti dan seringkali terjadi anemia akibat penyakit menahun.



Gambar 2.3 komplikasi
(<https://www.creative-biolabs.com>)

g. Pemeriksaan penunjang

1) Pemeriksaan darah

Pemeriksaan darah bisa menunjukkan adanya antibodi antinuklear, yang terdapat pada hampir semua penderita lupus. Tetapi antibodi ini juga bisa ditemukan pada penyakit lain. Karena itu jika menemukan antibodi antinuklear, harus dilakukan juga pemeriksaan untuk antibodi terhadap DNA rantai ganda. Kadar yang tinggi dari kedua antibodi ini hampir spesifik untuk lupus, tapi tidak

semua penderita lupus memiliki antibodi ini. Pemeriksaan darah untuk mengukur kadar komplemen (protein yang berperan dalam sistem kekebalan) dan untuk menemukan antibodi lainnya, mungkin perlu dilakukan untuk memperkirakan aktivitas dan lamanya penyakit.

2) Urin rutin dan mikroskopik

Protein kuantitatif 24 jam, dan bila diperlukan kreatinin urin.

3) Foto polos thorax

4) Tes Immunologik

Tes imunologik awal yang diperlukan untuk menegakkan diagnose SLE adalah tes ANA. Tes ANA diperiksa hanya pada pasien dengan tanda dan gejala mengarah pada SLE. Pada pasien SLE ditemukan tes ANA yang positif sebesar 95-100%, akan tetapi hasil tes ana dapat positif pada beberapa penyakit lain yang mempunyai gambaran klinis menyerupai SLE misalnya infeksi kronis (tuberkolosis), penyakit autoimun misalnya Mixed Connective Tissue Disease (MCTD), artritis rheumatoid.

h. Penatalaksanaan

Meskipun SLE tidak diketahui cara penyembuhannya, intervensi dini sering kali dapat mencegah kerusakan sendi yang serius. Tetapi, yang berfokus pada pencegahan komplikasi, dan mencegah disfungsi organ. Obat yang biasa digunakan

mencakup NSAID, kortikosteroid, dan obat immunosupresif. Ajarkan klien untuk menghindari sinar matahari, instruksikan mereka untuk istirahat yang adekuat dan pencegahan kelelahan sangat penting. Terapi gejala muskuloskeletal pada SLE serupa dengan terapi untuk artritis jenis lain: obat, olahraga dan terapi fisik Rosdahi, Caroline, 2014).

2. Konsep Risiko Infeksi

a. Definisi Risiko Infeksi

Risiko Infeksi adalah berisiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik (Tim Pokja SDKI DPP PPNI 2016). Risiko Infeksi adalah proses invasi dan multiplikasi mikroorganisme di jaringan tubuh, terutama yang menyebabkan cedera selular lokal akibat metabolisme yang kompetitif, toksin, replikasi intraseluler, atau respons antigen-antibodi (Dorland, 2011).

b. Faktor Risiko pada Risiko Infeksi

- 1) Penyakit kronis (mis. Diabetes mellitus)
- 2) Efek prosedur invasif
- 3) Malnutrisi
- 4) Peningkatan paparan organisme patogen lingkungan
- 5) Ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer :
 - a) Gangguan peristaltik
 - b) Kerusakan integritas kulit

- c) Perubahan sekresi pH
 - d) Penurunan kerja siliaris
 - e) Ketuban pecah lama
- 6) Ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder
- a) Imunosupresi
 - b) Leukopenia
 - c) Penurunan hemoglobin
 - d) Supresi respon inflamasi
 - e) Vaksinasi tidak adekuat
- c. Kondisi Klinis Terkait
- 1) AIDS
 - 2) Luka bakar
 - 3) Penyakit paru obstruksi kronis
 - 4) Diabetes mellitus
 - 5) Tindakan invasif
 - 6) Kondisi penggunaan terapi steroid
 - 7) Penyalahgunaan obat
 - 8) Kanker
 - 9) Gagal ginjal
 - 10) Imunosupresi
 - 11) Lymphedema
 - 12) Leukositopeni
 - 13) Gangguan fungsi hati

14) Ketuban pecah sebelum waktunya

d. Gambaran Risiko Infeksi pada Pasien *Systemic Lupus Erythematosus* (SLE)

Pasien dengan lupus erythematosus sangat rentan terhadap infeksi, dan ini disebabkan oleh penyakit itu sendiri dan obat-obatan yang digunakan dalam perawatan yang menyebabkan sistem kekebalan pasien menjadi sangat rapuh. Biasanya infeksi termasuk infeksi saluran kemih, infeksi saluran pernafasan, salmonella, herpes zoster, Virus EpsteinBarr, virus hepatitis. Proses infeksi jamur yang paling lazim pada pasien lupus adalah Candida, atau ragi. Infiltrasi ini terlihat di tenggorokan dan esophagus yang menyebabkan sakit tenggorokan dan sulit menelan makanan.

Penderita SLE rentan mengalami infeksi dikarenakan 80% penderita SLE mengkonsumsi steroid selama masa penyakit mereka (Perhimpunan Reumatologi Indonesia, 2011). Kortikosteroid (KS) digunakan sebagai pengobatan utama pada pasien dengan SLE. Meski dihubungkan dengan munculnya banyak laporan efek samping, kortikosteroid tetap merupakan obat yang banyak dipakai sebagai anti inflamasi dan imunosupresi, sehingga menyebabkan penurunan kemampuan untuk melawan infeksi dan penyakit yang menyerang tubuh. Selain itu obat non steroid dapat menyebabkan

demam dan sakit kepala yang mirip dengan jenis penyakit syaraf pada lupus (judha & setiawan, 2015).

e. Tanda Infeksi

1) Rubor

Rubor ialah kemerahan, ini terjadi pada area yang mengalami infeksi karena peningkatan aliran darah ke area tersebut sehingga menimbulkan warna kemerahan.

2) Kalor

Kalor adalah rasa panas, pada daerah yang mengalami infeksi akan terasa panas. Ini terjadi karena tubuh mengkompensasi aliran darah lebih banyak karena yang mengalami infeksi untuk mengirim lebih banyak antibody dalam memerangi antigen atau penyebab infeksi.

3) Dolor

Dolor ialah rasa nyeri, nyeri akan terasa pada jaringan yang mengalami infeksi. Ini terjadi karena sel yang mengalami infeksi bereaksi mengeluarkan zat tertentu sehingga menimbulkan nyeri menangis. Rasa nyeri mengisyaratkan bahwa terjadi gangguan atau sesuatu yang tidak normal (patofisiologis) jadi jangan abaikan rasa nyeri karena mungkin saja itu sesuatu yang berbahaya.

4) Tumor

Tumor adalah konteks gejala infeksi bukanlah sel kanker seperti yang umum dibicarakan. Pada area yang mengalami infeksi akan mengalami pembengkakan karena peningkatan permeabilitas sel dan peningkatan aliran darah.

5) Fungsiolesa

Fungsiolesa ialah perubahan fungsi dari jaringan yang mengalami infeksi. Misalnya jika luka di kaki mengalami infeksi maka kaki tidak akan berfungsi dengan baik seperti sulit berjalan atau bahkan tidak bisa berjalan.

3. Asuhan keperawatan pada pasien anak dengan *Systemic Lupus Erythematosus* (SLE)

Asuhan keperawatan merupakan rangkaian kegiatan pada praktik keperawatan yang diberikan langsung kepada pasien. Asuhan keperawatan dilaksanakan berdasar ilmu dan kiat keperawatan. Proses keperawatan adalah suatu metode yang sistematis dalam pemberian asuhan keperawatan kepada pasien yang berespon terhadap manusia sebagai keluaran dan masyarakat (Nursalam,2011). Menurut Kasjmir, Yoga (2011) asuhan keperawatan pada anak dengan *systemic Lupus Erythematosus* (SLE) ialah :

a. Pengkajian pada pasien anak dengan *Systemic Lupus Erythematosus* (SLE)

Pengkajian pada anak dengan *Systemic Lupus Erythematosus* (SLE) terdiri dari data subjektif, data objektif, riwayat kesehatan

pasien dan pemeriksaan fisik yang didapatkan dari pasien, keluarga pasien dan perawat.

1) Data subjektif :

- a) Pasien mengeluh rambut rontok.
- b) Pasien mengeluh lemas dan demam.
- c) Pasien mengeluhkan terdapat sariawan pada mulutnya.

2) Data objektif :

- a) Rambut pasien terlihat rontok.
- b) Terdapat luka pada langit-langit mulut pasien.
- c) Kulit badan pasien kemerahan dan terasa hangat.
- d) Pemeriksaan darah menunjukkan adanya antibodi antinuclear.

3) Riwayat kesehatan

Kaji penjelasan lengkap sakit saat ini dan keluhan utama. Tanda dan gejala umum yang dilaporkan selama riwayat kesehatan adalah riwayat kelelahan, demam, perubahan berat badan, atau perdarahan yang memanjang. Kaji untuk faktor resiko, yang meliputi jenis kelamin, riwayat keluarga, infeksi terbaru, atau paparan sinar matahari berlebihan.

4) Pemeriksaan fisik

Ukur suhu dan dokumentasikan adanya demam. Observasi kulit untuk kemerahan karena demam atau adanya tanda gejala infeksi. Inspeksi rongga mulut terhadap ulkus/ulseri yang tidak

terasa nyeri dan sendi untuk edema. Palpasi sendi, observasi nyeri tekan.

b. Diagnosa keperawatan pada pasien anak dengan *Systemic Lupus Erythematosus* (SLE)

Diagnosa keperawatan adalah langkah kedua dari proses keperawatan yang menggambarkan penelitian klinis tentang respon individu, keluarga, kelompok maupun masyarakat terhadap permasalahan kesehatan baik actual maupun potensial (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017). Diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada pasien anak dengan *Systemic Lupus Erythematosus* (SLE) ada 4, salah satunya ialah risiko infeksi dibuktikan oleh faktor risiko immunosupresi.

c. Perencanaan keperawatan pada anak dengan *Systemic Lupus Erythematosus* (SLE)

Melalui pengkajian akan mampu mengidentifikasi respon pasien yang memerlukan suatu tindakan. Rencana keperawatan pada pasien anak SLE dengan risiko infeksi menurut Tim Pokja SLKI (2018) dan Tim Pokja SIKI DPP PPNI (2018) ialah sebagai berikut :

Risiko infeksi dibuktikan oleh faktor risiko immunosupresi

- 1) Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan pasien mampu menunjukkan
- 2) Standar Luaran Keperawatan Indonesia : Tingkat Infeksi :

3) Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Pencegahan Infeksi

- a) Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik.
- b) Batasi jumlah pengunjung
- c) Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien.
- d) Jelaskan tanda dan gejala infeksi.
- e) Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar.
- f) Pemantauan tanda vital

d. Pelaksanaan

Pelaksanaan keperawatan adalah realisasi rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan, pelaksanaannya berupa pengumpulan data berkelanjutan, mengobservasi respon pasien selama dan sesudah melakukan pelaksanaan (Kasjmir, Yoga 2011). Adapun pelaksanaan menurut Tim Pokja SIKI DPP PPNI (2018) ialah sebagai berikut :

- a) Memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik.
- b) Membatasi jumlah pengunjung.
- c) Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien.
- d) Menjelaskan tanda dan gejala infeksi.
- e) Mengajarkan cara mencuci tangan dengan benar.

f) Memantau tanda vital.

e. Evaluasi

Evaluasi ialah tindakan intelektual menandakan keberhasilan dari diagnosis keperawatan, rencana intervensi dan evaluasinya (Kasjmir, Yoga 2011). Evaluasi yang diharapkan dengan kriteria hasil menurut Tim Pokja SIKI DPP PPNI (2018) ialah :

- a) Pasien bebas dari tanda dan gejala infeksi sistemik (suhu tubuh dan hasil laboratorium)
- b) Menunjukkan kemampuan untuk mencegah munculnya infeksi.
- c) Jumlah leukosit dalam batas normal (4.50-11.50 g/dl).

f. Dokumentasi

Tugas dan tanggung jawab perawat adalah melakukan pendokumentasian mengenai intervensi yang telah dilakukan. Dokumentasi prinsip dokumentasi SOAP.

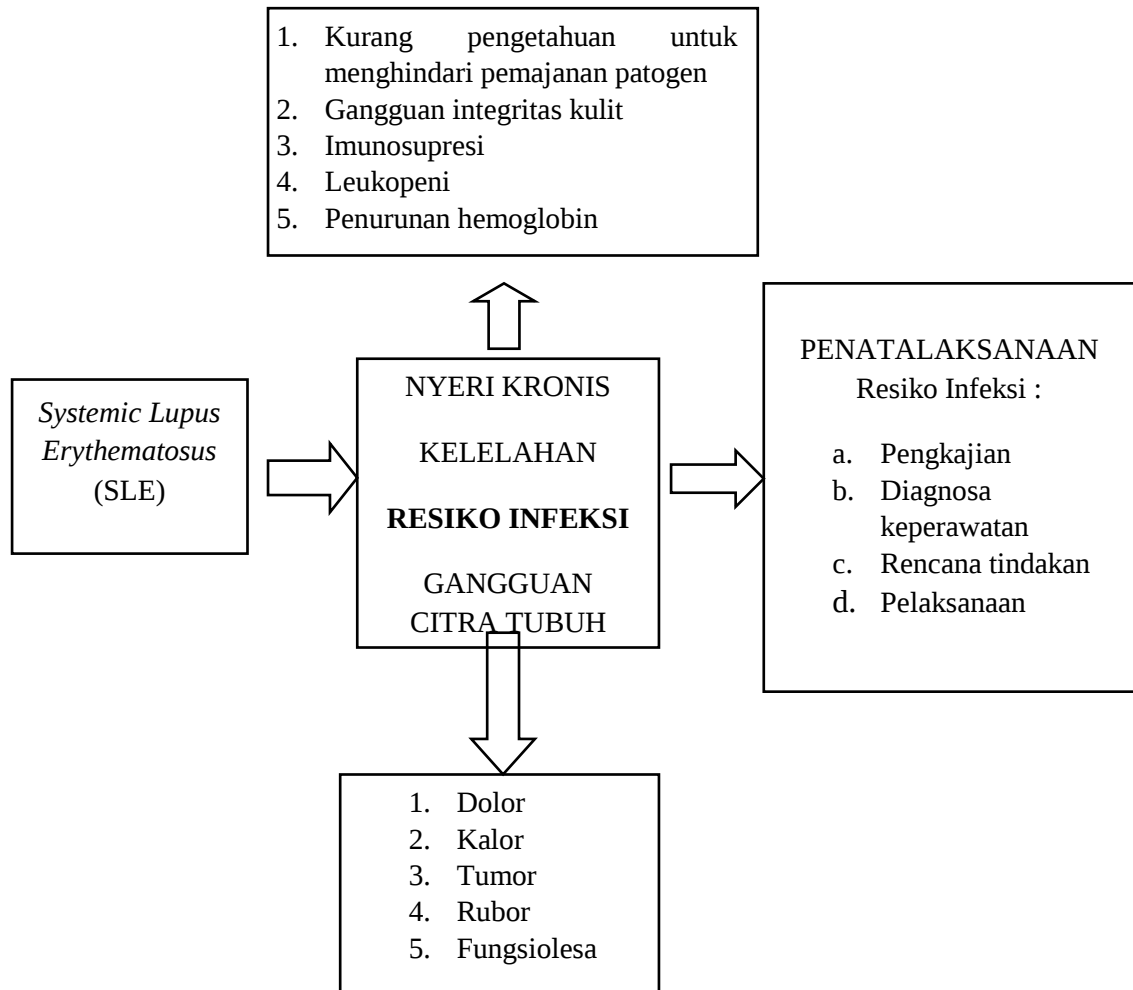
S : Subjektif menggambarkan pendokumentasian hanya pengumpulan data klien melalui anamnesa .

O : Objektif Menggambarkan pendokumentasian hasil analisa dan fisik klien, hasil laboratorium, dan test diagnostik.

A : Assesment Masalah atau diagnosa yang ditegakkan berdasarkan data atau informasi subjektif maupun objektif yang dikumpulkan atau disimpulkan.

P : Planning Menggambarkan pendokumentasian dari perencanaan dan evaluasi berdasarkan Assesment (Kasjmir, Yoga 2011).

B. Kerangka Teori



Gambar 2.4 Kerangka teori

Sumber : Vinay K. dkk, (2015), Tim Pokja SDKI DPP PPNI, (2017)

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Rancangan Penelitian

Penelitian ini menggunakan rancangan deskriptif berupa studi kasus dengan pendekatan studi dokumentasi yaitu menggambarkan suatu peristiwa atau kasus dengan memanfaatkan dokumen laporan asuhan keperawatan Risiko Infeksi pada Pasien An. E Dengan *Systemic Lupus Erythematosus* (SLE).

B. Objek Penelitian

Objek dalam penelitian ini adalah satu kasus asuhan keperawatan yang di laporkan di dalam KTI (Karya Tulis Ilmiah) mahasiswa Akper YKY yang sudah lulus pada tahun 2019.

C. Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di Kampus Akper “YKY” Yogyakarta pada tanggal 24 Februari 2020 sampai dengan bulan 29 Juni 2020, yakni dimulai dari penyusunan proposal sampai dengan penyusunan laporan KTI (Karya Tulis Ilmiah).

D. Definisi Operasional

Studi kasus dengan pendekatan studi dokumentasi asuhan keperawatan pada pasien anak dengan *Systemic Lupus Erythematosus* (SLE): Gangguan resiko infeksi adalah gangguan pada seorang anak yang beresiko terserang virus, bakteri dan kuman dikarenakan adanya penyakit *Systemic Lupus Erythematosus* (SLE).

E. Instrumen Studi Kasus

Pada studi kasus ini instrumen yang digunakan adalah peneliti itu sendiri yang berperan sebagai alat ukur untuk menganalisa dokumen, penelitian ini termasuk dalam penelitian kualitatif. Peneliti kualitatif sebagai *human instrument* berfungsi menetapkan fokus penelitian, memilih informan sebagai sumber data, melakukan pengumpulan data, menilai kualitas data, analisa data, menafsirkan data dan membuat kesimpulan atas temuannya.

F. Teknik Pengumpulan Data

Tekhnik pengumpulan pada penelitian ini dilakukan dengan cara studi dokumentasi dengan menggunakan data sekunder yakni dokumen yang ditulis kembali oleh orang yang tidak langsung mengalami peristiwa. berdasarkan informasi yang diperoleh dari orang yang langsung mengalami peristiwa. Data sekunder tersebut berupa kasus asuhan keperawatan yang terdapat di Perpustakaan keperawatan yang dilampirkan didalam KTI mahasiswa pada tahun 2019. Dalam penelitian ini tehnik pengumpulan data yang digunakan adalah sebagai berikut :

1. Memilih kasus tahun 2019 di perpustakaan Akper Yky Yogyakarta
2. Memilih yang sesuai dengan kasus pasien anak Risiko Infeksi
3. Menetapkan karya tulis ilmiah pada tahun 2019

G. Analisa Data

Teknik analisa data menggunakan teknik analisis deskriptif-kualitatif yaitu dengan cara :

1. Mengevaluasi kasus yang diperoleh dan mencermati kasus asuhan keperawatan risiko infeksi dokumen untuk memperoleh data penunjang yang menghasilkan data untuk selanjutnya.
2. Menginterpretasikan oleh peneliti dan dibandingkan dengan teori atau artikel peneliti yang ada.
3. Sebagai bahan untuk memberikan rekomendasi dalam penelitian yang dilakukan.
4. Membandingkan kasus risiko infeksi dengan teori atau artikel.

H. Etika Penulisan

Masalah etika penelitian keperawatan merupakan masalah yang sangat penting dalam penelitian, mengingat penelitian keperawatan berhubungan langsung dengan manusia, maka segi etika penelitian harus di perhatikan. Masalah etika yang harus diperhatikan antara lain adalah sebagai berikut :

1. *Anonimity* (Tanpa Nama)

Masalah etika keperawatan adalah masalah yang memberikan jaminan dalam penggunaan subjek penelitian dengan cara tidak memberikan atau mencantumkan nama responden pada lembar alat ukur dan hanya menuliskan kode atau inisial nama pada lembar pengumpulan data atau hasil penelitian yang akan disajikan (Hidayat, 2013).

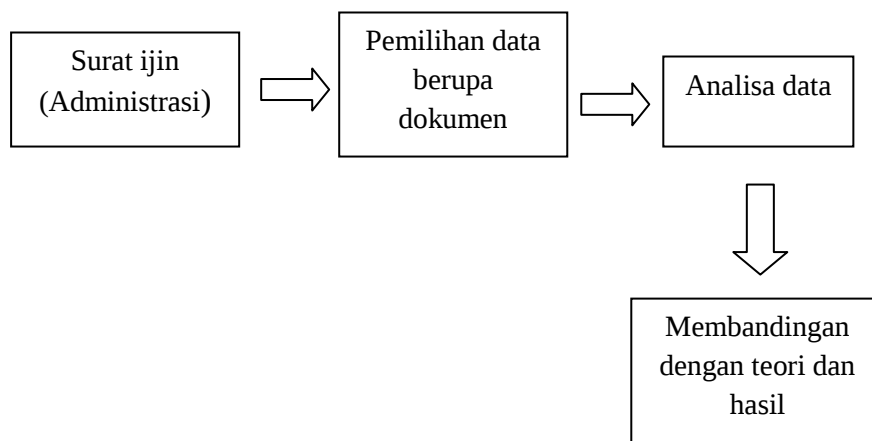
2. *Confidentially* (Kerahasiaan)

Masalah ini merupakan masalah etika dengan memberikan jaminan kerahasiaan hasil penelitian, baik informasi maupun masalah-masalah lainnya. Semua informasi yang telah dikumpulkan dijamin kerahasiaannya oleh peneliti, hanya kelompok data tertentu yang akan dilaporkan pada hasil riset (Hidayat, 2013).

3. *Fidelity* (Kesetiaan)

Yaitu menepati janji. Jika dalam kontrak awal akan dilakukan penelitian selama 3 hari, maka waktu tersebut harus pas dan tidak boleh bertambah. Karena itu akan berdampak kepada peneliti, karena responden akan berkurang kepercayaannya kepada kita apabila kita tidak menepati janji sesuai yang sudah disepakati.

I. Kerangka Alur Penelitian



Gambar 3.1 Alur penelitian
(Sumber : studi dokumentasi)

BAB IV

HASIL dan PEMBAHASAN

A. Hasil

Riwayat Kesehatan An. E pada bulan Oktober 2018 pasien mengalami demam naik turun, lemas, mual dan perut keras, kemudian diperiksa di RS PKU dan di diagnosa Thypoid. Setelah diberikan obat dari RS PKU, An. E masih kesakitan dan dalam 1 minggu diawasi keluarganya nampak masih demam naik turun dan badannya lemas.

An. E sering demam naik turun. setelah diperiksa di puskesmas disarankan oleh dokter untuk cek darah karena dicurigai SLE, kemudian An. E dirujuk di RS Panti Waluyo untuk rawat jalan dan melakukan cek darah, pada saat pasien An. E kontrol dan membawa hasil laboratorium dengan hasil Hb : 8g/Dl, MDT Anemia nomo-nomo dan leukositosis. Kemudian pasien di anjurkan untuk rawat inap selama 5 hari dalam perawatan An. E kondisinya membaik dan dipulangkan, namun setelah 2 hari pulang dari RS Panti Waluyo An.E masih sering demam dan badannya lemas kemudian An. E kontrol di RS Panti Waluyo dan dirujuk di RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta melalui poli rawat jalan, tetapi An. E lemas dan sesak nafas kemudian dokter menyarankan untuk An. E agar di rawat inap di RS Panti Waluyo terlebih dahulu selama $\pm$ 13 hari, kemudian pada hari Rabu tanggal 10 April 2019 masuk di RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta melalui poli rawat jalan.

Alasan masuk rumah sakit rujukan dari RS Panti Waluyo karena di RSUP Dr Sarjito ada penanganan khusus atau lebih baik untuk anak yang menderita SLE. Pengkajian keluhan utama pasien Ibu An. E mengatakan perut pasien membesar karena terdapat cairan, kedua kaki pasien bengkak, anaknya sering demam sampai 38,5°C demam naik turun dan lemas, rambut rontok dan setiap minum obat demam membaik namun masih naik turun, batuk berdahak sesak karena dahaknya sulit keluar, sariawan.

Dari hasil pengkajian diatas didapatkan diagnosa keperawatan Ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan sekresi yang tertahan, Ketidakseimbangan Nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurang asupan makanan, Risiko Infeksi berhubungan dengan imunosupresi, Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan kelemahan otot, Gangguan pola tidur berhubungan dengan kelelahan, kelebihan volume cairan berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi. Sesuai dengan judul kasus diagnosa yang digunakan sebagai pembahasan adalah Risiko Infeksi berhubungan dengan imunosupresi ditandai dengan data subjektif yaitu keluarga pasien mengatakan pasien sering demam naik turun. Data objektif yaitu suhu badan pasien 37,3°C, jumlah leukosit 13.84, pasien terpasang infus RL 20 tpm tangan kanan sejak tanggal 10 April 2019, pasien terpasang selang kateter pada tanggal 15 April 2019, pasien terpasang selang NGT.

Setelah diagnosa di tegakkan rencana keperawatan yang dilakukan untuk risiko infeksi berhubungan dengan imunosupresi yaitu setelah

dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan risk control dengan kriteria hasil pasien bebas dari tanda dan gejala infeksi, menunjukkan kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi, jumlah leukosit dalam batas normal 4.50-11.50, mendeskripsikan proses penularan penyakit. Mengacu pada tujuan tersebut dapat dibuat rencana tindakan dengan NIC label infection control yaitu Monitor tanda dan gejala infeksi berikan antibiotik bila perlu, cuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan keperawatan, anjurkan keluarga pasien untuk mencuci tangan sebelum dan sesudah ke pasien, kelola pemberian antibiotik dengan dokter.

Pelaksanaan keperawatan yang dilakukan pada hari Senin 15 April 2019 pukul 09.05 WIB adalah Memonitor tanda dan gejala infeksi mencuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan keperawatan, menganjurkan pasien untuk meningkatkan intake nutrisi, menganjurkan keluarga pasien untuk cuci tangan sebelum dan sesudah ke pasien, mengelola pemberian antibiotik dengan dokter cefixime 200mg/12jam/oral. Setelah dilakukan pelaksanaan keperawatan didapatkan hasil evaluasi Senin 15 April 2019 pukul 14.00 WIB didapatkan data subjektif yaitu keluarga pasien mengatakan pasien sering demam, keluarga pasien mengatakan mencuci tangan sebelum dan sesudah ke pasien, data objektif suhu pasien 37,3 °C, leukosit 13.84. Masalah risiko infeksi belum teratasi dan dilanjutkan intervensi dengan monitor tanda dan gejala infeksi, berikan antibiotik bila perlu, cuci tangan

sebelum dan sesudah melakukan tindakan keperawatan, batasi jumlah pengunjung, kelola pemberian antibiotik dengan dokter.

Catatan perkembangan pada hari Senin 15 April 2019 pukul 15.00 WIB sif sore pelaksanaan monitor tanda dan gejala infeksi, jam 16.00 WIB menganjurkan keluarga pasien untuk cuci tangan sebelum dan sesudah kepasien, jam 18.00 WIB mengelola pemberian antibiotik dengan dokter Cefixime 200mg/12jam/oral, Hydroxychloroquine 100mg/12jam/oral, Methylprednisolone 16 mg/12jam/oral, Vitamin D 10ml/12jam/oral, Mycophenolatemofetil 16 mg/12jam/oral. Evaluasi Senin 15 April 2019 pukul 21.00 WIB didapatkan data subjektif yaitu keluarga pasien mengatakan pasien sering demam, keluarga pasien mengatakan mencuci tangan sebelum dan sesudah kepasien, data objektif suhu pasien 37,3 °C, leukosit 13.84. Masalah risiko infeksi belum teratasi dan dilanjutkan intervensi dengan monitor tanda dan gejala infeksi, mencuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan keperawatan, Anjurkan keluarga untuk cuci tangan sebelum dan sesudah kepasien, kelola pemberian antibiotik dengan dokter.

Catatan perkembangan Senin 15 April 2019 jam 21.30 WIB (shif malam) jam 21.35 WIB monitor tanda dan gejala infeksi, jam 21.37 WIB mencuci tangan sebelum dan sesudah kepasien, 21.38 WIB menganjurkan keluarga pasien untuk cuci tangan sebelum dan sesudah kepasien, jam 06.00 mengelola pemberian antibiotik dengan dokter Cefixime 200mg/12jam/oral, Hydroxychloroquine 100mg/12jam/oral,

Methylprednisolone 16mg/12jam/oral, Vitamin D 10ml/12jam/oral. Evaluasi Selasa 16 April 2019 pukul 07.00 WIB didapatkan data subjektif yaitu keluarga pasien mengatakan pasien sering demam, data objektif suhu pasien 37,5 °C, leukosit 13.84. Masalah risiko infeksi belum teratasi dan dilanjutkan intervensi dengan Monitor tanda dan gejala infeksi, berikan antibiotik bila perlu, cuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan keperawatan, anjurkan keluarga pasien untuk mencuci tangan sebelum dan sesudah ke pasien, kelola pemberian antibiotik dengan dokter.

Catatan perkembangan Selasa 16 April 2019 pukul 07.30 WIB pelaksanaan jam 07.31 WIB Memonitor tanda dan gejala infeksi jam 07.32 WIB mencuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan keperawatan, menganjurkan pasien untuk meningkatkan intake nutrisi, jam 07.33 WIB menganjurkan keluarga pasien untuk cuci tangan sebelum dan sesudah ke pasien, mengelola pemberian antibiotik dengan dokter cefixime 200mg/12jam/oral. Evaluasi Selasa 16 April 2019 pukul 15.00 WIB didapatkan data subjektif keluarga pasien mengatakan badan pasien panas sejak tadi pagi, keluarga pasien mengatakan mencuci tangan sebelum dan sesudah ke pasien, data objektif suhu badan pasien 37,7 °C, pasien tampak lemas, masalah risiko infeksi belum teratasi, lanjutkan intervensi monitor tanda dan gejala infeksi, cuci tangan sebelum dan sesudah ke pasien, kelola pemberian antibiotik.

Catatan perkembangan Selasa 16 April 2019 (shif sore) pukul 16.15 monitor tanda dan gejala infeksi, jam 16.16 WIB mencuci tangan sebelum dan sesudah kepasien, jam 16.17 WIB menganjurkan keluarga pasien untuk cuci tangan sebelum dan sesudah kepasien, jam 18.00 WIB mengelola pemberian antibiotik dengan dokter Cefixime 200mg/12jam/oral, Hydroxychloroquine 100mg/12jam/oral, Methylprednisolone 16 mg/12jam/oral, Vitamin D 10ml/12jam/oral, Mycophenolatemofetil 16 mg/12jam/oral. Evaluasi Selasa 16 April 2019 pukul 21.00 WIB didapatkan data subjektif keluarga pasien mengatakan badan pasien panas, data objektif suhu pasien 37,8°C, jumlah leukosit 13.84, masalah risiko infeksi belum teratasi, lanjutkan intervensi monitor tanda dan gejala infeksi, cuci tangan sebelum dan sesudah kepasien, anjurkan keluarga pasien untuk cuci tangan sebelum dan sesudah kepasien, kelolakan pemberian antibiotik.

Catatan perkembangan Selasa 16 April 2019 pukul 21.30 (shif malam) pelaksanaan memonitor tanda dan gejala infeksi, memberikan paracetamol 15 ml/oral, menganjurkan keluarga pasien untuk cuci tangan sebelum dan sesudah kepasien. Evaluasi Rabu 17 April 2019 pukul 07.00 WIB data subjektif keluarga pasien mengatakan pasien demam, data objektif suhu pasien 38 °C, memberikan paracetamol 15ml/oral. Masalah risiko infeksi teratasi sebagian, lanjutkan intervensi monitor tanda dan gejala infeksi, cuci tangan sebelum dan sesudah kepasien, anjurkan

keluarga pasien untuk cuci tangan sebelum dan sesudah ke pasien, kelolakan pemberian antibiotik.

Catatan perkembangan Rabu 17 April 2019 pukul 09.00 WIB pelaksanaan jam 09.01 WIB memonitor tanda dan gejala infeksi, jam 09.02 mencuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan keperawatan ke pasien, jam 09.03 menganjurkan keluarga pasien untuk cuci tangan sebelum dan sesudah ke pasien, jam 09.05 membantu membersihkan lingkungan tempat tidur pasien karena terlihat kotor, jam 09.06 mengelola dengan dokter pemberian antibiotik cefixime 200mg/12jam/oral, jam 14.00 WIB memonitor tanda dan gejala infeksi suhu 39°C, jam 14.05 WIB memberikan paracetamol 15 ml/oral. Evaluasi Rabu 17 April 2019 pukul 15.00 WIB data subjektif keluarga pasien mengatakan pasien demam sejak tadi pagi jam 06.00 WIB. Data objektif badan pasien panas, suhu 38,5°C (Jam 09.01 WIB), suhu 40°C (jam 14.00 WIB). Masalah risiko infeksi teratasi sebagian. Lanjutkan intervensi monitor tanda dan gejala infeksi, cuci tangan sebelum dan sesudah ke pasien, anjurkan keluarga pasien untuk cuci tangan sebelum dan sesudah ke pasien, kelolakan pemberian antibiotik.

Discharge Planing pasien adalah menganjurkan pasien untuk menjaga kebersihan, mematuhi jadwal kontrol, mengatur diet, melanjutkan terapi sesuai program, menganjurkan pasien untuk banyak beristirahat agar tidak terjadi kelelahan, menganjurkan pasien untuk tidak berada diluar ruangan terlalu lama agar tidak terjadi ruam pada kulit.

B. Pembahasan

Data asuhan keperawatan An. E, berusia 13 tahun, berjenis kelamin perempuan, beragama islam, belum menikah, pendidikan SMP berdasar studi dokumentasi didapatkan hasil pengkajian setelah dilakukan pengkajian selama 3x24 jam ibu pasien mengeluh rambut pasien rontok, sariawan, pasien sering demam dengan suhu tubuh pada tanggal 17 April 2019 jam 14.00 WIB mencapai 40°C, hasil laboratorium pada tanggal 10 April 2019 nilai angka leukosit pasien 13,84 g/dl, pasien terpasang infus RL 20 tpm di tangan kanan sejak tanggal 10 April 2019, pasien terpasang selang kateter pada tanggal 15 April 2019, pasien terpasang NGT. Pasien An. E mengalami rambut rontok hal ini sesuai dengan teori Nursalam (2011) salah satu keluhan yang dirasakan pasien ialah rambut rontok. Selain itu didukung dengan penelitian Evalina R. (2012) bahwa rambut rontok sering dikeluhkan pada saat pertama kali datang. rambut rontok bisa disebabkan oleh penyakitnya sendiri yaitu sistem imun yang merusak folikel rambut atau oleh karena pengobatan SLE.

Pasien An. E mengalami sariawan hal ini sesuai dengan teori Nursalam (2011) bahwa sariawan menjadi keluhan yang pasien sering katakan. Hal ini didukung dengan penelitian Evalina R. (2012) bahwa gejala umum yang sering ditemukan ialah akan timbul sariawan berulang atau sariawan kambuhan, yang kadang kala dipandang sepele oleh penderita. Pasien An. E mengalami naik turun suhu tubuhnya atau demam dan An. E mendapat terapi obat Hydroxychloroquine ini sesuai dengan

yang dituliskan Sudewi, Ni Putu & dkk (2009) bahwa obat anti inflamasi non-steroid seperti Hydroxychloroquine menyebabkan demam dan sakit kepala yang mirip dengan jenis gangguan sistem syaraf pusat (SSP) dan nefritis pada lupus. Pasien An. E juga mendapat terapi obat kortikosteroid yaitu Methylprednisolone, obat kortikosteroid menyebabkan pasien berisiko infeksi. Ini sesuai dengan penelitian yang diungkapkan oleh Wallace (2009) bahwa penderita SLE rentan mengalami infeksi dikarenakan 80% penderita SLE mengkonsumsi Steroid selama masa penyakitnya, serta pada teori Katzung (2010) Methylprednisolon merupakan glukokortikoid sintetik turunan dari prednisolon, yang mempunyai efek kerja lebih kuat dari prednisone yang dapat diberikan secara oral maupun intravena, Glukokortikoid sintetik dikembangkan terutama sebagai anti inflamasi dan imunosupresannya sehingga menyebabkan adanya penurunan kemampuan untuk melawan penyakit dan infeksi yang menyerang tubuh.

Jumlah leukosit dalam batas normal 4.50-11.50 g/dl sedangkan pada pasien An. E jumlah leukosit ialah 13.84 g/dl yang mana jumlah leukosit melebihi batas normal. Jumlah leukosit jika dalam batas normal mampu membantu tubuh untuk melawan infeksi atau penyakit, namun pada pasien An. E jumlah leukosit melebihi batas normal sehingga menyebabkan terbentuknya antibodi yang berlebihan dan menyerang pada tubuh. Hal ini sesuai dengan teori Kasjmir (2011) bahwa pasien SLE pada pemeriksaan darah menunjukkan adanya antibody antinuclear. Pada

penelitian Tsokos (2011) bahwa pada penderita lupus jaringan di dalam tubuh dianggap benda asing. Rangsangan dari jaringan tersebut akan bereaksi dengan sistem imunitas dan akan membentuk antibodi yang berlebihan, dimana antibodi yang berfungsi sebagai pertahanan tubuh terhadap penyakit, masuk ke dalam tubuh justru akan menyerang sel-sel jaringan organ tubuh yang sehat dan berbagai jaringan organ tubuh seperti jaringan kulit otot tulang, ginjal, sistem saraf, kardiovaskular, paru-paru, dan hati.

Dari kasus maka diagnosa keperawatan yang ditegakkan pada pasien An. E adalah risiko infeksi. Hal ini sesuai dengan teori Kasjmir(2011) diagnosa yang mungkin muncul salah satunya ialah risiko infeksi, dibuktikan juga dengan yang dituliskan Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017) bahwa risiko infeksi adalah berisiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik. Sesuai dengan faktor risikonya An. E mengalami faktor risiko ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder immunosupresi. Bukan hanya faktor risiko saja, namun menurut penelitian Urowitz, (2005); Squance, (2014) bahwa penyebab utama kematian pasien *Systemic Lupus Erythematosus* (SLE) 90% diakibatkan oleh infeksi. Hasil analisa penulis yang berhubungan dengan pendokumentasian pada diagnosa yang sesuai dengan Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017) jika pada diagnosis risiko penulisan pelabelannya ialah menggunakan kata dibuktikan oleh bukan dengan pelabelan berhubungan dengan. Jadi diagnosa yang tepat untuk ditegakkan ialah risiko infeksi dibuktikan oleh

faktor risiko immunosupresi keluarga pasien mengatakan pasien sering demam naik turun, jumlah leukosit 13.84 g/dl, pasien terpasang infuse RL 20 tpm tangan kanan sejak tanggal 10 April 2019, pasien terpasang selang kateter pada tanggal 15 April 2019, pasien terpasang selang NGT.

Melalui pengkajian keperawatan akan mampu mengidentifikasi respon pasien yang aktual atau potensial yang memerlukan suatu tindakan. Perencanaan keperawatan pada kasus ini dilakukan selama 3x24 jam dengan tujuan yang diharapkan adalah *risk kontrol*, dengan kriteria hasil pasien bebas dari tanda dan gejala infeksi sistemik (suhu tubuh dan hasil laboratorium), menunjukkan kemampuan untuk mencegah munculnya infeksi, jumlah leukosit dalam batas normal (4.50-11.50). Dengan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia : Pencegahan Infeksi yaitu monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik, batasi jumlah pengunjung, cuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan keperawatan, menganjurkan keluarga pasien untuk mencuci tangan sebelum dan sesudah ke pasien, mengelola pemberian antibiotik dengan dokter.

Berdasarkan perencanaan keperawatan sesuai dengan Tim Pokja SLKI DPP PPNI 2019 standar luaran keperawatan Indonesia ialah : tingkat infeksi dengan rencanan tindakan yang belum dilakukan pada dokumen ialah ajarkan pasien dan keluarga tentang tanda dan gejala infeksi dan batasi jumlah pengunjung. Evalina R. 2012 tanda dan gejala infeksi perlu dipahami dan diketahui pada pasien dan keluarga pasien untuk mengantisipasi pencegahan risiko infeksi pada pasien. Pembatasan

pengunjung sangat perlu dilakukan, hal ini didukung oleh penelitian Nugraheni, Ratna (2012) bahwa pengunjung yang banyak dan tidak dibatasi dapat menjadi penyebab kejadian infeksi nosokomial, karena kuman yang dibawa oleh pengunjung dapat menyebar ke pasien, apalagi kalau pengunjung terinfeksi suatu penyakit tertentu. Selain karena pengunjung yang membawa kuman, penyebab infeksi nosokomial lainnya terjadi karena faktor umur dan suatu penyakit dari pasien tersebut, hal ini didukung menurut Yunizar, David (2013) mengungkapkan umur dapat mempengaruhi terjadinya infeksi nosokomial pada setiap individu karena belum sempurnanya pembentukan sistem pertahanan tubuh atau terjadi penurunan resistensi tubuh terhadap infeksi, pada studi dokumentasi umur pasien ialah 13 tahun yang mana masih belum termasuk umur dewasa. Usia muda dan usia tua berhubungan dengan penurunan resistensi tubuh terhadap infeksi kondisi ini diperberat bila penderita menderita penyakit kronis seperti tumor, anemia, leukemia, diabetes mellitus, gagal ginjal, SLE dan AIDS. Dalam studi dokumentasi pasien memiliki penyakit SLE, yang mana menjadi salah satu faktor terjadinya infeksi nosokomial.

Pelaksanaan tindakan keperawatan yang diberikan pada An. E yang belum dilakukan pada dokumen ialah mengajarkan pasien dan keluarga tentang tanda dan gejala infeksi dan membatasi jumlah pengunjung. Pelaksanaan tindakan keperawatan An. E hari pertama tanggal 15 sampai 17 April 2019 adalah memonitor tanda dan gejala infeksi, memberikan antibiotik, mencuci tangan sebelum dan sesudah

melakukan tindakan keperawatan, menganjurkan keluarga pasien untuk mencuci tangan sebelum dan sesudah ke pasien, dan mengelola pemberian antibiotik dengan dokter. Pelaksanaan yang sudah dilakukan tersebut sesuai dengan penelitian Sudewi, Ni Putu (2009) memonitor tanda dan gejala infeksi ialah tindakan yang tepat untuk meminimalkan terjadinya risiko infeksi. Didukung Roviati, Evi (2012) bahwa melakukan cuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan keperawatan dapat meminimalkan risiko infeksi pada pasien serta mengajarkan kepada keluarga pasien untuk mencuci tangan sebelum dan sesudah ke pasien sangat diperlukan. Keluarga sebagai orang terdekat dengan Odapus (Orang dengan Lupus) mempunyai peran yang sangat penting dalam upaya mengendalikan aktivitas penyakit. Hal itu didukung penelitian Evalina, R (2012) bahwa dukungan keluarga agar pasien tetap kontrol rutin dan meminum obat secara teratur, pemahaman keluarga atas kondisi odapus, serta dukungan semangat dalam menghadapi lupus merupakan hal yang sangat diperlukan bagi odapus.

Evaluasi pada kasus ini rabu 17 April 2019 pukul 15.00 WIB data subjektif keluarga pasien mengatakan pasien demam sejak tadi pagi jam 06.00 WIB. Data objektif badan pasien panas, suhu 38,5°C (Jam 09.01 WIB), suhu 40°C (jam 14.00 WIB) yaitu didapatkan masalah risiko infeksi teratasi sebagian. Karena menurut kriteria hasil Tim Pokja SLKI DPP PPNI 2018 pasien belum bebas dari tanda dan gejala infeksi sistemik (suhu tubuh dan hasil laboratorium). Lanjutkan intervensi monitor tanda

dan gejala infeksi, cuci tangan sebelum dan sesudah ke pasien, anjurkan keluarga pasien untuk cuci tangan sebelum dan sesudah ke pasien, kelola pemberian antibiotik. Penelitian ini dilakukan sudah sesuai dengan prosedur pembuatan karya tulis ilmiah, tetapi masih ada beberapa faktor penghambat diantaranya ialah metode yang digunakan dalam penelitian ini yaitu studi dokumentasi yang mana peneliti tidak langsung bertemu dengan pasien sehingga tidak dapat mengetahui kondisi pasien yang sebenarnya, peneliti juga tidak dapat mengkonfirmasi data yang sudah ada ini dan peneliti tidak dapat melengkapi data yang masih kurang. Tidak hanya faktor penghambat, ada pula faktor pendukung penelitian ini yaitu penelitian ini hanya dengan menggunakan satu kasus pasien dan menggunakan satu diagnosa keperawatan.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Dari studi dokumentasi pada kasus asuhan keperawatan pasien An. E dengan *Systemic Lupus Erythematosus* (SLE) dapat disimpulkan sebagai berikut :

1. Diketahuinya hasil studi dokumentasi mengenai pengkajian pada pasien An. E dengan *Systemic Lupus Erythematosus* (SLE) diperoleh data bahwa ibu pasien mengeluh rambut pasien rontok, sariwan, pasien sering demam dengan suhu tubuh pada tanggal 17 April 2019 jam 14.00 WIB mencapai 40°C, hasil laboratorium pada tanggal 10 April 2019 nilai angka leukosit pasien 13,84 g/dl. Setelah dilakukan studi dokumentasi semua data pengkajian yang ada pada konsep ditemukan pada studi dokumentasi.
2. Diketahuinya hasil studi dokumentasi mengenai diagnosis keperawatan risiko infeksi. Dari hasil studi dokumentasi dengan menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017) diagnosis yang ditegakkan sama namun ada yang berbeda pada studi dokumentasinya yaitu dalam hal pelabelan diagnosisnya.
3. Diketahuinya hasil studi dokumentasi mengenai perencanaan resiko infeksi. Diperoleh data perencanaan pada pasien An. E monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik, batasi jumlah pengunjung, cuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan keperawatan,

menganjurkan keluarga pasien untuk mencuci tangan sebelum dan sesudah ke pasien, mengelola pemberian antibiotik dengan dokter. Setelah dilakukan studi dokumentasi ada data perencanaan yang ada pada konsep tidak ditemukan pada studi dokumentasi.

4. Diketuinya hasil studi dokumentasi mengenai pelaksanaan risiko infeksi. Berdasarkan pelaksanaan keperawatan sesuai dengan Tim Pokja SIKI DPP PPNI 2019 ada data pelaksanaan yang ada pada konsep tidak ditemukan pada studi dokumentasi.
5. Diketuinya hasil studi dokumentasi mengenai evaluasi risiko infeksi dengan merujuk pada tujuan yang telah ditetapkan sehingga dapat disimpulkan bahwa masalah resiko infeksi pada pasien An. E teratasi sebagian.
6. Diketuinya peran keluarga dalam menghadapi Odapus (Orang dengan Lupus) yaitu dengan dukungan keluarga agar pasien tetap kontrol rutin dan minum obat secara teratur.

B. Saran

Dari gambaran penulis dalam melakukan studi dokumentasi pada pasien An. E dengan *Systemic Lupus Erythematosus* (SLE), maka penulis menyampaikan beberapa saran yaitu :

3. Teoritis

Menambah keluasan ilmu dan teknologi terapan bidang keperawatan mengenai gambaran resiko infeksi pada pasien *Systemic Lupus Erythematosus*.

4. Praktis

Memperoleh pengalaman dalam mengaplikasikan hasil riset keperawatan, khususnya studi kasus tentang pelaksanaan gambaran studi dokumentasi resiko infeksi pada pasien anak dengan *Systemic Lupus Erythematosus* (SLE).

c. Institusi Pendidikan Akper “YKY” Yogyakarta

Sebagai tambahan referensi khususnya mengenai masalah risiko infeksi pada pasien anak dengan *Systemic Lupus Erythematosus* (SLE) bagi mahasiswa Akper “YKY” Yogyakarta.

d. Peneliti selanjutnya

Diharapkan agar untuk melakukan penelitian dengan tidak menggunakan data sekunder dengan kata lain mengganti metode penelitiannya. Diharapkan agar dapat dikembangkan penelitian khususnya mengenai masalah risiko infeksi pada pasien anak dengan *Systemic Lupus Erythematosus* (SLE).

DAFTAR PUSTAKA

- Alamanda, T.P, dkk. (2018) *Anak Perempuan Berusia 14 Tahun dengan Lupus Erythematosus Sistemik dengan Nefritis dan Hipertensi Grade 1*. Lampung : Bagian Ilmu Penyakit Dalam RSUP Abdoel Muluk
- Asih R.A.F & Sukendra D.M. (2016). *Hubungan Keparahan Penyakit, Aktivitas, pada pasien Systemic Lupus Erythematosus*. Unnes Journal of Public Health Vol.5 No.3
- Cleanthous, S. Tyagi, M. Isenberg & Newman. (2012). *What do we know about self-reported fatigue in systemic lupus erythematosus?* *Lupus*, 21 (5), 465-476. <https://doi.org/10.1177/0961203312436863>
- Diglivo, Mary, Jakson, Donnaa. (2014). *Keperawatan Medikal Bedah*. (P.Dwi, Penerjemah). Jakarta : EGC
- Dorland, T.P, dkk. (2011). *Kamus Saku Kedokteran*. Dorland Ahli Bahasa, Mathoae, A.A, Rachman, dkk. Edisi 28. Jakarta : EGC
- Evalina, R. (2012). *Gambaran Klinis dan Kelainan Imunologi Pada Anak dengan Lupus Erythematosus Sistemik di Rumah Sakit Umum Pusat Adam Malik Medan Sari Pediatri* Vol. 13 No. 6
- Fatmawati, Atikah. (2018). *Regulasi Diri pada Penyakit Kronis. Systemic Lupus Erythematosus: Kajian Literatur*. Jurnal Keperawatan Indonesia Vol.21 No.1
- Hasdianah, Dewi, Prima, & sentot. (2014). *Imunologi Patogenesis dan Tehnik Biologi Molekuler*. Yogyakarta : Nuha Medika
- Hidayat, Abdul Azizi Atimul. (2011). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta : Salemba Medika
- Irawati, dkk. (2015). *Studi Pendahuluan Profil Penggunaan Obat dan Kepathan Terhadap Pengelolaan pada Pasien Lupus di Komnitas*. Jurnal Sains Farmasi & Klinis Vol. 2 No. 1
- Judha, M. & Setiawan, D. I. (2015). *Apa dan Bagaimana Penyakit Lupus? (Sistemik Lupus Erythematosus Sistemik)*. Yogyakarta : Gosyen Publising
- Katzung, B.G. (2010). *Farmakologi Dasar dan Klinik Edisi 10*. alih bahasa oleh staf Dosen Farmakologi Fakultas Kedokteran Universitas Sriwijaya. Jakarta : EGC

- Kasjmir, Yoga, dkk. (2011). *Rekomendasi Perhimpunan Reumatologi Indonesia Untuk Diagnosis Pengelolaan Lupus Erythematosus Sistemik*. Jakarta : Perhimpunan Reumatologi Indonesia
- Kyle, Terri. (2014). *Buku Ajar Keperawatan Pediatric*. (P.Wuri & W.Dwi, Penerjemah). Jakarta : EGC
- Nugraheni Ratna, dkk. (2012). *Infeksi Nosokomial di RSUD Setjonegoro Kabupaten Wonosobo*. Media Kesehatan Masyarakat Indonesia Vol. 11 No. 1
- Nursalam. (2009). *Proses dan Dokumentasi Keperawatan : Konsep dan Praktik*. Jakarta : EGC
- Paramaiswari, Ayu. (2012). *Buku Ajar Pendidikan Dokter Ilmu Penyakit Dalam*. Yogyakarta: Bagian Ilmu Penyakit Dalam FK UGM
- Perhimpunan Reumatologi Indonesia. (2011). *Diagnosis dan Pengelolaan Lupus Eritematosus Sistemik*. Jakarta : EGC
- Rosdahi, Caroline. (2013). *Buku Ajar Keperawatan. Dasar*. (Tampubolon.A.O, Penerjemah). Jakarta: EGC
- Roviati, Evi. (2012). *Systemic Lupus Erythematosus (SLE) : Kelainan Autoimun Bawaan yang Langka dan Mekanisme Biokimiawinya*. Jurnal Scientiae Educatia Vol. 1 Edisi 2
- Squance M.L, Glenn E. M. Reeves, dan Bridgman H. (2014). *The Lived Experience of Lupus Flares: Features, Triggers, and Management in an Australian Female Cohort*. International Journal of Chronic Diseases. Volume 2014 (2014), Article ID 816729, 12 pages
- Sudewi, Ni Putu, dkk. (2009). *Karakteristik Klinis Lupus Eritematosus Sistemik pada Anak Sari* Pediatri Vo/ 11 No. 2
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI)*. Edisi 1. Jakarta. Persatuan Perawat Indonesia
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI)*. Edisi 1. Jakarta. Persatuan Perawat Indonesia.
- Tim Pokja SLKI DPP PPNI. (2018). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI)*. Edisi 1. Jakarta. Persatuan Perawat Indonesia.

- Tsokos, G.C. (2010). *Systemic Lupus Erythematosus The New England Journal of medicine* Vol. 365 No. 22
- Vela, D Desai, dkk. (2014). *Latent Systemic Lupus Erythematosus : A Rare Case Report*. International Journal of Scientific Study Vol. 1 No. 6
- Vinay Kumar, dkk. (2015). *Buku Ajar Patologi Robbins*. Singapura : Elsevier.
- Wahyu Galih Saputri. (2019). *Gambaran Resiko Infeksi pada Pasien Anak dengan Systemic Lupus Erythematosus (SLE) di Ruang Melati 4 INSKA RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta*
- Wardhana, Seto. (2015). *Penderita Lupus di Yogyakarta Capai 2000 orang*. Yogyakarta: temo.co
- Wulandari, Hetty. (2009). *Kerasionalan Penggunaan Antibiotik dan Kortikosteroid pada Pasien Anak Rawat Jalan di Rumah Sakit Ibu dan Anak Restu Jakarta*. Jakarta : FMIPA UI
- Yunizar David, dkk. (2013). *Faktor-faktor Risiko Infeksi Nosokomial pada RS Yakum Medical Center Kabupaten Lampung Tengah Provinsi Lampung*. Jurnal Dunia Kesmas Vol. 2 No. 2

LAMPIRAN

JADWAL KEGIATAN

No .	Jadwal Kegiatan	Februari				Maret				April				Mei				Juni			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1.	Studi Pendahuluan	Blue																			
2.	Pengajuan Judul Proposal	Red																			
3.	Penyusunan Proposal KTI	Brown	Brown	Brown																	
4.	Seminar Proposal KTI				Purple																
5.	Penyusunan KTI										Teal	Teal	Teal	Teal	Teal	Teal	Teal	Teal	Teal	Teal	
6.	Seminar Hasil																				Green



YAYASAN KEPERAWATAN YOGYAKARTA
AKADEMI KEPERAWATAN "YKY"

LEMBAR BIMBINGAN KTI

Nama Mahasiswa : Rahmad Kurniasari
NIM : 2317028
Nama Pembimbing I : Dr. Atik Ba'diah, S.Pd, S.Kp, M.Kes
Judul KTI : STUDI DOKUMENTASI RISIKO INFEKSI PADA PASIEN
AN-E DENGAN SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS (SLE)

	Tgl Bimbingan	Materi Bimbingan	Metode Bimbingan	Saran Pembimbing	Tanda Tangan & Nama	
					Pembimbing	Mhs
1.		Bab I Acc			q	Rahmad
2.		Bab II Acc			q	Rahmad
3.		Bab III Acc			q	Rahmad
4.		Bab IV			q	Rahmad
5.		Perbaiki di Pembahasan			q	Rahmad
6.		Bab V			q	Rahmad
		Perbaiki kesimpulan dan daftar pustaka			q	Rahmad

Yogyakarta, 26 Juni 2020
Pembimbing I

q
(Dr. Atik Ba'diah, S.Pd, S.Kp, M.Kes)



YAYASAN KEPERAWATAN YOGYAKARTA
AKADEMI KEPERAWATAN "YKY"

FORMAT BIMBINGAN KTI

Nama Mahasiswa : Rahmah Kurniasari
NIM : 2317028
Nama Pembimbing 2 : Dwi Juwariati, SKM., MPH
Judul KTI : Studi Dokumentasi Risiko Infeksi pada Pasien AEF
dengan Systemic Lupus Erythematosus (SLE)

Tgl Bimbingan	Materi Bimbingan	Metode Bimbingan	Saran Pembimbing	Tanda Tangan & Nama	
				Pembimbing	Mhs
	Bab I Acc				
	Bab II III Acc				
	Bab IV V				
	Bab IV V Acc				

Yogyakarta, 26 Juni 2020

Pembimbing 2

(...Dwi Juwariati, SKM., MPH...)

DATA DOKUMEN ASKEP

Riwayat Kesehatan An. E pada bulan Oktober 2018 pasien mengalami demam naik turun, lemas, mual dan perut keras, kemudian diperiksa di RS PKU dan didiagnosa Thypoid. Setelah diberikan obat dari RS PKU, An. E masih kesakitan dan dalam 1 minggu diawasi keluarganya nampak masih demam naik turun dan badannya lemas.

An. E sering demam naik turun. setelah diperiksa di puskesmas disarankan oleh dokter untuk cek darah karena dicurigai SLE, kemudian An. E dirujuk di RS Panti Waluyo untuk rawat jalan dan melakukan cek darah, pada saat pasien An. E kontrol dan membawa hasil laboratorium dengan hasil Hb : 8g/Dl, MDT Anemia nomo-nomo dan leukositosis. Kemudian pasien dianjurkan untuk rawat inap selama 5 hari dalam perawatan An. E kondisinya membaik dan dipulangkan, namun setelah 2 hari pulang dari RS Panti Waluyo An.E masih sering demam dan badannya lemas kemudian An. E kontrol di RS Panti Waluyo dan dirujuk di RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta melalui poli rawat jalan, tetapi An. E lemas dan sesak nafas kemudian dokter menyarankan untuk An. E agar di rawat inap di RS Panti Waluyo terlebih dahulu selama $\pm$ 13 hari, kemudian pada hari Rabu tanggal 10 April 2019 masuk di RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta melalui poli rawat jalan.

Alasan masuk rumah sakit rujukan dari RS Panti Waluyo karena di RSUP Dr Sarjito ada penanganan khusus atau lebih baik untuk anak yang menderita SLE. Pengkajian keluhan utama pasien Ibu An. E mengatakan perut pasien membesar karena terdapat cairan, kedua kaki pasien bengkak, anaknya sering demam sampai 38,5°C demam naik turun dan lemas, rambut rontok dan setiap minum obat demam membaik namun masih naik turun, batuk berdahak sesak karena dahaknya sulit keluar, sariawan.

Dari hasil pengkajian diatas didapatkan diagnosa keperawatan Ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan sekresi yang tertahan, Ketidakseimbangan Nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurang asupan makanan , Risiko Infeksi berhubungan dengan imunosupresi, Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan kelemahan otot, Gangguan pola tidur berhubungan dengan kelelahan, kelebihan volume cairan berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi. Sesuai dengan judul kasus diagnosa yang digunakan sebagai pembahasan adalah Risiko Infeksi berhubungan dengan imunosupresi ditandai dengan data subjektif yaitu keluarga pasien mengatakan pasien sering demam naik turun. Data objektif yaitu suhu badan pasien pasien 37,3°C, jumlah leukosit 13.84, pasien terpasang infus RL 20 tpm tangan kanan sejak tanggal 10 April 2019, pasien terpasang selang kateter pada tanggal 15 April 2019, pasien terpasang selang NGT.

Setelah diagnosa di tegakkan rencana keperawatan yang dilakukan untuk risiko infeksi berhubungan dengan immunosupresi yaitu setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan risk control dengan kriteria hasil pasien bebas dari tanda dan gejala infeksi, menunjukkan kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi, jumlah leukosit dalam batas normal 4.50-11.50, mendeskripsikan proses penularan penyakit. Mengacu pada tujuan tersebut dapat dibuat rencana tindakan dengan NIC label infection control yaitu Monitor tanda dan gejala infeksi berikan antibiotik bila perlu, cuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan keperawatan, anjurkan keluarga pasien untuk mencuci tangan sebelum dan sesudah ke pasien, kelola pemberian antibiotik dengan dokter.

Pelaksanaan keperawatan yang dilakukan pada hari Senin 15 April 2019 pukul 09.05 WIB adalah Memonitor tanda dan gejala infeksi mencuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan keperawatan, menganjurkan pasien untuk meningkatkan intake nutrisi, menganjurkan keluarga pasien untuk cuci tangan sebelum dan sesudah ke pasien, mengelola pemberian antibiotik dengan dokter cefixime 200mg/12jam/oral. Setelah dilakukan pelaksanaan keperawatan didapatkan hasil evaluasi Senin 15 April 2019 pukul 14.00 WIB didapatkan data subjektif yaitu keluarga pasien mengatakan pasien sering demam, keluarga pasien mengatakan mencuci tangan sebelum dan sesudah ke pasien, data objektif suhu pasien 37,3 °C, leukosit 13.84.

Masalah risiko infeksi belum teratasi dan dilanjutkan intervensi dengan monitor tanda dan gejala infeksi, berikan antibiotik bila perlu, cuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan keperawatan, batasi jumlah pengunjung, kelola pemberian antibiotik dengan dokter.

Catatan perkembangan pada hari Senin 15 April 2019 pukul 15.00 WIB sif sore pelaksanaan monitor tanda dan gejala infeksi, jam 16.00 WIB menganjurkan keluarga pasien untuk cuci tangan sebelum dan sesudah kepasien, jam 18.00 WIB mengelola pemberian antibiotik dengan dokter Cefixime 200mg/12jam/oral, Hydroxychloroquine 100mg/12jam/oral, Methylprednisolone 16 mg/12jam/oral, Vitamin D 10ml/12jam/oral, Mycophenolatemofetil 16 mg/12jam/oral. Evaluasi Senin 15 April 2019 pukul 21.00 WIB didapatkan data subjektif yaitu keluarga pasien mengatakan pasien sering demam, keluarga pasien mengatakan mencuci tangan sebelum dan sesudah kepasien, data objektif suhu pasien 37,3 °C, leukosit 13.84. Masalah risiko infeksi belum teratasi dan dilanjutkan intervensi dengan monitor tanda dan gejala infeksi, mencuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan keperawatan, Anjurkan keluarga untuk cuci tangan sebelum dan sesudah kepasien, kelola pemberian antibiotik dengan dokter.

Catatan perkembangan Senin 15 April 2019 jam 21.30 WIB (shif malam) jam 21.35 WIB monitor tanda dan gejala infeksi, jam 21.37 WIB mencuci tangan sebelum dan sesudah kepasien, 21.38 WIB menganjurkan keluarga pasien untuk cuci tangan sebelum dan sesudah kepasien, jam

06.00 mengelola pemberian antibiotik dengan dokter Cefixime 200mg/12jam/oral, Hydroxychloroquine 100mg/12jam/oral, Methylprednisolone 16mg/12jam/oral, Vitamin D 10ml/12jam/oral. Evaluasi Selasa 16 April 2019 pukul 07.00 WIB didapatkan data subjektif yaitu keluarga pasien mengatakan pasien sering demam, data objektif suhu pasien 37,5 °C, leukosit 13.84. Masalah risiko infeksi belum teratasi dan dilanjutkan intervensi dengan Monitor tanda dan gejala infeksi, berikan antibiotik bila perlu, cuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan keperawatan, anjurkan keluarga pasien untuk mencuci tangan sebelum dan sesudah ke pasien, kelola pemberian antibiotik dengan dokter.

Catatan perkembangan Selasa 16 April 2019 pukul 07.30 WIB pelaksanaan jam 07.31 WIB Memonitor tanda dan gejala infeksi jam 07.32 WIB mencuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan keperawatan, menganjurkan pasien untuk meningkatkan intake nutrisi, jam 07.33 WIB menganjurkan keluarga pasien untuk cuci tangan sebelum dan sesudah ke pasien, mengelola pemberian antibiotik dengan dokter cefixime 200mg/12jam/oral. Evaluasi Selasa 16 April 2019 pukul 15.00 WIB didapatkan data subjektif keluarga pasien mengatakan badan pasien panas sejak tadi pagi, keluarga pasien mengatakan mencuci tangan sebelum dan sesudah ke pasien, data objektif suhu badan pasien 37,7 °C, pasien tampak lemas, masalah risiko infeksi belum teratasi, lanjutkan

intervensi monitor tanda dan gejala infeksi, cuci tangan sebelum dan sesudah kepasien, kelolakan pemberian antibiotik.

Catatan perkembangan Selasa 16 April 2019 (shif sore) pukul 16.15 monitor tanda dan gejala infeksi, jam 16.16 WIB mencuci tangan sebelum dan sesudah kepasien, jam 16.17 WIB menganjurkan keluarga pasien untuk cuci tangan sebelum dan sesudah kepasien, jam 18.00 WIB mengelola pemberian antibiotik dengan dokter Cefixime 200mg/12jam/oral, Hydroxychloroquine 100mg/12jam/oral, Methylprednisolone 16 mg/12jam/oral, Vitamin D 10ml/12jam/oral, Mycophenolatemofetil 16 mg/12jam/oral. Evaluasi Selasa 16 April 2019 pukul 21.00 WIB didapatkan data subjektif keluarga pasien mengatakan badan pasien panas, data objektif suhu pasien 37,8°C, jumlah leukosit 13.84, masalah risiko infeksi belum teratasi, lanjutkan intervensi monitor tanda dan gejala infeksi, cuci tangan sebelum dan sesudah kepasien, anjurkan keluarga pasien untuk cuci tangan sebelum dan sesudah kepasien, kelolakan pemberian antibiotik.

Catatan perkembangan Selasa 16 April 2019 pukul 21.30 (shif malam) pelaksanaan memonitor tanda dan gejala infeksi, memberikan paracetamol 15 ml/oral, menganjurkan keluarga pasien untuk cuci tangan sebelum dan sesudah kepasien. Evaluasi Rabu 17 April 2019 pukul 07.00 WIB data subjektif keluarga pasien mengatakan pasien demam, data objektif suhu pasien 38 °C, memberikan paracetamol 15ml/oral. Masalah risiko infeksi teratasi sebagian, lanjutkan intervensi monitor tanda dan

gejala infeksi, cuci tangan sebelum dan sesudah ke pasien, anjurkan keluarga pasien untuk cuci tangan sebelum dan sesudah ke pasien, kelola pemberian antibiotik.

Catatan perkembangan Rabu 17 April 2019 pukul 09.00 WIB pelaksanaan jam 09.01 WIB memonitor tanda dan gejala infeksi, jam 09.02 mencuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan keperawatan ke pasien, jam 09.03 menganjurkan keluarga pasien untuk cuci tangan sebelum dan sesudah ke pasien, jam 09.05 membantu membersihkan lingkungan tempat tidur pasien karena terlihat kotor, jam 09.06 mengelola dengan dokter pemberian antibiotik cefixime 200mg/12jam/oral, jam 14.00 WIB memonitor tanda dan gejala infeksi suhu 39°C, jam 14.05 WIB memberikan paracetamol 15 ml/oral. Evaluasi Rabu 17 April 2019 pukul 15.00 WIB data subjektif keluarga pasien mengatakan pasien demam sejak tadi pagi jam 06.00 WIB. Data objektif badan pasien panas, suhu 38,5°C (Jam 09.01 WIB), suhu 40°C (jam 14.00 WIB). Masalah risiko infeksi teratasi sebagian. Lanjutkan intervensi monitor tanda dan gejala infeksi, cuci tangan sebelum dan sesudah ke pasien, anjurkan keluarga pasien untuk cuci tangan sebelum dan sesudah ke pasien, kelola pemberian antibiotik.

Discharge Planing pasien adalah menganjurkan pasien untuk menjaga kebersihan, mematuhi jadwal kontrol, mengatur diet, melanjutkan terapi sesuai program, menganjurkan pasien untuk banyak beristirahat agar

tidak terjadi keletihan, menganjurkan pasien untuk tidak berada diluar ruangan terlalu lama agar tidak terjadi ruam pada kulit.