

KARYA TULIS ILMIAH

**GAMBARAN RISIKO INFEKSI PADA PASIEN ANAK DENGAN
SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS (SLE)
DI RUANG MELATI 4 INSKA
RSUP Dr. SARDJITO
YOGYAKARTA**



Oleh :
WAHYU GALIH SAPUTRI
NIM :2216076

**YAYASAN KEPERAWATAN YOGYAKARTA
AKADEMI KEPERAWATAN “YKY”
YOGYAKARTA
2019**

KARYA TULIS ILMIAH

**GAMBARAN RISIKO INFENSI PADA PASIEN ANAK DENGAN
SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS (SLE)
DI RUANG MELATI 4 INSKA
RSUP Dr. SARDJITO
YOGYAKARTA**

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

**WAHYU GALIH SAPUTRI
NIM : 2216076**

**YAYASAN KEPERAWATAN YOGYAKARTA
AKADEMI KEPERAWATAN “YKY”
YOGYAKARTA
2019**

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Wahyu Galih Saputri

NIM : 2216076

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 sayaaku 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, 23 Mei 2019

Pembuat Pernyataan



Wahyu Galih Saputri
NIM : 2216076

KARYA TULIS ILMIAH

**GAMBARAN RISIKO INFENSI PADA PASIEN ANAK DENGAN
SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS (SLE)
DI RUANG MELATI 4 INSKA
RSUP Dr. SARDJITO
YOGYAKARTA**

OLEH :
WAHYU GALIH SAPUTRI
NIM : 2216076

Telah memenuhi persyaratan untuk diujikan dan
Disetujui pada tanggal 17 Mei 2019

Pembimbing I

Dr. Atik Badi'ah, S.Pd., S.Kp., M.Kes
NIK : 196512301988032001

Pembimbing II

Dwi Juwartini, S.KM., M.PH.
NIK : 1141 98 027

KARYA TULIS ILMIAH

**GAMBARAN RESIKO INFENSI PADA PASIEN ANAK DENGAN
SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS (SLE)
DI RUANG MELATI 4 INSKA
RSUP Dr. SARDJITO
YOGYAKARTA**

OLEH :
WAHYU GALIH SAPUTRI
NIM : 2216076

Telah dipertahankan di depan Dewan Penguji Karya Tulis Ilmiah
Akper "YKY" Yogyakarta Pada tanggal 28 Mei 2019

Dewan Penguji :

Dr. Atik Badi'ah,S.Pd.,S.Kp.,M.Kes

Dwi Juwartini, S.KM.,M.PH.

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

Tanda Tangan



HALAMAN MOTTO

1. Sesungguhnya sesudah kesulitan pasti ada kemudahan
2. Ketika kau sedang mengalami kesusahan dan bertanya-tanya kemana Allah, cukup ingat bahwa seorang guru selalu diam saat ujian berjalan
3. Ubah pikiranmu dan kau dapat mengubah duniamu
4. Jika kamu ingin hidup bahagia, terkaitlah pada tujuan, bukan orang atau benda
5. Jika kau tak suka sesuatu, ubahlah. Jika tidak bisa, maka ubahlah cara pandangmu tentangnya.
6. Waktumu terbatas, jangan habiskan dengan mengurusi hidup orang lain
7. Sukses adalah saat persiapan dan kesempatan bertemu
8. Rahasia kesuksesan adalah mengetahui yang orang lain tidak tahu
9. Terasa sulit ketika aku merasa harus melakukan sesuatu. Tetapi menjadi mudah ketika aku menginginkannya
10. Ubahlah hidupmu mulai hari ini, jangan bertaruh di masa depan nanti, bertindaklah sekarang tanpa menunda-nunda lagi.

HALAMAN PERSEMBAHAN

Karya Tulis Ilmiah ini penulis mempersembahkan untuk :

1. Ibu dan Bapak tercinta yang tidak pernah berhenti mendo'akan, dan menemani dalam membuatan Karya Tulis Ilmiah yang telah memberikan dukungan moril maupun materiel, motivasi dan segalanya yang tak pernah dapat dihitung dan berakhir.
2. Simbah kakung dan putri dan seluruh anggota keluarga yang telah memberikan do'a, motivasi, dukungan semangat.
3. Khoirul Alwi Novianto yang selalu memberikan semangat, dan telah mengisi hati selama ini dikala suka maupun duka.
4. Untuk sahabat seperjuangan Umi Fathonah,Leni Indi Astuti,Lilik Prabawati, Siti Muyasaroh, Fedina susilowati, Isnanda Karimah yang selalu memberikan dukungan, semangat, motivasi dan membantu dikala susah ataupun senang, semoga kita bisa sukses.
5. Untuk teman seperjuangan Amd.Kep angkatan 22, sukses untuk kita semua.
6. Almamater kebangganku "YKY" Yogyakarta.

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadirat Allah SWT, yang atas rahmat-Nya maka penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah yang berjudul “GAMBARAN RISIKO INFEKSI PADA PASIEN ANAK DENGAN SYSTEMIC LUPUS ERITEMATOSUS DI RUANG MELATI 4 INSKA RSUP Dr SARDJITO YOGYAKARTA” dapat terselesaikan dengan baik. Tujuan penulisan Karya Tulis Ilmiah ini sebagai syarat menyelesaikan pendidikan program studi Diploma III Keperawatan Akademi Keperawatan “YKY” Yogyakarta.

Penulis menyadari bahwa keberhasilan dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini tidak terlepas dari bimbingan dan bantuan dari berbagai pihak baik secara langsung maupun tidak langsung, baik dukungan moril maupun materiel.

Tak lupa pula penulis mengucapkan terima kasih kepada yang terhormat :

1. Bapak Dr. dr. Darwinto,S.H.,Sp.B(K)Onk selaku direktur RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta yang telah memberi izin untuk praktik ujian akhir program di RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta.
2. Ibu TriArini,S.Kep.Ns.M.Kep, selaku Direktur Akademik Keperawatan “YKY” Yogyakarta .

3. Ibu Dr. Atik Ba'diah, SKp.M.Kes selaku dosen pembimbing I yang telah bersedia meluangkan waktu, tenaga , pikiran dan bimbingan, sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah dengan lancar.
4. Ibu Dwi Juwartini, SKM MPH selaku dosen pembimbing II yang telah memberikan masukan dan arahan kepada penulis, sehingga penulisan karya tulis ilmiah ini dapat diselesaikan dengan baik dan tepat waktu.
5. Bapak / Ibu dosen Akademi Keperawatan “YKY” Yogyakarta yang telah memberikan bimbingan arahan dan ketrampilan yang bermanfaat selama penulis mengikuti pendidikan .
6. Keluarga Pasien An. E dan An. N yang telah bersikap kooperatif saat dilakukan mengambilan data

Semoga amal baik serta bantuan yang telah diberikan akan mendapat pahala dari Allah SWT . Akhir kata penulis berharap semoga Karya Tulis Ilmiah ini dapat bermanfaat bagi pihak-pihak yang membutuhkan. Saran dan kritik yang bersifat membangun sangan penulis harapkan

Yogyakarta, 23 Mei 2019

Penulis

DAFTAR ISI

Hal

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 TABEL	xii
HALAMAN DAFTAR GAMBAR	xii
HALAMAN DAFTAR-DAFTAR LAMPIRAN	xiii
ABSTRAK	xv
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang Masalah.....	1
B. Rumusan Masalah	4
C.Tujuan Studi Kasus.....	5
D.Ruang Lingkup	7
E. Manfaat Studi Kasus	7
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	9
A. Teori Dasar	9
1. Konsep <i>Systemic Lupus Erythematosus (SLE)</i>	9
a. Definisi.....	9
b. Klasifikasi	10
c. Etiologi.....	11
d. Patofisiologi	11
e. Tanda dan Gejala	12
f. Komplikasi	13
g. Pemeriksaan Penunjang	14
2. Konsep Masalah Keperawatan Risiko Infeksi.....	15
a. Definisi.....	15
b. Gambaran infeksi pada pasien dengan <i>Systemic Lupus Erythematosus</i>	16
c. Faktor Risiko Risiko Infeksi	17
d. Tanda Infeksi	18
3. Asuhan Keperawatan Pada Pasien <i>Systemic Lupus Erythematosus</i>	19
a. Pengkajian.....	20
b. Diagnosa keperawatan	28

c. Perencanaan	30
d. Pelaksanaan.....	40
e. Evaluasi.....	40
f. Dokumentasi.....	40
B. Kerangka Teori	41
C. Kerangka Konsep	42
BAB III METODE PENELITIAN	43
A. Rancangan Studi Kasus	43
B. Subyek Studi Kasus	43
C. Lokasi dan Waktu Studi Kasus.....	43
D. Definisi Operasional	44
E. Instrumen Studi Kasus	44
F. Teknik Pengumpulan Data.....	45
G. Etika Studi Kasus	47
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	40
A. Hasil.....	40
1. Gambaran Lokasi.....	40
2. Karakteristik Partisipan	41
3. Gambaran Asuhan Keperawatan	42
4. Gambaran Partisipan.....	55
B. Pembahasan	58
C. Keterbatasan Studi Kasus	62
BAB V PENUTUP	64
A. Kesimpulan.....	64
B. Saran	66
DAFTAR PUSTAKA	69
LAMPIRAN	72

DAFTAR TABEL

Tabel 4.1 Karakteristik partisipan.....	41
Tabel 4.2 Gambaran Data Partisipan.....	55

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 <i>Butterfly Rash</i>	13
Gambar 2.2 Komplikasi <i>SLE</i>	14
Gambar 2.3 Kerangka Teori.....	41
Gambar 2.4 Kerangka Konsep.....	42

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1. Jadwal Pelaksanaan Studi Kasus
- Lampiran 2. *Informed consent*
- Lampiran 3. Format Asuhan Keperawatan
- Lampiran 4. Surat Ijin Studi Pendahuluan
- Lampiran 5. Berita Acara Pelaksanaan Bimbingan

Wahyu Galih Saputri. (2019). Gambaran Risiko Infeksi Pada Pasien dengan *Systemic Lupus Erythematosus* (SLE) di Ruang Melati 4 INSKA RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta.

Pembimbing : Dr. Atik Ba'diah, S.Pd,SKp.,M.Kes, Dwi Juwartini, S.KM.,M.PH.

ABSTRAK

Karya Tulis Ilmiah ini dengan judul Gambaran Risiko Infeksi Pada Pasien dengan *Systemic Lupus Erythematosus* (SLE) di Ruang Melati 4 INSKA RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta, dilatar belakangi dengan adanya data dari catatan register di Ruang Melati 4 INSKA RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta penderita dengan kasus *Systemic Lupus Erythematosus* (SLE) sejak 15 Januari 2018 sampai engan 09 Februari 2019 di peroleh data sebagai berikut: Jumlah keseluruhan ada 80 kasus dengan presentase 3,5%.

Tujuan dari penyusunan karya tulis ilmiah ini adalah agar mengetahui gambaran risiko infeksi pada pasien anak dengan *Systemic Lupus Erythematosus* (SLE) dan memperoleh pengalaman dalam melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien An. E dan An. N dengan *Systemic Lupus Erythematosus* (SLE) pada tanggal 15 sampai 17 April 2019 melalui proses keperawatan yang meliputi : pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi dan studi dokumentasi. Berdasarkan hasil pengkajian pada An. E ditemukan adanya gangguan sistem musculoskeletal terdapat pembengkakan sendi, sistem pernafasan adanya efusi pleura, dan sistem pola nutrisi metabolismik pasien tidak nafsu makan. Sedangkan pengkajian pada An. N Hasil pengkajian pada An. N didapatkan adanya gangguan sistem musculoskeletal terdapat pembengkakan sendi, sistem pernafasan adanya efusi pleura. Dari pengkajian diatas didapatkan diagnosa keperawatan pada An. E dan An. N yaitu Risiko Infeksi berhubungan dengan imunosupresi.

Kesimpulan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 penulis dapat mengetahui Gambaran Risiko Infeksi Pada Pasien Anak Dengan *Systemic Lupus Erythematosus* (SLE) di Ruang Melati 4 INSKA RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta.

Kata kunci : Gambaran Risiko Infeksi, *Systemic Lupus Erythematosus* (SLE)

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Lupus adalah penyakit dimana sistem imun yang normalnya memerangi infeksi, mulai menyerang sel sehat dalam tubuh. Fenomena ini disebut autoimun dan apa yang diserang oleh sistem imun disebut autoantigen (Laura K. DeLong, MD 2012). Para penderita lupus sering disebut dengan odapus (orang dengan lupus). Kehidupan odapus bisa berubah drastis sejak sakit lupus dan mereka merasa sangat sulit untuk mengelola penyakit ini (De Barros,*et.al.*, 2012).

Penyakit *Systemic Lupus Erythematosus* adalah hasil dari regulasi sistem imun yang terganggu yang menyebabkan produksi berlebihan dari autoantibodi. Pada kondisi normal tubuh manusia, antibodi diproduksi dan digunakan untuk melindungi tubuh dari benda asing (virus, kuman, bakteri, dll). Namun pada kondisi SLE, antibodi tersebut kehilangan kemampuan untuk membedakan antara benda asing dan jaringan tubuh sendiri. Secara khusus, sel B dan sel T berkontribusi pada respon imun penyakit SLE ini (Smeltzer, Bare, Hinkle, & Cheever, 2010).

Dalam NANDA 2015 -2017, Risiko infeksi termasuk dalam domain 11 yaitu keamanan dan perlindungan dengan definisi rentan mengalami invasi dan multiplikasi organisme patogenik yang dapat menganggu kesehatan (kelas 1 : infeksi kode 00004).

Lupus telah diderita setidaknya oleh lima juta orang di seluruh dunia. Lupus dapat menyerang pria dan wanita di semua usia, namun dari 90% orang yang terdiagnosis *lupus* adalah wanita, dan usia rentan *lupus* adalah 15-44 tahun. 70% kasus lupus berupa *SLE* (*Systemic Lupus Erythematosus*), 10% berupa *CLE* (*Cutaneus Lupus Erythematosus*), 10% berupa *drug-induced lupus* dan 5% lainnya berupa *neonatal lupus* (S.L.E Lupus Fondation 2012).

Di Indonesia, estimasi jumlah penderita lupus sekitar 200-300 ribu orang, perbandingan jumlah penderita lupus pria dan wanita adalah 1:6-10, sehingga lupus sering disebut penyakit kaum wanita. Tren penyakit lupus di negara kita terus menunjukkan peningkatan setiap tahunnya (Yayasan Lupus Indonesia 2012; Utomo 2012).

Di Yogyakarta terjadi peningkatan *Systemic Lupus Erythematosus* (*SLE*) rata-rata 5-6 pasien per tahun dengan survival pada tahun kelima sebesar 65% (Farkhati, Hapsara, & Satria, 2012). Berdasarkan cacatan registrasi di Ruang Melati 4 INSKA RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta penderita dengan kasus *Systemic Lupus Erythematosus* (*SLE*) sejak 15 Januari 2018 sampai dengan 09 Februari 2019 di peroleh data sebagai berikut: Jumlah keseluruhan ada 80 kasus dengan presenase 3,5% setiap tahunnya (Buku Register RSUP Dr. Sardjito,2018).

Hasil studi tentang penyakit Lupus, yang terkenal dengan *The Great Imitator* dikatakan kerap salah dalam diagnosa awal sehingga terapi yang diberikan kurang tepat. Sebagai akibatnya banyak waktu terbuang sebelum

penderita terdiagnosa Lupus, sementara manifestasinya sudah meluas bahkan terdapat komplikasi lain (Syarif, 2009).

Berbagai efek dapat timbul pada pasien dengan *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 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 (Tsokos, 2011).

Dalam hal ini, peran perawat dalam masalah keperawatan Risiko Infeksi pada pasien anak dengan *Systemic Lupus Erythematosus* (*SLE*) di ruang Melati 4 INSKA RSUP Dr. Sardjito yaitu sebagai preventif yaitu memberi informasi mengenai pencegahan penyakit *Systemic Lupus Erythematosus* dengan cara makan makanan yang sehat, menghindari paparan sinar matahari, dan istirahat yang cukup. Peran perawat promotif yaitu sebagai pendidik yaitu menasihati pasien *SLE* mengenai risiko tinggi terhadap infeksi dan penyakit kardiovaskular. Mendidik pasien dengan *SLE* tentang pengaruh lemak dan tujuan mengontrol tekanan darah untuk meminimalkan risiko penyakit arteri koroner. Pasien dengan *SLE* juga perlu diberikan pendidikan kesehatan terkait nutrisi, diantaranya untuk menambah konsumsi makanan yang mengandung kalsium dan vitamin D (Wheeler, 2010; Robinson, Cook, & Currie, 2011). Peran perawat kuratif yaitu

sebagai pemberi asuhan keperawatan Risiko Infeksi pada pasien anak dengan *Systemic Lupus Erythematosus (SLE)* sehingga pasien dapat mencapai derajat kesehatan yang optimal dan peran perawat rehabilitatif yaitu menganjurkan pasien untuk banyak beristirahat agar *systemic lupus erythematosus (SLE)* tidak mengalami kekambuhan.

Berdasarkan latar belakang di atas maka penulis perlu dan tertarik untuk membuat Karya Tulis Ilmiah dengan judul “Gambaran Risiko Infeksi pada pasien anak dengan *Systemic Lupus Erythematosus (SLE)* di Ruang Melati 4 INSKA RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang masalah tersebut di atas, maka rumusan masalah pada Karya Tulis Ilmiah ini adalah “Bagaimana Gambaran Risiko Infeksi pada Pasien Anak dengan *Systemic Lupus Erythematosus* di Ruang Melati 4 INSKA RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta”, yang meliputi :

1. Bagaimana proses pengkajian keperawatan Risiko Infeksi pada pasien anak dengan *Systemic Lupus Erythematosus (SLE)* di Ruang Melati 4 INSKA RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta?
2. Bagaimana proses diagnosa keperawatan Risiko Infeksi pada pasien anak dengan *Systemic Lupus Erythematosus (SLE)* di Ruang Melati 4 INSKA RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta?

3. Bagaimana proses perencanaan keperawatan Risiko Infeksi pada pasien anak dengan *Systemic Lupus Erythematosus (SLE)* di Ruang Melati 4 INSKA RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta?
4. Bagaimana proses pelaksanaan keperawatan Risiko Infeksi pada pasien anak dengan *Systemic Lupus Erythematosus (SLE)* di Ruang Melati 4 INSKA RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta?
5. Bagaimana proses evaluasi keperawatan Risiko Infesi pada pasien anak dengan *Systemic Lupus Erythematosus (SLE)* di Ruang Melati 4 INSKA RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta?
6. Bagaimana proses pendokumentasian keperawatan Risiko Infeksi pada pasien anak dengan *Systemic Lupus Erythematosus (SLE)* di Ruang Melati 4 INSKA RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta.
7. Bagaimana faktor penghambat dan faktor pendukung Keperawatan Risiko Infeksi pada pasien anak dengan *Systemic Lupus Erythematosus (SLE)* di Ruang Melati 4 INSKA RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta.

C. Tujuan Studi Kasus

1. Tujuan Umum

Mengetahui Gambaran Risiko Infeksi pada pasien anak dengan *Systemic Lupus Erythematosus (SLE)* di ruang melati 4 INSKA RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta.

2. Tujuan Khusus

Adapun tujuan khususnya, dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan *Systemic Lupus Erythematosus (SLE)*.

- a. Diketahuinya karakteristik partisipan
- b. Diketahuinya pengkajian keperawatan Risiko Infeksi pada pasien anak dengan *Systemic Lupus Erythematosus (SLE)* di Ruang Melati 4 INSKA RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta.
- c. Diketahuinya diagnosa keperawatan Risiko Infeksi pada pasien anak dengan *Systemic Lupus Erythematosus (SLE)* di Ruang Melati 4 INSKA RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta.
- d. Diketahuinya perencanaan keperawatan Risiko Infeksi pada pasien anak dengan *Systemic Lupus Erythematosus (SLE)* di Ruang Melati 4 INSKA RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta.
- e. Diketahuinya pelaksanaan keperawatan Risiko Infeksi pada pasien anak dengan *Systemic Lupus Erythematosus (SLE)* di Ruang Melati 4 INSKA RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta.
- f. Diketahuinya evaluasi keperawatan Risiko Infeksi pada pasien anak dengan *Systemic Lupus Erythematosus (SLE)* di Ruang Melati 4 INSKA RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta.
- g. Diketahuinya dokumentasi keperawatan Risiko Infeksi pada pasien anak dengan *Systemic Lupus Erythematosus (SLE)* di Ruang Melati 4 RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta.

- i. Diketahuinya faktor penghambat dan faktor pendukung Keperawatan Risiko Infeksi pada pasien anak dengan *Systemic Lupus Erythematosus (SLE)* di Ruang Melati 4 INSKA RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta.

D. Ruang Lingkup

Laporan gambaran Risiko Infeksi pada pasien anak dengan *Systemic Lupus Erythematosus (SLE)* ini termasuk mata ajar Keperawatan Anak, dengan waktu pelaksanaan 3x24 jam dimulai tanggal 15 sampai 17 April 2019 di Ruang Melati 4 INSKA RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta. Dalam pelaksanaannya menggunakan metode pendekatan proses keperawatan yang meliputi : Pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan keperawatan, sampai dengan evaluasi tindakan keperawatan. Kelima proses keperawatan tersebut kemudian di dokumentasikan.

E. Manfaat Studi Kasus

Studi Kasus ini diharapkan memberikan manfaat bagi :

1. Masyarakat

Diharapkan dapat menambah informasi dan pengetahuan kepada masyarakat luas tentang gambaran Risiko Infeksi pada pasien anak dengan *Systemic Lupus Erythematosus (SLE)*.

2. Penulis

Diharapkan dapat menambah wawasan dan pengetahuan dalam menerapkan proses keperawatan selama menempuh pendidikan di Akademi Keperawatan “YKY” Yogyakarta terutama menerapkan asuhan keperawatan Risiko Infeksi pada pasien anak dengan dengan *Systemic Lupus Erythematosus (SLE)*.

3. Pengembangan Ilmu dan Teknologi Keperawatan Anak

Diharapkan dapat digunakan sebagai tambahan keluasan ilmu dan teknologi terapan bidang keperawatan dalam Risiko Infeksi pada pasien anak dengan *Systemic Lupus Erythematosus (SLE)*.

4. Ruang Melati 4 INSKA RSUP Dr.Sardjito Yogyakarta

Diharapkan dapat memberikan pengetahuan bagi pelaksana keperawatan mengenai Risiko Infeksi pada pasien anak dengan *Systemic Lupus Erythematosus (SLE)* Ruang Melati 4 INSKA RSUP Dr.Sardjito Yogyakarta.

5. Institusi pendidikan Akademi Keperawatan “YKY” Yogyakarta

Diharapkan dapat dijadikan tambahan pengetahuan bagi mahasiswa Akademi Keperawatan “YKY” Yogyakarta dalam memberikan asuhan keperawatan Risiko Infeksi pada pasien anak dengan *Systemic Lupus Erythematosus (SLE)*.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Latar Belakang

1. Konsep penyakit *Systemic Lupus Erythematosus (SLE)*

a. Definisi

Menurut Farkhati (2012) *SLE* merupakan penyakit autoimun yang bersifat sistemik. *Systemic Lupus Erythematosus (SLE)* adalah gangguan imun radang kronis yang mempengaruhi kulit dan organ tubuh 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). *Systemic Lupus Erythematosus (SLE)* merupakan penyakit radang atau inflamasi multisistem yang disebabkan oleh banyak faktor dan dikarakterisasi oleh adanya gangguan disregulasi sistem imun berupa peningkatan sistem imun dan produksi autoantibodi yang berlebihan. Terbentuknya autoantibodi terhadap *Double Stranded Deoxyribose-Nucleid Acid (dsDNA)*, berbagai macam ribonukleoprotein intraseluler, sel-sel darah fisiolipid dapat menyebabkan kerusakan jaringan melalui mekanisme pengaktifan komplemen (Hasdianah dkk 2014).

b. Klasifikasi

Penyakit Lupus dapat diklasifikasikan menjadi 3 macam yaitu *discoid lupus*, *Systemic Lupus Erythematosus*, dan Lupus yang diindikasi obat :

1) *Discoid Lupus*

Lesi berbentuk lingkaran atau cakra dan ditandai oleh batas eritema yang meninggi, skuama, sumbatan *folikuler*, dan *telangiectasia*. Lesi ini timbul dikulit 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 macam manifestasi klinis pada organ (Cleanthous, Tyagi, Isenberg, & Newman, 2012).

3) Lupus yang diindikasi obat

Lupus disebakan 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 di respon sebagai benda asing oleh tubuh sehingga tubuh membentuk kompleks *antibody*

antikular (ANA) untuk menyerang benda asing tersebut (Hasdianah dkk, 2014).

c. Etiologi

Penyakit lupus terjadi akibat terganggunya regulasi kekebalan yang menyebabkan peningkatan *auto antibody* yang berlebihan. Gangguan imunorgulasi ini ditimbulkan oleh kombinasi antara faktor-faktor genetik,hormonal (sebagaimana terbukti oleh awitan penyakit yang biasanya terjadi selama usia reproduktif) dan lingkungan (cahaya matahari, luka bakar termal). Sampai saat ini penyebab Lupus belum diketahui. Diduga faktor genetik, infeksi, dan lingkungan ikut berperan pada patofisiologi Lupus. Sistem imun tubuh kehilangan kemampuan untuk membedakan antigen dari sel dan jaringan tubuh sendiri. Dalam keadaan normal, sistem kekebalan tubuh berfungsi mengendalikan pertahanan tubuh dalam melawan infeksi. Pada Lupus dan penyakit autoimun lainnya, sistem pertahanan tubuh ini berbalik menyerang tubuh, dimana *antibodi* yang dihasilkan menyerang sel tubuhnya sendiri (Judha & Setiawan,2015).

d. Patofisiologi

Pada *SLE* juga terdapat kelainan pada unsur-unsur sistem imun. Dalam keadaan normal, makrofag yang berupa Antigen Presenting Cell (APC) akan memperkenalkan antigen kepada sel T. Tetapi pada penderita lupus, beberapa reseptor yang terdapat pada permukaan sel T mengalami perubahan baik pada struktur maupun fungsinya sehingga pengalihan

informasi normal tidak dapat dikenali. Hal ini menyebabkan reseptor yang telah berubah di permukaan sel T akan salah mengenali perintah dari sel T. Faktor lingkungan yang dapat memicu terjadinya lupus antara lain paparan sinar ultraviolet, agen infeksius seperti virus dan bakteri, serta obat-obatan yang diminum dalam jangka waktu tertentu diantaranya prokainamid, klorpromazin, isoniazid, fenitoin, dan penisilamin. Peningkatan hormon dalam tubuh juga dapat memicu terjadinya SLE. Beberapa studi menemukan korelasi antara peningkatan risiko lupus dan tingkat estrogen yang tinggi. Jadi, estrogen yang berlebihan dengan aktivitas hormon androgen yang tidak adekuat pada laki-laki maupun perempuan mungkin bertanggung jawab terhadap perubahan respon imun (Alexis et al., 2013; Setiati et al., 2014).

e. Tanda dan Gejala

Tanda penyakit merupakan manifestasi klinis atau data objektif yang bisa dilihat langsung dengan mata tanpa ada pemeriksaan diagnostik. Empat penderita menyatakan bahwa ketika terjadi lupus terdapat tanda bintik-bintik diwajah, gambaran bintik-bintik tersebut menyerupai kupu-kupu. Satu orang penderita menambahkan tidak hanya bintik di wajah tetapi juga adanya bengkak-bengkak seluruh tubuh. Gejala merupakan tanda awal yang hanya bisa dirasakan oleh penderita suatu penyakit atau hanya bisa dibuktikan dengan pemeriksaan penunjang. Seperti halnya penyakit lain gejala lupus hanya bisa dirasakan oleh penderita, gejala lupus yang dinyatakan penderita dapat bermacam-macam, satu orang menyatakan nyeri sendi, dua orang

menyatakan adanya gangguan pada ginjal dan paru, empat orang menyatakan adanya kelemahan dan rasa cepat lelah setelah menderita lupus, sehingga menganggu kegiatan sehari-hari (Judha & Setiawan, 2015).

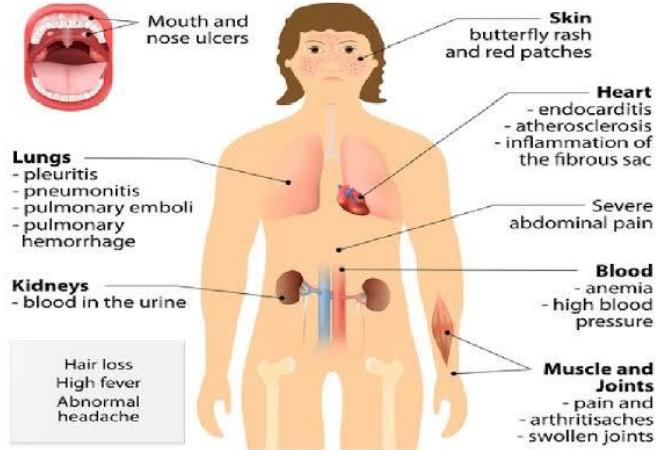


Gambar 2.1 *Butterfly Rash*
(<https://www.dermnetnz.org/topics/systemic-lupus-erythematosus-images/>)

f. Komplikasi

Menurut Djoerban (2009) spesialis penyakit dalam dari departemen hematologi dan onkologi medik FKUI, kelainan darah bisa ditemukan pada 85% penderita lupus. Bisa terbentuk 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.

Systemic lupus erythematosus



Gambar 2.2 Komplikasi SLE
<http://www.erwinedwar.com/2018/02/lupus-eritematosus-sistemik-systemic.html?m=1>

g. Pemeriksaan Penunjang

- 1) Hemoglobin, leukosit, hitung jenis sel, laju endap darah (LED)
- 2) Urin rutin dan mikroskopik, protein kuantitatif 24 jam, dan bila diperlukan kreatinin urin
- 3) Kimia darah (ureum, kreatinin, fungsi hati, profil lipid)
- 4) PT, aPTT pada sindroma antifosfolipid
- 5) Serologi ANA, anti ds-DNA, komplemen (C3,C4)
- 6) Foto polos thorax

7) Tes imunologik awal yang diperlukan untuk menegakkan diagnosis SLE adalah tes ANA. Tes ANA dikerjakan/diperiksa hanya pada pasien dengan tanda dan gejala mengarah pada *SLE*. Pada penderita 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 (tuberkulosis), penyakit autoimun misalnya Mixed Connective Tissue Disease (MCTD), artritis reumatoid, tiroiditis autoimun, atau keganasan. Jika hasil tes ANA negatif, pengulangan segera tes ANA tidak diperlukan, tetapi perjalanan penyakit reumatik sistemik termasuk SLE seringkali dinamis dan berubah, mungkin diperlukan pengulangan tes ANA pada waktu yang akan datang terutama jika didapatkan gambaran klinis yang mencurigakan. Test Anti ds-DNA positif menunjang diagnosis SLE, namun jika negatif tidak menyingkirkan diagnosis SLE (Perhimpunan Reumatologi Indonesia, 2011).

2. Risiko Infeksi

a. Definisi

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. Gambaran Risiko infeksi pada pasien *Systemic Lupus Erythematosus (SLE)*

Infeksi bakteri yang terlihat pada SLE memengaruhi saluran respirasi (*Steptococcus, Staphylococcus*) dan saluran urin (*Escherichia coli*). Selain virus pilek, pasien *SLE* bisa mudah terserang herpes zoster, atau shingle. Virus EpsteinBarr, virus hepatitis, dan cytomegalovirus mungkin lebih merata pada *SLE*. Proses infeksi jamur yang paling lazim pada pasien lupus adalah Candida, atau ragi. Infiltrasi ini terlihat di tenggorokan dan esofagus (menyebabkan sakit tenggorokan dan sulit menelan makanan) dan di dalam vagina. Terkadang infeksi jamur seperti yang disebabkan oleh *Cryptococcus, Coccidioides immitis*, dan *Nocardia* juga dialami. Di Amerika, parasit yang terlihat pada pasien lupus disebut *Strongyloides*, dan protozoa yang harus diwaspadai adalah *Pneumocystis carinii*, yang sering kali ditemukan pada pengidap AIDS (Wallace, 2009).

Pada penelitian Ramadhani, Devi di Rumah Sakit Umum Pusat Haji Adam Malik Medan Tahun 2012-2017, subjek penelitian lebih banyak tidak mengalami infeksi yaitu 50 orang (51,5%), sedangkan yang menderita infeksi yaitu 47 orang (48,5%). Infeksi lebih banyak mengalami lokasi infeksi di paru-paru yaitu 20 orang (42,5%), diikuti dengan lokasi infeksi di saluran kemih yaitu 11 orang (23,4%), di kulit yaitu 4 orang (8,5%), di paru-paru dan saluran kemih yaitu 4 orang (8,5%), di kulit dan paru-paru yaitu 4 orang (8,5%), di gastrointestinal yaitu 2 orang (4,3%), di kulit, saluran kemih, dan paru-paru yaitu 2 orang (4,3%). Hal ini sejalan dengan

penelitian-penelitian terdahulu, dimana pada penelitian tersebut dinyatakan bahwa lokasi infeksi tersering pada penderita SLE yang mengalami infeksi yaitu pada saluran pernapasan, saluran kemih, dan kulit (ZandmanGoddart & Shoenfeld, 2005; Barber et al., 2011; Skare et al., 2016).

Penderita *SLE* rentan mengalami infeksi dikarenakan 80% penderita *SLE* mengkonsumsi steroid selama masa penyakit mereka (Wallace, 2009). Steroid merupakan obat yang dipakai sebagai antiinflamasi dan imunosupresi (Setiati et al., 2014), 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).

c. Faktor Risiko pada Risiko Infeksi

- 1) Kurang pengertahan untuk menghindari pemajaman patogen
- 2) Malnutrisi
- 3) Obesitas
- 4) Penyakit kronis
- 5) Prosedur infasif

Pertahanan Tubuh Primer Tidak Adekuat

- 1) Gangguan integritas kulit
- 2) Gangguan peristalsis
- 3) Merokok
- 4) Pecah ketuban dini

- 5) Pecah ketuban lambat
- 6) Penurunan kerja siliaris
- 7) Perubahan pH sekresi
- 8) Statis cairan tubuh

Pertahanan Tubuh Sekundr Tidak Adekuat

- 1) Imunosupresi
- 2) Leukopenia
- 3) Penurunan hemoglobin
- 4) Supresi respons inflamasi
- 5) Vaksinasi tidak adekuat

Pemanjangan Terhadap Patogen Lingkungan Meningkat

- 1) Terpajan pada wabah

d. Tanda Infeksi

- 1) Dolor

Dolor adalah 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.

- 2) Kalor

Kalor adalah rasa panas, pada daerah yang mengalami infeksi akan terasa

panas. Ini terjadi karena tubuh mengkompensasi aliran darah lebih banyak ke area yang mengalami infeksi untuk mengirim lebih banyak antibody dalam memerangi antigen atau penyebab infeksi.

3) Tumor

Tumor dalam kontek gejala infeksi bukanlah sel kanker seperti yang umum dibicarakan nggak boleh tapi pembengkakan. Pada area yang mengalami infeksi akan mengalami pembengkakan karena peningkatan permeabilitas sel dan peningkatan aliran darah.

4) Rubor

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

5) Fungsiolaesa

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

3. Asuhan Keperawatan Risiko Infeksi Pada Pasien *Systemic Lupus Erythematosus* (SLE)

Keperawatan adalah suatu bentuk pelayanan yang merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan di dasari pada ilmu dan kiat keperawatan yang

mencakup *bio-psiko-sosio-spiritual* dan kultural kepada individu, kelompok dan masyarakat (Nursalam,2009).

Asuhan Keperawatan adalah rangkian kegiatan atau suatu sistem praktik keperawatan yang diberikan secara langsung kepada individu, kelompok atau masyarakat (Nursalam,2009).

Proses keperawatan adalah suatu metode yang terorganisir dan sistematis dalam pemberian asuhan keperawatan kepada pasien yang berespon terhadap manusia sebagai keluaran dan masyarakat (Nursalam,2009).

a. Pengkajian

Pengkajian adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan suatu proses pengumpulan data yang sistematis dari berbagai sumber untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi suatu kesehatan pasien (Lyer et.al, 1999 dalam Nursalam 2009).

1) Tipe Data

Ada dua tipe pengkajian yaitu, data subjektif dan data objektif kedua tipe tersebut adalah sebagai berikut :

a) Data Subjektif

Data subjektif adalah data yang didapatkan dari pasien sebagai suatu pendapat terhadap suatu situasi dan kejadian. Data tersebut tidak dapat ditentukan oleh perawat secara *independent* tetapi harus melalui suatu interaksi atau komunikasi. Data subjektif diperoleh dari riwayat keperawatan termasuk persepsi pasien, perasaan dan ide tentang status

kesehatannya. Misalnya penjelasan pasien tentang nyeri, lemah, frustasi, mual atau muntah. Data yang diperoleh dari sumber lainnya, seperti dari keluarga, konsultan, dan profesi kesehatan lainnya juga dapat dikategorikan sebagai data subjektif jika didasarkan pada pendapat klien (Nursalam, 2009).

b) Data Objektif

Data objektif adalah data yang didapat dari observasi dan dapat diukur oleh perawat. Dan ini diperoleh melalui kepekaan perawat selama melakukan pemeriksaan fisik. Yang termasuk data objektif adalah frekuensi pernafasan, tekanan darah, adanya edema dan berat badan (Nursalam, 2009).

c) Sumber Data

Sumber data yang dikumpulkan dapat diperoleh tidak hanya dari pasien tetapi dari orang terdekat (keluarga), catatan, riwayat penyakit terdahulu, konsultasi dengan terapis, hasil pemeriksaan diagnostik, catatan medis, dan sumber kepustakaan. Penjelasan mengenai sumber-sumber data tersebut adalah sebagai berikut :

(1) Pasien

Pasien adalah sumber data yang utama dan perawat dapat menggali informasi yang sebenarnya mengenai masalah kesehatan pasien. Banyak klien yang senang memberikan informasi kepada perawat, jika pasien mengetahui bahwa informasi yang telah

disampaikan akan membantu memecahkan masalahnya sendiri maka pasien akan dengan mudah memberikan informasi kepada perawat. Perawat harus mampu mengidentifikasi masalah maupun kesulitan-kesulitan klien agar dapat memperoleh data yang benar (Nursalam,2009).

(2) Orang Terdekat

Informasi dapat diperoleh dari orang tua, suami atau istri, anak atau teman pasien. Jika klien mengalami gangguan keterbatasan dalam berkomunikasi ataupun kesadaran yang menurun. Hal ini dapat terjadi pada klien anak-anak, dimana informasi diperoleh dari ibu atau yang menjaga anak selama dirumah sakit (Nursalam,2009).

(3) Catatan Pasien

Catatan pasien ditulis oleh anggota tim kesehatan dan dapat dipergunakan sebagai sumber informasi dalam riwayat keperawatan. Untuk menghindari pengulangan yang tidak perlu maka sebelum mengadakan interaksi kepada pasien, perawat hendaknya membaca catatan pasien terlebih dahulu. Hal ini membantu perawat untuk fokus dalam mengkaji data dan memperluas data yang akan diperoleh dari pasien (Nursalam,2009).

(4) Riwayat Penyakit

Pemeriksaan fisik dan cacatan perkembangan merupakan riwayat penyakit yang diperoleh dari terapis. Informasi yang diperoleh adalah hal-hal yang difokuskan pada identifikasi patologis dan untuk menentukan rencana intervensi medis (Nursalam,2009).

(5) Konsultasi

Kadang-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 guna membantu menegakkan diagnosis medis (Nursalam,2009).

(6) Hasil Pemeriksaan Diagnostik

Hasil pemeriksaan laboratorium dan tes diagnostic dapat digunakan perawat sebagai data objektif yang disesuaikan dengan masalah kesehatan klien. Hasil pemeriksaan diagnostik dapat membantu terapis untuk menetapkan diagnosis medis dan membantu perawat untuk mengevaluasi keberhasilan asuhan keperawatan (Nursalam,2009).

(7) Catatan Medis dan Anggota Tim Kesehatan Lainya

Anggota tim kesehatan lain juga merupakan personel yang berhubungan dengan klien. Mereka memberikan intervensi, mengevaluasi, dan mendokumentasikan hasil pada status klien

sesuai dengan spesialisnya masing-masing. Catatan kesehatan yang terdahulu dapat dipergunakan sebagai sumber data yang mendukung rencana asuhan keperawatan (Nursalam,2009).

(8) Perawat lain

Jika pasien adalah rujukan dari pelayanan kesehatan lain, maka perawat harus meminta informasi kepada yang telah merawat pasien sebelumnya, hal ini dimasudkan untuk kesinambungan dari tindakan keperawatan yang telah diberikan (Nursalam,2009).

(9) Kepustakaan

Untuk melaporkan data dasar klien yang komprehensif, perawat dapat membaca literature yang berhubungan dengan masalah klien. Memperoleh literature sangat membantu perawat dalam memberikan asuhan keperawatan yang benar dan tepat (Nursalam,2009).

2) Metode Pengumpulan Data

Metode pengumpulan data pada tahap pengkajian dapat dilakukan dengan menggunakan 3 metode, yaitu komunikasi (wawancara), observasi, pemeriksaan fisik, metode tersebut sangat bermanfaat bagi perawat dalam melakukan pendekatan kepada klien pada tahap pengumpulan data, perumusan diagnose keperawatan, dan perencanaan secara rasional dan sistematik.

Penjelasan mengenai metode-metode tersebut sebagai berikut :

a) Komunikasi (wawancara)

Wawancara merupakan metode komunikasi yang direncanakan dan meliputi tanya jawab antara perawat dengan pasien yang berhubungan dengan masalah kesehatan klien untuk itu kemampuan komunikasi sangat dibutuhkan oleh perawat agar dapat memperoleh data yang diperlukan (Nursalam,2009).

b) Observasi

Menurut Nursalam (2009), metode pengumpulan data yang kedua adalah observasi. Observasi adalah mengamati perilaku dan keadaan pasien untuk memperoleh data tentang masalah dan keperawatan klien.

c) Pemeriksaan Fisik

Menurut Nursalam (2009) pemeriksaan fisik dapat dilakukan melalui empat teknik yaitu *inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi* (IPPA). Penjelasan mengenai teknik-teknik pemeriksaan fisik tersebut adalah sebagai berikut:

(1) Inspeksi

Inspeksi merupakan proses observasi yang dilakukan secara sistematis. Inspeksi dilakukan dengan menggunakan indra pengelihatan, pendegaran, dan penciuman sebagai alat untuk mengumpulkan data. Inspeksi dimulai pada awal berinteraksi dengan pasien dan diteruskan pada pemeriksaan selanjutnya

penerangan yang cukup sangat diperlukan agar perawat dapat membedakan warna, bentuk, dan kebersihan tubuh.

(2) Palpasi

Palpasi merupakan teknik pemeriksaan yang menggunakan indera perabaan tangan dan jari-jari adalah instrument yang positif dan dapat digunakan untuk mengumpulkan data tentang suhu, turgon, batuk, kelembaban, vibrasi dan ukuran (Nursalam,2009).

(3) Perkusi

Perkusi merupakan teknik pemeriksaan dengan mengetuk-ngetuk jari perawat (sebagai alat untuk menghasilkan suara) kebagian tubuh klien yang akan dikaji untuk membandingkan bagian yang kiri dan yang kanan. Perkusi bertujuan untuk mengidentifikasi lokasi, ukuran, bentuk dan konsistensi jaringan.

Menurut Nursalam (2009) suara-suara yang akan ditemui perkusi :

- a. Sonor : suara perkusi jaringan normal
- b. Pekak : suara perkusi jaringan padat yang terdapat jika ada cairan dirongga pleura
- c. Redup :suara perkusi jantung yang lebih padat atau konsolidasi paru-paru.
- d. Hipersonor atau timpani : perkusi pada daerah yang mempunyai rongga-rongga kosong seperti pada daerah caverna-caverna paru dank lien dengan asma kronik.

(4) Auskultasi

Auskultasi adalah pemeriksaan dengan jalan mendengarkan suara yang dihasilkan oleh tubuh dengan menggunakan stetoskop (Nursalam, 2009).

Menurut Hidayat (2012) dalam Endarsari (2015), data yang ditemukan pada pasien Lupus adalah :

- (a) Sistim musculoskeletal : artalgia, artritis, pembengkakan sendi, nyeri tekan dan rasa nyeri ketika bergerak, rasa kaku pada pagi hari.
- (b) Sistim integumen : lesi akut pada kulit yang terdiri atas ruam berbentuk kupu-kupu yang melintang pangkal serta pipi.
- (c) Sistim kardiak : pericarditis merupakan manifestasi kardiak.
- (d) Sistim pernafasan : pleuritis atau efusi pleura.
- (e) Sistim vaskuler : inflamasi pada arteriole, dan purpura di ujung jari kaki, tangan, siku, serta permukaan ekstensor lengan bawah atau sisi lateral tangan dan berlanjur nekrosis.
- (f) Sistim perkemihan : biasanya yang terkena glomerulus renal.
- (g) Sistim saraf : spektum gangguan sistem saraf pusat sangat luas dan mencakup seluruh bentuk penyakit neurologic, sering terjadi depresi dan psikosis.
- (h) Pola nutrisi-metabolik : status gizi masukan nutrisi, *balance* cairan dan elektrolit, nafsu makan, pola makan, diet, fluktuasi berat

badan dalam 6 bulan terakhir, kesulitan menelan, mual dan muntah, kebutuhan jumlah zat gizi, masalah penyembuhan kulit, makanan kesukaan.

Menurut Perhimpunan Reumatologi Indonesia (2010), pengkajian pada pasien Lupus dengan Risiko Infeksi meliputi :

- (a) Hemoglobin
- (b) leukosit, hitung jenis sel, laju endap darah (LED).
- (c) Urin rutin dan mikroskopik, protein kuantitatif 24 jam, dan bila diperlukan kreatinin urin.
- (d) Tes imunologik awal tes ANA dan pengukuran suhu tubuh.

b) Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah suatu pernyataan yang menjelaskan respon manusia (status kesehatan / resiko perubahan pola) dari individu / kelompok dimana perawat secara akuntabilitas dapat mengidentifikasi dan memberi intervensi secara pasti untuk menjaga status kesehatan, menurunkan, membatasi, mencegah, dan mengubah (Nursalam,2009). Diagnosa keperawatan menurut NANDA, (2015-2017) dapat dibedakan menjadi 5 kategori : aktual, resiko, sindrom, sejahtera (*wellness*), promosi kesehatan.

1) Aktual

Menjelaskan masalah yang sedang terjadi saat ini dan harus sesuai dengan data-data klinik yang diperoleh.

2) Resiko

Menjelaskan masalah kesehatan yang akan terjadi jika tidak dilakukan intervensi keperawatan.

3) Sindrom

Diagnosis keperawatan sindrom adalah diagnosis yang terdiri dari kelompok diagnosis keperawatan aktual dan resiko tinggi yang akan diperkirakan muncul karena suatu kejadian atau situasi tertentu.

4) *Wellness*

Diagnosis Keperawatan kesejahteraan adalah kemampuan klinik tentang keadaan individu, keluarga dan atau masyarakat dalam transisi dari tingkat sejahtera tertentu ke tingkat sejahtera yang lebih tinggi.

5) Promosi Kesehatan

Diagnosa keperawatan promosi kesehatan adalah penilaian klinis mengenai motivasi seseorang, keluarga, kelompok atau komunitas dan keinginan untuk meningkatkan kesejahteraan serta mewujudkan potensi kesehatan manusia.

Komponen diagnosa keperawatan :

- a) Masalah (*problem*) : tujuan menuliskan masalah pada diagnosis keperawatan adalah untuk menjelaskan status kesehatan klien dengan jelas dan singkat.

b) Penyebab (*etiologi*) : faktor klinik dan personal yang dapat mengubah status kesehatan atau mempengaruhi perkembangan masalah.

c) Definisi karakteristik (tanda/gejala) : data subjektif dan data objektif yang diperoleh sebagai komponen pendukung menurut teori Nurarif. A dan Kusuma. H, (2015) diagnose keperawatan yang muncul pada pasien SLE, yaitu :

(1) Resiko Infeksi berhubungan dengan imunosuperesi.

c. Perencanaan Keperawatan

Melalui pengkajian keperawatan akan mampu mengidentifikasi respon pasien yang aktual atau potensial yang memerlukan suatu tindakan. Dalam melakukan perencanaan perlu menyusun suatu sistem untuk menentukan diagnosa yang diambil tindakan pertama kali, salah satu sistem yang bisa digunakan adalah hirarki maslow “kebutuhan manusia” (Nursalam,2009).

Menurut Nurarif. A dan Kusuma, H, (2015) rencana keperawatan pada pasien Lupus :

1) Resiko Infeksi berhubungan dengan Imunosupresi.

NOC. *Knowledge : Risk Control*

Kriteria Hasil :

a) Klien bebas dari tanda dan gelaja infeksi,

- b) Mendeskripsikan proses penularan penyakit.
- c) Menunjukkan kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi.
- d) Jumlah leukosit dalam batas normal.

NIC : *Infection control*

- a) bersihkan lingkungan setelah dipakai pasien.
- b) Pertahankan teknik isolasi.
- c) Batasi pengunjung bila perlu.
- d) Instruksikan pengunjung untuk mencuci tangan saat berkunjung dan setelah berkunjung.
- e) Cuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan keperawatan.
- f) Gunakan baju, sarung tangan sebagai alat pelindung.
- g) Tingkatkan intake nutrisi.
- h) Berikan terapi antibiotik bila perlu.

d. Pelaksanaan

Pelaksanaan adalah pelaksanaan dari rencana intervensi untuk mencapai tujuan yang spesifik. Tahap implementasi dimulai setelah rencana intervensi disusun dan ditunjukkan pada *nursing orders* untuk membantu klien mencapai tujuan yang diharapkan. Tindakan perawat dibedakan berdasarkan kewenangan dan tanggung jawab perawat secara professional sebagaimana terhadap dalam standar praktik keperawatan (Nursalam,2009).

e. Evaluasi

Evaluasi adalah tindakan intelektual untuk melengkapi proses keperawatan yang menandakan keberhasilan dari diagnosis keperawatan, rencana intervensi dan evaluasinya (Nursalam,2009).

f. Dokumentasi Keperawatan

Salah satu tugas dan tanggung jawab perawatan adalah melakukan pendokumentasian mengenai intervensi yang telah dilakukan. Tetapi akhir-akhir ini tanggung jawab perawat terhadap dokumentasi telah dimodifikasi. Oleh karena perubahan tersebut, maka perawat perlu menyusun suatu model dokumentasi yang baru, lebih efisien, dan lebih bermakna dalam pencatatan dan penyimpanannya (Nursalam,2009).

Prinsip Dokumentasi SOAP pada Risiko Infeksi menurut Nursalam (2009)

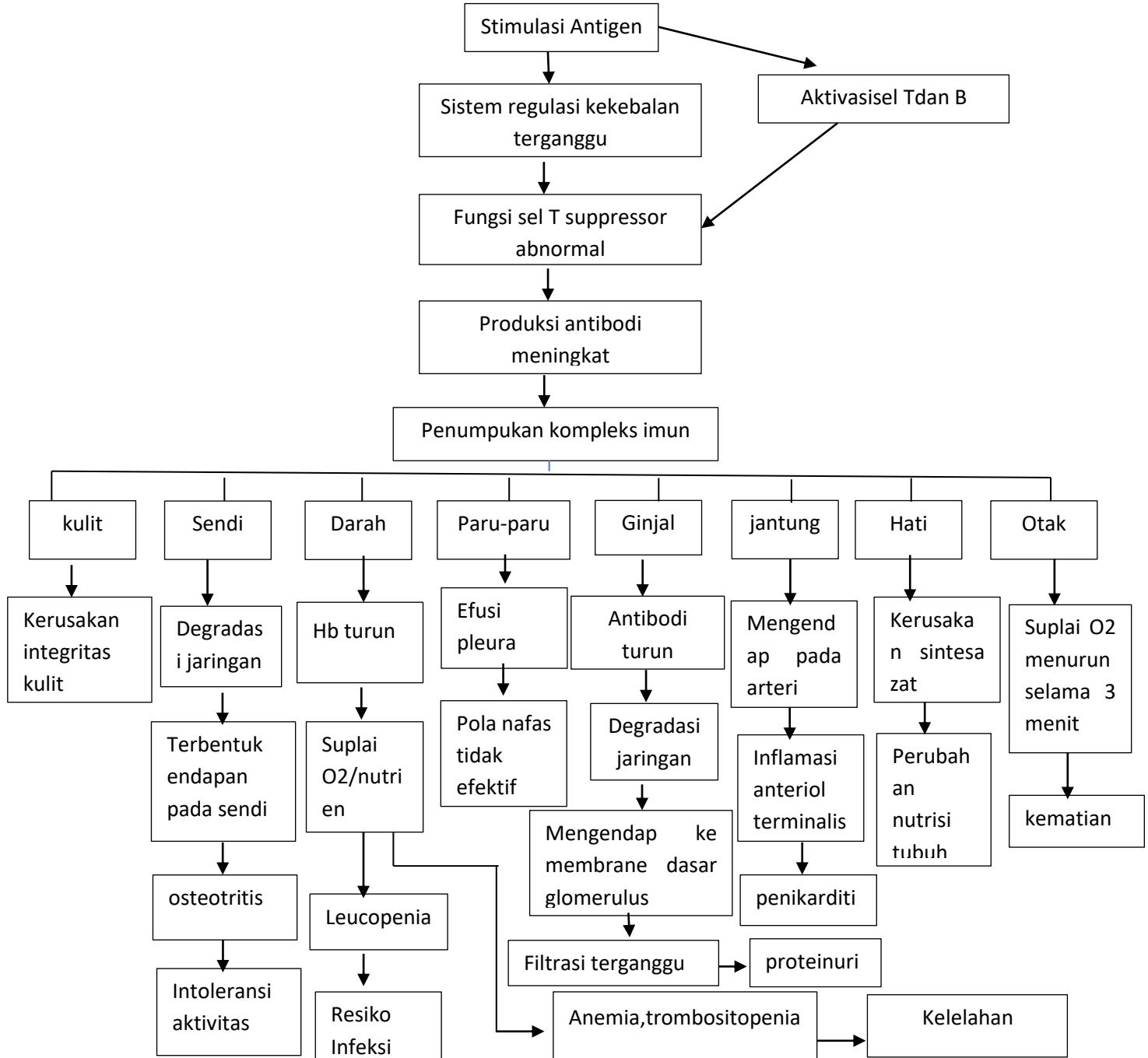
S : Subjektif Menggambarkan pendokumentasian hanya pengumpulan data klien melalui anamnesa

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

B. Kerangka Teori

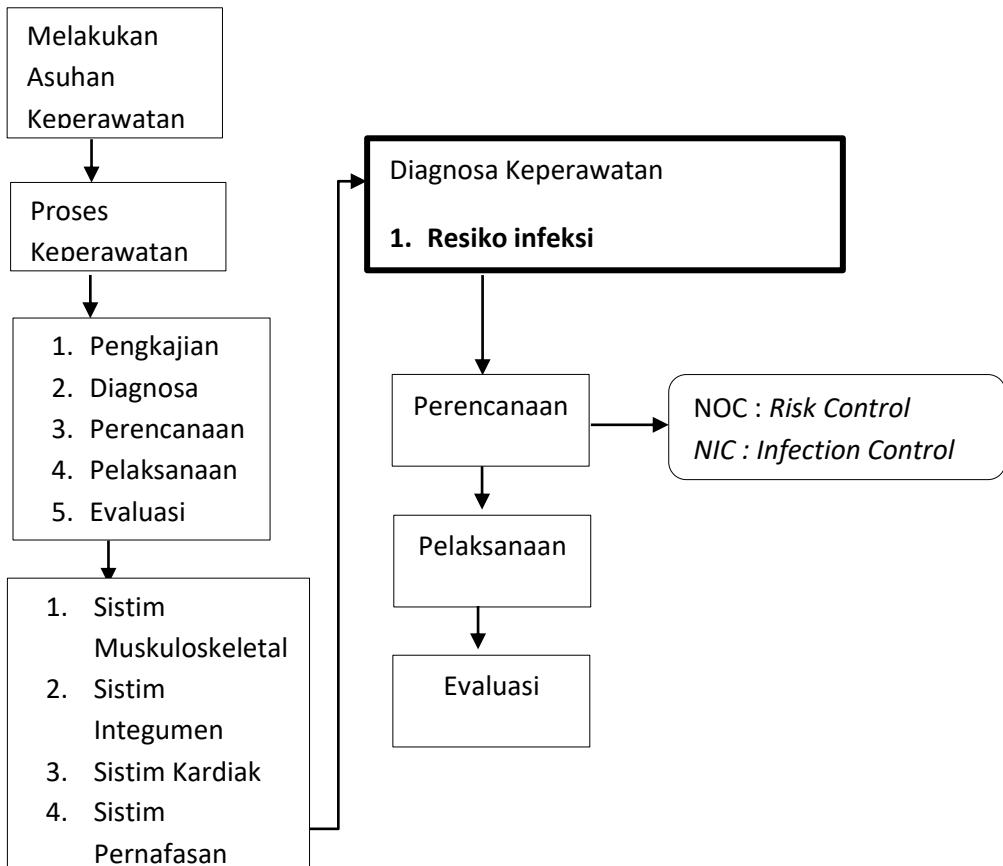


Gambar 2.3 Kerangka Teori

(Chang, 2009)

C. Kerangka Konsep

Pasien Anak *Systemic Lupus Erythematosus* (SLE)



Gambar 2.4 Kerangka Konsep

Sumber : Kusuma. H dan Nurarif. A.H. (2015). *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis dan NANDA Nic-NOC*. (Edisi Revisi Jilid 2). Yogyakarta : MediAction

BAB III

METODE STUDI KASUS

A. Rancangan Studi kasus

Rancangan Studi kasus ini adalah studi yang mengambarkan dan mengeksplorasi masalah Risiko Infeksi pada pasien anak dengan *Systemic Lupus Erythematosus* (SLE) yang diobservasi selama 3x24 jam di Ruang Melati 4 INSKA RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta.

B. Subyek Studi Kasus

Subyek Studi kasus ini adalah 2 orang pasien anak dengan kriteria

Inklusi :

- a. Dirawat di Ruang Melati 4 INSKA RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta.
- b. Mengalami *Systemic Lupus Erythematosus* (SLE).
- c. Bersedia menjadi responden/partisipan.

Eksklusi :

- a. Tidak bersedia menjadi responden.
- b. Pasien anak pulang pada hari ke dua pagi.

C. Lokasi dan Waktu Penelitian

Pada studi kasus di rumah sakit RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta, lama waktu adalah sejak pasien pertama kali dirawat sampai pulang minimal 3 hari, jika sebelum 3 hari pasien sudah pulang maka dicarikan pasien pengganti yang sejenis.

D. Definisi Operasional

- a. Asuhan keperawatan adalah pelayanan keperawatan meliputi bio-psiko-sosial-spiritual.
- b. Proses keperawatan adalah cara mengatasi masalah keperawatan meliputi pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi dan dokumentasi keperawatan.
- c. Keperawatan adalah pemberian perawatan pada individu, keluarga, kelompok dan masyarakat yang sehat maupun sakit.
- d. Studi kasus adalah metode yang bertujuan untuk mempelajari dan memahami individu untuk menyelidiki dan meneliti berbagai fenomena dalam konteks kehidupan nyata.
- e. Risiko infeksi adalah keadaan dimana seorang individu berisiko terserang virus,bakteri, dan kuman.
- f. *Systemic Lupus Erythematosus (SLE)* adalah gangguan autoimun yang menyerang hampir semua organ dan jaringan tubuh, Autoimun berarti bahwa sistem imun menyerang jaringan tubuh sendiri.

E. Instrumen Studi Kasus

Instrumen dalam karya tulis ilmiah ini menggunakan format-format yang telah ditetapkan oleh institusi seperti format pengkajian pada pasien anak dan pengkajian fisik menggunakan thermometer. Selain itu, perbandingan dengan hasil data menggunakan *NOC (Nursing Output Classification)*.

F. Teknik Pengumpulan Data

Metode pengumpulan data yang digunakan adalah sebagai berikut :

a. Wawancara

Hasil anamnesis berisi tentang identitas pasien, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang - dahulu – keluarga sesuai dengan tinjauan teori sumber data adalah dari pasien, keluarga dan perawat.

b. Observasi dan pemeriksaan fisik

Dilakukan dengan menggunakan pendekaran IPPA : inspeksi, palpasi, perkusi, auskultasi pada sistem tubuh pasien. Pembahasan mengenai observasi dan pemeriksaan fisik tercantum pada tinjauan teori.

c. Studi dokumentasi

Mengambil data dari studi dokumentasi berupa data hasil dari pemeriksaan fisik dan data lain yang relevan.

G. Analisa Data

Analisa data dilakukan sejak peneliti di lapangan, sewaktu pengumpulan data sampai dengan semua data terkumpul. Analisa data dilakukan dengan cara mengemukakan fakta, selanjutnya membandingkan pasien A dan pasien B kemudian dibandingkan dengan teori dari Ramadhani Devi dan selanjutnya dituangkan dalam opini pembahasan. Teknik analisis data yang digunakan dengan cara menarasikan jawaban-jawaban dari penelitian yang diperoleh dari hasil interpretasi data dengan wawancara mendalam yang dilakukan untuk menjawab rumusan masalah penelitian. Teknik analisis data digunakan dengan cara observasi

oleh peneliti dan studi dokumentasi yang menghasilkan data untuk selanjutnya diinterpretasikan oleh peneliti dibandingkan dengan teori Ramadhani Devi sebagai bahan untuk memberikan rekomendasi dalam intervensi tersebut. Berikut urutan dalam analisis data adalah :

a. Pengumpulan data

Data dikumpulkan dari hasil wawancara, observasi, pemeriksaan fisik dan studi dokumen dan di buat laporan asuhan keperawatan.

b. Triangulasi data

Data di konfirmasi ke pihak lain selain responden/partisipan (keluarga dan tim medis lainnya)

c. Penyajian data

Penyajian data dapat berupa gambar tanda gejala dan komplikasi pada *Systemic Lupus Erythematosus (SLE)*, bagan kerangka teori dan kerangka konsep ataupun teks naratif.

d. Kesimpulan

Dari data yang disajikan, kemudian data dibahas dan dibandingkan dengan penelitian Ramadhani, Devi.

H. Etika Studi Kasus

1. *Informed consent* (lembar persetujuan menjadi responden).

Peneliti diawali dengan penyusunan proposal penelitian dengan metode studi kasus. Mempersentasikan proposal penelitian, setelah disetujui oleh pengaji proposal maka penelitian dilanjutkan dengan mengurus surat izin

stelah itu membuat surat permintaan izin ke RSUP Dr. Sardjito dan membuat lembar persetujuan menjadi responden untuk ditanda tangani responden, mulai mengumpulkan data, data penelitian berupa pengukuran, observasi, wawancara pada kasus pasien *Systemic Lupus Erythematosus* (SLE).

2. *Anonymity* (tanpa nama hanya inisial yang dicantumkan).

Peneliti menjaga kerahasiaan identitas penelitian dengan tidak mencantumkan nama pasien pada studi kasus dan peneliti hanya mencantumkan inisial.

3. *Confidentially* (kerahasiaan).

Peneliti menjaga rahasia informasi hasil penelitian dari responden. Peneliti menjaga data penelitian dengan menyimpannya pada *file* computer pribadi yang tidak memungkinkan diakses orang lain. Data yang diperoleh peneliti akan disimpan dan dipergunakan hanya untuk laporan penelitian.

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil

1. Gambaran Lokasi

Rumah Sakit Umum Pusat (RSUP) Dr. Sardjito adalah rumah sakit umum yang terletak di Sinduadi, Mlati, Kabupaten Sleman, Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta. Rumah Sakit Umum Pusat (RSUP) Dr. Sardjito terakreditasi tipe A dan merupakan rumah sakit pendidikan serta dilengkapi 650 tempat tidur terdiri dari 500 tempat tidur dewasa, 100 tempat tidur anak, 50 tempat tidur bayi. Terdapat 14 poliklinik yaitu umum,gawat, darurat, bedah, penyakit dalam, syaraf, THT, mata, kulit dan kelamin, gigi dan mulut, radiografi, dan poli terpadu dalam pelayanan kepada masyarakat Rumah Sakit Umum Pusat (RSUP) Dr. Sardjito menjadi rumah sakit rujukan untuk wilayah Yogyakarta dan Jawa Tengah bagian selatan. Dalam pengambilan data untuk studi kasus ini dilakukan di Ruang Melati 4 INSKA RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta, Asuhan keperawatan ini dilaksanakan pada pasien An. E dan An. N dengan *Systemic Lupus Erythematosus* (SLE) selama 3x24 jam (3 hari) terhitung mulai dari tanggal 15-17 April 2019 di Ruang Melati 4 INSKA RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta.

Ruang rawat inap Melati 4 INSKA terletak di lantai 1 dan merupakan ruang rawat inap jumlah penyakit umum pada bulan januari 2018 sampai Februari 2019 mencapai 280 pasien anak.pasien anak non infeksius yang

mempunyai kapasitas 7 kamar rawat inap dan terdiri dari kamar kelas III ada 21 tempat tidur, 1 ruang tindakan dan 1 ruang *nurse station*. Berdasarkan catatan register di Ruang Melati 4 INSKA RSUP Dr. Sardjito jumlah penyakit umum pada bulan januari 2018 sampai Februari 2019 mencapai 280 pasien anak. Dan untuk pasien anak dengan penyakit *SLE* dari 15 Januari 2018 sampai dengan 09 Febuari 2019 di peroleh data sebagai berikut: Jumlah keseluruhan ada 80 kasus dengan presenase 3,5% setiap tahunnya. Data tersebut menunjukkan penyakit *SLE* banyak dan sering terjadi di Ruang Melati 4 RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta.

2. Karakteristik Partisipan

Karakteristik partisipan meliputi data 2 pasien anak yaitu An. E dan An. N yang keduannya mempunyai masalah keperawatan risiko infeksi berhubungan dengan imunosupresi dan kedua pasien sama-sama menderita penyakit *Systemic Lupus Erythematosus (SLE)*. Data terkait identitas yang di ambil dalam studi kasus ini yang terdiri dari nama, jenis kelamin, agama, pendidikan, pekerjaan, status perkawinan dan diagnosa medis yang diuraikan dalam tabel berikut.

Tabel 4.1 Karakteristik Partisipan

No	Karakteristik	Pasien An. E	Pasien An. N
1	Umur	13 th	13 th
2	Jenis Kelamin	Perempuan	Perempuan
3	Agama	Islam	Islam
4	Pendidikan	SMP	SMP
5	Pekerjaan	Pelajar	Pelajar
6	Status Perkawinan	Belum Kawin	Belum Kawin

No	Karakteristik	Pasien An. E	Pasien An. N
7	Diagnosa Medis	<i>Systemic Lupus Erythematosus (SLE)</i>	<i>Systemic Lupus Erythematosus (SLE)</i>

Sumber : Rekam Medik Pasien 2019

3. Gambaran Asuhan Keperawatan

a. Pasien An. E

Riwayat Kesehatan An. E pada bulan Oktober 2018 pasien mengalami demam naik turun, lemas, mual dan perut keras, kemudian periksa di RS PKU dan di diagnosa Thyroid. 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 periksa 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 ± 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 $38,5^{\circ}\text{C}$ 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 keletihan, 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 $37,3^{\circ}\text{C}$, 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. Setalah dilakukan pelaksanaan keperawatan didapatkan hasil evaluasi Senin 15 April 2019 pukul 14.00 WIB didapatkan data subjektif yaitu keluarga pasien mengatakan pasieng 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, 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 sift 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 pasieng 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 (shift 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 16 mg/12jam/oral, Vitamin D 10ml/12jam/oral. Evaluasi Selasa 16 April 2019 pukul 07.00 WIB didapatkan data subjektif yaitu keluarga padsien 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 kepasien, 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 kepasien, anjurkan keluarga pasien untuk cuci tangan sebelum dan sesudah kepasien, kelolakan pemberian antibiotik.

Catatan perkembangan Rabu 17 April 2019 pukul 09.00 WIB pelaksanan jam 09.01 WIB memonitor tanda dan gejala infeksi, jam 09.02 mencuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan keperawatan kepasien, jam 09.03 menganjurkan keluarga pasien untuk cuci tangan sebelum dan sesudah kepasien, 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 14.00WIB memonitor tanda dan gejala infeksi suhu 39°C, jam14.05 WIB memberikan paracetamol 15 ml/oral. Evaluasi rabu 17 April 2019 pukul 15.00 WIB data subjektif kelurga 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 kepasien, anjurkan keluarga pasien untuk cuci tangan sebelum dan sesudah kepasien, kelolakan pemberian antibiotik.

Discharge Planinning pasien adalah menganjurkan pasien untuk menjaga kebersihan, mematuhi jadwal kontrol, mengatur diit, 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.

b. Pasien An. N

Riwayat Kesehatan An. N pada bulan Maret demam tinggi suhu tidak diukur kemudian diperiksakan dipuskesman dan mendapat obat paracetamol. An. N mulai Bengkak dibagian mata dan perut lalu diperiksakan ke di RS Majenang dan dianjurkan rawat inap selama 4 hari dan mendapat transfusi PRC, dilakukan USG abdomen dengan hasil asites minimal, efusi pleura sinistra. Karena tidak ada perbaikan anak kemudian di rujuk ke RS Margono dengan keluhan An. N demam dan sesak nafas, Hasil laboratorium Hb 9,8/DL, AL 7730, AT 142.000, MDT : anemia, Albumin 1,72, SGOT 22, Creatinin 0,6, BUN 20,2, selama perawatan bengkak membaik, demam mulai turun, kemudian di rujuk di RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta pada tanggal 5 April 2019.

Alasan masuk rumah sakit karena rujukan dari RS Margono. Pengkajian keluhan utama pasien mengatakan sesak nafas, perut kembung, pasien mengatakan kakinya lemas, sering demam dan badannya lemas. Dari hasil pengkajian diatas didapatkan diagnosa keperawatan Ketidakefektifan pola nafas dengan sekresi yang tertahan, Risiko Infeksi berhubungan dengan

imunosupresi, Keletihan berhubungan dengan penyakit, Defisit perawatan diri mandi dan 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 An.N mengatakan pasien sering demam naik turun. Data objektif yaitu pasien demam dengan suhu 38,3°C, jumlah leukosit 27,92 g/dl, pasien terpasang infus RL 20 tpm tangan kanan sejak tanggal 5 April 2019, pasien terpasang selang WSD pada tanggal 5 April 2019.

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.

Pelaksanaan keperawatan yang dilakukan pada hari Senin 15 April 2019 pukul 08.11 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. Evaluasi Senin 15 April 2019 pukul 15.00 WIB didapatkan data

subjektif yaitu keluarga pasien mengatakan pasien sering demam, demam pasien naik turun, data objektif yaitu suhu pasien 38,3°C, leukosit 27,92. Masalah risiko infeksi belum teratasi. Lanjutkan intervensi monitor tanda dan gejala infeksi, cuci tangan sebelum dan sesudah kepasien, batasi jumlah pengunjung.

Catatan perkembangan Senin 15 April 2019 pukul 15.00 WIB (shif sore) pelaksanaan jam 15.10 memonitor tanda dan gejala infeksi, jam 15.15WIB mencuci tangan sebelum dan sesudah kepasien, jam 15.20 WIB menganjurkan keluarga pasien untuk mencuci tangan sebelum dan sesudah kepasien, jam 18.00WIB mengelola pemberian antibiotik dengan dokter Eritromisin 300mg/6jam/oral, Cefotaxime 1500mg/12jam/IV, Vitamin D 10 ml/12jam/oral, Mycophenolatemofetil 250mg/ 12jam/oral, Hydroxychloroquine 50mg/12jam/oral, Methylprednisolone 8mg/12jam/oral. Evaluasi Senin 15 April 2019 pukul 21.00 WIB data subjektif yaitu keluarga pasien mengatakan pasien tidak demam, data objektif suhu 36,6°C, leukosit 27,92. Masalah risiko infeksi belum teratasi. Lanjutkan intervensi monitor tanda dan gejala infeksi, cuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan keperawatan, anjurkan keluarga pasien untuk cuci tangan sebelum dan sesudah kepasien, kelolakan dengan dokter pemberian obat.

Catatan perkembangan senin 15 April 2019 pukul 21.00 (shif malam) pelaksanaan yaitu jam 21.15 WIB memonitor tanda dan gejala infeksi, 21.30 WIB mencuci tangan sebelum dan sesudah ke pasien,jam 24.00WIB

mengelola dengan dokter pemberian obat Eritromisin 300mg/6jam/oral, jam 06.00WIB mengelola dengan dokter pemberian obat Eritromisin 300mg/6jam/oral, Cefotaxime 1500mg/12jam/IV, Vitamin D 10 ml/12jam/oral, Mycophenolatemofetil 250mg/ 12jam/oral, Hydroxychloroquine 50mg/12jam/oral. Evaluasi selasa 16 April 2019 pukul 07.00WIB didapatkan data subjektif yaitu keluarga pasien mengatakan badan pasien panas, data objektif suhu badan pasien 37,8°C. masalah risiko infeksi belum teratasi. Lanjutkan intervensi monitor tanda dan gejala infeksi, cuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan keperawatan, anjurkan keluarga pasien untuk cuci tangan sebelum dan sesudah kepasiens, kelolakan dengan dokter pemberian obat.

Catatan perkembangan Selasa 16 April 2019 pukul 07.07 WIB pelaksanaan jam 07.08WIB memonitor tanda dan gejala infeksi, jam 07.09 WIB mencuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan keperawatan, 07.10WIB menganjurkan keluarga pasien untuk mencuci tangan sebelum dan sesudah kepasiens, jam 07.11 WIB membatasi jumlah pengunjung. Evaluasi 16 April 2019 pukul 15.00WIB data subjektif yaitu keluarga pasien mengatakan badan pasien panas, data objektif suhu 37,7°C, pasien tampak lemas. Masalah risiko infeksi belum teratasi. Lanjutkan intervensi monitor tanda dan gejala infeksi, cuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan keperawatan, anjurkan keluarga pasien untuk cuci

tangan sebelum dan sesudah kepasien, kelolakan dengan dokter pemberian obat.

Catatan perkembangan Selasa 16 April 2019 pukul 15.00 (shif sore) pelaksanaan jam 15.15 memonitor tanda dan gejala infeksi, jam 15.16 WIB mencuci tangan sebelum dan sesudah ke pasien, jam 15.17 WIB menganjurkan keluarga pasien untuk cuci tangan sebelum dan sesudah kepasien, jam 18.00 mengelola pemberian antibiotik dengan dokter Eritromisin 300mg/6jam/oral, Cefotaxime 1500mg/12jam/IV, Vitamin D 10 ml/12jam/oral, Mycophenolatemofetil 250mg/ 12jam/oral, Hydroxychloroquine 50mg/12jam/oral, Methylprednisolone 8mg/12jam/oral. Evaluasi selasa 16 April 2019 pukul 21.00 WIB data subjektif yaitu keluarga pasien mengatakan badan pasien panas, keluarga pasien mengatakan mencuci tangan sebelum dan sesudah kepasien, data objektif suhu 37°C, keluarga pasien tampak mencuci tangan sebelum dan sesudah kepasien. Masalah risiko infeksi teratasi sebagian. Lanjutkan intervensi Lanjutkan intervensi monitor tanda dan gejala infeksi, cuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan keperawatan, anjurkan keluarga pasien untuk cuci tangan sebelum dan sesudah kepasien, kelolakan dengan dokter pemberian obat.

Catatan perkembangan Selasa 16 April 2019 pukul 21.05 WIB pelaksanaan jam 21.00WIB Memonitor tanda dan gejala infeksi, jam 24.00WIB mengelola pemberian antibiotik dengan dokter Eritromisin

300mg/6jam/oral, jam 06.00WIB mengelola pemberian antibiotik dengan dokter Eritromisin 300mg/6jam/oral, Cefotaxime 1500mg/12jam/IV, Vitamin D 10 ml/12jam/oral, Mycophenolatemofetil 250mg/ 12jam/oral, Hydroxychloroquine 50mg/12jam/oral. Evaluasi Rabu 17 April 2019 jam 07.00 WIB didapatkan data subjektif yaitu keluarga pasien mengatakan badan pasien tidak panas dan demam, data objektif suhu 37,5°C. Masalah risiko infeksi teratasi sebagian, lanjutkan intervensi monitor tanda dan gejala infeksi, cuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan keperawatan, anjurkan keluarga pasien untuk cuci tangan sebelum dan sesudah kepasiens, kelolakan dengan dokter pemberian obat.

Catatan perkembangan Rabu 17 April 2019 pukul 09.00WIB pelaksanaan jam 09.01WIB memonitor tanda dan gejala infeksi, jam 09.02 WIB mencuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan keperawatan, jam 09.10 WIB menganjurkan keluarga pasien untuk mencuci tangan sebelum dan sesudah kepasiens. Evaluasi Rabu 17 April 2019 pukul 15.00 WIB didapatkan data subjektif keluarga pasien mengatakan badan pasien panas, data objektif suhu 37,8°C, pasien tampak lemas, masalah risiko infeksi teratasi sebagian, lanjutkan intervensi monitor tanda dan gejala infeksi, cuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan keperawatan, anjurkan keluarga pasien untuk cuci tangan sebelum dan sesudah kepasiens, kelolakan dengan dokter pemberian obat.

Discharge Planinning pasien adalah menganjurkan pasien untuk menjaga kebersihan, mematuhi jadwal kontrol, mengatur diit, 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.

4. Gambaran Data Partisipan

Berisi tentang gambaran data partisipan yaitu Pasien An. E dan An.N mulai dari pengkajian sampai dengan evaluasi hasil yang berkaitan dengan Risiko Infeksi yang diuraikan dalam tabel berikut :

Tabel 4.2 Gambaran Data Partisipan

No	Proses Keperawatan	Pasien An. E	Pasien An. N
1	Pengkajian	Pengkajian keperawatan dilakukan pada tanggal 15 April 2019, yaitu pada hari rawat ke-5. Keluhan saat pengkajian, di dapatkan data subjektif keluarga pasien mengatakan perut pasien membesar, keluarga pasien mengatakan kaki kanan dan kiri pasien bengkak, keluarga pasien mengatakan pasien demam ,keluarga pasien mengatakan pasien tampak lemas. Didapatkan data objektif kaki pasien tampak bengkak, pasien tampak lemas, badan pasien panas suhu 38°, pasien terpasang infus ditangan kanan 20tpm,pasien terpasang selang NGT, Hasil pemeriksaan laboratorium hematologi Pasien pada	Pengkajian keperawatan dilakukan pada tanggal 15 April 2019, yaitu pada hari rawat ke-10. Keluhan saat pengkajian, di dapatkan data subjektif pasien mengatakan perut pasien kembung,pasien mengatakan sesak nafas,keluarga pasien mengatakan pasien badannya panas,keluarga pasien mengatakan pasien tampak lemas. Didapatkan data objektif pasien tampak lemas, badan pasien panas suhu 38,3°, pasien terpasang infus ditangan kanan 20tpm,Hasilpemeriksaan laboratorium hematologi klien pada tanggal 13 April2019 menunjukkan nilai hemoglobin (Hb) 6,8

No	Proses Keperawatan	Pasien An. E	Pasien An. N
	Pengkajian	<p>tanggal 10 April 2019 menunjukkan nilai hemoglobin (Hb) 9,5 g/dl,hematokrit (Ht) 25,8%, leukosit 13,84/ul, eritrosit 3.40 /ul, Hitung jenis darah perifer ditemukan basofil 0%, eosinofil 0%, netrofil 86.4%, limfosit 9.1%, monosit 4.5/ul. Sedangkan hasil laboratoruim kimia darah didapatkan SGOT 30U/L, SGPT 47U/L.</p> <p>Monosit 1.01/ul, Sedangkan hasil laboratoruim kimia darah didapatkan SGOT 313 U/L, SGPT 132U/L.</p>	
2	Diagnosa Keperawatan	<p>Risiko Infeksi berhubungan dengan imunosupresi</p> <p>DS : keluarga pasien mengatakan pasien sering demam naik turun.</p> <p>DO : 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</p>	<p>Risiko Infeksi berhubungan dengan imunosupresi</p> <p>DS : keluarga pasien mengatakan pasien sering demam naik turun.</p> <p>DO : pasien demam dengan suhu 38,3°C, jumlah leukosit 27,92 g/dl, pasien terpasang infus RL 20 tpm tangan kanan sejak tanggal 5 April 2019, pasien terpasang selang WSD pada tanggal 5 April 2019</p>
3	Perencanaan	<p>NOC :<i>Risk Control</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tanda dan gejala infeksi sistemik (suhu tubuh, hasil laboraturium) 2. Menunjukkan kemampuan untuk 	<p>NOC :<i>Risk Control</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tanda dan gejala infeksi sistemik (suhu tubuh, hasil laboraturium) 2. Menunjukkan kemampuan untuk

No	Proses Keperawatan	Pasien An. E	Pasien An. N
	Perencanaan	<p>mencegah timbulnya infeksi</p> <p>3. Jumlah leukosit dalam batas normal 4.50-11.50</p> <p>NIC : <i>Infection control</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tanda dan gejala infeksi sistemik (suhu tubuh, hasil laboratorium) 2. berikan antibiotik bila perlu 3. cuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan keperawatan 4. anjurkan keluarga pasien untuk mencuci tangan sebelum dan sesudah ke pasien. 5. kelola pemberian antibiotik dengan dokter 	<p>mencegah timbulnya infeksi</p> <p>3. Jumlah leukosit dalam batas normal 4.50-11.50</p> <p>NIC : <i>Infection control</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tanda dan gejala infeksi sistemik (suhu tubuh, hasil laboratorium) 2. berikan antibiotik bila perlu 3. cuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan keperawatan 4. anjurkan keluarga pasien untuk mencuci tangan sebelum dan sesudah ke pasien 5. kelola pemberian antibiotik dengan dokter
4	Pelaksanaan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor tanda dan gejala infeksi 2. Memberikan antibiotik bila perlu 3. Mencuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan keperawatan 4. Mengajurkan keluarga pasien untuk mencuci tangan sebelum dan sesudah ke pasien 5. Mengelola pemberian antibiotik dengan dokter : <p>Cefixime 200mg/12jam/oral, Hydroxychloroquine 100mg/12jam/oral Methylprednisolone</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor tanda dan gejala infeksi 2. Memberikan antibiotik bila perlu 3. Mencuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan keperawatan 4. Mengajurkan keluarga pasien untuk mencuci tangan sebelum dan sesudah ke pasien 5. Mengelola pemberian antibiotik dengan dokter : <p>Eritromisin 300mg/6jam/oral Cefotaxime 1500mg/12jam/IV Vitamin D 10</p>

No	Proses Keperawatan	Pasien An. E	Pasien An. N
	Pelaksanaan	16 mg/12jam/oral Vitamin D 10ml/12jam/oral, Mycophenolatemofetil 16 mg/12jam/oral	ml/12jam/oral Mycophenolatemofetil 250mg/ 12jam/oral Hydroxychloroquine 50mg/12jam/oral Methylprednisolone 8 mg/12jam/oral
5	Evaluasi	S:-Keluarga pasien mengatakan badan pasien sangat panas -Keluarga pasien mengatakan sudah mencuci tangan sebelum dan sesudah kepasien O :-Badan pasien panas, suhu 40°C -leukosit 13,84 g/dl -pasien terpasang infus RL 20tpm -Pasien terpasang selang NGT A : Masalah Risiko Infeksi Teratas sebagian P : Lanjutkan Intervensi 1. .Monitor tanda dan gejala infeksi (rubor,kalor,dolor,tumor fungsiolaesa) 2. berikan antibiotik bila perlu 3. cuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan keperawatan 4. anjurkan keluarga pasien untuk mencuci tangan sebelum dan sesudah ke pasien, 5. kelola pemberian antibiotik dengan dokter Cefixime 200mg/12jam/oral,	S :- Keluarga pasien mengatakan pasien dema O :-Suhu tubuh pasien 37,8°C -Leukosit 27,92 g/dl -pasien terpasang infus RL 20tpm A : Masalah Risiko Infeksi Teratas sebagian P : Lanjutkan Intervensi 1. . Monitor tanda dan gejala infeksi (rubor,kalor,dolor,tumor fungsiolaesa) 2. berikan antibiotik bila perlu 3. cuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan keperawatan 4. anjurkan keluarga pasien untuk mencuci tangan sebelum dan sesudah ke pasien, 5. kelola pemberian antibiotik dengan dokter Eritromisin 300mg/6jam/oral Cefotaxime 1500mg/12jam/IV Vitamin D 10 ml/12jam/oral

No	Proses Keperawatan	Pasien An. E	Pasien An. N
Evaluasi	Hydroxychloroquine 100mg/12jam/oral Methylprednisolone 16 mg/12jam/oral Vitamin D 10ml/12jam/oral, Mycophenolatemofetil 16 mg/12jam/oral		Mycophenolatemofetil 250mg/ 12jam/oral Hydroxychloroquine 50mg/12jam/oral Methylprednisolone 8 mg/12jam/oral

Sumber : Data Pasien 2019

B. Pembahasan

Data pengkajian An.E seorang perempuan berusia 13 tahun diperoleh hasil setelah di lakukan perawatan selama 3x24 jam pasien sering demam, hasil laboratorium pada tanggal 10 April 2019 nilai leukosit pasien 13,84 g/dl, suhu tubuh pasien pada tanggal 17 April 2019 mencapai 40°C, pasien mengalami sesak nafas respirasi 30x/menit, pasien dipasang 02 nasal kanul 3liter/menit, sedangkan pada pasien An.N seorang perempuan berusia 13 tahun juga sering demam suhu tubuh pasien mencapai 38,3°C, hasil laboratorium pada tanggal 13 April 2019 nilai leukosit pasien 27,92 g/dl, pasien mengalami sesak nafas respirasi 35x/menit dan pasien dipasang O2 nasal kanul 3liter/menit. Pasien An.E dan pasien An. N sering demam tinggi dan keduanya mengonsumsi obat Hydroxychloroquine hal ini sesuai dengan teori Judha&Setiawan (2015) bahwa obat non steroid seperti Hydroxychloroquine dapat menyebabkan demam dan sakit kepala yang mirip dengan jenis penyakit syaraf pada lupus. Pasien An.E mengonsumsi obat-obat steroid contohnya Methylprednisolone dan pasien An.N juga mengonsumsi obat-

obat steroid contohnya Methylprednisolone , obat steroid menyebabkan kedua pasien berisiko infeksi. Hal ini sesuai dengan teori yang diungkapkan oleh Wallace (2009) bahwa penderita *SLE* rentan mengalami infeksi dikarenakan 80% penderita *SLE* mengkonsumsi steroid selama masa penyakit mereka . dan pada teori Setiati et al (2014) Steroid merupakan obat yang dipakai sebagai antiinflamasi dan imunosupresi, sehingga menyebabkan penurunan kemampuan untuk melawan infeksi dan penyakit yang menyerang tubuh. Batas normal leukosit adalah 4.50-11.50 sedangkan pada Pasien An. E jumlah leukosit 13,84 g/dl dan pada pasien An. N jumlah leukosit 27,92 g/dl jumlahnya lebih tinggi dibanding dengan An. E namun jumlah leukosit keduanya melebihi dari batas normal sehingga yang seharusnya jika dalam batas normal bisa membantu tubuh untuk melawan infeksi namun dalam hal ini malah membentuk antibodi yang berlebihan dan dicurigai menyerang pada saluran respirasi. Hal ini sejalan dengan teori yang diungkapkan oleh Tsokos 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 (Tsokos 2011). Dan hal ini sesuai dengan teori yang diungkapkan oleh (Urowitz, 2005; Squance et al, 2014) bahwa penyebab utama kematian pasien Systemic Lupus Erythematosus (*SLE*) 90% diakibatkan oleh infeksi dan 10%

kematian pasien pasien Systemic Lupus Erythematosus (SLE) diakibatkan organ yang sudah mengalami komplikasi seperti gagal ginjal dan kerusakan SPP.

Kedua pasien An.E dan An.N sama-sama mengalami permasalahan pada saluran pernafasan dan dicurigai terdapat bakteri Steptococcus hal ini sejalan dengan penelitian terdahulu, dimana peneliti tersebut menyatakan Infeksi bakteri yang terlihat pada SLE memengaruhi saluran respirasi (Steptococcus, Staphylococcus) Proses infeksi jamur yang paling lazim pada pasien lupus adalah Candida, atau ragi. Infiltrasi ini terlihat di tenggorokan dan esofagus (menyebabkan sakit tenggorokan dan sulit menelan makanan) dan di dalam vagina (Wallace, 2009).

Pada penelitian Ramadhani, Devi di Rumah Sakit Umum Pusat Haji Adam Malik Medan Tahun 2012-2017, Infeksi lebih banyak mengalami lokasi infeksi di paru-paru. Hal ini sejalan dengan penelitian-penelitian terdahulu, dimana pada penelitian tersebut dinyatakan bahwa lokasi infeksi tersering pada penderita SLE yang mengalami infeksi yaitu pada saluran pernapasan, saluran kemih, dan kulit (ZandmanGoddart & Shoenfeld, 2005; Barber et al., 2011; Skare et al., 2016).

Pada pasien An. N mendapat dua obat antibiotik Eritromisin dan Cefotaxime, Antibiotik Eritromisin untuk mengatasi infeksi bakteri. Juga digunakan sebagai obat pengganti terhadap antibiotik jenis penisilin. Pada penggunaan di laboratorium maupun secara klinis eritromisin efektif menghambat pertumbuhan beberapa jenis bakteri, seperti Bakteri grampositif

seperti *Corynebacteriumdiphtheriae*, *Streptococcus*. Sedangkan Cefotaxime adalah obat antibiotik yang digunakan untuk mengobati berbagai macam infeksi bakteri misalnya infeksi pernafasan bagian bawah, infeksi saluran kemih, meningitis, dan gonore. Obat ini termasuk dalam kelas antibiotik bernama cephalosporin. Antibiotik ini bekerja dengan menghentikan pertumbuhan bakteri. Sedangkan pada An. E mendapat satu antibiotik yaitu Cefixime obat yang digunakan untuk mengobati berbagai macam infeksi bakteri. Obat ini termasuk obat antibiotik kelas cephalosporins, yang bekerja dengan menghentikan pertumbuhan bakteri.

Berdasarkan masalah diatas maka pasien An.E dan An.N ditegakkan diagnosa keperawatan risiko infeksi berhubungan dengan imunosupresi. *Systemic Lupus Erythematosus* (SLE) merupakan penyakit kronik multisistem autoimun ditandai dengan munculnya gejala klinis yang bervariasi (Kamphuis dan Silverman, 2010). SLE termasuk dalam penyakit rematik dengan karakteristik berupa autoantibodi (dirinya dianggap sebagai antigen), pembentukan kompleks imun, dan abnormalitas imun, yang pada dasarnya menyebabkan kerusakan organ (Gitelman dan Jung, 2013).

Melalui pengkajian keperawatan akan mampu mengidentifikasi respon pasien yang aktual atau potensial yang memerlukan suatu tindakan. Dalam melakukan perencanaan perlu menyusun suatu sistem untuk menentukan diagnosa yang diambil tindakan pertama kali, salah satu sistem yang bisa digunakan adalah hirarki maslow “kebutuhan manusia” (Nursalam,2009). Tujuan dari rencana

tindakan keperawatan pada An. E dan An.N adalah setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan *risk control*.

Pelaksanaan tindakan keperawatan yang diberikan pada pasien An.E dan An.N 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. Evaluasi pada pelaksanaan tindakan keperawatan yaitu setelah dilakukan perawatan selama 3x24 jam An.E sering demam pada tanggal 15 April 2019 suhu tubuh 37,7°C,tanggal 16 April 2019 suhu tubuh 37,7°C, tanggal 17 April 2019 suhu tubuh 40°C dan pasien mengeluh sesak nafas kemudian dipasang O₂ Nasal kanul 3liter/menit pada evalasi hasil didapatkan masalah rsiko infeksi teratas sebagian karena dari NOC : *Risk control* yaitu menganjurkan keluarga pasien untuk mencuci tangan sebelum dan sesudah ke pasien,sudah dilakukan oleh keluarga pasien yang sebelumnya kurang menjaga kebersihan. Sedangkan pada pasien An.N juga sering demam 15 April 2019 suhu tubuh 38,3°C,tanggal 16 April 2019 suhu tubuh 37,7°C, tanggal 17 April 2019 suhu tubuh 37,8°C dan pasien juga mengalami sesak nafas kemudian dipasang O₂ nasal kanul 3 liter/menit, pada evalasi hasil didapatkan masalah risiko infeksi teratas sebagian.

C. Keterbatasan Studi Kasus

Penyelesaian studi kasus ini berjudul “Gambaran Risiko Infeksi pada pasien dengan *Systemic Lupus Erythematosus* (SLE) di Ruang Melati 4 RSUP Dr.

Sardjito Yogyakarta” tidak terlepas dari berbagai keterbatasan yang menjadi hambatan dalam penelitian, yaitu :

1. Pasien An. E sulit diajak berkomunikasi saat dilakukan pengkajian
2. Keterbatasan waktu shift hanya 1 x shift dalam 24 jam sehingga penulis mengalami kesulitan untuk mengetahui catatan perkembangan.
3. Dalam peminjaman rekam medis pasien untuk menyelesaikan tugas agak kesulitan karena rekam medis digunakan secara bergantian dengan tim kesehatan lainnya
4. Buku register pasien yang ada di ruang Melati 4 RSUP Dr. Sardjito semua data dari beberapa tahun dijadikan dalam 1 buku sehingga dalam melakukan perhitungan harus membolak balik dan mencari buku register lain.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Dari hasil Karya Tulis Ilmiah tersebut didapatkan kesimpulan seperti yang disebutkan di bawah ini, diantaranya :

1. Berdasarkan studi kasus di Ruang Melati 4 RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta mengenai Gambaran Risiko Infeksi pada Pasien Anak dengan *Systemic Lupus Erythematosus (SLE)* dimana kedua pasien berisiko infeksi dengan penyebab yang sama yaitu imunosupresi. Dari studi kaus ini risiko infeksi yang dialami pasien kedua pasien sama. Hal ini dikarenakan faktor-faktor yang mempengaruhi tingkat risiko infeksi yaitu faktor obat dan tingkat keparahan penyakit.
2. Karakteristik partisipan yang didapatkan yang pertama adalah pasien An. E berumur 13 tahun 8 bulan berjenis kelamin perempuan, beragama islam, pendidikan SMP, pekerjaan pelajar, status perkawinan belum menikah dengan diagnosa medis *Systemic Lupus Erythematosus (SLE)*. Sedangkan partisipan kedua adalah pasien An. N berumur 13 tahun 7 bulan berjenis kelamin perempuan, beragama islam, pendidikan SMP, pekerjaan pelajar, status perkawinan belum menikah dengan diagnosa medis *Systemic Lupus Erythematosus (SLE)*.
3. Diketahuinya karakteristik dengan pendekatan proses keperawatan yaitu pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi

keperawatan. Pada pasien An. E didapatkan data pengkajian yaitu adanya gangguan sistem musculoskeletal terdapat pembengkakan sendi, sistem pernafasan adanya efusi pleura, dan sistem pola nutrisi metabolismik pasien tidak nafsu makan. Sedangkan pengkajian pada An. N Hasil pengkajian pada An. N didapatkan adanya gangguan sistem musculoskeletal terdapat pembengkakan sendi, sistem pernafasan adanya efusi pleura. Dari pengkajian didapatkan diagnose pada kedua pasien yaitu Risiko Infeksi berhubungan dengan imunosupresi. Perencanaan disusun berdasarkan *NANDA NIC-NOC* dengan tujuan *NOC : Risk Control* dan *NIC : Infection Control*. Pelaksanaan keperawatan yang dilakukan sesuai dengan perencanaan yang telah ditetapkan dan dilaksanakan secara terus menerus untuk mengatasi masalah pasien. Evaluasi setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam pada An. E dan An. N didapatkan masalah Risiko Infeksi teratasi sebagian. Dokumentasi yang digunakan menggunakan SOAP.

B. Saran

Berdasarkan gambaran penulis dalam melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien An. E dan An. N dengan *Systemic Lupus Erythematosus* (SLE), Maka penulis perlu menyampaikan beberapa saran untuk :

1. Masyarakat

Diharapkan lebih meningkatkan pengetahuan dan menambah informasi masyarakat tentang penyakit *Systemic Lupus Erythematosus* (SLE).

2. Pengembang ilmu dan teknologi keperawatan Anak

Karya Tulis Ilmiah ini dapat digunakan sebagai tambahan keluasan ilmu dan teknologi terapan bidang keperawatan dalam Risiko Infeksi pada pasien anak dengan *Systemic Lupus Erythematosus (SLE)*.

3. Penulis

Agar meningkatkan wawasan dan pengetahuan dalam menerapakan proses keperawatan selama menempuh pendidikan di Akademi Keperawatan “YKY” Yogyakarta terutama menerapkan asuhan keperawatan Risiko Infeksi pada pasien anak dengan dengan *Systemic Lupus Erythematosus (SLE)*.

4. Ruang Melati 4 INSKA RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta

Untuk ditingkatkan lagi pengetahuan bagi pelaksana keperawatan mengenai Risiko Infeksi pada pasien anak dengan *Systemic Lupus Erythematosus (SLE)* Ruang Melati 4 INSKA RSUP Dr.Sardjito Yogyakarta.

5. Institusi pendidikan Akademi Keperawatan “YKY” Yogyakarta

Untuk ditingkatkan dan dijadikan tambahan pengetahuan bagi mahasiswa Akademi Keperawatan “YKY” Yogyakarta dalam memberikan asuhan keperawatan Risiko Infeksi pada pasien anak dengan *Systemic Lupus Erythematosus (SLE)*.

DAFTAR PUSTAKA

- Alexis, F.A., Barbosa, H.V. 2013, Skin of Color: *A Practical Guide to Dermatologic Diagnosis and Treatment*, Springer Science, New York, pp. 52-5
- America, L.F. of, 2012. Understanding Lupus. Available at: www.lupus.org.
- Bomar, M.G. (2012). Systemic Lupus Erythematosus: Self Management Skills in Chronic Illness. Retrieved from http://shp.missouri.edu/vhct/case2700/self_mgmt.htm
- Cleanthous, S., Tyagi, M., Isenberg, D.A., & Newman, S.P. (2012). *What do we know about self-reported fatigue in systemic lupus erythematosus?* *Lupus*, 21 (5), 465–476. <https://doi.org/10.1177/0961203312436863>
- De Barros, B.P., De Souza, C.B. & Kirsztajn, G.M., 2012. *The structure of the “livedexperience”:* analysis of reports from women with systemic lupus erythematosus. *Journal of Nursing Education and Practice*, 2 (3), p.p 120. Available at: <http://www.sciedu.ca/journal/index.php/jnep/article/view/594> [Accessed October 28, 2016]
- Digivlio, Mary., Jakson, Donna., & Keogh, Jim. (2014). Keperawatan Medikal Bedah (P.Dwi, Penerjemah). Jakarta: EGC.
- Djeorban Zubairi.(2009). Tetap-Semangat-dengan-Lupus : Media tanggal 16 Mei 2009.<http://www.mediaindonesia.com/mediahidupsehat/index.php/read/2009/05/16/1174/2/> diperoleh 15_februari 2019
- Dorland, W.A.N. 2011, Kamus Saku Kedokteran Dorland, Alih Bahasa, Mahode, A.A., Rachman, L.Y., Nugroho, A.W., Susanto, D., Muttaqin, H., Rendy, L. Edisi 28, EGC, Jakarta, p. 565.
- foundation , S.L.E.L., 2012. About Lupus. Avaulable at: www.lupusny.org.
- Ferenkeh-Koroma, A., 2012. *Systemic lupus erythematosus: nurse and patient education.* *Nursing Standard*, 26(39), pp.49–57. Available at: <http://rcnpublishing.com/doi/abs/10.7748/ns2012.05.26.39.49.c9134> [Accessed October 28, 2016].

- Farkhati MY, Sunartini_Hapsara, Satria CD. 2012. *Survival and prognostic factors of systemic lupus erythematosus. Proceedings of Congress of Indonesian Pediatrics Society*: 236-42.
- Hale, E.D., Radvanski,D.C.,Hassett, A.L.,2014., The man in the moon face: a qualitative study of body image, self-image and medication use in systemic lupus erythematosus. *Rheumatology*
- Hasdianah., Dewi, Prima., Peristiowati., & Imam, Sentot. (2014). *Imunologi Diagnosis dan Teknik Biologi Molekuler*. Yogyakarta: Nuha Medika
- Indonesia, Y.L., 2012. Info tentang Lupus. Available at: www.yayasanlupusindonesia.org
- Kusuma . H dan Nurarif. A.H.(2015),Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis dan NANDA Nic-Noc. (Edisi Revisi Jilid 2). Yogyakarta : MediAction
- Laura K. DeLong, MD, M., 2012. Vitamin D Status, *Disease Specific and Quality of Life Outcomes in Patients With Cutaneous Lupus-Full Text View-ClinicalTrials.gov*,
- Morton, Gallo, Hudak, 2012. Keperawatan Kritis Volume 1&2 edisi 8. EGC, Jakarta
- NANDA.2015.*Diagnosa Keperawatan:Definisi dan Klasifikasi 2015-2017*.Jakarta:EGC
- NIAMS, N.I. of A. and M. and S.D., 2012. Handout on health: systemic lupus erythematosus. Available at: www.niams.nih.gov.
- Nursalam.(2009) *Proses dan Dokumentasi Keperawatan : Konsep dan Praktik*.Jakarta:EGC
- Ramadhani, Devi (2017) Gambaran Infeksi pada Penderita Sistemik Lupus Eritematosus di Rumah Sakit Umum Pusat Haji Adam Malik Medan
- Suselo, Y. H., Balgis, & Indarto, D. (2016). Ekspresi CD3 dan CD26 pada Limfosit T sebagai BiomarkerPotensial Penyakit Systemic Lupus Erythematosus. MKB
- Smeltzer, S.C., Bare, B.G., Hinkle, J.L., & Cheever, K.H. (2010). *Brunner and Suddarth textbook of medical surgical nursing* (12th Ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins

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

Tsokos, G.C. (2011). Systemic lupus erythematosus. *The New England Journal of Medicine*, 365 (22), 2110–2121. Diakses 13 februari 2019
<https://doi.org/10.1056/NEJMra1100359>

Wallace, D.J., 2009. The Lupus Book. 4th edition ed. Los Angeles: Oxford University.

Waluyo, S. & Putra, B.M., 2012. 100 Question and Answer Lupus. 1st edition ed. Jakarta: PT Elex Media Komputindo.

Wallance. 2007. Dalam Rahmadhani, Devi 2017 Gambaran Infeksi pada Penderita Sistemik Lupus Eritematosus di Rumah Sakit Umum Pusat Haji Adam Malik Medan Tahun 2012-2017. Di akses tanggal 18 februari 2019 jam 16.00 WIB.
<http://repository.usu.ac.id>

Wheeler, T. (2010). *Systemic lupus erythematosis: the basics of nursing care. British Journal of Nursing (Mark Allen Publishing)*, 19(4), 249–253. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20220676>

LAMPIRAN

JADWAL KEGIATAN

INFORMED CONSENT

(Persetujuan menjadi partisipan)

Saya yang bertanda tangan dibawah ini menyatakan bahwa saya telah mendapat penjelasan secara rinci dan telah mengerti mengenai studi kasus yang dilakukan oleh **wahyu galih saputri** dengan judul **GAMBARAN RISIKO INFEKSI PADA PASIEN ANAK DENGAN SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS (SLE) DI RUANG MELATI 4 INSKA DR SARDJITO YOGYAKARTA.**

Saya memutuskan setuju untuk ikut berpartisipasi pada penelitian ini secara sukarela tanpa paksaan. Bila selama studi kasus saya menginginkan mengundurkan diri, maka saya dapat mengundurkan diri sewaktu-waktu tanpa sanksi apapun.

Yogyakarta,2019

Pembimbing Klinik

Ambarwati, S.Kep.,Ns

Yang memberi persetujuan

.....

