

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



Oleh:
PINGKAN ANGGRAINI
NIM: 2317027

YAYASAN KEPERAWATAN YOGYAKARTA
AKADEMI KEPERAWATAN "YKY"
YOGYAKARTA
2020

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

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

PINGKAN ANGGRAINI
NIM: 2317027

YAYASAN KEPERAWATAN YOGYAKARTA
AKADEMI KEPERAWATAN “YKY”
YOGYAKARTA
2020

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Pingkan Anggraini

NIM : 2317027

Program Studi : Diploma III Keperawatan

Institusi : Akademi Keperawatan "YKY" Yogyakarta

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Karya Tulis Ilmiah yang saya tulis ini adalah benar-benar merupakan hasil karya sendiri dan bukan merupakan pengambilan alihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya aku sebagai hasil 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, 02 Juli 2020

Pembuat Pernyataan



Pingkan Anggraini

NIM: 2317027

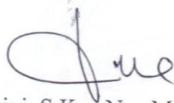
HALAMAN PERSETUJUAN
KARYA TULIS ILMIAH
STUDI DOKUMENTASI RISIKO INFEKSI PADA PASIEN
An. N DENGAN *SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS*
(SLE)

OLEH:
PINGKAN ANGGRAINI
NIM: 2317027

Telah memenuhi persyaratan untuk diujikan dan disetujui pada tanggal

02 Juli 2020

Pembimbing I



Tri Arini, S.Kep.Ns., M.Kep.
NIK: 1141 03 052

Pembimbing II



Dwi Juwartini, SKM., MPH
NIK: 1141 98 027

HALAMAN PENGESAHAN

KARYA TULIS ILMIAH

**STUDI DOKUMENTASI RISIKO INFEKSI PADA PASIEN
An. N DENGAN *SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS*
(SLE)**

OLEH:
PINGKAN ANGGRAINI
NIM: 2317027

Telah dipertahankan di depan Dewan Penguji Karya Tulis Ilmiah Akper "YKY"
Yogyakarta pada tanggal 02 Juli 2020

Dewan Penguji:

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

Dwi Juwartini, SKM., MPH

Tri Yuni Rahmanto, S.Kep.Ns., MPH

Tanda Tangan





Mengesahkan
Direktur Akper "YKY" Yogyakarta


Tri Arini, S.Kep.Ns., M.Kep.
NIK: 1141 03 052

HALAMAN MOTTO

“Tidak semua yang kita takutkan akan terjadi dan tidak semua yang kita inginkan akan terwujud. Hidup yang tidak pernah diperjuangkan, maka tidak akan pernah dimenangkan”.

(Pingkan Anggraini)

HALAMAN PERSEMBAHAN

Karya tulis ilmiah ini penulis persembahkan untuk:

1. Ibu dan Bapak tercinta yang tidak pernah berhenti mendoakan, dan menemani dalam pembuatan karya tulis ilmiah dan telah memberikan dukungan moril maupun materiil, motivasi dan segalanya yang tak pernah dapat dihitung dan berakhir.
2. Teman-teman angkatan 23 yang sudah bersama-sama berjuang menyelesaikan perkuliahan, semoga kita menjadi orang yang sukses.

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadirat Allah SWT yang telah memberikan rahmat serta hidayah-Nya sehingga karya tulis ilmiah “Studi Dokumentasi Risiko Infeksi pada Pasien An. N dengan *Systemic Lupus Erythematosus* (SLE)” 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 materiil. Tak lupa pula penulis mengucapkan terima kasih kepada yang terhormat:

1. Tri Arini, S.Kep.Ns., M.Kep. selaku Direktur Akademi Keperawatan “YKY” Yogyakarta.
2. 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.
3. Tri Yuni Rahmanto, S.Kep.Ns., MPH selaku dosen penguji.

Semoga amal baik yang telah diberikan mendapat pahala dari Allah SWT.

Penulis berharap semoga karya tulis ilmiah ini dapat bermanfaat bagi pihak yang membutuhkan. Saran dan kritik yang bersifat membangun sangat penulis harapkan.

Yogyakarta, 02 Juli 2020

Penulis,

Pingkan Anggraini

DAFTAR ISI

Halaman Sampul Depan.....	i
Halaman Sampul Dalam	ii
Halaman Pernyataan Keaslian Tulisan.....	iii
Halaman Persetujuan.....	iv
Halaman Pengesahan.....	v
Halaman Motto.....	vi
Halaman Persembahan.....	vii
Halaman Kata Pengantar.....	viii
Daftar Isi.....	ix
Daftar Tabel	x
Daftar Gambar.....	xi
Daftar Lampiran	xii
Abstrak.....	xiv
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang Masalah	1
B. Rumusan Masalah.....	5
C. Tujuan Studi Kasus.....	6
D. Ruang Lingkup	7
E. Manfaat Studi Kasus	7
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	8
A. Landasan Teori	8
1. Konsep SLE.....	8
2. Konsep Risiko Infeksi	16
3. Asuhan Keperawatan pada Pasien SLE.....	23
B. Kerangka Teori	42
BAB III METODE PENELITIAN.....	43
A. Rancangan Studi Kasus	43
B. Objek 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. Analisis Data	45
H. Etika Studi Kasus	45
I. Alur Penelitian	47
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN.....	48
A. Hasil.....	48
B. Pembahasan.....	54
BAB V PENUTUP.....	63
DAFTAR PUSTAKA	67
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Definisi Operasional.....	44
-------------------------------------	----

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Ruam Malar atau Kupu-Kupu.....	28
Gambar 2.2 Kerangka Teori.....	42
Gambar 2.3 Kerangka Alur.....	47

DAFTAR LAMPIRAN

1. LAMPIRAN 1 Jadwal Kegiatan
2. LAMPIRAN 2 Jadwal Bimbingan

STUDI DOKUMENTASI RISIKO INFEKSI PADA PASIEN An. N DENGAN SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS (SLE)

Pingkan Anggraini¹, Tri Arini², Dwi Juwartini³

Akper YKY Yogyakarta
pingkananggra@yahoo.com

INTISARI

Latar Belakang: Berdasarkan hasil studi dokumentasi KTI tahun 2019 insiden risiko infeksi pada anak dengan SLE di Yogyakarta ada 26 pasien dari 146 pasien atau sekitar 17,8% dalam kurun waktu 3 bulan. Penyebab utama kematian pasien SLE yang diakibatkan oleh infeksi sebesar 90%. Pasien SLE mengalami beberapa efek, baik secara fisik maupun efek psikologis. Dibutuhkan peran perawat promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif.

Tujuan: Diketahui gambaran risiko infeksi pada pasien An. N dengan SLE. **Metode:** Studi dokumentasi dengan pendekatan deskriptif kualitatif.

Hasil: Pengkajian An. N mengatakan perut kembung, sesak nafas, tampak lemas, badan panas, suhu 38,3°C, terpasang infus di tangan kanan 20tpm, leukosit 27.92/ul. Diagnosa risiko infeksi dibuktikan oleh faktor risiko immunosupresi. Perencanaan setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan pasien menunjukkan NOC : *Risk Control*. Pelaksanaan memonitor tanda gejala infeksi, memberikan antibiotik, mencuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan keperawatan, menganjurkan keluarga pasien untuk mencuci tangan sebelum dan sesudah ke pasien, mengelola pemberian antibiotik dengan dokter. Evaluasi masalah risiko infeksi teratasi sebagian.

Kesimpulan: Setelah dilakukan studi dokumentasi, didapatkan data tidak semua konsep risiko infeksi pada SLE ditemukan dalam studi dokumentasi. Penulis mendapat gambaran masalah keperawatan risiko infeksi pada pasien An. N dengan SLE.

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

STUDY OF INFECTION RISK DOCUMENTATION IN PATIENTS An. N WITH SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS (SLE)

Pingkan Anggraini¹, Tri Arini², Dwi Juwartini³
Yogyakarta YKY Akper
pingkananggra@yahoo.com

ABSTRACT

Background: Based on the results of the KTI documentation study in 2019 the risk of infection in children with SLE in Yogyakarta there were 26 patients out of 146 patients or around 17.8% within 3 months. The main cause of death of SLE patients is caused by infection by 90%. SLE patients experience several effects, both physical and psychological effects. The role of promotive, preventive, curative and rehabilitative nurses is needed.

Objective: A description of the risk of infection in patients An is known. N with SLE.
Method: Study documentation with a qualitative descriptive approach.

Results: Assessment An. N said flatulence, shortness of breath, seem limp, body heat, temperature 38.3 ° C, infusion placed on the right hand 20tpm, leukocytes 27.92 / ul. The diagnosis of infection risk is proven by immunosuppression risk factors. Planning after 3x24 hours of nursing action is expected to show the patient NOC: Risk Control. The implementation of monitoring the signs of infection symptoms, giving antibiotics, washing hands before and after nursing, encouraging the patient's family to wash hands before and after to the patient, administer antibiotics with the doctor. Evaluate the problem of infection risk partially.

Conclusion: After the documentation study was conducted, it was found that not all risk concepts for infection in SLE were found in the documentation study. The authors get a picture of the risk of infection in patients An. N with SLE.

Keywords: Systemic Lupus Erythematosus (SLE), Risk of Infection, Documentation Study

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

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). 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, namun pada penyakit SLE dan penyakit autoimun lainnya, sistem pertahanan tubuh ini berbalik menyerang tubuh, dimana antibodi yang dihasilkan menyerang sel tubuhnya sendiri (Judha dan Setiawan, 2015).

Penyakit *Systemic Lupus Erythematosus* (SLE) merupakan penyakit radang atau inflamasi multisystem yang disebabkan oleh banyak faktor dan di karakterisasi 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 fisfolipid dapat menyebabkan kerusakan jaringan melalui mekanisme pengaktifan komplemen (Hasdianah dkk, 2014).

Tanda dan gejala SLE adalah ruam kulit yang paling sering ditemui pada wajah, pergelangan tangan, dan tangan. Tanda khas pada SLE adalah ruam di

pipi dan batang hidung, yang dikenal dengan istilah *'butterfly rash'* atau *'malar rash'*. Ruam kulit juga bisa terasa gatal, nyeri, atau meradang yang bisa diperparah oleh sinar matahari. Gejala yang sering dirasakan pada penderita SLE lainnya adalah nyeri atau pembengkakan pada sendi nyeri dan pembengkakan sendi umumnya dirasakan di tangan dan kaki, tapi bisa juga berpindah-pindah dan umumnya lebih berat dirasakan pada pagi hari. Gangguan deformitas permanen pada sendi jarang ditemukan pada penyandang SLE. Gejala lain yang berikutnya adalah kelelahan berat, pada pasien dengan SLE, melakukan aktivitas sehari-hari pun bisa menimbulkan kelelahan. Banyak penyandang SLE yang menyatakan bahwa kelelahan yang dialami ini sangat memengaruhi kualitas hidup mereka (Hasdianah dkk, 2014).

Berbagai efek juga 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, di mana 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 sehingga penyandang lupus rentan terkena infeksi (Tsokos, 2011). Berdasarkan efek yang ditimbulkan tersebut risiko infeksi adalah diagnosa keperawatan yang muncul pada penderita SLE, diagnosa lainnya adalah ketidakefektifan pola nafas, keletihan, defisit perawatan diri mandi dan

kelebihan volume cairan (Hasdianah dkk, 2014).

Kejadian SLE berdasarkan hasil studi dokumentasi KTI tahun 2019 terdapat beberapa penyakit, penyakit yang termasuk dalam 3 besar adalah SLE, *syndrome nefrotik* (SN), dan gagal ginjal. Pasien yang mengalami SLE terdapat 26 pasien dari 146 pasien atau sekitar 17,8%, kasus lain seperti SN terdapat 15 kasus atau sekitar 10,3%, dan gagal ginjal terdapat 14 kasus atau sekitar 9,6%.

Penyebab terjadinya penyakit lupus diduga faktor genetik, infeksi, dan lingkungan ikut berperan pada patofisiologi SLE. 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. tubuh, di mana antibodi yang dihasilkan menyerang sel tubuhnya sendiri. Sehingga, kompleks imun yang terdapat dalam jaringan akan mengakibatkan terjadinya peradangan, kerusakan pada jaringan, dan orang dengan penyakit lupus (odapus) akan mudah mengalami penyakit infeksi (Judha & Setiawan, 2015).

Penyebab utama kematian pasien SLE yang diakibatkan infeksi sebesar 90% diakibatkan oleh infeksi dan 10% kematian pasien SLE diakibatkan organ yang sudah mengalami komplikasi seperti gagal ginjal dan kerusakan sistem saraf pusat (SSP) (Asih dkk, 2016). Tingginya kasus SLE dan komplikasi yang ditimbulkan membutuhkan peran perawat.

Peran perawat preventif dalam masalah keperawatan risiko infeksi pada pasien anak dengan SLE yaitu memberi informasi mengenai pencegahan risiko infeksi pada penyakit SLE dengan cara makan makanan yang sehat,

menghindari paparan sinar matahari, dan istirahat yang cukup. Peran perawat promotif dalam masalah keperawatan risiko infeksi pada pasien anak dengan SLE 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). Peran perawat kuratif dalam masalah keperawatan risiko infeksi pada pasien anak dengan SLE yaitu sebagai pemberi asuhan keperawatan risiko infeksi pada pasien anak dengan SLE sehingga pasien dapat mencapai derajat kesehatan yang optimal dan peran perawat rehabilitative dalam masalah keperawatan risiko infeksi pada pasien anak dengan SLE yaitu menganjurkan pasien untuk banyak beristirahat agar SLE tidak mengalami kekambuhan.

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Judha dkk (2010) mengatakan bahwa didapatkan tiga pernyataan spesifik tentang dukungan yang diberikan oleh keluarga mampu meningkatkan semangat hidup bagi tiga responden dengan SLE, ke tiga responden menyatakan bahwa ketika sakit dukungan dari orang tua dan keluarga mampu membuat mereka semangat, merasa diri mereka dihargai, diperhatikan dan dicintai. Selain itu keluarga juga berperan dalam dalam pengambilan keputusan terkait perawatan anak, berpartisipasi dalam pengaturan pemantauan aktivitas , istirahat, pola makan dan pemberian obat sesuai saran dari tim medis, keluarga menunggu dan

menjaga anak baik ketika dilakukan perawatan di rumah sakit ataupun di rumah. Berdasarkan latar belakang di atas, peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang “Studi Dokumentasi Risiko Infeksi pada Pasien Anak dengan *Systemic Lupus Erythematosus* (SLE)”.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang masalah yang dikemukakan tersebut, penulis merumuskan masalah studi kasus yaitu : “Bagaimana Studi Dokumentasi Risiko Infeksi pada Pasien An. N dengan *Systemic Lupus Erythematosus* (SLE)?”

C. Tujuan Penelitian

Adapun tujuan yang di dapat dari rumusan masalah tersebut adalah:

1. Tujuan Umum

Diketahui gambaran risiko infeksi pada pasien An. N dengan SLE.

2. Tujuan Khusus

Adapun tujuan khususnya adalah:

- a. Hasil studi dokumentasi mengenai pengkajian risiko infeksi pada pasien An. N dengan SLE.
- b. Hasil studi dokumentasi mengenai diagnosis keperawatan risiko infeksi pada pasien An. N dengan SLE.
- c. Hasil studi dokumentasi mengenai rencana keperawatan risiko infeksi pada pasien An. N dengan SLE.
- d. Hasil studi dokumentasi mengenai pelaksanaan keperawatan risiko infeksi pada pasien An. N dengan SLE.

- e. Hasil studi dokumentasi mengenai evaluasi dan pendokumentasian keperawatan risiko infeksi pada pasien An. N dengan SLE.

D. Ruang Lingkup

Penelitian ini termasuk dalam lingkup keperawatan anak. Materi yang dibahas adalah gambaran risiko infeksi pada pasien anak dengan SLE dengan metode studi dokumentasi. Penelitian ini dilakukan di Akper “YKY” Yogyakarta dengan menggunakan data dari asuhan keperawatan pada KTI tahun 2019.

E. Manfaat Penelitian

Studi Kasus ini diharapkan memberikan manfaat:

1. Manfaat Teoritis

Mengetahui lebih dalam mengenai studi dokumentasi risiko infeksi pada pasien An. N dengan *Systemic Lupus Erythematosus* (SLE).

2. Manfaat Praktis

- a. Bagi Peneliti Selanjutnya

Meningkatkan wawasan dan pengetahuan dalam menerapkan proses keperawatan pada pasien anak dengan SLE.

- b. Bagi Akademi Keperawatan “YKY” Yogyakarta

Menambah referensi khususnya bagi pembaca di perpustakaan Akademi Keperawatan “YKY” Yogyakarta mengenai gambaran risiko infeksi pada pasien anak dengan SLE.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Landasan Teori

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

a. Definisi

Penyakit SLE adalah gangguan auto imun *multisystem* yang mempengaruhi imunitas humoral dan selular. Penyakit SLE dapat menyerang banyak system organ sehingga awitan dan rangkaian penyakit sedikit beragam. SLE biasanya di diagnosis setelah 5 tahun (biasanya antara usia 15 sampai 45 tahun), tetapi dapat terjadi pada setiap usia. Rasio wanita terhadap pria untuk orang yang terkena SLE adalah 4:1 pada masa kanak-kanak dan 9:1 pada masa remaja. SLE lebih umum terjadi pada orang non-Kaukasia dan umumnya anak serta remaja Afrika Amerika dan Hispanik mengalami efek yang lebih berat akibat SLE dibandingkan kelompok ras atau etnis lain (Kyle, 2014).

b. Klasifikasi

Penyakit SLE dapat diklasifikasikan menjadi 3 macam menurut Hasdianah dkk (2014) yaitu *discoïd lupus*, *systemic lupus erythemmatosus* (SLE), dan lupus yang diindikasi obat:

1) *Discoïd Lupus*

Lesi berbentuk lingkaran atau cakram dan ditandai oleh batas eritema yang meninggi, skuama, sumbatan folikuler, dan

telangiectasia. Lesi ini timbul di kulit kepala, telinga, wajah lengan punggung, dan dada. Penyakit ini dapat menimbulkan kecacatan karena lesi ini memperlihatkan atrofi dan jaringan parut di bagian tengahnya serta hilangnya appendiks kulit secara menetap.

2) *Systemic Lupus Erythematosus* (SLE)

Penyakit SLE merupakan penyakit radangan 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 *dsDNA*, berbagai macam *ribonukleoprotein* intraseluler, sel-sel darah dan *fofolipid* dapat menyebabkan kerusakan jaringan melalui mekanisme pengaktifan komplemen.

3) Lupus yang diindikasikan oleh obat

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

c. Etiologi

Etiologi dari SLE tidak diketahui secara pasti, namun ada beberapa faktor predisposisi yang dapat menimbulkan penyakit SLE, yaitu faktor jenis kelamin dan faktor faktor genetik dapat menjadi predisposisi terjadinya SLE, hal ini dibuktikan konkordansi penyakit SLE pada kembar identik adalah sekitar 20-25% dan bahwa dalam kembar di zigot adalah sekitar 5%. Selain faktor di atas, faktor lingkungan yang dapat menjadi relevan dengan kejadian SLE diantaranya faktor zat kimia seperti pewarna rambut, sinar ultraviolet, rokok, obat-obatan (*procainamide, hydralazine, chlorpomazine, isoniazid, phenytoin, penicillamine*), faktor makanan (*L-canavanine/alfalfa sprouts* dan intake lemak jenuh yang berlebihan), faktor agen infeksius seperti *retrovirus* dan *endotoksin* atau bakterial DNA, faktor hormon (*hormonal replacement therapy*, kontrasepsi oral, dan prenatal yang terekspose dengan estrogen) (Mok & Lau, 2013).

d. Patofisiologi

Pada SLE, autoantibodi bereaksi dengan antigen anak sendiri untuk membentuk kompleks imun. Kompleks imun berakumulasi dalam jaringan dan organ, menyebabkan respon inflamasi yang mengakibatkan vaskulitis. Cedera terhadap jaringan dan nyeri terjadi. Penyakit SLE dapat menyerang banyak sistem organ sehingga gangguan atau kerusakan hebat pada jaringan di manapun dalam tubuh dapat terjadi. Pada beberapa kasus, respons autoimun dapat didahului

oleh reaksi obat, infeksi atau pajanan sinar matahari berlebihan. Pada kutaneus dan muskuloskeletal. Penyakit bersifat kronik dengan periode remisi (sembuh) dan eksaserbasi (*flare-up*). (Kyle, 2014).

e. Manifestasi Klinis menurut Kyle (2014) sebagai berikut:

- 1) Alopesia
- 2) Anemia
- 3) Artralgia
- 4) Artritis
- 5) Keletihan
- 6) Lupus Nefritis
- 7) Fotosensivitas
- 8) Pleurisi
- 9) Fenomena *Raynaud*
- 10) Kejang
- 11) Ruam kulit, termasuk ruam malar
- 12) Stomatitis
- 13) Trombositopenia

f. Komplikasi

Penyakit SLE dapat menyebabkan peradangan jaringan dan masalah pembuluh darah yang parah di hampir semua bagian tubuh, terutama menyerang organ ginjal. Jaringan yang ada pada ginjal, termasuk pembuluh darah dan membran yang mengelilinginya mengalami pembengkakan dan menyimpan bahan kimia yang

diproduksi oleh tubuh yang seharusnya dikeluarkan oleh ginjal. Hal ini menyebabkan ginjal tidak dapat berfungsi sebagaimana mestinya. Penderita biasanya tidak menyadari adanya gangguan pada ginjalnya, hingga kerusakannya menjadi parah, bahkan mungkin baru disadari setelah ginjal mengalami kegagalan.

Peradangan pada penderita SLE juga dapat terjadi pada selaput dalam, selaput luar dan otot jantung. Jantung dapat terpengaruh meskipun tidak pernah mengalami gejala gangguan jantung. Masalah yang paling umum adalah terjadi pembengkakan pada endokardium dan katup jantung. Penyakit SLE juga menyebabkan peradangan dan kerusakan kulit berupa ruam merah terutama dibagian pipi dan hidung.

Hampir seluruh penderita SLE mengalami rasa sakit dan peradangan sendi. Penyakit SLE dapat mempengaruhi semua jenis sendi, namun yang paling umum adalah tangan, pergelangan tangan dan lutut. Terkadang sendi-sendi mengalami pembengkakan. Selain itu otot juga tidak luput dari serangan SLE. Biasanya penderita mengeluhkan rasa sakit dan melemahnya otot-otot atau jaringan otot mengalami pembengkakan. Pada stadium lanjut, SLE dapat menyebabkan kematian tulang yang disebut dengan *osteonekrosis*. Hal ini dapat menyebabkan cacat yang serius.

Penyakit SLE dapat menyerang sistem syaraf dengan gejala sakit kepala, pembuluh darah di kepala yang tidak normal dan organik *brain syndrom*, yaitu masalah serius pada memori, konsentrasi dan emosi

serta halusinasi. Selain itu, serangan pada paru-paru dan darah juga biasanya terjadi. Masalah pada jantung dapat berupa peradangan, perdarahan, penggumpalan darah pada arteri, kontraksi pembuluh darah pembengkakan paru-paru. Sedangkan penurunan jumlah sel darah merah dan sel darah putih sehingga menyebabkan anemia.

Pada kasus penyakit lanjut, sering didapatkan adanya cairan di rongga paru dan di rongga jantung yang menyebabkan penderita sesak nafas. Gejala ini mirip dengan penyakit jantung kronis atau penyakit paru-paru kronis, sehingga menyebabkan penderita sesak nafas. Gejala ini mirip dengan penyakit jantung kronis atau penyakit paru-paru kronis, sehingga menyebabkan salah diagnosa dan berakhir dengan kematian. Organ lain yang juga diserang adalah sistem saraf penderita sehingga berakibat penderita merasa kesemutan dan dapat mengalami kelumpuhan (Roviati, 2012).

g. Pencegahan dan Pemantauan untuk Komplikasi

Ajarkan keluarga untuk mengoleskan tabir surya minimal *Sun Protector Factor* (SPF) 15 ke kulit anak setiap hari untuk mencegah ruam akibat *fotosensivitas*. Instruksikan anak dan keluarga untuk melindungi diri terhadap udara dingin dengan menggunakan kaos kaki hangat dan sarung tangan ketika di luar rumah pada musim dingin. Jika anak di luar ruangan untuk periode yang lama selama bulan-bulan musim dingin, inspeksi jari tangan dan jari kaki terhadap perubahan warna. Awasi perkembangan nefritis dengan mengevaluasi tekanan

darah, kadar *blood area nitrogen* (BUN) dan kreatinin serum dan haluaran urine serta pemantauan untuk hematuria atau proteinuria.

Pastikan bahwa skrining penglihatan dan pemeriksaan *oftalmik* setiap tahun dilakukan untuk memelihara fungsi penglihatan yang dapat mengalami perubahan. Perhatikan avaskular (kurangnya suplai darah ke sendi, menyebabkan kerusakan jaringan) dapat terjadi sebagai efek samping penggunaan kortikosteroid jangka panjang atau penggunaan kortikosteroid dosis tinggi. Ajarkan keluarga untuk melaporkan keluhan baru nyeri sendi, terutama saat mengangkat benda berat atau keterbatasan rentang gerak ke dokter atau praktisi perawat mereka (Kyle, 2014).

h. Pemeriksaan Penunjang menurut Morton dkk (2012):

1) Pemeriksaan Darah

- a) Leukopenia/limfopeni
- b) Anemia
- c) Trombositopenia
- d) Laju Endap Darah (LED) meningkat

2) Imunologi:

- a) Antibodi Anti Nuklear (ANA)
- b) Antibodi *Deoxyribo Nucleic Acid* (DNA) untai ganda (dsDNA) meningkat
- c) Tes *C-reactive Protein* (CRP) positif

3) Fungsi Ginjal:

- a) Kreatinin serum meningkat
- b) Penurunan *Glomerular Filtration Rate* (GFR)
- c) Protein uri (>0,5 gram per 24 jam)
- d) Ditemukan sel darah merah dan atau sedimen granular

4) Kelainan pembekuan yang berhubungan dengan antikoagulasi lupus:

- a) *Activated Partial Thromboplastin Time* (APPT) memanjang yang tidak memperbaiki pada pemberian plasma normal

5) Tes Vital Lupus:

Adanya deposit *Imunoglobulin* (Ig M) pada persambungan dermo-epidermis pada kulit yang terlibat dan yang tidak terlibat.

i. Manajemen Terapeutik

Manajemen terapeutik berfokus pada menangani respons inflamasi. Obat Anti Inflamasi Nonsteroid (AINS) seperti *hydroxychloroquine* dapat menyebabkan demam dan sakit kepala yang mirip dengan jenis penyakit syaraf pada lupus (Judha, 2015), obat steroid yang dipakai sebagai antiinflamasi dan imunosupresi (Setiati *et al.*, 2014), sehingga menyebabkan penurunan kemampuan untuk melawan infeksi dan penyakit yang menyerang tubuh, kortikosteroid dan agens antimalaria yang sering kali diprogramkan untuk anak yang mengalami SLE ringan hingga sedang. Anak yang mengalami SLE berat atau sering kali mengalami kekambuhan gejala dapat memerlukan terapi kortiko steroid

dosis tinggi atau obat immunosupresif. Ketika terjadi gagal ginjal tahap akhir akibat *glomerulonefritis*, dialisis harus dilakukan (Kyle, 2014).

2. Konsep Dasar Risiko Infeksi menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017) sebagai berikut:

a. Definisi Risiko Infeksi

Berisiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik.

b. Faktor Risiko

Ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder:

Imunosupresi (pasien dengan penurunan sistem kekebalan tubuh yang dapat disebabkan oleh berbagai hal, misalnya pengobatan dengan steroid dosis tinggi, sitostatika (kemo).

c. Kondisi Klinis Terkait: SLE

d. Tanda Infeksi

1) Menurut Hasdianah dkk (2014) tanda-tanda infeksi adalah sebagai berikut:

a) Rubor (Kemerahan)

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

b) Kalor (Panas)

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 antibodi dalam memerangi antigen atau penyebab infeksi.

c) Tumor (Bengkak)

Tumor dalam konteks gejala infeksi bukan sel kanker seperti yang umum dibicarakan akan tetapi pembengkakan yang terjadi pada area yang mengalami infeksi karena meningkatnya permeabilitas sel dan meningkatnya aliran darah.

d) Dolor (Nyeri)

Dolor adalah rasa nyeri yang dialami pada area yang mengalami infeksi, ini terjadi karena sel yang mengalami infeksi bereaksi mengeluarkan zat tertentu sehingga menimbulkan nyeri. Rasa nyeri mengisyaratkan bahwa terjadi gangguan atau sesuatu yang tidak normal jadi jangan abaikan nyeri karena mungkin saja.

2) Infeksi sistemik

Infeksi sistemik terjadi bila mikroorganisme menyebar ke bagian tubuh yang lain dan menimbulkan kerusakan. Penyebab infeksi sistemik terdiri dari bakteri atau virus. Ciri utama seperti infeksi adalah bahwa hal itu mempengaruhi aliran darah dari seorang individu, dengan hasil bahwa gejala menyebar ke seluruh tubuh. Dalam hal ini, patogen didistribusikan ke seluruh tubuh, bukannya terkonsentrasi di satu daerah. Toksin bakteri adalah

alasan utama yang menyebabkan infeksi sistemik. Contoh paling umum dari infeksi sistemik dingin, flu, *mononucleosis*, radang tenggorokan, dan lainnya.

Tanda dan Gejala Infeksi Sistemik sebagai berikut:

- a) Sakit: Ketika seseorang menderita infeksi sistemik, mengalami sakit di daerah seperti dahi dan punggung. Dalam kasus ekstrim, orang mengalami sakit badan juga.
 - b) Kedinginan: Infeksi sistemik memicu menggigil, yang membuat orang menggigil bahkan setelah memakai lapis pakaian wol.
 - c) Demam: Demam adalah tanda-tanda infeksi sistemik. Tergantung pada tingkat keparahan infeksi, orang tersebut mungkin menderita dari rendah ke demam tinggi.
 - d) Mual: Infeksi sistemik memicu rasa mual. Orang bereaksi terhadap bau tertentu dengan muntah.
 - e) Muntah: Muntah merupakan salah satu gejala utama infeksi sistemik. Orang tersebut akan memiliki kecenderungan muntah, bahkan setelah memakan makanan biasa.
 - f) Kelemahan: Kelemahan secara keseluruhan dalam tubuh adalah gejala lain dari infeksi sistemik.
- e. Faktor-faktor yang mempengaruhi risiko infeksi menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 27 Tahun 2017 tentang

pedoman pencegahan dan pengendalian infeksi di fasilitas pelayanan kesehatan adalah sebagai berikut:

- 1) Infeksi merupakan suatu keadaan yang disebabkan oleh mikroorganisme patogen, dengan/tanpa disertai gejala klinik. Infeksi terkait pelayanan kesehatan (*Health Care Associated Infections*) yang selanjutnya disingkat HAIs merupakan infeksi yang terjadi pada pasien selama perawatan di rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya dimana ketika masuk tidak ada infeksi dan tidak dalam masa inkubasi, termasuk infeksi dalam rumah sakit tapi muncul setelah pasien pulang, juga infeksi karena pekerjaan pada petugas rumah sakit dan tenaga kesehatan terkait proses pelayanan kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan.
- 2) Rantai Infeksi (*chain of infection*) merupakan rangkaian yang harus ada untuk menimbulkan infeksi. Dalam melakukan tindakan pencegahan dan pengendalian infeksi dengan efektif, perlu dipahami secara cermat rantai infeksi. Kejadian infeksi di fasilitas pelayanan kesehatan dapat disebabkan oleh 6 komponen rantai penularan, apabila satu mata rantai diputus atau dihilangkan, maka penularan infeksi dapat dicegah atau dihentikan.
- 3) Gangguan/Interupsi barrier anatomis:

- a) Kateter urin: meningkatkan kejadian Infeksi Saluran Kemih (ISK).
 - b) Prosedur operasi: dapat menyebabkan infeksi daerah operasi (IDO) atau “*Surgical Site Infection*” (SSI).
 - c) Intubasi dan pemakaian ventilator: meningkatkan kejadian “*Ventilator Associated Pneumonia*” (VAP).
 - d) Kanula vena dan arteri: Plebitis, IAD
 - e) Luka bakar dan trauma.
- 4) Implantasi benda asing :
- Pemakaian *mesh* pada operasi hernia.
- f. Hal yang perlu di perhatikan pada saat mendapati pasien dengan risiko infeksi menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 27 Tahun 2017 tentang pedoman pencegahan dan pengendalian infeksi di fasilitas pelayanan kesehatan adalah sebagai berikut:
- 1) Kebersihan Tangan

Kebersihan tangan dilakukan dengan mencuci tangan menggunakan sabun dan air mengalir bila tangan jelas kotor atau terkena cairan tubuh, atau menggunakan alkohol (*alcohol-based handrubs*) bila tangan tidak tampak kotor. Kuku petugas harus selalu bersih dan terpotong pendek, tanpa kuku palsu, tanpa memakai perhiasan cincin. Cuci tangan dengan sabun biasa/antimikroba dan bilas dengan air mengalir.
 - 2) Alat Pelindung Diri (APD)

Jenis-Jenis APD:

- a) Sarung tangan
 - b) Masker
 - c) Gaun Pelindung
 - d) Goggle dan perisai wajah
 - e) Sepatu pelindung
 - f) Topi pelindung
- 3) Dekontaminasi Peralatan Perawatan Pasien

Pada tahun 1968 *spaulding* mengusulkan tiga kategori risiko berpotensi infeksi untuk menjadi dasar pemilihan praktik atau proses pencegahan yang akan digunakan (seperti sterilisasi peralatan medis, sarung tangan dan perkakas lainnya) sewaktu merawat pasien. Kategori *spaulding* adalah sebagai berikut:

- a) Kritis
 - b) Semikritis
 - c) Non-kritis
- 4) Pengendalian Lingkungan

Pengendalian lingkungan di fasilitas pelayanan kesehatan, antara lain berupa upaya perbaikan kualitas udara, kualitas air, dan permukaan lingkungan, serta desain dan konstruksi bangunan, dilakukan untuk mencegah transmisi mikroorganisme kepada pasien, petugas dan pengunjung.

- 5) Pengelolaan Limbah

6) Penatalaksanaan Linen

Linen terbagi menjadi linen kotor dan linen terkontaminasi. Linen terkontaminasi adalah linen yang terkena darah atau cairan tubuh lainnya, termasuk juga benda tajam. Penatalaksanaan linen yang sudah digunakan harus dilakukan dengan hati-hati. Kehatian-hatian ini mencakup penggunaan perlengkapan Alat Pelindung Diri (APD) yang sesuai dan membersihkan tangan secara teratur sesuai pedoman kewaspadaan standar dengan prinsip-prinsip.

7) Perlindungan Kesehatan Petugas

Lakukan pemeriksaan kesehatan berkala terhadap semua petugas baik tenaga kesehatan maupun tenaga non kesehatan.

8) Penempatan Pasien

- a) Tempatkan pasien infeksius terpisah dengan pasien non infeksius.
- b) Penempatan pasien disesuaikan dengan pola transmisi infeksi penyakit pasien (kontak, droplet, airborne) sebaiknya ruangan tersendiri.
- c) Bila tidak tersedia ruang tersendiri, dibolehkan dirawat bersama pasien lain yang jenis infeksiya sama dengan menerapkan sistem *cohorting*. Jarak antara tempat tidur minimal 1 meter. Untuk menentukan pasien yang dapat disatukan dalam satu ruangan, dikonsultasikan terlebih dahulu kepada komite atau tim PPI.

- d) Semua ruangan terkait *cohorting* harus diberi tanda kewaspadaan berdasarkan jenis transmisinya (kontak, *droplet*, *airborne*).
- e) Pasien yang tidak dapat menjaga kebersihan diri atau lingkungannya seyogyanya dipisahkan tersendiri.
- f) Mobilisasi pasien infeksius yang jenis transmisinya melalui udara (*airborne*) agar dibatasi di lingkungan fasilitas pelayanan kesehatan untuk menghindari terjadinya transmisi penyakit yang tidak perlu kepada yang lain.

9) Kebersihan Pernapasan / Etika Batuk dan Bersin

Diterapkan untuk semua orang terutama pada kasus infeksi dengan jenis transmisi *airborne dan droplet*. Fasilitas pelayanan kesehatan harus menyediakan sarana cuci tangan seperti wastafel dengan air mengalir, tisu, sabun cair, tempat sampah infeksius dan masker bedah.

10) Praktik Menyuntik Yang Aman

Pakai spuit dan jarum suntik steril sekali pakai untuk setiap suntikan, berlaku juga pada penggunaan vial multidose untuk mencegah timbulnya kontaminasi mikroba saat obat dipakai pada pasien lain. Jangan lupa membuang spuit dan jarum suntik bekas pakai ke tempatnya dengan benar. Hati-hati dengan pemakaian obat untuk perina dan an estesi karena berpotensi menimbulkan Kejadian Luar Biasa (KLB).

11) Praktik Lumbal Pungsi Yang Aman

Semua petugas harus memakai masker bedah, gaun bersih, sarung tangan steril saat akan melakukan tindakan lumbal pungsi, anestesi spinal/epidural/pasang kateter vena sentral. Penggunaan masker bedah pada petugas dibutuhkan agar tidak terjadi *droplet* flora orofaring yang dapat menimbulkan meningitis bakterial.

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

Asuhan keperawatan merupakan rangkaian kegiatan pada praktik keperawatan yang diberikan secara langsung kepada pasien di berbagai tatanan pelayanan kesehatan. Asuhan keperawatan dilaksanakan berdasarkan ilmu dan kiat keperawatan dan bersifat humanistik. Asuhan keperawatan tidak dapat dilaksanakan tanpa proses keperawatan (Dalami dkk, 2015).

Proses keperawatan merupakan metode sistematis yang digunakan dalam melakukan asuhan keperawatan pada individu, keluarga, kelompok maupun masyarakat. *American Nurse Association* (ANA) mengembangkan proses keperawatan dalam lima tahap yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi (Tarwoto dan Wartonah, 2015).

a. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian merupakan proses pertama dalam proses keperawatan. Pengkajian merupakan metode penggalan informasi atau data yang

dibutuhkan untuk menentukan diagnosa dan intervensi keperawatan. Pengkajian dapat dilakukan dengan teknik wawancara, observasi, pemeriksaan fisik dan studi dokumentasi (Tarwoto dan Wartoh, 2015). Pengkajian risiko infeksi pada pasien anak dengan SLE menurut Kyle (2014) sebagai berikut:

1) Riwayat Kesehatan

Kaji penjelasan lengkap sakit saat ini dan keluhan utama. Tanda dan gejala umum yang dilaporkan selama riwayat kesehatan adalah riwayat infeksi, keletihan, demam, perubahan berat badan, nyeri atau pembengkakan pada sendi, baal, kesemutan atau rasa dingin pada ekstremitas, atau perdarahan yang memanjang. Kaji untuk faktor risiko, yang meliputi jenis kelamin wanita; riwayat keluarga; keturunan Afrika, Amerika Asli, atau Asia; infeksi terbaru; reaksi obat; atau pajanan sinar matahari berlebihan.

2) Pemeriksaan Fisik

Ukur suhu dan dokumentasikan adanya demam. Observasi kulit untuk ruam malar (ruam yang berbentuk seperti kupu-kupu di pipi); lesi diskoid pada wajah, kulit kepala atau leher; perubahan



Gambar 2.1 Ruam Malar atau Kupu-kupu
Sumber: Kyle (2014)

pada pigmentasi kulit; atau jaringan parut (Gambar 2.1). Dokumentasikan alopesia. Inspeksi rongga mulut terhadap ulkus / ulserasi yang tidak terasa nyeri dan sendi untuk edema. Ukur tekanan darah, karena hipertensi dapat terjadi akibat terpengaruhnya ginjal. Auskultasi paru; suara nafas tambahan dapat ditemukan jika sistem pulmonal terpengaruh. Palpasi sendi, observasi area nyeri tekan (pada SLE, gangguan abdomen lebih umum ditemukan pada anak daripada orang dewasa).

b. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah suatu pertanyaan yang menggambarkan respons manusia (keadaan sehat atau pola interaksi atau potensial dari individu atau kelompok) (Budiono, 2016). Diagnosa keperawatan pada pasien anak dengan SLE menurut SDKI (2017) salah satunya adalah risiko infeksi.

c. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah pengembangan strategi desain untuk mencegah, mengurangi dan mengatasi masalah-masalah yang telah diidentifikasi dalam diagnosis keperawatan (Budiono, 2016). Intervensi untuk masalah keperawatan risiko infeksi pada pasien anak dengan SLE menurut Tim Pokja SLKI DPP PPNI 2019 dan Tim Pokja SIKI DPP PPNI 2018 sebagai berikut:

1) Standar Luaran Keperawatan Indonesia: Tingkat Infeksi

2) Intervensi utama:

Pencegahan Infeksi

- a) Pemantauan tanda vital
- b) Kaji tanda-tanda infeksi
- c) Cuci tangan sebelum dan sesudah setiap melakukan kegiatan perawatan pasien.
- d) Ajarkan pasien dan keluarga tentang tanda dan gejala infeksi
- e) Ajarkan pasien dan keluarga bagaimana menghindari infeksi.
- f) Rawat luka (inspeksi kondisi luka)
- g) Ajarkan pasien merawat luka

d. Implementasi

Implementasi adalah tindakan yang dilakukan dari sebuah perencanaan. Tindakan keperawatan terdiri dari tindakan mandiri (independen) dan kolaborasi (dependen). Tindakan mandiri merupakan tindakan yang berasal dari keputusan sendiri. Sedangkan, tindakan

kolaborasi adalah tindakan yang dilakukan berdasarkan hasil keputusan bersama dengan profesi lain (Tarwoto & Wartolah, 2015).

Implementasi untuk masalah keperawatan risiko infeksi pada pasien anak dengan SLE menurut SIKI (2018) sebagai berikut:

- 1) Memantau tanda vital
- 2) Mengkaji tanda-tanda infeksi: rubor, kalor, tumor, dolor, fungsi laesa
- 3) Mencuci tangan sebelum dan sesudah setiap melakukan kegiatan perawatan pasien.
- 4) Mengajarkan pasien dan keluarga tentang tanda dan gejala infeksi
- 5) Mengajarkan pasien dan keluarga bagaimana menghindari infeksi
- 6) Merawat luka (inspeksi kondisi luka)
- 7) Mengajarkan pasien merawat luka.

e. Evaluasi

Evaluasi adalah akhir dari proses keperawatan untuk menemukan hasil tercapainya asuhan keperawatan (Tarwoto dan Wartolah, 2015). Evaluasi untuk masalah keperawatan risiko infeksi pada pasien anak dengan SLE menurut sebagai berikut:

- 1) Hasil pengukuran tanda vital pasien dalam batas normal.
- 2) Tidak ditemukan tanda-tanda infeksi.
- 3) Cuci tangan sebelum dan sesudah setiap melakukan kegiatan perawatan pasien.
- 4) Pasien dan keluarga mengetahui tanda dan gejala infeksi
- 5) Pasien dan keluarga mengetahui cara menghindari infeksi.

6) Kondisi luka baik.

7) Pasien dan keluarga mengetahui cara merawat luka.

e. Dokumentasi Keperawatan

Dokumentasi keperawatan merupakan informasi tertulis tentang status dan perkembangan kondisi pasien serta semua kegiatan asuhan keperawatan yang dilakukan oleh perawat (Setiadi, 2012).

1) Menurut Setiadi (2012), tujuan dari dokumentasi keperawatan yaitu :

a) Sebagai sarana komunikasi :

Dokumentasi yang dikomunikasikan secara akurat dan lengkap dapat berguna untuk membantu koordinasi asuhan keperawatan yang diberikan oleh tim kesehatan, mencegah informasi yang berulang terhadap pasien atau anggota tim kesehatan atau mencegah tumpang tindih, bahkan sama sekali tidak dilakukan untuk mengurangi kesalahan dan meningkatkan ketelitian dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien, membantu tim perawat dalam menggunakan waktu sebaik-baiknya.

b) Sebagai Tanggung Jawab dan Tanggung Gugat:

Sebagai upaya untuk melindungi klien terhadap kualitas pelayanan keperawatan yang diterima dan perlindungan terhadap keamanan perawat dalam melaksanakan tugasnya

maka perawat diharuskan mencatat segala tindakan yang dilakukan terhadap klien.

c) Sebagai Informasi Statistik:

Data statistik dari dokumentasi keperawatan dapat membantu merencanakan kebutuhan di masa mendatang, baik Sumber Daya Manusia (SDM), sarana, prasarana dan teknis.

d) Sebagai Sarana Pendidikan:

Dokumentasi asuhan keperawatan yang dilaksanakan secara baik dan benar akan membantu para siswa keperawatan maupun siswa kesehatan lainnya dalam proses belajar mengajar untuk mendapatkan pengetahuan dan membandingkannya, baik teori maupun praktik lapangan.

e) Sebagai Sumber Data Penelitian:

Informasi yang ditulis dalam dokumentasi dapat digunakan sebagai sumber data penelitian. Hal ini sarat kaitannya dengan yang dilakukan terhadap asuhan keperawatan yang diberikan sehingga melalui penelitian dapat diciptakan satu bentuk pelayanan keperawatan yang aman, efektif dan etis.

f) Sebagai Jaminan Kualitas Pelayanan Kesehatan:

Melalui dokumentasi yang dilakukan dengan baik dan benar, diharapkan asuhan keperawatan yang berkualitas dapat dicapai, karena jaminan kualitas merupakan bagian dari program pengembangan pelayanan kesehatan. Suatu perbaikan tidak

dapat diwujudkan tanpa dokumentasi yang kontinu, akurat, dan rutin baik yang dilakukan oleh perawat maupun tenaga kesehatan lainnya.

g) Sebagai Sumber Data Perencanaan Asuhan Keperawatan Berkelanjutan:

Dengan dokumentasi akan didapatkan data yang aktual dan konsisten mencakup seluruh kegiatan keperawatan yang dilakukan melalui tahapan kegiatan proses keperawatan.

2) Manfaat Dokumentasi Keperawatan

Nursalam (2011) menerangkan bahwa dokumentasi keperawatan mempunyai makna yang penting dilihat dari berbagai aspek seperti aspek hukum, kualitas pelayanan, komunikasi, keuangan, pendidikan, penelitian, dan akreditasi. Penjelasan mengenai aspek-aspek tersebut adalah sebagai berikut:

a) Hukum

Semua catatan informasi tentang klien merupakan dokumentasi resmi dan bernilai hukum. Bila menjadi suatu masalah (*misconduct*) yang berhubungan dengan profesi keperawatan, di mana sebagai pemberi jasa dan klien sebagai pengguna jasa, maka dokumentasi dapat dipergunakan sewaktu-waktu. Dokumentasi tersebut dapat dipergunakan sebagai barang bukti di pengadilan.

b) Kualitas Pelayanan

Pendokumentasian data klien yang lengkap dan akurat, akan memberi kemudahan bagi perawat dalam membantu menyelesaikan masalah klien dan untuk mengetahui sejauh mana masalah klien dapat teratasi dan seberapa jauh masalah dapat diidentifikasi dan dimonitor melalui dokumentasi yang akurat. Hal ini akan membantu meningkatkan kualitas (mutu) pelayanan keperawatan.

c) Komunikasi

Dokumentasi keadaan klien merupakan alat “perekam” terhadap masalah yang berkaitan dengan klien. Perawat atau profesi kesehatan lain dapat melihat dokumentasi yang ada dan sebagai alat komunikasi yang dijadikan pedoman dalam memberikan asuhan keperawatan.

d) Keuangan

Dokumentasi dapat bernilai keuangan. Semua asuhan keperawatan yang belum, sedang, dan telah diberikan didokumentasikan dengan lengkap dan dapat dipergunakan sebagai acuan atau pertimbangan dalam biaya keperawatan bagi klien.

e) Pendidikan

Dokumentasi mempunyai nilai pendidikan, karena isinya menyangkut kronologis dari kegiatan asuhan keperawatan

yang dapat dipergunakan sebagai bahan atau referensi pembelajaran bagi peserta didik atau profesi keperawatan.

f) Penelitian

Dokumentasi keperawatan mempunyai nilai penelitian. Data yang terdapat didalamnya mengandung informasi yang dapat dijadikan sebagai bahan atau objek riset dan pengembangan profesi keperawatan.

g) Akreditasi

Melalui dokumentasi keperawatan akan dapat dilihat sejauh mana peran dan fungsi perawat dalam memberikan asuhan keperawatan kepada klien. Dengan demikian dapat diambil kesimpulan mengenai tingkat keberhasilan pemberian asuhan keperawatan yang diberikan guna pembinaan dan pengembangan lebih lanjut.

3) Prinsip – Prinsip Dokumentasi

Setiadi (2012) menerangkan prinsip pencatatan ditinjau dari teknik pencatatan yaitu :

- a) Menulis nama klien pada setiap halaman catatan perawat.
- b) *Legidibility* yaitu dimana dalam penulisan/pencatatan dokumentasi keperawatan harus mudah dibaca dan di pahami oleh perawat lain atau profesi lain yang ikut dalam proses pendokumentasian.

- c) *Accuracy* / akurat adalah sesuai dengan data yang ada pada klien. Jadi kita harus memasukan data pada dokumentasi keperawatan harus benar dan sesuai dengan data baik identitas, laboratorium dan radiologi pada setiap klien. Ini adalah aspek yang sangat vital dan tidak boleh salah atau tertukar dengan klien lain.
- d) *Brevity* / ringkas, singkatan yang biasa digunakan dan dapat diterima, dapat dipakai. Dalam melakukan pendokumentasian setiap petugas / perawat harus *brevity*.
- e) Pencatatan mencakup keadaan sekarang dan waktu lampau. Jika terjadi kesalahan pada saat pencatatan, coret satu kali kemudian tulis kata “salah” di atasnya serta paraf dengan jelas. Dilanjutkan dengan informasi yang benar “jangan dihapus”. Validitas pencatatan akan rusak jika ada penghapusan.
- f) Tulis nama jelas pada setiap hal yang telah dilakukan dan bubuhi tanda tangan.
- g) Jika pencatatan bersambung pada halaman baru, tanda tangani dan tulis kembali waktu dan tanggal pada bagian halaman tersebut.
- h) Jelaskan temuan pengkajian fisik dengan cukup terperinci. Hindari penggunaan kata seperti “sedikit” dan “banyak” yang mempunyai tafsiran dan harus dijelaskan agar bisa dimengerti.
- i) Jelaskan apa yang terlihat, terdengar terasa dan tercium pada saat pengkajian. Jika klien tidak dapat memberikan

informasi saat pengkajian awal, coba untuk mendapatkan informasi dari anggota keluarga atau teman dekat yang ada atau kalau tidak ada catat alasannya.

4) Menurut Hidayat (2007) dalam Fajri (2011), syarat dokumentasi keperawatan adalah :

a) Kesederhanaan

Penggunaan kata-kata yang sederhana, mudah dibaca, mudah dimengerti, dan menghindari istilah yang sulit dipahami. Keakuratan data yang diperoleh harus benar-benar akurat berdasarkan informasi yang telah dikumpulkan.

b) Kesabaran

Gunakan kesabaran dalam membuat dokumentasi keperawatan dengan meluangkan waktu untuk memeriksa kebenaran terhadap data pasien yang telah atau sedang diperiksa.

c) Ketepatan

Ketepatan dalam pendokumentasian merupakan syarat yang mutlak.

d) Kelengkapan

Pencatatan terhadap semua pelayanan yang diberikan tanggapan perawat / klien.

e) Kejelasan dan keobjektifan dokumentasi keperawatan memerlukan kejelasan dan keobjektifan dari data-data yang

ada bukan merupakan data fiktif dan samar yang dapat menimbulkan kerancuan.

5) Teknik Pencatatan Dokumentasi Asuhan Keperawatan

Indriono (2011) menerangkan dalam pendokumentasian ada 3 teknik, yaitu sebagai berikut :

a) Naratif

Bentuk naratif adalah merupakan pencatatan tradisional dan dapat bertahan paling lama serta merupakan sistem pencatatan yang fleksibel. Karena suatu catatan naratif dibentuk oleh sumber asal dari dokumentasi maka sering dirujuk sebagai dokumentasi berorientasi pada sumber. Sumber atau asal dokumentasi dapat di peroleh dari siapa saja, atau dari petugas kesehatan yang bertanggung jawab untuk memberikan informasi. Setiap narasumber memberikan hasil observasinya, menggambarkan aktifitas dan evaluasinya yang unik. Cara penulisan ini mengikuti dengan ketat urutan kejadian / kronologisnya.

b) *Flowsheet* (bentuk grafik)

Flowsheet memungkinkan perawat untuk mencatat hasil observasi atau pengukuran yang dilakukan secara berulang yang tidak perlu ditulis secara naratif, termasuk data klinik klien tentang tanda-tanda vital (tekanan darah, nadi, pernafasan, suhu), berta badan, jumlah masukan dan keluaran

cairan dalam 24 jam dan pemberian obat. *Flowsheet* merupakan cara tercepat dan paling efisien untuk mencatat informasi. Selain itu tenaga kesehatan akan dengan mudah mengetahui keadaan klien hanya dengan melihat grafik yang terdapat pada *flowsheet*. Oleh karena itu *flowsheet* lebih sering digunakan di unit gawat darurat, terutama data fisiologis. *Flowsheet* sendiri berisi hasil observasi dan tindakan tertentu. Beragam format mungkin digunakan dalam pencatatan walau demikian daftar masalah, *flowsheet* dan catatan perkembangan adalah syarat minimal untuk dokumentasi pasien yang adekuat/memadai.

c) *Checklist*

Checklist adalah suatu format yang sudah dibuat dengan pertimbangan-pertimbangan dari standar dokumentasi keperawatan sehingga memudahkan perawat untuk mengisi dokumentasi keperawatan, karena hanya tinggal mengisi item yang sesuai dengan keadaan pasien dengan mencentang. Jika harus mengisi angka itupun sangat ringkas pada data *vital sign*.

6) Penulisan dokumentasi keperawatan menggunakan SOAP menurut Nikmatur dan Saiful (2012):

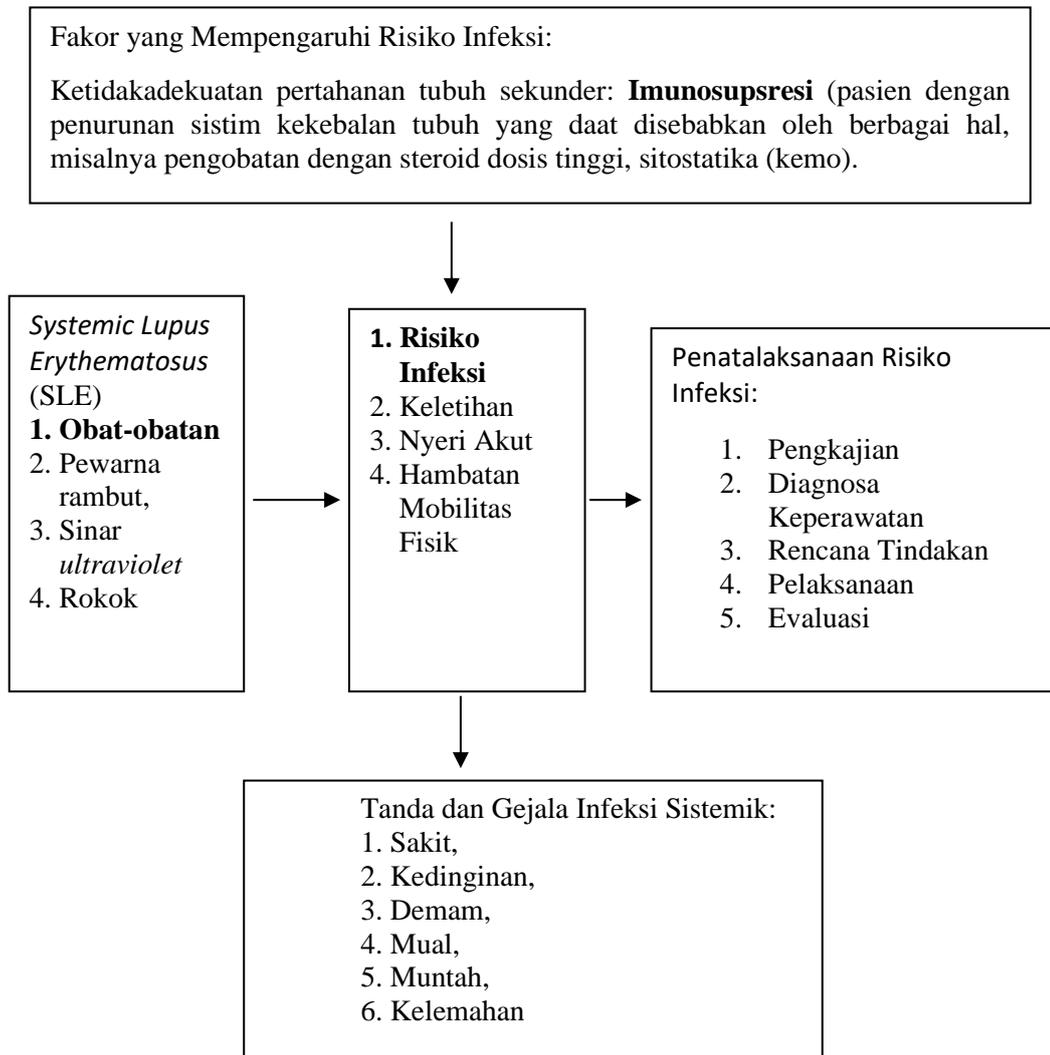
S: Subyektif yaitu data yang diutarakan klien dan pandangannya terhadap data tersebut.

O: Obyektif yaitu data yang didapat dari hasil observasi perawat termasuk tanda-tanda klinik dan fakta yang berhubungan dengan penyakit klien.

A: Analisis yaitu analisa ataupun kesimpulan dari data subyektif dan obyektif.

P: Perencanaan yaitu pengembangan rencana segera atau yang akan datang untuk mencapai kesehatan klien yang optimal.

B. Kerangka Teori



Gambar 2.1 Kerangka Konsep

Sumber: Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017), Mok & Lau (2013)

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Jenis dan Rancangan Penelitian

Penelitian ini menggunakan rancangan deskriptif berupa studi kasus dengan pendekatan studi dokumentasi yaitu menggambarkan suatu peristiwa / kasus dengan memanfaatkan dokumentasi laporan asuhan keperawatan risiko infeksi pada pasien An. N dengan *Systemic Lupus Erythematosus* (SLE).

B. Objek Penelitian

Objek penelitian adalah sasaran untuk mendapatkan data dengan tujuan dan kegunaan tertentu tentang sesuatu hal yang obyektif, valid dan *reliable* tentang suatu hal (Sugiyono, 2010). Objek dalam penelitian ini adalah kasus asuhan keperawatan dalam KTI tahun 2019.

C. Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di Kampus Akper “YKY” Yogyakarta pada bulan Februari sampai bulan Juni tahun 2020, yakni dimulai dari penyusunan proposal sampai dengan penyusunan laporan KTI.

D. Definisi Operasional

Definisi operasional dalam penelitian kualitatif adalah mengenai istilah-istilah kunci untuk mempertegas, memberikan arah, dan menghindari kesalahpahaman. Menurut Sugiyono, 2010 definisi operasional variabel adalah definisi yang didasarkan pada sifat yang mudah diamati, mempunyai rumusan yang jelas dan pasti serta tidak membingungkan.

Tabel 3.1

Variabel	Definisi Operasional
Risiko Infeksi pada SLE	adalah kondisi anak yang berusia 1-18 tahun yang berisiko mengalami infeksi dan sedang menderita penyakit SLE.

Sumber: Dorland (2011)

E. Instrumen Penelitian

Pada penelitian studi kasus ini, instrumen penelitian adalah peneliti itu sendiri (Sugiyono, 2015). Bahwa dalam penelitian kualitatif yang menjadi instrument penelitian adalah peneliti itu sendiri. Peneliti kualitatif sebagai *human instrument* berfungsi menetapkan fokus penelitian, memilih informan sebagai sumber data, melakukan pengumpulan data, menilai kualitas data, analisa data, menafsirkan data dan membuat kesimpulan atas temuannya.

F. Teknik Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan pada penelitian ini dilakukan dengan cara studi dokumentasi dengan menggunakan data sekunder yakni dokumen yang ditulis kembali oleh orang yang tidak langsung mengalami peristiwa berdasarkan informasi yang diperoleh dari orang yang langsung mengalami peristiwa. Data sekunder tersebut diambil di Perpustakaan Akper “YKY” Yogyakarta berupa satu data asuhan keperawatan yang dilampirkan dalam KTI tahun 2019. Selanjutnya menetapkan 1 kasus yang sesuai dengan batasan karakteristik dengan judul “Gambaran Risiko Infeksi Pada Pasien An. N dengan *Systemic Lupus Erythematosus* (SLE).

G. Analisa Data

Dalam penelitian ini pengumpulan data yang dilakukan sebagai berikut:

1. Mengevaluasi dan mencermati dokumen
2. Diinterpretasikan dan dibahas
3. Membandingkan dengan teori
4. Memberikan rekomendasi

H. Etika Studi Kasus

Etika penulisan dalam studi kasus menurut Nursalam (2013) sebagai berikut:

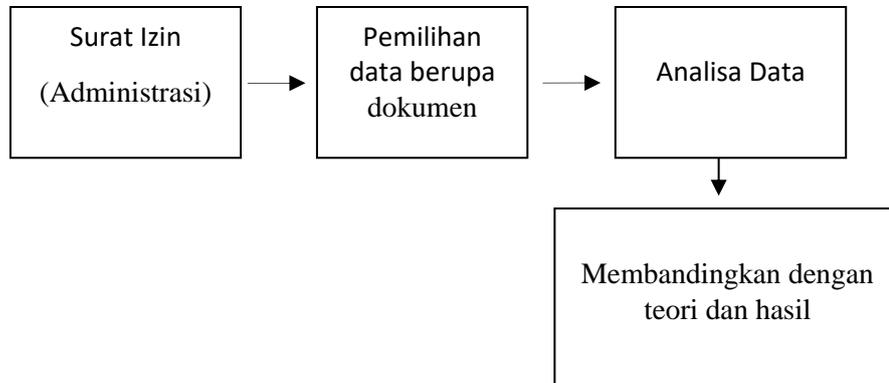
1. *Anonymity* (tanpa nama hanya inisial yang dicantumkan)

Anonymity digunakan untuk memberikan tanggung jawab dalam penggunaan subjek penelitian dengan cara tidak memberikan atau mencantumkan nama responden pada lembar atau alat ukur, hanya menulis kode atau nama inisial pada lembar pengumpulan data atau hasil penelitian yang akan disajikan.

2. *Confidentially* (kerahasiaan)

Confidentially merupakan suatu bentuk pertanggung jawaban keberhasilan penelitian, baik informasi maupun masalah-masalah lainnya. Semua informasi hasil penelitian yang telah dikumpulkan akan dijamin kerahasiaannya oleh peneliti, hanya kelompok data tertentu yang akan dilaporkan pada hasil riset penelitian.

I. Kerangka Alur



Gambar 2.3 Kerangka Alur

Sumber: Studi Dokumentasi Risiko Infeksi pada Pasien An. N dengan *Systemic Lupus Erythematosus* (SLE)

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil

Karakteristik partisipan pasien An. N, usia 13 tahun, beragama Islam, duduk dibangku SMP, belum menikah, diagnosa medis *Systemic Lupus Erythematosus* (SLE). Riwayat kesehatan An. N pada bulan Maret demam tinggi suhu tidak diukur kemudian diperiksa di Puskesmas dan mendapat obat paracetamol. An. N mulai bengkak di bagian mata dan perut lalu diperiksa ke 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 dirujuk 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 ke RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta pada tanggal 05 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 di atas didapatkan diagnosa keperawatan ketidakefektifan pola nafas dengan sekresi yang tertahan, risiko infeksi berhubungan dengan immunosupresi, kelelahan 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 immunosupresi 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 ditegakkan, selanjutnya rencana keperawatan yang dilakukan untuk risiko infeksi berhubungan dengan immunosupresi yaitu setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan *risk control* dengan kriteria hasil pasien bebas dari tanda dan gejala infeksi, menunjukkan kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi, jumlah leukosit dalam batas normal 4.50-11.50, mendeskripsikan proses penularan penyakit.

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 ke pasien, batasi jumlah pengunjung.

Catatan perkembangan Senin 15 April 2019 pukul 15.00 WIB (shift sore) pelaksanaan jam 15.10 memonitor tanda dan gejala infeksi, jam 15.15 WIB mencuci tangan sebelum dan sesudah ke pasien, jam 15.20 WIB menganjurkan keluarga pasien untuk mencuci tangan sebelum dan sesudah ke pasien, jam 18.00 WIB mengelola pemberian antibiotik dengan dokter Eritromisin 300 mg/6 jam/oral, Cefotaxime 1500 mg/12 jam/IV, Vitamin D 10 ml/12 jam/oral, Mycophenolatemofetil 250 mg/ 12 jam/oral, Hydroxychloroquine 50 mg/12 jam/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 ke pasien, kelolakan dengan dokter pemberian obat.

Catatan perkembangan senin 15 April 2019 pukul 21.00 (shift malam) pelaksanaan yaitu jam 21.15 WIB memonitor tanda dan gejala infeksi, 21.30 WIB mencuci tangan sebelum dan sesudah ke pasien, jam 24.00 WIB mengelola dengan dokter pemberian obat Eritromisin 300 mg/6 jam/oral, jam 06.00 WIB mengelola dengan dokter pemberian obat Eritromisin 300 mg/ 6 jam/oral, Cefotaxime 1500 mg/12 jam/IV, Vitamin D 10 ml/12 jam/ oral, Mycophenolatemofetil 250 mg/12 jam/oral, Hydroxychloroquine 50 mg/12

jam/oral. Evaluasi selasa 16 April 2019 pukul 07.00 WIB 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 ke pasien, 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 ke pasien, 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 tindakankeperawatan, anjurkan keluarga pasien untuk cuci tangan sebelum dan sesudah ke pasien, kelolakan dengan dokter pemberian obat.

Catatan perkembangan Selasa 16 April 2019 pukul 15.00 (shift 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 ke pasien, jam 18.00 mengelola pemberian antibiotik dengan dokter Eritromisin 300 mg/6 jam/oral, Cefotaxime 1500 mg/12 jam/IV, Vitamin D 10 ml/12 jam/oral,

Mycophenolatemofetil 250 mg/ 12 jam/oral, Hydroxychloroquine 50 mg/12 jam/oral, Methylprednisolone 8 mg/12 jam/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 ke pasien, data objektif suhu 37°C, keluarga pasien tampak mencuci tangan sebelum dan sesudah ke pasien. 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 ke pasien, kelolakan dengan dokter pemberian obat.

Catatan perkembangan Selasa 16 April 2019 pukul 21.05 WIB pelaksanaan jam 21.00 WIB Memonitor tanda dan gejala infeksi, jam 24.00 WIB mengelola pemberian antibiotik dengan dokter Eritromisin 300 mg/6 jam/oral, jam 06.00 WIB mengelola pemberian antibiotik dengan dokter Eritromisin 300 mg/6 jam/oral, Cefotaxime 1500 mg/12 jam/IV, Vitamin D 10 ml/12 jam/oral, Mycophenolatemofetil 250 mg/ 12 jam/oral, Hydroxychloroquine 50 mg/12 jam/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 ke pasien, kelolakan dengan dokter pemberian obat.

Catatan perkembangan Rabu 17 April 2019 pukul 09.00 WIB pelaksanaan jam 09.01 WIB 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 ke pasien. Evaluasi Rabu 17 April 2019 pukul 15.00 WIB didapatkan data subjektif keluarga pasien mengatakan badan pasien panas, data objektif suhu $37,8^{\circ}\text{C}$, 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 ke pasien, 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 kelelahan, menganjurkan pasien untuk tidak berada diluar ruangan terlalu lama agar tidak terjadi ruam pada kulit.

B. Pembahasan

Berdasarkan studi dokumentasi pada kasus An. N dengan SLE, diperoleh data pasien An. N, berusia 13 tahun, beragama Islam, duduk di bangku SMP, belum menikah, berjenis kelamin perempuan, berdasarkan teori Kyle (2014) bahwa rasio wanita terhadap pria untuk orang yang terkena SLE adalah 4:1 pada masa kanak-kanak dan 9:1 pada masa remaja.

Berdasarkan studi dokumentasi didapatkan hasil pengkajian keluhan utama pasien mengatakan sesak nafas, perut kembung, pasien mengatakan kakinya lemas, sering demam dan badannya lemas. Hasil pengkajian keperawatan yang dilakukan pada tanggal 15 April 2019, yaitu pada hari rawat ke-10 di dapatkan data subjektif pasien mengatakan perut pasien kembung, pasien mengatakan sesak nafas hal ini sesuai dengan teori Roviati (2012) bahwa sering didapatkan adanya cairan di rongga paru dan di rongga jantung pada pasien SLE yang menyebabkan penderita mengalami sesak nafas, keluarga pasien mengatakan pasien badannya panas, keluarga pasien mengatakan pasien tampak lemas. Didapatkan data objektif pasien tampak lemas, pasien terpasang infus ditangan kanan 20tpm, hasil pemeriksaan laboratorium hematologi klien pada tanggal 13 April 2019 menunjukkan nilai hitung jenis darah perifer ditemukan basofil 0%, eosinofil 0%, netrofil 86.4%, limfosit 9.1%, monosit 4.5/ul. Sedangkan hasil laboratorium kimia darah didapatkan SGOT 30U/L, SGPT 47U/, hemoglobin (Hb) 6,8, eritrosit 2.35 /ul, dan leukosit 27.92/ul. Badan pasien panas suhu 38,3^o, menurut teori Gottlieb BS, Ilowite NT (2010) pada penderita SLE dapat terjadi peningkatan leukosit yang disebabkan karena penggunaan steroid atau adanya infeksi. Nilai normal leukosit adalah 4.50-11.50 g/dl, yang artinya nilai leukosit An. N melebihi dari batas normal, 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. Berdasarkan teori yang diungkapkan oleh Tsokos (2011), 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 hatileukosit berfungsi untuk sistem kekebalan tubuh yaitu untuk melawan penyakit infeksi dan benda asing dalam tubuh, hal tersebut sejalan dengan teori yang diungkapkan oleh Tsokos (2011), bahwa pada penderita lupus, jaringan di dalam tubuh dianggap benda asing. Penyebab leukosit tinggi adalah adanya infeksi virus atau bakteri. Tanda dan gejala bila leukosit melebihi batas normal/leukositosis adalah perdarahan atau memar, merasa lemah dan lelah, pusing hingga pingsan, serta lengan, kaki atau perut yang kesemutan, dan demam. Berdasarkan hasil studi dokumentasi didapatkan data hasil pengkajian bahwa keluarga pasien mengatakan An. N sering demam naik turun, data objektif yaitu pasien demam dengan suhu 38,3°C dan nilai leukosit 27.92/ul.

Hasil analisis penulis terkait pendokumentasian pada pengkajian ada beberapa hal yang tidak jelas diantaranya pada penulisan hasil laboratorium tidak dituliskan satuannya, pada penulisan obat paracetamol yang diberikan puskesmas juga tidak disebutkan berapa dosis dan waktu mengkonsumsinya, lokasi pemasangan selang WSD (*Water Seal Drainage*) juga tidak dijelaskan. Menurut teori prinsip – prinsip dokumentasi yang dikemukakan oleh Setiadi (2012) menerangkan prinsip pencatatan ditinjau dari teknik pencatatan yaitu *legidibility* yaitu dimana dalam penulisan/pencatatan dokumentasi

keperawatan harus mudah dibaca dan di pahami oleh perawat lain atau profesi lain yang ikut dalam proses pendokumentasian. *Accuracy* / akurat adalah sesuai dengan data yang ada pada klien. Jadi kita harus memasukan data pada dokumentasi keperawatan harus benar dan sesuai dengan data baik identitas, laboratorium dan radiologi pada setiap klien. Ini adalah aspek yang sangat vital dan tidak boleh salah atau tertukar dengan klien lain. *Brevity* / ringkas, singkatan yang biasa digunakan dan dapat diterima, dapat dipakai. Dalam melakukan pendokumentasian setiap petugas/perawat harus *brevity*. Jadi kita dalam mencatat isi dokumentasi keperawatan harus ringkas dan tidak perlu memasukan kata-kata atau kalimat yang tidak penting dan mempunyai makna yang tidak sesuai.

Berdasarkan studi dokumentasi didapatkan diagnosa risiko infeksi dibuktikan oleh faktor risiko immunosupresi keluarga pasien An.N mengatakan pasien sering demam naik turun, 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, pasien dilakukan pemasangan selang WSD dikarenakan mengalami efusi pleura sinistra. Risiko Infeksi menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017) adalah kondisi pasien yang berisiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik. Faktor risiko dari risiko infeksi menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017) salah satunya adalah ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder: immunosupsresi. Sesuai dengan faktor risikonya An. N mengalami faktor risiko ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder immunosupsresi,

selain faktor risiko menurut hasil penelitian Asih dkk (2016) penyebab utama kematian pasien SLE yang diakibatkan oleh infeksi sebanyak 90%, sehingga diagnosa risiko infeksi berhubungan dengan immunosupresi pada kasus ini sudah sesuai untuk ditegakkan.

Berdasarkan studi dokumentasi didapatkan perencanaan keperawatan tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan pasien mampu menunjukkan NOC : *Risk Control* dengan kriteria hasil : pasien bebas dari tanda dan gejala infeksi sistemik (suhu tubuh, hasil laboratorium), menunjukkan kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi, jumlah leukosit dalam batas normal (4.50-11.50 g/dl), mendeskripsikan proses penularan penyakit. NIC : *Infection control*, monitor tanda dan gejala infeksi sistemik (suhu tubuh, hasil laboratorium), 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. Berdasarkan perencanaan keperawatan yang dikemukakan oleh Tim Pokja SLKI DPP PPNI 2019 Standar Luaran Keperawatan Indonesia: tingkat infeksi, rencana tindakan yang belum dilakukan adalah ajarkan pasien dan keluarga tentang tanda dan gejala infeksi, ajarkan pasien dan keluarga bagaimana menghindari infeksi, pemantauan tanda vital, rawat luka (inspeksi kondisi luka), ajarkan pasien merawat luka. Dalam SLKI tidak terdapat intervensi mengelola pemberian antibiotik dengan dokter, tujuan pemberian antibiotik adalah untuk menghentikan pertumbuhan bakteri dan mengobati berbagai macam infeksi bakteri misalnya infeksi pernafasan

bagian bawah, infeksi saluran kemih, meningitis, dan gonore.

Berdasarkan studi dokumentasi didapatkan pelaksanaan keperawatan yang dilakukan penulis sebelumnya adalah memonitor tanda dan gejala infeksi, memberikan antibiotik bila perlu, mencuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan keperawatan, menganjurkan keluarga pasien untuk mencuci tangan sebelum dan sesudah ke pasien, mengelola pemberian antibiotik dengan dokter: Vitamin D 10 ml/ 12 jam/ oral, *Mycophenolatemofetil* 250 mg/ 12jam/ oral, An. *Eritromisin* 300 mg/ 6 jam/ oral, 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*. An. N juga mendapat obat *Cefotaxime* 1500 mg/ 12 jam/ IV, *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. Pendokumentasian pelaksanaan keperawatan kurang lengkap yaitu pada pelaksanaan meningkatkan jumlah intake, penulis sebelumnya tidak menuliskan jumlah nutrisi yang harus dikonsumsi oleh pasien dan jenis nutrisi yang diberikan. yang digunakan untuk menangani penyakit yang menyerang sistem kekebalan tubuh atau autoimun seperti lupus, cara kerja obat ini adalah dengan mempengaruhi sistem imun penderita.

Hydroxychloroquine dapat dikonsumsi oleh anak-anak hingga dewasa, dosis maksimal untuk anak-anak adalah 6,5 mg/kgBB per hari, atau 400 mg per hari. Efek samping yang dapat terjadi setelah mengonsumsi *Hydroxychloroquine* adalah sakit kepala atau pusing, mual, muntah, nyeri lambung, diare, ruam kulit, nafsu makan menurun, mengantuk, kesulitan melihat atau membaca objek tertentu, penglihatan kabur, telinga berdenging, lemas, gangguan irama jantung, memar atau perdarahan pada kulit, perubahan mood, rambut rontok, kejang(Judha,2015).

Methylprednisolone 8 mg/ 12 jam/ oral, *Methylprednisolone* adalah obat untuk mengatasi penyakit yang menyebabkan peradangan, seperti lupus, hal tersebut juga sesuai dengan teori yang diungkapkan oleh Setiati *et al* (2014), bahwa steroid merupakan obat yang dipakai sebagai antiinflamasi dan immunosupresi, sehingga menyebabkan penurunan kemampuan untuk melawan infeksi dan penyakit yang menyerang tubuh. *Methylprednisolone* bekerja dengan menekan sistem imun, sehingga tubuh tidak melepas senyawa kimia yang memicu terjadinya peradangan. Manfaat *Methylprednisolone* adalah untuk meredakan peradangan dan gejala alergi, dapat dikonsumsi oleh dewasa dan anak-anak, dosis *Methylprednisolone* berbeda untuk tiap penderita, tergantung pada kondisi penderita dan respons tubuh terhadap pengobatan. Dosis *Methylprednisolone* dibagi berdasarkan tujuan pengobatannya. *Methylprednisolone* yang bertujuan untuk mengatasi peradangan dosis obat tablet minum untuk anak-anak 0,5-1,7 mg/kgBB per hari, pemberian obat dilakukan tiap 6-12 jam, obat suntik oral anak-anak: 0,5-1,7 mg/kgBB per hari,

pemberian obat dilakukan tiap 6-12 jam. *Methylprednisolone* yang bertujuan untuk meredakan reaksi alergi dosis obat suntik untuk anak-anak: 1-4 mg/kgBB per hari. *Methylprednisolone* yang bertujuan untuk mengobati ruam kulit akibat reaksi alergi atau peradangan (krim oles dengan kandungan methylprednisolone 0,1%) dosis anak-anak: 1 kali sehari, dioleskan pada area yang mengalami kelainan. Beberapa efek samping yang dapat terjadi setelah mengonsumsi *Methylprednisolone* adalah lebih mudah terkena infeksi, naiknya kadar gula dalam darah, mual dan muntah, sakit kepala, nafsu makan menurun, sulit tidur, keringat berlebih, sakit maag, nyeri otot, gangguan emosi dan suasana hati, seperti mudah marah. berat badan turun drastis, pembengkakan di tangan atau pergelangan kaki, mudah memar, gangguan irama jantung, gangguan penglihatan, muntah darah atau bab berdarah.

Berdasarkan pelaksanaan keperawatan yang dikemukakan oleh Tim Pokja SIKI DPP PPNI 2018 Standar Luaran Keperawatan Indonesia: tingkat infeksi, tindakan yang belum dilakukan adalah memantau tanda vital, mencuci tangan sebelum dan sesudah setiap melakukan kegiatan perawatan pasien, mengajarkan pasien dan keluarga tentang tanda dan gejala infeksi, mengajarkan pasien dan keluarga bagaimana menghindari infeksi, merawat luka (inspeksi kondisi luka), mengajarkan pasien merawat luka.

Berdasarkan hasil studi dokumentasi belum terdapat peran keluarga dalam pelaksanaan, menurut hasil penelitian yang dilakukan oleh Judha dkk (2010) beberapa peran keluarga yang dibutuhkan oleh pasien anak dengan SLE sebagai berikut: dukungan untuk meningkatkan semangat hidup, agar pasien

merasa diri mereka dihargai, diperhatikan dan dicintai. Selain itu keluarga juga berperan dalam dalam pengambilan keputusan terkait perawatan anak, berpartisipasi dalam pengaturan pemantauan aktivitas ,istirahat, pola makan dan pemberian obat sesuai saran dari tim medis, keluarga menunggu dan menjaga anak baik ketika dilakukan prawatan di rumah sakit ataupun di rumah.

Berdasarkan studi dokumentasi didapatkan hasil evaluasi pada hari Rabu 17 April 2019 pukul 15.00 WIB didapatkan data subjektif keluarga mengatakan pasien demam dan badan pasien panas, data objektif suhu tubuh pasien $37,8^{\circ}\text{C}$, Leukosit 27,92 g/dl, pasien terpasang infus RL 20tpm, 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 ke pasien, kelola dengan dokter pemberian obat.

Penelitian ini sudah dilakukan sesuai dengan prosedur pembuatan karya tulis ilmiah, namun masih ada beberapa faktor penghambat, di antaranya metode yang digunakan yaitu studi dokumentasi, sehingga peneliti tidak bertemu dengan pasien untuk mengetahui kondisi sebenarnya, dan tidak bisa mengkonfirmasi data yang sudah ada. Faktor pendukung di antaranya waktu penelitian yang sangat cukup untuk melakukan studi dokumentasi dengan data sekunder 1 partisipan, selain itu karena penelitian ini menggunakan metode studi dokumentasi, jadi peneliti langsung mendapatkan data.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Dari hasil KTI tersebut didapatkan kesimpulan seperti yang disebutkan di bawah ini, diantaranya:

1. Diketahui hasil studi dokumentasi mengenai pengkajian risiko infeksi pada pasien An. N dengan SLE pasien mengatakan perut kembung, sesak nafas, tampak lemas, badan panas, suhu 38,3°, terpasang infus ditangan kanan 20tpm, leukosit 27.92/ul, setelah dilakukan studi dokumentasi ternyata tidak semua konsep pengkajian risiko infeksi pada pasien anak dengan SLE ditemukan.
2. Diketahui hasil studi dokumentasi mengenai diagnosis keperawatan pada pasien An. N dengan SLE adalah risiko infeksi dibuktikan oleh faktor risiko immunosupresi. Setelah dilakukan studi dokumentasi ternyata ada perbedaan teori pelabelan diagnosa risiko infeksi pada pasien anak dengan SLE.
3. Diketahui hasil studi dokumentasi mengenai rencana keperawatan pada pasien An. N dengan SLE setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan pasien mampu menunjukkan NOC : Risk Control. Setelah dilakukan studi dokumentasi ternyata tidak semua konsep perencanaan risiko infeksi pada pasien anak dengan SLE ditemukan.

4. Diketahui hasil studi dokumentasi mengenai pelaksanaan keperawatan pada pasien An. N dengan SLE sebagai berikut memonitor tanda dan gejala infeksi, memberikan antibiotik bila perlu, mencuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan keperawatan, menganjurkan keluarga pasien untuk mencuci tangan sebelum dan sesudah ke pasien, mengelola pemberian antibiotik dengan dokter. Setelah dilakukan studi dokumentasi ternyata tidak semua konsep pelaksanaan risiko infeksi pada pasien anak dengan SLE ditemukan.
5. Diketahui hasil studi dokumentasi mengenai evaluasi keperawatan pada pasien An. N dengan SLE teratasi sebagian. Setelah dilakukan studi dokumentasi sudah semua konsep evaluasi SOAP risiko infeksi pada pasien anak dengan SLE ditemukan.

B. Saran

Berdasarkan gambaran penulis dalam melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien An. N dengan *Systemic Lupus Erythrmatosus* (SLE), maka penulis perlu menyampaikan beberapa saran:

1. Peneliti Selanjutnya

Menggunakan metode lain / sampel dan subjek yang lebih memenuhi kriteria, menggunakan aplikasi kasus, apabila peneliti selanjutnya ingin menggunakan metode kualitatif agar menggunakan metode kualitatif primer.

2. Institusi pendidikan Akademi Keperawatan “YKY” Yogyakarta
Dijadikan referensi bagi pembaca di perpustakaan Akademi Keperawatan.

“YKY” Yogyakarta dalam memberikan asuhan keperawatan, studi kasus dan studi dokumentasi masalah keperawatan risiko infeksi pada pasien anak dengan *Systemic Lupus Erythematosus* (SLE).

DAFTAR PUSTAKA

- Arikunto, Suharsimi. (2010). *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Asih, Rizky AF. & Sukendra, Dyah Mahendrasari. (2016). *Hubungan Keparahatan Penyakit, Aktivitas, Dan Kualitas Tidur Terhadap Kelelahan Pasien Systemic Lupus Erythematosus*. Unnes Journal Of Public Health 5 (3) Pg 221-231
- Budiono. (2016). *Konsep Dasar Keperawatan*. Jakarta: Kemenkes RI
- Catatan Buku Register Ruang Melati 4 INSKA RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta. (2019-2020). *Buku Register Ruang Melati 4 INSKA RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta*. Yogyakarta
- Dalami, E., Rochimah & Suryani, K.R. (2015). *Etika Keperawatan*. Jakarta: CV Trans Info Media.
- 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.
- Gottlieb BS, Ilowite NT. *Systemic lupus erythematosus in children and adolescents*. Pediatrics in Review 2010;27:323-9.
- Hasdianah, Dewi, Prima, Peristiowati & Imam, Sentot. (2014). *Imunologi Diagnosis dan Teknik Biologi Molekuler*. Yogyakarta: Nuha Medika
- Kyle, Terri. (2014). *Buku Ajar Keperawatan Pediatri Edisi 2 Vol. 1*. Jakarta: EGC.
- Kyle, Terri. (2014). *Buku Ajar Keperawatan Pediatri Edisi 2 Vol. 4*. Jakarta: EGC.
- Mok, C. C., & Lau, C. S. (2013, June 15). *Pathogenesis of systemic lupus erythematosus*. *British Medical Journal*, 481-490.
- Morton, Gallo, Hudak. (2012). *Keperawatan Kritis Volume 1&2 edisi 8*. EGC: Jakarta.
- Judha, M., Nurachmah, E., Rachmawati, I. Nur. (2010). *Pencarian Makna Hidup Klien Terdiagnosa Systemic Lupus Erythematosus dengan Perspektif Maslow dan Henderson*. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, Vol. 13 No. 3 hal 145-152.

- Judha, M., & Setiawan, D. I. (2015). *Apa dan Bagaimana Penyakit Lupus? (Sistemik Lupus Eritematosus)*. Yogyakarta: Gosyen Publisng.
- Nursalam. (2013). *Konsep Penerapan Metode Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Nursalam. (2015). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan: Konsep, Proses, dan Praktik*. Jakarta: EGC.
- Tarwoto & Wartonah. (2015). *Kebutuhan Dasar Manusia dan Proses Keperawatan Edisi 5*. Jakarta: Salemba Medika.
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik, Edisi 1*. Jakarta: DPP PPNI.
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Edisi 1*. Jakarta: DPP PPNI.
- Tim Pokja SLKI DPP PPNI. (2019). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia: Edisi 1*. Jakarta: DPP PPNI.
- Ramadhani, Devi (2017) *Gambaran Infeksi pada Penderita Sistemik Lupus Eritematosus di Rumah Sakit Umum Pusat Haji Adam Malik Medan*
- Roviati, Evi. (2012). *Systemic Lupus Erythematosus (SLE). : Kelainan Autoimun dan Bawaan YAN Langka dan Mekanisme Biokimiawinya. Jurnal Scientiae Educatia*. 474-1311-1-PB
- Setiadi. (2012). *Konsesp dan Penulisan Riset Keperawatan*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Sugiyono. (2010). *Metode Penelitian Manajemen*. Bandung: Alfabeta.
- Sugiyono. (2015). *Metode Penelitian Manajemen*. Bandung: Alfabeta.
- Tarwoto & Wartonah. (2015). *Kebutuhan Dasar Manusiadan Proses Keperawatan Edisi 5*. Jakarta: Salemba Medika
- 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>
- Wahyu Galih Saputri (2019). *Gambaran Risiko Infeksi pada Pasien Anak dengan Systemic Lupus Erythematosus (SLE) di Ruang Melati 4 INSKA RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta*.
- Wheeler, T. (2010). *Systemic Lupus Erythematosus: 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

No	Jenis Kegiatan	Februari 2020				Maret 2020				April 2020				Mei 2020				Juni 2020				Juli 2020			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1	Studi Pendahuluan																								
2	Mengajukan judul proposal																								
3	Penyusunan Proposal KTI																								
4	Seminar Proposal KTI																								
5	Penyusunan Karya Tulis																								
6	Seminar Hasil																								

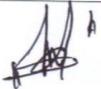


YAYASAN KEPERAWATAN YOGYAKARTA
AKADEMI KEPERAWATAN "YKY"

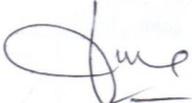
LEMBAR BIMBINGAN KTI

Nama Mahasiswa : Pingkan Anggraini
NIM : 2317027
Nama Pembimbing I : Tri Arini, S.Kep.Ns., M.Kep.
Judul KTI : Studi Dokumentasi Risiko Infeksi pada Pasien An. N
dengan *Systemic Lupus Erythematosus* (SLE)

No	Tgl Bimbingan	Materi Bimbingan	Metode Bimbingan	Saran Pembimbing	Tanda Tangan & Nama	
					Pembimbing	Mhs
	16 April 2020	Konsul judul KTI	Online	Sesuaikan dengan panduan dan kasus yang di peroleh		
2.	19 April 2020	Konsul cover s/d Bab 3	Online	Bab 1 Latar Belakang risiko infeksi lebih di tonjolkan		
3.	12 Mei 2020	Konsul Bab 1 s/d 3	Online	Perbanyak jurnal keperawatan anak mengenai risiko infeksi pada SLE		
4.	05 Juni 2020	Konsul Bab 4 s/d Bab 5	Online	Lebih mendalam pembahasan, tambahkan jurnal penelitian		
5.	22 Juni 2020	Konsul Bab 4 s/d Bab 5	Online	Bab 5 Saran harus menjawab manfaat kesimpulan menjawab tujuan		

6.	26 Juni 2020	Konsul Bab 4 s/d Daftar Pustaka	Tatap muka	Semua sitasi dimasukkan ke daftar pustaka		
7.	02 Juli 2020	Konsul cover s/d Acc	Tatap muka	Perbaiki abstrak		

Yogyakarta, 14 Juli 2020
Pembimbing I


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



YAYASAN KEPERAWATAN YOGYAKARTA
AKADEMI KEPERAWATAN "YKY"

FORMAT BIMBINGAN KTI

Nama Mahasiswa : Pingkan Angraini
NIM : 2317027
Nama Pembimbing 2 : Dwi Juwartini, SKM, MPH
Judul KTI : Studi Dokumentasi Risiko Infeksi pada Pasien An. N
dengan Systemic Lupus Erythematosus (SLE)

No	Materi Bimbingan	Metode Bimbingan	Saran Pembimbing	Tanda Tangan & Nama	
				Pembimbing	Mhs
1	Konsul judul KTI dan Bab 1 s/d Bab3	Email	Paran perawat dijabarkan lagi seperti apa		
20	Konsul Bab 4 dan Bab 5	Email	Perdalam lagi pembahasan, gunakan 1 buku yang menjadi patokan		
20	Konsul cover s/d Acc	Tatap Muka	Semua yg sudah dibuat di pelajari		
20	Konsul revisi cover s/d Bab 5	Tatap Muka	Kata-kata RSUP dr. Sardjito di hilangkan		

li 2020	Konsul revisi Bab 1 s/d Bab 3	Tatap muka	Penulisan di rapikan, nota kanan kiri		
li 2020	Konsul revisi Bab 4 s/d Bab 5	Tatap muka	Kesimpulan bersi hasil studi dokumen- tasi		

Yogyakarta, 11 Juli 2020
Pembimbing 2



(Dwi Juwartini, SKM, MPH)

LAPORAN HASIL ASUHAN KEPERAWATAN RISIKO INFEKSI PADA
PASIEN An. N DENGAN SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS
(SLE)

A. Karakteristik Partisipan

No	Karakteristik	Pasien An. N
1	Umur	13 th
2	Jenis Kelamin	Perempuan
3	Agama	Islam
4	Pendidikan	SMP
5	Pekerjaan	Pelajar
6	Status Perkawinan	Belum Kawin
7	Diagnosa Medis	<i>Systemic Lupus Erythematosus (SLE)</i>

B. Hasil

Riwayat Kesehatan An. N pada bulan Maret demam tinggi suhu tidak diukur kemudian diperiksa dipuskesmas dan mendapat obat paracetamol. An. N mulai bengkak dibagian mata dan perut lalu diperiksa ke di RS Majenang dan dianjurkan rawat inap selama 4 hari dan mendapat tranfusi 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 immunosupresi yaitu setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan risk control dengan kriteria hasil pasien bebas dari tanda dan gejala infeksi, menunjukkan kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi, jumlah leukosit dalam batas normal 4.50-11.50, mendeskripsikan proses penularan penyakit.

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 ke pasien, 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 15.15 WIB mencuci tangan sebelum dan sesudah ke pasien, jam 15.20 WIB menganjurkan keluarga pasien untuk mencuci tangan sebelum dan sesudah ke pasien, jam 18.00 WIB 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 $36,6^{\circ}\text{C}$, 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 ke pasien, 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 24.00 WIB mengelola dengan dokter pemberian obat Eritromisin 300mg/6jam/oral, jam 06.00 WIB 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 07.00 WIB didapatkan data subjektif yaitu keluarga pasien mengatakan badan pasien panas, data objektif suhu badan pasien $37,8^{\circ}\text{C}$. 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 ke pasien, kelolakan dengan dokter pemberian obat.

Catatan perkembangan Selasa 16 April 2019 pukul 07.07 WIB pelaksanaan jam 07.08 WIB memonitor tanda dan gejala infeksi, jam 07.09 WIB mencuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan keperawatan, 07.10 WIB menganjurkan

keluarga pasien untuk mencuci tangan sebelum dan sesudah ke pasien, jam 07.11 WIB membatasi jumlah pengunjung. Evaluasi 16 April 2019 pukul 15.00 WIB data subjektif yaitu keluarga pasien mengatakan badan pasien panas, data objektif suhu $37,7^{\circ}\text{C}$, 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 ke pasien, 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 ke pasien, 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 ke pasien, data objektif suhu 37°C , keluarga pasien tampak mencuci tangan sebelum dan sesudah ke pasien. 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 ke pasien, 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 kepasien, 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 kepasien. 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 kepasien, 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 kelelahan, menganjurkan pasien untuk tidak berada diluar ruangan terlalu lama agar tidak terjadi ruam pada kulit.

C. 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 :

No	Proses Keperawatan	Pasien An. N
	Pengkajian	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, Hasil pemeriksaan laboratorium hematologi klien pada tanggal

		<p>13 April 2019 menunjukkan nilai hemoglobin (Hb) 6,8 g/dl, Leukosit 27.92/ul, eritrosit 2.35 /ul, Hitung jenis darah perifer ditemukan basofil 0%, eosinofil 0%, netrofil 86.4%, limfosit 9.1%, monosit 4.5/ul. Sedangkan hasil laboratorium kimia darah didapatkan SGOT 30U/L, SGPT 47U/L.</p>
	<p>Diagnosa Keperawatan</p>	<p>Risiko Infeksi berhubungan dengan immunosupresi</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>
	<p>Perencanaan</p>	<p>NOC :Risk Control</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tanda dan gejala infeksi sistemik (suhu tubuh, hasil laboratorium) 2. Menunjukkan kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi

		<p>3. Jumlah leukosit dalam batas normal 4.50-11.50 NIC : Infection control</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
	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. Menganjurkan 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 ml/12jam/oral</p>

		<p>Mycophenolatemofetil 250mg/ 12jam/oral</p> <p>Hydroxychloroquine 50mg/12jam/oral</p> <p>Methylprednisolone 8 mg/12jam/oral</p>
	Evaluasi	<p>S: Keluarga mengatakan pasien demam</p> <p>O :-Suhu tubuh pasien 37,8°C</p> <p>-Leukosit 27,92 g/dl</p> <p>-pasien terpasang infus RL 20tpm</p> <p>A : Masalah Risiko Infeksi teratasi Sebagian</p> <p>P : Lanjutkan Intervensi</p> <p>1. . Monitor tanda dan gejala infeksi (rubor,kalor,dolor,tumor,fungsiolaesa)</p> <p>2. berikan antibiotik bila perlu</p> <p>3. cuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan keperawatan</p> <p>4. anjurkan keluarga pasien untuk mencuci tangan sebelum dan sesudah ke pasien,</p> <p>5. kelola pemberian antibiotik dengan</p> <p>Dokter Eritromisin 300mg/6jam/oral</p>

		Cefotaxime 1500mg/12jam/IV Vitamin D 10 ml/12jam/oral
--	--	--