

BAB II

KONSEP DASAR MEDIK *SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS* (SLE)

A. Pengertian

Systemic Lupus Erythematosus (SLE) adalah penyakit reumatik autoimun kronis yang memengaruhi banyak sistem organ (Shaikh *et al.* 2017). SLE dapat memicu peradangan yang mempengaruhi banyak bagian tubuh, termasuk kulit, sendi, sel darah, paru-paru, jantung, dan organ lainnya. Namun, etiologi dan patogenesis penyakit autoimun ini masih belum diketahui (Vojdani, 2014).

Sistemik Lupus Eritematosus (SLE) merupakan prototype dari penyakit autoimun sistemik dimana autoantibodi dibentuk melawan sel tubuhnya sendiri. *Sistemik Lupus Eritematosus* melibatkan hampir semua organ, namun paling sering mengenai kulit, sendi, darah, membran serosa, jantung dan ginjal. Penyakit ini terutama menyerang wanita usia reproduksi. Sampai saat ini belum jelas mekanisme terjadinya SLE ini, interaksi antara faktor lingkungan, genetik dan hormonal yang saling terkait akan menimbulkan abnormalitas respon imun pada tubuh penderita SLE. Beberapa faktor pencetus yang dilaporkan menyebabkan kambuhnya SLE adalah, stress fisik maupun mental, infeksi, paparan ultraviolet dan obat-obatan. Pada SLE ini sel tubuh sendiri dikenali sebagai antigen. Target antibodi pada SLE ini adalah sel beserta komponennya yaitu inti sel, dinding sel, sitoplasma dan partikel nukleoprotein (Harahap *et al.* 2020).

Keterlibatan ginjal pada pasien SLE harus dievaluasi dengan menilai ada tidaknya hipertensi, melakukan urinalisis untuk melihat adanya proteinuria dan silinderuria, memeriksa kadar ureum, kreatinin, protein kuantitatif, dan klirens kreatinin.4 Gejala ginjal ditemukan pada 40-75% pasien SLE dan sebagian besar terjadi setelah 5 tahun menderita SLE. Wanita lebih sering mengalami gejala ginjal dibandingkan dengan pria dengan perbandingan 10:1 dengan puncak insidensi antara usia 20-30 tahun. Gejala ginjal yang tidak diterapi dengan tepat mengakibatkan pasien jatuh dalam kondisi End-Stage Renal Disease (ESRD). Angka kejadian ESRD pada pasien dengan lupus nefritis (LN) dalam rentang waktu 5, 10, dan 15 tahun adalah 3-11%, 6-19%, dan 19-25% secara berturut-turut. Pada pasien SLE yang tidak terdiagnosa lupus nefritis, angka kejadian ESRD dalam rentang waktu 5 dan 10 tahun adalah 3,3% dan 4,3%(Tjan *et al.*2022).

B. Proses Terjadinya Masalah

1. Presipitasi dan Predisposisi

Systemic Lupus Eritematosus Menurut Albertus (2023) merupakan penyakit autoimun kronis yang dapat menyebabkan peradangan di berbagai bagian tubuh, termasuk kulit, sendi, ginjal, dan otak. Penyakit ini lebih sering dialami oleh wanita daripada pria. Meskipun penyebab pasti SLE belum diketahui, terdapat beberapa faktor yang dapat mempengaruhi risiko terjadinya penyakit ini.

Berikut adalah beberapa faktor presipitasi dan predisposisi penyakit sistemik lupus eritomatosus:

a. Faktor Presipitasi

1) Faktor Genetik: Terdapat lebih dari 100 lokus gen yang ditemukan berhubungan dengan kerentanan seseorang mengalami LES. Defisiensi gen tunggal yang mengkode komplemen C4 dapat menyebabkan kekurangan C4 dan berkurangnya eliminasi sel B self-reactive. Mutasi pada gen yang menyebabkan kekurangan komplemen C1q juga dapat menimbulkan gangguan pembersihan debris selular pasca apoptosis. Polimorfisme nukleotida tunggal pada gen STAT4, PTPN22, CD3, PP2Ac, TNIP1, PRDM1, JAZF1, UHRF1BP1, dan IL10 juga dapat memicu terjadinya LES. Selain itu, kelainan jumlah gen C4, FCGR3B, dan TLR7 juga berhubungan dengan ekspresi penyakit.

2) Faktor hormonal

Wanita lebih rentan terkena SLE dibandingkan pria, terutama pada usia subur. Fluktuasi hormon estrogen dapat memengaruhi aktivitas penyakit.

3) Faktor Immunologi

Menurut Dewi (2018) Pada penderita SLE memiliki beberapa kelainan pada unsur-unsur sistem imun, yaitu:

a) Antigen

Dalam kondisi normal, makrofag yang berperan sebagai sel penyaji antigen (Antigen Presenting

Cell/APC) akan memperkenalkan antigen kepada sel T. Pada penderita lupus, beberapa reseptor yang berada di permukaan sel T mengalami perubahan pada struktur maupun fungsinya. Akibatnya, proses penyampaian informasi normal antara APC dan sel T tidak dapat dikenali dengan baik.

b) Kelainan intristik sel T dan sel B

Kelainan yang dapat terjadi pada sel T dan sel B adalah sel T dan sel B akan teraktifasi menjadi sel autoreaktif yaitu limfosit yang memiliki reseptor untuk autoantigen dan memberikan respon autoimun. Sel T dan sel B juga akan sulit mengalami apoptosis sehingga menyebabkan produksi imunoglobulin dan autoantibodi menjadi tidak normal.

c) Kelainan antibodi

ada beberapa kelainan antibodi yang dapat terjadi pada SLE, seperti substrat antibodi yang terlalu banyak, idiotipe dikenali sebagai antigen dan memicu limfosit T untuk memproduksi autoantibodi, sel T mempengaruhi terjadinya peningkatan produksi autoantibodi, dan kompleks imun lebih mudah mengendap di jaringan

b. Faktor Predisposisi

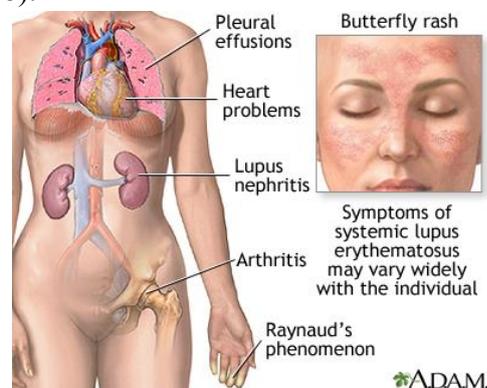
- 1) Infeksi Virus: Infeksi virus, terutama Epstein-Barr Virus (EBV), telah dikaitkan dengan timbulnya gejala SLE.
- 2) Paparan Sinar Ultraviolet: Paparan sinar ultraviolet (UV) diduga dapat memicu terjadinya SLE dengan memicu kerusakan DNA sehingga mengubah ekspresi gen.
- 3) Obat-Obatan: Beberapa obat seperti hidralazin dapat menyebabkan SLE. Obat-obatan ini dapat menyebabkan metilasi DNA yang memicu reaksi autoimun.
- 4) Merokok dan Menghirup Silika: Merokok dan menghirup silika dapat menyebabkan modifikasi protein atau memicu proses inflamasi nonspesifik yang mencetuskan autoimunitas pada SLE.
- 5) Faktor hormonal:
Wanita lebih rentan terkena SLE dibandingkan pria, terutama pada usia subur. Fluktuasi hormon estrogen dapat memengaruhi aktivitas penyakit.

2. Patofisiologi

Penyakit SLE terjadi akibat gangguan regulasi sistem kekebalan tubuh, yang menyebabkan peningkatan produksi autoantibodi secara berlebihan. Gangguan imunoregulasi ini disebabkan oleh kombinasi faktor genetik, hormonal, dan lingkungan (paparan sinar matahari berlebih). Selain itu, ada juga faktor-faktor lain yang dapat memicu atau berkontribusi terhadap

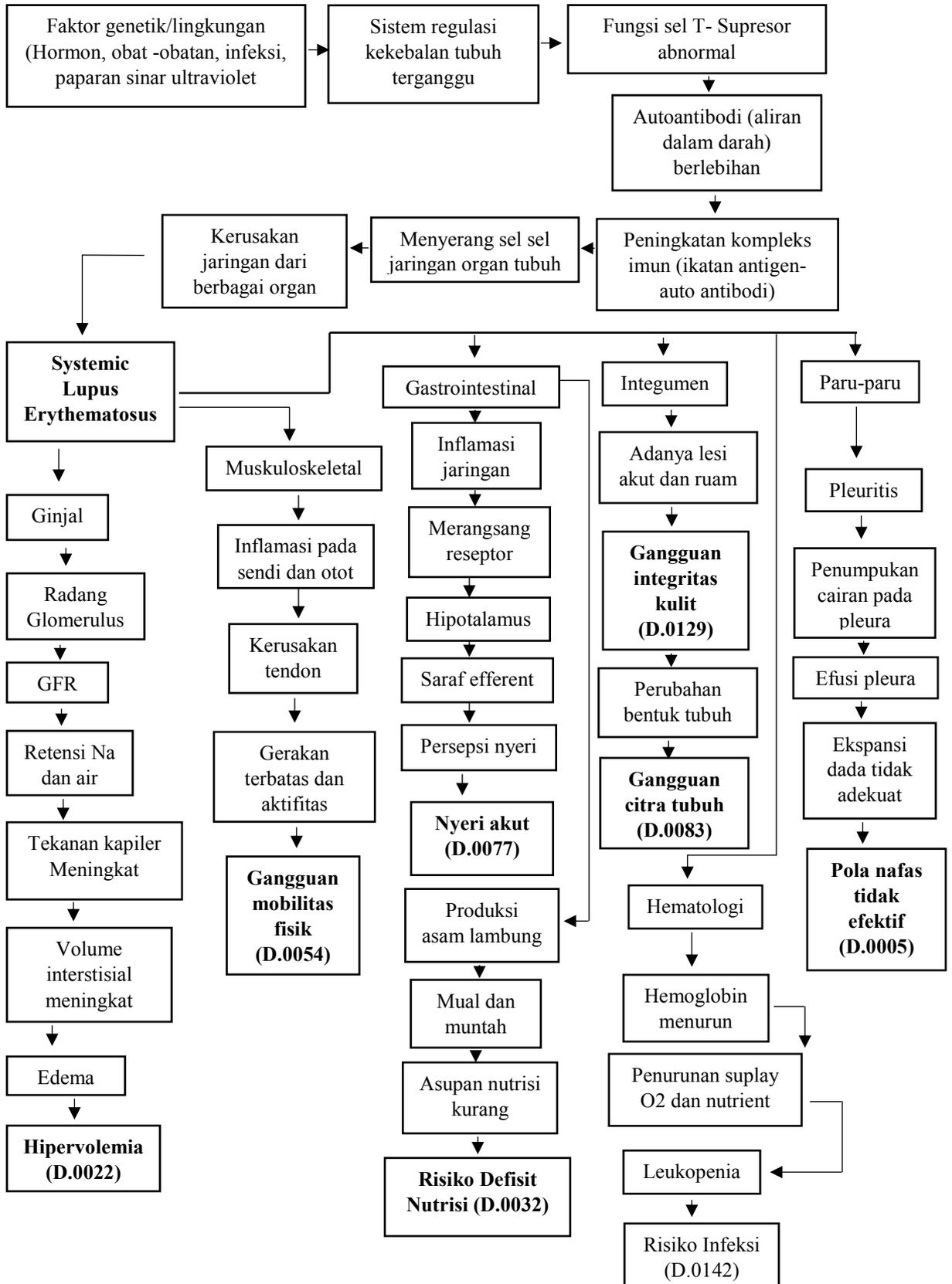
perkembangan SLE, yaitu penggunaan obat-obatan tertentu (hidralazin, prokainamid, isoniazid, klorpromazin, antikonvulsan) dan konsumsi makanan seperti kecambah alfalfa. Jadi, inti patogenesis SLE adalah gangguan regulasi kekebalan akibat interaksi faktor genetik, hormonal, dan lingkungan, serta faktor-faktor pemicu lainnya. Pada SLE, autoantibodi yang diproduksi secara berlebihan akan bereaksi dengan antigen-antigen endogen (milik tubuh sendiri). Hal ini menghasilkan kompleks imun yang akan terakumulasi di dalam jaringan dan organ-organ tubuh. Keberadaan kompleks imun ini akan memicu respons inflamasi, yang selanjutnya menyebabkan terjadinya vaskulitis (peradangan pembuluh darah).

SLE dapat menyerang banyak sistem organ dalam tubuh, sehingga kerusakan parah dapat terjadi di berbagai jaringan dan organ. Dalam beberapa kasus, respons autoimun pada SLE dapat didahului oleh faktor pemicu seperti reaksi terhadap obat-obatan, infeksi, atau paparan sinar matahari yang berlebihan. Kompleks imun, inflamasi, dan kerusakan multi-organ merupakan inti dari patogenesis SLE yang mengakibatkan berbagai manifestasi klinis pada pasien (Dewi, 2018).



Gambar 1 (Sumber: Gonter, 2023)

PATHWAY



Gambar 2 Sumber: Yuliasih (2020)

3. Manifestasi Klinis

SLE adalah penyakit inflamasi autoimun kronis yang memiliki manifestasi klinis yang luas dan beragam, serta perjalanan penyakit dan prognosis yang bervariasi. Diagnosis SLE tidaklah mudah dilakukan karena variasi perjalanan penyakit dan manifestasi klinis yang beragam, serta tingkat kematian yang tinggi. SLE pada tahap awal sering disertai dengan penyakit lain seperti anemia, dermatitis, dan artritis reumatoid. Penegakan diagnosis SLE sangat penting. Diagnosis ditegakkan berdasarkan manifestasi klinis dan hasil pemeriksaan laboratorium, seperti pemeriksaan darah lengkap, urin lengkap, fungsi ginjal, fungsi hati, serta pemeriksaan serologi untuk mendeteksi peningkatan produksi autoantibodi, yang umumnya ditemukan pada pasien SLE (Tanzilia *et al.* 2021)

Menurut Rilansia (2023) ada beberapa macam manifestasi pada penyakit SLE, yaitu:

a. Manifestasi Konstitusional

Pada penyakit autoimun sistemik, umumnya ditemukan adanya manifestasi konstitusional, seperti mudah lelah, penurunan nafsu makan dan berat badan, serta demam. Hal-hal tersebut dapat merupakan gejala awal atau komplikasi dari penyakit.

Kelelahan merupakan keluhan yang umum dijumpai pada penderita dan sering mendahului berbagai manifestasi klinis lainnya. Kelelahan

ini dapat disebabkan oleh aktivitas penyakit SLE yang sedang aktif, efek samping obat-obatan, maupun gaya hidup penderita.

Selain kelelahan, demam juga merupakan gejala lain yang sering muncul, meskipun tidak spesifik. Demam pada pasien SLE dapat disebabkan oleh aktivitas penyakit yang sedang aktif atau infeksi. Demam yang disebabkan oleh aktivitas penyakit SLE umumnya tidak disertai dengan gejala menggigil.

b. Manifestasi Mukokutaneus

Manifestasi Mukokutaneus merupakan hal yang paling umum terjadi pada penderita SLE, dengan angka kejadian berkisar antara 75-85% dari keseluruhan kasus. Berdasarkan kriteria diagnosis SLE, terdapat empat kelainan pada kulit yang sering ditemukan, yaitu:

- 1) Fotosensitivitas (kulit mudah terbakar oleh sinar matahari)
- 2) Ruam malar (ruam pada area pipi dan hidung berbentuk kupu-kupu)
- 3) Lesi diskoid (lesi kulit merah, tebal, dan menahun)
- 4) Lesi mukokutan (lesi pada membran mukosa, seperti di mulut)

Kelainan kulit pada penderita SLE dapat dibedakan menjadi kelainan yang bersifat spesifik dan non-spesifik. Kelainan spesifik ini selanjutnya dapat dibagi lagi menjadi tiga kategori, yaitu:

- 1) Lesi akut
- 2) Lesi sub-akut
- 3) Lesi kronik

c. Manifestasi Muskuloskeletal

Manifestasi muskuloskeletal pada SLE dapat menyerang berbagai bagian tubuh, termasuk sendi, otot, tulang, dan jaringan penunjang. Area yang paling sering terkena adalah sendi-sendi kecil pada tangan dan lutut. penderita SLE dengan derajat keparahan yang berat dapat mengalami Jaccoud artropati, yaitu suatu kondisi yang menyerupai artritis reumatoid. Manifestasinya termasuk deformitas "swan neck" (jari-jari tangan melengkung ke arah dalam). Hal ini disebabkan oleh adanya peradangan pada kapsul sendi serta kelemahan atau kelonggaran pada tendon dan ligamen sendi, yang mengakibatkan ketidakstabilan pada posisi sendi. Jika tidak segera ditangani, kondisi ini dapat menyebabkan kecacatan permanen pada sendi. Jadi, keterlibatan muskuloskeletal merupakan salah satu manifestasi penting pada pasien SLE, terutama pada sendi-sendi kecil seperti di tangan dan lutut. Kondisi ini dapat berkembang menjadi deformitas yang permanen jika tidak ditangani dengan cepat.

d. Manifestasi Ginjal

Nephritis lupus merupakan komplikasi serius yang terjadi pada ginjal penderita SLE, karena dapat meningkatkan morbiditas dan mortalitas penderita. Pada saat ini angka harapan hidup penderita nephritis lupus mencapai 15 tahun dengan nephritis yang berkisar 80%. Kendati pengobatan lupus telah mengalami kemajuan, akan tetapi insidensi terjadinya progresifitas gagal ginjal masih cukup signifikan.

Hal ini disebabkan oleh sulitnya mengidentifikasi penderita SLE yang mengenai ginjal secara klinik, karena seringkali komplikasi nefritis lupus terjadi secara diam-diam dan gejala dini sangat sulit terdeteksi. Hal yang paling dapat teramati pada penderita yakni berupa adanya protein uria atau silinder eritrosit atau granular pada pemeriksaan sedimen urin. Beberapa bentuk kerusakan ginjal pada SLE antara lain glomerulonefritis yang disebabkan oleh kompleks imun (mekanisme paling umum), gangguan tubulointerstitial, dan gangguan vaskular.

Lupus adalah gangguan autoimun yang dapat menyebabkan sistem kekebalan menyerang jaringan dan organ sendiri, termasuk ginjal. Jenis lupus yang dapat menyebabkan gangguan pada diri sendiri adalah nefritis lupus. Hal ini bisa mengakibatkan masalah pada struktur ginjal yang seharusnya menyaring limbah. Saat seseorang mengidap nefritis lupus, peradangan ginjal dapat terjadi sehingga menyebabkan keluar darah yang mungkin disertai dengan protein dalam urin. Selain itu, masalah ini juga dapat menimbulkan tekanan darah tinggi yang disertai gangguan fungsi ginjal atau bahkan gagal ginjal. Selain menyerang ginjal, gangguan ini juga dapat menyerang kulit, sendi, ginjal, dan otak (Fadli, 2021).

e. Manifestasi Kardiovaskular

Gangguan pada sistem kardiovaskular merupakan komplikasi yang cukup signifikan terjadi pada penderita SLE dan dapat melibatkan perikardium, miokardium, katup jantung, dan arteri koroner.

Manifestasi yang paling sering terjadi pada sistem kardiovaskular umumnya berupa perikarditis. Prevalensi perikarditis pada penderita SLE mencapai lebih dari 50% kejadian selama perjalanan penyakitnya

f. Manifestasi Neuropsychiatric

Neuropsychiatric *Systemic Lupus Erythematosus* (NPSLE) didefinisikan sebagai gangguan pada sistem saraf, kejiwaan ataupun gangguan tingkah laku yang ditemukan pada penderita SLE. NPSLE dikelompokkan menjadi dua bagian meliputi kelainan pada susunan saraf pusat dan kelainan pada susunan saraf perifer. Kelainan pada susunan saraf pusat berupa nyeri kepala yang terjadi secara berulang umumnya berhubungan dengan gejala lain seperti cerebrovaskular accident, meningitis dan aseptik. Sedangkan kelainan pada susunan saraf perifer berupa terlibatnya saraf kranial baik motorik atau sensorik pada mata

g. Manifestasi Gastrointestinal

Prevalensi gangguan gastrointestinal pada penderita SLE terjadi sekitar 13% dalam bentuk gangguan disfagia. Gangguan gastrointestinal yang umumnya muncul pada penderita SLE meliputi disfagia, faringitis, esofagitis, anoreksia, mual, muntah, diare, nyeri akut abdomen, ulkus peptik, IBD, malabsorpsi, melena dan perdarahan pada saluran cerna

h. Manifestasi Hati

Manifestasi pada hati relatif lebih sering terjadi dibandingkan dengan gastrointestinal. Gangguan pada hati umumnya berupa hepatitis

kronik aktif, hepatitis granulomatosa, hepatitis kronik persisten dan steatosis. Manifestasi hati ditandai dengan meningkatnya enzim hati seperti Serum Glutamic Oxaloacetic Transaminase (SGOT), Serum Glutamic Pyruvic Transaminase (SGPT) dan alkalifosfatase. Enzim-enzim hati yang abnormal dapat disebabkan oleh steatosis hati akibat obesitas, diabetes mellitus, atau pengobatan dengan corticosteroid

i. Manifestasi Hematologi

Anemia normokromik normositik dengan kadar besi serum rendah dan feritin normal hingga meningkat adalah kelainan hematologi yang umum terjadi pada penderita SLE. Selain itu, limfopenia juga dapat terjadi akibat penggunaan glucocorticoid atau agen immunosupresan lainnya. Pemberian obat-obatan seperti methotrexate, azathioprine, mycophenolate mofetil, dan cyclophosphamide pada pasien SLE juga perlu dievaluasi lebih lanjut, karena berisiko menyebabkan kondisi myelosupresi atau depresi sumsum tulang.

4. Pemeriksaan Diagnostik

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Prameswari (2018) mengatakan ada beberapa jenis pemeriksaan yang biasanya dianjurkan jika seseorang dicurigai menderita lupus :

a. Penghitungan sel darah lengkap

Penderita lupus dapat mengalami anemia sehingga dapat diketahui melalui pemeriksaan sel darah lengkap. Selain terjadinya anemia,

penderita lupus juga dapat mengalami kekurangan sel darah putih atau trombosit.

b. Analisis urine

Urine pada penderita lupus dapat mengalami kenaikan kandungan protein dan sel darah merah. Kondisi ini menandakan bahwa lupus menyerang ke ginjal.

c. Pemeriksaan ANA

Pemeriksaan ini digunakan untuk memeriksa keberadaan sel antibodi tertentu dalam darah dimana kebanyakan pengidap SLE memilikinya. Sekitar 98% penderita lupus memiliki hasil positif jika dilakukan tes ANA sehingga ini merupakan metode yang paling sensitif dalam memastikan diagnosis.

d. Pemeriksaan imunologi.

Di antaranya adalah anti-dsDNA antibody, anti-Sm antibody, antiphospholipid antibody, syphilis, lupus anticoagulant, dan Coombs' test. Pemeriksaan imunologi tersebut merupakan salah satu kriteria dalam penentuan diagnosis SLE.

e. Tes komplemen C3 dan C4.

Komplemen adalah senyawa dalam darah yang membentuk sebagian sistem kekebalan tubuh. Level komplemen dalam darah akan menurun seiring aktifnya SLE

5. Komplikasi

Kekambuhan pada penyakit SLE jika tidak segera ditangani akan mengakibatkan komplikasi pada organ tubuh lainnya. Penyakit SLE tersebut memperlihatkan 2 puncak kejadian kematian, yaitu satu puncak akibat komplikasi yang tidak terkontrol, dan satu puncak lain akibat komplikasi kortikoterapi. Penyebab utama kematian pasien SLE 90% diakibatkan oleh infeksi dan 10% kematian pasien SLE diakibatkan organ yang sudah mengalami komplikasi seperti gagal ginjal dan kerusakan SSP(Kriswiastiny *et al.* 2021)

6. Penatalaksanaan Medis

Penanganan pasien dengan lupus (SLE) memerlukan perawatan jangka panjang. Prinsip utama pengobatannya adalah untuk mengurangi peradangan di jaringan yang terkena dan menekan gangguan sistem kekebalan tubuh. Penatalaksanaan pasien SLE meliputi pendekatan nonfarmakologis, seperti edukasi, dukungan sosial dan psikologis, istirahat, serta perlindungan dari sinar matahari. Selain itu, pengobatan farmakologis juga diberikan, termasuk penggunaan obat immunosupresan (siklofosfamid, mycophenolate mofetil, azatioprin, metotreksat, siklosporin), obat antimalaria (hidroksiklorokuin), kortikosteroid, dan obat anti-inflamasi nonsteroid.

Kortikosteroid merupakan pengobatan utama untuk pasien SLE dan diberikan dalam jangka waktu panjang. Beberapa jenis kortikosteroid yang sering digunakan adalah prednison dan metilprednisolon. Namun,

pemberian kortikosteroid dalam jangka panjang dan dosis tinggi dapat menyebabkan berbagai efek samping pada berbagai organ, seperti skeletal (osteoporosis, osteonekrosis, miopati), gastrointestinal (ulkus, pankreatitis, perlemakan hati), sistem imun (predisposisi infeksi), kardiovaskular (retensi cairan, hipertensi, aterosklerosis, aritmia), serta gangguan metabolisme lainnya. Efek samping yang dilaporkan antara lain katarak, gangguan suara, atrial fibrilasi, osteoporosis, dan sindrom Cushing (Guntur Cokro Nugroho *et al.* 2015).

C. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah suatu kesimpulan yang dihasilkan dari analisa data. Diagnosa keperawatan adalah penilaian klinik tentang respon individu keluarga, atau komunitas terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang aktual atau potensial. Diagnosa keperawatan memberikan dasar untuk pemilihan intervensi keperawatan untuk mencapai hasil yang merupakan tanggung jawab perawat menurut North American Nursing Diagnosis Association (Rinawati, 2018).

Diagnosa keperawatan adalah langkah kedua dari proses keperawatan yang menggambarkan penilaian klinis tentang respon individu, keluarga, kelompok maupun masyarakat terhadap permasalahan kesehatan baik aktual maupun potensial. Dimana perawat mempunyai lisensi dan kompetensi untuk mengatasinya. Diagnosa keperawatan adalah pernyataan yang jelas, singkat dan pasti tentang masalah pasien yang nyata serta penyebabnya dapat dipecahkan atau diubah melalui tindakan keperawatan menurut Gordon. Diagnosa

keperawatan adalah suatu pernyataan yang singkat, tegas, dan jelas tentang respon klien terhadap masalah kesehatan/penyakit tertentu yang aktual dan potensial karena ketidaktahuan, ketidakmauan, atau ketidakmampuan pasien/klien mengatasinya sendiri yang membutuhkan tindakan keperawatan untuk mengatasinya . Beberapa Diagnosis Keperawatan yang mungkin akan muncul pada pasien *Systemic Lupus Erythematosus* (Lathifah, 2018) antara lain:

1. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan integritas struktur tulang
2. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis
3. Gangguan citra tubuh berhubungan dengan perubahan struktur/bentuk tubuh
4. Gangguan integritas kulit berhubungan dengan perubahan pigmentasi,
5. Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan depresi pusat pernafasan
6. Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi
7. Risiko defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan
8. Risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif

D. Intervensi Keperawatan

Intervensi atau perencanaan keperawatan adalah bagian dari fase pengorganisasian dalam proses keperawatan sebagai pedoman untuk mengarahkan tindakan keperawatan dalam usaha membantu, meringankan, memecahkan masalah atau untuk memenuhi kebutuhan klien. Proses perencanaan keperawatan meliputi penetapan tujuan perawatan, penetapan

kriteria hasil, pemilihan intervensi yang tepat, dan rasionalisasi dari intervensi dan mendokumentasikan rencana perawatan. Dalam menetapkan kriteria hasil, menggunakan prinsip SMART:

- a. S : Specific (tujuan harus spesifik dan tidak menimbulkan arti ganda)
- b. M : Measurable (tujuan keperawatan harus dapat diukur khususnya tentang perilaku klien dapat di lihat, didengar, diraba, dirasakan dan dibau)
- c. A : Achivable (tujuan harus dapat dicapai)
- d. R : Realistic (tujuan harus masuk akal dan dapat di pertanggungjawabkan secara ilmiah)
- e. T : Time (tujuan harus tercapai dalam jangka waktu yang ditentukan)

Menurut Lathifah (2018) Intervensi Keperawatan yang muncul pada pasien *Systemic Lupus Erythematosus* antara lain:

Tabel 2 1Intervensi keperawatan

Diagnosa	Tujuan	Intervensi
Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan integritas struktur tulang	<p>Mobilitas Fisik (L.05042) Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam, mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pergerakan ekstermitas meningkat 2. Kaku sendi menurun 3. Kelemahan fisik menurun 	<p>Dukungan Mobilisasi (I.05173) Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi adanya keluhan fisik 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Fasilitasi melakukan pergerakan 4. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 6. Anjurkan melakukan mobilisasi dini

<p>Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis</p>	<p>Tingkat nyeri (L.08066) Setelah dilakukan asuhan keperawatan, tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil: 1.Keluhan nyeri menurun dari skala 5 menjadi 1 2.Ekspresi wajah meringis menurun 3.Kesulitan tidur menurun 4.Frekuensi nadi membaik dalam rentang (60-100 x/menit)</p>	<p>Manajemen Nyeri (I.082338) Observasi: 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri (PQRST) 2. Identifikasi respon nyeri Terapeutik: 3. Ajarkan teknik non-farmakologi untuk mengurangi nyeri (teknik relaksasi nafas dalam) Edukasi: 4. Jelaskan informasi pada klien dan keluarga terkait penyebab, periode dan pemicu nyeri 5. Jelaskan strategi meredakan nyeri Kolaborasi : 6. Kolaborasi dengan dokter terkait pemberian analgetik</p>
<p>Gangguan citra tubuh berhubungan dengan perubahan struktur/bentuk tubuh</p>	<p>Citra Tubuh (L.09067) Setelah dilakukan asuhan keperawatan, citra tubuh meningkat dengan kriteria hasil: 1. Verbalisasi perasaan negatif tentang perubahan tubuh menurun 2. Verbalisasi kekhawatiran pada penolakan/reaksi orang lain menurun</p>	<p>Promosi Citra Tubuh (I.09305) Observasi: 1. Identifikasi perubahan citra tubuh 2. Identifikasi harapan citra tubuh berdasarkan tahap perkembangan Terapeutik: 3. Diskusikan perubahan tubuh dan fungsinya 4. Diskusikan stress yang mempengaruhi citra tubuh Edukasi: 5. Jelaskan pada keluarga tentang perawatan perubahan citra tubuh</p>

		6. Anjurkan mengungkapkan gambaran diri terhadap citra tubuh
Gangguan integritas kulit berhubungan dengan perubahan pigmentasi	<p>Integritas kulit dan jaringan (L.14125)</p> <p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan, integritas kulit dan jaringan meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Elastisitas meningkat 2. Nyeri menurun 3. Kemerahan menurun 	<p>Perawatan integritas kulit (I.11353)</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi gangguan integritas kulit <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Ubah posisi 2 jam tirah baring 3. Lakukan pemijatan pada area penonjolan tulang <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Anjurkan menggunakan pelembab 5. Anjurkan meningkatkan asuhan sayur dan buah
Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan depresi pusat pernafasan	<p>Pola napas (L.01004)</p> <p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan, pola napas membaik dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kapasitas vital meningkat 2. Dispnea menurun 3. Frekuensi napas dalam rentang normal (16-20 x/menit) 	<p>Manajemen Jalan Napas (I.01011)</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor pola napas 2. Monitor bunyi napas <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Posisikan semi fowler/ fowler <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Ajarkan fisioterapi dada 5. Ajarkan teknik napas dalam <p>Kolaborasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Kolaborasi pemberian bronkodilator, jika perlu
Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi	<p>Keseimbangan Cairan (L.03020)</p> <p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan, keseimbangan cairan meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Haluaran urine meningkat 2. Kelembatan membran mukosa meningkat 3. Edema menurun 	<p>Manajemen Hipervolemia (I.03114)</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Periksa tanda dan gejala hipervolemia 2. Identifikasi penyebab hipervolemia 3. Monitor intake dan output <p>Terapeutik:</p>

	4. Turgor kulit membaik	4. Tinggikan kepala tempat tidur 30°-40° Edukasi: 5. Ajarkan cara mengukur dan mencatat asupan dan haluaran cairan 6. Ajarkan cara membatasi cairan Kolaborasi: 7. Kolaborasi pemberian diuretik
Risiko defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan	Status Nutrisi (L.03030) Setelah dilakukan asuhan keperawatan, status nutrisi membaik dengan kriteria hasil: 1. Porsi makan yang dihabiskan meningkat 2. Nafsu makan membaik 3. Membran mukosa membaik	Manajemen Nutrisi (I.03119) Observasi: 1. Identifikasi status nutrisi 2. Identifikasi alergi dan intoleransi makanan Terapeutik: 3. Anjurkan makan sedikit tetapi sering Edukasi: 4. Edukasi pentingnya nutrisi untuk kebutuhan tubuh Kolaborasi: 5. Kolaborasi dengan ahli gizi terkait nutrisi yang diperlukan, jika perlu
Risiko infeksi berhubungan dengan efek prosedur invasif	Tingkat Infeksi (L.14137) Setelah dilakukan asuhan keperawatan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil: 1. Tidak terdapat kemerahan pada tusukan infus 2. Bengkak pada daerah tusukan infus menurun	Pencegahan Infeksi (I.14539) Observasi : 1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik Terapeutik : 2. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 3. Pertahankan teknik aseptik pada pasien Edukasi :

		<p>4. Jelaskan tanda dan gejala infeksi kepada pasien dan keluarga</p> <p>5. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar kepada pasien dan keluarga</p> <p>Kolaborasi :</p> <p>6. Kolaborasi pemberian antibiotik</p>
--	--	--