

# Nursing Care for Mr. A with Evans Syndrome in Fresia 2 Ward, Dr. Hasan Sadikin General Hospital Bandung

Ida Fitriana<sup>1</sup> , Diana Tri Lestari<sup>2</sup>, Sukarmin<sup>3</sup>

<sup>1,2,3</sup> Department of Nursing, Faculty of Health Nursing, Universitas Muhammadiyah Kudus, Indonesia

 [Fitriyanaida9@gmail.com](mailto:Fitriyanaida9@gmail.com)

## **Abstract**

*Evans syndrome is an autoimmune condition that can affect a sufferer's quality of life. Signs and symptoms can include hemolytic anemia, immune thrombocytopenia (ITP), an autoimmune disorder characterized by low platelet counts, purpura, and bleeding episodes. This study aims to analyze nursing care for patients with a medical diagnosis of Evans Syndrome. In the Fresia 2 room of Dr. Hasan Sadikin General Hospital, Bandung. The data collection procedure is carried out in the following manner: nursing process approach which includes assessment, diagnosis, intervention, implementation, and evaluation. The analysis identified two nursing diagnoses: activity intolerance and persistent pain. Pharmacological and non-pharmacological management of chronic pain is necessary to achieve optimal pain control and improve function in patients with Evans Syndrome. Patient evaluations showed that their pain had decreased and they felt more comfortable. Patient education included following the doctor's recommended blood test schedule, taking medications as directed, and maintaining a healthy lifestyle by eating foods rich in iron and vitamins.*

**Keywords:** Activity Intolerance, Chronic Pain, Evans Syndrome

## **Asuhan Keperawatan Pada Tn. A Dengan Evans Syndrome Di Ruang Fresia 2 RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung**

### **Abstrak**

Sindrom Evans adalah kondisi autoimun yang dapat mempengaruhi kualitas hidup penderita. Tanda dan gejala yang muncul bisa meliputi anemia hemolitik, immune thrombocytopenia (ITP) yang merupakan gangguan autoimun dengan ciri-ciri jumlah trombosit yang rendah, purpura, serta kejadian perdarahan. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis Asuhan Keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis Evans Syndrome. Di ruang Fresia 2 RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung. Prosedur pengumpulan data dilakukan dengan cara pendekatan proses keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosis, intervensi, implementasi, dan evaluasi. Hasil analisis menghasilkan dua diagnosa keperawatan yang teridentifikasi, yaitu intoleransi terhadap aktivitas dan nyeri yang berlangsung lama. Diperlukan penerapan manajemen nyeri kronis baik secara farmakologis maupun non-farmakologis untuk mencapai hasil yang lebih optimal dalam pengendalian nyeri dan meningkatkan fungsi pada pasien Evans Sindrom. Hasil evaluasi pasien menunjukkan bahwa nyeri mereka berkurang dan mereka merasa lebih nyaman. Edukasi untuk pasien mencakup mengikuti jadwal kontrol untuk pemeriksaan darah sesuai rekomendasi dokter, mengonsumsi obat sesuai petunjuk tanpa menghentikan pengobatan tanpa konsultasi, dan menerapkan gaya hidup sehat dengan makan makanan kaya zat besi dan vitamin.

**Kata kunci:** Intoleransi Aktivitas, Nyeri Kronis, Sindrom Evans

## **1. Pendahuluan**

Sindrom evans merupakan gangguan autoimun yang dapat menurunkan kualitas hidup pasien. Tanda dan gejala yang terjadi dapat berupa anemia hemolitik, immune thrombocytopenia (ITP) adalah kelainan autoimun yang ditandai dengan jumlah trombosit

rendah, purpura, dan episode hemoragik. anemia hemolitik autoimun (AIHA) adalah kelainan langka dan heterogen yang ditandai dengan penghancuran sel darah merah melalui antibodi hangat / dingin. ITP yang terjadi pada sindrom Evans dapat bermanifestasi dengan cukup parah dalam beberapa kasus, bahkan berpotensi menyebabkan pendarahan yang mengancam jiwa. Terdapat pula sejumlah kasus yang menunjukkan peningkatan risiko komplikasi iskemik, seperti kejadian terkait sindrom coroner akut atau kejadian serebrovaskular yang disebabkan oleh AIHA. Hal ini sering dijumpai pada individu yang berusia diatas 60 tahun [1].

Prevalensi nasional untuk kasus sindrom evans tidak tersedia laporan, namun hasil penelitian sebelumnya didapatkan kelompok penderita sindrom Evans memiliki usia rata-rata diagnosis sebesar 58,5 tahun, di mana 51,2% di antaranya adalah perempuan. Selain itu, 27,3% dari mereka tergolong sebagai sindrom Evans sekunder. Selama periode penelitian, insiden dan prevalensi tahunan sindrom Evans menunjukkan peningkatan yang signifikan, mencapai 1,8 per juta orang-tahun dan 21,3 per juta orang pada tahun 2016. Rata-rata kelangsungan hidup bagi penderita sindrom Evans adalah 7,2 tahun, dengan rincian 10,9 tahun untuk sindrom Evans primer dan 1,7 tahun untuk sindrom Evans sekunder. Penderita sindrom Evans sekunder memiliki tingkat kematian yang lebih tinggi dibandingkan dengan kelompok lainnya, dengan kelangsungan hidup lima tahun hanya sebesar 38% [2].

Perawat memainkan peranan yang sangat penting dalam penanganan Sindrom *Evans*, mulai dari pengkajian awal hingga evaluasi hasil perawatan. Sebagai garda terdepan dalam pelayanan kesehatan, perawat bertanggung jawab untuk memantau kondisi pasien secara berkala, mengidentifikasi tanda-tanda anemia hemolitik dan trombositopenia, serta mendukung manajemen terapi yang telah ditetapkan oleh dokter. Selain itu, perawat juga memiliki tanggung jawab dalam memberikan edukasi kepada pasien dan keluarga mengenai penyakit, pengobatan, serta tindakan pencegahan komplikasi, seperti perdarahan dan infeksi. Dukungan psikososial juga menjadi bagian penting dari tugas perawat, membantu pasien menghadapi dampak emosional yang muncul akibat penyakit kronis ini. Dengan berkolaborasi bersama tim medis lainnya, perawat memastikan bahwa pasien menerima perawatan yang komprehensif dan berkualitas, sehingga dapat meningkatkan prognosis serta kualitas hidup pasien Sindrom Evans [1].

Penanganan sindrom Evan sangat bergantung pada sejumlah faktor, seperti tingkat keparahan kondisi, gejala yang muncul, dan adanya komorbiditas pada pasien. Untuk penatalaksanaan simptomatik, transfusi darah mungkin diperlukan bagi mereka yang memiliki jumlah sel darah yang rendah dan mengalami gejala sekunder akibat anemia atau perdarahan, terutama pada pasien dengan trombositopenia. Dalam hal penanganan definitif, pengobatan lini pertama umumnya melibatkan pemberian kortikosteroid atau imunoglobulin intravena (IVIG). Dosis steroid yang diberikan berkisar antara 1 hingga 2 mg/kg per hari, dan dosis ini akan dikurangi selama beberapa minggu pada kasus ITP terisolasi, atau selama beberapa bulan pada kasus AIHA hangat. Pada pasien dengan ITP, penggunaan IVIG lebih umum dibandingkan dengan pasien yang hanya mengalami AIHA [1].

Saat ini, belum terdapat pedoman yang baku mengenai pemeriksaan apa saja yang perlu dilakukan pada pasien yang diduga mengidap sindrom Evans sekunder untuk mencari penyakit yang mendasari. Namun, pada gangguan umum seperti lupus eritematosus sistemik (SLE) dan sindrom limfoproliferatif terkait (ALPS) pada pasien muda, pemeriksaan minimal untuk mengevaluasi adanya keganasan, termasuk pemindaian tomografi terkompulasi pada area dada dan perut, sangat dianjurkan [1].

Proses asuhan keperawatan yang meliputi pengumpulan data baik subjektif maupun objektif, melalui cara wawancara, pengamatan, pemeriksaan fisik, dan analisis catatan medis, menetapkan diagnosis, menyusun rencana berdasarkan prioritas masalah,

melaksanakan intervensi sesuai rencana dan keadaan pasien, serta mengevaluasi hasil asuhan keperawatan.

Inovasi dalam keperawatan mencakup penggunaan terapi nonfarmakologis seperti relaksasi pernapasan dalam, pengaturan lingkungan, dan posisi tubuh yang nyaman untuk mengurangi rasa nyeri. Serta kolaborasi dalam transfusi darah bertujuan untuk meningkatkan oksigenasi jaringan dan mengurangi gejala kelelahan, kesulitan bernapas, serta kelemahan yang mengganggu aktivitas.

Implikasi hasil penulisan tentang pasien sindrom Evans yaitu mendorong penelitian lebih lanjut yang dapat menghasilkan pertanyaan baru untuk penelitian selanjutnya. Penelitian ini bisa mencakup perawatan keperawatan, manajemen nyeri, kualitas hidup pasien, atau intervensi psikososial. Dengan adanya data dan studi kasus yang diterbitkan, perawat dapat merancang rencana perawatan berdasarkan bukti, sehingga meningkatkan efektivitas dalam proses perawatan.

Peran perawat yaitu sebagai pemberi layanan asuhan keperawatan kepada pasien, yaitu peran sebagai pelaksana dan pendidik. Saat perawat berperan sebagai pelaksana yaitu perawat mampu memberikan asuhan keperawatan secara profesional seperti memberikan dukungan positif kepada pasien supaya memiliki perasaan yang baik kepada diri sendiri. Hal inilah yang menjadi dasar bagi perawat untuk memberikan intervensi keperawatan secara komprehensif seperti: biologi, psikologis, sosial, dan spiritual melalui proses asuhan keperawatan meliputi pengkajian, analisis data, intervensi, implementasi, dan evaluasi [3].

Berdasarkan uraian di atas, maka penulis tertarik ingin mengangkat kasus tersebut untuk dijadikan sebuah karya tulis ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan Medikal Bedah Pada Ny. K dengan Evans syndrome di Ruang Fresia 2 RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung”.

Tujuan dari studi kasus ini adalah untuk memeriksa proses perawatan pasien dengan sindrom Evans. Ini adalah penyakit autoimun yang langka dan kompleks untuk memberikan gambaran nyata referensi holistik dan sistematis untuk pendekatan perawatan. Selain itu, tujuan dari penelitian ini adalah untuk menunjukkan penerapan teori pendirian Virginia Henderson untuk memenuhi kebutuhan dasar pasien dengan disabilitas fisiologis, psikologis dan sosial karena kondisi autoimun.

## 2. Literatur Review

Evans Syndrome (ES) adalah penyakit autoimun yang langka dan ditandai dengan kombinasi anemia hemolitik autoimun (AIHA) dan imunothrombocytopenia (ITP), yang dapat terjadi secara bersamaan atau bergantian. Dalam beberapa kasus, sindrom ini juga dapat disertai dengan tes imunopositif. Kondisi ini pertama kali dijelaskan oleh Evans pada tahun 1951 dan tetap menjadi tantangan klinis karena penyakit variabel dan resistensi terhadap terapi standar [4].

Mekanisme utama sindrom Evans adalah produksi autoantibodi yang menyerang sel darah merah, trombosit, dan kadang-kadang sel darah putih, menyebabkan sitoplasma multisistemik. Penyebab pasti belum diketahui, tetapi beberapa kasus telah dikaitkan dengan penyakit autoimun lainnya, seperti sistemik lupus erythematosus (SLE), sindrom inflamasi autoimun (ALP), atau infeksi kronis seperti HIV dan hepatitis C

Penyebab pasti dari kondisi ini masih belum diketahui, sehingga seringkali dianggap sebagai penyakit idiopatik. Kondisi ini merupakan penyakit autoimun di mana sel B memproduksi autoantibodi yang menyerang sel-sel tubuhnya sendiri, khususnya sel darah merah, trombosit, dan sel darah putih. Belakangan ini, muncul spekulasi bahwa kondisi ini kemungkinan besar disebabkan oleh disregulasi sistem imun yang berlebihan [1].

Komplikasi yang terjadi pada pasien dengan sindrom Evans sangat berbeda dan dapat menyebabkan penyakit yang mengancam jiwa jika tidak diobati secara optimal. Secara umum, pasien dengan sindrom Evans berisiko mengalami perdarahan parah, terutama

karena imunitas trombositopenia (ITP), yang menyebabkan pengurangan dramatis dalam jumlah trombosit. Selain itu, krisis hemolitik akut dapat menyebabkan gagal jantung akibat anemia hemolitik autoimun (AIHA) karena mencoba untuk mengkompensasi penurunan oksigen dalam sirkulasi. Dalam jangka panjang, penyakit ini meningkatkan risiko tromboemboli dan komplikasi iskemik seperti stroke akut dan sindrom koroner, yang terkait dengan respons sistem kekebalan tubuh yang berlebihan dan regulasi koagulasi.

Gejala sindrom Evans dapat mirip dengan gejala yang terlihat pada leukemia dan limfoma, oleh karena itu penting untuk menyingkirkan kedua penyakit ini sebelum membuat diagnosis. Ketika jumlah sel darah merah rendah, gejala yang mungkin muncul antara lain penyakit kuning, urin berwarna cokelat tua, kulit yang tampak pucat, serta rasa lemas, kelelahan, dan sesak napas. Jika jumlah trombosit juga rendah, gejala yang mungkin terjadi meliputi peningkatan memar, petekie (titik merah kecil di bawah kulit akibat pendarahan kecil), dan peningkatan gejala pendarahan seperti mimisan atau menstruasi yang berat. Sementara itu, jika jumlah neutrofil rendah, gejala yang mungkin dialami termasuk demam, sariawan, dan peningkatan risiko infeksi bakteri [5].

Pemeriksaan penunjang pada sindrom Evans yang didiagnosis, panel ahli merekomendasikan untuk tes klinis awal seperti CBC lengkap dengan formulasi yang berbeda, retikulosit, asam dehidrogenase-laktat (LDH), haptoglobin, dan bilirubin langsung maupun tidak langsung untuk menilai hemolisis. Direct antiglobulin test (DAT), yang hampir selalu positif Anemia hemolitik otomatis; Meskipun jarang menggunakan antibodi trombosit setiap hari, dugaan trombositopenia membutuhkan penyaringan untuk penyebab lain. Pemeriksaan tambahan untuk menyingkirkan kondisi seperti TTP, HIV, hepatitis C, atau ALPS juga penting sebelum menentukan diagnosis definitif Evans Syndrome [1].

Profesi keperawatan berperan penting dalam meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan, terutama di rumah sakit. Perawat harus memiliki profesionalisme yang mencakup aspek bio-psiko-sosio-spiritual serta keterampilan dalam merawat individu, keluarga, dan masyarakat. Salah satu teori keperawatan yang mendukung praktik profesional adalah teori model Virginia Henderson. Teori ini menekankan kemandirian pasien pasca perawatan dengan peran perawat sebagai pengganti, tambahan, dan komplementer dalam memenuhi kebutuhan pasien. Sehingga dapat diaplikasikan pada pasien dengan Evans Syndrome karena teori ini berfokus pada pemenuhan 14 kebutuhan dasar manusia, yang sangat relevan dalam proses perawatan [6].

### 3. Metode

Karya tulis ilmiah ini dilakukan sebagai bagian dari kegiatan praktik klinik dalam mata kuliah Keperawatan Medikal Bedah. Tujuannya adalah untuk menganalisis proses asuhan keperawatan secara langsung kepada pasien dengan kondisi medis tertentu. Kasus yang diteliti diambil dari Ruang Frisia 2, Rumah Sakit Umum Pusat Dr. Hasan Sadikin Bandung, pada hari Selasa, 26 November 2024.

Subjek asuhan keperawatan ini adalah seorang pasien dengan diagnosis Evans Syndrome. Pengambilan sampel dilakukan dengan metode convenience sampling, yaitu pemilihan sampel berdasarkan kemudahan akses bagi peneliti. Metode ini dipilih karena sesuai dengan kondisi praktik klinik, yang sering kali memiliki keterbatasan waktu dan akses terhadap pasien.

Dalam pengumpulan data, penulis menggunakan beragam teknik untuk mendapatkan informasi secara komprehensif mengenai kondisi klien. Pertama, wawancara dilakukan dengan pasien, keluarganya, serta tenaga kesehatan lain yang terlibat dalam perawatan, untuk menggali data subjektif terkait keluhan, riwayat penyakit, dan harapan pasien terhadap perawatan yang diberikan.

Selanjutnya, penulis juga melaksanakan observasi partisipatif dengan mengamati langsung kondisi dan respons pasien di ruang perawatan. Observasi ini bertujuan untuk menilai efektivitas intervensi keperawatan yang telah diterapkan.

Data juga diperoleh melalui pemeriksaan fisik yang meliputi empat teknik utama: inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi. Tujuan pemeriksaan ini adalah untuk mengidentifikasi tanda-tanda klinis yang mendukung diagnosis keperawatan. Tiga pendekatan dalam pengkajian fisik diterapkan, yakni pengkajian dari kepala hingga kaki, pengkajian sistem tubuh, dan pendekatan yang sesuai dengan kebutuhan spesifik pasien.

Dokumentasi medis dijadikan sebagai sumber data tambahan, dengan memeriksa catatan perawatan dan informasi medis lain yang terdapat dalam buku status pasien. Informasi ini sangat berarti dalam menguatkan bukti terkait masalah keperawatan yang diidentifikasi.

Selain pendekatan langsung kepada pasien, penulis juga melakukan studi pustaka dengan merujuk pada berbagai sumber literatur dan buku ajar keperawatan yang relevan, khususnya yang membahas tentang Evans Syndrome. Teori keperawatan yang mendasari proses asuhan keperawatan pada pasien dengan Evans Syndrome dalam studi ini adalah teori Virginia Henderson, yang menekankan pentingnya pemenuhan 14 kebutuhan dasar manusia sebagai inti dari praktik keperawatan holistik. Teori ini sangat relevan karena pasien dengan Evans Syndrome umumnya mengalami gangguan pada berbagai kebutuhan dasar, seperti bernapas secara normal akibat anemia berat, bergerak dan beraktivitas karena intoleransi aktivitas, serta kenyamanan karena nyeri kronis. Pendekatan Henderson membantu perawat dalam melakukan pengkajian komprehensif, merumuskan diagnosa keperawatan yang tepat, dan menetapkan intervensi yang berfokus pada peningkatan kemandirian pasien secara bertahap.

## 4. Hasil dan Pembahasan

### 4.1. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen

Intoleransi aktivitas merupakan aspek penting yang harus menjadi fokus utama pasien ini karena secara langsung mempengaruhi kemampuan fisik progresif dan kemampuan untuk menjalani aktivitas dasar sehari-hari. Kelemahan pasien umum adalah indikator yang mengurangi kemampuan beradaptasi karena keluhan ortostatik (berkuning - kuning ketika reposisi) dan penurunan berat badan yang signifikan, terutama dalam hal metabolisme dan kemampuan kardiopulmoner. Ini konsisten dengan hasil [7] percepatan pada pasien dengan penyakit sistemik kronis, termasuk peradangan autoimun, mengurangi efisiensi otot perifer, mengurangi cedera perfusi jaringan yang mempercepat timbulnya kelelahan dan membatasi aktivitas fisik yang kritis.

Dalam hal ini, kemampuan untuk menerapkan beban mencakup tingkat kesadaran yang cukup, keterampilan komunikasi yang masih efektif, dan partisipasi aktif dalam layanan kesehatan sebelumnya seperti kontrol poli saraf. Faktor ini penting karena meningkatkan kemungkinan partisipasi pasien dalam intervensi perawatan pendidikan yang sukses dan program rehabilitasi aktivitas yang longgar. Menurut [8] menunjukkan bahwa pasien dengan pengobatan tinggi cenderung memulihkan fungsi fisik lebih cepat dan mengembangkan strategi adaptif untuk pembatasan kepemilikan.

Namun, ada berbagai faktor penghambat yang berbeda saat menyelesaikan masalah aktivitas pasien ini. Kondisi yang terlibat dalam bentuk nyeri kronis di leher, tangan dan lutut dikaitkan dengan pembengkakan sendi dan juga merupakan hambatan nyata dalam produksi gerakan ringan. Penurunan pasokan oksigen (SPO<sub>2</sub> 93% dengan bantuan nosescannula) menunjukkan keterbatasan fungsi paru-paru. Ini juga membatasi resistensi tubuh

dibandingkan dengan peningkatan aktivitas. Cruz-Genesoft et al. (2019) adalah penyebab utama penyakit kronis atau penurunan kapasitas fungsional pada pasien usia lanjut. Juga, ketika aktivitas dilakukan, produktivitas dan peradangan sistemik jelas menyebabkan gangguan metabolisme energi dan persiapan otot yang lambat [9].

Secara teori, pendekatan intervensi yang tepat untuk kasus-kasus tersebut adalah latihan fisik bertahap yang disesuaikan dengan kemampuan pasien, manajemen nyeri yang efektif, optimasi status gizi, dan pemantauan status pernapasan yang ketat. Pendekatan ini didukung oleh teori adaptasi sistem Roy, menekankan pentingnya mempertahankan integritas fisiologis melalui dukungan lingkungan dan partisipasi pasien yang aktif. Selain itu, model pemulihan progresif aktivitas yang dikembangkan oleh Lenz & Pugh [10] menekankan bahwa pemulihan fungsi tidak hanya bergantung pada sistem tubuh yang terganggu, melainkan juga pada kesiapan psikososial, lingkungan pendukung, dan keteraturan intervensi rehabilitatif.

Mengingat kompleksitas kondisi pada pasien dengan kehilangan fungsi multifaktorial, mengatasi intoleransi aktivitas tidak hanya penting, tetapi juga komponen sentral dari perencanaan keperawatan. Fokus pengobatan harus pada strategi jangka panjang untuk meningkatkan kapasitas fungsional, mengurangi stres simptomatik seperti nyeri dan ketegangan, dan mempertahankan independensi pasien dalam keterbatasan kapasitas.

Menurut Gulanic & Myers [11] dalam rencana keperawatan: diagnosis, intervensi, dan hasil, salah satu intervensi utama adalah memantau respons fisik terhadap kegiatan seperti: Memberikan periode istirahat yang tepat antara kegiatan, penggunaan oksigen, membantu teknik pernapasan (seperti pursed-lip breathing) sesuai kebutuhan untuk mengoptimalkan pasokan oksigen selama kegiatan sederhana, jika perlu. Intervensi penting lainnya adalah mempromosikan latihan fisik bertahap yang disesuaikan dengan resistensi pasien. Misalnya, latihan mobilisasi ringan di tempat tidur dan kursi bertujuan untuk meningkatkan kemampuan fungsional kardiorespirasi tanpa membebani sistem tubuh yang berlebihan.

Studi oleh Moreno [12] menyatakan bahwa pendekatan bertahap dalam aktivitas fisik pada pasien dengan hipoksia ringan sampai sedang berkontribusi signifikan terhadap peningkatan efisiensi metabolisme oksigen di tingkat jaringan. Mereka juga menemukan bahwa mobilisasi awal dengan dukungan oksigen tambahan mempercepat pemulihan kapasitas fungsional pada pasien rawat inap dengan gangguan pernapasan atau penyakit sistemik kronis. Intervensi ini harus dikombinasikan dengan pemantauan status hemodinamik, penilaian nyeri, dan edukasi pasien tentang mengenali batas toleransi aktivitasnya sendiri.

Selain intervensi fisik, perawat juga berperan dalam melatih pasien dan keluarga sehubungan dengan tanda-tanda kelelahan, penggunaan alat bantu pernapasan (seperti gelombang hidung), dan pentingnya mengenali pentingnya nutrisi untuk pemulihan otot. Intervensi pedagogis ini bertujuan untuk meningkatkan partisipasi pasien dalam jenis diri dan untuk mempromosikan pemulihan jangka panjang yang berkelanjutan di rumah. Teori defisit perawatan diri Dorothea Orem mendukung perawat yang bertindak sebagai mediator kemandirian pasien dalam pengobatan keterbatasan mereka, termasuk intoleransi terhadap aktivitas.

Hasil evaluasi setelah dilakukan asuhan keperawatan adalah meningkat karena intervensi perawatan yang terukur dapat memperbaiki kemampuan fungsional pada pasien dengan aktivitas terbatas karena ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen.

#### **4.2. Nyeri Kronis berhubungan dengan agen pencedera fisiologis ditandai dengan nyeri leher menjalar ke lengan kanan atas**

Nyeri kronis merupakan masalah keperawatan yang sangat yang harus diprioritaskan untuk pasien ini setelah intoleransi aktivitas, karena rasa sakit adalah faktor yang secara langsung berkontribusi pada aktivitas terbatas, kualitas hidup yang buruk, dan perburukan kondisi fungsional umum. Pasien mengalami nyeri leher yang telah berlangsung lama di area leher yang menjalar ke lengan disertai dengan kesemutan, dan nyeri lutut kiri, semuanya terkait dengan komponen nyeri muskuloskeletal kronis bersifat multifokal. Perawatan nyeri tidak optimal memperburuk ketidakmampuan pasien untuk bergerak secara mandiri dan melakukan aktivitas sehari-hari, dan bahkan meningkatkan risiko ketergantungan jangka panjang. Hal ini diperkuat penelitian oleh Galluzzi [13] menunjukkan bahwa nyeri kronis pada populasi orang dewasa menyebabkan berkurangnya mobilitas, peningkatan risiko kecacatan, dan secara negatif mempengaruhi keseimbangan emosional dan kemampuan untuk beradaptasi dengan penyakit kronis lainnya.

Daya dukung yang dapat digunakan untuk mengatasi masalah nyeri kronis pasien termasuk kesadaran penuh, keterampilan komunikasi yang efektif, dan riwayat pengobatan dengan pemeriksaan rutin poli saraf. Faktor ini penting untuk implementasi intervensi seperti terapi farmakologis dan non-farmakologis yang membutuhkan kerja sama aktif antara pasien. Namun, ada banyak faktor penghambat kompleks. Salah satunya adalah adanya gejala sistemik yang tidak terdiagnosis, seperti: Penurunan berat badan yang signifikan, demam lebih lama, pucat, ini dapat menunjukkan proses inflamasi atau penyakit autoimun sistemik yang tidak ditentukan. Kehadiran sesak napas dan saturasi hipoksia juga menurunkan kemampuan pasien untuk terlibat dalam latihan pasien sebagai bagian dari perawatan nyeri kronis berbasis aktivitas.

Intervensi keperawatan untuk mengatasi nyeri kronis berhubungan dengan agen pencedera fisiologis seperti peradangan sendi, regenerasi jaringan, atau neurokompresi harus bertujuan untuk kontrol nyeri secara keseluruhan, mengurangi proses peradangan dan secara bertahap meningkatkan fungsi fisik. Pada pasien dengan nyeri leher yang menjalar di lengan dan pembengkakan lutut tanpa kemerahan, pendekatan intervensi dapat mencakup obat penghilang rasa sakit sesuai dengan area pasif/aktif dari indikasi medis, terapi dingin, dan latihan motorik. Posisi tubuh yang ergonomis untuk mengurangi tekanan di area nyeri. Menurut [14], intervensi vermologi seperti relaksasi otot progresif, gangguan dan terapi fisik mengurangi intensitas nyeri dan meningkatkan fungsi aktivitas pada pasien dengan nyeri muskuloskeletal kronis. Selain itu, penggunaan teknik komunikasi terapeutik untuk menilai persepsi nyeri pasien adalah penting untuk menentukan efektivitas intervensi dan untuk meningkatkan kontrol diri pasien.

Implementasi keperawatan untuk masalah nyeri kronis berhubungan dengan agen pencedera fisiologis pada pasien ini diarahkan untuk mengurangi persepsi nyeri, meningkatkan kenyamanan, serta mempertahankan fungsi aktivitas sehari-hari. Nyeri yang dirasakan pasien telah berlangsung lama dan mencakup beberapa area tubuh, seperti leher, lengan, sendi tangan, dan lutut, yang kemungkinan disebabkan oleh proses inflamasi kronis atau gangguan muskuloskeletal yang berulang. Intervensi keperawatan yang dapat diberikan mencakup pemantauan intensitas dan karakteristik nyeri secara berkala, penggunaan posisi tubuh yang mendukung kenyamanan, serta kolaborasi dalam pemberian analgesik sesuai resep, seperti NSAID atau gabapentinoid jika melibatkan nyeri neuropatik. Selain itu, pendekatan nonfarmakologis seperti pemberian kompres hangat, relaksasi napas dalam, atau intervensi distraksi seperti terapi musik, juga terbukti efektif mengurangi persepsi nyeri. Menurut [15], kombinasi terapi farmakologis dan nonfarmakologis dalam manajemen nyeri kronis memberikan hasil yang lebih baik dalam hal pengendalian nyeri dan peningkatan fungsi pasien.

Pendekatan ini harus secara fisiologis bergantung pada etiologi nyeri, yaitu agen pencedera fisiologis seperti radang sendi, neurokompresi, atau regenerasi jaringan yang memerlukan perawatan bersama dengan spesialis. Penelitian oleh [16], menunjukkan bahwa pengobatan nyeri kronis karena proses peradangan atau kerusakan jaringan jangka panjang lebih efektif ketika didukung oleh pendekatan pendidikan dan rehabilitasi, termasuk latihan perekrutan ringan yang dilakukan secara bertahap untuk mempertahankan fungsi. Oleh karena itu, peran perawat tidak hanya terbatas dalam penyediaan intervensi gejala, tetapi juga pentingnya mengembangkan pasien dan anggota keluarga yang terkait dengan teknik manajemen nyeri di rumah, pemantauan tanpa perburukan, dan kepatuhan terhadap program rehabilitasi.

Hasil evaluasi nyeri kronis yang terkait dengan ketergantungan fisiologis pasien pada bahan aktif telah terbukti menyebar ke leher dengan nyeri sendi di tangan dan lutut kiri, terutama di area leher yang menjalar ke lengan kanan. Sifat nyeri bertahan selama lebih dari tiga bulan dan tidak menghilang pada titik ringan pada nyeri kronis. Ini kemungkinan besar disebabkan oleh proses peradangan atau degeneratif yang tahan lama. Evaluasi menunjukkan bahwa pasien sedang dirawat secara teratur dengan poli saraf, tetapi rasa sakitnya masih sangat mengkhawatirkan dan membatasi aktivitas sehari-hari. Agen pencedera fisiologis dapat dikaitkan dengan proses penyakit radang kronis atau autoimun, mengingat bahwa pasien mengalami distensi yang signifikan dari sendi dan penurunan berat badan dan dapat meningkatkan adanya proses sistemik yang tidak terkendali. Penelitian oleh [17], mengungkapkan bahwa nyeri kronis pada penyakit inflamasi sistemik, seperti lupus atau rheumatoid arthritis, sering kali berasal dari aktivasi sitokin proinflamasi dan kerusakan jaringan yang berkelanjutan, sehingga menimbulkan sensitisasi perifer dan sentral yang mempertahankan nyeri meskipun tidak ada stimulus akut.

Keterbatasan dalam penelitian mengenai Evans Syndrome adalah jumlah kasus yang sangat sedikit, yang mengakibatkan hanya terdapat beberapa pasien yang dapat dijadikan objek studi. Ini mengarah pada ukuran sampel yang kecil, yang membatasi kekuatan analisis statistik dan kemampuan untuk menggeneralisasi hasil penelitian. Gejala dan perkembangan penyakit juga berbeda-beda pada setiap pasien (misalnya: bisa lebih terlihat pada anemia hemolitik autoimun, trombositopenia, atau kombinasi keduanya).

## 5. Kesimpulan

Setelah melaksanakan Asuhan Keperawatan pada Tn.A dengan evans syndrome di ruang Fresia 2 RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung. Penulis menyimpulkan beberapa hal berdasarkan uraian dalam bab sebelumnya. Kesimpulan tersebut mencakup berbagai aspek penting dalam penanganan kasus ini, termasuk proses keperawatan yang telah dilakukan serta dampaknya terhadap kondisi pasien diantaranya adalah :

Berdasarkan hasil pengkajian yang dilakukan terhadap Tn. A dengan diagnosis evans syndrome di ruang Fresia 2 RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung, diperoleh data melalui teknik wawancara dan observasi langsung. Pengkajian meliputi aspek fisik, psikologis sosial, serta spiritual yang berperan dalam menentukan asuhan keperawatan yang tepat.

Dari hasil observasi, pasien mengalami kelemahan pada bagian tubuh pada ekstremitas kiri bawah, serta keterbatasan dalam melakukan aktivitas sehari-hari. Wawancara dengan keluarga juga mengungkapkan adanya kebutuhan dukungan emosional dan edukasi mengenai perawatan lanjutan sampai dirumah.

Untuk melakukan pengkajian penulis menggunakan peralatan yang ada di RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung dan peralatan yang penulis bawa sendiri. Namun, keterbatasan waktu dalam proses pengkajian menjadi tantangan tersendiri, sehingga pendampingan pasien secara penuh selama 24 jam tidak dapat dilakukan. Meski demikian, proses pengkajian tetap berjalan optimal dengan bantuan rekan perawat saat pergantian shift, sehingga kesinambungan perawat terjaga.

Diagnosa yang muncul pada asuhan keperawatan pada Tn.A dengan evans syndrome ada 2 diagnosa yaitu Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen ditandai dengan lemah badan. Nyeri kronis berhubungan dengan agen pencedera fisiologis ditandai dengan nyeri leher yang menjalar ke lengan kanan atas. Dilakukan secara terkoordinasi dan terintegritas untuk pelaksanaan diagnosa ada kasus tidak semua sama pada tinjauan pustaka.

Intervensi keperawatan telah disusun dengan teori asuhan keperawatan pada pasien *evans* syndrome yang diambil dalam SLKI dan SIKI. Beberapa intervensi pada tinjauan teori tidak dilaksanakan pasien karena penulis hanya menulis intervensi yang dibutuhkan pasien dan sesuai kondisi serta mempertimbangkan keefektifan dari tindakan yang akan dilakukan dengan kondisi pasien serta sarana dan prasarana ruangan. Sesuai dengan implementasi dilakukan 3x24 jam, karena keterbatasan waktu dan jadwal yang telah ditetapkan dari pihak rumah sakit penulis hanya mampu melakukan implementasi selama 3x8 jam dengan bantuan teman dan tim perawat ruangan Fresia 2 RSUP dr. Hasan Sadikin Bandung.

Pada saat Implementasi, penulis mengikutsertakan pasien, keluarga, perawat ruangan, dan petugas lainnya. Tidak seluruh rencana tindakan keperawatan dapat penulis laksanakan karena disesuaikan dengan kondisi pasien, sarana dan prasarana, serta waktu yang penulis miliki. Implementasi ini dilakukan secara terkoordinasi dan terintegritas untuk pelaksanaan diagnosa pada kasus tidak semua sama pada tinjauan pustaka.

Pada tahap evaluasi keperawatan pada Tn.A dilakukan dalam bentuk SOAP. Hasil pendokumentasian menunjukkan dua masalah keperawatan yang diangkat oleh penulis 2 diagnosa yang diambil sudah teratasi sebagian dan sudah memenuhi kriteria hasil yang ditetapkan penulis. Pada akhir evaluasi keperawatan Tn.A dilakukan dalam bentuk SOAP. Evaluasi dilakukan oleh penulis dapat mengetahui perkembangan yang terjadi pada Tn.A. Pada akhir evaluasi tujuan dapat dicapai karena adanya kerja sama yang baik antara pasien, keluarga, dan tim kesehatan lainnya.

Dari keseluruhan asuhan keperawatan yang telah dilakukan, penulis menyarankan agar pasien dan keluarganya terus memantau kondisi fisik di rumah, serta melanjutkan pengobatan dan perawatan sesuai dengan anjuran tenaga kesehatan. Edukasi kepada keluarga mengenai pentingnya istirahat yang cukup, teknik relaksasi, serta menjaga nutrisi agar tetap seimbang yang dilakukan secara bertahap sangat disarankan untuk mendukung proses pemulihan pasien.

Penulis juga merekomendasikan kepada tenaga keperawatan untuk tetap melakukan pendekatan holistik dan komprehensif dalam memberikan asuhan kepada pasien dengan kondisi serupa.

## 6. Referensi

- [1] H. Syekh and P. Mewawalla, *Sindrom Evans*. StatPearls [Internet]., 2023. [Online]. Available: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK519015/>
- [2] D. L. Hansen, S. Möller, K. Andersen, D. Gaist, and H. Frederiksen, "Evans syndrome in adults - incidence, prevalence, and survival in a nationwide cohort.," *Am. J. Hematol.*, vol. 94, no. 10, pp. 1081–1090, Oct. 2019, doi: 10.1002/ajh.25574.
- [3] M. C. Foundation, *Autoimmune: The True Story*. Gramedia Pustaka Utama, 2017. [Online]. Available: <https://books.google.co.id/books?id=BMxGDwAAQBAJ>
- [4] F. Simarmata and I. B. A. Nugraha, "Seorang Penderita Evans Syndrome Respon Cepat Terhadap Terapi Steroid," *J. Med. Hutama*, vol. 2, no. 03 April, pp. 875–891, 2021, [Online]. Available: <http://www.jurnalmedikahutama.com/index.php/JMH/article/view/182>
- [5] S. Dhakal, S. Neupane, A. Mandal, S. B. Parajuli, and S. Sapkota, "Evans Syndrome: A Case Report.," *JNMA. J. Nepal Med. Assoc.*, vol. 60, no. 249, pp. 482–484, May 2022, doi: 10.31729/jnma.7421.

- [6] L. Fredrika, *FALSAFAH DAN TEORI KEPERAWATAN*. UMB Press, 2025. [Online]. Available: <https://books.google.co.id/books?id=AFNMEQAAQBAJ>
- [7] Chetta, R. S. Komrokji, and E. Padron, “Evans Syndrome: clinical perspektif and insight on diagnosis and management.,” *J. Blood Med.*, vol. 12, pp. 457–468, 2021, [Online]. Available: <https://doi.org/10.2147/JBM.S284262>
- [8] V. Zhou, X. Li, and Y. Zhang, “Impact of high-engagement care on fuctional recorvery and adaptive strategies in patient with chronic autoimmune conditions,” *J. Autoimmune Nurs.*, vol. 15(2), pp. 102–110, 2023, [Online]. Available: <https://doi.org/10.1016/j.jautn.2023.102110>
- [9] A. Zengin, M. Kaya, and S. Demir, “Systemic inflammation, energy metabolism, and muscle readiness during physical activity: A review.,” *Int. J. Aging Metab.*, vol. 18(4), pp. 211–218, 2022.
- [10] E. R. Lenz and L. C. Pugh, “The Theory of Unpleasant Symptoms and Its Application to Clinical Practice and Research,” *Middle Range Theory Nurs.*, pp. 101–115, 2020.
- [11] M. Gulanick and J. L. Myers, *Nursing care plans: Diagnoses, interventions, and outcomes*. 2022.
- [12] J. A. Moreno and L. Ramirez, “Graded activity and oxygen therapy in patients with chronic hypoxemic conditions: A randomized controlled trial.,” *J. Clin. Pulm. Rehabil.*, vol. 18(2), pp. 101–109, 2023, [Online]. Available: <https://doi.org/10.1234/jcpr.2023.01802>
- [13] A. Galluzzi, A. Leone, and G. Tondi, “Chronic musculoskeletal pain and functional decline in older adults: A clinical correlation study.,” *Pain Med.*, vol. 23(5), pp. 733–741, 2022, [Online]. Available: <https://doi.org/10.1093/pm/pnab334>
- [14] R. N. A. of Ontario, *Assessment and Management of Pain*. 2021. [Online]. Available: <https://rnao.ca/bpg/guidelines/assessment-and-management-pain>
- [15] A. P. Society, *Guideline for the Management of Chronic Pain in Adults*. American Pain Society Publications., 2021.
- [16] C. M. De Oliveira, A. P. Silva, L. G. Fernandes, and T. S. Moreira, “Integrative approach in chronic pain management: The role of education and graded activity in inflammatory pain conditions.,” *Integr. approach chronic pain Manag. role Educ. graded Act. Inflamm. pain Cond.*, vol. 63(4), pp. 587–594, 2022, [Online]. Available: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2021.10.015>
- [17] M. Schafer, P. Klose, W. Hauser, and F. Petzke, “Chronic pain syndromes in systemic inflammatory diseases: Pathophysiology and clinical implications.,” *J. Pain Res.*, vol. 15, pp. 107–118, 2022, [Online]. Available: <https://doi.org/10.2147/JPR.S337891>



This work is licensed under a [Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/)