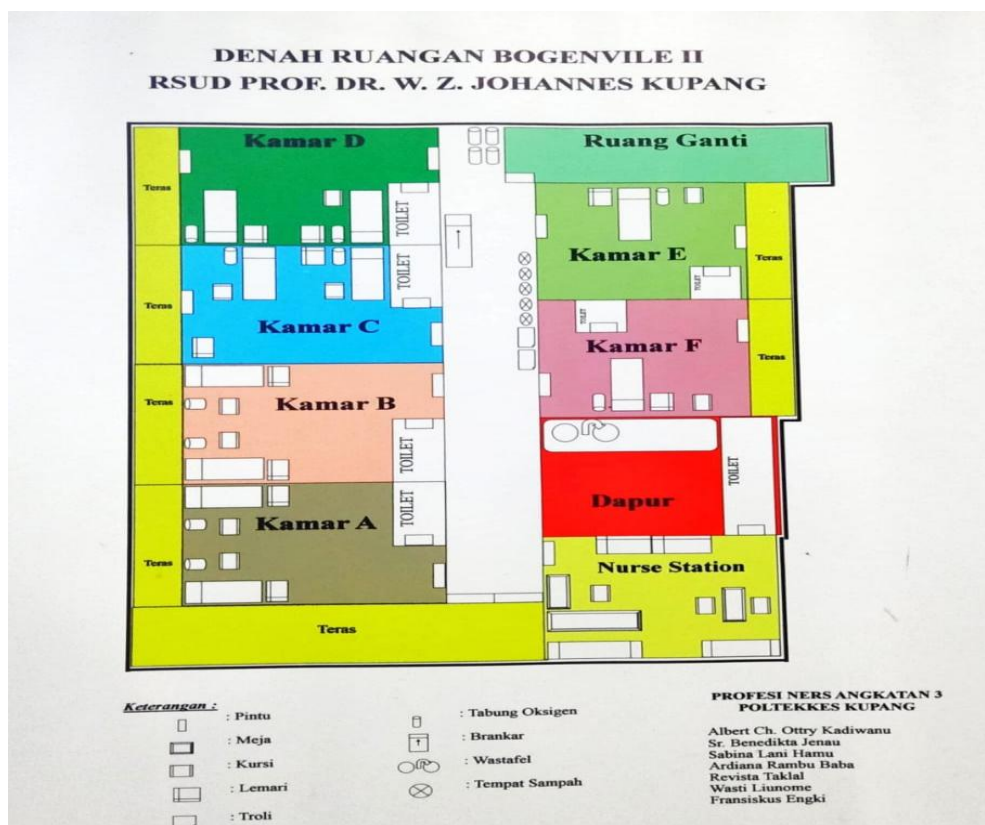


## BAB III LAPORAN KASUS

### 3.1 Gambaran umum Lokasi

Lokasi praktik pengambilan kasus dilaksanakan di RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang, tepatnya di Ruangan Bougenville 2. Ruangan Bougenville 2 merupakan salah satu ruangan rawat inap yang memberikan pelayanan keperawatan dan medis kepada pasien dengan berbagai kondisi kesehatan. Ruangan ini memiliki kapasitas sebanyak 10 tempat tidur dan dilengkapi dengan fasilitas penunjang pelayanan keperawatan, seperti tempat tidur pasien, oksigen, dan alat pemantau tanda-tanda vital. Pelayanan keperawatan di Ruangan Bougenville 2 dilakukan selama 24 jam oleh perawat yang bekerja secara shift serta berkolaborasi dengan tenaga kesehatan lainnya untuk memberikan asuhan keperawatan yang optimal kepada pasien.



### **3.2 Pengkajian**

Pengkajian di lakukan diruangan bogenvil 2 RSUD Prof.Dr.W.Z Johannes Kupang. Pada tanggal 12-januari-2026 jam 9:00 dengan hasil pengkajian :

#### **1. Identitas Pasien**

Nama Pasien Ny. R.D, Jenis Kelamin Perempuan, Umur/Tanggal lahir 45 tahun/4-08-1980, Status Perkawinan Menikah, Agama Kristen, Suku Bangsa WNI, Pendidikan Terakhir S1, Pekerjaan Guru, Alamat eobufu.

#### **2. Identitas Penanggung Jawab**

Nama Tn. Y, Jenis Kelamin Laki-laki, Pekerjaan Wiraswasta, Hubungan Dengan Klien suami, Alamat eobufu.

#### **3. Riwayat penyakit dahulu**

Pasien mengatakan nyeri pada pinggang menjalar ke bokong, pusing dan mudah lelah ketika melakukan aktivitas fisik dan pada tanggal 09-01-2026, jam 07:00 pasien datang untuk mengkonsultasikan keadaannya dengan dokter spesialis penyakit dalam dan setuju untuk di lakukan Tindakan perawatan lebih lanjut di ruangan bogenvil II RSUD prof.dr.W.Z johanes kupang pada tanggal 9-01-2026 jam 8;30

#### **4. Keluhan Utama**

Keluhan nyeri dirasakan pada bagian pinggang yang menjalar hingga ke daerah bokong, dengan intensitas nyeri yang muncul terutama saat melakukan aktivitas fisik. Pasien juga mengeluhkan sering merasa pusing dan mudah lelah, terutama ketika beraktivitas dalam waktu yang cukup lama atau melakukan pekerjaan yang membutuhkan tenaga. Keluhan tersebut menyebabkan aktivitas sehari-hari menjadi terganggu dan pasien cenderung membutuhkan waktu istirahat lebih banyak dari biasanya, pandangan kabur.

## 5. Riwayat keluhan Utama

Pada saat di kaji Pasien mengatakan nyeri pada pinggang menjalar ke bokong, pusing dan mudah lelah Ketika melakukan aktivitas fisik

## 6. Riwayat pemeriksaan fisik

- a) Keadaan umum : GCS E4 V5 M46 dengan tingkat kesadaran compos mentis. Tanda-tanda vital TD : 115/80 mmHg, nadi : 61 x/menit, frekuensi nafas : 22x/menit dan suhu 35°C ,SPO<sup>2</sup> 96%
- b) Kepala : Wajah tidak ada edema,sklera putih, konjungtiva merah muda ,berdenging pada telinga ,kekuatan berbicara dan menelan normal
- c) Ekstremitas sinistras: akral dingin crt >3 detik ,edema pada pergelangan kaki
- d) Ekstremitas dextra : edema pada pergelangan kaki
- e) Dada :bentuk dada simetris ,retraksi dinding dada,tidak ada bunyi suara tambahan
- f) Abdomen sinistras: simetris ,nyeri tekan dan teraba keras
- g) Genetalia :normal

## 7. Pemeriksaan penunjang

no	Jenis pemeriksaan	Nilai normal	Hasil pemeriksaan	Hari/tgl
1	Hemoglobin	12-14 g/dl	16.7 g/dl	11-01-2026
2	Eritrosit	4.20 10 <sup>6</sup> /uL	7.03 10 <sup>6</sup> /uL	11-01-2026
3	Hemotokrit	37 %	53.1%	11-01-2026
4	Trombosit	150-400 10 <sup>3</sup> /uL	426 10 <sup>3</sup> /uL	11-01-2026
5	Limfosit	20-40 %	12.7%	11-01-2026

## 8. Obat-obatan

Nama obat	Indikasi	Kontra-indikasi
Paracetamol	demam dan nyeri ringan–sedang.	penyakit hati berat, alkoholisme kronik, alergi obat.
Ranitidine	tukak peptikum, GERD, dispepsia, hipersekresi asam.	alergi ranitidine, porfiria akut, gangguan hati/ginjal.

Aspirin	nyeri, demam, pencegahan trombosis (jantung/stroke).	tukak lambung aktif, gangguan perdarahan, alergi aspirin, asma NSAID.
Invimidine	hipertensi, angina.	hipotensi berat, syok kardiogenik, stenosis aorta

### 3.4 Diagnosa keperawatan

- 1) Resiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan koagulapati D.0017

### 3.5 Perencanaan keperawatan

No	Tgl Jam	Diagnosa keperawatan	Luaran	Intervensi	Rasional
1	12-01-2026 9:00	Resiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan koagulapati D.0017	Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 3x8 jam maka diharapkan perfusi serebral meningkat dengan kriteria hasil : 1. Tingkat kesadaran Meningkat 2. Kognitif Meningkat 3. Sakit kepala menurun 4. Gelisah menurun 5. Cemas menurun 6. Agitasi menurun 1. Demam menurun	Perawatan sirkulasi  Observasi  1. Periksa sirkulasi perifer (mis. nadi perifer, edema, pengisapan kapiler, warna, suhu, ankle-brachial index) 2. Identifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi (mis, diabetes, perokok, orang tua, hipertensi dan kadar	1. Untuk menilai adekuasi perfusi jaringan perifer, mendeteksi dini adanya gangguan aliran darah arteri atau vena, serta menentukan tingkat keparahan gangguan sirkulasi. 2. Faktor-faktor tersebut meningkatkan risiko aterosklerosis dan kerusakan pembuluh darah, sehingga identifikasi dini membantu perencanaan pencegahan dan

			<ol style="list-style-type: none"> <li>2. MAP membaik</li> <li>3. TIK membaik</li> <li>4. Tekanan darah sistolik membaik</li> <li>5. Tekanan darah diastolik membaik</li> <li>6. Refleks saraf membaik</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>kolesterol tinggi)</li> <li>3. Monitor panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstremitas</li> <li>4. Terapeutik</li> <li>5. Hindari pemasangan infus atau pengambilan darah di area keterbatasan perfusi</li> <li>6. Hindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan berfungsi</li> <li>7. Hindari penekanan dan pemasangan tourniquet pada area yang cedera</li> <li>8. Lakukan pencegahan infeksi</li> <li>9. Lakukan perawatan kaki dan kuku</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>intervensi yang tepat.</li> <li>3. Tanda-tanda tersebut dapat mengindikasikan inflamasi, infeksi, trombosis, atau gangguan perfusi yang memerlukan penanganan segera.</li> <li>4. Untuk mencegah cedera jaringan, penyembuhan luka yang buruk, dan risiko infeksi akibat aliran darah yang tidak adekuat.</li> <li>5. Tekanan manset dapat memperburuk iskemia dan menghambat aliran darah pada ekstremitas yang sudah mengalami gangguan perfusi.</li> <li>6. Penekanan dapat memperparah iskemia jaringan dan</li> </ol>
--	--	--	---	--	---

				<p>10. Lakukan hidrasi Edukasi</p> <p>11. Anjurkan berolahraga rutin</p> <p>12. Anjurkan menghindari penggunaan obat penyakit beta</p> <p>13. Anjurkan melakukan perawatan kulit yang tepat (mis. melembabkan kulit kering pada kaki)</p> <p>14. Anjurkan program rehabilitasi vaskuler</p> <p>15. Ajarkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi (mis. rendah lemak jenuh, minyak ikan omega 3)</p> <p>16. Informasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan (mis. rasa sakit yang</p>	<p>meningkatkan risiko nekrosis akibat terhambatnya aliran darah.</p> <p>7. Perfusi yang buruk menurunkan respons imun lokal sehingga meningkatkan risiko infeksi yang sulit sembuh.</p> <p>8. Untuk mencegah luka, ulkus, dan infeksi yang sering terjadi pada pasien dengan gangguan sirkulasi perifer, terutama pada penderita diabetes.</p> <p>9. Hidrasi yang adekuat membantu mempertahankan volume darah dan viskositas yang optimal sehingga mendukung aliran darah perifer.</p> <p>10. Aktivitas fisik meningkatkan</p>
--	--	--	--	---	--

				<p>tidak hilang saat istirahat, luka tidak sembuh, hilangnya Rasa)</p>	<p>sirkulasi darah, memperbaiki fungsi endotel pembuluh darah, dan mengurangi risiko penyakit vaskular</p> <p>11. Obat beta blocker tertentu dapat menyebabkan vasokonstriksi perifer sehingga memperburuk aliran darah ke ekstremitas.</p> <p>12. Kulit kering mudah pecah dan menjadi pintu masuk infeksi, terutama pada area dengan perfusi yang buruk.</p> <p>13. Rehabilitasi vaskuler membantu meningkatkan kapasitas fungsional, memperbaiki aliran darah, dan mengurangi gejala klaudikasio.</p>
--	--	--	--	--	--

2	15-01-2026  10:00	Gangguan integritas kulit berhubungan dengan perubahan sirkulasi ditandai dengan kerusakan jaringan dan kulit	<p>Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan diharapkan integritas kulit dan jaringan meningkat dengan kriteria hasil</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Elastisitas meningkat</li> <li>2. Hidrasi meningkat</li> <li>3. Perfusi jaringan meningkat</li> <li>4. Kerusakan jaringan menurun</li> <li>5. Kerusakan kulit menurun</li> <li>6. Nyeri menurun</li> <li>7. Perdarahan menurun</li> <li>8. Kemerahan menurun</li> <li>9. Suhu kulit membaik</li> <li>10. Sensasi membaik</li> <li>11. Jaringan parut membaik</li> </ol>	<p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit</li> <li>2. Terapeutik</li> <li>3. Ubah posisi tiap 2 jam</li> <li>4. Bersihkan perineal dengan air</li> <li>5. Gunakan minyak yang kulit kering</li> <li>6. Edukasi</li> <li>7. Anjurkan menggunakan pelembab</li> <li>8. Anjurkan minum air yang cukup</li> <li>9. Anjurkan mandi dan menggunakan sabun yang cukup</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Untuk menilai dan mengetahui perawatan yang perlu di berikan</li> <li>2. Menghindari dan menjaga kulit dari panas tubuh</li> <li>3. Membersihkan sekitar kulit dari bakteri</li> <li>4. Menjaga kulit tetap basah</li> <li>5. Menghindari pertumbuhan jamur dan tetap lembab</li> <li>6. Memastikan hidrasi yang cukup ‘ Memastikan tidak adanya penyebaran bakteri</li> </ol>
---	-------------------------	---	---	--	--

### 3.6 Implementasi keperawatan

No	Hari/tgl	Diagnosa	Jam	Implementasi keperawatan	Ttd perawat
1	12-01-2026	Perfusi perifer tidak efektif b.d penurunan aliran darah arteri dan vena	8:30 9:30 10:00 11:00 12:20 13:00	<p>1. Melakukan pengkajian pada pasien</p> <p>2. memeriksa sirkulasi perifer nadi perifer, edema, pengisapan kapiler, warna, suhu, :<i>Hasil: TD 115/80, nadi 61 x/m ,rr 22x/m, suhu 35*c, saturasi 95%, pembengkakan pada pergelangan kaki ,crt&gt;3 detik ,kulit pucat ,akral dingin</i></p> <p>3. Monitor panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstremitas <i>Hasil : nyeri pada pinggang menjalar ke bokong ,gatal-gatal pada kulit</i></p> <p>4. Memonitor resiko gangguan sirkulasi <i>Hasil; resiko hipertensi</i></p> <p>5. Menganjurkan klompres hangat pada area adema <i>Adema menurun</i></p> <p>6. Melakukan perawatan infus untuk mencegah pembengkakan pada area infus <i>Hasil: pasien lebih nyaman pada area infus</i></p> <p>7. Menganjurkan pada pasien untuk Informasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan jika ada rasa sakit yang tidak hilang</p>	

				<p>saat istirahat, luka tidak sembuh.</p> <p><i>Hasil: pasien mengerti dan patuh</i></p> <p>8. Melayani obat paracetamol 1x500 mg</p> <p>9. Mengganti cairan infus ns 30 tpm</p> <p>10. Memonitor intake output cairan</p> <p><i>Minum 600 cc</i> <i>Sisa infus 200 cc</i> <i>Bak 400 cc</i></p> <p>11. Memonitor kondisi pasien</p> <p><i>Evaluasi</i></p>	
	13-01-2026		<p>8:00</p> <p>10:00</p> <p>11:00</p> <p>12:45</p>	<p>12. Memonitor kondisi umum pasien</p> <p><i>Hasil: pasien sudah mandi, BAB, BAK, makan, dan minum obat, bad rapi dan bersih</i></p> <p>13. memeriksa sirkulasi perifer nadi perifer, edema, pengisapan kapiler, warna, suhu</p> <p><i>Hasil: TD 130/80, nadi 62, rr 21 x/m, saturasi oksigen 96%, suhu 35, CRT &gt; 3, akral dingin, kulit pucat</i></p> <p>14. Mendukung proses flebotomi</p> <p><i>Hasil: pengambilan darah 350 ml, kekentalan darah menurun.</i></p> <p>15. Melayani pemberian obat ranitidine 1 ampl 25 mg</p> <p>16. Melakukan perawatan luka post flebotomi</p>	

			13:30	<p>17. Mengganti laken yang terkena cairan post flebotomi</p> <p>18. Memonitor intake output cairan <i>Minum 500 cc</i> <i>Bak 300 cc</i> <i>Sisa infus 400 cc</i></p> <p>19. Memonitor keadaan umum pasien <i>Evaluasi</i></p>	
	14-01-2026		<p>8:00</p> <p>9:00</p> <p>10:45</p> <p>11:00</p> <p>12:00</p> <p>13:30</p>	<p>20. Memonitor kondisi pasien</p> <p>21. memeriksa sirkulasi perifer nadi perifer, edema, pengisapan kapiler, warna, suhu Td 110/60, nadi 60,rr 20 ,saturasi 98%,s 36*c,crt,&lt;3 detik</p> <p>22. Mendukung proses biopsi sst</p> <p>23. Menganjurkn pasien berbaring 2 jam post biopsy</p> <p>24. memonitor intake output cairan</p> <p>25. Melayani obat atorvastatin 1x20 mg po</p> <p>26. Memantau resiko gangguan sirkulasi <i>Hasil:resiko hipertensi menurun.</i></p> <p>27. Memonitor kondisi pasien <i>Evaluasi</i></p>	

### 3.7 evaluasi keperawatan

No	Tanggal dan jam	Evaluasi	Ttd
1	12-01-2026	<b>Subjektif :</b>	

	14:00	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mengatakan nyeri pada pinggang dan bokong menurun</li> <li>2. Pasien mengatakan pusing dan Lelah Ketika melakukan aktivitas fisik</li> </ol> <p><b>Objektif:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. K/u cukup baik</li> <li>4. Pasien tampak pucat ,kulit gatal</li> <li>5. Akral dingin</li> <li>6. Kesadaran compos mentis</li> <li>7. Capillary refill &gt;3 detik</li> <li>8. Edema pada pergelangan kedua kaki menurun</li> <li>9. Tekanan darah 125/90 mmhg</li> <li>10. Nadi 61 x/menit</li> <li>11. Pernapasan 22 x/menit</li> <li>12. Saturasi O2 96 %</li> <li>13. Suhu badan 35*c</li> <li>14. Hb 16,7 g/dl</li> <li>15. Eritrosit 7,03 10<sup>6</sup>/ul</li> <li>16. Hematokrit 53,1</li> <li>17. Leukosit 12.48 10<sup>3</sup>/ul</li> <li>18. Eosinophil 6%</li> <li>19. Trombosit 426.00 10<sup>3</sup>/ul</li> <li>20. Resiko hipertensi</li> </ol> <p><b>Assessment</b> : masalah risiko perfusi serebral tidak efektif belum teratasi</p> <p><b>Planning</b> ; intervensi di lanjutkan</p>	
	13-01-2026 14:00	<p><b>Subjektif :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>21. Pasien mengatakan nyeri pada pinggang dan bokong berkurang</li> <li>22. Pasien mengeluh pusing dan Lelah Ketika melakukan aktivitas fisik berkurang</li> </ol> <p><b>Objektif:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>23. K/u cukup baik</li> <li>24. Pasien tampak pucat</li> <li>25. Akral dingin</li> <li>26. Kesadaran compos mentis</li> <li>27. Capillary refill &gt;3 detik</li> <li>28. Tekanan darah 130/80 mmhg</li> <li>29. Nadi 61 x/menit</li> <li>30. Pernapasan 22 x/menit</li> </ol>	

		<p>31. Saturasi O<sub>2</sub> 96 %  32. Suhu badan 35*c  33. Hb 16,7 g/dl  34. Eritrosit 7,03 10<sup>6</sup>/ul  35. Hematokrit 53,1  36. Leukosit 12.48 10<sup>3</sup>/ul  37. Eosinophil 6%  38. Trombosit 426.00 10<sup>3</sup>/ul</p> <p><b>Assessment</b> : masalah risiko perfusi serebral tidak efektif teratasi Sebagian  <b>Planning</b> ; intervensi di lanjutkan</p>	
	14-01-2026 14:00	<p><b>Subjektif :</b>  39. Pasien mengatakan nyeri pada pinggang dan bokong menurun  40. Pasien mengatakan pusing dan Lelah menurun</p> <p><b>Objektif:</b>  41. K/u cukup baik  42. Warna kulit pucat menurun  43. Akral membaik  44. Kesadaran compos mentis  45. Pengisian darah kapiler crt &lt;3 detik  46. Tekanan darah membaik 110/90 mmhg  47. Nadi 61 x/menit  48. Pernapasan 22 x/menit  49. Saturasi O<sub>2</sub> 96 %  50. Suhu badan 35*c  51. MAP membaik 96 mmhg</p> <p><b>Assessment</b> : masalah risiko perfusi serebral tidak efektif teratasi  <b>Planning</b> ; intervensi di hentikan</p>	
2	15-01-2026	<p><b>Subjektif :</b>  52. Pasien mengatakan merasa lebih nyaman setelah perawatan luka</p> <p><b>Objektif:</b>  53. K/u cukup baik  54. Warna kulit pucat menurun  55. Akral membaik  56. Kesadaran compos mentis  57. Karusakan jaringan menurun</p>	

		58. Tekanan darah membaik 110/90 mmhg 59. Nadi 61 x/menit 60. Pernapasan 22 x/menit 61. Saturasi O2 96 % 62. Suhu badan 35*c <b>Assessment</b> : masalah gangguan integritas kulit teratasi Sebagian <b>Planning</b> ; intervensi di hentikan	
--	--	---	--

### 3.8 Dokumentasi

Pada umumnya, dokumentasi keperawatan pada pasien dengan MPN dan risiko perfusi serebral tidak efektif mencakup pencatatan status neurologis, seperti kesadaran, fungsi motorik, dan kekuatan otot. Selain itu, perawat juga mencatat kondisi sirkulasi serebral, seperti tekanan darah, detak jantung, dan tanda-tanda hipoperfusi seperti peningkatan suhu tubuh, perubahan warna kulit, atau perubahan pada tingkat kesadaran. Dalam kasus pasien yang menjalani prosedur invasif, seperti pemasangan kateter atau selang, perawat mendokumentasikan risiko infeksi yang dapat timbul akibat prosedur tersebut. Dokumentasi mencakup pemantauan tanda-tanda infeksi seperti kemerahan, nyeri, pembengkakan, keluarnya sekret, serta perubahan suhu tubuh pasien. Perawat juga mencatat tindakan pemantauan perfusi serebral dan tekanan darah secara berkala, penerapan teknik aseptik dalam perawatan selang, serta pemberian edukasi kepada pasien dan keluarga mengenai pengelolaan risiko perfusi serebral dan pencegahan infeksi sesuai standar asuhan keperawatan (Herdman & Kamitsuru, 2018). Evaluasi menunjukkan bahwa perfusi serebral tetap adekuat dan tidak ditemukan tanda gangguan perfusi atau infeksi selama masa perawatan (Lachman & Ferguson, 2021).

### 3.9 Pembahasan

Menurut Bickhy Phata (2023), neoplasma mieloproliferatif merupakan kelompok keganasan hematologi kronis yang ditandai dengan produksi berlebihan sel darah merah, sel darah putih, atau trombosit di sumsum tulang akibat mutasi genetik seperti JAK2, CALR, dan MPL. Kondisi ini dapat menyebabkan peningkatan viskositas darah sehingga aliran darah menjadi lebih lambat dan berpotensi menimbulkan gangguan perfusi jaringan, termasuk perfusi serebral.

Menurut Smeltzer dan Bare (2020), peningkatan jumlah sel darah pada neoplasma mieloproliferatif dapat menyebabkan darah menjadi lebih kental sehingga meningkatkan risiko terjadinya trombosis dan gangguan sirkulasi darah ke organ vital seperti otak. Keadaan ini dapat menimbulkan berbagai gejala seperti sakit kepala, pusing, kelelahan, serta gangguan neurologis yang berkaitan dengan penurunan perfusi serebral.

Menurut peneliti dalam studi kasus **Asuhan Keperawatan pada Ny. R dengan Neoplasma Mieloproliferatif dalam Pencegahan Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif di Ruang Bougenvil II RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang**, kondisi pasien menunjukkan adanya tanda-tanda gangguan sirkulasi seperti akral dingin, capillary refill time lebih dari 3 detik, serta hasil pemeriksaan laboratorium yang menunjukkan peningkatan hemoglobin, eritrosit, hematokrit, dan trombosit. Peningkatan komponen darah tersebut dapat menyebabkan darah menjadi lebih kental sehingga meningkatkan risiko terjadinya gangguan perfusi serebral.

Selain itu, pasien juga mengeluhkan pusing, mudah lelah saat beraktivitas, serta nyeri pada pinggang yang menjalar ke bokong. Keluhan tersebut berkaitan dengan penurunan perfusi jaringan akibat gangguan aliran darah yang disebabkan oleh peningkatan viskositas darah. Oleh karena itu, peran perawat sangat penting dalam melakukan pemantauan tanda-tanda vital, memonitor sirkulasi perifer, serta memberikan intervensi keperawatan untuk mencegah terjadinya komplikasi yang lebih berat.

Dengan pemberian asuhan keperawatan yang tepat, seperti pemantauan sirkulasi, pemberian terapi sesuai program medis, edukasi kepada pasien, serta pemantauan kondisi pasien secara berkala, maka risiko terjadinya perfusi serebral tidak efektif dapat diminimalkan. Asuhan keperawatan yang komprehensif juga dapat membantu meningkatkan kondisi pasien, mencegah komplikasi, serta meningkatkan kualitas hidup pasien selama masa perawatan.