

KARYA TULIS ILMIAH
ASUHAN KEPERAWATAN
PADA TN.Y DENGAN *CHRONIC MYELOID LEUCEMIA (CML)*
DI RUANGAN KELIMUTU RSUD. PROF.DR.W.Z.JOHANNES KUPANG



NADA BELLASITA JINNIARTY LUBALU

NIM : PO.530320115085

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
BADAN PEMBERDAYAAN DAN PENGEMBANGAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
JURUSAN KEPERAWATAN
PRODI D III KEPERAWATAN
2018

KARYA TULIS ILMIAH

ASUHAN KEPERAWATAN

PADA AN.Y DENGAN *CHRONIC MYELOID LEUCEMIA (CML)*

DI RUANGAN KELIMUTU RSUD. PROF.DR.W.Z.JOHANNES KUPANG

**Karya Tulis Ilmiah ini disusun sebagai salah satu persyaratan untuk
Menyelesaikan studi pada program Studi Diploma III Keperawatan
Dan mendapatkan gelar Ahli Madya Keperawatan**



NADA BELLASITA JINNIARTY LUBALU

NIM : PO.530320115085

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
BADAN PEMBERDAYAAN DAN PENGEMBANGAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
JURUSAN KEPERAWATAN
PRODI D III KEPERAWATAN
2018**

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Nada Bellasita Jinniarty Lubalu

NIM : PO.530320115085

Program Studi : Keperawatan

Institusi : Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Laporan Karya Tulis Ilmiah yang saya tulis ini adalah benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri dan bukan merupakan pengambil alihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai hasil tulisan atau pikiran saya sendiri.

Apabila di kemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan Studi Kasus ini hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Kupang, 02 Juli 2018

Pembuat Pernyataan



Nada Bellasita Jinniarty Lubalu

NIM : PO.530320115085

Mengetahui

Pembimbing



Elisabeth Herwanti, SKp., M.Kes

NIP : 19580901 198502 2 001

LEMBAR PERSETUJUAN

Laporan Karya Tulis Ilmiah

oleh Nada Bellasita Jinniarty Lubalu, NIM: PO.530320115085

dengan judul “Asuhan Keperawatan pada An.Y dengan *Chronic Myeloid Leucemia*
(*CML*) di Ruang Kelimutu RSUD Prof.Dr.W.Z. Yohanes Kupang”,

telah diperiksa dan disetujui untuk diujikan.

Mengetahui

Pembimbing



Elisabeth Herwanti, SKp., M.Kes

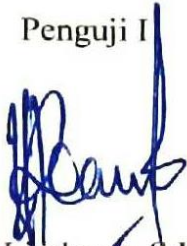
NIP : 19580901 198502 2 001

LEMBAR PENGESAHAN

Laporan Karya Tulis Ilmiah
oleh Nada Bellasita Jinniarty Lubalu, NIM : PO.530320115085
dengan judul “Asuhan Keperawatan pada An.Y dengan *Chronic Myeloid Leucemia*
(CML) di Ruang Kelimutu RSUD. Prof.Dr.W.Z. Johannes Kupang”
telah dipertahankan di depan dewan penguji pada tanggal 02 Juli 2018

Dewan Penguji

Penguji I



Ns. Kori Limbong, S.Kep.,M.Kep

NIP : 19780202 200212 2 001

Penguji II



Elisabeth Herwanti, SKp., M.Kes

NIP : 19580901 198502 2 001

Mengesahkan

Ketua Jurusan Keperawatan

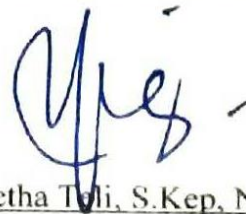


M. Margaretha U.W, SKp., MHSc

NIP : 1956217 198603 2 001

Mengetahui

Ketua Program Studi



Margaretha Toli, S.Kep, Ns., MSc-PH

NIP : 19770727 200003 2 002

KATA PENGANTAR

Puji syukur saya panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Kuasa atas segala berkat dan rahmat-Nya sehingga setelah melalui proses yang sedemikian panjang, akhirnya saya dapat menyelesaikan penyusunan Karya Tulis Ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan pada An.Y dengan *Chronic Myeloid Leucemia (CML)* Di Ruang Kelimutu RSUD Prof.Dr.W.Z Yohanes Kupang”.

Saya menyadari sepenuhnya bahwa penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini tidak akan berhasil tanpa bantuan serta bimbingan dari berbagai pihak baik secara langsung maupun tidak langsung. Untuk itu pada kesempatan ini saya mengucapkan terima kasih kepada :

- Ibu Elisabeth Herwanti, S.Kp., M.Kes selaku dosen pembimbing sekaligus penguji dua yang telah memberikan arahan dan masukan yang sangat bermanfaat dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
- Ibu Kori Limbong, S.Kep, Ns., M.Kep selaku dosen penguji satu yang telah memberikan masukan dalam memperbaiki hasil Karya Tulis Ilmiah ini.
- Ibu Dr. Sabina Gero, SKp.,MHSc selaku dosen pembimbing akademi selama tiga tahun ini, yang telah membimbing dan memberikan motivasi yang sangat bermanfaat bagi saya.
- Ibu M.Margaretha U.W, S.Kp., MHSc selaku Ketua Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang yang telah memberikan kesempatan untuk menimba ilmu di Kampus Keperawatan Poltekkes Kupang.
- Bapak Adrianus Pa, S.Kep, Ns selaku Kepala Ruangan Kelimutu RSUD.Prof.Dr.W.Z Yohanes Kupang sekaligus penguji dua di lahan praktik yang telah memberikan bimbingan serta arahan dalam praktik keperawatan secara nyata di rumah sakit.
- Semua dosen Program studi D III Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kupang yang dengan sabar telah membimbing dan memberikan ilmu keperawatan yang sangat bermanfaat.
- Kedua orangtua, oma opa, dan keluarga ku yang terbaik sepanjang masa, yang selalu mendukung pendidikan saya.

- Teman-teman mahasiswa Program Studi D III Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kupang kelas 3B dan semua pihak yang tidak sempat saya sebutkan satu persatu, yang telah memberikan dukungan.

Semoga laporan studi kasus ini dapat bermanfaat bagi pengembangan ilmu dalam bidang keperawatan.

Kupang, 01 Juli 2018

Penulis

ABSTRAK

Nada Bellasita Jinniarty Lubalu, NIM : PO530320115085, Asuhan Keperawatan pada An.Y dengan *Chronic Myeloid Leucemia (CML)* di Ruang kelimutu RSUD Prof.Dr.W.Z.Yohanes Kupang

Leukemia mieloid kronis (LMK) atau disebut juga *chronic myeloid leucemia (CML)* adalah salah satu jenis leukemia (kanker sel darah putih) yang ditandai dengan adanya proliferasi pada mieloid/granulosit yang tak terkendali. Tujuan studi kasus ini adalah untuk dapat menerapkan asuhan keperawatan pada An.Y dengan *CML* di Ruang Kelimutu RSUD Prof.Dr.W.Z. Yohanes Kupang. Metode yang digunakan adalah dengan melakukan asuhan keperawatan secara langsung kepada An.Y selama empat hari. Dari hasil pengkajian, ditemukan pasien mengeluh lemas seluruh badan dan kurang nafsu makan, pasien tampak pucat, kurus dan lemah, leukosit $45,54 \text{ H } 10^3/\text{ul}$, hemoglobin 9,3, L g/dL, BB 46 kg, TB 170 cm. Risiko infeksi berhubungan dengan gangguan kematangan sel darah putih menjadi prioritas diagnosa keperawatan, yaitu apabila kriteria hasil leukosit dalam batas normal dapat mempercepat penyelesaian masalah lain. Intervensi keperawatan yang direncanakan adalah pencegahan infeksi, pengaturan hemodinamik dan manajemen nutrisi. Tindakan keperawatan yang dilakukan adalah memonitor hasil laboratorium, melakukan tindakan pencegahan infeksi (merawat infus, mengganti linen, mengajarkan cara cuci tangan yang benar), melakukan kolaborasi terapi antibiotik, memberikan transfusi trombosit, dan memonitor status nutrisi. Setelah empat hari perawatan, pasien belum mencapai kriteria evaluasi yang diharapkan dimana pasien masih mengeluh lemas, nafsu makan masih kurang, pasien tampak pucat dan lemah, leukosit $88,45 \text{ H } 10^3/\text{ul}$, hemoglobin 9,1 L g/dL, trombosit $11 \text{ H } 10^3/\text{ul}$, BB 46 kg. Hal ini dikarenakan penyakit tersebut merupakan penyakit kronis yang penyembuhannya memerlukan waktu cukup lama, sementara pasien masih berada dalam penanganan awal dan pengobatan yang diberikan belum tuntas. Diharapkan asuhan keperawatan kepada pasien dengan leukemia dapat diberikan secara holistik dan komprehensif.

Kata kunci : *Asuhan Keperawatan, Chronic Myeloid Leucemia (CML)*

DAFTAR ISI

PERNYATAAN KEASLIAN	i
PERSETUJUAN.....	ii
PENGESAHAN PENGUJI	iii
KATA PENGANTAR	iv
ABSTRAK.....	v
DAFTAR ISI	vii
DAFTAR BAGAN	ix
DAFTAR LAMPIRAN	x
BAB 1 PENDAHULUAN	1
o LATAR BELAKANG MASALAH.....	1
o TUJUAN	4
o MANFAAT	4
BAB 2 TINJAUAN TEORI.....	5
2.1. KONSEP TEORI	5
2.1.1. Pengertian <i>Chronic Myeloid Leucemia</i>	5
2.1.2. Penyebab	6
2.1.3. Patofisiologi	6
2.1.4. Gambaran Klinis	7
2.1.5. Pemeriksaan Diagnostik.....	10
2.1.6. Pengobatan.....	10
2.2. KONSEP ASUHAN KEPERAWATAN.....	14
2.2.1. Pengkajian.....	14
2.2.2. Diagnosa Keperawatan	16
2.2.3. Rencana Keperawatan.....	17
2.2.4. Implementasi Keperawatan.....	23
2.2.5. Evaluasi Keperawatan.....	23
BAB 3 HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN	24
3.1. HASIL STUDI KASUS	24
3.2. PEMBAHASAN	31
3.3. KETERBATASAN STUDI KASUS	37

BAB 4 KESIMPULAN DAN SARAN	38
4.1. KESIMPULAN	38
4.2. SARAN	39

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR BAGAN

Patofisiologi Keperawatan	9
---------------------------------	---

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 : Jadwal Kegiatan
- Lampiran 2 : Asuhan Keperawatan
- Lampiran 2 : Lembar Konsultasi

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Nama : Nada Bellasita Jinniarty Lubalu
Tempat/tanggal lahir : Babau, 06 Januari 1998
Jenis Kelamin : Perempuan
Agama : Kristen Protestan
Alamat : Jln. Timor Raya Km.27 RT/RW 024/008 Kel.
Babau Kec. Kupang Timur Kab. Kupang

Riwayat Pendidikan :

- TK Imanuel Oesao tahun lulus 2003
- SD Inpres Babau tahun lulus 2009
- SMP Negeri 1 Kupang Timur tahun lulus 2012
- SMA Negeri 1 Kupang Timur tahun lulus 2015
- Prodi D III Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kupang

Riwayat Pekerjaan : Belum pernah bekerja
Riwayat Organisasi : -
Publikasi : -

MOTTO

“Kebahagiaan membuat kita ceria, cobaan membuat kita sabar. Kegagalan membuat kita rendah hati. Sukses membuat kita semangat. Tetapi hanya Tuhan yang membuat kita berarti

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1. LATAR BELAKANG MASALAH

Leukemia adalah kanker dari salah satu jenis sel darah putih di sumsum tulang, yang menyebabkan proliferasi salah satu jenis sel darah putih dengan menyingkirkan jenis sel lain. Sel-sel kanker ini mengalami proliferasi tanpa terkendali dan menghambat semua sel darah lain di sumsum tulang untuk berkembang secara normal dan pada akhirnya sel-sel abnormal ini akan tertimbun di sumsum tulang (Corwin, 2009).

Leukemia adalah penyakit keganasan pada jaringan hematopoetik yang ditandai dengan penggantian elemen sumsum tulang normal oleh sel darah abnormal atau sel leukemik. Hal ini disebabkan oleh proliferasi tidak terkontrol dari klon sel darah imatur yang berasal dari sel induk hematopoetik. Sel leukemik tersebut juga ditemukan dalam darah perifer dan sering menginvasi jaringan retikuloendotelial seperti limpa, hati, dan kelenjar *limfe* (Jurnal Kesehatan Andalas, 2012).

Menurut data statistik kanker *Surveillance, Epidemiology, and End Results Program National Cancer Institute*, prevalensi leukemia sebesar 13,7 per 100.000 populasi per tahun, dan jumlah kematian leukemia sebesar 6,8 per 100.000 populasi per tahun. Pada tahun 2017 diperkirakan sebanyak 62.130 kasus baru leukemia dan 24.500 orang akan meninggal karena leukemia. Leukemia berada di urutan ke-9 dilihat dari prevalensi kejadiannya, yaitu sebesar 3,7% dari seluruh kanker di *United States*.

Pada tahun 2016, di AS diperkirakan ada sekitar 8.220 kasus baru leukemia mieloid kronis (LMK) dan sekitar 1.070 orang meninggal karena penyakit tersebut. Usia median saat didiagnosis leukemia mieloid kronis 55-60 tahun, penyakit ini terutama dijumpai pada orang dewasa. Di Indonesia median usia saat didiagnosis leukemia mieloid kronis adalah 34-35 tahun. Leukemia mieloid kronis dijumpai sekitar 15% dari semua leukemia dan 7-20% dari leukemia pada dewasa. Pria sedikit lebih sering dibandingkan wanita dengan perbandingan 1,3-2,2:1 (Lawrenti,2017).

Berdasarkan data register ruangan Kelimutu RSUD. Prof. W.Z. Johannes Kupang, angka kejadian leukemia dalam tiga tahun terakhir April 2015 sampai Mei 2018 sebanyak 21 kasus dengan persentase 0,69% dari total 3.009 kasus.

Leukemia dijumpai pada anak dan dewasa, yang dapat terjadi jika terdapat perubahan dalam proses pengaturan sel normal sehingga mengakibatkan proliferasi sel-sel punca hematopoietik dalam sumsum tulang. Ada 4 sub tipe leukemia yang ditemukan yaitu leukemia limfositik akut, leukemia mieloid akut, leukemia limfositik kronis, dan leukemia mieloid kronis. Suatu leukemia dikatakan akut atau kronis adalah tergantung pada sebagian besar sel-sel abnormal yang dijumpai. Jika sel-sel lebih menyerupai sel punca (imatur) maka dikatakan akut, sedangkan jika sel-sel lebih menyerupai sel normal (matur) maka dikatakan kronis. Pada leukemia akut, sel-sel imatur terus memperbanyak diri dan tidak dapat menjadi matur sebagaimana mestinya. Tanpa terapi, sebagian besar pasien leukemia akut hanya hidup beberapa bulan. Berbeda halnya dengan sel-sel pada leukemia kronis, pertumbuhannya lambat dan pasien dapat hidup lebih lama sebelum timbul gejala (Lawrenti, 2017).

Dalam Jurnal Kesehatan Andalas, 2012 menerangkan bahwa, salah satu manifestasi klinis dari leukemia adalah perdarahan. Manifestasi perdarahan yang paling sering ditemukan berupa petekie, purpura atau ekimosis, yang terjadi pada 40-70% penderita leukemia akut pada saat didiagnosis. Lokasi perdarahan yang paling sering adalah pada kulit, mata, membran mukosa hidung, ginggiva, dan saluran cerna. Perdarahan yang mengancam jiwa biasanya terjadi pada saluran cerna dan sistem saraf pusat, selain itu juga pada paru, uterus dan ovarium.

Durasi LMK kronis stabil adalah sekitar 40 bulan. Setelah periode ini, terjadi fase akselerasi disertai pembentukan leukimia akut blastik, dan pasien meninggal dalam waktu 1 sampai 6 minggu apabila tidak diobati. Bahkan dengan pengobatan, lama pasien bertahan hidup hanya sekitar 3 bulan. Beberapa temuan laboratorium dapat dianggap mencerminkan prognosis yang lebih buruk. Temuan-temuan ini adalah leukositosis yang

lebih besar dari 100.000/ μ L, hitung blas yang lebih besar dari 1% dari apusan darah tepi dan 5% di sumsum tulang, hitung basofil yang lebih besar daripada 15-20%, hitung trombosit yang lebih besar dari 700.000/ μ L atau lebih kecil dari pada 150.000/ μ L, atau adanya kromosom *Philadelphia* tambahan atau kelainan sitogenetik lainnya (Sacher & McPherson, 2012).

Menurut Price & Wilson, 2006 tujuan pengobatan adalah mengurangi kromosom *Philadelphia* (*Ph*) dan *BCR-ABL* onkogenik yang terbentuk akibat translokasi 9-ke-22 t(9;22). Gen ini dianggap mencetuskan pertumbuhan sel leukemik yang tak terkontrol (Wujcik, 2000).

Pengobatan saat ini dengan kemoterapi intermiten, menggunakan hidroksiurea dan alfa-interferon. Sebagian besar pengobatan menyebabkan supresi hematopoiesis dan pengurangan ukuran *lien*. Interferon mengurangi jumlah sel positif *Philadelphia*, yang meningkatkan manfaat harapan hidup dan sekarang dianjurkan sebagai terapi garis pertama pada fase kronik.

Pada beberapa uji klinis kombinasi hidrea dan interferon, median kelangsungan hidup mencapai 6-9 tahun. Faktor-faktor yang memperburuk prognosis pasien LMK, antara lain pasien lanjut usia, keadaan umum buruk disertai gejala sistemik seperti penurunan berat badan, demam, keringat malam; laboratorium anemia berat, trombositopenia, trombositosis, basofilia, eosinofilia, kromosom *Ph* negatif, *BCR-ABL* negatif (Setiati dkk, 2014).

Oleh sebab itu perawat memiliki peranan penting sebagai pemberi asuhan keperawatan secara komprehensif terhadap pasien dengan leukemia, dengan memperhatikan keadaan kebutuhan dasar yang dibutuhkan melalui pemberian pelayanan keperawatan dengan menggunakan proses keperawatan dari yang sederhana sampai dengan kompleks. Selain itu perawat juga berperan sebagai advokat, edukator, kolaborator serta peneliti dan pengembang ilmu keperawatan (Budiono, 2016).

Berdasarkan latar belakang tersebut, penulis tertarik untuk melakukan studi kasus mengenai “Asuhan Keperawatan pada An.Y dengan *Chronic Myeloid Leukemia* (*CML*) di Ruang Kelimutu RSUD. Prof.Dr.W.Z. Johannes Kupang”.

1.2. TUJUAN

Tujuan penulisan studi kasus ini antara lain, sebagai berikut :

1) Tujuan Umum

Mahasiswa mampu menerapkan asuhan keperawatan pada pada An. Y dengan *Chronic Myeloid Leukemia (CML)* di ruang Kelimutu RSUD. Prof.Dr.W.Z. Johannes Kupang.

2) Tujuan Khusus

- a. Mahasiswa mampu melakukan pengkajian keperawatan pada An. Y dengan *Chronic Myeloid Leukemia (CML)*
- b. Mahasiswa mampu menentukan masalah keperawatan pada An. Y dengan *Chronic Myeloid Leukemia (CML)*
- c. Mahasiswa mampu menyusun rencana keperawatan pada An. Y dengan *Chronic Myeloid Leukemia (CML)*
- d. Mahasiswa mampu melakukan tindakan keperawatan pada An. Y dengan *Chronic Myeloid Leukemia (CML)*
- e. Mahasiswa mampu melakukan evaluasi keperawatan pada An. Y dengan *Chronic Myeloid Leukemia (CML)*

1.3. MANFAAT

Diharapkan dalam studi kasus ini dapat memberikan manfaat bagi pihak-pihak terkait, yaitu :

a. Bagi masyarakat

Manfaat praktis penulisan studi kasus ini bagi masyarakat adalah untuk meningkatkan pemahaman masyarakat tentang penyakit leukemia dan perawatan yang benar.

b. Bagi pengembangan ilmu dan teknologi keperawatan

Diharapkan hasil studi kasus ini dapat dipergunakan untuk menambah khasanah kepustakaan dalam bidang kesehatan terutama keperawatan serta sebagai bahan referensi bagi pihak-pihak yang berkepentingan

c. Bagi Penulis

Menambah ilmu pengetahuan dan pengalaman belajar di bidang ilmu keperawatan.

BAB 2

TINJAUAN TEORI

2.1. KONSEP TEORI

2.1.1. Pengertian *Chronic Myeloid Leucemia (CML)*

Leukemia mieloid (disebut juga mielositik, *mielogenous*, atau non-limfositik) berasal dari sel-sel mieloid tahap awal, yang akan membentuk sel darah putih (selain limfosit), sel darah merah, dan trombosit. Leukemia mieloid kronis ditandai dengan terdeteksinya kromosom *Philadelphia (Ph)*. Abnormalitas kromosom ini pertama kali ditemukan di *Philadelphia* pada tahun 1960 oleh Peter C. Nowell dan David Hungerford. Kromosom *Philadelphia* merupakan hasil translokasi kromosom 9 dan 22 yang mengakibatkan fusi gen *BCR-ABL*, menghasilkan protein fusi *BCR-ABL* yang berperan dalam terjadinya leukemia mieloid kronis (Lawrenti, 2017).

Penyakit leukemia mieloid kronis ini dapat menyerang pria maupun wanita dengan perbandingan 1,4 : 1. Sebagian besar terjadi antara usia 40-60 tahun. Namun dapat juga terjadi pada anak-anak, neonatus dan pada orang sangat tua (Hoffbrand & Moss, 2013).

Leukemia mieloid kronis atau disebut juga leukemia granulositik kronis (LGK) ditandai dengan pertumbuhan, proliferasi dan diferensiasi tanpa kendali prekursor-prekursor mieloid/granulosit. Akibatnya semua tahap perkembangan granulosit meningkat dengan proliferasi pada semua garis diferensiasi sel, termasuk peningkatan eosinofil dan basofil (Sacher & McPherson, 2012).

Leukemia granulositik kronis memiliki awitan yang lambat, dan sering ditemukan pada saat pemeriksaan darah rutin atau skrining darah. Jumlah granulosit yang ditemukan umumnya lebih dari 30.000/mm³. Walaupun pematangannya terganggu, sebagian besar sel tetap menjadi matang dan berfungsi (Price & Wilson, 2006).

2.1.2. Penyebab

Menurut Corwin, 2009 faktor risiko untuk leukemia antara lain adalah predisposisi genetik yang digabungkan dengan inisiator (mutasi) yang diketahui atau tidak diketahui. Saudara kandung dari anak yang menderita leukemia memiliki kecenderungan dua sampai empat kali lipat untuk mengalami penyakit ini dibandingkan anak-anak lain. Kromosom abnormal tertentu dijumpai dalam presentase yang tinggi pada pasien pengidap leukemia. Sebaliknya, individu yang mengidap abnormalitas kromosom tertentu, termasuk sindrom *Down*, memiliki peningkatan risiko menderita leukemia. Paparan terhadap radiasi, beberapa jenis obat yang menekan sumsum tulang, dan berbagai obat kemoterapi telah dianggap meningkatkan risiko leukemia. Agens-agens berbahaya di lingkungan juga diduga dapat menjadi faktor risiko.

Riwayat penyakit sebelumnya yang berkaitan dengan *hematopoiesis* (pembentukan sel darah) telah terbukti meningkatkan risiko leukemia. Penyakit-penyakit tersebut antara lain adalah penyakit limfoma *Hodgkin*, mieloma multipel, polisitemia vera, anemia sideroblastik dan sindrom mielodisplastik. Riwayat leukemia kronis meningkatkan risiko leukemia akut.

Penyebab dari sebagian besar leukemia tidak diketahui. Pemaparan terhadap penyinaran (radiasi) dan bahan kimia tertentu (misalnya benzena) dan pemakaian obat anti kanker meningkatkan risiko terjadinya leukemia (Nurarif, 2013).

2.1.3. Patofisiologi

LGK dianggap sebagai suatu gangguan mieloproliferatif karena sumsum tulang hiperselular dengan proliferasi pada semua garis diferensiasi sel (Price & Wilson, 2006).

Kromosom *Philadelphia* ditemukan pada 95% pasien leukemia mieloid kronis, 5% pasien mengalami translokasi kompleks atau varian yang melibatkan kromosom tambahan yang akhirnya mengakibatkan fusi



gen *BCR-ABL*, dimana gen tersebut memiliki aktivitas *tyrosine kinase* yang memicu pertumbuhan dan replikasi sel leukemik (Lawrenti, 2017).

Perjalanan penyakit ini dapat dibagi menjadi dua fase yaitu fase kronik dan transformasi akut, perjalanannya bersifat progresif yang diawali dengan fase kronik yang jinak berjalan perlahan-lahan sekitar empat sampai enam bulan selama tiga sampai lima tahun, dan dapat berkembang dengan cepat dalam hitungan minggu ke arah krisis blastik yang bersifat fatal dan menyerupai gejala klinik leukemia akut (Suega, 2010).

Selama fase evolusi ini, sel-sel matang mulai mengalami dediferensiasi, dan semakin banyak sel imatur yang terlihat (Price & Wilson, 2006).

2.1.4. Gambaran klinis (Lawrenti, 2017).

Sampai dengan 50% pasien asimtomatik dan didiagnosis secara tidak sengaja setelah pemeriksaan laboratorium. Gejala umumnya tidak spesifik dan sering akibat anemia atau splenomegali (46–76%), seperti *fatigue*, nyeri, atau massa perut kiri atas. Gejala lain berupa demam, *anoreksia*, penurunan berat badan, berkeringat di malam hari. Manifestasi yang jarang yaitu perdarahan, trombosis, artritis *gout*, priapismus. Hiperleukositosis dan hiperviskositas juga dapat dijumpai.

Penyakit ini dibagi menjadi 3 fase :

1. Fase Kronik

Sebagian besar pasien (85%) pada fase ini, jika tidak diterapi akan berlanjut menjadi fase akselerasi dan *blast*. Progresivitas menjadi fase blast terjadi pada tiga sampai lima tahun setelah diagnosis pada pasien yang tidak diterapi, dengan atau tanpa fase akselerasi. Pada fase ini, pasien memiliki *blast* dalam darah atau sumsum tulang kurang dari 10%. Gejala ringan dan biasanya berespon terhadap terapi.

2. Fase Akselerasi



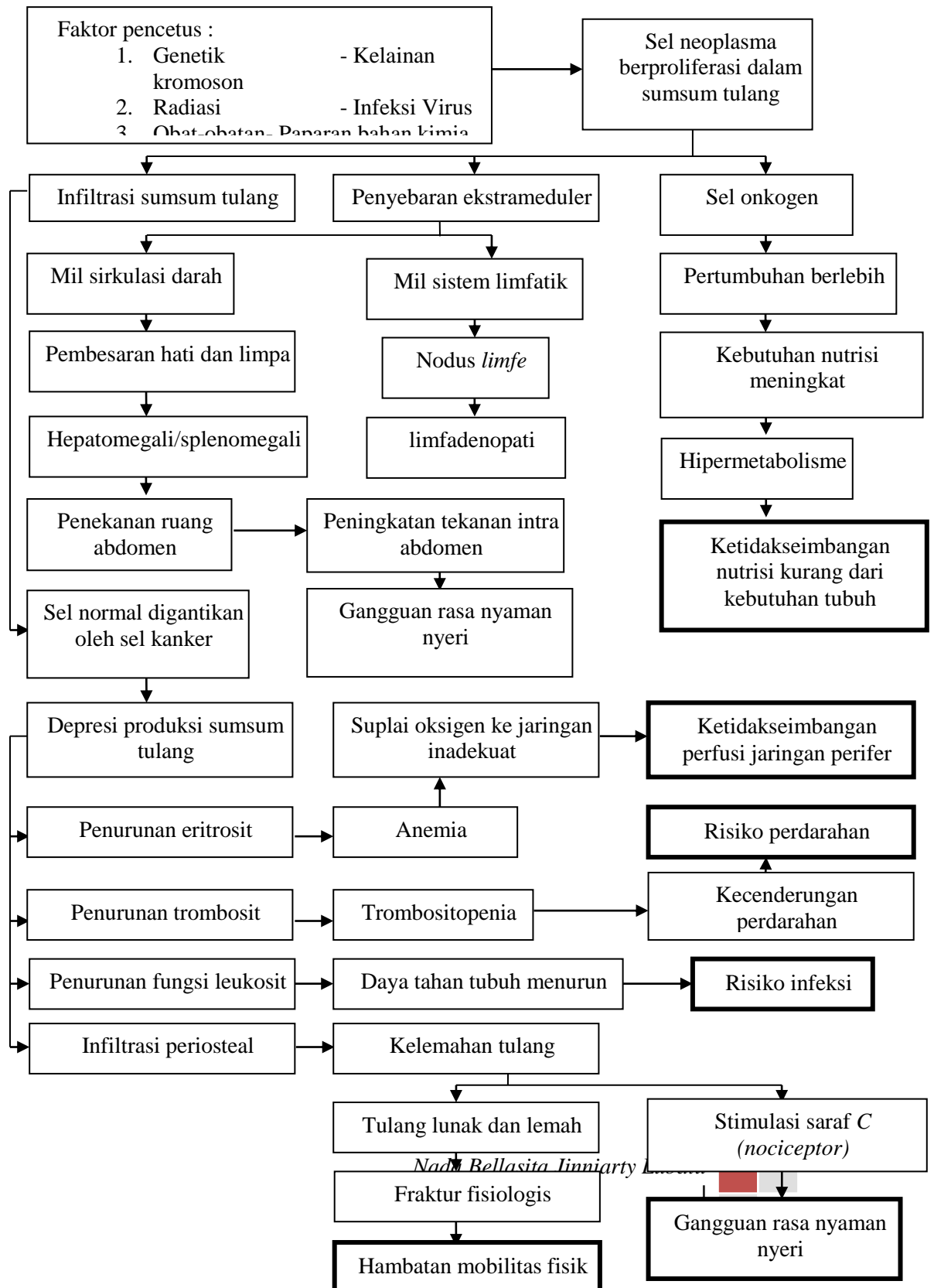
Sekitar 10–20% pasien meninggal pada fase ini. Menurut kriteria *WHO*, pasien dikatakan berada pada fase akselerasi jika *blast* 10–19 % dalam darah atau sumsum tulang, basofil dalam darah perifer $\geq 20\%$, trombosit $< 100 \times 10^9/L$ tidak terkait terapi atau $> 1000 \times 10^9/L$ tidak terkontrol dengan terapi, abnormalitas kromosom, peningkatan jumlah leukosit dan ukuran limpa.

3. Fase *Blast*

Jika *blast* $\geq 20\%$ dalam darah atau sumsum tulang, proliferasi *blast* ekstrameduler (di kelenjar getah bening, kulit, jaringan subkutan, tulang, dan sistem saraf pusat), dan adanya fokus *blast* besar dalam sumsum tulang atau limpa. Pada fase ini, gejalanya antara lain penurunan berat badan, demam, berkeringat malam hari, nyeri tulang, infeksi, dan perdarahan.



Pathway Keperawatan (Nurarif, 2013)



2.1.5. Pemeriksaan Diagnostik (Hoffbrand & Moss, 2013)

- a. Leukositosis biasanya $>50 \times 10^9/L$ dan terkadang $>500 \times 10^9/L$. Suatu gambaran lengkap dari sel mieloid terlihat pada darah tepi. Jumlah neutrofil dan mielosit melebihi sel *blast* dan promielosit.
- b. Peningkatan basofil yang bersirkulasi.
- c. Anemia normositik normokrom sering ditemui.
- d. Jumlah trombosit dapat meningkat (paling sering), normal, atau menurun.
- e. Sumsum tulang hiperseluler dengan dominasi granulopoietik.
- f. Terdapat gen gabungan *BCR-ABL 1* pada pemeriksaan *PCR* dan pada 98% kasus pada pemeriksaan sitogenetik ditemukan kromosom *Philadelphia*.
- g. Asam urat serum biasanya meningkat.
- h. Pemeriksaan sumsum tulang memperlihatkan proliferasi klonal dan penimbunan sel darah.
- i. Cairan spinal serebral diperiksa untuk menyingkirkan keterlibatan sistem saraf.

2.1.6. Pengobatan (Hoffbrand & Moss, 2013)

1. Penghambat *tyrosin kinase*

Imatinib (Glivec ®) sebagai inhibitor spesifik dari protein gabungan *BCR-ABL 1* dan menghambat kerja *tyrosin kinase* dengan cara bersaing pada ikatan *adenosine triphosphat (ATP)*. Efek samping meliputi kemerahan kulit, retensi cairan, kram otot, dan mual. Neutropenia dan trombositopenia dapat terjadi pada beberapa kasus, mungkin diperlukan penurunan atau penghentian dosis.



Dasatinib merupakan penghambat *multikinase* luas yang efektif pada banyak kasus yang *BCR-ABL 1* telah mengalami mutasi yang menyebabkan resisten terhadap *imatinib*. Retensi cairan dapat menjadi efek samping yang bermasalah.

Nilotinib memiliki mekanisme kerja mirip dengan *imatinib* namun memiliki afinitas tinggi terhadap *BCR-ABL 1* kinase dan dapat efektif untuk kasus dengan mutasi resisten *imatinib*.

2. Kemoterapi

Pengobatan hidroksiurea dapat mengontrol dan memantau jumlah leukosit pada fase kronik namun tidak mengurangi persentase sel *BCR-ABL 1* positif. Regimen biasa dimulai dengan 1,0-2,0 g/hari kemudian dikurangi secara bertahap setiap minggu sampai dosis pemeliharaan pada 0,5-1,5 g/hari. Obat zat alkil seperti busulfan juga efektif untuk mengatur penyakit namun harus dipikirkan efek samping jangka panjang dan obat ini jarang dipakai.

3. Interferon α

Interferon sering digunakan setelah jumlah leukosit dapat diatur oleh hidroksiurea namun sekarang sudah digantikan oleh *imatinib*. Regimen yang biasa diberikan 3 – 9 *megaunit* antara tiga sampai tujuh kali setiap minggu diberikan secara injeksi subkutan. Tujuannya adalah untuk menjaga hitung jumlah leukosit tetap rendah (sekitar $4 \times 10^9/L$). Hampir seluruh pasien mengalami gejala sakit “*seperti flu*” pada beberapa hari awal pengobatan dan dapat diatasi dengan parasetamol kemudian secara bertahap menghilang. Komplikasi lebih serius adalah *anoreksia*, depresi dan sitopenia. Interferon menyebabkan perpanjangan fase kronik dengan peningkatan angka harapan hidup.

4. Transplantasi sel punca

Transplantasi sel punca alogenetik merupakan terapi kuratif yang terbukti untuk LMK, tetapi karena risikonya, biasa ditujukan pada pasien dengan kegagalan *imatinib*. Hasil akan lebih baik pada



pasien fase kronik daripada fase akut atau fase akselerasi. Kekambuhan LMK setelah transplantasi merupakan masalah serius namun infus leukosit memiliki efektifitas tinggi pada LMK.

2.2. KONSEP ASUHAN KEPERAWATAN

2.2.1. Pengkajian

Menurut Budiono, 2016 pengkajian keperawatan adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan suatu proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien. Pengkajian keperawatan merupakan dasar pemikiran dalam memberikan asuhan keperawatan yang sesuai dengan kebutuhan klien. Pengkajian yang lengkap dan sistematis sesuai dengan fakta atau kondisi yang ada pada klien sangat penting untuk merumuskan suatu diagnosa keperawatan dan dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan respon individu.

Menurut Doengoes, 2013 data dasar pengkajian pasien dengan leukemia tergantung pada derajat/lamanya penyakit dan organ lain yang terlibat. Pengkajian pada pasien leukemia meliputi :

1. Aktivitas

Kelelahan, *malaise*, kelemahan, ketidakmampuan untuk melakukan aktivitas biasanya, kelelahan otot, peningkatan kebutuhan tidur, *somnolen*.

2. Sirkulasi

Palpitasi, takikardia, murmur jantung, kulit dan membran mukosa pucat, defisit saraf kranial dan/atau tanda perdarahan serebral.

3. Eliminasi

Diare, nyeri tekan perianal, nyeri, feses hitam, hematuria, dan penurunan haluaran urin.

4. Integritas dan ego



Perasaan tak berdaya/tak ada harapan, depresi, menarik diri, *ansietas*, takut, marah, mudah tersinggung, perubahan alam perasaan, kacau.

5. Makanan/cairan

Kehilangan nafsu makan/*anoreksia*, muntah, perubahan rasa/penyimpangan rasa, penurunan berat badan, *disfagia*, distensi *abdominal*, penurunan bunyi usus, splenomegali, hepatomegali, ikterik, stomatitis, dan ulkus mulut.

6. Neurosensori

Kurang/penurunan koordinasi gerak, perubahan alam perasaan, kacau, disorientasi, kurang konsentrasi, pusing, kebas, kesemutan, parestesia, otot mudah terangsang, aktivitas kejang.

7. Nyeri dan kenyamanan

Nyeri abdomen, sakit kepala, nyeri tulang/sendi, nyeri tekan sternal, kram otot, perilaku berhati-hati/distraksi, gelisah, fokus pada diri sendiri.

8. Pernapasan

Napas pendek dengan kerja minimal, *dispnea*, *takipnea*, batuk, adanya bunyi nafas tambahan: ronki, penurunan bunyi napas.

9. Keamanan

Riwayat infeksi saat ini/dahulu; jatuh, gangguan/kerusakan penglihatan, perdarahan spontan tak terkontrol dengan trauma minimal, demam, kemerahan, purpura, perdarahan retinal, perdarahan gusi, atau epistaksis. Pembesaran *nodus limfe*, limpa, atau hati (sehubungan dengan invasi jaringan). *Pepiledema* dan eksoftalmus, infiltrat leukemik pada dermis.

10. Seksualitas

Perubahan libido, perubahan aliran menstruasi, menoragia, impotensi.

11. Pola hidup

Riwayat terpajan kimiawi, misalnya benzene, fenilbutazom, dan kloramfenikol, kadar ionisasi radiasi berlebihan, pengobatan



kemoterapi sebelumnya, khususnya agen pengkelat. Gangguan kromosom, contohnya sindrom *Down* atau anemia *Franconi* aplastik.

Pemeriksaan Diagnostik

Hitung darah lengkap : menunjukkan normositik, anemia normositik.

Hemoglobin : dapat kurang dari 10 g/100 ml.

Retikulosit : jumlah biasanya rendah.

Jumlah trombosit : mungkin sangat rendah (<50.000/mm).

SDP : mungkin lebih dari 50.000/cm dengan peningkatan SDP imatur (“menyimpang ke kiri”). Mungkin ada sel blast leukemia.

PT/PTT : memanjang.

LDH : mungkin meningkat.

Asam urat serum/urine : mungkin meningkat.

Biopsi sumsum tulang : SDM abnormal biasanya lebih dari 50% atau lebih dari SDP pada sumsum tulang. Sering 60–90% dari sel *blast*, dengan prekursor eritroid, sel matur, dan megakariositis menurun.

Foto dada dan biopsi *nodus limfe* : dapat mengindikasikan derajat keterlibatan.

2.2.2. Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan Budiono, 2016 diagnosa keperawatan merupakan tahap kedua dalam proses keperawatan setelah melakukan pengkajian keperawatan dan pengumpulan data hasil pengkajian. Diagnosa keperawatan merupakan penilaian klinis tentang *respons* individu, keluarga, atau komunitas terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan aktual ataupun potensial sebagai dasar pemilihan intervensi keperawatan untuk mencapai hasil. Tujuan diagnosa keperawatan adalah memungkinkan perawat untuk menganalisis dan mensintesis data yang telah dikelompokkan, selain itu juga digunakan untuk mengidentifikasi masalah, faktor penyebab masalah, dan kemampuan klien untuk dapat mencegah atau memecahkan masalah.



Menurut Nurarif, 2013 masalah yang lazim muncul pada pasien dengan leukemia adalah :

- A. Ketidakseimbangan perfusi jaringan perifer b/d penurunan suplai darah kapiler.
- B. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b/d perubahan *proliferative* gastrointestinal dan efek toksik obat kemoterapi.
- C. Risiko infeksi b/d gangguan kematangan sel darah putih (granulosit rendah dan jumlah limfosit abnormal), penekanan sumsum tulang.
- D. Nyeri akut b/d infiltrasi leukosit jaringan sistemik.

Prioritas keperawatan (Dongoes, 2013)

1. Mencegah infeksi selama fase akut penyakit/pengobatan.
2. Mempertahankan volume sirkulasi darah.
3. Menghilangkan nyeri.
4. Meningkatkan fungsi fisik optimal.

2.2.3. Rencana Keperawatan

Berdasarkan Budiono, 2016 perencanaan keperawatan merupakan tahap ketiga dalam proses keperawatan, diharapkan perawat mampu memprioritaskan masalah, merumuskan tujuan/hasil yang diharapkan, memilih intervensi keperawatan yang tepat, dan menulis atau mendokumentasikan rencana keperawatan.

Kegiatan pertama dalam perencanaan keperawatan adalah menentukan prioritas masalah keperawatan. Prioritas pertama diartikan bahwa masalah ini perlu mendapat perhatian, karena dapat mempengaruhi status kesehatan klien secara umum dan memperlambat penyelesaian masalah yang lain. Dalam pelaksanaannya nanti, prioritas masalah yang kedua dan seterusnya dapat diatasi secara bersama-sama dan berkesinambungan.

Susunan rencana keperawatan untuk pasien dengan leukemia (Dongoes, 2013)

- a. Risiko infeksi



Hasil yang diharapkan/kriteria evaluasi pasien akan : menunjukkan perilaku meminimalkan risiko infeksi serta tidak ditemukan tanda-tanda infeksi (misalnya demam, nyeri, merah, atau bengkak) serta kadar leukosit dalam batas normal.

Intervensi Keperawatan :

- a. Tempatkan pasien pada ruangan khusus; batasi pengunjung sesuai indikasi.

Rasional : melindungi dari sumber potensial patogen/infeksi.

- b. Berikan protokol untuk mencuci tangan yang baik bagi pengunjung dan keluarga.

Rasional : mencegah kontaminasi silang/menurunkan risiko infeksi.

- c. Awasi adanya tanda-tanda infeksi seperti demam, nyeri, maupun pembengkakan.

Rasional : hipertermia lanjut terjadi pada beberapa tipe infeksi dan demam terjadi pada kebanyakan pasien leukemia. Septikemia dapat menjadi tanda demam.

- d. Rawat pasien dengan lembut, pertahankan linen kering/tidak kusut.

Rasional : untuk mencegah rasa terbakar/ekskoriasi kulit.

- e. Inspeksi kulit untuk nyeri tekan, area eritematosus; luka terbuka. Bersihkan kulit dengan larutan antibakterial.

Rasional : hal tersebut mengindikasikan infeksi lokal. Luka terbuka dapat tidak menghasilkan pus karena insufisiensi jumlah granulosit.

- f. Berikan periode istirahat tanpa gangguan.

Rasional : untuk meningkatkan energi bagi penyembuhan dan regenerasi seluler.

- g. Dorong peningkatan masukan makanan tinggi protein dan cairan.

Rasional : untuk meningkatkan pembentukan antibodi dan mencegah dehidrasi.



- h. Hindari/batasi prosedur invasif (contoh, tusukan jarum dan injeksi) bila mungkin. Perhatikan adanya perdarahan lanjut dari sisi tusukan invasif.

Rasional : kulit robek dapat memberikan jalan masuk patogenik/potensial organisme letal. Penggunaan selang kateter atau titik implantasi dapat secara efektif menurunkan kebutuhan prosedur invasif dan risiko infeksi. Catatan: mielosupresi mungkin terkumpul secara alamiah khususnya bila diberikan terapi obat multipel (termasuk steroid).

- i. Awasi pemeriksaan laboratorium, misalnya hitung darah lengkap, perhatikan apakah SDP turun atau tiba-tiba terjadi perubahan pada neutrofil; kultur gram/sensitivitas.

Rasional : penurunan jumlah SDP normal/matur dapat diakibatkan oleh proses penyakit atau kemoterapi, melibatkan *respons* imun dan peningkatan risiko infeksi; kultur gram untuk meyakinkan adanya infeksi, mengidentifikasi organisme spesifik dan terapi tepat.

- j. Kolaborasi terapi obat sesuai indikasi, contohnya antibiotik.

Rasional : dapat diberikan secara profilaktik atau mengobati infeksi khusus.

- k. Hindari antipiretik yang mengandung aspirin.

Rasional : aspirin dapat menyebabkan perdarahan *gaster* dan penurunan jumlah trombosit lanjut.

- l. Berikan diet rendah bakteri, misalnya makanan yang dimasak (diproses).

Rasional : meminimalkan sumber potensial kontaminasi bakterial.

- b. Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer

Hasil yang diharapkan/kriteria evaluasi-pasien akan : menunjukkan tanda-tanda perfusi jaringan yang adekuat meliputi tanda-tanda vital stabil; nadi teraba; *capillary refill time* normal (< 3 detik), cairan



adekuat, hemoglobin, hematokrit dan trombosit dalam batas normal, peningkatan kekuatan otot.

Intervensi Keperawatan :

- Atur posisi pasien dengan kepala ditinggikan (posisi *fowler/semifowler*); ubah posisi secara periodik dan bantu latihan rentang gerak lembut
 - Rasional : membantu meningkatkan perfusi jaringan adekuat ke bagian perifer tubuh, memperbaiki sirkulasi jaringan dan mobilitas sendi.
- Awasi tekanan darah dan frekuensi jantung
 - Rasional : perubahan dapat menunjukkan efek hipovolemia (perdarahan/dehidrasi)
- Evaluasi turgor kulit, pengisian kapiler dan kondisi umum membran mukosa.
 - Rasional : indikator langsung status cairan/hidrasi
- Dorong masukan cairan 3–4 L/hari, berikan cairan IV sesuai indikasi.
 - Rasional : mempertahankan keseimbangan cairan dan elektrolit, meningkatkan pembersihan obat antineoplastik, menurunkan risiko komplikasi ginjal.
- Awasi pemeriksaan laboratorium, contoh trombosit, hemoglobin/hematokrit, dan pembekuan.
 - Rasional : bila jumlah trombosit kurang dari 20.000/mm (sehubungan dengan proliferasi SDM dan/atau supresi sumsum tulang sekunder terhadap obat antineoplastik), pasien cenderung perdarahan spontan yang mengancam hidup. Penurunan hemoglobin dan hematokrit indikatif perdarahan (mungkin samar).
- Kolaborasi dalam pemberian transfusi sel darah merah maupun trombosit sesuai kebutuhan.
 - Rasional : memperbaiki/menormalkan jumlah SDM dan kapasitas pembawa oksigen untuk memperbaiki anemia; berguna untuk mencegah/mengobati perdarahan.
- Kolaborasi terapi obat sesuai indikasi misalnya Allopurineol (Zyloprim).



Rasional : meskipun penggunaannya kontroversial, diberikan untuk menurunkan potensi terjadinya nefropati sebagai akibat produksi asam urat.

- Inspeksi kulit/membran mukosa untuk petekie, area ekimotik, perdarahan gusi, maupun perdarahan lanjut dari sisi invasi.

Rasional : supresi sumsum tulang dan produksi trombosit menempatkan pasien pada risiko perdarahan spontan tak terkontrol yang mempengaruhi status hemodinamik.

c. Nyeri akut

Hasil yang diharapkan/kriteria evaluasi-pasien akan melaporkan nyeri hilang atau terkontrol; menunjukkan perilaku penanganan nyeri; tampak rileks dan mampu tidur/istirahat dengan normal.

Intervensi keperawatan :

1. Selidiki keluhan nyeri. Perhatikan perubahan pada derajat dan sisi nyeri (gunakan skala 0-10).

Rasional : membantu mengkaji kebutuhan untuk intervensi, dapat mengindikasikan terjadinya komplikasi.

2. Awasi tanda-tanda vital, perhatikan petunjuk non-verbal, misalnya tegangan otot, gelisah.

Rasional : dapat membantu mengevaluasi pernyataan verbal dan ketidakefektifan intervensi.

3. Berikan lingkungan tenang dan kurangi rangsangan penuh *stress*; ajarkan tindakan manajemen nyeri untuk mengurangi nyeri misalnya relaksasi napas dalam, distraksi, bimbingan imajinasi, visualisasi, sentuhan terapeutik.

Rasional : memudahkan relaksasi, meningkatkan istirahat dan meningkatkan kemampuan koping.

4. Tempatkan pasien pada posisi nyaman dan sokong sendi, ekstremitas dengan bantal.

Rasional : dapat menurunkan ketidaknyamanan tulang/sendai.



5. Kaji ulang/tingkatkan intervensi kenyamanan pasien sendiri, posisi, aktivitas fisik/non-aktif, dan sebagainya.

Rasional : penanganan sukses terhadap nyeri memerlukan keterlibatan pasien. Penggunaan teknik efektif memberikan penguatan positif, meningkatkan rasa kontrol, dan menyiapkan pasien untuk intervensi yang biasa digunakan setelah pulang.

6. Kolaborasi terapi obat sesuai indikasi contohnya analgesik, Asetaminofen (Tylenol)

Rasional : diberikan untuk nyeri ringan yang tidak hilang dengan tindakan kenyamanan.

d. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh

Hasil yang diharapkan kriteria evaluasi-pasien akan menunjukkan status nutrisi yang seimbang (BB ideal), peningkatan BB, klien tidak pucat dan lemah, nafsu makan meningkat, tidak mual muntah.

Intervensi keperawatan :

1. Kaji adanya alergi makanan maupun respon mual muntah.

Rasional : untuk dapat menentukan intervensi yang sesuai kebutuhan dan kondisi pasien.
2. Anjurkan untuk meningkatkan intake *Fe* & protein.

Rasional : zat besi sebagai zat penambah darah serta protein berguna dalam pembentukan sel-sel baru termasuk sel darah sehingga mencegah terjadinya anemia.
3. Berikan informasi tentang kebutuhan nutrisi pasien.

Rasional : informasi yang diberikan dapat memotivasi pasien untuk meningkatkan *intake* nutrisi.
4. Pertahankan lingkungan nyaman dan bersih selama perawatan, berikan perawatan mulut sebelum makan.

Rasional : sebagai indikator penting yang mempengaruhi nafsu makan pasien.
5. Anjurkan pasien makan sedikit tapi sering.



Rasional : makan sedikit namun sering membantu mengurangi tekanan intra *abdomen* dan meningkatkan asupan yang optimal.

6. Kolaborasi dalam pemberian terapi anti mual muntah.

Rasional : antimetik sebagai terapi farmakologis dalam manajemen mual dengan menghambat sekresi asam lambung.

7. Monitor status nutrisi pasien (ukur BB dan TB), monitor kadar hemoglobin dan hematokrit.

Rasional : untuk mengetahui status nutrisi dan evaluasi perubahan yang dicapai .

2.2.4. Implementasi Keperawatan (Budiono, 2016)

Implementasi/pelaksanaan adalah realisasi rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Kegiatan dalam pelaksanaan juga meliputi pengumpulan data berkelanjutan, mengobservasi respon klien selama dan sesudah pelaksanaan tindakan, serta menilai data yang baru.

2.2.5. Evaluasi keperawatan (Budiono, 2016)

Evaluasi keperawatan adalah penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien (hasil yang diamati) dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan.

Untuk memudahkan dalam dalam mengevaluasi atau memantau perkembangan klien, digunakan komponen *SOAP/SOAPIE/SOAPIER* dimana *S* artinya data subjektif, *O* artinya data objektif, *A* artinya analisa masalah apakah sudah teratasi, *P* artinya *planning* atau perencanaan selanjutnya, *I* artinya implementasi yang dilakukan sesuai instruksi dalam komponen *P* disertakan tanggal dan jam, *E* adalah evaluasi respon klien setelah dilakukan implementasi, dan *R* artinya pengkajian ulang/*reassessment*.





BAB 3

HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

3.1. HASIL STUDI KASUS

1. Pengkajian

Pengkajian dilakukan pada Minggu, 24 Juni 2018 pukul 15.30 WITA dan didapatkan data identitas pasien. Pasien bernama An.Y, umur 17 tahun, agama Khatolik, status perkawinan belum kawin, pendidikan terakhir tamat SMP, pekerjaan saat ini sebagai pelajar SMA, suku bangsa Timor, alamat di Fatululi. An.Y masuk rumah sakit 6 hari yang lalu.

1. Riwayat kesehatan

Berdasarkan hasil pengkajian, pasien mengeluh seluruh tubuhnya terasa lemas kurang lebih sudah satu minggu semenjak masuk rumah sakit.

An.Y mengatakan kurang lebih tiga hari sebelum masuk rumah sakit, merasa mual dan muntah setiap kali makan dan minum. An.Y juga mengatakan merasa lemas disertai nyeri di perut seperti terlilit dan tertikam. Setelah empat hari perawatan nyeri berkurang namun sempat mengalami demam dan sesak napas. Nyeri perut sudah berkurang, skala nyeri 2 (nyeri ringan, menggunakan skala nyeri numerik 1-10), sesekali nyeri sudah tidak dirasakan lagi.

An.Y dan keluarga mengatakan sebelumnya sempat menjalani perawatan dengan riwayat yang sama yaitu kelainan darah. Perawatan pertama pada bulan Januari 2018 dirawat selama kurang lebih tiga minggu, lalu melanjutkan perawatan di rumah. pasien sempat mengalami pembesaran kelenjar getah bening di bagian leher namun sembuh dengan menggunakan obat tradisional. Selanjutnya pasien masuk rumah sakit lagi pada bulan April dan dirawat kurang lebih satu bulan. An.Y tidak memiliki riwayat alergi obat maupun makanan. Kebiasaan makan di rumah biasanya

hanya makan nasi dan lauk pauk, tidak memiliki kebiasaan makan makanan ringan/makanan instan, maupun minuman bersoda/minuman kaleng yang dijual di kios. Kebiasaan keluarga mengkonsumsi makanan yang dimasak dengan bahan-bahan penyedap rasa seperti masako dalam jumlah secukupnya. Namun setelah dianjurkan dokter, maka An.Y tidak mengkonsumsi lagi. Sebelumnya juga belum pernah menjalani operasi apapun. An.Y tidak memiliki kebiasaan merokok, minum alkohol ataupun minum kopi. Obat-obatan yang dikonsumsi di rumah yaitu sangobion dan asam folat yang didapat sesuai resep dokter. Tidak ada anggota keluarga yang menderita penyakit yang sama. Tidak ada riwayat terpapar radiasi yang berlebihan.

2. Pemeriksaan Fisik

Hasil pemeriksaan fisik yang telah dilakukan yaitu warna kulit tampak pucat, konjungtiva tampak anemis, membran mukosa pucat. Tampak lesi pada kulit dan beberapa memar. Tingkat kesadaran *compos mentis* GCS 15 E₄V₅M₆. Abdomen tampak agak membesar, warna kulit coklat (sawo matang). Terdapat nyeri tekan pada *abdomen* kuadran kiri atas. Pada saat palpasi, teraba *hepar* pada kuadran kanan atas, hasil perkusi bunyi *hepar* pekak sampai 2 jari di bawah *actus costa*, serta bunyi redup limpa pada garis *schuffner* 5. Pasien tampak kurus dan lemah, kekuatan otot menurun yaitu 4 pada ekstremitas kiri-kanan atas-bawah, *ADL* dibantu. Pola makan saat ini, pasien mengatakan kurang nafsu makan, dan hanya menghabiskan $\frac{3}{4}$ porsi makanan, setelah itu dilanjutkan beberapa jam kemudian. Tanda-tanda vital terukur dalam batas normal yaitu tekanan darah 120/80 mmHg, nadi 88x/menit, RR 20x/menit, suhu 37°C.

3. Pemeriksaan penunjang

Hasil pemeriksaan laboratorium tanggal 23 Juni 2018 meliputi hemoglobin 9,3 L g/dL (nilai normal 13,0-18,03 L g/dL); jumlah eritrosit 3,39 L 10⁶/ul (nilai normal 4,50-6,20 L 10⁶/ul);

hematokrit 27,3 L% (nilai normal 40,0-54,0 L%); *MCV* 80,5 L fL (nilai normal 81,0-96,0 L fL); *RDW-CV* 16,7 H% (nilai normal 11,0-16,0 H%); Jumlah leukosit 45,54 H $10^3/\text{ul}$ (nilai normal 4,0-10,0 H $10^3/\text{ul}$); Eosinofil 0,1 L% (nilai normal 1,0-5,0 L%); Neutrofil 13,9 L% (nilai normal 50-70 L%); Monosit 52,6 H% (2-8 H%); Jumlah limfosit 15,17 H (nilai normal 1,00-3,70 H); Jumlah trombosit 13 L $10^3/\text{ul}$ (nilai normal 140-392 L $10^3/\text{ul}$). Hasil pemeriksaan *USG abdomen* pada 18 Juni 2018 yaitu hepatomegali 16,8 cm dan splenomegali 20,7 cm.

4. Terapi

Di ruang Kelimutu, An.Y mendapatkan terapi infus NaCl 0,9% 500 cc 20 tetes per menit, ranitidine 2x150 mg/IV, ceftriaxone 2x1 gram/IV, methylprednisolon 2x125 mg/IV, hydroxyurea 2x100 mg *p.o.*, allopurinol 1x300 mg *p.o.*, sucralfat 3x10 cc *p.o.*

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan pertama yaitu risiko infeksi berhubungan dengan gangguan kematangan sel darah putih. Data yang menunjang yaitu adanya faktor resiko penyakit kronis, jumlah leukosit meningkat 45,54 H $10^3/\text{ul}$, suhu tubuh 37°C.

Diagnosa keperawatan yang kedua yaitu ketidakefektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan penurunan suplai darah ke kapiler. Data subjektif, pasien mengeluh lemas pada seluruh badan. Data objektif, pasien tampak lemas dan pucat, membran mukosa tampak pucat, konjungtiva anemis, hemoglobin 9,3 g/dL, hematokrit 27,3 L%, trombosit 13 L $10^3/\text{ul}$, tekanan darah 120/80 mmHg, nadi 88x/menit, kualitas nadi kuat, irama teratur, kekuatan otot 4 pada ekstremitas kiri-kanan atas-bawah, *ADL* dibantu

Diagnosa ketiga yaitu ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan hipermetabolisme, yang ditandai oleh adanya data subjektif, pasien mengeluh mual dan kurang nafsu makan serta data objektif, pasien tampak kurus, lemah



dan pucat, BB 46 kg; TB 170 cm, BBI 63 kg (BB pasien saat ini kurang 20% dari BBI), hematokrit 27,3 L%, hemoglobin 9,3 g/dL.

3. Intervensi Keperawatan

Untuk diagnosa risiko infeksi, tujuan dan kriteria hasil yang ingin dicapai yaitu pasien akan bebas dari infeksi selama dalam perawatan, dengan indikator *outcomes* meliputi tidak terjadi plebitis, tidak ada tanda-tanda infeksi seperti demam, nyeri, merah, maupun bengkak, serta kadar leukosit dalam batas normal. Intervensi keperawatan yang akan dilakukan yaitu perlindungan infeksi dengan aktivitas-aktivitas meliputi monitor tanda dan gejala infeksi sistemik maupun lokal, awasi pemeriksaan laboratorium *WBC* dan darah lengkap, anjurkan untuk batasi pengunjung sesuai indikasi, ajarkan teknik mengurangi faktor risiko misalnya cuci tangan yang benar, lakukan perawatan infus, pertahankan linen kering dan tidak kusut, dorong periode istirahat serta kolaborasi pemberian obat sesuai indikasi misalnya antibiotik.

Intervensi keperawatan untuk diagnosa ketidakefektifan perfusi jaringan perifer yakni dengan tujuan atau kriteria hasil yang ingin dicapai adalah pasien akan mampu mempertahankan perfusi jaringan perifer yang adekuat selama dalam perawatan dengan indikator *outcomes* meliputi wajah tidak tampak pucat lagi, peningkatan kadar hemoglobin dan trombosit, tekanan darah dan nadi normal, serta peningkatan kekuatan otot. Susunan intervensi yang akan dilakukan adalah pengaturan hemodinamik dengan aktivitasnya meliputi monitor tekanan darah dan nadi, tentukan status perfusi (apakah akral teraba dingin atau hangat), tinggikan kepala tempat tidur, jaga keseimbangan cairan IV, evaluasi efek dari terapi cairan, monitor kadar elektrolit, kolaborasi untuk pemberian transfusi darah sesuai kebutuhan, dorong asupan cairan yang adekuat, inspeksi kulit/membran mukosa untuk petekie, area ekimotik, memar, maupun perdarahan lanjut dari sisi invasi dan perdarahan lainnya.



Untuk diagnosa keperawatan ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh, kriteria hasil yang ingin dicapai adalah pasien akan meningkatkan status nutrisi seimbang sesuai kebutuhan tubuh selama dalam perawatan dengan indikator *outcomes* meliputi peningkatan BB (berat badan ideal sesuai tinggi badan), dan kadar hemoglobin serta hematokrit dalam batas normal. Intervensi yang akan dilakukan yaitu manajemen nutrisi dengan aktivitas-aktivitasnya meliputi kaji adanya alergi makanan serta adanya respon mual muntah terhadap makanan, anjurkan untuk meningkatkan intake *Fe* dan protein (misalnya sayur bayam, dagung, telur, dan susu), berikan informasi tentang kebutuhan nutrisi pasien, pertahankan lingkungan yang nyaman dan bersih selama dalam perawatan, berikan perawatan mulut sebelum makan, kolaborasi terapi anti mual-muntah, monitor status nutrisi pasien yaitu timbang berat badan, pantau kadar hemoglobin dan hematokrit.

4. Implementasi keperawatan

Pada hari Senin, 25 Juni 2018, dilakukan implementasi keperawatan pada An.Y dengan *CML* untuk mengatasi masalah risiko infeksi yaitu pada pukul 07.00 mengganti linen sekaligus mengatur posisi pasien dengan kepala ditinggikan. Pukul 07.30, menilai adanya tanda-tanda infeksi dan melakukan perawatan infus, tidak ada tanda-tanda infeksi, suhu tubuh 36,5°C, tidak ada pembengkakan/plebitis. Pukul 08.00 memberikan obat cytodrox 2 tablet *p.o*. Pukul 10.00, meninjeksi ceftriaxone 1 gram/IV dan methylprednisolon 125 mg/IV. Pukul 11.30 mengukur suhu yaitu 36,6°C

Untuk mengatasi masalah ketidakefektifan perfusi jaringan perifer, implementasi pada pukul 08.00 mengukur tekanan darah dan nadi dimana hasilnya adalah tekanan darah 110/70 mmHg, nadi 90x/menit dengan kualitas nadi kuat, irama teratur. Pada pukul 08.30, mengatur posisi pasien dengan kepala ditinggikan. Pada pukul 09.00, mengganti cairan infus NaCl 0,9% 500 cc dan menghitung tetesan



infus 20 tpm; kemudian memberikan informasi kepada pasien dan keluarga tentang kebutuhan nutrisi pasien, menganjurkan untuk mengkonsumsi makanan tinggi kandungan *Fe* dan protein (misalnya telur, sayur bayam, daging, susu), menganjurkan pasien untuk melakukan perawatan mulut/berkumur sebelum makan. Pukul 11.15, mengukur tanda-tanda vital, dengan hasilnya adalah tekanan darah 110/70 mmHg, nadi 90x/menit. Pukul 11.30, mengajarkan teknik cuci tangan 6 langkah untuk meminimalkan transmisi mikroorganisme dalam membantu menurunkan risiko infeksi, keluarga dapat memahami dan mengikuti langkah-langkah dengan benar.

Implementasi keperawatan untuk masalah ketidakseimbangan nutrisi yaitu pukul 09.00 memberikan informasi kepada pasien dan keluarga tentang kebutuhan nutrisi pasien, menganjurkan untuk mengkonsumsi makanan tinggi kandungan *Fe* dan protein (misalnya sayur bayam, daging, telur, dan susu), menganjurkan pasien untuk melakukan perawatan mulut/berkumur sebelum makan, pukul 12.00 menginjeksi ranitidine 150 mg/IV.

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan dilakukan selama tiga hari mulai tanggal 26 Juni 2018 sampai 28 Juni 2018 dengan metode *SOAPIE*.

Pada tanggal 26 Juni 2018 pukul 07.00, evaluasi untuk diagnosa risiko infeksi diperoleh yaitu *S*: - , *O*: tidak ada tanda-tanda infeksi, tidak ada bengkak/plebitis, tampak darah pada kasa infus, suhu tubuh 36,6°C, linen tempat tidur tampak kusut. *A*: masalah risiko infeksi belum teratasi, *P*: intervensi dilanjutkan yaitu monitor tanda-tanda infeksi, lakukan perawatan infus dan ganti linen setiap hari, monitor kadar leukosit, kolaborasi pemberian terapi antibiotik. *I*: implementasi kemudian dilakukan pada pukul 07.15 melakukan perawatan infus dan mengganti linen. pukul 08.00 memberikan obat cytodrox 2 tablet per oral. Pukul 09.45 mengambil spesimen darah vena, pukul 10.00 menginjeksi ceftriaxone 1 gram/IV dan

methylprednisolon 125 mg/IV. Pukul 11.00, memonitor hasil pemeriksaan laboratorium, *E*: evaluasi diperoleh infus tampak bersih, linen tampak rapi dan bersih, hasil lab menunjukkan kadar leukosit $126,14 \times 10^3/\text{ul}$.

Pukul 08.00 evaluasi untuk diagnosa ketidakefektifan perfusi jaringan yaitu *S*: An.Y mengatakan masih lemas dan merasa agak pusing, *O*: pasien tampak lemah, *ADL* dibantu, tekanan darah 90/50 mmHg, nadi 90x/menit, kualitas nadi kuat, irama teratur, akral teraba hangat, warna kulit pucat, membran mukosa dan kuku tampak pucat, konjungtiva anemis. *A*: masalah keperawatan ketidakefektifan perfusi jaringan perifer belum teratasi, *P*: intervensi dilanjutkan meliputi monitor status hemodinamik yaitu tekanan darah dan nadi, tinggikan kepala tempat tidur untuk mengoptimalkan perfusi ke jaringan perifer, pertahankan *intake* cairan oral dan parenteral, monitor kadar hemoglobin, eritrosit dan trombosit darah kolaborasi untuk pemberian transfusi darah sesuai kebutuhan. *I*: implementasi kemudian dilakukan pada pukul 09.00 mengganti cairan infus NaCl 500 cc 20 tpm, pukul 11.00 memonitor hasil laboratorium hemoglobin, eritrosit dan trombosit. *E*: evaluasi diperoleh pasien mengatakan masih lemas, tidak pusing, pasien tampak pucat dan lemah, pasien tampak tampak beristirahat dengan posisi *semi fowler*, hasil lab menunjukkan kadar hemoglobin 9,7 L g/dL; jumlah eritrosit $3,52 \times 10^6/\text{uL}$; jumlah trombosit $30 \times 10^3/\text{ul}$.

Pukul 08.30, evaluasi untuk diagnosa ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh, *S*: An. Y mengatakan nafsu makan masih seperti biasa dan agak mual, perut terasa cepat kenyang. *O*: An.Y tampak hanya menghabiskan $\frac{1}{2}$ porsi makanan. *A*: masalah belum teratasi. *P*: rencana intervensi dipertahankan. *I*: implementasi yang dilakukan adalah pukul 12.00 menginjeksi ranitidine 150 mg/IV. *E*: evaluasi diperoleh An. Y tampak melanjutkan makanan perlahan-lahan.



Pada tanggal 27 Juni 2018, pukul 07.00 evaluasi yang diperoleh untuk diagnosa risiko infeksi yaitu *S*: -, *O*: lokasi infus tampak kotor, namun tidak ada tanda-tanda plebitis, tampak darah yang membeku di sekitar kasa, suhu tubuh dalam batas normal yaitu 37,1°C, linen tampak kusut. *A*: masalah risiko infeksi belum teratasi, *P*: semua intervensi dipertahankan, *I*: implementasi yang dilakukan yaitu pukul 07.30 melakukan perawatan infus dan mengganti linen. pukul 08.00 memberikan obat cytodrox 2 tablet per oral setelah makan. Pukul 10.00 mengambil spesimen darah vena. Pukul 11.00 memonitor kadar leukosit darah. Pukul 12.00 menginjeksi ceftriaxone 1 gram/IV dan methylprednisolon 125 mg/IV. *E*: evaluasi diperoleh infus tampak bersih, linen rapi dan bersih, hasil laboratorium menunjukkan jumlah leukosit 88,45 H 10³/ul.

Pukul 08.00 evaluasi dilakukan untuk diagnosa ketidakefektifan perfusi jaringan perifer yaitu *S*: pasien mengatakan masih lemas, *O*: wajah, membran mukosa dan kuku masih tampak pucat, akral teraba hangat, tekanan darah 110/70 mmHg, nadi 90x/menit, kualitas nadi kuat, dan irama nadi teratur. *A*: masalah ketidakefektifan perfusi jaringan perifer belum teratasi, *P*: semua intervensi dipertahankan. *I*: implementasi kemudian dilakukan pada pukul 09.00 mengganti cairan infus NaCl 0,9 % 500 cc dan menghitung tetesan infus 20 tpm. pukul 11.00 memonitor kadar hemoglobin, eritrosit dan trombosit. Pukul 12.30 mengambil spesimen darah untuk *cross*/rencana transfusi. *E*: evaluasi diperoleh hemoglobin 9,1 L g/dL; jumlah eritrosit 3,36 L 10⁶/uL; jumlah trombosit 11 L 10³/ul.

Pukul 08.00 dilakukan evaluasi untuk diagnosa ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh, *S*: An.Y mengatakan tidak merasa mual lagi, namun perut cepat kenyang bila makan sedikit, *O*: An.Y tampak makan perlahan-lahan. *A*: masalah belum taratasi. *P*: pertahankan semua intervensi. *I*: implementasi pada



pukul 12.00 menginjeksi ranitidine 1 ampul /IV. *E*: evaluasi diperoleh pasien tampak menghabiskan porsi makanan siang.

Pada tanggal 28 Juni 2018, pukul 07.00 evaluasi untuk diagnosa risiko infeksi, *S*: -, *O*: tidak ada tanda-tanda infeksi, suhu tubuh normal 36,5°C. *A*: masalah keperawatan risiko infeksi belum teratasi, *P*: semua intervensi dipertahankan. *I*: implementasi yang dilakukan pada pukul 07.30 melakukan perawatan infus dan mengganti linen. pukul 08.00 memberikan pasien minum obat oral cytodrox 2 tablet setelah makan, pukul 10.00 menginjeksi ceftriaxone 1 gram/IV dan methylprednisolon 125 mg/IV. *E*: evaluasi diperoleh infus tampak bersih, tidak ada tanda-tanda infeksi lainnya.

Evaluasi untuk diagnosa ketidakefektifan perfusi jaringan perifer pada pukul 08.00, *S*: An.Y mengatakan kondisi masih sama yaitu masih lemas, namun sudah tidak pusing lagi, *O*: wajah, membran mukosa dan kuku tampak pucat, akral teraba hangat, tekanan darah 110/70 mmHg, nadi 82x/menit, kualitas nadi kuat dan irama nadi teratur. *A*: masalah ketidakefektifan perfusi jaringan perifer belum teratasi, *P*: semua intervensi dilanjutkan. *I*: implementasi kemudian dilakukan pada pukul 09.00 memasang transfusi set dan mengganti cairan infus NaCl 0,9% 500 cc 20 tpm, pukul 10.00 memberikan transfusi trombosit (*TC*) lima kantong 8 tpm, menginformasikan kepada keluarga untuk melaporkan bila terjadi reaksi alergi setelah transfusi seperti demam, menggigil, gatal atau kemerahan pada kulit. Pukul 10.30 memantau reaksi pasien terhadap pemberian transfusi dan menghitung tetesan transfusi 12 kali per menit. *E*: evaluasi yang diperoleh yaitu pasien mengatakan tidak ada reaksi alergi selama transfusi.

Evaluasi untuk diagnosa ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh pada pukul 08.30 yaitu *S*: An. Y mengatakan nafsu makan masih seperti biasa, tidak mual, *O*: An.Y tampak menghabiskan porsi makanan pagi. *A*: masalah belum teratasi. *P*: pertahankan semua intervensi. *I*: implementasi dilakukan pada



pukul 09.30 mengukur BB, BB tetap 46 kg, pukul 12.00 Menginjeksi ranitidine 150 mg/IV. E: evaluasi yang diperoleh adalah status nutrisi masih dibawah normal.

3.2. PEMBAHASAN

Pada bagian ini memuat pembahasan mengenai adanya kesenjangan antara teori dan proses asuhan keperawatan yang telah dilakukan pada tanggal 25 Juni 2018 sampai 28 Juni 2018 di ruang Kelimutu RSUD. Prof.Dr.W.Z. Johannes Kupang. Pembahasan yang dimaksud adalah meliputi pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan.

a. Pengkajian

Menurut Budiono, 2016 pengkajian keperawatan merupakan dasar pemikiran dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan kebutuhan klien. Pengkajian yang lengkap dan sistematis sesuai dengan fakta atau kondisi yang ada pada klien sangat penting untuk merumuskan suatu diagnosa keperawatan dan dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan respon individu.

Berdasarkan hasil pengkajian kasus diperoleh data, An.Y dan keluarga mengatakan sebelumnya sempat menjalani perawatan dengan riwayat yang sama yaitu kelainan darah. Kebiasaan makan di rumah biasanya hanya makan nasi dan lauk pauk, tidak memiliki kebiasaan makan makanan ringan/makanan instan, maupun minuman bersoda/minuman kaleng yang dijual di kios. Obat-obatan yang dikonsumsi di rumah yaitu sangobion dan asam folat yang didapat sesuai resep dokter. Tidak ada anggota keluarga yang menderita penyakit yang sama. Tidak ada riwayat terpapar radiasi yang berlebihan. Hal ini mendukung pernyataan Nurarif, 2013 bahwa penyebab dari sebagian besar leukemia tidak diketahui secara pasti.



Pada kasus An.Y, jumlah leukosit 45,54 H $10^3/\text{ul}$ (nilai normal 4,0-10,0 H $10^3/\text{ul}$); hemoglobin 9,3 L g/dL (nilai normal 13,0-18,0); jumlah eritrosit 3,39 L $10^6/\text{ul}$ (nilai normal 4,50-6,20); hematokrit 27,3 L% (nilai normal 40,0-54,0 L $10^6/\text{ul}$); jumlah trombosit 13 L $10^3/\text{ul}$ (nilai normal 140-392 L $10^3/\text{ul}$). Hasil tersebut sesuai dengan penjelasan bahwa leukemia adalah kanker dari salah satu jenis sel darah putih di sumsum tulang, yang menyebabkan proliferasi salah satu jenis sel darah putih dengan menyingkirkan jenis sel lain (Corwin, 2009).

Tanda dan gejala lain yang ditemukan dalam data pengkajian pada kasus An.Y dengan *CML* yaitu splenomegali dan hepatomegali berdasarkan hasil pemeriksaan fisik dan hasil *USG abdomen*, kulit pucat, tampak kurus, nyeri tekan pada abdomen kuadran kiri atas, kurang nafsu makan, dan berat badan tidak sesuai tinggi badan/tidak ideal, hemoglobin 9,3 L g/dL. Hal ini membenarkan penjelasan bahwa, gejala umum dari leukemia tidak spesifik dan sering akibat anemia atau splenomegali (46-76 %), seperti *fatigue*, nyeri, atau massa perut kiri atas. Gejala lain berupa demam, *anoreksia*, penurunan berat badan, berkeringat di malam hari. Manifestasi yang jarang yaitu perdarahan, trombosis, artritis *gout*, priapismus (Lawrenti, 2017).

b. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan memungkinkan perawat untuk menganalisis dan mensintesis data yang telah dikelompokkan, selain itu juga digunakan untuk mengidentifikasi masalah, faktor penyebab masalah, dan kemampuan klien untuk dapat mencegah atau memecahkan masalah (Budiono, 2016).

Berdasarkan pemahaman dari *pathway* keperawatan Nurarif, 2013, diagnosa keperawatan risiko infeksi disebabkan oleh proliferasi sel neoplasma di dalam sumsum tulang. Hal ini mengakibatkan terjadinya depresi sumsum tulang yang berpengaruh



terhadap penurunan fungsi leukosit dan kemudian menyebabkan daya tahan tubuh menurun. Penjelasan tersebut sesuai dengan diagnosa keperawatan pada kasus An.Y dengan *CML* yaitu risiko infeksi b/d gangguan kematangan sel darah putih, ditandai dengan hasil pemeriksaan laboratorium, jumlah leukosit $45,54 \times 10^3/\text{ul}$.

Nurarif, 2013 juga menggambarkan bahwa terjadinya proliferasi sel neoplasma dalam sumsum tulang menyebabkan infiltrasi sumsum tulang, dimana diketahui bahwa sumsum tulang merupakan sumber sel induk hematopoietik. Apabila terjadi depresi sumsum tulang maka produksi eritrosit menurun menyebabkan anemia, akhirnya suplai oksigen ke jaringan tidak adekuat. Hal ini mendukung diagnosa keperawatan kedua yaitu ketidakefektifan perfusi jaringan perifer b/d penurunan suplai darah ke kapiler.

Nurarif, 2013 juga menggambarkan terjadinya proses hipermetabolisme oleh pertumbuhan sel-sel onkogen yang berlebih akibat dari proliferasi sel neoplasma di dalam sumsum tulang. Hal ini mendukung diagnosa ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b/d faktor fisiologis (hipermetabolisme) ditandai dengan, nafsu makan yang kurang dan berat badan dibawah normal (kurang dari idealnya), yaitu bila dihitung berdasarkan tinggi badan An.Y 170 cm maka berat badan ideal adalah $(170-100) \cdot 10\% = 70 \text{ kg}$, bila dibandingkan dengan berat badan saat ini adalah 46 kg maka berat badan An.Y saat ini kurang 27% dari berat badan ideal (BBI).

Selain infiltrasi sumsum tulang, proliferasi sel neoplasma pada leukemia juga mengakibatkan terjadinya penyebaran ekstrasmedular ke dalam sirkulasi darah. Limpa yang berperan untung menyaring sel-sel darah kemudian mengalami kerusakan dan pada kebanyakan kasus mengalami pembesaran akibat infiltrasi tersebut. Pembesaran organ limpa menyebabkan beban tekanan dalam rongga *abdomen* sehingga An.Y merasakan nyeri di bagian perut kiri atas. Nyeri pada An.Y dogolongkan kronis karena



didasarkan pada definisi NANDA 2015-2017 yang sesuai dengan kondisi An.Y dimana nyeri dengan awitan tiba-tiba atau lambat dari intensitas ringan hingga berat terjadi konstan dan berulang tanpa akhir dan berlangsung lebih dari tiga bulan. Namun penulis tidak menetapkan nyeri kronis sebagai diagnosa karena masalah tersebut tidak terlalu nampak dimana nyeri tergolong ringan, ekspresi wajah biasa saja dan tidak mempengaruhi tanda-tanda vital serta kondisi pasien.

c. Intervensi keperawatan

Berdasarkan Budiono, 2016 perencanaan keperawatan merupakan tahap ketiga dalam proses keperawatan, diharapkan perawat mampu memprioritaskan masalah, merumuskan tujuan/hasil yang diharapkan, memilih intervensi keperawatan yang tepat, dan menulis atau mendokumentasikan rencana keperawatan. Prioritas pertama diartikan bahwa masalah ini perlu mendapat perhatian, karena dapat mempengaruhi status kesehatan klien secara umum dan memperlambat penyelesaian masalah yang lain

Menurut Dongoes, 2013 prioritas keperawatan pada pasien leukemia adalah mencegah infeksi selama fase akut penyakit/pengobatan, mempertahankan volume sirkulasi darah, menghilangkan nyeri, dan meningkatkan fungsi fisik optimal.

Pada kasus An.Y dengan *CML*, diagnosa risiko infeksi menjadi prioritas pertama, yaitu apabila faktor risiko dapat dikontrol dengan kriteria hasil utama kadar leukosit normal, maka akan mempercepat penyelesaian masalah lain.

Tujuan yang ditetapkan yaitu diharapkan pasien akan bebas dari tanda-tanda infeksi selama dalam perawatan dengan rencana aktivitas meliputi monitor tanda dan gejala infeksi sistemik maupun lokal, awasi pemeriksaan laboratorium *WBC* dan darah lengkap, anjurkan untuk batasi pengunjung sesuai indikasi, ajarkan teknik mengurangi faktor risiko misalnya cuci tangan yang benar, lakukan



perawatan infus, pertahankan linen kering dan tidak kusut, dorong periode istirahat serta kolaborasi pemberian obat sesuai indikasi misalnya antibiotik.

Apabila masalah risiko infeksi teratasi, dimana kadar leukosit pasien dapat dikontrol maka akan menurunkan risiko terjadinya masalah lain dan dapat mempercepat penyelesaian masalah ketidakefektifan perfusi jaringan. Sebagaimana diketahui bahwa penurunan kadar sel darah merah, hemoglobin dan trombosit darah disebabkan oleh proliferasi sel darah putih secara berlebihan. Disamping itu juga masalah ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh menjadi mudah untuk diselesaikan.

d. Implementasi keperawatan

Pelaksanaan adalah realisasi rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Kegiatan dalam pelaksanaan juga meliputi pengumpulan data berkelanjutan, mengobservasi respon klien selama dan sesudah pelaksanaan tindakan, serta menilai data yang baru (Budiono, 2016).

Pada hari Senin, 25 Juni 2018, dilakukan implementasi keperawatan pada An.Y dengan *CML*, pada pukul 07.00 mengganti linen sekaligus mengatur posisi pasien dengan kepala ditinggikan. Pukul 07.30, menilai adanya tanda-tanda infeksi dan melakukan perawatan infus, tidak ada tanda-tanda infeksi, suhu tubuh 36,5°C, tidak ada pembengkakan/plebitis. Pada pukul 08.00, mengukur tekanan darah dan nadi dimana hasilnya adalah tekanan darah 110/70 mmHg, nadi 90x/menit dengan kualitas nadi kuat, irama teratur. Pada pukul 08.30, mengatur posisi pasien dengan kepala ditinggikan,. Pada pukul 09.00, mengganti cairan infus NaCl 0,9% 500 cc dan menghitung tetesan infus 20 tpm. Pukul 10.00, meninjeksi ceftriaxone 1 gram/IV dan methylprednisolon 125 mg/IV. Pukul 11.15, mengukur tanda-tanda vital, dengan hasilnya adalah tekanan darah 110/70 mmHg, nadi 90x/menit, suhu 36,6°C,

frekuensi pernapasan 20 kali per menit. Pukul 11.30, mengajarkan teknik cuci tangan 6 langkah untuk meminimalkan transmisi mikroorganisme dalam membantu menurunkan risiko infeksi, keluarga dapat memahami dan mengikuti langkah-langkah dengan benar. Adapun beberapa tindakan yang tidak dilakukan yaitu batasi pengunjung dan dorong periode istirahat pasien disesuaikan dengan situasi dimana pengunjung pasien juga tidak lebih dari tiga orang serta pasien tidak memiliki tampak dapat beristirahat dengan baik.

Dalam implementasi tindakan keperawatan, beberapa intervensi sering dilakukan sekaligus untuk menyelesaikan dua masalah, misalnya untuk tindakan menganjurkan pasien meningkatkan asupan *Fe* dan protein, dapat membantu meningkatkan pembentukan sel darah merah yang berpengaruh terhadap peningkatan hemoglobin serta dapat pula meningkatkan status nutrisi. Disamping itu adapun tindakan memonitor pemeriksaan laboratorium dilakukan sekaligus untuk memantau kadar leukosit, trombosit, hemoglobin, dan hematokrit yang merupakan indikator hasil dari ketiga diagnosa yang telah ditetapkan.

e. Evaluasi keperawatan

Menurut Budiono, 2016 evaluasi keperawatan adalah penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien (hasil yang diamati) dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan.

Berdasarkan Dongoes, 2013 kriteria evaluasi keperawatan pada pasien dengan leukemia adalah pertama, pasien akan menunjukkan perilaku meminimalkan risiko infeksi serta tidak ditemukan tanda-tanda infeksi (misalnya demam, nyeri, merah, atau bengkak) serta kadar leukosit dalam batas normal. Kedua, pasien akan menunjukkan tanda-tanda perfusi jaringan yang adekuat meliputi tanda-tanda vital stabil; nadi teraba; *capillary refill time*



normal (< 3 detik), cairan adekuat, hemoglobin, hematokrit dan trombosit dalam batas normal, peningkatan kekuatan otot. Ketiga, pasien akan menunjukkan status nutrisi yang seimbang (BB ideal), peningkatan BB, klien tidak pucat dan lemah, nafsu makan meningkat, tidak mual muntah.

Namun setelah dilakukan evaluasi selama tiga hari dari tanggal 26 – 28 Juni 2018, diperoleh hasil pasien masih tetap mengeluh lemas, pasien tampak lemah, kulit pucat, nafsu makan masih tetap kurang dan cepat merasa kenyang. Tekanan darah sempat mengalami penurunan pada hari pertama evaluasi yaitu 90/50 mmHg, nadi dalam batas normal, tidak ada tanda-tanda infeksi, BB masih sama yaitu 46 kg. Pemantauan terhadap kadar leukosit yang meningkat $126,14 \text{ H } 10^3/\text{ul}$ kemudian pada hari ketiga turun menjadi $88,45 \text{ H } 10^3/\text{ul}$. Sementara trombosit dari $30 \text{ L } 10^3/\text{ul}$ turun menjadi $11 \text{ L } 10^3/\text{ul}$. Hemoglobin $9,1 \text{ L g/dL}$, hematokrit $27,4 \text{ L}\%$.

Kriteria evaluasi pada An.Y tidak tercapai karena penyakit pasien merupakan penyakit kronis yang penyembuhannya memerlukan waktu dan tergantung pada reaksi kerja obat. Sedangkan pengobatan masih pada tahap awal dan belum tuntas.



3.3. KETERBATASAN STUDI KASUS

Studi kasus ini telah diusahakan dan dilaksanakan sesuai ketentuan, namun masih terdapat keterbatasan yaitu :

- Dalam melakukan pengkajian keperawatan penulis telah melewati beberapa pemeriksaan yaitu pemeriksaan di dalam mulut mungkin terdapat stomatitis, penulis hanya menanyakan kepada pasien tanpa melakukan inspeksi secara langsung.
- Terdapat beberapa kekurangan dan keterbatasan dalam penelitian terutama dalam memahami data hasil pengkajian sehingga ada diagnosa keperawatan yang tidak diambil.
- Dalam melaksanakan asuhan keperawatan penulis mencoba menyusun diagnosa dengan menyederhanakan beberapa data dapat berpengaruh terlewatnya beberapa kriteria hasil dan juga intervensi misalnya pemenuhan kebutuhan *ADL*.
- Dalam melakukan implementasi, pasien memiliki waktu istirahat yang cukup lama sehingga implementasi disesuaikan dan menjadi terbatas.
- Beberapa pemeriksaan penunjang yang tidak dilakukan misalnya pemeriksaan kadar asam urat dan pemeriksaan sitogenetik.



BAB 4

KESIMPULAN DAN SARAN

4.1. KESIMPULAN

Berdasarkan hasil studi kasus di atas, maka dapat disimpulkan bahwa :

Pada pengkajian kasus An.Y dengan *CML*, pasien memiliki riwayat pernah dirawat dengan riwayat kelaianan darah dalam waktu kurang lebih 6 bulan terakhir. Pasien mengeluh lemas seluruh badan. Pasien juga mengatakan bahwa kurang nafsu makan sehingga hanya menghabiskan $\frac{3}{4}$ porsi makanan dan dilanjutkan beberapa jam kemudian. Kadar hemoglobin 9,3 L g/dL; jumlah leukosit 45,54 H 10^3 /ul; trombosit 13 L 10^3 /ul. Pasien tampak pucat, lemah, kurus, kekuatan otot 4, *ADL* dibantu, tekanan darah 120/80 mmHg, nadi 88x/menit, suhu 37°C; BB 46 kg, TB 170 cm.

Diagnosa keperawatan yang ditegakkan berdasarkan hasil pengkajian adalah risiko infeksi, ketidakefektifan perfusi jaringan perifer, dan ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh. Prioritas masalah keperawatan yaitu mencegah infeksi selama fase akut penyakit/pengobatan, mempertahankan volume sirkulasi darah, dan meningkatkan fungsi fisik optimal.

Kriteria hasil yang ingin dicapai meliputi pasien akan menunjukkan perilaku meminimalkan risiko infeksi serta tidak ditemukan tanda-tanda infeksi, leukosit normal, pasien akan menunjukkan tanda-tanda perfusi jaringan yang adekuat, hemoglobin dalam batas normal serta status nutrisi seimbang (BB ideal), peningkatan BB, klien tidak pucat dan lemah, mafsu makan meningkat, tidak mual muntah, hematokrit normal.

Dalam implementasi keperawatan, perawat melakukan tindakan-tindakan seperti yang telah disusun dalam intervensi keperawatan yakni melakukan perawatan infus, mengganti laken seca rutin setiap hari, memonitor tekanan darah, nadi, suhu, mempertahankan asupan cairan oral dan parenteral, kolaborasi terapi



antibiotik serta kolaborasi dalam pemberian transfusi darah sesuai kebutuhan pasien.

Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama empat hari, kriteria hasil menunjukkan masalah keperawatan belum teratasi. Hal ini disebabkan penyakit yang dialami pasien merupakan penyakit kronis yang penyembuhannya memerlukan waktu cukup lama.

4.2. SARAN

Berdasarkan uraian diatas maka penulis memberikan saran sebagai berikut :

1. Bagi Institusi Pelayanan Kesehatan

Diharapkan institusi pelayanan kesehatan dapat meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan terutama tindakan untuk mengurangi risiko infeksi pada pasien di berbagai rumah sakit

2. Bagi Tenaga Kesehatan

Diharapkan tenaga kesehatan menyadari pentingnya penerapan asuhan keperawatan yang konsisten dan sesuai dengan teori dalam memberikan asuhan keperawatan kepada pasien, sehingga pasien akan mendapatkan pelayanan yang holistik dan komprehensif.

3. Bagi Institusi Pendidikan

Diharapkan agar dapat meningkatkan mutu pelayanan pendidikan yang berkualitas dan profesional, sehingga terlahirlah perawat-perawat yang profesional dalam memberikan asuhan keperawatan.



DAFTAR PUSTAKA

- Budiono. 2016. *Modul Bahan Ajar Cetak Keperawatan Konsep Dasar Keperawatan*. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Bulechek, et al. 2013. *Nursing Outcomes Classification (NOC), Nursing Interventions Classification (NIC)*. ELSEVIER. United States America
- Corwin, Elizabeth J. 2009. *Buku Saku Patofisiologi*. Penerbit Buku Kedokteran: EGC. Jakarta
- Doengoes, Marilyn E, dkk. 2012. *Rencana Asuhan Keperawatan Pedoman untuk Perencanaan dan Pendokumentasian Perawatan Pasien Edisi 3*. Penerbit Buku Kedokteran: EGC. Jakarta
- Hoffbrand & Moss. 2013. *Kapita Selekta Hematologi Edisi 6*. Penerbit Buku Kedokteran: EGC. Jakarta
- Keliat, dkk. 2016. *Diagnosis Keperawatan Definisi & Klasifikasi 2015-2017 Edisi 10*. Penerbit Buku Kedokteran: EGC. Jakarta
- Lawrenti, Hastarita. 2017. *Tatalaksana Leukemia Mieloid Kronik*. Medical Department PT Kalbe Farma Tbk. Jakarta, Indonesia. Diakses dari <http://www.kalbemed.co.id> pada Rabu, 27 Juni 2018 pukul 17.15 WITA
- Nurarif, 2013. *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis dan NANDA NIC-NOC*. MediAction. Jakarta
- Price & Wilson. 2006. *Patofisiologi Konsep Klinis Proses-Proses Penyakit Edisi 6*. Penerbit Buku Kedokteran: EGC. Jakarta
- Renald & McPherson. 2012. *Tinjauan Klinis Hasil Pemeriksaan Laboratorium Edisi 11*. Penerbit Buku Kedokteran: EGC. Jakarta

Rofinda, Zelly.D. 2012. *Kelainan Hemostasis pada Leukemia*. Jurnal Kesehatan Andalas. Diakses dari <http://jurnal.fk.unand.ac.id> pada Minggu, 24 Juni 2018 pukul 18.00 WITA

Setiati, dkk. 2014. *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam Jilid II Edisi VI*. InternaPublishing. Jakarta

Suega, Ketut. 2010. *Seorang Penderita Dengan Leukemia Mieloid Kronik dan Mieloma Multipel*. Divisi Hematologi Onkologi Medik, Bagian/SMF Ilmu Penyakit Dalam FK Unud/RSUP Sanglah Denpasar. Diakses dari <https://ojs.unud.ac.id/index.php/jim/article/view/3902> pada Rabu, 27 Juni 2018 pukul 19.25 WITA

Lampiran 1

**JADWAL KEGIATAN UJIAN AKHIR PROGRAM
JURUSAN KEPERAWATAN POLTEKKES KEMENKES KUPANG**

BULAN	JUNI								JULI								
Tanggal	22	23	25	26	27	28	29	30	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Pembekalan																	
Lapor diri di rumah sakit																	
Konsul judul kasus																	
Perawatan kasus dan susun proposal																	
Penyusunan laporan kasus dan konsultasi dengan pembimbing																	
Ujian siding																	
Revisi dan kumpul laporan																	

Lampiran 2



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
Direktorat: Jln. Piet A. Tallo Liliba - Kupang, Telp.: (0380) 8800256;
Fax (0380) 8800256; Email: poltekkeskupang@yahoo.com



Nama : Nada Bellasita Jinniarty Lubalu
Mahasiswa
NIM : PO.530320115085

Format Pengkajian Dewasa

Nama Pasien : An.Y
Ruang/Kamar : Kelimutu/C
Diagnosa Medis : *Chronic Myeloid Leukemia (CML)*
No. Medical Record : 48-51-xx
Tanggal Pengkajian : 24 Juni 2018 Ja : 15.30
m WITA
Masuk Rumah Sakit : 18 Juni 2018 Ja : 18.00
m WITA

Identitas Pasien

Nama Pasien : An.Y Jenis Kelamin : Laki-laki
Umur/Tanggal Lahir : 17 tahun/14 Januari 2001 Status : Belum kawin
Perkawinan
Agama : Katholik Suku Bangsa : Timor
Pendidikan Terakhir : Tamat SMP Pekerjaan : Pelajar
Alamat : Fatululi

Identitas Penanggung

Nama : Tn. B.K Pekerjaan : Kuli Bangunan
Jenis Kelamin : Laki-laki Hubungan : Ayah Kandung
dengan klien
Alamat : Fatululi

Riwayat Kesehatan

- a. Keluhan Utama
Saat dikaji pasien mengeluh lemas seluruh badan. Keluhan sudah dirasakan semenjak MRS kurang lebih satu minggu lalu
- b. Riwayat Keluhan Utama

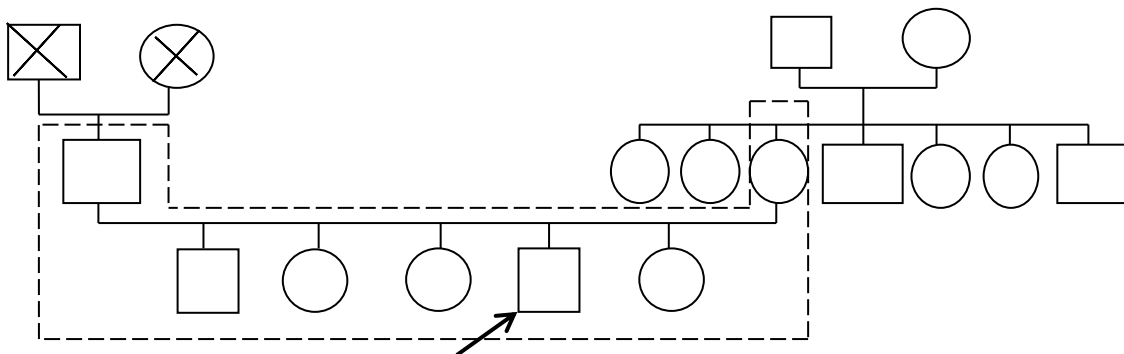
Pasien mengatakan MRS sejak kurang lebih satu minggu yang lalu karena mual muntah setiap kali makan minum. Pasien juga merasa lemas disertai nyeri pada perut seperti terlilit dan terikat. Setelah empat hari dirawat, mual muntah dan nyeri berkurang (nyeri ringan dengan skala 2) dan sempat mengalami sesak napas disertai demam. Namun sekarang tidak lagi.

c. Riwayat Penyakit Sebelumnya




Tn.Y dan keluarga mengatakan sebelumnya sempat menjalani perawatan dengan riwayat yang sama yaitu kelainan darah. Perawatan pertama pada bulan Januari 2018 dirawat selama kurang lebih tiga minggu, lalu melanjutkan perawatan di rumah. pasien sempat mengalami pembesaran kelenjar getah bening di bagian leher namun sembuh dengan mengkonsumsi obat tradisional. Selanjutnya pasien masuk rumah sakit lagi pada bulan April dirawat kurang lebih satu bulan. Tn.Y tidak memiliki riwayat alergi obat maupun makanan. Kebiasaan makan di rumah biasanya hanya makan nasi dan lauk pauk, tidak memiliki kebiasaan makan makanan ringan/makanan instan, maupun minuman bersoda/minuman kaleng yang dijual di kios. Sebelumnya juga belum pernah menjalani operasi apapun. Tn.Y tidak memiliki kebiasaan merokok, minum alkohol ataupun minum kopi. Obat-obatan yang dikonsumsi di rumah yaitu sangobion dan asam folat yang didapat sesuai resep dokter. Tidak ada anggota keluarga yang menderita penyakit yang sama. Tidak ada riwayat terpapar radiasi yang berlebihan.

Riwayat Keluarga/ Genogram (diagram tiga generasi) :

Analisa keadaan kesehatan keluarga dan faktor resiko.



Keterangan :

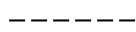
-  Laki-laki
-  Perempuan
-  Laki-laki meninggal



Perempuan meninggal



Pasien



Tinggal serumah

*tidak ada anggota keluarga yang memiliki riwayat sakit yang sama dengan pasien

Pemeriksaan Fisik

A. Tanda – Tanda Vital

- | | | | |
|------------------|---------------|--------------|-------------|
| 1. Tekanan darah | : 120/80 mmHg | - Nadi | : 88x/menit |
| 2. Pernapasan | : 20x.menit | - Suhu badan | : 37°C |

B. Kepala dan leher

- a. Kepala :
- a. Sakit kepala : tidak. Pusing : tidak
- b. Bentuk , ukuran dan posisi:
 normal : bentuk kepala bulat, wajah simetris dan normal
- c. Lesi : ada, di leher kanan bekas luka pembesaran kelenjar getah bening
- d. Masa : tidak ada
- e. Observasi Wajah : simetris, mata posisi mata simetris, bentuk wajah simetris
- f. Penglihatan : normal
- g. Konjungtiva: tampak anemis
- h. Sklera: putih
- b. Pakai kaca mata : Ya, Jelaskan : tidak
- c. Penglihatan kabur : Ya, Jelaskan : tidak
- d. Nyeri : tidak ada nyeri saat palpasi kelopak mata
- e. Peradangan : tidak ada tanda-tanda peradangan
- f. Operasi : tidak pernah dilakukan
- g. Pendengaran
- h. Gangguan pendengaran : Ya, Jelaskan : tidak
- i. Nyeri : Ya, Jelaskan : tidak
- j. Peradangan : Ya, Jelaskan : tidak
- k. Hidung
- l. Alergi Rhinitis : Ya, Jelaskan : tidak
- m. Riwayat Polip : Ya, Jelaskan : tidak
- n. Sinusitis : Ya, Jelaskan : tidak

- o. Epistaksis : Ya, Jelaskan : tidak
- p. Tenggorokan dan mulut
- q. Keadaan gigi :
- r. Caries : Ya, Jelaskan : tidak
- s. Memakai gigi palsu : Ya, Jelaskan : tidak
- t. Gangguan bicara : Ya, Jelaskan : tidak
- u. Gangguan menelan : Ya, Jelaskan : tidak
- v. Pembesaran kelenjar leher : Ya, Jelaskan : tidak

C. Sistem Kardiovaskuler

- a. Nyeri Dada : Ya, Jelaskan : tidak tidak
- b. Inspeksi :
- Kesadaran/ GCS : Compos Mentis/GCS 15 E₄V₅M₆
- Bentuk dada : abnormal, Jelaskan : normal
- Bibir : sianosis normal
- Kuku : sianosis tampak pucat
- Capillary Refill : Abnormal normal (<3 detik)
- Tangan : Edema akral hangat
- Kaki : Edema normal
- Sendi : Edema normal
- a. Ictus cordis/Apical Pulse: Teraba tidak teraba
- b. Vena jugularis : Teraba tidak teraba
- c. Perkusi : pembesaran jantung : tidak ada pembesaran jantung
- d. Auskultasi : BJ I : Abnormal normal
BJ II : Abnormal normal
- Murmur (-), Gallops (-), Bunyi jantung S₁S₂ reguler.

D. Sistem Respirasi

1. Keluhan : tidak ada keluhan pernapasan
2. Inspeksi :
- Jejas : Ya, Jelaskan : tidak
- Bentuk Dada : Abnormal, Jelaskan : normal
- Jenis Pernapasan : Abnormal, (Dispnea, Kussmaul,) normal : RR 20x/m
- Irama Napas teratur tidak teratur
- Retraksi otot pernapasan : Ya tidak
- Penggunaan alat bantu pernapasan : Ya, Jelaskan tidak
3. Perkusi : Cairan : Ya tidak
- Udara : Ya tidak
- Massa : Ya tidak

4. Auskultasi :

Inspirasi : Normal Abnormal

Ekspirasi : Normal Abnormal

1. Ronchi : Ya tidak

2. Wheezing : Ya tidak

3. Krepitasi : Ya tidak

4. Rales : Ya tidak

Clubbing Finger : Normal Abnormal

E. Sistem Pencernaan

1. Keluhan : pasien mengatakan kurang nafsu makan

2. Inspeksi :

1. Turgor kulit : Abnormal, Jelaskan : Normal

w. Keadaan bibir : lembab kering

x. Keadaan rongga mulut

Warna Mukosa : pucat

Luka/ perdarahan : Ya, Jelaskan tidak

Tanda-tanda radang : Ya, Jelaskan tidak

Keadaan gusi : Abnormal, Jelaskan normal

y. Keadaan abdomen

Warna kulit : normal, sawo matang

Luka : Ya, Jelaskan tidak

Pembesaran : Abnormal, Jelaskan hepatomegali dan splenomegali

Keadaan rektal

Luka : Ya, Jelaskan tidak

Perdarahan : Ya, Jelaskan tidak

Hemmoroid : Ya, Jelaskan tidak

Lecet/ tumor/ bengkak : Ya, Jelaskan..... tidak

3. Auskultasi :

Bising usus/Peristaltik : 10x/menit

4. Perkusi : Cairan : Abnormal, Jelaskan normal

Udara : Abnormal, Jelaskan normal

Massa : Abnormal, bunyi redup batas limpa yaitu sampai garis schuffer

5

5. Palpasi :

Tonus otot: Abnormal, Jelaskan normal

Nyeri : Abnormal, nyeri tekan pada kuadran kiri atas

Massa : Abnormal, hepar teraba dua jari di bawah actus costa

F. Sistem Persyarafan

- Keluhan : tidak ada keluhan

- Tingkat kesadaran: Compos Mentis GCS 15 (E₄/M₅/V₆)
- Pupil : Isokor
anisokor
- Kejang : Abnormal, Jelaskan
normal
- Jenis kelumpuhan : Ya, Jelaskan tidak
- Parasthesia : Ya, Jelaskan tidak
- Koordinasi gerak : Abnormal, Jelaskan
normal
- Cranial Nerves : Abnormal, Jelaskan
normal
- Reflexes : Abnormal, Jelaskan
normal

G. Sistem Musculoskeletal

1. Keluhan : pasien mengeluh lemah
2. Kelainan Ekstremitas : ada, Jelaskan..... tidak ada
3. Nyeri otot : ada tidak ada
4. Nyeri Sendi : ada tidak ada
5. Refleksi sendi : abnormal, Jelaskan normal
6. kekuatan otot :
7. Atropi hiperthropi normal

4	4
4	4

H. Sistem Integumentari

- Rash : ada, Jelaskan..... tidak ada
- Lesi : ada, beberapa lesi/bekas luka di leher dan ekstremitas
- Turgor : cukup baik Warna : coklat
- Kelembaban : Abnormal, Jelaskan normal
- Petechie : ada, Jelaskan..... Tidak ada
- Lain lain: terdapat beberapa memar pada tangan bekas suntik dan pemasangan infus

I. Sistem Perkemihan

- Gangguan : kencing menetes inkontinensia retensi
 gross hematuri disuria poliuri
 oliguri anuri tidak ada gangguan
- Alat bantu (kateter, dll) ya tidak
- Kandung kencing : membesar ya tidak
nyeri tekan ya tidak
- Produksi urine : kurang lebih 1500 cc/hari

- Intake cairan oral : air putih+susu ±1000cc/hr; parenteral : infus NaCl 0,9% 500 cc/8 jam
- Bentuk alat kelamin : Norm Tidak normal, sebutkan.....
- Uretra : Normal Hipospadia/Epispadia

J. Sistem Endokrin

1. Keluhan : tidak ada keluhan
2. Pembesaran Kelenjar : ada, Jelaskan..... tidak ada

K. Sistem Reproduksi

1. Keluhan : tidak ada keluhan
2. Wanita : Siklus menstruasi :
 - i. Keadaan payudara : Abnormal, Jelaskan normal
 - ii. Riwayat Persalinan:.....
 - iii. Abortus:.....
 - iv. Pengeluaran pervagina: Abnormal, Jelaskan normal
3. Pria : Pembesaran prostat : ada tidak ada
4. Lain-lain:.....

L. Pola Kegiatan Sehari-hari (ADL)

1. Nutrisi
 1. Kebiasaan :
 - Pola makan : teratur
 - z. Frekuensi makan : 3x sehari
 - aa. Nafsu makan : baik
 - bb. Makanan pantangan : sesuai anjuran dokter yaitu makanan instan dan penyedap rasa
 - cc. Banyaknya minuman dalam sehari : ± 8 gelas sehari sekitar 2000 cc/hari
 - aa. Jenis minuman dan makanan yang tidak disukai : -
 - ee. BB : 46 kg TB : 170 cm
 - ff. Kenaikan/Penurunan BB: 1 kg, dalam waktu: satu bulan terakhir

2. Perubahan selama sakit : pasien mengatakan kurang nafsu makan, karena kadang mual, dan perut cepat merasa kenyang, hanya menghabiskan $\frac{3}{4}$ porsi makanan setiap kali makan.

3. Eliminasi

1. Buang air kecil (BAK)
 1. Kebiasaan
 - Frekuensi dalam sehari : ± 4-5 kali Warna : kuning jernih

- Bau : khas urine Jumlah/ hari : ± 1500-2000 cc
2. Perubahan selama sakit : tidak ada perubahan
 3. Buang air besar (BAB)
 1. Kebiasaan : BAB teratur normal setiap hari.
Frekuensi dalam sehari : ± 1 kali
Warna : kuning; Bau : khas feses
Konsistensi : lunak padat
 2. Perubahan selama sakit : tidak ada perubahan
 3. Olah raga dan Aktivitas
 - gg. Kegiatan olah raga yang disukai : sepak bola
 - hh. Apakah olah raga dilaksanakan secara teratur : ya, sebelum masuk rumah sakit,
Tn.Y selalu main bola setiap sore
 4. Istirahat dan tidur
 - ii. Tidur malam jam : 21.00 WITA
Bangun jam : 06.00 WITA
 - jj. Tidur siang jam : 13.00 WITA
Bangun jam : 15.00 WITA
 - kk. Apakah mudah terbangun : tidak
 - ll. Apa yang dapat menolong untuk tidur nyaman : suasana yang tenang

Pola Interaksi Sosial

1. Siapa orang yang penting/ terdekat : orangtua, saudara, dan keluarga
2. Organisasi sosial yang diikuti : tidak ada
3. Keadaan rumah dan lingkungan : bersih, rapi dan nyaman
Status rumah : rumah orang tua
Cukup / tidak : cukup
Bising / tidak: tidak bising
Banjir / tidak : tidak banjir
4. Jika mempunyai masalah apakah dibicarakan dengan orang lain yang dipercayai/
terdekat : ya, pasien mengatakan selalu membicarakan masalah dengan keluarga
5. Bagaimana anda mengatasi suatu masalah dalam keluarga : berdoa dan berdiskusi
6. Bagaimana interaksi dalam keluarga : baik

Kegiatan Keagamaan/ Spiritual

1. Ketaatan menjalankan ibadah : ya, ibadat di gereja setiap hari Minggu dan kegiatan doa/missa lainnya

2. Keterlibatan dalam organisasi keagamaan : OMK dan Legio

Keadaan Psikologis Selama Sakit

1. Persepsi klien terhadap penyakit yang diderita : pasien mengatakan sakit yang diderita cukup berat, namun ia yakin pasti sembuh
2. Persepsi klien terhadap keadaan kesehatannya : klien mengatakan kondisi sudah ada perubahan yang lebih baik
3. Pola interaksi dengan tenaga kesehatan dan lingkungannya : baik dan kooperatif

Data Laboratorium & Diagnostik

1. Pemeriksaan Darah

No	Jenis Pemeriksaan	Nilai Normal	Hasil Pemeriksaan		
			Tanggal (Juni 2018)		
			23	26	27
1	Hemoglobin	13,0-18,0	9,3 L g/dL	9,7 L g/dL	9,1 L g/dL
2	Jumlah eritrosit	4,50-6,20	3,39 L 10 ⁶ /ul	3,52 L10 ⁶ /uL	3,36 L10 ⁶ /uL
3	Hematokrit	40,0-54,0	27,3 L%	28,6 L%	27,4 L%
4	RDW-CV	11,0-16,0	16,7 H%	16,3 H%	16,5 H%
5	Jumlah leukosit	4,0-10,0	45,54 H 10 ³ /ul	126,14 H10 ³ /ul	88,45 H10 ³ /ul
6	Eosinofil	1,0-5,0	0,1 L%	0,1 L%	2,3 L%
7	Neutrofil	50-70	13,9 L%	27,7 L%	24,3 L%
8	Monosit	2-8	52,6 H%	42,7 H%	50,1 H%
9	Jumlah Limfosit	1,00-3,70	15,17 H 10 ³ /ul	37,16 H10 ³ /ul	20,62 H10 ³ /ul
1	Jumlah trombosit	140-392	13 L 10 ³ /ul	30 L 10 ³ /ul	11 L 10 ³ /ul

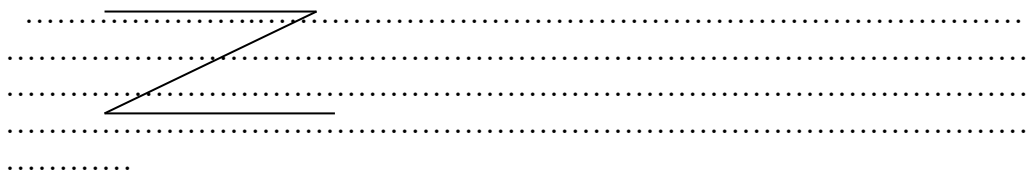
2. Pemeriksaan faeces: tidak dilakukan

3. Pemeriksaan urine: tidak dilakukan

Diagnostik Test

1. Foto Rontgen

1. Foto gigi dan mulut : tidak dilakukan



2. Foto oesophagus, lambung, dan usus halus : tidak dilakukan

.....
.....
.....
.....
.....
.....

3. Cholescystogram : tidak dilakukan

.....
.....
.....
.....
.....

4. Foto colon : tidak dilakukan

.....
.....
.....
.....

2. Pemeriksaan-pemeriksaan khusus
Ultrasonographi (18 Juni 2018)
Hepatomegali 16,8 cm
Splenomegali 20,7 cm

Biopsy : tidak dilakukan

.....
.....
.....
.....

Colonoscopy : tidak dilakukan

.....
.....
.....
.....

DII : tidak dilakukan

.....
.....
.....
.....

Penatalaksanaan/pengobatan



(pembedahan, obat-obatan, dan lain-lain)

1. Pembedahan

.....
.....
.....
.....
.....

2. Obat : Tn.Y telah diberikan terapi sebagai berikut

- NaCl 0,9% 500 cc 20 tpm/8 jam
- Hydroxyurea 2x1000mg *sudah dihentikan
- Allopurinol 1x300 mg * sudah dihentikan
- As.Folat 3x1 tablet * sudah dihentikan
- Cytodrox 2x2 tablet
- Injeksi methylprednisolon 2x125 mg/IV
- Injeksi ranitidine 2x1 ampul/IV
- Injeksi ceftriaxone 2x1 gram/IV
- Transfusi TC 10 bag *rencana transfusi lagi 5 bag

3. Lain-lain

.....
.....
.....
.....



ANALISA DATA

Data-data	Etiologi	Masalah
<p>DS : - DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Faktor risiko adanya penyakit kronis 2. Jumlah leukosit meningkat $45,54 \times 10^3/\text{ul}$ 3. Suhu tubuh 37°C 	<p>Gangguan kematangan sel darah putih</p>	<p>Risiko infeksi</p>
<p>DS : pasien mengeluh lemas seluruh badan DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien tampak pucat dan lemas 2. Kekuatan otot 4, ADL dibantu 3. Membran mukosa dan kuku pucat 4. Konjungtiva anemis 5. Hemoglobin $9,3 \text{ L g/dL}$ 6. Trombosit $13 \times 10^3/\text{ul}$ 	<p>Penurunan suplai oksigen ke kapiler</p>	<p>Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer</p>
<p>DS : pasien mengeluh kurang nafsu makan karena agak mual dan mudah kenyang DO :</p>	<p>Hipermetabolisme</p>	<p>Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh</p>

7. Pasien tampak kurus, pucat dan lemah		
8. BB 46 kg, TB 170 cm, BBI 63 kg		
9. Hematokrit 27,3 L%		
10. Hemoglobin 9,3 L g/dL		

Diagnosa Keperawatan (Diagnosa tunggal berdasarkan NANDA-2015-2017)

1. Risiko infeksi
2. Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer
3. Kektidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh

INTERVENSI KEPERAWATAN

Diagnosa Keperawatan	NOC		NIC	
	Ko de	Outcomes	Ko de	Intervensi
Risiko infeksi	1902	Pasien akan bebas dari infeksi selama dalam perawatan, dengan indikator outcomes meliputi tidak terjadi plebitis, tidak ada tanda-	6550	<p>Perindungan infeksi</p> <p>4. Monitor tanda dan gejala infeksi sitemik maupun lokal</p> <p>5. Batasi jumlah pengunjung sesuai indikasi</p> <p>6. Berikasin mandi</p>

		<p>tanda infeksi seperti demam, nyeri, merah, maupun bengkak, serta kadar leukosit dalam batas normal.</p>		<p>kompres/mandi air hangat minimal satu kali sehari</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Pertahankan linen kering dan tidak kusut 8. Lakukan perawatan infus setiap hari 9. Awasi pemeriksaan laboratorium WBC dan darah lengkap 10. Kolaborasi terapi antibiotik 11. Dorong periode isitirahat
<p>Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer</p>	<p>040 7</p>	<p>Pasien akan mampu mempertahankan perfusi jaringan perifer yang adekuat selama dalam perawatan dengan indikator outcomes meliputi wajah tidak</p>	<p>415 0</p>	<p>Pengaturan hemodinamik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor tekanan darah dan nadi - Tentukan status perfusi (apakah akral teraba dingin atau hangat) - Tinggikan kepala tempat tidur

		tampak pucat lagi, peningkatan kadar hemoglobin dan trombosit, tekanan darah dan nadi normal, serta peningkatan kekuatan otot		<ul style="list-style-type: none"> - Jaga keseimbangan cairan IV - Evaluasi efek dari terapi cairan - Monitor kadar elektrolit - Kolaborasi pemberian transfusi darah sesuai kebutuhan
Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh	140 0	Pasien akan meningkatkan status nutrisi seimbang sesuai kebutuhan tubuh selama dalam perawatan dengan indikator outcomes meliputi peningkatan BB (berat badan ideal sesuai tinggi bada), dan kadar hemoglobin serta hematokrit dalam	140 0	<p>Manajemen nutrisi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kaji adanya alergi makanan serta adanya respon mual muntah terhadap makanan - Anjurkan untuk meningkatkan intake Fe dan protein - Berikan informasi tentang kebutuhan nutrisi pasien - Pertahankan lingkungan yang nyaman dan bersih

		batas normal		selama dalam perawatan - Berikan perawatan mulut sebelum makan - Kolaborasi terapi anti mual-muntah - Monitor status nutrisi pasien yaitu timbang berat badan, pantau kadar hemoglobin dan hematokrit
--	--	--------------	--	--

IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Diagnosa Keperawatan	Hari/tanggal	Jam	Tindakan	Paraf
1.	25 Juni 2018	07.00 08.00 12.15	Mengganti linen dan menilai adanya tanda-tanda infeksi dan melakukan perawatan infus, tidak ada tanda-tanda infeksi, suhu tubuh 36,5°C, tidak ada pembengkakan/plebitis. Megninjeksi ceftriaxone 1 gram/IV dan methylprednisolon 125 mg/IV.	Nada

			Mengajarkan teknik cuci tangan 6 langkah untuk meminimalkan transmisi mikroorganisme dalam membantun menurunkan risiko infeksi.	
2.	25 Juni 2018	08.00	Mengukur tekanan darah dan nadi dimana hasilnya adalah tekanan darah 110/70 mmHg, nadi 90x/menit dengan kualitas nadi kuat, irama teratur.	Nada
		08.15	Mengatur posisi pasien dengan kepala ditinggikan.	
		09.00	Mengganti cairan infus NaCl 0,9% 500 cc dan menghitung tetesan infus 20 tpm.	
		11.00	Mengukur tanda-tanda vital, dengan hasilnya adalah tekanan darah 110/70 mmHg, nadi 90x/menit, suhu 36,6°C, frekuensi pernapasan 20 kali per menit.	
3.	25 Juni 2018	09.00	Memberikan informasi kepada pasien dan keluarga tentang kebutuhan nutrisi pasien , menganjurkan untuk mengkonsumsi makanan tinggi kandungan Fe dan protein, menganjurkan pasien untuk melakukan perawatan mulut/berkumur sebelum makan.	Nada
		12.00	Memberikan injeksi ranitidine 1 ampul/IV.	



Evaluasi Keperawatan (Catatan perkembangan) hari pertama

Diagnosa Keperawatan	Tanggal/jam	Catatan perkembangan	Paraf
1.	26 Juni 2018/07.00	<p>S -</p> <p>O Tidak ada tanda-tanda infeksi, tidak ada bengkak/plebitis, tampak darah pada kasa infus suhu tubuh 36,6°C, linen tempat tidur tampak kusut.</p> <p>A Masalah risiko infeksi belum teratasi, intervensi dilanjutkan</p> <p>P yaitu monitor tanda-tanda infeksi,</p> <p>I Pertahankan semua intervensi</p> <p>07.15 melakukan perawatan infus dan mengganti linen.</p> <p>08.00 memberikan obat cytodrox 2 tablet per oral.</p> <p>09.45 mengambil spesimen darah vena</p> <p>10.00 menginjeksi ceftriaxone 1 gram/IV dan methylprednisolon 125 mg/IV.</p> <p>E 11.00 memonitor hasil pemeriksaan laboratorium.</p> <p>Infus tampak bersih, linen tampak rapi dan bersih, hasil lab menunjukkan kadar leukosit 126,14 H 10³/ul.</p>	
2.	26 Juni 2018/08.00	<p>S Tn.Y mengatakan masih lemas dan merasa agak pusing.</p> <p>O Pasien tampak lemah, ADL dibantu, tekanan darah 90/50</p>	Nada

		<p>mmHg, nadi 90x/menit, kualitas nadi kuat, irama teratur, akral teraba hangat, warna kulit pucat, membran mukosa dan kuku tampak pucat, konjungtiva anemis.</p> <p>A tampak pucat, konjungtiva anemis.</p> <p>P Masalah keperawatan ketidakefektifan perfusi jaringan perifer belum teratasi. Intervensi dilanjutkan meliputi monitor status hemodinamik yaitu tekanan darah dan nadi, tinggikan kepala tempat tidur untuk mengoptimalkan perfusi ke jaringan perifer, pertahankan intake cairan oral dan parenteral, monitor kadar</p> <p>I hemoglobin, eritrosit dan trombosit darah kolaborasi untuk pemberian transfusi darah sesuai kebutuhan.</p> <p>E 09.00 mengganti cairan infus NaCl 500 cc 20 tpm. 11.00 memonitor hasil laboratorium hemoglobin, eritrosit dan trombosit.</p> <p>Pasien mengatakan masih lemas, tidak pusing, pasien tampak pucat dan lemah, pasien tampak tampak beristirahat dengan posisi semi fowler, hasil lab menunjukkan kadar hemoglobin 9,7 L g/dL; jumlah eritrosit 3,52 L 10⁶/uL; jumlah trombosit 30 L 10³/ul.</p>	
3.	26 Juni 2018/08.30	<p>S Tn. Y mengatakan nafsu makan masih seperti biasa dan agak mual, perut terasa cepat kenyang</p> <p>O Tn.Y tampak hanya menghabiskan ½ porsi makanan</p>	Nada

		<p>A Masalah belum teratasi</p> <p>P Pertahankan semua intervensi</p> <p>I 12.00 Menginjeksi ranitidine 1 ampul/IV</p> <p>E Tn. Y tampak melanjutkan makanan perlahan-lahan</p>	
--	--	---	--

Catatan perkembangan hari kedua

Diagnosa Keperawatan	Tanggal/jam	Catatan perkembangan	Paraf
1.	27 Juni 2018/07.00	<p>S -</p> <p>O Lokasi infus tampak kotor, namun tidak ada tanda-tanda plebitis, tampak darah yang membeku di sekitar kasa, suhu tubuh dalam batas normal yaitu 37,1°C, linen tampak kusut.</p> <p>A Masalah risiko infeksi belum teratasi.</p> <p>P Semua intervensi dipertahankan.</p> <p>I 07.30 melakukan perawatan infus dan mengganti linen 08.00 memberikan obat cytodrox 2 tablet per oral setelah makan. 10.00 mengambil spesimen darah vena. 11.00 memonitor kadar leukosit darah.</p>	Nada

		<p>E 12.00 menginjeksi ceftriaxone 1 gram/IV dan methylprednisolon 125 mg/IV.</p> <p>Evaluasi diperoleh infus tampak bersih, linen rapi dan bersih, hasil laboratorium menunjukkan jumlah leukosit $88,45 \times 10^3/\text{ul}$.</p>	
2.	27 Juni 2018/08.00	<p>S Pasien mengatakan masih lemas</p> <p>O Wajah, membran mukosa dan kuku masih tampak pucat, akral teraba hangat, tekanan darah 110/70 mmHg, nadi 90x/menit, kualitas nadi kuat, dan irama nadi teratur.</p> <p>A Masalah ketidakefektifan perfusi jaringan perifer belum teratasi</p> <p>P Semua intervensi dipertahankan.</p> <p>I 09.00 mengganti cairan infus NaCl 0,9 % 500 cc dan menghitung tetesan infus 20 tpm.</p> <p>11.00 memonitor kadar hemoglobin, eritrosit dan trombosit.</p> <p>12.30 mengambil spesimen darah untuk cross/rencana transfusi.</p> <p>E Evaluasi diperoleh hemoglobin 9,1 L g/dL; jumlah eritrosit $3,36 \times 10^6/\text{uL}$; jumlah trombosit $11 \times 10^3/\text{ul}$.</p>	Nada
3.	27 Juni 2018/08.30	<p>S Tn.Y mengatakan tidak merasa mual lagi, namun perut cepat kenyang bila makan sedikit</p>	Nada

		<p>O Pasien tampak makan perlahan-lahan</p> <p>A Masalah belum teratasi</p> <p>P Pertahankan semua intervensi</p> <p>I 12.00 Menginjeksi ranitidine 1 ampul /IV</p> <p>E Pasien tampak menghabiskan porsi makanan siang</p>	
--	--	---	--

Catatan perkembangan hari ketiga

Diagnosa Keperawatan	Tanggal/jam	Catatan perkembangan	Pa
1.	28 Juni 2018/07.00	<p>S -</p> <p>O Tidak ada tanda-tanda infeksi, suhu tubuh normal 36,5°C.</p> <p>A Masalah keperawatan risiko infeksi belum teratasi.</p> <p>P Semua intervensi dipertahankan.</p> <p>I 07.30 melakukan perawatan infus dan mengganti linen. 08.00 memberikan pasien minum obat oral cytodrox 2 tablet setelah makan, pukul</p> <p>E 10.00 menginjeksi ceftriaxone 1 gram/IV dan methylprednisolon 125 mg/IV. Evaluasi diperoleh infus tampak bersih, tidak ada tanda-tanda infeksi lainnya.</p>	Na
2.	28 Juni	S Pasien mengatakan kondisi masih sama yaitu masih lemas, namun sudah	Na

	2018/08.00	<p>tidak pusing lagi</p> <p>C Wajah, membran mukosa dan kuku tampak pucat, akral teraba hangat, tekanan darah 110/70 mmHg, nadi 82x/menit, kualitas nadi kuat dan irama</p> <p>A nadi teratur.</p> <p>P Masalah ketidakefektifan perfusi jaringan perifer belum teratasi</p> <p>I Semua intervensi dilanjutkan.</p> <p>09.00 memasang transfusi set dan mengganti cairan infus NaCl 0,9% 500 cc 20 tpm,</p> <p>10.00 memberikan transfusi trombosit (TC) lima kantong 8 tpm, menginformasikan kepada keluarga untuk melaporkan bila terjadi reaksi alergi setelah transfusi seperti demam, menggigil, gatal atau kemerahan pada</p> <p>E kulit.</p> <p>10.30 memantau reaksi pasien terhadap pemberian transfusi dan menghitung tetesan infus 12 kali per menit.</p> <p>evaluasi yang diperoleh yaitu pasien mengatakan tidak ada reaksi alergi selama transfusi; transfusi dilanjutkan 5 bag TC</p>	
3.	28 Juni 2018/08.30	<p>S Tn. Y mengatakan nafsu makan masih seperti biasa, tidak mual</p> <p>C Tn.Y tampak hanya menghabiskan porsi makanan pagi</p> <p>A Masalah belum teratasi</p> <p>P Pertahankan semua intervensi</p> <p>I 09.30 mengukur BB, BB tetap 46 kg</p>	Na

		12.00 Menginjeksi ranitidine 1 ampul/IV E Status nutrisi masih dibawah normal	
--	--	--	--



Lampiran 3










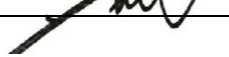
**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG**
Direktorat: Jln. Piet A. Tallo Liliba - Kupang, Telp.: (0380) 8800256;
Fax (0380) 8800256; Email: poltekkeskupang@yahoo.com



**LEMBAR KONSULTASI
BIMBINGAN STUDI KASUS**

NAMA MAHASISWA : Nada Bellasita Jinniarty Lubalu
NIM : PO.530320115085
NAMA PEMBIMBING : Elisabeth Herwanti, SKp.,M.Kes

NO.	TANGGA L	REKOMENDASI PEMBIMBING	PARAF PEMBIMBING
1.	22 Juni 2018	Kumpulkan LP Askep yang pernah didapat di Rumah Sakit dan pelajari	
2.	23 Juni 2018	Buatlah pengkajian sampai intervensi keperawatan	
3.	25 Juni 2018	Lengkapi evaluasi keperawatan hari pertama dan mulailah buat laporan BAB 1,2	
4.	26 Juni 2018	Lengkapi evaluasi hari kedua dan masukkan dalam laporan	

		BAB 3	
5.	27 Juni 2018	Lengkapi latar belakang dan tambahkan data	
6.	28 Juni 2018	Perbaiki cara penulisan hasil studi kasus (BAB 3)	
7.	29 Juni 2018	Mulailah menulis pembahasan kasus	
8.	30 Juni 2018	Perbaiki cara penulisan pembahasan; bandingkan antara teori dan hasil studi kasus	
9.	01 Juli 2018	Lengkapi semua halaman dan lampiran; perbaiki abstrak	
10.	02 Juli 2018	Lengkapi abstrak dengan implementasi dan evaluasi secara ringkas	 
11.	03 Juli 2018	Perbaiki cara penulisan, lebih teliti adanya kelebihan huruf, dsb	
12.	04 Juli 2018	Perbaiki letak nomor halaman dan penulisan nama rumah sakit; sesuaikan semua dengan lampiran pedoman UAP yang ada	