

KARYA TULIS ILMIAH
STUDI KASUS“ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. M DENGAN DIAGNOSA
MEDIS TROMBOSITOPENIA DI RUANGAN ANGGREK RSUD PROF.
DR.W.Z. JOHANNES KUPANG”



GREGORIUS LEWO TOBI
PO.530320115023

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
JURUSAN KEPERAWATAN
PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
2018

KARYA TULIS ILMIAH
STUDI KASUS
“ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. M DENGAN DIAGNOSA MEDIS
TROMBOSITOPENIA DI RUANGAN ANGGREK RSUD PROF. DR.W.Z. JOHANNES
KUPANG”

Karya Tulis Ilmiah Ini Disusun Sebagai Salah Satu Persyaratan Untuk Menyelesaikan
Program Pendidikan Diploma III Keperawatan
Pada Program Studi D-III Keperawatan
Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang



GREGORIUS LEWO TOBI
NIM: PO.530320115023

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
JURUSAN KEPERAWATAN
PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
2018

LEMBAR PERSETUJUAN

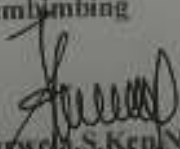
Laporan Karya Tulis Ilmiah oleh Gregorius Lewo Tobi NIM : PO.530320115023 dengan judul "Asuhan Keperawatan Pada Ny. M Dengan Diagnosa Medis Trombositopenia Di Ruang Anggrek RSUD Prof.Dr.W.Z. Johannes Kupang" telah diperiksa dan disetujui untuk diujikan.

Disusun Oleh :

Gregorius Lewo Tobi
NIM: PO. 530320115023

Telah Di Setujui Untuk Diseminarkan Di Depan Dewan Penguji
Prodi D-III Keperawatan Kupang Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang
Pada Tanggal 09 Juli 2018

Pembimbing


Trifonia Sri Nurwati, S.Kep.Ns., M.Kes
NIP. 197710192001122001

LEMBAR PENGESAHAN

STUDI KASUS

“ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. M DENGAN DIAGNOSA
MEDISTROMBOSITOPENIA DI RUANGAN ANGGREK RSUD PROF.

DR.W.Z. JOHANNES KUPANG”

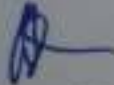
Disusun Oleh :

Gregorius Lewo Tobi
NIM:PO.530320115023

Telah Diuji Pada Tanggal, 09 Juli 2018

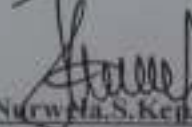
Dewan Penguji

Penguji I



Aemilianus Mau, S.Kep.Ns., M.Kep
NIP.197205271998031001

Penguji II



Trifonia S. Nurwana, S.Kep.Ns., M.Kes
NIP.197710192001122001

Mengesahkan

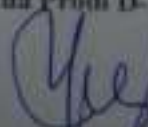


Ketua Jurusan Keperawatan

M. Margaretha U.W., SKn., MHS
NIP.195602171986032001

Mengetahui

Ketua Prodi D-III Keperawatan



Margaretha Teli, S.Kep.Ns., MSc-PH
NIP.197707272000032002

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Gregorius Lewo Tobi

NIM : PO-530320115023

Program Studi : D-III Keperawatan

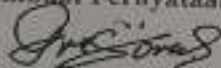
Institusi : Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang

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

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

Kupang, 09 Juli 2018

Pembuat Pernyataan

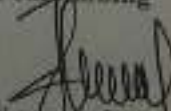


Gregorius Lewo Tobi

NIM PO.530320115023

Mengetahui

Pembimbing



Trifonia Sri Nurwela, S.Kep.Ns., M.Kes

NIP:197710192001122001

BIODATA PENULIS

Nama Lengkap :Gregorius Lewo Tobi

Tempat tanggal lahir : Dawataa, 25 Mey 1997

Jenis kelamin : Laki-laki

Alamat : Jln. Gunung Egon .Kel. TDM I Kec. Oebobo

Riwayat Pendidikan :

1. Tamat TK Santa Thresia Lambolan
2. Tamat SDK Ipiebang
3. Tamat SMPK Ratu Damai Waibalun-Larantuka Tahun 2012
4. Tamat SMK Santa Mathilda Maumere Tahun 2015
5. Sejak Tahun 2015 Kuliah di Jurusan D-III Keperawatan
Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang

MOTTO

**”KEBERHASILAN KARENA ADA KEMAUAN YANG BESAR DAN KEBERANIAN
ADALAH MILIK ORANG YANG SUKSES”**

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa atas kasih dan rahmat-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah dalam bentuk Studi Kasus dengan **“Asuhan keperawatan Pada Ny. M Dengan Diagnosa Medis trombotopenia Di Ruang Anggrek RSUD Prof. Dr.W.Z. Johannes Kupang”**.

Penulis menyadari sangatlah sulit bagi penulis untuk menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak sampai terselesaikannya laporan hasil Karya Tulis Ilmiah ini. Bersama ini penulis menyampaikan terima kasih yang sebesar-besarnya atas bantuan dan bimbingan. Yang pertama ucapan terima kasih kepada Ibu Trifonia Sri Nurwela, S.kep.Ns., M.Kep, selaku pembimbing yang dengan penuh kesabaran dan ketelitian telah membimbing penulis dengan totalitasnya sehingga Studi Kasus ini dapat terselesaikan dengan baik. Yang kedua kepada Pak Aemilianus Mau, S.Kep., Ns., M.Kep, selaku penguji yang telah meluangkan waktu, tenaga, dan pikiran untuk menguji penulis dan mengarahkan penulis dalam menyelesaikan Studi Kasus ini. Secara khusus penulis mengucapkan terima kasih kepada:

1. Ibu M. Margaretha U. W., SKp., MHSc, selaku Ketua Jurusan Keperawatan Kupang yang telah memberikan izin dan kesempatan bagi penulis untuk menyelesaikan Studi Kasus ini.
2. Ibu R.H. Kristina, SKM, M.Kes, selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang yang telah memberikan kesempatan kepada penulis dalam menyelesaikan Studi Kasus ini.
3. Seluruh staf dosen dan karyawan Prodi D-III Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang yang telah membantu penulis dalam menyelesaikan Studi Kasus ini.
4. Ibu Maria Selviana Tumina.S.Kep., Ns., selaku CI Klinik yang telah menerima dan memberikan izin kepada penulis untuk melaksanakan ujian di Ruang Anggrek RSUD.Prof.Dr.W.Z.Johannes Kupang

5. Bapa dan Mama tercinta yang telah membesarkan dan mendidik saya serta kakak, ade, tante dan om yang memberikan dukung dan doa dan motivasi untuk menyelesaikan Studi Kasus ini.
6. Orang-orang terdekat Ikha Manek, Angga Tadon Balamakin, Deksi Watorasak, yang telah membantu dan memberikan dukungan untuk menyelesaikan Studi Kasus ini.
7. Teman - teman angkatan 2015 tingkat III Reguler B khususnya Generation Nurse A (GNA24) yang selalu memberikan saran,dukungan dan semangat buat penulis dalam menyelesaikan Studi Kasus ini.

Akhir kata, penulis menyadari bahwa Studi Kasus ini masih jauh dari kesempurnaan. Oleh karena itu, segala kritik dan saran yang membangun sangat diharapkan agar dapat digunakan penulis untuk menyelesaikan Studi Kasus ini selanjutnya.

Kupang, Juni 2018

Penulis

Gregorius Lewo Tobi

ABSTRAK

NAMA : GREGORIUS LEWO TOBI
NIM : PO.530320115023

Trombosit merupakan sel darah yang berperan penting dalam hemostasis, yakni suatu proses penghentian perdarahan dari suatu pembuluh darah yang rusak (Ciesla, 2007). Trombosit berperan dalam pembekuan darah dan membuat darah menjadi lengket sehingga bisa membentuk gumpalan. Apabila penderita trombositopenia mengalami cedera akan mudah terjadi perdarahan karena trombosit yang berperan sebagai faktor koagulan berkurang dan mempengaruhi proses hemostasis normal, biasanya ditandai dengan petekia, ekimosis, mudah memar, perdarahan gusi, menoragia, perdarahan hidung spontan dan hematuria. **Tujuan:** Tujuan umum dari penulisan Karya Tulis Ilmiah ini adalah untuk mengetahui dan melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan trombositopenia sesuai standar keperawatan. Tujuan khusus dari penulisan Karya Tulis Ilmiah ini adalah menggambarkan pengkajian, analisa data, merumuskan diagnose keperawatan, menyusun rencana tindakan keperawatan, melakukan tindakan keperawatan sesuai dengan rencana asuhan keperawatan dan mengevaluasi tindakan keperawatan.

Asuhan keperawatan pada pasien yang dilakukan mulai dari tanggal 25-28 Juli 2018, muncul masalah yang ditemukan adalah ketidakefektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan penurunan kadar hemoglobin darah dan nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis.

Hasil : evaluasi asuhan keperawatan pada pasien belum teratasi dikarenakan perubahan keadaan pasien setelah dilakukan tindakan keperawatan masih dalam keadaan belum stabil, sehingga diperlukan perawatan lanjutan dan penanganan yang dapat dilakukan untuk mengatasi masalah perdarahan ini adalah dengan transfusi *Thrombocyte concentrate* (TC) , baik sebagai terapi maupun tindakan profilaksis pada pasien trombositopenia dengan risiko perdarahan.

Kata Kunci: Trombositopenia, asuhan keperawatan, penanganan

DAFTAR ISI

Halaman Judul	
Lembar Persetujuan	i
Lembar Pengesahan	ii
Pernyataan Keaslian Tulisan.....	iii
Biodata Penulis	iv
Kata Pengantar	v
Abstrak	vii
Daftar Isi	viii
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1.Latar Belakang Masalah.....	1
1.2 Tujuan Studi Kasus.....	4
1.3 Manfaat Studi Kasus.....	5
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	7
2.1 Konsep Dasar Penyakit Anemia	7
2.2 Konsep Dasar Trombositopenia.....	12
2.3 Konsep Dasar Leukimia.....	16
2.4 Asuhan Keperawatan Trombositopenia.....	20
BAB 3 HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN	31
3.1 Hasil Studi Kasus.....	31
3.2 Pembahasan.....	39
3.3 Keterbatasan Studi Kasus	48

BAB 4 PENUTUP	49
4.1 Kesimpulan	49
4.2 Saran	50
DAFTAR PUSTAKA	x
LAMPIRAN	

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran I : Format Pengkajian Keperawatan Medikal Bedah dan asuhan keperawatan

Lampiran II : inform consent

Lampiran III : lembar konsultasi

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang Masalah

Trombosit merupakan sel darah yang berperan penting dalam hemostasis, yakni suatu proses penghentian perdarahan dari suatu pembuluh darah yang rusak (Ciesla, 2007). Trombosit berperan dalam pembekuan darah dan membuat darah menjadi lengket sehingga bisa membentuk gumpalan. Sehingga, jika Anda terluka, darah tidak terus mengalir hingga mengakibatkan pendarahan hebat. Ketika bagian tubuh Anda ada yang berdarah, trombosit mengerumuni daerah tersebut dan berusaha menghentikan alirannya. Maka dari itu, Anda sering melihat adanya goresan pada tampak luar dan memar di bagian dalam pada tubuh yang terluka. Jika hal itu terjadi, tandanya trombosit sedang bekerja melakukan fungsinya. Jumlah trombosit normal berkisar antara 140.000 sampai 450.000 trombosit per mikroliter darah. Jika angka menunjukkan di bawah standar tersebut, maka dianggap rendah dan abnormal yang menandakan kemungkinan adanya penyakit di dalam tubuh.

Berdasarkan laporan, empat survei nasional yang dikutip George, dkk. Insiden tahunan *Thrombocytopenia* berkisar antara 0,6-1,8 per 100.000 populasi. Meskipun insiden *Thrombocytopenia* relatif rendah, namun pada bulan Agustus 2004 terdapat 964 artikel (berbahasa Inggris) berisi laporan kasus Trombositopenia yang melibatkan 1316 pasien (Rahajuningsih, 2007). *Thrombocytopenia* pada dewasa terjadi pada umumnya pada usia 18-40 tahun dan 2-3 kali lebih sering pada perempuan dari pada laki-laki (Ibnu Purwanto, 2006). Selain itu adanya infeksi virus dan anemia yang disertai perdarahan dapat juga menyebabkan adanya trombositopenia.

Ada beberapa penyebab terjadinya trombositopenia karena adanya kegagalan sumsum tulang. Sumsum tulang ialah jaringan spons di dalam tulang. Disitulah semua komponen darah, termasuk trombosit diproduksi. Jika sumsum tulang Anda tidak menghasilkan cukup banyak trombosit, Anda akan memiliki jumlah trombosit rendah. Penyebabnya di antaranya: leukimia, anemia, infeksi virus seperti hepatitis c atau HIV, obat kemoterapi serta paparan radiasi saat kemoterapi, terlalu banyak mengonsumsi alkohol, kekurangan vitamin B12, kekurangan folat, kekurangan zat besi, sirosis, leukemia, depresi hanya megakarosit: obat-obatan dan, zat kimia.

Pendarahan yang berbahaya dapat terjadi bila jumlah trombosit anda berada di bawah 10.000 trombosit per mikroliter. Berikut beberapa komplikasi yang diakibatkan jika trombosit terlalu rendah yaitu: yang pertama kehilangan darah secara berlebihan dimana jika Anda memiliki kasus trombositopenia yang lebih parah, Anda berisiko mengalami memar yang berlebihan dan pendarahan karena luka yang ringan, yang kedua anemia dimana jumlah trombosit yang rendah dapat menyebabkan jumlah sel darah merah menurun. Bila kadar sel darah merah dalam tubuh berkurang, Anda berisiko mengalami anemia. Mengalami anemia berarti tubuh Anda tidak mendapatkan oksigen yang dibutuhkannya untuk berfungsi dengan baik. Menurut National Anemia Action Council, beberapa gejala anemia yang umum meliputi sesak napas, sakit kepala, jantung berdebar kencang, kelelahan, serta rasa dingin pada tangan dan kaki. Dalam beberapa kasus, anemia yang terjadi termasuk ringan dan sementara. Namun sebagian kasus kronis lainnya bisa menyebabkan kecacatan dan mengancam nyawa, yang ketiga adanya gangguan pada sistem kekebalan tubuh dimana jumlah trombosit yang rendah bisa menjadi sinyal pertama dari sistem kekebalan tubuh yang terganggu. Infeksi seperti human immunodeficiency virus atau HIV dapat menyebabkan jumlah trombosit Anda turun terlalu rendah. Leukemia, yang merupakan kanker sumsum tulang, bisa menyebabkan tubuh Anda tidak menghasilkan cukup trombosit. Selain itu,

banyak kondisi lain yang dapat menghancurkan trombosit atau menjebakny sehingga tidak bekerja secara efektif, yang ke empat komplikasi yang parah dimana berdasarkan data dari The National Heart, Lung, and Blood Institute, jumlah trombosit yang terlalu rendah akan mengancam nyawa jika mengakibatkan pendarahan di otak. Walaupun hal ini termasuk jarang, tetapi beberapa kasus pernah terjadi.

Penanganan yang dapat dilakukan untuk mengatasi masalah perdarahan ini adalah dengan transfusi *Thrombocyte concentrate* (TC) , baik sebagai terapi maupun tindakan profilaksis pada pasien trombositopenia dengan risiko perdarahan. Selain itu transfusi TC juga digunakan sebagai terapi disfungsi trombosit (*Blumberg et al., 2010*).

Sejak keberhasilannya dalam menurunkan angka mortalitas akibat perdarahan pada pasien, transfusi komponen trombosit menjadi bagian esensial dalam manajemen kanker, keganasan hematologis, kegagalan sumsum tulang, dan transplantasi *haemopoietic stem cell* (Stroncek & Rebutta, 2007). Kini sebagian besar transfusi TC diberikan pada pasien dengan keganasan hematologis secara berkala (*Holbro et al., 2013*).

Dengan melihat data yang diperoleh oleh peneliti maka peneliti tertarik melakukan studi dengan judul "Asuhan Keperawatan Pada Pasien Ny. M Dengan Diagnose Medis Trombositopenia Di RSUD. Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang".

1.2. Tujuan

1.2.1 Tujuan Umum

Mahasiswa mampu melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan masalah trombositopenia di ruangan Anggrek RSUD Prof. Dr. W.Z Johannes Kupang melalui langkah-langka proses keperawatan.

1.2.2 Tujuan Khusus

1. Melakukan pengkajian keperawatan pada pasien Ny.M dengan trombositopenia di ruangan Anggrek RSUD Prof. Dr. W.Z Johannes Kupang.
2. Merumuskan diagnosa keperawatan pada pasien Ny.M dengan trombositopenia.
3. Membuat perencanaan keperawatan pada pasien Ny.M dengan trombositopenia
4. Melaksanakan tindakan keperawatan pada pasien Ny.M dengan trombositopenia
5. Melakukan evaluasi keperawatan pada pasien Ny.M dengan trombositopenia

1.3. Manfaat Studi Kasus

1.3.1 Manfaat teori

Meningkatkan pengetahuan pembaca tentang trombositopenia dan sebagai wacana untuk mengetahui pelaksanaan proses asuhan keperawatan pada pasien dengan trombositopenia.

1.3.2 Manfaat praktis

1. Bagi Rumah Sakit

Dapat digunakan sebagai acuan dalam meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit dalam pemberian asuhan keperawatan pada pasien dengan trombositopenia.

2. Bagi Tim Kesehatan

Dapat digunakan sebagai masukan bagi tim kesehatan untuk meningkatkan pengetahuan, sikap dan perilaku dalam upaya peningkatan asuhan keperawatan serta pencegahan komplikasi pada pasien dengan trombositopenia.

3. Bagi Instansi Akademik

Dapat digunakan sebagai referensi institusi pendidikan untuk meningkatkan mutu pendidikannya dimasa yang akan datang.

4. Bagi Pasien dan Keluarga

Menambah informasi tentang gambaran umum penyakit trombositopenia sehingga dapat menumbuhkan kesadaran untuk meningkatkan kesehatannya serta mampu melakukan perawatan yang tepat bagi keluarganya.

5. Bagi Pembaca

Dapat digunakan sebagai referensi serta informasi terkait gambaran umum trombositopenia dan proses asuhan keperawatannya.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Konsep Dasar Anemia

2.1.1 Pengertian

Anemia adalah gejala dari kondisi yang mendasari, seperti kehilangan komponen darah, elemen tak adekuat atau kurangnya nutrisi yang dibutuhkan untuk pembentukan sel darah merah, yang mengakibatkan penurunan kapasitas pengangkut oksigen darah (Doenges, 1999).

Anemia adalah berkurangnya hingga di bawah nilai normal sel darah merah, kualitas hemoglobin dan volume *packed red bloods cells* (hematokrit) per 100 ml darah (Price, 2006 : 256).

Anemia secara umum adalah turunnya kadar sel darah merah atau hemoglobin dalam darah (Anonim). Anemia dapat diketahui dengan adanya pemeriksaan darah lengkap laboratorium.

1. Nilai Hb normal, Pria: 13.8 - 17.2 gram/dl, pada wanita: 12.1 – 15.1 gram/dl
2. Nilai Hb anemia, Pria: <13.8 – 17.2 gram/dl, pada wanita: <12.1 – 15.1 gram/dl

(WHO.2008)

Berdasarkan beberapa defenisi menurut beberapa ahli maka disimpulkan anemia bukan merupakan suatu diagnosis atau penyakit, melainkan merupakan pencerminan keadaan suatu penyakit atau gangguan fungsi tubuh dan perubahan patofisiologis yang mendasar yang diuraikan melalui anemnesis yang seksama, pemeriksaan fisik dan informasi laboratorium

2.1.2 Klasifikasi Anemia

Menurut (Smeltzer dan Bare, 2001), klasifikasi anemia sebagai berikut:

- a. Anemia Aplastik

Anemia aplastik disebabkan oleh penurunan sel prekursor dalam sumsum tulang dan penggantian sumsum tulang dengan lemak.

b. Anemia Defisiensi Besi

Anemia defisiensi besi adalah keadaan dimana kandungan besi didalam tubuh turun dibawah normal. (Besi diperlukan untuk sintesa hemoglobin).

c. Anemia Megablastik

Anemia yang disebabkan karena defisiensi vitamin B₁₂ dan asam folat menunjukkan perubahan yang sama antara sumsum tulang dan darah tepi, karena kedua vitamin tersebut esensial bagi sintesis DNA normal.

2.1.3 Etiologi Anemia

Menurut (Bararah dan Jauhar, 2013), etiologi dari anemia sebagai berikut :

1. Menurunnya produksi sel darah merah karena kegagalan dari sumsum tulang
2. Meningkatnya penghancuran sel-sel darah merah.
3. Pendarahan
4. Rendahnya kadar eritropoetin (pada gagal ginjal kronis).

2.1.4 Patofisiologi

Anemia atau kurang darah adalah kondisi di mana jumlah sel darah merah atau hemoglobin (protein pembawa oksigen) dalam sel darah merah berada di bawah normal. Sel darah merah mengandung hemoglobin yang berperan dalam mengangkut oksigen dari paru-paru dan mengantarkannya ke seluruh bagian tubuh.

Akibat dari anemia adalah transportasi sel darah merah akan terganggu dan jaringan tubuh si penderita anemia akan mengalami kekurangan oksigen guna menghasilkan energi. Maka

tidak mengherankan jika gejala anemia ditunjukkan dengan merasa cepat lelah, pucat, gelisah, dan terkadang sesak, serta ditandai dengan warna pucat di beberapa bagian tubuh seperti lidah dan kelopak mata.

Penyebab umum dari anemia antara lain kekurangan zat besi, pendarahan usus, pendarahan, genetik, kekurangan vitamin B12, kekurangan asam folat, gangguan sumsum tulang. Gejala klinis yang muncul yaitu gangguan fungsi dari berbagai sistem dalam tubuh antara lain penurunan kinerja fisik, gangguan neurologik (syaraf) yang dimanifestasikan dalam perubahan perilaku, anorexia, serta perkembangan kognitif yang abnormal.

Cara mudah mengenal anemia dengan 5L, yakni lemah, letih, lesu, lelah, lalai. Kalau muncul 5 gejala ini, bisa dipastikan seseorang terkena anemia. Gejala lain adalah munculnya sklera (warna pucat pada bagian kelopak mata bawah). Anemia bisa menyebabkan kelelahan, kelemahan, kurang tenaga dan kepala terasa melayang. Jika anemia bertambah berat, bisa menyebabkan stroke atau serangan jantung.

Timbulnya anemia mencerminkan adanya kegagalan sumsum atau kehilangan sel darah merah secara berlebihan atau keduanya.

Kegagalan sumsum dapat terjadi akibat kekurangan nutrisi, pajanan toksik, invasi tumor atau kebanyakan akibat penyebab yang tidak diketahui. Lisis sel darah merah (disolusi) terjadi terutama dalam sel fagositik atau dalam sistem retikuloendotelial, terutama dalam hati dan limpa. Hasil samping proses ini adalah bilirubin yang akan memasuki aliran darah. Setiap kenaikan destruksi sel darah merah (hemolisis) segera direfleksikan dengan peningkatan bilirubin plasma (konsentrasi normal ≤ 1 mg/dl, kadar diatas 1,5 mg/dl mengakibatkan ikterik pada sklera).

Apabila sel darah merah mengalami penghancuran dalam sirkulasi, (pada kelainan hemolitik) maka hemoglobin akan muncul dalam plasma (hemoglobinemia). Apabila konsentrasi

plasmanya melebihi kapasitas haptoglobin plasma (protein pengikat untuk hemoglobin bebas) untuk mengikat semuanya, hemoglobin akan berdifusi dalam glomerulus ginjal dan ke dalam urin (hemoglobinuria). Suatu anemia pada pasien disebabkan oleh penghancuran sel darah merah atau produksi sel darah merah yang tidak mencukupi biasanya dapat diperoleh dengan dasar. (Price, 2006).

2.1.5 Tanda dan Gejala Anemia

Menurut Nurarif (2015), tanda dan gejala anemia sebagai berikut: pusing, lesu, cepat lelah, rasa mengantuk, susah berkonsentrasi, aktivitas kurang dan prestasi kerja fisik/ pikiran menurun.

2.1.6 Studi Diagnostik

1. Jumlah Hb lebih rendah dari normal (12 – 14 g/dl)
2. Kadar Ht menurun (normal 37% - 41%)
3. Peningkatan bilirubin total (pada anemia hemolitik)
4. Terlihat retikulositosis dan sferositosis pada apusan darah tepi
5. Terdapat pansitopenia, sumsum tulang kosong diganti lemak (pada anemia aplastik)

2.1.7 Penatalaksanaan

Menurut (NIC-NOC, 2015), Penatalaksanaan anemia ditunjukkan untuk mencari penyebab dan mengganti darah yang hilang.

- 1) Anemia aplastik: Transpalansi sumsum tulang, pemberian terapi immunosupresif, dengan globulin antitimosit (AGT) yang diperlukan melalui jalur sentral selama 7-10 hari.
- 2) Anemia defisiensi besi: Dengan pemberian makanan yang adekuat. Pada defisiensi besi diberikan sulfas ferosus 3x10 mg/hari. Transfusi darah diberikan bila kadar Hb kurang dari 5gr %.

3) Anemia megablastik:

- a. Defisiensi vitamin B12 ditangani dengan pemberian vitamin B12, bila defisiensi disebabkan oleh defek absorpsi atau tidak tersedianya faktor intrinsik dapat diberikan vitamin B12 dengan injeksi IM
- b. Anemia defisiensi asam folat penanganannya dengan diet dan penambahan asam folat 1 mg/hari, secara IM pada pasien dengan gangguan absorpsi.

2.2. Konsep Dasar Trombositopenia

2.2.1 Pengertian

Trombositopenia adalah berkurangnya produksi trombosit di bawah $100.000/\text{mm}^3$ (*Blood Disorder*, 1993). Apabila jumlah trombosit $50.000/\text{mm}^3$ atau kurang, maka kemungkinan perdarahan meningkat dan pasien akan mengalami trauma ringan. Perdarahan spontan yang keluar dari hidung dapat terjadi dengan jumlah antara $10.000-20.000/\text{mm}^3$, dimana individu akan menunjukkan adanya ecymoses bintik-bintik, purpura yang besar, perdarahan dari mukosa membran. Jika jumlah trombosit dibawah $10.000/\text{mm}^3$ maka akan terjadi perdarahan hebat dari hidung dan akan berakibat fatal.

2.2.2 Etiologi

Menurut (Smeltzer S & Bare B. 2002), etiologi dari trombositopenia sebagai berikut:

1. Kegagalan produksi trombosit
2. Depresi hanya megakarosit: obat- obatan, zat kimia, dan infeksi virus
3. Bagian dari kegagalan sum-sum tulang: Anemia aplastik, leukemia, sindroma mielodisplastik, mieloskerosis, infiltrasi sum-sum tulang, mis: karsinoma, limfoma, mieloma multiple, anemia megaloblastik.

2.2.3 Patofisiologi

Ada 4 mekanisme yang dapat mempercepat trombositopenia yaitu :

1. Kegagalan produksi trombosit

a. Kegagalan sumsum tulang generalisasi anemia aplastik, anemia megaloblastik, sindroma mielodisplastik, mielofibrosis, myeloma multiple, infiltrasi sumsum tulang, misal karsinoma, limfoma, radioterapi, obat sitotoksik, leukemia, infeksi HIV.

b. Penekanan megakariosit selektif, defek congenital yang langka, obat-obatan, bahan kimia, infeksi virus.

2. Peningkatan destruksi trombosit

a. Purpura trombositopenia autoimun/idiopatik (ITP). Sensitisasi trombosit oleh autoantibody (biasanya igG) menyebabkan disingkirkannya trombosit tersebut secara premature dari sirkulasi oleh makrofag system retikuloendotel, khususnya limpa. Pada banyak kasus antibody tersebut ditujukan terhadap tempat-tempat antigen pada glikoprotein IIb-IIa atau kompleks Ib. Masa hidup normal untuk trombosit adalah 7 hari tetapi pada penderita trombositopenia masa hidup ini memendek menjadi beberapa jam. Masa bosit meningkat secara sejajar seperti 5 kali normal.

b. Purpura pascatransfusi

Trombositopenia yang terjadi sekitar 10 hari setelah transfuse darah telah dikaitkan dengan terbentuknya antibody pada penerima darah terhadap antigen- Ia trombosit manusia (HPA-Ia) pada trombosit yang ditransfusikan (yang tidak terdapat pada trombosit pasien itu sendiri).

c. Purpura trombositopenia trombotik (TTP). TTP terjadi dalam bentuk familial. Terdapat defisiensi metalloprotease (kaspase) memecah *multimer factor von willebrand (vWF)* berberat molekul tinggi, bentuk familial terjadi karena defec genetic sedangkan bentuk didapat TTP terjadi setelah terbentuknya antibody inhibitor yang keberadaannya dapat dirangsang oleh

infeksi. Multimer vWF berat molekul tinggi dengan plasma menginduksi agregasi trombosit, menyebabkan pembentuknya mikrotrombus dalam pembuluh darah kecil.

d. Sindrom hemolitik uremic. Toksin masuk kedalam sirkulasi intestinal dan berjalan didalam plasma dan permukaan trombosit atau monosit. Toksin berkaitan dengan molekul endotel kapiler glomerular, sel mesangial dan sel epitel glomerular dan tubular yang kemudian merusak endotel sel melalui pembentukan *factor von Willebrans multimer* besar yang tidak biasa.

e. Koagulasi intravaskuler diseminata (KID). DIC dapat dicetuskan oleh masuknya materi prokoagulan kedalam darah pada keadaan-keadaan berikut ini : Emboli cairan amnion, solusio plasenta, adenokarsinoma yang menyekresi musin secara luas, leukimia promielistik akut (LMA tipe M3), penyakit hati, malaria, falcifarum berat, reaksi transfuse hemolitik dan beberapa gigitan ular. DIC dapat juga dicetuskan oleh kerusakan endotel luas dan pemanjangan kolagen (misalnya endotoksemia, septisemia gram negative dan meningococcus, abortus septik), infeksi virus tertentu dan luka bakar berat atau hipotermia

f. Trombositopenia imun yang diinduksi obat (terutama heparin). Ini terjadi akibat peningkatan heparin pada trombosis yang diikuti dengan pembentukan antibody IgG terhadap kompleks heparin –platelet factor 4 (PF4) yang menyebabkan aktivasi trombosit.

3. Distribusi trombosit abnormal. Pada splenomegali hingga 90% dapat mengalami sekuestrasi dalam limpa, sedangkan pada keadaan normal sekuestrasi hanya dapat terjadi pada sekitar sepertiga masa trombosit total. Lama hidup trombosit normal dan tidak terdapat defek hemostatis lain.

4. Kehilangan akibat dilusi (sindroma transfuse massif). Trombosit tidak berada dalam keadaan stabil bila darah disimpan dalam suhu 4°C dan jumlah trombosit menurun dengan cepat bila darah disimpan selama lebih dari 24 jam.

2.2.4 Tanda dan Gejala

Adanya petekchie pada ekstermitas dan tubuh, menstruasi yang banyak, perdarahan pada mukosa, mulut, hidung, dan gusi, muntah darah dan batuk darah, perdarahan gastro intestinal.

2.2.5 Study Diagnostik dan Penemuan-Penemuan

Test diagnostik	Penemuan – penemuan
Jumlah trombosit	<100.000/mm ³
Waktu perdarahan	Diperpanjang
Waktu koagulasi	Normal
Kelemahan kapiler	Peningkatan
Biopsi sum-sum tulang	Penurunan Megakaryocytes

2.2.6 Penatalaksanaan

1. Manajemen umum

a. Plasmaheresis

Darah yang diambilkan dari pasien dan dilakukan pemisahan plasma dari sel-sel darah yang kemudian diinfuskan kembali dengan menggunakan larutan isotonik yang sesuai.

b. Tranfusi plasma, Pembedahan / operasi yang disebut splenektomy yaitu: pengangkatan limpa. Terapi pengobatan : khususnya kortikosteroid.

2.3. Konsep Dasar Leukimia

2.3.1 Pengertian

Leukemia adalah poliferasi sel leukosit yang abnormal, ganas, sering disertai bentul leukosit yang lain dari pada normal, jumlahnya berlebihan dan dapat menyebabkan anemia, trombositopenia dan diakhiri dengan kematian (Hasan, 2015).

2.3.2 Etiologi

Penyebab yang pasti belum diketahui, akan tetapi faktor predisposisi yang menyebabkan leukimia yaitu: faktor genetic, radiasi, obat-obatan immunosupresif, obat-obat kardiogenik seperti diethylsillbestrol. Faktor herediter, misalnya kembar monozigot. Kelainan kromosom, misalnya pada down sindrom.

Leukemia biasanya mengenai sel-sel darah putih. Penyebab dari sebagian besar leukemia tidak diketahui. Pemaparan terhadap penyinaran (radiasi) dan bahan kimia tertentu (misalnya benzena) dan pemakaian obat anti kanker, meningkatkan resiko terjadinya leukemia. Orang yang memiliki kelainan genetik tertentu (misalnya sindroma Down, dan sindroma Fanconi), juga lebih peka terhadap leukemia. (Nuratif, 2015)

2.3.3 Patofisiologi

Adanya proliferasi sel kanker sehingga sel kanker bersaing dengan sel normal untuk mendapatkan nutrisi dengan cara infiltrasi sel normal digantikan dengan sel kanker. Dengan adanya sel kanker akan terjadi depresi sumsum tulang yang akan mempengaruhi eritrosit, leukosit, faktor pembekuan juga mengalami infeksi yang manifestasinya berupa demam. Faktor pembekuan juga mengalami penurunan sehingga terjadi perdarahan yang akan menimbulkan trombositopenia. Dengan adanya pergantian sel normal oleh limpa, lifer, nodus limfe dan tulang sehingga bisa menimbulkan nyeri tulang dan persendian. Hal tersebut juga akan mempengaruhi SSP (sistem saraf pusat yakni adanya infiltrasi SSP sehingga timbullah meningitis leukemia. Hal tersebut juga akan mempengaruhi metabolisme sehingga sel akan kekurangan makanan. (Bararah dan Jauhar, 2013)

2.3.4 Tanda dan Gejala

Menurut (Suriadi & Rita Yuliani, 2001: hal. 177) tanda dan gejala leukemia

1. Pilek tidak sembuh-sembuh
2. Pucat, lesu, mudah terstimulasi
3. Demam dan anorexia
4. Berat badan menurun
5. Ptechieae, memar tanpa sebab
6. Nyeri pada tulang dan persendian
7. Nyeri abdomen
8. Hepatosplenomegaly

2.3.5 Study Diagnostik

Menurut (Bararah dan Jauher, 2013)

1. Pemeriksaan darah tepi.

Berdasarkan pada kelainan sumsum tulang gejala yang terlihat pada darah tepi berupa adanya ponsitopenia, limfositosis yang menyebabkan darah tepi monoton dan terdapat sel blast.

2. Kimia darah asam urat meningkat.
3. Sumsum Tulang
4. Biopsi Ginjal
5. Memperlihatkan poliferasi sel leukemia dan sel yang berasal dari jaringan limfe yang terdesa seperti: limfosit normal, RES.
6. Cairan serebrospinal
7. Terdapat peninggian jumlah sel patologis dan protein.
8. Sitogenik

9. Menunjukkan kelainan kromosom yaitu kromosom 21 (kromosom Philadelphia atau Phi)

2.3.6 Penatalaksanaan

1. Trasfusi darah
2. Kemoterapi
3. Radioterapi
4. Transpalantasi Sumsum Tulang
5. Kartikosteroid.
6. Sitostatika
7. Infeksi sekunder dihindarkan
8. Terapi suportif
9. Imunoterapi. (Bararah dan Jauhar, 2013)

2.4. Asuhan Keperawatan Trombositopenia

2.4.1 Pengkajian

1. Identitas Klien: nama klien, nomer RM, umur: itp kronik umumnya terdapat pada orang dewasa dengan usia rata-rata 40-45 tahun. Jenis kelamin: rasio antara perempuan dan laki-laki adalah 1:1 pada pasien itp akut sedangkan pada itp kronik adalah 2-3:1. Status perkawinan dan pekerjaan

2. Riwayat Kesehatan

a. Keluhan utama:

1) Petekie

Bintik-bintik kemerahan yang muncul akibat pendarahan dibawah kulit, keluarnya darah dari pembuluh darah ke dermis, dan ruam tidak memucat bila ditekan. Nilai petekie kurang dari 5 mm

apabila memucat ketika ditekan. Sedangkan lebih dari 5 mm disebut purpura. Petekie ditemukan bila jumlah trombosit $< 30.000/mm^3$.

2) Ekimosis

Darah yang terperangkap di jaringan bawah kulit dan gejala ini terjadi mendadak pada penderita ITP. Ekimosis yang bertambah dan perdarahan yang lama akibat trauma ringan ditemukan pada jumlah $< 50.000/mm^3$.

3) Vesikel atau bulae yang bersifat hemoragik

Lepuhan kecil berisi cairan yang berdiameter kurang dari 0,5 cm. Sedangkan bulae merupakan lesi menonjol melingkar ($> 0,5$ cm) yang berisi cairan serosa di atas dermis.

4) Perdarahan dibawah membran mukosa (saluran GI, kemih, genital, respirasi)

b. Riwayat penyakit sekarang

1) Epitaksis

Sering disebut juga mimisan yaitu satu keadaan pendarahan dari hidung yang keluar melalui lubang hidung akibat adanya kelainan lokal pada rongga hidung ataupun karena kelainan yang terjadi di tempat lain dari tubuh.

2) Menoragia

Periodik menstruasi yang terjadi pendarahan berat atau berkepanjangan (abnormal), periode inilah yang menyebabkan kehilangan banyak darah dan dapat juga disertai kram.

3) Malaise

Keluhan utama dapat disertai malaise yaitu anoreksia, nafsu makan menurun dan kelelahan, dan kelemahan. Kelemahan dapat terjadi dengan atau tanpa disertai saat pendarahan terjadi akibat kekurangan suplai darah tidak seimbang dengan kebutuhan.

4) Menometroraghia

Bentuk campuran dari menoragia dan metroragia, menoragia merupakan perdarahan haid dalam jumlah yang melebihi 80 ml. Sedangkan metroragia yaitu terjadinya perdarahan berupa bercak bercak diluar siklus haid.

c. Riwayat penyakit dahulu

Pada trombositopenia akuista, kemungkinan penggunaan satu atau beberapa obat penyebab trombositopenia (heparin, kuinidin, kuinin, antibiotik yang mengandung sulfa, beberapa obat diabetes per-oral, garam emas, rifampin).

d. Riwayat penyakit keluarga

Penderita trombositopenia juga memiliki kecenderungan genetik pada kembar monozigot dan pada beberapa keluarga, serta telah diketahui adanya kecenderungan menghasilkan autoantibodi pada anggota keluarga yang sama.

e. Pola Fungsi Kesehatan

1) Pola persepsi terhadap kesehatan

Terjadi perubahan karena defisit perawatan diri akibat kelemahan, sehingga menimbulkan masalah kesehatan lain yang juga memerlukan perawatan yang serius akibat infeksi.

2) Pola nutrisi metabolisme

Penderita pada umumnya kehilangan nafsu makan, dan sering terjadi pendarahan pada saluran pencernaan.

3) Pola eliminasi.

Pola ini biasanya terjadi perubahan pada eliminasi akut karena asupan nutrisi yang kurang sehingga penderita biasanya tidak bisa BAB secara normal. Terjadi melena dan hematuria adalah hal yang sering dihadapi klien.

4) Pola istirahat-tidur.

Gangguan kualitas tidur akibat perdarahan yang sering terjadi.

5) Pola aktivitas latihan

Penderita terjadi kelelahan umum dan kelemahan otot, kelelahan, nyeri akan mempengaruhi aktifitas pada penderita trombositopenia.

6) Pola persepsi diri

Adanya kecemasan, menyangkal dari kondisi, ketakutan dan mudah terangsang, perasaan tidak berdaya dan tidak punya harapan untuk sembuh.

7) Pola kognitif perceptual

Perubahan status kesehatan dapat mempengaruhi kemampuan panca indra penglihatan dan pendengaran akibat dari efek samping obat pada saat dalam tahap penyembuhan.

8) Pola toleransi coping stress

Adanya ketidakefektifan dalam mengatasi masalah individu dan keluarga pada klien.

9) Pola reproduksi seksual

Pada umumnya terjadi penurunan fungsi seksualitas pada penderita ITP.

10) Pola hubungan peran

Terjadi keadaan yang sangat mengganggu hubungan interpersonal karena klien dengan ITP dikenal sebagai penyakit yang menakutkan.

11) Pola nilai dan kepercayaan

Timbulnya distress spiritual pada diri penderita, bila terjadi serangan yang hebat atau penderita tampak kurang sehat.

f. Pemeriksaan Fisik (B1-B6)

1) *Breathing* (B1)

a) Inspeksi: Adanya dispnea, takipnea, sputum mengandung darah, terjadi pendarahan spontan pada hidung

b) Palpasi: Kemungkinan vokal vremitus menurun akibat kualitas pernapasan buruk karena pendarahan pada saluran respirasi

c) Perkusi: Suara paru sonor atau pekak

d) Auskultasi: Adanya suara napas tambahan wheezing atau ronchi yang muncul akibat dari komplikasi gejala lain.

2) *Blood* (B2)

a) Inspeksi: Adanya hipertensi, hemoragi subkutan, hematoma dan Sianosis akral. Adanya petekie atau ekimosis pada kulit, purpura.

b) Palpasi: Penghitungan frekuensi denyut nadi meliputi irama dan kualitas denyut nadi, denyut nadi perifer melemah, hampir tidak teraba. Takikardi, adanya petekie pada permukaan kulit. Palpitasi (sebagai bentuk takikardia kompensasi).

c) Perkusi: Kemungkinan adanya pergeseran batas jantung

d) Auskultasi: Bunyi jantung abnormal, tekanan darah terjadi peningkatan sistolik, namun normal pada diastolik.

3) *Brain* (B3)

a) Inspeksi: Kesadaran biasanya *compos mentis*, sakit kepala, perubahan tingkat kesadaran, gelisah dan ketidakstabilan vasomotor

4) *Bladder* (B4)

a) Inspeksi: Adanya hematuria (kondisi di mana urin mengandung darah atau sel-sel darah merah. Keberadaan darah dalam urin biasanya akibat perdarahan di suatu tempat di sepanjang saluran kemih.

b) Palpasi: Kemungkinan ada nyeri tekan pada kandung kemih karena distensi sebagai bentuk komplikasi.

5) *Bowel* (B5)

a) Inspeksi: Klien biasanya mengalami mual muntah penurunan nafsu makan, dan peningkatan lingkaran abdomen akibat pembesaran limpa. Adanya hematemesis dan melena.

b) Palpasi: Adakah nyeri tekan abdomen, splenomegali, pendarahan pada saluran cerna

c) Perkusi: Bunyi pekak deteksi adanya pendarahan pada daerah dalam abdomen

d) Auskultasi: Terdengar bising usus menurun (normal 5-12x/menit).

6) *Bone* (B6)

a) Inspeksi: Kemungkinan adanya nyeri otot sendi dan punggung, aktivitas mandiri terhambat, atau mobilitas dibantu sebagian akibat kelemahan. Toleransi terhadap aktivitas sangat rendah.

g. Pemeriksaan Diagnostik (Wiwik dan Sulisty, 2008: 133)

1) Pemeriksaan DL: jumlah trombosit rendah hingga mencapai 100.000/ mm³ (normal 150.000-350.000 / mm³), penurunan hemoglobin, kadar trombopoietin tidak meningkat, masa koagulasi

untuk pt dan ptt memanjang, foto toraks dan uji fungsi paru, tes kerapuhan kapiler meningkat, skrining antibody, aspirasi sumsum tulang, menunjukkan peningkatan jumlah megakariosit, tes sensitif menunjukkan igg antitrombosit pada permukaan trombosit atau dalam serum

2.4.2 Diagnosa Keperawatan

Menurut Andra (2013), diagnose keperawatan yang muncul pada pasien dengan trombositopenia yaitu:

1. Hipertermi berhubungan dengan proses infeksi
2. Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan peurunan kadar hemoglobin dalam darah
3. Resiko perdarahan berhubungan dengan penurunan kadar trombosit
4. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan anoreksia, mual dan muntah
5. Resiko infeksi berhubungan dengan penurunan kekebalan tubuh
6. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan fisik
7. Ansietas berhubungan dengan ancaman kematian.

2.4.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan ada pasien dengan masalah trombositopenia degan menggunakan buku NANDA klasifikasi 2015/2017 beserta dengan NOC (*Nursing Outcomes Classfictions*) edisi ke 5 dan NIC (*Nursing Infentions Classfications*) Edisi ke 6.

Diagonosa keperawatan pertama yaitu: Hipertermia berhubungan dengan proses infeksi, NOC (*Nursing Outcomes Classfictions*) goal: pasien akan mempertahankan suhu normal selama dalam erawatan. Obejktif: 1x 60 menit perawatan pasien akan menunjukkan outcomes: termogulasi (0800), tanda-tanda vital (0802) dan termogulasi bayi baru lahir (0801). Dengan NIC

(*Nursing Interventions Classifications*) yaitu perawatan demam (3740), pengaturan suhu (3900), manajemen cairan (4120).

Diagnose keperawatan kedua yaitu: ketidakefektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan penurunan komponen penting darah Hemoglobin dengan NOC (*Nursing Outcomes Classifications*) goal: pasien akan mempertahankan status sirkulasi darah yang efektif selama dalam perawatan. Objektif: dalam jangka waktu 3x24 jam pasien akan menunjukkan outcome: perfusi jaringan perifer (0407), tanda-tanda vital (0802), status sirkulasi (0401). Dengan NIC (*Nursing Interventions Classifications*) yaitu perawatan sirkulasi: insufisiensi arteri (4062), insufisiensi vena (4066), manajemen sensasi perifer (2660).

Diagnose keperawatan ketiga yaitu: resiko perdarahan berhubungan dengan penurunan komponen pembekuan darah (trombosit) dengan NOC (*Nursing Outcomes Classifications*) goal: pasien akan bebas dari pendarahan selama dalam perawatan. Objektif: dalam jangka waktu 3x24 jam pasien akan menunjukkan outcome: keprahan kehilangan darah (0413) dan status sirkulasi (0401) Dengan NIC (*Nursing Interventions Classifications*) yaitu pencegahan perdarahan (4010) dan pencegahan syok (4070).

Diagnosa keperawatan keempat yaitu: ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan anoreksia, mual dan muntah. NOC (*Nursing Outcomes Classifications*): goal: pasien akan mempertahankan status nutrisi yang adekuat selama dalam perawatan. Objektif: dalam jangka waktu 3x24 jam perawatan pasien akan menunjukkan outcomes: status nutrisi: asupan nutrisi (1009), status nutrisi (1004) nafsu makan (1014) dan status nutrisi: asupan makan dan cairan (1008). NIC (*Nursing Interventions Classification*) yaitu: manajemen nutrisi (1100), manajemen gangguan makan (1030), dan manajemen saluran cerna (0430).

Diagnosa keperawatan kelima yaitu: resiko infeksi berhubungan dengan penurunan kekebalan tubuh NOC (*Nursing Outcomes Classfictions*): goal: pasien akan bebas dari infeksi selama dalam perawatan. Objektif dalam jangka waktu 3x24 jam pasien akan menunjukkan outcomes: keparahan infeksi (2114), keparahan infeksi baru lahir (0708), status imunitas (0702), akses hemodialisis (1105). NIC (*Nursing Interventions Classification*) yaitu: manajemen imunitas (0630), peningkatan koping (5230), terapi relaksasi (6040).

Diagnose keperawatan keenam yaitu : intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan fisik NOC (*Nursing Outcomes Classfictions*): goal: pasien akan dapat berintoleransi terhadap aktifitas selama dalam perawatan. Objektif: dalam jangka waktu 3x24 jam pasien akan menunjukkan outcome: toleransi terhadap aktifitas (0005), daya tahan (0001) tingkat kelelahan (0007) dan istirahat (0003). NIC (*Nursing Interventions Classification*) yaitu: manajemen energi (0180), peningkatan latihan: latihan lingkungan (0200), dan terapi aktifitas (4310).

Ansietas berhubungan dengan ancaman penyakit. NOC (*Nursing Outcomes Classfictions*): goal: pasien akan merasa rileks selama dalam perawatan. Objektif: dalam waktu 3x24 jam pasien akan menunjukkan outcomes: tingkat kecemasan (1211), tingkat kecemasan social (1216). NIC (*Nursing Interventions Classification*) yaitu: pengurangan kecemasan (5820), peningkatan koping (5230), terapi relaksasi (6040).

2.4.4 Implementasi keperawatan

Tindakan keperawatan adalah pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan. Pada tahap ini, perawat yang akan memberikan perawatan kepada pasien dan sebaiknya tidak bekerja sendiri tetapi juga melibatkan tenaga medis yang lain untuk memenuhi kebutuhan pasien (Ida, 2016).

2.4.5 Evaluasi keperawatan

Tahap penilaian atau evaluasi adalah perbandingan yang sistematis dan terencana tentang kesehatan pasien dengan tujuan/kriteria hasil yang telah ditetapkan, dilakukan dengan cara berkesinambungan dengan melibatkan tenaga medis yang lain agar mencapai tujuan/kriteria hasil yang telah ditetapkan (Ida, 2016).

BAB 3

STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

3.1 Studi Kasus

3.1.1 Pengkajian

Dalam bab ini diuraikan studi kasus yaitu asuhan keperawatan pada pasien dengan trombositopenia. Asuhan keperawatan dimulai dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi. Pengkajian pada pasien yang dilakukan oleh mahasiswa dilakukan pada tanggal 25 juni 2016 jam 08.30 WITA dengan metode *auto* dan *allo ananese*, pengamatan dan observasi langsung, pemeriksaan fisik, melihat catatan medis, dan catatan perawat. Pasien yang dikaji bernama Ny.M 33 tahun, agama Kahtolik, pendidikan SMA, pekerjaan Guru, alamat Rote. Pasien masuk UGD pada tanggal 24 Juni 2018 pukul 18.00 WITA. Pasien masuk dengan diagnosa medis anemia, trombositopenia, susp leukimia.

Pasien saat ini dirawat diruang Anggrek dengan diagnose medis anemia, trombositopenial, susp leukimia, saat dikaji keluhan utama yang dirasakan pasien adalah pasien mengeluh adanya perdarahan di gusi. Riwayat keluhan utama: pasien mengatakan tiba-tiba gusi berdarah dan nyeri ketika bangun dipagi hari sejak 5 hari yang lalu, dan pasien hanya menggunakan tissue untuk menghentikan perdarahan dan langsung dibawa oleh keluarga menuju RSUD Baa Rote Ndao pada tanggal 21 juni 2018 dan dirawat selama 1 hari. Tanggal 22 juni dirujuk ke RS. Bhayangkara dengan alasan Hemoglobin 4 g/dL dan nyeri kepala dan dirawat selama 2 hari kemudian dirujuk ke RSUD. Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang pada tanggal 24 juni dengan alasan Hb 5,3 g/dL dan nyeri kepala disertai dengan kesulitan membuka mulut. Riwayat penyakit sebelumnya: pasien pernah masuk Rumah Sakit di Baa pada tahun 2016 yang lalu karena perdarahan di gusi, dan pernah dirujuk pada bulan juli 2016 di Rumah Sakit Bhayangkara dengan alasan perdarahan pada

gusi dan anemia dan dirawat kurang lebih 4 hari. Riwayat penggunaan obat-obatan dan terapi: kalnex 3 x 500 mg/iv dengan indikasi untuk membantu menghentikan kondisi perdarahan, tayegram 2x1gr dengan indikasi untuk perawatan Infeksi bakteri dan kondisi lainnya, post transfuse PRC 2 bag.

Pengkajian pola fungsi kesehatan: pasien mengeluh lemah.

Pengkajian per system

1. *Breathing* (B1)

Tidak ada pendarahan spontan pada hidung.

2. *Blood* (B2)

Ditemukan adanya petekie di kedua tangan dan kedua kaki. Hasil pemeriksaan TTV: TD: 150/80 mmHg, N: 74x/menit, RR: 18x/menit, suhu: 37 derajat celsius. Konjungtiva tampak anemis dan mukosa bibir pucat, CRT < 3 detik, akral dingin.

3. *Brain* (B3)

Saat dikaji pasien mengeluh nyeri kepala, pengkajian PQRST, P: saat pasien bangun tidur, Q: tertusuk-tusuk, R: tidak menyebar, S: skala nyeri 4, menggunakan skala 1-10, T: hilang timbul, kesadaran komposmentis.

4. *Bladder* (B4)

Saat dikaji tidak adanya hematuria

5. *Bowel* (B5)

Saat mengeluh badan lemas, adanya perdarahan dibagian gusi belakang sebelah kanan, bising usus 11x/menit.

6. Bone (B6)

Saat dikaji pasien mengeluh lemah, Saat dikaji ada nyeri otot sendi dan punggung, Hasil Pemeriksaan laboratoium pada tanggal 24 Juni 2018 didapatkan Hemoglobin 7.6 g/dL, Jumlah Eritrosit 3.62%, Hematokrit 26,4%, Eosinofil 0.0 %, Neutrofil 83.3%, Limfosit 12.4 %, jumlah lekosit 22.33 H, jumlah trombosit 54 L, PT (waktu protrombin) 9.1 detik. Terapi yang diberikan antara lain IVFD NaCl 0,9% 500 cc, Ranitidin 2x1 mg/ IV dengan indikasi untuk mengurangi rasa nyeri lambung dengan kontra indikasi Hipersensitif terhadap ranitidine, ceftriaxone 2x1 gr/iv dengan indikasi obat antibiotik, kontra indikasi hipersensitif terhadap cephalosporin dan penicillin. Methilprednisolon 2x125mg/iv dengan indikasi untuk mengurangi reaksi peradangan dengan kontra indikasi Infeksi jamur sistemik dan hipersensitivitas terhadap bahan obat.

3.1.2 Diagnosa Keperawatan

1. Analisa data

Ada dua masalah keperawatan yang muncul pada kasus Ny. M. yaitu: pertama, ketidkefektifan perfusi jaringan perifer yang disebabkan oleh penurunan kadar hemoglobin dalam darah. Masalah ini didukung dengan data subjektif: pasien mengatakan badannya lemas. Data objektif: konjungtiva anemis, akral dingin, CRT < 3 detik, adanya perdarahan digusi belakang bagian kanan dan hasil pemeriksaan lab didapatkan Hb 7,6 g/dL, trombosit 54.000 mm³.

Masalah keperawatan kedua yaitu nyeri akut yang disebabkan oleh agen cedera biologis (reaksi setelah pemberian transfuse darah) masalah ini didukung dengan data subjektif: pasien mengatakan nyeri dibagian kepala, nyeri terasa seperti tertusuk-tusuk, skala nyeri 4 (menggunakan skala 1-10). Data objektif: pasien tampak merigis kesakitan.

2. Masalah keperawatan

Pada kasus Ny. M ditemukan ada dua masalah keperawatan yang muncul yaitu: ketidakefektifan perfusi jaringan perifer dan nyeri akut.

3. Diagnosa Keperawatan

Hasil perumusan diagnose keperawatan pada kasus Ny. M. yaitu: ketidakefektifan perfusijaringan perifer berhubungan dengan penurunan kadar hemoglobin dalam darah dan nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis.

3.1.3 Intervensi Keperawatan

Pada kasus diatas penulis menyusun intervensi keperawatan berdasarkan tahap-tahapan intervensi keperawatan yaitu: goal, objektif, NOC dan NIC. Pada kasus Ny. M didapatkan dua diagnose keperawatan yaitu ketidakefektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan penurunan kadar hemoglobin dalam darah dan nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis. Dari dua diagnosa keperawatan ini maka penulis menentukan yang menjadi prioritas masalah dalam kasus Ny. M adalah diagnose keperawatan ketidakefektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan penurunan kadar hemoglobin dalam darah, dengan alasan dapat mengancam jiwa setelah itu dilanjutkan oleh nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis.

Diagnose keperawatan pertama yaitu: ketidakefektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan penurunan kadar hemoglobin dalam darah dengan NOC (*Nursing Outcomes Classfictions*) goal: pasien akan mempertahankan status sirkulasi darah yang efektif selama dalam perawatan. Objektif: dalam jangka waktu 3x24 jam pasien akan menunjukkan outcome yaitu: perfusi jaringan perifer (0407) yang diharapkan meningkat dari 2 (deviasi yang cukup besar dari kisaran normal) menjadi 4 (deviasi ringan dari kisaran normal) dengan 5

indikator yaitu: pengisian kapiler jari, pengisian kapiler jari kaki, suhu kulit ujung kaki dan tangan, Muka pucat, dan kelemahan otot.

Dengan NIC (*Nursing Interventions Classifications*) dengan intervensi yang diambil yaitu, perawatan sirkulasi insufisiensi vena (4066) dengan 8 aktifitas yang diambil yaitu: ubah posisi pasien setiap dua jam sekali, lakukan penilai sirkulasi perifer, menilai udem dan nadi perifer, inspeksi kulit apakah terdapat luka tekan. Dukung latihan ROM aktif dan pasif terutama pada ekstremitas bagian bawah dan berikan obat anti perdarahan.

Diagnosa keperawatan kedua nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis, NOC (*Nursing Outcomes Classification*) goal: pasien akan bebas dari nyeri selama dalam perawatan. Objektif: dalam jangka waktu 1x30 menit perawatan pasien akan menunjukkan dua outcomes: pertama, kontrol nyeri (1605) yang diharapkan meningkat dari 2 (jarang menunjukkan) menjadi 4 (sering menunjukkan). Empat Indikator yang diambil yaitu: mengenali kapan nyeri terjadi, menggambarkan faktor penyebab, menggunakan tindakan pencegahan dan menggunakan analgesik yang direkomendasikan. Kedua tingkat nyeri (2102) yang diharapkan meningkat dari 2 (cukup berat) menjadi 4 (ringan) dengan 4 indikator yang diambil tersebut yaitu: nyeri yang dilaporkan, ekspresi wajah, frekuensi napas dan tekanan darah.

NIC (*Nursing Interventions Classifications*) yaitu: intervensi pemberian analgenik (2210) Enam aktifitas yang diambil yaitu: pertama, cek perintah pengobatan meliputi obat, dosis, dan frekuensi obat analgesic yang diresepkan. kedua, cek adanya riwayat alergi obat. ketiga, tentukan analgesik sebelumnya, rute pemberian, dan dosis untuk mencapai hasil pengurangan nyeri yang optimal dan yang keempat, monitor tanda-tanda vital sebelum dan setelah memberikan analgesik narkoti pada pemberian dosis pertama kali atau jika ditemukan tanda-tanda yang tidak biasanya. Intervensi manajemen nyeri (1400) Empat aktifitas yang diambil yaitu: pertama, lakukan

pengkajian nyeri secara komperhensif (PQRST). Mengajarkan teknik relaksasi. Kedua, observasi adanya petunjuk nonverbal mengenai ketidak nyamanan. Ketiga, pastikan perawatan analgesik bagi pasien. Keempat, ajarkan penggunaan teknik nonfarmakologi (teknik relaksasi).

3.1.4 Implementasi Keperawatan

Tindakan keperawatan dilakukan setelah perencanaan kegiatan dirancang dengan baik. Tindakan keperawatan mulai dilakukan tanggal 27-28 Juni 2018. Implementasi keperawatan pada Pasien Ny.M dilakukan pada tanggal 27 Juni 2018.

Implementasi keperawatan yang dilakukan pada diagnose keperawatan ketidakefektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan penurunan kadar hemoglobin dalam darah sebagai berikut: pada jam 07.30, mengatur posisi pasien dengan meninggikan kepala 45 derajat. Jam 10.15 memberikan obat deksametazole 25 mg/IV. Jam 11.00 mengukur tanda tanda vital sebelum pemberian transfuse darah dengan hasil TTV: TD: 120/70 MmHg, Suhu, 36 derajat celcius, nadi 72x/menit dan RR: 20x/menit. Jam. 11.35, menilai udem dan nadi perifer . Jam 11.45 memasang transfuse PRC bag ke II Golongan Darah O dengan kode S0165956. 8 tetesan/menit. Jam 11.55 mengobservasi tanda-tanda alergi transfuse darah, 11.48 mengatur tetesan menjadi 12 tpm. Jam 14.00 mengganti cairan infuse Nacl 0,9% 500 cc dengan 20 tetesan/menit.

Implementasi keperawatan pada diagnose keperawatan kedua nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis sebagai berikut:

Jam 07.40 melakukan pengkajian nyeri menggunakan PQRST, jam 08.00 mengajarkan teknik relaksasi napas dalam, jam 10.00 menginjeksi ranitidin 50 mg/iv,14.00 mengukur tanda-tanda vital TD: 110/80 mmHg, N: 64x/menit, S: 36,1 derajat celcius, RR: 18x/menit.

Implementasi keperawatan pada Pasien Ny.M dilakukan pada tanggal 28 Juni 2018. Implementasi keperawatan yang dilakukan di hari kedua pada diagnose keperawatan ketidakefektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan penurunan kadar hemoglobin dalam darah sebagai berikut: pada jam 07.30, mengatur posisi pasien dengan meninggikan kepala 45 derajat. Jam 10.15 memberikan obat deksametazole 25 mg/IV. Jam 11.00 megobservasi dengan mengukur tanda tanda vital dengan hasil TTV: TD: 130/80 MmHg, Suhu, 36,5 derajat celcius, nadi 80x/menit dan RR: 20x/menit. Jam. 11.35, menilai udem dan nadi perifer. 11.55. Jam 11.48 memberikan obat Kalnex 500 mg/IV. Jam 12.10 mengecek hasil pemeriksaan lab. Jam 14.00 mengganti cairan infuse Nacl 0,9% 500 cc dengan 20 tpm.

Implementasi keperawatan pada diagnose keperawatan kedua nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis sebagai berikut:

Jam 07.40 melakukan pengkajian nyeri menggunakan PQRST, jam 08.00 mengajarkan teknik relaksasi napas dalam, jam 10.00 menginjeksi ranitidine 50 mg/IV. Jam 11.00 mengukur tanda-tanda vital. TD: 120/80 MmHg, N: 88 x/menit, S: 36 derajat celcius, RR: 19x/menit.

3.1.5 Evaluasi Keperawatan

Tahap evaluasi merupakan tahap akhir dari proses yang digunakan untuk menilai keberhasilan asuhan keperawatan atas tindakan yang diberikan pada jam 14:00 WITA. Penulis melakukan evaluasi pada setiap tindakan berdasarkan diagnose keperawatan yangtelah ditetapkan dengan mengunakan metode SOAP.

Pada tanggal 27 Juni 2018 jam 14:00, diagnosa keperawatan pertama, ketidakefektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan penurunan kadar hemoglobin dalam darah. Dengan hasil evaluasi data subjektif: pasien mengatakan badannya sudah tidak terlalu lemas lagi. Data

objektif: wajah masih tampak pucat, konjungtiva anemis, akral dingin CRT <3 detik dan belum ada pemeriksaan ulang lab. Assesment: masalah belum teratasi. Plening semua intervensi dilanjutkan.

Diagnosa keperawatan kedua, nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis. Dengan hasil evaluasi data subjektif: pasien mengarakan nyeri dibagian kepala, nyeri terasa seperti tertusuk-tusuk, skala nyeri 4 (menggunakan skala 1-10). Data objektif: pasien tampak merigis kesakitan, hasil TTV didapatkan TD: 110/80 mmHg, N: 64x/menit, S: 36,1 derajat celcius, RR:18x/menit. Assessment: masalah belum teratasi. Planing: semua intervensi dilanjutkan.

Pada tanggal 28 Juni 2018 jam 14:00, diagnosa keperawatan pertama, ketidakefektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan penurunan kadar hemoglobin dalam darah. Dengan hasil evaluasi data subjektif: pasien mengatakan badannya sudah tidak terlalu lemas lagi. Data objektif: wajah masih tampak pucat, konjungtiva anemis, akral dingin, CRT < 3 detik, hasil pemeriksaan lab didapatkan Hb 10,4 g/dL, Trombosit 57.000 mm³. Assesment: masalah belum teratasi. Plening semua intervensi dilanjutkan.

Diagnosa keperawatan kedua, nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis. Dengan hasil evaluasi data subjektif: pasien mengarakan nyeri dibagian kepala, nyeri terasa seperti tertusuk-tusuk, skala nyeri 4 (menggunakan skala 1-10). Data objektif: pasien tampak merigis kesakitan, hasil TTV didapatkan TD: 120/80 MmHg, N: 88 x/menit, S: 36 derajat celcius, RR:18x/menit. Assessment: masalah belum teratasi. Planing: semua intervensi dilanjutkan.

3.2 Pembahasan

3.2.1 Pengkajian

Pada kasus nyata Ny. M dirujuk dari RSUD Bayangkara kupang ke RSUD W.Z. Johanes Kupang dengan alasan anemia berat trombositopenia, dengan keluhan utama saat dikaji Ny. M

mengatakan adanya perdarahan pada gusi belakang dibagian kanan yang mengalami perdarahan, hasil pemeriksaan fisik didapatkan adanya perdarahan pada gusi belakang pasien, terdapat petekie diseluruh kedua bagian tangan pasien. Hasil pemeriksaan lab didapatkan Hb 7,6 g/dL dan trombosit 54.000 mm³

Menurut WHO (2008) nilai kadar hemoglobin dalam darah yaitu untuk pria: 13,8-17,2 g/dL dan pada wanita: 12.1-15.1 g/dL. Sedangkan jumlah trombosit normal yaitu 150.000-400.000 mm³. Ada 4 keluhan utama pada penderita trombositopenia yaitu petekie yaitu bintik-bintik kemerahan yang muncul akibat perdarahan dibawah kulit, ekimosis yaitu darah yang terperangkap dibawah kulit dan terjadi secara mendadak, vesikel atau bulae yang bersifat hemoragik yaitu lepuhan kecil berisi cairan yang berdiameter kurang dari 0,5 cm, Perdarahan dibawah membrane mukosa (saluran GI, kemih, genital dan respirasi). Riwayat penyakit sekarang terdiri dari epitaksis yang sering disebut juga mimisan yaitu suatu keadaan pendarahan dari hidung akibat adanya kelainan lokal, menoragia yaitu periodek menstruasi yang abnormal, malaise yaitu keluhan utama dapat disertai malaise yaitu anoreksia, nafsu makan menurun, kelelahan dan kelemahan. Kelemahan dapat terjadi akibat kekurangan suplai darah tidak seimbang dengan kebutuhan.

Berdasarkan teori di atas dan hasil pengkajian pada kasus nyata didapatkan tidak adanya kesenjangan dikarenakan Pada kasus nyata Ny. M dirujuk dari RSUD Bayangkara kupang ke RSUD W.Z. Johannes Kupang dengan alasan anemia berat trombositopenia, dengan keluhan utama saat dikaji Ny. M. mengatakan adanya perdarahan pada gusi belakang dibagian kanan yang mengalami perdarahan, hasil pemeriksaan fisik didapatkan adanya perdarahan pada gusi belakang bagian kanan pasien, terdapat petekie diseluruh kedua bagian tangan pasien. Hal ini

sesuai dengan tanda dan gejala dari penyakit trombositopenia. Hasil pemeriksaan lab didapatkan semua dalam kategori rendah yaitu Hb 7,6 g/dL dan trombosit 54.000 mm³.

3.2.2 Diagnosa keperawatan

Diagnose keperawatan dengan masalah trombositopenia yang muncul pada teori menurut buku *keperawatan medical bedah 2 dilengkapi dengan teori dan contoh askep* (Andra, 2013), dengan diagnose keperawatan hipertermia berhubungan dengan proses infeksi, proses keganasan, gangguan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan penurunan komponen penting darah (hemoglobin), resiko perdarahan berhubungan dengan penurunan komponen pembekuan darah (trombosit), risiko gangguan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan anoreksi, mual dan muntah, risiko infeksi berhubungan dengan penurunan kekebalan tubuh, intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan fisik yang diakibatkan dari komponen penting darah (hemoglobin). Ansietas berhubungan dengan adanya penyakit dan ancaman kematian.

Berdasarkan hasil analisa data pada kasus didapatkan dua diagnose keperawatan yang muncul yang diangkat berdasarkan diagnose keperawatan NANDA klarifikasi 2015/2017 yaitu: pertama, ketidakefektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan penurunan kadar hemoglobin dalam darah. Kedua, nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis.

Dalam kasus ini adanya kesenjangan antar teori dan kasus, hal ini disebabkan karena pada kasus nyata ditemukan hanya dua diagnose keperawatan saja yang data-datanya sesuai dengan batasan karakteristik. Begitupun diagnose keperawatan nyeri akut tidak ada dalam teori, dan diagnose keperawatan ini muncul pada kasus, hal ini disebabkan karena reaksi setelah pemberian transfusi darah 1 bag.

3.2.3 Intervensi Keperawatan

Pada kasus diatas penulis menyusun intervensi keperawatan berdasarkan tahap-tahapan intervensi keperawatan yaitu: goal, objektif, NOC dan NIC. Dari hasil penyusunan diagnose keperawatan didapatkan dua diagnose keperawatan yang muncul yaitu ketidakefektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan penurunan kadar hemoglobin dalam darah dan nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis (perdarahan). Dari dua diagnosa keperawatan ini maka penulis menentukan yang menjadi prioritas masalah dalam kasus Ny. M adalah diagnose keperawatan ketidakefektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan penurunan kadar hemoglobin dalam darah, dengan alasan dapat mengancam jiwa.

Diagnose keperawatan pertama yaitu: ketidakefektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan penurunan kadar hemoglobin dalam darah dengan NOC (*Nursing Outcomes Classifications*) goal: pasien akan mempertahankan status sirkulasi darah yang efektif selama dalam perawatan. Objektif: dalam jangka waktu 3x24 jam pasien akan menunjukkan outcome yaitu: perfusi jaringan perifer (0407) yang diharapkan meningkat dari 2 (deviasi yang cukup besar dari kisaran normal) menjadi 4 (deviasi ringan dari kisaran normal) yang memiliki 28 indikator. Tetapi hanya 5 indikator yang penulis ambil sedangkan 23 indikator tidak diambil, ini dikarenakan 5 indikator tersebut sesuai dengan kasus nyata.dengan 5 indikator yaitu: pengisian kapiler jari, pengisian kapiler jari kaki, suhu kulit ujung kaki dan tangan, Muka pucat, dan kelemahan otot.

NIC (*Nursing Interventions Classifications*) dengan intervensi yang diambil yaitu, perawatan sirkulasi insufisiensi vena (4066) yang memiliki 15 aktifitas. Tetapi hanya 8 aktifitas yang penulis ambil sedangkan 7 aktifitas yang lain tidak diambil, ini dikarenakan 8 aktifitas tersebut sesuai dengan kasus nyata. dengan 8 aktifitas yang diambil yaitu: ubah posisi pasien setiap dua

jam sekali, lakukan penilai sirkulasi perifer, menilai udem dan nadi perifer, inspeksi kulit apakah terdapat luka tekan, memonitori ketidak nyaman (nyeri). Dukung latihan ROM aktif dan pasif terutama pada ekstremitas bagian bawah dan berikan obat anti perdarahan.

Diagnosa keperawatan kedua nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis, NOC (*Nursing Outcomes Classification*) goal: pasien akan bebas dari nyeri selama dalam perawatan. Objektif: dalam jangka waktu 1x30 menit perawatan pasien akan menunjukkan outcomes: pertama, control nyeri (1605) yang diharapkan meningkat dari 2 (jarang menunjukkan) menjadi 4 (sering menunjukkan) yang memiliki 11 indikator. Tetapi hanya 4 indikator yang penulis ambil sedangkan 7 indikator tidak diambil, ini dikarenakan 4 indikator tersebut sesuai dengan kasus nyata. Indikator yang diambil yaitu: mengenali kapan nyeri terjadi, menggambarkan faktor penyebab, menggunakan tindakan pencegahan dan menggunakan analgesik yang direkomendasikan. Kedua tingkat nyeri (2102) yang diharapkan meningkat dari 2 (cukup berat) menjadi 4 (ringan) outcomes yang memiliki 22 indikator. Tetapi hanya 4 indikator yang penulis ambil sedangkan 18 indikator tidak diambil, ini dikarenakan 4 indikator tersebut sesuai dengan kasus nyata. Indikator yang diambil tersebut yaitu: nyeri yang dilaporkan, ekspresi wajah, frekuensi napas dan tekanan darah.

NIC (*Nursing Interventions Classification*) yaitu: Intervensi manajemen nyeri (1400) yang memiliki 24 aktifitas. Tetapi hanya 4 aktifitas yang penulis ambil sedangkan 20 aktifitas yang lain tidak diambil, ini dikarenakan 4 aktifitas tersebut sesuai dengan kasus nyata. Aktifitas yang diambil yaitu: pertama, lakukan pengkajian nyeri secara komperhensif (PQRST). Kedua, observasi adanya petunjuk nonverbal mengenai ketidak nyamanan. Ketiga, pastikan perawatan analgesik bagi pasien. Keempat, ajarkan penggunaan teknik nonfarmakologi (teknik relaksasi).

3.2.4 Implementasi Keperawatan

Tindakan keperawatan dilakukan setelah perencanaan kegiatan dirancang dengan baik. Tindakan keperawatan mulai dilakukan tanggal 27-28 Juni 2018. Implementasi keperawatan pada Pasien Ny.M dilakukan pada tanggal 27 Juni 2018.

Implementasi keperawatan yang dilakukan pada diagnose keperawatan ketidakefektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan penurunan kadar hemoglobin dalam darah sebagai berikut: pada jam 07.30, mengatur posisi pasien dengan meninggikan kepala 45 derajat. Jam 10.15 memberikan obat deksametazole 25 mg/IV. Jam 11.00 megobservasi dengan mengukur tanda tanda vital sebelum pemberian transfuse darah dengan hasil TTV: TD: 120/70 MmHg, Suhu, 36 derajat celcius, nadi 72x/menit dan RR: 20x/menit. Jam. 11.35, menilai udem dan nadi perifer dan melakukan latihan ROM aktif. Jam 11.45 memasang transfuse PRC bag ke II Golongan Darah O dengan kode S0165956 start 8 tpm. Jam 11.55 mengobservasi tanda-tanda alergi transfuse darah, 11.48 mengatur tetesan menjadi 12 tpm. Jam 14.00 mengganti cairan infuse Nacl 0,9% 500 cc dengan 20 tpm.

Implementasi keperawatan pada diagnose keperawatan kedua nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis sebagai berikut:

Jam 07.40 melakukan pengkajian nyeri menggunakan PQRST, jam 08.00 mengajarkan teknik relaksasi napas dalam, jam 10.00 menginjeksi ranitidine 50 mg/iv, 14.00 mengukur tanda-tanda vital TD: 110/80 MmHg, N: 64x/menit, S: 36,1 derajat celcius, RR: 18x/menit.

Implementasi keperawatan pada Pasien Ny.M dilakukan pada tanggal 28 Juni 2018. Implementasi keperawatan yang dilakukan di hari kedua pada diagnose keperawatan ketidakefektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan penurunan kadar hemoglobin dalam darah sebagai berikut: pada jam 07.30, mengatur posisi pasien dengan meninggikan

kepala 45 derajat. Jam 10.15 memberikan obat deksametazole 25 mg/IV. Jam 11.00 megobservasi dengan mengukur tanda tanda vital dengan hasil TTV: TD: 130/80 MmHg, Suhu, 36,5 derajat celcius, nadi 80x/menit dan RR: 20x/menit. Jam. 11.35, menilai udem dan nadi perifer. Jam 11.45. melakukan latihan ROM aktif Jam 11.55. Jam 11.48 memberikan obat Kalnex 500 mg/IV. Jam 14.00 mengganti cairan infuse Nacl 0,9% 500 cc dengan 20 tpm.

Implementasi keperawatan pada diagnose keperawatan kedua nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis sebagai berikut:

Jam 07.40 melakukan pengkajian nyeri menggunakan PQRST, jam 08.00 mengajarkan teknik relaksasi napas dalam, jam 10.00 menginjeksi ranitidine 50 mg/IV. Jam 11.00 mengukur tanda-tanda vital TD: 120/80 MmHg, N: 88 x/menit, S: 36 derajat celcius, RR:18x/menit.

Tindakan keperawatan adalah pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan. Pada tahap ini, perawat yang akan memberikan perawatan kepada pasien dan sebaiknya tidak bekerja sendiri tetapi juga melibatkan tenaga medis yang lain untuk memenuhi kebutuhan pasien (Ida, 2016).

Berdasarkan teori di atas dan hasil implementasi pada kasus nyata didapatkan tidak adanya kesenjangan antara teori dan kasus dimana semua implementasi dilakukan berdasarkan aktifitas-aktifitas yang berada pada intervensi keperawatan.

3.2.5 Evaluasi Keperawatan

Tahap evaluasi merupakan tahap akhir dari proses yang digunakan untuk menilai keberhasilan asuhan keperawatan atas tindakan yang diberikan pada jam 14:00 WITA. Penulis melakukan evaluasi pada setiap tindakan berdasarkan diagnose keperawatan yangtelah ditetapkan dengan mengunakan metode SOAP.

Pada tanggal 27 Juni 2018 jam 14:00, diagnosa keperawatan pertama, ketidakefektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan penurunan kadar hemoglobin dalam darah. Dengan hasil evaluasi data subjektif: pasien mengatakan badannya sudah tidak terlalu lemas lagi. Data objektif: wajah masih tampak pucat, konjungtiva anemis, akral dingin CRT <3 detik dan belum ada pemeriksaan ulang lab. Assesment: masalah belum teratasi. Pening semua intervensi dilanjutkan.

Diagnosa keperawatan kedua, nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis. Dengan hasil evaluasi data subjektif: pasien mengarakan nyeri dibagian kepala, nyeri terasa seperti tertusuk-tusuk, skala nyeri 4 (menggunakan skala 1-10). Data objektif: pasien tampak merigis kesakitan, hasil TTV didapatkan, TD: 110/80 mmHg, N: 64x/menit, S: 36,1 derajat celcius, RR:18x/menit. Assessment: masalah belum teratasi. Planing: semua intervensi dilanjutkan.

Pada tanggal 28 Juni 2018 jam 14:00, diagnosa keperawatan pertama, ketidakefektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan penurunan kadar hemoglobin dalam darah. Dengan hasil evaluasi data subjektif: pasien mengatakan badannya sudah tidak terlalu lemas lagi. Data objektif: wajah masih tampak pucat, konjungtiva anemis, akral dingin, CRT < 3 detik, hasil pemeriksaan lab didapatkan Hb 10,4 g/dL, Trombosit 57.000 mm³. Assesment: masalah belum teratasi. Planing: semua intervensi dilanjutkan.

Diagnosa keperawatan kedua, nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis. Dengan hasil evaluasi data subjektif: pasien mengarakan nyeri dibagian kepala, nyeri terasa seperti tertusuk-tusuk, skala nyeri 4 (menggunakan skala 1-10). Data objektif: pasien tampak merigis kesakitan, hasil TTV didapatkan TD: 120/80 MmHg, N: 88 x/menit, S: 36 derajat celcius, RR: 18x/menit. Assessment: masalah belum teratasi. Planing: semua intervensi dilanjutkan.

Tahap evaluasi keperawatan menggunakan metode SOAP dimana S: data subjektif, O: data objektif, A: *assesment* dan P: *planning*. metode ini digunakan untuk membandingkan perubahan keadaan pasien (hasil yang diamati) dengan tujuan dan kriterial hasil yang dibuat pada tahap perenacnaan (Nikmatur, 2012)

Berdasarkan teori di atas dan hasil evaluasi keperawatan pada kasus nyata didapatkan tidak adanya kesenjangan antara teori dan kasus, dimana masalah keperawatan ketidakefektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan penurunan kadar hemoglobin dalam darah dan nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis belum teratasi, ini dikarenakan perubahan keadaan pasien setelah dilakukan tindakan keperawatan masih dalam keadaan belum stabil, sehingga pencapaian tujuan dan kriteria hasil dari kedua diagnosa keperawatan tersebut belum tercapai.

3.3. Keterbatasan Studi Kasus

Studi kasus ini, terdapat hal-hal yang menghambat jalannya studi kasus antara lain: waktu yang terbatas dalam membuat studi kasus, keadaan ekonomi yang kurang mendukung, waktu yang terbuang mencari referensi sebageian acuan dalam teori dan memperoleh data alat dan bahan yang dibutuhkan dalam penelitian kurang lengkap.

BAB 4

PENUTUP

4.1 Kesimpulan

1. Pengkajian yang didapatkan pasien Pada kasus nyata Ny M. dengan keluhan utama adanya perdarahan dibagian gusi belakang sebelah kanan.
2. Diagnosa keperawatan yang muncul pada kasus yaitu: ketidakefektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan penurunan kadar hemoglobin dalam darah dan Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis
3. Intervensi keperawatan yang diambil berdasarkan NOC dan NIC yaitu pada diagnose keperawatan nyeri akut NOC yang diambil Kontrol nyeri dan tingkat nyeri dan NIC yang diambil yaitu pemberian analgetik dan kontrol nyeri dan pada diagnoae keperawatan ketidakefektifan perfusi jaringan perifer, NOC yang diambil yaitu: perfusi jaringan perifer dan NIC yang diambil yaitu: perawatan sirkulasi insufisiensi vena
4. Implementasi keperawatan Semua implementasi keperawatan dilakukan sesuai dengan aktifitas-aktiftas yang berada pada intervensi keperawatan yang disusun. mulai dari perawatan sirkulasi insufisiensi vena sampai manajemen nyeri
5. Evaluasi keperawatan yang dilakukan pada pasien Ny. M menunjukkan kedua masalah keperawatan yaitu ketidakefektifan perfusi jaringan perifer dan nyeri akut belum teratasi

4.2 Saran

Dalam hal ini penulis memberikan beberapa saran setelah secara langsung mengamati lebih dekat perkembangan status kesehatan pasien:

1. Bagi Institusi Pendidikan

Diharapkan dengan adanya studi kasus ini, dapat meningkatkan kualitas pembelajaran bagi mahasiswa/i di kampus Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang Prodi D-III Keperawatan Kupang, khususnya pada keperawatan gawat darurat terutama pada pembelajaran tentang asuhan keperawatan gawat darurat.

2. Bagi Rumah sakit

Diharapkan rumah sakit dapat memberikan asuhan keperawatan secara efektif kepada pasien di ruangan rawat nginap secara benar dan tepat kepada pasien-pasien

3. Bagi Perawat

Diharapkan bagi perawat-perawat yang berada di ruang perawatan rawat nginap yang melakukan tindakan keperawatan bisa lebih memperhatikan dan menekankan perawatan secara tepat dan cepat.

DAFTAR PUSTAKA

- Andra & Yessie, 2013. *Keperawatan Medikal Bedah (Keperawatan Dewasa)*. Yogyakarta: Nuha Medika
- Baradero Marry, dkk. 2008. *Klien Gangguan Kardiovaskuler : Seri Asuhan Keperawatan*. EGC. Jakarta
- Bararah, Taqiyyah dan Jauhar Mohammad. 2013. *Asuhan Keperawatan Edisi Ke-2*. Jakarta: Prestasi Pustaka. Heather, T. Herdman.
- Hoffbiand A. V, Pettit J. E (1987), *Hematologi, Essential Hematology Buku Kedokteran* EGC.
- Kowalak, 2016. *Buku Ajar Patofisiologi*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran: EGC
- NANDA. 2015-2017. *Diagnosis Keperawatan Definisi dan Klasifikasi*. 2015. EGC: Jakarta
- Nurarif, Amin H., Kusuma H. 2015. *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis dan Nanda Nic-Noc*. Jilid 3. Jogjakarta : Mediaction.
- Nursing Interventions Classification (NIC). Ed. 5. EGC Jakarta
- Nursing Outcomes Classification (NOC). Ed. 5. EGC: Jakarta
- Nuswantari D. 1998. *Kamus Saku Kedokteran Dorland*. Ed. 25. EGC: Jakarta
- Price. (2006). *Keperawatan Medikal Bedah dan Patofisiologi*. Jakarta: EGC.
- Price S dan Wilson L. *Patofisiologi: Konsep Klinis Proses-Proses Penyakit*. Ed.6. EGC: Jakarta
- Smeltzer S & Bare B. 2002. *Buku Ajar Medikal Bedah Brunner dan Suddart*. Ed.8 EGC: Jakarta
- Smeltzer, Suzanne C dan Brenda G Bare. 2001. *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunner & Suddarth*. Edisi 8. Jakarta: EGC.



**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 : poltekeskupang@yahoo.com



NAMA : GREGORIUS LEWO TOBI
NIM : PO.530320115023

Format Pengkajian Dewasa

Nama Pasien : Ny. M
Ruang/Kamar : Anggrek/ B
Diagnosa Medis : Anemia, Trombositopenia, Susp. Leukimia
No. Medical Record : 471006
Tanggal Pengkajian : 26/06-2018 Jam : 08.30
Masuk Rumah Sakit : 24/06-2018 Jam : 08.00

Identitas Pasien

Nama Pasien	: Ny.M	Jenis Kelamin	: Perempuan
Umur / Tgl.Lahir	: 33 Th /05 / 09-1985	Status Perkawinan	: Sudah Kawin
Agama	: Kahtolik	Suku/Bangsa	: Timor/Indonesia
Pendidikan Terakhir	: Sma	Pekerjaan	: Guru
Alamat	: Rote		

Identitas Penanggung

Nama	: Tn.I	Pekerjaan	: Polri
Jenis Kelamin	: Laki-Laki	Hub.Dengan Klien	: Suami
Alamat	: Rote		

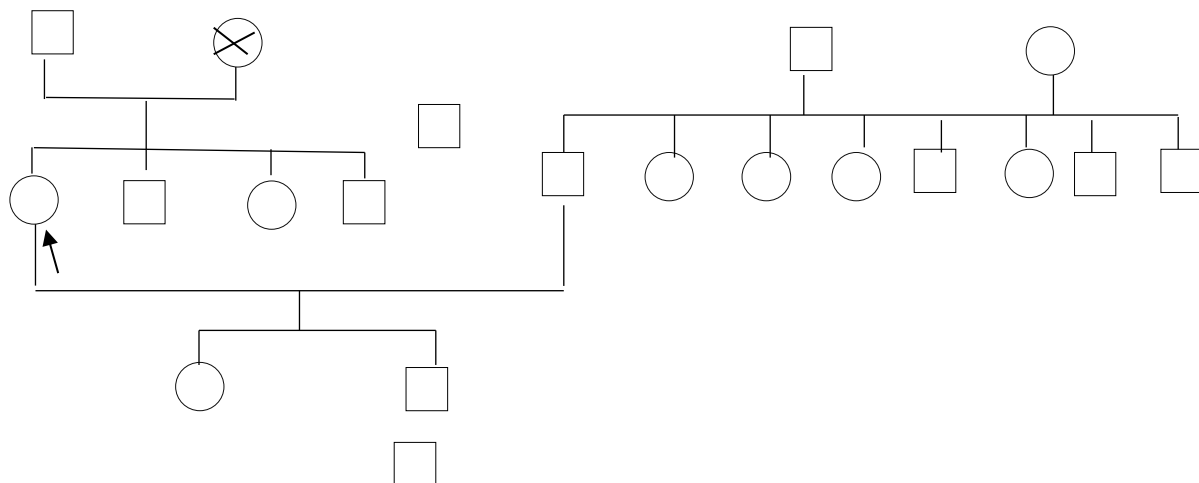
Riwayat Kesehatan

- Keluhan Utama : Pasien mengeluh adanya perdarahan di gusi
 - Kapan : Sejak 5 hari yang lalu
 - Lokasi : Mulut dan gusi
1. Riwayat Keluhan Utama
- Mulai timbulnya keluhan : Pasien mengatakan tiba-tiba gusi berdarah ketika bangun dipagi hari sejak 5 hari yang lalu, dan pasien hanya menggunakan tissue untuk menghentikan perdarahan dan langsung dibawa oleh keluarga menuju RSUD Baa Rote Ndao pada tanggal 21 juni 2018 dan dirawat selama 1 hari. Tanggal 22 juni dirujuk ke RS. Bhayangkara dengan alasan Hemoglobin 4 g/dL dan nyeri kepala dan dirawat selama 2 hari kemudian dirujuk ke RSUD.Prof.Dr.W.Z.Johannes Kupang pada tanggal 24 juni dengan alasan Hb 5,3 g/dL dan nyeri kepala disertai dengan kesulitan membuka mulut.
 - Sifat Keluhan : Nyeri karena adanya luka pada gusi
 - Lokasi : Mulut dan gusi.

- Keluhan Lain : Tidak ada keluhan lain
 - Faktor Pencetus yang menimbulkan serangan : perdarahan terjadi ketika pasien menyikat gigi
 - Apakah keluhan bertambah/berkurang pada saat-saat tertentu(saat-saat mana) : keluhan berkurang pada saat istirahat.
 - Upaya yang dilakukan untuk mengatasi masalah kesehatan : hanya menggunakan tissue untuk menghentikan perdarahan
2. Riwayat Penyakit Sebelumnya : pasien pernah masuk Rumah Sakit di Baa pada tahun 2016 yang lalu karena perdarahan di gusi, dan pernah dirujuk pada bulan juli 2016 di Rumah Sakit Bhayangkara dengan alasan perdarahan pada gusi dan anemia dan dirawat kurang lebih 4 hari
- Riwayat penyakit yang pernah diderita : tidak ada
 - Cara mengatasi : hanya menggunakan tissue untuk menghentikan perdarahan
 - Riwayat Alergi : Tidak ada
 - Riwayat Operasi : Tidak ada
3. Kebiasaan
- Merokok : Tidak ada
 - Minum Alkohol : Tidak ada
 - Minum kopi : Ada,lamanya sejak dua tahun yang lalu(1-2 gelas/hari)
 - Minum Obat-obatan : tidak ada

Riwayat Keluarga/Genogram (Diagram tiga generasi)

Analisa keadaan kesehatan keluarga dan factor resiko



Keterangan :

- | | | | |
|---|----------------------|---|-----------------------|
| □ | :Laki laki | ⊗ | : Perempuan meninggal |
| ○ | :Perempuan | ↗ | : Pasien |
| ⊗ | :Laki-laki meninggal | | |

- Analisis Keluarga : Keluarga tidak memiliki riwayat penyakit keturunan dan riwayat penyakit seperti penderita

Pemeriksaan Fisik

1. Tanda-tanda Vital
 - Tekanan darah : 150 / 80 mmHg
 - Nadi : 70 kali / menit
 - Pernapasan : 20 kali / menit
 - Suhu badan : 36,7^o C
2. Kepala dan leher
 - Kepala
 - Sakit kepala : Ya, PQRST, P: saat pasien bangun tidur, Q: tertusuk-tusuk, R: tidak menyebar, S: skala nyeri 4, menggunakan skala 1-10, T: hilang timbul
 - Pusing : Ya
 - Bentuk, ukuran dan posisi : Normal
 - Lesi : Tidak ada
 - Masa : Tidak ada
 - Observasi wajah : Simetris
 - Penglihatan
 - Konjungtiva : tampak anemis
 - Sklera : Putih
 - Pakai kaca mata : Tidak
 - Penglihatan kabur : Tidak
 - Nyeri : Tidak ada
 - Peradangan : Tidak ada
 - Operasi : Tidak pernah
 - Pendengaran
 - Gangguan pendengaran : Tidak ada
 - Nyeri : Tidak
 - Peradangan : Tidak
 - Hidung
 - Alergi rhinitis : Tidak ada
 - Riwayat polip : Tidak ada
 - Sinusitis : Tidak ada
 - Epistaksis : Tidak ada
 - Tenggorokan dan Mulut
 - keadaan gigi : Utuh warna putih
 - Caries : Tidak ada
 - Memakai gigi palsu : Tidak
 - Gangguan bicara : Tidak ada
 - Gangguan menelan : Tidak ada
 - Pembesaran kelenjar leher : Tidak ada

3. Sistem Kardiovaskuler

- Nyeri dada : tidak
- Inspeksi
 - Kesadaran : EVM : 456 (15)
 - Bentuk dada : Normal
 - Bibir : pucat
 - Kuku : pucat
 - Capillary Refill : < 3 detik
 - Tangan : Normal
 - Kaki Normal
 - Sendi : Normal
- C- Ictus Cordis / Apical Pulse : Tidak teraba
- Vena Jugularis : Tidak teraba
- Perkusi : Pembesaran jantung : Tidak ada
- Auskultasi : BJ1: Normal
BJ2 : Normal
- Murmur : Tidak ada

4. Sistem Respirasi

- keluhan : tidak ada keluhan
- Inspeksi : Jejas : tidak ada. Bentuk dada : normal
Jenis pernapasan : normal Irama napas : teratur
Retraksi otot pernapasan : tidak ada
Penggunaan alat bantu pernapasan : tidak ada
- Perkusi : Cairan : tidak ada Udara : tidak ada
Massa : tidak ada
- Auskultasi : Inspirasi : normal Ekspirasi : normal
Ronchi : tidak
Wheezing : tidak ada. Krepitasi : tidak ada'
Rales : tidak ada
- Clubbing Finger : normal

5. Sistem Pencernaan

- a. Keluhan : tidak ada keluhan
- b. Inspeksi :

- Turgor kulit : akral dingin
- Keadaan bibir : pucat
- Keadaan rongga mulut : warna merah muda Luka.perdarahan : ada
Tanda-tanda radang : tidak ada Keadaan gusi : adanya luka dan perdarahan
Keadaan abdomen : Warna kulit : sawo matang Luka : tidak ada
Pembesaran : tidak ada
- Keadaan rektel : Luka : tidak ada, perdarahan : tidak ada
Hemoroid : Tidak ada
Lecet/tumor/bengkak : tidak ada
- c. Auskultasi
Bising usus/peristaltic : 14 kali permenit
- d. Perkusi : Cairan : tidak ada Udara : tidak ada Massa : tidak ada
- e. Palpasi : Tonus otot : normal Nyeri : tidak Massa : tidak ada

6 Sistem Persyarafan

- a. Keluhan : tidak ada keluhan
- b. Tingkat kesadaran : normal GCS : EVM ;456 (15)
- c. Pupil : isokor
- d. Kejang : tidak ada
- e. Jenis kelumpuhan : tidak ada
- f. Parasthesia : tidak ada
- g. Koordinasi gerak : normal
- h. Cranial Nerves : normal
- i. Reflexes : normal

7. Sistem Muskuloskeletal

- a. Keluhan : pasien mengeluh badan lemah
- b. Keluhan Ekstremitas : Ada nyeri otot dan pinggang
- c. Nyeri otot : Ada
- d. Nyeri sendi : Tidak ada
- e. Refleks sendi : Normal
- f. Kekuatan otot : Normal
- g. Atropi : Normal

5	5
5	5

8. Sistem Integumentari

- a. Rash : tidak ada
- b. Lesi : tidak ada
- c. Turgor : jelek Warna : pucat
- d. Kelembaban : normal
- e. Petechie : adanya petekie bagian tangan kiri dan kanan, bagian kaki kiri dan kanan

f. Lain-lain : CRT < 3 detik

9. Sistem Perkemihan

- a. Gangguan : tidak ada gangguan
- b. Alat bantu (kateter,dll) : tidak ada
- c. Kandung kemih : tidak membesar Nyeri tekan : tidak ada
- d. Produksi urine : 1000-1500 cc perhari
- e. Intake cairan : 1250 cc perhari (oral)
1000 cc perhari (parenteral)

f. Bentuk alat kelamin : normal g, Uretra : normal

10. Sistem Endokrin

- Keluhan : tidak ada keluhan
- Pembesaran kelenjar : tidak ada
- Lain-lain : tidak ada

11. Sistem Reproduksi

- a. Keluhan : tidak ada keluhan
- b, Siklus menstruasi : normal , 28 hari
Keadaan payudara : normal

Riwayat persalinan : tidak ada

- Abortus : tidak ada
- Pengeluaran pervagina : normal
- Lain-lain : tidak ada

12. Pola Kegiatan sehari-hari

A. Nutrisi

1. Kebiasaan :

- Pola makan : biasa (makan nasi ,sayur,lauk)
- Frekuensi makan : 3 kali sehari
- Makanan pantangan : Tidak ada
- Makanan yang disukai : semua makanan yang biasa dimakan
- Banyaknya minum dalam sehari : 1500 cc
- Jenis makanan dan minuman yang tidak disukai : tidak ada
- Berat badan 54 kg ,Tinggi badan : 162 cm

2. Perubahan selama sakit : Tidak ada keluhan

B. Eliminasi

1. Buang air kecil (BAK)

a. Kebiasaan

- Frekwensi dalam sehari 7-8 kali, warna : kuning jernih, Bau : khas urine
- Jumlah / hari : 1500 cc

b. Perubahan selama sakit : 4-5 kali,warna kuning jernih

2. Buang air besar (BAB)

a. Kebiasaa : selalu BAB, Frekwensi dalam sehari : satu kali

Warna : kuning, Bau : khas feces

Konsistensi : Kadang keras,kadang lembut

b. Perubahan selama sakit : 1-2 hari baru BAB.

C. Olahraga dan Aktivitas

Kegiatan olahraga yang disukai : lari pagi

Apakah olahraga dilaksanakan secara teratur : kadang-kadang

D. Istirahat daaan Tidur

Tidur malam jam : Jam 09.00

Bangun jam : 07.00

Tidur siang jam : 13.00

Bangun jam : -

Apakah mudah terbangun : tidak

Apa yang dapat menolong untuk tidur nyaman : situasi dan suasana yang tenang.

Pola Interaksi Sosial

1. Siapa orang yang penting/terdekat : orang tua dan keluarga

2. Organisasi social yang diikuti : bhayangkara

3. Keadaan rumah dan lingkungan : bersih, Status rumah : Pribadi

Tidak cukup, tidak bising, tidak banjir

4. Jik mempunyai masalah apakah dibicarakan dengan orang lain yang dipercaya/terdekat :
ya,biasa dibicarakan dengan suami dan keluarga terdekat

5. Bagaimana anda mengatasi suatu masalah dalam keluarga : konsultasi dengan suami

6. Bagaimana interaksi dalam keluarga : baik

Kegiatan Keagamaan / Spiritual

Kegiatan menjalankan ibadah : ya rutin melaksanakan ibadah

Keterlibatan dalam organisasi keagamaan : ya,selalu terlibat (KUB)

Keadaan Psikologi selama sakit

1. Persepsi Klien terhadap penyakit yang diderita : Pasien mengatakan penyakit yang

diderita adalah murni karena pennyakit bukan karena dibuat atau diguna-guna oleh orang.

2. Persepsi Klien terhadap keadaan kesehatannya : Pasien mengatakan sekarang karena sakit,tidak bisa bekerja dengan maksimal di sekolah sebagai seorang guru SD , pasien berharap semoga dengan semua perawatan yang ada,bisa cepat sembuh agar dapat melaksanakan aktivitasnya seperti biasa.

3. Pola interaksi dengan tenaga kesehatan dan lingkungannya : Pasien mengatakan meskipun sakit .ia tetap bersosialisasi dan berinteraksi dengan tenaga kesehatan dan lingkungannya

Data Laboratorium dan Diagnostik

a. Pemeriksaan Darah

Tanggal 24 Juni 2018.

HEMATOLOGI

Hemoglobin :7,6 L dari 12,0- 16,0 g/dL

Jlh. Eritrosit	:3, 62	L	dari 4,20-5,40 $10^6/uL$
Hematokrit	:26, 4	L	dari 37,0-47,0 %
MCV	:72,9	L	dari 81,0-96,0 fL
MCH	:21,0	L	dari 27,0-36,0 pg
RDW-CV	:29,5	H	dari 11,0-16,0 %
Neutrofil	:74,3	H	dari 50,0-70,0 %
Limfosit	:13,8	L	dari 20,0-40,0 %
Jlh. Neutrofil	:7,25	H	dari 1,50-7,00 $10^3/ul$
Jlh Trombosit	:54	L	dari 150-400 $10^3/ul$
Jlh Leukosit	:22.33	H	dari 4.0-10.0 $10^3/ul$

KOAGULASI

PT (Waktu Protrombin) : 9,1 detik dari 10,8-14,4

Penatalaksanaan / Pengobatan: kalnex 3 x 500 mg dengan indikasi untuk membantu menghentikan kondisi perdarahan, sanexon 2x62,5 mg dengan indikasi untuk meringankan peradangan, alergi, tayegram 2x1gr dengan indikasi untuk perawatan Infeksi bakteri dan kondisi lainnya, post transfuse PRC 2 bag, infuse Nacl 0,9 %

B. Analisa Data

No	Subjektif	Objektif	Etiologi	Masalah
1.	pasien mengatakan badannya lemas	konjungtiva anemis, akral dingin, CRT < 3 detik, adanya perdarahan digusi belakang bagian kanan dan hasil pemeriksaan lab didapatkan Hb 7,6 g/dL, trombosit 54.000 mm ³ .	Penurunan kadar hemoglobin dalam darah.	Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer
2.	Pasien mengatakan nyeri dibagian kepala	pasien tampak merigis kesakitan, nyeri terasa seperti tertusuk-tusuk, skala nyeri 4 (menggunakan skala 1-10).	agen cedera biologis (reaksi setelah pemberian transfuse darah)	nyeri akut

C. DIAGNOSA KEPERAWATAN

1. ketidakefektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan penurunan kadar hemoglobin dalam darah .
2. nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis.

D. INTERVENSI KEPERAWATAN

No	Diagnosa Keperawatan	NOC	NIC
1.	<p>Ketidkefektifan Perfusi Jaringan Perifer yang berhubungan dengan penurunan kadar hemoglobin dalam darah yang ditandai dengan data subjektif: pasien mengatakan badannya lemas. Data objektif: konjungtiva anemis, akral dingin, CRT < 3 detik, adanya perdarahan</p>	<p>- Pasien akan mempertahankan status sirkulasi darah yang efektif selama dalam perawatan</p> <p>NOC</p> <p>- perfusi jaringan perifer yang diharapkan meningkat dari 2 (deviasi yang cukup besar dari kisaran normal) menjadi 4</p>	<p>NIC :</p> <p>Perawatan sirkulasi insufisiensi vena</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ubah Posisi Pasien Setiap Dua Jam Sekali, ▪ Lakukan Penilai Sirkulasi Perifer, ▪ Menilai Udem Dan Nadi Perifer, ▪ Inspeksi Kulit Apakah Terdapat Luka Tekan. ▪ Dukung Latihan Rom Aktif Dan Pasif Terutama Pada Ekstremitas Bagian Bawah ▪ Berikan Obat Anti Perdarahan.

	<p>digusi belakang bagian kanan dan hasil pemeriksaan lab didapatkan Hb 7,6 g/dL, trombosit 54.000 mm³.</p>	<p>(deviasi ringan dari kisaran normal) dengan 5 indikator yaitu: pengisian kapiler jari, pengisian kapiler jari kaki, suhu kulit ujung kaki dan tangan, Muka pucat, dan kelemahan otot.</p>	
--	--	--	--

<p>2. Nyeri Akut</p> <p>berhubungan dengan agen cedera biologis (reaksi setelah pemberian transfuse darah) yang ditandai dengan data subjektif: pasien mengatakan nyeri dibagian kepala, nyeri terasa seperti tertusuk-tusuk, skala nyeri 4 (menggunakan skala 1-10). Data objektif: pasien tampak merigis kesakitan.</p>	<p>NOC :</p> <p>❖ Kontrol Nyeri</p> <p>pasien akan bebas dari nyeri selama dalam perawatan</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <p>Empat Indikator yang diambil yaitu: mengenali kapan nyeri terjadi, menggambarkan faktor penyebab, menggunakan tindakan pencegahan dan menggunakan analgesik yang direkomendasikan. Kedua tingkat nyeri (2102) yang diharapkan meningkat dari 2 (cukup berat) menjadi 4 (ringan) dengan 4 indikator yang diambil tersebut yaitu: nyeri yang dilaporkan, ekspresi wajah, frekuensi napas dan tekanan darah.</p>	<p>NIC :</p> <p>❖ Pemberian Analgenik</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ cek perintah pengobatan meliputi obat, dosis, dan frekuensi obat analgesic yang diresepkan. ▪ cek adanya riwayat alergi obat. ▪ tentukan analgesik sebelumnya, rute pemberian, dan dosis untuk mencapai hasil pengurangan nyeri yang optimal, ▪ monitor tanda-tanda vital sebelum dan setelah memberikan analgesik narkoti pada pemberian dosis pertama kali atau jika ditemukan tanda-tanda yang tidak biasanya <p>❖ Manajemen Nyeri</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ lakukan pengkajian nyeri secara komperhensif (PQRST). ▪ Mengajarkan teknik relaksasi. ▪ observasi adanya petunjuk nonverbal mengenai ketidak nyamanan. ▪ pastikan perawatan analgesik bagi pasien. ▪ ajarkan penggunaan teknik nonfarmakologi (teknik relaksasi).
--	--	---

E. IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

No	Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Tindakan keperawatan	Evaluasi Formatif (SOAP)	Nama & TTD
1.	27/06/18	<p>Ketidkefektifan Perfusi Jaringan Perifer yang berhubungan dengan penurunan kadar hemoglobin dalam darah</p>	<p>Jam 07.30:</p> <ul style="list-style-type: none"> - mengatur posisi pasien dengan meninggikan kepala 45 derajat. <p>Jam 10.15</p> <ul style="list-style-type: none"> - memberikan obat deksametazole 25 mg/IV. <p>Jam 11.00</p> <ul style="list-style-type: none"> - mengukur tanda tanda vital sebelum pemberian transfuse darah dengan hasil TTV: TD: 120/70 MmHg, Suhu, 36 derajat celcius, nadi 72x/menit dan RR: 	<p>S: : pasien mengatakan badannya sudah tidak terlalu lemas lagi</p> <p>O: wajah masih tampak pucat, konjungtifa anemis, akral dingin CRT <3 detik dan belum ada pemeriksaan ulang lab</p> <p>A: : masalah belum teratasi</p> <p>P: semua intervensi dilanjutkan</p>	

			<p>20x/menit. Jam.</p> <p>11.35</p> <ul style="list-style-type: none">- menilai udem dan nadi perifer dan melakukan latihan ROM aktif. <p>Jam</p> <p>11.45</p> <ul style="list-style-type: none">- memasang transfuse PRC bag ke II Golongan Darah O dengan kode S0165956. 8 tetesan/menit. <p>Jam 11.55</p> <ul style="list-style-type: none">- mengobservasi tanda-tanda alergi transfuse darah, <p>11.48</p> <ul style="list-style-type: none">- mengatur tetesan menjadi 12		
--	--	--	---	--	--

			<p>tpm. Jam 14.00 mengganti cairan infuse Nacl 0,9% 500 cc dengan 20 tetesan/menit.</p>		
2	27/06/18	<p>Nyeri Akut berhubungan dengan agen cedera biologis (reaksi setelah pemberian transfuse darah)</p>	<p>Jam 07.40</p> <ul style="list-style-type: none"> - melakukan pengkajian nyeri menggunakan PQRST, <p>jam 08.00</p> <ul style="list-style-type: none"> - mengajarkan teknik relaksasi napas dalam, <p>jam 10.00</p> <ul style="list-style-type: none"> - menginjeksi ranitidine 50 mg/iv, <p>Jam 14.00</p> <ul style="list-style-type: none"> - mengukur tanda-tanda vital TD: 110/80 mmHg, N: 64x/menit, S: 36,1 derajat celcius, RR: 	<p>S: pasien mengatakan nyeri dibagian kepala</p> <p>O: pasien tampak merigis kesakitan, hasil TTV didapatkan TD: 110/80 mmHg, N: 64x/menit, S: 36,1 derajat celcius, RR:18x/menit</p> <p>A : masalah belum teratasi</p> <p>P: semua intervensi dilanjutkan</p>	

			18x/ment.		
--	--	--	-----------	--	--

2.	28/06/18	<p>Ketidkefektifan Perfusi Jaringan Perifer yang berhubungan dengan penurunan kadar hemoglobin dalam darah</p>	<p>Jam 07.30,</p> <ul style="list-style-type: none"> - mengatur posisi pasien dengan meninggikan kepala 45 derajat. <p>Jam 10.15</p> <ul style="list-style-type: none"> - memberikan obat deksametazole 25 mg/IV. <p>Jam 11.00</p> <ul style="list-style-type: none"> - megobservasi dengan mengukur tanda tanda vital dengan hasil TTV: TD: 130/80 MmHg, Suhu, 36,5 derajat celcius, nadi 80x/menit dan RR: 20x/menit. <p>Jam. 11.35</p> <ul style="list-style-type: none"> - menilai udem dan nadi perifer. <p>Jam 11.45.</p> <ul style="list-style-type: none"> - melakukan latihan ROM aktif <p>Jam 11.48</p>	<p>S: pasien mengatakan badannya sudah tidak terlalu lemas lagi.</p> <p>O: wajah masih tampak pucat, konjungtifa anemis, akral dingin, CRT < 3 detik, hasil pemeriksaan lab didapatkan Hb 10,4 g/dL, Trombosit 57.000 mm3.</p> <p>A: masalah belum teratasi</p> <p>P: semua intervensi dilanjutkan.</p>	
----	----------	---	--	--	--

			<ul style="list-style-type: none">- memberikan obat Kalnex 500 mg/IV. <p>Jam 14.00</p> <ul style="list-style-type: none">- mengganti cairan infuse Nacl 0,9% 500 cc dengan 20 tpm.		
--	--	--	---	--	--

2	28/06/18	<p>Nyeri Akut berhubungan dengan agen cedera biologis (reaksi setelah pemberian transfuse darah)</p>	<p>Jam 07.40</p> <ul style="list-style-type: none"> - melakukan pengkajian nyeri menggunakan PQRST, <p>jam 08.00</p> <ul style="list-style-type: none"> - mengajarkan teknik relaksasi napas dalam, <p>jam 10.00</p> <ul style="list-style-type: none"> - menginjeksi ranitidine 50 mg/IV. <p>Jam 11.00</p> <ul style="list-style-type: none"> - mengukur tanda-tanda vital. TD: 120/80 MmHg, N: 88 x/menit, S: 36 derajat celcius, RR: 19x/menit. 	<p>S: pasien mengatakan nyeri dibagian kepala,</p> <p>O: pasien tampak meringis kesakitan, hasil TTV didapatkan TD: 120/80 MmHg, N: 88 x/menit,</p> <p>S: 36 derajat celcius, RR:18x/menit</p> <p>A : masalah belum teratasi.</p> <p>P:semua intervensi dilanjutkan.</p>	
---	----------	---	--	--	--

Lampiran 3 : Bukti Proses Bimbingan

PROSES BIMBINGAN LAPORAN STUDI KASUS

Nama Mahasiswa : Gregorius Lewo Tohi

NIM : PO.530320115023

Nama Pembimbing : Trifonia S. Nurwela.S.Kep.Ns.,M.Kes





NIP : NIP.197710192001122001

Judul Studi Kasus : "Asuhan Keperawatan Pada Ny. M Dengan Diagnosa

Medistrombositopenia Di Ruang Anggrek RSUD Prof.

Dr. W.Z. Johannes Kupang"

NO	HARITANGGAL	REKOMENDASI PEMBIMBING	PARAF PEMBIMBING
1.	Selasa, 03 Juli 2018	Konsultasi Bab 1,2, studi kasus <ol style="list-style-type: none">1. Penambahan untuk latar belakang mengenai prevalensi penyakit di Indonesia, NTT dan Rumah Sakit.2. Tujuan umum dan khusus3. Manfaat study kasus4. Perbaikan penulisan dari Bab 1- Bab 2	
2.	Rabu, 04 Juli 2018	Konsultasi revisi Bab 1 dan Bab 2 dan konsultasi Bab 3 dan 4 <ol style="list-style-type: none">1. Penambahan untuk pengkajian, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi	

3	Kamis, 05 Juli 2018	Konsultasi revisi Bab 3 dan Bab 4 dan cover dampai dengan daftar pustaka	
4	Jumad, 06 Juli 2018	Konsultasi revisi Bab 1-4, Acc siap untuk diseminarkan tanggal 09 Juli 2018	
5	Rabu, 11 Juli 2018	Konsultasi revisi ujian dari hasil sampai dengan pembahasan dari study kasus 1. Penambahan untuk sumber- sumber hasil penelitian pada asuhan keperawatan pada pasien dengan trombositopenia dari pengkajian sampai evaluasi mengenal sistematika penulisan	
6	Kamis, 12 Juli 2018	Konsultasi revisi ujian , hasil studi kasus, pembahasan dan abstrak Acc. 12 Juli 2018	

Lampiran 2 : Informed Consent

PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN STUDI KASUS

Kepada
Yth. Bapak/Ibu Calon Responden
Studi Kasus
Di Tempat

Dengan hormat,

Saya yang bertanda tangan dibawah ini adalah mahasiswa Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang Program Studi D-III Keperawatan :

Nama : Gregorius Lewo Tobl

NIM : PO.530320115021

Akan mengadakan studi kasus yang berjudul "Asuhan Keperawatan Pada Ny. M Dengan Diagnosa Medis Trombositopenia Di Ruang Anggrek RSUD Prof. Dr. W.Z. Johannes Kupang".

"Studi kasus ini tidak akan menimbulkan akibat yang merugikan responden. Informasi yang diberikan akan dijaga kerahasiannya dan hanya digunakan untuk kepentingan studi kasus. Apabila responden menyetujui, maka dengan ini mohon kesediaan untuk menandatangani lembar persetujuan ini.

Atas perhatian dan kerjasamanya yang baik, saya ucapkan limpah
terimakasih.

Peneliti



Gregorius Lewo Tobl
PO.530320115023

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Setelah membaca penjelasan pada lembar permohonan persetujuan maka saya bersedia untuk berpartisipasi dalam studi kasus yang dilakukan oleh Gregorius Lewo Tobri dari Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang Program Studi D-III Keperawatan yang berjudul "Asuhan Keperawatan Pada Ny. M Dengan Diagnosa Medis Trombositopenia Di Ruang Anggrek RSUD Prof. Dr. W.Z. Jhannies Kupang"

"Saya mengetahui bahwa informasi yang saya berikan akan bermanfaat bagi saya dan peneliti. Oleh karena itu, saya bersedia menjadi responden peneliti.

Kupang, 27 Juni 2018

Responden



(Momika Taus)