

**KARYA TULIS ILMIAH
LAPORAN STUDI KASUS**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN Tn. A DENGAN
PENYAKIT LEUKEMIA DI RUANGAN RAWAT INAP
AMBUN SURI LANTAI 3 RSUD Dr. ACHMAD MOCHTAR
BUKITTINGGI TAHUN 2018**



OLEH :

**FARID MUHAMMAD DZAKI
NIM : 1514401004**

**PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
PERINTIS PADANG
TAHUN 2018**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN Tn. A DENGAN
PENYAKIT LEUKEMIA DI RUANGAN RAWAT INAP
AMBUN SURI LANTAI 3 RSUD Dr. ACHMAD MOCHTAR
BUKITTINGGI TAHUN 2018**

LAPORAN STUDI KASUS

*Diajukan Untuk Memenuhi Salah Satu Syarat Dalam menyelesaikan
Pendidikan
Program Diploma III Keperawatan Di STIKes Perintis Padang*



OLEH :

**FARID MUHAMMAD DZAKI
NIM : 1514401004**

**PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
PERINTIS PADANG
TAHUN 2018**

LEMBAR PERSETUJUAN

Nama Mahasiswa : FARID MUHAMMAD DZAKI
NIM : 1514401004
Judul KTI : Asuhan Keperawatan Pada Klien Tn. A Dengan Penyakit
Leukemia Di Ruangan Rawat Inap Ambun Suri Lantai 3
RSUD Dr. ACHMAD MOCHTAR BUKITTINGGI
Tahun 2018

Karya Tulis Ilmiah ini telah disetujui, diperiksa dan telah dipertahankan di
hadapan Dewan Penguji Studi Kasus Program Studi D III Keperawatan STIKes
Perintis Padang.

Bukittinggi, Juli 2018

Pembimbing



Ns. Yuli Permata Sari, S. Kep, M. Kep

NIK 1440122078614104

Mengetahui,

Ka Prodi D III Keperawatan
STIKes Perintis Padang



Ns. Endra Amalia, S. Kep, M. Kep

NIK 1420123106993012

LEMBAR PENGESAHAN

Nama Mahasiswa : FARID MUHAMMAD DZAKI
NIM : 1514401004
Judul KTI : Asuhan Keperawatan Pada Klien Tn. A Dengan Penyakit
Leukemia Di Ruang Rawat Inap Ambun Suri Lantai 3
RSUD Dr. ACHMAD MOCHTAR BUKITTINGGI
Tahun 2018

Karya Tulis Ilmiah ini telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji Studi Kasus dan diterima sebagai bagian persyaratan untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan pada Program Studi D III Keperawatan STIKes Perintis Padang.

Bukittinggi, 19 Juli 2018

Tim Penguji

Penguji I



Ns. Ida Survati, M. Kep

NIK 1420130047501027

Penguji II



Ns. Yuli Permata Sari, S. Kep, M. Kep

NIK 1440122078614104

**Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Perintis Padang
Program Studi D III Keperawatan
Karya Tulis Ilmiah, Juli 2018**

**FARID MUHAMMAD DZAKI
1514401004**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN Tn. A DENGAN LEUKEMIA
DI RUANGAN RAWAT INAP AMBUN SURI LANTAI 3 RSUD Dr.
ACHMAD MOCHTAR BUKITTINGGI TAHUN 2018**

V Bab (110 Halaman) + 9 Tabel + 4 Gambar + 2 Lampiran

ABSTRAK

Leukemia adalah penyakit akibat terjadinya proliferasi sel leukosit yang abnormal dan ganas serta sering disertai adanya leukosit jumlah yang berlebihan dari sel pembuat darah yang bersifat sistemik dan biasanya berakhir fatal. Faktor Leukemia ada 2 yaitu Endogen (ras, kelainan kromosom, herediter), dan Eksogen (sinar x, radioaktif, bahan kimia, hormon, dan infeksi). Berdasarkan dari data Rekam Medik RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi tahun 2018, prevelensi angka kejadian leukemia 6 bulan terakhir di ruang rawat inap Ambun Suri lantai 3 didapatkan sebanyak 2 orang. Karya Tulis Ilmiah ini bertujuan untuk mengetahui gambaran asuhan keperawatan yang tepat bagi klien dengan leukemia. Penyusunan karya tulis ini menggunakan metode deskriptif. Teknik pengambilan data yang digunakan adalah wawancara, observasi, pemeriksaan fisik dan studi dokumentasi. Setelah melakukan pengkajian selama 3 hari dari tanggal 06-08 Juni 2018 ditemukan 3 diagnosa keperawatan pada klien Tn. A dengan leukemia yaitu pola nafas tidak efektif berhubungan dengan kurangnya suplai O₂ ke jaringan otak, nutrisi kurang dari kebutuhan berhubungan dengan anoreksia, defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan. Leukemia adalah jenis gangguan pada system hemapoetik yang fatal, untuk itu diharapkan kepada instansi rumah sakit untuk melakukan pengkajian, perencanaan, tindakan, dan evaluasi secara tepat dan benar.

Kata Kunci : Asuhan Keperawatan, Leukemia, Pola Nafas Tidak Efektif, Nutrisi, Defisit Perawatan Diri.

Daftar Bacaan : 23 (1983-2017)

*Institute Of Health Science Perintis Padang
D III Study Program Of Nursing
Script Writing, July 2018*

**FARID MUHAMMAD DZAKI
1514401004**

***NURSING CARE AT CLIENT Th. A WITH LEUKEMIA IN
HOSPITALIZATION CHAMBER AMBUN SURI FLOOR 3 RSUD Dr.
ACHMAD MOCHTAR BUKITTINGGI 2018***

V Chapter (110 Pages) + 9 Table + 4 image + 2 Attachments

ABSTRACT

Leukemia is a disease caused by the proliferation of abnormal and malignant leukocyte cells and is often accompanied by excessive amounts of leukocytes from systemic blood-making cells and usually fatal. Leukemia factors are 2: Endogen (race, chromosomal abnormality, hereditary), and exogenous (x-rays, radioactive, chemicals, hormones, and infections). Based on the data of Medical Record RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi year 2018, prevalence number of leukemia incidence the last 6 months in inpatient room Ambun Suri 3rd floor got as many as 2 people. Scientific Writing is aimed to know the description of appropriate nursing care for clients with leukemia. The preparation of this paper using descriptive method. The data collecting technique used was interview, observation, physical examination and documentation study. After 3 days review from 06-08 June 2018 found 3 nursing diagnoses on client. A with leukemia is an ineffective breath pattern associated with a lack of O2 supply to the brain tissue, less nutrients than necessity associated with anorexia, self-care deficit associated with weakness. Leukemia is a type of disturbance in the fatal hemopoetic system, therefore it is expected that the institution of the hospital to conduct assessment, planning, action, and evaluation appropriately and correctly.

***Keywords : Nursing Care, Leukemia, Ineffective Breathing Patterns,
Nutrition, Self Care Deficit.***

References : 23 (1983-2017)

KATA PENGANTAR



Assalamualaikum Warahmatullahi Wb.

Dengan mengucapkan puji dan syukur kehadiran Allah SWT, atas rahmad dan karuniannya-Nya yang telah diberikan kepada penulis sehingga laporan studi kasus dengan judul **“Asuhan Keperawatan Pada Tn. A Dengan Leukemia Di Ruang Rawat Inap Ambun Suri Lantai 3 RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2018”** tanpa nikmat yang diberikan oleh-Nya sekiranya penulis tidak akan mampu untuk menyelesaikan Laporan Studi Kasus ini. Shalawat serta salam selalu tercurahkan kepada-Nya junjungan Nabi Muhammad SAW, semoga atas izin Allah SWT penulis dan teman-teman seperjuangan, semua mendapatkan syafaatnya nanti Amin Ya Rabbal Alamin.

Penulis Laporan Studi Kasus ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar Amd. Kep Program Studi Diploma III Keperawatan STIKes Perintis Padang. Penulis banyak mendapat arahan, bimbingan dan nasehat dari berbagai pihak dalam menyusun, membuat dan menyelesaikan Laporan Studi Kasus ini. Oleh karna itu, penulis mengucapkan banyak terima kasih terutama kepada Yth. Ibu Ns. Yuli Permata Sari, S. Kep, M. Kep selaku pembimbing I, dan Ibu Ns. Yenita Roza, S. Kep selaku pembimbing klinik Ruang Rawat Inap Ambun Suri Lantai 3 RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Sumatera Barat yang telah banyak meluangkan waktunya dengan penuh perhatian. Petunjuk dan bimbingan sehingga Karya Tulis Ilmiah dapat terselesaikan.

Seterusnya ucapan terima kasih saya kepada :

1. Bapak Yendrizal Jafri, S. Kp, M. Biomed selaku Ketua STIKes Perintis Bukittinggi, Padang.
2. Ibu Ns. Endra Amalia, M. Kep selaku penanggung jawab Program Studi Diploma III Keperawatan STIKes Perintis Padang.

3. Kepada Direktur RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi yang telah memberikan izin untuk melakukan studi kasus ini, beserta staf yang telah memberi izin dalam pengambilan data yang penulis butuhkan.
4. Ibu Ns. Yuli Permata Sari, S. Kep, M. Kep selaku pembimbing yang telah memberikan bimbingan dalam pembuatan Laporan Studi Kasus ini.
5. Ibu Ns. Yenita Roza, S. Kep selaku pembimbing klinik yang telah memberikan bimbingan dalam pembuatan Laporan Studi Kasus ini.
6. Khususnya kepada kedua orang tuaku tercinta dan keluarga lainnya terima kasih atas dukungan penuh dan jerih payah, dan mencurahkan kasih sayang, bantuan moral maupun material serta Do'a yang tulus dan ikhlas bagi kesuksesan penulis.
7. Teman-teman mahasiswa-mahasiswi STIKes Perintis Prodi Diploma III Keperawatan maupun teman yang lainnya yang telah memberi masukan dan dukungan kepada penulis.

Penulis menyadari bahwa Laporan Studi Kasus ini jauh dari kesempurnaan, hal ini bukanlah suatu kesenjangan melainkan karena keterbatasan ilmu dan kemampuan penulis. Untuk itu penulis berharap tanggapan dan kritikan serta saran yang bersifat membangun dari semua pihak demi kesempurnaan Laporan Studi Kasus ini.

Akhir kata penulis mengharapkan agar Laporan Studi Kasus ini bermanfaat bagi kita semua, semoga Allah SWT memberikan rahmad dan hidayah kepada kita semua, Amin. Wassalamualaikum Warahmatullahi Wb.

Bukittinggi, Juli 2018

Penulis

DAFTAR ISI

Halaman

HALAMAN JUDUL	
HALAMAN PERSETUJUAN	
KATA PENGANTAR	i
DAFTAR ISI	iii
DAFTAR GAMBAR	iiii
BAB I PENDAHULUAN	
1.1.Latar Belakang.....	1
1.2.Tujuan	3
1.2.1.Tujuan Umum.....	3
1.2.2.Tujuan Khusus.....	3
1.3.Manfaat Penelitian.....	4
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Konsep Dasar.....	6
2.1.1 Pengertian.....	6
2.1.2 Klasifikasi.....	7
2.1.3 Anatomi dan Fisiologi.....	9
2.1.4 Etiologi dan Predisposisi.....	16
2.1.5 Manifestasi Klinis.....	16
2.1.6 Patofisiologi dan WOC.....	17
2.1.7 Pemeriksaan Penunjang.....	20
2.1.8 Penatalaksanaan.....	20
2.1.9 Komplikasi.....	22
2.2 Asuhan Keperawatan.....	23
2.2. 1 Pengkajian.....	23
2.2. 2 Kemungkinan Diagnosa yang Muncul.....	29
2.2. 3 Intervensi.....	30
2.2. 4 Implementasi.....	43

	2.2. 5 Evaluasi.....	43
BAB III	TINJAUAN KASUS	
	3.1 Pengkajian.....	44
	3.2 Diagnosa Keperawatan.....	71
	3.3 Intervensi.....	72
	3.4 Implementasi dan Evaluasi.....	77
BAB IV	PEMBAHASAN	
	4.1 Pengkajian.....	98
	4.1.1 Identitas Klien.....	98
	4.1.2 Keluhan Utama.....	98
	4.1.3 Riwayat Kesehatan Sekarang.....	99
	4.1.4 Riwayat Kesehatan Dahulu.....	99
	4.1.5 Riwayat Kesehatan Keluarga.....	99
	4.1.6 Pemeriksaan Fisik.....	100
	4.2 Diagnosa Keperawatan.....	100
	4.3 Intervensi.....	101
	4.4 Implementasi.....	102
	4.5 Evaluasi.....	105
BAB V	PENUTUP	
	5.1 Kesimpulan.....	107
	5.2 Saran.....	108
DAFTAR PUSTAKA		

DAFTAR GAMBAR

Gambar	Halaman
Gambar 1 : Hapusan sumsum tulang dengan pewarnaan giemsa perbesaran.....	7
Gambar 2 : Leukemia Mielositik Akut.....	8
Gambar 3 : Hapusan sumsum tulang dengan pewarnaan giemsa.....	8
Gambar 4 : Leukemia Mielositik Kronis (LMK).....	9

BAB I PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Leukemia merupakan kanker yang berasal dari sel-sel pembentuk darah dalam sumsum tulang. Penyakit ini dijumpai pada anak dan dewasa, yang dapat terjadi jika terdapat perubahan dalam proses pengaturan sel normal sehingga mengakibatkan proliferasi sel-sel punca hematopoietik dalam sumsum tulang. Ada 4 subtipe leukemia yang ditemukan yaitu leukemia limfositik akut, leukemia mieloid akut, leukemia limfositik kronik, dan leukemia mieloid kronik. Suatu leukemia dikatakan akut atau kronik adalah tergantung pada sebagian besar sel-sel abnormal yang dijumpai. Jika sel-sel lebih menyerupai sel punca (imatur) maka dikatakan akut, sedangkan jika sel-sel lebih menyerupai sel normal (matur) maka dikatakan kronik. Pada leukemia akut, sel-sel imatur terus memperbanyak diri dan tidak dapat menjadi matur sebagaimana mestinya. Tanpa terapi, sebagian besar pasien leukemia akut hanya hidup beberapa bulan. Berbeda halnya dengan sel-sel pada leukemia kronik, pertumbuhannya lambat dan pasien dapat hidup lebih lama sebelum timbul gejala, (Maulana Hidayatul, 2014).

LMA (*Leukemia Myeloid Acute*) adalah sejenis kanker ketika sumsum tulang belakang selaku pabrik pembuat sel darah menghasilkan sel-sel darah yang tidak normal, baik sel darah putih, sel darah merah, maupun platelet. Leukemia jenis ini dapat memburuk dengan sangat cepat jika tidak dilakukan terapi, dan dapat mematikan hanya dalam hitungan bulan. Sedangkan “myeloid” mengacu pada jenis sel yang mengalami kelainan (Pfizer, 2017). Penyebab kanker leukemia tidak diketahui, tapi dimungkinkan karena interaksi terhadap sejumlah faktor, yaitu neoplasma, infeksi, radiasi, keturunan, zat kimia, dan mutasi gen.

Klasifikasi besar dari leukemia adalah leukemia akut dan kronis. Leukemia akut, dimana terdapat lebih 50% mieloblas atau limfoblas dalam sumsum tulang pada gambaran klinis, lebih lanjutnya dibagi dalam leukemia mieloid (mieloblastik) akut (AML) dan leukemia limfoblastik akut (ALL). Leukemia kronis mencakup dua tipe utama yaitu leukemia granulositik (mieloid) kronis (CGL/CML) dan leukemia limfositik kronis (CLL). Tipe Leukemia kronis lain termasuk leukemia sel berambut, leukemia prolimfositik, dan berbagai sindroma mielodisplastik, yang sebagian dianggap sebagai bentuk leukemia kronis dan lainnya sebagai “pre-leukemia” (Hoffbrand and Petit, 1996). Leukemia limfositik disebabkan oleh produksi sel limfoid yang bersifat kanker, biasanya dimulai di nodus limfe atau jaringan limfositik lain dan menyebar ke daerah tubuh lainnya. Leukemia mielogenosa dimulai dengan produksi sel mielogenosa muda yang bersifat kanker di sumsum tulang dan kemudian menyebar ke seluruh tubuh, sehingga leukosit diproduksi di banyak organ ekstramedular, terutama di nodus limfe, limpa, dan hati (Guyton and Hall, 2007).

Menurut *World Health Organization* (2016), prevalensi angka kejadian leukemia untuk semua umur di dunia ditemukan sebanyak 3,7 per 100.000 penduduk pertahun, pada tahun berikutnya angka kejadian leukemia meningkat menjadi 4 per 100.000 penduduk per tahun. Berdasarkan jumlah kasus dan kematian pada tahun 2014 – 2016, diperkirakan pada tahun 2017 akan ada peningkatan sekitar 20.830 kasus baru leukemia di seluruh dunia.

Menurut Departemen Kesehatan Indonesia (2017), prevalensi angka kejadian leukemia di Indonesia, dari tahun ketahun mengalami peningkatan. Didapatkan pada tahun 2014, tercatat ada 144 kasus, sedangkan tahun 2015 menjadi 206 kasus baru. Jumlah tersebut merangkak naik di tahun berikutnya. Tahun 2016, angka kejadian kanker leukemia di Indonesia menjadi 252 kasus baru.

Menurut Dinas Kesehatan Provinsi Sumatra Barat (2017), prevalensi di Provinsi Sumbar didapatkan bahwa, penyakit leukemia di sepanjang tahun

2017 meningkat 70% sebelum adanya BPJS. Pada tahun-tahun sebelumnya, jumlah pasien leukemia tidak tercatat mengalami peningkatan, mungkin masalah ini diakibatkan oleh faktor ekonomi yang ada pada masyarakat karena tidak mampu membayar biaya pengobatan. Setelah keluarnya BPJS, masyarakat yang terkena leukemia banyak berdatangan ke Instansi Rumah Sakit. Pasien umumnya datang dalam stadium lanjut. Sebab penyakit leukemia sulit terdeteksi beda dengan kanker lain.

Menurut data dari Rekam Medik RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi tahun 2018, prevelensi angka kejadian leukemia 6 bulan terakhir di ruang rawat inap Ambun Suri lantai 3 didapatkan sebanyak 2 orang. Sedangkan dari 3 tahun belakangan ini, didapatkan di Rumah Sakit belum ada peningkatan kasus leukemia, jumlah pasien dari tahun ketahun yaitu terdapat sebanyak 1 sampai 2 orang saja.

Berdasarkan fenomena dan data di atas, maka penulis tertarik untuk melakukan Asuhan Keperawatan pada kasus leukemia dengan judul karya tulis ilmiah “Asuhan Keperawatan Pada Tn. A Dengan Leukemia Di Ruang Rawat Inap Ambun Suri Lantai 3 RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2018”.

1.2 Tujuan

1.2.1 Tujuan Umum

Mampu melakukan Asuhan Keperawatan pada Tn. A dengan Leukemia di ruang Rawat Inap Ambun Suri lantai 3 RSUD Achmad Mochtar Bukittinggi tahun 2018.

1.2.2 Tujuan Khusus

1. Mampu mengetahui dan memahami teori tentang Leukemia pada Tn. A di ruang rawat inap Ambun Suri lantai 3 RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi tahun 2018.

2. Mampu melakukan Pengkajian pada Tn. A dengan Leukemia di ruang Rawat Inap Ambun Suri lantai 3 RSUD Achmad Mochtar Bukittinggi tahun 2018.
3. Mampu menentukan Diagnosa yang mungkin muncul pada Tn. A dengan Leukemia di ruang Rawat Inap Ambun Suri lantai 3 RSUD Achmad Mochtar Bukittinggi tahun 2018.
4. Mampu menentukan Intervensi yang akan dilakukan dalam Asuhan Keperawatan pada Tn. A dengan Leukemia di ruang Rawat Inap Ambun Suri lantai 3 RSUD Achmad Mochtar Bukittinggi tahun 2018.
5. Mampu melakukan Implementasi pada Tn. A dengan Leukemia di ruang Rawat Inap Ambun Suri lantai 3 RSUD Achmad Mochtar Bukittinggi tahun 2018.
6. Mampu melakukan Evaluasi pada Tn. A dengan Leukemia di ruang Rawat Inap Ambun Suri lantai 3 RSUD Achmad Mochtar Bukittinggi tahun 2018.

1.3 Manfaat Penelitian

1. Bagi Mahasiswa

Untuk menambah pengetahuan dan menambah wawasan terhadap Kasus Leukimia, dan mahasiswa mampu mengaplikasikannya dalam Asuhan Keperawatan, dapat bermanfaat sebagai referensi, informasi, masukan, acuan, serta perbandingan untuk mahasiswa selanjutnya yang akan melakukan pengamatan kasus Karya Tulis Ilmiah (KTI), sehingga penelitian yang dilakukan akan lebih sempurna dari sebelumnya.

2. Bagi Institusi Pendidikan

Sebagai bahan tambahan atau amatan kasus bagi institusi untuk meningkatkan ilmu Pendidikan dalam mata kuliah Keperawatan Medikal Bedah (KMB), maupun mata kuliah lain yang bersangkutan, agar lebih komprehensif.

3. Bagi Instansi Rumah Sakit

Sebagai tambahan informasi untuk Instansi rumah sakit dalam memahami karakteristik pasien Leukimia, sehingga diharapkan tidak terjadi keterlambatan dalam diagnosis maupun penatalaksanaan asuhan keperawatan pada pasien, dan resiko kematian bisa berkurang.

BAB II

TINJAUAN TEORITIS

2.1 Konsep Dasar

2.1.1 Pengertian

Leukemia merupakan penyakit akibat terjadinya proliferasi (pertumbuhan sel imatur) sel leukosit yang abnormal dan ganas, serta sering disertai adanya leukosit dengan jumlah yang berlebihan, yang dapat menyebabkan terjadinya anemia trombositopenia (Hidayat, 2006). Leukemia merupakan penyakit akibat proliferasi (bertambah banyak atau multiplikasi) patologi dari sel pembuat darah yang bersifat sistemik dan biasanya berakhir fatal, (Nursalam, 2005). Leukemia merupakan kelompok kelainan yang ditandai dengan akumulasi leukosit ganas di sumsum tulang dan darah tepi. Sel abnormal tersebut menyebabkan gejala: (1) kegagalan sumsum tulang (mis. Anemia, neutropenia, trombositopenia); dan (2) infiltrasi terhadap organ-organ (mis. Hati, limpa, kelenjer limfe, meningen, otak, kulit atau testis), (A.V. Hoffbrand dan P.A. H. Moss, 2011).

Leukemia adalah proliferasi sel darah putih yang masih imatur dalam jaringan pembentukan darah. (Suardi, 2006). Leukemia, artinya “darah putih”, adalah proliferasi neoplastik satu sel tertentu (granulosit, monosit, limfosit, atau megakariosit). Defek diperkirakan berasal dari *stem cell* hematopoetik. (Arif Mutaqin, 2009). Leukemia adalah penyakit keganasan pada jaringan hematopoietik yang ditandai dengan penggantian elemen sumsum tulang normal oleh sel darah abnormal atau sel leukemik. Salah satu manifestasi klinis dari leukemia adalah perdarahan yang disebabkan oleh berbagai kelainan hemostasis. Kelainan hemostasis yang dapat terjadi pada leukimia berupa trombositopenia, disfungsi trombosit, koagulasi intravaskuler diseminata, defek protein koagulasi, fibrinolisis primer dan trombosis. Patogenesis dan

patofisiologis kelainan hematosi pada leukemia tersebut terjadi dengan berbagai mekanisme.

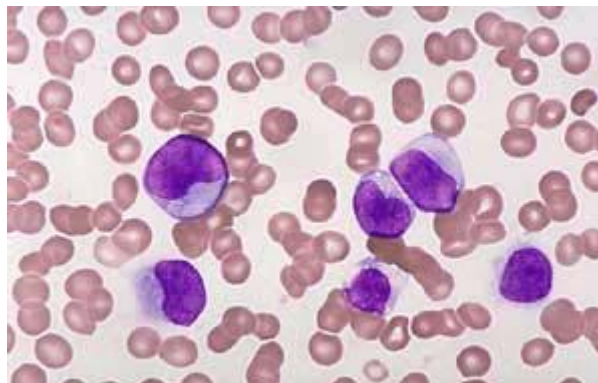
Jadi dapat kita simpulkan bahwa leukemia adalah penyakit akibat terjadinya proliferasi sel leukosit yang abnormal dan ganas serta sering disertai adanya leukosit jumlah yang berlebihan dari sel pembuat darah yang bersifat sistemik dan biasanya berakhir fatal.

2.1.2 Klasifikasi

Menurut (Price, 1999), Leukemia dibagi menjadi beberapa klasifikasi, yaitu :

1. Leukemia Mielositik Akut (LMA)

LMA disebut juga leukemia mielogenus akut atau leukemia granulositik akut (LGA) yang dikarakteristikan oleh produksi berlebihan dari mieloblast. LMA sering terjadi pada semua usia, tetapi jarang terjadi pada anak-anak. Mieloblast menginfiltrasi sumsum tulang dan ditemukan dalam darah. Hal ini dapat mengakibatkan terjadinya anemia, perdarahan, dan infeksi, tetapi jarang disertai keterlibatan organ lain, (gambar 1).

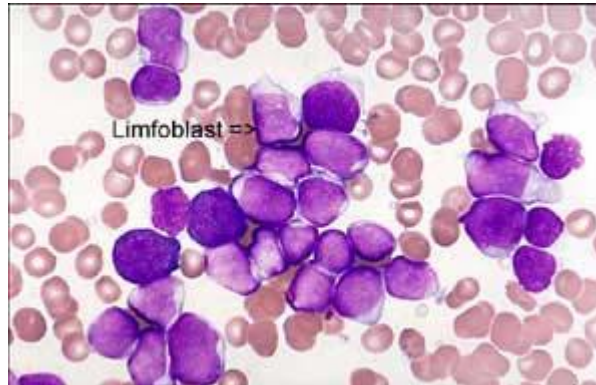


(Gambar 1, Hapusan sumsum tulang dengan pewarnaan giemsa perbesaran)

2. Leukemia Limfositik Akut (LLA)

LLA sering menyerang pada masa anak-anak dengan persentase 75% - 80%. LLA menginfiltrasi sumsum tulang oleh sel limfoblastik yang menyebabkan anemia, memar (trombositopeni), dan infeksi

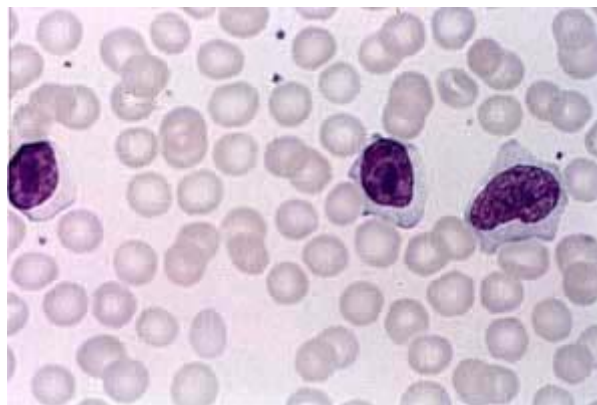
(neutropenia). Limfoblas biasanya di temukan dalam darah tepi dan selaluda di sumsum tulang, hal ini mengakibatkan terjadinya limfadenopati, splenomegali, dan hepatomegali 70% anak dengan leukemia limfatik akut ini bisa disembuhkan, (gambar 2).



(Gambar 2, Leukemia Mielositik Akut).

3. Leukemia Limfositik Kronis (LLK)

LLK terjadi pada manula dengan limfadenopati generalisata dan peningkatan jumlah leukosit disertai limfositosis, Perjalanan penyakit biasanya jinak dan indikasi pengobatan adalah hanya jika timbul gejala, (gambar 3).



(Gambar 3 LLK, Hapusan sumsum tulang dengan pewarnaan giemsa).

4. Leukemia Mielositik Kronis (LMK)

LMK sering juga disebut leukemia granulositik kronik (LGK), gambaran menonjol adalah, (gambar 4) :

- a. Adanya kromosom Philadelphia pada sel-sel darah. Ini adalah kromosom abnormal yang ditemukan pada sel-sel sumsum tulang.

- b. Krisis blast fase yang dikarakteristikan oleh poroliferasi tiba-tiba dari jumlah besar mieloblast.



(Gambar 4, LMK).

2.1.3 Anatomi dan Fisiologi

Sistem sirkulasi adalah sarana untuk menyalurkan makanan dan oksigen dari traktus digestivus dan dari paru-paru ke sel-sel tubuh. Selain itu system sirkulasi merupakan sarana untuk membuang sisa-sisa metabolisme dari sel-sel ke ginjal, paru-paru dan kulit yang merupakan tempat ekskresi sisa-sisa metabolisme.

Organ-organ system sirkulasi mencakup jantung, pembuluh darah dan darah :

a. Jantung

Adalah organ berongga, terletak di mediastinum diantara kedua paru-paru didalam rongga dada diatas diafragma. Fungsinya adalah memompa darah kaya oksigen kedalam system arteri (yang membawanya ke sel-sel) dan menampung darah dari system vena dan meneruskannya ke paru untuk reoksigenasi. Fungsi arteri, kapiler, vena, dan pembuluh limfe adalah membawa darah kedalam sel di seluruh tubuh.

b. Pembuluh Darah

1) Arteri (pembuluh nadi)

Arteri meninggalkan jantung pada vertikel kiri dan kanan.

2) Kapiler (pembuluh rambut)

Kapiler adalah pembuluh darah yang sangat kecil yang berasal dari cabang terhalus dari arteri sehingga tidak nampak, kecuali dibawah mikroskop. Kapiler membentuk anyaman diseluruh jaringan tubuh, kapiler selanjutnya bertemu satu dengan yang lain menjadi pembuluh darah yang lebih besar yang disebut vena.

3) Vena (pembuluh darah balik)

Vena membawa darah kotor kembali ke jantung.

4) Darah

Darah merupakan bentuk jaringan ikat khusus, terdiri atas elemen berbentuk yaitu sel-sel darah dan trombosit dan suatu substansi interselular cair yaitu plasma darah. Ada dua jenis utama sel-sel darah yang digambarkan menurut penampilannya dalam keadaan segar tanpa pulasan yaitu darah merah (eritrosit) dan sel darah putih (leukosit), (Leeson, 1997).

Proses pembentukan sel darah (hemopoesis) terdapat tiga tempat, yaitu :

1) Sumsum tulang yang aktif dalam proses hemopoesis adalah :

- a. Tulang vertebrae.
- b. Sternum (tulang dada).
- c. Costa (tulang iga).

2) Hepar

Merupakan kelenjer terbesar dari beberapa kelenjer pada tubuh manusia.

3) Limpa

Limpa terletak dibagian kiri atas abdomen. Limpa berbentuk setengah bulan berwarna kemerahan. Limpa adalah organ berkapsula dengan berat normal 100-150 gr. Limpa mempunyai dua fungsi yaitu sebagai organ limfoid dan memfagosit material tertentu dalam sirkulasi darah merah yang rusak.

Fungsi darah secara umum terdiri atas :

1. Sebagai alat pengangkut
Yaitu mengambil O₂ atau zat pembakaran dari paru-paru untuk diedarkan keseluruh jaringan tubuh, mengangkut CO₂ dari jaringan untuk dikeluarkan melalui paru-paru, mengambil zat-zat makanan dari usus halus untuk diedarkan dan dibagikan keseluruh jaringan tubuh atau alat tubuh, mengangkat atau mengeluarkan zat-zat yang tidak berguna bagi tubuh untuk dikeluarkan melalui kulit dan ginjal.
2. Sebagai pertahanan tubuh terhadap serangan bibit penyakit dan racun yang akan membinasakan tubuh dengan perantaraan leukosit, anti bodi, atau zat-zat anti racun.
3. Menyebarkan panas keseluruh tubuh.

Darah terdiri dari dua bagian yaitu :

1. Eritrosit
Eritrosit atau sel darah merah merupakan sel yang telah berdiferensiasi jauh dan mempunyai fungsi khusus untuk transpor oksigen. Eritrosit berbentuk seperti cakram-bikonkaf dan bila dilihat pada bidang datar bentuknya bundar. Sel-sel darah merah bersifat elastis dan mempunyai kemampuan berubah bentuk. Sel darah merah berdiameter 7,6 mikrometer dan tebalnya 1,9 mikro meter. Jumlah eritrosit pada laki-laki terdapat 5-5,5 juta per milimeter kubik, pada wanita 4,5-5 juta per millimeter kubik. Eritrosit berwarna kuning kemerah-merahan karena didalamnya mengandung suatu zat yang disebut hemoglobin. Warna ini akan bertambah merah jika didalamnya banyak mengandung O₂. fungsi dari eritrosit adalah mengikat O₂ dari paru-paru untuk diedarkan keseluruh tubuh dan mengikat CO₂ dsri jsringsn tubuh untuk dikeluarkan melalui paru-paru.

2. Trombosit (sel pembeku).

Merupakan benda-benda kecil yang bentuk dan ukurannya bermacam-macam, ada yang bulat dan ada yang lonjong. warnanya putih dengan jumlah normal 150.000 – 450.000/ mm³. Trombosit memegang peranan penting dalam pembekuan darah jika kurang dari normal. Apabila timbul luka darah tidak lekas membeku sehingga timbul perdarahan terus menerus. Proses pembekuan darah dibantu oleh suatu zat yaitu Ca²⁺ dan fibrinogen. Fibrinogen mulai bekerja apabila tubuh mendapat luka. Jika tubuh terluka darah akan keluar, trombosit pecah dan akan mengeluarkan zat yang disebut trombokinase. Trombokinase akan bertemu dengan protombin dengan bantuan Ca²⁺ akan menjadi trombin. Trombin akan bertemu dengan fibrin yang merupakan benang-benang halus, bentuk jaringan yang tidak teratur letaknya yang akan menahan sel darah, dengan demikian akan terjadi pembekuan.

3. Leukosit (sel darah putih).

Sel darah yang bentuknya dapat berubah-ubah dan dapat bergerak dengan perantara kaki palsu (pseudopodia) mempunyai macam-macam inti sel sehingga dapat dibedakan berdasarkan inti sel. Leukosit berwarna bening (tidak berwarna). Banyaknya kira-kira 4000- 11000/mm³.

Leukosit berfungsi sebagai serdadu tubuh yaitu membunuh dan memakan bibit penyakit atau bakteri yang masuk kedalam jaringan tubuh yaitu jaringan Retikulo Endotel System, fungsi yang lain yaitu sebagai pengangkut, dimana leukosit mengangkut dan membawa zat lemak dari dinding usus melalui limpa dan pembuluh darah. Ada golongan utama leukosit yaitu agranular dan granular :

a. Leukosit agranular mempunyai sitoplasma yang tampak homogen dan intinya berbentuk bulat. Ada dua jenis leukosit agranular :

1) Limfosit

Adalah leukosit mononuclear lain dalam darah yang memiliki inti bulat dan oval yang dikelilingi oleh pinggiran sitoplasma sempit berwarna biru yang mengandung sedikit granula. Bentuk kromatin inti saraf dengan jala-jala yang berhubungan didalam. Limfosit bervariasi dalam ukuran dari kecil (7-10 mikrometer) sampai besar seukuran granulosit dan tampaknya berasal dari sel induk pluripotensial didalam sumsum tulang dan bermigrasi ke jaringan limfoid lain termasuk kelenjar getah bening, lien, timus dan permukaan mukosa traktus gastrointestinal dan traktus respiratorius.

Terdapat 2 jenis limfosit yaitu limfosit T bergantung pada timus, berumur panjang, dibentuk dalam timus, limfosit T bermigrasi dari kelenjar timus ke jaringan limfoid lain. Sel ini secara khas ditemukan pada parakorteks kelenjar getah bening dan lembaran limfoid periarteriola dari pulpa putih lien. Limfosit T bertanggung jawab atas respon kekebalan selular melalui pembentukan sel yang reaktif antigen. Sedangkan limfosit B tidak bergantung pada timus, limfosit B tersebar dengan folikel-folikel kelenjar getah bening, lien, dan pita-pita medulla kelenjar getah bening. Limfosit B jika dirangsang dengan semestinya akan berdiferensiasi menjadi sel-sel plasma yang menghasilkan

immunoglobulin, sel ini bertanggung jawab atas respons kekebalan humoral.

2) Monosit

Monosit lebih besar dari pada neutrofil dan memiliki inti monomorfik yang relative sederhana. Intinya terlipat atau berlekuk dan kelihatan berlobus dengan lipatan seperti otak. Sitoplasma kelihatan lebih banyak di bandingkan dengan intinya dan menyerap warna biru keuan yang tidak terlalu nyata, granulanya tersebar merata. Diferensiasi pematangan dan pelepasan monosit terjadi lebih dari 24 hari, suatu periode yang lebih lama dari granulosid.

Monosit meninggalkan sirkulasi dan menjadi makrofag jaringan serta merupakan bagian dari system monosit-makrofag. Monosit mempunyai fungsi fagosit, membuang sel-sel cedera dan mati, fragmen-fragmen sel dan mikroorganisme.

b. Leukosit granular : leukosit ini mengandung granula spesifik (dalam keadaan hidup berupa tetesan setengah cair) dalam sitoplasmanya dan mempunyai inti yang memperlihatkan banyak variasi dalam bentuknya. Ada 3 jenis leukosit granular :

1. Neutrofil

Neutrofil merupakan system pertahanan tubuh primer melawan infeksi bakteri, metode pertahanannya adalah proses fagositosis.

2. Eosinofil

Eosinofil mempunyai fungsi fagosit lemah yang tidak dipahami secara jelas. Eosinofil kelihatannya

berfungsi pada reaksi antigen, antibody dan meningkat pada serangan asma, reaksi obat-obatan, dan infestasi parasit tertentu.

3. Basofil

Basofil membawa heparin, faktor-faktor pengaktifan histamine dan trombosit dalam granula-granulanya untuk menimbulkan peradangan pada jaringan. Fungsi yang sebenarnya tidak diketahui dengan pasti. Kadar basofil yang meningkat (basofilia) ditemukan pada gangguan proliferasi dari sel-sel pembentuk darah.

4. Plasma Darah

Bagian darah yang encer tanpa sel-sel darah warna bening kekuningan hampir 90% plasma darah terdiri dari :

- a. Fibrinogen yang berguna dalam proses pembekuan darah.
- b. Garam-garam mineral (garam kalsium, kalium, natrium, dan lain-lain yang berguna dalam metabolisme dan juga mengadakan osmotik).
- c. Protein darah (albumin dan globulin) meningkatkan viskositas darah dan juga menimbulkan tekanan osmotick untuk memelihara keseimbangan cairan dalam tubuh.
- d. Zat makanan (zat amino, glukosa lemak, mineral, dan vitamin).
- e. Hormon yaitu suatu zat yang dihasilkan dari kelenjar tubuh.
- f. Antibody atau anti toksin.

2.1.4 Etiologi dan Predisposisi

Terjadinya leukemia banyak hal yang mempengaruhi diantaranya :

1. Faktor Eksogen
 - a. Radiasi, khususnya yang mengenai sumsum tulang, kemungkinan leukemia meningkat pada penderita yang diobati dengan radiasi atau kemoterapi.
 - b. Zat kimia, seperti benzene, arsen, kloramfenikol, fenilbutazone, dan agen anti neoplastik. Terpapar zat kimia dapat menyebabkan displasia sumsum tulang belakang, anemia aplastik dan perubahan kromosom yang akhirnya dapat menyebabkan leukemia.
 - c. Infeksi virus, pada awal tahun 1980 diisolasi virus HTLV-1 (Human T Leukemia Virus)dari leukemia sel T manusia pada limfosit seorang penderita limfoma kulit dan sejak itu diisolasi dari sample serum penderita leukemia sel T.
2. Faktor Endogen
 - a. Bersifat herediter, insiden meningkat pada beberapa penyakit herediter seperti sindrom down mempunyai insiden leukemia akut 20x lipat dan riwayat leukemia dalam keluarga. insiden leukemia lebih tinggi dari saudara kandung anak-anak yang terserang, dengan insiden yang meningkat sampai 20% pada kembar monozigot.
 - b. Kelainan genetic, mutasi genetic dari gen yang mengatur sel darah yang tidak diturunkan.

2.1.5 Manifestasi Klinis

Tanda dan gejala awal leukemia dapat termasuk demam, anemia, perdarahan, kelemahan, nyeri tulang atau sendi dengan atau tanpa pembengkakan. Purpura merupakan hal yang umum serta hepar dan lien membesar. Jika terdapat infiltrasi kedalam susunan saraf pusat dapat

ditemukan tanda meningitis. Cairan serebro spinal mengandung protein yang meningkatkan dan glukosa yang menurun. Tampaknya juga terdapat beberapa hubungan antara leukemia dan sindrom down (mongolisme) :

- 1) Pucat.
- 2) Malaise.
- 3) Keletihan (letargi).
- 4) Perdarahan gusi.
- 5) Mudah memar.
- 6) Petekia dan ekimosis.
- 7) Nyeri abdomen yang tidak jelas.
- 8) Berat badan turun.
- 9) Iritabilitas.
- 10) Muntah.
- 11) Sakit kepala (pusing).

2.1.6 Patofisiologi dan Web Of Caution (WOC)

Leukemia adalah jenis gangguan pada system hemapoetik yang fatal dan terkait dengan sumsum tulang dan pembuluh limfe ditandai dengan tidak terkendalinya proliferasi dari leukosit. Jumlah besar dari sel pertamanya menggumpal pada tempat asalnya (granulosit dalam sumsum tulang, limfosit di dalam limfe node) dan menyebar ke organ hematopoetik dan berlanjut ke organ yang lebih besar sehingga mengakibatkan hematomegali dan splenomegali.

Limfosit imatur berproliferasi dalam sumsum tulang dan jaringan perifer serta mengganggu perkembangan sel normal. Akibatnya, hematopoesis normal terhambat, mengakibatkan penurunan jumlah leukosit, eritrosit, dan trombosit. Eritrosit dan trombosit jumlahnya dapat rendah atau tinggi tetapi selalu terdapat sel imatur.

Proliferasi dari satu jenis sel sering mengganggu produksi normal sel hematopoetik lainnya dan mengarah kepembelahan sel yang cepat dan

sitopenia atau penurunan jumlah. Pembelahan dari sel darah putih meningkatkan kemungkinan terjadinya infeksi karena penurunan imun. Trombositopeni mengakibatkan perdarahan yang dinyatakan oleh petekie dan ekimosis atau perdarahan dalam kulit, epistaksis atau perdarahan hidung, hematoma dalam membrane mukosa, serta perdarahan saluran cerna dan saluran kemih. Tulang mungkin sakit dan lunak yang disebabkan oleh infark tulang, (Long, 1996).

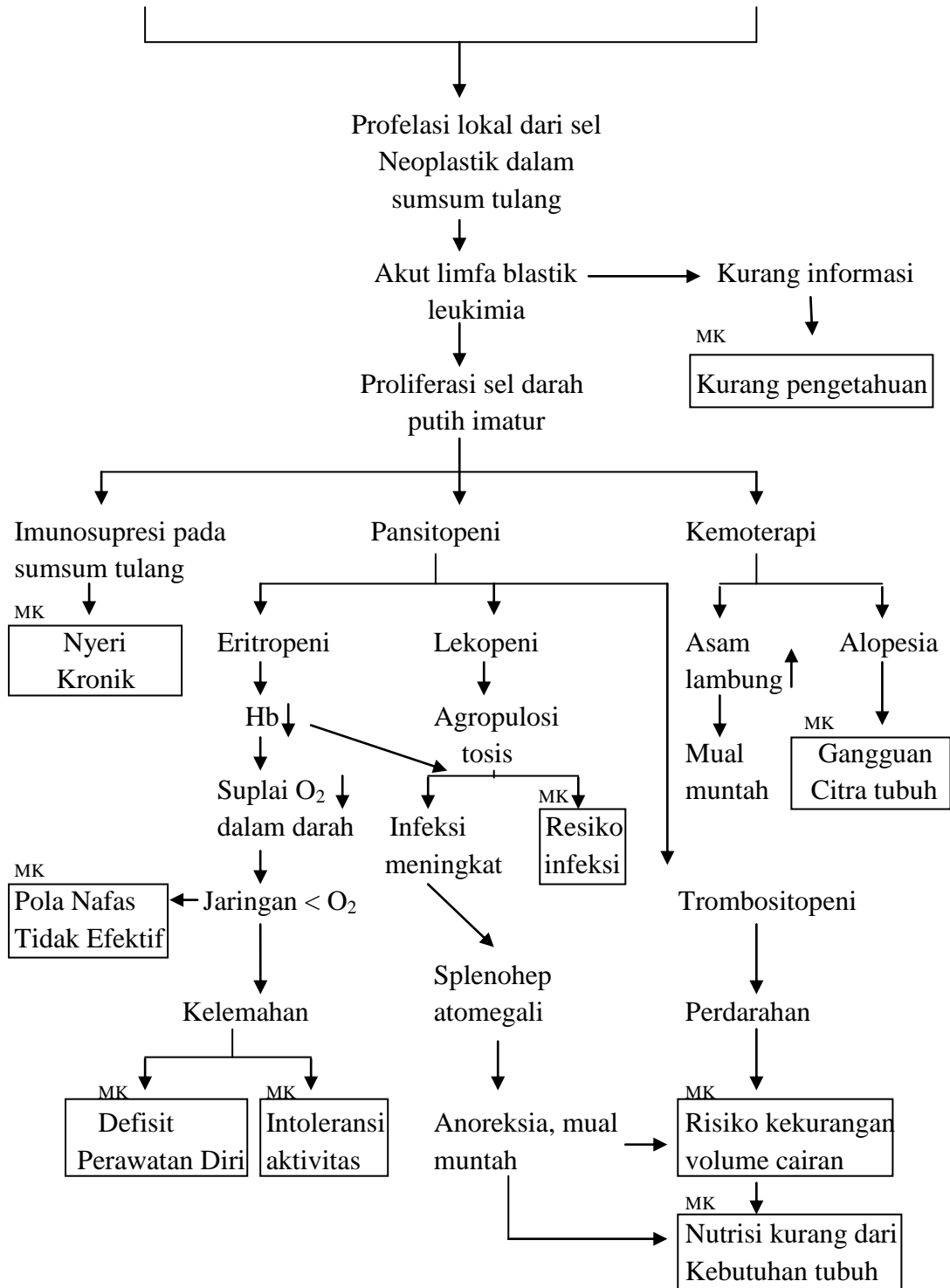
WOC

Faktor Endogen :

- Ras
- Kelainan kromosom
- Herediter

Faktor Eksogen :

- Sinar X, Radioaktif
- Bahan kimia, hormon
- Ifeksi



Sumber : (Nanda, 2015, SDKI, 2016 & 2017)

2.1.7 Pemeriksaan Penunjang

- a. Hitung darah lengkap :
 - 1) Hemoglobin : dapat kurang dari 10 g/ 100 ml.
 - 2) Jumlah trombosit : mungkin sangat rendah (kurang dari 50.000/mm).
 - 3) Sel Darah Putih : mungkin lebih dari 50.000 /cm dengan peningkatan sel darah putih imatur (mungkin menyimpang ke kiri). Mungkin ada sel blast leukemia.

- b. Pemeriksaan sel darah tepi :

Biasanya menunjukkan anemia dan trombositopenia, tetapi juga dapat menunjukkan leucopenia, leukositosis tergantung pada jumlah sel yang beredar.

- c. Asam urat serum/ urine : mungkin meningkat.

- d. Biopsi sumsum tulang :

Sel darah merah abnormal biasanya lebih dari 50% atau lebih dari sel darah putih pada sumsum tulang. Sering 60% - 90% dari sel blast, dengan prekursor eritrosit, sel matur, dan megakariosit menurun.

- e. Biopsi nodus limfa :

Pemeriksaan ini akan memperlihatkan proliferasi sel leukemia dan sel yang berasal dari jaringan limfa akan terdesak seperti limfosit normal dan granulosit. (Doengoes, 2000)

2.1.8 Penatalaksanaan

a. Keperawatan

1. Mendemonstrasikan batuk efektif dan suara nafas yang bersih, tidak ada sianosis dan dyspneu (mampu mengeluarkan sputum, mampu bernapas dengan mudah, tidak ada pursed lips).

2. Memberikan O₂ kepada pasien agar pasien menunjukkan jalan nafas yang paten (klien tidak merasa tercekik, irama nafas, frekuensi pernapasan dalam rentang normal, tidak ada suara nafas abnormal).
3. Selalu memonitor tanda-tanda vital tetap dalam rentang normal (tekanan darah, nadi, pernafasan).
4. Mencukupi pemenuhan nutrisi Klien agar terpenuhi, berkolaborasi dengan ahli gizi dalam pemberian diet pasien.
5. Meningkatkan BB Klien agar kembali ke BB sewaktu sehat.
6. Usahakan tidak terjadi mual dan muntah pada pasien.
7. Membuat nafsu makan klien kembali meningkat.
8. Pantau selalu intake dan out put pasien.
9. Melakukan tindakan Defisit Perawatan Diri kepada pasien, agar pasien merasa nyaman.

b. Medis

1. Transfusi darah
Diberikan jika kadar Hb kurang dari 6 gr%. Pada trombositopenia yang berat dan perdarahan yang massif dapat diberikan transfuse trombosit.
2. Kortikostteroid seperti prednisone, kortison, deksametason dan sebagainya. Setelah dicapai remisi (sel kanker sudah tidak ada lagi dalam tubuh dan gejala klinik membaik), dosis dikurangi sedikit demi sedikit dan akhirnya dihentikan.
3. Sitostatika bentuk terapi utama adalah kemoterapi dengan kombinasi vinkristine, asparaginase, prednisone untuk terapi awal dan dilanjutkan dengan kombinasi mercaptopurine, metotrexate, vincristine, dan prednisone untuk pemeliharaan. Radiasi untuk daerah kraniospinal dan injeksi intratekal obat kemoterapi dapat membantu mencegah kekambuhan pada system saraf pusat.
Infeksi sekunder dihindarkan (bila mungkin penderita diisolasi dalam kamar yang bebas hama).

4. Imunoterapi merupakan cara pengobatan yang baru. Setelah tercapai remisi dan jumlah sel leukemia yang cukup rendah (105-106), imuno terapi diberikan. Pengobatan yang spesifik dilakukan dengan pemberian imunisasi BCG atau dengan Crynae bacterium dan dimaksudkan agar terbentuk antibody yang dapat memperkuat daya tahan tubuh. Pengobatan spesifik dikerjakan dengan penyuntikan sel leukemia yang telah diradiasi.
5. Transplantasi sumsum tulang.

2.1.9 Komplikasi

Leukemia dapat menyebabkan berbagai komplikasi, diantaranya yaitu :

- a. Gagal sumsum tulang (Bone marrow failure).

Sumsum tulang gagal memproduksi sel darah merah dalam jumlah yang memadai, yaitu berupa :

- Lemah dan sesak nafas, karena anemia (sel darah merah terlalu sedikit).
- Infeksi dan demam, karena berkurangnya jumlah sel darah putih.
- Perdarahan, karena jumlah trombosit yang terlalu sedikit.

- b. Infeksi.

Leukosit yang diproduksi saat keadaan LGK adalah abnormal, tidak menjalankan fungsi imun yang sebenarnya. Hal ini menyebabkan pasien menjadi lebih rentan terhadap infeksi. Selain itu pengobatan LGK juga dapat menurunkan kadar leukosit hingga terlalu rendah, sehingga sistem imun tidak efektif.

- c. Hepatomegali (Pembesaran Hati).

Membesarnya hati melebihi ukurannya yang normal.

- d. Splenomegali (Pembesaran Limpa).

Kelebihan sel-sel darah yang diproduksi saat keadaan LGK sebagian berakumulasi di limpa. Hal ini menyebabkan limpa bertambah besar bahkan beresiko untuk pecah.

e. Limfadenopati.

Limfadenopati merujuk kepada ketidaknormalan kelenjer getah bening dalam ukuran, konsistensi, ataupun jumlahnya.

f. Kematian.

2.2 Asuhan Keperawatan

Keperawatan adalah suatu bentuk pelayanan profesional yang merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan didasarkan pada ilmu dan kiat keperawatan yang berbentuk pelayanan bio-psiko-sosial, spiritual yang komprehensif, ditujukan pada individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat baik yang sehat maupun yang sakit dan mencakup seluruh proses kehidupan manusia. Pelayanan keperawatan merupakan bantuan yang diberikan karena adanya kelemahan fisik dan mental, keterbatasan pengetahuan, serta kurangnya kemajuan menuju kepada kemampuan melaksanakan kegiatan dalam kehidupan sehari-hari secara mandiri, (UNIMUS, Nurilawati, 2016).

Di dalam memberikan asuhan keperawatan menurut (UNIMUS, Nurilawati, 2016) terdiri dari beberapa tahap atau langkah-langkah proses keperawatan yaitu :

2.2.1 Pengkajian

Riwayat penyakit dan pemeriksaan fisik sering kali memberi tanda pertama yang menunjukkan adanya penyakit neoplastik. Keluhan yang samar seperti perasaan letih, nyeri pada ekstermitas, berkeringat di malam hari, penurunan selera makan, sakit kepala, dan perasaan tidak enak badan dapat menjadi petunjuk pertama leukimia, (Wong's pediatric nursing 2009).

Adapun pengkajian yang sistematis pada sistem hematologi (leukemia) meliputi :

1. Biodata

a) Identitas klien : nama, umur, jenis kelamin, agama, alamat, dan pendidikan.

- b) Identitas penanggung : nama, umur, jenis kelamin, agama, tingkat pendidikan, pekerjaan, pendapatan, dan alamat.
2. Riwayat kesehatan sekarang
- a) Adanya kerusakan pada organ sel darah/sum-sum tulang.
 - b) Gejala awal biasanya terjadi secara mendadak panas dan perdarahan.
3. Riwayat kesehatan sebelumnya
- a) Riwayat kehamilan/persalinan.
 - b) Riwayat pertumbuhan dan perkembangan.
 - c) Riwayat pemberian imunisasi.
 - d) Riwayat nutrisi, pemberian makanan yang adekuat.
 - e) Infeksi-infeksi sebelumnya dan pengobatan yang pernah dialami.

Pemeriksaan Fisik

- a) Keadaan Umum
Meliputi : Baik, jelek, sedang.

- b) Tanda-tanda vital
 - TD : Tekanan Darah
 - N : Nadi
 - P : Pernapasan
 - S : Suhu

- c) Antropometri
 - TB : Tinggi Badan
 - BB : Berat Badan

- d) Sistem pernafasan
Frekuensi pernafasan, bersihan jalan napas, gangguan pola napas, bunyi tambahan ronchi dan wheezing.

e) Sistem kardiovaskular

Anemis atau tidak, bibir pucat atau tidak, denyut nadi, bunyi jantung, tekanan darah dan capylary reffiling time.

f) Sitem Pencernaan

Mukosa bibir dan mulut kering atau tidak, anoreksia atau tidak, palpasi abdomen apakah mengalami distensi dan auskultasi peristaltik usus adakah meningkat atau tidak.

g) Sistem Muskuloskeletal

Bentuk kepala, extremitas atas dan ekstermitas bawah.

h) Sistem Integumen

Rambut : Warna rambut, kebersihan, mudah tercabut atau tidak.

Kulit : Warna, temperatur, turgor dan kelembaban.

Kuku : Warna, permukaan kuku, dan kebersihannya.

i) Sistem endokrin

Keadaan kelenjar tiroid, suhu tubuh dan ekskresi urine.

j) Sitem Pengindraan

Mata : Lapang pandang dan visus.

Hidung : Kemampuan penciuman.

Telinga : Keadaan telinga dan kemampuan pendengaran.

k) Sistem reproduksi

Observasi keadaan genetalia, dan perubahan fisik sistem reproduksi.

l) Sistem Neurologis

1) Fungsi cerebral

2) Status mental : orientasi, daya ingat dan bahasa.

3) Tingkat kesadaran (eye, motorik, verbal) : dengan menggunakan Gaslow Coma Scale (GCS).

4) Kemampuan berbicara.

5) Fungsi Karnial :

- Nervus I (Olfaktorius) :

Suruh Klien menutup mata dan menutup salah satu lubang hidung, mengidentifikasi dengan benar bau yang berbeda (misalnya jeruk dan kapas alkohol).

- Nervus II (Optikus) :

Persepsi terhadap cahaya dan warna, periksa diskus optikus, penglihatan perifer.

- Nervus III (Okulomotorius) :

Kelopak mata terhadap posisi jika terbuka, suruh anak mengikuti cahaya.

- Nervus IV (Troklearis) :

Suruh Klien menggerakkan mata kearah bawah dan kearah dalam.

- Nervus V (trigemenus) :

Lakukan palpasi pada pelipis dan rahang ketika Klien merapatkan giginya dengan kuat, kaji terhadap kesimetrisan dan kekuatan, tentukan apakah anak dapat merasakan sentuhan diatas pipi (bayi muda menoleh bila area dekat pipi disentuh), dekati dari samping, sentuh bagian mata yang berwarna dengan lembut dengan sepotong kapas untuk menguji refleks berkedip dan refleks kornea.

- Nervus VI (Abdusen) :

Kaji kemampuan Klien untuk menggerakkan mata secara lateral.

- Nervus VIII (Fasialis) :
Uji kemampuan Klien untuk mengidentifikasi Larutan manis (gula), Asam (jus lemon), atau hambar (kuinin) pada lidah anterior. Kaji fungsi motorik dengan meminta anak yang lebih besar untuk tersenyum, mengembungkan pipi, atau memperlihatkan gigi, (amati bayi ketika senyum dan menangis).
- Nervus VIII (akustikus) :
Uji pendengaran Klien.
- Nervus IX (glosopharingeus) :
Uji kemampuan Klien untuk mengidentifikasi rasa larutan pada lidah posterior.
- Nervus X (vagus) :
Kaji Klien terhadap suara parau dan kemampuan menelan, sentuhkan spatel lidah ke posterior faring untuk menentukan apakah refleks muntah ada (saraf cranial IX dan X mempengaruhi respon ini), jangan menstimulasi refleks muntah jika terdapat kecurigaan epiglottitis, periksa apakah uvula pada posisi tengah.
- Nervus XI (aksesorius) :
Suruh Klien memutar kepala kesamping dengan melawan tahanan, minta anak untuk mengangkat bahu ketika bahunya ditekan kebawah.
- Nervus XII (hipoglosus) :
Minta Klien untuk mengeluarkan lidahnya. periksa lidah terhadap deviasi garis tengah, (amati lidah bayi terhadap deviasi lateral ketika anak menangis dan tertawa).dengarkan kemampuan anak untuk mengucapkan “r”. letakkan spatel lidah di sisi lidah

anak dan minta anak untuk menjauhkannya, kaji kekuatannya.

6) Fungsi motorik :

Massa otot, tonus otot, dan kekuatan otot.

7) Fungsi sensorik :

Respon terhadap suhu, nyeri, dan getaran.

8) Fungsi cerebrum :

Kemampuan koordinasi dan keseimbangan.

Pemeriksaan Diagnostik

a) Hitung darah lengkap :

Menunjukkan normostik, anemia normostik.

Hemoglobin : Dapat kurang dari 10 g/ 100 ml.

Retikulosit : Jumlah biasanya rendah.

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

SDP :

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

b) PT/ PTT : Memanjang.

c) LDH : Mungkin meningkat.

d) Asam urat serum/ urine : Mungkin meningkat.

e) Muramidase serum (lisozim) :

Peningkatan pada leukemia monositik Akut dan mielomositik.

f) Copper serum : Meningkat.

g) Zink serum : Menurun.

h) Biopsi sumsum tulang :

SDM abnormal biasanya lebih dari 50% atau lebih dari sel blast, dengan prekursor eritroid, sel imatur, dan megakariosit menurun.

- i) Foto dada dan biospy nodus limfe :
Dapat mengidentifikasi derajat keterlibatan.

2.2. 2 Kemungkinan diagnosa keperawatan yang muncul

Menurut buku NANDA (2015) dan buku Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia atau SDKI (2016 & 2017), diagnosa keperawatan yang akan muncul adalah :

1. Nyeri Kronik berhubungan dengan Agen Injury Biologi.
2. Pola Nafas Tidak Efektif berhubungan dengan Kurangnya Suplai O₂ Ke Jaringan Otak.
3. Intolenransi Aktivitas berhubungan dengan Kelemahan.
4. Defisit Perawatan Diri berhubungan dengan Kelemahan.
5. Resiko Infeksi berhubungan dengan Pertahanan Sekunder Inadekuat (penurunan Hb).
6. Resiko Kurang Volume Cairan berhubungan dengan Kehilangan Berlebihan (muntah, perdarahan, diare), penurunan pemasukan cairan (mual, anoreksia).
7. Nutrisi Kurang Dari Kebutuhan Tubuh berhubungan dengan Anoreksia.
8. Gangguan Citra Tubuh berhubungan dengan Alopesia.
9. Kurang Pengetahuan berhubungan dengan Kurang Informasi.

2.2.3 Intervensi

No	Diagnosa Keperawatan	NOC	NIC
1	<p>Diagnosa : Nyeri Kronik berhubungan dengan Agen Injury Biologi.</p> <p>DS : 1. Laporan secara verbal</p> <p>DO : 1. Posisi untuk menahan nyeri. 2. Tingkah laku berhati-hati. 3. Gangguan tidur (mata sayu, tampak capek, sulit atau gerakan kacau, menyeringai. 4. Terfokus pada diri sendiri. 5. Fokus menyempit (penurunan persepsi waktu, kerusakan proses berpikir, penurunan interaksi dengan orang dan lingkungan).</p>	<p>Tujuan : Setelah dilakukan intervensi 3x 24 jam, diharapkan Nyeri Kronik berkurang dan teratasi.</p> <p>Kriteria Hasil : 1. Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan tehnik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan). 2. Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri. 3. Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi dan tanda nyeri). 4. Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang. 5. Tanda vital dalam rentang normal. 6. Tidak mengalami gangguan tidur.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi. 2. Observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan. 3. Bantu pasien dan keluarga untuk mencari dan menemukan dukungan. 4. Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan. 5. Kurangi faktor presipitasi nyeri. 6. Kaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi. 7. Ajarkan tentang tehnik non farmakologi: napas dala, relaksasi, distraksi, kompres hangat/dingin. 8. Berikan analgetik untuk mengurangi nyeri: 9. Tingkatkan istirahat. 10. Berikan informasi tentang nyeri seperti penyebab nyeri, berapa lama nyeri akan berkurang dan antisipasi ketidaknyamanan dari

<p>6. Tingkah laku distraksi, contoh : jalan-jalan, menemui orang lain dan/atau aktivitas, aktivitas berulang-ulang).</p> <p>7. Respon autonom (seperti diaphoresis, perubahan tekanan darah, perubahan nafas, nadi dan dilatasi pupil).</p> <p>8. Perubahan autonomic dalam tonus otot (mungkin dalam rentang dari lemah ke kaku).</p> <p>9. Tingkah laku ekspresif (contoh : gelisah, merintih, menangis, waspada, iritabel, nafas panjang/berkeluh kesah).</p> <p>10. Perubahan dalam nafsu makan dan minum.</p>		<p>prosedur.</p> <p>11. Monitor vital sign sebelum dan sesudah pemberian analgesik pertama kali.</p>
---	--	--

No	Diagnosa Keperawatan	NOC	NIC
2	<p>Diagnosa : Pola Nafas Tidak Efektif berhubungan dengan Kurangnya Suplai O₂ Ke Jaringan Otak.</p> <p>DS : 1. Dypnea. 2. Nafas Pendek.</p> <p>DO : 1. Penurunan tekanan inspirasi/ ekspirasi. 2. Penurunan pertukaran udara per menit. 3. Menggunakan otot pernafasan tambahan. 4. Orthopnea. 5. Pernafasan pursed-lip. 6. Tahap ekspirasi berlangsung sangat lama. 7. Penurunan kapasitas vital. 8. Respirasi < 11-24x/menit.</p>	<p>Tujuan : Setelah dilakukan intervensi 3x 24 jam, diharapkan Pola Nafas Kembali Efektif.</p> <p>Kriteria Hasil : 1. Mendemonstrasikan batuk efektif dan suara nafas yang bersih, tidak ada sianosis dan dyspneu (mampu mengeluarkan sputum, mampu bernapas dengan mudah, tidak ada pursed lips). 2. Menunjukkan jalan nafas yang paten (klien tidak merasa tercekik, irama nafas, frekuensi pernapasan dalam rentang normal, tidak ada suara nafas abnormal). 3. Tanda-tanda vital dalam rentang normal (tekanan darah, nadi, pernafasan).</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi. 2. Auskultasi suara nafas, catat adanya suara tambahan. 3. Monitor respirasi dan status O₂. 4. Pertahankan jalan nafas yang paten. 5. Atur peralatan oksigenasi. 6. Monitor adanya kecemasan pasien terhadap oksigenasi. 7. Monitor TD, nadi, suhu, dan RR sesudah dan sebelum, selama, dan setelah aktivitas. 8. Monitor pola pernapasan abnormal. 9. Monitor suhu, warna, dan kelembapan kulit. 10. Monitor sianosis perifer.

No	Diagnosa Keperawatan	NOC	NIC
3	<p>Diagnosa : Intolenransi Aktivitas berhubungan dengan Kelemahan.</p> <p>DS : 1. Melaporkan secara verbal adanya kelelahan atau kelemahan. 2. Adanya Dyspnue atau ketidaknyamanan saat beraktivitas.</p> <p>DO : 1. Respon abnormal dari tekanan darah atau nadi terhadap aktifitas. 2. Perubahan ECG : aritmia, iskemia.</p>	<p>Tujuan : Setelah dilakukan intervensi 3x 24 jam, diharapkan pasien mampu beraktivitas dengan normal.</p> <p>Kriteria Hasil : 1. Berpartisipasi dalam aktivitas fisik tanpa disertai peningkatan tekanan darah, nadi, dan RR. 2. Mampu melakukan aktivitas sehari-hari (ADLS) secara mandiri. 3. Keseimbangan aktivitas dan istirahat.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Observasi adanya pembatasan klien dalam melakukan aktivitas. 2. Kaji adanya faktor yang menyebabkan kelelahan. 3. Monitor nutrisi dan sumber energi yang adekuat. 4. Monitor pasien akan adanya kelelahan fisik dan emosi secara berlebihan. 5. Monitor respon kardiovaskuler terhadap aktivitas (tacikardi, disritmia, sesak nafas, diaporesis, pucat, perubahan hemodinamik). 6. Monitor pola tidur dan lamanya tidur/ istirahat pasien. 7. Kolaborasikan dengan tenaga rehabilitasi medik dalam merencanakan program terapi yang tepat. 8. Bantu klien untuk mengidentifikasi aktivitas yang mampu dilakukan. 9. Bantu untuk memilih aktivitas konsisten yang sesuai dengan kemampuan fisik, psikologi dan sosial. 10. Bantu untuk mengidentifikasi dan mendapatkan sumber yang diperlukan untuk aktivitas yang diinginkan. 11. Bantu untuk mendapatkan alat bantuan aktivitas

			<p>seperti kursi roda krek.</p> <ol style="list-style-type: none">12. Bantu untuk mengidentifikasi aktivitas yang disukai.13. Bantu klien untuk membuat jadwal latihan diwaktu luang.14. Bantu pasien/ keluarga untuk mengidentifikasi kekurangan dalam beraktivitas.15. Sediakan penguatan positif bagi yang aktif beraktivitas.16. Bantu pasien untuk mengembangkan motivasi diri dan penguatan.17. Monitor respon fisik, emosi, sosial, dan spiritual.
--	--	--	--

No	Diagnosa Keperawatan	NOC	NIC
4	<p>Diagnosa : Defisit Perawatan Diri berhubungan dengan Kelemahan.</p> <p>DS : 1. Laporan secara verbal.</p> <p>DO : 1. Perhatikan Hign pasien.</p>	<p>Tujuan : Setelah dilakukan intervensi 3x 24 jam, diharapkan Defisit Perawatan Diri pasien teratasi.</p> <p>Kriteria Hasil : 1. Klien terbebas dari baun badan. 2. Menyatakan kenyamanan. 3. Dapat melakukan ADLS dengan bantuan.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor kebutuhan Klien untuk alat-alat bantu untuk kebersihan diri, berpakaian, berhias, yoileting, dan makan. 2. Sediakan bantuan sampai Klien mampu secara utuh untuk melakukan self-care. 3. Ajarkan Klien/ Keluarga untuk mendorong kemandirian, untuk memberikan bantuan hanya jika pasien tidak mampu untuk melakukannya. 4. Berikan aktivitas rutin sehari-hari sesuai kemampuan. 5. Dorong Klien untuk melakukan aktivitas sehari-hari yang normal sesuai kemampuan yang dimiliki. 6. Pertimbangkan usia klien jika mendorong pelaksanaan aktivitas sehari-hari.

No	Diagnosa Keperawatan	NOC	NIC
5	<p>Diagnosa : Resiko Infeksi berhubungan dengan Pertahanan Sekunder Inadekuat (penurunan Hb).</p> <p>Faktor-faktor resiko :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Prosedur Infasif. 2. Kerusakan jaringan dan peningkatan paparan lingkungan. 3. Malnutrisi. 4. Peningkatan paparan lingkungan patogen. 5. Imonusupresi. 6. Tidak adekuat pertahankan sekunder (penurunan Hb, Leukopenia, penekanan respon inflamasi). 7. Penyakit kronik. 8. Imunosupresi. 9. Malnutrisi. 	<p>Tujuan : Setelah dilakukan intervensi 3x 24 jam, diharapkan Defisit Perawatn Diri pasien teratasi.</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien bebas dari tanda dan gejala infeksi. 2. Menunjukkan kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi. 3. Jumlah leukosit dalam batas normal. 4. Menunjukkan perilaku hidup sehat. 5. Status imun, gastrointestinal, genitouria dalam batas normal. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pertahankan teknik aseptif. 2. Batasi pengunjung bila perlu. 3. Cuci tangan setiap sebelum dan sesudah tindakan keperawatan. 4. Gunakan baju, sarung tangan sebagai alat pelindung. 5. Ganti letak IV perifer dan diressing sesuai dengan petunjuk umum. 6. Gunakan kateter intermiten untuk menurunkan infeksi kandung kencing. 7. Tingkatkan intake nutrisi. 8. Berikan terapi antibiotik. 9. Monitor tanda dan gejala infeksi sistemik dan lokal. 10. Pertahankan teknik isolasi k/p. 11. Inspeksi kulit dan membran mukosa terhadap kemerahan, panas, drainase. 12. Monitor adanya luka. 13. Dorong masukan cairan. 14. Dorong istirahat. 15. Ajarkan pasien dan keluarga tanda dan gejala infeksi. 16. Kaji suhu badan pada pasien neutropenia setiap

	10. Pertahanan primer tidak adekuat (kerusakan kulit, trauma jaringan, gangguan peristaltik).		4 jam.
--	---	--	--------

No	Diagnosa Keperawatan	NOC	NIC
6	<p>Diagnosa : Resiko Kurang Volume Cairan berhubungan dengan Kehilangan Berlebihan (muntah, perdarahan, diare), penurunan pemasukan cairan (mual, anoreksia).</p> <p>Faktor Risiko :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kehilangan volume cairan aktif. 2. Kurang pengetahuan. 3. Penyimpangan yang mempengaruhi absorbs cairan. 4. Penyimpangan yang mempengaruhi akses cairan. 5. Penyimpangan yang mempengaruhi asupan cairan. 6. Kehilangan bertebihan melalui rute normal (mis, diare). 7. Usia lanjut. 8. Berat badan ekstrem. 	<p>Tujuan : Setelah dilakukan intervensi 3x 24 jam, diharapkan Volume cairan terpenuhi.</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mempertahankan urine output sesuai dengan usia dan BB, BJ urine normal, HT normal. 2. Tekanan darah, nadi, suhu tubuh dalam batas normal. 3. Tidak ada tanda-tanda dehidrasi, Elastisitas turgor kulit baik, membran mukosa lembab, tidak ada rasa haus yang berlebihan. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Timbang popok/pembalut jika diperlukan. 2. Pertahankan catatan intake dan output yang akurat. 3. Monitor status hidrasi (kelembaban membran mukosa, nadi adekuat, tekanan darah ortostatik), jika diperlukan. 4. Monitor vital sign. 5. Monitor masukan makanan / cairan dan hitung intake kalori harian. 6. Kolaborasi pemberian cairan IV. 7. Monitor status nutrisi. 8. Berikan cairan IV pada suhu ruangan. 9. Dorong masukan oral. 10. Berikan penggantian nesogatrik sesuai output. 11. Dorong keluarga untuk membantu pasien makan. 12. Tawarkan snack (jus buah, buah segar). 13. Kolaborasi dengan dokter. 14. Atur kemungkinan tranfusi. 15. Persiapan untuk tranfusi.

	<p>9. Faktor yang mempengaruhi kebutuhan cairan (mis, status hipermetabolik).</p> <p>10. Kegagalan fungsi regulator.</p> <p>11. Kehilangan cairan melalui rute abnormal (mis, slang menetap).</p> <p>12. Agens farmasutikal (mis., diuretik).</p>		
--	---	--	--

No	Diagnosa Keperawatan	NOC	NIC
7	<p>Diagnosa : Nutrisi Kurang dari Kebutuhan berhubungan dengan Anoreksia</p> <p>DS : 1. Laporan adanya sedikit aktivitas atau tidak ada aktivitas.</p> <p>DO : 1. BB 20 % di atas ideal untuk tinggi dan kerangka tubuh ideal. 2. Konsentrasi intake makanan pada menjelang malam.</p>	<p>Tujuan : Setelah dilakukan intervensi 3x 24 jam, diharapkan pemenuhan nutrisi klien terpenuhi.</p> <p>Kriteria Hasil : 1. Pemenuhan nutrisi Klien terpenuhi. 2. BB Klien meningkat. 3. IMT 18,5. 4. Tidak terjadi mual dan muntah. 5. Nafsu makan klien meningkat. 6. Porsi makan Klien habis.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji Intake dan Output Klien. 2. Tingkatkan intake makan melalui : <ol style="list-style-type: none"> a) Kurangi gangguan dari luar. b) Sajikan makanan dalam kondisi hangat. c) Selingi makan dengan minum. d) Jaga kebersihan mulut Klien. e) Berikan makan sedikit tapi sering. 3. Kolaborasi dengan ahli gizi diet dan makanan yang disukai bila ada. 4. Kaji adanya alergi Klien terhadap makanan. 5. Memberikan makan sedikit tapi sering kepada Klien.

No	Diagnosa Keperawatan	NOC	NIC
8	<p>Diagnosa : Gangguan Citra Tubuh berhubungan dengan Alopesia.</p> <p>Faktor Yang Berhubungan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Biofisik, Kognitif. 2) Budaya, Tahap perkembangan. 3) Penyakit, Cedera. 4) Perseptual, Psikososial, Spiritual. 5) Pembedahan, Trauma. 6) Terapi penyakit. 	<p>Tujuan : Setelah dilakukan intervensi 3x 24 jam, diharapkan Gangguan Citra Tubuh teratasi.</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Body image positif. 2) Mampu mengidentifikasi kekuatan personal. 3) Mendiskripsikan secara faktual perubahan fungsi tubuh. 4) Mempertahankan interaksi sosial. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji secara verbal dan non verbal respon klien terhadap tubuhnya. 2. Monitor frekuensi mengkritik dirinya. 3. Jelaskan tentang pengobatan, perawatan, kemajuan dan prognosis penyakit. 4. Dorong klien mengungkapkan perasaannya. 5. Identifikasi arti pengurangan melalui pemakaian alat bantu. 6. Fasilitasi kontak dengan individu lain dalam kelompok kecil.

No	Diagnosa Keperawatan	NOC	NIC
9	<p>Diagnosa : Kurang Pengetahuan berhubungan dengan Kurang Informasi.</p> <p>Data Subjektif : Menyatakan secara verbal adanya masalah.</p> <p>Data Objektif : Ketidak akuratan mengikuti instruksi, perilaku tidak sesuai.</p>	<p>Tujuan : Setelah dilakukan intervensi 3x 24 jam, diharapkan mengetahui tentang proses penyakit.</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien dan keluarga menyatakan pemahaman tentang penyakit, kondisi, prognosis, dan program pengobatan. 2. Pasien dan keluarga mampu melaksanakan prosedur yang dijelaskan secara benar. 3. Pasien dan keluarga mampu menjelaskan kembali apa yang dijelaskan perawat/ tim kesehatan lainnya. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji tingkat pengetahuan pasien dan keluarga. 2. Jelaskan patofisiologi dari penyakit dan bagaimana hal ini berhubungan dengan anatomi dan fisiologi, dengan cara yang yepat. 3. Gambarkan tanda dan gejala yang biasa muncul pada penyakit, dengan cara yang tepat. 4. Gambarkan proses penyakit, dengan cara yang tepat. 5. Identifikasi kemungkinan penyebab, dengan cara yang tepat. 6. Sediakan informasi pada pasien tentang kondisi, dengan cara yang tepat. 7. Sediakan bagi keluarga informasi tentang kemajuan pasien dengan cara yang tepat. 8. Diskusikan pilihan terapi atau penanganan. 9. Dukung pasien untuk mengeksplorasi atau mendapatkan second opinion dengan cara yang tepat atau diindikasikan. 10. Eksplorasi kemungkinan sumber atau dukungan, dengan cara yang tepat.

2.2. 4 Implementasi

Implementasi adalah inisiatif dari rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang spesifik. Tahap pelaksanaan dimulai setelah rencana tindakan disusun dan ditunjukkan pada *nursing orders* untuk membantu klien mencapai tujuan yang diharapkan. Tujuan dari pelaksanaan adalah membantu klien dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan yang mencakup peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, pemulihan kesehatan dan memfasilitasi coping. Terdapat 3 tahap dalam tindakan keperawatan, yaitu persiapan, perencanaan, dan dokumentasi (Nursalam, 2009).

Kegiatan implementasi pada klien dengan leukimia adalah membantunya mencapai kebutuhan dasar seperti :

- 1) Melakukan pengkajian keperawatan secara komprehensif untuk mengidentifikasi masalah baru atau memantau status dan masalah yang ada pada klien.
- 2) Melakukan penyuluhan untuk membantu klien memperoleh pengetahuan baru mengenai kesehatan dan penyakit mereka sendiri atau penatalaksanaan penyimpangan.
- 3) Membantu klien dalam membuat keputusan tentang perawatan kesehatannya.
- 4) Berkonsultasi dan rujuk dengan tim kesehatan profesional lainnya agar memperoleh arahan yang tepat dan benar.
- 5) Memberikan tindakan perawatan spesifik untuk menghilangkan, mengurangi atau mengatasi masalah kesehatan pada klien.
- 6) Membantu klien dalam melaksanakan aktivitasnya sehari-hari.

2.2. 5 Evaluasi

Evaluasi adalah penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan, (Rohmah & Walid, 2012). Evaluasi berisi Subjektif(S), Objektif(O), Analisis(A), dan Planning (P).

BAB III

TINJAUAN KASUS

3.1 PENGKAJIAN

I. IDENTITAS KLIEN

Nama/initial	: Tn. A	No MR	: 499278
Umur	: 82 tahun	Ruang Rawat	: Ambun Suri Lt. 3
Jenis Kelamin	: Laki-laki	Tgl Masuk	: 5 Juni 2018
Status	: Menikah	Tgl Pengkajian	: 6 Juni 2018
Agama	: Islam		
Pekerjaan	: Petani		
Pendidikan	: SD		
Alamat	: Baso		
Diagnosa Medis	: Leukemia		

Penanggung Jawab

Nama	: Tn. S
Umur	: 60 Tahun
Hub Keluarga	: Anak Pertama
Pekerjaan	: Petani

II. ALASAN MASUK

Klien masuk rumah sakit diantar oleh keluarga, melalui rujukan dari puskesmas, dengan keluhan sesak nafas, batuk sejak 1 minggu yang lalu, kurang tidur, dan klien tidak mau makan.

III. RIWAYAT KESEHATAN

a. Riwayat Kesehatan Sekarang

Pada saat pengkajian, tanggal 6 Juni 2018, jam 09:00 WIB, keluarga klien mengatakan bahwa Tn. A masih sesak, lemas, batuk kering sejak 1 minggu yang lalu, kurang tidur, tidak mau makan, mulut klien kering, bibir kering, tidak mandi, dan pusing.

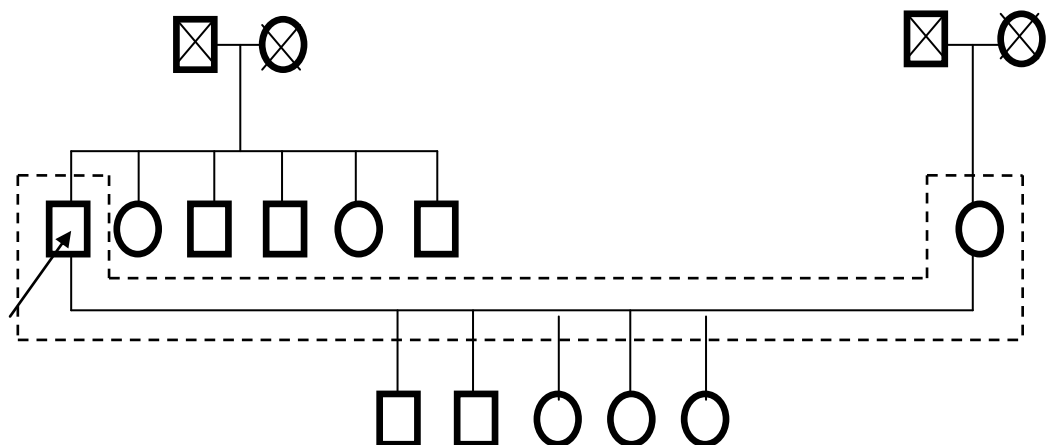
b. Riwayat Kesehatan Dahulu

Keluarga klien mengatakan bahwa Tn. A pernah dirawat di rumah sakit lebih kurang 2 tahun yang lalu dirawat selama 2 minggu akibat sakit maag. Keluarga klien mengatakan sebelumnya tidak ada riwayat leukemia pada klien.

c. Riwayat Kesehatan Keluarga

Keluarga klien mengatakan tidak ada riwayat penyakit keturunan seperti Hipertensi, DM, Jantung, dan riwayat penyakit menular seperti HIV, TBC, dan Hepatitis.

Genogram



Keterangan :

□ = Laki-laki ✕ = Meninggal ----- = Tinggal 1 rumah

○ = Perempuan ↗ = Klien

IV. PEMERIKSAAN FISIK

Kesadaran : Compos Mentis
GCS : E(4) M(6) V(5)
BB : 40 kg (Sehat), dalam waktu 1 minggu turun menjadi 35 kg (Sakit).
TB : 155 cm

Tanda Vital

Suhu : 37 °C Pernafasan : 28 ^x/i
Nadi : 107 ^x/i TD : 130/80 mmHg

1. Kepala

a. Rambut

Inspeksi : Rambut klien tampak beruban, tidak ada terlihat ketombe.
Palpasi : Tekstur rambut kering, tidak berminyak.

b. Mata

Inspeksi : Bentuk mata Normal, tidak ada juling, refleksi cahaya normal, kantong mata tampak hitam, ukuran pupil Isokor $\frac{2}{3}$ mm, Konjungtiva Anemis, Sklera tidak Ikterik.
Palpasi : Tidak ada teraba benda asing ketika di palpasi, mata tidak menonjol keluar, tidak ada nyeri tekan.

c. Telinga

Inspeksi : Telinga kanan dan kiri tampak simetris, tidak, fungsi pendengaran Klien baik, Klien tampak tidak menggunakan alat bantu dengar.

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan pada telinga Klien, dan tidak ada teraba pembengkakan kelenjer tiroid.

d. Hidung

Inspeksi : Hidung tampak simetris kanan dan kiri, tidak terdapat secret, Klien terpasang O₂ sebanyak 3 liter, terdapat cuping hidung.

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan sinus pada hidung, tidak ada teraba pembengkakan pada hidung Klien.

e. Mulut dan Gigi

Inspeksi : Membran Mukosa bibir kering dan tampak pucat, gigi Klien tidak lengkap, gusi pasien bewarna hitam, terdapat caries pada gigi, lidah kotor.

2. Leher

Inspeksi : Leher simetris kanan dan kiri, tidak ada tampak lesi pada kulit leher, KGB tidak ada.

Palpasi : Tidak teraba pembengkakan, tidak teraba kelenjer tiroid, vena jugularis teraba, ukuran JVP : 5-2 cmH₂O

3. Thorak

a. Paru-paru

Inspeksi : Pergerakan dada kanan dan kiri simetris.

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan, tidak ada teraba pembengkakan.

Perkusi : Sonor.

Auskultasi : Bronkial dan Vesikuler.

b. Jantung

Inspeksi : Ictus Cordis tidak terlihat.

Palpasi : Ictus Cordis tidak teraba.

Perkusi : Batas Kanan : 1 C5 linea panas ternal axtra.

Auskultasi : Bunyi Jantung Murmur.

4. Abdomen

Inspeksi : Simetris, tidak ada bekas operasi, tidak ada udem.

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan, Hepar tidak teraba.
Perkusi : Timpani.
Auskultasi : Bising Usus 22^x/menit

5. Punggung

Inspeksi : Tidak ada terdapat lesi dan bekas operasi, warna kulit sawo matang, tulang belakang Klien menonjol.

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan pada punggung pasien.

6. Ekstermitas

a) Atas

Inspeksi : Pasien terpasang infus pada tangan kiri, tidak ada tampak lesi, adanya sianosis pada kuku yang terlihat dari pemeriksaan Capila Refill Time dengan cara menekan ujung jari pengisian balik kapiler kembali dalam waktu 4 detik.

Palpasi : Tidak ada teraba pembengkakan, dan kelainan pada Ekstermitas atas.

b) Bawah

Inspeksi : Kedua kaki pasien tampak lemah, tidak ada tampak lesi dan bekas operasi, adanya sianosis pada kuku kaki.

Palpasi : Tidak teraba pembengkakan, dan kelainan pada Ekstermitas bawah.

Kekuatan Otot :

5555	5555
5555	5555

Ket :

(Skala 0-5)

0 = Lumpuh total.

1 = Tidak ada gerakan, teraba/ terlihat adanya kontraksi otot.

2 = Ada gerakan pada sendi tetapi tidak dapat melawan gravitasi (hanya bergeser).

- 3 = Bisa melawan gravitasi tetapi tidak dapat menahan atau melawan tahanan pemeriksa.
- 4 = Bisa bergerak melawan tahanan pemeriksa tetapi kekuatannya berkurang.
- 5 = Dapat melawan tahanan pemeriksa dengan kekuatan maksimal.
- Ketika dilakukan pemeriksaan kekuatan otot pada Tn. A didapatkan nilai kekuatan otot dari Ekstermitas atas, kanan dan kiri 5, Ekstermitas bawah, kanan dan kiri yaitu 5.

7. Genitalia

Tidak ada keadaan abnormal pada penis, tidak ada lesi, tidak ada bintik-bintik kecil dikulit, tidak ada teraba pembengkakan pada uretra, dan Klien terpasang kateter.

8. Integumen

Inspeksi : Kulit Klien berwarna sawo matang, kulit tampak tidak bersih, tidak ada lesi pada kulit, kulit sudah keriput, tidak ada udem, pada bagian kuku tampak berwarna kebiruan.

Palpasi : Tekstur kulit Klien kering, ketika ditekan kulit klien, turgor kembali dalam waktu 3 detik.

9. Nervus

No	Nama Syaraf	Nervus	Fungsi	Keterangan
1	Nervus Olfaktori	N. I	Sebagai indra penciuman	Normal
2	Nervus Optikus	N. II	Untuk menentukan ketajaman penglihatan dan lapangan pandang mata.	Normal
3	Nervus Okulomotoris	N. III	Kontraksi pupil, pergerakan bola mata.	Normal
4	Nervus Trochlearis	N. IV	Saraf pemutar bola mata ke bawah dan dalam.	Normal
5	Nervus Trigeminus	N. V	Penggerak	Normal
6	Nervus Abduksen	N. VI	Pergerakan bola mata ke lateral.	Normal
7	Nervus Fasialis	N. VII	Mimik wajah dan menghantarkan rasa pengecap.	Normal
8	Nervus Vestibulocochlearis	N. VIII	Sebagai pendengaran dan keseimbangan (vestibulo).	Normal
9	Nervus Glosfaringeus	N. IX	Menelan dan membawa rangsangan cita rasa ke otak.	Normal
10	Nervus Vagus	N. X	Sebagai perasa.	Normal
11	Nervus Asesorius	N. XI	Untuk mengendalikan pergerakan kepala.	Normal
12	Nervus Hipoglosus	N. XII	Pergerakan lidah dalam berbicara dan menelan.	Normal

V. DATA BIOLOGIS

NO	AKTIVITAS	SEHAT	SAKIT
1	<p>Makanan dan Minuman/Nutrisi</p> <p>Makan</p> <p>a) Menu</p> <p>b) Porsi</p> <p>c) Makanan Kesukaan</p> <p>d) Pantangan</p> <p>Minum</p> <p>a) Jumlah</p> <p>b) Minuman kesukaan</p> <p>c) Pantangan</p>	<p>Nasi + Lauk</p> <p>3 Porsi</p> <p>Tidak ada</p> <p>Tidak ada</p> <p>8 Gelas dalam 1 hari</p> <p>Kopi</p> <p>Tidak ada</p>	<p>MBTKTP (Makan Biasa Tinggi Kalori Tinggi Protein)</p> <p>Setengah Porsi</p> <p>Tidak ada</p> <p>Tidak ada</p> <p>2 Sendok</p> <p>Tidak ada</p> <p>Tidak ada</p>
2	<p>Eliminasi</p> <p>BAB</p> <p>a) Frekuensi</p> <p>b) Warna</p> <p>c) Bau</p> <p>d) Konsistensi</p> <p>e) Kesulitan</p> <p>BAK</p> <p>a) Frekuensi</p> <p>b) Warna</p> <p>c) Bau</p> <p>d) Konsistensi</p> <p>e) Kesulitan</p>	<p>1x2 hari</p> <p>Kuning</p> <p>Khas</p> <p>Padat</p> <p>Tidak ada</p> <p>4x sehari</p> <p>Kuning</p> <p>Pesing</p> <p>Cair</p> <p>Tidak ada</p>	<p>1x 1 minggu</p> <p>Kuning</p> <p>Khas</p> <p>Padat</p> <p>Tidak ada</p> <p>200 ml/ hari</p> <p>Kuning</p> <p>Pesing</p> <p>Cair</p> <p>Tidak ada</p>
3	<p>Istirahat dan Tidur</p> <p>a) Waktu Tidur</p> <p>b) Lamatidur</p> <p>c) Hal yang mempermudah tidur</p> <p>d) Kesulitan tidur</p>	<p>21:00 WIB</p> <p>9 Jam</p> <p>Tidak ada</p> <p>Tidak ada</p>	<p>20:30 WIB</p> <p>4 Jam</p> <p>Tidak ada</p> <p>Sesak Nafas</p>
4	<p>Personal Hygiene</p> <p>a) Mandi</p> <p>b) Cuci rambut</p> <p>c) Gosok gigi</p> <p>d) Potong kuku</p>	<p>1x sehari</p> <p>1x sehari</p> <p>1x sehari</p> <p>1x 2 Minggu</p>	<p>Di lap 1x sehari</p> <p>Tidak ada</p> <p>1x Sehari</p> <p>1x 2 Minggu</p>

5	Rekreasi a) Hobby b) Minat Khusus c) Penggunaan waktu senggang	Menonton Tidak ada Berkumpul keluarga	Tidak ada Tidak ada Tidak ada
6	Ketergantungan a) Merokok b) Minuman Keras c) Obat-obatan	Ada Tidak ada Tidak ada	Tidak ada Tidak ada Tidak ada

VI. RIWAYAT ALERGI

Keluarga Klien mengatakan, Tn. A tidak ada alergi baik itu terhadap Makan dan Minuman, dan Obat-obatan.

VII. DATA PSYKOLOGIS

1. Perilaku Non Verbal

Klien merasa lemah, tidak berdaya karena penyakitnya ini.

2. Perilaku Verbal

- Ketika diberikan pertanyaan, Klien mampu menjawabnya dengan sangat baik.
- Cara memberi informasi dengan cara tanya jawab.

VIII. DATA BIO PSYKOSOSIAL

1. Emosi

Sehat : Emosi Klien sewaktu sehat terkontrol dengan baik.

Sakit : Klien tampak tenang waktu berinteraksi dengan perawat.

2. Persepsi Penyakit

Sehat : Klien mengatakan di usianya yang senja ini merasa sakit-sakitan

Sakit : Klien mengatakan bahwa penyakitnya saat ini akibat dari faktor usia yang sudah cukup tua.

3. Konsep Diri

Sehat : Klien sebagai Laki-laki dan berperan sebagai Ayah dari ke 5 anaknya.

Sakit : Klien mengatakan tidak mampu berperan sebagai Ayah dari ke 5 anaknya karena dia sakit.

4. Adaptasi

Sehat : Keluarga Klien mengatakan interaksi Klien dengan masyarakat, lingkungan, dan keluarga sangat baik.

Sakit : Klien dapat beradaptasi dan mengenali bahwa Klien sekarang berada di rumah sakit.

5. Mekanisme Pertahanan Diri

Seha : Klien mengatakan tidak ingin sakit, klien selalu menjaga kesehatannya sebaik mungkin.

Sakit : Klien selalu berusaha ingin cepat sembuh dari sakitnya dan pulang kerumah.

IX. DATA SOSIAL EKONOMI

Keluarga Klien mengatakan penghasilan Tn. A dari hasil bertani lebih kurang Rp 1.500.000,- setiap bulannya ketika panen. Klien berobat menggunakan kartu BPJS.

X. DATA SPIRITUAL

1. Keyakinan : Klien beragama Islam.
2. Ketaatan Beribadah : Klien selalu mengerjakan sholat 5 waktu.
3. Keyakinan terhadap Penyembuhan : Klien yakin bahwa penyakitnya dapat disembuhkan dan selalu berdo'a kepada Allah SWT untuk diangkat penyakitnya.

XI. DATA PENUNJANG

a. Pemeriksaan Laboratorium

Pemeriksaan Hematologi :

Tanggal : 06/06/2018

10:30:03 WIB

NO	Laboratorium	Hasil Pemeriksaan	Nilai Normal
1	HGB	6.3 - [g/dl]	P 13.0 - 16.0
2	RBC	2.25 - [10^6 /uL]	W 12.0 - 14.0
3	HCT	19.6 - [%]	P 4.5 - 5.5
4	MCV	87.1 [fL]	W 4.0 -5.0
5	MCH	28.0 [pg]	P 40.0 - 48.0
6	MCHC	32.1 [g/dL]	W 37.0 - 43.0
7	RDW-SD	54.6 [fL]	
8	RDW-CV	18.2 + [%]	
9	WBC	188.25 [10^3 /uL]↑↑	5.0 - 10.0
10	EO%	0.1 [%]	1 - 3
11	BASO%	0.1 [%]	0 - 1
12	EO#	0.19 [10^3 /uL]	50 - 70
13	BASO#	0.14 [10^3 /uL]	20 - 40
14	PLT	57* [10^3 /uL]	150-400 (Kurang)

Tanggal : 09/06/2018

06:09:48 WIB

NO	Laboratorium	Hasil Pemeriksaan	Nilai Normal
1	HGB	7.6 - [g/dl]	P 13.0 - 16.0
2	RBC	2.64 - [10^6 /uL]	W 12.0 - 14.0
3	HCT	22.6 - [%]	P 4.5 - 5.5
4	MCV	85.6 [fL]	W 4.0 -5.0
5	MCH	28.8 [pg]	P 40.0 - 48.0
6	MCHC	33.6 [g/dL]	W 37.0 - 43.0
7	RDW-SD	47.4 [fL]	
8	RDW-CV	16.3 + [%]	
9	WBC	122.76 [10^3 /uL]↑↑	5.0 - 10.0
10	EO%	0.2 [%]	1 - 3
11	BASO%	0.1 [%]	0 - 1
12	EO#	0.20 [10^3 /uL]	50 - 70
13	BASO#	0.07 [10^3 /uL]	20 - 40
14	PLT	31* [10^3 /uL]	150-400 (Kurang)

Tanggal : 09/06/2018

17:25:06 WIB

NO	Laboratorium	Hasil Pemeriksaan	Nilai Normal
1	HGB	6.8 - [g/dl]	P 13.0 - 16.0
2	RBC	2.40 - [10^6 /uL]	W 12.0 - 14.0
3	HCT	20.8 - [%]	P 4.5 - 5.5
4	MCV	86.7 [fL]	W 4.0 -5.0
5	MCH	28.3 [pg]	P 40.0 - 48.0
6	MCHC	32.7 [g/dL]	W 37.0 - 43.0
7	RDW-SD	48.4 [fL]	
8	RDW-CV	16.5 + [%]	
9	WBC	112.07 [10^3 /uL]↑↑	5.0 - 10.0
10	EO%	0.1 [%]	1 - 3
11	BASO%	0.1 [%]	0 - 1
12	EO#	0.13 [10^3 /uL]	50 - 70
13	BASO#	0.09 [10^3 /uL]	20 - 40
14	PLT	43 - [10^3 /uL]	150-400 (Kurang)
15	PDW	19.6 + [fL]	
16	MPV	10.7 [fL]	
17	P-LCR	34.4 [%]	
18	PCT	0.05 - [%]	

Tanggal : 12/06/2018

06:05:30 WIB

NO	Laboratorium	Hasil Pemeriksaan	Nilai Normal
1	HGB	8.7 - [g/dl]	P 13.0 - 16.0
2	RBC	3.05 - [10^6 /uL]	W 12.0 - 14.0
3	HCT	26.5 - [%]	P 4.5 - 5.5
4	MCV	86.9 [fL]	W 4.0 -5.0
5	MCH	28.5 [pg]	P 40.0 - 48.0
6	MCHC	32.8 [g/dL]	W 37.0 - 43.0
7	RDW-SD	46.6 [fL]	
8	RDW-CV	15.6 + [%]	
9	WBC	91.81* [10^3 /uL]↑↑	5.0 - 10.0
10	EO%	0.3* [%]	1 - 3
11	BASO%	0.1* [%]	0 - 1
12	EO#	0.29* [10^3 /uL]	50 - 70
13	BASO#	0.06* [10^3 /uL]	20 - 40
14	PLT	25* [10^3 /uL]	150-400 (Kurang)

Tanggal : 13/06/2018

16:18:00 WIB

NO	Laboratorium	Hasil Pemeriksaan	Nilai Normal
1	HGB	8.7 - [g/dl]	P 13.0 - 16.0
2	RBC	3.08 - [10^6 /uL]	W 12.0 - 14.0
3	HCT	26.4 - [%]	P 4.5 - 5.5
4	MCV	85.7 [fL]	W 4.0 - 5.0
5	MCH	28.2 [pg]	P 40.0 - 48.0
6	MCHC	33.0 [g/dL]	W 37.0 - 43.0
7	RDW-SD	46.7 [fL]	
8	RDW-CV	15.9 + [%]	
9	WBC	86.96* [10^3 /uL]↑↑	5.0 - 10.0
10	EO%	0.2* [%]	1 - 3
11	BASO%	0.0* [%]	0 - 1
12	EO#	0.21* [10^3 /uL]	50 - 70
13	BASO#	0.04* [10^3 /uL]	20 - 40
14	PLT	27 - [10^3 /uL]	150-400 (Kurang)
15	PDW	12.8 [fL]	
16	MPV	9.5 [fL]	
17	P-LCR	23.7 [%]	
18	PCT	0.03 - [%]	

Pemeriksaan URINALISA : 06/06/18

NO	Pemeriksaan	Hasil
1	Fisis a. Warna b. Kekeruhan c. Bau	Kuning + Khas
2	Sedimen a. Eritrosit b. Leukosit c. Silinder Hialin Granuler Eri/ leuko d. Epitel e. Kristal f. Bakteri g. Jamur	16/ m /lpb - /lpb - /lpk - - - + - + -

3	Kimia Urin	
	a. Protein	-
	b. Glukosa	-
	c. Bilirubin	-
	d. Urobilinogen	-
	e. Benda keton	-
	f. pH	6.0
	g. Nitrit	-
	h. Darah samar/ Hb	+2
	i. Bj	1.020
	j. Leukosit	-

Pemeriksaan KIMIA KLINIK :

(05/06/18)

NO	Pemeriksaan	Hasil	Nilai Normal
1	Kalium	2, 24	(3,5-5,5) mEq/l
2	Natrium	142, 3	(135-147) mEq/l
3	Khlorida	107, 2	(100-106) mEq/l

(07/06/18)

NO	Pemeriksaan	Hasil	Nilai Normal
1	Kalium	2, 36	(3,5-5,5) mEq/l
2	Natrium	147, 3	(135-147) mEq/l
3	Khlorida	112, 3	(100-106) mEq/l

b. Pemeriksaan Rontgen : (Pembesaran Jantung), tanggal 5 Juni 2018.

c. Pemeriksaan EKG : (Tacikardi), tanggal 6 Juni 2018.

d. Pemeriksaan USG (Abdomen Atas dan Bawah)

1) Hepar :

Tak membesar, permukaan rata, parenkim homogeny halus, intensitas gema normal, tak tampak SOL Vena porta dan hepatica tak melebar.

2) Kantung Empedu :

Bentuk dan dinding normal, tak tampak batu/ sludge. Duktus biliaris tak melebar.

3) Limpa :

Tak membesar homogen halus.

4) Ginjal :

Bentuk, ukuran normal. Intensitas gema parenkim meningkat, serta batas terhadap sentral sinus kompleks mulai kabur, system pelvicalises tak melebar. Tak tampak batu. Lesi kistik parenkim bilateral.

5) V Urinaria :

Tak tampak massa/ batu, dinding menebal.

6) Pankreas :

Tak membesar, tak tampak massa/ kalsifikasi. Esophagus distal dan gaster tidak tampak lesi intra lumen.

7) Para Aorta Parailiaka :

Kaliber aorta tak melebar, tak tampak pembesaran KGB/ Struktur apendik tak tampak massa/ cairan bebas.

KESAN : Kista renal bilateral. Susp proses kronis parenkim kedua ginjal. Susp sistitis kronis. Hepatobilier, limpa pancreas tak tampak kelainan.

XII. DATA PENGOBATAN

- Cairan Intra Vena

NO	NAMA OBAT	DOSIS	ORDER DOKTER	INDIKASI	KONTRAINDIKASI	KANDUNGAN
1	Ringer Laktat	500 ml	8 Jam/ Kolf	Tetani hipokalsemik, ketidak seimbangan elektrolit tubuh, diare, luka bakar, gagal ginjal akut, kadar natrium rendah, kekurangan kalium, kekurangan kalsium, kehilangan banyak darah dan cairan, hipertensi, aritmia (gangguan irama jantung).	<ol style="list-style-type: none"> 1. Alergi terhadap sodium laktat. 2. Obat ini tidak boleh diberikan sekaligus dengan ceftriaxone. 	Sodium klorida, sodium laktat, potassium klorida, kalsium klorida, dan air.
2	Kortison	25 mg	1x1 hari	Sebagai obat untuk mengobati kondisi seperti artritis, gangguan darah/ hormon/ sistem imun, reaksi alergi, kondisi-kondisi kulit dan mata tertentu, masalah pernapasan, dan kanker-kanker tertentu.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mifepristone. 2. Hipersensitivitas. 3. Injeksi jamur sistemik. 	Cortisone Acetate.

• Obat Non Parenteral

NO	NAMA OBAT	DOSIS	ORDER DOKTER	INDIKASI	KONTRAINDIKASI	KANDUNGAN
1	Ambroxol	30 – 120 mg	3x 1 sehari	1. Sebagai obat batuk berdahak (terapi sekretolitik) pada penyakit bronkopulmonal akut dan kronis yang berhubungan dengan dahak atau lendir berlebihan dan gangguan transportasi lendir.	1. Tidak boleh digunakan pada pasien yang diketahui hipersensitif terhadap komponen komponen obat. 2. Hati-hati penggunaan pada pasien dengan ulkus lambung atau penyakit maag.	Mucosolvan, Lasolvan, dan Mucoangin.
2	Neurodex	500 mg	2x 1 hari	1. Gangguan pada sistem saraf tepi yang ditandai dengan kebas dan kesemutan pada anggota gerak. 2. Penderita pegal-pegal otot, Pengobatan berbagai kelainan akibat kekurangan vitamin B seperti	1. Neurodex tidak boleh digunakan oleh penderita yang diketahui memiliki riwayat hipersensitif atau alergi terhadap vitamin B kompleks atau komponen vitamin B1, vitamin B6, atau vitamin B12	1. B1 Komplek 100 mg. 2. B6 HCL 200 mg. 3. B12 200 mg.

				<p>penyakit beri-beri, gangguan saraf otak, sariawan, infeksi mata, hingga penurunan kesadaran.</p> <p>3. Suplementasi pada pasien anemia atau kekurangan darah merah akibat defisiensi vitamin B, dengan keluhan lemas, pucat, pusing, dan lain-lain.</p>	<p>dan komponen lain dari obat.</p> <p>2. Tidak diperkenankan juga pada orang dengan gangguan pembekuan darah.</p>	
3	Ciprofloxacin	200 mg	2x 1 sehari	<p>1. Infeksi pada saluran pernapasan, infeksi saluran pencernaan, infeksi saluran kemih dan gonore akut (raja singa).</p> <p>2. Infeksi pada kulit, jaringan lunak, tulang dan sendi serta osteomilitis akut.</p> <p>3. Mengobati penyakit</p>	<p>1. Penderita yang mempunyai riwayat alergi terhadap ciprofloxacin dan golongan quinolon lain</p> <p>2. Penderita yang mempunyai riwayat epilepsi atau gangguan kejang lainnya.</p> <p>3. Penderita yang</p>	<p>1. HCL 200 mg/ 100 ml.</p> <p>2. HCL 250 mg.</p> <p>3. HCL 500 mg.</p>

				tipes.	mempunyai riwayat ruptur tendon 4. Penderita yang merupakan wanita hamil dan ibu menyusui.	
4	KSR	600 mg	2x 1 hari	Pencegahan dan pengobatan hipokalemia.	1. Gagal ginjal tahap lanjut. 2. Peny Addison yang tak diobati. 3. Dehidrasi akut. 4. Hiperkalemia. 5. Obstruksi GI.	KCL
5	Prednisone	30 mg	2x1 hari	Sebagai obat antiinflamasi prednison dapat digunakan pada pengobatan beberapa penyakit seperti reaksi inflamasi akut, penyakit rematoid artitis, penyakit asma bronkhial, penyakit lupus eritematosus, penyakit pada kulit karena peradangan atau alergi,	1. Tuberculosis aktif. 2. Infeksi Akut. 3. Infeksi Jamur. 4. Herpes simpleks mata. 5. Ulkus Peptikum. 6. Hipertensi. 7. Osteoporosis. 8. Psikoneurosis Berat. 9. Menerima Vaksin. 10. Kehamilan.	Kortikosteroid atau Steroid.

				penyakit pada mata karena peradangan atau alergi, penyakit keganasan sistem limfatikneoplastis, dan sindroma adrenogenital.		
6	Dexametason	10 mg	1x1 sehari	<ol style="list-style-type: none"> 1. Inflamasi Akut. 2. Inflamasi pada kulit. 3. Inflamasi pada mata. 4. Rematik Sendi. 5. Asma Bronkhial. 6. Sistemik Lupus Eritematosus. 7. Keganasan Sistem Limfatik. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. TBC. 2. Penyakit Infeksi Akut. 3. Penyakit Infeksi Jamur. 4. Penyakit Herpes Mata. 5. Penyakit Tukak Lambung. 6. Osteoporosis. 7. Psikoneurosis Berat. 8. Mendapatkan Vaksin Hidup. 9. Ibu Hamil atau berencana hamil. 	Dexametason

• Obat Parenteral :

NO	NAMA OBAT	DOSIS	ORDER DOKTER	INDIKASI	KONTRAINDIKASI	KANDUNGAN
1	Ranitidin	150 ml	2x 1 hari	1. Mengobati ulkus	1. Lansia.	1. Ranitidin 150 mg.

				<p>lambung dan duodenum</p> <p>2. Melindungi lambung dan duodenum agar tidak sampai terjadi ulkus</p> <p>3. Mengobati masalah yang disebabkan oleh asam pada kerongkongan, contohnya pada GERD</p> <p>4. Mencegah tukak lambung agar tidak berdarah</p> <p>Digunakan sebelum operasi bedah, supaya asam datang tidak tinggi selama pasien tidak sadar.</p> <p>5. Mengobati Sindrom Zollinger-Ellison (Tingginya kadar hormon gastrin yang menyebabkan lambung</p>	<p>2. Ibu hamil.</p> <p>3. Ibu menyusui.</p> <p>4. Kanker lambung.</p> <p>5. Penyakit ginjal.</p> <p>6. Menonsumsi obat non-steroid anti-inflamasi.</p> <p>7. Sakit paru-paru.</p> <p>8. Diabetes.</p> <p>9. Masalah dengan sistem kekebalan tubuh.</p> <p>10. Porfia akut.</p>	
--	--	--	--	---	---	--

				<p>memproduksi terlalu banyak asam).</p> <p>6. Mengobati sakit maag beserta gejala-gejala yang ditimbulkannya.</p>		
2	Paracetamol	500 mg	2x 1 sehari	<p>Sebagai obat penurun panas (analgesik) dan dapat digunakan sebagai obat penghilang rasa sakit dari segala jenis seperti sakit kepala, sakit gigi, nyeri pasca operasi, nyeri sehubungan dengan pilek, nyeri otot pasca-trauma, dll.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Alergi parasetamol atau acetaminophen. 2. Gangguan fungsi hati dan penyakit hati. 3. Gangguan Fungsi Ginjal Serius. 4. Shock. 5. Overdosis Acetaminophen. 6. Gizi Buruk. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Paracetamol 500 mg.

XIII. DATA FOKUS

DATA SUBJEKTIF	DATA OBJEKTIF
<p>a) Keluarga Klien mengatakan nafas Tn. A masih sesak.</p> <p>b) Keluarga Klien mengatakan Tn. A batuk kering sejak 1 minggu yang lalu.</p> <p>c) Keluarga klien mengatakan Tn. A kurang tidur.</p> <p>d) Keluarga Klien mengatakan Tn. A lemas.</p> <p>e) Keluarga Klien mengatakan klien tidak ada makan, bibir Tn. A kering.</p> <p>f) Keluarga Klien mengatakan pasien tidak ada mandi.</p> <p>g) Keluarga Klien mengatakan Tn. A pusing.</p>	<p>a) Klien tampak masih sesak.</p> <p>b) Klien terpasang oksigen Nasal Kanul 3 Liter.</p> <p>c) Adanya cuping hidung pada klien.</p> <p>d) Klien tampak lemas.</p> <p>e) Kantong mata Klien tampak bewarna hitam.</p> <p>f) Klien tampak makan sedikit.</p> <p>g) Klien tampak kurus.</p> <p>h) Ketika di rumah sakit diberikan makan oleh keluarga sedikit tapi sering, klien tampak hanya menghabiskan $\frac{1}{2}$ porsi</p> <p>i) Mulut dan Mukosa bibir Klien tampak kering.</p> <p>j) Klien tampak masih batuk kering</p> <p>k) Kulit Klien tampak kotor/ berdekil, rambut klien tampak kering dan kusam.</p> <p>l) Bunyi jantung murmur</p> <p>m)TTV TD : 130/80 mmHg Nadi : 107 ^x/i Suhu : 37 °C Pernafasan : 28 ^x/i BB : 40 kg (Sehat), dalam waktu 1 minggu turun 35 kg (Sakit). TB : 155 cm</p> <p>n) Pemeriksaan laboratorium</p>

	<p>(Hematologi, Urinalisa, Kimia Klinik).</p> <p>Hasil pemeriksaan terakhir :</p> <p>Hemoglobin = 8.7 g/dl.</p> <p>Kalium = 2,36 mEq/l.</p> <p>Natrium = 147,3 mEq/l.</p> <p>Khlorida = 112,3 mEq/l.</p>
--	--

ANALISA DATA

NO	DATA	MASALAH	ETIOLOGI
1	<p>DS :</p> <p>a) Keluarga Klien mengatakan nafas Tn. A sesak.</p> <p>b) Keluarga Klien mengatakan Tn. A batuk kering sejak 1 minggu yang lalu.</p> <p>c) Keluarga Klien mengatakan Tn. A lemas.</p> <p>DO :</p> <p>a) Klien tampak masih sesak.</p> <p>b) Klien tampak masih batuk kering.</p> <p>c) Klien tampak lemas.</p> <p>d) Klien tampak terpasang O₂ Nasal Kanul 3 liter.</p> <p>TD : 130/80 mmHg</p> <p>Nadi : 107 ^x/i</p> <p>Suhu : 37 °C</p> <p>Pernafasan: 28 ^x/i</p>	<p>Pola Nafas Tidak Efektif</p>	<p>Kurangnya Suplai O₂ Ke Jaringan Otak</p>
2	<p>DS :</p> <p>a) Keluarga Klien mengatakan, Klien tidak mau makan</p> <p>b) Keluarga Klien mengatakan bibir Klien kering.</p> <p>c) Keluarga klien</p>	<p>Nutrisi Kurang dari Kebutuhan</p>	<p>Anoreksia</p>

3	<p>mengatakan klien lemas</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Klien tampak sangat lemas. b) Klien tampak tidak ada makan. c) Membran Mukosa bibir Klien tampak kering, dan lidah tampak kotor. d) BB Klien turun 5 kg. e) Badan tampak kurus. <p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Keluarga Klien mengatakan Klien tidak ada mandi. b) Keluarga klien mengatakan Tn. A lemas. c) Keluarga klien mengatakan Tn. A sesak. <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Kulit tampak kotor dan berdekil. b) Rambut Klien tampak kering dan kusam. c) Klien tampak lemas dan sesak. 	Defisit Perawatan Diri	Kelemahan, dan Kelelahan.
---	--	------------------------	---------------------------

3.2 DIAGNOSA KEPERAWATAN

Daftar Prioritas Diagnosa Keperawatan :

1. Pola Nafas Tidak Efektif berhubungan dengan Kurangnya Suplai O₂ Ke Jaringan Otak.
2. Nutrisi Kurang dari Kebutuhan berhubungan dengan Anoreksia.
3. Defisit Perawatan Diri berhubungan dengan Kelemahan.

3.3 INTERVENSI (RENCANA ASUHAN KEPERAWATAN)

No	Diagnosa Keperawatan	NOC	NIC
1	<p>Diagnosa : Pola Nafas Tidak Efektif berhubungan dengan Kurangnya Suplai O₂ Ke Jaringan Otak.</p> <p>Data Subjektif</p> <p>a) Keluarga Klien mengatakan nafas Tn. A sesak.</p> <p>b) Keluarga Klien mengatakan Tn. A batuk kering sejak 1 minggu yang lalu.</p> <p>c) Keluarga Klien mengatakan Tn. A lemas.</p>	<p>Tujuan : Setelah dilakukan intervensi 3x24 jam, diharapkan Pola Nafas Klien kembali efektif.</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mendemonstrasikan batuk efektif dan suara nafas yang bersih, tidak ada sianosis dan dyspneu (mampu mengeluarkan sputum, mampu bernapas dengan mudah, tidak ada pursed lips). 2. Menunjukkan jalan nafas yang paten (klien tidak merasa tercekik, irama nafas, frekuensi pernapasan dalam rentang normal, tidak ada suara nafas abnormal). 3. Tanda-tanda vital dalam rentang normal (tekanan darah, nadi, pernafasan). 	<ol style="list-style-type: none"> 11. Posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi. 12. Auskultasi suara nafas, catat adanya suara tambahan. 13. Monitor respirasi dan status O₂. 14. Pertahankan jalan nafas yang paten. 15. Atur peralatan oksigenasi. 16. Monitor adanya kecemasan pasien terhadap oksigenasi. 17. Monitor TD, nadi, suhu, dan RR sesudah dan sebelum, selama, dan setelah aktivitas. 18. Monitor pola pernapasan abnormal. 19. Monitor suhu, warna, dan kelembapan kulit. 20. Monitor sianosis perifer.

<p>Data Objektif</p> <p>a) Klien tampak masih sesak.</p> <p>b) Klien tampak masih batuk kering.</p> <p>c) Klien tampak lemas.</p> <p>d) Klien tampak terpasang O₂ Nasal Kanul 3 liter.</p> <p>TD : 130/80 mmHg</p> <p>Nadi : 107 ^x/i</p> <p>Suhu : 37 °C</p> <p>Pernafasan: 28 ^x/i</p>		
--	--	--

No	Diagnosa Keperawatan	NOC	NIC
2	<p>Diagnosa : Nutrisi Kurang dari Kebutuhan berhubungan dengan Anoreksia.</p> <p>Data Subjektif</p> <p>a) Keluarga Klien mengatakan, Klien tidak mau makan</p> <p>b) Keluarga Klien mengatakan Klien tidak mau makan.</p> <p>c) Keluarga klien mengatakan klien lemas.</p> <p>Data Objektif</p> <p>a) Klien tampak sangat lemas.</p> <p>b) Klien tampak tidak ada makan.</p> <p>c) Membran Mukosa bibir Klien tampak kering, dan lidah tampak kotor.</p>	<p>Tujuan : Setelah dilakukan intervensi 3x24 jam, diharapkan pemenuhan nutrisi klien terpenuhi.</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pemenuhan nutrisi Klien terpenuhi. 2. BB Klien meningkat. 3. IMT 18,5. 4. Tidak terjadi mual dan muntah. 5. Nafsu makan klien meningkat. 6. Porsi makan Klien habis. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji Intake dan Output Klien. 2. Tingkatkan intake makan melalui : <ol style="list-style-type: none"> a) Kurangi gangguan dari luar. b) Sajikan makanan dalam kondisi hangat. c) Selingi makan dengan minum. d) Jaga kebersihan mulut Klien. e) Berikan makan sedikit tapi sering. 3. Kolaborasi dengan ahli gizi diet dan makanan yang disukai bila ada. 4. Kaji adanya alergi Klien terhadap makanan. 5. Memberikan makan sedikit tapi sering kepada Klien.

	<p>d) BB Klien turun 5 kg.</p> <p>e) Badan tampak kurus.</p>		
--	--	--	--

No	Diagnosa Keperawatan	NOC	NIC
3	<p>Diagnosa : Defisit Perawatan Diri berhubungan dengan Kelemahan.</p> <p>Data Subjektif a) Keluarga Klien mengatakan Klien tidak ada mandi. b) Keluarga klien mengatakan Tn. A lemas. c) Keluarga klien mengatakan Tn. A sesak.</p> <p>Data Objektif a) Kulit tampak kotor dan berdekil. b) Rambut Klien tampak kering dan kusam. c) Klien tampak lemas dan sesak.</p>	<p>Tujuan : Setelah dilakukan intervensi 3x24 jam, diharapkan Defisit Perawatan Diri Teratasi.</p> <p>Kriteria Hasil : 1. Klien terbebas dari baun badan. 2. Menyatakan kenyamanan. 3. Dapat melakukan ADLS dengan bantuan</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor kebutuhan Klien untuk alat-alat bantu untuk kebersihan diri, berpakaian, berhias, yoileting, dan makan. 2. Sediakan bantuan sampai Klien mampu secara utuh untuk melakukan self-care. 3. Ajarkan Klien/ Keluarga untuk mendorong kemandirian, untuk memberikan bantuan hanya jika pasien tidak mampu untuk melakukannya. 4. Berikan aktivitas rutin sehari-hari sesuai kemampuan. 5. Dorong Klien untuk melakukan aktivitas sehari-hari yang normal sesuai kemampuan yang dimiliki. 6. Pertimbangkan usia klien jika mendorong pelaksanaan aktivitas sehari-hari.

3.4 IMPLEMENTASI DAN EVALUASI

NO	DIAGNOSA	Hari/ Tanggal	JAM	IMPLEMENTASI	EVALUASI	PARAF
1	Pola Nafas Tidak Efektif berhubungan dengan Kurangnya Suplai O ₂ Ke Jaringan Otak.	Rabu/ 6 Juni 2018	10:30 WIB	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memposisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi. 2. Mengauskultasi suara nafas, catat adanya suara tambahan. 3. Memonitor respirasi dan status O₂. 4. Mempertahankan jalan nafas yang paten. 5. Mengatur peralatan oksigenasi. 6. Memonitor adanya kecemasan pasien terhadap oksigenasi. 7. Memonitor TD, nadi, suhu, dan RR sesudah dan sebelum, selama, dan setelah aktivitas. 8. Memonitor pola pernapasan abnormal. 9. Memonitor suhu, warna, dan kelembapan kulit. 10. Memonitor sianosis perifer. 	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Keluarga Klien mengatakan, Tn. A masih sesak nafas, batuk, dan Klien masih lemas. <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Klien masih tampak sesak, terpasang O₂ 3 liter. 2) Klien tampak batuk kering. 3) Suara nafas Bronkial dan Vesikuler. 4) Kantong mata bewarna hitam. 5) Klien tampak lemas, dan gelisah. 6) Kuku tampak sianosis. <p>TD : 125/80 mmHg Nadi : 110 ^x/i Pernafasan: 28 ^x/i</p>	

					<p>A : Masalah belum teratasi.</p> <p>P :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memposisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi. 2. Mengauskultasi suara nafas, catat adanya suara tambahan. 3. Memonitor respirasi dan status O₂. 4. Mempertahankan jalan nafas yang paten. 5. Mengatur peralatan oksigenasi. 6. Memonitor adanya kecemasan pasien terhadap oksigenasi. 7. Memonitor TD, nadi, suhu, dan RR sesudah dan sebelum, selama, dan setelah aktivitas. 8. Memonitor pola 	
--	--	--	--	--	---	--

					pernapasan abnormal. 9. Memonitor suhu, warna, dan kelembapan kulit. 10. Memonitor sianosis perifer.	
--	--	--	--	--	--	--

NO	DIAGNOSA	Hari/ Tanggal	JAM	IMPLEMENTASI	EVALUASI	PARAF
1	Nutrisi Kurang dari Kebutuhan berhubungan dengan Anoreksia.	Rabu/ 6 Juni 2018	12:15 WIB	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengkaji Intake dan Output Klien. 2. Meningkatkan intake makan melalui : <ol style="list-style-type: none"> a) Kurangi gangguan dari luar. b) Sajikan makanan dalam kondisi hangat. c) Selingi makan dengan minum. d) Jaga kebersihan mulut Klien. e) Berikan makan sedikit tapi sering. 3. Bekerjasama dengan ahli gizi diet dan makanan yang disukai bila ada. 4. Mengkaji adanya alergi Klien terhadap makanan. 5. Memberikan makan sedikit tapi sering kepada Klien. 	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Keluarga Klien mengatakan, nafsu makan Tn. A masih tidak ada. 2) Klien mengatakan badannya letih. <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Klien masih belum makan sedikit pun. 2) Diet Klien MBTKTP (Makanan Biasa Tinggi Kalori Tinggi Protein). 3) Klien tampak letih dan lemas. 4) Klien tampak kurus. TD : 125/80 mmHg Nadi : 110 ^x/i Pernafasan: 28 ^x/i BB : 35 kg. <p>A : Masalah belum teratasi.</p>	

					<p>P :</p> <ol style="list-style-type: none">1) Mengkaji Intake dan Output Klien.2) Meningkatkan intake makan.3) Berkolaborasi dengan ahli gizi diet dan makanan yang disukai bila ada.4) Mengkaji adanya alergi Klien terhadap makanan.5) Memberikan makan sedikit tapi sering kepada Klien.	
--	--	--	--	--	--	--

NO	DIAGNOSA	Hari/ Tanggal	JAM	IMPLEMENTASI	EVALUASI	PARAF
1	Defisit Perawatan Diri berhubungan dengan Kelemahan.	Rabu/ 6 Juni 2018	09:30 WIB	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor kebutuhan Klien untuk alat-alat bantu untuk kebersihan diri, berpakaian, berhias, toileting, dan makan. 2. Menyediakan bantuan sampai Klien mampu secara utuh untuk melakukan self-care. 3. Mengajarkan Klien/ Keluarga untuk mendorong kemandirian, untuk memberikan bantuan hanya jika pasien tidak mampu untuk melakukannya. 4. Memberikan aktivitas rutin sehari-hari sesuai kemampuan. 5. Mendorong Klien untuk melakukan aktivitas sehari-hari yang normal sesuai kemampuan yang dimiliki. 	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Keluarga Klien mengatakan, Tn. A tidak ada mandi. <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Rambut Klien tidak terlihat rapi. 2) Kuku Klien tampak tidak bersih. 3) Mulut pasien berbau. <p>A :</p> <p>Masalah belum teratasi.</p> <p>P :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Memonitor kebutuhan Klien untuk alat-alat bantu untuk kebersihan diri, berpakaian, berhias, toileting, dan makan. 2) Menyediakan bantuan 	

					<p>sampai Klien mampu secara utuh untuk melakukan self-care.</p> <p>3) Mengajarkan Klien/ Keluarga untuk mendorong kemandirian, untuk memberikan bantuan hanya jika pasien tidak mampu untuk melakukannya.</p> <p>4) Memberikan aktivitas rutin sehari-hari sesuai kemampuan.</p> <p>5) Mendorong Klien untuk melakukan aktivitas sehari-hari yang normal sesuai kemampuan yang dimiliki.</p>	
--	--	--	--	--	---	--

NO	DIAGNOSA	Hari/ Tanggal	JAM	IMPLEMENTASI	EVALUASI	Paraf
2	Pola Nafas Tidak Efektif berhubungan dengan Kurangnya Suplai O ₂ Ke Jaringan Otak.	Kamis/ 7 Juni 2018	11:30 WIB	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memposisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi. 2. Mengauskultasi suara nafas, catat adanya suara tambahan. 3. Memonitor respirasi dan status O₂. 4. Mempertahankan jalan nafas yang paten. 5. Mengatur peralatan oksigenasi. 6. Memonitor adanya kecemasan pasien terhadap oksigenasi. 7. Memonitor TD, nadi, suhu, dan RR sesudah dan sebelum, selama, dan setelah aktivitas. 8. Memonitor pola pernapasan abnormal. 9. Memonitor suhu, warna, dan kelembapan kulit. 10. Memonitor sianosis perifer. 	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Keluarga Klien mengatakan, Tn. A masih sesak nafas, batuk, dan Klien masih tampak lemas. <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Klien masih tampak sesak dan terpasang O₂ 3 liter. 2) Klien tampak masih batuk kering. 3) Kantong mata bewarna hitam. 4) Klien tampak lemas dan gelisah. 5) Kuku tampak sianosis. <p>TD : 125/80 mmHg Nadi : 110^x/i Pernafasan: 29^x/i</p>	

					<p>A : Masalah belum teratasi.</p> <p>P :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memposisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi. 2. Mengauskultasi suara nafas, catat adanya suara tambahan. 3. Memonitor respirasi dan status O₂. 4. Mempertahankan jalan nafas yang paten. 5. Mengatur peralatan oksigenasi. 6. Memonitor adanya kecemasan pasien terhadap oksigenasi. 7. Memonitor TD, nadi, suhu, dan RR sesudah dan sebelum, selama, dan setelah aktivitas. 8. Memonitor pola 	
--	--	--	--	--	---	--

					pernapasan abnormal. 9. Memonitor suhu, warna, dan kelembapan kulit. 10. Memonitor sianosis perifer.	
--	--	--	--	--	--	--

NO	DIAGNOSA	Hari/ Tanggal	JAM	IMPLEMENTASI	EVALUASI	PARAF
2	Nutrisi Kurang dari Kebutuhan berhubungan dengan Anoreksia.	Kamis/ 7 Juni 2018	12:00 WIB	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengkaji Intake dan Output Klien. 2. Meningkatkan intake makan melalui : <ol style="list-style-type: none"> a) Kurangi gangguan dari luar. b) Sajikan makanan dalam kondisi hangat. c) Selingi makan dengan minum. d) Jaga kebersihan mulut Klien. e) Berikan makan sedikit tapi sering. 3. Berkolaborasi dengan ahli gizi diet dan makanan yang disukai bila ada. 4. Mengkaji adanya alergi Klien terhadap makanan. 5. Memberikan makan sedikit tapi sering kepada Klien. 	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Keluarga Klien mengatakan, nafsu makan Tn. A masih belum ada. 2) Klien mengatakan kalau dirinya mudah capek dan hanya bisa tidur. <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Klien sudah makan, tetapi tidak habis $\frac{1}{2}$ porsi. 2) Diit Klien MBTKTP (Makanan Biasa Tinggi Kalori Tinggi Protein). 3) Klien tampak letih dan lemas. <p>TD : 125/80 mmHg Nadi : 110 ^x/i Pernafasan: 29 ^x/i BB : 35 kg</p>	

					<p>A : Masalah belum teratasi.</p> <p>P :</p> <ol style="list-style-type: none">1) Mengkaji Intake dan Output Klien.2) Meningkatkan intake makan3) Berkolaborasi dengan ahli gizi diet dan makanan yang disukai bila ada.4) Mengkaji adanya alergi Klien terhadap makanan.5) Memberikan makan sedikit tapi sering kepada Klien.	
--	--	--	--	--	---	--

NO	DIAGNOSA	Hari/ Tanggal	JAM	IMPLEMENTASI	EVALUASI	PARAF
2	Defisit Perawatan Diri berhubungan dengan Kelemahan.	Kamis/ 7 Juni 2018	08:25 WIB	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor kebutuhan Klien untuk alat-alat bantu untuk kebersihan diri, berpakaian, berhias, toileting, dan makan. 2. Menyediakan bantuan sampai Klien mampu secara utuh untuk melakukan self-care. 3. Mengajarkan Klien/ Keluarga untuk mendorong kemandirian, untuk memberikan bantuan hanya jika pasien tidak mampu untuk melakukannya. 4. Memberikan aktivitas rutin sehari-hari sesuai kemampuan. 5. Mendorong Klien untuk melakukan aktivitas sehari-hari yang normal sesuai kemampuan yang dimiliki. 	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Keluarga Klien mengatakan, klien merasa senang karena merasa segar dan merasa bersih. <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Klien tampak sudah bersih. 2) Klien tampak banyak tidur. 3) Klien sudah tampak rapi. <p>A :</p> <p>Masalah belum teratasi.</p> <p>P :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Mengajarkan Klien/ Keluarga untuk mendorong kemandirian, untuk memberikan bantuan hanya jika pasien 	

					<p>tidak mampu untuk melakukannya.</p> <p>2) Memberikan aktivitas rutin sehari-hari sesuai kemampuan.</p> <p>3) Mendorong Klien untuk melakukan aktivitas sehari-hari yang normal sesuai kemampuan yang dimiliki.</p>	
--	--	--	--	--	---	--

NO	DIAGNOSA	Hari/ Tanggal	JAM	IMPLEMENTASI	EVALUASI	PARAF
3	Pola Nafas Tidak Efektif berhubungan dengan Kurangnya Suplai O ₂ Ke Jaringan Otak.	Jum'at/ 8 Juni 2018	09:27 WIB	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memposisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi. 2. Mengauskultasi suara nafas, catat adanya suara tambahan. 3. Memonitor respirasi dan status O₂. 4. Mempertahankan jalan nafas yang paten. 5. Mengatur peralatan oksigenasi. 6. Memonitor adanya kecemasan pasien terhadap oksigenasi. 7. Memonitor TD, nadi, suhu, dan RR sesudah dan sebelum, selama, dan setelah aktivitas. 8. Memonitor pola pernapasan abnormal. 9. Memonitor suhu, warna, dan kelembapan kulit. 10. Memonitor sianosis perifer. 	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Keluarga Klien mengatakan, Tn. A masih sesak nafas, batuk, dan Klien masih tampak lemas. <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Klien masih tampak sesak dan terpasang O₂ 3 liter. 2) Klien tampak batuk kering. 3) Kantong mata bewarna hitam. 4) Klien tampak lemas dan gelisah. 5) Kuku tampak sianosis. <p>TD : 130/80 mmHg Nadi : 112 ^x/i Pernafasan: 28 ^x/i</p>	

					<p>A : Masalah belum teratasi.</p> <p>P :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memposisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi. 2. Mengauskultasi suara nafas, catat adanya suara tambahan. 3. Memonitor respirasi dan status O₂. 4. Mempertahankan jalan nafas yang paten. 5. Mengatur peralatan oksigenasi. 6. Memonitor adanya kecemasan pasien terhadap oksigenasi. 7. Memonitor TD, nadi, suhu, dan RR sesudah dan sebelum, selama, dan setelah aktivitas. 8. Memonitor pola 	
--	--	--	--	--	---	--

					pernapasan abnormal. 9. Memonitor suhu, warna, dan kelembapan kulit. 10. Memonitor sianosis perifer.	
--	--	--	--	--	--	--

NO	DIAGNOSA	Hari/ Tanggal	JAM	IMPLEMENTASI	EVALUASI	PARAF
3	Nutrisi Kurang dari Kebutuhan berhubungan dengan Anoreksia.	Jum'at/ 8 Juni 2018	12:00 WIB	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengkaji Intake dan Output Klien. 2. Meningkatkan intake makan melalui : <ol style="list-style-type: none"> a) Kurangi gangguan dari luar. b) Sajikan makanan dalam kondisi hangat. c) Selingi makan dengan minum. d) Jaga kebersihan mulut Klien. e) Berikan makan sedikit tapi sering. 3. Bekerjasama dengan ahli gizi diet dan makanan yang disukai bila ada. 4. Mengkaji adanya alergi Klien terhadap makanan. 5. Memberikan makan sedikit tapi sering kepada Klien. 	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Keluarga Klien mengatakan, nafsu makan Tn. A masih belum ada. 2) Klien mengatakan kalau dirinya mudah capek dan hanya bisa tidur. <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Klien sudah makan, tetapi tetap masih belum menghabiskan ½ porsi. 2) Diit Klien MBTKTP (Makanan Biasa Tinggi Kalori Tinggi Protein). 3) Klien tampak letih dan lemas. <p>TD : 130/80 mmHg Nadi : 112 ^x/i Pernafasan: 28 ^x/i BB : 35 kg.</p>	

					<p>A : Masalah belum teratasi.</p> <p>P :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Mengkaji Intake dan Output Klien. 2) Meningkatkan intake makan melalui : <ol style="list-style-type: none"> a) Kurangi gangguan dari luar. b) Sajikan makanan dalam kondisi hangat. c) Selingi makan dengan minum. d) Jaga kebersihan mulut Klien. e) Berikan makan sedikit tapi sering. 3) Berkolaborasi dengan ahli gizi diet dan makanan yang disukai bila ada. 4) Mengkaji adanya alergi Klien terhadap makanan. 	
--	--	--	--	--	--	--

NO	DIAGNOSA	Hari/ Tanggal	JAM	IMPLEMENTASI	EVALUASI	PARAF
3	Defisit Perawatan Diri berhubungan dengan Kelemahan.	Jum'at/ 8 Juni 2018	08:30 WIB	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor kebutuhan Klien untuk alat-alat bantu untuk kebersihan diri, berpakaian, berhias, toileting, dan makan. 2. Menyediakan bantuan sampai Klien mampu secara utuh untuk melakukan self-care. 3. Mengajarkan Klien/ Keluarga untuk mendorong kemandirian, untuk memberikan bantuan hanya jika pasien tidak mampu untuk melakukannya. 4. Memberikan aktivitas rutin sehari-hari sesuai kemampuan. 5. Mendorong Klien untuk melakukan aktivitas sehari-hari yang normal sesuai kemampuan yang dimiliki. 	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Keluarga Klien mengatakan, klien merasa senang karena merasa segar dan merasa bersih. <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Klien tampak sudah bersih. 2) Klien tampak banyak tidur. 3) Klien sudah tampak rapi. <p>A :</p> <p>Masalah belum teratasi.</p> <p>P :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Mengajarkan Klien/ Keluarga untuk mendorong kemandirian, untuk memberikan bantuan hanya jika pasien 	

					<p>tidak mampu untuk melakukannya.</p> <p>2) Memberikan aktivitas rutin sehari-hari sesuai kemampuan.</p> <p>3) Mendorong Klien untuk melakukan aktivitas sehari-hari yang normal sesuai kemampuan yang dimiliki.</p>	
--	--	--	--	--	---	--

BAB IV

PEMBAHASAN

Asuhan Keperawatan pada Tn. A dengan Penyakit Leukemia Di Ruang Rawat Inap Ambun Suri Lantai 3 RSUD Achmad Mochtar Bukittinggi dilakukan pada tanggal 06 sampai dengan tanggal 08 Juni 2018, ada beberapa hal yang perlu dibahas dan di perhatikan dalam penerapan kasus keperawatan tersebut.

Penulis telah menerapkan dan mengaplikasikan proses Asuhan Keperawatan pada Klien dengan penyakit Leukemia sesuai dengan teori-teori yang ada. Untuk melihat lebih jelas asuhan keperawatan yang diberikan dan sejauh mana keberhasilan yang dicapai, dapat diuraikan sesuai dengan tahap-tahap proses keperawatan dimulai dari Pengkajian, Diagnosa keperawatan, Intervensi, Implementasi, dan Evaluasi.

4.1 Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap yang sistematis dalam mengumpulkan data tentang individu, keluarga, dan kelompok, (Carpenito dan Moyet, 2007). Dalam melakukan pengkajian pada Tn. A, data yang didapatkan dominan dari keluarga klien, dan sebagian dari klien, dan dari catatan medis serta tenaga kesehatan lainnya.

4.1.1 Identitas Klien

Dalam melakukan pengkajian kasus pada klien, penulis menemukan kesulitan untuk mendapatkan data dari Klien, karena Klien mengalami sesak nafas, sehingga susah untuk berkomunikasi dengan penulis. Namun keluarga Klien dapat memberikan banyak informasi tentang Klien ketika ditanya.

4.1.2 Keluhan Utama

Secara teoritis dilihat dari keluhan utama yaitu Klien mengeluhkan perasaan letih, nyeri, pada ekstermitas, berkeringat dimalam hari, penurunan selera makan, sakit kepala, dan perasaan tidak enak badan. Ketika penulis melakukan pengkajian keluhan utama pada hari Rabu, Jam 09.00, tanggal 6 Juni 2018 di ruangan Ambun Suri Lantai 3 RSUD Achmad Mochtar Bukittinggi, ada satu keluhan yang memiliki kesamaan, yaitu penurunan selera makan.

4.1.3 Riwayat Kesehatan Sekarang

Secara teoritis dilihat dari manifestasi klinis pada Klien dengan leukemia ditemukan adanya demam, anemia, perdarahan, kelemahan, nyeri tulang atau sendi dengan atau tanpa pembengkakan. Sedangkan ketika penulis melakukan pengkajian pada hari Rabu, tanggal 6 Juni 2018, jam 09:00 WIB keluarga klien mengatakan bahwa Tn. A masih sesak, lemas, batuk kering sejak 1 minggu yang lalu, kurang tidur, tidak mau makan, mulut klien kering, bibir kering, tidak mandi, dan pusing. Hal ini tidak semuanya sama dengan pengkajian riwayat kesehatan sekarang secara teoritis dibandingkan dengan yang penulis temukan dalam pengkajian pada Tn. A, hanya kelemahan saja yang sama dengan riwayat kesehatan sekarang secara teoritisnya.

4.1.4 Riwayat Kesehatan Dahulu

Pada tinjauan teoritis ditemukan adanya penyakit keturunan pada Klien seperti Hipertensi, DM, Jantung, dan riwayat penyakit lainnya.

Pada tinjauan kasus saat dilakukan pengkajian, keluarga klien mengatakan bahwa Tn. A pernah dirawat di rumah sakit lebih kurang 2 tahun yang lalu dirawat selama 2 minggu akibat sakit maag. Keluarga klien mengatakan sebelumnya tidak ada riwayat leukemia pada klien.

4.1.5 Riwayat Kesehatan Keluarga

Pada tinjauan teoritis ditemukan adanya penyakit keturunan pada Keluarga Klien seperti Hipertensi, DM, Jantung, dan riwayat penyakit menular seperti HIV, TBC, dan Hepatitis. Pada tinjauan kasus ditemukan bahwa keluarga klien mengatakan tidak ada riwayat penyakit keturunan seperti Hipertensi, DM, Jantung, dan riwayat penyakit menular seperti HIV, TBC, dan Hepatitis.

4.1.6 Pemeriksaan Fisik

Pada tinjauan teoritis yang di kaji yaitu keadaan umum, tanda-tanda vital (TTV), Antropometri, Sistem Pernafasan, Sistem Kardiovaskuler, Sistem Pencernaan, Sistem Muskuloskeletal, Sistem Integumen, Sistem Endokrin, Sistem Pengindraan, Sistem Reproduksi, Sistem Neurologis, Fungsi Motorik, dan Fungsi Sensorik. Tinjauan Teoritis dengan yang penulis lakukan tidak jauh

beda, tetapi ditemukannya beberapa masalah ketika pengkajian yaitu, pada bagian Antropometri BB mengalami penurunan dalam 1 minggu dari 40 kg sewaktu sehat, menjadi 38 kg ketika sakit, pada bagian penginderaan Konjungtiva Anemis, ukuran pupil Isokor $\frac{2}{3}$ mm, sklera tidak Ikterik, kantong mata tampak hitam, pada bagian kardiovaskuler bunyi jantung Klien murmur, dan pada bagian integumen, ketika ditekan kulit Klien, turgor kulit kembali dalam waktu 4 detik. Tekanan darah Klien yaitu 130/80 mmHg, Nadi 107 \times /i, Pernafasan 28 \times /i, Suhu 37 °C. Kesadaran Tn. A adalah Compos Mentis, dan GCS E(4) M(6) V(5).

4.2 Diagnosa Keperawatan

Pada tinjauan teoritis ditemukan 9 diagnosa keperawatan sedangkan pada tinjauan kasus ditemukan 3 diagnosa keperawatan yang utama ditemui pada klien. Diagnosa yang ditemukan pada teori, menurut buku NANDA (2015) dan buku SDKI (2016 & 2017), Diagnosa keperawatan yang sering muncul pada Klien dengan Leukemia, yaitu :

1. Nyeri Kronik berhubungan dengan Agen Injury Biologi.
2. Pola Nafas Tidak Efektif berhubungan dengan Kurangnya Suplai O₂ Ke Jaringan Otak.
3. Intoleransi Aktivitas berhubungan dengan Kelemahan.
4. Defisit Perawatan Diri berhubungan dengan Kelemahan.
5. Resiko Infeksi berhubungan dengan Pertahanan Sekunder Inadekuat (penurunan Hb).
6. Resiko Kurang Volume Cairan berhubungan dengan Kehilangan Berlebihan (muntah, perdarahan, diare), penurunan pemasukan cairan (mual, anoreksia).
7. Nutrisi Kurang Dari Kebutuhan Tubuh berhubungan dengan Anoreksia.
8. Gangguan Citra Tubuh berhubungan dengan Alopesia.
9. Kurang Pengetahuan berhubungan dengan Kurang Informasi.

Sedangkan pada kasus ditemukan 3 diagnosa keperawatan utama, yaitu :

1. Pola Nafas Tidak Efektif berhubungan dengan Kurangnya Suplai O₂ Ke Jaringan Otak.
2. Nutrisi Kurang dari Kebutuhan berhubungan dengan Anoreksia.

3. Defisit Perawatan Diri berhubungan dengan Kecemasan, Kelemahan, dan Kelelahan.

Diagnosa yang lain tidak muncul pada tinjauan kasus, karena tidak ada data pendukung pada tinjauan kasus diatas. Namun dari ke 8 diagnosa, 3 dari diagnosa itu masuk kedalam tinjauan kasus, karena memiliki data yang mendukung dengan tinjauan kasus yang penulis lakukan dalam Asuhan Keperawatan.

4.3 Intervensi

Dalam menyusun rencana tindakan keperawatan kepada klien berdasarkan prioritas masalah yang ditemukan, tidak semua rencana tindakan pada teori dapat ditegakkan pada tinjauan kasus, karena rencana tindakan pada tinjauan kasus disesuaikan dengan keluhan dan keadaan klien.

- a. Untuk diagnosa pertama

Pola Nafas Tidak Efektif, rencana tindakan yang akan dilakukan adalah posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi, auskultasi suara nafas, catat adanya suara tambahan, atur intake untuk cairan mengoptimalkan keseimbangan, monitor respirasi dan status O₂, bersihkan mulut, hidung, dan secret trakea, pertahankan jalan nafas yang paten, atur peralatan oksigenasi, monitor adanya kecemasan pasien terhadap oksigenasi, monitor TD, nadi, suhu, dan RR sesudah dan sebelum, selama, dan setelah aktivitas, monitor frekuensi dan irama pernapasan, monitor pola pernapasan abnormal, monitor suhu, warna, dan kelembapan kulit, monitor sianosis perifer.

- b. Untuk diagnosa kedua

Nutrisi Kurang dari Kebutuhan, rencana tindakan yang akan dilakukan adalah kaji Intake dan Output Klien, tingkatkan intake makan melalui : kurangi gangguan dari luar, sajikan makanan dalam kondisi hangat, selingi makan dengan minum, jaga kebersihan mulut Klien, berikan makan sedikit tapi sering, kolaborasi dengan ahli gizi diet dan makanan yang disukai bila ada, kaji adanya alergi Klien terhadap makanan, memberikan makan sedikit tapi sering kepada Klien.

- c. Untuk diagnosa ketiga

Defisit Perawatan Diri, rencana tindakan yang akan dilakukan adalah monitor kebutuhan Klien untuk alat-alat bantu untuk kebersihan diri, berpakaian, berhias,

yoileting, dan makan, sediakan bantuan sampai Klien mampu secara utuh untuk melakukan self-care, ajarkan Klien/ Keluarga untuk mendorong kemandirian, untuk memberikan bantuan hanya jika pasien tidak mampu untuk melakukannya, berikan aktivitas rutin sehari-hari sesuai kemampuan, dorong Klien untuk melakukan aktivitas sehari-hari yang normal sesuai kemampuan yang dimiliki, pertimbangkan usia klien jika mendorong pelaksanaan aktivitas sehari-hari.

4.4 Implementasi

Setelah rencana tindakan ditetapkan, maka dilanjutkan dengan melakukan rencana tersebut dalam bentuk nyata, dalam melakukan Asuhan Keperawatan pada Klien Leukemia, hal ini tidaklah mudah. Terlebih dahulu penulis mengatur strategi agar tindakan keperawatan dapat terlaksana, yang dimulai dengan melakukan pendekatan pada Klien agar nantinya Klien mau melaksanakan apa yang perawat anjurkan, sehingga seluruh rencana tindakan keperawatan yang dilaksanakan sesuai dengan masalah yang dihadapi klien.

a. Untuk diagnosa pertama

Pola Nafas Tidak Efektif, rencana tindakan yang akan dilakukan adalah:

- 1) Memposisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi.
- 2) Mengauskultasi suara nafas, catat adanya suara tambahan.
- 3) Mengatur intake untuk cairan mengoptimalkan keseimbangan.
- 4) Memonitor respirasi dan status O₂.
- 5) Membersihkan mulut, hidung, dan secret trakea.
- 6) Mempertahankan jalan nafas yang paten.
- 7) Mengatur peralatan oksigenasi.
- 8) Memonitor adanya kecemasan pasien terhadap oksigenasi.
- 9) Memonitor TD, nadi, suhu, dan RR sesudah dan sebelum, selama, dan setelah aktivitas.
- 10) Memonitor frekuensi dan irama pernapasan.
- 11) Memonitor pola pernapasan abnormal.
- 12) Memonitor suhu, warna, dan kelembapan kulit.
- 13) Memonitor sianosis perifer.

Hasil yang didapatkan dalam melakukan Implementasi didiagnosa pertama adalah masalah belum teratasi, karena pola nafas Tn. A masih belum efektif, Tn. A masih tampak sesak.

b. Untuk diagnosa kedua

Nutrisi Kurang dari Kebutuhan, rencana tindakan yang akan dilakukan adalah :

- 1) Mengkaji Intake dan Output Klien.
- 2) Meningkatkan intake makan melalui :
 - a) Mengurangi gangguan dari luar.
 - b) Menyajikan makanan dalam kondisi hangat.
 - c) Menyelingi makan dengan minum.
 - d) Menjaga kebersihan mulut Klien.
 - e) Memberikan makan sedikit tapi sering.
- 3) Berkolaborasi dengan ahli gizi diet dan makanan yang disukai bila ada.
- 4) Mengkaji adanya alergi Klien terhadap makanan.
- 5) Memberikan makan sedikit tapi sering kepada Klien.

Hasil yang didapatkan dalam melakukan Implementasi didiagnosa kedua adalah masalah belum teratasi. Tn. A pada pengkajian hari ke 2, sudah mulai makan, tetapi belum menghabiskan ½ porsi.

c. Untuk diagnosa ketiga

Defisit Perawatan Diri, rencana tindakan yang akan dilakukan adalah :

- 1) Memonitor kebutuhan Klien untuk alat-alat bantu untuk kebersihan diri, berpakaian, berhias, toileting, dan makan.
- 2) Menyediakan bantuan sampai Klien mampu secara utuh untuk melakukan self-care.
- 3) Mengajarkan Klien/ Keluarga untuk mendorong kemandirian, untuk memberikan bantuan hanya jika pasien tidak mampu untuk melakukannya.
- 4) Memberikan aktivitas rutin sehari-hari sesuai kemampuan.
- 5) Mendorong Klien untuk melakukan aktivitas sehari-hari yang normal sesuai kemampuan yang dimiliki.

Hasil yang didapatkan dalam melakukan Implementasi didiagnosa kedua adalah masalah sudah teratasi, karena pada hari ke 2, keluarga sudah mulai membantu

membersihkan tubuh klien, Klien sudah tampak bersih dari hari sebelumnya, Klien mengatakan merasa senang, karena merasa segar dan bersih.

Dalam melakukan tindakan keperawatan, penulis tidak menemukan kesulitan yang berarti, hal ini disebabkan karena :

- a) Adanya faktor perencanaan yang baik dan keaktifan keluarga dalam perawatan sehingga memudahkan untuk melakukan asuhan pada tindakan Keperawatan.
- b) Pendekatan yang dilakukan dengan baik sehingga keluarga merasa percaya sehingga memudahkan dalam pemberian serta pelaksanaan tindakan Keperawatan.
- c) Adanya kerja sama yang baik antara penulis dengan petugas ruangan sehingga penulis mendapatkan bantuan dalam melakukan tindakan asuhan Keperawatan.

4.5 Evaluasi

Evaluasi adalah penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan, (Rohmah & Walid, 2012). Dari 3 diagnosa keperawatan yang penulis tegakkan sesuai dengan apa yang penulis temukan dalam melakukan studi kasus dan melakukan asuhan keperawatan, kurang lebih sudah mencapai perkembangan yang lebih baik dan optimal, maka dari itu dalam melakukan asuhan keperawatan untuk mencapai hasil yang maksimal memerlukan adanya kerja sama antara penulis dengan klien, perawat, dokter, dan tim medis lainnya.

Penulis mengevaluasi selama 3 hari berturut-turut dari tanggal 06-08 Juni 2018.

- a. Pada diagnosa yang pertama yaitu Pola Nafas Tidak Efektif berhubungan dengan Kurangnya Suplai O₂ Ke Jaringan Otak dianggap dianggap belum teratasi, karena keluarga Klien mengatakan Tn. A masih sesak nafas, batuk, dan Klien masih tampak lemas dan pucat, didapatkan hasil pengkajian pada hari pertama tanggal 6 Juni 2018, Klien masih tampak sesak, terpasang O₂ 3 liter, Klien tampak batuk kering, Kantong mata bewarna hitam, Klien tampak lemas, wajah pucat, dan gelisah, TD : 125/80 mmHg, Nadi : 110 ^x/i, dan Pernafasan : 28 ^x/i. Pada hari kedua tanggal 7 Juni 2018, Klien masih tampak sesak dan terpasang O₂ 3 liter, Klien tampak batuk kering, Kantong mata bewarna hitam, Klien tampak lemas, pucat, dan gelisah, TD : 125/80 mmHg,

Nadi : 110 ^x/i, Pernafasan : 29 ^x/i. Pada hari ketiga tanggal 8 Juni 2018, Klien masih tampak sesak dan terpasang O₂ 3 liter, Klien tampak batuk kering, Kantong mata bewarna hitam, Klien tampak lemas, pucat, dan gelisah, TD : 130/80 mmHg, Nadi : 112 ^x/i, Pernafasan : 28 ^x/i.

- b. Pada diagnosa yang kedua yaitu Nutrisi Kurang dari Kebutuhan berhubungan dengan Anoreksia dianggap belum teratasi, karena keluarga Klien mengatakan nafsu makan Tn. A masih belum ada, Klien mengatakan badannya letih. Pada hari pertama tanggal 6 Juni 2018, Klien masih belum makan sedikit pun, Diit Klien MBTKTP (Makanan Biasa Tinggi Kalori Tinggi Protein), Klien tampak letih dan lemas, TD : 125/80 mmHg, Nadi : 110 ^x/i, Pernafasan : 28 ^x/i, BB : 38 kg. Pada hari kedua tanggal 7 Juni 2018, Klien sudah makan, tetapi tidak habis ¹/₂ porsi, Diit Klien MBTKTP (Makanan Biasa Tinggi Kalori Tinggi Protein), Klien tampak letih dan lemas, TD : 125/80 mmHg, Nadi : 110 ^x/i, Pernafasan : 29 ^x/i, BB : 38 kg. Pada hari ketiga tanggal 8 Juni 2018, Klien sudah makan, tetapi tetap masih belum menghabiskan ¹/₂ porsi, Diit Klien MBTKTP (Makanan Biasa Tinggi Kalori Tinggi Protein), Klien tampak letih dan lemas, TD : 130/80 mmHg, Nadi : 112 ^x/i, Pernafasan : 28 ^x/i, BB : 38 kg.
- c. Pada diagnosa yang ketiga yaitu Defisit Perawatan Diri berhubungan dengan Kelemahan, dan Kelelahan dianggap sudah teratasi, karena Keluarga Klien mengatakan, klien merasa senang karena merasa segar dan merasa bersih. Pada hari pertama tanggal 6 Juni 2018, Rambut Klien tidak terlihat rapi, Kuku Klien tampak tidak bersih, Mulut pasien berbau. Pada hari kedua tanggal 7 Juni 2018, Klien tampak sudah bersih, Klien tampak banyak tidur, Klien sudah tampak rapi. Pada hari ketiga tanggal 8 Juni 2018, Klien tampak sudah bersih, Klien tampak banyak tidur, Klien sudah tampak rapi.

BAB V

KESIMPULAN

5.1 Kesimpulan

Dari pelaksanaan asuhan keperawatan pada Klien Tn. A dengan Leukemia di ruang Rawat Inap Ambun Suri Lantai 3 RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2018, dapat disimpulkan :

1. Konsep Dasar penyakit Leukemia secara teoritis seperti pengertian, anatomi, dan fisiologi, etiologi, manifestasi klinis, parafisiologi dan WOC, pemeriksaan penunjang, penatalaksanaan dan komplikasi dalam pengamatan kasus di lapangan dapat dipahami dengan baik oleh penulis maupun pembaca.
2. Pengkajian pada Tn. A dengan penyakit Leukemia di ruang rawat inap Ambun Suri lantai 3 RSUD Achmad Mochtar Bukittinggi tahun 2018 dapat dilakukan dengan baik dan tidak mengalami kesulitan dalam mengumpulkan data, hanya saja informasi lebih banyak didapat dari keluarga.
3. Pada Diagnosa asuhan keperawatan penyakit Leukemia di ruang rawat inap Ambun Suri lantai 3 RSUD Achmad Mochtar Bukittinggi tahun 2018 dapat dirumuskan 3 diagnosa keperawatan utama sesuai prioritas masalah pada tinjauan kasus yaitu :
 - a) Pola Nafas Tidak Efektif berhubungan dengan Kurangnya Suplai O₂ Ke Jaringan Otak.
 - b) Nutrisi Kurang dari Kebutuhan berhubungan dengan Anoreksia.
 - c) Defisit Perawatan Diri berhubungan dengan Kelemahan.
4. Pada perencanaan/ Intervensi Keperawatan yang akan dilakukan dalam Asuhan Keperawatan pada Tn. A dengan penyakit Leukemia di ruang rawat inap Ambun Suri lantai 3 RSUD Achmad Mochtar Bukittinggi tahun 2018 dapat diterapkan pada tinjauan kasus.
5. Implementasi pada Tn. A dengan penyakit Leukemia di ruang rawat inap Ambun Suri lantai 3 RSUD Achmad Mochtar Bukittinggi tahun 2018, hampir semua dapat dilakukan, namun ada beberapa rencana tindakan yang penulis tidak lakukan tetapi dilakukan oleh perawat ruangan tersebut.
6. Evaluasi pada Tn. A dengan penyakit Leukemia di ruang rawat inap Ambun Suri lantai 3 RSUD Achmad Mochtar Bukittinggi tahun 2018 dapat dilakukan dengan baik, tetapi ada juga beberapa masalah yang masih belum teratasi.

5.2 Saran

5.1.1 Bagi Mahasiswa

Diharapkan bagi mahasiswa agar dapat mencari informasi dan memperluas wawasan mengenai klien dengan Leukemia karena dengan adanya pengetahuan dan wawasan yang luas, mahasiswa akan mampu mengembangkan diri dalam masyarakat mengenai Leukemia, dan faktor-faktor pencetusnya, serta bagaimana pencegahan untuk kasus tersebut.

5.1.2 Bagi Institusi Pendidikan

Peningkatan kualitas dan pengembangan ilmu mahasiswa melalui studi kasus agar dapat menerapkan asuhan keperawatan pada klien dengan Leukemia secara komprehensif.

5.1.3 Bagi Rumah Sakit

Bagi institusi pelayanan kesehatan, memberikan pelayanan dan mempertahankan hubungan kerja yang baik antara tim kesehatan dan klien yang ditunjukkan untuk meningkatkan mutu asuhan keperawatan yang optimal agar tidak terjadi komplikasi lain dari penyakit Leukemia.

DAFTAR PUSTAKA

- Asra D. 2011. *Leukemia*. Artikel. Surabaya: Universitas USU.
- A V. Hoffard, P. A. H Moss; alih bahasa, Brahm U. Pendit, Liana Setiawan, Anggraini Iriani; editor edisi bahasa Indonesia, Ferdy Sandra. 2013. *Kapita selekta Hematologi*. Edisi ke-6. Jakarta: EGC.
- Corwin, Elizabeth j. 2001. *Buku Saku Patofisiologi*. Jakarta: EGC.
- Cummins, Richard O. Et al. 2003. 'The reference Textbook. ACLS Principle and Praticce'. American Heart Assocoations, Inc.
- Depkes. 2017. *Angka Kejadian Leukemia*. www.depkes.go.id.
- Dinkes Sumbar Provinsi. *Angka Kejadian Leukemia Provinsi Sumatra Barat*. dinkes.sumbarprov.go.id.
- Fakultas Kedokteran Universitas Andalas. 2014. *Leukemia Mieloid Akut*. scholar.unand.ac.id.
- Felicia Herty. 2013. *Gejala Penyakit Leukemia.pdf*. www.scribd.com.
- Gibson J. (Penerjemah: Sugiarto B). 2003. *Fisiologi dan Anatomi Modern untuk Perawat*. Edisi ke-2. Jakarta: EGC.
- Hillman R. S., K.A. Ault, Rinder H. M. 2005. *Hematology in Clinical Praticce- A Guide to Diagnosis and Management*. 4th Ed. New York: McGraw-Hill.
- Hudak, C.M. dan B.M. Gallo 1997. *Keperawatan Kritis. Pendekatan Holistik*. Edisi ke-6. Jakarta: EGC.
- Ignatavicius, Donna D. Dan Marilyn V. Bayne. 1991. *Medical Surgical Nursing, A Nursing Process Approach*. Vol 2. W.B. Philadelphia: Saunderss Company.
- Kee, Joyce L. dan Evelyn R. Hayes. 1996. *Farmakologi: Pendekatan Proses Keperawatan*. Jakarta: EGC.
- Nurarif .A. H. Dan Kusuma. H.. 2015. *APLIKASI Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis & NANDA NIC NOC*. Jokjakarta: MediAction.
- Nurilawati. 2012. *Leukimia*. Jurnal. Surabaya: Universitas USU.
- Nursalam. 2009. *Manajemen Keperawatan*. Jakarta : Selemba Medika.
- Phizer. 2017. *AML, Jenis Leukimia pada Orang Dewasa*. www.pfizer.co.id.
- Potter dan Perry. 1983. *Shock: Comprehensive Nursing Management*. St. Louise, Missouri: Mosby Company.
- Potter dan Perry. 2005. *Fundamental Keperawatan. Konsep, proses dan praktik*. Edisi ke-4. Jakarta: EGC.

- Pratanu, Sunoto. 2000. *Buku Pedoman Kursus Elektrokardiologi*. Surabaya: Karya Pembina Swajaya.
- Price, Sylvia A. Dan Lorraine M. Wilson. 1995. *Patofisiologi, Konsep Klinis Proses-proses Penyakit*. Edisi ke-4. Jakarta: EGC.
- Smeltzer, Suzanne C. Dan Brenda G. Bare. 2002. *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunner & Suddarth*. Edisi ke-8. Jakarta: EGC.
- Unair News. 2017. *Penyakit Leukemia Akut Banyak Jangkiti Anak-anak*. news.unair.ac.id.

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



I. Identitas Penulis

Nama : FARID MUHAMMAD DZAKI
Tempat/ Tanggal Lahir : Payakumbuh/ 13 Agustus 1997
Alamat : Kel. Koto Kociak Kubu Tapak Rajo, Koto Nan
Gadang, Kecamatan Payakumbuh Utara, Kota
Payakumbuh

II. Nama Orang Tua

Ayah : Syafril
Ibu : Netri, S.Pd

III. Riwayat Pendidikan

SDN 57 Balai Cacang Payakumbuh : 2003-2009
SMPN 2 Payakumbuh : 2009-2013
SMA ISLAM RAUDHATUL JANNAH : 2013-2015
STIKes Perintis Sumatera Barat : 2015-2018

PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN PERINTIS PADANG

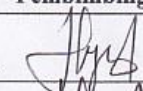
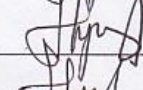
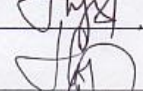
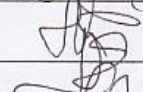

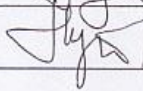
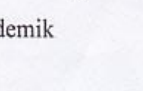

LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN

Nama Mahasiswa : FARID MUHAMMAD DZAKI

Nim : 1514401004

Pembimbing : Ns. YULI PERMATA SARI, M. Kep

Judul KTI Studi Kasus : Asekin Keperawatan Pada Klien Tr. A Dengan Penyakit Leukimia Di Ruang Rawat Inap Ambun Sari Lantai 3 RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2018.

NO	Hari/ Tanggal	Materi Bimbingan	Tanda Tangan Pembimbing
1	Senin - 25/6-2018	lesur bab I, II, III perbaiki sesuai saran dan catatan	
2	Jumat - 29/6-2018	bab IV dan V perbaiki sesuai dg saran dan catatan	
3	Selasa 3-juli 2018	perbaiki sesuai saran & catatan	
4	Rabu 4/-7-2018	perbaiki sistematika penulisan	
5	Kamis 5/7-2018	perbaiki sesuai saran & catatan	
6	Jumat - 6/7-2018	perbaiki lagi kesalahan dan penulisan	
7	Senin - 9/7-2018	perbaiki lagi sesuai saran & catatan	
8	Selasa 10/7-2018	Ace - ujia	

Preceptor Akademik






(Ns. YULI PERMATA SARI, M. Kep)

PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN
STIKes PERINTIS PADANG
TAHUN 2018

LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN




Nama Mahasiswa : FARID MUHAMMAD DZAKI
Nim : 1514401004
Penguji I : Ns. Ida Suryanti, M. Kep
Judul KTI Studi Kasus : Asuhan Keperawatan Pada Klien Tn. A Dengan Leukemia
Di Ruang Rawat Inap Ambun Suri Lantai 3 RSUD Dr.
Achmad Mochtar Bukittinggi 2018

No	Hari/Tanggal	Materi Bimbingan	Tanda Tangan Pemimbing
1	Kamis/ 26-07-2018	Perawatan turgor kulit	
2	Rabu/01-08-2018	Perawatan Skala Sarnon	
3	Kamis/02-08-2018	aca y di pld	

PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN
STIKes PERINTIS PADANG
TAHUN 2018



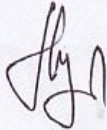
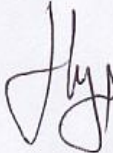
LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN

Nama Mahasiswa : FARID MUHAMMAD DZAKI
Nim : 1514401004
Penguji II : Ns. Yuli Permata Sari, S. Kep, M. Kep
Judul KTI Studi Kasus : Asuhan Keperawatan Pada Klien Tn. A Dengan Leukemia
Di Ruangan Rawat Inap Ambun Suri Lantai 3 RSUD Dr.
Achmad Mochtar Bukittinggi 2018

No	Hari/Tanggal	Materi Bimbingan	Tanda Tangan Pemimbing
1	Kamis/26-07-2018	Perbaikan tingkatan kasus.	
2	Rabu/01-08-2018	Perbaikan Semua Saran	
3	Kamis/02-08-2018	Ace y di jalad.	

BUKTI MENGIKUTI UJIAN PRESENTASI KASUS

Nama Mahasiswa : Farid M. Dzaki
 NIM : 1514401004

No	Hari/ Tanggal	Nama	Judul KTI	Tanda Tangan Ketua Penguji
1	Senin, 16/7 2018	Tri Lestari	Asuhan Keperawatan Pada An. M Dengan Hidrosefalus Post Pasang Shunting di Ruang Rawat Inap Anak RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2018	
2	Senin, 16/7 2018	Cempaka	Asuhan Keperawatan Pada An. S Dengan Infeksi Saluran Kemih di Ruang Rawat Inap Anak RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2018.	
3	Kamis, 19/7 2018	Lon Hendra	Asuhan Keperawatan Pada Ny. H Dengan Diabetes Melitus Tipe II Pindaangan Ambun Suri Lantai 3 RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2018.	
4	Kamis 19/07 2018	Ferdus Saputra	Asuhan Keperawatan Pada Tn. R dengan HIV/AIDS di ruang rawat Inap Internae Ambun Suri Lantai 3 RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2018	
5	Kamis 19/07 2018	Niko Satriyus. H.	Asuhan Keperawatan Pada Tn. K dengan Stroke Iskemik di Ruang rawat neurologi RSUD Achmad Mochtar Bukittinggi tahun 2018.	