

**KARYA TULIS ILMIAH**  
**ASUHAN KEPERAWATAN ANAK DENGAN LEUKEMIA**  
**LIMFOSITIK AKUT DI RUANG MELATI RSUD ABDUL**  
**WAHAB SJAHRANIE SAMARINDA**



**Oleh:**

**Ani Samudin**  
**P07220116042**

**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KALIMANTAN TIMUR**  
**JURUSAN KEPERAWATAN**  
**PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN**  
**2019**

**KARYA TULIAS ILMIAH**  
**ASUHAN KEPERAWATAN ANAK DENGAN LEUKEMIA**  
**LIMFOSITIK AKUT DI RUANGAN MELATI RSUD ABDUL**  
**WAHAB SJAHRANIE SAMARINDA**

Untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan (Amd.Kep) Pada Jurusan  
Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur



**Oleh:**

**Ani Samudin**  
**P07220116042**

**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KALIMANTAN TIMUR**  
**JURUSAN KEPERAWATAN**  
**PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN**  
**2019**

**LEMBAR PERSETUJUAN**  
**KARYA TULIS ILMIAH INI TELAH DISETUJUI**  
**UNTUK DIUJIKAN**

TANGGAL 23 Mei 2019

Oleh

Pembimbing



**Ns. Andi Lis AG, S.Kep., M.Kep.**  
**NIDN: 4029036801**

Pembimbing Pendamping



**Hj. Umi Kalsum, S.Pd., M.Kes.**  
**NIDN : 4025086501**

Mengetahui,

Ketua Program Studi D III Keperawatan Kampus Samarinda  
Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur



**Ns. Andi Lis AG, M.Kep**  
**NIP : 196803291994022001**

**Karya Tulis Ilmiah Asuhan Keperawatan Anak Dengan Leukemia  
Limfositik Akut Di Ruang Melati RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda**

Telah Diuji


Pada tanggal 11 Juni 2019

PANITIA PENGUJI

Ketua penguji

**Sutrisno, APP., M.Kes**


**NIDN. 4015056401**

  
(.....)

Penguji Anggota :

**1. Ns. Andi Lis AG, M.Kep**

**NIDN. 4029036801**

  
(.....)

**2. Hj. Umi Kalsum, S.pd., M.kes**

**NIDN. 4025086501**

  
(.....)

Mengetahui :

Ketua Jurusan Keperawatan

Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur

Ketua Program Studi D III

Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur

  
\_\_\_\_\_

**Hj. Umi kalsum, S.Pd., M.Kes**

**NIP.196508251985032001**



**Ns. Andi Lis AG, M.Kep**

**NIP. 196803291994022001**

## RIWAYAT HIDUP



### A. Identitas

1. Nama : Ani Samudin
2. Jenis kelamin : Perempuan
3. Tempat, tanggal lahir : Toli-Toli 21 Juni 1999
4. Pekerjaan : Mahasiswa
5. Agama : Islam
6. Suku/bangsa : Buton/Indonesia
7. Alamat : Jl. PM.Noor, Perumahan Griya Mukti

Sejahtera RT 07 Blok G1 No.10

### B. Riwayat Pendidikan

1. SDN 036 Samarinda tahun 2004-2010
2. SMPN 11 Samarinda tahun 2010-2013
3. SMK Kesehatan Samarinda 2013-2016
4. Mahasiswa Poltekkes Kemenkes Kaltim tahun 2016- 2019

## KATA PENGANTAR

Dengan memanjatkan Puji dan Syukur Kehadirat Allah SWT, atas berkat rahmat dan hidayah-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini yang berjudul “Asuhan Keperawatan Anak Dengan Leukemia Limfosit Akut Di Ruang Melati RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda”.

Tujuan dari penulisan Karya Tulis Ilmiah ini adalah sebagai pengantar dan pedoman dalam membuat Karya Tulis Ilmiah di Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur. Dalam pembuatan Karya Tulis Ilmiah ini penulis tentu mengalami kesulitan. Namun berkat dorongan, dukungan, dan semangat dari orang terdekat sehingga penulis mampu menyelesaikannya dengan baik. Oleh karena itu, pada kesempatan ini penulis mengucapkan terimakasih yang sebesar-besarnya dengan hati yang tulus kepada :

1. H. Supriadi B, S.Kp, M.Kep selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur.
2. Hj. Umi Kalsum S.Pd., M.Kes selaku Ketua Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur.
3. Ns. Andi Lis AG, S.Kep., M.Kep selaku ketua Program Studi D-III Keperawatan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur.
4. Ns. Andi Lis AG, S.Kep., M.Kep selaku Pembimbing 1 yang telah memberikan masukan dan dorongan dalam penulisan proposal Karya Tulis Ilmiah.
5. Hj. Umi Kalsum S.Pd., M.Kes selaku Pembimbing 2 yang telah memberikan masukan dan dorongan dalam penulisan Proposal karya Tulis Ilmiah
6. Sutrisno, APP., M.kes, selaku penguji utama dan para Dosen dan Staf Pendidikan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kalimantan Timur Jurusan Keperawatan.

7. Kepada kedua orang tua saya yang sangat saya cintai Bapak Samudin dan Ibu Karmila yang selalu memberikan doa, motivasi serta dukungan moral maupun material dan saudara saya Aisyah Samudin dan Adam samudin yang menjadi penyemangat saya dalam menyusun dan menyelesaikan proposal Karya Tulis Ilmiah.
8. Patner saya Andre Pranata yang selalu memberikan doa, dukungan, motivasi dan semangat untuk saya dan teman-teman saya Anis, Dinda, Yuni, Linda, dan Indah yang telah menemani saya selama perkuliahan, yang juga seperti saudari saya yang selalu memberikan semangat dalam menyusun proposal Karya Tulis Ilmiah
9. Teman-teman mahasiswa Politeknik Kesehatan Kemenkes Kaltim Jurusan Keperawatan Prodi D-III Keperawatan angkatan 2016 khususnya tingkat III B yang telah memberikan dukungan, masukan, juga kritik dan semua pihak yang telah menolong saya dalam pembuatan proposal Karya tulis Ilmiah ini

Samarinda, 11 Juni 2019

Peneliti

ASUHAN KEPERAWATAN ANAK DENGAN LEUKEMIA  
LIMFOSITIK  
AKUT DI RUANG MELATI RSUD ABDUL WAHAB SJAHRANIE  
SAMARINDA

Ani Samudin

Pembimbing 1 Ns. Andi Lis AG, S. Kep., M. Kep

Pembimbing 2 Hj. Umi Kalsum, S. Pd., M. Kes

**ABSTRAK**

**Latar belakang.** Leukemia merupakan kanker pada jaringan pembulu darah yang sering ditemui pada anak- anak disebabkan karena penyakit ganas dari sumsum tulang dan sistem limfatik (Wong et al, 2009).

**Tujuan.** Mengetahui bagaimana asuhan keperawatan anak dengan leukemia limfositik akut di ruang melati RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

**Metode:** penelitian ini menggunakan metode penelitian deskriptif dalam bentuk studi kasus dengan pendekatan Asuhan Keperawatan, sampel yang digunakan sebanyak 2 responden, dilakukan di Ruang Melati RSUD Abdul Wahab Sjahranie.

**Hasil:** Berdasarkan analisa data diperoleh kesimpulan terdapat persamaan diagnosa yang muncul antara kedua anak yaitu diagnosa nyeri akut, gangguan pola tidur, infeksi, serta terdapat diagnosa lain yang muncul pada kedua anak diantaranya gangguan perfusi periver tidak efektif dan gangguan mobilitas fisik .

**Kesimpulan:** pada klien 1 terdapat 2 masalah yang teratasi sebagian yaitu nyeri akut, gangguan pola tidur dan 2 masalah tidak teratasi yaitu gangguan mobilitas fisik, infeksi. Pada klien 2 terdapat 3 masalah yang teratasi sebagian yaitu gangguan perfusi perifer tidak efektif, nyeri akut, gangguan pola tidur dan 1 masalah tidak teratasi yaitu infeksi.

**Kata Kunci :** Asuh Keperawatan, Leukemia Limfositik Akut



## DAFTAR ISI

Halaman Sampul Depan	
Halaman Sampul Dalam dan Prasyarat .....	i
Halaman Pernyataan .....	ii
Halaman Persetujuan .....	iii
Halaman Pengesahan.....	iv
Daftar Riwayat Hidup.....	v
Halaman Kata Pengantar .....	vi
Abstrak .....	viii
Daftar Isi .....	ix
Daftar gambar .....	xii
Daftar Tabel .....	xiii
Lampiran .....	xiv
<b>BAB 1 PENDAHULUAN</b>	
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Rumusan Masalah .....	3
1.3 Tujuan Penulisan .....	3
1.3.1 Tujuan Umum.....	3
1.3.2 Tujuan Khusus.....	3
1.4 Manfaat Studi Kasus .....	4
1.4.1 Bagi Penulis .....	4

1.4.2 Bagi Institusi Pendidikan .....	4
1.4.3 Bagi Perkembangan Ilmu Pengetahuan dan Profesi Keperawatan .....	4

## **BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA**

2.1 Konsep Leukemia Limfositik Akut.....	5
2.1.1 Definisi.....	5
2.1.2 Etiologi.....	5
2.1.3 Patofisiologi .....	6
2.1.4 Pathway .....	9
2.1.5 Manifestasi Klinis .....	10
2.1.6 Penatalaksanaan .....	10
2.1.6 Pemeriksaan Penunjang .....	11
2.2 Konsep Asuhan Keperawatan .....	11
2.2.1 Pengkajian Keperawatan.....	11
2.2.2 Diagnosa Keperawatan .....	14
2.2.3 Perencanaan Keperawatan .....	15
2.2.4 Implementasi Keperawatan.....	19
2.2.5 Evaluasi Keperawatan.....	19

## **BAB 3 METODE PENELITIAN**

3.1 Pendekatan Desain Penelitian .....	21
3.2 Subjek Penelitian.....	21
3.3 Batasan Istilah (Definisi Operasional) .....	21
3.4 Lokasi dan Waktu Penelitian.....	22

3.5 Prosedur Penelitian .....	22
3.6 Metode dan Instrumen Pengumpulan Data.....	22
3.7 Keabsahan Data.....	23
3.8 Analisis Data .....	23

## **BAB 4 HASIL DAN PEMBAHSAN**

4.1 Hasil .....	24
4.1.1 Gambaran Lokasi Penelitian .....	24
4.1.2 Pengkajian .....	24
4.1.3 Diagnosa Keperawatan .....	33
4.1.4 Intervensi.....	35
4.1.5 Implementasi .....	38
4.1.6 Evaluasi .....	47
4.2 Pembahasan.....	52
4.2.1 (D.0009) Perfusi Perifer Tidak Efektif.....	52
4.2.2 (D.0077) Nyari Akut .....	53
4.2.3 (D.0055) Gangguan Pola Tidur .....	55
4.2.4 (D.0054) Gangguan Mobilitas Fisik .....	57
4.2.5 (D.0142) Resiko Infeksi .....	58

## **BAB 5 KESIMPULAN DAN SARAN**

5.1 Kesimpulan .....	61
5.2 Saran.....	64

**DAFTAR PUSTAKA**

**LAMPIRAN-LAMPIRAN**



**DAFTAR GAMBAR**

**Gambar 2.1 Pathway .....9**



## DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Intervensi Keperawatan.....	15
Tabel 4.1 Hasil Anamnesis Biodata.....	24
Tabel 4.2 Hasil Riwayat Hidup .....	25
Tabel 4.3 Hasil Pengkajian Pola Kegiatan Sehari-hari.....	26
Tabel 4.4 Hasil Pengkajian.....	27
Tabel 4.5 Hasil Pemeriksaan Fisik .....	28
Tabel 4.6 Skala Resiko Jatuh.....	30
Tabel 4.7 Hasil Pemeriksaan Penunjang .....	32
Tabel 4.8 Penatalaksanaan Terapi.....	33
Tabel 4.9 Diagnosa Keperawatan.....	33
Tabel 4.10 Intervensi .....	35
Tabel 4.11 Implementasi Klien 1 .....	38
Tabel 4.12 Implementasi Klien 2 .....	42
Tabel 4.13 Evaluasi Klien 1 .....	46
Tabel 4.14 Evaluasi Klien 2 .....	49

## **Lampiran**

1. Surat Permohonan Izin Pelaksanaan Riset Keperawatan
2. Nota Dinas
3. Surat Persetujuan Izin Penelitian
4. InformendConsent



## **BAB 1**

### **PENDAHULUAN**

#### **1.1 Latar Belakang**

Leukemia merupakan kanker pada jaringan pembulu darah yang sering ditemui pada anak- anak disebabkan karena penyakit ganas dari sumsum tulang dan sistem limfatik (Wong et al, 2009).

Leukemia Limfositik Akut (LLA) merupakan jenis leukemia dengan karakteristik adanya proliferasi dan akumulasi sel-sel patologis dari sistem limfopoetik yang mengakibatkan organomegali dan kegagalan organ. LLA sering ditemukan pada anak-anak (82%) dari pada umur dewasa (18%). Tanpa pengobatan sebagian anak-anak hidup 2-3 bulan setelah terdiagnosa diakibatkan oleh kegagalan sumsum tulang (NANDA,2015).

Berdasarkan laporan *World Health Organization* (WHO) tahun 2013, insiden kanker meningkat dari 12,7 juta kasus tahun 2008 jadi 14,1 juta kasus tahun 2012 dan kematian meningkat dari 7,6 juta orang tahun 2008 menjadi 8,2 juta pada tahun 2012. Leukemia merupakan jenis kanker yang paling sering pada anak dengan insiden 31,5% dari semua kanker pada anak di bawah usia 15 tahun di Negara industry dan sebanyak 15,7% di Negara berkembang, tipe leukemia yang paling sering pada anak-anak adalah Leukemia Limfositik Akut (LLA), yang terjadi sekitar 80% dari kasus leukemia dan diikuti hamper 20% dari Leukimia Mieloid Akut (LMA) (WHO,2009).



Data statistika LLA di peroleh pada tahun 2015 di Amerika Serikat memperkirakan ada kasus baru yang di diagnosis Leukemia Limfositik Akut pada anak usia 0-14 tahun sebanyak 45.270 kasus (American Cancer Society, 2015).

Menurut data *National Cancer Institute* pada tahun 2012. Kasus Leukemia Limfositik Akut telah terjadi pada 47.150 orang. Leukemia adalah kanker yang paling sering di temui pada anak-anak di Indonesia dengan persentasi 10,4% leukemia adalah jenis kanker yng mempengaruhi sumsum dan tulang jaringan getah bening. Semua kanker bermula di sel yang membuat darah dan jaringan lainnya (WHO, 2012).

Di Indonesia, saat ini terdapat sekitar 80.000.000 anak yang berumur di bawah usia 15 tahun dan di perkirakan terdapat sekitar 3000 kasus LLA baru setiap tahun nya (Rahimul, Syahrizal, Edi Setiawan, 2017).

Menurut *Riset Kesehatan Dasar* (Riskesdas), tahun 2013 di Indonesia, insiden kanker pada anak usia kurang dari 1 tahun ( 0,3 %), usia 1-4 tahun (0,1%), usia 5-14 tahun (0,1%) dan usia 4-24 tahun (0.6%). Di Indonesia leukemia merupakan kanker tertingi pada anak sebesar 2,8 per 100.000 anak. kasus kanker pada anak-anak mencapai 4,7% dari kanker pada semua umur (Kemenkes RI, 2013).

Menurut *Riset Kesehatan Dasar* (Riskesdas), tahun 2015 di Indonesia sekitar 6% atau 13,2 juta jiwa penduduk Indonesia menderita kanker dan kanker merupakan penyebab kematian nomor 5 di Indonesia (Kemenkes RI, 2015).

Di Kalimantan Timur menurut data yang di peroleh dalam penelitian di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda preode tahun 2014-2015 para penderita

leukemia di dapatkan sebanyak 13 kasus dengan presentase 62% berjenis kelamin laki-laki, 8 kasus dengan presentase 8% berjenis kelamin perempuan, berdasarkan usia terbanyak pada usia 0-4 tahun sebanyak 10 kasus dengan presentase 48%.

Berdasarkan uraian diatas peneliti ingin melakukan “Asuhan Keperawatan Anak Leukemia Limfositik Akut”

## **1.2 Rumusan Masalah**

Berdasarkan uraian masalah pada latar belakang diatas, maka rumusan masalah dalam penelitian ini “Bagaimana Asuhan Keperawatan Anak Leukemia Lomfositik Akut Di Ruang Melati RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda”

## **1.3 Tujuan Laporan Kasus**

### **1.3.1 Tujuan Umum**

Secara umum, studi kasus ini bertujuan untuk mengetahui bagaiman Asuhan Keperawatan Anak Leukemia Limfositik Akut di Ruangan Melati RSUD Abdul Wahab SJahranie Samarinda.

### **1.3.2 Tujuan Kusus**

- 1) Melakukan pengkajian anak pada kasus *Leukemia Limfositik Akut* (LLA)
- 2) Merumuskan diagnosa keperawatan anak pada kasus *Leukemia Limfositik Akut* (LLA)
- 3) Menyusun rencana asuhan keperawatan pada kasus *Leukemia Limfositik Akut* (LLA)
- 4) Melakukan tindakan keperawatan anak pada kasus *Leukemia Limfositik Akut* (LLA)

5) Melakukan evaluasi keperawatan anak pada kasus *Leukemia Limfositik Akut* (LLA)

#### **1.4 Manfaat Studi Kasus**

##### **1.4.1 Bagi Penulis**

Hasil dari studi kasus ini diharapkan dapat dijadikan sumber pengetahuan dan menambahkan wawasan dalam melakukan asuhan keperawatan pada anak *Leukemia Limfositik Akut* (LLA)

##### **1.4.2 Bagi Institusi Pendidikan**

Hasil studi kasus ini di harapkan memberikan manfaat khususnya agar dapat menambah referensi perpustakaan sebagai bahan acuan penelitian yang akan datang

##### **1.4.3 Bagi Perkembangan Ilmu Pengetahuan dan Profesi Keperawatan**

Hasil studi khusus ini diharapkan dapat memberikan informasi tambahan bagi perkembangan keperawatan anak, dan sebagai acuan untuk meningkatkan pengetahuan dan pemahaman tentang asuhan keperawatan pada anak *Leukemia Limfositik Akut* (LLA)

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Konsep Dasar leukemia Limfositik Akut (LLA)**

##### **2.1.1 Definisi**

Leukemia adalah penyakit keganasan sel darah yang berasal dari sum sum tulang yang di tandai oleh proliferasi sel-sel yang abnormal dalam darah tepi (Muthia dkk, 2012)

Leukemia limfositik akut (LLA) adalah proliferasi maligna limfoblas dalam sumsum tulang yang disebabkan oleh sel inti tunggal yang dapat bersifat sistematik (Smelrzer et sl, 2008).

Leukemia limfositik akut merupakan penyakit keganasan sel-sel darah yang berasal dari sum-sum tulang dan ditandai dengan proliferasi maligna sel leukosit immaturea, pada darah tapi terlihat adanya pertumbuhan sel-sel yang abnormal (Friehtlig et al, 2015). Sel leukosit dalam darah penderita leukemia berproliferasi secara tidak teratur dan menyebabkan perubahan fungsi menjadi tidak normal sehingga mengganggu fungsi sel normal lain (Permono, 2012).

##### **2.1.2 Etiologi**

Penyebab yang pasti untuk LLA ini belum diketahui, akan tetapi terdapat faktor predisposisi yang menyebabkan terjadinya leukemia, yaitu : (Sibuea,2009)

- 1) Faktor genetik : virus tertntu menyebabkan terjadinya perubahan struktur gen (Tcell Leukimia-Lhymphoma virus/HLTV)

- 1) Radiasi
- 2) Obat–obat immunosupresi, obat-obat kardiogenik seperti diet hylstilbestrol
- 3) Faktor herediter, misalnya pada kembar monozigot
- 5) Kelainan kromosom missal nya pada down sindrom leukemia biasanya mengenai sel-sel darah putih. Penyebab dari sebagian besar jenis leukemia tidak diketahui. Pemaparan terhadap penyinaran radiasi dan bahan kimia tertentu (misalnya benzena) dan pemakain obat anti kanker, meninggalkan resiko terjadinya leukemia. Orang yang memiliki kelainan genetic tertentu (misalnya down sindrom dan sindrom fanconi), juga lebih peka terhadap leukemia.

### **2.1.3 Patofisiologi**

Leukemia adalah jenis gangguan pada sistem hematopoitek yang terkait dengan sum-sum tulang dan pembuluh limfe ditandai dengan tidak terkendalinya proliferasi dari leukemia dan prosedurnya. Sejumlah besar sel pertama menggumpal pada tempat asalnya (granulosit dalam sumsum tulang limfosit di dalam limfenodi) dan menyebar ke organ hematopoetik dan berlanjut ke organ yang lebih besar (splenomegaly, hepatomegaly). Proliferasi dari satu jenis sel sering mengganggu produksi normal sel hematopetik lainya dan mengarah ke pengembangan / pembelahan sel yang cepat dan ke sitopenia (Friebling et al, 2015).

Adanya proliferasi sel blast, produksi eritrosit dan platelet terganggu sehingga akan menimbulkan anemia dan trombositopenia, sistem retikuloendotelial akan terpengaruh dan menyebabkan gangguan sistem pertahanan tubuh dan mudah mengalami infeksi, manifestasi akan teampak pada

gambar gagalnya bone marrow dan infiltrasi organ, sistem saraf pusat. Gangguan pada nutrisi dan metabolisme, depresi sumsum tulang yang akan berdampak pada penurunan leukosit, eritrosit, factor pembekuan dan peningkatan tekanan jaringan, dan adanya infiltrasi pada ekstra medular akan berakibat terjadinya pembesaran hati, linfe, dan nyeri persendian (Friedling et al, 2015)

Istilah HL-A (*Human n Leucocyte Lotus-A*) antigen terhadap jaringan telah ditetapkan (WHO). Sistem HL-A individu ini diturunkan menurut hukum genetik, sehingga adanya peranan faktor ras dan keluarga dalam etiologi leukemia tidak dapat diabaikan. Prosesnya meliputi : normalnya tulang marrow diganti dengan tumor yang malignan, imaturnya sel blast (David, 2015).

Sel-sel leukemia menyusup ke dalam sumsum tulang, mengganti unsur-unsur sel yang normal. Akibatnya timbul anemia dan dihasilkan eritrosit dalam jumlah yang tidak mencukupi. Timbulnya perdarahan akibat menurunnya jumlah trombosit yang bersirkulasi. Inflasi juga terjadi lebih sering karena berkurangnya jumlah leukosit. Penyusupan sel-sel leukemia ke dalam semua orgna-organ vital menimbulkan hepatomegaly, splenomegaly dan lomfadenopati. Timbul disfungsi sum-sum tulang, menyebabkan turunya jumlah eritrosit, neutrophil dan trombosit. Sel-sel leukemia menyusupi limfonodus, limfa, hati, tulang dan susunan saraf pusat (David,2015).

Disemua tipe leukemia sel yang beproliferasi dapat menekan produksi dan elemen di darah yang menyusup sumsum tulang dengan berlomba-lomba untuk menghilangkan sel normal yang berfungsi sebagai nutrisi untuk metabolisme. Tanda dan gejala dari leukemia merupakan hasil dari filtrasi sumsum tulang,

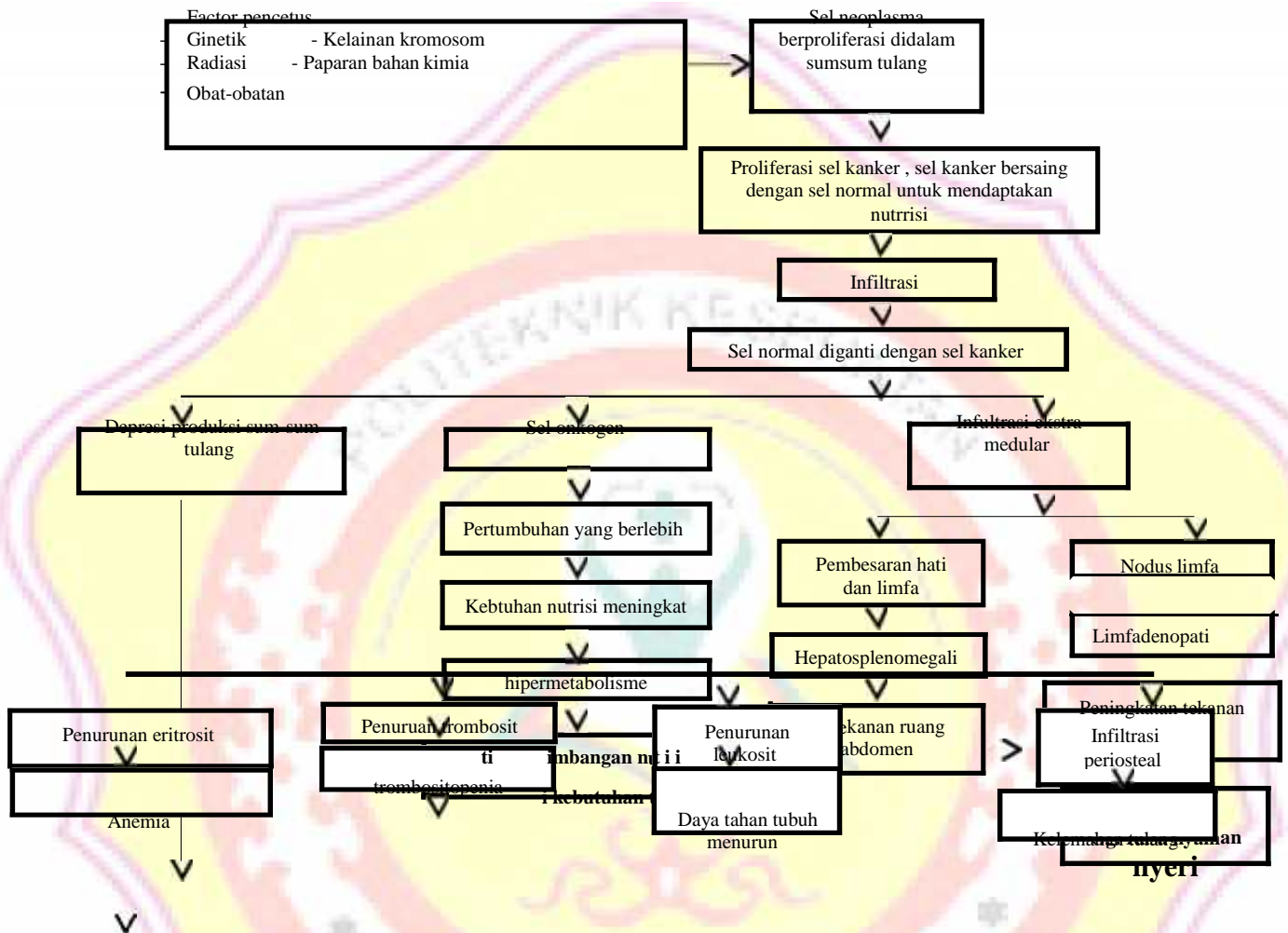
dengan 3 manifestasi yaitu anemia dan penurunan RBC, infeksi dari neutropenia, dan pendarahan karena produksi platelet yang menurun. Invasi sel leukemia yang berangsur-angsur pada sumsum menimbulkan nyeri.

Ginjal, hati dan kelenjar limfe mengalami pembesaran dan akhirnya fibrosis, leukemia juga berpengaruh pada SSP dimana terjadinya peningkatan tekanan intra kranial sehingga menyebabkan nyeri pada kepala, latergi, papil edema, penurunan kesadaran dan kaku kuduk (Friedling et al, 2015).

Gejala dan tanda aklinis yang paling umum muncul pada LLA yang paling sering muncul adalah demam (60%) lesu dan mudah lelah (50%), pucat (40%), manifestasi perdarahan (petekie, purpura) (48%), serta nyeri tulang (23%). Hepatosplenomegali terjadi kebanyakan penderita tetapi umumnya tidak menimbulkan keluhan. Pemeriksaan laboratorium menunjukkan anemia, trombositopenia dan neutropenia yang menggambarkan kegagalan sumsum tulang dalam memproduksi sel-sel tersebut. Dapat juga terjadi eosinophilia relative (Lanzkowsky, 2011).

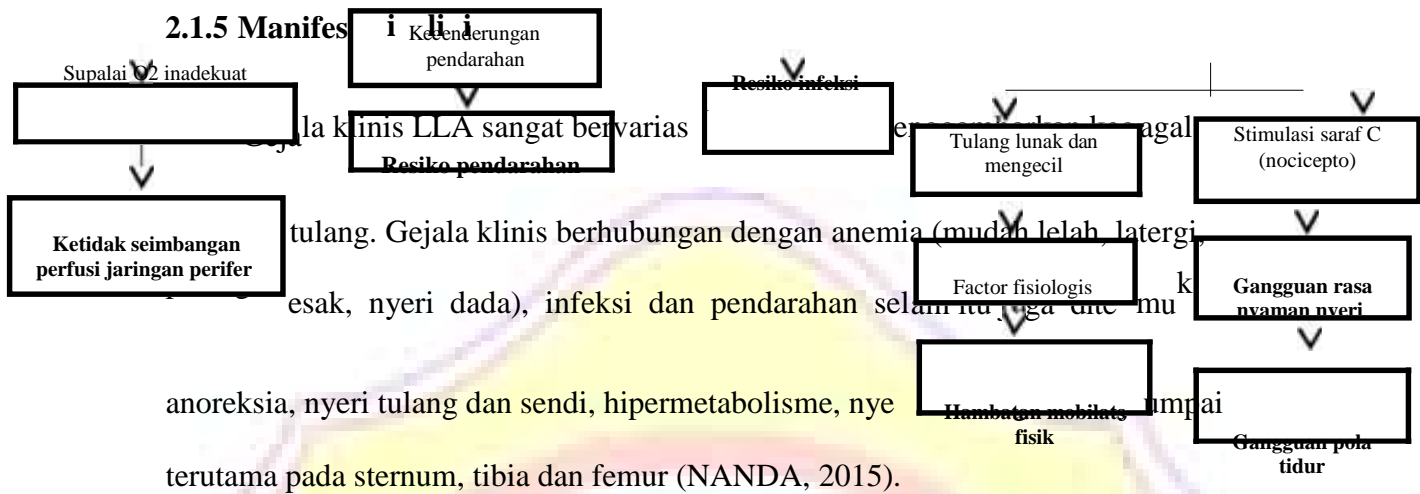
## 2.1.4 Pathway

Skema 2.1  
Pathway Leukimia Limfosit Akut (NANDA, 2015)





### 2.1.5 Manifestasi Klinis



### 2.1.6 Penatalaksanaan

Pengobatan pada anak dengan LLA tergantung pada gejala, umur, kromosom dan tipe penyakit, pengobatan LLA yang utama adalah kemoterapi terdiri dari 6 fase yaitu:

#### 1) Fase induksi

Terjadinya pengurangan secara lengkap dan pengurangan lebih 50% sel leukemia pada sumsum tulang yang disebut dengan remisi.

#### 2) Terapi profilatik

Berfungsi untuk mencegah sel leukemia masuk kedalam sistem saraf pusat.

#### 3) Terapi konsolidasi

Membasmi sisa sel leukemia di ikuti dengan terapi intensifikasi lanjutan untuk mencegah resistensi sel leukemia.

#### 4) Kemoterapi

Pengobatan umumnya terjadi secara bertahap, meskipun tidak semua fase di gunakan.

#### 5) Radioterapi

Radiotrapi menggunakan sinar berenergi tinggi untuk membunuh se-sel leukemia

## 6) Transplantasi sum-sum tulang

Transplantasi sum-sum tulang dilakukan untuk mengganti sum-sum tulang yang rusak karena dosis tinggi kemoterapi atau radiasi (penyinaran). Selain itu transplantasi sum-sum tulang berguna untuk mengganti sel-sel darah yang rusak karena kanker (NANDA, 2015).

### 2.1.6 Pemeriksaan Penunjang

#### 1) Darah tepi

Adanya pensitopenia, limfositosis yang kadang-kadang menyebabkan gambaran darah tepi monoton terdapat sel blast, yang merupakan gejala patogenamik untuk leukemia.

#### 2) Sum-sum tulang

Dari pemeriksaan sum-sum tulang akan ditemukan gambaran yang monoton yaitu hanya terdiri dari sel limfopoetik patologis sedangkan sistem yang lain terdesak (apanila skunder).

#### 3) Pemeriksaan lain : Biopsi Limpa.

Peningkatan leukosit dapat terjadi (20.000-200.000 /  $\mu$ l) tetapi dalam bentuk sel blast / sel primitive (NANDA, 2015).

## 2.1 Konsep Asuhan Keperawatan

### 2.2.1 Pengkajian Keperawatan

Pengkajian adalah pemikiran dasar yang bertujua untuk mengumpulkan informasi atau data tentang klien, agar dapat mengidentifikasi, mengenal masalah-masalah kebutuhan kesehatan dan keperawatan klien, baik fisik, mental sosial dan lingkungan (Dermawan, 2012:36).

## 1) Identitas

Leukemia limfosit akut sering terdapat pada anak-anak usia dibawah 15 tahun (85%), puncaknya berada pada usia 2-4 tahun. Rasio lebih sering terjadi pada anak laki-laki daripada anak perempuan.

## 2) Riwayat Kesehatan

### (1) Riwayat penyakit sekarang

Biasanya pada anak dengan LLA mengeluh nyeri pada tulang-tulang, mual muntah, tidak nafsu makan dan lemas.

### (2) Riwayat penyakit dahulu

Biasanya mengalami demam yang naik turun, gusi berdarah, lemas dan dibawa ke fasilitas kesehatan terdekat karena belum mengetahui tentang penyakit yang diderita.

### (3) Riwayat penyakit keluarga

Adakah keluarga yang pernah mengalami penyakit LLA karena merupakan penyakit ginetik (keturunan)

### (4) Riwayat pada faktor-faktor pencetus

Seperti pada dosis besar, radiasi dan obat-obatan tertentu secara kronis.

### (5) Manifestasi dari hasil pemeriksaan

Biasanya di tandai dengan pembesaran sum-sum tulang dengan sel-sel leukemia yang selanjutnya menekan fungsi sum-sum tulang, sehingga menyebabkan gejala seperti dibawah ini.

- Anemia

Ditandai dengan penurunan berat badan, kelelahan, pucat, malaise, kelemahan, dan anoreksia.

- Trombositopenia

Ditandai dengan perdarahan gusi, mudah memar, dan petekie.

- Netropenia

Ditandai dengan demam tanpa adanya infeksi, berkeringat di malam hari (Nursalam dkk, 2008:100).

### 3) Pemeriksaan Fisik

Didapati adanya pembesaran dari kelenjar getah bening (limfadenopati), pembesaran limpa (splenomegali), dan pembesaran hati (splenomegali), dan pembesaran hati (hepatomegali). Pada pasien dengan LLA precursor sel-T dapat ditemukan adanya dispnoe dan pembesaran vena kava karena adanya supresi dari kelenjar getah bening di mediastinum yang mengalami pembesaran . sekitar 5% kasus akan melibatkan sistem saraf pusat dan dapat ditemukan adanya peningkatan tekanan intracranial (sakit kepala, muntah, papil edema) atau paralisis saraf kranialis (terutama VI dan VII) (Roganovic, 2013).

### 4) Pemeriksaan Diagnostik

Untuk menegakkan diagnose, perlu dilakukan pemeriksaan laboratorium yaitu:

(1) Darah tepi : adanya pensitopenia, limfositosis yang kadang-kadang menyebabkan gambaran darah tepi monoton terdapat sel belst, yang merupakan gejala patogonomik untuk leukemia.

(2) Sum-sum tulang : dari pemeriksaan sum-sum tulang akan ditemukan gambaran yang monoton yaitu hanya terdiri dari sel limfopoetik sedangkan sistem yang lain terdesak (apabila sekunder)

(3) Pemeriksaan lain : biopsi limpa, kimia darah, cairan cerebrospinal dan sitogenik.

### **2.2.2 Diagnosa Keperawatan**

Diagnose keperawatan adalah penilaian klinik mengenai respon individu, keluarga dan komunitas terhadap masalah kesehatan / proses kehidupan yang actual, potensial yang merupakan dasar untuk memilih intervensi keperawatan untuk mencapai hasil yang merupakan tanggung jawab perawat (Dermawan, 2012:58).

Masalah keperawatan yang muncul menurut (NANDA, 2015)

- 1) Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan pengisian kapiler < 3 detik, akral teraba dingin, warna kulit pucat, nadi perifer menurun atau tidak teraba.
- 2) Defisit nutrisi berhubungan dengan proliferasi gastrointestinal dan efek toksik obat kemoterapi ditandai dengan berat badan menurun minimal 10% di bawah rentang ideal.
- 3) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera biologis (infiltrasi leukosit jaringan sistemik) ditandai dengan tampak meringis, gelisah, frekuensi nadi meningkat, mengalami gangguan tidur, sulit tidur dan proses berfikir terganggu.
- 4) Gangguan pola tidur berhubungan dengan gangguan rasa nyaman (nyeri dan prosedur pemeriksaan/tindakan kemoterapi) ditandai dengan mengeluh sulit tidur, mengeluh sering terjaga dan mengeluh pola tidur berubah.

5) Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan kontraktur, kerusakan integritas struktur tulang, penurunan kekuatan otot (depresi sumsum tulang) di tandai dengan kekuatan otot menurun, mengeluh sulit mengerakan ekstermitas.

6) Gangguan citra tubuh berhubungan dengan penampilan , dalam fungsi dan peran

### 2.2.3 Perencanaan Keperawatan

Perencanaan adalah suatu proses didalam pemecahan masalah yang merupakan keputusan awal tentang sesuatu apa yang akan dilakukan, bagaimana dilakukan, siapa yang melakukan dari semua tindakan keperawatan (Dermawan, 2012:24).

Table 2.1 Intervensi Keperawatan  
Tujuan dan Kriteria Hasil

No	Diagnosan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
1	<p>Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan pengisian kapiler &lt; 3 detik, akral teraba dingin, warna kulit pucat, nadi perifer menurun atau tidak teraba.</p> <p><b>Batasan Karakteristik :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Waktu pengisian kapiler &gt; 3 detik</li> <li>✓ Akral teraba</li> <li>✓ Warna kulit pucat</li> <li>✓ Nadi perifer menurun atau tidak teraba</li> </ul>	<p><b>NOC :</b> Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 6 hari masalah perfusi jaringan menjadi efektif</p> <p><b>Kriteria Hasil :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pengisian kapiler (CRT) &lt; 2 detik</li> <li>2. Nadi perifer stabil, teraba</li> <li>3. Akral hangat</li> <li>4. Warna kulit kemerahan</li> </ol>	<p><b>NIC :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor adanya daerah tertentu yang hanya peka terhadap panas/dingin/tajam/tumpul</li> <li>2. Monitor adanya pretase</li> <li>3. Instruksikan keluarga untuk mengobservasi kulit jika ada lesi atau leserasi</li> <li>4. Batasi gerakan pada kepala, leher dan punggung</li> <li>5. Observasi pengisian kapiler (&lt;2 detik), akral dan warna kulit</li> <li>6. Observasi tanda-tanda vital</li> <li>7. Monitor adanya tromboplebitis</li> </ol>

2 Defisit nutrisi berhubungan dengan proliferasi gastrointestinal dan efek toksik obat kemoterapi ditandai dengan berat badan menurun minimal 10% di bawah rentang ideal.

**Batasan Karakteristik :**

- ✓ Berat badan 20% atau lebih dibawah BB ideal
- ✓ Kram abdomen
- ✓ Nyeri abdomen
- ✓ Kerapuhan kapiler
- ✓ Diare
- ✓ Bising usus hiperaktif
- ✓ Kurang makan
- ✓ membran mukosa pucat

**NOC :**

Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 6 hari masalah defisit nutrisi, nutrisi pasien tercukupi dan adekuat

**Kriteria Hasil :**

1. adanya peningkatan BB sesuai dengan tujuan
2. BB ideal sesuai dengan ringgi badan
3. Pasien mampu mengidentifikasi kebutuhan nutrisi
4. Dari hasil pemeriksaan, tidak terdapat tanda-tanda mal nutrisi
5. Tidak terjadi penurunan BB yang berarti pada pasien

8. Kolaborasi pemberian analgetik

**NIC :**

Pengaturan Nutrisi

1. Kaji adanya alergi makanan
2. Ajarkan pasien untuk meningkatkan intake (pemasukan) Fe
3. Anjurkan pasien untuk meningkatkan protein vitamin C
4. Berikan substansi gula
5. Yakinkan diet yang dimakan mengandung tinggi serat untuk mencegah konstipasi
6. Berikan makanan yang terpilih (sudah di konsultasikan dengan ahli gizi)
7. Ajarkan pasien bagaimana membuat catatan makanan harian
8. Monitor jumlah nutrisi dan kandungan kalori
9. Berikan informasi tentang kebutuhan nutrisi
10. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang di butuhkan pasien

Pemantauan Nutrisi

1. BB dalam batas normal
2. Monitor adanya penurunan BB
3. Monitor interaksi anak atau orang tua selama makan

4. Monitor tipe dan jumlah aktivitas yang bisa dilakukan
5. Monitor lingkungan selama makan
6. Monitor kadar albumin, total protein, Hb dan Ht
7. Monitor mual dan muntah
8. Monitor pertumbuhan dan perkembangan
9. Monitor pucat, kemerahan dan kekeringan jaringan konjungtiva
10. Monitor kalori dan pemasukan nutrisi
11. Catat adanya edema, hiperemik, hipertonic, papilla lidah dan cavitas oral
12. Catat jika lidah berwarna magenta

**3** Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedara biologis (infiltrasi leukosit jaringan sistematis) ditandai dengan tanpa meringis, gelisah, frekuensi nadi meningkat, mengalami gangguan tidur, sulit tidur dan proses berfikir terganggu.

**NOC :**  
Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 6 hari masalah nyeri pada pasien dapat diatasi, nyeri berkurang atau hilang dengan skala 0-2

**NIC :**  
Manajemen Nyeri

**Batasan Karakteristik :**

- ✓ Gangguan tidur
- ✓ Perubahan selera makan
- ✓ Perubahan frekuensi pernapasan
- ✓ Perilaku distraksi (misalnya berjalan mondar-mandir mencari orang lain)
- ✓ Mengekspresikan perilaku (misalnya gelisah dan menangis)
- ✓ Terlihat meringis
- ✓ Sikap melindungi nyeri
- ✓ Perubahan posisi untuk melindungi nyeri
- ✓ Melaporkan nyeri secara

keperawatan selama 6 hari masalah nyeri pada pasien dapat diatasi, nyeri berkurang atau hilang dengan skala 0-2

**Kriteria Hasil :**

1. Pasien dapat mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan teknik non farmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan)
2. Pasien dapat melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri skala 0-2
3. Pasien mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi, dan tanda nyeri)
4. Pasien dapat menyatakan rasa nyaman nyeri berkurang

1. Lakukan pengkajian nyeri (P,Q,R,S,T)
2. Observasi reaksi non verbal dari ketidaknyamanan
3. Gunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien
4. Kaji kultur yang mempengaruhi respon nyeri
5. Evaluasi pengalaman nyeri masalampau
6. kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri (suhu ruangan,



verbal

pencahayaannya dan kebisingan)

7. kurangi faktor presipitasi
8. ajarkan tehnik nonfarmakologi
9. tingkatkan istirahat
10. kolaborasi pemberian analgetik

4. Gangguan pola tidur berhubungan dengan gangguan rasa nyaman (nyeri dan prosedur pemeriksaan/tindakan kemoterapi) ditandai dengan mengeluh sulit tidur, mengeluh sering terjaga dan mengeluh pola tidur berubah

**Batasan Karakteristik :**

- ✓ perubahan pola tidur normal
- ✓ mengeluh sulit tidur
- ✓ mengekuk sering terjaga
- ✓ mengeluh pola tidur berubah
- ✓ menyatakan tidak merasa cukup istirahat

**NOC :**

Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 6 hari masalah gangguan pola tidur pada pasien, pola tidur menjadi normal kembali, tidur yang adekuat

**Kriteria Hasil :**

1. Jumlah jam tidur dalam batas normal 10-13 jam/hari
2. Pola tidur, kualitas tidur dalam batas normal
3. Perasaan segar setelah tidur atau istirahat, tidak mengantuk di pagi hari, tidak terdapat lingkaran hitam dibawah mata
4. Pasien mampu mengidentifikasi hal-hal yang meningkatkan tidur.

**NIC :**

1. Kaji pola tidur
2. Jelaskan penting tidur yang adekuat
3. Fasilitas untuk mempertahankan aktivitas sebelum tidur
4. Ciptakan lingkungan yang nyaman
5. Monitor waktu makan dan minum dengan waktu tidur
6. Monitor/catat kebutuhan tidur pasien setiap hari dan jam
7. Kolaborasi pemberian obat tidur

5. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan kontraktur, kerusakan integritas struktur tulang, penurunan kekuatan otot (depresi sumsum tulang) di tandai dengan kekuatan otot menurun, mengeluh sulit mengerjakan ekstermitas.

**Batasan Karakteristik :**

- ✓ Penurunan waktu reaksi
- ✓ Kesulitan membolak-balikan posisi
- ✓ Melakukan aktivitas lain sebagai pengganti pergerakan ( misalnya meningkatkan perhatian pada aktivitas orang lain, mengendalikan perilaku )
- ✓ Dyspnea setelah beraktivitas
- ✓ Perubahan cara berjalan
- ✓ Keterbatasan kemampuan melakukan motorik halus dan motorik kasar
- ✓ Pergerakan lambat dan tidak

**NOC :**

Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 6 hari masalah hambatan mobilitas fisik pada klien data teratasi, klien dapat melakukan aktivitas sehari-hari secara mandiri atau dengan bantuan

**Kriteria Hasil :**

1. Klien meningkatkan dalam aktifitas fisik
2. Klien mengerti tujuan dari peningkatan mobilitas
3. Klien dapat mengungkapkan perasaan dalam peningkatan kekuatan dan kemampuan berpindah
4. Klien dapat memperagakan penggunaan alat bantu mobilisasi

**NIC :**

Terapi Latihan : berpindah

1. Monitoring tanda-tanda vital sebelum dan sesudah latihan serta latih respon pasien saat latihan
2. Kaji kemampuan pasien dalam mobilisasi
3. Latih pasien dalam pemenuhan kebutuhan jadwal aktivitas sehari-hari
4. Dampingi pasien saat mobilisasi dan bantu pemenuhan kebutuhan sehari-hari klien
5. Berikan alat bantu

terkoordinasi

jika klien membutuhkan

6. Ajarkan klien bagaimana merubah posisi dan berikan bantuan jika diperlukan

- 6 Gangguan citra tubuh berhubungan dengan penampilan, dalam fungsi dan peran

**Batasan Karakteristik :**

- ✓ Perilaku mengenali tubuh individu
- ✓ Perilaku menghindari tubuh individu
- ✓ Perilaku memantau tubuh individu
- ✓ Respon nonverbal terhadap perubahan aktual pada tubuh
- ✓ Perubahan dalam keterlibatan sosial

**NOC :**

Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 6 hari masalah gangguan citra tubuh teratasi

**Kriteria Hasil :**

1. Mampu mengidentifikasi kekuatan personal
2. Mendiskripsikan secara faktual perubahan fungsi tubuh
3. Mempertahankan intraksi sosial

**NIC :**

4. Kaji secara verbal dan non verbal respon klien terhadap tubuhnya
5. Monitor frekuensi mengkritik dirinya
6. Jelaskan tentang pengobatan, perawatan, kemajuan dan prognosis penyakit
7. Dorong klien mengungkapkan perasaannya
8. Identifikasi arti pengurangan melalui pemakaian alat bantu
9. Fasilitasi kontak dengan individu lain dalam kelompok kecil

#### 2.2.4 Implementasi keperawatan

Implementasi adalah fase ketika perawat mengimplementasikan intervensi keperawatan (kozier, 2011)

#### 2.2.5 Evaluasi Keperawatan

Tindakan intelektual untuk melengkapi proses keperawatan yang menandakan seberapa jauh diagnos keperawatan, rencana tindakan, dan pelaksanaannya sudah berhasil dicapai. Meskipun tahap evaluasi diletakkan pada akhir proses keperawatan, evaluasi merupakan bagian integral pada setiap tahap proses keperawatan (Dermawan, 2012).

1) Evaluasi Formatif

Hasil observasi dan analisa perawat terhadap respon pasien segera pada saat setelah dilakukan tindakan keperawatan. Ditulis pada catatan perawatan, dilakukan setiap selesai melakukan tindakan keperawatan.

2) Evaluasi Sumatif SOAP

Rekapitulasi dan kesimpulan dari observasi dan analisa status kesehatan sesuai waktu pada tujuan, ditulis pada catatan perkembangan.



## **BAB 3**

### **METODE PENELITIAN**

#### **3.1 Pendekatan (Desain Penelitian)**

Jenis penulisan ini adalah deskriptif dengan bentuk pendekatan studi kasus untuk mengeksplorasi masalah “Asuhan Keperawatan Anak Leukemia Limfositik Akut”. Pendekatan asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

#### **3.2 Subyek Penelitian**

Menggunakan dua responden yang sedang dirawat di Ruang Rawat Melati RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda yang telah dilakukan pengkajian dan terdiagnosis Leukimia Limfositik Akut.

##### **3.2.1 Kriteria Inklusi**

- 1) Dua pasien anak usia pra sekolah dengan rentang usia (4-8 tahun)
- 2) Pasien anak yang telah menjalani kemoterapi
- 3) Pasien yang dirawat inap di RSUD Abdul Whab Sjahranie Samarinda
- 4) Mendapatkan persetujuan orang tua/wali untuk dilakukan asuhan keperawatan

##### **3.2.1 Kriteria Eksklusi**

- 1) Tidak Mendapatkan persetujuan dari orang tua/wali untuk dilakukan asuhan keperawatan
- 2) Terjadinya penurunan kesadaran

#### **3.3 Batasan Istilah (Definisi Operasional)**

Lekemia Limfosik Akut (LLA) adalah suatu penyakit yang mengenai sel-sel darah putih dimana sel darah putih gagal matang dan terus-menerus diproduksi dengan kecepatan yang abnormal yang dialami oleh anak usia pra sekolah usia (3-5 tahun). Pada pasien yang sudah terdiagnosis penyakit Leukimia Limfositik Akut

memiliki gejala klinis seperti anemi, anoreksia, hipermetabolisme, nyeri tulang dan sendi.

### **3.4 Lokasi dan Waktu Penelitian**

Studi kasus ini akan dilakukan di Ruang Rawat Melati Rumah Sakit Umum Daerah Abdul Wahab Sjahranie Samarinda dalam waktu selama 3 sampai 6 hari.

### **3.5 Prosedur Penelitian**

studi kasus ini diawali dengan penyusunan penulisan sebagai acuan dalam asuhan keperawatan pada pasien anak dengan LLA, kemudian dilakukan informed consent untuk mendapatkan persetujuan tindakan asuhan keperawatan yang akan dilakukan dan melakukan bina hubungan saling percaya terhadap anak dan orang tua/wali sebelum melakukan pengkajian yang meliputi anamnesis dan pemeriksaan fisik. Kemudian pengangkatan diagnose setelah dilakukan pengkajian, menyusun rencana tindakan keperawatan dan melakukan tindakan keperawatan pada pasien anak sebelum dilakukan evaluasi atas tindakan keperawatan yang dilakukan.

### **3.6 Metode dan Instrumen Pengumpulan Data**

#### **3.6.1 Metode Pengumpulan Data**

- 1) Wawancara : Menanyakan identitas klien, menanyakan keluhan utama, menanyakan riwayat pasien sekarang, dahulu dan riwayat keluarga, menanyakan keluhan utama.
- 2) Observasi atau monitor
- 3) Pemeriksaan Fisik (infeksi, palpasi, perkusi dan uskultasi)
- 4) Dokumentasi laporan asuhan keperawatan

### 3.5.1 Instrumen Pengumpulan Data

Alat atau instrumen pengumpulan data menggunakan format pengkajian asuhan keperawatan sesuai ketentuan yang berlaku dan lembar observasi yang telah dimodifikasi.

## 3.6 Uji Keabsahan Data

### 3.6.1 Data Primer

Sumber data yang dikumpulkan dari klien dan keluarga yang dapat memberikan informasi yang lengkap tentang masalah kesehatan dan keperawatan yang dihadapinya.

### 3.6.2 Data Skunder

Sumber data yang dikumpulkan dari catatan klien (perawat atau rekam medis klien) yang merupakan penyakit dan perawatan klien dimasa sekarang maupun dimasa lalu.

## 3.7 Anilisa Data

Pengolahan data menggunakan analisis deskriptif. Analisa deskriptif adalah metode yang digunakan untuk menganalisis data dengan cara mendeskripsikan data yang terkumpul untuk membuat suatu kesimpulan (Notoadmojo, 2010). Pengolahan data ini untuk melakukan Asuhan Keperawatan Pada Anak Leukemia Limfositik Akut.

## BAB 4

### HASIL DAN PEMBAHASAN

#### 4.1 HASIL

##### 4.1.1 Gambaran Lokasi Penelitian

Studi kasus ini dilakukan di RSUD Abdul Wahab Sjahranie yang terletak di Jl. Palang Merah Indah No. 01, kelurahan Sidodadi Kecamatan Samarinda Ulu, Kota Samarinda, Provinsi Kalimantan Timur, RSUD ini dibangun 1933, RSUD Abdul Wahab Sjahranie adalah rumah sakit tipe A sebagai rumah sakit rujukan terdapat fasilitas pelayanan IGD 24 jam, Poliklinik Spesialis, Laboratorium, Instalasi Radiologi, Instalasi Bedah Sentral, Apotek, Instalasi Gizi, Kamar Jenazah, Fisioterapi, Ruang Kemotrapi, CSSD, Ruang Intensif Terpadu, Ruang Hemodialisa, Ruang Bersalin/VK, Gedung Paviliun, Instalasi Rawat Inap (kelas I, II, III, dan VIP).

##### 4.1.2 Pengkajian

Tabel 4.1 Hasil Anamnesis Biodata Klien dengan Leukemia Limfositik

Akut di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda

Identitas Klien	Klien 1	Klien 2
Nama	An. C	An. N
Umur	8 tahun	4 tahun
Tanggal lahir	28 Mei 2011	27 Januari 2015
Suku	Bugis	Jawa
Agama	Islam	Islam
Jenis kelamin	Perempuan	Perempuan
Pendidikan	SD	Belum sekolah
Alamat	Kesejahteraan rt 16 samarinda utara	Jl. M.said Gg Angrek
Diagnosa Medis	LLA	LLA

Nomor Register	81.91.xx	97.72.xx
MRS/ Tgl Pengkajian	17 april 2019 18 april 2019	17 april 2019 18 april 2019

Tabel 4.2 Hasil Riwayat Biodata Klien dengan Leukemia Limfositik akut di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda

	<b>Klien 1</b>	<b>Klien 2</b>
Keluhan Utama	Orang tua mengatakan anak nya lemas dan mengeluh nyeri	Orang tua mengatakan anak nya lemas dan mengeluh nyeri
Riwayat Penyakit Sekarang	Klien masuk rumah sakit 17 April 2019. An. C menderita penyakit Leukemia Limfositik akut sejak 2014. Ibu An.C mengatakan sebelum dibawa RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda klien terlihat lemas, mengalami batuk pilek lima hari yang lalu nyeri dibagian kedua kaki dan rencana untuk kemotrapi lanjut yang ke 18 kali pada tanggal 24 april 2019 saat di lakukan pengkajian ibu klien mengatakan klien sering mengeluh nyeri dibagian kaki P nyeri saat kaki di gerakan Q. seperti di timpa benda berat , R nyeri dirasakan dibagian kedua kaki , S 4, T hilang timbul, mengeluh susah berjalan sering memegang kedua kaki nya dan mengatakan sakit, susah menjaga keseimbangan tubuh nya saat berdiri. kekuatan otot 5/5/3/3, ibu klien mengatakan anak nya sulit tidur dimalam hari, jarang tidur siang , klien terlihat mengantuk dipagi hari , pola tidur malam hanya 4-5 jam terlihat lingkaran hitam dibawah mata	Klien masuk rumah sakit pada tanggal 17 April 2019. Klien menderita penyakit Leukemia Limfositik Akut sejak 2017. Ibu klien mengatakan sebelum dibawa ke RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda, klien terlihat pucat dan lemah dan rencana kemotrapi 14 VCR dan Dauno. Pada tanggal 24 april 2019 saat dilakukan pengkajian klien terlihat pucat dan lemah klien terlihat konjuntiva anemis ibu klien mengatakan anaknya ngeluh nyeri dibagian tangan kanan P: nyeri saat digerkan Q: seperti di timpa benda berat R: nyeri dirasakan dibagian punggung tangan S: 5 T: hilang timbul , terdapat luka di bagian punggung tangan tampak merah dan bengkak, ibu klien mengatakan anak nya sering rewel , sering rewel dimalam hari , jarang tidur siang , pola tidur malam hanya 4-5 jam, terlihat lingkaran hitam disekitar mata
Riwayat Kesehatan Dahulu	Klien pernah dirawat di rumah sakit 2 bulan yang lalu dengan riwayat penyakit leukemia limfositik akut klien tidak ada riwayat alergi, penggunaan obat, dan operasi	Klien pernah dirawat di rumah sakit 1 bulan yang lalu dengan riwayat penyakit leukemia lifositik akut dan batuk pilek , klien tidak ada riwayat alergi, penggunaan obat, dan operasi.
Riwayat Kehamilan dan Kelahiran	Ibu mengatakan hamil Anak C selama 39 Minggu dan Anak C merupakan anak ke 2	Ibu mengatakan hamil Anak N selama 39 minggu dan Anak N merupakan anak ke 1



-Pre Natal		
-Intra Natal	Ibu mengatakan selama hamil Anak C pernah mengalami Tekanan Darah Tinggi	Ibu mengatakan selama hamil Anak N tidak ada keluhan kesehatan
-Postnatal	Ibu mengatakan melahirkan Anak C secara cesar dengan berat badan 3600 gram	Ibu mengatakan melahirkan Anak N secara Normal dengan Berat 3300 gram
Riwayat Kesehatan Keluarga	Pasien mengatakan dari keluarga ada yang mempunyai penyakit seperti sang anak Leukemia Limfositik akut	Pasien mengatakan dari keluarga ada yang mempunyai penyakit seperti anaknya
Riwayat Tumbuh Kembang Antropometri BB(sebelum dan sesudah sakit),TB,LK,L D,LILA,	BB Anak C sebelum sakit dan sesudah sakit tidak mengalami penurunan berat badan 33 Kg, TB Anak C 119 cm, LK 49 cm, LD 75 cm, LILA 23 cm	BB Anak I sebelum sakit dan sesudah sakit tidak mengalami penurunan 14 Kg, TB Anak N 87 cm, LK 45 cm, LD 50 cm, LILA 14 cm.

Tabel 4.3 Hasil Pengkajian Pola Kegiatan Sehari-hari Klien dengan Leukemia Limfositik Akut di RSUD Abdul Wahab Sjahranie

Pola Kegiatan	Klien 1	Klien 2
Pola Kesehatan Sehari Hari	Ibu mengatakan anak C biasanya makan di rumah sebanyak 1-3 kali sehari, jenis makanan yang biasa dia makan adalah seperti nasi, lauk pauk, kue, buah dan anak C memakan semua makanan yang diberikan, namun kurang menyukai sayuran tidak ada pantangan makanan adapun makanan yang disukai anak C adalah pecel. Minuman yang diberikan kepada anak C adalah air putih, susu dan jus buah. Semenjak sakit ibu mengatakan nafsu makan anak C menurun anak hanya 4 sendok	Ibu mengatakan anak N makan 1-2x sehari dengan jenis makanan seperti nasi, lauk pauk, sayur. Ibu mengatakan tidak ada pantangan dan alergi makanan anak N menyukai nugget. Untuk minuman ibu mengatakan anak N minum susu, air putih, teh. Ibu mengatakan sejak sakit anak tidak nafsu makan hanya makan 5 sendok.
- Pola Nutrisi dan Metabolik		
- Pola Aktivitas dan	Ibu mengatakan anak C	Ibu mengatakan anak N anak yang

<b>Pola Kegiatan</b>	<b>Klien 1</b>	<b>Klien 2</b>
latihan	adalah anak yang aktif, lebih sering bermain di dalam rumah bersama ayah ataupun sodaranya.	aktif bermain diluar rumah dan akrab bersama teman sebayanya
- Pola Tidur	Ibu mengatakan anak C selama di rumah tidur siang $\pm$ 3 jam dan tidur malam $\pm$ 8 jam, sedangkan di rumah sakit jarang tidur siang jam dan tidur malam $\pm$ 5 jam. Anak sering terbangun dimalam hari karna nyeri .	Ibu mengatakan anak N selama di rumah tidur siang $\pm$ 3 jam dan tidur malam $\pm$ 8 jam, sedangkan di rumah sakit jarang tidur siang jam dan tidur malam $\pm$ 5 jam. Anak sering terbangun dimalam hari karna nyeri .

Tabel 4.4 Hasil pengkajian Klien dengan Leukemia Limfositik Akut di RSUD Abdul Wahab Sjahranie

<b>Observasi</b>	<b>Klien 1</b>	<b>Klien 2</b>
Keadaan Umum	Posisi klien supine klien terpasang alat medis IVFD	Posisi klien supine klien terpasang alat medis IVFD
Kesadaran	Kesadaran compos mentis & GCS E4M6V5	Kesadaran compos mentis & GCS E4M6V5
Pemeriksaan tanda-tanda vital	TD : RR : 25 x/m N : 100 x/m S : 36,2 C	TD : RR : 25 x/m N : 80 x/m S : 36,2C
Kenyamanan/ Nyeri	Provokatif dan paliatif: saat kaki di gerkan Quality dan Quantitas: Seperti ditimpa benda berat Regio : ke 2 sendi kaki kanan dan kiri Severity : 4 Time : Hilang timbul	Provokatif dan paliatif: Adanya sentuhan Quality dan Quantitas: Seperti di timpa benda berat Regio : tangan kanan Severity : 5 Time : Hilang timbul

Tabel 4.5 Hasil Pemeriksaan Fisik Klien dengan Leukemia Limfositik Akut di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda

<b>Pemeriksaan fisik</b>	<b>Klien 1</b>	<b>Klien 2</b>
A. Pemeriksaan kepala	Finger print ditengah frontal	Finger print ditengah frontal

dan leher		
1) Kepala dan rambut	terhidrasi. Kulit kepala bersih, tidak ada ketombe dan tidak ada lesi. Penyebaran rambut tidak merata berwarna hitam rambut mudah rontok, dan tidak ada kelainan	terhidrasi. Kulit kepala bersih, tidak ada ketombe dan tidak ada lesi. Penyebaran rambut tidak merata berwarna coklat rambut mudah rontok, dan tidak ada kelainan
2) Mata	Mata lengkap, simetris kanan dan kiri., kornea mata jernih kanan dan kiri. Konjungtiva anemis dan sklera tidak ikterik Kelopak mata/palepebra tidak ada pembengkakan. Adanya reflek cahaya pada pupil dan bentuk isokor kanan dan kiri, iris kanan kiri berwarna hitam, tidak ada kelainan	Mata lengkap, simetris kanan dan kiri., kornea mata jernih kanan dan kiri. Konjungtiva anemis dan sklera tidak ikterik Kelopak mata/palepebra tidak ada pembengkakan. Adanya reflek cahaya pada pupil dan bentuk isokor kanan dan kiri, iris kanan kiri berwarna hitam, tidak ada kelainan
3) Hidung	Tidak ada pernafasan cuping hidung, posisi septum nasal ditengah, lubang hidung bersih, tidak ada secret, tulang hidung dan septum nasi tidak ada pembengkakan dan tidak ada polip	Tidak ada pernafasan cuping hidung, posisi septum nasal ditengah lubang hidung bersih, tidak ada secret, tulang hidung dan septum nasi tidak ada pembengkakan dan tidak ada polip
4) Mulut & Lidah	Keadaan mukosa bibir kering dan pucat. Tonsil ukuran normal uvula letak simetris ditengah .	Keadaan mukosa bibir kering dan pucat. Tonsil ukuran normal uvula letak simetris ditengah .
5) Telinga	Bentuk telinga sedang, simetris kanan dan kiri. Lubang telinga bersih, dan menegeluarkan c, pendengiran bening di telinga sbelah kanan pendengran berfungsi dengan baik	Bentuk telinga sedang, simetris kanan dan kiri. Lubang telinga bersih, tidak ada serumen berlebih, pendengaran berfungsi dengan baik
6) Leher	Kelenjar getah bening tidak teraba, tiroid tidak teraba, posisi trakea letak ditengah tidak ada kelainan	Kelenjar getah bening tidak teraba, tiroid tidak teraba, posisi trakea letak ditengah tidak ada kelainan
B. Pemeriksaan thorak sistem pernafasan		
a. Inspeksi thorak		
b. Palpasi		
c. Perkusi		
d. Auskultasi	Tidak ada sesak nafas, batuk dan secret. Bentuk dada simetris, irama nafas teratur, pola nafas normal, tidak ada pernafasan cuping hidung, otot bantu pernafasan, vocal permitus dan ekspansi paru anterior dan posterior dada normal, perkusi sonor, auskultasi suara nafas vesikuler.	Tidak ada sesak nafas, batuk dan secret. Bentuk dada simetris, irama nafas teratur, pola nafas normal, tidak ada pernafasan cuping hidung, otot bantu pernafasan, vocal permitus dan ekspansi paru anterior dan posterior dada normal, perkusi sonor, auskultasi suara nafas vesikuler.
C. Pemeriksaan jantung		
a. Inspeksi dan palpasi		
b. Perkusi batas jantung		
c. Auskultasi	Pada pemeriksaan inspeksi CRT < 2 detik tidak ada sianosis. Pada pemeriksaan palpasi iktus kordis teraba hangat. Perkusi batas jantung : Basic jantung berada di ICS II dari lateral ke media linea ,	Pada pemeriksaan inspeksi CRT > 2 detik tidak ada sianosis. Pada pemeriksaan palpasi iktus kordis teraba dingin . Perkusi batas jantung : Basic jantung berada di ICS II

para sterna sinistra, tidak melebar, Pinggang jantung berada di ICS III dari linea para sterna kiri, tidak melebar, Apeks jantung berada di ICS V dari linea midclavikula sinistra, tidak melebar.

Pemeriksaan auskultasi : bunyi jantung I saat auskultasi terdengar bunyi jantung normal dan regular, bunyi jantung II : saat auskultasi terdengar bunyi jantung normal dan regular, bunyi jantung tambahan : tidak ada bunyi jantung tambahan, dan tidak ada kelainan.

dari lateral ke media linea , para sterna sinistra, tidak melebar, Pinggang jantung berada di ICS III dari linea para sterna kiri, tidak melebar, Apeks jantung berada di ICS V dari linea midclavikula sinistra, tidak melebar.

Pemeriksaan auskultasi : bunyi jantung I saat auskultasi terdengar bunyi jantung normal dan regular, bunyi jantung II : saat auskultasi terdengar bunyi jantung normal dan regular, bunyi jantung tambahan : tidak ada bunyi jantung tambahan, dan tidak ada kelainan.

D. Pemeriksaan abdomen

- a. Inspeksi
- b. Auskultasi
- c. Palpasi
- d. Perkusi

Inspeksi : Bentuk abdomen bulat dan datar, benjolan/masa tidak ada pada perut, tidak tampak bayangan pembuluh darah pada abdomen, tidak ada luka operasi .  
Auskultasi : peristaltic 25x/menit  
Palpasi : Tegang  
Tidak ada nyeri tekan, mass,  
Hepar Lien tidak ada kelainan  
Ginjal tidak ada nyeri tekan, tidak ada asietas.

Inspeksi : Bentuk abdomen bulat dan datar, benjolan/masa tidak ada pada perut, tidak tampak bayangan pembuluh darah pada abdomen, tidak ada luka operasi .  
Auskultasi : peristaltic 20x/menit  
Palpasi : Tegang  
Tidak ada nyeri tekan, mass,  
Hepar Lien tidak ada kelainan  
Ginjal tidak ada nyeri tekan, tidak ada asietas.

E. Pemeriksaan Sistem genitalia

Kebersihan genitalia bersih, kemampuan berkemih spontan, tidak ada kelaianan pada genitalia dan anus

Kebersihan genitalia bersih, kemampuan berkemih spontan, tidak ada kelaianan pada genitalia dan anus

F. Pemeriksaan muskuluskeletal (ekstremitas) dan Integumen

Pergerakan sendi bebas, ada kelainan ekstermitas, tidak ada kelainan tulang belakang, tidak fraktur, tidak menggunakan traksi, tidak kompartemet syndrome, kulit kemerahan, turgor kulit baik, Kekuatan otot :

$$\frac{5}{3} \bigg| \frac{5}{3}$$

Pergerakan sendi bebas, ada kelainan ekstermitas, tidak ada kelainan tulang belakang, tidak fraktur, tidak menggunakan traksi, tidak kompartemet syndrome, kulit pucat , turgor kulit kurang, Kekuatan otot :

$$\frac{5}{5} \bigg| \frac{5}{5}$$

Tabel 4.6 Skala Resiko Jatuh Humpty Dumpty Klien dengan Leukemia Limfositik Akut di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda

Parameter	Kriteria	Nilai	KLIEN 1 (Skor)
Usia	< 3 Tahun	4	2
	3-7 Tahun	3	
	7-13 Tahun	2	
	13 Tahun	1	
Jenis Kelamin	Laki-Laki	2	1
	Perempuan	1	
Diagnosis	Diagnosa Neurologi	4	3
	Perubahan Oksigenasi (Diagnosis respiratorik, dehidrasi, anemia, anoreksia, sinkop, pusing, dsb)	3	
Gangguan Kognitif	Gangguan Perilaku /Psikiatri	2	1
	Diagnosis Lainnya	1	
	Tidak menyadari keterbatasan dirinya	3	
	Lupa akan adanya keterbatasan	2	
	Orientasi baik terhadap diri sendiri	1	
Faktor Lingkungan	Riwayat Jatuh/bayi diletakkan di tempat tidur dewasa	4	2
	Pasien menggunakan alat bantu/ bayi diletakkan dalam tempat tidur bayi/perabot rumah	3	
Pembedahan/Sedasi/Anestesi	Pasien diletakkan di tempat tidur	2	-
	Area diluar rumah sakit	1	
	Dalam 24 jam	3	
	Dalam 48 jam	2	
Penggunaan Medikamentosa	> 48 jam atau tidak menjalani pembedahan/sedasi/anestesi	1	1
	Penggunaan multiple : sedatif, obat hipnosis, barbiturat, fenotiazin, anti depresan, pencahar, diuretik, narkose	3	
	Penggunaan salah satu obat diatas	2	
	Penggunaan medikasi lainnya/tidak ada medikasi	1	
<b>Jumlah Skor Humpty Dumpty</b>			<b>10</b>
Parameter	Kriteria	Nilai	Klien 2 (Skor)
Usia	< 3 Tahun	4	3
	3-7 Tahun	3	
	7-13 Tahun	2	
	13 Tahun	1	
Jenis Kelamin	Laki-Laki	2	1

Diagnosis	Perempuan	1	
	Diagnosa Neurologi	4	
	Perubahan Oksigenasi (Diagnosis respiratorik, dehidrasi, anemia, anoreksia, sinkop, pusing,)	3	3
	Gangguan Perilaku /Psikiatri	2	
	Diagnosis Lainnya	1	
Gangguan Kognitif	Tidak menyadari keterbatasan dirinya	3	
	Lupa akan adanya keterbatasan	2	3
	Orientasi baik terhadap diri sendiri	1	
Faktor Lingkungan	Riwayat Jatuh/bayi diletakkan di tempat tidur dewasa	4	
	Pasien menggunakan alat bantu/ bayi diletakkan dalam tempat tidru bayi/perabot rumah	3	2
	Pasien diletakkan di tempat tidur Area diluar rumah sakit	2	
Pembedahan/Sedasi/Anestesi	Dalam 24 jam	3	
	Dalam 48 jam	2	
	> 48 jam atau tidak menjalani pembedahan/sedasi/anestesi	1	
Penggunaan Medikamentosa	Penggunaan multiple : sedatif, obat hipnosis, barbiturat, fenotiazin, anti depresan, pencahar, diuretik, narkose	3	
	Penggunaan salah satu obat diatas	2	1
	Penggunaan medikasi lainnya/tidak ada medikasi	1	
<b>Jumlah Skor Humpty Dumpty</b>			<b>13</b>

Tabel 4.7 Hasil Pemeriksaan Penunjang dengan Leukemia Limfositik Akut di RSUD Abdul Wahab Sjahranie

	Tindakan	Klien 1	Klien 2
1.	Pemeriksaan penunjang	Jenis pemeriksaan Laboratorium tanggal 18/04/2019	Jenis pemeriksaan Laboratorium tanggal 18/04/2019
		1. Leukosit : $2,2 \cdot 10^3/\mu\text{L}$	1. Leukosit $0,55 \cdot 10^3/\mu\text{L}$
		2. Eritrosit : $3,38 \cdot 10^6/\mu\text{L}$	2. Eritrosit $4,18 \cdot 10^6/\mu\text{L}$
		3. Hemoglobin 10,6 g/dl	3. Hemoglobin 6,6 g/dl
		4. Hematokrit 30,9 %	4. Hematokrit 34,2 %
		5. Neutrofil : 1.3	5. Neutrofil : 0,2

Tabel 4.8 Penatalaksanaan terapi klien dengan Diabetes Mellitus

di RSUD Abdul Wahab Sjahranie

**Penatalaksanaan Terapi**

- Klien 1**
1. santagesik (IV) 3 x 250 mg
  2. Ceftriaxone (IV) 2 x 50 mg  
mg
  3. D5 (IVFD) 15 tpm

- Klien 2**
1. santagesik (IV) 3 x 250 mg
  2. Ceftriaxone (IV) 2 x 50 mg
  3. Tranfusi darah 3 kantong dengan golongan darah AB

### 4.1.3 Diagnosa Keperawatan

Tabel 4.9 Daftar Diagnosa Keperawatan Klien dengan Leukemia Limfositik Akut  
di RSUD Abdul Wahab Sjahranie



No	Tanggal ditemukan	Klien 1 Diagnosa Kep	Tanggal ditemukan	Klien 2 Diagnosa Kep
1	18/04/2019	<p>Nyeri akut b/d agen cedera biologis (D.0077)</p> <p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Ibu klien mengatakan anaknya sering mengeluh kakinya sakit</li> <li>✓ P: nyeri saat kaki di gerakan</li> <li>✓ Q: seperti di timpa benda berat</li> <li>✓ R: nyeri dirasakan dibagian kedua kaki</li> <li>✓ S: 4</li> <li>✓ T: hilang timbul</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ klien terlihat meringis kesakitan</li> <li>✓ TTV <ul style="list-style-type: none"> <li>- N : 100 x/mnt</li> <li>- RR : 25 x/mnt</li> <li>- T : 36,2</li> </ul> </li> </ul>	18/04/2019	<p>Perfusi perifer tidak efektif b/d penurunan suplai darah ke perifer (D.0009)</p> <p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Ibu klien mengatakan anaknya lemas dan tampak pucat</li> </ul> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Klien terlihat lemas dan pucat</li> <li>✓ HB: 6,8 gm/dl</li> <li>✓ CRT &gt; 2 detik</li> <li>✓ Akral terba dingin</li> <li>✓ Konjugtiva anemis</li> </ul>
2	18/04/2019	<p>Gangguan pola tidur b/d gangguan rasa nyaman nyeri (D. 0055)</p> <p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ ibu klien mengatakan anaknya sulit tidur</li> <li>✓ pola tidur malam hanya 4-5 jam</li> <li>✓ dimalam hari, jarang tidur siang</li> <li>✓ klien terlihat mengantuk dipagi hari</li> </ul> <p>DO</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ kebutan tidur klien &lt; 10-13 jam</li> <li>✓ terlihat lingkaran hitam disetar mata</li> </ul>	18/04/2019	<p>Nyeri akut b/d agen cedera fisiologis (D.0077)</p> <p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Ibu klien mengatakan anaknya sering mengeluh sakit di bagian tangan</li> <li>✓ P: saat disentuh dan digerakan</li> <li>✓ Q: seperti di timpat benda berat</li> <li>✓ R: nyeri dirasakan dibagian tangan kanan,</li> <li>✓ S: 5,</li> <li>✓ T hilang timbul</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ klien terlihat meringis kesakitan</li> <li>✓ TTV <ul style="list-style-type: none"> <li>- N : 80 x/mnt</li> <li>- RR : 25 x/mnt</li> <li>- T : 36,2</li> </ul> </li> </ul>



mobilitas fisik b/d  
penurunan kekuatan  
otot (D.0054)

kesulitan dalam  
berjalan

DS:

- ✓ Ibu klien mengatakan anaknya mengalami

D

O

- ✓ Klien tampak lemah



Gangguan pola tidur b/d  
gangguan rasa nyaman nyeri (D.  
0055)

DS

- ✓ ibu klien mengatakan anak nya sering rewel
- ✓ anak sering rewel dimalam hari
- ✓ pola tidur malam hanya 4-5 jam



#### 4.1.4 Intervensi

Tabel 4.10 Intervensi Klien dengan Leukemia Limfositik Akut di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda

DX KEP	TANGGAL DITEMUKAN	DIAGNOSA KEP	TUJUAN DAN HASIL	INTERVENSI KEP
1	18 / 04 / 2019	Perfusi perifer tidak efektif b.d penurunan supali darah ke perifer	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam masalah perfusi jaringan efektif <b>Kriteria Hasil :</b> 1. Pengisian CRT < 3 detik 2. Nadi perifer stabil, teraba 3. Akral hangat 4. Warna kulit kemerahan	1.1 Monitor adanya daerah tertentu yang hanya peka terhadap panas/dingin/tajam/tumpul 1.2 Monitor adanya pretase 1.3 Instruksikan keluarga untuk mengobservasi kulit jika ada lesi atau leserasi 1.4 Batasi gerakan pada kepala, leher dan punggung 1.5 Observasi pengisian kapiler (<3 detik), akral dan warna kulit 1.6 Observasi tanda-tanda vital 1.7 Monitor adanya tromboplebitis 1.8 Kolaborasi pemberian analgetik
2	18 / 04 / 2019	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencidera fisik	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam masalah nyeri akut dapat diatasi, dengan <b>Kriteria Hasil :</b> 1. Klien dapat mengontrol nyeri ( tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan teknik non farmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan) 2. Klien dapat melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri skala 0-2	2.1 lakukan pengkajian nyeri (P,Q,R,S,T) 2.2 Observasi reaksi non verbal dari ketidaknyamanan 2.3 Gunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien 2.4 kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri (suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan) 2.5 ajarkan tehnik nonfarmakologi 2.6 tingkatkan istirahat 2.7 kolaborasi pemberian analgetik

3. Klien mampu mengenali nyeri ( skala, intensitas, frekuensi, dan tanda nyeri)
4. Klien dapat menyatakan rasa nyaman nyeri berkurang

3	18 / 04 / 2019	Gangguan pola tidur berhubungan dengan gangguan rasa nyam nyeri	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam masalah gangguan pola tidur pada pasien , pola tidur menjadi normal kembali, tidur yang adekuat	<ol style="list-style-type: none"> <li>2.1 Kaji pola tidur</li> <li>2.2 Jelaskan penting tidur yang adekuat</li> <li>2.3 Fasilitas untuk mempertahankan aktivitas sebelum</li> </ol>
			<p><b>Kriteria Hasil :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5. Jumlah jam tidur dalam batas normal 10-13 jam/hari</li> <li>6. Pola tidur , kualitas tidur dalam batas normal</li> <li>7. Perasaan segar setelah tidur atau istirahat, tidak mengantuk di pagi hari, tidak terdapat lingkaran hitam dibawah mata</li> <li>8. Klien mampu mengidentifikasi hal-hal yang meningkatkan tidur.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>2.4 Ciptakan lingkungan yang nyaman</li> <li>2.5 Monitor waktu makan dan minum dengan waktu tidur</li> <li>2.6 Monitor/catat kebutuhan tidur pasien setiap hari dan jam</li> <li>2.7 Kolaborasi pemberian obat tidur</li> </ol>
4	18 / 04 / 2019	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot Resiko infeksi	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan rasa letih berkurang	<ol style="list-style-type: none"> <li>3.1 Monitoring tanda-tanda vital sebelum dan sesudah latihan serta llihat respon pasien saat latihan</li> </ol>
			<p><b>Kriteria Hasil :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien meningkatkan dalam aktifitas fisik</li> <li>2. Klien mengerti tujuan dari peningkatan mobilitas</li> <li>3. Klien dapat mengungkapkan perasaan dalam</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>3.2 Kaji kemampuan pasien dalam mobilisasi</li> <li>3.3 Latih pasien dalam pemenuhan kebutuhan jadwal aktivitas sehari-hari</li> <li>3.4 Damping pasien saat mobilisasi dan bantu pemenuhan kebutuhan sehari hari</li> </ol>

peningkatan kekuatan dan kemampuan berpindah klien  
 3.5 Berikan alat bantu jika klien membutuhkan  
 4. Klien dapat memperagakan penggunaan alat bantu dan mobilisasi

5 18 / 04 / 2019 Resiko infeksi Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam masalah Resiko infeksi tidak terjadi dengan  
**Kriteria Hasil :**  
 1. Pasien bebas dari tanda dan gejala infeksi  
 2. Mendeskripsikan proses penularan penyakit, factor yang mempengaruhi penularan serta penatalaksanaanya  
 3. Menunjukkan kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi  
 4. Jumlah leukosit dalam batas normal  
 5. Menunjukkan perilaku hidup sehat  
 4.1 Pantau tanda dan gejala infeksi  
 4.2 Gunakan teknik aseptik setiap melakukan tindakan invasive  
 4.3 Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien  
 4.4 Ajarkan pasien dan keluarga tehnik cuci tangan yang benar  
 4.5 Jelaskan tanda dan gejala infeksi  
 4.6 Batasi jumlah pengunjung bila perlu  
 4.7 Kolaborasi pemberian antibiotic

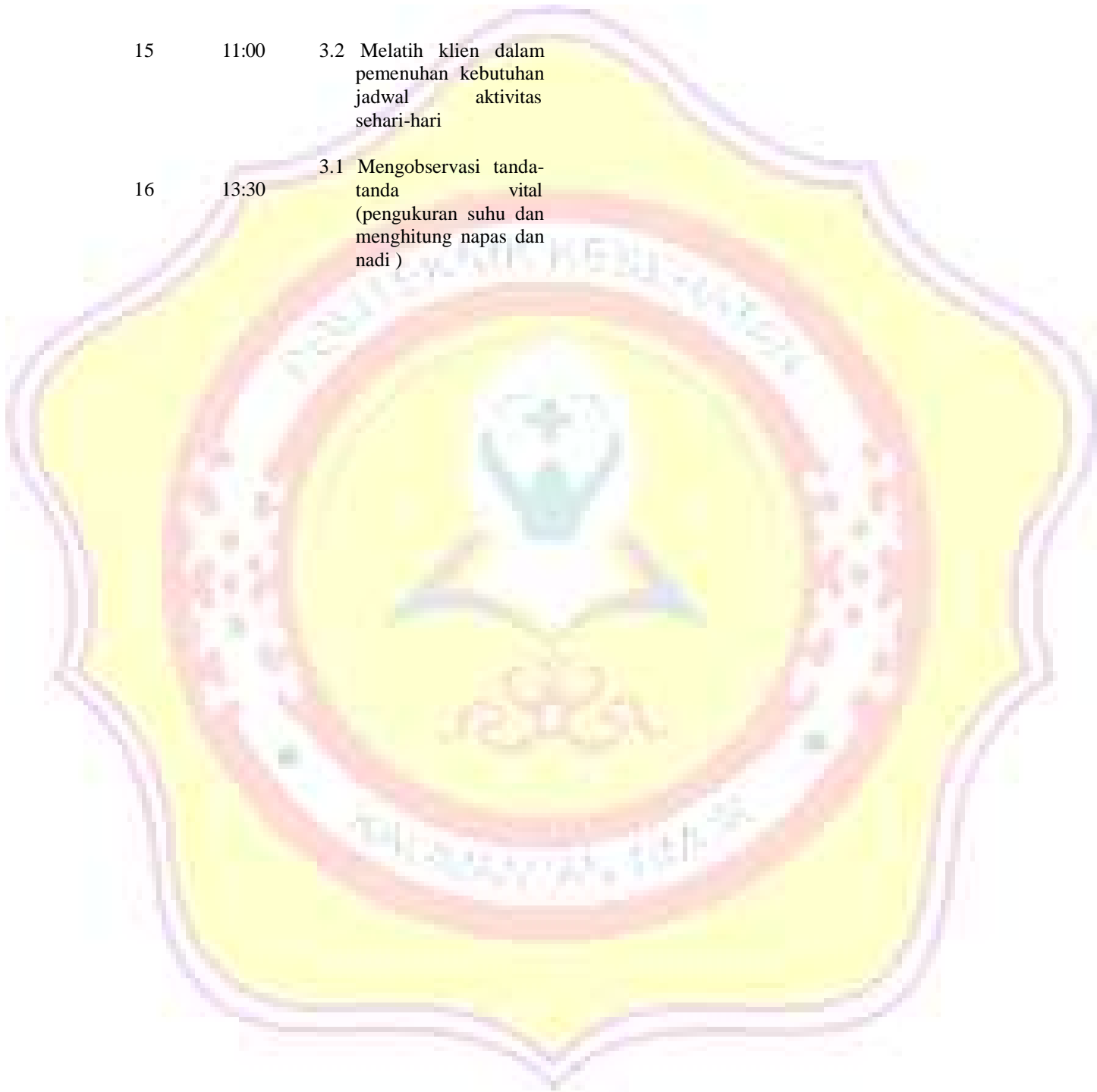
#### 4.1.5 Implementasi

Tabel 4.11 Implementasi Klien 1 dengan Leukemia Limfositik Akut

Sjahrani Samarinda				
NO	Tannggal/ Jam	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Tindakan	Paraf
	18/04/19			
1	07.15	4.3 Mencuci tangan sebelum kontak dengan pasien	Tangan bersi darii kuman dan tidak menularkan penyakit	
2	7:20	4.1 Melihat tanda dan gejala infeksi pada pasien	Terliahta tanda tanda ifeksi pada klien mengelurkan cairan bening dan kemerahan	
3	8:00	4.2 Menggunakan tehnik	Mencegah terjadinya kontaminasi	

		aseptic saat melakukan tindakan	
4	8:15	4.6 Mengatakan kepada keluarga untuk membatasi pengunjung	Keluarga sudah membatasi pengunjung
5	8:20	1.1 Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif, kualitas nyeri, letak nyeri, skalanyeri, dan waktu nyeri	P: saat melakukan aktivitas yang berlebihan Q: seperti ditimpa benda berat R: nyeri dirasakan pada kedua kaki S: 3
6	8:25	1.2 melihat reaksi nonverbal klien	Klien terlihat meringis kesakitan dan memegang daerah kakinya
7	9:00	1.7 Kolaborasi pemberian analgetik sesuai advice dokter santagesik 250mg	Klien manahansakit saat obat diberikan
9	9:05	3.8 Kolaborasi pemberian antibiotic sesuai advice dokter ceftriaxone 50mg	Klien menahan sakit saat obat diberikan
10	10:00	2.1 Melakukan pengkajian terhadap pola tidur klien	klien terlihat mengantuk dipagi hari, terlihat lingkaran hitam di area sekitar mata, ibu klien mengatakan, anaknya sering terbangun di malam hari, hanya tidur 4-5 jam/hari dan jarang tidur siang ibu klie mengerti pentingnya tidur yang ade kuat bagi anak nya
11	10:15	2.2 Menjelaskan pentingnya tidur yang adekuat	ibu klien mengatakan akan menciptakan lingkungan yang nyaman bagi anaknya
12	10:20	2.4 Memberi tahu keluarga untuk menciptakan lingkungan yang nyaman bagi klien seperti suhu yg hangat/ dingin , penerangan dan kibisinga	Ibu klien paham dan akan mamantau waktu makan dan minum dengan waktu tidur
13	10:30	2.5 Memberi tahu keluarga untuk memonito waktu makan dan minum dengan waktu tidur	Tidur pada malam hari hanya 5 jam dan pada siang hari hanya 1 jam Melatih klien saat berjala saat ketoilet dan ketempat bermain

- |    |       |  |                             |
|----|-------|--|-----------------------------|
| 14 | 10:45 | 2.6 Mencatat kebutuhan tidur klien setiap hari                                       | N: 101 RR: 23x/menit T:36,2 |
| 15 | 11:00 | 3.2 Melatih klien dalam pemenuhan kebutuhan jadwal aktivitas sehari-hari             |                             |
| 16 | 13:30 | 3.1 Mengobservasi tanda-tanda vital (pengukuran suhu dan menghitung napas dan nadi ) |                             |



19/04/19			
1	7:10	4.3 Mencuci tangan sebelum kontak dengan pasien	Tangan bersi darii kuman dan tidak menularkan penyakit
2	7:10	4.1 Melihat tanda dan gejala infeksi pada pasien	Terliahta tanda tanda ifeksi pada telinga klien mengeluarkan cairan bening dan kemerahan
3	07.15	4.2 Menggunakan tehnik aseptic saat melakukan tindakan	Mencegah terjadinya kontaminasi
4	7:20	4.5 Mengatakan kepada keluarga membatasi pengunjung	Keluarga sudah membatasi pengunjung
5	8:00	1.1 Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif, kualitas nyeri, letak nyeri, skalanyeri, dan waktu nyeri	P: saat melakukan aktivitas yang berlebihan Q: seperti ditimpa benda berat R: nyeri dirasakan pada kedua kaki S: 3
6	8:15	1.2 melihat reaksi nonverbal klien	Klien terlihat meringis kesakitan dan memegang daerah kakinya
7	8:20	2.1 Melakukan pengkajian terhadap pola tidur klien	Klien memiliki durasi tidur 6 jam/hari dengan tidur siang 1 jam, dan frekuensi terbangun di malam hari karena gelisah sebanyak 3 kali,nyeri skala 3 klien terlihat mengantuk di pagi hari dan kyang bersemangat
8	8:40	2.2 Mencatat kebutuhan tidur klien se tiap hari	Tidur pada malam hari hanya 5 jam dan siang hari 1 jam



9	9:00	1.7 Kolaborasi pemberian analgetik sesuai advice dokter santagesik 250mg	Klien manahansakit saat obat diberikan
10	11:00	4.7 Kolaborasi pemberian antibiotic sesuai advice dokter ceftriaxone 50mg	Klien menahan sakit saat obat diberikan
11	12:15	3.3 Melatih klien dalam pemenuhan kebutuhan jadwal aktivitas sehari-hari	Melatih klien saat berjala saat ketoilet dan ketempat bermain
12	12:20	3.1 Mengobservasi tanda-tanda vital (pengukuran suhu dan menghitung napas dan nadi )	N: 101 RR: 23x/menit T:36,2

20/04/19			
1	8:00	4.3 Mencuci tangan sebelum kontak dengan pasien	Tangan bersih dari kuman
2	8:25	4.2 Menggunakan tehnik aseptik saat melakukan tindakan	Mencegah terjadinya kontaminasi
3	8:40	1.1 Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif, kualitas nyeri, letak nyeri, skalanyeri, dan waktu nyeri	P: nyeri saat kaki digerakan Q: seperti ditimpa benda berat R: nyeri dirasakan pada bagian kedua kaki S: 2 T: hilang timbul
4	9:00	1.2 melihat reaksi nonverbal pasien	Klien terlihat tidak meringis kesakitann
5	10:00	2.1 Mengkaji pola tidur klien	Memiliki durasi tidur 9 jam/hari dengan tidur siang 2 jam, dan frekuensi terbangun dimalam hari karena gelisah sebanyak 3 kali,nyeri skala 2

6	10:15	2.2 Mencatat kebutuhan tidur klien	Tidur pada malam hari hanya 7 jam 2
7	10:20	1.7 Kolaborasi pemberian analgetik sesuai advice dokter santagesik 250 mg melalui bolus	Klien terlihat meringis kesakitan saat obat dimasukkan
8	10:30	4.7 Kolaborasi pemberian Antibiotik sesuai advice dokter ceftriaxone 50 mg melalui bolus	Klien terlihat meringis kesakitan saat obat dimasukkan
9	11:00	1.1 Melihat tanda dan gejala infeksi pada pasien	Terlihat tanda tanda infeksi pada telinga klien mengeluarkan cairan bening
10	11:20	3.3 Melatih klien dalam pemenuhan kebutuhan jadwal aktivitas sehari-hari	Melatih berjalan saat ke toilet dan ketempat bermain
11	13:00	3.1 mengobservasi tanda-tanda vital (pengukuran suhu dan menghitung napas dan nadi)	N: 110 RR: 24x/menit T:36,0
12	13:40	3.2 Mengkaji kemampuan klien dalam mobilisasi	Klien terlihat kesulitan dalam berdiri, menjaga keseimbangan tubuhnya Kekutan otot 5/5/3/3/

Tabel 4.12 Implementasi Klien 2 dengan Leukemia Lmfositik Akut di RSUD

Abdul Wahab Sjahranie

No	Tanggal/ Jam	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Tindakan	paraf
1	7:10	4.3 Mencuci tangan sebelum kontak dengan pasien	Tangan bersi dari kuman	
2	7:10	4.2 Menggunakan tehnik aseptik saat melakukan tindakan	Mencegah terjadinya kontaminasi	
3	07.15	1.1 Melakukan pengkajian dengan observasi pengisian kapiler nilai norma (<2 detik), akril dan warna kulit	CRT >2 detik, warna kulit pucat konjungtiva anemis	

4	7:20	1.6 mengobservasi tanda-tanda vital (pengukuran suhu dan menghitung napas dan nadi )	N: 80x/menit RR: 23x/menit T:36,2
5	8:00	1.3 Menginstruksikan kepada keluarga jika tiba tiba ada luka pada tubuh klie	Keluarga mengerti dan akan melaporkan jika tiba tiba ada luka
6	8:15	2.4 mengontrol lingkungan klien	Lingkungan klien jauh dari kebisingan
7	8:20	2.3 Gunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri klien	Perawat sudah menggunakan komunikasi traupetik
8	9:00	2.1 Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif, kualitas nyeri, letak nyeri, skalanyeri, dan waktu nyeri	P: saat digerakan Q: seperti ditimpa benda berat R: nyeri dirasakan pada tangan kanan S: 5 T: hilang timbul
9	11:00	2.2 Melihat reaksi nonverbal pasien	Pasien terlihat meringis kesakitan dan memegang daerah tangannya
10	11:15	2.4 kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri (suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan)	Mengontrol lingkungan klien dari kebisingan
11	11:20	2.7 Kolaborasi pemberian analgetik sesuai advice dokter santagesi 250 mg diberikan melalui bolus	Klien terlihat menahan nyeri saat obat dimasukkan
12	11:30	2.6 Menganjurkan kepada keluarga untuk meningkatkan istirahat klien	Keluarga paham untuk meningkatkan istirahat klien
13	12:00	4.1 Melihat tanda dan gejala infeksi pada klien	Terlihat tanda tanda ifeksi pada klien pungung tangan klien bengkak tampak kemerahan dan nyeri
14	12:10	4.5 Menjalskan tanda dan gejala infeksi	Keluarga paham dengan tanda dan gejala infeksi
15	12:30	3.1 Melakukan pengkajian terhadap pola tidur klien	Klien terlihat mengantuk dipagi hari, terlihat lingkaran hitam di area sekitar mata, anaknya sering terbangun di malam hari sebanyak 4 kali, hanya tidur 4-5 jam/hari

			dan jarang sekali bahkan tidak pernah tidur siang
16	12:40	3.2 Menjelaskan pentingnya tidur yang adekuat	ibu klie mengerti pentingnya tidur yang ade kuat bagi anak nya
17	12:45	3.3 Memberi tahu keluarga untuk menciptakan lingkungan yang nyaman bagi klien seperti suhu yg hangat/ dingin , penerangan dan kibisinga	Ibu klien mengatakan akan menciptakan lingkungan yang nyaman bagi anaknya
18	12:50	3.5 Memberi tahu keluarga untuk memonito waktu makan dan minum dengan waktu tidur	Ibu klien paham dan akan memamntau waktu makan dan minum dengan waktu tidur
19	13:00	3.6 Mencatat kebutuhan tidur klien sepiat hari	Tidur pada malam hari hanya 5 jam dan pada siang hari hanya 30 menit
	19/04/19		
1	7:00	4.3 Mencuci tangan sebelum kontak dengan pasien	Tangan bersi dari kuman
2	7:25	4.2 Menggunakan tehnik aseptik saat melakukan tindakan	Mencegah terjadinya kontaminasi
3	8:00	2.1 Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif, kualitas nyeri, letak nyeri, skalanyeri, dan waktu nyeri	P: saat tangan digerekan Q: seperti ditimpa benda berat R: nyeri dirasakan pada tangan kanan S: 4 T: hilang tiimbul
4	8:10	2.2 Melihat reaksi nonverbal pasien	Pasien terlihat meringis kesakitan dan memegang daerah tangan nya
5	9:00	1.5 Melakukan pengkajian dengan observasi pengisiankapiler nilai norma (<2 detik), akral dan warna kulit	CRT >2 detik, warna kulit pucat konjugtiva anemis
6	9:00	1.6 Mengobservasi tanda-tanda vital (pengukuran suhu dan menghitung napas dan nadi )	N: 85x/menit RR: 24x/menit T:36,2
7	11:00	2.7 Kolaborasi pemberian analgetik sesuai advice dokter santageik 250mg melalui bolus	Pasien menahan sakit saat obat di berikan
8	12:00	4.7 Kolaborasi pemberian antibiotik sesuai advice dokter ceftriaxone 50mg melalui bolus	Pasien menahan skit saat obat di berika

9	13:10	3.1 Mengkaji pola tidur klien	Klien memiliki durasi tidur 7 jam/hari dengan tidur siang 1 jam, dan frekuensi terbangun dimalam hari karena gelisah sebanyak 3 kali,nyeri skala 4 klien terlihat mengantuk di pagi hari dan kyrang bersemangat
	13:15		
10		3.6 Mencatat kebutuhan tidur klien setiap hari	Pada malam hari tidur 6 jam dan pada siang hari 1 jam
	13:30		
11		4.1 Melihat tanda dan gejala infeksi pada klien	Terlihat tanda tanda ifeksi pada anak pungung tangan anak bengkak tampak kemerahan dan nyeri
	20/04/19		
1	7:30	1.5 Melakukan pengkajian dengan observasi pengisiankapiler nilai norma (<2 detik), akrakl dan warna kulit	CRT <2 detik, warna kulit norma konjungtiva tidak anemis
2	7:35	1.6 Mengobservasi tanda-tanda vital (pengukuran suhu dan menghitung napas dan nadi )	N: 100x/menit RR: 23x/menit T:36,2
3	8:15	2.1 Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif, kualitas nyeri, letak nyeri, skalanyeri, dan waktu nyeri	P: saat tangan di gerakan Q: seperti ditimpa benda berat R: nyeri dirasakan pada bagian tangan kanan S: 3 T: hilang tiimbul
4	8:25	2.2 Melihat reaksi nonverbal klien	Klien tidak meringis lagi dan terlihat lebih nyaman
5	9:00	2.7 Kolaborasi pemberian analgetik sesuai advice dokter santagesik 250mg melalui bolus	Saat obat dimasukan pasien meringis menahan sakit
6	9:00	4.7 Kolaborasi pemberian antibiotik sesuai advice dokter ceftriaxone 50mg melalui bolus	Saat obat dimasukan pasien meringis menahan sakit
7	10:30	3.1 Mengkaji pola tidur klien	Memiliki durasi tidur 9 jam/hari dengan tidur siang 2 jam, dan frekuensi terbangun dimalam hari karena gelisah sebanyak 3

8	11:00	3.6 Mencatat kebutuhan tidur klien setiap hari	kali,nyeri skala 2 Tidur pada malam hari 7 jam dan tidur siang 2
9	12:00	4.1 Melihat tanda dan gejala infeksi pada pasien	punggung tangan anak sudah tidak benkak dan masih kemeraha

#### 4.1.6 Evaluasi

Tabel 4.13 Evaluasi Asuhan Keperawatan Klien 1 dengan Leuemia

#### Limfositik Akut di RSUD Abdul Wahab Sjahranie

Hari/ Jam	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi ( SOAP )	Paraf
Hari 1 11.00	Dx 1	<p>S: Klien masih mengeluh nyeri dibagian kedua kaki P: saat kaki digerakan Q: seperti ditimpa benda berat R: dibagian kedua kaki S:4</p> <p>O: Klien terlihat proktektif melindungi nyeri . tampak meringis kesakitan</p> <p>A: masalah nyeri akut belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <p>1.1 Lakukan pengkajian nyeri (P,Q,R,S,T)</p> <p>1.2 Observasi reaksi non verbal dari ketidaknyamanan</p> <p>1.7 kolaborasi pemberian anlgetik</p>	
	Dx 2 Gangguan pola tidur berhubungan gangguan rasa nyam nyeri	<p>Dx 2</p> <p>S: Ibu klien mengatakan anaknya sering rewel, sulit tidur di malam hari, lama tidur hanya 4-5 jam/hari dengan sering bangun dimalam hari, jarang tidur siang</p> <p>O: Klien terlihat mengantuk dipagi hari, durasi tidur &lt; dari kebutuhan (10-13 jam/hari), terlihat lingkaran hitam di sekitar mata, dan terlihat tidak bersemangat</p> <p>A: Masalah gangguan pola tidur belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <p>2.1 kaji pola tidur klien</p> <p>2.6 catat kebutuhan tidur klien septiap hari</p>	
12.00	Dx 3 Gangguan hambatan mobiltas fisik	<p>Dx 3</p> <p>S : Ibu klien mengatakan anaknya sulit berjalan</p> <p>O : Pasien terlihat dibantu saat pergi ketoilet TTV: N: 100x/menit RR: 23x/menit T:36,2 Kekuatan oto 5/5/3/3</p> <p>A : Masalah gangguan hambatan mobilitas belum teratasi</p>	

			<p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2.1 Monitoring tanda-tanda vital sebelum dan sesudah latihan serta latih respon pasien saat latihan</li> <li>2.3 Latih pasien dalam pemenuhan kebutuhan jadwal aktivitas sehari-hari</li> <li>2.4 Dampingi pasien saat mobilisasi dan bantu pemenuhan kebutuhan sehari-hari klien</li> <li>2.5 Berikan alat bantu jika klien membutuhkan</li> </ol>
10.30	Dx 4 Resiko infeksi	Dx4 S: -	<p>O: Terdapat luka di bagian gendang telinga dan mengeluarkan cairan bening Leukosit <math>2,20^3/\mu\text{L}</math></p> <p>A: masalah resiko infeksi belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4.1 Pantau tanda dan gejala infeksi</li> <li>4.2 Gunakan teknik aseptik setiap melakukan tindakan invasive</li> <li>4.3 Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien</li> <li>4.6 Batasi jumlah pengunjung bila perlu</li> <li>4.7 Kolaborasi pemberian antibiotic jika perlu</li> </ol>
Hari ke 2 10.00	Dx 1	DX 1	<p>S: Klien masih mengeluh nyeri dibagian kaki P: nyeri saat digerakan Q: seperti tertimpa benda berat R: dibagian kedua kaki S: 3</p> <p>O: Klien tampak meringis kesakitan ketika nyeri timbul</p> <p>A: Masalah nyeri akut teratasi sebagian</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.1 Lakukan pengkajian nyeri (P,Q,R,S,T)</li> <li>1.2 Observasi reaksi non verbal dari ketidaknyamanan</li> <li>1.7 kolaborasi pemberian analgetik</li> </ol>
	Dx 2	Dx 2	<p>S: Ibu klien mengatakan anaknya memiliki durasi tidur 6 jam/hari dengan tidur siang 1 jam, dan frekuensi terbangun di malam hari karena gelisah sebanyak 3 kali, nyeri skala 3 klien terlihat mengantuk di pagi hari dan kurang bersemangat</p> <p>O: klien terlihat tidak bersemangat, terlihat lingkaran hitam disekitar matanya, mata sayu</p> <p>A: Masalah gangguan pola tidur belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan Intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2.1 kaji pola tidur klien</li> <li>2.6 catat kebutuhan tidur klien setiap hari</li> </ol>
12.30	Dx 3	Dx 3	<p>S: Ibu klien mengatakan anaknya sulit berjalan dan menjaga keseimbangan</p> <p>O : Pasien terlihat dibantu saat pergi ke toilet TTV: N: 101x/menit RR: 23x/menit T:36,2</p>

Kekuatan oto 5/5/3/3

A : Masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi

P : Lanjutkan intervensi

- 3.1 Monitoring tanda-tanda vital sebelum dan sesudah latihan serta latih respon pasien saat latihan
- 3.3 Latih pasien dalam pemenuhan kebutuhan jadwal aktivitas sehari-hari
- 3.4 Damping pasien saat mobilisasi dan bantu pemenuhan kebutuhan sehari-hari klien
- 3.5 Berikan alat bantu jika klien membutuhkan

11.00 Dx 4

Dx 4

S: -

O: -Terdapat luka di bagian gendang telinga kemerahan dan mengeluarkan cairan bening  
Leukosit  $2,20^3/\mu\text{L}$   
Netrofil 1,3

A: masalah resiko infeksi belum teratasi

P : Lanjutkan ntervensi

- 3.1 Pantau tanda dan gejala infeksi
- 3.2 Gunakan teknik aseptik setiap melakukan tindakan invasive
- 3.3 Cuci tngan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien
- 3.6 Kolaborasi pemberian antibiotic jika perlu

Hari ke Dx 1

Dx 1

3

S: klien masih mengeluh nyeri dibagian kedua kaki

10.10

P: saat kaki di gerkan Q: seperti ditusuk-tusuk  
R: dibagian sendi kaki dan tangan S: 2 T hilang timbul

O: klien terlihat lebih nyaman dan tidak meringis kesakitan

A: maslah nyeri akut teratasi sebagian

P: Lanjutkan intervensi

- 1.1 Lakukan pengkajian nyeri (P,Q,R,S,T)
- 1.2 Observasi reaksi non verbal dari ketidaknyamanan
- 1.7 kolaborasi pemberian anlgetik

Dx 2

Dx 2

S: Ibu klien mengatakan anaknya memiliki durasi tidur 9 jam/hari dengan tidur siang 2 jam, dan frekuensi terbangun dimalam hari karena gelisah sebanyak 3 kali,nyeri skala2

O: klien terlihat lebih bersemangat dan mengalami penambahan durasi tidur sebanyak 2 jam dengan tidur siang selama 1 jam,

A: Maslah ganggua pola tidur belum teratasi sebagian



P: Lanjutkan Intervensi  
 2.1 kaji pola tidur klien  
 2.7 catat kebutuhan tidur klien sepiap hari

12.00 Dx 3

**DX 3**  
**S :** Ibu klien mengatakan anaknya sulit berjalan  
**O:** Klien terlihat dibantu saat pergi ketoilet  
 Klien masih susah menjaga keseimbangan tubuh nya saat berdiri  
 TTV: N: 110x/menit RR: 24x/menit T:36,0  
**A :** Masalah keletihan belum teratasi  
**P :** Lanjutkan intervensi  
 3.1 Monitoring tanda-tada vital sebelum dan sesudah latihan serta latih respon pasien saat latihan  
 3.3 Latih pasien dalam pemenuhan kebutuhan jadwal aktivitas sehari-hari  
 3.4 Damping pasien saat mobilisasi dan bantu pemenuhan kebutuhan sehari hari pasien  
 3.5 Berikan alat bantu jika pasienmembutuhkan

11.00 Dx 4

**Dx 4**  
**S:** -  
**O:** Terdapat luka di bagian gendang telinga kemerahan dan mengeluarkan cairan bening  
 Leukosit 2,20 <sup>3</sup>/μL  
 Netrofil 1,3  
**A:** masalah resiko infeksi belum teratasi  
**P :** Lanjutkan ntervensi  
 4.1 Pantau tanda dan gejala infeksi  
 4.2 Gunakan teknik aseptik setiap melakukan tindakan invasive  
 4.3 Cuci tngan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien  
 4.8 Kolaborasi pemberian antibiotic jika perlu

Tabel 4.14 Evaluasi Asuhan Keperawatan Klien 2 dengan Leukemia Lmfositik Akut di RSUD Abdul Wahab Sjahranie

Hari/ Jam	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi ( SOAP )	Paraf
Hari ke	Dx 1	DX 1	
1 13.00	Gangguan perfusi perifer	<b>S:</b> ibu klien mengatakan anaknya pucat dan lemah <b>O:</b> -Pasien terlihat lemas dan pucat - HB: 6,8 gm/dl - CRT > 2 detik - Akral terba dingin - Konjugtiva anemis - Tanda-tanda vital N: 80x/menit RR: 23x/menit T:36,2 <b>A:</b> masalah perfusi perifer tidak efektif belum teratasi <b>P:</b> Lanjutkan intervensi 1.5 Observasi pengisian kapiler (<2 detik), akral dan warna kulit	

		1.6 Observasi tanda-tanda vital
13.30	Dx 2 Nyeri akut	Dx 2 S: Pasien masih mengeluh P: saat tangan digerkan Q: seperti ditimpa benda berat R: nyeri dirasakan pada tangan kanan S: 5 T: hilang timbul O: Pasien terlihat proktektif melindungi nyeri Pasien tampak meringis kesakitan ketika nyeri timbul A: masalah nyeri akut belum teratasi P: Lanjutkan intervensi 2.1 Lakukan pengkajian nyeri (P,Q,R,S,T) 2.2 Observasi reaksi non verbal dari ketidaknyamanan 2.7 kolaborasi pemberian analgetik
	Dx 3 Gangguan pola tidur	Dx 3 S: Ibu klien mengatakan anaknya sering rewel, sulit tidur malam hari, lama tidur hanya 4-5 jam/hari dengan sering bangun di malam hari, jarang tidur siang O: Klien terlihat mengantuk dipagi hari, durasi tidur < dari kebutuhan (10-13 jam/hari), terlihat lingkaran hitam di sekitar mata, dan terlihat tidak bersemangat A: Masalah gangguan pola tidur belum teratasi P: Lanjutkan intervensi 2.2 kaji pola tidur klien 2.6 catat kebutuhan tidur klien setiap hari
14.30	Dx 4 Resiko infeksi	Dx 4 S: - O: Terdapat luka di punggung tangan terlihat bengkak dan kemerahan Leukosit 0,55 <sup>3</sup> /μL Netrofil 1,3 A: masalah resiko infeksi belum teratasi P: Lanjutkan intervensi 4.1 Pantau tanda dan gejala infeksi 4.2 Gunakan teknik aseptik setiap melakukan tindakan invasive 4.3 Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien 4.6 Berikan Perawatan luka bila perlu 4.8 Kolaborasi pemberian antibiotic jika perlu
Hari ke 2 13.00	Dx 1	DX 1 S: ibu klien mengatakan anaknya pucat dan lemah O: -Pasien terlihat lemas dan pucat - HB: 6,8 gm/dl - CRT > 2 detik - Akral terba dingin - Konjungtiva anemis - Tanda-tanda vital N: 85x/menit RR: 24x/menit T:36,2 A: masalah perfusi perifer tidak efektif belum teratasi P: Lanjutkan intervensi

		<p>1.6 Observasi pengisian kapiler (&lt;2 detik), akral dan warna kulit</p> <p>1.7 Observasi tanda-tanda vital</p>
14.00	Dx 2	<p>Dx 2</p> <p>S: klien masih mengeluh nyeri P: saat digerakan Q: seperti ditimpa benda berat R: nyeri dirasakan pada tangan kanan S: 4 T: hilang timbul</p> <p>O: Pasien tampak meringis kesakitan ketika nyeri timbul</p> <p>A: masalah nyeri akut teratasi sebagian</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <p>2.1 Lakukan pengkajian nyeri (P,Q,R,S,T)</p> <p>2.2 Observasi reaksi non verbal dari ketidaknyamanan</p> <p>2.8 kolaborasi pemberian analgetik</p>
	Dx 3	<p>Dx 3</p> <p>S: Ibu klien mengatakan anaknya memiliki durasi tidur 7 jam/hari dengan tidur siang 1 jam, dan frekuensi terbangun di malam hari karena gelisah sebanyak 3 kali, nyeri skala 4</p> <p>O: Klien terlihat tidak bersemangat, terlihat lingkaran hitam disekitar matanya, mata sayu</p> <p>A: Masalah gangguan pola tidur belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan Intervensi</p> <p>2.1 kaji pola tidur klien</p> <p>2.6 catat kebutuhan tidur klien setiap hari</p>
14.20	Dx 4	<p>Dx 4</p> <p>S: -</p> <p>O: Terdapat luka di punggung tangan terlihat bengkak dan kemerahan</p> <p>Leukosit <math>0,55 \times 10^3/\mu\text{L}</math></p> <p>Netrofil 1,3</p> <p>A: masalah resiko infeksi belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <p>4.1 Pantau tanda dan gejala infeksi</p> <p>4.2 Gunakan teknik aseptik setiap melakukan tindakan invasive</p> <p>4.3 Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien</p> <p>4.6 Berikan Perawatan luka bila perlu</p> <p>4.8 Kolaborasi pemberian antibiotic jika perlu</p>
Hari ke 3 12.00	Dx 1	<p>DX 1</p> <p>S: ibu klien mengatakan anaknya tidak lemas lagi dan tidak pucat lagi</p> <p>O: - Klien sudah tidak pucat</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- HB: 11,1 gm/dl</li> <li>- CRT &lt; 2 detik</li> <li>- Akral teraba hangat</li> <li>- Konjugtiva tidak anemis</li> <li>- Tanda-tanda vital N: 100x/menit RR: 23x/menit T:36,2</li> </ul> <p>A: masalah perfusi perifer tidak efektif teratasi sebagian</p>

		<p>P: Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.5 Observasi pengisian kapiler (&lt;2 detik), akral dan warna kulit</li> <li>1.6 Observasi tanda-tanda vital</li> </ol>
12.20	Dx II	<p>DX II</p> <p>S: Pasien masih mengeluh nyeri P: saat digerakan Q: seperti ditimpa benda berat R: nyeri dirasakan pada tangan kanan S: 3 T: hilang timbul</p> <p>O: Pasien sudah tida meringis kesakitan dan terlihat lebih nyaman</p> <p>A: masalah nyeri akut teratasi sebagian</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2.1 Lakukan pengkajian nyeri (P,Q,R,S,T)</li> <li>2.2 Observasi reaksi non verbal dari ketidaknyamanan</li> <li>2.9 kolaborasi pemberian anlgetik</li> </ol>
	Dx 3	<p>Dx 3</p> <p>S: Ibu klien mengatakan anaknya memiliki durasi tidur 9 jam/hari dengan tidur siang 2 jam, dan frekuensi terbangun di malam hari karena gelisah sebanyak 3 kali,nyeri skala 2</p> <p>O: klien terlihat lebih bersemangat dan mengalami penambahan durasi tidur sebanyak 2 jam dengan tidur siang selama 1 jam,</p> <p>A: Masalah gangguan pola tidur teratasi sebagian</p> <p>P: Lanjutkan Intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2.1 kaji pola tidur klien</li> <li>2.6 catat kebutuhan tidur klien sepiap hari</li> </ol>
10.10	Dx 4	<p>Dx 4</p> <p>S: -</p> <p>O:-Terdapat luka di punggung tangan punggung tangan sudah tidak bengkak Leukosit 0,55 <sup>3</sup>/μL Netrofil 1,3</p> <p>A: masalah resiko infeksi belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan ntervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4.1 Pantau tanda dan gejala infeksi</li> <li>4.2 Gunakan teknik aseptik setiap melakukan tindakan invasiv</li> <li>4.3 Cuci tngan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien</li> <li>4.6 Berikan Perawatan luka bila perlu</li> <li>4.8 Kolaborasi pemberian antibiotic jika perlu</li> </ol>

## 4.2 Pembahasan

### 4.2.1 (D.0009) Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan supali darah ke perifer

Hasil dari pengkajian pada klien 2 di dapatkan ibu klien mengatakan anaknya lemas data objektif nya klien terlihat pucat, konjungtiva anemesis, CRT > 3 detik dan hemoglobin 6,8 gm/dl . Pada klien 2 diangkat diagnosa perfusi perifer tidak efektif karena data klien 2 menunjang untuk diangkatnya diagnosa perfusi perifer tidak efektif sedangkan pada klien 1 tidak ada data pengkajian yang menunjang untuk diangkatnya diagnosa perfusi perifer tidak efektif

Menurut Damayanti Tri (2016) terjadinya anemia dikarenakan penurunan hemoglobin darah di bawah normal di sebabkan sum-sum tulang kehilangan fungsinya untuk membuat sel darah merah. Hilangnya fungsi sum-sum tulang karena terjadinya infiltrasi secara progresif sel-sel darah putih kedalam sumsum tulang, sehingga sum-sum tulang tidak dapat memproduksi dengan baik

Menurut asumsi penulis hemoglobin rendah di sebabkan oleh adanya gangguan pada pembentukan sel darah putih yang terlalu cepat sehingga membuat pembentukan sel darah merah terganggu.

Intervensi yang dilakukan pada klien 1 sesuai dengan ( NANDA, 2015) implementasi yang di lakukan pada klien Monitor adanya daerah tertentu yang hanya peka terhadap panas/dingin/tajam/tumpul, Instruksikan keluarga untuk mengobservasi kulit jika ada lesi atau leserasi, mengobservasi pengisian kapiler (<2 detik), akral dan warna kulit, mengobservasi tanda-tanda vital, memonitor adanya tromboflebitis

Hasil evaluasi yang didapatkan setelah perawatan selama tiga hari pada klien 2 keluhan subjektif klien ibu klien mengatakan anaknya tidak lemas lagi dan tidak pucat lagi keluhan objektif klien sudah tidak pucat, HB : 11,1 gm/dl, CRT < 2 detik, akral terba hangat, konjungtiva tidak anemis, tanda-tanda vital N:

100x/menit RR: 23x/menit T:36,2. Masalah gangguan perfusi perifer teratasi sebagian

#### **4.2.2 (D.0077) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencendera biologis**

Hasil dari pengkajian klien 1 dan klien 2 di dapatkan data pada klien 1 klien mengeluh nyeri dibagian kedua kaki, provoktif: saat kaki di gerakan, kualitas: seperti ditimpa benda berat, regio: pada kedua kaki , skala nyeri 4, timing hilang timbul, dan klien meringis kesakitan. Hasil data pada klien 2 klien mengeluh nyeri dibagian tangan kanan provoktif: saat tangan kanan di gerakan, kualitas: seperti di timpa benda berat, regio: pada tangan kanan, skala nyeri 5, timing hilang timbul, dan klien meringis kesakitan.

Menurut Luanpitpong et al (2012) kemoterapi memiliki efek samping karena obat kemoterapi yang digunakan tidak hanya menghancurkan sel-sel kanker tetapi juga menyerang sel-sel sehat yang membelah dengan sangat cepat. Efek yang muncul pada pasien yang menjalani kemoterapi respon fisik yang dialami adalah nyeri. Menurut NANDA (2015) gejala klinis pada anak dengan Leukemia Limfositik Akut adanya tanda dan gejala anemia (mudah lelah, latergi, pusing, sesak, nyeri dada), infeksi, pendarahan, anoreksia, nyeri tulang dan sendi, dan hipermetabolisme. Menurut Sikorova (2011) anak-anak yang usianya lebih muda biasanya akan merasakan nyeri yang lebih hebat dari pada anak-anak yang usianya lebih tua. .

Menurut asumsi penulis nyeri pada Leukemia Limfositik akut karena sel kanker atau sel-sel yang abnormal menumpuk dipermukaan tulang dan persendian menyebabkan nyeri dibagian sendi dan tulang. Perbandingan skala nyeri pada klien 1 dan klien 2, pada klien 1 skala nyeri yang dirasakan 4 sedangkan pada klien 2 skala nyeri yang di rasakan 5. Menurut penulis skala nyeri yang berbeda

antara klien 1 dan 2 disebabkan oleh faktor usia klien 1 berusia 8 tahun sedangkan klien 2 berusia 4 tahun karena anak-anak dengan usia lebih muda akan susah mengontrol nyeri dibandingkan dengan anak usia yang lebih tua.

Intervensi dari kedua klien sama dan dilakukan implementasi pada kedua klien yaitu melakukan pengkajian nyeri (P,Q,R,S,T, mengobservasi reaksi non verbal dari ketidaknyamanan, menggunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri klien, mengontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri (suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan), mengajarkan teknik nonfarmakologi meningkatkan istirahat klien, mengkolaborasi pemberian analgetik. Implementasi dari kedua klien memiliki perbedaan yaitu pada klien 1 dilakukan 7 implementasi sedangkan pada klien 2 dilakukan 6 implementasi 1 implementasi yang tidak dilakukan pada klien 2 yaitu mengajarkan teknik nonfarmakologi pada klien karena klien 2 tidak cukup umur dan tidak bisa untuk melakukan teknik relaksasi nafas dalam.

Hasil evaluasi yang didapatkan setelah perawatan selama tiga hari pada klien 1 keluhan subjektif klien masih mengeluh nyeri dibagian kedua kaki P: saat kaki digerakan Q: seperti ditusuk-tusuk R: dibagian sendi kaki dan tangan S: 2 T hilang timbul keluhan objektif klien terlihat lebih nyaman dan tidak meringis kesakitan, masalah nyeri akut teratasi sebagian

Hasil evaluasi yang didapatkan setelah perawatan selama tiga hari pada klien 2 keluhan subjektif klien masih mengeluh nyeri dibagian tangan kanan P: saat tangan digerakan Q: seperti ditusuk-tusuk R: dibagian sendi kaki dan tangan S: 2 T hilang timbul keluhan objektif klien terlihat lebih nyaman dan tidak meringis kesakitan, masalah nyeri akut teratasi sebagian.

#### **4.2.3 (D.0055) Gangguan pola tidur berhubungan dengan gangguan rasa nyaman nyeri**

Hasil dari pengkajian klien 1 dan klien 2 di dapatkan data pada klien 1 ibu klien mengatakan anak nya sulit tidur pola tidur malam hanya 4-5 jam dimalam hari, jarang tidur siang, klien terlihat mengantuk di pagi hari , kebutuhan tidur klien < 10-13 jam, terlihat lingkaran hitam dibawah mata. Hasil data pada klien 2 ibu klien mengatakan anak nya sering rewel dimalam hari, pola tidur malam hanya 4-5 jam, jarang tidur siang, kebutan tidur klien < 10-13 jam dan terlihat lingkaran hitam disekitar mata .

Menurut Happy Hayati (2016) gangguan pola tidur pada anak leukemia Limfositik Akut di sebabkan karena anak menjalani prosedur kemoterapi, kecemasan dan depresi adalah respon psikologis yang dapat muncul juga pada anak yang mengalami gangguan tidur. Anak dengan nyeri akut dan nyeri kronis juga bisa beresiko tinggi mengalami gangguan tidur berupa peningkatan durasi terbangun dari tidur pada malam hari.

Menurut asumsi penulis gangguan pola tidur pada klien di sebabkan oleh nyeri yang kadang timbul pada malam hari yang menyebabkan klien terbangun di malam hari. Perbandingan pola tidur klien 1 dan 2 sama

Intervensi yang dilakukan pada klien 1 sesuai dengan ( NANDA, 2015) implementasi yang di lakukan pada kedua klien mengkaji pola tidur, melaskan penting tidur yang adekuat, memvasilitas untuk mempertahankan aktivitas sebelum tidur, menciptakan lingkungan yang nyaman, memonitor waktu makan dan minum dengan waktu tidur dan mencatat kebutuhan tidur pasien setiap hari dan jam



Evaluasi yang dilakukan selama 3 hari didapatkan hasil yang sama pada kedua klien data subjektif Ibu klien mengatakan anaknya memiliki durasi tidur 9 jam/hari dengan tidur siang 2 jam, dan frekuensi terbangun di malam hari karena gelisah sebanyak 3 kali, nyeri skala 2 dan data objektifnya klien terlihat lebih bersemangat dan mengalami penambahan durasi tidur sebanyak 2 jam dengan tidur siang selama 1 jam,

#### **4.2.4 (D.0054) Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot.**

Hasil dari pengkajian pada klien 1 didapatkan data klien mengalami kesulitan dalam berjalan, klien tampak lemah, susah menjaga keseimbangan tubuhnya saat berdiri, dibantu saat melakukan aktivitas, kekuatan otot 5/5/3/3 dan tampak lebih banyak di tempat tidur. Pada klien 1 diangkat diagnosa gangguan mobilitas fisik karena data klien 1 menunjang untuk diangkatnya diagnosa gangguan mobilitas fisik sedangkan pada klien 2 tidak ada data pengkajian yang menunjang untuk diangkatnya diagnosa gangguan mobilitas fisik.

Menurut Society (2015) obat kemoterapi tertentu dapat mempengaruhi kekuatan otot menjadi lemah, lelah bahkan sakit. Menurut (NANDA, 2015) gangguan mobilitas fisik adalah keterbatasan pada pergerakan fisik tubuh atau satu lebih satu ekstermitas secara mandiri dan terarah.

Menurut asumsi penulis penurunan kekuatan otot karena sel-sel otot di rusak oleh sel kanker yang disebabkan oleh proses kemoterapi ketika terjadinya penurunan kekuatan otot untuk melakukan aktivitas baik aktivitas berat maupun ringan, sehingga diperlukan bantuan secara menyeluruh pada klien.

Intervensi yang dilakukan pada klien 1 sesuai dengan ( NANDA, 2015) implementasi yang dilakukan pada klien memonitoring tanda-tanda vital sebelum dan sesudah latihan serta melihat respon klien saat latihan, melihat kemampuan pasien dalam mobilisasi, melatih pasien dalam pemenuhan kebutuhan jadwal aktivitas sehari-hari ada satu implementasi yang tidak dilakukan memberikan alat bantu jika klien membutuhkan karena klien tidak mau menggunakan alat bantu kecuali pertolongan dari ibu klien .

Hasil evaluasi yang didapatkan setelah perawatan selama tiga hari pada klien keluhan subjektif ibu klien mengatakan anaknya sulit berjalan keluhan objektif klien terlihat dibantu saat pergi ke toilet, klien masih susah menjaga keseimbangan tubuhnya saat berdiri, TTV: N: 110x/menit RR: 24x/menit T:36,0. Masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi sesuai dengan kriteria hasil ada masalah yang belum terpenuhi seperti kebutuhan aktivitas klien masih dibantu oleh keluarga klien

#### **4.2.5 (D.0142) Resiko infeksi berhubungan dengan pertahanan tubuh sekunder tidak adekuat**

Hasil dari pengkajian klien 1 dan klien 2 didapatkan data pada klien 1 klien telinga klien mengeluarkan cairan bening, leukosit :  $2,2 \times 10^3/\mu\text{L}$ , Pada klien 2 didapatkan hasil pungung tangan klien bengkak bekas infusan, leukosit  $0,55 \times 10^3/\mu\text{L}$ . Diagnosa resiko infeksi pada klien 1 dan 2 diangkat karena kondisi klien yang lemah akibat anemia sehingga dapat menurunkan daya tahan tubuh klien. perbandingan leukosit pada klien 1 dan klien 2 berbeda pada klien 1  $2,2 \times 10^3/\mu\text{L}$  dan pada klien 2  $0,55 \times 10^3/\mu\text{L}$  disebabkan oleh sistem kekebalan tubuh pada klien

2 menurun dibandingkan pada klien 1. Dari data yang didapatkan mengangkat diagnosa yaitu Resiko infeksi berhubungan dengan pertahanan tubuh sekunder tidak ade kuat

Menurut Wong (2009) bahwa proses leukemia dan sebagian besar agens kemotrapi menyebabkan supresi sum-sum tulang (mielosupresi) hal ini mengakibatkan jumlah sel darah menurun sehingga dapat menimbulkan masalah sekunder berupa infeksi. Menurut Stockham (2008) leukopenia merupakan kondisi leukosit total berada dibawah nilai normal akibat kebutuhan terhadap leukosit yang meningkat, penurunan produksi sum-sum tulang akibat penggunaan obat-obatan tertentu, sistem imun yang menurun, infeksi virus dan penurunan produksi sel limfoid.

Menurut asumsi penulis leukosit yang menurun karena adanya penyakit kanker yang merusak fungsi sum-sum tulang yang menyebabkan sel darah putih yang dihasilkan tidak matang dan jumlahnya di bawah normal.

Intervensi yang dilakukan kepada kedua klien sesuai dengan (NANDA 2015) Implementasi yang dilakukan kepada kedua klien yaitu pantau tanda dan gejala infeksi, menggunakan teknik aseptik setiap melakukan tindakan invasive, cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien, mengajarkan pasien dan keluarga tehnik cuci tangan yang benar, menjelaskan tanda dan gejala infeksi, membatasi jumlah pengunjung bila perlu, memberika obat antibiotic ceftriaxone semua intervensi dilakukan pada kedua klien .

Hasil evaluasi yang didapatkan setelah perawatan selama tiga hari pada klien keluhan objektif Terdapat luka di bagian gendang telinga kemerahan dan mengeluarkan cairan bening, Leukosit  $2,20 \times 10^3/\mu\text{L}$ . Masalah resiko infeksi belum teratasi sesuai dengan kriteria hasil jumlah leukosit belum dalam batas normal.

Hasil evaluasi yang didapatkan setelah perawatan selama tiga hari pada klien keluhan objektif Terdapat luka di punggung tangan punggung tangan sudah tidak bengkak dan leukosit  $0,55 \text{ }^3/\mu\text{L}$ . Masalah resiko infeksi belum teratasi sesuai dengan kriteria hasil jumlah leukosit belum dalam batas normal,



## BAB 5

### KESIMPULAN DAN SARAN

#### 5.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil studi kasus pada klien 1 dan 2 dengan Asuhan Keperawatan Anak dengan Leukemia Limfositik Akut di ruangan Melati di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda Kalimantan Timur di ruangan Melati peneliti dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut:

- 1) Hasil pengkajian yang didapatkan dari kedua klien umumnya keluhan yang dirasakan pada klien 1 dan klien 2 berbeda-beda dan hasil dari pengkajian klien 1 klien mengeluh nyeri dibagian kaki, ibu klien mengatakan anak nya sulit tidur pola tidur malam hanya 4-5 jam di malam hari, jarang tidur siang, klien terlihat mengantuk di pagi hari, mengalami kesulitan dalam berjalan, klien tampak lemah, susah menjaga keseimbangan tubuh nya saat berdiri, sedangkan pada klien 2 ibu klien mengatakan anak nya lemas klien terlihat pucat, konjungtiva anamesih, CRT > 2 detik dan hemoglobin 6,5 g/dl , klien mengeluh nyeri di bagian tangan kanan, ibu klien mengatakan anak nya sering

- 2) rewel di malam hari, pola tidur malam hanya 4-5 jam, jarang tidur siang, Diagnosa keperawatan yang muncul pada kedua klien umumnya sama.

Namun ada dua diagnosa yang berbeda diantara kedua klien. Kedua klien sama-sama memiliki diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera biologis, gangguan pola tidur berhubungan dengan gangguan rasa nyaman nyeri resiko infeksi berhubungan dengan pertahanan tubuh sekunder tidak ade kuat , namun klien 1 memiliki satu diagnosa yang tidak diderita oleh klien 2 diagnosa itu adalah gangguan mobilitas fisik berhubungan

penurunan kekuatan otot , namun klien 2 memiliki satu diagnosa yang tidak diderita oleh klien 1 diagnosa itu adalah gangguan perfusi perifer tidak

efektif berhubungan dengan penurunan suplai darah keperifer.

- 3) Hasil yang diperoleh dari intervensi disesuaikan dengan rencana keperawatan menurut NANDA (2015) yang telah penulis susun. Intervensi keperawatan yang dilakukan pada beberapa diagnosa seperti gangguan perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan suplai darah keperifer, nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera biologis, gangguan pola tidur berhubungan dengan gangguan rasa nyaman nyeri , gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot dan resiko infeksi

berhubungan dengan pertahanan tubuh sekunder tidak ade kuat

- 4) Implementasi keperawatan disesuaikan dengan rencana keperawatan tindakan yang telah penulis susun. Implementasi keperawatan yang dilakukan pada beberapa diagnosa seperti gangguan perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan suplai darah keperifer, nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera biologis, gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot dan resiko infeksi berhubungan dengan pertahanan tubuh sekunder tidak ade kuat. Dalam proses implementasi yang dilakukan sesuai dengan rencana yang dibuat dan penulis tidak menemukan adanya perbedaan antara intervensi yang dibuat dengan implementasi yang dilakukan.

- 5) Hasil evaluasi yang dilakukan oleh penulis pada kedua kasus dilakukan selama 3 hari perawatan oleh penulis. Hasil evaluasi yang dilakukan oleh penulis pada kedua klien sama yaitu pada nyeri akut kedua klien teratasi sebagian , gangguan pola tidur kedua klien teratasi sebagian, resiko infeksi

pada kedua klien tidak teratasi , pada klien 2 gangguan perfusi tidak efektif berhubungan dengan penurunan suplai darah keperifer teratasi sebagian dan gangguan mobilitisa pada klien 1 belum teratasi.

## **5.2 Saran**

Untuk meningkatkan mutu asuhan keperawatan pada klien dengan Leukemia

limfositik Akut diperlukan adanya suatu perubahan dan perbaikan diantaranya :

### **1. Bagi Peneliti**

Hasil penelitian yang dilakukan diharapkan dapat menjadi acuan dan menjadi

bahan perbandingan pada peneliti selanjutnya dalam melakukan penelitian pada

klien Leukemia Limfositik Akut

### **2. Bagi perawat ruangan**

Sebaiknya ditingkatkan pada klien mengenai motivasi dan dorongan dalam menjalani perawatan di ruang inap .

### **3. Bagi Perkembangan Ilmu Keperawatan**

Dalam pengembangan ilmu keperawatan diharapkan dapat menambah

keluasan ilmu keperawatan dalam melakukan asuhan keperawatan pada klien

dengan Leukemia

Limfositik Akut dan juga memacu pada peneliti selanjutnya dan menjadi bahan

perbandingan dalam melakukan penelitian pada klien dengan Leukemia Limfositik

akut

## DAFTAR PUSTAKA

American Cancer Society. (2015). Cancer in children.

Diperoleh dari <http://www.cancer.org/cancer/cancerinchildren/detailedguide/cancer-in-children-cancer>.

<http://www.cancer.org/cancer/cancerinchildren/detailedguide/cancer-in-children-cancer>.

David, G., 2015. Acute lymphoblastic leukemia. The pharmacogenomics journal, hlm.77–89

Damayanti, T K. (2016). Gambaran Strategi Koping Anak Dengan Leukemia Limfositik Akut Dalam Menjalani Terapi Pengobatan. (Fakultas Kedokteran Universitas Udayana).

Dermawan, D. (2012). Proses Keperawatan. Jakarta: EGC.

Friehling, E., Ritchey, K., David. G., & Bleyer, A., 2015. Acute lymphoblastic leukemia 20th ed. B. E. Kliegman MR, Stanton B, ed., Nelson Textbook of Pediatrics, hlm. 2437-2442.

Kozier, (2011), fundamental keperawatan (konsep, proses, dan praktik), Jakarta : EGC.

Kemenkes Republik Indonesia. *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2013*. Jakarta : Kementrian Kesehatan RI.

Kemenkes, L. (2013). *Laporan Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) Tahun 2013*.

Lanzkowsky P., 2011 Leukemias. Manual of pediatric hematology and oncology.

5<sup>th</sup> Ed. California: Elsevier academic press. hlm. 518-65.



MuthiaRendra,RismawatiYoswar,AkmalMHanif.

(2013).GambaranLaboratoriumLeukimiaKronikdiBagianpenyakitDalamRSU

PDr.M.DjamalPadang. journal Vol 2, No 3 (2013)

Nanda Nic-Noc. EdisiRevisiJilid 2. *AsuhanKeperawatanKeperawatanPraktis*

(2015). Jogja : Media Action.

Nursalam; Susilaningrum, R. & Utami, S.

(2008).AsuhanKeperawtanBayidanAnak (UntukPerawatandanAnak), Jakarta:

SalembaMedika.

Pusat Data danInformasi. (2015). *Data danInformasiKesehatan*. Jakarta:

BadanLitbangKemenkes RI.

Permono B., & Ugrasena IDG. Leukemia akut. 2012.Dalam : Permono B,

Sutaryo, Ugrasena IDG, Windiastuti E, Abdulsalam M, penyunting. Buku

Ajar Hemato-OnkologiAnak. Jakarta: IkatandokterAnak Indonesia. hlm. 236-

247.

Rahimul,Syahrizal,EdiSetiawan,

(2017).PerbandinganKesintasanTigaTahunpadaAnak Leukemia

LimfoblastikAkutantaraProtokolPengobatan 2006 dan2013. Indonesian

Journal of Cancer Vol. 11, No. 3, Tahun 2017.

Subuea, Herdin. 2009. *IlmuPenyakitDalam*. Jakarta:PTRinekaCipta.

Stockham SL, Scott MA. 2008. Fundamentals of Veterinary Clinical

Pathology.Oxford: Blackwell Publishing.

Society, A. C. (2016). Childhood Leukemia. American Cancer Society .

Wong, D.L., Hockenberry, M., Wilson, D., Winkelstein, M.L., & Schwartz, P. (2009). *Buku ajar keperawatan pediatrik* Wong, 2(6). AlihBahasa: Sutarna, A., Juniarti, N., & Kuncara, H.Y.

World Health Organization. (2012). *Prevention. Cancer Control: knowledge into action: WHO guide for effective programmes: modul*. Geneva: World Health Organization.

WHO (12 Desember 2013). *Internasional Agency for Research on Cancer*



