

**ASUHAN KEPERAWATAN LEUKEMIA MIELOID KRONIS
PADA TN. A DI RUANG BAITUL IZZAH 1 RUMAH SAKIT
ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG**

Karya Tulis Ilmiah

Diajukan sebagai salah satu persyaratan untuk
memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan



Disusun Oleh :

Mardella Adhistryandhika Fajar

NIM. 40901800050

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG
SEMARANG**

2021

**ASUHAN KEPERAWATAN LEUKEMIA MIELOID KRONIS
PADA TN. A DI RUANG BAITUL IZZAH 1 RUMAH SAKIT
ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG**

Karya Tulis Ilmiah

Diajukan sebagai salah satu persyaratan untuk
memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan



Disusun Oleh :

Mardella Adhistryandhika Fajar

NIM. 40901800050

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG
SEMARANG**




2021

BERITA ACARA

ASUHAN KEPERAWATAN LEUKEMIA MIELOID KRONIS PADA TN.A DI RUANG BAITUL IZZAH 1 RUMAH SAKIT ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG

Nama : Mardella Adhistryandhika Fajar

Nim : 40901800050

No	Nama penguji	Direvisi pada bagian	Halaman	Ya	Tidak	Tanda tangan
1.	Ns. Mohammad Arifin Noor, M. Kep	<ol style="list-style-type: none"> 1. Resum Kasus diubah menjadi naratif Klien 2. diubah menjadi pasian Atur 3. margin sesuai buku panduan 4. Tambahkan data pasien ke dalam diagnosa keperawatan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 25-35 2. 39 3. 36 4. 39 	<p>Ya</p> <p>Ya</p> <p>Ya</p> <p>Ya</p>	<p>-</p> <p>-</p> <p>-</p> <p>-</p>	
2.	Ns. Ahmad Ikhlasul Amal, MAN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Penulisan diagnosa menggunakan SDKI 2. Untuk pembahasan jika menulis terapi non farmakologis yang dilakukan implementasi dan tidak dibedakan paragrafnya. 3. Dilihat tepi rata kanan kiri 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 20 2. 39 3. 39 	<p>Ya</p> <p>Ya</p> <p>Ya</p>	<p>-</p> <p>-</p> <p>-</p>	
3.	Ns. Suyanto, M.Kep, Sp. Kep, MB	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hal-hal yang perlu dilengkapi ditulis di pembahasan 2. Sesuaikan urutan margin dan penulisan rata kanan kiri 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 30-39 2. 39 	<p>Ya</p> <p>Ya</p>	<p>-</p> <p>-</p>	

HALAMAN PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah berjudul :

**ASUHAN KEPERAWATAN LEUKEMIA MIELOID KRONIS PADA TN.
A DI RUANG BAITUL IZZAH 1 RUMAH SAKIT ISLAM SULTAN
AGUNG SEMARANG**

Disusun oleh :

Nama : Mardella Adhistryandhika Fajar

NIM : 40901800050

Karya tulis ini telah disetujui oleh Pembimbing untuk dipertahankan dihadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Program Studi D-III Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Unissula Semarang pada :

Hari : Senin

Tanggal : 31 Mei 2021

Semarang, 31 Mei 2021

Pembimbing



Ns. Suyanto, M.Kep, Sp. Kep. MB
NDIN. 06-2006-8504

Lampiran 1

SURAT KESEDIAAN MEMBIMBING

Yang bertandatangan di bawah ini :

Nama : Ns. Suyanto, M.Kep., Sp. Kep. MB

NDIN : 06-2006-8504

Pekerjaan : Dosen

Menyatakan bersedia menjadi pembimbing Karya Tulis Ilmiah atas nama mahasiswa Prodi DIII Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan UNISSULA Semarang sebagai berikut :

Nama : Mardella Adhistryandhika Fajar

NIM : 40901800050

Judul KTI : Asuhan Keperawatan Th. A dengan Leukemia Mieloid Kronis di Ruang Baitul Izzah 1 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang

Demikian surat keterangan ini dibuat dengan sesungguhnya untuk dapat digunakan sebagaimana mestinya

Semarang, 24 Januari 2021

Pembimbing



Ns. Suyanto, M.Kep, Sp. Kep. MB
NDIN. 06-2006-8504

Lampiran 2

SURAT KETERANGAN KONSULTASI

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Yang bertandatangan di bawah ini :

Nama : Ns. Suyanto, M.Kep., Sp. Kep. MB

NDIN : 06-2006-8504

Pekerjaan : Dosen

Menyatakan bersedia menjadi pembimbing Karya Tulis Ilmiah atas nama mahasiswa Prodi DIII Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan UNISSULA Semarang sebagai berikut :

Nama : Mardella Adhistryandhika Fajar

NIM : 40901800050

Judul KTI : Asuhan Keperawatan Th. A dengan Leukemia Mieloid Kronis di Ruang Baitul Izzah 1 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang

Menyatakan bahwa mahasiswa tersebut seperti diatas benar-benar telah melakukan konsultasi pada pembimbing KTI mulai tanggal 23 Januari 2021 sampai dengan 31 Mei 2021 melalui Aplikasi Online.

Demikian surat keterangan ini dibuat dengan sesungguhnya untuk dapat digunakan sebagaimana mestinya

Semarang, 30 Mei 2021

Pembimbing



Ns. Suyanto, M.Kep, Sp. Kep. MB
NDIN. 06-2006-8504

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah ini telah dipertahankan dihadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Prodi D-III Keperawatan FIK Unissula Semarang pada 31 Mei 2021 dan telah diperbaiki sesuai dengan masukan Tim Penguji.

Semarang, 31 Mei 2021

Penguji I



Ns. Mohammad Arifin Noor, M. Kep
NDIN. 06-2708-8403

Penguji II



Ns. Ahmad Ikhlusal Amal, MAN
NIDN. 06-0510-8901

Penguji III



Ns. Suyanto, M.Kep, Sp. Kep. MB
NDIN. 06-2006-8504

Mengetahui,

Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan



Iwan Ardian, SKM., M. Kep
NDIN. 062.208.7403

MOTTO

“Waktu bagaikan pedang. Jika kamu tidak memanfaatkannya dengan baik, maka ia akan memanfaatkanmu” HR. Muslim

“ Dunia ini ibarat bayangan. Kalau kamu berusaha menangkapnya, ia akan lari. Tapi kalau kamu membelakanginya, ia tak punya pilihan selain mengikutimu.” Ibnu Qayyim Al jauziyyah.

“Barang siapa yang bersungguh-sungguh, sesungguhnya kesungguhan tersebut untuk kebaikan dirinya sendiri” Qs. Al-Ankabut: 6



KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT karena atas berkah, rahmat, dan karunia-Nya, penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan Leukemia Mieloid Kronis Pada Tn. A di Ruang Baitul Izzah 1 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang”. Karya Tulis Ilmiah ini disusun sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan program pendidikan ahli madya di Program Studi Diploma III Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.

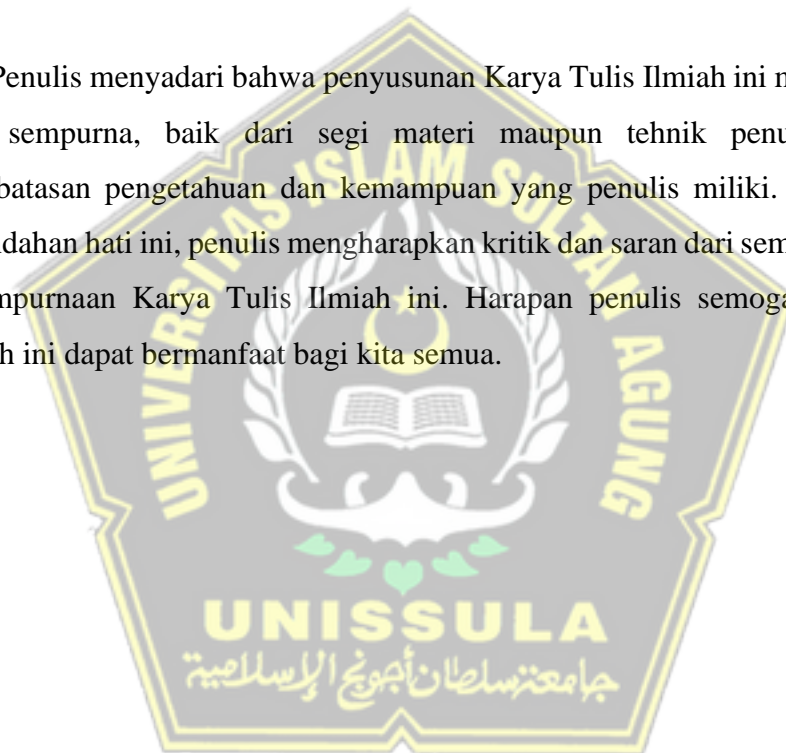
Penyelesaian Karya Tulis Ilmiah ini tidak terlepas dari bantuan, bimbingan, dan arahan dari berbagai pihak secara langsung ataupun tidak langsung. Oleh karena itu, pada kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih kepada :

1. Bapak Ir. H. Prabowo Setiyawan, MT, Ph.D., selaku Rektor Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
2. Bapak Iwan Ardian, SK. M, M.Kep., selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
3. Bapak Ns. Muh. Abdurrouf, M.Kep., selaku Ketua Program Studi Diploma III Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
4. Bapak ...
5. Seluruh Dosen pengajar serta Staff Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang yang selalu membantu penulis dalam menempuh studi
6. Kepada kedua orang tua saya Bapak Toto Nugroho dan Ibu Sri Purwati tercinta yang tidak pernah berhenti untuk memberikan saya semangat, dukungan, motivasi, perhatian, dan kasih sayang serta selalu mendoakan saya agar dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini dengan baik.
7. Kepada Indra Mahendra Innukertarajasa yang sudah berjuang membantu saya hingga saat ini, yang selalu hadir disaat saya merasakan suka ataupun duka, dan selalu memberikan motivasi serta dukungan kepada saya sehingga saya dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini dengan baik.
8. Sahabat saya Nur Afni Anggraeny, Nindi Fatmasari, dan Gita Nurul Sifa yang sudah menemani saya selama 3 tahun dalam menempuh kuliah ini serta menjadi

teman terbaik yang rela menyisihkan waktu dan memberikan dukungan, semangat, dan motivasi sehingga Karya Tulis ini dapat saya selesaikan dengan baik.

9. Kepada teman-teman DIII Keperawatan angkatan 2018 dan rekan saya yang sudah banyak membantu dan memberikan dukungan dalam penulisan Karya Tulis ini.
10. Kepada BTS, EXO, BIGBANG, One Direction, dan Westlife terima kasih karena telah membantu saya membuat Karya Tulis Ilmiah ini melewati lagu-lagu yang membuat saya semangat dan termotivasi membuat Karya Tulis Ilmiah ini dengan baik.

Penulis menyadari bahwa penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini masih jauh dari kata sempurna, baik dari segi materi maupun tehnik penulisan, karena keterbatasan pengetahuan dan kemampuan yang penulis miliki. Maka dengan kerendahan hati ini, penulis mengharapkan kritik dan saran dari semua pihak demi kesempurnaan Karya Tulis Ilmiah ini. Harapan penulis semoga Karya Tulis Ilmiah ini dapat bermanfaat bagi kita semua.



DAFTAR ISI

DAFTAR ISI	11
BAB I 1	
PENDAHULUAN	13
A. Latar Belakang	13
B. Rumusan Masalah	14
C. Tujuan Studi Kasus	14
1. Tujuan Umum.....	14
D. Manfaat Penulisan	14
1. Institusi Pendidikan	14
2. Lahan Praktik	14
3. Masyarakat.....	15
BAB II 16	
TINJAUAN TEORI	16
A. Konsep Dasar Leukemia Mieloid Kronis	16
1. Pengertian	16
2. Etiologi.....	16
3. Klasifikasi	Error! Bookmark not defined.
4. Manifestasi Klinis.....	16
5. Pemeriksaan Diagnostik	17
6. Pengobatan	18
B. Konsep Asuhan Keperawatan	18
1. Pengkajian Keperawatan.....	18
2. Diagnosa Keperawatan	20
2. Intervensi Keperawatan	20
4. Fisiologiways.....	22
BAB III 23	
LAPORAN ASUHAN KEPERAWATAN	23
A. Pengkajian	23
C. Intervensi	28
D. Implementasi	29
E. Evaluasi	33

BAB IV	36
PEMBAHASAN	36
A. PENGKAJIAN	36
B. DIAGNOSA	37
C. INTERVENSI	39
D. IMPLEMENTASI	40
E. EVALUASI	41
BAB V	44
PENUTUP	44
A. KESIMPULAN	44
B. SARAN	44
DAFTAR PUSTAKA	46



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Leukemia merupakan rusaknya jaringan ditandai dengan bergantinya elemen dari sumsum tulang normal yang dipengaruhi oleh sel darah abnormal atau sel leukemik. (Dia Rofinda, 2012).

Leukemia mieloid kronik adalah suatu penyakit yang terbentuk akibat terjadinya proliferasi sel leukosit abnormal yang ganas disertai adanya leukosit yang berlebihan dari sel pembentuk darah yang sifatnya sistemik dan biasanya berakhir fatal. (Dzaki, 2018)

LMK (Leukemia Mieloid Kronik) adalah jenis kanker pada sumsum tulang belakang yang merupakan pembentuk sel darah yang menghasilkan sel darah yang tidak normal baik itu sel darah putih, sel darah merah, maupun platelet. (Dzaki, 2018)

Berdasarkan latar belakang tersebut, penulis memilih Karya Tulis Ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan Leukemia Mieloid Kronis pada Tn. A di Ruang Baitul Izzah 1 Rumah Sakit Sultan Agung Semarang.”

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan dari uraian latar belakang diatas, maka dari itu penulis merumuskan masalah yaitu “Bagaimana Asuhan Keperawatan pada pasien Tn. A dengan diagnosa Leukemia Mieloid Kronis di Ruang Baitul Izzah 1 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang?”

C. Tujuan Studi Kasus

1. Tujuan Umum

Karya Tulis Ilmiah ini bertujuan untuk menjelaskan tentang “Asuhan Keperawatan Leukemia Mieloid Kronis pada Tn. A di Ruang Baitul Izzah 1 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang.”

2. Tujuan Khusus

- a. Mampu menjelaskan konsep dasar Leukemia Mieloid Kronis yang meliputi definisi, etiologi, klasifikasi, manifestasi klinis, pemeriksaan diagnostik, dan pengobatan.
- b. Mampu menjelaskan konsep Asuhan Keperawatan pada pasien Leukemia Mieloid Kronis meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan dan intervensi Keperawatan.
- c. Mampu menjelaskan dan menganalisa asuhan keperawatan pada Tn. A dengan kasus Leukemia Mieloid Kronis yang meliputi pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi, dan evaluasi.

D. Manfaat Penulisan

1. Institusi Pendidikan

Hasil Karya Tulis Ilmiah ini diharapkan bisa menambah referensi bagi departemen keperawatan medical bedah tentang Asuhan Keperawatan Pada Pasien Leukemia Mieloid Kronis.

2. Lahan Praktik

Hasil Karya Tulis Ilmiah ini diharapkan dapat digunakan agar menambah pengetahuan serta mutu pelayanan optimal tentang Asuhan Keperawatan Pada Pasien Leukemia Mieloid Kronis.

3. Masyarakat

Hasil Karya Tulis Ilmiah ini juga diharapkan dapat menjadi penambah pengetahuan masyarakat tentang Penyakit Leukemia Mieloid Kronis.



BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Konsep Dasar Leukemia Mieloid Kronis

1. Pengertian

Leukemia myeloid berasal dari sebuah sel mieloid pada tahap awal, kemudian membentuk sel darah putih, sel darah merah, juga trombosit. Leukemia myeloid kronis sendiri ditandai dengan terdeteksinya suatu kromosom yang bernama *Philadelphia (Ph)*. (Gasc et al., 2018)

Leukemia myeloid kronis dapat juga disebut dengan leukemia granulositik kronis (LGK) yang akan ditandai dengan suatu pertumbuhan, poliferasi dan diferensiasi yang tidak dapat dikendalikan oleh suatu prekursor-prekursor myeloid/granulosit. (Jonathan et al., 2017)

2. Etiologi

Penyebab leukemia yaitu terbentuknya suatu predisposisi genetic yang telah bergabung pada inisiator (atau mutasi) baik, diketahui maupun tidak diketahui. Sanak saudara kandung yang telah menderita penyakit leukemia akan memiliki sebuah kecenderungan dengan perkiraan dua hingga empat kali lipat akan mengalami penyakit ini dibandingkan dengan anak-anak lain.

Penyebab dari sebagian besar leukemia mieloid kronik tidak diketahui. Pemaparan terhadap sebuah penyinaran (radiasi) dan juga bahan kimia tertentu (misalnya zat yang mengandung benzene) dan juga pemakaian obat anti kanker akan meningkatkan risiko terjadinya leukemia mieloid kronik. (Jonathan et al., 2017)

3. Manifestasi Klinis

Manifestasi klinis Leukemia Mieloid Kronik juga bergantung pada fase yang sering dijumpai oleh penyakit tersebut, yakni :

- 1) Fase kronik terdiri dari :
 - a. Gejala Hiperkatabolik : BB yang mneurun, lemah, anoreksia, berkeringat pada malam hari

- b. Splenomegali yang selalu ada, dan juga sering massif
- c. Hepatomegali
- d. Gejala gout atau dapat disebut juga dengan gangguan ginjal yang akan disebabkan oleh hiperurikemia terjadi akibat pecahnya purin pada tubuh yang cukup berlebihan dan dapat menimbulkan masalah pada tubuh.
- e. Gangguan penglihatan atau priapismus
- f. Anemia pada tahap fase awal akan sering dijumpai tetapi hanya dalam keadaan ringan dengan kondisi pada umumnya pucat, dispnea dan juga takikardi
- g. Asmtomatik kadang akan terjadi, dengan ditemukannya secara kebetulan pada saat pasien *check up* atau menjalani pemeriksaan untuk mendeteksi penyakit lain.

2) Fase Accelerasi yang terdiri atas :

Pada fase ini terbentuknya leukemia ditandai dengan adanya suatu sel blast >15%. Sel blast dan juga promyelocytes sebanyak >30% basophil >20%, platelet <100% x 10⁹. Perubahan ini akan terjadi perlahan-lahan dengan cara prodormal yang kemungkinan terjadi kurang lebih sekitar 6 bulan, atau biasa disebut juga dengan fase akselerasi. Pada fase ini akan timbul keluhan baru yang akan dirasakan oleh pasien, antara lain demam dan juga lelah.

3) Fase Blast (krisis blast)

Fase ini hampir sama seperti leukemia mieloid akut. Untuk menemukan diagnosis pada fase ini memerlukan adanya minimal sekitar 20% sel blast pada sumsum tulang. Pada beberapa penderita di fase ini akan ditemukan suatu deposit extramiduler dari sel leukemik di dalam tubuh dan yang paling sering dijumpai di Sistem Saraf Pusat (SSP), kelenjar limfe, kulit, dan juga tulang.

4. Pemeriksaan Diagnostik

- a. Leukosiitosis >50 x 10⁹/L dan terkadang >500 x 10⁹/L. Jumlah neutrophil dan juga mielosit melebihi sel *blast* serta promielosit.
- b. Peningkatan pada basophiil bersikulasi
- c. Anemia normositik normokrom.
- d. Jumlah trombosit meningkat normal, atau menurun.
- e. Sumsum pada tulang belakang hiperseluler dominasi granulopoietik.

- f. Terdapat gen *BCR-ABL 1* saat pemeriksaan *PCR* dan 98% pada pemeriksaan sitogenik ditemukan pada kromosom *Philadelphia*.

5. Pengobatan

- a. Penghambat *tyrosin kinase*

Imatinib merupakan inhibitor spesifik dari suatu protein gabungan dari fusi gen *BCR-ABL 1* yang dapat menghambat kerja *tyrosin kinase* dengan cara mengikat pada suatu ikatan *adenosine triphosphate (ATP)*. Efek samping tersebut dapat menyebabkan kemerahan pada kulit, retensi cairan, kram otot, dan juga mual.

- b. Kemoterapi

Pengobatan ini mengontrol juga memantau jumlah pada leukosit di tubuh pada fase kronik dan tidak mengurangi presentase hasil dari sel *BCR-ABL 1* positif. Regimen yang dimulai dengan kisaran 1,0 – 2,0 g/hari lalu akan dikurangi secara bertahap pada tiap minggu hingga dosis pemeliharaan ada pada kisaran 0,5 – 1,5 g/hari.

- c. Transplantasi pada sel-sel punca

Transplantasi sel punca merupakan suatu terapi kuratif yang sudah terbukti untuk LMK, namun karena risikonya yang tinggi, biasanya hanya ditujukan pada pasien yang mengalami kegagalan *imatinib*. Hasil akan jauh lebih baik jika diberikan pada pasien yang mengalami fase kronik dibandingkan fase akut ataupun fase akselerasi.

B. Konsep Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian Keperawatan (Dermawan, 2012;36)

- a. Riwayat kesehatan sekarang

Biasanya pada pasien yang sering mengeluh nyeri pada tulang, merasakan mual, muntah, tidak nafsu makan dan lemas

- b. 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.

c. Riwayat penyakit keluarga

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

d. Riwayat pada faktor-faktor pencetus

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

e. Manifestasi dari hasil pemeriksaan

Biasanya ditandai 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, 2010;100)

f. Pemeriksaan fisik

Didapati adanya pembesaran dari kelenjar getah bening (limfadenopati), pembesaran limpa (splenomegali), dan pembesaran hati (hepatomegali). Pada pasien dengan LLA precursor sel-T dapat ditemukan adanya dispnea 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 intrakranial (sakit kepala, muntah; papil edema) atau paralisis saraf kranialis (terutama VI dan VII) (Roganovic, 2013)

g. Pemeriksaan Diagnostik

Untuk menegakkan diagnosa, perlu dilakukan pemeriksaan laboratorium yaitu:

- Darah tepi : adanya pensitopenia, limfosit yang kadang-kadang menyebabkan gambaran darah tepi monoton terdapat sel blast, yang merupakan gejala patognomik untuk leukemia.

- Sum-sum tulang : daripemeriksaansum-sumtulang akanditemukan gambaran yang monoton yaitu hanya terdiri dari sel limfopoetik sedangkan sistem lain terdesak (apanila sekunder).

- Pemeriksaan lain : biopsi limpa, kimia darah, cairan cerebrospinal, dan sitogenik

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah nilai klinik mengenai respon individu, keluarga dan komunitas terhadap masalah kesehatan / proses kehidupan yang aktual, potensial yang merupakan dasar untuk memilih intervensi keperawatan untuk mencapai hasil yang merupakan tanggung jawab perawat (Dermawan, 2012;58)

- a. Nyeri Akut berhubungan dengan Agen pencedera fisiologis ditandai dengan mengeluh nyeri, tampak meringis, gelisah, dan sulit tidur.
- b. Defisit Nutrisi berhubungan dengan Ketidakmampuan menelan makanan ditandai dengan mengeluh nyeri pada abdomen, nafsu makan menurun, otot pengunyah lemah, otot menelan lemah, membran mukosa pucat, dan sariawan
- c. Gangguan pola tidur berhubungan dengan Gangguan rasa nyaman ditandai dengan mengeluh sulit tidur dan nyeri pada mulut.

2. Intervensi Keperawatan

- a. Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis

Intervensi :

- Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri
- Mengidentifikasi skala pada nyeri
- Mengidentifikasi faktor memperberat dan memperingan nyeri

- b. Defisit Nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan

Intervensi :

- Monitor asupan pada makanan
- Monitor berat badan
- Monitor hasil pada pemeriksaan laboratorium

- c. Gangguan Pola tidur berhubungan dengan gangguan rasa nyaman

Intervensi :

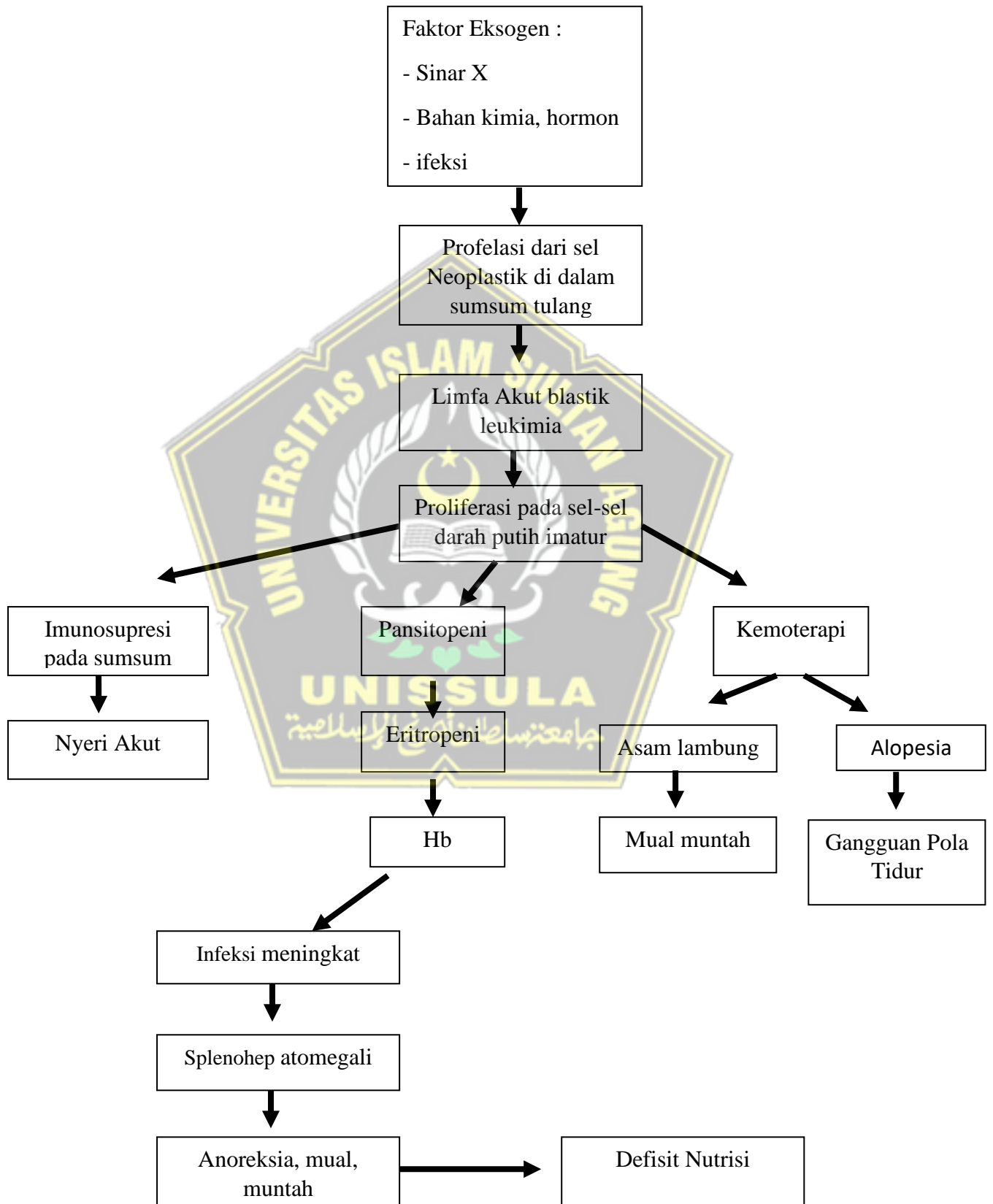
- Mengkaji pola tidur
- Monitor kebutuhan pada tidur pasien setiap harinya

- Menciptakan lingkungan yang nyaman



4. Fisiologiways

Sumber : (NANDA 2015, SDKI 2017)



BAB III

LAPORAN ASUHAN KEPERAWATAN

A. Pengkajian

Pengkajian ini dilaksanakan di Ruang Baitul Izzah 1 RS Islam Sultan Agung Semarang, pada tanggal 21 Januari 2021 pukul 12.00 WIB

1. Data Umum

a. Identitas

Nama pasien adalah Tn. A, umur 21 Tahun, agama islam, tinggal di Randublatung, Jawa Tengah, Jawa, Indonesia, pendidikan terakhir SMP dan pekerjaan saat ini adalah sebagai buruh. Adapun penanggungjawab dari pasien tersebut yaitu Tn. S, Umur 52 Tahun, tinggal di Randublatung, Jawa Tengah, Jawa, Indonesia. Pendidikan terakhir SD, pekerjaan saat ini adalah sebagai petani, dan hubungan dengan pasien adalah ayah kandung.

b. Keluhan Utama

Pasien mengatakan nyeri pada bagian mulut juga tenggorokan, lalu sariawan yang tak kunjung sembuh, juga merasakan demam yang cukup tinggi.

c. Status Kesehatan Saat Ini

Pasien mengatakan mulutnya terlalu nyeri dan demamnya tak kunjung turun. Pasien mengatakan sering telat makan dan juga tidak pernah memperhatikan tentang kebersihan makannya. Pasien mengatakan telah memiliki riwayat penyakit ini selama 1 tahun. Pasien mengatakan sebelumnya ia mendapatkan perawatan dan obat dari Puskesmas daerah di lingkungannya. Pasien mengatakan nyeri yang dirasakannya secara tiba-tiba dan mendadak.

d. Riwayat Kesehatan Lalu

Pasien mengatakan memiliki penyakit leukemia selama 1 tahun terakhir. 1 tahun lalu saat penyakitnya timbul, pasien mengatakan dirawat di Puskesmas Umum di daerahnya.

e. Riwayat Kesehatan Keluarga

Pasien adalah anak ke 2 dari 3 bersaudara. Orang tua pasien masih lengkap dan tinggal bersama mereka dalam satu rumah. Pasien mengatakan bahwa

neneknya memiliki riwayat penyakit Diabetes Melitus namun ia tidak mengetahui apakah ia juga memiliki penyakit tersebut.

Pasien mengatakan dari keluarganya tidak ada yang memiliki penyakit yang sama yang sedang diderita pasien saat ini.

f. Riwayat Kesehatan Lingkungan

Pasien mengatakan bahwa lingkungan rumahnya bersih karena selalu dibersihkan setiap hari secara rutin, dan tidak ada kemungkinan terjadi bahaya disekitar lingkungan pasien tinggal.

2. Pola Kesehatan Fungsional (Data Fokus)

a. Pola Persepsi dan Pemeliharaan Kesehatan

Pasien mengatakan lebih mengetahui tentang penyakit yang ia derita sekarang dan juga mengerti tentang perawatan terhadap penyakitnya. Oleh karena itu ia secara rutin meminum obat yang telah dianjurkan oleh dokter dan mematuhi apa yang dikatakan oleh dokter mengenai penyakitnya.

Sebelum sakit pasien jarang memerhatikan kesehatannya, ia juga sering merokok setiap hari, dan mengabaikan bahwa rokok dapat memengaruhi kesehatannya.

b. Pola Nutrisi dan Metabolik

Selama dirawat pasien mengatakan dalam sehari ia makan 2-3 kali dengan porsi sedang (4-5 sendok makan) dan bisa menghabiskan 5-7 gelas air mineral. Karena pasien mengalami kesulitan dalam mengunyah dan menelan makanan, oleh sebab itu ia mengalami penurunan berat badan (dari 69kg menjadi 64kg). Pasien mengatakan nafsu makan menurun juga karena nyeri yang dirasakannya. Dan juga ia kadang mengalami mual muntah sesudah makandan juga merasakan demam.

Sebelum sakit pasien dapat makan 3-4 kali dalam sehari dengan porsi penuh dan juga minum minimal 7 gelas dalam sehari tanpa kesulitan menelan ataupun mengunyah. Pasien tidak memiliki alergi terhadap makanan ataupun minuman.

c. Pola Eliminasi

Pasien mengatakan selama dirawat ia jarang buang air besar, sekitar 2-3 hari ia hanya 1 kali buang air besar, dengan konsistensi padat tapi sedikit. Untuk buang

air kecil ia buang air kecil sekitar 4-6 kali dalam sehari dengan warna kuning kecoklatan.

Sebelum dirawat pola buang air besar pasien lancar, yaitu dalam sehari 1 kali buang air besar. Untuk pola buang air kecilnya juga normal sekitar 1-4 kali dalam sehari.

d. Pola Aktivitas dan Latihan

Pasien mengatakan selama dirawat kesulitan beraktivitas, makan dibantu oleh keluarganya karena badannya menggigil akibat kedinginan dan demam.

Pasien mengatakan sebelum dirawat ia melakukan aktivitasnya secara mandiri, ia juga bekerja untuk membantu memenuhi kebutuhan keluarganya.

e. Pola Istirahat dan Tidur

Pasien mengatakan selama dirawat ia kurang cukup tidur, ia hanya tidur 4-5 jam dalam sehari karena ia selalu merasa menggigil. Pasien mudah terbangun karena tiba-tiba merasakannya nyeri atau menggigil,

Pasien sebelum di rawat ia mengatakan tidur dengan baik, yaitu 7-8 jam dalam sehari tanpa adanya kesulitan tidur.

f. Pola Kognitif dan Perseptual Sensori

Pasien mengatakan tidak ada keluhan dalam penglihatan maupun pendengarannya. Pasien tidak mengalami kesulitan dalam mengingat. Selama dirawat pasien merasakan pusing dan nyeri; P : Nyeri timbul saat melakukan pergerakan atau secara tiba-tiba, Q : nyeri seperti ditusuk, R : pada abdomen, mulut dan tenggorokan, S : skala 4 dari 1-5, T : hilang timbul.

g. Pola Persepsi Diri dan Konsep Diri

- Persepsi Diri

Pasien mengatakan kalau ia takut jika mulut dan tenggorokannya mengalami sesuatu yang tidak diinginkan, karena sangat nyeri, susah menelan juga susah saat berbicara. Pasien mengatakan yang dipikirkannya saat ini adalah ingin cepat sembuh dari penyakitnya.

- Konsep Diri

Citra Tubuh : tidak ada pengaruh persepsi pasien terhadap tubuhnya selama sakit

Identitas : status pasien selama melakukan perawatan dirumah sakit adalah pasien mengerti posisinya sesuai keadaan

Peran : peran pasien dalam keluarga adalah sebagai anak ke-2 dari 3 bersaudara, pasien mampu melaksanakan perannya dengan baik.

Ideal Diri : harapan pasien nyeri yang dirasakan pada mulut dan tenggorokannya dapat segera sembuh agar ia dapat melakukan aktivitas seperti sedia kala dengan normal.

Harga Diri : pasien tidak merasa malu ataupun merendahkan dirinya atas penyakit yang sedang dialaminya.

h. Pola Mekanisme Koping

Pasien dalam mengambil keputusan dibantu keluarganya, saat menghadapi masalah, pasien membicarakan dengan baik kepada keluarga terutama pada ayahnya, jika tidak mendapatkan solusi pasien mencoba menyelesaikannya secara mandiri atau berbicara kepada temannya. Pasien terlihat tenang dan tetap berdoa untuk kebajikannya dalam menghadapi masalah yang sedang ia hadapi.

i. Pola Seksual dan Reproduksi

Pasien mengatakan bahwa dirinya belum menikah.

j. Pola peran-berhubungan dengan orang lain

Hubungan pasien dengan keluarga, saudara, tetangga, dojter, dan perawat baik. Keadaannya saat ini tidak memengaruhi hubungannya dengan orang-orang disekitarnya. Kemampuan komunikasi pasien juga baik, namun saat ini ia hanya dapat menjawab seperlunya dan sisanya diserahkan kepada ayahnya, karena ia kesakitan jika terlalu banyak berbicara.

k. Pola Nilai dan Kepercayaan

Selama dirawat pasien tetap berusaha beribadah dengan baik walaupun mengalami banyak kesulitan dalam beribadah.

3. Pemeriksaan Fisik

Hasil pemeriksaan fisik (*Head to Toe*) pasien didapatkan kesadaran pasien composmentis. Penampilan lemah, pucat, gelisah, menggigil, dan kesulitan menggerakkan mulutnya. Hasil tanda vital pasien yaitu tekanan darah 115/75 mmHg; nadi 80x/menit; RR 20x/menit; suhu 37°C. Pemeriksaan kepala

mesochepeal, rambut pendek beruban, tidak ada rontok. Mata pasien terlihat sayu, penglihatan normal, pupil mengecil jika terkena cahaya, konjungtiva anemis. Hidung pasien bersih, tidak ada nafas cuping hidung, tidak terpasang oksigen. Pendengaran pasien normal, telinga simetris, tidak ada infeksi. Mulut sedikit kotor dan berbau, gigi kekuningan, memiliki kesulitan dalam mengunyah dan menelan. Tenggorokan kemerahan, namun tidak ada benjolan. Pemeriksaan paru-paru; inspeksi paru-paru simetris kanan dan kiri, palpasi terdengar bunyi sonor, perkusi fremitus kanan dan kiri, auskultasi vesikuler. Jantung; inspeksi iktus kordis tidak terlihat, palpasi iktuskordis tidak teraba, perkusi sonor, auskultasi irama jantung teratur. Pemeriksaan abdomen bising usus normal 18x/menit, perkusi terdengar redup, tidak ada hepatemogali, palpasi tidak ada benjolan, namun adanyeri tekan. Genetalia bersih, tidak memakai pampers, tidak terpasang kateter. Ekstremitas atas; tangan kanan dan kirinormal, kulitkecoklatan, bersih,turgor baik, tidak ada edema, tidak ada nyeri tekan,cappillary refil <3 detik.Ekstremitas bawah; kaki kiri dan kanan normal, tidak ada edema, tidak ada nyeri tekan, kekuatanotot normal.

4. Data Penunjang

a. Hasil pemeriksaan penunjang

b. Diit yang diperoleh : diit susu 6 x 200cc

c. Therapy yang didapat :

- Fisiotherapy

Farmakologi : furosemide 2x1, paracetamol 1x1

B. Analisa Data dan Diagnosa

Hasil analisa data yang didapatkan penulis pada tanggal 1 Februari 2021 muncul masalah keperawatan, yakni : Data fokus yang pertama data subjektif pasien mengatakan merasa nyeri pada mulut dan tenggorokan, data objektif pasien tampak pucat, menahan rasa nyeri dengan P : nyeri timbul saat melakukan pergerakan dan saat berbicara, Q : nyeri seperti ditusuk, R : pada mulut dan tenggorokan, S : skala 4 dari 1-5, T : hilang timbul. Penulis mengambil diagnose nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis.

Data Fokus yang kedua, Data subjektif : pasien mengatakan tidak dapat mengunyah dan menelan makanan dengan baik, karena mulut dan tenggorokannya sangat nyeri saat ia menelan atau mengunyah makanan, data objektif : pasien tampak meringis menahan nyeri. Penulis mengambil diagnose Defisit Nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan.

Data fokus yang ketiga, data subjektif : pasien mengatakan sulit tidur baik di malam hari maupun di pagi hari karena ketika ia tidur ia merasa menggigil dan nyeri yang ada pada mulutnya serta tenggorokannya timbul, data objektif : pasien tampak lesu dan pucat. Penulis mengambil diagnose Gangguan pola tidur berhubungan dengan gangguan rasa nyaman.

C. Intervensi

Masalah yang muncul pada tanggal 1 Februari 2021, penulis menyusun rencana tindakan keperawatan yang akan diberikan kepada pasien untuk ditindak lanjut pada asuhan keperawatan Tn. A dengan diagnose keperawatan yang pertama yaitu Nyeri Akut berhubungan dengan Agen pencedera fisiologis. Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan nyeri akut yang pasien alami menurun dengan kriteria hasil skala nyeri pada pasien menurun, dan pasien tidak merasakan nyeri yang hilang timbul lagi serta tidak menggigil. Intervensi yang direncanakan antara lain mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri. Mengidentifikasi skala nyeri. Dan mengidentifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri.

Diagnose keperawatan yang kedua yaitu Defisit Nutrisi berhubungan dengan Ketidakmampuan menelan makanan. Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan nutrisi pasien dapat kembali normal dengan kriteria hasil pasien dapat menelan serta mengunyah makanan kembali seperti sedia kala. Intervensi yang direncanakan antara lain, monitor asupan makanan pasien, monitor berat badan pasien, monitor hasil pemeriksaan laboratorium.

Diagnose yang ketiga yaitu Gangguan Pola Tidur berhubungan dengan gangguan rasa nyaman. Setelah dilakukan perawatan selama 3x24 jam diharapkan pola tidur pasien membaik dengan kriteria hasil keluhan sulit tidur menurun dan

keluhan menggigil menurun. Intervensi yang direncanakan antara lain mengkaji pola tidur pasien, jelaskan pentingnya tidur yang adekuat, monitor kebutuhan tidur pasien setiap hari, ciptakan lingkungan yang nyaman.

D. Implementasi

Pada tanggal 1 Februari 2021 pukul 12.00 WIB, dilakukan implementasi pada diagnose pertama yaitu mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri dengan melihat dari respon pasien. Data subjektif yang didapatkan, pasien mengatakan nyeri pada mulut dan tenggorokannya, data objektif terdapat sariawan pada mulut bagian dalam pasien dan juga pada lidahnya. Pukul 12.20 WIB mengidentifikasi skala nyeri lalu didapatkan data subjektif dari respon pasien, skala nyeri 4 dari skala 1-5 dan data objektif terhadap pasien, kooperatif dan tampak meringis menahan nyeri. Pukul 12. 20 WIB mengidentifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri, data subjektif yang didapatkan, pasien mengatakan jika ia terlalu banyak berbicara ia akan merasakan nyeri, dan jika ia banyak melakukan pergerakan pada bagian kepalanya, mulut dan tenggorokannya akan terasa sakit. Data objektif yang didapatkan, pasien tampak menahan nyeri saat sedang menggerakkan kepalanya dan saat sedang berbicara. Pukul 12.30 WIB dilakukan implementasi pada diagnose kedua yaitu dengan implementasi yang pertama memonitor asupan makanan pasien, didapatkan data subjektif, pasien mengatakan makan bubur yang diberikan oleh rumah sakit, ia makan 3x dalam sehari dengan porsi 3-4 sendok makan dan minum susu sebanyak 1 gelas dalam 1 hari. Data objektif yang didapatkan, pasien masih Nampak lemas dan kesulitan saat ia sedang makan bubur ataupun meminum susu. Pukul 12.40 WIB dilakukan implementasi yang kedua yaitu monitor berat badan pasien, data subjektif yang didapatkan, pasien mengatakan ia bertambah kurus dan merasa jika berat badannya menurun karena kurangnya asupan makanan pada tubuhnya. Data objektif yang didapatkan pasien mengalami penurunan berat badan dari 69 kg, menjadi 64 kg. pada pukul 12.50 WIB dilakukan implementasi yang ketiga yaitu monitor hasil pemeriksaan laboratorium, data subjektif yang didapatkan, pasien mengatakan bahwa tubuhnya terasa menggigil. Data objektif yang didapatkan bahwa hasil laboratoriumnya

Hemoglobin 6,0 g/dL, Hematokrit 16,9%, Leukosit 1,85ribu/ μ L, Trombosit 7,0ribu/ μ L. Pada pukul 13.00 dilakukan implementasi pada diagnose ketiga yaitu dengan implementasi yang pertama mengkaji pola tidur pasien, data subjektif yang didapatkan dari pasien yaitu, pasien mengatakan bahwa dalam sehari ia hanya tidur 4-5 jam, data objektif yang didapatkan pasien tampak lemah, dan pucat. Pada pukul 13.10 WIB dilakukan implementasi yang kedua yaitu memonitor kebutuhan tidur pasien setiap harinya. Didapatkan data subjektif yaitu, pasien mengatakan biasanya ia membutuhkan tidur sekitar 7-8 jam dalam sehari. Data objektif yang didapatkan pasien tampak lemah dan pucat jika ia tidur kurang dari 7-8 jam. Pukul 13.20 WIB dilakukan implementasi yang ketiga yaitu menciptakan lingkungan yang nyaman untuk pasien. Didapatkan hasil data subjektif, pasien mengatakan bahwa ia tidak bisa tidur karena merasa demam dan tubuhnya menggigil. Data objektif yang didapatkan, pasien tampak gemetar pada sekujur tubuhnya.

Pada tanggal 2 Februari 2021 pukul 12.00 WIB, dilakukan implementasi pada diagnose pertama yaitu mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas intensitas nyeri dengan melihat dari respon pasien. Data subjektif yang didapatkan, pasien mengatakan nyeri pada mulut dan tenggorokan cukup berkurang, data objektif terdapat sariawan pada mulut bagian dalam pasien dan tenggorokannya, data objektif terdapat sariawan pada mulut bagian dalam pasien dan juga pada lidahnya sudah hampir sembuh. Pukul 12.20 WIB mengidentifikasi skala nyeri lalu didapatkan data subjektif dari respon pasien, skala nyeri masih tetap 4 dari skala 1-5 dan data objektif terdapat pasien, kooperatif dan tampak sedikit meringis menahan nyeri. Pukul 12.20 WIB mengidentifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri, data subjektif yang didapatkan, pasien mengatakan jika ia berbicara sudah tidak terlalu nyeri, dan jika ia banyak melakukan pergerakan pada bagian kepalanya, mulut dan tenggorokannya sudah tidak terlalu terasa sakit. Data objektif yang didapatkan, pasien tampak sedikit menahan nyeri saat sedang menggerakkan kepalanya dan saat sedang berbicara. Pukul 12.30 WIB dilakukan implementasi pada diagnose kedua

yaitu dengan implementasi yang pertama memonitor asupan makanan pasien, didapatkan data subjektif, pasien mengatakan makan bubur yang diberikan oleh rumah sakit, nafsu makannya bertambah 3x dalam sehari dengan porsi 3-4 sendok makan menjadi 4-5 sendok makan dan minum susu sebanyak 1 gelas dalam 1 hari. Data objektif yang didapatkan, pasien masih nampak lemas dan sedikit kesulitan saat ia sedang makan bubur ataupun meminum susu namun tidak seperti sebelumnya. Pukul 12.40 WIB dilakukan implementasi yang kedua yaitu monitor berat badan pasien, data subjektif yang didapatkan, pasien mengatakan sepertinya berat badannya sudah sedikit bertambah. Data objektif yang didapatkan, berat badan pasien yang semula 64kg menjadi 65kg. Pada pukul 12.50 WIB, dilakukan implementasi yang ketiga yaitu memonitor hasil pemeriksaan laboratorium. Data subjektif yang didapatkan, pasien mengatakan tubuhnya sudah tidak terlalu menggigil. Data objektif yang didapatkan bahwa hasil laboratoriumnya Hemoglobin 7,0 g/dL, Hematokrit 16,9%, Leukosit 1,85ribu/ μ L, Trombosit 15ribu/ μ L. pada pukul 13.00 dilakukan implementasi pada diagnose ketiga yaitu dengan implementasi yang pertama mengkaji pola tidur pasien, data subjektif yang didapatkan dari pasien yaitu, pasien mengatakan bahwa pola tidurnya sudah meningkat, yang semula tidur hanya 4-5 jam menjadi 5-6 jam dalam sehari, data objektif yang didapatkan pasien masih cukup pucat. Pada pukul 13.10 WIB dilakukan implementasi yang kedua yaitu memonitor kebutuhan tidur pasien setiap harinya. Didapatkan data subjektif yaitu, pasien mengatakan biasanya ia membutuhkan tidur sekitar 7-8 jam dalam sehari, dan hari ini pola tidurnya meningkat menjadi 5-6 jam. Data objektif yang didapatkan pasien masih tampak cukup pucat. Pukul 13.20 WIB dilakukan implementasi yang ketiga yaitu menciptakan lingkungan yang nyaman untuk pasien. Didapatkan hasil data subjektif, pasien mengatakan bahwa ia sudah bisa tidur karena badannya sudah tidak terlalu menggigil. Data objektif yang didapatkan, pasien tampak cukup tenang, dan tidak menggigil.

Pada tanggal 3 Februari 2021 WIB, dilakukan implementasi pada diagnose pertama yaitu mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas,

intensitas nyeri dengan melihat dari respon pasien. Data subjektif yang didapatkan, pasien mengatakan nyeri pada mulut dan tenggorokannya sudah membaik, data objektif sariawan pada mulut bagian dalam pasien dan juga pada lidahnya sudah hilang. Pukul 12.20 WIB mengidentifikasi skala nyeri lalu didapatkan data subjektif dari respon pasien, skala nyeri sudah turun, yang semula 4 menjadi 3 direrentan skala 1-5 dari data objektif terhadap pasien, tidak tampak meringis menahan nyeri seperti sebelumnya. Pukul 12.20 WIB mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, data subjektif yang didapatkan, pasien mengatakan jika ia terlalu banyak berbicara ia sudah tidak merasakan nyeri, dan jika ia banyak melakukan pergerakan pada bagian kepalanya, mulut dan tenggorokannya sudah tidak terasa sakit. Data objektif yang didapatkan, pasien sudah tidak menahan nyeri saat menggerakkan kepalanya saat sedang berbicara. Pukul 12.30 WIB dilakukan implementasi pada diagnosa kedua yaitu dengan implementasi yang pertama memonitor asupan makanan pasien, didapatkan data subjektif, pasien mengatakan makan bubur yang diberikan oleh rumah sakit, ia makan 3x dalam sehari dengan porsi 6-8 sendok makan dan minum susu sebanyak 1 gelas dalam 1 hari. Data objektif yang didapatkan, pasien sudah tidak nampak lemas, dan tidak merasakan sakit pada bagian mulut dan tenggorokannya saat mengunyah maupun menelan. Pukul 12.40 WIB dilakukan implementasi yang kedua yaitu monitor berat badan pasien, data subjektif yang didapatkan, pasien mengatakan ia sepertinya bertambah gemuk dan merasa jika berat badannya naik, karena beberapa hari ini telah makan cukup banyak. Data objektif yang didapatkan pasien mengalami peningkatan berat badan dari 65 kg, menjadi 67 kg. Pada pukul 12.50 WIB dilakukan implementasi yang ketiga yaitu monitor hasil pemeriksaan laboratorium, data subjektif yang didapatkan, pasien mengatakan bahwa tubuhnya sudah tidak menggigil. Data objektif yang didapatkan bahwa hasil laboratoriumnya Hemoglobin 9,0 g/dL, Hematokrit 26,0%, Leukosit 1,62ribu/ μ L, Trombosit 15ribu/ μ L. Pada pukul 13.00 WIB dilakukan implementasi pada diagnose ketiga yaitu dengan implementasi yang pertama mengkaji pola tidur pasien, data subjektif yang didapatkan dan pasien yaitu, pasien mengatakan bahwa dalam sehari sekarang ia tidur sekitar 6-8 jam, data objektif yang didapatkan pasien

tampak lebih segar daripada hari-hari sebelumnya. Pada pukul 13.10 WIB dilakukan implementasi yang kedua yaitu memonitorkebutuhan tidur pasien setiap harinya. Didapatkan data subjektif yaitu, pasien mengatakan biasanya ia membutuhkan tidur sekitar 7-8 jam dalam sehari. Data objektif yang didapatkan pasien tampak lebih segar dan bugar, dan waktu tidurnya tercukup yaitu pola tidur 6-8 jam dalam sehari. Pukul 13.20 WIB dilakukan implementasi yang ketiga yaitu menciptakan lingkungan yang nyaman untuk pasien. Didapatkan hasil data subjektif, pasien mengatakan bahwa ia sudah bisa tidur karena tubuhnya sudah tidak menggigil, dan juga tidak demam. Data objektif yang didapatkan, pasien tampak lebih segar dan tubuhnya tampak lebih nyaman saat melakukan sesuatu.

E. Evaluasi

Hasil evaluasi hari pertama tanggal 1 Februari 2021 diagnosa pertama yaitu data subjektif pasien mengatakan nyeri pada mulut dan tenggorokannya, pasien mengatakan skala nyeri 4 dari rentan skala 1-5, pasien kurang nyaman dengan nyeri yang dirasakannya. Data objektif pasien tampak meringis dan menahan nyeri, P : nyeri timbul saat melakukan pergerakan pada bagian kepala dan jika menggerakkan mulutnya terlalu lama, Q : nyeri seperti ditusuk-tusuk, R : pada mulut dan tenggorokan, S : skala 4 dari rentan skala 1-5, T : hilang timbul. Tekanan darah 115/75 mmHg, Nadi : 80x/menit, RR 20x/menit, Suhu : 37,5°C. Assesment belum teratasi. Planning lanjutkan intervensi. Hasil evaluasi diagnose kedua yaitu data subjektif pasien mengatakan bahwa ia kurang nafsu makan, karena ia merasakan sakit pada mulut dan tenggorokannya jika mengunyah atau menelan makanan, data objektif, pasien tampak meringis saat mencoba memakan bubur yang diberikan oleh rumah sakit. Assesment masalah masalah belum teratasi, planning lanjutkan intervensi. Hasil evaluasi diagnose ketiga yaitu data subjektif pasien mengatakan kesulitan tidur pada pagi maupun malam hari, ia mengatakan bahwa ia hanya tidur 4-5 jam dalam sehari, karena ia merasa menggigil kedinginan dan nyeri yang timbul secara tiba-tiba membuatnya kesulitan tidur dengan baik. Data Objektif, pasien tampak lemah dan pucat. Assesment masalah belum teratasi. Planning lanjutkan intervensi.

Hasil evaluasi hari kedua tanggal 2 Februari 2021 diagnosa pertama yaitu, data subjektif pasien mengatakan sudah tidak terlalu nyeri, kadang nyeri timbul secara tiba-tiba namun tidak sering. Pasien mengatakan cukup paham mengenai cara meredakan nyeri. Data objektif pasien sudah tidak tampak meringis dan menahan nyeri. P : nyeri timbul saat berbicara terlalu banyak, Q : nyeri seperti digigit semut, R : pada mulut, S : skala 4 dari rentan skala 1-5, T : hilang timbul. Tekanan darah: 115/75mmHg, Nadi : 80x/menit, RR : 20x/menit, Suhu : 37°C. Assesment belum teratasi. Planning lanjutkan intervensi. Hasil evaluasi diagnosa kedua yaitu data subjektif didapatkan, pasien mengatakan bahwa nafsu makannya sudah cukup membaik, karena rasa nyeri yang ada pada mulut dan tenggorokannya sudah tidak sesakit hari sebelumnya. Data objektif, pasien tampak lebih tenang saat ia sedang makan atau sedang minum, namun terlihat sesekali sedikit menahan nyeri. Assesment masalah belum teratasi. Planning lanjutkan intervensi. Hasil evaluasi diagnosa ketiga yaitu data subjektif pasien mengatakan sudah cukup memiliki waktu untuk tidur yaitu sekitar 5-6 jam dalam sehari, ia sudah tidak terlalu merasakan menggigil pada tubuhnya. Data objektif pasien tampak lebih segar daripada hari sebelumnya, dan cukup mudah saat ia ingin melakukan sesuatu. Assesment masalah belum teratasi. Planning lanjutkan intervensi.

Hasil evaluasi hari ketiga tanggal 3 Februari 2021, pada diagnosa pertama yaitu, data subjektif, pasien mengatakan sudah tidak terlalu merasakan nyeri pada mulut dan tenggorokannya, pasien mengatakan skala nyeri 3 dari rentan skala 1-5. Data objektif, pasien nampak nyaman dan tidak tampak meringis menahan nyeri. P : nyeri timbul jika tertekan oleh sesuatu, Q : nyeri seperti digigit semut, R : pada mulut dan tenggorokan, S : skala 3 dari rentan skala 1-5, T : hilang timbul. Tekanan darah 120/75 mmHg, Nadi : 85x/menit, RR : 20x/menit, Suhu : 36,5°C. Assesment, masalah teratasi. Planning, pertahankan intervensi. Hasil evaluasi diagnosa kedua yaitu data subjektif, pasien mengatakan nafsu makannya sudah membaik, dan saat makan sudah tidak merasakan nyeri. Data objektif, pasien

nampak lebih segar, wajahnya tidak tampak pucat dan lemas, ia juga tidak terlihat menahan nyeri saat ia sedang makan ataupun minum. Assesment, masalah teratasi. Planning, pertahankan intervensi. Hasil evaluasi diagnosa ketiga yaitu data subjektif, pasien mengatakan bahwa dirinya sudah bisa tidur dengan nyaman, pola tidurnya sudah membaik yakni ia bisa tidur 6-8 jam dalam sehari. Data objektif, pasien nampak lebih segar dari raut wajah dan juga tubuhnya, tidak nampak pucat dan lemas. Assesment, masalah teratasi. Planning, pertahankan intervensi.



BAB IV

PEMBAHASAN

Pada bab IV ini, penulis akan membahas mengenai asuhan keperawatan pada Tn. A dengan kasus Leukemia Mieloid Kronis di Ruang Baitulizzah 1 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang. Penulis akan membahas mengenai pengkajian, dan dilakukannya asuhan keperawatan selama 3 hari ke depan.

A. PENGKAJIAN

Pengkajian dilakukan pada Tn. A dengan diagnosa Leukemia Mieloid Kronis pada tanggal 1 Februari 2021 di Ruang Baitul Izzah 1 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang. Pengkajian yang akan dilakukan yaitu : identitas pasien dan penanggungjawab, riwayat kesehatan, pola fungsional, pemeriksaan fisik, data penunjang dan analisa data. Pengkajian keperawatan merupakan sebuah catatan mengenai hasil pengkajian yang telah dilakukan oleh perawat untuk mengumpulkan data dan juga informasi mengenai riwayat kesehatan pasien (Menurut Effendy 1995, dalam Dermawan, 2012).

Pada kasus Tn. A, data yang telah ditemukan yaitu : keluarga mengatakan pernah menjalani perawatan seperti ini sebelumnya, di puskesmas daerah rumahnya, keluhan utama yang dirasakan pasien saat ini adalah merasakan nyeri pada mulut akibat sariawan dibagian mulut, gusi, dan lidahnya. Juga merasakan nyeri pada tenggorokannya. P : nyeri timbul saat mengunyah, menelan, dan jika berbicara terlalu banyak, Q : nyeri seperti ditusuk-tusuk, R : pada mulut dan tenggorokan, S : skala 4 dari rentan skala 1-5, T : hilang timbul. Pada pemeriksaan fisik didapat adanya banyak sariawan pada mulutnya, dan teraba panas juga terasa gemetar pada sekujur tubuhnya. Tidak ada anggota keluarganya yang memiliki riwayat penyakit yang sama seperti pasien. Tidak ada riwayat terpapar radiasi secara berlebihan pada tubuh pasien. Hal ini mendukung pernyataan Nurarif, 2013 bahwa penyebab dari

sebagian besar leukemia belum diketahui secara pasti. Tidak ada kesenjangan teori dan fakta yang ada pada kasus yang Tn. A alami.

B. DIAGNOSA

Diagnosa keperawatan adalah pernyataan yang jelas, singkat, dan pasti tentang masalah pasien yang nyata serta penyebabnya dapat dipecahkan atau diubah melalui tindakan keperawatan. (Dermawan, 2012). Berdasarkan hal tersebut penulis menegakkan 3 diagnosa pada kasus Leukemia Mieloid Kronis pada Tn. A di Ruang Baitul Izzah 1 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang.

Berdasarkan hasil pengkajian yang telah diperoleh, penulis menegakkan diagnosa yang pertama yaitu **Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (SDKI)**. Leukemia mieloid kronis dapat menyebabkan gejala umum pada tubuh salah satunya nyeri akut pada bagian tertentu, nyeri akut biasanya berlangsung singkat, pasien akan mengalami nyeri akut biasanya menunjukkan perspirasi meningkat, denyut jantung, dan tekanan darah serta pallor (Mubarak et al, 2015)

Menurut PPNI (Tahun 2016) Nyeri akut merupakan pengalaman yang sensorik dan juga emosional, berkaitan pada kerusakan jaringan actual ataupun fungsional, onset mendadak ataupun lambat dan juga berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan. Diagnosa nyeri akut dapat ditegakkan jika data mayor dan minor terpenuhi paling tidak mencapai 80% dari data yang ada seperti mengeluh nyeri, tampak gelisah, kesulitan dalam tidur, tekanan darah meningkat, pola nafas meningkat.

Penulis menegakkan diagnosa utama **Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (SDKI)** karena data yang telah penulis temukan pada pasien sesuai dengan batasan karakteristik pada diagnosa yang dialami pasien yaitu data subjektif keluhan utama pasien merasakan nyeri pada mulut dan juga tenggorokan akibat sariawan, data objektif yang ditemukan pasien tampak meringis dan menahan nyeri saat ia berbicara. P : nyeri timbul akibat banyaknya pergerakan pada mulut dan leher, Q : nyeri seperti ditusuk-tusuk, R : pada mulut dan tenggorokan, S : 4 dari rentan skala 1-5, T : hilang timbul.

Penulis menegakkan diagnosa Nyeri Akut sebagai diagnosa utama karena pada saat itu pasien mengeluh nyeri yang berlebihan pada mulut dan tenggorokannya, apabila tidak segera dilakukan tindakan keperawatan pada masalah tersebut akan menimbulkan ketidaknyamanan pada pasien dan pasien akan merasakan gelisah karena tidak dapat menahan rasa nyeri juga tidak dapat beraktifitas atau melakukan suatu pergerakan. Hal ini dapat mengganggu atau memperlambat rencana tindakan keperawatan yang akan diberikan pada pasien jika masalah tersebut tidak segera ditangani.

Diagnosa kedua penulis mengangkat **Defisit Nutrisi berhubungan dengan Ketidakmampuan menelan makanan (SDKI)**, pada pasien dengan Leukemia Mieloid Kronis biasanya akan terjadi gangguan defisit nutrisi juga karena ketidakmampuannya dalam mengunyah atau menelan makanan. Defisit nutrisi yaitu asupan nutrisi yang tidak mencukupi untuk memenuhi kebutuhan metabolik tubuh (Wilkinson & Ahern, 2015).

Diagnosa tersebut dapat diangkat jika memenuhi batasan karakteristik jika nutrisi dalam tubuh tidak terpenuhi. Penulis mengangkat diagnosa tersebut karena ditemukan data pada pasien yang mendukung baik secara subjektif maupun objektif pada diagnosa tersebut. Pasien mengatakan bahwa sepertinya ia mengalami penurunan berat badan yang disebabkan kurangnya asupan makanan pada tubuh pasien karena pasienkesulitan dalam mengunyah atau menelan, juga mengatakan bahwa ia dalam sehari hanya makan 3x dengan porsi 3-4 sendok makan saja. Penulis tidak memprioritaskan diagnosa tersebut karena tidak mengancam jiwa pasien, namun jika tidak ditegakkan tubuh pasien tidak akan terpenuhi asupan nutrisi yang baik.

Diagnosa yang ketiga penulis mengangkat **Gangguan pola tidur berhubungan dengan gangguan rasa nyaman (NANDA 2015)**. Pola tidur yang buruk dapat menyebabkan masalah tidur dalam jangka panjang, bahkan dapat berdampak hingga mereka memasuki usia dewasa (Dregan dan Armstrong, 2010). Diagnosa ini dapat ditegakkan apabila terdapat data pasien yang mendukung batasan karakteristik diagnosa tersebut. Penulis menegakkan diagnosa tersebut karena terdapat data pasien yang mendukung diagnosa

tersebut, pasien mengatakan kesulitan tidur karena tubuhnya menggigil dan demam, juga nyeri yang tak kunjung sembuh dan hilang timbul.

C. INTERVENSI

Intervensi keperawatan merupakan sebuah rencana tindakan keperawatan untuk mengatasi masalah dan juga meningkatkan kesehatan pasien, dengan menentukan langkah pemecahan masalah serta prioritas, perumusan tujuan, rencana tindakan, dan penilaian asuhan keperawatan pada pasien berdasarkan analisis data dan diagnosa keperawatan. (Kemenkes, 2017).

Pada diagnosa pertama **Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis**, penulis menyusun intervensi dengan tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan nyeri yang dirasakan pasien berkurang dengan kriteria hasil keluhan nyeri menurun, gelisah menurun, kesulitan tidur menurun, dan skala nyeri menurun. Intervensi yang disusun, identifikasi lokasi karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri, identifikasi skala nyeri, dan identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri. **Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri** menjadi fokus utama intervensi yang penulis angkat.

Pada diagnosa kedua **Defisit nutrisi berhubungan dengan kesulitan menelan makanan**, penulis menyusun intervensi dengan tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan nutrisi pada tubuh pasien dapat terpenuhi dengan baik dengan kriteria hasil, nafsu makan meningkat, berat badan meningkat. Intervensi yang direncanakan penulis adalah monitor asupan makanan, monitor berat badan, monitor hasil pemeriksaan laboratorium. Diharapkan nutrisi pasien dapat terpenuhi dengan baik.

Pada diagnosa ketiga **Gangguan Pola Tidur berhubungan dengan gangguan rasa nyaman**, penulis menyusun intervensi dengan tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan pola tidur pasien dapat terpenuhi dengan baik, dengan kriteria hasil pola tidur normal, kebutuhan tidur pasien tercukupi.

D. IMPLEMENTASI

Implementasi keperawatan merupakan kegiatan yang dilakukan perawat untuk pasien agar terhindar dari masalah status kesehatan yang diderita pasien menjadi status kesehatan yang baik dengan menggambarkan kriteria hasil yang telah diharapkan. (Kemenkes, 2017).

Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis, dalam 3x 24 jam penulis melakukan implementasi dari tanggal 1-3 Februari 2021, tindakan yang dilakukan, mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri, mengidentifikasi skala nyeri, dan mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri. Dengan respon pasien didapatkan data subjektif pasien mengatakan nyeri berkurang selama 3 hari dari skala 4 menjadi skala 3 dari rentan skala 1-5. Data objektif yang didapatkan, pasien sudah tampak rileks saat melakukan pergerakan pada mulut dan lehernya, dan tidak tampak meringis atau menahan nyeri.

Defisit Nutrisi berhubungan dengan kesulitan menelan makanan, dalam 3x 24 jam penulis melakukan implementasi dari tanggal 1-3 Februari 2021, tindakan yang dilakukan, monitor asupan makan pasien, monitor berat badan pasien, monitor hasil pemeriksaan laboratorium pasien. Didapatkan respon dari pasien dengan data subjektif yang penulis dapatkan, selama 3 hari pasien mengatakan nafsu makan meningkat dari yang sebelumnya hanya dapat makan 3-4 sendok makan (3x dalam sehari) menjadi 6-8 sendok makan (3x dalam sehari), karena pasien sudah dapat mengunyah dan menelan makanan, pasien juga merasa berat badannya sudah bertambah. Data subjektif yang didapatkan, pasien tampak lebih segar dan tidak kesulitan dalam mengunyah dan menelan makanan, berat badan pasien bertambah yang semula 64kg, menjadi 68kg. Menurut A. Aziz Alimul Hidayat, (2011) Defisit nutrisi yang dialami seseorang dalam keadaan tidak berpuasa (normal) atau penurunan berat badan akibat ketidakcukupan asupan nutrisi untuk kebutuhan metabolisme, memonitor asupan makanan pada pasien dibutuhkan untuk mengetahui bagaimana kebutuhan metabolisme pada tubuh pasien. Pemeriksaan laboratorium juga menunjukkan data yang normal yaitu

Hemoglobin 9,0 g/dL, Hematokrit 26,0%, Leukosit 1,62ribu/ μ L, Trombosit 15ribu/ μ L.

Gangguan Pola Tidur berhubungan dengan gangguan rasa nyaman, selama 3x 24 jam pada tanggal 1- 3 Februari 2021, penulis melakukan implementasi pada pasien yaitu, mengkaji pola tidur pasien, monitor kebutuhan tidur pasien setiap hari, dan menciptakan lingkungan yang nyaman bagi pasien. Didapatkan respon dari pasien, dengan data subjektif yang didapatkan, selama 3 hari pasien mengatakan bahwa pola tidurnya sudah meningkat yang semula dari 4-5 jam dalam sehari, menjadi 6-8 jam dalam sehari, pasien juga mengatakan bahwa ia sudah tidak merasakan kesulitan dalam tidur dan juga merasa nyaman saat ia tidur. Data objektif yang didapatkan, pasien tampak segar dan bugar juga dapat melakukan aktifitas dengan baik. Gangguan pola tidur merupakan gangguan yang terjadi pada kualitas waktu tidur seseorang akibat faktor eksternal, menciptakan lingkungan yang nyaman bagi pasien merupakan salah satu tindakan yang tepat untuk mengatasi hal itu (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016). Maka didapatkan respon pasien akan meningkatkan kualitas tidurnya dan penulis menciptakan lingkungan yang nyaman yang diinginkan klin agar dapat meningkatkan kualitas tidurnya.

E. EVALUASI

Evaluasi keperawatan adalah tahap akhir rangkaian dari keperawatan yang bertujuan dari tindakan keperawatan yang telah dilakukan tercapai atau perlu perencanaan lain. (Kemenkes, 2017). Evaluasi dilakukan per hari pada kasus Tn. A untuk mengukur efektifitas asuhan keperawatan yang dilakukan selama 3x24 jam pada tanggal 1 – 3 Februari 2021, pada evaluasi didapatkan :

Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis, pada diagnosa tersebut penulis telah melakukan suatu tindakan keperawatan yang sesuai dengan intervensi seta tinjauan yang ada dengan tujuan masalah nyeri dapat teratasi. Evaluasi keperawatan yang penulis peroleh selama melakukan asuhan keperawatan dalam 3x24 jam, didapatkan bahwa masalah nyeri akut telah teratasi dibuktikan dengan pasien mengatakan bahwa nyeri berkurang

dari skala 4 menjadi skala 3 dari rentan skala 1-5, pasien mengatakan bahwa ia sudah tidak kesulitan saat berbicara, menggerakkan mulut dan juga lehernya. Data objektif pasien tampak lebih rileks dan tenang, gelisah menurun, Tekanan darah 120/75 mmHg, Nadi 80x/menit, RR 20x/menit, Suhu 36,5°C. P : nyeri timbul jika terlalu berlebihan dalam menggerakkan mulut dan lehernya, Q: nyeri seperti digigit semut, R : pada mulut dan tenggorokan, S : skala 3 dari rentan skala 1-5, T : hilang timbul. Setelah didapatkan data tersebut, penulis mendapatkan bahwa masalah teratasi dan menghentikan intervensi.

Defisit Nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan, penulis telah melakukan tindakan keperawatan sesuai dengan intervensi tinjauan yang ada dengan tujuan masalah defisit nutrisi dapat teratasi. Evaluasi keperawatan yang penulis peroleh selama melakukan asuhan keperawatan dalam 3x24 jam, didapatkan bahwa masalah defisit nutrisi telah teratasi, dibuktikan dengan pasien mengatakan bahwa nafsu makannya meningkat dari yang semula hanya makan 3-4 sendok makan (3x dalam sehari) menjadi 6-8 sendok makan (3x dalam sehari), ia juga merasakan bertambah berat badannya, dan setelah ditimbang berat badannya mengalami peningkatan dari yang semula 64kg menjadi 68kg. Tekanan darah 120/75 mmHg, Nadi 85x/menit, Suhu 36,5°C, RR 20x/menit. Penulis mendapatkan bahwa masalah teratasi dan menghentikan intervensi.

Gangguan Pola Tidur berhubungan dengan gangguan rasa nyaman, penulis telah melakukan tindakan keperawatan sesuai dengan intervensi tinjauan yang ada dengan tujuan masalah gangguan pola tidur teratasi. Evaluasi keperawatan yang penulis peroleh selama melakukan asuhan keperawatan 3x24 jam, didapatkan bahwa masalah defisit nutrisi telah teratasi, dibuktikan dengan pasien mengatakan bahwa pola tidurnya telah kembali normal yaitu yang semula dalam sehari ia hanya dapat tidur 4-5 jam menjadi 6-8 jam. Pasien juga mengatakan bahwa ia sudah tidak merasakan kesulitan dalam tidurnya akibat lingkungannya telah nyaman untuk membuatnya

tertidur dengan nyaman dan tenang. Penulis mendapatkan bahwa masalah teratasi dan menghentikan intervensi.



BAB V

PENUTUP

A. KESIMPULAN

Dalam bab V penulis akan menyimpulkan asuhan keperawatan Tn. A selama 3x24 jam dengan diagnosa Leukemia Mieloid Kronis di Ruang Baitul Izzah 1 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang.

1. Konsep Dasar Penyakit

Leukemia Mieloid Kronis berasal dari sel-sel mieloid tahap awal, yang akan membentuk sel darah putih (selain limfosit), sel darah merah, dan trombosit. Leukemia mieloid kronis ditandai dengan terdeteksinya kromosom *Philiadelphia (Ph)*. Akibatnya semuatahap perkembangan granulosit meningkat dengan poliferasi pada semua garisdiferensiasi sel, termasuk peningkatan encinofil dan bashopil.

2. Pengkajian

Pengkajian yang dilakukan pada Tn. Adengan kasus Leukemia Mieloid Kronis didapatkan data subjektif dan objektifyang akhirnya penulis menegakkan 3 diagnosa keperawatan yaitu Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis, Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan, Gangguan pola tidur berhubungan dengan gangguanrasa nyaman.

3. Prioritas masalah dan diagnosa keperawatan

Diagnosa yang ditegakkan berdasarkan keluhan dan pengkajian yangdilakukan padaTn. A serta pemeriksaan yang ada padarekam medis, maka diagnosa yang ditegakkan nyeri akut sebagai prioritas masalah keperawatan, defisit nutrisi, dan gangguan pola tidur.

4. Evaluasi

Evaluasi penulis menggunakan metode SOAP dimana ketiga masalah keperawatan yang ditegakkan dapat teratasi semua. Ditandai dengan nyeri yang menurun dari skala 4 menjadi 3, nutrisi yang mulai tercukupi dan pola tidur yang kunjung membaik setiap harinya.

B. SARAN

1. Bagi Rumah Sakit

Penulis berharap rumah sakit mampu meningkatkan kualitas mutu pelayanan kesehatan dengan yang lebih baik sehingga dapat meningkatkan kualitas hidup masyarakat

2. Bagi Perawat

Semoga Karya Tulis ini bisa untuk dijadikan motivasi dalam melakukan asuhan keperawatan dan peningkatan pelayanan keperawatan yang sesuai dengan standar yang telah ditetapkan. Dan dapat membantu para perawat untuk pendokumentasian yang lebih mudah dan baik.

3. Bagi Intitusi Pendidikan

Semoga Karya Tulis ini dapat menjadi motivasi bagi mahasiswa lain dalam dunia kesehatan dan juga bermanfaat untuk kehidupan sehari-hari.



DAFTAR PUSTAKA

- Dinarti, Yuli Mulyanti. 2017. *Dokumentasi Keperawatan*. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia Edisi 2017.
- Bellasita Nada. 2018. *Asuhan Keperawatan Pada Tn. Y dengan Chronic Myeloid Leukemia*. Kupang : Politeknik Kesehatan Kemenkes.
- Farid Muhammad. 2018, *Asuhan Keperawatan pada Pasien Tn. A dengan penyakit Leukemia*. Bukittinggi : Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Perintis Padang.
- Asra D. *Leukemia*. Artikel. Surabaya : Universitas USU.
- Wardani Ni Putu. 2014. *Manajemen Nyeri Akut*. Denpasar : Rumah Sakit Umum Pusat Sanglah.
- Felicia Herry. 2013. *Gejala Penyakit Leukemia.pdf*. www.scribd.com
- Nurarif. A., H. Dan Kusuma. H., 2015. *APLIKASI Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis & NANDA NIC NOC*. Yogyakarta : MediAction
- Phizer, 2017. *AML. Jenis Leukemia pada Orang Dewasa*. www.pfizer.co.id
- PPNI. 2018. *Standar Luaran Keperawatan Indonesia: Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan*, Edisi 1. Jakarta : DPP PPNI.
- Dia Rofinda, Z. (2012). Kelainan Hemostasis pada Leukemia. *Jurnal Kesehatan Andalas*, 1(2), 68–74. <https://doi.org/10.25077/jka.v1i2.40>
- Dzaki, F. M. (2018). *ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN Tn. A DENGAN PENYAKIT LEUKEMIA DI RUANGAN RAWAT INAP AMBUN SURI LANTAI 3 RSUD Dr. ACHMAD MOCHTAR*.
- Gasc, A., B, A. N., B, S. S., Fr, T., Steven, D., Moreira, S. D. S. L. S., França, A. C., Rocha, W. W., Tibães, E. S. R., Júnior, E. N., Martins, S. C. V. C. V., Araújo, W. L., Tohge, T., Fernie, A. R., DaMatta, F. M. F. F. M. F. M. F. M. F. M., Hibberd, J. M., Weber, A. P. M., Tokumura, M., Ohta, A., ... Suleria, R. (2018). ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN.Y DENGAN CHRONIC MYELOID LEUCEMIA (CML) DI RUANGAN KELIMUTU RSUD. PROF.DR.W.Z.JOHANNES KUPANG. *Photosynthetica*, 2(1), 1–13. <http://link.springer.com/10.1007/978-3-319-76887-8%0Ahttp://link.springer.com/10.1007/978-3-319-93594->

2%0Ahttp://dx.doi.org/10.1016/B978-0-12-409517-5.00007-

3%0Ahttp://dx.doi.org/10.1016/j.jff.2015.06.018%0Ahttp://dx.doi.org/10.1038

/s41559-019-0877-3%0Aht

Jonathan, C., Rahmasari, S. S., & Dr. Ni Made Renny Anggraeni Rena, S. P.

(2017). *Chornic Myeloid Leukemia*. 1302006179, 1–31.

