

KARYA TULIS ILMIAH

ASUHAN KEPERAWATAN PADA AN. N USIA SEKOLAH DENGAN

DIAGNOSA MEDIS LEUKEMIA DI PUSKESMAS

SIDOSERMO SURABAYA



OLEH :

Eka Yudha Febriantika Putri

1820012

PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH

SURABAYA

2021

KARYA TULIS ILMIAH

ASUHAN KEPERAWATAN PADA AN. N USIA SEKOLAH DENGAN

DIAGNOSA MEDIS LEUKEMIA DI PUSKESMAS

SIDOSERMO SURABAYA

Karya tulis ilmiah ini diajukan sebagai salah satu syarat
Untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan



OLEH :

Eka Yudha Febriantika Putri

1820012

PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH

SURABAYA

2021

SURAT PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa karya tulis ini saya susun tanpa melakukan plagiat sesuai dengan peraturan yang berlaku di Stikes Hang Tuah Surabaya.

Jika kemudian hari ternyata saya melakukan tindakan plagiat saya akan bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Stikes Hang Tuah Surabaya.

Surabaya , 14 Juni 2021



Eka Yudha Febriantika Putri

182.0012

HALAMAN PERSETUJUAN

Setelah kami periksa dan amati, selaku dosen pembimbing mahasiswa :

Nama : Eka Yudha Febriantika Putri
NIM : 182.0012
Program Studi : DIII Keperawatan
Judul : “Asuhan Keperawatan Pada An. N Usia Sekolah Dengan
Diagnosa Medis Leukemia Di Puskesmas Sidosermo
Surabaya”

Serta perbaikan - perbaikan sepenuhnya, maka kami menganggap dan dapat menyetujui bahwa karya tulis ilmiah ini diajukan dalam sidang guna memenuhi sebagian persyaratan untuk memperoleh gelar :

AHLI MADYA KEPERAWATAN (Amd.Kep)

Surabaya , 14 Juni 2021

Pembimbing



Diyah Arini, S.Kep.,Ns.,M.Kes

NIP:03.003

Ditetapkan di : Stikes Hang Tuah Surabaya

Tanggal : 14 Juni 2021

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah :

Nama : Eka Yudha Febriantika Putri

NIM : 182.0012

Program Studi : DIII Keperawatan

Judul : “Asuhan Keperawatan Pada An. N Usia Sekolah Dengan
Diagnosa Medis Leukemia Di Puskesmas Sidosermo
Surabaya”

Telah dipertahankan dihadapan dewan Sidang Karya Tulis Ilmiah
Hang Tuah Surabaya, pada :

Hari, Tanggal : 14 Juni 2021

Bertempat di : Stikes Hang Tuah Surabaya

Dan dinyatakan **Lulus** dan dapat diterima sebagai salah satu syarat untuk
memperoleh gelar AHLI MADYA KEPERAWATAN pada Prodi D-III
Keperawatan Stikes hang tuah surabaya.

Penguji I : Dwi Ernawati, S.Kep..Ns., M.Kep

NIP. 03.023



Penguji II : Qorilla Saidah, M.Kep.Sp.Kep.An

NIP . 03.026



Penguji III : Diyah Arini, S.Kep..Ns..M.Kes

NIP . 03.003



Mengetahui

Stikes Hang Tuah Surabaya

Ka Prodi D-III Keperawatan

Dya Sustrami, S.Kep..Ns.M.Kes

NIP: 03.007

Ditetapkan di : Stikes Hang Tuah Surabaya

Tanggal : 14 Juni 2021

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya pada penulis, sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ini sesuai dengan waktu yang telah ditentukan.

Karya tulis ini disusun sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan program pendidikan Ahli Madya Keperawatan.

Penulis menyadari bahwa keberhasilan dan kelancaran karya tulis ini bukan hanya karena kemampuan penulis, tetapi banyak ditentukan oleh bantuan dari berbagai pihak, yang telah dengan ikhlas membantu penulis demi terselesainya penulisan. Oleh karena itu pada kesempatan ini penulis menyampaikan terimakasih dan penghargaan yang sebesar-besarnya kepada :

1. Drg. Harjanti selaku Kepala UPTD Puskesmas Sidosermo Surabaya, yang telah memberikan izin dan lahan praktik untuk penyusunan karya tulis.
2. Ibu Dr. A.V. Sri Suhardiningsih, S.Kp., M.Kes selaku Ketua Stikes Hang Tuah Surabaya atas kesempatan dan fasilitas untuk mengikuti dan menyelesaikan Program Studi D-III Keperawatan.
3. Puket I, II, III yang telah membekali memfasilitasi proses pembelajaran kami sehingga kami dapat mengikuti proses pendidikan dengan baik di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya
4. Ibu Dya Sustrami, S.Kep.,Ns., M.Kes., selaku Kepala Program Studi D-III keperawatan yang selalu memberikan dorongan penuh dengan wawasan dalam upaya meningkatkan kualitas sumber daya manusia.
5. Ibu Diyah Arini, S.Kep.,Ns.,M.Kes. Selaku pembimbing, yang telah bersedia

meluangkan waktu, tenaga dan pikiran serta perhatian dalam memberikan dorongan, bimbingan, arahan dan masukan dalam penyelesaian karya tulis ilmiah ini.

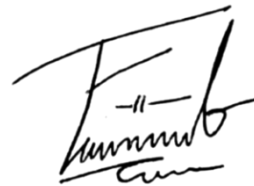
6. Dwi Ernawati, S.Kep.. Ns., M.Kep Selaku Penguji I yang telah bersedia meluangkan waktu, tenaga dan pikiran serta perhatian dalam memberikan dorongan, bimbingan, arahan dan masukan dalam penyelesaian karya tulis ilmiah.
7. Qorilla Saidah, M.Kep.Sp.Kep.An Selaku Penguji II yang telah bersedia meluangkan waktu, tenaga dan pikiran serta perhatian dalam memberikan dorongan, bimbingan, arahan dan masukan dalam penyelesaian karya tulis ilmiah.
8. Bapak dan ibu Dosen Stikes Hang Tuah Surabaya, yang telah memberikan bekal bagi penulis melalui materi – materi kuliah yang penuh nilai dan makna dalam penyempurnaan penulisan karya tulis ilmiah ini, juga kepada seluruh tenaga administrasi yang tulus ikhlas melayani keperluan penulisan selama menjalani studi dan penulisannya.
9. Ayah aris yuniarto subandi , Mama sulikatin elfia yang selalu ada dan selalu memberikan doa setiap langkahku.
10. An.N dan keluarga yang telah bersedia untuk menjadi bagian dalam penelitian asuhan keperawatan ini.
11. Teman & sahabat saya (Novyta Yuliana Septia dan Siti Rodhiah, Dwi Ratnasari dan putri novitasari) terimakasih telah menemaniku melewati masa kuliah ini dan tetap ada di suka duka saya.
12. Sahabat sahabat perjuangan tersayang dalam naungan Stikes Hang Tuah

Surabaya yang telah Memberikan dorongan semangat serta do'a sehingga karya tulis ilmiah ini dapat terselesaikan, saya hanya dapat mengucapkan semoga hubungan persahabatan akan tetap terjalin.

13. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, terima kasih atas bantuannya. Penulis hanya bisa berdo'a semoga Allah SWT membalas amal baik semua pihak yang telah membantu dalam proses penyelesaian karya tulis ilmiah ini.

Selanjutnya, penulis menyadari bahwa karya tulis ilmiah ini masih banyak kekurangan dan masih jauh dari kesempurnaan. Maka dari itu saran dan kritik yang konstruktif senantiasa penulis harapkan. Akhirnya penulis berharap, semoga karya tulis ilmiah ini dapat memberikan manfaat bagi siapa saja yang membaca terutama bagi Civitas Stikes Hang Tuah Surabaya.

Surabaya, 14 Juni 2021



Eka Yudha Febriantika Putri

182.0012

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERNYATAAN	ii
HALAMAN PERSETUJUAN	iii
HALAMAN PENGESAHAN	iv
KATA PENGANTAR	v
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR GAMBAR	xii
DAFTAR SINGKATAN	xiii
BAB 1 PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	4
1.3 Tujuan Penulisan	4
1.3.1 Tujuan umum	4
1.3.2 Tujuan khusus	4
1.4 Manfaat Penulisan	5
1.5 Metode Penulisan	6
1.6 Sistematika Penulisan	7
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	8
2.1 Konsep Penyakit.....	8
2.1.1 Pengertian leukimia	8
2.1.2 Anatomi fisiologi.....	10
2.1.3 Etiologi	11
2.1.4 Manifestasi Klinis.....	12
2.1.5 Tanda dan Gejala.....	13
2.1.6 Patofisiologi	14
2.1.7 Diagnosa Banding	14
2.1.8 Komplikasi	15
2.1.9 Pemeriksaan Penunjang	16
2.1.10 Penatalaksanaan	16
2.2 Konsep Anak.....	17
2.2.1 Pengertian Tumbuh Kembang	17
2.3 Hospitalisasi Usia Sekolah.....	19
2.4 Imunisasi.....	20
2.4.1 Pengertian Imunisasi	20
2.4.2 Tujuan Imunisasi	21
2.4.3 Jenis Vaksin	21
2.5 Nutrisi Pada anak Usia Sekolah	23
2.6 Asuhan Keperawatan.....	23
2.7 Kerangka Masalah.....	34

BAB 3 TINJAUAN KASUS.....	35
3.1 Pengkajian	35
3.2 Analisa Data	46
3.3 Prioritas Masalah	47
3.4 Rencana Keperawatan.....	48
3.5 Tindakan Keperawatan.....	51
BAB 4 PEMBAHASAN	56
4.1 Pengkajian	56
4.2 Diagnosa Keperawatan.....	58
4.3 Perencanaan.....	61
4.4 Pelaksanaan	64
4.5 Evaluasi	65
BAB 5 PENUTUP	66
5.1 Simpulan.....	66
5.2 Saran.....	67

DAFTAR PUSTAKA

DAFTAR TABEL

Tabel 3. 1 Analisa Data.....	46
Tabel 3. 2 Prioritas Masalah.....	47
Tabel 3. 3 Rencana Keperawatan	48
Tabel 3.4 Tindakan Keperawatan.....	51

DAFTAR GAMBAR

2.1 Gambar Leukemia Pada Anak	10
3.1 Genogram	38

DAFTAR SINGKATAN

LLA	: <i>Leukemia Limfositik Akut</i>
LMA	: <i>Leukemia Mieloblastik Akut</i>
LGK	: <i>Leukemia Granulositik/Mielositik Kronik</i>
LLK	: <i>Leukemia Limfoblastik akut</i>
WHO	: <i>World Health Organization</i>
DNA	: <i>Deoxyribose-nucleic acid</i>
RNA	: Asam Ribonukleat
WBC	: <i>White Blood Count</i>
EWS	: <i>Early Warning System</i>
Hb	: Hemoglobin
mmHg	: <i>Milimeter Merkuri Hydrargyrum</i>
gr	: Gram
An	: Anak
BAB	: Buang Air Besar
BAK	: Buang Air Kecil
BB	: Berat Badan
KRS	: Keluar Rumah Sakit
MRS	: Masuk Rumah Sakit
Kg	: Kilogram
KH	: Kriteria Hasil
R/	: Rasional
Cm	: Centimeter
DO	: Data Obyektif
DS	: Data subyektif
WIB	: Waktu Indonesia Barat
SriKanDI	: Sistem Registrasi Kanker di Indonesia
BM	: Hasil bone marrow
MTX	: Metotreksat
VCR	: Vincristine
EMP	: Esomeprazole
b.d	: Berhubungan Dengan
d.d	: Ditanda Dengan

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Leukemia merupakan kanker yang berasal dari sel-sel pembentuk darah dalam sumsum tulang. Penyakit ini dijumpai pada anak dan dewasa, yang dapat terjadi jika terdapat perubahan dalam proses pengaturan sel normal sehingga mengakibatkan proliferasi sel-sel punca hematopoietik dalam sumsum tulang. Ada 4 subtipe leukemia yang ditemukan yaitu leukemia limfositik akut, leukemia mieloid akut, leukemia limfositik kronik, dan leukemia mieloid kronik. Leukemia disebut akut atau kronis tergantung pada berapa banyak sel abnormal yang ditemukan. Jika sel lebih mirip sel induk (belum matang), disebut akut, dan jika sel lebih mirip sel normal (matang), disebut kronis. Pada leukemia akut, sel-sel yang belum matang terus berkembang biak dan tidak dapat matang sebagaimana mestinya. Tanpa pengobatan, kebanyakan penderita leukemia akut hanya bisa hidup beberapa bulan. Berbeda dengan kasus sel leukemia kronis, pertumbuhannya lambat dan pasien bisa hidup lebih lama. Tanda dan gejala yang muncul pada anak dengan leukemia antara lain pilek yang tidak sembuh-sembuh, pucat, lesu, demam, anoreksia dan penurunan berat badan, petekie, memar tanpa sebab, nyeri pada tulang dan persendian, nyeri abdomen, limfadenopati, dan hepatosplemegali.((Fernandes, 2020)

Menurut Sistem Registrasi Kanker di Indonesia (SriKanDI) Banyak penyakit kanker, salah satu kanker sering menyerang anak-anak. Kanker anak adalah kanker yang menyerang anak di bawah usia 18 tahun, termasuk anak yang

masih dalam kandungan. Menurut Registry Kanker Indonesia 2005-2007, perkiraan kejadian kanker anak adalah 9 per 100.000 anak, yaitu 9 anak per 100.000 menderita kanker. Angka kejadian anak usia 0-5 tahun lebih tinggi yaitu 18 per 100.000 anak, sedangkan anak usia 5-14 tahun 10 per 100.000 anak. Ada 6 jenis kanker yang sering menyerang anak-anak. Di negara berkembang 83% ALL, 17% AML ditemukan pada anak kulit putih dibandingkan kulit hitam. Secara epidemiologi, leukemia akut merupakan 30-40% dari keganasan pada anak, puncak kejadian pada usia 2-5 tahun, angka kejadian anak di bawah usia 15 tahun rata-rata 4-4,5 / 100.000 anak pertahun. (P2PTM Kemenkes RI 2018). Menurut data yang saya dapatkan dari Puskesmas Sidosermo angka kejadian leukemia dari 2019 – 2021 yang terdata di puskesmas sidosermo jumlah pasien yaitu terdapat sebanyak 2 orang saja.

Penyakit leukimia atau lebih tepatnya leukemia adalah kanker darah akibat tubuh terlalu banyak memproduksi sel darah putih abnormal. Leukemia dapat terjadi pada orang dewasa dan anak-anak. Sel darah putih merupakan bagian dari sistem kekebalan tubuh yang diproduksi di dalam sumsum tulang. Ketika fungsi sumsum tulang terganggu, maka sel darah putih yang dihasilkan akan mengalami perubahan dan tidak lagi menjalani perannya secara efektif. Gejala Leukemia Pada awalnya, leukemia sering kali tidak menimbulkan tanda-tanda. Gejala baru muncul ketika sel kanker sudah semakin banyak dan mulai menyerang sel tubuh. Gejala yang muncul pun bervariasi, tergantung jenis leukemia yang diderita. Namun, secara umum ciri-ciri penderita leukemia adalah: Demam dan menggigil, Tubuh terasa lelah dan rasa lelah tidak hilang meski sudah beristirahat, Berat badan turun drastis, Gejala anemia, Bintik merah pada kulit, Mimisan, Tubuh

mudah memar, Keringat berlebihan (terutama pada malam hari), Mudah terkena infeksi, Muncul benjolan di leher akibat pembengkakan kelenjar getah bening, Perut terasa tidak nyaman akibat organ hati dan limpa membengkak, Gejala yang lebih berat dapat dialami penderita apabila sel kanker menyumbat pembuluh darah organ tertentu. Gejala yang dapat muncul meliputi: Sakit kepala hebat, Mual dan muntah, Otot hilang kendali, Nyeri tulang, Linglung, Kejang. Penyebab Leukemia Penyakit leukemia disebabkan oleh kelainan sel darah putih di dalam tubuh dan tumbuh secara tidak terkendali. Belum diketahui penyebab pasti dari perubahan yang terjadi, namun beberapa faktor berikut ini diduga dapat meningkatkan risiko terkena leukemia. Faktor risiko yang dimaksud meliputi: , Memiliki anggota keluarga yang pernah menderita leukemia, Menderita kelainan genetica, seperti *Down Syndrome*, Menderita kelainan darah, seperti sindrom mielodisplasia, Memiliki kebiasaan merokok, Pernah menjalani pengobatan kanker dengan kemoterapi atau radioterapi, Bekerja di lingkungan yang terpapar bahan kimia, misalnya benzena, Penatalaksanaan leukemia meliputi kemoterapi, radioterapi, transplantasi sumsum tulang dan steroid. Masing-masing terapi memiliki dampak yang berbeda-beda terhadap kesehatan dan perkembangan pasien selanjutnya, oleh karena itu dampak setiap terapi harus dikenali untuk memungkingkan akses 3 informasi pengobatan. Terapi yang dinilai sangat efektif untuk leukemia adalah kemoterapi. Kemoterapi dinilai efektif dalam pengobatan kanker, menjaga dan menahan penyebaran sel kanker, memperlambat pertumbuhan sel kanker, membunuh sel kanker yang menyebar ke bagian tubuh lainnya dan mengurangi gejala yang disebabkan oleh kanker . Kemoterapi untuk penderita leukemia terbagi atas tiga tahap, yaitu tahap induksi, konsolidasi, dan maintenance .

1.2 Rumusan Masalah

Rumusan masalah pada Karya Tulis Ilmiah ini adalah Untuk mengetahui lebih lanjut dari perawatan penyakit ini maka penulis akan melakukan kajian lebih lanjut dengan melakukan asuhan keperawatan epilepsi dengan membuat rumusan masalah sebagai berikut Rumusan masalah pada Karya Tulis Ilmiah ini adalah Untuk mengetahui lebih lanjut dari perawatan penyakit ini maka penulis akan melakukan kajian lebih lanjut dengan melakukan asuhan keperawatan epilepsi dengan membuat rumusan masalah sebagai berikut “Bagaimanakah Asuhan Keperawatan Pada An. N Usia Sekolah Dengan Diagnosa Medis Leukemia Di Puskesmas Sidosermo Surabaya”?

1.3 Tujuan Penulisan

1.3.1 Tujuan Umum

Mahasiswa mampu mengidentifikasi asuhan keperawatan pada An. N usia sekolah dengan diagnosa medis leukemia di puskesmas sidosermo surabaya

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengkaji Pasien An. N usia sekolah dengan diagnosa medis leukemia di puskesmas sidosermo surabaya.
2. Merumuskan diagnosa keperawatan pada pasien An. N usia sekolah dengan diagnosa medis leukemia di puskesmas sidosermo surabaya.
3. Merencanakan asuhan keperawatan pada pasien pasien An. N usia sekolah dengan diagnosa medis leukemia di puskesmas sidosermo surabaya .
4. Melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien An. N usia sekolah

dengan diagnosa medis leukemia di puskesmas sidosermo surabaya.

5. Mengevaluasi asuhan keperawatan pada pasien An. N usia sekolah dengan diagnosa medis leukemia di puskesmas sidosermo surabaya
6. Mendokumentasikan asuhan keperawatan pada pasien An. N usia sekolah dengan diagnosa medis leukemia di puskesmas sidosermo surabaya

1.4 Manfaat Penulisan

Terkait dengan tujuan, maka tugas akhir ini diharapkan dapat memberi manfaat :

1.4.1 Akademis

Hasil karya tulis ilmiah ini merupakan sumbangan bagi ilmu pengetahuan khususnya dalam hal asuhan keperawatan pada pasien leukemia di puskesmas sidosermo surabaya.

1.4.2 Secara praktis tugas akhir ini akan bermanfaat bagi :

1. Bagi peneliti

Hasil penelitian ini dapat menjadi salah satu rujukan bagi peneliti berikutnya, yang akan melakukan studi kasus pada asuhan keperawatan pada pasien leukemia di puskesmas sidosermo surabaya.

2. Bagi profesi kesehatan

Sebagai tambahan ilmu bagi profesi keperawatan dan memberikan pemahaman yang lebih baik tentang asuhan keperawatan pada pasien leukemia di puskesmas sidosermo surabaya

1.5 Metode Penulisan

1.5.1 Metode

Metode deskriptif yaitu metode yang sifatnya mengungkapkan peristiwa atau gejala yang terjadi pada waktu sekarang yang meliputi studi kepustakaan yang mempelajari, mengumpulkan, membahas data dengan studi pendekatan proses keperawatan dengan langkah-langkah pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

1.5.2 Teknik Pengumpulan Data

1. Wawancara

Data diambil dan diperoleh melalui percakapan baik dengan orang tua maupun pasien, serta tim kesehatan lain.

2. Observasi

Data yang diambil melalui percakapan dengan orang tua maupun pasien, serta tim kesehatan lain.

3. Pemeriksaan

Meliputi pemeriksaan fisik dan laboratorium yang dapat menunjang, menegakkan diagnosa dan penanganan selanjutnya.

1.5.3 Sumber Data

1. Data Primer

Data primer adalah data yang diperoleh dari pasien.

2. Data Sekunder

Data sekunder adalah data yang diperoleh dari keluarga atau orang terdekat pasien, catatan medik perawat, hasil-hasil pemeriksaan dari tim kesehatan lain.

1.5.4 Studi Kepustakaan

Studi kepustakaan yaitu mempelajari buku sumber yang berhubungan dengan judul studi kasus dan masalah yang dibahas.

1.6 Sistematika Penulisan

Supaya lebih jelas dan lebih mudah dalam mempelajari dan memahami karya tulis ilmiah ini, secara keseluruhan dibagi menjadi tiga bagian, yaitu :

1.6.1 Bagian awal, memuat halaman judul, persetujuan komisi pembimbing, pengesahan, motto dan persembahan, kata pengantar, daftar isi.

1.6.2 Bagian inti, terdiri dari lima bab, yang masing-masing bab terdiri dari sub bab berikut ini :

BAB 1 : Pendahuluan, berisi tentang latar belakang masalah, tujuan, manfaat penelitian, dan sistematika penulisan karya tulis ilmiah.

BAB 2 : Tinjauan Pustaka, berisi tentang konsep penyakit dari sudut medis dan asuhan keperawatan klien dengan diagnosa medis leukemia, serta kerangka masalah.

BAB 3 : Tinjauan Kasus, berisi tentang deskripsi data hasil pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

BAB 4 : Pembahasan, berisi tentang perbandingan antara teori dengan kenyataan yang ada di lapangan.

BAB 5 : Penutup, berisi tentang kesimpulan dan saran.

1.6.3 Bagian akhir, terdiri dari daftar pustaka dan lampiran.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Dalam bab 2 ini akan diuraikan secara teoritis mengenai konsep penyakit dan asuhan keperawatan anak leukemia. Konsep penyakit akan diuraikan, definisi, etiologi, dan cara penanganan secara medis. Asuhan keperawatan akan diuraikan masalah-masalah yang muncul pada penyakit Leukemia dengan melakukan asuhan keperawatan yang terdiri dari pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi

2.1 Konsep Leukemia

2.1.1 Pengertian Leukemia

Leukemia adalah proliferasi sel leukosit yang abnormal, ganas, sering disertai bentuk leukosit yang lain daripada normal, jumlahnya berlebihan dan dapat menyebabkan anemia, trombositopenia dan diakhiri dengan kematian. (Nurarif and Kusuma, 2015) .

Secara sederhana leukemia dapat diklasifikasikan berdasarkan maturasi sel dan tipe sel asal yaitu :

1. Leukemia Akut

Leukemia akut adalah keganasan primer sumsum tulang yang berakibat terdesaknya komponen darah normal oleh komponen darah abnormal (blastosit) yang disertai dengan penyebaran ke organ-organ lain. Leukemia akut memiliki perjalanan klinis yang cepat, tanpa pengobatan penderita akan meninggal rata-rata dalam 4-6 bulan.

- a. Leukemia Limfositik Akut (LLA); LLA merupakan jenis leukemia dengan karakteristik adanya proliferasi dan akumulasi sel-sel patologis dari sistem limfopoetik yang mengakibatkan organomegali (pembesaran organ dalam) dan kegagalan organ. LLA lebih sering ditemukan pada anak-anak (82%) daripada umur dewasa (18%). Insiden OLLA akan mencapai puncaknya pada umur 3-7 tahun. Tanpa pengobatan sebagian anak-anak akan hidup 2-3 bulan setelah terdiagnosis terutama diakibatkan oleh kegagalan dari sumsum tulang.
- b. Leukemia Mielositik Akut (LMA); LMA merupakan leukemia yang mengenai sel sistem hematopoetik yang akan berdiferensiasi ke semua sel myeloid. LMA merupakan leukemia nonlimfositik yang paling sering terjadi. Lebih sering ditemukan pada orang dewasa (85%) dibandingkan anak-anak (15%). Permulaannya mendadak dan progresif dalam masa 1 sampai 3 bulan dengan durasi gejala yang singkat. Jika tidak diobati, LMA fatal dalam 3 sampai 6 bulan.

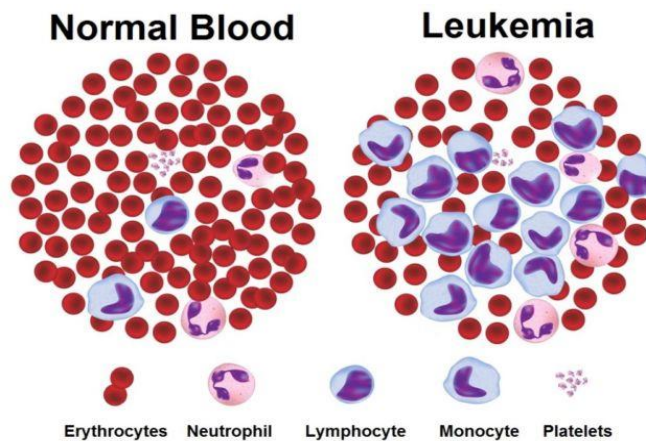
2. Leukemia Kronik

Leukemia kronik merupakan suatu penyakit yang ditandai proliferasi neoplastik dari salah satu sel yang berlangsung atau terjadi karena keganasan hematologi.

- a. Leukemia Limfositik Kronis (LLK); LLK adalah suatu keganasan klonal limfosit B (jarang pada limfosit T). Perjalanan penyakit ini biasanya perlahan, dengan akumulasi progresif yang berjalan lambat dari limfosit kecil yang berumur panjang. LLK cenderung dikenal sebagai kelainan

ringan yang menyerang individu yang berusia 50 sampai 70 tahun dengan perbandingan 2:1 untuk laki-laki.

- b. Leukemia Granulositik/Mielositik Kronik (LGK/LMK); LGK/LMK adalah gangguan mieloproliferatif yang ditandai dengan produksi berlebihan sel mieloid (seri granulosit) yang relatif matang. LGK/LMK mencakup 20% leukemia dan paling sering dijumpai pada orang dewasa usia pertengahan (40-50 tahun). Abnormalitas genetik yang dinamakan kromosom Philadelphia ditemukan pada 90-95% penderita LGK/LMK. Sebagian besar penderita LGK/LMK akan meninggal setelah memasuki fase akhir yang disebut fase krisis blastik yaitu produksi berlebihan sel muda leukosit, biasanya berupa mieloblas/promielosit, disertai produksi neutrofil, trombosit dan sel darah merah yang amat kurang



2.1 Gambar leukemia pada anak (Debby Deriyanthi, 2020)

2.1.2 ANATOMI FISIOLOGI

Sistem hematologi terdiri dari darah dan tempat darah itu di produksi, termasuk juga sumsum tulang dan nodus limfa. Darah merupakan organ khusus yang tidak sama dengan organ lain karena bentuknya yang cair. Darah sebagai

media transpor bagi tubuh, volume darah pada manusia antara 7%- 10% dari berat badan normal dan berjumlah sekitar 5 liter. Jumlah darah pada setiap orang tidaklah sama tergantung pada usia, pekerjaan serta keadaan jantung atau pembuluh darah. Darah terdiri dari 2 komponen utama yaitu :

- a. Plasma darah, yaitu bagian dari cairan yang sebagian besar terdiri dari air, elektrolit serta protein darah
- b. Butir- butir darah (blood corpuscles) yang terdiri dari berbagai komponen yaitu :
 - 1) Eritrosit : sel darah merah
 - 2) Leukosit : sel darah putih
 - 3) Trombosit : butir pembeku darah

Darah adalah suatu jaringan tubuh yang terdapat di dalam pembuluh darah yang berwarna merah. Warna merah itu keadaanya tidak tetap tergantung pada banyaknya oksigen dan karbondioksida di dalamnya. Adanya oksigen dalam darah diambil dengan jalan nafas dan zat ini sangat berguna pada peristiwa pembakaran atau metabolisme di dalam tubuh. Darah selamanya berada didalam tubuh oleh karena adanya pompa atau jantung. Selama darah berada dalam pembuluh maka akan tetap encer, tetapi jika ia di luar pembuluh darah maka ia akan menjadi beku. Pembekuan ini dapat dicegah dengan jalan mencampurkan ke dalam darah tersebut sedikit obat pembekuan atau sitras narkus.(Handayani, 2008)

2.1.3 ETIOLOGI

Penyebab yang pasti belum diketahui, akan tetapi terdapat faktor predisposisi yang menyebabkan terjadinya leukemia, yaitu :

- a. Faktor genetik : virus tertentu menyebabkan terjadinya perubahan struktur

gen (Tcell Leukemia – Lymphoma Virus/HLTV)

- b. Radiasi
- c. Obat-obat immunosupresif, obat-obat kardiogenik seperti diethylstilbestrol
- d. Faktor herediter, misalnya pada kembar monozigot
- e. Kelainan kromosom, misalnya 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 pemakaian obat anti kanker, meningkatkan resiko terjadinya leukemia. Orang yang memiliki kelainan genetik tertentu (misalnya sindrom Down dan sindrom Fanconi), juga lebih peka terhadap leukemia.. (Nurarif and Kusuma, 2015)

2.1.4 MANIFESTASI KLINIS

Manifestasi klinik yang sering dijumpai pada penyakit leukemia adalah sebagai berikut:

a. Leukemia Limfositik Akut

Gejala klinis LLA sangat bervariasi. Umumnya menggambarkan kegagalan sumsum tulang. Gejala klinis berhubungan dengan anemia (mudah lelah, letargi, pusing, sesak, nyeri dada), infeksi dan perdarahan. Selain itu juga ditemukan anoreksia, nyeri tulang dan sendi, hipermetabolisme. Nyeri tulang bisa dijumpai terutama pada sternum, tibia, dan femur.

b. Leukemia Mielositik Akut

Gejala utama LMA adalah rasa lelah, perdarahan dan infeksi yang disebabkan oleh sindrom kegagalan sumsum tulang. Pendarahan biasanya terjadi dalam bentuk purpura atau petekie. Penderita LMA dengan leukosit

yang sangat tinggi (lebih dari 100 ribu/mm³) biasanya mengalami gangguan kesadaran, sesak napas, nyeri dada dan priapismus. Selain itu juga menimbulkan gangguan metabolisme yaitu hiperurisemia dan hipoglikemia.

c. Leukemia Limfositik Kronik

Sekitar 25% penderita LLK tidak menunjukkan gejala. Penderita LLK yang mengalami gejala biasanya ditemukan limfadenopati generalisata, penurunan berat badan dan kelelahan. Gejala lain yaitu hilangnya nafsu makan dan penurunan kemampuan latihan atau olahraga. Demam, keringat malam dan infeksi semakin parah sejalan dengan perjalanan penyakitnya.

d. Leukemia Granulositik/Mielositik Kronik

LGK memiliki 3 fase yaitu fase kronik, fase akselerasi dan fase krisis blast. Pada fase kronik ditemukan hipermetabolisme, merasa cepat kenyang akibat desakan limpa dan lambung. Penurunan berat badan terjadi setelah penyakit berlangsung lama. Pada fase akselerasi ditemukan keluhan anemia yang bertambah berat, petekie, ekimosis, dan demam yang disertai infeksi (Nurarif and Kusuma, 2015).

2.1.5 Tanda dan Gejala

Tanda dan gejala leukimia (Kementerian Kesehatan RI, 2011) :

- a. Pucat, lemah, anak rewel, nafsu makan menurun
- b. Demam tanpa sebab yang jelas
- c. Pembesaran hati, limpa, dan kelenjar getah bening Mata menonjol
- d. Kejang sampai penurunan kesadaran
- e. Perdarahan kulit (petekie, hematoma) dan atau perdarahan spontan (epistaksis, perdarahan gusi)

- f. Nyeri tulang pada anak. Seringkali ditandai pada anak yang sudah dapat berdiri dan berjalan, tiba-tiba tidak mau melakukannya lagi, anak lebih nyaman untuk digendong.
- g. Pembesaran testis dengan konsistensi keras

2.1.6 Patofisiologi

LLA dicirikan oleh proliferasi limfoblas imatur. Pada tipe leukemia akut, kerusakan mungkin pada tingkat sel punca limfopoetik atau prekursor limfoid yang lebih muda. Sel leukemia berkembang lebih cepat daripada sel normal, sehingga menjadi crowding out phenomenon di sumsum tulang. Perkembangan yang cepat ini bukan disebabkan oleh proliferasi yang lebih cepat daripada sel normal, tetapi sel-sel leukemia menghasilkan faktor-faktor yang selain menghambat proliferasi dan diferensiasi sel darah normal, juga mengurangi apoptosis dibandingkan sel darah normal.

Perubahan genetik yang mengarah ke leukimia dapat mencakup:

- 1) Aktivasi gen yang ditekan (protogen) untuk membuat onkogen yang menghasilkan suatu produk protein yang mengisyaratkan peningkatan proliferasi.
- 2) Hilangnya sinyal bagi sel darah untuk berdiferensiasi,
- 3) Hilangnya gen penekan tumor yang mengontrol proliferasi normal.
- 4) Hilangnya sinyal apoptosis. (Yenni, 2014)

2.1.7 Diagnosis Banding

Diagnosis banding LLA mencakup infeksi virus dan infeksi lainnya (infeksi mononukleosis, sitomegalovirus, dan leishmania), keganasan sumsum tulang lainnya (misalnya neuroblastoma, rabdomiosarkoma), penyakit vaskular

kolagen, dan penyakit hematologi seperti idiopathic thrombocytopenic purpura (ITP), anemia aplastik, dan kelainan sumsum tulang seperti Fanconi disease.⁶ Selain di dalam darah dan sumsum tulang, sel-sel punca leukemia (leukemic blasts) dapat juga menginfiltrasi organ lain berupa Limfadenopati dan hepatosplenomegali, yang dapat dideteksi dengan pemeriksaan sitologi, histologi atau diagnostic imaging.(Yenni, 2014)

2.1.8 Komplikasi

Leukemia dapat menyebabkan komplikasi jika penanganan tidak segera dilakukan. Beberapa komplikasi yang dapat terjadi adalah :

- a. Perdarahan pada organ tubuh, seperti otak atau paru – paru
- b. Tubuh rentan terhadap infeksi
- c. Risiko munculnya jenis kanker darah lain, misalnya limfoma.

Komplikasi juga dapat terjadi akibat tindakan pengobatan yang dilakukan.

Berikut ini beberapa komplikasi akibat pengobatan leukemia :

- a. *Graft versus host disease*, yaitu komplikasi dari transplantasi sumsum tulang
- b. Anemia hemolitik
- c. Tumor lysis syndrome (sindrom lisis tumor)
- d. Gangguan fungsi ginjal
- e. Infertilitas
- f. Sel kanker muncul kembali setelah penderita menjalani pengobatan

Anak – anak penderita leukemia juga beresiko mengalami komplikasi akibat pengobatan yang dilakukan. Jenis komplikasi yang dapat terjadi meliputi gangguan sistem saraf pusat, gangguan tumbuh kembang, dan katarak (Tjin Willy, 2019)

2.1.9 Pemeriksaan Penunjang

- 1 Darah tepi : Adanya pansitopenia, limfositosis yang kadang – kadang menyebabkan gambaran darah tepi monoton terdapat sel blast, yang merupakan gejala patognomonik untuk leukemia.
- 2 Sumsum tulang : Dari pemeriksaan sumsum tulang akan ditemukan gambaran yang monoton yaitu hanya terdiri dari sel limfopoetik patologis sedangkan sistem lain terdesak (apabila sekunder).
- 3 Pemeriksaan lain : Biopsi limpa, Kimia darah, Cairan serebrospinal, Sitogenik.(TIM DOSEN KEPERAWAN ANAK, 2020)

2.1.10 Penatalaksanaan

a. Kemoterapi

Bertujuan untuk mengurangi emisi, pada sumsum tulang yang normal dimara sel blast <5% dan tidak ada tanda klinis

b. Radioterapi

Radioterapi menggunakan sinar berenergi tinggi untuk membunuh sel-sel leukemia.

c. Transplantasi sumsum tulang

Transplantasi sumsum tulang dilakukan untuk mengganti sumsum tulang yang rusak karena dosis tinggi kemoterapi dan terapi radiasi. Selain itu transplantasi sumsum tulang berguna untuk mengganti sel-sel darah yang rusak karena kanker

d. Terapi suportif

Berfungsi untuk mengatasi akibat-akibat yang ditimbulkan penyakit Leukemia dan mengatasi efek samping obat. Misalnya transfusi darah untuk

penderita Leukimia dengan keluhan anemia, transfusi trombosit untuk mengatasi pendarahan, dan antibiotic untuk mengatasi infeksi. (TIM DOSEN KEPERAWAN ANAK, 2020)

2.2 Konsep Anak

2.2.1 Pertumbuhan dan perkembangan anak usia sekolah

Menurut (Wong, 2008), Usia sekolah anak adalah anak pada usia 6-12 tahun, yang artinya sekolah menjadi pengalaman inti anak. Periode ketika anak-anak dianggap mulai bertanggung jawab atas perilakunya sendiri dalam hubungan dengan orang tua mereka, teman sebaya dan orang lainnya. Usia sekolah merupakan masa anak memperoleh dasar-dasar pengetahuan untuk keberhasilan penyesuaian diri pada kehidupan dewasa dan memperoleh

1. keterampilan tertentu

Perkembangan anak usia sekolah disebut juga perkembangan masa pertengahan dan akhir anak yang merupakan kelanjutan dari masa awal anak. Permulaan masa pertengahan dan akhir ini ditandai dengan terjadinya perkembangan fisik, motorik, kognitif dan psikososial anak.

2. Perkembangan fisik

Perkembangan fisik pada masa ini lambat dan relatif seragam sampai mulai terjadi perubahan-perubahan pubertas. Peningkatan berat badan anak lebih banyak daripada panjang badannya. Peningkatan berat badan anak selama masa ini terjadi terutama karena bertambahnya ukuran sistem rangka dan otot serta ukuran beberapa organ tubuh.

3. Perkembangan Motorik

Perkembangan motorik pada usia ini menjadi lebih halus dan lebih

terkoordinasi dibandingkan dengan awal masa anak-anak. Anak-anak terlihat lebih cepat dalam berlari dan makin pandai meloncat. Anak juga mampu menjaga keseimbangan badannya. Untuk memperhalus keterampilan-keterampilan motorik, anak-anak terus melakukan berbagai aktifitas fisik yang terkadang bersifat informal dalam bentuk permainan . Disamping itu, Anak-anak juga melibatkan diri dalam aktivitas permainan olahraga yang bersifat formal seperti senam, berenang, dll .

4. Perkembangan Kognitif

Seiring dengan masuknya anak ke sekolah dasar, maka kemampuan kognitifnya turut mengalami perkembangan yang pesat, karena dengan masuk sekolah, berarti dunia dan minat anak bertambah luas, dan dengan meluasnya minat maka bertambah pula pengertian tentang manusia dan objek-objek yang sebelumnya kurang berarti bagi anak. Pola perkembangan anak dibagi 4 tahapan yaitu stadium sensori motorik (0-18 atau 24 bulan), stadium pra operasional (1-7 tahun), stadium operasional konkrit (7-11 tahun, stadium operasional formal (11-15 tahun atau lebih). Pemikiran anak usia sekolah dasar disebut stadium operasional konkrit artinya aktivitas mental yang difokuskan pada objek-objek peristiwa nyata atau. Dalam upaya memahami alam sekitarnya, mereka tidak lagi terlalu mengandalkan informasi yang bersumber dari panca indera, karena dia mulai mempunyai kemampuan untuk membedakan apa yang tampak oleh mata dengan kenyataan sesungguhnya. Hanya saja, apa yang dipikirkan oleh anak masih terbatas pada hal-hal yang ada hubungannya dengan sesuatu yang konkret, suatu realitas secara fisik, benda-benda yang benar-benar nyata. Sebaliknya, benda-benda atau peristiwa-peristiwa yang tidak ada hubungannya secara jelas dan

konkrit dengan realitas, masih sulit dipikirkan oleh anak

5. Perkembangan Psikososial

Pada tahap ini anak dapat menghadapi dan menyelesaikan tugas atau perbuatan yang dapat membuahkan hasil, sehingga dunia psikososial anak menjadi kompleks. Anak lebih memahami dirinya melalui karakteristik eksternal dan dapat memilih apa yang baik bagi dirinya, maupun memecahkan masalahnya sendiri dan mulai melakukan identifikasi terhadap tokoh tertentu yang menarik perhatiannya (Wong, 2008).

2.3 Hospitalisasi Pada Anak Sekolah

Hospitalisasi anak adalah suatu keadaan krisis pada anak, saat anak sakit dan dirawat di rumah sakit. Keadaan ini terjadi karena anak berusaha untuk beradaptasi dengan lingkungan asing dan baru yaitu rumah sakit, sehingga kondisi tersebut menjadi faktor stressor bagi anak baik terhadap anak maupun orang tua dan keluarga. Jika anak dirawat di Rumah Sakit, anak akan mudah mengalami krisis karena anak akan stres akibat perubahan pada status kesehatannya maupun lingkungannya dalam kebiasaan sehari-hari, dan anak mempunyai sejumlah keterbatasan dalam mekanisme koping untuk mengatasi masalah maupun kejadian yang bersifat menekan.

Anak pada usia sekolah membayangkan di rumah sakit merupakan suatu hukuman, dipisahkan, merasa tidak aman dan kemandiriannya terlambat. Anak akan berespon dengan fungsi tubuh misalnya : ketika mereka melihat seseorang dengan penglihatan atau keadaan fisik yang cacat. Mereka menjadi ingin tahu dan bingung, anak bertanya kenapa orang itu, mengapa berada di rumah sakit, apa yang terjadi dengan orang itu, dan berbagai pertanyaan lain

yang dilontarkan oleh anak karena tidak mengetahui apa yang terjadi. Pada usia ini anak akan merasa takut bila mengalami perlukaan, anak akan menganggap bahwa tindakan tindakan proses itu mengancam integritas tubuhnya. Anak bereaksi dengan agresif, ekspresif, verbal dan dependensi. Disamping itu anak akan menangis, bingung khususnya bila keluar darah. Maka sulit bagi anak untuk percaya bahwa disuntik, mengukur tekanan darah, mengukur suhu tubuh dan beberapa tindakan lainnya tidak akan menimbulkan sakit dan mengalami luka pada tubuh.(Ii and Pustaka, 2007)

2.4 Imunisasi

2.4.1 Pengertian Imunisasi

Imunisasi adalah cara untuk meningkatkan kekebalan seseorang terhadap suatu penyakit, sehingga bila kelak terpajan penyakit tersebut ia tidak menjadi sakit. Kekebalan yang diperoleh dari imunisasi dapat berupa kekebalan pasif maupun aktif . Sedangkan imunisasi dasar adalah pemberian imunisasi awal pada bayi yang baru lahir sampai usia satu tahun untuk mencapai kadar kekebalan di atas ambang perlindungan. Kekebalan pasif tidak berlangsung lama karena akan dimetabolisme oleh tubuh, seperti kekebalan alami yang diperoleh janin dari ibu akan perlahan menurun dan habis.

Kekebalan aktif dibuat oleh tubuh sendiri akibat terpajan pada antigen secara alamiah atau melalui imunisasi. Imunisasi yang diberikan untuk memperoleh kekebalan aktif disebut imunisasi aktif dengan memberikan zat bioaktif yang disebut vaksin dan tindakannya disebut vaksinasi. Bila antigen itu kuman, zat anti yang dibuat tubuh manusia disebut antibody. Zat anti terhadap racun kuman disebut antitoksin. Dalam keadaan tersebut, jika tubuh terinfeksi

maka tubuh akan membentuk antibodi untuk melawan bibit penyakit yang menyebabkan terinfeksi..(Yuliasati and Amelia Arnis, 2016)

2.4.2 Tujuan Imunisasi

Tujuan imunisasi adalah untuk mencegah terjadinya penyakit tertentu pada seseorang, dan menghilangkan penyakit tersebut pada sekelompok masyarakat (populasi), atau bahkan menghilangkannya dari dunia seperti yang kita lihat pada keberhasilan imunisasi cacar variola. Keadaan yang terakhir ini lebih mungkin terjadi pada jenis penyakit yang hanya dapat ditularkan melalui manusia, seperti 3 misalnya penyakit difteri dan poliomielitis.(Sri Rezeki and Hadinegoro, 2011)

2.4.3 Jenis Vaksin Imunisasi Dasar Dalam Program Imunisasi

Jenis Vaksin Imunisasi Dasar Dalam Program Imunisasi menurut (Yuliasati and Amelia Arnis, 2016) :

1. Vaksin BCG (Bacillus Calmette Guerine)

Diberikan pada umur sebelum 3 bulan. Namun untuk mencapai cakupan yang lebih luas, Kementerian Kesehatan RI menganjurkan pemberian BCG pada umur antara 0-12 bulan.

2. Hepatitis B

Diberikan segera setelah lahir, mengingat vaksinasi hepatitis B merupakan upaya pencegahan yang sangat efektif untuk memutuskan rantai penularan melalui transmisi maternal dari ibu pada bayinya.

3. DPT (Difteri Pertusis Tetanus)

Diberikan 3 kali sejak umur 2 bulan (DPT tidak boleh diberikan sebelum umur 6 minggu) dengan interval 4-8 minggu.

4. Polio

Diberikan segera setelah lahir sesuai pedoman program pengembangan imunisasi (PPI) sebagai tambahan untuk mendapatkan cakupan yang tinggi.

5. Campak

Dianjurkan dalam satu dosis 0,5 ml secara subkutan dalam, pada umur 9 bulan.

6. Imunisasi MMR

Imunisasi MMR (*mearles, mumps, rubella*) merupakan imunisasi yang digunakan dalam memberikan kekebalan terhadap penyakit campak (*mearles*); gondong, parotitis epidemika (*mumps*); dan campak jerman (*rubella*).

7. Imunisasi Typhus Abdominalis

Imunisasi typhus abdominalis merupakan imunisasi yang digunakan untuk mencegah terjadinya penyakit typhus abdominalis.

8. Imunisasi Varicella

Imunisasi varicella merupakan imunisasi yang digunakan untuk mencegah terjadinya penyakit cacar air.

9. Imunisasi Hepatitis A

Imunisasi hepatitis A merupakan imunisasi yang digunakan untuk mencegah terjadinya penyakit hepatitis A, pemberian imunisasi ini diberikan untuk usia diatas 2 tahun 11 Imunisasi HiB (haemophilus influenza tipe B) merupakan imunisasi yang diberikan untuk mencegah terjadinya penyakit influenza tipe b.

2.5 Nutrisi Pada anak Usia Sekolah

Pada tahap kebutuhan zat gizi anak usia sekolah selain untuk proses kehidupan, juga diperlukan untuk proses pertumbuhan dan perkembangan kognitif anak, oleh sebab itu anak memerlukan zat gizi meliputi karbohidrat seperti kentang goreng, mashed potatoes, nasi goreng keju mozzarella, ubi kukus, atau roti gandum. Protein seperti protein nabati dan protein hewani, lemak dan zat gizi mikro meliputi vitamin dan mineral. Umumnya pada anak usia sekolah gigi susu tanggal secara berangsur dan diganti dengan gigi permanen. Anak juga sudah lebih aktif memilih makanan yang disukai. Kebutuhan energi lebih besar karena mereka lebih banyak melakukan aktivitas fisik .

Kebutuhan energi anak usia 10-12 tahun relatif lebih besar daripada anak usia 7-9 tahun, karena pada anak usia 10-12 tahun pertumbuhannya lebih cepat, terutama penambahan tinggi badan. Kebutuhan energi anak 10-12 tahun mulai berbeda antara kebutuhan energi anak laki-laki dengan anak perempuan. Anak laki-laki lebih banyak membutuhkan protein dan zat besi karena biasanya sudah mengalami haid. Anak usia sekolah pada dasarnya memiliki kebiasaan banyak beraktivitas di luar rumah ini, biasanya sering melupakan waktu makan. Kebiasaan melupakan makan ini dapat mempengaruhi asupan makanan pada anak.(Supriasa 2017)

2.6 Asuhan Keperawatan

Proses keperawatan adalah suatu sistem dalam merencanakan pelayanan asuhan keperawatan yang mempunyai lima tahapan. Tahapan yaitu pengkajian, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi. Proses pemecahan masalah yang

sistematik dalam memberikan pelayanan keperawatan serta dapat menghasilkan rencana keperawatan yang menerangkan kebutuhan setiap klien seperti yang tersebut diatas yaitu melalui empat tahapan keperawatan.(Hidayati 2013)

1. Pengkajian

Pada tahap ini adalah tahap awal dari proses keperawatan yang sistematik dalam pengumpulan data guna untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan pasien. Ada 2 tahapan pada pengkajian yaitu :

a. Pengumpulan Data

Pada tahap ini merupakan kegiatan dalam menghimpun informasi (data-data) dari klien yang meliputi umur bio-psiko-spiritual yang komprehensif secara lengkap dan relevan untuk mengenal klien agar dapat memberi arah kepada tindakan keperawatan.

1) Identitas

Biodata anak mencakup nama, umur, jenis kelamin. Biodata orang tua Perlu dipertanyakan untuk mengetahui status sosial anak meliputi nama, umur, agama, suku/bangsa, pendidikan, pekerjaan, penghasilan, alamat.(Samudin, 2019)

2) Keluhan Utama

Pada penderita leukimia biasanya pasien mengeluh demam, lesu, tidak nafsu makan dan lemas, anoreksia, pucat (anemia, dan kecenderungan perdarahan) Pada penderita leukimia biasanya pasien mengeluh demam, lesu, tidak nafsu makan dan lemas, anoreksia, pucat (anemia, dan kecenderungan perdarahan). (Samudin, 2019)

3) Riwayat penyakit dahulu

- a. Kemungkinan klien pernah menderita demam naik turun yang tidak diketahui penyebabnya.
- b. Biasanya mengalami gusi berdarah, lemas dan dibawa ke fasilitas kesehatan terdekat karena belum mengetahui tentang penyakit yang diderita.. (Samudin, 2019)

4) Riwayat kesehatan sekarang

1. Adanya pendarahan seperti: petekie, purpura, epistaksis
2. Nyeri sendi dan tulang
3. Peningkatan suhu tubuh, sakit kepala, anoreksia ,mual muntah
4. Mengeluh tidak enak perut dan BAB tidak teratur (Samudin, 2019)

5) Pemeriksaan Fisik

- a. Keadaan umum dan Tanda-tanda vital :

Tekanan darah : -

pernapasan : 25x/m

Nadi: 100 x/m

Suhu : 36,2 C

Tinggi badan & berat badan (Lubis, 2013)

- b. Pernafasan (B1: Breath)

Frekuensi pernapasan cepat , bersihan jalan nafas, gangguan pola napas, suara tambahan ronchi dan wheezing.

- c. Kardiovaskuler (B2: Blood)

Anemis , bibir pucat , denyut nadi cepat, bunyi jantung, tekanan darah meningkat/ menurun

d. Persarafan (B3: Brain)

Kesadaran bisa menurun, pada pengkajian klien tampak meringis karena nyeri

e. Perkemihan-eliminasi urine (B4: Bladder)

Produksi urin menurun, warna berubah menjadi pekat merupakan tanda terjadinya dehidrasi. Dehidrasi terjadi dikarenakan penguapan panas dalam tubuh.

f. Pencernaan (B5: Bowel)

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

g. Integumen (B6: Bone)

Perdarahan kulit (petekie, hematoma) dan a perdarahan spontan (epistaksis, perdarahan gusi)

h. Pemeriksaan tingkat perkembangan.

Tumbuh kembang : berat badan sesuai dengan usia

$$\frac{6-12 \text{ tahun} : \text{Umur (tahun)} \times 7-5}{2}$$

2

$$\text{Tinggi badan} : \text{umur (tahun)} \times 6 \times 7$$

b. Analisa Data

Dari hasil pengkajian kemudian data tersebut dikelompokkan lalu dianalisis sehingga dapat ditarik kesimpulan masalah yang timbul dan untuk selanjutnya dapat dirumuskan diagnosa keperawatan.

2. Diagnosa keperawatan

1. Perfusi Perifer Tidak Efektif berhubungan dengan Penurunan konsentrasi hemoglobin.(**SDKI, Hal. 37**)
2. Risiko perdarahan berhubungan dengan gangguan koagulasi (mis. trombositopenia) (**SDKI, Hal. 42**)
3. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur (**SDKI, Hlm. 126**)
4. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (mis. inflamasi, iskemia, neoplasma) (**SDKI, Hal. 172**)
5. Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit (mis. infeksi, kanker) (**SDKI, Hal. 284**)
6. Resiko infeksi ditandai dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder (penurunan hemoglobin) (**SDKI, Hal. 304**)

3. Perencanaan/ Intervensi

1) Diagnosa keperawatan 1

Perfusi Perifer Tidak Efektif b.d Penurunan konsentrasi hemoglobin. (**SDKI, Hal. 37**)

Tujuan : Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam maka diharapkan perfusi perifer meningkat . (**SLKI Hal : 84**)

Kriteria Hasil : Warna kulit pucat menurun (warna kulit yang kembali ke keadaan normal), Nyeri ekstremitas menurun (skala nyeri menjadi 0), Akral membaik (akral hangat kelembaban), Turgor kulit membaik (dalam waktu <1 detik)

Intervensi : (SIKI Hal. 345)

1. Monitor panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstremitas
R/ Untuk mengetahui panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstremitas setiap menitnya
2. Hindari pemasangan infus atau pengambilan darah di area keterbatasan perfusi
R/ Agar tidak menambah tingkat keparahan pada sirkulasi
3. Lakukan pencegahan infeksi
R/ Agar nyeri tidak semakin parah
4. Anjurkan melakukan perawatan kulit yang tepat (mis. melembabkan kulit kering pada kaki)
R/ Untuk mengurangi resiko infeksi pada kulit

2) Diagnosa keperawatan 2

Risiko perdarahan berhubungan dengan gangguan koagulasi (mis. trombositopenia) (**SDKI, Hal. 42**)

Tujuan : Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam, maka diharapkan tingkat perdarahan menurun. (**SLKI, Hal. 147**)

kriteria hasil : Kelembaban membran mukosa meningkat, Kelembaban kulit meningkat, Distensi abdomen menurun, Hemoglobin membaik, Suhu tubuh membaik

Intervensi : (SIKI, Hal. 283)

1. Monitor tanda dan gejala perdarahan
R/ mengetahui adanya tanda tanda perdarahan
2. Pertahankan bedrest

R/meminimalkan resiko perdarahan

3. Anjurkan untuk meningkatkan asupan makanan

R/mempercepat proses penyembuhan

4. Monitor intake dan output cairan

R/ mengetahui balance cairan

5. Anjurkan pasien melapor jika ada tanda-tanda perdarahan

R/ mengetahui adanya perdarahan lain

6. Kolaborasi pemberian obat pengontrol perdarahan

R/menghentikan pendarahan akibat kebocoran plasma

3) **Diagnosa keperawatan 3**

Gangguan pola tidur b.d kurang kontrol tidur (**SDKI, Hal. 126**)

Tujuan : Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam maka pola tidur membaik. (**SLKI, Hal. 96**)

kriteria hasil : Keluhan sulit tidur menurun, Keluhan pola tidur berubah menurun, Kemampuan beraktivitas meningkat

Intervensi : (**SIKI Hal. 48**)

1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur

R/ Untuk mengetahui pola aktivitas dan tidur pasien di setiap jamnya

2. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit

R/ Agar pasien mengerti pentingnya tidur cukup selama sakit

3. Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis. pijat, pengaturan posisi, terapi akupresur)

R/ Untuk meningkatkan kenyamanan tidur pada pasien

4. Anjurkan menghindari makan/ minuman yang mengganggu tidur

R/ Agar pasien dapat tidur dengan nyaman dan sesuai rentang waktu tidur normal

4) **Diagnosa keperawatan 4**

Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (mis. inflamasi, iskemia, neoplasma) (SDKI, Hal. 172)

Tujuan : Setelah dilakukan intervensi keperawatan 3 x 24 jam maka tingkat nyeri menurun . (SLKI Hal. 145)

kriteria hasil : keluhan nyeri menurun , skala nyeri berkurang 1 (0-10), meringis menurun, gelisa menghilang / menurun, kesulitan tidur menurun

Intervensi : (SIKI Hal. 251 - 252)

1. Observasi tanda-tanda vital : tekanan darah nadi, pernafasan, suhu, saturasi
R/ mengetahui perkembangan dan menyakinkan perkembangan data yang akurat.
2. Monitor derajat dan kualitas nyeri (PQRST)
R/ mengetahui tingkat rasa nyeri yang dirasakan pasien.
3. Ajarkan teknik manajemen nyeri non farmakologi distraksi, relaksasi, nafas dalam
R/ mengurangi rasa nyeri.
4. Berikan posisi yang nyaman
R/ untuk mengurangi rasa nyeri.
5. Libatkan keluarga dalam pemenuhan kebutuhan pasien
R/ memenuhi kebutuhan pasien.
6. Anjurkan untuk cukup istirahat
R/ mempercepat proses penyembuhan.

7. Kolaborasi dengan dokter untuk pemberian terapi analgetik
R/ analgesik sebagai obat untuk mengurangi rasa nyeri pasien

5) **Diagnosa keperawatan 5**

Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit (mis. infeksi, kanker)
(**SDKI, Hal. 284**)

Tujuan : Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam, maka diharapkan termoregulasi membaik. (**SLKI, Hal. 129**)

kriteria hasil : Kulit merah menurun, Pucat menurun, Suhu tubuh membaik, Suhu kulit membaik

Intervensi : (**SIKI Hal. 181**)

1. Monitor suhu tubuh
R/ Untuk dapat mengetahui perubahan suhu tubuh
2. Monitor haluaran urine
R/ Agar perawat bisa memantau keadaan haluaran urine pasien
3. Longgarkan atau lepaskan pakaian
R/ Agar tubuh pasien segera membaik dalam rentang normal
4. Lakukan kompres air dingin/suhu ruangan
R/ Agar meningkatkan vasodilatasi pembuluh darah sehingga dapat merangsang penurunan suhu tubuh
5. Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena
R/ Karena cairan dan elektrolit dapat mengatur suhu tubuh pasien

6) **Diagnosa keperawatan 6**

Resiko infeksi ditandai dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder (penurunan hemoglobin) (**SDKI, Hal. 304**)

Tujuan : Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam maka tingkat infeksi menurun . (**SLKI Hal. 139**)

Kriteria Hasil : Nafsu makan meningkat menjadi setengah porsi, Nyeri menurun skala 2, Kadar sel darah putih membaik menjadi 7.000 sel/ μ L

Intervensi : (**SIKI Hal. 278**)

1. Monitor tanda dan gejala infeksi dan sistemik

R/agar kita bisa mendeteksi resiko infeksi lebih awal

2. Batasi jumlah pengunjung

R/agar tidak mudah terjangkit virus bakteri yang dibawa oleh pengunjung

3. Ajarkan meningkatkan asupan nutrisi

R/ mempertahankan nutrisi pasien yang adekuat

4. Anjurkan meningkatkan asupan keperawatan cairan

R/agar terpenuhinya kebutuhan cairan pasien.

4. Pelaksanaan

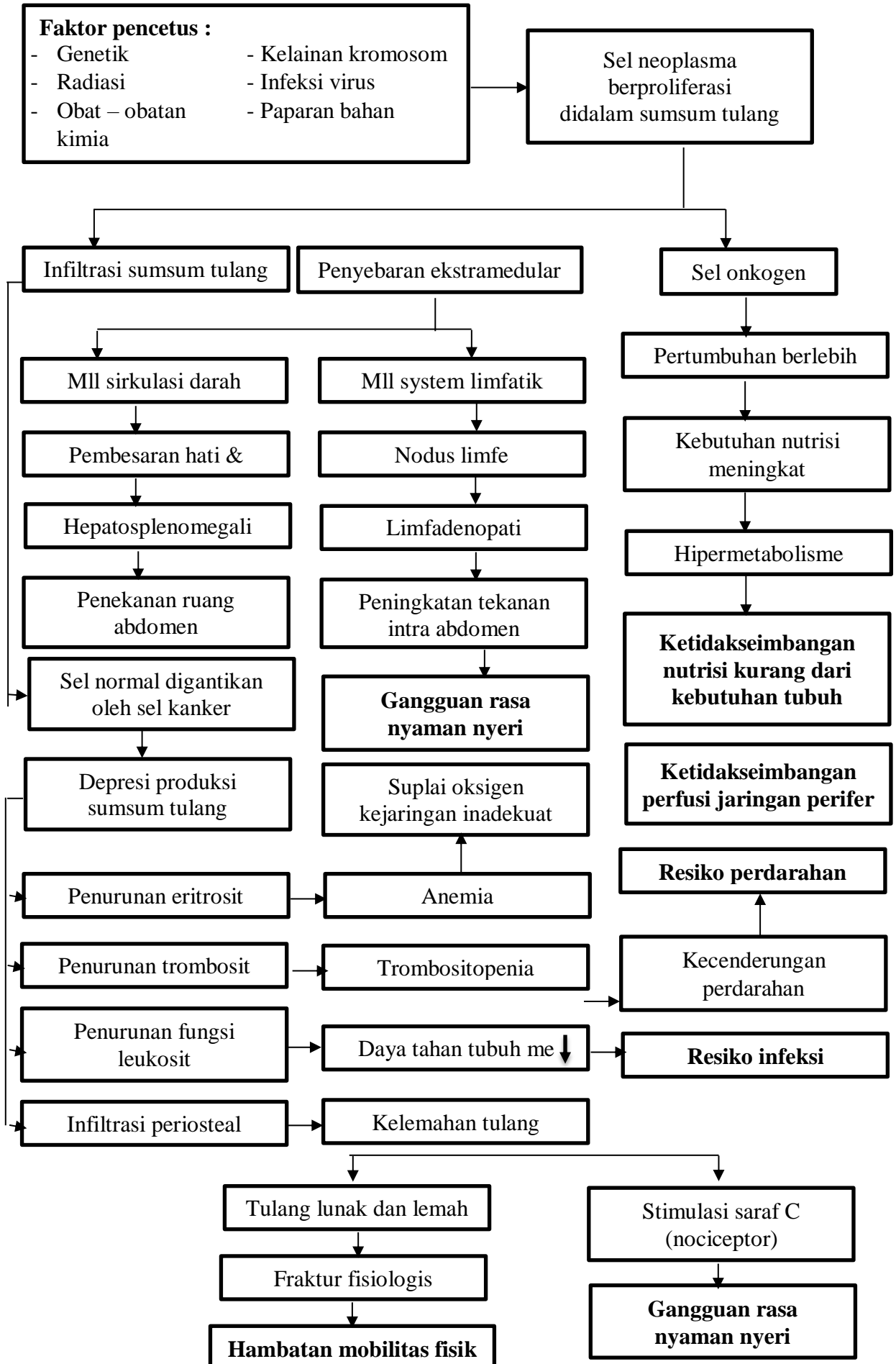
Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi status kesehatan yang baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Ukuran intervensi keperawatan yang diberikan kepada klien terkait dengan dukungan dan pengobatan dan tindakan untuk memperbaiki kondisi dan pendidikan untuk klien keluarga atau tindakan untuk mencegah masalah kesehatan yang muncul di kemudian hari. Proses pelaksanaan implementasi harus berpusat kepada kebutuhan klien dan faktor-faktor lain yang mempengaruhi kebutuhan keperawatan & strategi implementasi keperawatan & dan kegiatan komunikasi. Implementasi keperawatan adalah kegiatan mengkoordinasikan

aktivitas pasien, keluarga, dan anggota tim kesehatan lain untuk mengawasi dan mencatat respon pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilakukan . Jadi, implementasi keperawatan adalah kategori serangkaian perilaku perawat yang berkoordinasi dengan pasien, keluarga, dan anggota tim kesehatan lain untuk membantu masalah kesehatan pasien yang sesuai dengan perencanaan dan kriteria hasil yang telah ditentukan dengan cara mengawasi dan mencatat respon pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilakukan. (Safitri, 2019)

5. Evaluasi

Evaluasi merupakan langkah terakhir dari proses keperawatan untuk mengetahui sejauh mana tujuan dari rencana keperawatan tercapai. Evaluasi ini dilakukan dengan cara membandingkan hasil akhir yang teramati dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat dalam rencana keperawatan. Evaluasi ini akan mengarahkan asuhan keperawatan, apakah asuhan keperawatan yang dilakukan ke pasien berhasil mengatasi masalah pasien maupun asuhan yang sudah dibuat akan terus berkesinambungan terus mengikuti siklus proses keperawatan sampai benar-benar masalah pasien teratasi.(Safira, 2019)

2.7 Kerangka Masalah



BAB 3

TINJAUAN KASUS

Untuk benar-benar memahami pelaksanaan asuhan keperawatan pada anak dengan leukemia, penulis mengambil contoh kasus yang penulis amati dari tanggal 28 April 2021 sampai dengan 29 April 2021, dan data evaluasinya adalah pukul 10.00 WIB pada tanggal 28 April. , 2021. Riwayat kesehatan diperoleh dari pasien, orang tua pasien dan nomor berkas. Daftar 12 43 xx xx adalah sebagai berikut:

3.1 PENGKAJIAN

3.1.1 Identitas

Pasien adalah seorang gadis berusia 10 tahun bernama "N". Dia adalah seorang Muslim dan bahasa yang biasa digunakan adalah bahasa Indonesia. Pasien adalah anak ketiga dari Tn. M berusia 48 tahun dan Ny. A. berusia 45 tahun. Pasien berdomisili di Sidosermo, Surabaya. Orang tua pasien beragama Islam, ayahnya seorang buruh pabrik, dan ibunya seorang ibu rumah tangga.

3.1.2 Keluhan Utama

Ibu klien mengatakan anaknya merasa capek dan lemah dan nyeri pada perut.

3.1.3 Riwayat Penyakit Sekarang

An.N menderita penyakit leukemia limfositik akut sejak 20 Juli 2015. Ibu pasien menceritakan awal mula An.N terkena penyakit LLA sebelum dibawa ke (RSAL) Dr. Ramelan Surabaya, beliau melihat anaknya ada ruam berwarna biru pada bagian kaki tangan dan wajah, ibu pasien

mengatakan perut anaknya membesar seperti anak busung lapar, setelah dilakukan pemeriksaan lab didapatkan anaknya menderita penyakit LLA, kemudian dirujuk ke RSUP Dr. Soetomo untuk transfusi darah tetapi pas di rumah sakit RSUP Dr. Soetomo pasien pernah koma 1 minggu. Setelah masa koma di rumah sakit baru pasien transfusi darah. Klien datang ke Puskesmas Sidosermo untuk mengambil rujukan untuk kemoterapi, pada saat pemeriksaan terdapat klien mengatakan anaknya mengeluh nyeri pada perut, merasa capek dan lemas. rencana untuk kemoterapi lanjut, ibu klien mengatakan anaknya sulit tidur di malam hari, jarang tidur siang, klien terlihat mengantuk di pagi hari, pola tidur malam hanya 4-5 jam mulai dari jam 22.00 WIB, terbangun jam 02.00 WIB karena anak merasa kakinya nyeri karena capek, terlihat lingkaran hitam dibawah mata.

3.1.4 Riwayat Kehamilan dan Persalinan

- A. Prenatal Care : Ibu pasien mengatakan saat hamil tidak merasa rasa mual pada trimester pertama, tidak terjadi pendarahan. pada setiap bulan melakukan kontrol di bidan dekat rumah. Ibu pasien rutin makan sayur, buah, ayam, tahu, tempe dan susu.
- B. Natal Care :
Ibu pasien mengatakan anaknya lahir pada usia kehamilan 39 minggu, lahir secara normal di bantu oleh bidan dengan BB : 2,2 gr, PB: 45 cm . ibunya pasien mengatakan bayi menangis spontan.
- C. Post Natal Care :
Ibu pasien mengatakan anak diberikan ASI eksklusif hingga usia 6 bulan, kemudian dibantu dengan susu formula hingga sekarang.

3.1.5 Riwayat Penyakit Dahulu

1. Penyakit-Penyakit Waktu Kecil :

An. N sudah lama menderita penyakit leukemia LLA Sejak usia 5 tahun .

2. Pernah Dirawat Di Rumah Sakit :

An.N pernah di rawat di rumah sakit saat usia 5 tahun karena leukimia dan masih sering di rawat di rmh sakit.

3. Penggunaan Obat-Obatan :

An.N Mengonsumsi Obat MTX, DEXA, 6 MP, VCR 1,14 mg, EMP 40 mg, VCR 1,14 mg dan mendapatkan kemoterapi transfusi darah

4. Tindakan (Operasi Atau Tindakan Lain) :

Ibu anak mengatakan tidak melakukan tindakan operasi apapun.

5. Alergi :

Ibu pasien mengatakan bahwa pasien memiliki alergi makanan telur puyuh, pasien tidak memiliki alergi obat-obatan.

6. Kecelakaan :

Ibu klien mengatakan anaknya tidak pernah mengalami kecelakaan apapun.

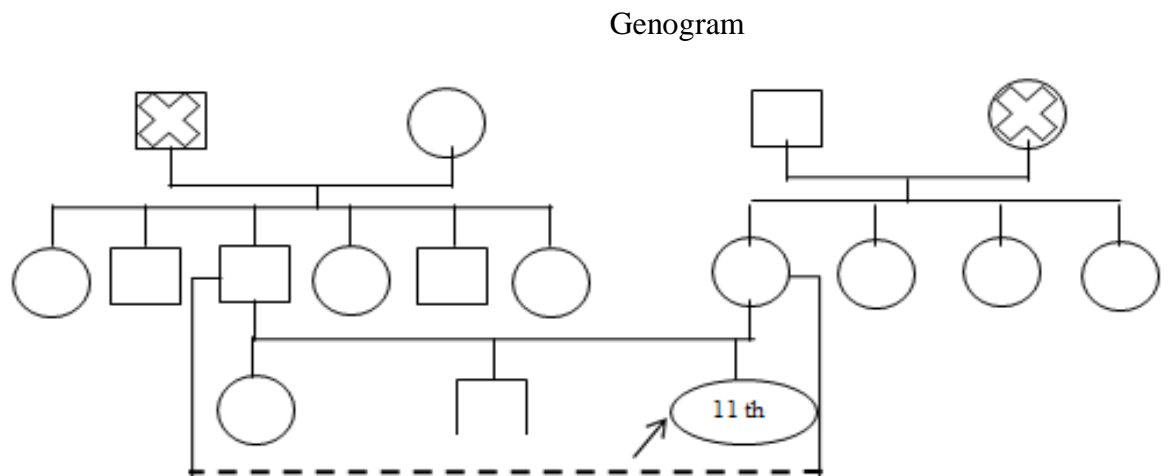
7. Imunisasi :

Ibu pasien mengatakan anaknya sudah mendapatkan imunisasi lengkap.

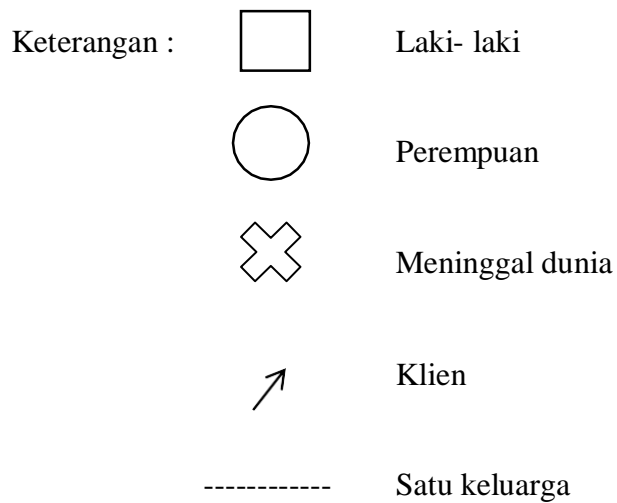
- a. 1 bulan BCG ,Polio 1
- b. 2 bulan DPT-HB-Hib 1 Polio 2
- c. 3 bulan DPT-HB-Hib 2 Polio 3
- d. 4 bulan DPT-HB-Hib 3 Polio 4
- e. 9 bulan Campak,

3.1.6 Pengkajian Keluarga

1. Genogram (sesuai dengan penyakit)



Genogram 3.1 genogram Keluarga An. N usia 10 tahun



2. Psikososial keluarga :

Keluarga mengatakan anaknya tinggal bersama kedua orang tuanya dan kakaknya. Pasien sangat disayang oleh orang tuanya , klien mengatakan hubungan dengan keluarga yang lain harmonis dan rukun terus.

3.1.7 RIWAYAT SOSIAL

1. Yang Mengasuh Anak :

An.N diasuh oleh ayah dan ibunya .

2. Hubungan Dengan Anggota Keluarga :

An.N sangat di sayang oleh semua anggota keluarga karena Ann merupakan anak terakhir.

3. Hubungan Dengan Teman Sebaya :

Ibu An.N menyatakan hubungan An.N dengan teman sebayanya baik.

An.N mempunyai beberapa teman akrab. An.N mampu berinteraksi baik dengan teman sebayannya, An.N termasuk anak yang sangat aktif.

4. Pembawaan Secara Umum :

An.N terlihat lemah dan tidur- tidur di tempat tidur. An.N tidak ada kecacatan dari segi fisik, dan klien dapat dengan mudah berinteraksi dengan orang lain.

3.1.8 KEBUTUHAN DASAR

1. Pola Nutrisi

1) Nutrisi

1) Sebelum sakit :

Ibu mengatakan anak N makan 1-2x sehari dengan jenis makanan seperti nasi, lauk pauk, sayur porsi makannyan dihabiskan. Ibu mengatakan tidak ada pantangan dan alergi makanan anak N menyukai sayur, Untuk minuman ibu mengatakan anak N minum susu, air putih.

2) Saat sakit :

Ibu mengatakan sejak sakit anak tidak nafsu makan hanya makan setengah porsi.

2. Pola Tidur

1) Sebelum sakit : Ibu mengatakan anak N selama di rumah tidur siang \pm 2 jam dari jam 12.00 – 14.00 WIB dan tidur malam \pm 8 jam dari jam 21.30 – 05.00 WIB

2) Saat sakit : anak N sakit jarang tidur siang dan tidur malam \pm 5 jam malam hari pukul 22.00 WIB dan terbangun jam 02.00 WIB karna anak mengeluh anak merasa kakinya nyeri karena capek.

3. Pola Aktivitas/Bermain

1) Sebelum sakit : Ibu An.N mengatakan anak aktif bermain dengan taman – taman sebanyaknya .

2) Saat sakit : An.N sering bermain game di handphone ibunya

4. Pola Eliminasi

1) Sebelum sakit : ibu pasien mengatakan bahwa anaknya tidak ada masalah saat BAB lancar biasa 1-2 x/hari ibu klien mengatakan tidak ada masalah anaknya dapat BAK dengan mudah dan dapat melakukannya sendiri di wc.

2) Saat sakit : ibu pasien mengatakan BAB anaknya tidak ada masalah, anak N BAB pada pagi hari, ibu pasien mengatakan tidak ada Masalah dengan BAK anaknya.

5. Pola Kognitif Perseptual :

An.N dapat berkomunikasi dengan baik dan sangat dekat dengan orang tua

dan saudara-saudaranya

3.1.9 KEADAAN UMUM (PENAMPILAN UMUM)

a. Cara Masuk :

Ibu dan anak datang ke Puskesmas Sidosermo pada tanggal 28 april 2021 jam 10.00 WIB dengan keluhan anaknya merasa capek dan lemah, mempunyai riwayat leukemia limfositik akut sejak tahun 2015. Pada saat dilakukan pengkajian ibu pasien meminta surat rujukan ke rumah sakit RSD Dr. Soetomo.

b. Keadaan Umum :

Keadaan umum klien baik, pasien tampak lemah.

3.1.10 TANDA-TANDA VITAL

1. Tensi : 95/54 mmHg
2. Suhu : 36°C
3. nadi : 90x/ menit
4. RR : 30x/ menit
5. TB/BB : 138 cm / 33 kg

3.1.11 PEMERIKSAAN FISIK

a) Pemeriksaan Kepala Dan Rambut

pemeriksaan kepala dan rambut, rambut pasien berwarna hitam, tidak berminyak. Pada pemeriksaan kulit kepala tidak ada lesi, tidak ada benjolan, tidak ada ketombe, kulit kepala bersih. Pada pemeriksaan wajah: ditemukan wajah berbentuk oval.

b) Mata

pemeriksaan mata ditemukan kantung mata hitam, alis tebal,

kelopak mata tidak ada lesi, konjungtiva *anemis*, sklera putih, pupil normal, reflek berkedip baik.

c) Hidung

pemeriksaan hidung penciuman baik, tidak ada sinusitis, tidak ada penyumbatan jalan napas, hidung tidak pembengkakan, tidak ada pernafasan cuping hidung, tidak ada nyeri tekan.

d) Telinga

pemeriksaan telinga tampak simetris telinga kanan dan kiri, pendengaran baik, keadaan bersih/tidak ada serumen.

e) Mulut Dan Tenggorokan

pemeriksaan mulut dan tenggorokan, kemampuan menelan baik. Untuk tenggorokan tidak bengkak, tidak ada luka, tidak ada nyeri tekan .

f) Pemeriksaan Thorax/Dada

1. Paru : Dada simetris kiri dan kanan, gerakan dada sama, tidak ada nyeri tekan, tidak ada lesi ataupun benjolan perkusi sonor, terdengar bunyi vesikuler, pernapasan 20x/menit
2. Jantung : inspeksi CRT < 2 detik ,tidak ada pembengkakan, tidak ada nyeri tekan, perkusi jantung terdapat bunyi pekak/datar, auskultasi jantung terdapat bunyi S1 S2 tunggal

g) Punggung

pemeriksaan punggung, tidak ada bengkak, tidak ada memar, tidak ada luka, tidak ada bekas jahitan.

h) Pemeriksaan Abdomen

Ibu klien mengatakan anaknya mengeluh nyeri pada perut, nyeri tekan

bagian perutnya dengan skala 4, nyeri hilang timbul. tidak ada luka operasi . Auskultasi dan bising usus normal, tidak ada asites tidak ada benjolan.

i) Pemeriksaan Kelamin Dan Daerah Sekitarnya (Genetalia Dan Anus)

Pada pemeriksaan kelamin dan daerah sekitarnya, pasien berjenis kelamin perempuan berumur 10 tahun, alat kelamin terlihat bersih dan tidak ada lendir

j) Pemeriksaan Muskuloskeletal

Pada pemeriksaan muskuloskeletal, pasien mampu menggerakkan lengan, dan kakinya tetapi pasien masih terlihat sedikit lemah.

k) Pemeriksaan Neurologi

Pada pemeriksaan neurologi, saraf pada tubuh pasien normal, dapat dilihat apabila pasien terkena benda dingin pasien langsung memindahkan anggota tubuhnya.

l) Pemeriksaan Integumen

Pada pemeriksaan integumen, kulit pasien berwarna sawo matang, suhu tubuh pasien 36°C, permukaan kulit halus tidak ikterik, tidak ada bekas luka

3.1.12 TINGKAT PERKEMBANGAN

a. Adaptasi sosial

mampu bersosialisasi dan berinteraksi dengan lingkungan sekitarnya, pasien sudah mengenal nama teman-temannya.

b. Bahasa

Pasien dapat berkomunikasi dengan menggunakan bahasa Indonesia &

jawa

c. Motorik halus

Anak mampu menulis, menggambar atau melukis, mampu membuat kerajinan dari tanah liat, membuat kerajinan dari kertas

d. Motorik kasar

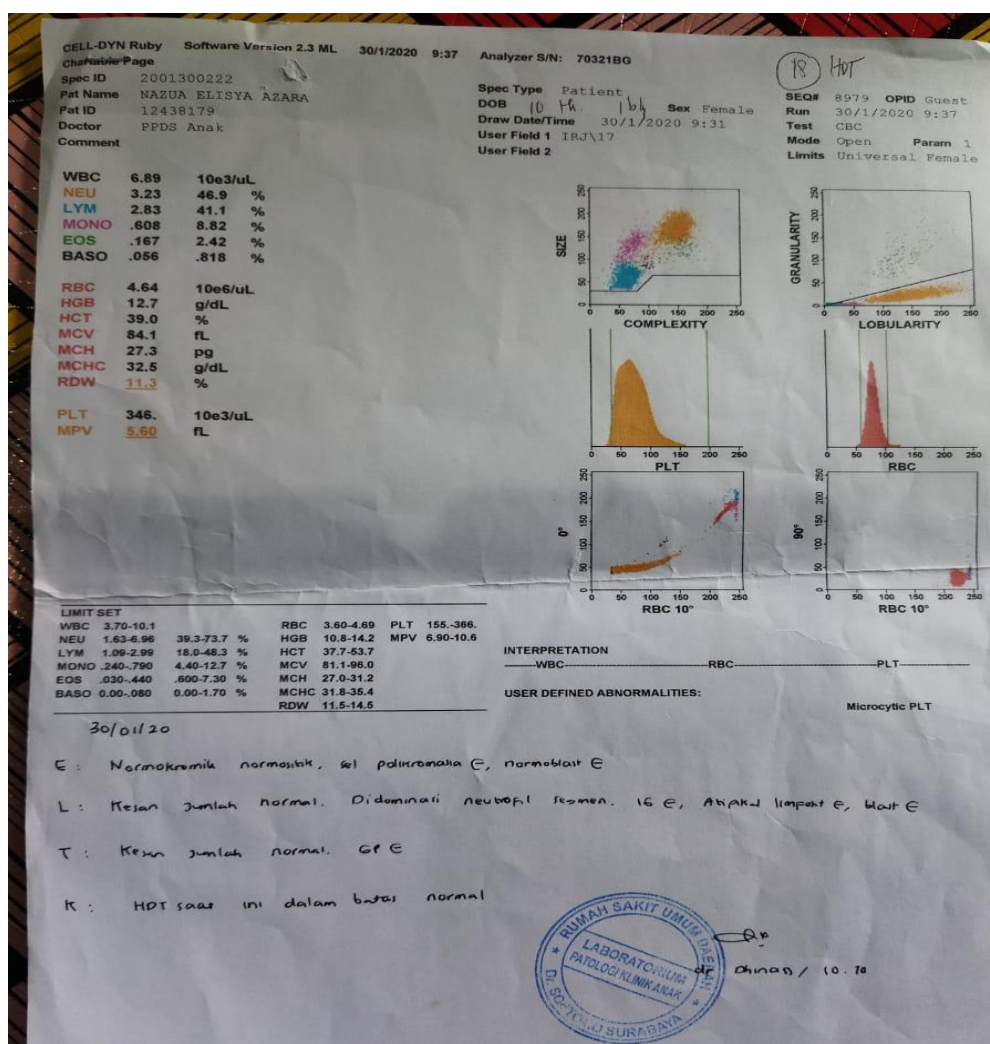
Anak mampu bersih- bersih diri sendiri, bermain sepeda, senam

e. Kesimpulan Dari Pemeriksaan Perkembangan :

An.N tidak mengalami keterlambatan tumbuh kembang anak seusianya.

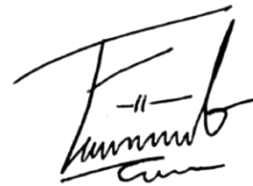
3.1.13 PEMERIKSAAN PENUNJANG

1) Pemeriksaan darah : 31 - 01 - 2020



- 2) Rontgen : Tidak ada
- 3) Terapy : Tidak ada

Surabaya, 14 juni 2021

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'Eka Yudha Febriantika Putri', written in a cursive style.

(Eka Yudha Febriantika Putri)

NIM. 182.0012

Tabel 3.2 ANALISA DATA

Ruangan / kamar : -

No. Register : 12 43 xx xx

No	Data	Penyebab	Masalah
1.	<p>Ds : Ibu An.N mengatakan anak sering mengeluh nyeri dibagian perutnya . P = nyeri saat di bagian perutnya Q = seperti di ditusuk” R = nyeri dirasakan di bagian perut S = 4 dari 1-10 T= hilang timbul</p> <p>Do : Pasien tampak meringis, pasien tampak sering memegang daerah perut yang nyeri. TD : 95/54 mmHg Nadi : 90x/ menit</p>	<p>Agen pencedera fisiologis (mis. inflamasi, iskemia, neoplasma)</p>	<p>Nyeri akut (SDKI, Hlm 172) D.0077</p>
2.	<p>Ds :</p> <ol style="list-style-type: none"> Ibu mengatakan pola tidur anak berubah saat sebelum sakit dan saat sakit Ibu mengatakan anak tidur malam \pm 5 jam/ hari Ibu mengatakan anak tidur pada pukul 22.00 WIB dan Sering terbangun pada pukul 02.00 WIB . Ibu mengatakan anak mengeluh kakinya sakit karena capek <p>Do : - kantung mata An. N terlihat hitam</p>	<p>Kurang kontrol tidur</p>	<p>Gangguan Pola Tidur (SDKI, Hal. 126) D.0055</p>

3.	<p>Ds : An.N mengeluh lelah, merasa tidak bugar walaupun sudah tidur merasa kurang tenaga.</p> <p>Do : Pasien tampak lesu, tidak bisa beraktivitas berlebih, kebutuhan istirahat meningkat</p>	<p>Kondisi fisiologis (mis. penyakit kronis, penyakit terminal, anemia, malnutrisi, kehamilan)</p>	<p>Keletihan (SDKI, Hal. 130) D.0057</p>
----	--	--	--

Tabel 3.3 PRIORITAS MASALAH

NAMA KLIEN : An. N

Ruangan / kamar : -

UMUR : 10 tahun

No. Register : 12 43 xx xx

No	Diagnosa keperawatan	TANGGAL		Nama perawat
		ditemukan	Teratasi	
1.	Nyeri akut b.d Agen pencedera fisiologis (SDKI, Hlm 172)	28 April 2021	masalah teratasi sebagian	Eka
2.	Gangguan pola tidur b.d Kurang kontrol tidur (SDKI, Hlm 126)	28 April 2021	29 April 2021	Eka
3.	Keletihan b.d Kondisi fisiologis (SDKI, Hal. 130)	28 April 2021	28 april 2021	Eka

Tabel 3.4 RENCANA KEPERAWATAN

Nama Klien : An. N

No Rekam Medis : 12 43 xx xx

No	Diagnosa keperawatan	Tujuan	Rencana Intervensi	Rasional
1.	Nyeri akut b.d Agen pencedera fisiologis (SDKI, Hlm 172)	Setelah dilakukan intervensi selama 2 x 24 jam maka tingkat nyeri menurun. Dengan kriteria hasil : 1. Keluhan nyeri menurun (skala nyeri menjadi 2) 2. Meringis menurun 3. Sikap protektif menurun 4. Frekuensi nadi membaik 5. Tekan darah membaik (SLKI, Hlm 145)	Observasi 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri Terapeutik 3. Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri Edukasi 4. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri (SIKI, 201–202)	1. Untuk mengetahui perkembangan nyeri pada pasien 2. Untuk mengetahui perubahan skala nyeri pada pasien setiap menitnya 3. Untuk memperingan nyeri yang dirasakan pasien 4. Untuk mengurangi rasa nyeri pada pasien

2 .	<p>Gangguan pola tidur b.d kurang kontrol tidur (SDKI, Hlm 126)</p>	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 2 x 24 jam maka pola tidur membaik dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jumlah jam tidur dalam batas normal 9–11 jam per 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. Klien mampu mengidentifikasi hal-hal yang meningkatkan tidur. <p>(SLKI, Hlm 96)</p>	<p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Tetapkan jadwal tidur rutin 3. Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis. pijat, pengaturan posisi,terapi akupresur) <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit 5. Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur <p>(SIKI, Hlm 48)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mengetahui pola aktivitas dan tidur pasien di setiap jamnya 2. Agar tidur menjadi teratur 3. Untuk meningkatkan kenyamanan tidur pada pasien 4. Agar pasien mengerti pentingnya tidur cukup selama sakit. 5. menganjurkan tidur lebih teratur
-----	---	--	---	--

3.	keletihan b.d Kondisi fisiologis (SDKI, Hal. 130)	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 2 x 24 jam maka tingkat keletihan membaik dengan kriteria hasil : 1. verbalisasi pemulihan energi meningkat 2. Tenaga meningkat 3. Kemampuan aktivitas mungkin meningkat 4. Mobilisasi lelah menurun 5. Lesu menurun 6. Selera makan membaik (SLKI, Hlm 141)	Observasi 1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan 2. Monitor kelelahan fisik dan emosional 3. Lakukan latihan rentang gerak pasif dan/atau aktif 4. Anjurkan tirah baring 5. Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan (SIKI, Hlm 176)	1. Untuk mengetahui penyebab gangguan . 2. Untuk mengetahui tingkat kelelahan 3. Untuk mengetahui perubahan jam tidur apakah membaik atau tidak 4. Agar pasien nyaman tidur 5. Agar pasien tidak mudah lelah.
----	---	--	--	---

Tabel 3.5 TINDAKAN KEPERAWATAN DAN CATATAN PERKEMBANGAN

NAMA KLIEN : An. N Ruangan / kamar :

UMUR : 10 tahun No. Register : 12 43 xx xx

No Dx	Tgl Jam	Tindakan	TT Perawat	Tgl Jam	Catatan Perkembangan	TT Perawat
DX 1	28 april 2021 10 00 WIB	1. Mengidentifikasi lokasi nyeri hasil : Ibu klien mengatakan anaknya merasa capek dan lemah dan nyeri pada perut	<i>EKA</i>	28 APRIL 2021 14. 00 WIB	S : Ibu pasien mengatakan perut anaknya masih sedikit terasa sakit P = nyeri saat di bagian perutnya Q = seperti di ditusuk” R = nyeri dirasakan di bagian perut S = 4 dari 1-10 T = hilang timbul O : Klien tampak meringis, Klien tampak sering memegang daerah perut Tensi : 95/54 mmHg nadi : 90x/ menit A : Masalah belum teratasi	<i>EKA</i>
	10.30 WIB	2. Mengidentifikasi skala nyeri : P = nyeri saat di bagian perutnya Q = seperti di ditusuk” R = nyeri dirasakan di bagian perut S = 4 dari 1-10 T= hilang timbul	<i>EKA</i>			
	10. 45 WIB	3. memberikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (misalnya pijat) hasil : ibu memahai	<i>EKA</i>			

	10. 45 WIB 11.00 WIB	4. Menganjurkan ibu untuk mengompreskan air hangat di perut anaknya untuk mengurangi nyeri perut 5. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)	<i>EKA</i> <i>EKA</i>		P : Intervensi dilanjutkan 1,2,5	
DX 2	28 april 2021 11.15 WIB 11.25 WIB 11. 40 WIB	1. mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur hasil : Ibu mengatakan anak tidur malam ± 5 jam/ hari Ibu mengatakan anak tidur pada pukul 22.00 WIB dan Sering terbangun pada pukul 02.00 WIB 2. Menganjurkan klien untuk mengurangi kebisingan, mengatur cahaya yang redup 3. memberitahukan ibu	<i>EKA</i> <i>EKA</i>	28 APRIL 2021 14. 00 WIB	S : Ibu mengatakan anak tidur malam ± 5 jam/ hari Ibu mengatakan anak tidur pada pukul 22.00 WIB dan Sering terbangun pada pukul 02.00 WIB . O : kantung mata An. N terlihat hitam dan terlihat tidak bersemangat.	<i>EKA</i>

		tentang jadwal tidur rutin untuk anak usia sekolah usia 6–13 tahun harus beristirahat sekitar 9–11 jam per hari hasil : ibu memahami	<i>EKA</i>		A : Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan	
	12.00 WIB	4. memberitahukan ibu untuk Melakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan misalnya pijat hasil : ibu memahami	<i>EKA</i>			
	12.00 WIB	5. memberitahukan pentingnya tidur cukup buat anaknya	<i>EKA</i>			

DX 3	<p>28 april 2021 12.15 WIB</p> <p>12.30 WIB</p> <p>12.40 WIB</p> <p>13.00 WIB</p>	<p>1. Memantau Kelelahan Fisik Dan Emosional</p> <p>2. Melakukan Latihan Rentang Gerak Aktif Seperti Jalan Pagi Di Waktu Pagi Hari. Hasil : Ibu Memahami</p> <p>3. Mengajarkan Tirah Baring</p> <p>4. Mengajarkan Strategi Koping Untuk Mengurangi Kelelahan</p>	<p><i>EKA</i></p> <p><i>EKA</i></p> <p><i>EKA</i></p> <p><i>EKA</i></p>	<p>28 APRIL 2021</p> <p>14. 00 WIB</p>	<p>S : ibu An.N mengatakan anaknya sudah tidak lelah lagi</p> <p>O : Pasien tampak lesu, pasien tampak melakukan aktifitas.</p> <p>A : masalah teratasi</p> <p>P : Intervensi dihentikan</p>	<i>EKA</i>
DX 1	<p>29 april 2021 11. 00 WIB</p> <p>11. 25 WIB</p>	<p>1. Mengidentifikasi lokasi nyeri hasil : ibu pasien mengatakan anaknya masih sedikit nyeri di bagian perutnya.</p> <p>2. Mengidentifikasi skala nyeri : P = nyeri saat di bagian perutnya Q = seperti di ditusuk”</p>	<p><i>EKA</i></p> <p><i>EKA</i></p>	<p>29 april 2021 14.00 WIB</p>	<p>S: ibu pasien mengatakan anaknya masih sedikit nyeri di bagian perutnya.</p> <p>P = nyeri saat di bagian perutnya Q = seperti di ditusuk” R = nyeri dirasakan di bagian perut S = 3 dari 1-10 T= hilang timbul</p>	<i>EKA</i>

	11. 40 WIB	<p>R = nyeri dirasakan di bagian perut S = 3 dari 1-10 T= hilang timbul</p> <p>3. Menganjurkan pasien untuk beristirahat untuk mengurangi rasa nyerinya Hasil : pasien mengerti dan paham</p>	<i>EKA</i>		<p>O : An. N masih terlihat meringis dan lemas .</p> <p>A : masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p>	
DX 2	<p>29 april 2021 11.00 WIB</p> <p>11.30 WIB</p> <p>12.0 IB</p>	<p>1. mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur hasil : Ibu mengatakan anak tidur malam sudah agak mendingan sekarang anak An. N tidur jam 21.00 WIB</p> <p>2. Menganjurkan ibu pasien untuk anak nya tidak banyak tidur pada siang hari.</p> <p>3. Menjelaskan pentingnya tidur yang adekuat hasil : ibu klie mengerti pentingnya tidur yang adekuat bagi anak nya</p>	<p><i>EKA</i></p> <p><i>EKA</i></p> <p><i>EKA</i></p>	29 april 2021 14.00 WIB	<p>S : Ibu pasien mengatakan anaknya sudah tidak terbangun di malam hari .</p> <p>O: Kantung mata pasien masih terlihat hitam, Jam tidur An. N pada malam 21.00 wib dan sudah tidak terbangun jam 02.00 WIB.</p> <p>A : masalah teratasi</p> <p>P : Intervensi dihentikan</p>	<i>EKA</i>

BAB 4

PEMBAHASAN

4.1 Pengkajian

Pada tahap pengumpulan data, penulis tidak mengalami kesulitan, karena penulis memberikan pengantar dan menjelaskan maksud penulis yaitu untuk merawat pasien dan membiarkan anggota keluarga membuka hati dan saling memahami.

Pada dasarnya pengkajian antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus tidak ada kesenjangan. Menurut (Samudin, 2019) keluhan utama pada biasanya ditandai dengan pasien mengeluh demam, lesu, tidak nafsu makan dan lemas, anoreksia, pucat (anemia, dan kecenderungan perdarahan). Riwayat penyakit dahulu : Kemungkinan klien pernah menderita demam naik turun yang tidak diketahui penyebabnya, Biasanya mengalami gusi berdarah, lemas dan dibawa ke fasilitas kesehatan terdekat karena belum mengetahui tentang penyakit yang diderita. Riwayat kesehatan sekarang Adanya perdarahan seperti: petekie, purpura, epistaksis, Nyeri sendi dan tulang, Peningkatan suhu tubuh, sakit kepala, anoreksia ,mual muntah, Mengeluh tidak enak perut dan BAB tidak teratur. Menurut (Lubis, 2013) Pemeriksaan Fisik Keadaan umum dan Tanda-tanda vital : Tekanan darah : - , pernapasan : 25x/m, Nadi: 100 x/m, Suhu : 36,2 C, Tinggi badan & berat badan. Menurut (farid muhammad dzaki) Pernafasan : Frekuensi pernapasan cepat , bersihan jalan napas, gangguan pola napas, suara tambahan ronchi dan wheezing. Kardiovaskuler : Anemis , bibir pucat , denyut nadi cepat, bunyi jantung, tekanan darah meningkat/ menurun . Persarafan : Kesadaran bisa menurun, pada pengkajian klien tampak meringis karena nyeri . Perkemihan-

eliminasi urine : Produksi urin menurun, warna berubah menjadi pekat merupakan tanda terjadinya dehidrasi. Dehidrasi terjadi dikarenakan penguapan panas dalam tubuh. Pencernaan : Mukosa bibir dan mulut kering atau tidak, anoreksia atau tidak, palpasi abdomen apakah mengalami distensi dan auskultasi peristaltik usus apakah meningkat atau tidak , mengalami diare . Integumen : Perdarahan kulit (petekie, hematoma) dan perdarahan spontan (epistaksis, perdarahan gusi).

Berdasarkan tinjauan kasus penulis melakukan pengkajian secara fakta (realisasi) menurut diagnosa keperawatan pada kasus sesuai keadaan klien saat melakukan kunjungan lapangan, sedikit ada kesenjangan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus karena saat melakukan kunjungan lapangan terdapat data subjektif Ibu klien mengatakan anaknya merasa capek dan lemah dan nyeri pada perut. Riwayat Penyakit Dahulu An. N sudah lama menderita penyakit leukemia LLA Sejak usia 5 tahun .Pola Nutrisi Saat sakit : Ibu mengatakan sejak sakit anak tidak nafsu makan hanya makan 3-5 sendok. Pola Tidur Saat sakit : sedangkan anak N sakit jarang tidur siang dan tidur malam \pm 5 jam malam hari pukul 22.00 WIB dan terbangun jam 02.00 WIB karna anak mengeluh anak merasa kakinya nyeri karena capek, Pola Eliminasi Saat sakit : ibu pasien mengatakan BAB anaknya tidak ada masalah, anak N BAB pada pagi hari, ibu pasien mengatakan tidak ada Masalah dengan BAK anaknya. Mata pemeriksaan mata ditemukan kantung mata hitam, alis tebal, kelopak mata tidak ada lesi, konjungtiva *anemis*, sklera putih, pupil normal, reflek berkedip baik. Jantung : inspeksi CRT < 2 detik ,tidak ada pembengkakan, tidak ada nyeri tekan, perkusi jantung terdapat bunyi pekak/datar, auskultasi jantung terdapat bunyi S1 S2 tunggal. Pemeriksaan Abdomen Ibu klien mengatakan anaknya mengeluh nyeri pada perut, nyeri tekan

bagian perutnya dengan sekalah 4, nyeri hilang timbul. tidak ada luka operasi. Pemeriksaan Integumen Pada pemeriksaan integumen, kulit pasien berwarna sawo matang, suhu tubuh pasien 36°C, permukaan kulit halus tidak ikterik, tidak ada bekas luka.

4.2 Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah proses menganalisa data subjektif dan objektif yang telah diperoleh pada tahap pengkajian untuk menegakkan diagnosa keperawatan.

Diagnosa keperawatan yang ada pada tinjauan pustaka ada 6 yaitu :

1. Perfusi Perifer Tidak Efektif berhubungan dengan Penurunan konsentrasi hemoglobin. Berdasarkan (SDKI Hal. 37) tinjauan teori Gejala dan Tanda Mayor Objektif : Pengisian kapiler >3 detik, Nadi perifer menurun atau tidak teraba, Akral teraba dingin, Warna kulit pucat, Turgor kulit menurun. Gejala dan Tanda Minor Subjektif : Parestesia, Nyeri ekstremitas (klaudikasio intermiten). Dan Objektif: Edema, Penyembuhan luka lambat, Bruit femoral. berdasarkan kasus pada hasil pengkajian pasien An. N tidak di dapat kan mengalami Tanda Mayor Akral teraba dingin, Warna kulit pucat, Turgor kulit menurun dan Tanda Minor Edema, Penyembuhan luka lambat, Bruit femoral. Sehingga tidak memenuhi syarat untuk mengambil diagnosa Perfusi Perifer Tidak Efektif.
2. Risiko perdarahan berhubungan dengan gangguan koagulasi (mis. trombositopenia). (SDKI Hal. 42) . diagnosa ini tidak muncul dalam tinjauan kasus dikarenakan pada tinjauan teori dan tinjauan kasus pada An. N tidak memiliki kesenjangan karena pada saat melakukan pengkajian data tidak

sesuai dengan kondisi yang dialami An. N .Jadi saya tidak mengambil diagnosa Risiko perdarahan.

3. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur. Berdasarkan (SDKI, hlm 126) tinjauan teori terdapat Gejala dan Tanda Mayor Subjektif Mengeluh sulit tidur, Mengeluh sering terjaga, Mengeluh tidak puas tidur, Mengeluh pola tidur berubah, Mengeluh istirahat tidak cukup.sedangkan Gejala dan Tanda Minor Subjektif Mengeluh kemampuan beraktivitas menurun. berdasarkan kasus yang saya temukan pada hasil pengkajian diagnosa Gangguan pola tidur pasien An. N dikarenakan telah memenuhi karakteristik Mengeluh sulit tidur, Mengeluh tidak puas tidur, Mengeluh pola tidur berubah, Mengeluh istirahat tidak cukup. Mengeluh kemampuan beraktivitas menurun Ada kesamaan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus.
4. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (mis. inflamasi, iskemia, neoplasma).Berdasarkan (SDKI Hal. 172) tinjauan teori terdapat Gejala dan Tanda Mayor Tampak meringis, Bersikap protektif (mis. waspada, posisi menghindari nyeri), Gelisah Frekuensi nadi meningkat, Sulit tidur. Sedangkan gejala dan Tanda Minor Tekanan darah meningkat, pola napas berubah, nafsu makan berubah. berdasarkan kasus yang saya temukan pada hasil pengkajian diagnosa nyeri akut pasien An. N dikarenakan telah memenuhi karakteristik mayor tampak meringis, Gelisah Frekuensi nadi meningkat, Sulit tidur dan tanda minor Tekanan darah meningkat, pola napas berubah. Ada kesamaan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus.

5. Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit (mis. infeksi, kanker). Berdasarkan (SDKI, hal. 284) tinjauan Gejala dan Tanda Mayor Objektif Suhu tubuh diatas nilai normal, Gejala dan Tanda Minor Objektif Kulit merah, Kejang, Takikardi, Takipnea, Kulit terasa hangat. berdasarkan kasus pada hasil pengkajian pasien An.N tidak di dapat kan mengalami Tanda Mayor Suhu tubuh diatas nilai normal, dan Gejala dan Tanda Kulit merah, Kejang, Takikardi, Takipnea, Kulit terasa hangat. Sehingga tidak memenuhi syarat untuk mengambil diagnosa Hipertermia.
6. Resiko infeksi ditandai dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder (penurunan hemoglobin) (SDKI, Hal. 304). diagnosa ini tidak muncul dalam tinjauan kasus dikarenakan pada tinjauan teori dan tinjauan kasus pada An. N tidak memiliki kesenjangan karena pada saat melakukan pengkajian data tidak sesuai dengan kondisi yang dialami An. N .Jadi saya tidak mengambil diagnosa Resiko infeksi.

Dari 6 diagnosa keperawatan pada tinjauan pustaka tidak semua ada pada tinjauan kasus. Terdapat 3 diagnosa keperawatan muncul pada tinjauan kasus yaitu :

1. Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis (mis. inflamasi, iskemia, neoplasma) Berdasarkan (SDKI Hal. 172) berdasarkan kasus yang saya temukan pada hasil pengkajian diagnosa nyeri akut pasien An. N dikarenakan telah memenuhi karakteristik tampak meringis, Gelisah Frekuensi nadi meningkat, Sulit tidur dan tanda Tekanan darah meningkat, pola napas berubah. Ada kesamaan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus.

2. Gangguan pola tidur b.d kurang kontrol tidur. Berdasarkan (SDKI, hlm 126) berdasarkan kasus yang saya temukan pada hasil pengkajian diagnosa Gangguan pola tidur pasien An. N dikarenakan telah memenuhi karakteristik Mengeluh sulit tidur, Mengeluh tidak puas tidur, Mengeluh pola tidur berubah, Mengeluh istirahat tidak cukup. Mengeluh kemampuan beraktivitas menurun. Ada kesamaan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus.
3. Keletihan b.d Kondisi fisiologis. berdasarkan (SDKI, Hal. 130) berdasarkan kasus yang saya temukan pada hasil pengkajian diagnosa keletihan pasien An. N dikarenakan telah memenuhi karakteristik merasa kurang tenaga , mengeluh lelah dalam kasus ini tidak ada kesamaan di tinjauan pustaka.

4.3 Perencanaan

Pada perumusan tujuan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus . Pada tinjauan pustaka perencanaan menggunakan kriteria hasil yang mengacu pada pencapaian tujuan. Sedangkan pada tinjauan kasus perencanaan menggunakan kasus sasaran, dalam intervensinya dengan alasannya penulis ingin berupaya memandirikan pasien dan keluarga dalam pelaksanaan pemberian asuhan keperawatan melalui peningkatan pengetahuan (kognitif), keterampilan mengenai masalah (afektif) dan perubahan tingkah laku pasien (psikomotorik).

Tujuan tinjauan kasus dicantumkan kriteria waktu karena pada kasus nyata keadaan pasien secara langsung. Intervensi diagnosa keperawatan yang ditampilkan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus terdapat kesamaan namun masing-masing intervensi tetap mengacu pada sasaran, data dan kriteria hasil yang ditetapkan,

1. Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis (mis. inflamasi, iskemia, neoplasma). Pada Tinjauan Pustaka diagnosa keperawatan nyeri akut dengan agen pencedera fisiologis. Memiliki Tujuan : Setelah dilakukan intervensi keperawatan 3x24 jam maka tingkat nyeri menurun. kriteria hasil : keluhan nyeri menurut, skala nyeri berkurang 1 (0-10), meringis menurun, gelisa menghilang / menurun, kesulitan tidur menurun. Intervensi : Observasi tanda-tanda vital : tekanan darah nadi, pernafasan, suhu, saturasi, Monitor derajat dan kualitas nyeri (PQRST), Ajarkan teknik manajemen nyeri non farmakologi distraksi, relaksasi, nafas dalam, Berikan posisi yang nyaman, Libatkan keluarga dalam pemenuhan kebutuhan pasien, Anjurkan untuk cukup istirahat, Kolaborasi dengan dokter untuk pemberian terapi analgetik.

Sedangkan hasil kasus saya di lapangan saya mengambil nyeri akut b.d pencedera fisiologis. tujuan setelah dilakukan intervensi selama 2 x 24 jam maka tingkat nyeri menurun. Dengan kriteria hasil : Keluhan nyeri menurun (skala nyeri menjadi 2), Kesulitan tidur menurun (tidak terbangun pada malam hari), Pola tidur membaik. (SLKI, Hlm 145) Intervensi : Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, Identifikasi skala nyeri, Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hipnosis, akupresur, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain), Jelaskan strategi meredakan nyeri.

2. Gangguan pola tidur b.d kurang kontrol tidur. Pada Tinjauan Pustaka diagnosa Gangguan pola tidur b.d kurang kontrol tidur Memiliki Tujuan: Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 1x24 jam maka pola tidur

membaik. kriteria hasil : Keluhan sulit tidur menurun, Keluhan pola tidur berubah menurun, Kemampuan beraktivitas meningkat. Intervensi : Identifikasi pola aktivitas dan tidur, Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit, Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis. pijat, pengaturan posisi, terapi akupresur), Anjurkan menghindari makan/ minuman yang mengganggu tidur

Sedangkan hasil kasus saya di lapangan saya mengambil Gangguan pola tidur b.d kurang kontrol tidur. tujuan setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 2 x 24 jam maka pola tidur membaik dengan kriteria hasil: Keluhan sulit tidur membaik (pasien dapat tidur dengan nyenyak dan sesuai rentang waktu tidur normal), Keluhan tidak puas tidur membaik (pasien dapat puas tidur dan tidak terbangun sejenak pada malam hari), Keluhan pola tidur berubah membaik (pasien dapat mengembalikan pola tidur yang sesuai seperti saat sebelum sakit). Intervensi : Identifikasi pola aktivitas dan tidur, Tetapkan jadwal tidur rutin, Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis. pijat, pengaturan posisi, terapi akupresur), Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit, Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur.

3. Keletihan b.d Kondisi fisiologis. Berdasarkan. Sedangkan hasil kasus saya di lapangan saya mengambil Keletihan b.d Kondisi fisiologis. tujuan Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 2 x 24 jam maka tingkat keletihan membaik dengan kriteria hasil : verbalisasi pemulihan energi meningkat, Tenaga meningkat, Kemampuan aktivitas mungkin meningkat, Mobilisasi lelah menurun, Lesu menurun Selera makan membaik (SLKI, Hlm 141) Intervensi : Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan

kelelahan, Monitor kelelahan fisik dan emosional, Lakukan latihan rentang gerak pasif dan/atau aktif, Anjurkan tirah baring, Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan.

4.4 Pelaksanaan

Pelaksanaan adalah perwujudan atau realisasi dari perencanaan yang telah disusun. Pelaksanaan pada tinjauan pustaka belum dapat direalisasikan karena hanya membahas teori asuhan keperawatan sedangkan pada kasus nyata pelaksanaan telah disusun dan direalisasikan pada pasien dan ada pendokumentasian dan intervensi keperawatan.

Pelaksanaan rencana keperawatan dilakukan secara terkoordinasi dan terintegrasi untuk pelaksanaan diagnosa pada kasus tidak semua sama pada tinjauan pustaka, hal itu karena disesuaikan dengan keadaan pasien yang sebenarnya. Dalam melaksanakan pelaksanaan ini ada faktor penunjang maupun faktor penghambat yang penulis alami. Hal – hal yang menunjang dalam asuhan keperawatan yaitu antara lain : Adanya kerjasama yang baik dari perawat maupun dokter ruangan dan tim kesehatan lainnya, tersedianya sarana dan prasarana di ruangan yang menunjang dalam pelaksanaan asuhan keperawatan dan penerimaan adanya penulis.

Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis (SDKI, hal. 172) dilakukan tindakan keperawatan kualitas nyeri (PQRST), Mengidentifikasi lokasi nyeri (PQRST) ajarkan teknik manajemen nyeri non farmakologi distraksi, Menganjurkan ibu untuk mengompreskan air hangat di perut anaknya untuk mengurangi nyeri perut.

Gangguan pola tidur b.d kurang kontrol tidur (SDKI, hlm 126) tindakan keperawatan mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur. memberitahukan ibu tentang jadwal tidur rutin untuk anak usia sekolah usia 6–13 tahun harus beristirahat sekitar 9–11 jam per hari, memberitahukan ibu untuk Melakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan, Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit , menganjurkan menepati kebiasaan waktu tidur yang tepat.

Keletihan b.d Kondisi fisiologis. (SDKI, Hal. 130) tindakan keperawatan memantau kelelahan fisik dan emosional, melakukan latihan rentang gerak aktif seperti jalan pagi di waktu pagi hari. menganjurkan tirah baring, mengajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan.

4.5 Evaluasi

Pada waktu dilaksanakan evaluasi ketidak seimbangan Nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis Kebutuhan pasien belum terpenuhi selama 2 x 24 jam karena tindakan yang tepat dan telah berhasil dilaksanakan dan masalah teratasi sebagian , intervensi masih dilanjutkan karena nyeri .

Pada diagnosa kedua yaitu Gangguan pola tidur b.d kurang kontrol tidur. Masalah Gangguan pola tidur dalam 2 x 24 jam karena tindakan yang tepat dan telah berhasil dilaksanakan dan masalah teratasi pada tanggal 29 April 2021.

Pada diagnosa ketiga yaitu Keletihan b.d Kondisi fisiologis dalam 2 x 24 jam tindakan yang tepat dan telah berhasil dilaksanakan dan masalah teratasi sebagian pada tanggal 28 April 2021

BAB 5

PENUTUP

Setelah penulis melakukan pengamatan dan melaksanakan asuhan keperawatan secara langsung pada klien dengan kasus Leukemia di Puskesmas Sidosermo Surabaya, maka penulis dapat menarik beberapa kesimpulan sekaligus saran yang dapat bermanfaat dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan klien dengan Leukemia.

5.1 Simpulan

Dari hasil uraian yang telah menguraikan tentang asuhan keperawatan pada klien, Leukemia maka penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut:

1. Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan pada tanggal 28 april 2021 sampai 29 april 2021 di puskesmas sidosermo surabaya dapat disimpulkan bahwa Ibu klien mengatakan anaknya merasa capek dan lemah dan nyeri pada perut.
2. Diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien leukimia ini adalah Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (mis. inflamasi, iskemia, neoplasma) (SDKI Hlm, 176), Gangguan pola tidur b.d kurang kontrol tidur (SDKI Hlm,126), keletihan b.d Kondisi fisiologis (SDKI Hlm,130),
3. Intervensi keperawatan pada setiap diagnosa yang disesuaikan dengan kondisi pada pasien dan dilengkapi dengan tujuan jangka pendek dan kriteria hasil .
4. Implementasi keperawatan yang diberikan pada pasien dengan leukimia disesuaikan kondisi pasien pada saat di puskesmas dan kunjungan rumah.
5. Evaluasi dilakukan untuk melihat keberhasilan dalam pelaksanaan

implementasi apakah tujuan tercapai dan masalah teratasi.

5.2 Saran

Bertolak dengan kesimpulan diatas penulis memberikan saran sebagai berikut:

1. Untuk mencapai hasil keperawatan yang diharapkan, diperlukan hubungan yang baik dan keterlibatan klien , keluarga dan tim kesehatan lainnya.
2. Perawat sebagai petugas kesehatan hendaknya mempunyai pengetahuan, keterampilan yang cukup serta dapat bekerja sama dengan tim kesehatan lainnya dengan memberikan asuhan keperawatan kepada pasien dengan diagnosa Leukemia.
3. Dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan yang profesional alangkah baiknya diadakan seminar atau pertemuan yang membahas mengenai penyakit yang diderita pasien.
4. Pendidikan dan pengetahuan perawat perlu ditingkatkan baik secara formal dan informal khususnya pengetahuan dalam bidang keperawatan.
5. Kembangkan dan tingkatkan pemahaman perawatan terhadap konsep manusia secara baik sehingga mampu menerapkan asuhan keperawatan dengan baik.

DAFTAR PUSTAKA

- dr. Debby Deriyanthi. 2020. "Leukimia Pada Anak: Ketahui Penyebab, Gejala, Dan Penanganannya." *good doctor*.
<https://www.gooddoctor.co.id/parenting/kesehatan-anak/leukimia-pada-anak/>
(June 10, 2021).
- dr. Tjin Willy. 2019. "Leukemia." *Alodokter*.<https://www.alodokter.com/leukemia>
(June 4, 2021).
- Fernandes, Andrye. 2020. "Kelelahan Pada Anak Dengan Leukemia Limfoblastik Akut Dalam Menjalani Kemoterapi Fase Induksi." *JURNAL KESEHATAN PERINTIS (Perintis's Health Journal)* 7(1): 69–74.
- Handayani, Wiwik. 2008. *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Dgn Gangguan Sistem Hematologi*. Penerbit Salemba.
- Hidayati, Putri. 2013. "Asuhan Keperawatan Pada An. A Dengan Leukimia Limfoblastik Akut Di Ruang Melati II Rumah Sakit Dr. Moewardi."
- Ii, B A B, and Tinjauan Pustaka. 2007. "BAB II TINJAUAN PUSTAKA 2.1 Anak Usia Sekolah."
- Kementrian Kesehatan RI. 2011. Kementerian Kesehatan RI *Pedoman Penemuan Dini Kanker Pada Anak*.
- Lubis, Fatahillah Sang. 2013. "Asuhan Keperawatan Pada An. A Dengan Akut Myeloid Leukimia Di Ruang Melati II Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Moewardi Surakarta."
- Ns. Yuliasati, S.Kep, M.Kep, and M.Nurs Amelia Arnis. 2016. *KEPERAWATAN ANAK*. JAKARTA SELATAN.<file:///C:/Users/eka/Downloads/Keperawatan-Anak-Komprehensif.pdf>.
- Nurarif, Amin Huda, and Hardhi Kusuma. 2015. *APLIKASI ASUHAN KEPERAWAN BERDASARKAN DIAGNOSA MEDIS & NANDA NIC-NOC*. JOGJAKARTA. "Oleh : Farid Muhammad Dzaki Nim : 1514401004." 2018.
- P2PTM Kemenkes RI. 2018. "Kenali Gejala Dini Kanker Pada Anak." *KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA*.
<http://www.p2ptm.kemkes.go.id/kegiatan-p2ptm/pusat-/kenali-gejala-dini-kanker-pada-anak> (June 9, 2021).
- Prof. DR. Dr. Sri Rezeki S. Hadinegoro, Sp.A(K). 2011. *Pedoman Imunisasi Di Indonesia*. Cetakan 1. eds. Sp.A(K) Prof. I.G.N. Gde Ranuh dr. et al. JAKARTA.
- Safira, Nadia. 2019. "PENTINGNYA EVALUASI KEPERAWATAN BAGI PASIEN."
- Safitri, Rizka. 2019. "Implementasi Keperawatan Sebagai Wujud Dari Perencanaan Keperawatan Guna Meningkatkan Status Kesehatan Klien."
- Samudin, Ani. 2019. "ASUHAN KEPERAWATAN ANAK DENGAN LEUKEMIA LIMFOSITIK AKUT DI RUANG MELATI RSUD ABDUL WAHAB SJAHRANIE SAMARINDA."
- Supariasa, H. d. 2017. *Ilmu Gizi Teori Dan Aplikasinya*. jakarta: EGC.
- TIM DOSEN KEPERAWAN ANAK. 2020. *MODUL PEMBELAJARAN KEPERAWATAN ANAK*.
- Wong, D. L. 2008. *Buku Ajar Keperawatan Pediatrik*. jakarta: EGC.
- Yenni, . 2014. "Rehabilitasi Medik Pada Anak Dengan Leukemia Limfoblastik Akut." *Jurnal Biomedik (Jbm)* 6(1): 1–7.

