

**KARYA TULIS ILMIAH**

**STUDI DOKUMENTASI GANGGUAN INTEGRITAS KULIT**  
**PADA An. D DENGAN ACUTE MIELOBLASTIK**  
**LEUKIMIA (AML)**



**Oleh :**  
**UMMI NADHIROH**  
**NIM : 2317035**

**YAYASAN KEPERAWATAN YOGYAKARTA**  
**AKADEMI KEPERAWATAN "YKY"**  
**YOGYAKARTA**  
**2020**

**KARYA TULIS ILMIAH**

**STUDI DOKUMENTASI GANGGUAN INTEGRITAS KULIT**  
**PADA An. D DENGAN ACUTE MIELOBLASTIK**  
**LEUKIMIA(AML)**

Tugas Akhir Ini Untuk Memenuhi Syarat Menyelesaikan Pendidikan Program  
Diploma III Keperawatan Akademi Keperawatan “ YKY” Yogyakarta

UMMI NADHIROH  
NIM : 2317035

**YAYASAN KEPERAWATAN YOGYAKARTA**  
**AKADEMI KEPERAWATAN “YKY”**  
**YOGYAKARTA**  
**2020**

## **PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Ummi Nadhiroh

NIM : 2317035

Program Studi : Diploma III Keperawatan

Institusi : Akademi Keperawatan “YKY” Yogyakarta

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

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

Yogyakarta, 02 Juli 2020

Pembuat Pernyataan

Ummi Nadhiroh

## LEMBAR PERETUJUAN

### KARYA TULIS ILMIAH

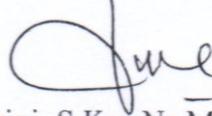
#### STUDI DOKUMENTASI GANGGUAN INTEGRITAS KULIT PADA An. D DENGAN *ACUTE MIELOBLASTIK* *LEUKIMIA(AML)*

OLEH :  
UMMI NADIROH  
NIM : 2317035

Telah memenuhi persyaratan untuk diujikan dan disetujui pada tanggal

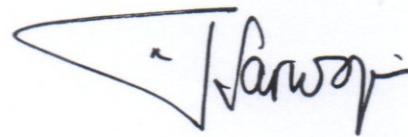
02 Juli 2020

Pembimbing I



Tri Arini, S.Kep.Ns.M.Kep  
NIK. 1141 03 052

Pembimbing II



Agus Sarwo P, AhPP.S.Kep.Ns.MH.Kes  
NIDN. 4028077001

## LEMBAR PENGESAHAN

### KARYA TULIS ILMIAH

#### STUDI DOKUMENTASI GANGGUAN INTEGRITAS KULIT PADA An. D DENGAN ACUTE MIELOBLASTIK LEUKIMIA(AML)

OLEH :  
UMMI NADHIROH  
NIM : 2317035

Telah memenuhi persyaratan untuk diujikan dan disetujui pada tanggal

02 Juli 2020

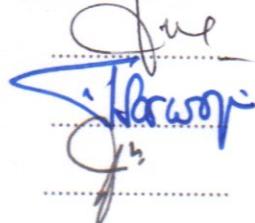
Dewan Penguji :

Tri Arini, S.Kep.Ns.M.Kep

Agus Sarwo P, AhPP.S.Kep.Ns.MH.Kes

Dwi Juwartini, SKM.MPH

Tanda Tangan



Mengesahkan  
Direktur Akper "YKY" Yogyakarta



## **Motto**

“Allah tidak membebani seseorang melainkan sesuai kesanggupannya “

( Q.S Al – Baqarah ayat 286 )

“Barangsiapa menempuh suatu jalan untuk menuntut ilmu, niscaya Allah

memudahkan baginya dengan ( ilmu ) itu jalan menuju surga”

( HR. Muslim )

“Sesungguhnya Allah tidak akan merubah keadaan suatu kaum sehingga mereka

merubah keadaan yang ada pada diri mereka sendiri”

( Q.S Ar Ra'd : 11 )

“ Barangsiapa yang mempelajari ilmu pengetahuan yang seharusnya yang

ditunjukkan untuk mencari ridho Allah bahkan hanya untuk mendapatkan

kedudukan/ kekayaan duniawi maka ia tidak akan mendapatkan baunya surga

nanti pada hari kiamat”

( riwayat Abu Hurairah radhiallau anhu)”

## **Persembahan**

Dengan ini karya tulis ilmiah ini saya persembahkan :

1. Untuk kedua orang tuaku yang selalu menyayangi, mendidik, membesar, melindungi, memberikan dukungan, dan semangat serta senantiasa mendoakan demi tercapainya kesuksesan dan keberhasilan dalam mnuntut ilmu
2. Untuk paklek dan bulek yang telah memberikan doa, dukungan dan semangat
3. Untuk sahabat ku Venti Nur Khasanah terimakasih telah saling mendukung, memberi dukungan dan motivasi serta tempat berkeluh kesah
4. Untuk teman - teman seperjuangan Arlita, Ike, Lela, Mita Nurul, Fia, Venti, Yessi, dan zami'ah terimakasih doa dan dukungan selama tiga tahun bersama
5. Untuk keluarga besar kelas 3 A angkatan 2020 yang telah berjuang selama 3 tahun dalam suka dan duka

## **Kata Pengantar**

Puji syukur kami panjatkan kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat, hidayah, dan karunia – Nya sehingga karya tulis ilmiah dengan judul “Studi Dokumentasi Gangguan Integritas Kulit Pada An. D dengan *Acute Mieloblastik Leukimia (AML)*” dapat disusun dan diselesaikan dengan baik. Karya tulis ilmiah ini disusun dan diajukan guna melengkapi salah satu syarat menyelesaikan pendidikan program Diploma III Keperawatan di Akademi Keperawatan YKY Yogyakata.

Karya tulis ini terlaksana berkat bantuan dan dukungan dari berbagai pihak. Oleh karena itu, dalam kesempatan ini dengan segala kerendahan hati penulis menyampaikan ucapan terima kasih kepada :

1. Tri Arini, S.Kep.Ns.M.Kep selaku Direktur Akper YKY Yogyakarta yang telah memberikan kesempatan kepada saya untuk menyelesaikan pendidikan di Akademi Keperawatan YKY Yogyakarta.
2. Tri Arini, S.Kep.Ns.M.Kep selaku pembimbing I dalam karya tulis ini, yang telah memberikan arahan dan masukan kepada penulis. Sehingga karya tulis ilmiah ini dapat diselesaikan dengan baik dan tepat waktu.
3. Agus Sarwo P, AhPP.S.Kep.Ns.MH.Kes selaku pembimbing II dalam karya tulis ini, yang telah memberikan arahan dan masukan kepada penulis. Sehingga karya tulis ilmiah ini dapat diselesaikan dengan baik dan tepat waktu.
4. Dwi Juwartini, SKM.MPH yang telah bersedia menjadi penguji

Penulis menyadari atas keterbatasan pengetahuan, keterampilan dan pengalaman dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini sehingga masih banyak kekurangan. Oleh karena itu, saran dan kritik dari semua pihak yang bersifat membangun sangat penulis harapkan demi kesempurnaan karya tulis ilmiah.

Yogyakarta, Jumat 3 Juli 2020

Ummi Nadhiroh

## **Daftar Isi**

Halaman Sampul Depan.....	i
Halaman Sampul Dalam .....	ii
Halaman Keaslian Tulisan .....	iii
Halaman Persetujuan .....	iv
Halaman Pengesahan.....	v
Motto.....	vi
Persembahan.....	vii
Kata Pengantar.....	viii
Halaman Daftar Isi.....	ix
Halaman Daftar Gambar .....	xii
Halaman Daftar Tabel.....	xiii
Halaman Daftar Lampiran.....	xiv
Abstrak.....	xv
<b>BAB I PENDAHULUAN .....</b>	<b>1</b>
A. Latar Belakang .....	1
B. Rumusan Masalah .....	7
C. Tujuan .....	7
1. Tujuan Umum.....	7
2. Tujuan Khusus .....	7
D.Ruang Lingkup.....	8
E.Manfaat .....	9
1.Teoritis .....	9
2.Praktis .....	9
a.Akper YKY.....	9
b.Peneliti.....	9
c.Peneliti Selanjutnya.....	10
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA .....</b>	<b>11</b>
A.Landasan Teori.....	11
1.Konsep Gangguan Integritas Kulit .....	11
a.Definisi Gangguan Integritas Kulit .....	11
b.Etiologi.....	11
c.Gejala dan Tanda .....	12

d.Kondisi Klinis Terkait .....	12
2.Konsep <i>Acute Mieloblastik Leukimia</i> (AML) .....	13
a.Definisi <i>Acute Mieloblastik Leukimia</i> (AML).....	13
b.Etiologi <i>Acute Mieloblastik Leukimia</i> (AML).....	14
c.Tanda dan Gejala <i>Acute Mieloblastik Leukimia</i> (AML) .....	16
d.Patofisiologi.....	17
f.Pemeriksaan Penunjang .....	18
g.Penatalaksanaan.....	20
3.Konsep Asuhan Keperawatan Gangguan Integritas Kulit .....	22
a.Pengkajian .....	22
b.Diagnosis Keperawatan.....	23
c.Perencanaan .....	24
d.Pelaksanaan .....	25
e. Evaluasi.....	26
f. Dokumentasi .....	26
B.Kerangka Teori.....	28
BAB III METODE PENELITIAN .....	29
A.Jenis dan Rancangan Penelitian .....	29
B.Objek Penelitian .....	29
C.Lokasi dan Waktu Penelitian .....	29
D.Definisi Operasional.....	30
E.Instrumen Studi Kasus .....	30
F.Teknik Pengumpulan Data .....	31
G.Analisis Data.....	31
H. Etika Penulisan.....	32
I.Kerangka Alur .....	33
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN .....	34
A.Hasil.....	34
1. Karakteristik Partisipan .....	34
2. Gambaran Asuhan Keperawatan.....	34
B. Pembahasan.....	37

BAB PENUTUP .....	44
A.Kesimpulan .....	44
B. Saran .....	45

## DAFTAR PUSTAKA

- Lampiran  
Jadwal Kegiatan  
Bukti Bimbingan  
Format Asuhan Keperawatan Anak

## **Daftar Gambar**

Gambar 1.1.....	28
Gambar 1.2.....	33

## **Daftar Tabel**

Tabel 2.1.....	30
----------------	----

## **Daftar Lampiran**

Lampiran 1 Jadwal Kegiatan

Lampiran 2 Bukti Bimbingan

Lampiran 3 Format Asuhan Keperawatan Anak

## STUDI DOKUMENTASI GANGGUAN INTEGRITAS KULIT PADA An. X DENGAN ACUTE MIELOBLASTIK LEUKIMIA (AML)

Ummi Nadhiroh<sup>1</sup>, Tri Arini<sup>2</sup>, AgusSarwo Prayogi<sup>3</sup>

Akper YKY Yogyakarta

[Umminadhiroh5@gmail.com](mailto:Umminadhiroh5@gmail.com)

### Intisari

**Latar Belakang :** Gangguan integritas kulit merupakan kerusakan kulit (dermis dan/atau epidermis). **Tujuan** studi dokumentasi untuk mengetahui sudi dokumentasi kerusakan integritas kulit pada an.D dengan *Acute Mieloblastik Leukimia* (AML). **Metode** penelitian adalah studi dokumentasi pada salah satu asuhan keperawatan di perpustakaan Akper YKY Yogyakarta tahun 2015, yang digunakan dengan teknik pengumpulan data sekunder. **Dari hasil** didapatkan masalah gangguan integritas kulit yang ditegakkan pada kasus An. D sudah didukung dengan batasan karakteristik yang sesuai dengan masalah tersebut dan telah direncanakan. Pelaksanaan keperawatan berupa memonitor kulit adanya kemerahan, menjaga kebersihan kulit agar tetap bersih dan kering, mengoleskan lotion atau salep pada daerah yang terkena. Evaluasi pada An. D masalah gangguan integritas kulit belum teratasi. **Kesimpulan** mendapatkan gambaran kerusakan integritas kulit pada An. D dengan *Acute Mieloblastik Leukimia* (AML).

**Kata kunci :** StudiDokumentasi ; Gangguan Integritas Kulit; *Acute Mieloblastik Leukimia* (AML)

## DOCUMENTATION STUDY OF SKIN INTEGRITY INTERFERENCE An. X WITH LEUKIMIA (AML) ACUTE MIELOBLASTIC ACUTE

Ummi Nadhiroh<sup>1</sup>, Tri Arini<sup>2</sup>, AgusSarwo Prayogi<sup>3</sup>

Akper YKY Yogyakarta

[Umminadhiroh5@gmail.com](mailto:Umminadhiroh5@gmail.com)

### Abstract

**Background:** Impaired skin integrity is damage to the skin (dermis and / or epidermis. The purpose of the documentation study is to know the documentation of damage to skin integrity in an.D with Acute Mieloblastic Leukemia (AML). **The research** method is the study of documentation in one of the nursing care in the library The Yogyakarta YKY Akper in 2015, which was used with secondary data collection techniques, showed that the problem of integrity of the skin that was enforced in the case of An D was supported by the limitation of characteristics appropriate to the problem and was planned, keeping the skin clean and dry, applying lotion or ointment to the affected area Evaluation of AN.D the problem of impaired skin integrity has not been resolved.**Conclusion** of getting a picture of damage to skin integrity in AND with Acute Myeloblastic Leukemia (AML).

**Keywords** : Documentation Study; Impaired Skin Integrity; Acute Mieloblastic Leukemia (AML)

## **BAB I**

### **PENDAHULUAN**

#### **A. Latar Belakang**

Kanker adalah salah satu penyakit yang dapat terjadi pada anak. Kejadian kanker pada anak terus megalami peningkatan dan menjadi salah satu penyebab kematian. Kematian akibat kanker di dunia akan terus meningkat jika kanker tidak ditangani dengan baik. Pada tahun 2030 diperkirakan ada 13,1 juta kematian yang terjadi akibat kanker (*World Health Organization*, 2012 ). Jenis penyakit kanker sangat bermacam – macam, salah satunya adalah *Acute Mieloblastik Leukimia* (AML).

*Acute Mieloblastik Leukimia* (AML) adalah keganasan hematologis heterogen yang melibatkan perluasan klonal dari ledakan myeloid pada sumsum tulang dan darah tepi yang kemungkinan penyebarannya terjadik pada hati dan limpa (Summary & Relevance, 2014). Berdasarkan Data *International Agency for Research on Cancer* ([IARC], 2015), pada tahun 2012 angka kejadian kanker pada anak mencapai 14.067.894 di seluruh dunia. *Cancer World Report* ([CWR], 2017) menyatakan bahwa kanker pada anak meningkat hingga 70 %, dari data tersebut angka kematian pada anak kanker mencapai 8,8 juta jiwa.

Data di registrasi kanker di Departemen Ilmu Kesehatan anak FKUI RSCM mencatat leukemia akut mencapai 426 dari 741 (57,5%) kasus keganasan yang didiagnosis dari tahun 2011-2014. Pengobatan yang telah diberikan pada kasus tersebut umumnya yaitu pemberian kemoterapi

dan transplansi sumsum tulang pada bagian kasus yang terindikasi (Hikari Ambara sjakti, Djajadiman Gatot, 2012). Menurut Mendri & Agus (2018) diagnosis yang muncul pada pasien *Acute Mieloblastik Leukimia* (AML). Antara lain resiko infeksi, resiko injury, resiko kekurangan volume cairan, perubahan nutrisi, kerusakan integritas kulit, nyeri, perubahan proses keluarga dan berduka.

Kerusakan integritas kulit menurut Nanda (2018) adalah kerusakan pada epidermis dan atau dermis. Menurut lala (2010) orang yang menerima pengobatan untuk kanker berisiko mengalami sakit mulut dan bisul sebagai efek samping dari kemoterapi. Menurut Mendri & Agus (2018) anak- anak yang sebelumnya menerima radiasi atau kemoterapi untuk kanker jenis lain juga memiliki resiko yang lebih tinggi untuk leukimia. Hal ini juga terjadi pada anak- anak yang mengonsumsi obat- obatan medis untuk menekan sistem kekebalan tubuh mereka setelah transplasi organ. Dalam kebanyakan kasus, orang tua atau anak- anak tidak memiliki kontrol atas faktor- faktor yang memicu *Acute Mieloblastik Leukimia* (AML). Kebanyakan leukimia timbul dari mutasi ( perubahan) *noniherited* dalam gen pertumbuhan sel- sel darah. Hal ini terjadi secara acak dan tak terduga, saat ini belum ada cara yang efektif untuk mencegah sebagian besar jenis leukimia.

Siregar (2013) menyatakan beberapa faktor yang mempengaruhi terjadinya integritas kulit adalah jenis kelamin, usia, etnik/ras, penyakit kulit lainnya, serta tipe kulit. Terdapat berbagai cara telah dilakukan untuk dapat mengobati penyakit ini, salah satunya dengan cara kemoterapi. Kemoterapi merupakan jenis pengobatan yang menggunakan obat-obatan untuk membunuh sel-sel neoplasma. Pengobatan semacam ini telah digunakan sejak tahun 1950-an. Di lain pihak terdapat efek samping yang ditimbulkan oleh obat-obat kemoterapi yang tidak hanya membunuh sel-sel leukemia tetapi juga menyerang sel-sel normal.

Banyak efek samping dan toksitas dari kemoterapi yang dapat dilihat pada kulit, adneksa, dan membran mukosa pasien yang menjalani kemoterapi. Penderita kanker pasca kemoterapi rentan terkena berbagai masalah kulit. Di antaranya, kulit kering, erupsi obat alergi, fotosensitivitas, hiperpigmentasi, kelainan kuku, dan kelainan rambut. Kulit merupakan lapisan terluar penutup tubuh yang mempunyai fungsi sebagai sawar terhadap segala bentuk /macam trauma dari luar baik fisik (traumamekanik, cedera termal, radiasi), maupun kimiawi (agen destruktif, zat aktif, xenobiotik, alergen) dan biologis (bakteri, virus dll). Unsur utama dari fungsi pertahanan kulit adalah untuk mempertahankan homeostasis dengan mencegah kehilangan air yang tidak terkendali, ion dan protein serum dan melindungi kulit dari organisme lingkungan. Sawar epidermis, dibentuk oleh pembentukan lipid bilayer antara korneosit dari stratum korneum (Sk). Lipid disekresikan melalui badan lamelar yang berada pada

keratinosit stratum granulosum (Sg). Lipid yang disekresi tidak membentuk permeabilitas sawar yang efektif sampai dibentuk menjadi lipid bilayer. Keasaman pH dari permukaan kulit sangat penting untuk fungsi pertahanan sawar epidermal dan untuk pembentukan dan pemeliharaan integritas / kohesi epidermis. pH netral adalah penyebab tertundanya pemulihan sawar epidermal yang rusak. Peran pH dikonfirmasi oleh normalisasi proses pemulihan sawar pada pH yang asam. Nilai pH yang tinggi juga mendukung perkembangan patogen pada permukaan kulit.<sup>5,6</sup>

Perawat dapat membantu pasien atau orang tua pasien dengan pemberian informasi yang dibutuhkan untuk memahami penyakit, penanganan dan tanggung jawab mereka dalam penanganannya. Partisipasi pasien atau orang tua pasien merupakan keharusan karena keberhasilan program pengobatan dan pengontrolan komplikasi, sangat tergantung pada kepatuhan pasien pada program penatalaksanaannya, sehingga di perlukan suatu edukasi kepada pasien yang baik dan terstruktur baik itu pada pasien rawat jalan maupun rawat inap, berupa perencanaan pulang (*discharge planning*) untuk mendapatkan pemahaman pasien dan keluarga yang optimal.

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia UU Nomor 36 tahun 2014 , para tenaga medis memiliki beberapa tugas penting untuk melayani masyarakat yang pertama adalah pelayanan promotif yaitu promosi kesehatan dimana para tenaga medis membantu masyarakat agar gaya hidup mereka menjadi sehat optimal. Pada pasien dengan gangguan integritas kulit yang dapat dilakukan seperti membiasakan mencuci tangan secara teratur, tidak berbagi penggunaan barang pribadi dengan orang lain, olahraga yang teratur dan makan makanan yang bergizi .Yang kedua yaitu pelayanan kesehatan preventif berupa kegiatan pencegahan terhadap suatu masalah kesehatan/penyakit. Pada pasien dengan gangguan integritas kulit yang dapat dilakukan seperti mengidentifikasi penyebab gangguan intergritas kulit (misal perubahan sirkulasi, melakukan perubahan status nutrisi, melakukan penurunan kelembaban.

Yang ketiga yaitu pelayanan kesehatan kuratif adalah kegiatan pengobatan untuk mengurangi rasa sakit dan juga berupa upaya untuk menyembuhkan penyakit agar penderita merasa lebih baik seperti memberikan perawatan kulit khususnya daerah perianal dan mulut, mengganti posisi anak dengan sering, menganjurkan intake dengan kalori dan protein yang adekuat. Selanjutnya yaitu peran tenaga medis untuk memberikan pelayanan kesehatan rehabilitatif. Pelayanan rehabilitatif adalah kegiatan pelayanan kesehatan untuk mengembalikan bekas penderita ke dalam masyarakat. Seperti menganjurkan menggunakan

pelembab (misal *lotion*, serum), menganjurkan minum air yang cukup, , menganjurkan meningkatkan asupan buah dan sayur, menganjurkan menghindari terpapar suhu ekstrem

Menurut Fakih, (2013) fungsi perawat dalam melaksanakan pelayanan kesehatan ada tiga fungsi yaitu fungsi keperawatan mandiri, ketergantungan dan kolaboratif. Fungsi keperawatan mandiri (Independent) adalah aktivitas keperawatan yang dilaksanakan atas inisiatif perawat itu sendiri berdasarkan ilmu dan kiat perawat. Fungsi keperawatan ketergantungan (Dependent) adalah aktivitas keperawatan yang dilaksanakan atas perintah dokter atau dibawah pengawasan dokter. Selanjutnya yang dimaksut fungsi keperawatan kolaboratif (Interdependent) adalah aktivitas yang dilaksanakan atas kerja sama dengan pihak lain atau tim tenaga kesehatan lain.

Penangan kanker pada anak dilakukan secara berkesinambungan dan berlangsung lama, sehingga peran orang tua dalam mendukung pengobatan sangat penting. Orang tua bertanggung jawab penuh dan terlibat langsung dalam perawatan anak, seperti memenuhi kebutuhan dasar dan pengobatan pasien. Peran orang tua sangat menentukan keberhasilan pengobatan dan perawatan serta angka survival kanker pada anak. Orang tua merupakan faktor penting dalam penerapan perawatan berpusat keluarga pada pengobatan dan perawatan anak dengan kanker (Hendrawati, Ike & Ai, 2019)

## **B. Rumusan Masalah**

Bagaimana studi dokumentasi gangguan integritas kulit pada An. D dengan *Acute Mieloblastik Leukimia* (AML).

1. Bagaimana studi dokumentasi pengkajian keperawatan pada pasien gangguan integritas kulit dengan *Acute Mieloblastik Leukimia* (AML)
2. Bagaimana studi dokumentasi diagnosis keperawatan pada pasien gangguan integritas kulit dengan *Acute Mieloblastik Leukimia* (AML)
3. Bagaimana studi dokumentasi perencanaan keperawatan pada pasien gangguan integritas kulit dengan *Acute Mieloblastik Leukimia* (AML)
4. Bagaimana studi dokumentasi pelaksanaan keperawatan pada pasien gangguan integritas kulit dengan *Acute Mieloblastik Leukimia* (AML)
5. Bagaimana studi dokumentasi evaluasi keperawatan pada pasien gangguan integritas kulit dengan *Acute Mieloblastik Leukimia* (AML)

## **C. Tujuan**

### **Tujuan Umum**

Mengetahui gambaran gangguan integritas kulit pada An. D dengan *Acute Mieloblastik Leukimia* (AML)

### **Tujuan Khusus**

1. Diketahui gambaran tentang hasil studi dokumentasi mengenai pengkajian pada pasien gangguan integritas kulit dengan *Acute Mieloblastik Leukimia* (AML)

2. Diketahui gambaran tentang hasil studi dokumentasi mengenai diagnosis keperawatan pada pasien gangguan integritas kulit dengan *Acute Mieloblastik Leukimia (AML)*
3. Diketahui gambaran tentang hasil studi dokumentasi mengenai rencana keperawatan pada pasien gangguan integritas kulit dengan *Acute Mieloblastik Leukimia (AML)*
4. Diketahui gambaran tentang hasil studi dokumentasi mengenai pelaksanaan pada pasien gangguan integritas kulit dengan *Acute Mieloblastik Leukimia (AML)*
5. Diketahui gambaran tentang hasil studi dokumentasi mengenai evaluasi pada pasien gangguan integritas kulit dengan *Acute Mieloblastik Leukimia (AML)*

#### **D. Ruang Lingkup**

Penelitian ini termasuk dalam lingkup keperawatan anak. Materi yang dibahas adalah gambaran gangguan integritas kulit pada An. D dengan *Acute Mieloblastik Leukimia (AML)*, dengan metode studi dokumentasi. Penelitian ini dilakukan di Akper YKY Yogyakarta dengan menggunakan data dari asuhan keperawatan pada KTI tahun 2015

## **E. Manfaat**

Studi dokumentasi ini diharapkan memberikan manfaat sebagai berikut :

### 1. Teoritis

Menambah keluasan ilmu dan teknologi terapan bidang keperawatan dalam pemenuhan gangguan integritas kulit pada pasien *Acute Mieloblastik Leukimia (AML)*.

### 2. Praktis

Memperoleh pengalaman dalam mengaplikasikan hasil riset keperawatan, khususnya studi kasus tentang pelaksanaan pemenuhan dengan gambaran gangguan integritas kulit pada pasien *Acute Mieloblastik Leukimia (AML)*.

#### a. Mahasiswa Akper Yogyakarta

Menambah keluasan ilmu referensi selanjutnya bagi institusi pendidikan Akper YKY dalam pemenuhan kebutuhan gangguan integritas kulit dengan *Acute Mieloblastik Leukimia (AML)*

#### b. Peneliti

Memperoleh pengalaman dalam mengalikasikan hasil riset keperawatan, khususnya studi dokumentasi dalam pemenuhan kebutuhan gangguan integritas kulit pada pasien *Acute Mieloblastik Leukimia (AML)*

c. Peneliti Selanjutnya

Hasil penelitian ini diharapkan menjadi data dasar untuk melakukan penelitian selanjutnya terkait tindakan keperawatan pada pasien *Acute Mieloblastik Leukimia* (AML) dengan gangguan integritas kulit.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Landasan Teori**

##### 1. Konsep Gangguan Integritas Kulit

###### a. Definisi Gangguan Integritas Kulit

Gangguan integritas kulit merupakan kerusakan kulit (dermis dan/atau epidermis). (Tim pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

###### b. Penyebab

Menurut tim pokja SDKI DPP PPNI, (2017) penyebab adalah :

- 1) Perubahan sirkulasi
- 2) Perubahan status nutrisi (kelebihan atau kekurangan)
- 3) Kekurangan/ kelebihan volume cairan
- 4) Penurunan mobilitas
- 5) Bahan kimia iritatif
- 6) Suhu lungkungan yang ekstrem
- 7) Faktor mekanis (mis: penekanan pada tonjolan tulang, gesekan) atau faktor elektris (elektrodiatermi, energy listrik bertegangan tinggi)
- 8) Efek samping terapi radiasi
- 9) Kelemabapan
- 10) Proses penuaan
- 11) Neuropati perifer
- 12) Perubahan pigmentasi

13) Perubahan hormonal

14) Kurang terpapar informasi tentang upayamempertahankan/melindungi integritas jaringan

c. Gejala dan Tanda

Menurut tim pokja SDKI DPP PPNI, (2017) gejala dan tanda adalah :

1) Gejala dan Tanda Mayora

a) Subjektif

(tidak tersedia)

b) Objektif

Kerusakan jaringan dan / atau lapisan kulit

2) Gejala dan Tanda Minor

a) Subjektif

(tidak tersedia)

b) Objektif

Nyeri, Perdarahan, Kemerahan dan Hematoma

d. Kondisi klinis terkait

Menurut tim pokja SDKI DPP PPNI, (2017) kondisi klinis terkait adalah :

1) Imobilisasi

2) Gagal jantung kongestif

3) Gagal ginjal

4) Diabete melitus

5) Imunodefisiensi ( mis. AIDS )

2. Konsep *Acute Mieloblastik Leukimia* (AML)

a. Definisi *Acute Mieloblastik Leukimia* (AML)

Kanker merupakan istilah umum untuk satu kelompok besar penyakit yang dapat mempengaruhi setiap bagian dari tubuh. Istilah lain yang digunakan adalah tumor ganas atau neoplasma. Kanker adalah pertumbuhan sel – sel baru secara abnormal yang tumbuh melampaui batas normal, dan kemudian dapat menyerang bagian sebelah tubuh dan dapat melebar pada organ lain. Proses ini disebut dengan metatasis. Metatasis merupakan penyebab utama kematian akibat kanker(*World Health Organization, 2012* ).

Leukemia adalah suatu tipe dari kanker yang berasal dari kata Yunani leukos-putih, haima-darah. Leukemia adalah kanker yang mulai dari sel-sel darah. Penyakit ini terjadi ketika sel darah memiliki sifat kanker yaitu membelah tidak terkontrol dan mengganggu pembelahan sel darah normal. Leukemia (kanker darah) adalah jenis penyakit kanker yang menyerang sel darah putih yang diproduksi oleh sumsum tulang (bone marrow) (Padila, 2013). Leukemia adalah poliferasi sel lekosit yang abnormal, ganas, sering disertai bentuk leukosit yang lain dari pada normal, jumlahnya berlebihan dan dapat menyebabkan anemia, trombositopeni dan diakhiri dengan kematian (Nurarif & Kusuma, 2015).

*Acute Mieloblastik Leukimia* (AML) merupakan leukemia yang mengenai sel stem hematopoetik yang akan berdiferensiasi ke semua sel myeloid. *Acute Mieloblastik Leukimia* (AML) merupakan leukemia nonlimfositik yang paling sering terjadi (Nurarif & Kusuma, 2015). *Acute Mieloblastik Leukimia* (AML) adalah suatu penyakit yang ditandai dengan transformasi neoplastik dan gangguan diferensiasi sel-sel progenitor dari seri myeloid. Bila tidak diatasi, penyakit ini akan mengakibatkan kematian secara cepat dalam kurun waktu beberapa minggu sampai bulan sesudah diagnosis (Sudoyo, Setiyohadi, Alwi, K, & Setiati, 2010).

b. Etiologi *Acute Mieloblastik Leukimia* (AML)

Penyebab dari penyakit leukemia tidak diketahui secara pasti. Faktor yang diduga mempengaruhi frekuensi terjadinya leukemia (Padila, 2013) yaitu:

1) Radiasi

Berdasarkan laporan riset menunjukkan bahwa :

- a) Para pegawai radiologi berisiko untuk terkena leukemia.
- b) Pasien yang menerima radioterapi berisiko terkena leukemia.
- c) Leukemia ditemukan pada korban hidup kejadian bom atom Hiroshima dan Nagasaki di Jepang.

## 2) Faktor Leukemogenik

Terdapat beberapa zat kimia yang dapat mempengaruhi frekuensi leukemia :

- a) Racun lingkungan seperti benzena : paparan pada tingkat-tingkat yang tinggi dari benzene pada tempat kerja dapat menyebabkan leukemia.
- b) Bahan kimia industri seperti insektisida dan Formaldehyde.
- c) Obat untuk kemoterapi : pasien-pasien kanker yang dirawat dengan obat-obat melawan kanker tertentu adakalanya dikemudian hari mengembangkan leukemia. Contohnya, obat-obat yang dikenal sebagai agen alkylating dihubungkan dengan pengembangan leukemia bertahun-tahun kemudian.

## 3) Herediter

Penderita sindrom down, suatu penyakit yang disebabkan oleh kromosom abnormal mungkin meningkatkan risiko leukemia, yang memiliki insidensi leukemia akut 20 kali lebih besar dari orang normal.

## 4) Virus

Virus dapat menyebabkan leukemia menjadi retrovirus, virus leukemia feline, HTLV-1 pada dewasa.

c. Gejala Klinis *Acute Mieloblastik Leukimia* (AML)

Gejala-gejala pada leukemia akut yang nampak dan memburuk secara cepat antara lain muntah, bingung, kehilangan kontrol otot, dan epilepsi. Leukemia juga dapat mempengaruhi saluran pencernaan, ginjal, dan paru-paru. Gejala-gejalanya antara lain yaitu kulit pucat (karenaanemia), infeksi yang berulang-ulang seperti sakit tenggorokan, pendarahan normal yang keluar dari gusi dan kulit, periode yang berat pada wanita, kehilangan nafsu makan dan berat badan, gejala-gejala seperti flu antara lain kecapekan dan tidak enak badan, luka di tulang sendi, perdarahan hidung dan lebih mudah mendapat memar dari biasanya tanpa sebab yang jelas (Desmawati, 2013).

Tanda dan gejala yang biasa terjadi pada *Acute Mieloblastik Leukimia* (AML) adalah adanya rasa lelah, perdarahan dan infeksi yang disebabkan oleh sindrom kegagalan sumsum tulang Perdarahan biasanya terjadi dalam bentuk purpura atau petekia. Penderita *Acute Mieloblastik Leukimia* (AML) dengan leukosit yang sangat tinggi (lebih dari 100 ribu/mm3) biasanya mengalami gangguan kesadaran, sesak nafas, nyeri dada dan priapismus. Selain itu juga menimbulkan gangguan metabolisme yaitu hiperurisemia dan hipoglikemia (Sudoyo et al., 2010)

#### d. Patofisiologi

Pada keadaan normal, sel darah putih berfungsi sebagai pertahanan kita terhadap infeksi. Sel ini secara normal berkembang sesuai dengan perintah, dapat dikontrol sesuai dengan kebutuhan tubuh kita. Leukemia dapat meningkatkan produksi sel darah putih pada sumsum tulang yang lebih dari normal. Sel darah putih terlihat berbeda dengan sel darah normal dan tidak berfungsi seperti biasanya. Sel leukemia memblok produksi sel darah putih yang normal, merusak kemampuan tubuh terhadap infeksi. Sel leukemia juga dapat merusak produksi sel darah lain pada sumsum tulang termasuk sel darah merah dimana sel tersebut berfungsi untuk menyuplai oksigen pada jaringan.

Leukemia terjadi jika proses pematangan dari sistem sel menjadi sel darah putih mengalami gangguan dan menghasilkan perubahan ke arah keganasan. Perubahan yang terjadi sering kali melibatkan penyusunan kembali bagian dari kromosom (bahan genetik sel yang kompleks). Penyusunan kromosom (translokasi kromosom) mengganggu pengendalian normal dari pembelahan sel, sehingga sel yang membelah tidak dapat terkendali dan menjadi ganas. Pada akhirnya sel-sel ini menguasai sumsum tulang dan menggantikan tempat dari sel-sel yang menghasilkan sel-sel darah normal. Kanker ini juga

bisa menyusup ke dalam organ lainnya, termasuk hati, limpa, kelenjar getah bening, ginjal dan otak (Padila, 2013).

e. Pemeriksaan Penunjang

1) Darah tepi

Gejala yang terlihat pada darah tepi sebenarnya berdasarkan pada kelainan sumsum tulang, yaitu berupa pansitopenia, limfositosis yang kadang-kadang menyebabkan gambaran darah tepi monoton dan terdapatnya sel blas. Terdapat sel blas pada darah tepi yang merupakan gejala leukemia.

2) Sumsum tulang

Dari pemeriksaan sumsum tulang ditemukan gambaran yang monoton yaitu hanya terdiri dari sel lomfopoetik patologis sedangkan sistem lain menjadi terdesak (aplasia sekunder). Hiperselular, hampir semua sel sumsum tulang diganti sel leukemia (blast), tampak monoton oleh sel blast, dengan adanya leukemia gap (terdapat perubahan tiba-tiba dari sel muda (blast) ke sel yang matang, tanpa sel antara). Sistem hemopoesis normal mengalami depresi. Jumlah blast minimal 30% dari sel berinti dalam sumsum tulang (dalam hitungan 500 sel pada asupan sumsum tulang).

3) Biopsy limpa

Pemeriksaan ini memperlihatkan proliferasi sel-sel yang berasal dari jaringan limpa akan terdesak seperti limfosit normal, ranulosit, pulp cell.

4) Kimia darah

Kolesterol mungkin merendah, asam urat dapat meningkat, hipogamaglobulinemia.

5) Cairan serebrospinal

Bila terjadi peninggian jumlah sel (sel patologis) dan protein, maka hal ini menunjukkan suatu leukemia meningeal. Kelainan ini dapat terjadi setiap saat dari perjalanan penyakit baik pada keadaan remisi maupun pada keadaan kambuh. Untuk mencegahnya dilakukan fungsi lumbal dan pemberian metotreksat (MTX) intratekal secara rutin pada setiap penderita baru atau pada mereka yang menunjukkan gejala tekanan intracranial yang meninggi.

6) Sitogenetik

70-90% dari kasus LMK menunjukkan kelainan kromosom, yaitu pada kromosom 21 (kromosom Philadelphia atau Ph1) 50-70% dari penderita LLA dan *Acute Mieloblastik Leukimia* (AML) mempunyai kelainan berupa:

- a) Kelainan jumlah kromosom seperti diploid (2n), haploid (2n-a), hiperploid (2n+a).2)
- b) Kariotip yang pseudodiploid pada kasus dengan jumlah kromosom yang diploid.

7) Pemeriksaan immunophenotyping

Pemeriksaan ini sangat penting untuk menentukan klasifikasi imunologik leukemia akut. Pemeriksaan ini dikerjakan untuk pemeriksaan surface marker guna membedakan jenis leukemia (Desmawati, 2013).

f. Penatalaksanaan *Acute Mieloblastik Leukimia* (AML)

Menurut Desmawati (2013) terapi pengobatan yang dapat diberikan pada pasien leukemia akut adalah :

- 1) Tranfusi darah biasanya diberikan jika kadar Hb kurang dari 6%. Pada trombositopenia yang berat dan perdarahan masih, dapat diberikan transfusi trombosit dan bila terdapat tanda-tanda DIC dapat diberikan heparin.
- 2) Kortikosteroid (prednison, kortison, deksametason dan sebagainya). Setelah tercapai, remisi dosis dapat dikurangi sedikit demi sedikit dan akhirnya dihentikan.
- 3) Sitostatika selain sitostatika yang lama (6-merkaptopurin atau 6-mp, metotreksat atau MTX) pada waktu ini dipakai pula yang baru dan lebih paten seperti vinkristin (oncovin), rubidomisin (daunorubycine) dan berbagai nama obat

lainnya. Umumnya sistostatika diberikan dalam kombinasi bersama-sama dengan prednison. Pada pemberian obat-obatan ini sering terdapat akibat samping berupa alopsia (botak), stomatitis, leukopenia, infeksi sekunder atau kandidiasis.

- 4) Imunoterapi merupakan cara pengobatan yang terbaru. Setelah tercapainya remisi dan jumlah sel leukemia yang cukup rendah, kemudian imunoterapi mulai diberikan (mengenai cara pengobatan yang terbaru masih dalam pengembangan).
- 5) Kemoterapi merupakan cara yang lebih baik untuk pengobatan kanker. Bahan kimia yang dipakai diharapkan dapat menghancurkan sel-sel yang oleh pembedahan atau penyinaran tidak dapat dicapai. Penatalaksanaan pada penderita Leukemia Myeloid Akut yaitu dengan kemoterapi, yang terdiri dari 2 fase antara lain :
  - a) Fase induksi; fase induksi adalah regimen kemoterapi yang sangat intensif, bertujuan untuk mengendalikan sel-sel leukemia secara maksimal sehingga akan tercapainya remisi yang lengkap.
  - b) Fase konsolidasi; fase konsolidasi dilakukan sebagai tindak lanjut dari fase induksi. Kemoterapi konsolidasi biasanya terdiri dari beberapa siklus kemoterapi dan

menggunakan obat dengan jenis serta dosis yang sama atau lebih besar dari dosis yang digunakan pada fase induksi. Dengan pengobatan modern, angka remisi 5-0-70%, tetapi angka rata-rata hidup masih 2 tahun dan yang dapat hidup lebih dari 5 tahun hanya 10%.

### 3. Gambaran Asuhan Keperawatan Pada Gangguan Integritas Kulit

#### a. Pengkajian

Pengkajian gangguan integritas kulit menurut Andayani, (2019) adalah :

- 1) Identitas pasien yang meliputi nama, no RM, umur, jenis kelamin, pekerjaan, agama, status tanggal MRS, dan tanggal pengkajian.
- 2) Keluhan utama

Anak yang menderita leukemia sering mengalami keluhan-keluhan yang tidak spesifik sehingga diduga anak hanya mengalami sakit yang sifatnya ringan, sehingga tidak segera dibawa ke dokter. Data-data yang perlu di kaji adalah data yang didapatkan pada anak berkaitan dengan kegagalan sumsum tulang dan adanya infiltrasi ke organ lain

- 3) Selain data-data tersebut, perlu juga kita kaji data yang tidak spesifik yang biasanya dialami anak yang sakit, misalnya :

- a) Pola makan, biasanya mengalami penurunan nafsu makan
  - b) Kelemahan dan kelelahan fisik
  - c) Pola hidup, terutama dikaitkan dengan kebiasaan mengkonsumsi makanan yang tergolong karsinogenik, yaitu makanan yang beresiko mempermudah timbulnya kanker karena mengandung bahan pengawet/kimia.
  - d) Apabila pasien yang kita kaji sedang dalam pemberian sitostatika, perlu diperhatikan efek samping yang kemungkinan timbul, seperti rambut rontok, mual, kuku yang menghitam atau stamatitis.
  - e) Pengkajian pola nutrisi
- b. Diangnosis Keperawatan
- Diagnosa keperawatan adalah langkah kedua dari proses keperawatan yang menggambarkan peelitian klinis tentang respon individu, keluarga, kelompok maupun masyarakat terhadap permasalahan kesehatan baik aktual maupun potensial ( Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017). Diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien anak dengan *Acute Mieloblastik Leukimia* (AML) ada 5, salah satunya gangguan integritas kulit berhubungan dengan efek kemoterapi.

c. Perencanaan

Menurut tim pokja SIKI DPP PPNI, (2018) dan tim pokja SLKI DPP PPNI, (2019) perencanaan *Acute Mieloblastik Leukimia* (AML) adalah :

1) Gangguan intergritas kulit

Tujuan : intergritas kulit dan jaringan

Kriteria hasil : elastisitas meingkat, hidrasi meningkat, kerusakan intergritas kulit menurun, kerusakan lapisan kulit menurun.

Rencana : Perawatan integritas kulit

a) Observasi

Identifikasi penyebab gangguan intergritas kulit (misal perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi, penurunan kelembaban, suhu lingkungan ekstrem, penurunan mobilitas).

b) Terapeutik

Ubah posisi tiap 2 jam jika tirah baring, lakukan pemijatan pada area penonjolan tulang jika perlu, bersihkan perineal dengan air hangat terutama selama periode diare, gunakan produk berbahan petroleum atau minyak pada kulit kering, gunakan produk berbahan ringan/ alami dan hiperoalergik pada kulit sensitif,

hindari produk berbahan dasar alkohol pada kulit kering.

c) Edukasi

Anjurkan menggunakan pelembab (misal *lotion*, serum), anjurkan minum air yang cukup, anjurkan meningkatkan asupan nutrisi, anjurkan meningkatkan asupan buah dan sayur, anjurkan menghindari terpapar suhu ekstrem, anjurkan menggunakan tabir surya SPF minimal 30 saat berada di luar rumah, anjurkan mandi dan menggunakan sabun secukupnya.

d. Pelaksanaan

Pelaksanaan menurut Mendri & Agus (2018), yaitu:

- 1) Mencegah kerusakan integritas kulit
  - a) Mengkaji secara dini tanda – tanda kerusakan integritas kulit
  - b) Memberikan perawatan kulit khususnya daerah perianal dan mulut
  - c) Mengganti posisi anak dengan sering
  - d) Menganjurkan intake dengan kalori dan protein yang adekuat.

e. Evaluasi

Evaluasi adalah tindakan intelektual untuk melengkapi proses keperawatan yang mendakan seberapa jauh diagnoasa keperawatan. Rencana tindakannya dan pelaksanaanya sudah berhasil dicapai. Tujuan evaluasi adalah untuk melihat kemampuan klien dalam mencapai tujuan. Evaluasi yang diharapkan mengacu pada SLKI, (2019) pada gangguan integritas kulit :

- 1) elastisitas meningkat
- 2) hidrasi meningkat
- 3) kerusakan intergritas kulit menurun
- 4) kerusakan lapisan kulit menurun.

f. Dokumentasi Keperawatan

Dokumentasi keperawatan adalah bukti pencatatan dan pelaporan yang dimiliki. Dokumentasi keperawatan mempunyai 3 prinsip yaitu : *Brevity, Legibility dan Accuracy* menurut Setiadi, (2013)

1) *Brevity*

Dalam melakukan pendokumentasian perawat harus *brevity*, *brevit* adalah ringkas. Jadi kita dalam mencatat dokumentasi keperawatan harus ringkas dan tidak perlu memasukkan kata - kata atau kalimat yang tidak penting dan mempunyai makna yang tidak sesuai.

## 2) *Legibility*

*Legibility* yaitu dimana dalam penulisan atau pencatatan dokumentasi keperawatan harus mudah dibaca dan dipahami oleh perawat lain atau profesi lain yang ikut dalam pendokumentasian.

## 3) *Accuracy*

*Accuracy* adalah sesuai dengan data yang ada ada klien. Kita harus memasukan dalam data dalam dokumentasi keperawatan harus benar dan sesuai baik identitas, laoraturium dan radiologi pada setiap klien.

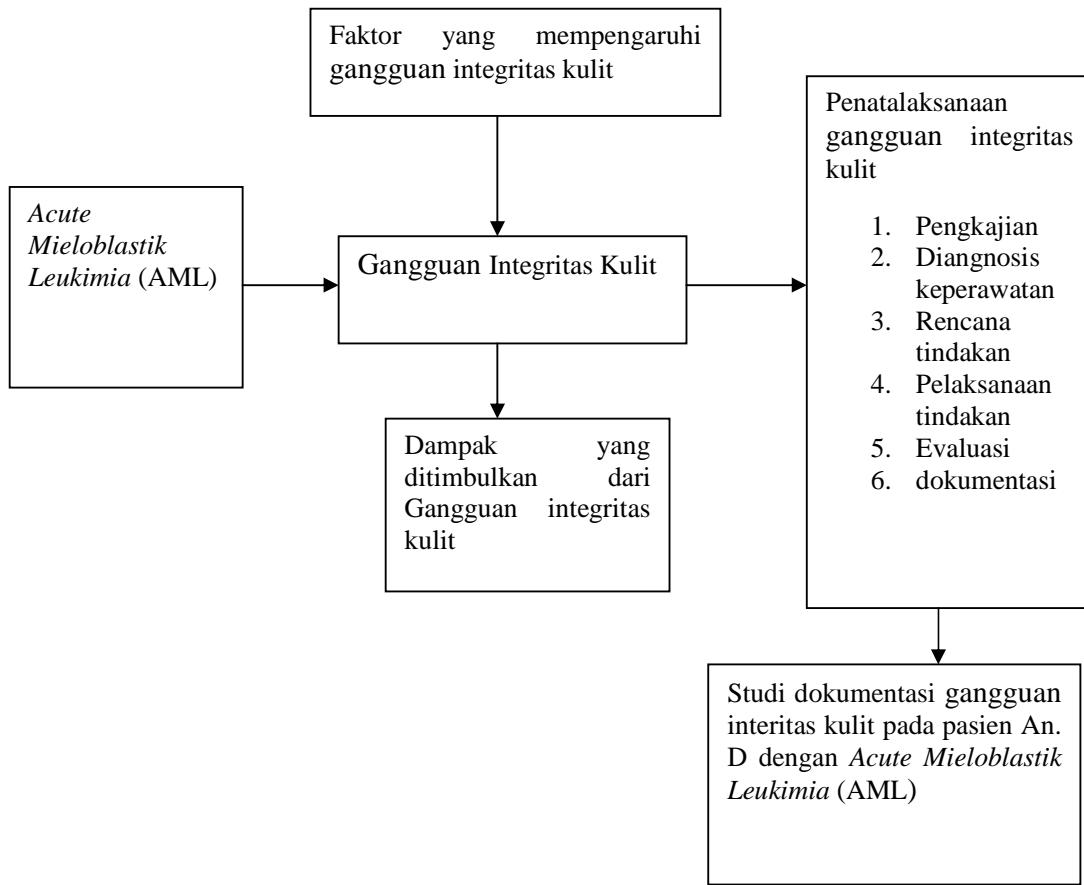
Menurut Deswani (2011) dokumentasi adalah sesuatu yang ditulis atau dicetak, kemudian diandalkan sebagai catatan bukti bagi orang yang berwenang, dan merupakan bagian dari praktik professional. Dokumentasi keperawatan merupakan informasi tertulis tentang status dan perkembangan kondisi klien serta semua kegiatan asuhan keperawatan yang dilakukan oleh perawat (Setiadi, 2013).

Tujuan dokumentasi keperawatan menurut Setiadi (2013), tujuan dari dokumentasi keperawatan yaitu :

- 1) Sebagai sarana komunikasi
- 2) Sebagai Tanggung Jawab dan Tanggung Gugat
- 3) Sebagai Informasi Statistik
- 4) Sebagai Sarana Pendidikan

- 5) Sebagai Sumber Data Penelitian
- 6) Sebagai Jaminan Kualitas Pelayanan Kesehatan
- 7) Sebagai Sumber Data Perencanaan Asuhan Keperawatan Berkelanjutan.

## B. Kerangka Teori



Gambar 1.1

Sumber : Tim pokja SDKI DPP PPNI (2017), Tim pokja SIKI DPP PPNI (2018)

## **BAB III**

### **METODE PENELITIAN**

#### **A. Jenis dan Rancangan Penelitian**

Penelitian ini menggunakan rancangan deskriptif dengan desain berupa studi kasus dengan pendekatan studi dokumentasi yaitu menggambarkan suatu peristiwa atau kasus dengan memanfaatkan dokumentasi laporan asuhan keperawatan dengan masalah gangguan integritas kulit pada pasien anak dengan *Acute Mieloblastik Leukimia (AML)*

#### **B. Objek Penelitian**

Objek penelitian adalah sasaran untuk mendapatkan data dengan tujuan dan kegunaan tertentu tentang suatu hal yang objektif, valid dan reliabel tentang suatu hal ( Sugiyono, 2010). Objek dalam penelitian ini adalah satu kasus asuhan keperawatan yang dilaporkan dari KTI ( Karya Tulus Ilmiah) Akper YKY yang ditulis tahun 2015.

#### **C. Lokasi dan Waktu penelitian**

Penelitian ini dilakukan di kampus akper yky pada Februari sampai bulan Juni 2020

#### **D. Definisi Operasional**

Definisi operasional adalah seperangkat petunjuk yang lengkap tentang apa yang harus diamati dan mengukur suatu variabel atau konsep untuk menguji kesempurnaan (Sugiyono,2014). Adapun definisi operasional adalah sebagai berikut :

Tabel 2.1

NO	Variabel	Definisi Operasional
1.	Gangguan Integritas Kulit	Gangguan Integritas kulit adalah kerusakan kulit yang terjadi pada lapisan kulit luar dan dermis kulit atau jaringan biasa terjadi pada pasien <i>Acute Mieloblastik Leukimia (AML)</i>

Sumber : Studi Dokumentasi

#### **E. Instrumen Studi Kasus**

Pada penelitian studi kasus ini, intrumen penelitian adalah penelitian itu sendiri ( Sugiyono, 2015). Bahwa dalam penelitian kualitatif yang menjadi instrumen penelitian adalah peneliti itu sendiri. Peneliti kualitatif sebagai *human instrument* berfungsi menetapkan fokus penelitian, memilih informan sebagai sumber data, melakukan pengumpulan data, menilai kualitas data, analisis data, menafsirkan data dan membuat kesimpulan atas temuannya.

## **F. Teknik Pengumpulan Data**

Dalam penelitian ini pengumpulan data yang dilakukan sebagai berikut

:

1. Memilih kasus tahun 2015 di perpustakaan Akper YKY Yogyakarta
2. Mengambil yang sesuai dengan kasus pasien anak dengan gangguan integritas kulit
3. Menetapkan karya tulis ilmiah tahun 2015

## **G. Analisis Data**

Teknik analisis data menggunakan teknik analisis deskriptif- kualitatif yaitu dengan cara :

1. Mengevaluasi kasus yang diperoleh dan mencermati kasus asuhan keperawatan gangguan integritas kulit dokumen untuk memperoleh data penunjang yang menghasilkan data untuk selanjutnya
2. Menginterpretasikan oleh peneliti dan dibandingkan dengan teori atau artikel peneliti yang ada sebagai bahan untuk memberikan rekomendasi dalam penelitian yang dilakukan
3. Membandingkan kasus gangguan integritas kulit dengan teori atau artikel.

## **H. Etika Studi Kasus**

Etika studi kasus yang digunakan antara lain :

1. *Anonymity*

*Anonymity* diberikan untuk memberikan tanggung jawab dalam penggunaan sujek peneliti dengan cara tidak memberikan atau mencantumkan nama responden pada lembar atau alat ukur, hanya menulis kode nama inisial pada lembar penumpulan data atau hasil penelitian yang akan disampaikan

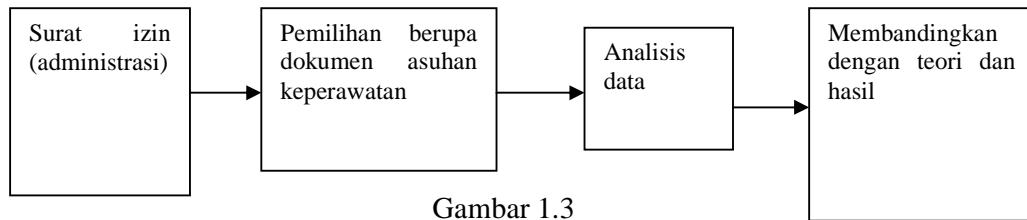
2. *Confidentiality*

*Confidentiality* adalah prinsip etis atau hak hukum yang seorang dokter atau profesional kesehatan lainnya akan memegang rahasia semua informasi yang berkaitan dengan pasien, kecuali pasien memberikan persetujuan memungkinkan pengungkapan (*American Heritage Dictionary*).

3. *Justice*

*Justice* sering kali mengacu pada keadilan. Perawat sering mengambil keputusan dengan menggunakan rasa keadilan. Sebagai contoh, seorang perawat sendirian di sebuah unit rumah sakit, dan seorang perawat tersebut pada saat yang sama ketika klien lain membutuhkan pengobatan nyeri. Daripada berlari-larian dari satu klien ke klien lain, perawat menimbangkan situasi dan kemudian melakukan tindakan berdasarkan pada prinsip keadilan.

## I. Kerangka Alur



Gambar 1.3

Sumber : Studi dokumentasi

## **BAB 1V**

### **HASIL DAN PEMBAHASAN**

#### **A. Hasil**

##### **1. Karakteristik Partisipan**

Karakteristik partisipan yaitu dengan kasus pasien kanker *Acute Mieloblastik Leukimia* (AML) dengan masalah keperawatan gangguan integritas kulit. Pasien An. D berumur 11 tahun 2 bulan 22 hari, dengan jenis kelamin perempuan, beragama islam, pekerjaan pelajar, dan belum menikah.

##### **2. Gambaran Asuhan Keperawatan**

Berdasarkan hasil pengkajian dilakukan pada hari Kamis 4 Juni 2015 jam 08.00 wib didapat data pasien An. D mengatakan ada bisul di kaki kanan, di paha kanan di mata kaki kiri dan di bokong. Bisul terasa perih jika tersentuh. Pasien mengatakan pusing. Ayah pasien mengatakan keluhan utama saat pasien sakit sariawan dan peradangan, pasien sulit makan, Sewaktu di rumah sakit pernah di coba untuk di pasang NGT tapi pasien muntah. Pasien masuk RS. Hidayatullah di rujuk ke RSUP Dr. Sardjito karena sudah ketahuan memiliki penyakit Leukimia.

Riwayat kesehatan pasien, Ayah pasien mengatakan pasien sariawan dan peradangan dan lama tidak sembuh-sembuh lalu di periksakan ke puskesmas di beri obat dan tidak sembuh lalu periksa di rumah sakit Hidayatullah dan di lakukan cek laboratoritum dan hasilnya pasien positif memiliki penyakit leukemia.Saat itu juga pasien di rujuk ke RSUP Dr.Sardjito dan di opname.Pasien mendapat 50 kemoterapi yang pertama pada bulan Oktober 2014 lalu kemoterapi terakhir pada bulan Maret 2015.Sebelumnya pasien tidak pernah opname di rumah sakit. Pasien mengatakan menyukai bagian tubuhnya yaitu rambut,tetapi rambutnya sekarang rontok karena efek kemoterapi. Pasien mengatakan malu tentang kondisinya jika ada teman - temannya. Pasien mengatakan sudah tidak mau sekolah.

Setelah diagnosa ditegakkan didapatkan diagnosa keperawatan utama pada An. D yaitu kerusakan integritas kulit. Selanjutnya rencana keperawatan yang dilakukan untuk kerusakan integritas kulit berhubungan dengan efek kemoterapi. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan pasien tissue integrity dengan kriteria hasil yang pertama integritas kulit yang baik bisa di pertahankan (sensasi,elastic,temperatur,hidrasi,pigmentasi ), yang kedua tidak ada luka/lesi pada kulit, yang ketiga perfusi jaringan baik tidak ada tanda kemerahan, yang keempat mampu melindungi kulit dan mempertahankan

kelemabapan kulit dan perawatan alami. Rencana tindakan yang diberikan yaitu ressure management : monitor kulit adanya kemerahan, anjurkan pasien untuk menggunakan pakaian yang longgar, jaga kebersihan kulit agar tetap bersih dan kering, oleskan lotion atau salep pada daerah yang terkena, ajarkan pasien mandiri memberikan salep, monitor kebersihan lingkungan.

Implementasi memonitor kulit adanya kemerahan, mengajurkan pasien untuk menggunakan pakaian yang longgar, menjaga kebersihan kulit agar tetap bersih dan kering, mengoleskan lotion atau salep pada daerah yang terkena, mekebersihan lingkungan. Evaluasi pada An. D masalah kerusakan integritas kulit belum teratasi karena pasien mengatakan bisulnya perih jika di sentuh. Terdapat bisul dikaki kanan, dipaha kanan, di mata kaki kiri, dan bokong. Sehingga rencana keperawatan dapat dilanjutkan dengan monitor kulit adanya kemerahan , anjuran pasien untuk menggunakan pakaian yang longgar, jaga kebersihan kulit agar tetap bersih dan kering, oleskan lotion atau salep pada daerah yang terkena.

## **B. Pembahasan**

Berdasarkan studi dokumentasi yang telah dilakukan oleh penulis sebelumnya didapatkan hasil pegkajian pada An. D pemeriksaan fisik, ada bisul di kaki kanan, di paha kanan di mata kaki kiri dan di bokong sehingga pasien kesulitan untuk bergerak atau berjalan sendiri. Kekuatan tonus otot untuk tangan kanan dan kiri 4, sedangkan kekuatan tonus otot pada kaki kanan dan kiri 4. Bisul terasa perih jika tersentuh. Pasien mengatakan pusing, Ayah pasien mengatakan pasien sariawan dan peradangan dan lama tidak sembuh-sembuh. Ayah pasien mengatakan bahwa An. D mempunyai penyakit leukemia. Pasien mendapat kemoterapi yang pertama pada bulan Oktober 2014 lalu kemoterapi terakhir pada bulan Maret 2015.

Pengkajian tersebut sesuai dengan teori yang diungkapkan oleh Kyle, Terry & Susan Carman, (2012). Bahwa dilakukan pemerikasaan fisik meyeluruh. Kaji palor pada kulit dan lesi papular berwarna merah muda kekuningan atau biru keabu-abuan. Menurut lala (2010) orang yang menerima pengobatan untuk kanker berisiko mengalami sakit mulut dan bisul sebagai efek samping dari kemoterapi.

Menurut Mendri & Agus (2018) anak-anak yang sebelumnya menerima radiasi atau kemoterapi untuk kanker jenis lain juga memiliki resiko yang lebih tinggi untuk leukemia. Hal ini juga terjadi pada anak-anak yang mengonsumsi obat-obatan medis untuk menekan sistem kekebalan tubuh mereka setelah transplasi organ.

Dalam kebanyakan kasus, orang tua atau anak-anak tidak memiliki kontrol atas faktor-faktor yang memicu *Acute Mieloblastik Leukimia* (AML). Kebanyakan leukimia timbul dari mutasi (perubahan) *noninherited* dalam gen pertumbuhan sel-sel darah. Hal ini terjadi secara acak dan tak terduga, saat ini belum ada cara yang efektif untuk mencegah sebagian besar jenis leukimia.

Berdasarkan studi dokumentasi penulis sebelumnya karakteristik responden berjenis kelamin laki-laki. Menurut teori Rahmadin, 2017 pada penderita *Acute Mieloblastik Leukimia* (AML) menyebutkan bahwa berjenis kelamin laki-laki ada sebanyak 59,7% berbanding dengan pasien berjenis kelamin perempuan yaitu sebanyak 40,3%. Pada teori Pujiwati, (2018) juga menyatakan bahwa penderita leukemia banyak ditemukan pada laki-laki sebanyak 23 anak (76,7%) dibandingkan dengan perempuan sebanyak 7 anak (23,3%).

Berdasarkan studi dokumentasi pada An. D ditegakkan diagnosis keperawatan kerusakan integritas kulit berhubungan dengan efek kemoterapi. Ditandai dengan Pasien mengatakan ada bisul dan rasanya perih jika tersentuh. Terdapat bisul di kaki kanan, di paha kanan, di mata kaki kiri dan di bokong. Menurut Mendri & Agus (2018) diagnosis yang muncul pada pasien *Acute Mieloblastik Leukimia* (AML). Antara lain resiko infeksi, resiko injury, resiko kekurangan volume cairan, perubahan nutrisi, kerusakan integritas kulit, nyeri, perubahan proses keluarga dan berduka.

Menurut Tim pokja SDKI DPP PPNI, (2017) Gangguan integritas kulit merupakan kerusakan kulit (dermis dan / atau epidermis). Kerusakan integritas kulit menurut Nanda (2018) adalah kerusakan pada epidermis dan atau dermis. Penyebab gangguan integritas kulit menurut Tim pokja SDKI DPP PPNI, (2017) adalah perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi (kelebihan atau kekurangan), kekurangan/ kelebihan volume cairan, penurunan mobilitas, bahan kimia iritatif, suhu lungkunan yang ekstrem, faktor mekanis (mis: penekanan pada tonjolan tulang, gesekan) atau faktor elektris (elektrodiatermi, energy listrik bertegangan tinggi), efek samping terapi radiasi, kelemabapan, proses penuaan, neuropati perifer, perubahan pigmentasi, perubahan hormon dan kurang terpapar informasi tentang upaya mempertahankan/ melindungi integritas jaringan.

Berdasarkan studi dokumentasi yang dilakukan oleh penulis perencana keperawatan yang dilakukan untuk kerusakan integritas kulit berhubungan dengan efek kemoterapi. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan pasien tissue integrity dengan kriteria hasil yang pertama integritas kulit yang baik bisa dipertahankan (sensasi, elastic, temperatur, hidrasi, pigmentasi), yang kedua tidak ada luka/lesi pada kulit, yang ketiga perfusi jaringan baik tidak ada tanda kemerahan, yang keempat mampu melindungi kulit dan mempertahankan kelemabapan kulit dan perawatan alami.

Rencana tindakan yang diberikan yaitu ressure management : monitor kulit adanya kemerahan, anjurkan pasien untuk menggunakan pakaian yang longgar, jaga kebersihan kulit agar tetap bersih dan kering,oleskan lotion atau salep pada daerah yang terkena, ajarkan pasien mandiri memberikan salep, monitor kebersihan lingkungan.

Menurut tim pokja SIKI DPP PPNI, (2018) dan tim pokja SLKI DPP PPNI, (2019) perencanaan keperawatan yang dilakukan pada kasus gangguan integritas kulit dapat mencapai intergritas kulit dan jaringan dengan kriteria hasil elastisitas meningkat, hidrasi meningkat, kerusakan intergritas kulit menurun, kerusakan lapisan kulit menurun.

Rencana tindakan yang diberikan yaitu perawatan integritas kulit : identifikasi penyebab gangguan intergritas kulit (misal perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi, penurunan kelembaban, suhu lingkungan ekstrem, penurunan mobilitas).Ubah posisi tiap 2 jam jika tirah baring, lakukan pemijatan pada area penonjolan tulang jika perlu, bersihkan perineal dengan air hangat terutama selama periode diare, gunakan produk berbahan petroleum atau minyak pada kulit kering, gunakan produk berbahan ringan/ alami dan hiperoalergik pada kulit sensitif, hindari produk berbahan dasar alkohol pada kulit kering.Anjurkan menggunakan pelembab (misal *lotion*, *serum*), anjurkan minum air yang cukup, anjurkan meningkatkan asupan nutrisi, anjurkan meningkatkan asupan buah dan sayur, anjurkan menghindari terpapar suhu ekstrem, anjurkan menggunakan tabir surya

SPF minimal 30 saat berada di luar rumah, anjurkan mandi dan menggunakan sabun secukupnya.

Berdasarkan dengan studi dokumentasi gangguan integritas kulit pada An. D pelaksanaan yang dilakukan oleh penulis sebelumnya yang dilaksanakan pada hari Kamis, 4 Juni 2015 jam 08.30 memonitor kulit adanya kemerahan (tidak adanya tanda kemerahan). Jam 08.40WIB menganjurkan pasien untuk menggunakan pakaian yang longgar (pasien menggunakan pakaian yang longgar). Jam 10.00 WIB menjaga kebersihan kulit agar tetap bersih dan kering (kulit pasien kering). Sedangkan Menurut Mendri & Agus (2018), yaitu mencegah kerusakan integritas kulit, mengkaji secara dini tanda – tanda kerusakan integritas kulit, memberikan perawatan kulit khususnya daerah perianal dan mulut, mengganti posisi anak dengan sering dan menganjurkan intake dengan kalori dan protein yang adekuat.

Menurut Fakih, (2013) fungsi perawat dalam melaksanakan pelayanan kesehatan ada tiga fungsi yaitu fungsi keperawatan mandiri, ketergantungan dan kolaboratif. Fungsi keperawatan mandiri (Independent) adalah aktivitas keperawatan yang dilaksanakan atas inisiatif perawat itu sendiri berdasarkan ilmu dan kiat perawat. Fungsi keperawatan ketergantungan (Dependent) adalah aktivitas keperawatan yang dilaksanakan atas perintah dokter atau dibawah pengawasan dokter. Selanjutnya yang dimaksut fungsi keperawatan kolaboratif

(Interdependent) adalah aktivitas yang dilaksanakan atas kerja sama dengan pihak lain atau tim tenaga kesehatan lain.

Berdasarkan hasil studi dokumentasi evaluasi dari penulis sebelumnya mengenai gangguan integritas kulit pada pasien An. D pada hari Senin, 5 Juni 2015 Jam 13.30 WIB. Data subjektif pasien mengatakan bisulnya perih jika di sentuh. Data objektif terdapat bisul dikaki kanan, dipaha kanan, di mata kaki kiri, dan bokong, tidak ada tanda kemerahan pada bisul. *Assesment* masalah kerusakan integritas kulit belum teratasi. *Planning* lanjutkan intervensi : monitor kulit adanya kemerahan, anjuran pasien untuk menggunakan pakaian yang longgar, jaga kebersihan kulit agar tetap bersih dan kering, oleskan lotion atau salep pada daerah yang terkena. Nama terang perawat (Dhita).

Pada studi dokumentasi penulis sebelumnya, belum dicantumkan paraf hanya ada nama terang penulis dan pada kolom pelaksanaan tidak ada evaluasi subjektif dan objektif. Pada kolom evaluasi asuhan keperawatan penulis mencantumkan tanggal dan hari tidak sama dengan hari pelaksanaan. Menurut Anggraini, Purwaningsih & Eka (2010) dokumentasi yang baik mencerminkan tidak hanya kualitas perawat tetapi juga membuktikan pertanggunggugatan setiap anggota tim perawatan dalam memberikan perawatan. Masalah yang sering muncul dan dihadapi di Indonesia dalam pelaksanaan asuhan keperawatan adalah banyak perawat yang belum melakukan pelayanan

keperawatan sesuai standar asuhan keperawatan. Pelaksanaan asuhan keperawatan juga tidak disertai pendokumentasian yang lengkap. Pendokumentasian yang akurat merupakan salah satu pertahanan diri terbaik betuntutan yang berkaitan dengan asuhan keperawatan. Menurut Fatimah, (2017) ciri dokumentasi asuhan keperawatan yang baik adalah berdasarkan fakta (*factual basic*), akurat (*accurat*), lengkap (*complements*), ringkas (*conciseness*), terorganisir (*organization*), waktu yang tepat (*time liness*), dan bersifat mudah dibaca (*legibility*).

Pada saat melakukan penyusunan studi dokumentasi ini penulis mendapatkan faktor pendukung dan faktor penghambat, faktor pendukung yang didapatkan dalam pelaksanaan studi dokumentasi ini yaitu penulis mempunyai bahan untuk dibandingkan dengan bahan atau referensi untuk dibahas, bahan tersebut seperti penelitian – penelitian yang sudah tersedia sehingga penulis dapat membandingkan data dengan penelitian dan teori yang sudah ada. Faktor pendukung lainnya mengguankan satu diagnosis dan satu pasien. Selama penulis melakukan studi dokumentasi ada beberapa keterbatasan diantaranya situasi yang saat ini ditengah pandemi Covid-19 tidak memungkinkan mendapatkan data primer secara langsung dan kelemahan penyusun KTI terletak pada metode yang digunakan. Data yang digunakan merupakan data sekunder, sehingga penulis tidak dapat bertemu langsung ke pasien.

## **BAB V**

### **PENUTUP**

#### **A. Kesimpulan**

Dari hasil Karya Tulis Ilmiah tersebut didapatkan kesimpulan seperti yang disebutkan di bawah ini, diantaranya :

1. Diketahui hasil pengkajian dari gangguan integritas kulit dengan *Acute Mieloblastik Leukimia* (AML) pada An. D yaitu data pasien An. D mengatakan ada bisul di kaki kanan, di paha kanan di mata kaki kiri dan di bokong. Bisul terasa perih jika tersentuh. Pengkajian tersebut sudah sesuai menurut teori Kyle, Terry & Susan Carman , (2012).
2. Diketahuinya hasil studi dokumentasi mengenai diagnosis keperawatan pada pasien An. D dengan *Acute Mieloblastik Leukimia* (AML) adalah gangguan kerusakan integritas kulit berhubungan dengan efek kemoterapi. Diagnosis tersebut sudah sesuai menurut Tim pokja SDKI DPP PPNI, (2017).
3. Diketahuinya studi dokumentasi mengenai perencanaan keperawatan pada An. D dengan *Acute Mieloblastik Leukimia* (AML) dilakukan tindakan monitor kulit adanya kemerahan, anjurkan pasien untuk menggunakan pakaian yang longgar, jaga kebersihan kulit agar tetap bersih dan kering, oleskan lotion atau salep pada daerah yang terkena, ajarkan pasien mandiri memberikan salep, monitor kebersihan lingkungan, sudah sesuai menurut tim pokja SIKI DPP PPNI, (2018) dan tim pokja SLKI DPP PPNI, (2019).

4. Diketahuinya studi dokumentasi mengenai pelaksanaan keperawatan pada An. D dengan *Acute Mieloblastik Leukimia* (AML) tidak sesuai menurut Mendri & Agus (2018), yaitu mencegah kerusakan integritas kulit, mengkaji secara dini tanda – tanda kerusakan integritas kulit, memberikan perawatan kulit khususnya daerah perianal dan mulut, mengganti posisi anak dengan sering dan menganjurkan intake dengan kalori dan protein yang adekuat.
5. Diketahuinya hasil studi dokumentasi evaluasi mengenai gangguan integritas kulit, dengan merujuk pada tujuan yang telah ditetapkan sehingga dapat disimpulkan bahwa masalah gangguan integritas kulit pada An. D belum teratasi

## **B. Saran**

Berdasarkan gambaran penulis dalam melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien An. D gangguan integritas kulit dengan *Acute Mieloblastik Leukimia* (AML) maka penulis perlu menyampaikan beberapa saran untuk :

1. Institusi pendidikan Akademi Keperawatan “YKY” Yogyakarta. Dijadikan tambahan referensi bacaan bagi mahasiswa Akademi Keperawatan “YKY” Yogyakarta dalam memberikan asuhan keperawatan Gangguan Integritas Kulit pada pasien anak dengan *Acute Mieloblastik Leukimia* (AML)

## 2. Penulis

Agar meningkatkan wawasan dan pengetahuan dalam menerapkan proses keperawatan selama menempuh pendidikan di Akademi Keperawatan “YKY” Yogyakarta terutama menerapkan asuhan keperawatan Gangguan Integritas Kulit pada pasien anak dengan *Acute Mieloblastik Leukimia (AML)*

## 3. Bagi peneliti selanjutnya

Mencari metode lain atau sample dan subjek lebih dari satu menggunakan aplikasi kasus, memperpanjang waktu dalam penelitian dan untuk dibaca agar meningkatkan wawasan dan pengetahuan dalam menerapkan asuhan keperawatan gangguan integritas kulit pada pasien anak dengan *Acute Mieloblastik Leukimia (AML)*

## **Daftar Pustaka**

- Anggraini, Purwaningsih & Eka. (2010). Analisis faktor penyebab pelaksanaan pendokumentasian asuhan keperawatan berdasarkan *balanced scorecard*. *Jurnal Ners* vol.5
- Desmawati. (2013). Sistem Hematologi Dan Imunologi Asuhan Keperawatan Umum dan Maternitas.
- Deswani. (2011). Proses Keperawatan dan Bepikir Kritis. Jakarta: Salemba Medika
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. Register Kanker Berbasis Rumah Sakit di RS Kanker Dharmais tahun 2003- 2007.(2012). Bagian penelitian dan Pengembangan RS Kanker Dharmais. <https://www.scribd.com/doc/111890699/Registrasi-Kanker-Berbasis-Rumah-Sakit-Di-RSKD-2003-2007>
- Fakih, M. (2013). Kedudukan hukum tenaga keperawatan dependen dalam transaksi teraupetik. Fakultas Hukum Universitas Lampung. *Yustisia* vol.2
- Fatimah. (2017). Penerapan model pendokumentasian asuhan keperawatan pada ruang rinra sayang ii di rsud haji makassar. Fakultas kedokteran dan ilmu kesehatan universitas islam negeri alauddin makassar. [digilib.uin-suka.ac.id/1026/1/BAB%20I%2C%20BAB%20IV%2C%20DAFTAR%20OPUSTAKA.pdf](https://digilib.uin-suka.ac.id/1026/1/BAB%20I%2C%20BAB%20IV%2C%20DAFTAR%20OPUSTAKA.pdf) skripsi fatimah
- Hendrawati Sri, Ike Nurhidayat & Ai Mardhiyah. (2019). Self- Efficacy Parents In Undergoing Child Cancer Treatment At The Rumah Kanker Anak Cinta Bandung. *NurseLine Journal*. Vol 4. <https://jurnal.unej.ac.id/index.php/NLJ/article/view/8911>
- Hikari Ambara sjakti, Djajadiman Gatot, E. W. (2012). *Hasil Pengobatan Leukemia Mieloblastik Akut pada Anak*
- Kementerian Kesehatan. (2015). Infodating Kanker. Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Jakarta
- Kyle, Terri & Susan Carman. (2012). *Buku Ajar Keperawatan Pediatrik* vol 4.Edisi 2.Jakarta:EGC

- Mendri, Ni Ketut & Agus Sarwo Prayogi. (2018). *Asuhan Keperawatan pada Anak Sakit & Bayi Resiko Tinggi*. Yogyakarta : Pustaka Baru Press
- Manurung, S. (2011). Buku Ajar Keperawatan Maternitas Asuhan Keperawatan intranatal. Jakarta: Trans Info Media
- NANDA Internasional. (2018-2020). Diagnosis Keperawatan Definisi Dan Klasifikasi. Edisi 11. Jakarta: EGC
- Nurarif, A. H., & Kusuma, H. (2015). Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis & Nanda NIC-NOC Edisi Revisi Jilid 2.
- Padila. (2013). Asuhan Keperawatan Penyakit Dalam.
- Setiadi.(2013). Konsep dan Praktik Penulisan Riset Keperawatan (2nd ed.). Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Siregar, S. (2013). Metodelogi Pelitian Kualitatif. Jakarta: Kencana Prenada Media Group
- Sudoyo, A. W., Setiyohadi, B., Alwi, I., K, M. S., & Setiati, S. (2010). Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam (V). Jakarta Pusat
- Sugiyono.(2013). *Metode Penelitian Pendidikan Pendekatan Kuantitatif, kualitatif, dan R & D*. Bandung: Alfabet
- Summary, E., & Relevance, P. H. (2014). Acute Myelogenous Leukemia ( Including Acute Promyelocytic Leukemia )
- Tim pokja SDKI DPP PPNI.(2017).Standar *Diagnosis Keperawatan Indonesia Definisi dan Indikator Diagnostik*. Jakarta:DPP PPNI
- Tim pokja SIKI DPP PPNI.(2018).Standar *Intervensi Keperawatan Indonesia Definisi dan Indikator Diagnostik*. Jakarta:DPP PPNI
- Tim pokja SLKI DPP PPNI.(2019).Standar *Luaran Keperawatan Indonesia Definisi dan Kriteria Hasil*. Jakarta:DPP PPNI
- World Health Organization. (2012). Fact of The Cancer. Retrieved from <http://who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/index.html>

## **A. PENGKAJIAN**

### **1. Identitas**

#### **a. Pasien**

- 1) Nama Pasien : An. "D"
- 2) Tempat Tgl Lahir : Yogyakarta 12 November 2015
- 3) Umur ; 11 Tahun 6 bulan 22 hari
- 4) Jenis Kelamin : Perempuan
- 5) Agama : Islam
- 6) Pendidikan : SD
- 7) Pekerjaan : Pelajar
- 8) Status Perkawinan : Belum menikah
- 9) Suku / Bangsa : Jawa/Indonesia
- 10) Alamat : Tegal gendu, Kotagede
- 11) Diagnosa Medis : *Acute Mieloblastik Leukimia (AML) relaps*
- 12) No. RM : 01.70.40.17
- 13) Tanggal Masuk RS : 12 Mei 2015

#### **b. Penanggung Jawab / Keluarga**

- 1) Nama : Tn. K
- 2) Umur : 49 tahun
- 3) Pendidikan : SMP
- 4) Pekerjaan : Wiraswasta

- 5) Alamat : Tegalgedu prenggan kotagede
- 6) Hubungan dengan pasien : ayah kandung
- 7) Status perkawinan : Menikah

## 2. Riwayat Kesehatan

### a. Kesehatan Pasien

#### 1) Keluhan Utama saat Pengkajian

Pasien mengatakan ada bisul di kaki kanan, di paha kanan di mata kaki kiri dan di bokong. Bisul terasa perih jika tersentuh.

#### 2) Riwayat Kesehatan Sekarang

##### a) Alasan masuk RS :

Pasien mengatakan pusing. Ayah pasien mengatakan keluhan utama saat pasien sakit sariawan dan peradangan, pasien sulit makan, Sewaktu di rumah sakit pernah di coba untuk di pasang NGT tapi pasien muntah. Pasien masuk RS. Hidayatullah di rujuk ke RSUP Dr. Sardjito karena sudah ketahuan memiliki penyakit Leukimia.

##### b) Riwayat Kesehatan Pasien ;

Ayah pasien mengatakan pasien sariawan dan peradangan dan lama tidak sembuh-sembuh lalu di periksakan ke puskesmas di beri obat dan tidak sembuh lalu periksa di rumah sakit Hidayatullah dan di lakukan cek laboratorium dan hasilnya pasien positif memiliki penyakit leukemia. Saat itu juga pasien di rujuk ke RSUP Dr. Sardjito dan di opname. Pasien mendapat

kemoterapi yang pertama pada bulan Oktober 2014 lalu kemoterapi terakhir pada bulan Maret 2015. Sebelumnya pasien tidak pernah opname di rumah sakit.

3) Riwayat Kesehatan Dahulu

a) Prenatal

Ayah pasien mengatakan saat hamil istrinya tidak mengalami perdarahan, istrinya mengkonsumsi obat untuk penambah darah. Lama kehamilan 9 bulan 15 hari. Ayah pasien mengatakan tidak mengetahui istrinya periksa ke bidan berapa kali.

b) Perinatal

Ayah pasien mengatakan istrinya melahirkan An. D secara normal dan dibantu oleh bidan. Pada waktu lahir BBL 2800 gram

c) Postnatal

Ayah pasien mengatakan setelah istrinya melahirkan pasien tidak mengalami kecacatan mental dan fisik.

d) Penyakit yang pernah diderita

Ayah pasien mengatakan An. "D" tidak pernah mengalami penyakit Leukimia, biasanya hanya batuk dan pilek.

e) Riwayat Hospitalisasi

Ayah pasien mengatakan pasien pernah menjalani kemoterapi pada bulan Oktober 2014 di rumah sakit RSUP Dr. Sardjito

f) Riwaya Injury

Ayah pasien mengatakan pasien tidak ada luka bekas jahitan  
dan belum pernah mengalami kecelakaan

g) Riwaya Imunisasi

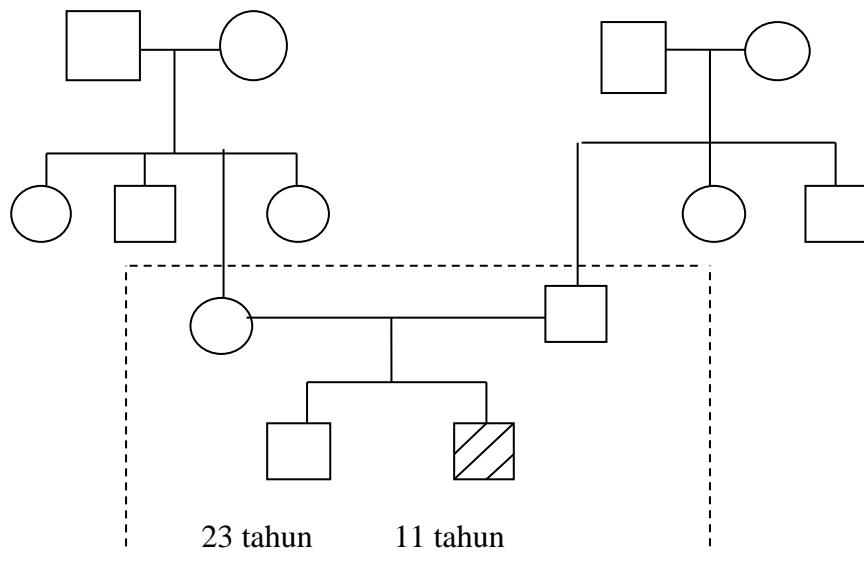
Ayah pasien mengatakan pasien di imunisasi tetapi ada 1  
imunisasi yang tidak di berikan karena ayahnya lupa imunisasi  
apa yang belum di berikan.

h) Riwayat tumbuh kembang

Ayah pasien mengatakan pasien sudah bisa berjalan pada umur  
12 bulan. Bisa mengucapkan kata ibu pada umur 15 bulan. pada  
umur 7 bulan pasien sudah bisa menggenggam tangannya

b. Riwayat Kesehatan Keluarga

1) Genogram



### Keterangan Gambar :

keterangan :



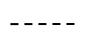
: pasien berumur 11 tahun



: Garis Keturunan



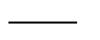
: Perempuan



: Tinggal serumah



: Laki-laki



: Garis Pernikahan

### 2) Riwayat Kesehatan Keluarga

Ayah pasien mengatakan di keluarganya tidak ada yang mempunyai riwayat penyakit menular maupun seperti penyakit yang di derita pasien.

### **3. Kesehatan Fungsional**

#### a. Aspek Fisik – Biologis

##### 1) Nutrisi

Sebelum sakit

Pasien makan 3 kali sehari habis 1 porsi. pasien makan nasi dan lauk jarang makan sayur.

Selama sakit

Pasien makan selama di rumah sakit 3 kali dalam sehari porsi habis setengah porsi tetapi kadang tidak suka makanan dari rumah sakit jadi kadang beli di luar.

2) Pola Eliminasi

sebelum sakit

pasien BAK 5 kali dalam sehari, BAB 1 kali dalam sehari bau khas feses konsistensi lembek.

Selama sakit

Pasien BAK 4-5 kali dalam sehari, BAB 2 hari sekali bau khas feses konsistensi lembek.

3) Pola Aktivitas

a) Keadaan aktivitas sehari – hari

Sebelum sakit

Pasien biasanya di rumah bermain dengan teman-temannya setelah pulang sekolah

Selama sakit

Pasien selama di rumah sakit hanya bisa tiduran, kadang hanya duduk di tempat tidur.

b) Keadaan pernafasan

Sebelum sakit

Pasien tidak sesak nafas, keadaan nafas vesikuler RR 24/menit

Selama sakit

Pasien tidak sesak nafas, keadaan nafas vesikuler RR 22X/menit

## c) Keadaan Kardiovaskuler

Sebelum sakit

Pasien mengatakan jantungnya tidak berdebar-debar,tidak cepat merasa lelah

Selama sakit

Tidak terdapat jantung berdebar, N : 110x/menit, CRT < 2 detik

## (1) Skala ketergantungan

AKTIFITAS	KETERANGAN				
	0	1	2	3	4
Bathing			✓		
Toileting			✓		
Eating	✓				
Moving	✓				
Ambulasi			✓		
Walking			✓		

## Keterangan :

0 = Mandiri/ tidak tergantung apapun

1 = dibantu dengan alat

2 = dibantu orang lain

3 = Dibantu alat dan orang lain

4 = Tergantung total

4) Kebutuhan istirahat – tidur

Sebelum sakit

Pasien mengatakan sebelum sakit tidurnya jam 20.00-05.00 wib.

Tidur siang biasanya 2 jam.

Selama sakit

Pasien mengatakan selama sakit tidur malam dari jam 21.00-

04.00 wib tidur siang sering biasanya 2 jam bangun dan tidur lagi

1 jam.

b. Aspek Psiko-Sosial-Spiritual

1) Pemeliharaan dan pengetahuan terhadap kesehatan

Ayah pasien mengatakan jika di keluarganya ada yang sakit langsung di periksakan ke puskesmas atau rumah sakit.

2) Pola hubungan

Hubungan pasien dengan keluarganya terjalin dengan baik dan hubungan pasien dengan petugas kesehatan juga baik tapi jika bertemu dengan petugas kesehatan laki-laki pasien kadang malu-malu.

3) Koping atau toleransi stress

Pasien mengatakan kalau ada masalah bercerita kepada ayahnya. Pasien mengatakan meminta pendapat biasanya kepada ayahnya.

4) Kognitif dan persepsi tentang penyakitnya

Ayah pasien dan pasien mengatakan sudah mengetahui tentang penyakitnya. Pasien mengatakan menerima kondisinya yang sedang sakit.

5) Konsep diri

a) Gambaran Diri

Pasien mengatakan menyukai bagian tubuhnya yaitu rambut, tetapi rambutnya sekarang rontok karena efek kemoterapi.

b) Harga Diri

Pasien mengatakan malu tentang kondisinya jika ada teman-temannya. Pasien mengatakan sudah tidak mau sekolah.

c) Peran Diri

Pasien mengatakan selama di sekolah sebagai murid, di rumah sakit sebagai pasien, di rumah sebagai anak.

d) Ideal Diri

Pasien mengatakan cita-citanya jika sudah besar ingin menjadi dokter bedah.

e) Identitas Diri

Pasien adalah seorang perempuan, perilaku dan penampilannya selayaknya seorang perempuan.

6) Seksual dan menstruasi

Pasien mengatakan belum datang bulan

7) Nilai

Pasien beragama islam,pasien mengatakan selama di rumah jarang menjalankan shalat 5 waktu.

### c. Aspek Lingkungan Fisik

Ayah pasien mengatakan rumahnya berdekatan dengan parkir truk jadi bising jika berada di depan rumah. Keadaan di sekitar rumah sedikit kotor karena tetangganya kadang membuang sampah sembarangan.

#### 4. Pemeriksaan Fisik

a. Keadaan Umum

### 1) Kesadaran : composmentis

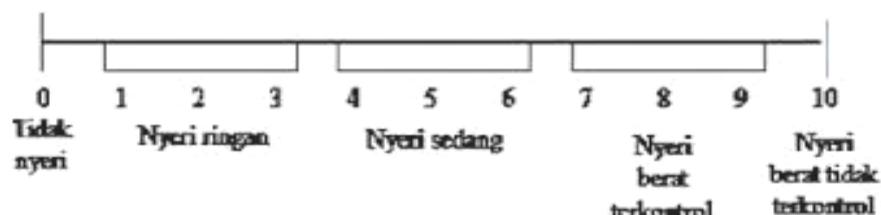
2) Status Gizi :TB = 140cm IMT : 17,4

$$BB = 38 \text{ Kg}$$

3) Tanda Vital :      TD      =      mmHg   Nadi = 110x/mnt

Suhu =37.2°C RR =22 x/mnt

#### 4) Skala Nyeri (Visual analog)



Skala Nyeri (Baker Faces)



Tidak nyeri : 0

Sedang : (4-6)

Ringan : (1-3)

Berat : (7-10)

Skala nyeri : .....

## b. Pemeriksaan Secara Sistematik (Cephalo – Caudal)

## 1) Kulit

Kulit pasien kering, warna kehitaman, CRT &lt; 2detik

## 2) Kepala

Bentuk kepala mesocephal,conjungtiva anemis,telinga kanan dan kiri simetris,hidung tidak ada polip,tidak ada secret,mukosa bibir lembab,tidak ada stomatitis

3) Leher

Tidak ada pembesaran kelenjar thyroid.

4) Tengkuk

Tidak ada kaku kuduk

5) Dada

a) Inspeksi

Dada terlihat simetris,terlihat pergerakan dinding dada, RR:

22x/menit,

b) Palpasi

Tidak ada nyeri tekan,tidak ada benjolan abnormal.

c) Perkusi

Suara dada kanan dan kiri sonor,tidak ada benjolan

d) Auskultasi

Suara nafas vesikuler.Tidak ada suara nafas tambahan.

6) Payudara

a) Inspeksi

Dada simetris antara kanan dan kiri

b) Palpasi

Tidak terdapat nyeri tekan,tidak ada benjolan.

7) Punggung

Tidak ada kelainan tulang belakang,tidak ada luka decubitus.

8) Abdomen

a) Inspeksi

Tidak terdapat luka bekas jahitan

b) Auskultasi

Suara peristaltic usus 12x/menit,bising usus terdengar

c) Perkusi

Terdengar suara thympani.

d) Palpasi

Tidak terdapat nyeri tekan di semua kuadran.

9) Anus dan Rectum

Anus dan rectum tidak ada gangguan semua berfungsi baik.

10) Genitalia

Genitalia bersih,tidak ada bekas jahitan.

11) Ekstremitas

a) Atas

Tidak ada gangguan di ekstremitas atas.Paien terpasang infus

D5 ½ NS di tangan kanan sejak tanggal 3 Juni 2015.

b) Bawah

Terdapat bisul di kaki kanan,dip aha kanan di mata kaki kiri

pasien sehingga kesulitan untuk bergerak atau jalan sendiri

Kekuatan otot	5	5
	4	4

*VIP score (Visual Infusion Phlebitis) Skor visual flebitis*

Tempat suntikan tampak sehat	0	Tidak ada tanda flebitis ✓ Observasi kanula
Salah satu dari berikut jelas: ✓ Nyeri tempat suntikan ✓ Eritema tempat suntikan	1	Mungkin tanda dini flebitis ✓ Observasi kanula
Dua dari berikut jelas : ✓ Nyeri sepanjang kanula ✓ Eritema ✓ Pembengkakan	2	Stadium dini flebitis ✓ Ganti tempat kanula
Semua dari berikut jelas : ✓ Nyeri sepanjang kanula ✓ Eritema ✓ Indurasi	3	Stadium moderat flebitis ✓ Ganti kanula ✓ Pikirkan terapi
Semua dari berikut jelas : ✓ Nyeri sepanjang kanula ✓ Eritema ✓ Indurasi ✓ Venous cord teraba	4	Stadium lanjut atau awal tromboflebitis ✓ Ganti kanula ✓ Pikirkan terapi
Semua dari berikut jelas : ✓ Nyeri sepanjang kanula ✓ Eritema ✓ Indurasi ✓ Venous cord teraba ✓ Demam	5	Stadium lanjut tromboflebitis ✓ Ganti kanula ✓ Lakukan terapi

Hasil pengkajian resiko jatuh (Humpty Dumpty) – lampirkan

Total skore 9, termasuk dalam kategori rendah resiko

## 5. Pemeriksaan Penunjang

### a. Pemeriksaan Patologi Klinik

Tabel 3.4 Pemeriksaan laboratorium An. D di Ruang Kartika 2 di Rumah Sakit RSUP Dr.Sardjito Yogyakarta Tanggal 30 Mei 2015

Tanggal Pemeriksaan	Jenis Pemeriksaan	Hasil (satuan)	Normal
30 Juni 2015	Albumin	3.69 g/dL	3.40-5.00
	Glukosa sewaktu	75 mg/dL	74-140
	Eritrosit	3.63x 10 <sup>6</sup> /uL	4.00-5.20
	Hemoglobin	10.5 g/dL	11.5-15.5
	MCH	29.0 g	27.0-32.0
	MCHC	34.9 g/dL	32.0-36.0
	Hematokrit	30.2 %	35.0-45.0
	MCV	83 %	80-99
	Leukosit	1.18x 10 <sup>3</sup> /uL	45-14.50
	Netrofil #	0.21x 10 <sup>3</sup> /uL	220-480
	Limfosit #	0.79 10 <sup>3</sup> /uL	1.30-0.80
	Monosit #	0.07 10 <sup>3</sup> /uL	0.30-080
	Trimbosit	94X10 <sup>3</sup> /uL	150-450


(Sumber Data Sekunder : 01.70.40.17)

Tabel 3.5 Hasil Pemeriksaan Radiologi

Pasien..... di Ruang ..... Rumah Sakit..... Tanggal...

Hari/ Tanggal	Jenis Pemeriksaan	Kesan/Interpretasi

--	--	--

(Sumber Data Sekunder : RM Pasien)

## 6. Terapi

Tabel 3.6 Pemberian Terapi Pasien An.D di Ruang Kartika 2 Rumah

Sakit RSUP Dr.Sardjito

<b>Hari / Tanggal</b>	<b>Obat</b>	<b>Dosis dan Satuan</b>	<b>Rute</b>	<b>Jam</b>
4 Juni 2015	Ranitidine	50mg	iv	12 jam
	Ondansentron	8 mg	iv	8 jam
	Fluconazole	400 mg	iv	24 jam
	Vancomycin	600 mg	iv	8 jam
	KCL	500 mg	po	8 jam
	Cotrimoxazole	2 tablet	po	8 jam
5 Juni 2015	Ranitidine	50 mg	iv	12 jam
	Ondansentron	8 mg	iv	8 jam
	Fluconazole	400 mg	iv	24 jam
	Vancomycin	600 mg	iv	8 jam
	Leukogen	150 mg	iv	24 jam
	Dipenhidramin	10 mg	iv	8 jam

6 Juni 2015	KCL	500 mg	po	8 jam
	Cotrimoxazole	960 mg	po	8 jam
	Ranitidine	50 mg	iv	12 jam
	Ondansentron	8 mg	iv	8 jam
	Fluconazole	400 mg	iv	24 jam
	Vancomycin	600 mg	iv	8 jam
	Dipenhidramin	10 mg	iv	8 jam
	KCL	500 mg	po	8 jam
	Cotrimoxazole	960 mg	po	8 jam

(Sumber Data Sekunder : 01.70.40.17)

## 7. ANALISA DATA

Tabel 3.7 Analisa Data

Pasien An. D di Ruang Kartika 2 Rumah Sakit RSUP Dr.Sardjito

Tanggal 4 Juni 2015

NO	DATA	PENYEBAB	MASALAH
1.	<p>Ds : Pasien mengatakan ada bisul dan rasanya perih jika tersentuh</p> <p>Do : Terdapat bisul di kaki kanan,di paha kanan,di mata kaki kiri dan di bokong</p>	Efek kemoterapi	Kerusakan integritas kulit
2.	<p>Ds : Pasien mengatakan malas mandi selama di rumah sakit</p> <p>Do : Pasien kotor,pasien bau keringat,kulit pasien ada daki jika di gosok</p>	Penurunan motivasi	Defisit perawatan diri mandi
3.	Ds : -		

		menurunnya sistem pertahanan tubuh	Resiko infeksi
4.	<p>Do : trombosit <math>94 \times 10^3/\mu\text{L}</math>            Leukosit <math>118 \times 10^3/\mu\text{L}</math>            Hemoglobin <math>10.5\text{ g/dL}</math>            Eritrosit <math>3.63 \times 10^3/\text{UL}</math></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Terpasang infuse</li> <li>- D5 ½ NS di tangan kanan</li> </ul> <p>Ds : pasien mengatakan tidak mau di jenguk teman-temannya</p> <p>Do : - rambut pasien rontok efek kemoterapi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kulit kehitaman</li> <li>- Pasien malu jika ada laki-laki yang menghampiri.</li> </ul>	Citra tubuh	Konsep diri
5.	<p>Ds : Ayah pasien mengatakan pasien panas</p> <p>Do : - Akral teraba hangat</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- S : <math>37,6^\circ\text{C}</math></li> <li>- AL : <math>118 \times 10^3/\mu\text{L}</math></li> </ul>	Proses penyakit	Hipertermi

## **B. DIAGNOSA KEPERAWATAN**

1. Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan efek kemoterapi di tandai dengan

Ds : pasien mengatakan ada bisul dan rasanya perih.

Do : terdapat bisul di kaki kanan, di paha kanan, di mata kaki kiri dan bokong.

2. Defisit perawatan diri mandi berhubungan dengan penurunan motivasi di tandai dengan

Ds : pasien mengatakan malas mandi selama di rumah sakit.

Do : pasien kotor, bau keringat ada daki jika di gosok

3. Konsep diri berhubungan dengan citra tubuh di tandai dengan

Ds : pasien mengatakan tidak mau di jenguk teman-temannya

Do : rambut pasien rontok efek kemoterapi

Kulit kehitaman

Pasien malu jika ada laki-laki yang mengahmpirinya.

4. Resiko infeksi berhubungan dengan menurunnya sistem pertahanan tubuh di tandai dengan

Ds : -

Do : trombosit  $94 \times 10^3/\mu\text{L}$

Leukosit  $1.18 \times 10^3/\mu\text{L}$

Hemoglobin 10.5 g/dL

Eritrosit  $3.63 \times 10^3/\mu\text{L}$

Pasien terpasang infuse D5 ½ NS di tangan kanan sejak tanggal 3 Juni

2015

5. Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit di tandai dengan

Ds : keluarga mengatakan pasien panas.

Do : akral teraba hangat

AL :  $1.18 \times 10^3/\mu\text{L}$



## RENCANA ASUHAN KEPERAWATAN

Nama Pasien : An "D"

No. CM : 01.70.40.17

Hari/ TGL/ JAM	DIAGNOSA KEPERAWATAN	PERENCANAAN		PELAKSANAAN	EVALUASI
		TUJUAN	INTERVENSI		
Kamis , 4 Juni 2015 Jam 08.00 WIB	<p>Kerusakan integritas kulit b.d efek kemoterapi ditandai dengan :</p> <p>Ds :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan ada bisul di kaki dan rasanya perih</li> </ul> <p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Terdapat bisul di kaki kanan, di paha kanan, di mata kaki kiri dan bokong</li> </ul>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan pasien mampu mencapai <i>tissue integrity</i> dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Integritas kulit yang baik bisa di pertahankan (sensasi,elastic,tempur atur,hidrasi,pigmentasi )</li> <li>- Tidak ada luka/lesi pada kulit</li> <li>- Perfusi jaringan baik,tidak ada tanda kemerahan.</li> <li>- Mampu melindungi kulit dan mempertahankan</li> </ul>	<p><i>Pressure management</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor kulit adanya kemerahan</li> <li>2. Anjurkan pasien untuk menggunakan pakaian yang longgar</li> <li>3. Jaga kebersihan kulit agar tetap bersih dan kering</li> <li>4. Oleskan lotion atau salep pada daerah yang terkena</li> <li>5. Ajarkan pasien mandiri memberikan salep.</li> <li>6. Monitor kebersihan lingkungan</li> </ol>	<p>Senin,4 Juni 2015 Jam 08.30WIB</p> <p>1. Memonitor kulit adanya kemerahan (tidak adanya tanda kemerahan )</p> <p>Jam 08.4 0WIB</p> <p>2. Mengajurkan pasien untuk menggunakan pakaian yang longgar (pasien menggunakan pakaian yang longgar)</p>	<p>Senin, 5 Juni 2015 Jam 13.30 WIB</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan bisulnya perih jika di sentuh</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Terdapat bisul dikaki kanan,dip aha kanan, di mata kaki kiri, dan bokong</li> <li>- Tidak ada tanda kemerahan pada bisul</li> </ul> <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Masalah kerusakan integritas kulit belum teratasi</li> </ul> <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lanjutkan intervensi</li> </ul>

		kelembaban kulit dan perawatan alami  ( Dhita )	(Dhita)	Jam 10.00 WIB 3. Menjaga kebersihan kulit agar tetap bersih dan kering. (kulit pasien kering)  (Dhita)	- Monitor kulit adanya kemerahan - Anjuran pasien untuk menggunakan pakaian yang longgar - Jaga kebersihan kulit agar tetap bersih dan kering - Oleskan lotion atau salep pada daerah yang terkena  (Dhita)
--	--	---	---------	--	--

## RENCANA ASUHAN KEPERAWATAN

Nama Pasien : An”D”

No. CM : 01.70.40.17

HARI/ TGL/ JAM	DIAGNOSA KEPERAWATAN	PERENCANAAN		PELAKSANAAN	EVALUASI
		TUJUAN	INTERVENSI		
Kamis , 4 Juni 2015  Jam 08.00 WIB	Defisit perawatan diri mandi b.d penurunan motivasi ditandai dengan :  Ds : - Pasien mengatakan malas mandi saat di rumah sakit  Do : - Pasien kotor - Bau keringat - Kulit pasien ada daki jika di gosok	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan pasien mampu mencapai <i>self care deficit hygiene</i> dengan kriteria hasil :  - Mengungkapkan secara verba kepuasan tentang kebersihan tubuh dan hygiene oral  - Menerima bantuan perawatan diri mandi dari pemberi asuhan  - Mampu untuk membersihkan tubuh sendiri secara mandiri atau tanpa alat bantu  - Mampu merawat mulut	<i>Self care assistance Bathing/hygiene</i> 1. Kaji kebersihan tubuh setiap hari  2. Berikan bantuan sampai pasien benar-benar mampu melakukan perawatan diri  3. Anjurkan pasien untuk mandi dan hygiene oral  4. Mengajarkan keluarga untuk mandiri memandikan pasien	Senin, 5 Juni 2015 Jam 09.00 WIB  1. Mengkaji kebersihan tubuh setiap hari ( pasien berkerangat dan bau badan)  (Dhita)  2. Memberikan bantuan sampai pasien benar- benar mampu melakukan perawatan diri (membantu pasien ke kamar mandi)  3. Menganjurkan pasien untuk mandi dan hygiene oral  (Dhita)	Senin, 5 Juni 2015 Jam 13.30 WIB  S : - Pasien mengatakan masih malas untuk mandi  O: - Pasien kotor - Bau keringat - Kulit ada daki jika di gosok  A: - Masalah deficit perawatan diri mandi belum teratasi  P: - Lanjutkan intervensi - Kaji kebersihan tubuh setiap hari - Berikan bantuan sampai pasien benar-

		dan gigi secara mandiri atau tanpa alat bantu  (Dhita)		(pasien mencoba mandi sendiri)  (Dhita)	benar mampu melakukan perawatan diri - Anjurkan pasien untuk mandi dan hygiene oral - Ajarkan keluarga untuk mandiri memandikan pasien  (Dhita)
--	--	---	--	--	---

## RENCANA ASUHAN KEPERAWATAN

Nama Pasien : An”D”

No. CM : 01.70.40.17

HARI/ TGL/ JAM	DIAGNOSA KEPERAWATAN	PERENCANAAN		PELAKSANAAN	EVALUASI
		TUJUAN	INTERVENSI		
kamis, 4 Juni 20115  Jam 08.00 WIB	<p>Konsep diri b.d citra tubuh ditandai dengan :</p> <p>Ds :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pasien mengatakan tidak mau di jenguk teman-temannya</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- rambut pasien rontok efek kemoterapi</li> <li>- kulit kehitaman</li> <li>- pasien malu jika ada laki-laki yang menghampirinya.</li> </ul>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan pasien mampu mencapai harga diri dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Menunjukkan penghargaan diri yang realistik</li> <li>- Mengungkapkan keinginan untuk meningkatkan konsep diri</li> <li>- Berpartisipasi dalam membuat keputusan tentang rencana asuhan</li> <li>- Melatih perilaku yang meningkatkan</li> </ul>	<p>Peningkatan harga diri</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bantu pasien mengidentifikasi respon positif dari orang lain</li> <li>2. Bantu menetapkan tujuan realistik untuk mencapai harga diri yang lebih tinggi</li> <li>3. Ajarkan ketrampilan perilaku positif melalui diskusi</li> <li>4. Beri penguatan atas kekuatiran probadi yang diidentifikasi pasien</li> </ol>	<p>Senin, 5 Juni 2015 Jam 11.20 WIB</p> <p>1. Membantu pasien mengidentifikasi respon positif dari orang lain (pasien hanya di jenguk kakaknya)</p> <p>(Dhita)</p> <p>Jam 11. 45 WIB</p> <p>2. Mengajarkan ketrampilan perilaku positif melalui diskusi (mengajak ngobrol pasien)</p> <p>(Dhita)</p>	<p>Senin, 5 Juni 2015 13.00 WIB</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan tetap tidak mau jika di jenguk teman-temannya</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rambut pasien rontok</li> <li>- Saat berbicara pasien kadang tidak mau menatap</li> </ul> <p>Pasien malu jika ada laki-laki yang menghampiri</p> <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Masalah konsep diri belum teratasi</li> </ul> <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lanjutkan intervensi</li> <li>- Bantu pasien</li> </ul>

	<p>kepercayaan diri.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Mengungkapkan perasaan positif</li><li>- tentang tubuh diri,kemampuan,dan performa peran.</li></ul> <p>(Dhita)</p>	<p>(Dhita)</p>		<p>mengidentifikasi respon positif dari orang lain</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Bantu menetapkan tujuan realistik untuk mencapai harga diri yang lebih tinggi</li><li>- Ajarkan ketrampilan perilaku positif melalui diskusi</li><li>- Beri penguat atas kekuatan atau pribadi yang di identifikasi</li></ul> <p>(Dhita)</p>
--	---	----------------	--	---

## RENCANA ASUHAN KEPERAWATAN

Nama Pasien : An”D”

No. CM : 01.70.40.17

HARI/ TGL/ JAM	DIAGNOSA KEPERAWATAN	PERENCANAAN		PELAKSANAAN	EVALUASI
		TUJUAN	INTERVENSI		
kamis, 4 Juni 2015  Jam 08.00WIB	Resiko infeksi b.d menurunnya sistem pertahanan tubuh ditandai dengan :  Ds : - Do : - Trombosit 94x 10 <sup>3</sup> /uL - Leukosit 118x 10 <sup>3</sup> /uL - Hemoglobin 10.5 g/dL - Eritrosit 3.63x 10 <sup>5</sup> /uL - Pasien terpasang infuse D5 ½ NS di tangan kanan.	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama x24 jam diharapkan pasien mampu mencapai <i>risk control</i> dengan kriteria hasil :  - Tidak ada tanda dan gejala infeksi sistemik (mual,muntah, demam,nyeri,nyeri punggung)  - Angka leukosit dalam batas normal (4.5- 14.50)  - Jumlah hemoglobin dalam batas normal (11.5-15.5)	<ol style="list-style-type: none"> <li>Monitor adanya tanda dan gejala infeksi sistemik (mual,muntah,nyeri, nyeri punggung,demam</li> <li>Pertahankan teknik aseptik sebelum dan sesudah tindakan</li> <li>Pertahankan teknik isolasi</li> <li>Ajarkan keluarga teknik mencuci tangan dengan benar</li> <li>Anjurkan keluarag atau pengunjung untuk mencuci</li> </ol>	<p>Senin, 5 Juni 2015 Jam 08.00 WIB</p> <p>1. Memonitor tanda dan gejala infeksi sistemik (nyeri,mual,muntah, demam,nyeri punggung).</p> <p style="text-align: right;">(Dhita)</p> <p>Jam 08.10 WIB</p> <p>2. Mempertahankan teknik aseptic dengan mencuci tangan sebelum kontak dengan pasien</p> <p>3. Pertahankan teknik isolasi</p> <p>4. Ajarkan keluarga teknik mencuci tangan dengan benar</p> <p>5. Anjurkan keluarag atau pengunjung untuk mencuci</p> <p style="text-align: right;">(Dhita)</p>	<p>Senin, 1 Agustus 2011 Jam 14.00 WIB</p> <p>S : - O : - Tidak ada tanda dan gejala infeksi sistemik - S : 37,5C - Mempertahankan teknik aseptic sebelum dan sesudah kontak dengan pasien - Sudah di berikan antibiotik cotrimoxazole 960mg/8 jam oral</p> <p>A : - Masalah resiko infeksi teratasi sebagian - Tidak terdapat tanda dan gejala infeksi sistemik (nyeri,demam,mual,munta</p>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Keluarga mampu mencuci tangan dengan benar (pencegahan infeksi)</li> </ul> <p style="text-align: right;">(Dhita)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien</li> </ul> <p>6. Kolaborasi pemberian antibiotik cotrimoxazole 960mg/8 jam oral</p> <p style="text-align: right;">(Dhita)</p>	<p>Jam 12.00 WIB</p> <p>3. Memberikan terapi antibiotik cotrimoxazole 960mg/8 jam oral melalui iv</p> <p style="text-align: right;">(Dhita)</p>	<p>h, nyeri punggung)</p> <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lanjutkan intervensi</li> <li>- Monitor tanda dan gejala infeksi sistemik</li> <li>- Pertahankan teknik aseptik</li> <li>- Anjurkan keluarga untuk cuci tangan</li> <li>- Kolaborasi pemberian antibiotik cotrimoxazole 960mg/8 jam oral</li> </ul> <p style="text-align: right;">(Dhita)</p>
--	--	---	--	---	---

## RENCANA ASUHAN KEPERAWATAN

Nama Pasien : An”D”

No. CM : 01.70.40.17

HARI/ TGL/ JAM	DIAGNOSA KEPERAWATAN	PERENCANAAN		PELAKSANAAN	EVALUASI
		TUJUAN	INTERVENSI		
Kamis, 4 Juni 2015  Jam 14.30 WIB	Hipertermi b.d proses penyakit ditandai dengan :  Ds : - Ayah pasien mengatakan pasien panas Do : - Akral teraba hangat\ - S : 37,8 ° C - AL : 118X 10^3/uL	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24jam diharapkan pasien mampu mencapai termoregulasi dengan kriteria hasil :  - Suhu pasien normal (36-37,5° C ) - Kulit tidak teraba hangat - Tidak terjadi kenaikan suhu yang terulang  (Dhita)	1. Monitor TTV TD, Suhu, RR, Nadi pasien/4 jam  2. Lakukan kompres hangat pada dahi pasien dan dio bagian lipatan-lipatan  3. Anjurkan keluarga untuk meningkatkan intake cairan (minum)  4. Kolaborasi pemberian paracetamol oral 350mg  (Dhita)	Senin, 4 Juni 2015 Jam 15.00 WIB  1. Memonitor TTV /4 jam pasien TD : RR : N : S : 37,8 ° C  (Dhita)  2. Menyediakan bantuan sampai pasien mampu secara utuh untuk melakukan perawatan diri yang mandiri  (Dhita)  3. Menganjurkan keluarga untuk meningkatkan intake cairan pasien jika masih panas  (Dhita)  Jam 15.35WIB	Senin, 4 Juni 2015 Jam 16.00 WIB  S : - Pasien mengatakan badannya masih hangat  O : - TD : - RR : - N : - S : 37,6 ° C - Kulit teraba hangat  A : - Masalah hipertermi belum teratasi  P : - Lanjutkan intervensi - Monitor TTV TD, Suhu, Nadi, RR pasien / 4 jam - Lakukan kompres hangat di dahi dan

				(pasien minum 4-5 gelas tiap harinya) (Dhita)	bagian lipatan-lipatan - Anjurkan keluarga untuk meningkatkan intake cairan - Kolaborasi pemberian paracetamol oral 350 mg (Dhita)
--	--	--	--	---	---

## **CATATAN PERKEMBANGAN**

Nama Pasien/ No. RM : An. D  
No. CM : 01.70.40.17

HARI/TGL	DIAGNOSA KEPERAWATAN	JAM (WIB)	PELAKSANAAN	EVALUASI
Kamis 4 Juni 2015 Siang	Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan efek kemoterapi	16.25  16.30	<p>Memonitor kulit adanya kemerahan (ada kemerahan di kulit) Dhita</p> <p>menganjurkan pasien untuk menggunakan pakaian yang longgar (pasien sudah menggunakan pakaian longgar) Dhita</p> <p>Menjaga kebersihan kulit agar tetap bersih dan kering (kulit pasien kering) Dhita</p> <p>Mengoleskan salep bactoderm 10gr dan ketoconazole 15gr (sudah di berikan salep di bisul pasien) Dhita</p>	<p>Kamis 4 Juni 2015 Jam : 18.00 WIB S : pasien mengatakan perih setelah di beri salep O :  <ul style="list-style-type: none"> <li>- Terdapat bisul di kaki kanan, di paha kanan, di mata kaki kiri dan bokong</li> <li>- Ada kemerahan di kulit pasien</li> <li>- Sudah di berikan salep bactoderm 10gr dan ketoconazole 15gr di kulit.</li> </ul> A : Masalah keruakan integritas kulit belum teratas P : lanjutkan intervensi <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor kulit adanya kemerahan</li> <li>- Anjurkan pasien untuk menggunakan pakaian yang longgar</li> <li>- Jaga kebersihan kulit agar tetap bersih dan kering</li> <li>- Oleskan salep pada daerah yang terkena</li> </ul> Dhita </p>



**CATATAN PERKEMBANGAN**

Nama Pasien/ No. RM : An. D  
No. CM : 01/70.40.17

HARI/TGL	DIAGNOSA KEPERAWATAN	JAM (WIB)	PELAKSANAAN	EVALUASI
Kamis 4 Juni 2015 Malam	Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan efek kemoterapi	21.00  21.15	<p>Memonitor kulit adanya kemerahan (kulit adanya kemerahan)</p> <p>Menjaga kebersihan kulit agar tetap bersih dan kering (kulit pasien kering)</p>	<p>Kamis 4 Juni 2015 Jam : 18.00 WIB S : pasien mengatakan bisul perih jika tersenggol</p> <p>O :  <ul style="list-style-type: none"> <li>- Terdapat bisul di kaki kanan, di paha kanan, di mata kaki kiri dan bokong</li> <li>- Kulit adanya kemerahan</li> </ul> <p>A : Masalah keruakan integritas kulit belum teratas</p> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor kulit adanya kemerahan</li> <li>- Anjurkan pasien untuk menggunakan pakaian yang longgar</li> <li>- Jaga kebersihan kulit agar tetap bersih dan kering</li> <li>- Oleskan salep baactoderm 10gr dan ketoconazole 15gr pagi dan sore hari pada daerah yang terkena</li> </ul> <p>Dhita</p> </p>

### CATATAN PERKEMBANGAN

Nama Pasien/ No. RM : An. D  
 No. CM : 01.70.40.17

HARI/TGL	DIAGNOSA KEPERAWATAN	JAM (WIB)	PELAKSANAAN	EVALUASI
Jumat 5 Juni 2015 Pagi	Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan efek kemoterapi	08.30  09.00  09.20	<p>Memonitor kulit adanya kemerahan (kulit adanya kemerahan)</p> <p>menganjurkan pasien untuk menggunakan pakaian yang longgar (pasien sudah menggunakan pakaian yang longgar)</p> <p>Menjaga kebersihan kulit agar tetap bersih dan kering (kulit pasien kering)</p> <p>Mengoleskan salep bactoderm 10gr dan ketoconazole 15gr (sudah di berikan salep pada bisul pasien)</p>	<p>Kamis 4 Juni 2015 Jam : 18.00 WIB S : pasien mengatakan perih setelah di beri salep</p> <p>O :  <ul style="list-style-type: none"> <li>- Terdapat bisul di kaki kanan, di paha kanan, di mata kaki kiri dan bokong</li> <li>- Ada kemerahan di kulit pasien</li> <li>- Sudah di berikan salep bactoderm 10gr dan ketoconazole 15gr di kulit.</li> <li>- Semua bisul belum pernah pecah</li> </ul> </p> <p>A : Masalah keruakan integritas kulit belum teratas</p> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor kulit adanya kemerahan</li> <li>- Jaga kebersihan kulit agar tetap bersih dan kering</li> <li>- Oleskan salep pada daerah yang terkena</li> </ul> <p>Dhita</p>

**CATATAN PERKEMBANGAN**

Nama Pasien/ No. RM : An. D  
No. CM : 01.70.40.17

HARI/TGL	DIAGNOSA KEPERAWATAN	JAM (WIB)	PELAKSANAAN	EVALUASI
Jumat 5 Juni 2015 Siang	Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan efek kemoterapi	16.25  16.30	<p>Memonitor kulit adanya kemerahan (ada kemerahan di kulit)</p> <p>Dhita</p> <p>Menjaga kebersihan kulit agar tetap bersih dan kering (kulit pasien kering)</p> <p>Mengoleskan salep bactoderm 10gr dan ketoconazole 15gr (sudah di berikan salep di bisul pasien)</p> <p>Dhita</p>	<p>Kamis 4 Juni 2015 Jam : 18.00 WIB S : pasien mengatakan perih setelah di beri salep</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Terdapat bisul di kaki kanan, di paha kanan, di mata kaki kiri dan bokong</li> <li>- Ada kemerahan di kulit pasien</li> <li>- Sudah di berikan salep bactoderm 10gr dan ketoconazole 15gr di kulit.</li> </ul> <p>A : Masalah keruakan integritas kulit belum teratas</p> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor kulit adanya kemerahan</li> <li>- Jaga kebersihan kulit agar tetap bersih dan kering</li> <li>- Oleskan salep bactoderm 10gr dan ketoconazole 15gr pada pagi dan sore hari pada daerah yang terkena</li> </ul> <p>Dhita</p>

**CATATAN PERKEMBANGAN**

Nama Pasien/ No. RM : An. D

No. CM : 01.70.40.17

:

HARI/TGL	DIAGNOSA KEPERAWATAN	JAM (WIB)	PELAKSANAAN	EVALUASI
Jumat 5 Juni 2015 Malam	Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan efek kemoterapi	21.15	<p>Memonitor kulit adanya kemerahan (ada kemerahan di kulit)</p> <p>Menjaga kebersihan kulit agar tetap bersih dan kering (kulit pasien kering)</p>	<p>Kamis 4 Juni 2015 Jam : 18.00 WIB S : pasien mengatakan perih setelah di beri salep O :  <ul style="list-style-type: none"> <li>- da kemerahan di kulit pasien</li> <li>- aga kebersihan kulit agar tetap bersih dan kering</li> </ul> A : Masalah keruakan integritas kulit belum teratas P : lanjutkan intervensi  <ul style="list-style-type: none"> <li>- onitor kulit adanya kemerahan</li> <li>- aga kebersihan kulit agar tetap bersih dan kering</li> <li>- leskan salep bactoderm 10gr dan ketoconazole 15gr pada pagi dan sore haripada daerah yang terkena</li> </ul> </p> <p>Dhita</p>

## CATATAN PERKEMBANGAN

Nama Pasien/ No. RM : An. D  
 No. CM : 01.70.40.17

HARI/TGL	DIAGNOSA KEPERAWATAN	JAM (WIB)	PELAKSANAAN	EVALUASI
Sabtu 6 Juni 2015 Pagi	Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan efek kemoterapi	08.15  16.30	<p>Memonitor kulit adanya kemerahan (ada kemerahan di kulit)  Dhita</p> <p>Menjaga kebersihan kulit agar tetap bersih dan kering (kulit pasien kering)  Mengoleskan salep bactoderm 10gr dan ketoconazole 15gr (sudah di berikan salep di bisul pasien)  Dhita</p>	<p>Kamis 4 Juni 2015 Jam : 18.00 WIB S : pasien mengatakan perih setelah di beri salep O :  <ul style="list-style-type: none"> <li>- da kemerahan di kulit pasien</li> <li>- udah di berikan salep bactoderm 10gr dan ketoconazole 15gr di bisul..</li> </ul> A : Masalah keruakan integritas kulit belum teratas P : lanjutkan intervensi  <ul style="list-style-type: none"> <li>- monitor kulit adanya kemerahan</li> <li>- aga kebersihan kulit agar tetap bersih dan kering</li> <li>- leskan salep pada daerah yang terkena</li> </ul> Dhita </p>

**CATATAN PERKEMBANGAN**

Nama Pasien/ No. RM : An. D  
No. CM : 01.70.40.17

HARI/TGL	DIAGNOSA KEPERAWATAN	JAM (WIB)	PELAKSANAAN	EVALUASI
Sabtu 6 Juni 2015 Siang	Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan efek kemoterapi	16.00  16.30	<p>Memonitor kulit adanya kemerahan (ada kemerahan di kulit)</p> <p>Dhita</p> <p>Menjaga kebersihan kulit agar tetap bersih dan kering (kulit pasien kering)</p> <p>Mengoleskan salep bactoderm 10gr dan ketoconazole 15gr (sudah di berikan salep di bisul pasien)</p> <p>Dhita</p>	<p>Kamis 4 Juni 2015 Jam : 18.00 WIB S : pasien mengatakan perih setelah di beri salep O :  <ul style="list-style-type: none"> <li>- da kemerahan di kulit</li> <li>- udah di berikan salep bactoderm 10gr dan ketoconazole 15gr di kulit.</li> <li>- aga kebersihan kulit agar tetap bersih dan kering</li> </ul> <p>A : Masalah keruakan integritas kulit belum teratasi P : lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- onitor kulit adanya kemerahan</li> <li>- aga kebersihan kulit agar tetap bersih dan kering</li> <li>- leskan salep pada daerah yang terkena</li> </ul> <p>Dhita</p> </p>

## CATATAN PERKEMBANGAN

Nama Pasien/ No. RM : An. D  
 No. CM : 01.70.40.17

HARI/TGL	DIAGNOSA KEPERAWATAN	JAM (WIB)	PELAKSANAAN	EVALUASI
Sabtu 6 Juni 2015 Malam	Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan efek kemoterapi	21.05  16.30	<p>Memonitor kulit adanya kemerahan (ada kemerahan di kulit)</p> <p style="text-align: right;">Dhita</p> <p>Menjaga kebersihan kulit agar tetap bersih dan kering (mengajarkan pasien menjaga kebersihan kulit)</p>	<p>Kamis 4 Juni 2015 Jam : 18.00 WIB S : pasien mengatakan perih setelah di beri salep</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- da kemerahan di kulit pasien</li> <li>- aga kebersihan kulit agar tetap bersih an kering</li> </ul> <p>A : Masalah keruakan integritas kulit belum teratas</p> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- onitor kulit adanya kemerahan</li> <li>- aga kebersihan kulit agar tetap bersih dan kering</li> <li>- leskan salep pada daerah yang terkena</li> </ul> <p style="text-align: right;">Dhita</p>

## CATATAN PERKEMBANGAN

Nama Pasien/ No. RM : An. D  
 No. RM : 01.70.40.17

HARI/TGL	DIAGNOSA KEPERAWATAN	JAM (WIB)	PELAKSANAAN	EVALUASI
kamis, 4 Juni 2015 Siang	Defisit perawatan diri mandi berhubungan dengan penurunan motivasi	14.30  16.00	<p>mengkaji kebersihan tubuh setiap hari (badan pasien kotor,bau keringat)</p> <p style="text-align: right;">Dhita</p> <p>Memberikan bantuan mandi/perawatan diri pasien (membantu pasien mandi)</p>	<p>Kamis, 5 Juni 2015 Jam : 17.00 WIB S : pasien mengatakan segar setelah mandi</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pasien sudah bersih</li> <li>- Pasien wangi</li> <li>- Sudah tidak bau keringat</li> </ul> <p>A : Masalah defisit perawatan diri mandi teratasi sebagian.</p> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- kaji kebersihan tubuh setiap hari</li> <li>- berikan bantuansampai pasien benar-benar mampu melakukan perawatan diri.</li> <li>- Anjurkan pasien untuk mandi dan hygiene oral</li> <li>- Ajarkan keluarga untuk mandiri memandikan pasien</li> </ul> <p style="text-align: right;">Dhita</p>

**CATATAN PERKEMBANGAN**

Nama Pasien/ No. RM : An. D

No. RM : 01.70.40.17

HARI/TGL	DIAGNOSA KEPERAWATAN	JAM (WIB)	PELAKSANAAN	EVALUASI
kamis, 4 Juni 2015 malam	Defisit perawatan diri mandi berhubungan dengan penurunan motivasi	21.05	<p>mengkaji kebersihan tubuh setiap hari (badan pasien kotor,bau keringat)</p> <p style="text-align: right;">Dhita</p>	<p>Kamis, 5 Juni 2015 Jam : 21.20 WIB S : ayah pasien mengatakan anaknya semalam tidur berkeringat</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pasien berekringat</li> <li>- Bau badan</li> </ul> <p>A : Masalah defisit perawatan diri mandi teratasi sebagian.</p> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- kaji kebersihan tubuh setiap hari</li> <li>- berikan bantuan sampai pasien benar-benar mampu melakukan perawatan diri.</li> <li>- Anjurkan pasien untuk mandi dan hygiene oral</li> <li>- Ajarkan keluarga untuk mandiri memandikan pasien</li> </ul> <p style="text-align: right;">Dhita</p>

## CATATAN PERKEMBANGAN

Nama Pasien/ No. RM : An. D  
 No. RM : 01.70.40.17

HARI/TGL	DIAGNOSA KEPERAWATAN	JAM (WIB)	PELAKSANAAN	EVALUASI
Jumat, 5 Juni 2015 Pagi	Defisit perawatan diri mandi berhubungan dengan penurunan motivasi	09.15  09.20	<p>mengkaji kebersihan tubuh setiap hari (badan pasien kotor, bau keringat)</p> <p>Memberikan bantuan sampai pasien benar-benar mampu melakukan perawatan diri</p> <p>Dhita</p> <p>Menganjurkan pasien untuk mandi.</p> <p>Dhita</p>	<p>JumT, 5 Juni 2015 Jam : 12.00 WIB S : pasien mengatakan segar setelah mandi</p> <p>O :  <ul style="list-style-type: none"> <li>- pasien sudah bersih</li> <li>- Pasien wangi</li> <li>- Sudah tidak bau keringat</li> </ul> <p>A : Masalah defisit perawatan diri mandi teratasi sebagian.</p> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- kaji kebersihan tubuh setiap hari</li> <li>- berikan bantuan sampai pasien benar-benar mampu melakukan perawatan diri.</li> <li>- Anjurkan pasien untuk mandi dan hygiene oral</li> <li>- Ajarkan keluarga untuk mandiri memandikan pasien</li> </ul> <p>Dhita</p> </p>

### CATATAN PERKEMBANGAN

Nama Pasien/ No. RM : An. D  
 No. RM : 01.70.40.17

HARI/TGL	DIAGNOSA KEPERAWATAN	JAM (WIB)	PELAKSANAAN	EVALUASI
Jumat, 5 Juni 2015 Siang	Defisit perawatan diri mandi berhubungan dengan penurunan motivasi	15.00 15.30	<p>Menganjurkan pasien untuk mandi (pasien sudah mau mandi)</p> <p>Mengajarkan keluarga untuk mandiri memandikan pasien (ayah pasien sudah mau mandiri memandikan)</p>	<p>Jumat, 5 Juni 2015 Jam : 17.00 WIB S : pasien mengatakan segar badannya karena sudah mandi</p> <p>Dhita</p> <p>O :        - pasien sudah bersih        - Pasien wangi        - Sudah tidak bau keringat        - Ayah pasien mau memandikan pasien sendiri</p> <p>A : Masalah defisit perawatan diri mandi teratasi sebagian.</p> <p>P : lanjutkan intervensi        - kaji kebersihan tubuh setiap hari        - berikan bantuansampai pasien benar-benar mampu melakukan perawatan diri.        - Anjurkan pasien untuk mandi dan hygiene oral        - Ajarkan keluarga untuk mandiri memandikan pasien</p> <p>Dhita</p>

## **CATATAN PERKEMBANGAN**

Nama Pasien/ No. RM : An. D  
 No. RM : 01.70.40.17

HARI/TGL	DIAGNOSA KEPERAWATAN	JAM (WIB)	PELAKSANAAN	EVALUASI
Jumat, 5 Juni 2015 Malam	Defisit perawatan diri mandi berhubungan dengan penurunan motivasi	21.25	<p>mengkaji kebersihan tubuh setiap hari (badan pasien kotor,bau keringat)</p> <p style="text-align: right;">Dhita</p>	<p>Jumat, 5 Juni 2015    Jam : 22.10 WIB    S : -    O : pasien berkerengat    A : Masalah defisit perawatan diri mandi teratasi sebagian.    P : lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- kaji kebersihan tubuh setiap hari</li> <li>- berikan bantuansampai pasien benar-benar mampu melakukan perawatan diri.</li> <li>- Anjurkan pasien untuk mandi dan hygiene oral</li> <li>- Ajarkan keluarga untuk mandiri memandikan pasien</li> </ul> <p style="text-align: right;">Dhita</p>

## CATATAN PERKEMBANGAN

Nama Pasien/ No. RM : An. D  
 No. RM : 01.70.40.17

HARI/TGL	DIAGNOSA KEPERAWATAN	JAM (WIB)	PELAKSANAAN	EVALUASI
Sabtu, 6 Juni 2015 Pagi	Defisit perawatan diri mandi berhubungan dengan penurunan motivasi	08.00  08.20  08.30	<p>mengkaji kebersihan tubuh setiap hari (badan pasien kotor,bau keringat)</p> <p>Menganjurkan psien untuk mandi (pasien mandi di mandikan ayahnya)</p> <p>Ajarkan keluarga untuk mandiri memandikan pasien (ayah pasien sudah mandiri memandikan)</p>	<p>Sabtu, 6 Juni 2015 Jam : 10.00 WIB S : pasien mengatakan di mandikan ayahnya.</p> <p>O :  <ul style="list-style-type: none"> <li>- pasien sudah bersih</li> <li>- Pasien wangi</li> <li>- Sudah tidak bau keringat</li> </ul> </p> <p>A : Masalah defisit perawatan diri mandi teratasi sebagian.</p> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <p>- kaji kebersihan tubuh setiap hari</p> <p>- berikan bantuansampai pasien benar-benar mampu melakukan perwatan diri.</p> <p>- Anjurkan pasien untuk mandi dan hygiene oral</p> <p>- Ajarkan keluarga untuk mandiri memandikan pasien</p> <p style="text-align: right;">Dhita</p>

## CATATAN PERKEMBANGAN

Nama Pasien/ No. RM : An. D  
 No. RM : 01.70.40.17

HARI/TGL	DIAGNOSA KEPERAWATAN	JAM (WIB)	PELAKSANAAN	EVALUASI
Sabtu, 6 Juni 2015 Siang	Defisit perawatan diri mandi berhubungan dengan penurunan motivasi	15.30  16.00	<p>mengkaji kebersihan tubuh setiap hari (badan pasien kotor,bau keringat)</p> <p>Menganjurkan pasien untuk mandi (pasien sudah mandi)</p>	<p>Sabtu, 6 Juni 2015 Jam : 17.00 WIB S : pasien mengatakan segar setelah mandi</p> <p>Pasien mengatakan yang memandikan ayahnya</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pasien sudah bersih</li> <li>- Pasien wangi</li> </ul> <p>A : Masalah defisit perawatan diri mandi teratasi sebagian.</p> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- kaji kebersihan tubuh setiap hari</li> <li>- berikan bantuansampai pasien benar-benar mampu melakukan perawatan diri.</li> <li>- Anjurkan pasien untuk mandi dan hygiene oral</li> <li>- Ajarkan keluarga untuk mandiri memandikan pasien</li> </ul> <p style="text-align: right;">Dhita</p>

### CATATAN PERKEMBANGAN

Nama Pasien/ No. RM : An. D  
 No. RM : 01.70.40.17

HARI/TGL	DIAGNOSA KEPERAWATAN	JAM (WIB)	PELAKSANAAN	EVALUASI
Sabtu, 6 Juni 2015 Malam	Defisit perawatan diri mandi berhubungan dengan penurunan motivasi	21.30 16.00	<p>mengkaji kebersihan tubuh setiap hari (badan pasien kotor,bau keringat)</p> <p>Memberikan bantuan mandi/perawatan diri pasien (membantu pasien mandi)</p>	<p>Sabtu, 6 Juni 2015 Jam : 22.00 WIB S :- O : - Kulit pasien bersih - Pasien berkeringat A : Masalah defisit perawatan diri mandi teratasi sebagian. P : lanjutkan intervensi - kaji kebersihan tubuh setiap hari - berikan bantuan sampai pasien benar-benar mampu melakukan perawatan diri. - Anjurkan pasien untuk mandi dan hygiene oral - Ajarkan keluarga untuk mandiri memandikan pasien</p> <p style="text-align: right;">Dhita</p>

**CATATAN PERKEMBANGAN**

Nama Pasien/ No. RM : An. D  
No. RM : 01.70.40.17

HARI/TGL	DIAGNOSA KEPERAWATAN	JAM (WIB)	PELAKSANAAN	EVALUASI
Kamis , 4 Juni 2015 Siang	Konsep diri berhubungan dengan citra tubuh	15.30 15.40	<p>Mengajarkan ketrampilan perilaku positif melalui diskusi (mengajak ngobrol pasien)</p> <p>Dhita</p> <p>Membantu menetapkan tujuan realistik untuk mencapai harga diri yang lebih tinggi</p>	<p>Kamis, 4 Juni 2015 Jam : 17.00 WIB S : pasien mengatakan tidak mau di jenguk teman-temannya</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rambut pasien rontok</li> <li>- Pasien saat berbicara sering tidak mau menatap</li> <li>- Pasien malu saat ada laki-laki yang mengahampiri</li> </ul> <p>A : Masalah konsep diri belum teratasi</p> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bantu pasien mengidentifikasi respon positif dari orang lain.</li> <li>- Bantu menetapkan tujuan realistik untuk mencapai harga diri yang lebih tinggi</li> <li>- Ajarkan ketrampilan perilaku positif melalui diskusi</li> <li>- Beri penguatan atas kekuatan pribadi yang diidentifikasi pasien</li> </ul> <p>Dhita</p>



**CATATAN PERKEMBANGAN**

Nama Pasien/ No. RM : An. D  
No. RM : 01.70.40.17

HARI/TGL	DIAGNOSA KEPERAWATAN	JAM (WIB)	PELAKSANAAN	EVALUASI
Kamis , 4 Juni 2015 Malam	Konsep diri berhubungan dengan citra tubuh	21.05	<p>Mengajarkan ketrampilan perilaku positif melalui diskusi (mengobrol dengan pasien)</p> <p style="text-align: right;">Dhita</p>	<p>Kamis, 4 Juni 2015 Jam : 21.20 WIB S : pasien mengatakan tidak mau di jenguk teman-temannya</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rambut pasien rontok</li> <li>- Pasien saat berbicara sering tidak mau menatap</li> <li>- Pasien malu saat ada laki-laki yang mengahampiri</li> <li>- Pasien kooperatif saat di ajak berdiskusi</li> </ul> <p>A : Masalah konsep diri belum teratasi</p> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bantu pasien mengidentifikasi respon positif dari orang lain.</li> <li>- Bantu menetapkan tujuan realisits untuk mencapai harga diri yang lebih tinggi</li> <li>- Ajarkan ketrampilan perilaku positif melalui diskusi</li> <li>- Beri penguatan atas kekuatan pribadi yang diidentifikasi pasien</li> </ul> <p style="text-align: right;">Dhita</p>

**CATATAN PERKEMBANGAN**

Nama Pasien/ No. RM : An. D  
No. RM : 01.70.40.17

HARI/TGL	DIAGNOSA KEPERAWATAN	JAM (WIB)	PELAKSANAAN	EVALUASI
Jumat , 5 Juni 2015 Pagi	Konsep diri berhubungan dengan citra tubuh	11.25	<p>Mengajarkan ketrampilan perilaku positif melalui diskusi (mengajak pasien mengobrol)</p> <p style="text-align: right;">Dhita</p>	<p>Jumat, 5 Juni 2015 Jam : 12.00 WIB S : pasien mengatakan tidak mau di jenguk teman-temannya</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rambut pasien rontok</li> <li>- Pasien saat berbicara sering tidak mau menatap</li> <li>- Pasien malu saat ada laki-laki yang mengahampiri</li> </ul> <p>A : Masalah konsep diri belum teratasi</p> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bantu pasien mengidentifikasi respon positif dari orang lain.</li> <li>- Bantu menetapkan tujuan realistik untuk mencapai harga diri yang lebih tinggi</li> <li>- Ajarkan ketrampilan perilaku positif melalui diskusi</li> <li>- Beri penguatan atas kekuatan pribadi yang diidentifikasi pasien</li> </ul> <p style="text-align: right;">Dhita</p>

**CATATAN PERKEMBANGAN**

Nama Pasien/ No. RM : An. D  
No. RM : 01.70.40.17

HARI/TGL	DIAGNOSA KEPERAWATAN	JAM (WIB)	PELAKSANAAN	EVALUASI
Jumat, 5 Juni 2015 Siang	Konsep diri berhubungan dengan citra tubuh	15.15	<p>Mengajarkan ketrampilan perilaku positif melalui diskusi (mengajak pasien mebgobrol dan bercerita)</p> <p style="text-align: right;">Dhita</p>	<p>Jumat, 5 Juni 2015 Jam : 17.00 WIB S : pasien mengatakan tidak mau di jenguk teman-temannya</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rambut pasien rontok</li> <li>- Pasien saat berbicara sering tidak mau menatap</li> <li>- Pasien malu saat ada laki-laki yang mengahampiri</li> </ul> <p>A : Masalah konsep diri belum teratasi</p> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bantu pasien mengidentifikasi respon positif dari orang lain.</li> <li>- Bantu menetapkan tujuan realistik untuk mencapai harga diri yang lebih tinggi</li> <li>- Ajarkan ketrampilan perilaku positif melalui diskusi</li> <li>- Beri penguatan atas kekuatan pribadi yang diidentifikasi pasien</li> </ul> <p style="text-align: right;">Dhita</p>

**CATATAN PERKEMBANGAN**

Nama Pasien/ No. RM : An. D  
No. RM : 01.70.40.17

HARI/TGL	DIAGNOSA KEPERAWATAN	JAM (WIB)	PELAKSANAAN	EVALUASI
Jumat , 5 Juni 2015 Malam	<p>Konsep diri berhubungan dengan citra tubuh</p>	<p>21.10</p> <p>21.20</p>	<p>Mengajarkan ketrampilan perilaku positif melalui diskusi (mengobrol dengan pasien dan bercerita)</p> <p>Memberi penguatan atas kekuatan pribadi yang diidentifikasi pasien (memberikan motivasi kepada pasien)</p>	<p>Jumat, 5 Juni 2015 Jam : 22.00 WIB S : pasien mengatakan tidak mau di jenguk teman-temannya</p> <p>O :  <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rambut pasien rontok</li> <li>- Pasien saat berbicara sering tidak mau menatap</li> <li>- Pasien malu saat ada laki-laki yang mengahampiri</li> </ul> <p>A : Masalah konsep diri belum teratasi</p> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bantu pasien mengidentifikasi respon positif dari orang lain.</li> <li>- Bantu menetapkan tujuan realistik untuk mencapai harga diri yang lebih tinggi</li> <li>- Ajarkan ketrampilan perilaku positif melalui diskusi</li> <li>- Beri penguatan atas kekuatan pribadi yang diidentifikasi pasien</li> </ul> <p>Dhita</p> </p>

**CATATAN PERKEMBANGAN**

Nama Pasien/ No. RM : An. D  
No. RM : 01.70.40.17

HARI/TGL	DIAGNOSA KEPERAWATAN	JAM (WIB)	PELAKSANAAN	EVALUASI
Sabtu , 6 Juni 2015 Pagi	Konsep diri berhubungan dengan citra tubuh	08.45  09.40	<p>Mengajarkan ketrampilan perilaku positif melalui diskusi (bercerita dengan pasien)</p> <p style="text-align: right;">Dhita</p> <p>Membantu menetapkan tujuan realistik untuk mencapai harga diri yang lebih tinggi</p> <p style="text-align: right;">Dhita</p>	<p>Sabtu , 6 Juni 2015 Jam : 12.00 WIB S : pasien mengatakan tidak mau di jenguk teman-temannya</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rambut pasien rontok</li> <li>- Pasien saat berbicara sering tidak mau menatap</li> <li>- Pasien malu saat ada laki-laki yang mengahampiri</li> <li>- Mengajarkan pasien berdiskusi</li> </ul> <p>A : Masalah konsep diri belum teratasi P : lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bantu pasien mengidentifikasi respon positif dari orang lain.</li> <li>- Bantu menetapkan tujuan realistik untuk mencapai harga diri yang lebih tinggi</li> <li>- Ajarkan ketrampilan perilaku positif melalui diskusi</li> <li>- Beri penguatan atas kekuatan pribadi yang diidentifikasi pasien</li> </ul> <p style="text-align: right;">Dhita</p>

**CATATAN PERKEMBANGAN**

Nama Pasien/ No. RM : An. D  
No. RM : 01.70.40.17

HARI/TGL	DIAGNOSA KEPERAWATAN	JAM (WIB)	PELAKSANAAN	EVALUASI
Sabtu , 6 Juni 2015 Siang	Konsep diri berhubungan dengan citra tubuh	15.30	<p>Mengajarkan ketrampilan perilaku positif melalui diskusi (mengajak ngobrol pasien)</p> <p style="text-align: right;">Dhita</p>	<p>Sabtu , 6 Juni 2015 Jam : 17.00 WIB S : pasien mengatakan tidak mau di jenguk teman-temannya</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rambut pasien rontok</li> <li>- Pasien saat berbicara sering tidak mau menatap</li> <li>- Pasien malu saat ada laki-laki yang mengahampiri</li> <li>- pasien mampu berdiskusi dengan baik.</li> </ul> <p>A : Masalah konsep diri belum teratasi</p> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bantu pasien mengidentifikasi respon positif dari orang lain.</li> <li>- Bantu menetapkan tujuan realisits untuk mencapai harga diri yang lebih tinggi</li> <li>- Ajarkan ketrampilan perilaku positif melalui diskusi</li> <li>- Beri penguatan atas kekuatan pribadi yang diidentifikasi pasien</li> </ul> <p style="text-align: right;">Dhita</p>

**CATATAN PERKEMBANGAN**

Nama Pasien/ No. RM : An. D  
No. RM : 01.70.40.17

HARI/TGL	DIAGNOSA KEPERAWATAN	JAM (WIB)	PELAKSANAAN	EVALUASI
Sabtu, 6 Juni 2015 Malam	Konsep diri berhubungan dengan citra tubuh	21.00	<p>Mengajarkan ketrampilan perilaku positif melalui diskusi (mengajak ngobrol pasien setiap kali pasien melamun)</p> <p style="text-align: right;">Dhita</p>	<p>Sabtu, 6 Juni 2015 Jam : 21.20 WIB S : pasien mengatakan tidak mau di jenguk teman-temannya</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rambut pasien rontok</li> <li>- Pasien saat berbicara sering tidak mau menatap</li> <li>- Pasien malu saat ada laki-laki yang mengahampiri</li> </ul> <p>A : Masalah konsep diri belum teratasi</p> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bantu pasien mengidentifikasi respon positif dari orang lain.</li> <li>- Bantu menetapkan tujuan realistik untuk mencapai harga diri yang lebih tinggi</li> <li>- Ajarkan ketrampilan perilaku positif melalui diskusi</li> <li>- Beri penguatan atas kekuatan pribadi yang diidentifikasi pasien</li> </ul> <p style="text-align: right;">Dhita</p>



## CATATAN PERKEMBANGAN

Nama Pasien/ No. RM : An. D  
 No. RM : 01.70.40.17

HARI/TGL	DIAGNOSA KEPERAWATAN	JAM (WIB)	PELAKSANAAN	EVALUASI
Kamis , 4 Juni 2015 Siang	resiko infeksi berhubungan dengan menurunnya sistem pertahanan tubuh.	15.00  15.20	<p>Memonitor tanda dan gejala infeksi sistemik (nyeri, demam, mual, muntah, nyeri punggung)</p> <p>menganjurkan keluarga atau pengunjung untuk mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien (ayah pasien dan keluarga setiap menjenguk melakukan cuci tangan)</p>	<p>Kamis 4 Juni 2015 Jam : 16.00 WIB S : - O :  <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tidak ada tanda-tanda gejala infeksi sistemik (nyeri, mual, muntah, demam, nyeri punggung)</li> <li>- Keluarga atau pengunjung mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien</li> </ul> <p>A : Masalah resiko infeksi teratasi sebagian P : lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor tanda dan gejala infeksi sistemik</li> <li>- Pertahankan teknik aseptic sebelum dan sesudah tindakan</li> <li>- Ajarkan keluarga atau pengunjung untuk mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien</li> </ul> <p style="text-align: right;">Dhita</p> </p>

## CATATAN PERKEMBANGAN

Nama Pasien/ No. RM : An. D  
 No. RM : 01.70.40.17

HARI/TGL	DIAGNOSA KEPERAWATAN	JAM (WIB)	PELAKSANAAN	EVALUASI
Kamis , 4 Juni 2015 Malam	resiko infeksi berhubungan dengan menurunnya sistem pertahanan tubuh.	15.00  15.20	<p>Memonitor tanda dan gejala infeksi sistemik (nyeri, demam, mual, muntah, nyeri punggung)</p> <p>menganjurkan keluarga atau pengunjung untuk mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien (ayah pasien dan keluarga sudah mencuci tangan)</p>	<p>Kamis 4 Juni 2015 Jam : 16.00 WIB S : - O :  <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tidak ada tanda-tanda gejala infeksi sistemik (nyeri, mual, muntah, demam, nyeri punggung)</li> <li>- Keluarga atau pengunjung mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien</li> </ul> <p>A : Masalah resiko infeksi teratasi sebagian P : lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor tanda dan gejala infeksi sistemik</li> <li>- Pertahankan teknik aseptic sebelum dan sesudah tindakan</li> <li>- Ajarkan keluarga atau pengunjung untuk mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien</li> </ul> </p>

## CATATAN PERKEMBANGAN

Nama Pasien/ No. RM : An. D  
 No. RM : 01.70.40.17

HARI/TGL	DIAGNOSA KEPERAWATAN	JAM (WIB)	PELAKSANAAN	EVALUASI
Jumat , 5 Juni 2015 Pagi	resiko infeksi berhubungan dengan menurunnya sistem pertahanan tubuh.	08.05  08.30  08.45	<p>Memonitor tanda dan gejala infeksi sistemik (nyeri, demam, mual, muntah, nyeri punggung)</p> <p>menganjurkan keluarga atau pengunjung untuk mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien (ayah pasien dan keluarga sudah mmencuci tangan)</p> <p>Pertahankan teknik aseptic sebelum dan sesudah tindakan (melakukan cuci tangan)</p>	<p>Kamis 4 Juni 2015 Jam : 16.00 WIB S : - O :  <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tidak ada tanda-tanda gejala infeksi sistemik (nyeri, mual, muntah, demam, nyeri punggung)</li> <li>- Keluarga atau pengunjung mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien</li> </ul> <p>A : Masalah resiko infeksi teratasi sebagian P : lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor tanda dan gejala infeksi sistemik</li> <li>- Pertahankan teknik aseptic sebelum dan sesudah tindakan</li> <li>- Ajarkan keluarga atau pengunjung untuk mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien</li> </ul> <p>Dhita</p> </p>

### **CATATAN PERKEMBANGAN**

Nama Pasien/ No. RM : An. D

No. RM : 01.70.40.17

HARI/TGL	DIAGNOSA KEPERAWATAN	JAM (WIB)	PELAKSANAAN	EVALUASI
Jumat , 5 Juni 2015 Siang	resiko infeksi berhubungan dengan menurunnya sistem pertahanan tubuh.	15.00  15.20	<p>Memonitor tanda dan gejala infeksi sistemik (nyeri, demam, mual, muntah, nyeri punggung)</p> <p style="text-align: right;">Dhita</p> <p>menganjurkan keluarga atau pengunjung untuk mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien (ayah pasien dan keluarga sudah melakukan cuci tangan)</p> <p style="text-align: right;">Dhita</p>	<p>Kamis 4 Juni 2015 Jam : 16.00 WIB</p> <p>S :- O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tidak ada tanda-tanda gejala infeksi sistemik (nyeri, mual, muntah, demam, nyeri punggung)</li> <li>- Keluarga atau pengunjung mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien</li> </ul> <p>A : Masalah resiko infeksi teratasi sebagian P : lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor tanda dan gejala infeksi sistemik</li> <li>- Pertahankan teknik aseptic sebelum dan sesudah tindakan</li> <li>- Ajarkan keluarga atau pengunjung untuk mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien</li> </ul> <p style="text-align: right;">Dhita</p>

## CATATAN PERKEMBANGAN

Nama Pasien/ No. RM : An. D  
 No. RM : 01.70.40.17

HARI/TGL	DIAGNOSA KEPERAWATAN	JAM (WIB)	PELAKSANAAN	EVALUASI
Jumat , 5 Juni 2015 Malam	resiko infeksi berhubungan dengan menurunnya sistem pertahanan tubuh.	21.15  21.30  21.45	<p>Memonitor tanda dan gejala infeksi sistemik (nyeri, demam, mual, muntah, nyeri punggung)</p> <p>menganjurkan keluarga atau pengunjung untuk mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien (ayah pasien dan keluarga sudah mencuci tangan)</p> <p>Pertahankan teknik aseptic sebelum dan sesudah tindakan (melakukan cuci tangan)</p>	<p>Kamis 4 Juni 2015 Jam : 16.00 WIB S : - O :  <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tidak ada tanda-tanda gejala infeksi sistemik (nyeri, mual, muntah, demam, nyeri punggung)</li> <li>- Keluarga atau pengunjung mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien</li> </ul> <p>A : Masalah resiko infeksi teratasi sebagian P : lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor tanda dan gejala infeksi sistemik</li> <li>- Pertahankan teknik aseptic sebelum dan sesudah tindakan</li> <li>- Ajarkan keluarga atau pengunjung untuk mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien</li> </ul> <p style="text-align: right;">Dhita</p> </p>

## CATATAN PERKEMBANGAN

Nama Pasien/ No. RM : An. D  
 No. RM : 01.70.40.17

HARI/TGL	DIAGNOSA KEPERAWATAN	JAM (WIB)	PELAKSANAAN	EVALUASI
Sabtu , 6 Juni 2015 Pagi	resiko infeksi berhubungan dengan menurunnya sistem pertahanan tubuh.	08.15  08.35	<p>Memonitor tanda dan gejala infeksi sistemik (nyeri, demam, mual, muntah, nyeri punggung)</p> <p>Dhita</p> <p>menganjurkan keluarga atau pengunjung untuk mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien (ayah pasien dan keluarga sudah melakukan cuci tangan)</p> <p>Dhita</p>	<p>Kamis 4 Juni 2015 Jam : 16.00 WIB S :- O :  <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tidak ada tanda-tanda gejala infeksi sistemik (nyeri, mual, muntah, demam, nyeri punggung)</li> <li>- Keluarga atau pengunjung mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien</li> </ul> <p>A : Masalah resiko infeksi teratasi sebagian P : lanjutkan intervensi  <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor tanda dan gejala infeksi sistemik</li> <li>- Pertahankan teknik aseptic sebelum dan sesudah tindakan</li> <li>- Ajarkan keluarga atau pengunjung untuk mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien</li> </ul> </p> <p style="text-align: right;">Dhita</p> </p>

### **CATATAN PERKEMBANGAN**

Nama Pasien/ No. RM : An. D

No. RM : 01.70.40.17

HARI/TGL	DIAGNOSA KEPERAWATAN	JAM (WIB)	PELAKSANAAN	EVALUASI
Sabtu , 6 Juni 2015 Siang	resiko infeksi berhubungan dengan menurunnya sistem pertahanan tubuh.	14.40  14.55	<p>Memonitor tanda dan gejala infeksi sistemik (nyeri, demam, mual, muntah, nyeri punggung)</p> <p>Dhita</p> <p>menganjurkan keluarga atau pengunjung untuk mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien (ayah pasien dan keluarga sudah mencuci tangan)</p> <p>Dhita</p>	<p>Kamis 4 Juni 2015 Jam : 16.00 WIB S :- O :  <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tidak ada tanda-tanda gejala infeksi sistemik (nyeri, mual, muntah, demam, nyeri punggung)</li> <li>- Keluarga atau pengunjung mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien</li> </ul> <p>A : Masalah resiko infeksi teratasi sebagian P : lanjutkan intervensi  <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor tanda dan gejala infeksi sistemik</li> <li>- Pertahankan teknik aseptic sebelum dan sesudah tindakan</li> <li>- Ajarkan keluarga atau pengunjung untuk mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien</li> </ul> </p> <p>Dhita</p> </p>

## CATATAN PERKEMBANGAN

Nama Pasien/ No. RM : An. D  
 No. RM : 01.70.40.17

HARI/TGL	DIAGNOSA KEPERAWATAN	JAM (WIB)	PELAKSANAAN	EVALUASI
Sabtu , 6 Juni 2015 Malam	resiko infeksi berhubungan dengan menurunnya sistem pertahanan tubuh.	21.10  15.20	<p>Memonitor tanda dan gejala infeksi sistemik (nyeri, demam, mual, muntah, nyeri punggung)</p> <p>menganjurkan keluarga atau pengunjung untuk mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien (ayah pasien dan keluarga sudah mencuci tangan)</p>	<p>Kamis 4 Juni 2015 Jam : 16.00 WIB S : - O :  <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tidak ada tanda-tanda gejala infeksi sistemik (nyeri, mual, muntah, demam, nyeri punggung)</li> <li>- Keluarga atau pengunjung mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien</li> </ul> <p>A : Masalah resiko infeksi teratasi sebagian P : lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor tanda dan gejala infeksi sistemik</li> <li>- Pertahankan teknik aseptic sebelum dan sesudah tindakan</li> <li>- Ajarkan keluarga atau pengunjung untuk mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien</li> </ul> <p style="text-align: right;">Dhita</p> </p>

## **CATATAN PERKEMBANGAN**

Nama Pasien/ No. RM : An. D  
 No. RM : 01.70.40.17

HARI/TGL	DIAGNOSA KEPERAWATAN	JAM (WIB)	PELAKSANAAN	EVALUASI
Kamis , 4 Juni 2015 Pagi	Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit	21.00  21.20	<p>Melakukan TTV</p> <p>TD : -</p> <p>Nadi : 121x/menit</p> <p>RR : 22x/menit</p> <p>S : 38,3 °C</p> <p>Mengolaborasi pemberian paracetamol 350mg (paracetamol sudah di berikan)</p> <p>Dhita</p>	<p>kamis 4 Juni 2015</p> <p>Jam : 24.00 WIB</p> <p>S : -</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Akral teraba hangat</li> <li>- TD : -</li> <li>- RR : 22x/menit</li> <li>- N : 121x/menit</li> <li>- S : 38,3 °C</li> </ul> <p>A : Masalah hipertermi belum teratasi</p> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor suhu/4 jam</li> <li>- Menganjurkan keluarga meningkatkan intake cairan</li> <li>- Kolaborasi pemberian paracetamol 350mg oral.</li> </ul> <p>Dhita</p>

## CATATAN PERKEMBANGAN

Nama Pasien/ No. RM : An. D  
 No. RM : 01.70.40.17

HARI/TGL	DIAGNOSA KEPERAWATAN	JAM (WIB)	PELAKSANAAN	EVALUASI
Jumat , 5 Juni 2015 Pagi	Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit	10.00	<p>Melakukan TTV</p> <p>TD : -</p> <p>RR : 21x/menit</p> <p>N : 120x/menit</p> <p>S : 36,4 °C</p> <p style="text-align: right;">Dhita</p>	<p>kamis 4 Juni 2015</p> <p>Jam : 24.00 WIB</p> <p>S : -</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien sudah berkeringat</li> <li>- TD : -</li> <li>- RR : 21x/menit</li> <li>- N : 120x/menit</li> <li>- S : 36,4 °C</li> </ul> <p>A : Masalah hipertermi teratas sebagian</p> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor suhu/4 jam</li> <li>- Menganjurkan keluarga meningkatkan intake cairan</li> <li>- Kolaborasi pemberian paracetamol 350mg oral.</li> </ul> <p style="text-align: right;">Dhita</p>

## CATATAN PERKEMBANGAN

Nama Pasien/ No. RM : An. D  
 No. RM : 01.70.40.17

HARI/TGL	DIAGNOSA KEPERAWATAN	JAM (WIB)	PELAKSANAAN	EVALUASI
Jumat , 5 Juni 2015 Siang	Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit	14.45  15.15	<p>Melakukan TTV</p> <p>TD : -</p> <p>RR : 22x/menit</p> <p>N : 120x/menit</p> <p>S : 38,6 °C</p> <p>Mengolaborasi pemberian paracetamol 350mg</p> <p>Dhita</p>	<p>Jumat 5 Juni 2015</p> <p>Jam : 15.35 WIB</p> <p>S : -</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien teraba hangat</li> <li>- TD : -</li> <li>- RR : 22x/menit</li> <li>- N : 120x/menit</li> <li>- S : 38,6 °C</li> <li>- Paracetamol 350mg sudah di berikan</li> </ul> <p>A : Masalah hipertermi teratasi sebagian</p> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor suhu/4 jam</li> <li>- Menganjurkan keluarga meningkatkan intake cairan</li> <li>- Kolaborasi pemberian paracetamol 350mg oral.</li> </ul> <p>Dhita</p>

## CATATAN PERKEMBANGAN

Nama Pasien/ No. RM : An. D  
 No. RM : 01.70.40.17

HARI/TGL	DIAGNOSA KEPERAWATAN	JAM (WIB)	PELAKSANAAN	EVALUASI
Jumat , 5 Juni 2015 Malam	<p>Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit</p> <p>21.00</p> <p>Melakukan TTV            TD : -            RR : 20x/menit            N : 122x/menit            S : 38,4 °C</p> <p>21.10</p> <p>Mengolaborasi pemberian paracetamol 350mg</p>		<p>Dhita</p> <p>Dhita</p>	<p>kamis 4 Juni 2015            Jam : 24.00 WIB            S : -            O :            - Akral teraba hangat            - TD : -            - RR : 20x/menit            - N : 122x/menit            - S : 38,4 °C            - Paracetamol 350 mg sudah di berikan            A : Masalah hipertermi teratasi sebagian            P : lanjutkan intervensi            - Monitor suhu/4 jam            - Menganjurkan keluarga meningkatkan intake cairan            - Kolaborasi pemberian paracetamol 350mg oral.</p> <p>Dhita</p>

### **CATATAN PERKEMBANGAN**

Nama Pasien/ No. RM : An. D  
 No. RM : 01.70.40.17

HARI/TGL	DIAGNOSA KEPERAWATAN	JAM (WIB)	PELAKSANAAN	EVALUASI
Sabtu , 6 Juni 2015 Pagi	Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit	10.00	<p>Melakukan TTV</p> <p>TD : -</p> <p>RR : 20x/menit</p> <p>N : 120x/menit</p> <p>S : 35,4 °C</p> <p style="text-align: right;">Dhita</p>	<p>kamis 4 Juni 2015</p> <p>Jam : 24.00 WIB</p> <p>S : -</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- TD : -</li> <li>- RR : 20x/menit</li> <li>- N : 120x/menit</li> <li>- S : 35,4 °C</li> </ul> <p>A : Masalah hipertermi teratasi sebagian</p> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor suhu/4 jam</li> <li>- Menganjurkan keluarga meningkatkan intake cairan</li> <li>- Kolaborasi pemberian paracetamol 350mg oral.</li> </ul> <p style="text-align: right;">Dhita</p>

### **CATATAN PERKEMBANGAN**

Nama Pasien/ No. RM : An. D  
 No. RM : 01.70.40.17

HARI/TGL	DIAGNOSA KEPERAWATAN	JAM (WIB)	PELAKSANAAN	EVALUASI
Sabtu , 6 Juni 2015 Siang	Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit	14.40	<p>Melakukan TTV</p> <p>TD : -</p> <p>RR : 21x/menit</p> <p>N : 121x/menit</p> <p>S : 36,3 °C</p> <p style="text-align: right;">Dhita</p>	<p>kamis 4 Juni 2015</p> <p>Jam : 24.00 WIB</p> <p>S : -</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien sudah berkeringat</li> <li>- TD : -</li> <li>- RR : 21x/menit</li> <li>- N : 121x/menit</li> <li>- S : 36,3 °C</li> </ul> <p>A : Masalah hipertermi teratas sebagian</p> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor suhu/4 jam</li> <li>- Menganjurkan keluarga meningkatkan intake cairan</li> <li>- Kolaborasi pemberian paracetamol 350mg oral.</li> </ul> <p style="text-align: right;">Dhita</p>

### **CATATAN PERKEMBANGAN**

Nama Pasien/ No. RM : An. D  
 No. RM : 01.70.40.17

HARI/TGL	DIAGNOSA KEPERAWATAN	JAM (WIB)	PELAKSANAAN	EVALUASI
Sabtu , 6 Juni 2015 Malam	Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit	21.05	<p>Melakukan TTV</p> <p>TD : -</p> <p>RR : 22x/ menit</p> <p>N : 120x/ menit</p> <p>S : 36,4 °C</p> <p style="text-align: right;">Dhita</p>	<p>kamis 4 Juni 2015</p> <p>Jam : 24.00 WIB</p> <p>S : -</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien berkeringat</li> <li>- TD : -</li> <li>- RR : 22x/ menit</li> <li>- N : 120x/ menit</li> <li>- S : 36,4 °C</li> </ul> <p>A : Masalah hipertermi teratasi sebagian</p> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor suhu/4 jam</li> <li>- Mengajurkan keluarga meningkatkan intake cairan</li> <li>- Kolaborasi pemberian paracetamol 350mg oral.</li> </ul> <p style="text-align: right;">Dhita</p>











## JADWAL KEGIATAN





**YAYASAN KEPERAWATAN YOGYAKARTA  
AKADEMI KEPERAWATAN “YKY”  
LEMBAR BIMBINGAN KTI**

Nama Mahasiswa : Ummi Nadhiroh

NIM : 2317035

Nama Pembimbing 1 : Tri Arini, S.Kep.Ns.M.Kep

Judul KTI : STUDI DOKUMENTASI GANGGUAN INTEGRITAS KULIT PADA AN. D DENGAN ACUTE MIELOBLASTIK LEUKIMIA (AML)

No	Tgl Bimbingan	Materi Bimbingan	MetodeBimbingan	Saran Pembimbing	Tanda Tangan&Nama	
					Pembimbing	Mhs
1.	16-4- 2020	Konsul Judul KTI	Via Telp WA	Lanjutkan Pembuatan KTI		
2.	19-4-2020	Cover, BAB 1 & 2	Via Telp WA dan Email	Perbaiki sedikit penulisan		
3.	19-5-2020	Revisi cover bab 1,2	Email dan WA	Perbaiki abstrak dan bab 3 & 5		
4.	5-6-2020	Bab 3 & 4	Email dan WA	Perbaiki bab 4 & 5		
5.	22-6-2020	Revisian Bab 3 & 4	Tatap Muka	Perbaiki sedikit bab 4		
6.	30-6-2020	Revisian Cover, Bab 12345, daftar pustaka	Tatap Muka	ACC		
7.	2-7-2020	Revisian cover, bab 12345, daftar pustaka dan ACC	Tatap Muka	ACC		

Yogyakarta, 02 Juli 2020  
Pembimbing 1

(.....)



**YAYASAN KEPERAWATAN YOGYAKARTA  
AKADEMI KEPERAWATAN “YKY”  
LEMBAR BIMBINGAN KTI**

Nama Mahasiswa : Ummi Nadhiroh

NIM : 2317035

Nama Pembimbing 2 : Agus Sarwo Prayogi, AhPP.S.Kep.Ns.MH.Kes

Judul KTI : STUDI DOKUMENTASI GANGGUAN INTEGRITAS  
KULIT PADA An. D DENGAN ACUTE MIELOBLASTIK LEUKIMIA (AML)

No	Tanggal Bimbingan	Materi Bimbingan	TTD PEMBIMBING	TTD MAHASISWA
1.	28 April 2020	Konsul Cover, Bab 123		
2.	18 Juni 2020	Konsul Bab 3 dan 4		
3.	20 Februari 2020	Konsul revisian Bab 12345		
4.	1 Juli 2020	ACC		

Yogyakarta, 1 Juli 2020

Pembimbing 2

(.....)

Agus Sarwo P., AhPP.S.Kep.Ns.MH.Kes

**NASKAH PUBLIKASI**

**STUDI DOKUMENTASI GANGGUAN INTEGRITAS KULIT**  
**PADA An. D DENGAN ACUTE MIELOBLASTIK**  
**LEUKIMIA (AML)**



**Oleh :**  
**UMMI NADHIROH**  
**NIM : 2317035**

**YAYASAN KEPERAWATAN YOGYAKARTA**  
**AKADEMI KEPERAWATAN “YKY”**  
**YOGYAKARTA**  
**2020**

## **NASKAH PUBLIKASI**

### **STUDI DOKUMENTASI GANGGUAN INTEGRITAS KULIT PADA An. D DENGAN ACUTE MIELOBLASTIK LEUKIMIA(AML)**

Naskah Publikasi ini Disusun Untuk Memenuhi Syarat Menyelesaikan  
Pendidikan Program Diploma III Keperawatan  
Akademi Keperawatan “YKY” Yogyakarta

UMMI NADHIROH  
NIM : 2317035

**YAYASAN KEPERAWATAN YOGYAKARTA  
AKADEMI KEPERAWATAN “YKY”  
YOGYAKARTA  
2020**

## HALAMAN PENGESAHAN

### NASKAH PUBLIKASI

#### STUDI DOKUMENTASI GANGGUAN INTEGRITAS KULIT PADA An. D DENGAN ACUTE MIELOBLASTIK LEUKIMIA(AML)

OLEH :  
UMMI NADHIROH  
NIM : 2317035

Telah Dipertahankan di depan Dewan Penguji Akper "YKY" Yogyakarta pada  
tanggal 03 Juli 2020

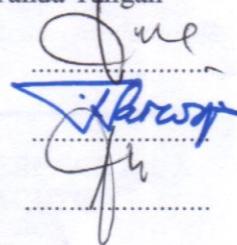
Dewan Penguji :

Tri Arini, S.Kep.Ns.M.Kep

Agus Sarwo P, AhPP.S.Kep.Ns.MH.Kes

Dwi Juwartini, SKM.MPH

Tanda Tangan



Mengesahkan  
Direktur Akper "YKY" Yogyakarta



## STUDI DOKUMENTASI GANGGUAN INTEGRITAS KULIT PADA An. X DENGAN ACUTE MIELOBLASTIK LEUKIMIA (AML)

Ummi Nadhiroh<sup>1</sup>, Tri Arini<sup>2</sup>, AgusSarwo Prayogi<sup>3</sup>  
Akper YKY Yogyakarta  
[Umminadhiroh5@gmail.com](mailto:Umminadhiroh5@gmail.com)

### Abstrak

**Latar Belakang :** Gangguan integritas kulit merupakan kerusakan kulit (dermis dan/atau epidermis). **Tujuan** studi dokumentasi untuk mengetahui sudi dokumentasi kerusakan integritas kulit pada an.D dengan *Acute Mieloblastik Leukimia* (AML). **Metode** penelitian adalah studi dokumentasi pada salah satu asuhan keperawatan di perpustakaan Akper YKY Yogyakarta tahun 2015, yang digunakan dengan teknik pengumpulan data sekunder. **Dari hasil** didapatkan masalah gangguan integritas kulit yang ditegakkan pada kasus An. D sudah didukung dengan batasan karakteristik yang sesuai dengan masalah tersebut dan telah direncanakan. Pelaksanaan keperawatan berupa memonitor kulit adanya kemerahan, menjaga kebersihan kulit agar tetap bersih dan kering, mengoleskan lotion atau salep pada daerah yang terkena. Evaluasi pada An. D masalah gangguan integritas kulit belum teratasi. **Kesimpulan** mendapatkan gambaran kerusakan integritas kulit pada An. D dengan *Acute Mieloblastik Leukimia* (AML).

**Kata kunci :** StudiDokumentasi ; Gangguan Integritas Kulit; *Acute Mieloblastik Leukimia* (AML)

---

## DOCUMENTATION STUDY OF SKIN INTEGRITY INTERFERENCE An. X WITH LEUKIMIA (AML) ACUTE MIELOBLASTIC ACUTE

Ummi Nadhiroh<sup>1</sup>, Tri Arini<sup>2</sup>, AgusSarwo Prayogi<sup>3</sup>  
Akper YKY Yogyakarta  
[Umminadhiroh5@gmail.com](mailto:Umminadhiroh5@gmail.com)

### Abstract

**Background:** Impaired skin integrity is damage to the skin (dermis and / or epidermis. The purpose of the documentation study is to know the documentation of damage to skin integrity in an.D with Acute Mieloblastic Leukemia (AML). **The research** method is the study of documentation in one of the nursing care in the library The Yogyakarta YKY Akper in 2015, which was used with secondary data collection techniques, showed that the problem of integrity of the skin that was enforced in the case of An D was supported by the limitation of characteristics appropriate to the problem and was planned, keeping the skin clean and dry, applying lotion or ointment to the affected area Evaluation of AN.D the problem of impaired skin integrity has not been resolved. **Conclusion** of getting a picture of damage to skin integrity in AND with Acute Myeloblastic Leukemia (AML).

**Keywords :** Documentation Study; Impaired Skin Integrity; *Acute Mieloblastic Leukemia* (AML)

## Pendahuluan

Kanker adalah salah satu penyakit yang dapat terjadi pada anak. Kejadian kanker pada anak terus megalami peningkatan dan menjadi salah satu penyebab kematian. Kematian akibat kanker di dunia akan terus meningkat jika kanker tidak ditangani dengan baik. Pada tahun 2030 diperkirakan ada 13,1 juta kematian yang terjadi akibat kanker (*World Health Organization*, 2012). Jenis penyakit kanker sangat bermacam – macam, salah satunya adalah *Acute Mieloblastik Leukimia* (AML).

*Acute Mieloblastik Leukimia* (AML) adalah keganasan hematologis heterogen yang melibatkan perluasan klonal dari ledakan myeloid pada sumsum tulang dan darah tepi yang kemungkinan penyebarannya terjadi ke hati dan limpa (Summary & Relevance, 2014).

Menurut Mendri & Agus (2018) diagnosis yang muncul pada pasien *Acute Mieloblastik Leukimia* (AML). Antara lain resiko infeksi, resiko injury, resiko kekurangan

volume cairan, perubahan nutrisi, kerusakan integritas kulit, nyeri, perubahan proses keluarga dan berduka. Kerusakan integritas kulit menurut Nanda (2018) adalah kerusakan pada epidermis dan atau dermis.

Menurut Mendri & Agus (2018) anak- anak yang sebelumnya menerima radiasi atau kemoterapi untuk kanker jenis lain juga memiliki resiko yang lebih tinggi untuk leukimia. Hal ini juga terjadi pada anak- anak yang mengonsumsi obat- obatan medis untuk menekan sistem kekebalan tubuh mereka setelah transplasi organ. Dalam kebanyakan kasus, orang tua atau anak- anak tidak memiliki kontrol atas faktor- faktor yang memicu *Acute Mieloblastik Leukimia* (AML). Kebanyakan leukimia timbul dari mutasi ( perubahan) *noniherited* dalam gen pertumbuhan sel- sel darah. Hal ini terjadi secara acak dan tak terduga, saat ini belum ada cara yang efektif untuk mencegah sebagian besar jenis leukimia.

Siregar (2013) menyatakan beberapa faktor yang mempengaruhi

terjadinya integritas kulit adalah jenis kelamin, usia, etnik/ras, penyakit kulit lainnya, serta tipe kulit. Terdapat berbagai cara telah dilakukan untuk dapat mengobati penyakit ini, salah satunya dengan cara kemoterapi.

Kemoterapi merupakan jenis pengobatan yang menggunakan obat-obatan untuk membunuh sel-sel neoplasma. Pengobatan semacam ini telah digunakan sejak tahun 1950-an. Di lain pihak terdapat efek samping yang ditimbulkan oleh obat-obat kemoterapi yang tidak hanya membunuh sel-sel leukemia tetapi juga menyerang sel-sel normal. Banyak efek samping dan toksisitas dari kemoterapi yang dapat dilihat pada kulit, adneksa, dan membran mukosa pasien yang menjalani kemoterapi. Penderita kanker pasca kemoterapi rentan terkena berbagai masalah kulit.

### **Metode Penelitian**

Penelitian ini menggunakan rancangan deskriptif dengan desain berupa studi kasus dengan pendekatan studi dokumentasi yaitu

menggambarkan suatu peristiwa atau kasus dengan memanfaatkan dokumentasi laporan asuhan keperawatan dengan masalah kerusakan integritas kulit pada pasien anak dengan *Acute Mieloblastik Leukimia (AML)*.

Objek dalam penelitian ini adalah satu kasus asuhan keperawatan yang Dilaporkan dari KTI (Karya Tulus Ilmiah) Akper YKY yang ditulis tahun 2015. Penelitian ini dilakukan di kampus Akper YKY pada bulan Juni 2015.

Kerusakan Integritas kulit adalah kerusakan kulit yang terjadi pada lapisan kulit luar dan dermis kulit atau jaringan biasa terjadi pada pasien *Acute Mieloblastik Leukimia (AML)*.

Peneliti kualitatif sebagai *human instrument* berfungsi menetapkan fokus penelitian, memilih informan sebagai sumber data, melakukan pengumpulan data, menilai kualitas data, analisis data, menafsirkan data dan membuat kesimpulan atas temuannya.

Dalam penelitian ini pengumpulan data yang dilakukan sebagai berikut :

1. Memilih kasus tahun 2015 di perpustakaan Akper YKY Yogyakarta
2. Mengambil yang sesuai dengan kasus pasien anak dengan kerusakan integritas kulit
3. Menetapkan karya tulis ilmiah tahun 2015

Teknik analisis data menggunakan teknik analisis deskriptif- kualitatif yaitu dengan cara :

1. Mengevaluasi kasus yang diperoleh dan mencermati kasus asuhan keperawatan kerusakan integritas kulit dokumen untuk memperoleh data penunjang yang menghasilkan data untuk selanjutnya
2. Menginterpretasikan oleh peneliti dan dibandingkan dengan teori atau artikel peneliti yang ada sebagai bahan untuk memberikan rekomendasi dalam penelitian yang dilakukan

3. Membandingkan kasus kerusakan integritas kulit dengan teori atau artikel.

## Hasil

Karakteristik partisipan yaitu dengan kasus pasien kanker *Acute Mieloblastik Leukimia* (AML) dengan masalah keperawatan kerusakan integritas kulit. Pasien An. D berumur 11 tahun 2 bulan 22 hari, dengan jenis kelamin perempuan, beragama islam, pekerjaan pelajar, dan belum menikah.

Berdasarkan hasil pengkajian dilakukan pada hari Kamis 4 Juni 2015 jam 08.00 wib didapat data pasien An. D mengatakan ada bisul di kaki kanan, di paha kanan di mata kaki kiri dan di bokong. Bisul terasa perih jika tersentuh. Pasien mengatakan pusing. Ayah pasien mengatakan keluhan utama saat pasien sakit sariawan dan peradangan. Pasien mendapat 50 kemoterapi yang pertama pada bulan Oktober 2014 lalu kemoterapi terakhir pada bulan Maret 2015.

Setelah diagnosa ditegakkan didapatkan diagnosa keperawatan

utama pada An. D yaitu kerusakan integritas kulit. Selanjutnya rencana keperawatan yang dilakukan untuk kerusakan integritas kulit berhubungan dengan efek kemoterapi. Rencana tindakan yang diberikan yaitu ressure management : monitor kulit adanya kemerahan, anjurkan pasien untuk menggunakan pakaian yang longgar, jaga kebersihan kulit agar tetap bersih dan kering,oleskan lotion atau salep pada daerah yang terkena, ajarkan pasien mandiri memberikan salep, monitor kebersihan lingkungan.

Implementasi memonitor kulit adanya kemerahan, menganjurkan pasien untuk menggunakan pakaian yang longgar, menjaga kebersihan kulit agar tetap bersih dan kering, mengoleskan lotion atau salep pada daerah yang terkena, mekebersihan lingkungan. Evaluasi pada An. D masalah kerusakan integritas kulit belum teratasi.

## **Pembahasan**

Berdasarkan pengkajian pada An. D oleh penulis sebelumnya sudah sesuai menurut teori yang diungkapkan oleh Kyle, Terry & Susan Carman , 2012. Bawa dilakukan pemerikasaan fisik meyeluruh. Kaji palor pada kulit dan lesi papular berwarna merah muda kekuningan atau biru keabu- abuan. Menurut Mendri & Agus (2018) anak- anak yang sebelumnya menerima radiasi atau kemoterapi untuk kanker jenis lain juga memiliki resiko yang lebih tinggi untuk leukimia. Hal ini juga terjadi pada anak- anak yang mengonsumsi obat- obatan medis untuk menekan sistem kekebalan tubuh mereka setelah transplasi organ.

Berdasarkan studi dokumentasi sebelumnya pada An. D ditegakkan diagnosis keperawatan kerusakan integritas kulit berhubungan dengan efek kemoterapi. Sudah sesuai menurut Menurut Tim pokja SDKI DPP PPNI, 2017 Gangguan integritas kulit merupakan kerusakan kulit (dermis dan / atau epidermis).

Perencanaan keperawatan yang diberikan pada An. D yaitu ressure management : monitor kulit adanya kemerahan, anjurkan pasien untuk menggunakan pakaian yang longgar, jaga kebersihan kulit agar tetap bersih dan kering,oleskan lotion atau salep pada daerah yang terkena, ajarkan pasien mandiri memberikan salep, monitor kebersihan lingkungan. Sesuai menurut tim pokja SIKI DPP PPNI, (2018) dan tim pokja SLKI DPP PPNI, (2019)

Berdasarkan dengan studi dokumentasi gangguan integritas kulit pada An. D pelaksanaan yang dilakukan oleh penulis memonitor kulit adanya kemerahan, menganjurkan pasien untuk menggunakan pakaian yang longgar, menjaga kebersihan kulit agar tetap bersih dan kering, mengoleskan lotion atau salep pada daerah yang terkena. Tidak sesuai menurut Mendri & Agus (2018), yaitu mencegah kerusakan integritas kulit, mengkaji secara dini tanda – tanda kerusakan integritas kulit, memberikan perawatan kulit khususnya daerah perianal dan mulut, mengganti posisi

anak denga sering dan menganjurkan intake dengan kalori dan protein yang adekuat.

Pada studi dokumentasi penulis sebelumnya, belum dicantumkan paraf hanya ada nama terang penulis dan pada kolom pelaksanaan tidak ada evaluasi subjektif dan objektif. Pada kolom evaluasi asuah keperawatan penulis mencantumkan tanggal dan hari tidak sama dengan hari pelaksanaan. Menurut Anggraini, Purwaningsih & Eka (2010) dokumentasi yang baik mencerminkan tidak hanya kualitas perawat tetapi juga membuktikan pertanggunggugatan setiap anggota tim perawatan dalam memberikan perawatan.

## Kesimpulan

Dari kasus asuhan keperawatan pada pasien An. dengan *Acute Mieloblastik Leukimia* (AML) selama 3 x 24 jam mulai tanggal 4 Juni sampai 6 Juni 2015 di Yogyakarta dapat disimpulkan data sebagai berikut : Gambaran pada pasien An. D dengan gangguan integritas kulit bahwa data

pengkajian yang ditegakkan sudah sesuai dengan karakteristik yang muncul pada gangguan integritas kulit. Diagnosis gangguan integritas kulit pada pasien An. D sudah tepat ditegakkan karena definisi dan karakteristik sudah tepat. Perencanaan dan pelaksanaan keperawatan untuk masalah gangguan integritas kulit sudah sesuai. Evlusi dengan gangguan integritas kulit belum teratasi.

### **Saran**

Bagi Peneliti Selanjutnya

Mencari metode lain atau sample dan subjek lebih dari satu menggunakan aplikasi kasus, memperpanjang waktu dalam penelitian dan untuk dibaca agar meningkatkan wawasan dan pengetahuan dalam menerapkan asuhan keperawatan gangguan integritas kulit pada pasien anak dengan *Acute Mieloblastik Leukimia (AML)*.

### **Daftar Pustaka**

Anggraini, Purwaningsih & Eka. (2010). Analisis faktor penyebab pelaksanaan

pendokumentasi asuhan keperawatan berdasarkan *balanced scorecard*. *Jurnal Ners* vol.5

Kyle, Terri & Susan Carman. (2012). *Buku Ajar Keperawatan Pediatrik* vol 4. Edisi 2. Jakarta: EGC

Mendri, Ni Ketut & Agus Sarwo Prayogi. (2018). *Asuhan Keperawatan pada Anak Sakit & Bayi Resiko Tinggi*. Yogyakarta : Pustaka Baru Press

NANDA Internasional. (2018-2020). *Diagnosis Keperawatan Definisi Dan Klasifikasi*. Edisi 11. Jakarta: EGC

Summary, E., & Relevance, P. H. (2014). *Acute Myelogenous Leukemia ( Including Acute Promyelocytic Leukemia )*

Tim pokja SDKI DPP PPNI. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia Definisi dan Indikator Diagnostik*. Jakarta: DPP PPNI

Tim pokja SIKI DPP

PPNI.(2018).*Standar*

*Intervensi Keperawatan  
Indonesia Definisi dan  
Indikator*

*Diagnostik.* Jakarta:DPP PPNI

Tim pokja SLKI DPP

PPNI.(2019).*Standar Luaran*

*Keperawatan Indonesia  
Definisi dan Kriteria*

*Hasil.* Jakarta:DPP PPNI

World Health Organization. (2012).

Fact of The Cancer.

Retrieved from

<http://who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/index.html>