KARYA TULIS ILMIAH

STUDI DOKUMENTASI HIPERTERMI PADA PASIEN AN. A DENGAN *ACUTE LYMPHOBLASTIC LEUKEMIA* (ALL)

Oleh :

NOVITA TRI UTARI

NIM 2317063

YAYASAN KEPERAWATAN YOGYAKARTA

AKADEMI KEPERAWATAN "YKY"

YOGYAKARTA

2020

KARYA TULIS ILMIAH

STUDI DOKUMENTASI HIPERTERMI PADA PASIEN AN. A DENGAN *ACUTE LYMPHOBLASTIC LEUKEMIA* (ALL)

Tugas Akhir ini Untuk Memenuhi Syarat Menyelesaikan
Pendidikan Program Diploma III Keperawatan
Akademi Keperawatan "YKY" Yogyakarta

NOVITA TRI UTARI

NIM : 2317063

YAYASAN KEPERAWATAN YOGYAKARTA

AKADEMI KEPERAWATAN "YKY"

YOGYAKARTA

2020

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Novita Tri Utari

NIM : 2317063

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 saya kui sebagai hasil tulisan 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,

Pembuat Pernyataan

Novita Tri Utrari

NIM : 2317063

HALAMAN PERSETUJUAN

KARYA TULIS ILMIAH

STUDI DOKUMENTASI HIPERTERMI PADA PASIEN AN. A DENGAN *ACUTE LYMPHOBLASTIC LEUKEMIA* (ALL)

OLEH :
NOVITA TRI UTARI
NIM : 2317063

Telah memenuhi persyaratan untuk diujikan dan
Disetujui pada tanggal
3 Juli 2020

Pembimbing I	Pembimbing II
Tri Arini, S.Kep.,Ns.,M.Kep	Agus Sarwo Prayogi,AhPP.S.Kep.Ns.MH.Kes
NIK : 114103052	NIDN : 4028077001

HALAMAN PENGESAHAN

KARYA TULIS ILMIAH

STUDI DOKUMENTASI HIPERTERMI PADA PASIEN AN. A DENGAN *ACUTE LYMPHOBLASTIC LEUKEMIA* (ALL)

OLEH :
NOVITA TRI UTARI
NIM : 2317063

Telah dipertahankan di depan Dewan Penguji Karya Tulis Ilmiah Akper "YKY" Yogyakarta Pada tanggal 14 Juli 2020

Dewan Penguji :	Tanda Tangan
Tri Arini, S.Kep.,Ns.,M.Kep	.....
Agus Sarwo Prayogi,AhPP.S.Kep.Ns.MH.Kes	.....
Dwi Juwartini, S.KM.,M.PH.	.....

Mengesahkan
Direktur Akper "YKY" Yogyakarta

Tri Arini, S.Kep.,Ns.,M.Kep
NIK : 114103052

HALAMAN MOTTO

"Maka sesungguhnya bersama kesulitan ada kemudahan.Maka apabila
engkau telah selesai (dari sesuatu urusan), tetaplah
bekerja keras (untuk urusan yang lain).
Dan hanya Tuhanmulah engkau
berharap,
"(QS. Al-Insyirah,6-8).

Selagi masih ada kesempatan untuk bisa tersenyum,
Kenapa tidak kita lakukan, ingat
Bahwa senyuman perawat
adalah obat termahal
untuk pasien.

Setiap orang pasti mempunyai mimpi, begitu juga saya.
Namun bagi saya yang paling penting adalah bukan
seberapa besar mimpi yang kamu punya,
tapi adalah seberapa besar usahamu
untuk mewujudkan mimpi.
Mulailah dari tempatmu berada
Gunakan yang kau punya
Lakukan yang kau bisa.

HALAMAN PERSEMBAHAN

Karya Tulis Ilmiah ini penulis persembahkan untuk :

1. Kepada orang tua tercinta yang tidak pernah berhenti mendoakan, menemani, membantu meteri maupun non materi dalam pembuatan Karya Tulis Ilmiah ini yang telah memberikan semangat dan motivasi.
2. Kakak tercinta Yuniati dan Budiyanto yang telah memberikan dukungan material, doa dan motivasi dalam pembuatan Karya Tulis Ilmiah ini.
3. Untuk sahabat saya Eva Kumalasari dan Qonitah Wahid R yang telah menemani saya dari awal masuk kelas B sampai sekarang dan memberikan support serta semangat yang tiada hentinya untuk saya
4. Untuk sahabatku 5 serangkai pesawat yang menemani, mensuport serta memberikan semangat dan berjuang bersama-sama dari semester satu sampai akhir
5. Untuk ibu keduaku ibu kos yang menemani saya dikos untuk mengerjakan dan memberi dukungan kepada saya
6. Untuk seluruh teman-teman seperjuangan Tugas Karya Tulis Ilmiah Akademi Keperawatan "YKY" Yogyakarta

KATA PENGANTAR

Dengan mengucapkan Alhamdulillah segala puji dan syukur penulis panjatkan atas kehadirat Allah SWT, karena berkat rahmat dan hidayahNya penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah yang berjudul "Studi Dokumentasi Hipertermi pada Pasien An. A dengan *Acute Lymphoblastic Leukemia* (LLA) yang dapat diselesaikan tepat pada waktunya.

Karya Tulis Ilmiah ini disusun dan diajukan guna memenuhi sebagai persyaratan untuk menyelesaikan pendidikan Program Diploma Keperawatan "YKY" Yogyakarta, penulis telah banyak mendapat bimbingan, dorongan dan pengarahan dari berbagai pihak untuk itu pada ksempatan ini penulis mengucapkan terimakasih kepada :

1. Tri Arini, S.Kep.,Ns.M.Kep, selaku Direktur Akper "YKY" Yogyakarta yang telah memberikan izin untuk pembuatan Karya Tulis Ilmiah.
2. Tri Arini, S.Kep.,Ns.M.Kep selaku dosen pembimbing 1 yang telah bersedia meluangkan, waktu, tenaga, pikiran dan bimbingan sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini dengan baik dan tepat waktu.
3. Agus Sarwo, AhPP.S.Kep.Ns.MH.Kes selaku dosen pembimbing 2 yang telah bersedia meluangkan waktu, tenaga, pikiran dan bimbingan sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini dengan baik dan tepat waktu.
4. Bapak/Ibu dosen Akademi Keperawatan "YKY" Yogyakarta yang telah memberikan bimbingan, arahan dan ketrampilan yang bermanfaat selama penulis mengikuti pendidikan.

Penulis menyadari bahwa dalam pembuatan Karya Tulis Ilmiah ini masih banyak kekurangan, untuk itu penulis mengharap kritik dan saran yang bersifat membangun demi kesempurnaan Karya Tulis Ilmiah dan penulis berharap semoga ini dapat bermanfaat bagi penulis maupun pembaca.

Yogyakarta, 02 Maret 2020

(Novita Tri Utari)

DAFTAR ISI

Halaman Sampul Depan.....i

Halaman Sampul Dalam.....ii

Halaman Pernyataan Keaslian.....iii

Halaman Persetujuan.....iv

Halaman Pengesahan.....v

Halaman Motto.....vi

Halaman Persembahan.....vii

Kata pengantar.....viii

Halaman Daftar Isi.....ix

Halaman Daftar Tabel.....xi

Halaman Daftar Gambar.....xii

Halaman Daftar Lampiran.....xiii

ABSTRAK.....xiv

BAB I PENDAHULUAN.....1

A. Latar Belakang.....1
B. Rumusan Masalah.....5
C. Tujuan Studi Kasus.....6
   1. Tujuan Umum.....6
   2. Tujuan Khusus.....6
D. Ruang Lingkup.....6
E. Manfaat Studi Kasus.....7

BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....8

A. **Landasan Teori**.....8
   1. Masalah Keperawatan Hipertermi.....8
      a. Definisi Hipertermi.....8
      b. Penyebab.....8
      c. Tanda dan Gejala.....9
      d. Kondisi Klinis 9
      e. Factor yang mempengaruhi Hipertermi.....10
   2. Konsep Dasar *Acute Lymphoblastic Leukemia* (ALL).....11
      a. Definisi.....11
      b. Klasifikasi.....12
      c. Etiologi.....13
      d. Patofisiologi.....15

e. Manifestasi Klinis……16
f. Komplikasi ……17
g. Pemeriksaan Penunjang ……20
h. Penatalaksanaan……23
3. Asuhan Keperawatan *Acute Lymphoblastic Leukemia* (ALL)……25
a. Pengkajian……26
b. Diagnose Keperawatan……26
c. Intervensi……27
d. Implementasi……29
e. Evaluasi……30
f. Dokumentasi Keperawatan……30
g. Prinsip-prinsip dokumentasi……31
B. **Kerangka Teori**……32
C. **Kerangka Alur**……36
BAB III METODE PENELITIAN……33
A. Jenis dan Rancangan Penelitian……33
B. Subyek Studi Kasus……33
C. Lokasi dan Waktu……33
D. Definisi Operasional……34
E. Instrumen……34
F. Teknik Pengumpulan Data……34
G. Analisa Data……35
H. Etika Penulisan……35
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN……37
A. Hasil……37
1. Karakteristik Partisipan……37
2. Gambaran Asuhan Keperawatan……37
B. Pembahasan……41
BAB V PENUTUP……49
A. Kesimpulan……49
B. Saran……52
DAFTAR PUSTAKA……49

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Definisi Operasional……..……34

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Kerangka Teori……...……32

Gambar 3.1 Kerangka Alur Penelitian……..…….……36

DAFTAR LAMPIRAN

a. Jadwal kegiatan……..
b. Bukti bimbingan…….
c. Data dokumen Askep KTI dahulu……...……...

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kanker merupakan penyakit keganasan yang dapat mengganggu pertumbuhan sel normal, dan dapat mempengaruhi fungsi fisik dan sosial dalam waktu yang lama. Menurut *National Care Institute* (NCI) pada tahun 2007, di Amerika lebih kurang 10.400 anak yang berusia di bawah lima tahun terdiagnosis kanker, dan sekitar 1.545 anak meninggal karena kanker (Hermalinda, & Dwi Novrianda, 2016).

Prevalensi kanker di Indonesia, berdasarkan diagnosis dokter (per mil) data dari tahun 2013-2018 terjadi peningkatan setiap tahunnya dimana pada tahun 2013 terdapat 1.4% kasus dan 2018 1.8 % kasus. Proporsi jenis tata laksana kanker pada penduduk semua umur yang didiagnosis oleh Dokter yang dilakukan pembedahan atau operasi sebanyak 61.8 %, radiasi/penyinaran sebanyak 17.3 %, kemoterapi sebanyak 24.9 %, dan lainnya 24.1 %. Jadi, dapat disimpulkan untuk prevalensi kanker tahun 2013-2018 paling banyak berada di daerah perkotaan dengan jumlah 2.06 % dan dilakukan penatalaksanaan kanker dengan pembedahan/operasi yaitu sebanyak 61,8.

Prevalensi di Provinsi Yogyakarta memiliki prevalensi penyakit kanker tertinggi bila dibandingkan dengan daerah provinsi lain sedangkan provinsi yang memiliki prevalensi terendah adalah Nusa tenggara barat dan Gorontalo. Menurut Badan Litbangkes Kementerian Republik Indonesia, Provinsi D.I. Yogyakarta merupakan Provinsi dengan indeks Penderita

penyakit kanker yang cukup tinggi yaitu mencapai 1213 orang dengan persentase terbanyak akut limfoblastik leukemia dengan prevalensi 40% dan penderita penyakit tersebut adalah anak-anak.

Leukemia merupakan penyakit akibat terjadinya proliferasi (pertumbuhan sel imatur) sel leukosit abnormal yang ganas, serta sering disertai adanya leukosit dengan jumlah yang berlebihan yang dapat menyebabkan anemia trombositopenia (Hidayat, 2006) (Sutini, titin, 2018). Hal tersebut dapat terjadi karena beberapa faktor diantaranya radiasi, faktor leukemogenik, virus dan herediter. Penderita leukemia biasanya menunjukkan gejala mudah terpapar infeksi, pendarahan, nyeri tulang, nyeri perut, pembengkakan kelenjar limpa, dan kesulitan bernafas (Yuni, 2015).

Penyakit Leukemia dapat dialami oleh anak-anak. Dan dapat mengalami berbagai macam masalah terkait dengan penyakit dan pengobatan (Hermalinda, & Dwi Novrianda, 2016). Penderita ALL dianggap sebagai suatu proliferasi ganas limfoblas, himatopoesis normal terlambat, mengakibatkan jumlah penurunan leukosit, sel darah merah, dan trombosit. Eritrosit dan trombosit jumlahnya rendah dan leukosit jumlahnya dapat rendah atau tinggi tetapi selalu terdapat sel immature. Sel abnormal pada penyakit leukemia limfoblastik akut menyebabkan gejala kelainan pada sumsum tulang belakang serta infiltrasi terhadap organ-organ (Hoffbran, & Moss, 2011). Seperti nyeri karena pembesaran hati dan limpa, sakit kepala, muntah, nyeri tulang dan demam.

Kira-kira 60% anak dengan ALL secara kescluruhan sebagian dari penderita tersebut mempunyai gejala dan tanda penyakitnya kurang dari 4 minggu pada waktu didiagnosis gejala awal biasanya terjadi non spesifik meliputi anorexia, iritabel, dan latergi. Kegagalan sumsum tulang mengakibatkan demam atau hipertermi (Rachmawati, 2014).

Hipertermi merupakan peningkatan suhu tubuh yang berhubungan dengan ketidakmampuan tubuh untuk menghilangkan atau mengurangi produski panas, hipertermi juga merupakan respon tubuh terhadapa proses infeksi (Potter & Perry, 2010). Demam juga bisa diartikan sebagai suatu gejala penyakit atau infeksi dimana ketika kondisi otak membatasi suhu di atas pengaturan normal yaitu diatas 38˚C. Suhu tubuh yang normal adalah antara 36˚C sampai 37˚C. Jika anak demam dengan temperature yang diukur melalui mulut atau telinga 37˚,8C atau melalui rectum 38˚C dan 37,2˚C melalui ketiak, kemungkinan anak terserang demam lebih tinggi daripada orang dewasa, akibat tuntutan peningkatan pengaturan tersebut maka tubuh akan memproduksi panas (Purwanti, 2008).

Penyebab umum karena adanya infeksi virus, paparan panas yang berlebih (overhating), adanya suatu pelepasan zat pirogen (pirogen adalah suatu pelepasan zat yang menyebabkan demam atau bahan yang dibentuk oleh mikroorganisme) dari dalam lekosit atau sel darah putih (bertugas melindungi tubuh agar tahan menghadapi serangan kuman), adanya proses infeksi, adanya peningkatan suhu pada 0-72 jam, dehidrasi atau kekurangan

cairan, menurunnya kemampuan untuk berkeringat, aktivitas yang berlebihan, maupun dikarenakan gangguan system imun (Purwanti, 2008).

Menurut Anderson & Sylvia (2006) ALL adanya bukti anemia, perdarahan, dan infeksi seperti demam (Hipertermi), pucat, petekie, dan perdarahan, nyeri sendi dan tulang, maka perlu dilakukan Perawatan yang adekuat untuk mencegah terjadinya infeksi yang membuat kondisi menjadi lebih fatal (Marykutty, Rayaroth & Sounnya, 2014).

Berdasarkan hal di atas dapat terlihat adanya suatu fenomena tentang dampak dari penyakit kanker dan pengobatan yang dijalani oleh anak. Dampak tersebut adalah hipertermi, hal yang esensial untuk dikaji pada pasien anak dengan kanker, agar dapat dilakukan perencanaan untuk mengatasi hipertermi tersebut yang bermanfaat dalam meningkatkan kualitas hidup anak serta mempertahankan pertumbuhan dan perkembangan anak dengan kanker serta mewaspadai interval terjadinya demam setelah didiagnosis ALL sehingga dapat dilakukan antisipasi mencegah kematian (Damayanti Wahyu, Marshalla A & Pudjo Hagung W, 2019).

Berdasarkan penelitian di atas untuk penyelesaian permasalahan tersebut peneliti menyarankan untuk orang tua tetap menjalani pengobatan kemoterapi bagi anak mereka karena mendeksti tahap akhir kemoterapi (tahap *maintenance* II). Peran perawat sebagai pemberi asuhan keperawatan, pelaksana, peneliti dan pengelola pelayanan kesehatan. Dalam upaya sebagai pelaksana pelayan kesehatan perawatan mampu memberikan asuhan keperawatan secara langsung maupun tidak langsung secara

menyeluruh. Dalam upaya peneliti perawat mampu mengindentifikasi masalah peneliti, menerapkan prinsip dan metode penelitian untuk meningatkan mutu asuhan atau pelayanan kesehatan yaitu dengan mengelola pelayanan maupun pendidikan keperawatan sesuai dengan manajemen keperawatan dalam paradigma keperawatan (Potter & Perry, 2010). Peran perawat sebagai promotif adalah dengan penyuluhan kepada keluarga tentang penyakit *Acute Lymphoblastic Leukemia* (ALL) seperti bagaimana pentingnya menjalani pengobatan kemoterapi untuk mencapai kesehatan yang optimal. Peran perawat preventif yaitu dengan melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien *Acute Lymphoblastic Leukemia* (ALL). Peran perawat kuratif yaitu dengan merawat dan mengelola pemberian obat pada pasien hipertermi dengan *Acute Lymphoblastic Leukemia* (ALL). Peran perawat sebagai rehabilitatif memberikan edukasi kepada orang tua untuk menjalankan pengobatan rutin kemoterapi yang sudah terjadwal dari Rumah sakit.

Dalam uraian diatas maka penulis tertarik untuk mempelajari lebih jauh tentang penyakit *Acute Lymphoblastic Leukemia* (ALL) yang penulis tuangkan dalam Karya Tulis Ilmiah yang berjudul Studi Dokumentasi Hipertermi pada Pasien An. A dengan *Acute Lymphoblastic Leukemia* (ALL)

B. Rumusan Masalah

Bagaimana studi dokumentasi hipertermi pada pasien An. A dengan *Acute Lymphoblastic Leukemia* (ALL)

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

   Mengetahui studi dokumentasi hipertermi pada pasien An. A dengan *Acute Lymphoblastic Leukemia* (ALL)

2. Tujuan khusus

   Mengetatahui gambaran tentang :

   a. Hasil studi dokumentasi mengenai Pengkajian hipertermi pada pasien An. A dengan *Acute Lymphoblastic Leukemia* (ALL)
   b. Hasil studi dokumentasi mengenai Diagnosa keperawatan hipertermi pada pasien An. A dengan *Acute Lymphoblastic Leukemia* (ALL)
   c. Hasil studi dokumentasi mengenai Perencanaan hipertermi pada pasien An. A dengan *Acute Lymphoblastic Leukemia* (ALL)
   d. Hasil studi dokumentasi mengenai Pelaksanaan hipertermi pada pasien An. A dengan *Acute Lymphoblastic Leukemia* (ALL)
   e. Hasil studi dokumentasi mengenai Evaluasi hipertermi pada pasien An. A dengan *Acute Lymphoblastic Leukemia* (ALL)

D. Ruang Lingkup

Penelitian ini termasuk dalam lingkup keperawatan Anak. Materi yang di bahas adalah Gambaran hipertermi An. A dengan *Acute Lymphoblastic Leukemia* (ALL) dengan metode studi dokumentasi. Penelitian ini dilakukan di Akper YKY Yogyakarta dengan menggunakan data dari asuhan keperawatan pada KTI tahun 2016

E. Manfaat Studi Kasus

Studi kasus ini diharapkan dapat memberikan manfaat sebagai berikut:

1. Teoritis

   Mengetahui lebih dalam gambaran hipertermi pada pasien An. A dengan *Acute Lymphoblastic Leukemia* (ALL)

2. Praktis

   a. Bagi Peneliti Selanjutnya

      Karya Tulis Ilmiah ini diharapakan dapat dapat meningkatkan wawasan dan pengetahuan dalam menerapkan proses keperawatan pada pasien anak dengan *Acute Lymphoblastic Leukemia* (ALL).

   b. Kampus Akademi Keperawatan 'YKY" Yogyakarta

      Diharapkan dapat menambah keluasan ilmu referensi selanjutnya khususnya bagi pembaca di perpustakaan Akademi Keperawatan "YKY" Yogyakarta mengenai gambaran hipertermi pada pasien anak dengan *Acute Lymphoblastic Leukemia* (ALL).

   c. Bagi penulis

      Mempunyai pengalaman nyata dalam melaksanakan studi dokumentasi sesuai dengan pendekatan proses keperawatan pada gamabaran hipertermi pada pasien anak dengan *Acute Lymphoblastic Leukemia* (ALL).

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Landasan Teori

1. Masalah Keperawatan Hipertermi

   a. Definisi Hipertermi

      Hipertermi merupakan peningkatan suhu tubuh yang berhubungan dengan ketidakmampuan tubuh untuk menghilangkan atau mengurangi produski panas, hipertermi juga merupakan respon tubuh terhadapa proses infeksi (Potter & Perry, 2010). Diagnosis hipertermi merupakan suhu tubuh meningkat diatas rentang normal tubuh (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

   b. Penyebab

      Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017) penyebab hipertermi sebagai berikut:

      1) Dehidrasi
      2) Terpapar lingkungan panas
      3) Proses penyakit (mis, infeksi, kanker)
      4) Ketidaksesuaian pakaian dengan suhu lingkungan
      5) Peningkatan laju metabolism
      6) Respon trauma
      7) Aktivitas berlebih
      8) Penggunaan *incubator*

c. Tanda dan Gejala

Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017) gejala dan tanda mayor hipertermi sebagai berikut:

1) Subyektif

(Tidak tersedia)

2) Obyektif

a) Suhu tubuh diatas nilai normal

Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017) gejala dan tanda minor hipertermi sebagai berikut:

1) Subyektif

(Tidak tersedia)

2) Obyektif

a) Kulit merah

b) Kejang

c) Takikardi

d) Takipnea

e) Kulit terasa hangat

d. Kondisi Klinis Terkait

Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017) kondisi klinis terkait hipertermia sebagai berikut:

1) Proses infeksi

2) Hipertiroid

3) Stroke

4) Dehidrasi

5) Trauma

6) Prematuritas

e. Faktor yang Mempengaruhi Hipertermi

Menurut NANDA (2012)

1) Ansietas

Setiap tanda-tanda vital dalam kaitannya dengan efek samping ansietas dan tanda-tanda ancaman syok, pernafasan yang memburuk, atau nyeri karna ansietas ini dapat menyebabkan peningkatan suhu, kekakuan otot, hipermetabolisme, ditruksi sel otot (Wong, 2008).

2) Penurunan perspirasi

Penguapan yang tidak dapat keluar akan mengganggu sirkulasi dalam tubuh sehingga menyebabkan hipertermi yang diakibatkan oleh kenaikan set point hipotalamus.

3) Dehidrasi

Tubuh kehilangan panas secara continue melalui evaporasi. Sekitar 600-900 CC air tiap harinya menguap dari kulit dan paru-paru sehingga terjadi kehilangan air dan pannas. Kehilangan panas air ini menyebabkan dehidrasi pada hipertermia.

4) Pemajanan lingkungan yang panas

Panas pada 85 % area luas permukaan tubuh diradiasikan ke lingkungan vasokontriksi perifer meminiimalisasi kehilangan

panas. Jika lingkungan lebih panas dibandingkan kulit tubuh akan menyerap panas melalui radiasi.

5) Penyakit

Penyakit atau trauma pada hipotalamus atau sumsum tulang belakang yang meneruskan pesan hipotalamus akan mengubah control suhu menjadi berat.

6) Pemakaan pakaian yang tidak sesuai dengan suhu lingkungan

Pakaian yang tidak tebal akan memaksimalkan kehilanagan panas.

7) Peningkatan laju metabolism

Panas yang dihasilkan tubuh adalah hasil sampingan metabolism, yaitu reaksi kimia dalam seluruh sel tubuh.

8) Medikasi

Demam juga disebabkan oleh adanya bentuk hipersensitivitas terhadap otot.

9) Trauma

Penyakit atau trauma pada hipotalamus atau sumsum tulang belakang yang meneruskan pesan hipotalamus akan mengubah control suhu menjadi berat.

2. Konsep Penyakit *Acute Lymphoblastic Leukemia* (ALL)

a. Definisi

Leukemia merupakan penyakit akibat terjadinya proliferasi (pertumbuhan sel immature) sel leukosit yang abnormal dan ganas,

serta sering disertai adanya leukosit dengan jumlah yang berlebihan, yang dapat menyebabkan terjadinya anemia trombositopenia (Hidayat, 2006) (Sutini, Titin, 2018). Pengertian lain menurut (Nursalam, 2005) leukemia merupakan penyakit akibat proliferasi (bertambah banyak atau multiplikasi) patologi dari sel pembuat darah yang bersifat sistemik dan biasanya berakhir fatal (Sutini, Titin, 2018).

Acute Lymphoblastic Leukemia (ALL) merupakan penyakit keganasan yang berciri khas infiltrasi progresif sel limfoid imatur (limfoblas) pada sumsum tulang dan organ limfatik (Suryawan, Nur, dkk, 2017).

b. Klasifikasi

Terdapat dua klasifikasi dalam ALL, yaitu berdasarkan morfologi, imunofenotipe, dan gambaran genetic. Klasifikasi berdasarkan system FAB (French-American-British). Gambaran menurut system FAB dibagi menjadi 3 : L1 terdiri dari sel-sel limfoblas kecil serupa dengan kromatin homogeny, anak inti umunya tidak tampak dan sitoplasma sempit, L2 sel limfoblas lebih besar tetapi ukurannya bervariasi, kromatin lebih besar dengan satu atau lebih anak inti dan L3 sel limfoblas besar, homogeny dengan kromatin berbecak, banyak ditemukan anak inti serta sitoplasma yang basofilik dan karvakuolisasi (Permono, Bambang, dkk, 2010).

Menurut (Sulastri, Titi & Purwati, 2017) Klasifikasi *Acute Lymphoblastic Leukemia* (ALL) mempengaruhi limfosit:

1) Terbagi menjadi beberapa subtype berdasarkan karakteristik morfologi, sitokimia, dan imunologis (subtype T, B, null, dan pra-B).
2) lima tahun bertahan hidup bebas dari penyakit: 91% didiagnosis saat berusia dibawah 5 tahun.

Menurut (Sutini, Titin, 2018) klasifikasi Acute Lymphoblastic Leukemia (ALL) merupakan tipe leukemia paling sering terjadi pada anak-anak. Penyakit ini juga dapat terjadi pada orang dewasa yang telah berumur 65 tahun atau lebih, dapat dianggap sebagai proliferasi ganas limfoblas. Sering terjadi pada anak laki-laki disbanding perempuan, puncak insiden usia 4 tahun, setelah anak usia 15 tahun ALL jarang terjadi.

c. Etiologi

Menurut (Sutini, Titin. 2018) etiologi pasti dari leukemia belum diketahui. Leukemia, sama halnya dengan kanker lainnya, terjadi karena mutasi somatic pada DNA yang mengaktifkan onkogenesis atau menonaktifkan gen suppressor tumor, dan mengganggu regulasi dari kematian sel, diferensiasi atau divisi. Tapi penelitian telah dapat mengemukakan factor resiko dari Leukemia ini, antara lain:

1) Tingkat radiasi yang tinggi

   Orang yang terpapar radiasi tingkat tinggi lebih mudah terkenaa leukemia dibandingkan dengan mereka yang tidak terpapar radiasi. Radiasi tingkat tinggi bisa terjadi karrena ledakan bom atom seperti yang terjadi di Jepang. Pengobatan yang menggunakan radiasi bisa menjadi sumber dari paparan radiasi tingkat tinggi.

2) Pengaruh lingkungan sekitar

   Orang yang bekerja dengan bahan-bahan kimia tertentu, seperti terpapar oleh benzene dengan kadar benzene yang tinggi di tempat kerja dapatt menyebabkan leukemia. Benzene digunakan luas pada industry kimia. Formaldehid juga digunakan luas pada industry kimia, pekerja yang terpapar formaldehid memiliki resiko lebih besar terkena leukemia.

3) Agen kemoterapi

   Pasien kanker yang diterapi dengan obat anti kanker kadang-kadang berkembang menjadi leukemia. Contohnya, obat yang dikenal sebagai agenalkilating dihubungkan dengan berkembangnya leukemia akhir-akhir ini.

4) Faktor genetik

   Down Syndrome dan beberapa penyakit genetic lainnya. Beberapa penyakit disebabkan oleh kromosom yang abnormal mungkin meningkatkan resiko leukemia.

5) *Myelodysplastic syndrome*

Orang dengan penyakit darah ini memiliki resiko terhadap berkembangnya leukemia myeloid akut.

Menurut (Priantoro, D & Sjakti Hikari A, 2018) etiologi dari leukemia Factor genetic dan lingkungan berkaitan erat dengan leukemia pada anak. Pajanan terhadap radiasi diagnostic baik saat dalam kandungan atau masa anak-anak berkaitan dengan peningkatan angka kejadian ALL. Factor lain yang diduga berkaitan adalah infeksi EBV *(Virus Epstein-Bar)*.

d. Patofisiologi

Penyebab pasti LLA tetap tidak diketahui. Factor genetic dan abnormalitas kromosom dapat berperan dalam perkembangan LLA. Pada LLA, limfoblastik yang abnormal melimpah dalam jaringan pembentuk darah. Limfoblastik bersifat mudah pecah dan immature, menurunkan kemampuan terhadap SDP normal untuk melawan infeksi. Pertumbuhan limfoblastik berlebihan dan sel abnormal menggantikan sel normal sumsum tulang. Sel leukemia yang berproliferasi menunjukan kebutuhan metabolic yang besar, menekan sel tubuh normal terkait kebutuhan zat gizi dan menyebabkan keletihan, penurunan berat badan atau henti tumbuh, dan kelelahan otot. Sumsum tlang menjadi tidak mampu mempertahankan kadar normal sel darah merah, SDP, dan trombosit, sehingga terjadi anemia, neutropenia, dan

trombositopenia. Karena sumsum tulang berekspansi atau sel leukemia menginfiltrasi tulang, nyeri sendi tulang dan tulang dapat terjadi. Sel leukemik dapat menembus nodus limfe, menyebabkan limfadenopati difus, atau hati dan limpa, menyebabkan hepatosplenomegali. Dengan penyebaran ke SSP, dapat terjadi muntah, sakit kepala, kejang, koma, gangguan penglihatan, atau palsi saraf kranial (Zupanec & Tomlison, 2010) (Kyle, Terry & Susan Carman, 2018)

Pada LLA, kompenen genetic progenitor sel limfold mengalami perubahan dan mengalami disregulasi proliferasi dengan ekspansi klonal. Sel limfold yang bertransformasi menggambarkan ekspresi gen yang berubah yang terlibat dalamm perkembangan normal sel B dan sel T. beberapa studi menunjukan bahwa sel punca leukemikada pada jenis tertentu dari LLA (Priantoro, D & Sjakti Hikari A, 2018).

e. Manifestasi Klinis

Manifestasi klinis untuk *Acute Lymphoblastic Leukemia* (ALL) ada gejala malaise, demam, letargi, kejang, keringat pada malam hari, hepatosplenomegalli, nyeri tulang dan sendi, disertai anemia, mudah terkena bermacam-macam infeksi, penurunan berat badan, sering muntah, adanya gangguan penglihatan dan nyeri kepala (Sutini, Titin, 2018).

Anak-anak dengan leukemia sangat mudah mengalami memar dan berdarah, sering mengalami mimisan, atau berdarah untuk waktu yang sangat lama bahkan karena luka kecil. Gejala yang khas pada penderita leukemia adalah pucat (dapat terjadi mendadak), panas dan perdarahan disertai splenomehali dan kadang-kadang hepatomegaly serta limfadenopati. Gejala lain dari leukemia dapat mencakup :

1) Nyeri pada tulang atau sendi, kadang-kadang menyebabkan pincang
2) Pembengkakan kelenjar getah bening (kadang-kadang disebut kelenjar bengkak) di leher, pangkal paha, atau di bagian tubuh lain.
3) Kelelahan yang abnormal
4) Nafsu makan yang buruk
5) Demam tanpa gejala lain, serta
6) Sakit perut (yang disebabkan oleh sel-sel darah yang abnormal membangun di organ-organ seperti ginjal, hati, atau limpa) (Mendri & Prayogi, 2018).

f. Komplikasi

Menurut (Wong, 2009) komplikasi pada pasien *Acute Lymphoblastic Leukemia* (ALL) sebagai berikut:

1) Infeksi

Komplikasi ini yang sering ditemukan dalam terapi kanker masa anak-anak adalah infeksi berat sebagai akibat sekunder karena neutropenia. Anak paling rentan terhadap infeksi berat selama tiga fase penyakit berikut:

a) Pada saat didiagnosis ditegakka dan saat relaps (kambuh) ketika proses leukemia telah menggantikan leukosit normal.
b) Selama terapi imunosupresi
c) Sesudah pelaksanaan terapi antibiotic yang lama sehingga mempresdiposisi pertumbuhan mikroorganisme yang resisten.

Penggunaan factor yang menstimulasi koloni granulosit telah mengurangi insidensi dan durai infeksi pada anak-anak yang mendapat terapi kanker. Pertahanan pertama melawan infekksi adalah pencegahan.

2) Perdarahan

Sebelum penggunaan terapi transfuse trombosit, perdarahan merupakan penyebab kematian yang utama pada pasien leukemia. Kini sebagian besar episode perdarahan dapat dicegah atau dikendalikan dengan pemberian konsentrat trombosit atau pasma kaya trombosit.

Karena infeksi meningkat kecenderungan perdarahan dan karena lokasi perdarahan lebih mudah terinfeksi, maka tindakan

fungsi kulit sedapat mungkin harus dihindari. Jika harus dilakukan penusukan jari tangan, fungsi vend an penyuntikan IM dan aspirasi sumsum tulang, prosedur pelaksanaannya harus menggunakan teknik aseptic, dan lakukan pemantauan kontinu untuk mendeteksi perdarahan.

Perawatan mulut yang saksama merupakan tindakan esensial, karena sering terjadi perdarahan gusi yang menyebabkan mukositis. Anak-anak dianjurkan untuk menghindari aktivitas yang dapat menimbulkan cedera atau perdarahan seperti bersepeda atau bermain skateboard, memanjat pohon atau bermain dengan ayuanan (Wong, 2009).

Umunya transfuse trombosit hanya dilakukan pada episode perdarahan aktif yang tidak berreaksi terhadap terapi local dan yang terjadi selama terapi induksi atau relaps. Epistaksis dan perdarahan gusi merupakan kejadian yang paling sering ditemukan.

3) Anemia

Pada awalnya, anemia dapat menjadi berat akibat penggantian total sumsum tulang oleh sel-sel leukemia. Selam terapi induksi, transfuse darah mungkin diperluakan. Tindakan kewaspadaan yang biasa dilakukan dalam perawatan anak yang menderita anemia harus dilaksanakan (Wong, 2009).

g. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan hematologic memperlihatkan anemia normokromik normositik dengan trombositopenia pada sebagian besar kasus. Hitung sel darah putih total mungkin menurun, normal, atau meningkat. Apusan darah biasanya memperlihatkan sel-sel blas dalam jumlah bervariasi. Sumsum tulanghiperseluler dengan blas leukemik <20%. Fungsi lumbal untuk memeriksa cairan serebrospinal (CSS) secara umum tidak dilakukan karena dapat mendorong penyebaran sel tumor ke SSP. Tes biokimia mungkin memperlihatkan peningkatan asam urat serum, laktat dehydrogenase serum, atau yang lebih jarang, hiperkalsemia. Tes fungsi hati dan ginjal dilakukan untuk mengeahui data dasar sebelum pengobatan dimulai.

Radiografi mungkin memperlihatkan lesi-lesi litik di tulang dan massa mediastinum akibat pembesaran timus dan/atau kelenjar limfe mediastinum yang khas untuk T-LLA.

1) Terapi

Terapi spesifik ALL ialah dengan kemoterapi dan kadang radioterapi, protocol pengobatan sangat kompleks. Terdapat beberapa fase dalam pengobatan yang biasanya memiliki empat komponen. Protocol-protokol ini disesuaikan dengan dengan resiko untuk mengurangi pengobatan yang diberikan kepada pasien dengan prognosis baik. Factor yang menentukan

pengobatan mencakup usia, jenis kelamin, dan hitung sel darah putih saat datan. Respon awal terhadap pengobatan juga penting karena lenyapnya blas dari darah atau sumsum tulang yang berlangsung secara perlahan satu atau dua minggu setelah terapi induksi atau menetapnya *minimal residual disease* (MRD) berkaitan dengan risiko kekambuhan yang tinggi. ALL pada bayi (<1tahun) memiliki prognosis lebih buruk dengan angka kckambuhan 20-50%.

2) Induksi remisi

Pasien dengan leukemia akut memiliki beban tumor yang sangat tinggi dan beresiko besar mengalami komplikasi kegagalan sumsum tulang dan infiltrasi leukemia. Tujuan induksi remisi ialah dengn cepat mematikan sebagian besar sel tumor dan membawa pasien ke dalam remisi. Deksametason, vinkristin, dan asparaginasc mcrupakan obat-obat yang biasanya digunakan dan ketiganya sangat efektif –mencapai remisi pada lebih 90% anak.

3) Intensifikasi (konsolidasi)

Terapi ini menggunakan dosis tinggi beragam obat kemoterapi untuk mengeliminasi penyakit atau mengurangi beban tumor ke tingkat yang sangat rendah. Protocol tipikal berisi vinkristin. Siklofosfamid, Sitosin arabinosid,

daunorubisin, etoposid, atau merkaptopurin yang diberikan sebagai blok dalam berbagai kombinasi.

Terapi yang ditunjukan untuk susunan saraf pusat (SSP), beberapa obat yang diberikan secara sistemik mampu mencapai caran serebrospinal (CSS) dan untuk mencegah atau mengobati penyakit di SSP diperlukan terapi spesifik. Pilihannya ialah metotreksat dosis tinggi yang diberikan secara intravena, mtotreksat atau sitosin arabinosid intratekal, atau iradiasi kranial. Iradiasi kranial kini dihindari sebisa mungkin pada anak karena efek samping yang substansial (Wolly, Nikmatian. G. A, dkk, 2016).

Menurut (Priantono, D & Sjati, Hikari A, 2018) pemeriksaan untuk pasien dengan *Acute Lymphoblastic Leukemia* (ALL) Sebagian besar pasien ALL menunjukan hitung leukosit kurang 10.000/Ul atau >80.000/ul (hiperleukositossis). Sel leukemik terkadang dilaporkan sebagai limfosit antipikal, diperlukan evaluasi lebih lanjut, untuk menentukan sel tersebut berasal dari ganas. Apabila analisis darah tepi menunjukan kemungkinan leukemia, pemeriksaan sumsum tulang belakang harus dilakukan untuk menegakkan diagnosis. ALL didiagnosis dengan evaluasi sumsum tulang yang didominasi lebih dari 25% sel sumsum tulang belakang sebagai populasi sel limfoblas. Stratifikasi risiko didasarkan

pada usia, jumlah leukosit, asam urat, keterlibatan asam urat, keterlibatan susunan saraf pusat dan imunofenotipe.

h. Penatalaksanaan

Menurut (Sutini, Titin, 2018) penatalaksanaan pada pasien Leukemia limfoblastik akut sebagai berikut:

1) Kemoterapi

Bertujuan untuk mengurangi remisi, pada sumsum tulang yang abnormal dimana sel blast <5% dan tidak ada tanda klinis.

2) Radioterapi

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

3) Transplatasi sumsum tulang

Transplatasi sumsum tulang dilakukan untuk mengganti sumsum tulang yang rusak karena dosis tinggi kemotherapi dan terapi radiasi. Selain itu tranplatasi sumsum tulang berguna untuk mengganti sel-sel darah yang rusak karena kanker

4) Terapi suportif

Berfungsi untuk mengatasi akibat-akibat yang ditemukan penykit Leukemia dan mengatasi efek samping obat. Misalnya transfuse darah untuk penderita Leukemia dengan keluhan anemia, tranfusi trombosit untuk mengatasi pendarahan, dan antibiotic untuk mengatasi infeksi.

Menurut (Priantoro, D & Sjati, Hikari A, 2018) Factor prognostic terpenting pada ALL adalah derajat resiko dan pengobatan, karena tanpa terapi efektif, penyakit ini berakibat fatal. *Survival rate* pada anak dengan ALL 40 tahun terakhir sudah meningkat dengan meningkatnya terapi dan *outcame* dari uji klinis. Terdapat tiga fase dan durasi kemoterapi untuk ALL yang akan dibahas sebagai berikut:

a) Fase terapi

Tatalaksana ALL pada anak umunya, memiliki 3 fase yaitu induksi, konsolidasi, dan pemeliharaan.

Tujuan fase induksi adalah untuk mencapai remisi sumsum tulang yang didefinisikan sebagai kurang dari 5% blas dari sumsum tulang. Terapi induksi biasanya terdirir atas 3-4 macam obat, antara lain *glukokortikoid, vincristine, asparaginase,* dan *anthracyline.* Terapi ini menginduksi remisi komplit berdasarkan morfologi pada 98% pasien. Pengukuran *minimal residual disease* (MRD) dengan flowsitometri atau PCR menunjukan pemeriksaan morfologik blas yang spesifik dan sensitive, mencapai kurang dari 0,1% pada akhir induksi.

Terapi konsolidasi diberikan segera setelah remisi untuk mengurangi beban sel leukemik sebelum adanya resistensi obat dan relaps pada situs tertentu (missal testis,

SSP dll). Pada fase terapi ini, pasien diberikan obat lain seperti siklofosfamid, methotrexate, *cytarabine* dan/ *mercaptopurine* (6MP). Terapi konsolidasi bertujuan untuk meningkatkan *long term survival* pada pasien dengan penyakit risiko standar.

Fase pemeliharaan merupakan fase terlama, fase tersebut bertujuan untuk mempertahankan remisi, terapi fase tersebut terdiri atas methotrexate intratekal, dan steroid, 6-MP dan metotreksat per oral.

b) Durasi terapi

Untuk mencapai angka kesembuhan untuk pasien ALL galur sel B dan sel T membutuhkan sekitar 2-2,5 tahun untuk melanjutkan terapi. Percobaan mengurangi durasi terapi menghasilkan angka relaps yang tinggi.

3. Asuhan Keperawatan pada pasien dengan *Acute Lymphoblastic Leukemia* (ALL)

Proses keperawatan adalah suatu metode dimana suatu konsep diterapkan dalam praktek keperawatan. Proses keperawatan terdiri dari lima tahapan yang sekunsial dan berhubungan dengan pengkajian, diagnose, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi (Nursalam, 2013) Tujuan proses keperawatan menurut (Manurung, 2011) adalah mempraktikan metode pemecahan masalah dalam praktik keperawatan, menggunakan standar untuk praktik keperawatan, memperoleh metode

yang baku dan sesuai, rasional dan sitematis dalam memberikan asuhan keperawat an pada pasien, memperoleh metode yang dapat digunakan dalam segala sesuatu.

a. Pengkajian

Pengkajian adalah pemikiran dasar dari proses keperawatan yang bertujuan untuk mengumpulkan informasi atau data tentang pasicn, agar dapat mcngidcntifikasi, mcngcnali masalah-masalah, kebutuhan kesehatan dan keperawatan pasien, baik fisik, mental, social dan lingkungan menurut (Effendy, 1995 dalam Dermawan, 2012).

Menurut (Keyyle, Terri & Susan Carman, 2018) pengkajian keperawatan sebagai berikut :

1) Riwayat kesehatan

Kaji deskripsi penyakit dan keluhan utama saat ini. Tanda dan gejala umum yang dilaporkan selama riwayat kesehatan dapat mencakup;

a) Demam (dapat persisten atau berulang, dengan penyebab yang tidak diketahui) (Keyyle T, Susan C, 2018).
b) Infeksi berulang
c) Keletihan, malaise, atau lesu
d) Palor/pucat
e) Perdarahan atau memar yang tidak lazim
f) Nyeri abdomen

g) Mual atau muntah

h) Nyeri tulang

i) Sakit kepala (Zupanec & Tomlison, 2010).

2) Pemeriksaan Fisik

Ukur suhu anak (demam dapat terjadi), dan periksa adanya petekia, purpura, atau memar yang tidak lazim (akibat penurunan kadar trombosit). Inspeksi kulit untuk memeriksa tanda infeksi. Auskultasi paru, cacat suara napas tambahan, yang dapat mengindikasikan pneumonia (muncul saat diagnosis atau akibat imunosupresi selama terapi). Cacat lokasi dan ukuran pembesaran nodus limfe. Palpasi hati dan limpa untuk mengetahui pembesaran. Dokumentasikan nyeri tekan pada saat palpasi abdomen.

Menurut Barbara (2010) pengkajian focus pada hipertermi pada tahap rangkaian proses dapat diilakukan pengkajian meliputi :

1) Kulit terasa hangat atau panas

2) Tidak ada meriang

3) Sensitive terhadap cahaya

4) Mata tampak berkaca-kaca

5) Adanya peningkatan frekuensi nadi dan pernapasan

6) Mengantuk, gelisah, delirium, atau kejang

7) Lesi kemerahan seperti herpes pada mulut

8) Malaise, kelemahan, dan nyeri otot

9) Adanya dehidrasi sedang sampai berat

b. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilian klinis mengenairespons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung actual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkatan dengan kesehatan. Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017)

Adapun menurut (Mendri & Prayogi, 2018) diagnose keperawatan pada pasien dengan *Acute lymphoblastic leukemia* (ALL) sebagai berikut:

1) Hipertermi yang berhubungan dengan penyakit
2) Keletihan dan intoleran aktivitas yang berhubungan dengan anemia, malaise, ketidaknyamanan, dan isolasi protektif
3) Risiko infeksi berhubungan dengan menurunnya system pertahanan tubuh
4) Risiko injury perdarahan berhubungan dengan perubahan factor pembekuan
5) Risiko kurangnya volume cairan berhubungan dengan mual muntah

6) Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan pemberian kemoterapi dan atau radioterapi
7) Nyeri berhubungan dengan dilakukannya pemeriksaan diagnostic atau efek fisiologis neoplasma (Mendri & Prayogi, 2018).
8) Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan berhubungan dengaan intake nutrisi yang tidak adekuat.
9) Gangguan citra tubuh berhubungan dengan alopesia (Sutini, Titin, 2018).

c. Intervensi

Perencanaan keperawatan atau perencanaan merupakan pengembangan strategi desain untuk mencegah, mengurangi dan mengatasi masalah-masalah yang di idcntifikasi dalam diagnosa keperawatan (Rohmah & Walid, 2012). Adapun intervensi untuk masalah keperawatan Hipertermi pada pasien anak dengan *Acute Lymphoblastic Leukemia* (ALL) menurut Tim Pokja SLKI dan SIKI DPP PPNI (2019) sebagai berikut:

1) Stanndar luaran keperawatan : Termoregulasi
2) Kriteria Hasil : Tidak menggigil, kulit merah menurun, kejang menurun, akrosianosis menurun, konsumsi oksigen menurun, vasokontriksi perifer menurun, tidak pucat, takikardi menurun, *takipnea* menurun, bradikardi menurun, hipoksia, suhu tubuh membaik, suhu kulit membaik.

3) Intervensi utama:

a) Manajemen hipertermia

Observasi: Identifikasi penyebab hipertermia (mis. dehidrasi, terpapar lingkungan panas, penggunaan incubator, monitor suhu tubuh, monitor kadar elektrolit, monitor haluaran urine, monitor komplikasi akibat hipertermia. Terapeutik: Sediakan lingkungan yang dingin, longgarkan atau lepaskan pakaian, basahi dan kipasi permukaan tubuh, berikan cairan oral, hindari pemberian antipiretik atau aspirin, berikan oksigen, jika perlu. Edukasi: anjurkan tirah baring. Kolaborasi: kolaborasi pemberian elektrolit intravena.

b) Edukasi pegukuran suhu tubuh

Observasi : Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi. Terapeutik : Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan, jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan, berikan kesempatan untuk bertanya, dokumentasikan hasil pengukuran suhu. Edukasi : Jelaskan prosedur pengukuran suhu tubuh, ajarkan memilih lokasi pengukuran suhu oral atau aksila, ajarkan cara meletakkan ujung thermometer dibawah lidah atau di bagian tengah aksila.

c) Edukasi Termoregulasi

Observasi : Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi. Terapeutik : Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan, jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan, berikan kesempatan untuk bertanya. Edukasi : ajarkan kompres hangat jika demam, ajarkan cara pengukuran suhu, anjurkan menggunakan pakaan yang menyerap keringat, anjurkan tetap memandikan pasien, jika memungkinkan, anjurkan membanyak minum.

d. Implementasi

Pelaksanaan keperawatan adalah realisasi rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan, kegiatannya meliputi penumpulan data berkelanjutan, mengobservasi respon respon selama dan sesudah pelaksanaan tindakan (Rohmah & Walid, 2016). Adapun pelaksanaan Menurut Tim Pokja SIKI DPP PPNI (2018) adalah sebagai berikut :

1) Monitor suhu tubuh
2) Monitor kadar elektrolit
3) Sediakan lingkungan yang dingin
4) Longgarkan atau lepaskan pakaian
5) Berikan cairan oral
6) Lakukan pendinginan eksternal (kompres hangat di dahi, leher, dada, abdomen, aksila).

7) Anjurkan untuk tirah baring

e. Evaluasi

Menurut Dermawan (2012) evaluasi keperawatan adalah kegiatan yang terus menerus dilakukan untuk menentukan apakah rencana keperawatan efektif dan bagaimana rencana keperawatan dilanjutkan, merevisi rencana atau menghentikan rencana keperawatan. Evaluasi yang diharapkan mengacu pada SLKI, (2019) pada Hipertermi adalah :

1) Suhu dalam batas normal
2) Kulit tidak merah
3) Tidak pucat
4) Takipnea menurun
5) Menurunnya takikardi
6) Tidak menggigil
7) Tidak kejang
8) Takikardi menurun
9) Akrosianosis
10) Suhu kulit membaik

f. Dokumentasi keperawatan

Dokumentasi merupakan catatan tentang indikasi kemajuan pasien terhadap tujuan yang dicapai. Evaluasi bertujuan untuk menilai keefektifan perawat dan untuk mengomunikasikan status pasien dari hasil tindakan keperawatan. Dokumentasi evaluasi berisikan

perkembangan tiap-tiap masalah yang telah dilakukan tindakan. Acuan dalam penulisan menggunakan *Subyektif, Obyektif, Analisa dan Planning* (SOAP) (Hidayat, 2011)

g. Prinsip-prinsip Dokumentasi

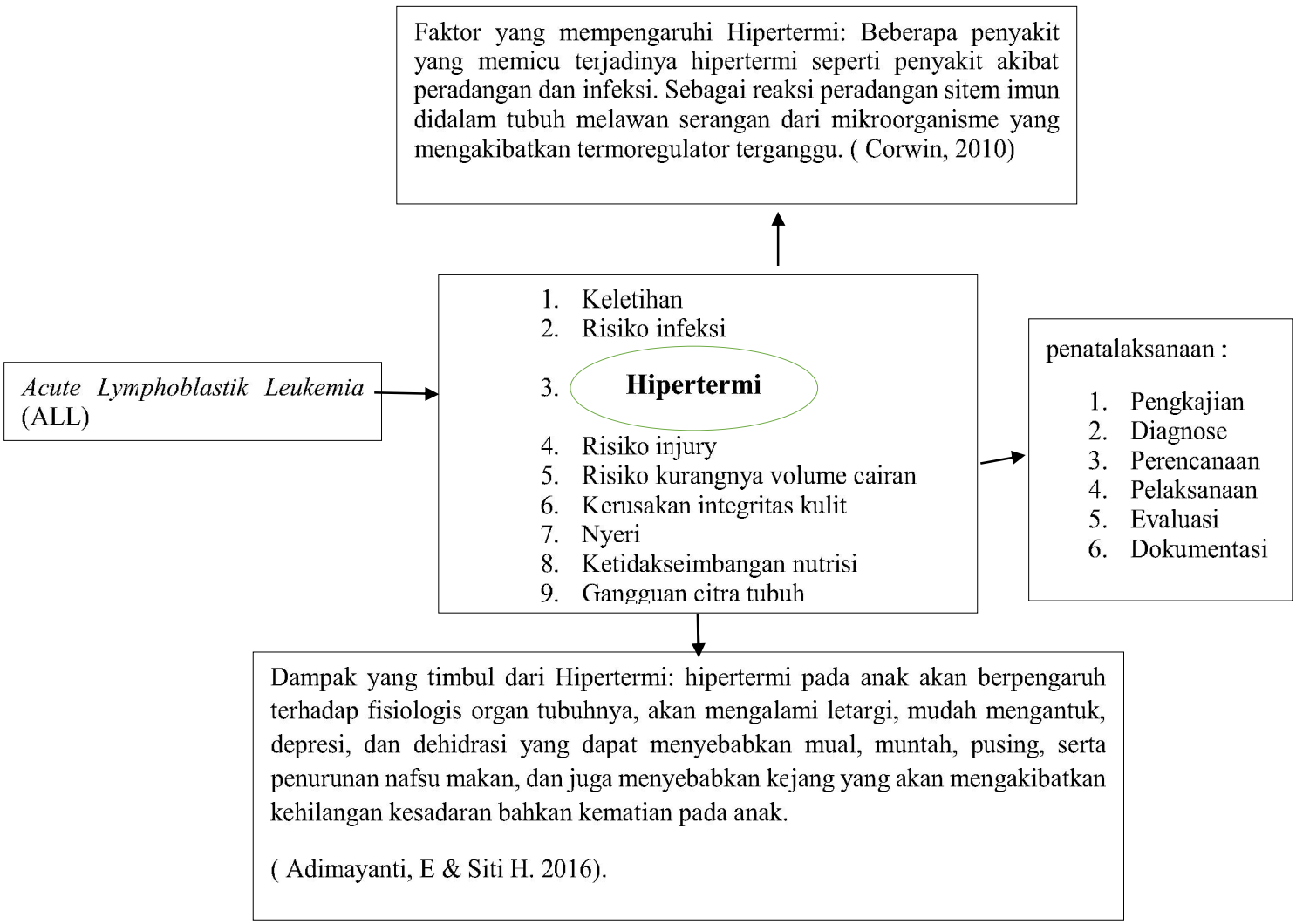
Dalam membuat dokumentasi harus memperhatikan aspek-aspek keakuratan data, breafity (ringkas), dan legality (mudah dibaca). (Olfah & Ghofur, 2016)

Adapun prinsip-prinsip dalam melakukan dokumentasi menurut Olfah & Ghofur, (2016) yaitu :

1) Dokumen merupakan suatu dokumen integral dari pemberian asuhan keperawatan.
2) Praktik dokumentasi bersifat konsisten.
3) Dokumentasi hanya dibuat oleh orang yang melakukan tindakan atau mengobservasi langsung klien.
4) Dokumentasi harus dibuat seegera mungkin.
5) Catatan harus dibuat secara kronolis.
6) Penulisan singkat harus mengguanakn istilah yang sudah berlaku umum dan seragam.
7) Tuliskan tanggal, jam, tanda tangan, dan inisial penulis.
8) Catatan harus akurat, benar, komplit, jelas, ringkas, dapat dibaca, dan ditulis dengan tinta.
9) Dokumentasi adalah rahasia dan harus disimpan dengan benar.

B. Kerangka Teori

Gambar 2.1 Kerangka Teori



Sumber : Adimayanti, E & Siti H (2016), Tim Pokja SDKI DPP PPNI 2017)

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Jenis dan Rancangan Penelitian

Penelitian ini menggunakan rancangan deskriptif berupa studi kasus dengan pendekatan studi dokumentasi yaitu menggambarkan suatu peristiwa atau kasus dengan memanfaatkan dokumentasi laporan asuhan keperawatan Hipertermi Pada Pasien An. A dengan *Acute Lymphoblastic Leukemia* (ALL)

B. Obyek Penelitian

Obyek dalam penelitian ini adalah satu kasus asuhan keperawatan yang dilaporkan dalam KTI (Karya Tulis Ilmiah) mahasiswa akper YKY tahun 2016.

C. Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Kampus Akper "YKY" Yogyakarta pada tanggal 24 Februari 2020 sampai dengan 29 Juni 2020, yakni dimulai dari penyusunan KTI (Karya Tulis Ilmiah)

D. Definisi Operasional

Tabel 3.1 Definisi Operasional

Variabel	Definisi
Hipertermi	Suhu tubuh meningkat diatas rentang normal tubuh
Acute Lymphoblastic Leukemia (ALL)	Suatu penyakit system hematologi yang ditandai dengan proliferasi yang berlebih dan tidak normal pada sel darah putih yang mengakibatkan fungsi sel darah putih terganggu

Sumber : Adimayanti, E & Siti H (2016), Tim Pokja SDKI DPP PPNI 2017)

E. Instrumen studi kasus

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

F. Tehnik pengumpulan data

Teknik pengumpulan data ini dengan cara studi dokumentasi dengan menggunakan data sekunder yakni dokumen yang ditulis kembali oleh orang yang tidak langsung mengalami peristiwa berdasarkan informasi yang diperoleh dari orang yang langsung mengalami peristiwa. Pengambilan data sekunder berupa data kasus asuhan keperawatan yang terdapat di perpustakan Akper "YKY' Yogyakarta yang dilampirkan didalam KTI

mahasiswa 2016. Dalam penelitian ini tehnik pengumpulan data yang digunakan sebagai berikut : Memilih kasus tahun 2016 di perpustakaan Akper YKY Yogyakarta, mengambil yang sesuai dengan kasus pasien anak hipertermi, menetapkan karya tulis ilmiah pada tahun 2016

G. Analisa data

Analisa data merupakan suatu proses yang dilakukan secara sistematis terhadap data yang telah di kumpulkan denga tujuan supaya mudah didctcksi. Tchknik analisa data mcnggunakan tchnik analisis dcskriptif-kualitatif yaitu dengan cara :

1. Mengevaluasi kasus yang diperoleh dan mencermati kasus asuhan keperawatan hipertermi dokumen untuk memperoleh data penunjang yang menghasilkan data untuk selanjutnya
2. Menginterprestasikan oleh peneliti dan dibandingkan dengan teori atau penelitian yang ada
3. Sebagai bahan untuk memberikan rekomendasi dalam penelitian yang dilakukan
4. Membandingkan kasus hipertermi dengan teori atau artikel

H. Etika studi kasus

1. *Anonymity* (tanpa nama hanya inisial yang dicantumkan)

   Masalah etika keperawatan adalah masalah yang memberikan jaminan dalam penggunaan subyek penelitian dengan cara tidak memberikan atau mencantumkan nama reponden pada lembar alat ukur dan hanya menuliskan kode atau inisial nama inisial nama pada lembar

pengumpulan data atau hasil penelitian yang akan disajikan (Hidayat, 2011).

2. *Cor.fidentially* (kerahasiaan)

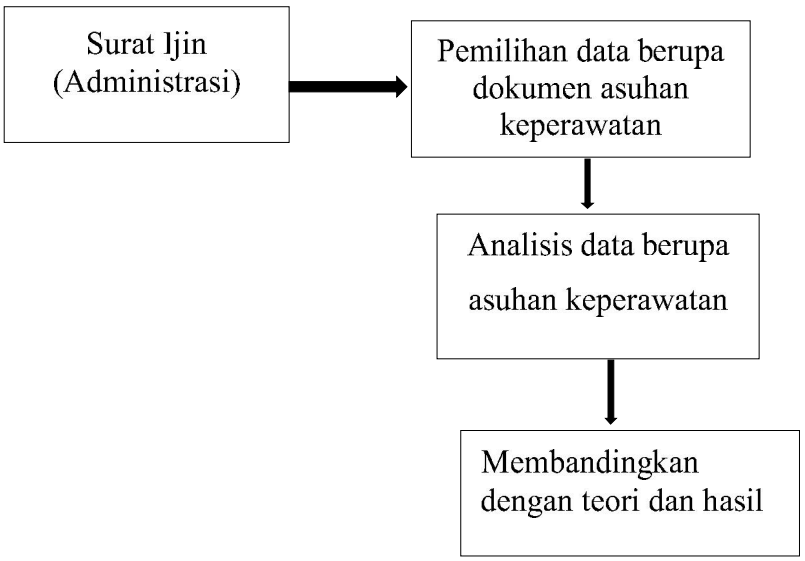
Masalah ini merupakan masalah etika dengan memberikan jaminan kcrahasiaan hasil pnclitian, baik informasi maupun masalah-masalah lainya. Semua informasi yang telah dikumpulkan dijamin kerahasiaannya oleh peneliti, hanya kelompok data tetentu yang akan dilaporkan pada hasil riset (Hidayat, 2011).

3. *Justice*

Justice sering kali mengacu pada keadilan perawat sering mengambil keputusan dengan mengguakan rasa keadilan. Sebagai contoh, seorang perawat senddirian 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 menimbbangkan situasi dan kemudian melakukan tindakan berdasarkan prinsip keadilan.

I. Kerangka Alur Penelitian

Gambar 3.2 Kerangka Alur Studi Dokumentasi



BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil

1. Karakteristik partisipan

   Dalam studi kasus ini terdapat 1 pasien yaitu An. A berumur 1 tahun 8 bulan 17 hari, berjenis kelamin perempuan, beragama islam, belum bekerja, belum sekolah, dan belum menikah, pasien di diagnosa medis oleh dokter *Acute Lymphoblastic Leukemia* (ALL). Data yang didapat dalam hipertermi suhu 38,2˚C demam sejak 3 hari, Satu tahun sebelum masuk rumah sakit pasien sempat dirawat di Rumah Sakit Umum Jayapura dan terdiagnosa DBD.

2. Gambaran Asuhan Keperawatan pada pasien Anak Hipertermi dengan *Acute Lymphoblastic Leukemia* (ALL).

   Hasil pengkajian dari An.A berusia 1 tahun 8 bulan 17 hari dengan diagnose *Acute Lymphoblastic Leukemia* (ALL). Pasien terdiagnosa *Acute Lymphoblastic Leukemia* (ALL) saat di periksakan ke RS Umum Jayapura lalu pasien di rujuk ke RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta pada tanggal 16 Juli 2016 yang lalu. Keluhan utama yang di ungkapkan oleh keluarga pasien yaitu Ibu pasien mengatakan bahwa anaknya diare sehari 5x diare sedikit sedikit konsistensi cair dan warna kehijauan dan pasien panas sejak tadi malam, suhu 38,2˚C, ibu pasien mengatakan 3 hari sudah demam, riwayat kesehatan pasien pada tahun 2015 pasien di rawat di RS Umum Jayapura pasien terdiagnosa DBD.

Dari hasil pengkajian di dapatkan diagnose keperawatan Diare berhubungan dengan malabsorbsi, hipertermi berhubungan dengan ages farmaseutikal, resiko infeksi dengan factor resiko, risiko jatuh dengan factor risiko. Sesuai dengan judul kasus yang diagnose yang digunakan sebagai pembahasan adalah hipertermi berhubungan dengan ages farmaseutikal ditandai dengan data subyektif yaitu Ibu pasien mengatakan anaknya panas sejak tadi malam, Ibu pasien mengatakan anak demam 3 hari. Data obyektif badan pasien teraba hangat, kulit tampak kemerahan, TTV: S: 38,2˚C N: 24x/menit RR: 110x/menit.

Setelah diagnosa di tegakkan rencana keperawatan yang dilakukan untuk hipertermi berhubungan dengan ages farmaseutikal yaitu setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan *Thermoregulation* dengan kriteria hasil badan pasien tidak teraba panas, kulit tidak tampak kemerahan, TTV dalam batas normal S: 36,5-37,5 ˚C N: 90-140x/menit RR: 25-32x/menit. Mengacu pada tujuan tersebut dapat dibuat rencana tindakan dengan *NIC Fever Treatment* yaitu Observasi keadaan umum pasien, monitor TTV pasien, anjurkan pasien banyak minum ASI setiap 3 jam, edukasi keluarga untuk memakai pakaian yang tipis, lakukan kolaborasi dengan dokter untuk 3 pemberian obat.

Pelaksanaan keperawatan yang dilakukan pada hari Kamis 21 Juli 2016 jam 10.00 WIB adalah mengobservasi keadaan umum pasien, memonitor TTV pasien, mengedukasi keluarga untuk memakaikan baju

yang tipis untuk pasien, memberikan obat PCT 125 mg oral ke pasien. Setelah dilakukan pelaksanaan keperawatan di dapatkan hasil evaluasi Kamis 21 Juli 2016 jam 14.00 WIB didapatkan data subyektif yaitu Ibu pasien mengatakan anaknya akan dipakaikan baju yang tipis, data obyektif badan pasien teraba hangat kulit kemerahan, masuk PCT oral 125 mg jam 13.00, masalah hipertermi belum teratasi dan di lanjutkan intervensi dengan observasi keadaan umum pasien, lakukan kompres hangat, monitor TTV pasien, edukasi kepada keluarga untuk memberikan asi 2 jam sekali, kelola hasil kolaborasi.

Catatan perkembangan pada hari Kamis 21 Juli 2016 pukul 14.00 WIB shif siang pelaksanaan mengobservasi keadaan umum pasien, jam 15.00 WIB memonitor TTV pasien, jam 15.10 WIB memberikan Paracetamol 125 mg oral, jam 16.00 WIB mengedukasi keluarga untuk memakaikan pakaian yang tipis. Evaluasi Kamis 21 Juli 2016 pukul 2020 WIB didapatkan data subyektif yaitu Ibu pasien mengatakan anaknya masih panas, data obyektif pasien tampak kemerahan badan masih teraba hangat TTV: S: 37,8˚C N: 110x/m RR: 26x/m Pasien minum paracetamol.125 mg oral. Masalah Hipertermi belum teratasi dan dilanjutkan intevensi dengan, observasi keadaan umum pasien, monitor TTV pasien, edukasi keluarga memakai pakaian yang tipis ke pasien, kelola hasil kolaborasi.

Catatan perkembangan pada hari Kamis 21 Juli 2016 pukul 20.00 WIB shif malam pelaksanaan jam 06.30 WIB mengobservasi keadaan

umum pasien dan memonitor TTV pasien, jam 07.30 WIB menganjurkan Ibu pasien untuk memberikan ASI setiap 3 jam sekali. Evaluasi Jumat 22 Juni jam 08.00 WIB didapatkan data subyektif yaitu ibu pasien mengatakan tadi malam anaknya masih demam, data obyektif yaitu pasien teraba hangat S: 37,6˚C N: 110x/m RR: 26x/m. Masalah Hipertermi belum teratasi dan dilanjutkan intervensi dengan observasi keadaan umum pasien, monitor TTV pasien, edukasi keluarga untuk memakaikan baju yang tipis, kelola hasil kolaborasi parasetamol 125mg.

Catatan perkembangan pada hari Jumat 22 Juli 2016 pukul 08.00 WIB shif pagi pelaksanaan mengobservasi keadaan umum pasien, jam 10.00 WIB memonitor TTV, jam 10.10 WIB memberikan paracetamol 125 mg oral, jam 13.00 WIB mengedukasi keluarga untuk memakaikan pakaian yang tipis. Evaluasi Jumat 22 Juli 2016 pukul 14.00 WIB didapatkan data subyektif yaitu ibu pasien mengatakan anaknya masih demam,data obyektif yaitu TTV: S: 36,5˚C N: 110x/m RR: 28x/m Kulit pasien tidak kemerahan. Masalah Hipertermi teratasi sebagian dan dilanjutkan intervensi dengan observasi keadaan umum pasien, monitor TTV pasien, edukasi keluarga untuk memakaikan baju yang tipis, kelola hasil kolaborasi.

Catatan perkembangan pada hari Jumat 22 Juni 2016 pukul 14.00 WIB shif siang pelaksanaan 14.30 WIB mengobservasi keadaan umum pasien, jam 15.50 WIB mengobservasi TTV pasien, jam 16.00 WIB

menganjurkan keluarga untuk memaikan pakaian yang tipis. Evaluasi Jumat 22 Juni 2016 pukul 20.00 WIB didapatkan data subyektif yaitu Ibu pasien mengatakan anaknya masih demam, data obyektif TTV: S: 36,5˚C N: 110x/m RR: 28x/m Kulit pasien tidak kemerahan, badan tidak teraba hangat. Masalah Hipertermi teratasi sebagian dan dilanjutkan intervensi dengan Observasi keadaan umum pasien, monitor TTV pasien, edukasi keluarga untuk memakaikan baju yang tipis, kelola hasil kolaborasi.

Catatan perkembangan Jumat 22 Juni 2016 pukul 20.00 WIB shif malam pelaksanaan 06.30 WIB mengobservasi keadaan umum pasien, jam 07.30 WIB memonitor Memonitor TTV pasien. Evaluasi Sabtu 23 Juli jam 08.00 WIB didapatkan data subyektif yaitu ibu pasien mengatakan anaknya tidak demam, data obyektif TTV: S: 36,5˚C N: 110x/m RR: 28x/m Kulit pasien tidak kemerahan, badan tidak teraba hangat. Masalah Hipertermi teratasi dan hentikan intervensi.

B. Pembahasan

Berdasarkan laporan hasil studi dokumentasi data pembahasan yang dibahas yaitu hipertermi data pengkajian dan analisa data yang didapat dari pasien An. A ibu pasien mengatakan demam selama 3 hari disertai diare sehari 5 kali sejak tanggal 13 Juli 2016 1 tahun sebelum masuk rumah sakit pasien sempat di rawat di Rumah Sakit Umum Jayapura dan terdiagnosa DBD (demam berdarah dengue) Kemudian pasien pulang dan dinyatakan sembuh. Kemudian pasien mengeluh badannya panas diperiksakan lagi ke

RS Umum Jayapura terdiagnosa suspek leukemia dan dirujuk ke RSUP Dr.Sardjito terdiagnosa *Acute Lymphoblastic Leukemia* (ALL) HR. Hal ini sesuai dengan teori yang di ungkapkan oleh Kyle Terri & Susan Carman (2018) bahwa pasien dengan *Acute Lymphoblastic Leukemia* (ALL) tanda dan gejala seperti demam (dapat persisten atau berulang, dengan penyebab yang tidak diketahui), diare dan muntah, anoreksia, nyeri pada punggung atau tungkai.

Kondisi ini juga di dukung jurnal Paryani Tri. dkk (2019) tentang anak yang menderita leukemia akan mengalami pucat, lemah, perdarahan, nyeri tulang, memar spontan, infeksi dan demam (D angio, 2012) Demam terjadi karena pada leukemia ditemukan jumlah leukosit yang tidak normal dan bekerjanya tidak efektif, sehingga memudahkan terjadinya infeksi dan demam yang berulang. Penurunan leukosit secara otomatis juga akan menurunkan daya tahan tubuh karena leukosit yang berfungsi untuk mempertahankan daya tahan tubuh tidak dapat bekerja secara optimal. (Pernomo, 2010).

Menurut Susanti (2010) Awal mula terjadinya peningkatan suhu tubuh adalah ketika timbul infeksi bakteri virus atau juga cidera jaringan yang menimbulkan radang atau inflamasi (satu dari respon utama system kekebalan terhadap infeksi dan iritasi), Akumulasi atau pengumpulan sel darah putih seperti monosit, makrofag, sel T serta fibroblast (fibroblast merupakan suatu elemen utama pada proses perbaikan untuk pembentukan protein structural yang berperan dalam pembentukan jaringan), sehingga

timbul adanya pelepasan pirogen endogen (factor-faktor yang berasal dari dalam tubuh kita sendiri sebagai reaksi kekebalan melawan kuman penyakit yang masuk ke tubuh). Adanya pelepasan pirogen endogen memicu pembentukan prostaglandin otak dan merangsang hipotalamus untuk meningkatkan titik patokan suhu atau yang disebut dengan sel point. Sehingga akan mengakibatkan adanya peningkatan suhu dan terjadilah demam. Keyyle, Teri & Susan (2018) untuk pengkajian yang berkaitan dengan ALL dilakukan pemeriksaan fisik seperti pemeriksaan adanya *phetekie,* purpura atau memar yang tidak lazim, pada kasus yang di dapat tidak dikaji adanya petekie, purpura atau memar yang lazim.

Berdasarkan laporan studi dokumentasi diagnosis keperawatan pada pasien An. A terdapat Hipertermi berhubungan dengan ages farmaseutikal. Hal ini sesuai dengan teori yang diungkapkan oleh Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017) merupakan suhu tubuh meningkat diatas rentang normal tubuh. Berdasarkan teori Mendri & Prayogi (2018) diagnose keperawatan yang muncul pada pasien *Acute Lymphoblastic Leukemia* (ALL) hipertermi, diagnose keperawatan yang tidak ada pada teori Mendri & Prayogi (2018) . dan tidak terdapat pada kasus yaitu keletihan dan intoleran aktivitas, nyeri, gangguan citra tubuh, risiko kurangnnya volume cairan, dan kerusakan integritas kulit.

Berdasarkan dalam studi kasus diagnose keperawatan yang muncul pada pasien dengan *Acute Lymphoblastic Leukemia* (ALL) berdasarkan kompenen penentuan diagnose keperawatan yang muncul pada kasus ini

adalah hipertermi berhubungan dengan ages farmaseutikal, risiko infeksi dengan factor risiko, dan risiko jatuh berhubungan dengan factor resiko. Dari keempat diagnosa yang muncul diagnose yang diambil yaitu hipertermi berhubungan dengan agen farmaseutikal ditandai dengan Ibu pasien mengatakan anaknya panas sejak tadi malam, badan pasien teraba hangat, kulit tampak kemerahan, TTV: S: 37,8˚C N: 24x/menit RR: 110x/menit. Hal ini sesuai dengan jurnal Novitasari F & Wahyunungsih (2019) menurut Alimul (2016) bahwa pasien dengan hipertermi ditandai adanya kulit kemerahan, takikardia, takipnea, dan kulit terasa hangat.

Perencanaan yang diberikan pada An. A dilakukan dengan perencanaan yang sama serta tujuan yang sama. Tujuan keperawatan adalah setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan pasien *thermoregulation* dengan kriteria hasil; badan pasien tidak teraba panas, kulit tidak tampak kemerahan, TTV dalam batas normal S: 36,5-37,5˚C N: 90-140x/m RR: 25-32 x/m. Hal ini sesuai dengan Tim Pokja SLKI dan SIKI DPP PPNI (2018) intervensi untuk masalah keperawatan hipertermi Thermoregulasi dengan kriteria hasil : tidak menggigil, kulit tidak merah, tidak kejang, akrosianosis, konsumsi oksigen, tidak pucat, takikardi, takipnea, bradikardi, hipoksia, suhu tubuh, suhu kulit.

Berdasarkan studi dokumentasi perencanaan yang telah dituliskan selama 3x24 jam perencanaan Pada kasus yang didapat perencanaan keperawatan untuk hipertermia *Fever Treatment:* Observasi keadaan umum pasien, monitor TTV pasien, anjurkan pasien banyak minum ASI setiap 3

jam, edukasi keluarga untuk memakaikan pakaian yang tipis, lakukan kolaborasi dengan dokter pemberian obat. Perencanaan keperawatan manajemen hipertermia : Observasi, identifikasi penyebab hipertermia, monitor suhu tubuh, monitor kadar elektrolit, monitor haluaran urine, monitor kompliksdi skibst hipertermia. Terapeutik, sediakan lingkungan yang dingin, longgarkan atau lepaskan pakaian, basahi dan kipasi permukaan tubuh, berikan cairan oral. Edukasi, anjurkan tirah baring. Kolaborasi, kolaborasi dengan dokter pemberian elektrolit intravena. Perencanaan keperawatan dengan SLKI dan SIKI DPP PPNI (2018) dengan memonitor haluaran urine, monitor komplikasi akibat hipertermia hal tersebut tidak dilakukan pada kasus. Hal ini juga didukung sesuai jurnal Vinny, A & Kahinedan, I. G (2017) yang menyatakan bahwa tindakan yang dilakukan untuk menangani pasien hipertermi dengan menggunakan proses keperawatan yang didalamnya terdapat rangkaian tindakan yakni melalui tindakan observasi, mandiri, edukasi maupun kolaborasi dengan profesi medic atau tenaga kesehatan lainnya (Perry & Potter 2002).

Pelaksanaan keperawatan yang dilakukan selama 3 kali 24 jam yaitu pada hari hari Kamis 21 Juli 2016 jam 10.00 wib adalah mengobservasi keadaan umum pasien, memonitor TTV pasien S: 37, 8 C, N: 110x/menit, RR : 28x/menit, mengedukasi keluarga untuk memakakan baju yang tipis ke pasien, memberikan obat pct 125mg oral ke pasien. Pada pelaksanaan pasien dengan hipertermi sesuai dengan jurnal Susanti, Meti.Y. dkk (2017) Implementasi yang diberikan adalah memonitor suhu sesering mungkin,

monitor warna dan suhu kulit, monitor nadi dan RR, monitor intake dan output, pada kasus yang didapat penulis tidak memonitor intake dan output cairan, menurut jurnal Haryani, S & Eka A (2016) Apabila hipertermi pada anak tidak ditangani, anak akan mengalami letargi, mudah mengantuk, depresi dan dehidrasi yang dapat menyebabkan mual, muntah, pusing, serta penurunan nafsu makan.

Melakukan tindakan mengedukasi kepada keluarga untuk memakaikan pakaian yang tipis ke pasien, pada pelaksanaan ini sesuai dengan Paryani, T. dkk (2019) yaitu upaya non farmakologis yang dapat dilakukan pada pasien hipertermi yaitu mengenakan pakaian tipis, lebih sering minum, banyak istirahat, mandi dengan air hangat, dan memberi kompres (Aden, 2010) selanjutnya melakukan tindakan kolaborasi dengan dokter pemberian obat, hal ini juga di dukung sesuai jurnal Melani, D & Eka, A (2019) Penanganan hipertermi dapat dilakukan dengan tindakan farmakologis tindakan non farmakologis. Tindakan farmakologis yaitu tindakan yang memberikan obat antipiretik, sedangkan tindakan non farmakologis yaitu tindakan tambahan dalam menurunkan panas seperti memberikan minum yang banyak, menggunakan pakaian yang tidak tebal dan memberikan kompres (Kania, 2010)

Pada kasus yang didapat pada pasien An. A tidak dilakukan pemberian kompres air hangat. Menurut Nova Ari, P. dkk (2020) pelaksanaan yang dilakukan perawat untuk pasien dengan masalah keperawatan hipertermi yaitu dengan kompres air hangat, Sri & Winarsih

(2008) yang melaporkan penelitian Swardana, dkk (1998) menyatakan bahwa menggunakan air dapat memelihara suhu tubuh sesuai dengan fluktuasi suhu tubuh pasien. Kompres hangat dapat menurunkan suhu tubuh melalui proses evaporasi. Kompres hangat telah diketahui mempunyai manfaat yang baik dalam menurunkan suhu tubuh anak yang mengalami panas tinggi di rumah sakit karena menderita berbagai penyakit infeksi. Irwanti (2015) kompres hangat merupakan motode untuk menurunkan suhu tubuh, pemberian kompres hangat pada aksila (ketiak) lebih efektif karena pada daerah tersebut banyak terdapat pembuluh darah besar dan banyak terdapat kelenjar apokrin yang mempunyai banyak vaskuler sehingga akan memperluas daerah yang mengalami vasodilatasi yang akan memungkinkan percepatan perpindahan panas dari dalam tubuh ke kulit hingga delapan kali lipat lebih banyak.

Berdasarkan studi dokumentasi evaluasi keperawatan pada pasien An. A hasil evaluasi Jumat 22 Juli 2016 pukul 20.00 WIB data subyektif yaitu Ibu pasien mengatakan anaknya tidak demam, data obyektif TTV: S: 36,5˚C N: 110x/m RR: 28x/m, kulit pasien tidak kemerahan, badan tidak teraba hangat , pada kasus ini didapatkan masalah teratasi, dan hentikan intervensi. Hal ini dari kriteia hasil : Badan pasien tidak teraba panas, kulit tidak tampak kcmcrahan, TTV dalam batas normal S : 36,5-37,5 C, N : 90-140 x/mcnit, RR : 25-32 x/mcnit. Bcrdasarkan studi dokumcntasi pada pasicn An. A evaluasi keperawatan didukung sesuai jurnal Ribek, N. dkk (2018) Pernyataan dan dokumen data tersebut menunjukkan bahwa dalam

melaksanakan perawatan pada pasien hipertemia melalui proses yaitu pengkajian, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

Penelitian Iqomah, M.K.B. dkk (2019) konservasi energi pada anak dengan demam akan menjadi penting, konservasi akan membantu mempertahankan menjaga keseimbangan antara energi yang dibutuhkan dan energi yang terbuang. Dukungan sosial dan pengetahuan sangat penting dalam membantu anak dan keluarga untuk mempertahankan energi. Pengetahuan yang dimiliki pasien dan keluarga akan memungkinkan keluarga untuk mandiri dan tidak selalu tergantung pada perawat atau petugas kesehatan. Keluarga merupakan lingkungan terdekat pada anak yang dapat membantu anak dalam mencapai konservasi energy dengan penurunan suhu tubuh menggunakan *Tepid Water Spoonging* yaitu tata laksana nonfarmakologi seperti memberikan kompres hangat ketika anak suhunya tinggi, manajemen cairan, monitor derajat dehidrasi.

Pada saat melakukan penyusunan studi dokumentasi penulis mendapkan factor pendukung dan penghambat, factor pendukung yang didapatkan dalam pelaksanaan studi dokumentasi ini yaitu : penulis mempunyai bahan untuk dibandingkan dengan data sekunder, bahan tersebut seperti penelitian-penelitian yang sudah tersedia sehingga penulis dapat membandingkan data dengan penelitian dan teori yang sudah ada, penulis langsung mendapatkan data satu pasien, dan satu diagnosa yang diambil. Factor penghambat yang ditemukan dalam penyusuna tugas akhir ini berupa keterbatasan dan kelemahan, kelemahan penyusunan KTI terletak

pada metode yang digunakan, yaitu sumber data yang digunakan data sekunder shingga penulis tidak mengetahui data secara langsung, hal lain berupa keterbatasan waktu sehingga tidak memungkinkan untuk pengambilan data secara langsung di Rumah sakit.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Dari kasus asuhan keperawatan pada pasien An. A dengan *Acute Lymphoblastic Leukemia* (ALL) selama 3x24 jam mulai tanggal 21 Juli 2016 sampai 23 Juli 2020 di Yogyakarta dapat disimpulkan sebagai berikut:

1. Diketahuinya hasil studi dokumentasi mengenai pengkajian pasien An. A dengan dengan *Acute Lymphoblastic Leukemia* (ALL) diperoleh data bahwa Ibu pasien mengatakan pasien demam sejak tadi malam S : 38,2 C, tiga hari sebelum dibawa ke Rumah sakit pasien demam dan diare 5x dalam sehari dengan konsistensi cair dan warna kehijauan. Hal tersebut bahwa setelah dilakukan studi dokumentasi tidak semua
2. Diketahuinya hasil studi dokumentasi mengenai diagnosa keperawatan hipertermi pada pasien An. A sudah tepat ditegakkan dikarenakan definisi dan karakteristik sudah tepat menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017)
3. Diketahuinya hasil studi dokumentasi mengenai perencanaan masalah keperawatan hipertermi sudah sesuai teori untuk mengatasi masalah keperawatan hipertermi dengan manajemen hipertermia dan edukasi pengukuran suhu tubuh
4. Diketahuinya hasil studi dokumentasi mengenai pelaksanaan hipertermi sudah tepat untuk mengatasi hipertermi sesuai dengan teori adapun pelaksanaan yang dilakukan yaitu : Mengobservasi keadaan umum

pasien, memonitor suhu pasien, mengedukasi keluarga untuk memakaikan pakaian yang tipis, dan memberikan obat

5. Diketahuinya hasil studi dokumentasi mengenai evaluasi hipertermi sudah teratasi dengan kriteria hasil : Badan pasien tidak terasa panas, kulit tidak tampak kemerahan, TTV dalam batas normal S : 36,5 C-37,5 C N : 90-140 x/menit RR : 25-32 x/menit.

B. Saran

Berdasarkan gambaran penulis dalam melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien An. A dengan *Acute Lymphoblastic Leukemia* (ALL), maka penulis menyampaikan beberapa saran untuk:

1. Bagi peneliti selanjutnya

   Mencari metode lain atau sample dan subyek lebih dari satu dengan menggunakan aplikasi kasus, memperpanjang waktu dalam penelitian dan untuk dibaca agar meningkatkan wawasan dan pengetahuan dalam menerapkan asuhan keperawatan hipertermi pada pasien Anak dengan *Acute Lymphoblastic Leukemia* (ALL)

2. Institusi pendidikan Akademi Keperawatan "YKY" Yogyakarta

   Ditingkatkan dan dijadikan tambahan wawasan dan pengetahuan bagi mahasiswa Akademi Keperawatan "YKY" Yogyakarta, untuk menambah wawasan dalam gambaran hipertermi pada pasien anak dengan *Acute Lymphoblastic Leukemia* (ALL) di perpustakaan Akademi Keperawatan "YKY" Yogyakarta.

DAFTAR PUSTAKA

Hapsari M., Moedrik & Pradipto. (2013). *Faktor Risiko Terjadinya Demam Neutropenia pada Anak Leukemia Limfoblastik Akut.* Jurnal Sari Pediatri. Volume 15. Nomor 1. Juni 2013. Halaman : 39-45 https://saripediatri.org/index.php/sari-pediatri/article/view/30

Haryani, Rizka Aprilia S, & Fitri R. (2018). *Efektifitas Tindakan Teknik Tepid Sponge Untuk Menurunkan Suhu Tubuh Pada Anak Mengalami Hipertermi di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Mataram Tahun 2019.* http://journal.stikesyarsimataram.ac.id/index.php/ilmiah/article/view/93

Hermalinda & Dwi Novianda. (2016). *Skor Fatigue Pada Anak Dengan Kanker di Ruang Perawatan Anak RSUP Dr.M.D Jhamil Padang. Jurnal Keperawatan Sriwijaya. Volume 3. Nomor 1. Jakarta. https://ejournal.unsri.ac.id/index.php/jk_sriwijaya/article/view/6405*

Hidayat, Abdul Aziz Alimul. (2011). *Pengantar Kebutuhan Dasar Manusia Aplikasi Konsep Keperawatan.* Jakarta: Salemba Medika

Ismoedijanto. (2000). *Demam Pada Anak.* Jurnal Sari Pediatri. *Volume 2. Nomor 2.* Agustus 2000. Halaman : 103-108 https://saripediatri.org/index.php/sari-pediatri/article/view/1037

Melani D & Eka A. (2019). *Pengelolaan Hipertermi pada An. D dengan Typoid di RSUD Unggaran* http://repository2.unw.ac.id/179/

NANDA. (2012). Diagnosis Keperawatan : *Faktor yang Mempengaruhi Hipertermi* 2012-2015. Jakarta. EGC.

Novitasari, Firda & Wahyuningsih. (2019). *Penerapan Kompres Hangat Untuk Menurunkan Hipertermia Pada Anak Dengan Demam Typoid.* Jurnal Manajemen Asuhan Keperawatan. *Volume 3. Nomor 2.* Juni 2019 : 44 - 50 http://jurnal.akper-whs.ac.id/index.php/mak/article/download/74/62

Olfah Yustiana & Ghofur Abdul. (2016). Dokumentasi Keperawatan. Jakarta. Pusdik SDM Kes.

Pangesti N, A., Bayu & Kiki. (2020). *Penerapan Kompres Hangat Dalam Menurunkan Hipertermi Pada Anak Yang Mengalami Kejang Demam Sederhana Nursing Science Journal (NSJ). Volume 1. Nomor 1.* Juni 2020. Halaman : 29-35 http://journal.akperkabpurworejo.ac.id/

Paryanti T., Rufaida & Saelan. (2019). *Perbandingan Efektifitas Penurunan Suhu Tubuh Menggunakan Kompres Cold Pack Hangat dengan Kompres Air Hangat padaAnak Acute Limpoblastic Leukemia di Ruang Melati RSUD* Dr. Moewardi. Surakarta. http://eprints.ukh.ac.id/id/eprint/78/

Pesspurwanti, Nyimas Henry & Titi, Sulastri. (2019). *Tinjauan Elevise Keperawatan Anak Singapore.* Singapore pte. Ltd.

Purwanti. S., & Ambarwati. N. A. (2008). *Pengaruh Komres Hangat Terhadap Perubahan Suhu Tubuh Pada Pasien Anak Hipertermi Di Ruang Rawat Inap Rsud Dr. Moerwardi Surakarta.* http://journals.ums.ac.id/index.php/BIK/article/view/3741

Rahmat, Kurniawan. (2016). *Askep Pada Pasien An. A dengan Acute Lymphoblastic Leukemia (ALL) di Ruang Kartika 2 INSKA RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta.*

Rohmah, Nikmatur & Walid Saiful. 2012. *Proses Keperawatan & Aplikasi. Yogyakarta.* Ar-Ruzz Medika

Safitri RA., Fitri & Hariyani. (2019). *Efektifitas Tindakan Teknik Tefid Sponge Untuk Menurunkan Suhu Tubuh Pada Anak Mengalami Hipertermi di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Mataram Tahun 2019* https://www.google.com/search?safe=strict&sxsrf=ALeKk01z_FlL4qu_XNdJOqw8N0lvwGEADw:1593416205577&q=Efektifitas+Tindakan+Teknik+Tepid+Sponge+Untuk+Menurunkan+Suhu+Tubuh+Pada+Anak+Mengalami+Hipertermi+di+Rumah+Sakit+Umum+Daerah+Kota+Mataram+Tahun+2019&spell=1&sa=X&ved=2ahUKEwiGo6b3wabqAhXGXSsKHQsICTUQkeECKAB6BAgMECo

Sutini, Titin. (2018). *Modul Ajar Konsep Keperawatan Anak.* Jakarta Pusat. Asosiasi Institusi Pendidikan Vokasi Keperawatan Indonesia (AIPVIKI).

Tim Pokja SDKI DPP PPNI.(2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesi.* Jakarta: Dewan Pengurus PPNI

Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia*. Jakarta: Dewan Pengurus PPNI

Tim Pokja SLKI DPP PPNI. (2019). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia*. Jakarta: Dewan Pengurus PPNI

Vinny A & Kahinedan IS. (2017). *Studi Penatalaksanaan Tindakan Keperawatan Pada Pasien Hipertermi di Ruang Rawat Inap Blud RSD Iun Kendage Tahuna.* Jurnal Ilmiah. *Volume 1. Nomor 1.* November. 2017. Halaman : 64-68 http://c-journal.polnustar.ac.id/jis/articlc/vicw/31

Wolly, Nikmatiah G A, Stefanus Gunawan, & Sarah M Warouw. (2016). *Perubahan Status Gizi Pada Anak dengan Leukemia Linfoblastik Akut Selama Pengobatan. E-Clinic Volume 4 Nomor1.* https://ejournal.unsrat.ac.id/index.php/eclinic/article/view/11693

Wong, Donna L. (2009). *Buku Ajar Keperawatan Pediatrik Volume 2.* Jakarta.

Zahroh R,. & Nimatul. (2017). *Efektifitas Pemberian Kompres Air Hangat dan Sponge Bath Terhadap Perubahan Suhu Tubuh Pasien Anak Gastroenteritis. Jurnal Ners LENTERA. Volume 15. Nomor 1.* Maret 2017. https://www.ncliti.com/id/publications/231976/cfcktifitas-pcmbcrian-komprcs-air-hangat-dan-spongc-bath-tcrhadap-pcrubahan-suhu

YAYASAN KEPERAWATAN YOGYAKARTA
AKADEMI KEPERAWATAN "YKY"

LEMBAR BIMBINGAN KTI

Nama Mahasiswa : Novita Tri Utari
NIM : 2317063
Nama Pembimbing 1 : Tri Arini, S.Kep.,Ns.,M.Kep
Judul KTI : Studi Dokumentasi Hipertermi Pada Pasien An. A Dengan *Acute Lymphoblastic Leukemia* (ALL)

No	Tgl Bimbingan	Materi Bimbingan	Metode Bimbingan	Saran Pembimbing	Tanda Tangan & Nama	
					Pembimbing	Mhs
1	Kamis 16 April 2020	Pengajuan judul KTI	Via Telpon Wa			
2	Sabtu 18 April 2020	Pengajuan Judul KTI	Via telpon Wa			
3	Kamis 07 Mei 2020	BAB 1, 2	Email			
4	Kamis 14 Mei 2020	BAB 3, 4	Email			
5	Selasa 19 Mei 2020	BAB 3,4,5	Via Wa			
6	Senin 22 Juni 2020	BAB 4,5	Via Wa			
7	23 Juni 2020	Bab 4 hasil dan pembahasan	Tatap Muka			
8	Rabu 08 Juli 2020	Bimbingan cover-bab 5 dan naskah publikasi	Tatap muka			

Yogyakarta,

Pembimbing 1

Tri Arini, S . Kep, Ns., M. Kep
NIK. 1141 03 052 / NIDN 0506068002
(.....)

YAYASAN KEPERAWATAN YOGYAKARTA
AKADEMI KEPERAWATAN "YKY"

FORMAT BIMBINGAN KTI

Nama Mahasiswa : Novita Tri Utari
NIM : 2317063
Nama Pembimbing 2 : Agus Sarwo Prayogi, AhPP.S.Kep.Ns.MH.Kes
Judul KTI : Studi Dokumentasi Hipertermi Pada Pasien An. A Dengan *Acute Lymphoblastic Leukemia* (ALL)

No	Tgl Bimbingan	Materi Bimbingan	Metode Bimbingan	Saran Pembimbing	Tanda Tangan & Nama	
					Pembimbing	Mhs
1	Sabtu 02 Mei 2020	Konsul judul KTI	Via email	Lanjutkan untuk Pembuatan KTI		
2	Minggu 24 Mei 2020	Konsul BAB 1-3	Via email	Perbaiki sedikit tulisan		
3	Minggu 28 Juni 2020	Konsul Cover, Abstrak dan BAB 1-5	Via email	Perbaiki Abstrak dan Bab 3-5		
4	30 Juni 2020	Revisi BAB 1-5 dan Lampiran Daftar Pustaka	Via email	Perbaiki bab 4 dan 5		
5	01 juli 2020	ACC KTI	Tatap muka			
06	09Juli 2020	ACC Revisian KTI	Tatap Muka			

Yogyakarta, ...

Pembimbing 2

(.....)

JADWAL KEGIATAN

No	Jenis Kegiatan	Februari 2020				Maret 2020				April 2020				Mei 2020				Juni 2020				Juli 2020			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1	Studi Pendahuluan																								
2	Mengajukan judul proposal																								
3	Penyusunan Proposal KTI																								
4	Seminar Proposal KTI																								
5	Penyusunan Karya Tulis																								
6	Seminar Hasil																								

Keterangan

1. Studi Pendahuluan : 3 Februari 2020
2. Penyusunan Proposal : 3-27 Februari 2020
3. Seminar Proposal : 2 Maret 2020
4. Penyusunan Tugas Akhir : 6 April-2 Juni 2020
5. Seminar Tugas Akhir : 3 Juni 2020

BAB III TINJAUAN

KASUS

Hari/Tanggal	: Kamis, 21 Juli 2016
Jam	: 08.00 WIB
Tempat	: Ruang Kartika II RSUP Dr. Sardjito
Oleh	: -
Sumber data	: Pasien, Keluarga, Rekam Medik
Metode	: Wawancara, Pemeriksaan Fisik, Observasi, Studi Dokumentasi

A. PENGKAJIAN

1. Identitas

a. Pasien

1)	Nama Pasien	: An. "A"
2)	Tempat Tgl Lahir	: Jayapura, 4 November 2014
3)	Umur	: 1 Th 8 bl 17 hr
4)	Jenis Kelamin	: Perempun
5)	Agama	: Islam
6)	Pendidikan	: Belum Sekolah
7)	Pekerjaan	: Belum Bekerja
8)	Status Perkawinan	: Belum Menikah
9)	Suku / Bangsa	: Jawa / Indonesia

10) Alamat : Kulongan, Irayudan, Bantul

11) Diagnosa Medis : *Acute Lymphoblastic Leukemia* (ALL)

12) No. RM : 01 – 75 – 13. XX

13) Tanggal Masuk RS : 19 Juli 2016

b. Penanggung Jawab / Keluarga

1) Nama : Ny. M

2) Umur : 30 tahun

3) Pendidikan : SMU

4) Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga

5) Alamat : Kulongan, Irayudan, Bantul

6) Hubungan dengan pasien : Ibu Kandung

7) Status perkawinan : menikah

2. Riwayat Kesehatan

a. Kesehatan Pasien

1) Keluhan Utama saat Pengkajian

Ibu pasien mengatakan Anak A diare sehari 5x diare sedikit sedikit konsistensi cair dan warna kehijauan dan pasien panas sejak tadi malam, suhu 38,2˚C

2) Riwayat Kesehatan Sekarang

a) Alasan masuk RS :

b) Ibu pasien mengatakan demam sejak 3 hari kemudian dibawa ke RS Umum Daerah Jayapura dan terdiagnosa *suspec* leukemia kemudian dirujuk ke RSUP Dr.Sardjito.

c) Riwayat Kesehatan Pasien :

Satu tahun sebelum masuk rumah sakit pasien sempat dirawat di Rumah Sakit Umum Jayapura dan terdiagnosa DBD, kemudian pasien pulang dan dinyatakan sembuh. Kemudian pasien mengeluh badannya panas kemudian diperiksakan lagi ke RS Umum Jayapura kemudian terdiagnosa suspek leukemia dan dirujuk ke RSUP Dr.Sardjito terdiagnosa *Acute Lymphoblastic Leukemia* (ALL) HR.

3) Riwayat Kesehatan Dahulu

a) *Prenatal*

Ibu pasien mengatakan selama mengandung An.A rutin kontrol ke puskesmas dan ibu pasien mengatakan waktu hamil muda kadang merasa mual.

b) *Perinatal*

Ibu pasien mengatakan An.A lahir di Rumah Sakit Umu Jayapura dengan cara *cesar* dengan berat badan lahir 2900 gram dan panjang badan 40cm setelah lahir pasien langsung menangis.

c) *Postnatal*

Ibu pasien mengatakan An.A lahir dengan kondisi sehat setelah lahir anak langsung diberikan vitamin K dan minum air susu ibu (ASI) eksklusif.

d) Penyakit yang pernah diderita

Ibu pasien mengatakan An.A sebelumnya pernah menderita demam berdarah (DBD) dan dirawat di Rumh Sakit Umu Jayapura pada tahun 2015.

e) Riwayat Hospitalisasi

Ibu pasien mengatakan An.A sudah pernah dirawat di RS Umu Jayapura pada tahun 2015 karena menderita penyakit demam berdarah.

f) Riwayat *Injury*

Ibu pasien mengatakan An.A tidak ada riwayat jatuh

g) Riwaya Imunisasi

Ibu pasien mengatakan imunisasi lengkap samapai umur 9 bulan,imunisasi campak

h) Riwayat tumbuh kembang

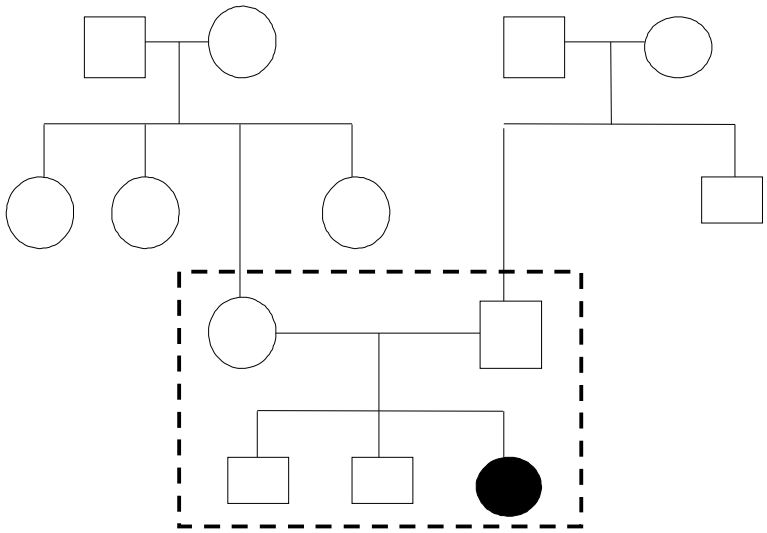
Motorik halus : umur 6 bulan pasien sudah dapat memegang mainan dan duduk tanpa pegangan.

Motorik kasar : umur 12 bulan Pasien sudah dapat berjalan dengan pelan – pelan.

Bahasa : umur 7 bulan pasien sudah dapat mengucapkan beberapa kata seperti papah

b. Riwayat Kesehatan Keluarga

1) Genogram



Keterangan Gambar :

: Laki - laki

: Perempuan

: Pasien

: Hubungan pernikahan

: Garis keturunan

: Tinggal satu rumah

2) Riwayat Kesehatan Keluarga

Ibu pasien mengatakan simbah ayah mempunyai penyakit hipertensi, tidak mempunyai riwayat penyakit.

3. Kesehatan Fungsional

a. Aspek Fisik – Biologis

1) Nutrisi

a) Sebelum sakit :

Ibu pasien mengatakan pasien makan sehari 3x nasi tim, bubur sun, dan minum ASI.

b) Sesudah sakit :

Ibu pasien mengtakan selama sakit makan dan minum tetap biasa makan sehari 3x nasi kuah, bubur dan minum ASI.

2) Pola Eliminasi

a) Sebelum sakit :

Ibu pasien mengatakan pasien BAB 1x sehari, konsistensi lunak, warna kekuningan dan bau khas. BAK: menggunakan pempest.

b) Sesudah sakit :

Ibu pasien mengatakan pasien BAB 5x sedikit – sedikit konsistensi cair, warna kehijauan dan bau khas BAK: menggunkan pempes.

3) Pola Aktivitas

a) Keadaan aktivitas sehari – hari

(1) Sebelum sakit :

Ibu pasien mengatakan sebelum sakit pasien bermain biasa dengan orang tua dan kakaknya.

(2) Sesudah sakit

Ibu pasien mengatakan selama sakit pasien lebih banyak di tempat tidur dan kadang ke ruang bermain. Ibu pasien mengatakan anaknya sangat aktif.

b) Keadaan pernafasan

(1) Sebelum sakit :

Ibu pasien mengatakan pasien tidak mengalami sesak napas dan tidak ada masalah pernapasan.

(2) Sesudah sakit

Ibu pasien mengatakan pasien tidak ada masalah dengan pernapasan dan tidak mengalami sesak napas.

c) Keadaan Kardiovaskuler

(1) Sebelum sakit :

Ibu pasien mengatakan pasien tidak berdebar debar dan tidak ada kelaianan jantung

(2) Sesudah sakit :

Ibu pasien mengatakan pasien tidak ada masalah dengan jantung

Skala ketergantungan

Tabel 3.1 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

a) Sebelum sakit

Ibu pasien mengatakan pasien tidur ± 10 jam sehari, tidur mulai pukul 19.00 dan bangun pukul 05.00 WIB dan tidur siang ± 2 jam bangun, terus tidur lagi.

b) Selama sakit

Ibu pasien mengatakan selama sakit pasien tidak nyenyak seperti biasa tidur mulai jam 19.00 sampai pukul 04.30 WIB dan tidur siang ± 2 jam. Namun pada saat tidur ibu pasien mengatakan anaknya sering berkeringat dan badannya panas.

b. Aspek Psiko-Sosial-Spiritual

1) Pemeliharaan dan pengetahuan terhadap kesehatan

Ibu pasien mengatakan jika anaknya sakit langsung diperiksakan ke Rumah Sakit dan jika panas biasa, biasanya diperiksakan di puskesmas

2) Pola hubungan

Ibu pasien mengatakan tidak ada masalah hubungannya dengan An. A baik dan dengan kakak kakaknya juga baik

3) Koping atau toleransi stres

Ibu pasien mengatakan biasanya An. A suka bermain mainan yang berwarna terang dan jika menangis diberikan mainan kadang diam.

4) Kognitif dan persepsi tentang penyakitnya

Ibu pasien mengatakan sudah mengetahui penyakit anaknya yaitu ALL dan mendapat kemoterapi minggu ke-17

5) Konsep diri

a) Gambaran Diri

Tidak terkaji karena pseien baru berumur 1 tahun 8 bulan

b) Harga Diri

Tidak terkaji karena pseien baru berumur 1 tahun 8 bulan

c) Peran Diri

Tidak terkaji karena pasien baru berumur 1 tahun 8 bulan

d) Ideal Diri

Tidak terkaji karena pseien baru berumur 1 tahun 8 bulan

e) Identitas Diri

Pasien bernama An.A

6) Seksual dan menstruasi

Pasien berjenis kelamin perempuan

7) Nilai

Keluarga pasien mengatakan beragama islam.

c. Aspek Lingkungan Fisik

Keluarga pasien mengatakan pasien tinggal bersama ayah ibu dan kakaknya, pasien berada di lingkungan yang nyaman dan aman

4. Pemeriksaan Fisik

a. Keadaan Umum

1) Kesadaran : Cm (compos metis)

2) Status Gizi :TB: 76 cm LK: 45 cm LD: 57 cm

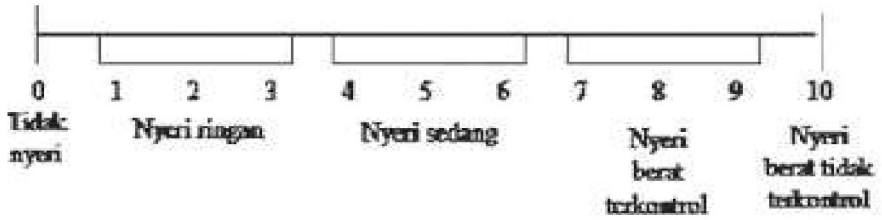
BB: 12,5 Kg LL: 19 cm LP: 61 cm

Berdasarkan tabel status gizi *z-core* untuk anak perempuan dengan TB 76 cm dan BB normalnya 8 10 – 12,6 kg.

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

Suhu : 37,8°C RR :26 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 : 0

b. Pemeriksaan Secara Sistematik (Cephalo – Caudal)

1) Kulit

Kulit pasien tampak bersih,warna kulit tampak kemerahan, turgor kulit baik.

2) Kepala

Bentuk : mesochepal, kulit kepala bersih tidak ada luka di daerah kepala

Mata : simetris kanan kiri, konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik

Hidung : tampak simetris, tidak ada polip

Mulut : bersih, tidak ada sariawan, bibir lembab

Telinga : simetris antara kanan dan kiri

3) Leher

Tidak ada pembesaran kelenjar tyroid dan tidak ada luka

4) Tengkuk

Tidak ada kaku kuduk, tidak ada kelainan

5) Dada

a) Inspeksi

Tampak simetris tidak ada bekas luka

b) Palpasi

Tidak teraba massa dan tidak terdapat nyeri tekan

c) Perkusi

Terdengar sonor pada paru

d) Auskultasi

Suara napas vesikuler tidak ada bunyi abnormal *(ronchi, whezing)*

6) Payudara

a) Inspeksi

Payudara simetris antara kanan dan kiri

b) Palpasi

Tidak ada benjolan, tidak ada nyeri tekan

7) Punggung

Tidak ada kelainan bentuk punggung, tidak ada luka

8) Abdomen

a) Inspeksi

Bentuk simetris, tampak bersih dan tidak ada bekas luka, tampak besar

b) Auskultasi

Terdengar peristaltik usus 24 x/menit

c) Perkusi

Terdengar suara tympani

d) Palpasi

Tidak ada massa dan tidak ada nyeri tekan teraba pembesaran hati 4 jari

9) Anus dan Rectum

Tampak bersih tidak ada kelainan dan tidak ada hemoroid.

10) Genetalia

Tampak bersih, tidak ada kelainan genetalia.

11) Ekstremitas

a) Atas

Ekstremitas pasien lengkap kanan dan kiri, tidak ada keterbatasan gerak, pasien badannya teraba hangat.

b) Bawah

Ekstremitas pasien lengkap kanan dan kiri, kekuatan skala otot, Pasien terpasang infus D5 ½ NS di kaki kiri sejak tanggal 20 juli 2016 dengan tetesan 12 tpm.

Tabel. 3.2 skor visual flebitis

VIP score (Visual Infusion Phlebithis) Skor visual flebitis

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

5. PENGKAJIAN DAN INTERVESI RiSIKO JATUH PADA PASIEN ANAK

Nama pasien: An A Tgl Lahir: 4 November 2014

No.RM: 01.75.13.x x Ruangan: Kartika II

Tabel 3.3 Pengkajian risiko jatuh (*Humpty Dumpty*)

Para Meter	Kriteria	Tgl. Waktu	21-7-2016	22-7-2016	23-7-2016
Umur	Di bawah 3 tahun 3- 7 tahun 8- 13 tahun >13 tahun	4 3 2 1	4	4	4
Jenis Kelamin	Laki- laki Perempuan	2 1	1	1	1
Diagnosis	Kelainan neurologis Perubahan dalam oksigennasi Kelainan psikis/ prilaku Diagnosis lain	3 2 1	1	1	1
Gangguan kognitif	Tidak sadar terhadap keterbatasan Lupa keterbatasan Mengetahui kemampuan diri	3 2 1	3	3	3
Faktor lingkungan	Riwayat jatuh dari tempat tidur saat bayi- anak Pasien menggunakan alat bantu Pasien berada ditempat tidur Di luar ruang perawat	4 3 2 1	2	2	2
Respon terhadap operasi/ obat penenang/ efek anastesi	Dalam 24 jam Dalam 48 jam riwayat jatuh >48 jam	3 2 1	1	1	1
Penggunaan obat	Bermacam- macam obat yang digunakan: obat sedatif (kecuali pasien ICU yang menggunakan sedasi dan paralisis) hipnotik, barbiturate, fenotiazin, antidepresan, laksansia/ deuretika, narkotik. Salah satu dari pengobatan diatas Pengobatan lain	3 2 1	1	1	1
TOTAL SKOR			13	13	13

6. Pemeriksaan Penunjang

a. Pemeriksaan Patologi Klinik

Tabel 3.4 Pemeriksaan laboratorium An. A di Ruang Kartika II di RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta Tanggal 21 juli 2016.

Tanggal Pemeriksaan	Jenis Pemeriksaan	Hasil (satuan)	Normal
19 juli 2016	FAAI HATI		
	1. Bilirubin total	0,29 mg/dl	< 1,00 mg/dl
	2. Bilirubin direk	0,14 mg/dl	0,00 – 0,20 mg/dl
	3. Albumin	3,76 mg/dl	3,97 – 4,94 mg/dl
	FAAL GINJAL		
	1. BUN	13 mg/dl	7 – 20 mg/dl
	2. Creatinin	0,39 mg/dl	0,60 – 1,30 mg/dl
	DARAH LENGKAP		
	1. Eritrosit	3,12. 10^6/µL	3,40 – 5,20
	2. Hemoglobin	10,0 g/dl	9,6 – 15,6
	3. Hematokrit	31,0 %	31,0 – 48,0
	4. MCH	32,1 pg	23,0 – 31,0
	5. MCV	99,4 fl	76,0 – 92,0
	6. MCHC	32,3 g/dl	32,0 – 36,09
	7. Leukosit	9,47 10^3/µL	5,50 – 17,50
	8. Netrofil ≠	7,70 10^3/µL	2,20 – 4,80
	9. Limfosit ≠	1,08 10^3/µ	1,30 – 2,90
	10. Basofil ≠	0,10 10^3/µL	0,10 – 1,00
	11. Trombosit	153 10^3/µL	150 – 450

(Sumber Data Sekunder : RM Pasien)

Tabel 3.5 Hasil Pemeriksaan Radiologi

Pasien An. A di Ruang Kartika II Rumah Sakit RSUP Dr. Sardjito

Tanggal 21 juli 2016

Hari/ Tanggal	Jenis Pemeriksaan	Kesan/Interpretasi
29 juni 2016	MSCT *scan upper and lower* abdomen	– Hepatosplenomegali dengan gambaran hepatitis ec.drug induced dd.ALL manifestation dd viral – Hernia umbilicalis – Tak tampak kelainan pada VF, pancreas ren dextra, sinistra, uterus maupun rectum tak tampak metastase organ tersebut
13 februari 2016	BMP (*Bone Marrow Function)*	Gambaran sumsum saat dibandingkan dengan BMP pada tanggal 11 desember 2015 terdapat penurunan limfoblast dari 95 % ke 14 %.

(Sumber Data Sekunder : RM Pasien)

7. Terapi

Tabel 3.6 Pemberian Terapi Pasien An. A di Ruang Kartika II Rumah Sakit RSUP Dr. Sardjito

Hari / Tanggal	Obat	Dosis dan Satuan	Rute	Jam pemberian	Ket
21 juli 2016	1.Dexamethason 2. Zinc 3.oralit	1 tablet (1/2 mg) 20mg/24jam 1sachet/diare	po po po	06.00, 13.10, 20.10 WIB 06.00 WIB Setiap diare	3–2- 0
22 juli 2016	1.Dexamethason 2. Zinc 3. oralit	1 tablet (1/2 mg) 20mg/24jam 1sachet/diare	po po po	06.00, 13.10, 20.10 WIB 06.00 WIB Setiap diare	2-2-0
23 juli 2016	1.Dexamethason 2. Zinc 3. oralit	1 tablet (1/2 mg) 20mg/24jam 1sachet/diare	po po po	06.00, 13.10, 20.10 WIB 06.00 WIB Setiap diare	2-1-0

B. ANALISA DATA

Tabel 3.7 Analisa Data

Pasien An. A di Ruang Kartika II Rumah Sakit RSUP Dr. Sardjito Tanggal 21 juli 2016

DATA	PENYEBAB	MASALAH
DS : - Ibu pasien mengatakan anaknya diare sehari 5x konsistensi cair warna kehijauan bau khas DO : - terdengar bising usus dan peristaltik usus 24x/menit	Malabsorbsi	Diare
DS : - Ibu pasien mengatakan anak nyapanas sejak tadi malam DO : - Badan pasien teraba hangat dan kulti tampak kemerahan - TTV : Suhu : 37,5˚C RR : 26x/menit N : 110x/menit	Ages Farmaseutikal	Hipertermia
DS : - DO : - pasien terpasang infus D5-1/2 di kaki kiri sejak tanggal 20 juli 2016 - Hasil lab: Netrofil: 7,70.10 Leukosit: 9,47.10 Hb: 10,0 g/dl	Faktor risiko : Ketidak adekuatan pertahanan tubuh sekunder	Risiko infeksi

B. ANALISIS DATA

Tabel 3.7 Analisis Data

Pasien An. A di Ruang Kartika II Rumah Sakit RSUP Dr. Sardjito Tanggal 21 juli 2016

DATA	PENYEBAB	MASALAH
DS: - Ibu pasien mengatakan anaknya sangat aktif DO: - Pasien berusia 1 tahun 8 bulan 17 hari (≤ 2 tahun) - Hasil pengkajian risiko jatih total skor 13 (risio tinggi)	Faktor risiko: usia anak ≤ 2 tahun	Risiko jatuh

C. DIAGNOSIS KEPERAWATAN

1. Diare berhubungan dengan malabsorbsi ditandai dengan:

   DS:

   - Ibu pasien mengatakan anaknya diare sehari 5x konsistensi cair, warna kehijauan dan bau khas.

   DO:

   - terdengar bising usus dan peristaltik usus 24x/menit

2. Hipertermia berhubungan dengan ages farmaseutikal ditandai dengan:

   DS:

   - Ibu pasien mengatakan anaknya panas sejak tadi malam

   DO:

   - badan pasien teraba hangat, kulit tampak kemerahan,
   - TTV: S: 37,8˚C N: 24x/menit RR: 110x/menit.

3. Risiko infeksi dengan faktor risiko : ketidak adekuatan pertahanan tubuh sekunder ditandai dengan:

   DS : -

   DO:

   - pasien terpasang infus D5-1/2 di kaki kiri sejak tanggal 20 juli 2016. Hasil lab: netrofil 7,70.10 leukosit 9,47.10 Hb 10,0 g/dl

4. Risiko jatuh dengan faktor risiko: Usia anak ≤ 2 tahun:

   DS:

   - Ibu pasien mengatakan pasien anaknya sangat aktif.

   DO:

   - Pasien berusia 1 tahun 8 bulan 17 hari (≤ 2 tahun)
   - pengkajian risiko jatuh total skor 13 (risiko tinggi)

C. ASUHAN KEPERAWATAN

Nama Pasien / NO CM : An. A / 01. 75. 13. XX Ruang : Kartika II RSUP Dr.Sardjito

Hari/ Tgl/ Jam	DIAGNOSA KEPERAWATAN	PERENCANAAN		PELAKSANAAN	EVALUASI
		TUJUAN	RENCANA TINDAKAN		
Kamis, 21 juli 2016 Jam 10.00 WIB Shif pagi	Diare b.d malabsorbsi	NOC: *Bowel Elimination* Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24jam diharapkan masalah diare pasien teratasi dengan KH: 1. Pasien tidak diare 2. BAB sehari sekali 3. Feses berbentuk (selama 3 hari)	NIC: *Diarrhea management* 1. Monitor keadaan umum pasien 2. Instruksikan keluarga untuk catat frekuensi, warna dan konsistensi BAB (feses pasien) 3. Edukasi keluarga untuk makan rendah serat tinggi protein 4. Lakukan kolaborasi dengan dokter untuk pemberian obat Rahmat K	Kamis, 21 juli 2016 Jam 10.10 WIB 1. Memonitor keadaan umum pasien (Ibu pasien mengatakan anaknya diare 5x sehari turgor kulit baik, turgor kulit baik) Rahmat K Jam 11.10 WIB 2. Menginstruksikan keluarga untuk mencatat BAB pasien (Ibu pasien mengatakan BAB pasien cair warna kehijauan) Rahmat K Jam 13.00 WIB 3. Memberikan oralit 10 mg + 100 ml air (Pasien tidak mau minum oralit) Rahmat K	Kamis, 21 juli 2016 Jam 14.00 WIB S: Ibu pasien mengatakan anaknya BAB sehari 5x konsistensi cair, kehijauan O: turgor kulit baik A: masalah diare belum teratasi P: lanjutkan intervensi 1. Monitor keadaan umum pasien 2. Monitor Bab pasien 3. Berikan oralit buatan ke pasien 4. Ajarkan keluarga cara membuat oralit 5. Kelola hasil kolaborasi Rahmat K

D. CATATAN PERKEMBANGAN

Nama Pasien/No. C.M : An.A / 01.75.13.XX Ruang : Kartika II

HR/ TGL/ JAM/ SHIF	Dx.Kep	JAM (WIB)	PELAKSANAAN	EVALUASI (S O A P)
Kamis, 21 juli 2016 Jam 14.00 WIB Shif siang	Diare b.d malabsorbsi	14.00 WIB	Monitor keadaan umum pasien (ibu pasien mengatakan pasien masih diare, 5x cair dan warna kehijauan, turgor kulit pasien baik) Rahmat K	Kamis, 21 april 2016 Jam 20.00 WIB S: ibu pasien mengatakan anaknya masih diare O: konsistensi cair, warna kehijauan, BAB sehari 5x A: masalah diare belum teratasi P: lanjutkan intervensi 1. Monitor keadaan umum pasien 2. Intruksikan keluarga untuk mencatat frekuensi, konsistensi dan warna BAB pasien 3. Kelola hasil olaborasi dengan dokter Rahmat K
		15.00 WIB	Memberikan obat oralit 10 mg + air putih 200cc (Pasien tidak mau minum obat oralit) Rahmat K	
		16.00 WIB	Menganjurkan keluarga untuk selalu mencatat Keluaran BAB pasien (ibu pasien mengatakan akan mencatat keluaran BAB pasien) Rahmat K	

D. CATATAN PERKEMBANGAN

Nama Pasien/No. C.M : An.A / 01.75.13.XX Ruang : Kartika II

HR/ TGL/ JAM/ SHIF	Dx.Kep	JAM (WIB)	PELAKSANAAN	EVALUASI (S O A P)
Kamis, 21 juli 2016 Jam 20.00 WIB malam	Diare b.d malabsorbsi	06.30 WIB 07.00 WIB	Memonitor Keadaan umum pasien (Ibu pasien mengatakan anaknya masih diare 5x, sedikit sedikit cair dan kehijauan, turgor kulit baik) Rahmat K Menganjurkan keluarga untuk selalu mencatat BAB pasien Frekuensi, konsistensi, warna dan bau (ibu pasien mengatakan selalu mencatat BAB pasien) Rahmat K	Jum'at 22 juli 2016 Jam 08.00 WIB S: ibu pasien mengatakan anaknya masih diare konsistensi cair, warna kehijauan, frekuensi 5x O: Turgor kulit pasien baik A: masalah diare belum teratasi P: lanjutkan intervensi 1. Monitor keadaan umum pasien 2. Berikan oralit sedikit sedikit (gula 1 sendok + garam 1 pucuk sendok + air 200 ml 3. Ajarkan keluarga cara membuat oralit secara mandiri 4. Kelola hasil kolaborasi Raahmat K

D. CATATAN PERKEMBANGAN

Nama Pasien/No. C.M : An.A / 01.75.13.XX Ruang : Kartika II

HR/ TGL/ JAM/ SHIF	Dx.Kep	JAM (WIB)	PELAKSANAAN	EVALUASI (S O A P)
Jum'at, 21 juli 2016 Jam 08.00 WIB Shif pagi	Diare b.d malabsorbsi	08.00 WIB	Memonitor keadaan umum pasien (Ibu pasien mengatakan anaknya masih diare turgor kulit baik) Rahmat K	Jum'at 22 juli 2016 Jam 14.00 WIB S: ibu pasien mengatakan anaknya masih diare konsistensi cair, warna kehijauan, frekuensi 5x : Turgor kulit pasien baik : masalah diare belum teratasi P: lanjutkan intervensi 1. Monitor keadaan umum pasien 2. Berikan oralit sedikit sedikit (gula 1 sendok + garam 1 pucuk sendok + air 200 ml 3. Ajarkan keluarga cara membuat oralit secara mandiri 4. Kelola hasil kolaborasi 5. Anjurkan keluarga untuk mencatat frekuensi BAB pasien Rahmat K
		09.00 WIB	Mengajarkan keluarga cara membuat oralit secara mandiri gula 1 sendok + garam 1 pucuk sendok + air 200 ml dan diaduk (Ibu pasien dapat menyebutkan cara membuat oralit mandiri) Rahmat K	
		10.00 WIB	Memberikan oralit ke pasien sedikit sedikit (Pasien mau minum oralit 5 sendok) Rahmat K	
		13.00 WIB	Mnganjurkan keluarga untuk mencatat frekuensi BAB pasien Rahmat K	

D. CATATAN PERKEMBANGAN

Nama Pasien/No. C.M : An.A / 01.75.13.XX Ruang : Kartika II

HR/ TGL/ JAM/ SHIF	Dx.Kep	JAM (WIB)	PELAKSANAAN	EVALUASI (S O A P)
Jum'at, 21 juli 2016 Jam 14.00 WIB Shif Siang	Diare b.d malabsorbsi	14.30 WIB	Memonitor keadaan umum pasien (ibu pasien mengatakan anaknya BAB 1x cair warna kehijauan dan bau khas turgor kulit pasien baik) Rahmat K	Jum'at 22 juli 2016 Jam 20.00 WIB S: ibu pasien mengatakan anaknya BAB 1x cair,warna kehijauan dan bau has. O: turgor kulit pasien baik
		15.00 WIB	Menganjurkan keluarga untuk mencatat BAB pasien (Ibu Pasien mengatakan selalu mencatat BAB pasien) Rahmat K	A: masalah diare teratasi sebagian P: lanjutkan intervensi 1. Monitor keadaan umum pasien 2. ntruksikan keluarga untuk mencatat frekuensi BAB, konsistensi feses pasien
		16.00 WIB	Menganjurkan keluarga untuk meberikan oralit saat pasien diare (ibu pasien mengatakan akan meberikan oralit jika anaknya diare) Rahmat K	3. Anjurkan keluarga untuk memberikan oralit setiap pasien diare Rahmat K

D. CATATAN PERKEMBANGAN

Nama Pasien/No. C.M : An.A / 01.75.13.XX Ruang : Kartika II

HR/ TGL/ JAM/ SHIF	Dx.Kep	JAM (WIB)	PELAKSANAAN	EVALUASI (S O A P)
Jumat, 22juli 2016 Jam14. 20.00 WIB Shif malam	Diare b.d malabsorbsi	06.30 WIB 07.00 WIB	Memonitor keadaan umum pasien (Ibu pasien mengatakan anaknya BAB 1 x ,turgor kulit pasien baik) Rahmat K Menganjurkan keluarga pasien untuk memberikan oralit setiap pasien diare (keluarga pasien mengatakan kalau anaknya diare diberikan oralit) Rahmat K	Sabtu, 23 juli 2016 Jam 08.30 WIB S: Ibu pasien mengatakan anaknya BAB 1, konsistensi masih cair : turgor kulit pasien baik : masalah diare teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi 1. Monitor keadaan umum pasien 2. Berikan oralit setiap pasien diare 3. Catat frekuensi konsistensi BAB pasien Rahmat K

D. CATATAN PERKEMBANGAN

Nama Pasien/No. C.M : An.A / 01.75.13.XX Ruang : Kartika II

HR/ TGL/ JAM/ SHIF	Dx.Kep	JAM (WIB)	PELAKSANAAN	EVALUASI (S O A P)
Sabtu, 23juli 2016 Jam 08.0.00 WIB Shif pagi	Diare b.d malabsorbsi	08.00 WIB	Memonitor keadaan umum pasien (ibu pasien mengatakan anaknya BAB 1x, konsistensi cair dan bau khas, turgor kulit baik) Rahmat K	Sabtu 23 juli 2016 Jam 14.00 WIB S: ibu pasien mengatakan anaknya BAB 1x cair, bau khas O: turgor kulit pasien baik
		10.00 WIB	Menganjurkan ibu pasien untuk selalu mencatat BAB pasien (ibu pasien mengatakan selalu mencatat bab pasien) Rahmat K	A: masalah diare teratasi sebagian P: lanjutkan intervensi 1. Monitor keadaan umum pasien 2. Instruksikan keluarga untuk mencatat frekuensi BAB, konsistensi feses pasien
		13.00 WIB	Menganjurkan ibu pasien untuk memberikan oralit setiap pasien diare (ibu pasien mengatakan akan memberikan oralit setiap anakanya diare) Rahmat K	3. Anjurkan keluarga untuk memberikan oralit setiap pasien diare Rahmat K

D. CATATAN PERKEMBANGAN

Nama Pasien/No. C.M : An.A / 01.75.13.XX Ruang : Kartika II

HR/ TGL/ JAM/ SHIF	Dx.Kep	JAM (WIB)	PELAKSANAAN	EVALUASI (S O A P)
Sabtu, 23 Juli 2016 Jam 14.0.00 WIB Shif Siang	Diare b.d malabsorbsi	14.30 WIB	Memonitor keadaan umum pasien (ibu pasien mengatakan anaknya BAB 1x cair warna kehijauan dan bau khas turgor kulit pasien baik) Rahmat K	Sabtu 23 juli 2016 Jam 20.00 WIB S: ibu pasien mengatakan anaknya BAB 1x cair, bau khas O: turgor kulit pasien baik A: masalah diare teratasi sebagian P: lanjutkan intervensi 1. Monitor keadaan umum pasien 2. Instruksikan keluarga untuk mencatat frekuensi BAB, konsistensi feses pasien 3. Anjurkan keluarga untuk memberikan oralit setiap pasien diare Rahmat K
		15.00 WIB	Mengingatkan keluarga untuk mencatat BAB pasien (Ibu Pasien mengatakan selalu mencatat BAB pasien) Rahmat K	
		16.00 WIB	Menganjurkan keluarga untuk meberikan oralit saat pasien diare (ibu pasien mengatakan akan meberikan oralit jika anaknya diare) Rahmat K	

D. CATATAN PERKEMBANGAN

Nama Pasien/No. C.M : An.A / 01.75.13.XX Ruang : Kartika II

HR/ TGL/ JAM/ SHIF	Dx.Kep	JAM (WIB)	PELAKSANAAN	EVALUASI (S O A P)
Sabtu, 23 Juli 2016 Jam 20.00 WIB Shif Malam	Diare b.d malabsorbsi	07.00 WIB 07.10 WIB	Memonitor keadaan umum pasien (ibu pasien mengatakan anaknya BAB 1x cair warna kehijauan dan bau khas turgor kulit pasien baik) Rahmat K Mengingatkan keluarga untuk mencatat BAB pasien (Ibu Pasien mengatakan selalu mencatat BAB pasien) Rahmat K Menganjurkan keluarga untuk meberikan oralit saat pasien diare (ibu pasien mengatakan akan meberikan oralit jika anaknya diare) Rahmat K	Minggu 24 juli 2016 Jam 08.00 WIB S: ibu pasien mengatakan anaknya BAB 1x cair, warna kehijauan dan bau khas. : turgor kulit pasien baik : masalah diare teratasi sebagian P: lanjutkan intervensi 1. Monitor keadaan umum pasien 2. ntruksikan keluarga untuk mencatat frekuensi BAB, konsistensi feses pasien 3. Anjurkan keluarga untuk memberikan oralit setiap pasien diare Rahmat K

C. ASUHAN KEPERAWATAN

Nama Pasien / NO CM : An. A / 01. 75. 13. XX Ruang : Kartika II RSUP Dr. Sardjito

Hari/ Tgl/ Jam	DIAGNOSA KEPERAWATAN	PERENCANAAN		PELAKSANAAN	EVALUASI
		TUJUAN	RENCANA TINDAKAN		
Kamis, 21 juli 2016 Jam 10.00 WIB Shif pagi	Hipertermia b.d agen farmaseutikal	NOC: *Thermoregulation* Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24jam diharapkan pasien menunjukan thermoregulation dengan KH: 1. Badan pasien tidak teraba panas 2. Kulit tidak tampak kemerahan 3. TTV dalam batas normal S: 36,5-37,5°C N: 90-140x/m RR: 25-32 x/m	NIC: *Fever Treatment* 1. Observasi keadaan umum pasien 2. Monitor TTV pasien 3. Anjurkan pasien banyak minum ASI setiap 3 jam 4. Edukasi keluarga untuk memakai pakaian yang tipis 5. Lakukan kolaborasi dengan dokter untuk 3 pemberian obat Rahmat K	Kamis, 21 juli 2016 Jam 10.10 WIB . Mengobservasi keadaan umum pasien (pasien badanya kemerahan, pasien teraba hangat) Rahmat K Jam 10.20 WIB . Memonitor TTV pasien (S:37,8°C N: 110x/m RR: 28x/m) . Mengedukasi keluarga untuk mamakaikan baju yang tipis ke pasien Rahmat K Jam 13.00 WIB . Memberikan obat pct 125 mg oral ke pasien. (Pasien sudah minum pct 125 mg oral) Rahmat K	Kamis, 21 juli 2016 Jam 14.00 WIB : ibu pasien mengatakan anaknya akan dioakaikan baju yang tipis, O: badan pasien teraba hangat Kulit kemerahan, masuk pct oral 125 mg jam 13.00 A: masalah hipertermi belum teratasi P: lanjutkan intervensi 1. Observasi keadaan umum pasien 2. Lakukan kompres hangat 3. Monitor TTV pasien 4. Edukasi keluarga untuk memberikan asi setiap 2 jam sekali 5. Kelola hasil kolaborasi Rahmat K

D. CATATAN PERKEMBANGAN

Nama Pasien/No. C.M : An.A / 01.75.13. XX Ruang : Kartika II

HR/ TGL/ JAM/ SHIF	Dx.Kep	JAM (WIB)	PELAKSANAAN	EVALUASI (S O A P)
Kamis 21 juli 2016 Jam 14.00 Shif siang	Hipertermi b.d agen farmaseutikal	14.30 WIB	Mengobservasi keadaan umum pasien (ibu pasien mengatakan anaknya masih panas pasien tampak kemerahan badan pasien teraba hangat) Rahmat K	Kamis, 21 juli 2016 Jam 20.20 WIB S: ibu pasien mengatakan anaknya masih panas O: pasien tampak kemerahan Badan masih teraba hangat TTV: S: 37,8˚C N: 110x/m RR: 26x/m Pasien minum paracetamol.125 mg oral A: masalah hipertermi belum teratasi P: Lanjutkan intervensi 1. Observasi keadaan umum pasien 2. Monitor TTV pasien 3. Edukasi keluarga memakai pakaian yang tipis ke pasien 4. Kelola hasil kolaborasi Rahmat K
		15.00 WIB	Memonitor TTV pasien (S: 37,8˚C N: 110x/m RR: 26x/m)	
		15.10 WIB	Memberikan paracetamol 125 mg oral (pasien minum paracetamol 125 mg) Rahmat K	
		16.00 WIB	Mengedukasi keluarga untuk memakaikan pakaian yang tipis (ibu pasien mengatakan akan memakaikan pakaian yang tipis, Pasien menggunakan baju tipis) Rahmat K	

D. CATATAN PERKEMBANGAN

Nama Pasien/No. C.M : An.A / 01.75.13. XX Ruang : Kartika II

HR/ TGL/ JAM/ SHIF	Dx.Kep	JAM (WIB)	PELAKSANAAN	EVALUASI (S O A P)
Kamis 21 juli 2016 Jam 20.00 Shif Malam	Hipertermi b.d agen farmaseutikal	06.30 WIB	Mengobservasi keadaan umum pasien dan memonitor TTV pasien (ibu pasien mengatakan tadi malam anaknya masih demam, pasien teraba hangat TTV: 37,6°C N: 110x/m RR: 26x/m) Rahmat K	Jum'at 22 juli 2016 Jam 08.00 WIB S: ibu pasien mengatakan tadi malam anaknya masih demam O: pasien teraba hangat S: 37,6°C N: 110x/m RR: 26x/m
		07.00 WIB	Menganjurkan ibu pasien untuk memberikan ASI setiap 3 jam (ibu pasien mengatakan anaknya sudah minum ASI) Rahmat K	A: masalah hipertermi belum teratasi P: lanjutkan intervensi 1. Observasi keadaan umum pasien 2. Monitor TTV pasien 3. Edukasi keluarga untuk memakaikan baju yang tipis 4. Kelola hasil kolaborasi parasetamol 125mg

D. CATATAN PERKEMBANGAN

Nama Pasien/No. C.M : An.A / 01.75.13. XX Ruang : Kartika II

HR/ TGL/ JAM/ SHIF	Dx.Kep	JAM (WIB)	PELAKSANAAN	EVALUASI (S O A P)
Jum'at 22 juli 2016 Jam 08.00 Shif pagi	Hipertermi b.d agen farmaseutikal	08.10 WIB	Mengobservasi keadaan umum pasien (ibu pasien mengatakan anaknya masih demam, kulit pasien tidak kemerahan) Rahmat K	Jum'at, 22 juli 2016 Jam 14.00 WIB S: ibu pasien mengatakan anaknya masih demam
		10.00 WIB	Memonitor TTV pasien (S: 37,7˚C RR: 28x/m N: 110x/m) Rahmat K	O: TTV: S: 36,5˚C N: 110x/m RR: 28x/m Kulit pasien tidak kemerahan
		10.10 WIB	Memberikan paracetamol 125 mg oral (Pasien minum paracetamol 125 mg oral) Rahmat K	A: masalah hipertermi teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi 1. Observasi keadaan umum pasien
		13.00 WIB	Mengedukasi keluarga untuk memakaikan pasien pakaian yang (pasien menggunakan baju yang tipis) Rahmat K	2. Monitor TTV pasien 3. Edukasi keluarga untuk memakaikan baju yang tipis 4. Kelola hasil kolaborasi Rahmat K

D. CATATAN PERKEMBANGAN

Nama Pasien/No. C.M : An.A / 01.75.13. XX Ruang : Kartika II

HR/ TGL/ JAM/ SHIF	Dx.Kep	JAM (WIB)	PELAKSANAAN	EVALUASI (S O A P)
Jum'at 22 juli 2016 Jam 14.00 Shif siang	Hipertermi b.d agen farmaseutikal	14.30 WIB	Mengobservasi keadaan umum pasien (ibu pasien mengatakan badan pasien tidak teraba hangat, kulit tidak kemerahan) Rahmat K	Jum'at, 22 juli 2016 Jam 20.00 WIB S: ibu pasien mengatakan anaknya masih demam O: TTV: S: 36,5˚C N: 110x/m RR: 28x/m Kulit pasien tidak kemerahan, badan tidak teraba hangat A: masalah hipertermi teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi 1. Observasi keadaan umum pasien 2. Monitor TTV pasien 3. Edukasi keluarga untuk memakaikan baju yang tipis 4. Kelola hasil kolaborasi Rahmat K
		15.00 WIB	Memonitor TTV pasien (S: 37,6˚C RR: 28x/m N: 110x/m, kulit tidak kemerahan) Rahmat K	
		16.00 WIB	menganjurkan keluarga untuk memakaikan pakaian yang tipis (pasien memakai baju yang tipis) Rahmat K	

D. CATATAN PERKEMBANGAN

Nama Pasien/No. C.M : An.A / 01.75.13. XX Ruang : Kartika II

HR/ TGL/ JAM/ SHIF	Dx.Kep	JAM (WIB)	PELAKSANAAN	EVALUASI (S O A P)
Jum'at 22 juli 2016 Jam 20.00 Shif malam	Hipertermi b.d agen farmaseutikal	06.30 WIB 07.00 WIB	Mengobservasi keadaan umum pasien (Ibu pasien mengatakan anaknya tidak demam) Rahmat K Memonitor TTV pasien (S: 36,5, N: 110x/m, RR: 28x/m,badan tidak teraba hangat, dan kulit tidak kemerahan) Rahmat K	Sabtu, 23 Juli 2016 Jam 08.00 WIB S: ibu pasien mengatakan anaknya tidak demam O: TTV: S: 36,5˚C N: 110x/m RR: 28x/m Kulit pasien tidak kemerahan, badan tidak teraba hangat A: masalah hipertermi teratasi P: Hentikan intervensi Rahmat K

C. ASUHAN KEPERAWATAN

Nama Pasien / NO CM : An. A / 01. 75. 13. XX Ruang : Kartika II RSUP Dr. Sardjito

Hari/ Tgl/ Jam	DIAGNOSA KEPERAWATAN	PERENCANAAN		PELAKSANAAN	EVALUASI
		TUJUAN	RENCANA TINDAKAN		
Kamis, 21 juli 2016 Jam 10.00 WIB Shif pagi	Risiko infeksi dengan faktor risik: ketidak adekuatan pertahanan tubuh sekunder	NOC: *Risk control* Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24jam diharapkan pasien mampu menunjukan *risk control* dengan KH: 1. Pasien terbebas dari tanda dan gejala infeksi (rubor,calor, ,dolor, tumor, fungsiolaesa) 2. Angka leukosit normal (5000-10.000) Hb dalam batas normal (10,5-15,5 g/dl) 3. Keluarga mampu berperan serta dalam mencegah infeksi dan Kebersihan pasien terjaga.	NIC: *infection control* 1. Monitor tanda dan gejala infeksi 2. Lakukan cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien 3. Ajarkan keluarga dan pasien 6 langkah cuci tangan 4. Kolaborasi dengan dokter untuk pemberian antibiotik 5. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium 6. Batasi pengunjung Rahmat K	Kamis, 21 juli 2016 Jam 10.10 WIB 1. Memonitor tanda dan gejala infeksi (tidak ada tanda tanda infeksi (rubor, kalor, tumor, dolor, fungsiolaes Rahmat K Jam 13.00 WIB 2. memberikan obat dexamethason 1mg oral (pasien sudah diberikan dexamethason 1mg oral). Rahmat K Jam 13.30 WIB 3. Membatasi pengunjung (pasien dtunggu oleh ibunya) Rahmat K	Kamis, 21 juli 2016 Jam 14.00 WIB : Ibu pasien mengatakan menunggu anaknyan sendirian O: (tidak ada tanda tanda infeksi rubor, kalor, tumor ,dolor, fungsiolaesa) Sudah masuk dexametason 1mg oral jam 13.00 WIB A: masalah Risiko infeksi teratasi sebagian P: Lanjutkan Intervensi 1. Monitor tanda dan gejala infeksi 2. Monitor hasil lab 3. ajarkan keluarga cuci tangan 4. Batasi pengunjung 5. kelola hasil kolaborasi Rahmat K

D. CATATAN PERKEMBANGAN

Nama Pasien/No. C.M : An A / 01.75.13.xx Ruang : Kartika II

HR/ TGL/ JAM/ SHIF	Dx.Kep	JAM (WIB)	PELAKSANAAN	EVALUASI (S O A P)
Kamis, 21 juli 2016 Jam 14.00 WIB Shif siang	Risiko Infeksi dengan faktor risiko : Ketidak adekuatan pertahanan tubuh sekunder	14.30 WIB	Memonitor tanda dan gejala infeksi (tidak ada tanda tanda infeksi (rubor, kalor, tumor, dolor, fungsiolaesa) Rahmat K	Kamis, 21 juli 2016 Jam 20.10 WIB S: ibu pasien mengatakan sudah mulai hafal gerakan cuci tangan 6 langkah O: tidak ada tanda tanda infeksi (rubor, kalor, dolor, tumor, fungsiolaesa) Ibu pasien melakukan cuci tangan 6 langkah A: masalah risiko infeksi teratasi sebagian P: lanjutkan intervensi 1. Monitor tanda dan gejala infeksi 2. Pertahankan teknik aseptik 3. Batasi pengunjung 4. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium 5. Kelola hasil kolaborasi Rahmat K
		15.00 WIB	Mengajarkan keluaraga untuk melakukan cuci tangan 6 langkah (ibu pasien mengatakan sudah mulai hafal gerakan cuci tangan 6 langkah ibu melakukan cuci tangan 6 langkah) Rahmat K	
		16.00 WIB	Membatasi pengunjung (pasien hanya ditungu oleh ibunya) Rahmat K	

D. CATATAN PERKEMBANGAN

Nama Pasien/No. C.M : An A / 01.75.13.xx Ruang : Kartika II

HR/ TGL/ JAM/ SHIF	Dx.Kep	JAM (WIB)	PELAKSANAAN	EVALUASI (S O A P)
Kamis, 21 juli 2016 Jam 20.00 WIB Shif malam	Risiko Infeksi dengan faktor risiko : Ketidak adekuatan pertahanan tubuh sekunder	06.30 WIB 06.35 WIB 07.00 WIB	Memonitor tanda dan gejala infeksi (tidak ada tanda tanda infeksi (rubor, kalor, tumor, dolor, fungsiolaesa) Rahmat K Memberikan obat dexamethason 1 mg oral (pasien minum obat dexamethason 1 mg) Rahmat K Memandikan pasien (pasien bersih dan harum) Rahmat K	Jum'at, 22 juli 2016 Jam 08.00 WIB S: ibu pasien mengatakan sudah mulai hafal gerakan cuci tangan 6 langkah O: tidak ada tanda tanda infeksi (rubor, kalor, tumor, dolor, fungsiolaesa) Ibu pasien melakukan cuci tangan 6 langkah Pasien bersih dan harum A: masalah risiko infeksi teratasi sebagian P: lanjutkan intervensi 1. Monitor tanda dan gejala infeksi 2. Pertahankan teknik aseptik 3. Batasi pengunjung 4. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium 5. Kelola hasil kolaborasi Rahmat K

D. CATATAN PERKEMBANGAN

Nama Pasien/No. C.M : An A / 01.75.13.xx Ruang : Kartika II

HR/ TGL/ JAM/ SHIF	Dx.Kep	JAM (WIB)	PELAKSANAAN	EVALUASI (S O A P)
Jum'at, 22 juli 2016 Jam 0.8 00 WIB Shif Pagi	Risiko Infeksi dengan faktor risiko : Ketidak adekuatan pertahanan tubuh sekunder	08.00 WIB	Memonitor tanda dan gejala infeksi (tidak ada tanda tanda infeksi rubor, kalor, dolor, tumor, fungsiolaesa) Rahmat K	Jum'at 22 juli 2016 Jam 14.00 WIB S: Ibu pasien mengatakan anaknya tidak ada kemerahan O: tidak ada tanda tanda infeksi (rubor, kalor, tumor, dolor, fungsiolaesa), Masuk obat dexamethason oral 1mg, Hb: 10,1 g/dl, Leukosit: 4,15 10^3/µL.
		10.00 WIB	Memonitor hasil pemeriksaan laboratorium (Hb: 10,1 g/dl, Leukosit: 4,15 10^3/µL) Rahmat K	
		13.00 WIB	Memberikan obat dexamethason oral 1 mg (pasien sudah diberikan obat dexamethason oral 1 mg) Rahmat K	A: masalah risiko infeksi teratasi sebagian P: lanjutkan intervensi 1. Monitor tanda dan gejala infeks 2. Kelola hasil Kolaborasi 3. Batasi pengunjung 4. Jaga Kebersihan tubuh pasien Rahmat K

D. CATATAN PERKEMBANGAN

Nama Pasien/No. C.M : An A / 01.75.13.xx Ruang : Kartika II

HR/ TGL/ JAM/ SHIF	Dx.Kep	JAM (WIB)	PELAKSANAAN	EVALUASI (S O A P)
Jum'at, 22 juli 2016 Jam 14. 00 WIB Shif Siang	Risiko Infeksi dengan faktor risiko : Ketidak adekuatan pertahanan tubuh sekunder	14.30 WIB	Memonitor tanda dan gejala infeksi (ibu pasien mengatakan tidak ada kemerahan pada tubuh pasien pasien tidak ada tanda dan gejala infeksi rubor, kalor, tumor, dolor, fungsiolaesa) Rahmat K	Jum'at 22 juli 2016 Jam 20.00 WIB S: Ibu pasien mengatakan anaknya sudah bersih dan harum : tidak ada tanda tanda infeksi (rubor, calor, tumor, dolor, fungsiolaesa).
		15.00 WIB	Mengajarkan ibu pasien cuci tangan 6 langkah (ibu pasien mengatakan sudah mulai hafal gerakan cuci tangan) Rahmat K	: masalah risiko infeksi teratasi sebagian P: lanjutkan intervensi 1. Monitor tanda dan gejala infeksi 2. Pertahankan teknik aseptik 3. Monitor hasil laboratorium
		16.00 WIB	Memandikan pasien (pasien bersih dan harum) Rahmat K	4. Kelola hasiKolaborasi 5. Jaga kebersihan tubuh pasien Rahmat K

D. CATATAN PERKEMBANGAN

Nama Pasien/No. C.M : An A / 01.75.13.xx Ruang : Kartika II

HR/ TGL/ JAM/ SHIF	Dx.Kep	JAM (WIB)	PELAKSANAAN	EVALUASI (S O A P)
Jum'at, 22 juli 2016 Jam 20. 00 WIB Shif malam	Risiko Infeksi dengan faktor risiko : Ketidak adekuatan pertahanan tubuh sekunder	06.30	Memonitor tanda dan gejala infeksi (ibu pasien mengatakan anaknya sudah minum obat dexamethason 0,5 mg, pada tubuh pasien pasien tidak ada tanda dan gejala infeksi rubor, kalor, tumor, dolor, fungsiolaesa) Rahmat K	Sabtu 23 juli 2016 Jam 08.00 WIB S: Ibu pasien mengatakan anaknya sudah bersih dan harum O: tidak ada tanda tanda infeksi (rubor, kalor, tumor, dolor, fungsiolaesa). A: masalah risiko infeksi teratasi sebagian P: lanjutkan intervensi 1. Monitor tanda dan gejala infeksi 2. Pertahankan teknik aseptik 3. Monitor hasil laboratorium 4. Kelola hasiKolaborasi 5. Jaga kebersihan tubuh pasien Rahmat K
		07.00 WIB	Memandikan pasien (pasien harum dan bersih) Rahmat K	

D. CATATAN PERKEMBANGAN

Nama Pasien/No. C.M : An A / 01.75.13.xx Ruang : Kartika II

HR/ TGL/ JAM/ SHIF	Dx.Kep	JAM (WIB)	PELAKSANAAN	EVALUASI (S O A P)
Sabtu 23 Juli 2016 Jam 08.00 WIB Shif Pagi	Risiko Infeksi dengan faktor risiko : Ketidak adekuatan pertahanan tubuh sekunder	08.00 WIB	melakukan cuci tangan bertemu dengan pasien memonitor tanda dan gejala infeksi (tidak ada tanda tanda infeksi (rubor, color, dolor, tumor,fungsiolaesa) Rahmat K	Sabtu 23 juli 2016 Jam 14.00 WIB S: Ibu pasien mengatakan selalu menjaga kebersihan. O: tidak ada tanda tanda infeksi (rubor, kalor, tumor, dolor, fungsiolaesa), Masuk obat dexamethason oral 1mg A: masalah risiko infeksi teratasi sebagian P: lanjutkan intervensi 1. Monitor tanda dan gejala infeksi 2. Pertahankan teknik aseptik 3. Monitor hasil laboratorium 4. Kelola hasil Kolabora 5. JagaKebersihan tubuh pasien Rahmat K
		13.00 WIB	memberikan obat dexamethason 1mg oral (pasien sudah diberikan dexamethason 1mg oral). Rahmat K	
		13.30 WIB	Mengajarkan keluarga pasien cuci tangan 6 langkah (ibu pasien melakukan cuci tangan 6 langkah) Rahmat K	

D. CATATAN PERKEMBANGAN

Nama Pasien/No. C.M : An A / 01.75.13.xx Ruang : Kartika II

HR/ TGL/ JAM/ SHIF	Dx.Kep	JAM (WIB)	PELAKSANAAN	EVALUASI (S O A P)
Sabtu 23 Juli 2016 Jam 14.00 WIB Shif Siang	Risiko Infeksi dengan faktor risiko : Ketidak adekuatan pertahanan tubuh sekunder	14.30 WIB 15.00 WIB 16.00 WIB	Memonitor tanda dan gejala infeksi (tidak ada tanda tanda infeksi (rubor, kalor, tumor, dolor, fungsiolaesa) Rahmat K Membatasi pengujung (pasien hanya di tunggu oleh ibunya) Rahmat K Memandikan pasien (pasien bersih dan harum) Rahmat K	Sabtu 23 juli 2016 Jam 20.00 WIB S: Ibu pasien mengatakan selalu menjaga kebersihan. O: tidak ada tanda tanda infeksi (rubor, kalor, tumor, dolor, fungsiolaesa), pasienn sudah bersih dan harum A: masalah risiko infeksi teratasi sebagian P: lanjutkan intervensi 1. Monitor tanda dan gejala infeksi 2. Monitor hasil laboratorium 3. Kelola hasil Kolaborasi 4. Jaga kebersihan tubuh pasien Rahmat K

D. CATATAN PERKEMBANGAN

Nama Pasien/No. C.M : An A / 01.75.13.xx Ruang : Kartika II

HR/ TGL/ JAM/ SHIF	Dx.Kep	JAM (WIB)	PELAKSANAAN	EVALUASI (S O A P)
Sabtu 23 Juli 2016 Jam 20.00 WIB Shif malam	Risiko Infeksi dengan faktor risiko : Ketidak adekuatan pertahanan tubuh sekunder	06.00 WIB 07.00 WIB	Melakukan cuci tangan sebelum kontak dengan pasien Rahmat K Memonitor tan da dan gejala infeksi (tidak ada rubor, kalor, tumor,dolor, dan fungsiolaesa) Rahmat K	Minggu 24 juli 2016 Jam 08.00 WIB S: Ibu pasien mengatakan anaknya sudah bersih dan harum O: tidak ada tanda tanda infeksi (rubor, kalor, tumor, dolor, fungsiolaesa) A: masalah risiko infeksi teratasi sebagian P: lanjutkan intervensi 1. Monitor tanda dan gejala infeksi 2. Pertahankan teknik aseptik 3. Monitor hasil laboratorium 4. Kelola hasi Kolaborasi Rahmat K

C. ASUHAN KEPERAWATAN

Nama Pasien / NO CM : An. A / 01. 75. 13. XX Ruang : Kartika II RSUP Dr. Sardjito

Hari/ Tgl/ Jam	DIAGNOSA KEPERAWATAN	PERENCANAAN		PELAKSANAAN	EVALUASI
		TUJUAN	RENCANA TINDAKAN		
Kamis, 21 juli 2016 Jam 10.00 WIB Shif pagi	Risiko jatuh dengan faktor risiko: usia pasien < 2 tahun	NOC: *Risk control* Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24jam diharapkan pasien mampu menunjukan *risk control* dengan KH: 1. Pasien terbebas dari kejadian jatuh 2. Keluarga pasien mampu menjelaskan cara mencegah jatuh	NIC: *Environment Management* 1. Kaji tingkat kemanan pasien pasien 2. Pasang side rail tempat tidur 3. Pasang tanda resiko jatuh 4. Edukasi pasien cara mencegah jatuh 5. Kolaborasi dengan keluarga untuk selalu menjaga pasien Rahmat K	Kamis, 21 juli 2016 Jam 10.10 WIB 1. Mengkaji tingkat keamanan pasien (pasien ditunggu oleh ibunya) Jam 10.15 WIB 2. Memasang side rail tempat tidur pasien (side rail tempat tidur pasien terpasang) Rahmat K Jam 13.00 WIB 3. Mengedukasi keluarga pasien cara mencegah jatuh (keluarga pasien menyatakan akan selalu memasang side rail tempat tidur) Rahmat K	Kamis, 21 juli 2016 Jam 14.00 WIB : Ibu pasien mengatakan akan selalu memasang side rail tempat tidur O: tempat tidur pasien terpasang side rail Pasien ditunggu oleh ibunya A: masalah risiko jatuh teratasi sebagian : Lanjutkan intervensi 1. Kaji tingkat keamanan pasien. 2. Pasang side rail tempat tidur pasien 3. Pasang tanda risiko jatuh 4. Kolaborasi dengan keluarga untuk selalu menjaga pasien Rahmat K

D. CATATAN PERKEMBANGAN

Nama Pasien/No. C.M : An. A / 01.75.13.XX Ruang : Kartika II

HR/ TGL/ JAM/ SHIF	Dx.Kep	JAM (WIB)	PELAKSANAAN	EVALUASI (S O A P)
Kamis 21 Juli 2016 Jam 14.00 WIB Shif siang	Risiko jatuh dengan faktor risiko: usia anak < 2 tahun	14.00 WIB 15.00 WIB 16.00 WIB	Mengkaji tingkat kemanan pasien (hasil pengkajian reisko jatuh 13 resiko tinggi) Rahmat K Mengedukasi keluarga pasien cara mencegah kejadian jatuh (pasien dapat menyebutkan cara mencegah jatuh seperti memasang side rail tempat tidur) Rahmat K Melakukan kolaborasi dengan keluarga untuk selalu menunggu pasien(ibu pasien mengatakan selalu menunggu pasien kadang dititipkan ke orang lain) Rahmat K	kamist 21 Juli 2016 Jam 20.00 WIB S: keluarga pasien mengatakan akan selalu menjaga pasien : tempat tidur pasien terpasang side rail Pasien ditunggu oleh ibunya : masalah risiko jatuh teratasi sebagian P: lanjutkan intervensi 1. Kaji tingkat kemanan pasien 2. Pasang side rail tempat tidur pasien 3. Pasang label resiko jatuh 4. Kolaborasi dengan keluarga untuk menunggu pasien Rahmat K

D. CATATAN PERKEMBANGAN

Nama Pasien/No. C.M : An. A / 01.75.13.XX Ruang : Kartika II

HR/ TGL/ JAM/ SHIF	Dx.Kep	JAM (WIB)	PELAKSANAAN	EVALUASI (S O A P)
Kamis 21 Juli 2016 Jam 20.00 WIB malam	Risiko jatuh dengan faktor risiko: usia anak < 2 tahun	06.30 WIB 07.00 WIB	Mengkaji tingkat kemanan pasien (pasien ditunggu oleh ibunya, side rail tempat tidur pasien tidak terpasang) Rahmat K Menganjurkan keluarga utuk selalu memasang side rail tempat tidur pasien (ibu pasien mengatakan akan selalu memasang side rail tempat tidur pasien) Rahmat K	Jum'at 22 Juli 2016 Jam 08.00 WIB S: keluarga pasien mengatakan akan selalu menjaga pasien :Pasien ditunggu oleh ibunya : masalah risiko jatuh teratasi sebagian P: lanjutkan intervensi 1. Kaji tingkat keamanan pasien 2. Pasang side rail tempat tidur pasien 3. Pasang label resiko jatuh 4. Kolaborasi dengan keluarga untuk menunggu pasien Rahmat K

D. CATATAN PERKEMBANGAN

Nama Pasien/No. C.M : An. A / 01.75.13.XX Ruang : Kartika II

HR/ TGL/ JAM/ SHIF	Dx.Kep	JAM (WIB)	PELAKSANAAN	EVALUASI (S O A P)
Jumat 22 Juli 2016 Jam 08.00 WIB Shif pagi	Risiko jatuh dengan faktor risiko: usia anak < 2 tahun	08.10 WIB 10.00 WIB 13.00 WIB	Mengkaji tingkat keamanan pasien (tempat tidur pasien tepasang side rail) Rahmat K Menganjurkan keluarga pasien untuk selalu menjaga pasien (Ibu mengatakan akan selalu menjaga pasien) Rahmat K Memasang label dan tanda resiko jatuh (terpasang tanda resiko jatuh di tiang infus pasien) Rahmat K	Jum'at 22 Juli 2016 Jam 14.00 WIB : keluarga pasien mengatakan akan selalu menjaga pasien : terpasang tanda resio jatuh di tiang infus pasien : masalah risiko jatuh teratasi sebagian P: lanjutkan intervensi 1. Kaji tingkat keamanan pasien 2. Pasang side rail tempat tidur pasien 3. Kolaborasi dengan keluarga untuk menunggu pasien Rahmat K

D. CATATAN PERKEMBANGAN

Nama Pasien/No. C.M : An. A / 01.75.13.XX Ruang : Kartika II

HR/ TGL/ JAM/ SHIF	Dx.Kep	JAM (WIB)	PELAKSANAAN	EVALUASI (S O A P)
Jumat 22 Juli 2016 Jam 14.00 WIB Shif siang	Risiko jatuh dengan faktor risiko: usia anak < 2 tahun	14.30 WIB 15.00 WIB 16.00 WIB	Mengkaji tingkat kemananan pasien (pasien ditungguin oleh ibunya) Rahmat K Memasang side rail tempat tidur pasien (side rail tempat tidur pasien terpasang) Rahmat K Menganjurkan keluarga untuk selalu menunggu pasien (ibu pasien mengatkan akan selalu menunggu pasien) Rahmat K	Jum'at 22 juli 2016 Jam 20.00 WIB S: keluarga pasien mengatakan akan selalu menjaga pasien : tempat tidur pasien terpasang side rail : masalah risiko jatuh teratasi sebagian P: lanjutkan intervensi 1. Kaji tingkat keamanan pasien 2. Pasang side rail tempat tidur pasien 3. Kolaborasi dengan keluarga untuk menunggu pasien Rahmat K

D. CATATAN PERKEMBANGAN

Nama Pasien/No. C.M : An. A / 01.75.13.XX Ruang : Kartika II

HR/ TGL/ JAM/ SHIF	Dx.Kep	JAM (WIB)	PELAKSANAAN	EVALUASI (S O A P)
Jumat 22 Juli 2016 Jam 20.00 WIB Shif malam	Risiko jatuh dengan faktor risiko: usia anak < 2 tahun	06.30 WIB 07.00 WIB	Mengkaji tingkat kemanan pasien (pasien ditunggu oleh ibunya, side rail tempat tidur pasien tidak terpasang) Rahmat K Menganjurkan keluarga utuk selalu memasang side rail tempat tidur pasien (ibu pasien mengatakan akan selalu memasang side rail tempat tidur pasien) Rahmat K	Jum'at 23 juli 2016 Jam 08.00 WIB S: keluarga pasien mengatakan akan selalu menjaga pasien : tempat tidur pasien terpasang side rail : masalah risiko jatuh teratasi sebagian P: lanjutkan intervensi 1. Kaji tingkat keamanan pasien 2. Pasang side rail tempat tidur pasien 3. Kolaborasi dengan keluarga untuk menunggu pasien Rahmat K

E. CATATAN PERKEMBANGAN

Nama Pasien/No. C.M : An. A / 01.75.13.XX Ruang : Kartika II

HR/ TGL/ JAM/ SHIF	Dx.Kep	JAM (WIB)	PELAKSANAAN	EVALUASI (S O A P)
Sabtu 23 Juli 2016 Jam 08.00 WIB Shif pagi	Risiko jatuh dengan faktor risiko: usia anak < 2 tahun	08.30 WIB	Mengkaji tingkat keamanan pasien (hasil pengkajian resiko jatuh 13 resiko tinggi) Rahmat K	Sabtu 23 juli 2016 Jam 14.00 WIB S: keluarga pasien mengatakan akan selalu menunggu pasien
		10.00 WIB	Memasang side rail tempat tidur pasien Rahmat K	: Hasil pengkajian resiko jatuh 13 resiko tinggi : masalah risiko jatuh teratasi sebagian
		13.00 WIB	Menganjurkan keluarga pasien untuk selalu menunggunpasien (ibu pasien mengatakan akan selalu menunggu pasien) Rahmat K	P: lanjutkan intervensi 1. Kaji tingkat keamanan pasien 2. Pasang side rail tempat tidur pasien 3. Kolaborasi dengan keluarga untuk menunggu pasien Rahmat K

D. CATATAN PERKEMBANGAN

Nama Pasien/No. C.M : An. A / 01.75.13.XX Ruang : Kartika II

HR/ TGL/ JAM/ SHIF	Dx.Kep	JAM (WIB)	PELAKSANAAN	EVALUASI (S O A P)
Sabtu 23 Juli 2016 Jam 14.00 WIB Shif pagi	Risiko jatuh dengan faktor risiko: usia anak < 2 tahun	14.30 WIB	Mengkaji tingkat keamanan pasien (Pasien ditunggu oleh ibunya) Rahmat K	Sabtu 23 Juli 2016 Jam 20.00 WIB S: keluarga pasien mengatakan akan selalu menunggu pasien
		15.00 WIB	Memasang side rail tempat tidur pasien (tempat tidur pasien terpasang side rail) Rahmat K	: Hasil pengkajian resiko jatuh 13 resiko tinggi : masalah risiko jatuh teratasi sebagian
		16.00 WIB	Menganjurkan keluarga pasien untuk menunggu pasien (Ibu pasien mengatakan selalu menunggu anaknya) Rahmat K	P: lanjutkan intervensi 1. Kaji tingkat keamanan pasien 2. Pasang side rail tempat tidur pasien 3. Kolaborasi dengan keluarga untuk menunggu pasien Rahmat K

D. CATATAN PERKEMBANGAN

Nama Pasien/No. C.M : An. A / 01.75.13.XX Ruang : Kartika II

HR/ TGL/ JAM/ SHIF	Dx.Kep	JAM (WIB)	PELAKSANAAN	EVALUASI (S O A P)
Sabtu 23 Juli 2016 Jam 20.00 WIB Shif malam	Risiko jatuh dengan faktor risiko: usia anak < 2 tahun	06.30 WIB 07.00 WIB	Mengkaji tingkat keamanan pasien (Pasien ditunguin oleh ibunya) Rahmat K Menganjurkan keluarga pasien untuk selalunmenunggu pasien (Ibu pasien mengatakan akan menunggu anaknya) Rahmat K	Minggu 24 Juli 2016 Jam 08.00 WIB S: keluarga pasien mengatakan akan selalu menunggu pasien : tidak ada kejadian jatuh pada pasien : masalah risiko jatuh teratasi sebagian P: lanjutkan intervensi 1. Kaji tingkat keamanan pasien 2. Pasang side rail tempat tidur pasien 3. Kolaborasi dengan keluarga untuk menunggu pasien Rahmat K.