

KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN DIAGNOSA
MEDIS LIMFOMA HODGKIN DI RUANG A1 RSPAL DR.
RAMELAN SURABAYA**



OLEH :

SELVINA RAMADHANTY UTAMI

NIM. 203.0099

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH SURABAYA
SURABAYA**

2021

KARYA ILMIAH AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN DIAGNOSA
MEDIS LIMFOMA HODGKIN DI RUANG A1 RSPAL DR.
RAMELAN SURABAYA**

**Karya Ilmiah Akhir ini diajukan sebagai salah satu syarat untuk
memperoleh gelar Ners**



OLEH :

SELVINA RAMADHANTY UTAMI

NIM. 203.0099

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH SURABAYA
SURABAYA**

2021

HALAMAN PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa, karya ilmiah akhir ini adalah ASLI hasil karya saya da saya susun tanpa melakukan plagiat sesuai dengan peraturan yang berlaku di Stikes Hang Tuah Surabaya. Berdasarkan pengetahuan dan keyakinan penulis, semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk, saya nyatakan dengan benar.bila diteukan adanya plagiasi saya akan beratnggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Stikes Hang Tuah Surabaya

Surabaya, 21 Juli 2021

Penulis



Selvina Ramadhanty Utami
NIM. 203.0099

HALAMAN PERSETUJUAN

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa:

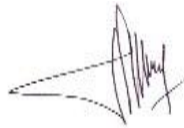
Nama : Selvina Ramadhanty Utami
NIM. : 203.0099
Program Studi : Pendidikan Profesi Ners
Judul : Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Diagnosa Medis
Limfoma Hodgkin di Ruang A1 RSPAL Dr. Ramelan
Surabaya

Serta perbaikan-perbaikan sepenuhnya, maka kami menganggap dan dapat menyetujui bahwa laporan karya ilmiah akhir ini guna memenuhi sebagian persyaratan untuk memperoleh gelar:

Ners (Ns.)

Surabaya, 21 Juli 2021

Pembimbing



Imroatul Farida, S.Kep., Ns., M.Kep

NIP. 03028

Mengetahui,

Stikes Hang Tuah Surabaya

Ka Prodi Pendidikan Profesi Ners

Ns. Nuh Huda, M.Kep., Sp.Kep.MB

NIP. 03.020

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Ilmiah Akhir dari:

Nama : Selvina Ramadhanty Utami
 NIM. : 203.0099
 Program Studi : Pendidikan Profesi Ners
 Judul : Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Diagnosa Medis
 Limfoma Hodgkin di Ruang A1 RSPAL Dr. Ramelan
 Surabaya

Telah dipertahankan dihadapan dewan penguji Karya Ilmiah Akhir di Stikes Hang
 Tuah Surabaya, dan dapat dinyatakan dapat diterima sebagai salah satu syarat untuk
 memperoleh gelar “Ners” pada Prodi Pendidikan Profesi Ners Stikes Hang Tuah
 Surabaya

Penguji Ketua : Ns. Nuh Huda, M. Kep., Sp.Kep.MB
 NIP. 03020



Penguji I : Dedi Irawandi, S. Kep., Ns., M.Kep
 NIP. 03050



Penguji II : Imroatul Farida, S.Kep., Ns., M.Kep
 NIP. 03028



**Mengetahui,
 STIKES HANG TUAH SURABAYA
 KA PRODI PENDIDIKAN PROFESI NERS**

Ns. Nuh Huda, M.Kep., Sp.Kep.MB
NIP. 03020

Ditetapkan di : Surabaya

Tanggal : 22 Juli 2021

KATA PENGANTAR

Puji Syukur saya panjatkan atas kehendak dan ridho Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan segala hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan karya akhir ilmiah ini dengan judul “Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Diagnosa Medis Limfoma Hodgkin di Ruang A1 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya” sesuai waktu yang telah ditentukan.

Penyusunan karya ilmiah akhir ini digunakan sebagai persyaratan untuk memperoleh gelar Ners (Ns.) di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya.

Dalam penyusunan karya ilmiah akhir ini, penulis memperoleh banyak bimbingan dan bantuan dari para pembimbing serta semua pihak yang ikut membantu dalam penyelesaiannya. Untuk itu dalam kesempatan ini perkenankan penulis menyampaikan rasa terima kasih kepada yang terhormat :

1. Ibu Dr. AV Sri Suhardiningsih, S, Kp., M. Kes selaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada penulis untuk mengikuti dan menyelesaikan program studi pendidikan profesi ners
2. Puket 1, Puket 2, Puket 3 Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada penulis untuk mengikuti dan menyelesaikan program studi pendidikan profesi ners
3. Bapak Ns. Nuh Huda, M.Kep., Sp.Kep.MB selaku kepala program studi pendidikan pendidikan profesi ners dan sebagai penguji ketua I yang telah

memberikan kesempatan kepada kami untuk mengikuti dan menyelesaikan program pendidikan profesi ners

4. Bapak Dedi Irawandi S.Kep.,Ns.,M.Kep selaku penguji II yang telah memberikan kesempatan untuk menyelesaikan karya ilmiah akhir ini
5. Ibu Imroatul Farida, S.Kep.,Ns.,M.Kep selaku pembimbing yang penuh kesabaran dan penuh perhatian memberikan saran, kritik dan bimbingan demi kesempurnaan penyusunan karya ilmiah akhir ini.
6. Seluruh staf dan karyawan Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan bantuan dalam kelancaran proses belajar di perkuliahan.
7. Teman-teman sealmamater di Stikes Hang Tuah Surabaya yang selalu bersama-sama dan menemani dalam pembuatan karya ilmiah akhir ini.

Penulis berusaha untuk dapat menyelesaikan karya ilmiah akhir ini dengan sebaik-baiknya, namun penulis menyadari karya ilmiah akhir ini jauh dari kata sempurna. Penulis berharap karya ilmiah akhir ini dapat bermanfaat bagi semua pihak terutama masyarakat dan perkembangan ilmu keperawatan. Semoga budi baik yang telah diberikan kepada peneliti mendapatkan balasan pahala dari Tuhan Yang Maha Esa.

Surabaya, 21 Juli 2021



Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERNYATAAN	iii
HALAMAN PERSETUJUAN	iv
HALAMAN PENGESAHAN	v
KATA PENGANTAR	vi
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR TABEL	x
DAFTAR GAMBAR	xi
DAFTAR LAMPIRAN	xii
DAFTAR SINGKATAN	xiii
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	3
1.3 Tujuan	3
1.3.1 Tujuan Umum	3
1.3.2 Tujuan Khusus.....	4
1.4 Manfaat	4
1.4.1 Teoritis	4
1.4.2 Praktis	4
1.5 Metode Penulisan	5
1.6 Sistematika Penulisan	6
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	8
2.1 Konsep Dasar Penyakit Limfoma Hodgkin	8
2.1.1 Definisi Limfoma Hodgkin	8
2.1.2 Etiologi Limfoma Hodgkin	8
2.1.3 Anatomi dan Fisiologi	9
2.1.4 Patofisiologi Limfoma Hodgkin	14

2.1.5	Pemeriksaan Penunjang.....	15
2.1.6	Penatalaksanaan	16
2.2	Konsep Asuhan Keperawatan	18
2.2.1	Pengkajian Keperawatan	18
2.2.2	Diagnosa Keperawatan	19
2.2.3	Perencanaan Keperawatan.....	24
2.2.4	Implementasi Keperawatan	38
2.2.5	Evaluasi Keperawatan	52
2.3	Kerangka Masalah Keperawatan/Konsep mapp/WOC	53
BAB 3 TINJAUAN KASUS		54
3.1	Pengkajian	54
3.2	Diagnosa Keperawatan	61
3.3	Perencanaan Keperawatan	62
3.4	Implementasi Keperawatan	64
3.5	Evaluasi Keperawatan	68
BAB 4 PEMBAHASAN		70
4.1	Pengkajian Keperawatan	70
4.2	Diagnosa Keperawatan	75
4.3	Perencanaan Keperawatan	77
4.4	Implementasi Keperawatan	79
4.5	Evaluasi Keperawatan	80
BAB 5 PENUTUP		82
5.1	Kesimpulan	82
5.2	Saran	84
DAFTAR PUSTAKA		85
LAMPIRAN		87

DAFTAR TABEL

Tabel 1.5 Sistematika Penulisan	6
Tabel 3.1 Analisa Data	60
Tabel 3.2 Prioritas Masalah	61
Tabel 3.3 Perencanaan Keperawatan	62
Tabel 3.4 Implementasi Keperawatan.....	64

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 ROM pada Leher, Spina, Servikal	41
Gambar 2.2 ROM pada Bahu	43
Gambar 2.3 ROM pada Siku	43
Gambar 2.4 ROM pada Lengan Bawah	44
Gambar 2.5 ROM pada Pergelangan Tangan	45
Gambar 2.6 ROM pada Ibu Jari	46
Gambar 2.7 ROM pada Panggul	47
Gambar 2.8 ROM pada Lutut	47
Gambar 2.9 ROM pada Mata Kaki	48
Gambar 2.10 ROM pada Kaki	48
Gambar 2.11 ROM pada Jari-Jari Kaki	49
Gambar 2.12 Kerangka Masalah Keperawatan/Konsep Mapp/WOC	53

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Curriculum Vitae	71
Lampiran 2 Moto & Persembahan	72

DAFTAR SINGKATAN

ABVD	: Adriamycin, Bleomycin, Vinblastine, Dacarbazine
AIDS	: Acquired Immune Deficiency Syndrome
BEACOPP	: Bleomycin, Etoposide, Adriamycin, Cyclophosphamide, Oncovin, Procarbazine, Prednisone
CD15	: Cell Derived 15
CD20	: Cell Derived 20
CD 30	: Cell Derived 30
CD40	: Cell Derived 40
CT-Scan	: Computer Tomography Scan
EBNA	: Epstein Barr Virus Nuclear Antigen
EBV	: Epstein Barr Virus
HIV	: Human Immunodeficiency Virus
IL	: interleukin
JAK-STAT	: Janus Kinase Signal Transducers and Activators of Transcription
MRI	: Magnetic Resonance Imaging
P38	: Protein 38
PI3K	: Phosphatidylinositol 3 Kinase
ROM	: <i>Range Of Motion</i>
WOC	: Web Of Caution

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Limfoma hodgkin merupakan tumor ganas dari sistem limfatik namun dapat disembuhkan. Ini pertama kali ditemukan oleh Thomas Hodgkin pada tahun 1832. Insiden limfoma hodgkin bervariasi tergantung usia, jenis kelamin, ras, geografis, kelas sosial dan subtype histologis (Maranatha, 2017). Sistem limfatik sangat penting untuk pertahanan tubuh terutama melawan patogen asing yang invasi ke dalam sirkulasi. Prognosis dari penyakit ini sangat buruk dan sering lambat didiagnosis sehingga mudah untuk terjadi komplikasi (Wibawa, 2021). Limfoma Hodgkin merupakan neoplasma yang kejadiannya bervariasi secara signifikan berdasarkan usia dan jenis kelamin. Laki-laki dilaporkan lebih banyak menderita limfoma hodgkin dibandingkan perempuan (Putri, 2021). Kasus limfoma hodgkin terjadi lebih jarang daripada limfoma non hodgkin di setiap tahunnya serta dapat terjadi baik pada dewasa maupun anak-anak dan biasanya terdiagnosis pada dewasa muda sekitar usia 20 dan 34 tahun (Maya, 2017). Asuhan keperawatan secara komprehensif pada kasus limfoma hodgkin dengan penatalaksanaan yang optimal khususnya di Indonesia belum dilakukan, kondisi ini terjadi karena kemampuan untuk mendiagnosis limfoma secara lebih spesifik masih sulit dilakukan akibat ketidaktersediaan sarana penunjang pemeriksaan yang lebih canggih. Data mengenai kasus limfoma hodgkin belum dikelola secara optimal sehingga sebagian besar rumah sakit tidak memiliki data terkait kasus ini.

World Cancer Research Fund Fundamental (2015) melaporkan limfoma hodgkin menempati peringkat ke 25 pada pria dan ke 22 pada wanita. Data statistik diatas menyimpulkan bahwa limfoma hodgkin lebih jarang ditemui . Insiden dari limfoma non hodgkin pada laki-laki 6% dan pada wanita 4,1%, sedangkan limfoma hodgkin pada laki-laki 1,1 % dan wanita 0,7%. Data dari kementrian kesehatan Indonesia pada tahun 2013, angka kejadian limfoma di Indonesia sebesar 0,06% dengan estimasi 14.905 pasien. Diagnosa dokter di provinsi jawa timur pada kasus limfoma sebanyak 0,06% dengan jumlah mencapai 2296 pasien (Kemenkes RI, 2015)

Limfoma hodgkin adalah mutasi sel B pada sistem limfatik, dengan hasil deteksi adanya sel abnormal *reed-stenberg* dalam sel kanker. Limfoma hodgkin mempunyai 5 jenis subtype dimana limfoma hodgkin adalah jenis yang paling bisa disembuhkan dan biasanya menyerang kelenjar getah bening yang terletak di leher dan kepala (Kemenkes RI, 2015). Tanda dan gejala umum dari limfoma hodgkin dapat berupa pembengkakan limfonodi yang sering kali dirasakan tidak nyeri, demam, berkeringat di malam hari, penurunan berat badan yang tidak dapat dijelaskan dan merasa kekurangan energi. Tanda dan gejala tersebut bisa dikatakan tidak khas oleh karena sering kali juga ditemukan pada penyakit lain yang bukan limfoma hodgkin. Sebagian besar limfoma hodgkin ditemukan pada stadium lanjut yang merupakan salah satu penyulit dalam terapi kuratif. Penemuan penyakit pada stadium awal merupakan faktor penting dalam terapi kuratif walaupun tersedia berbagai jenis terapi, baik kemoterapi ataupun radioterapi (Maya, 2017). Komplikasi yang dialami pasien dengan limfoma hodgkin dihubungkan dengan

penanganan dan berulangnya penyakit. Infeksi adalah komplikasi yang paling serius yang mungkin menyebabkan syok sepsis (Ayu, 2013)

Peran dan fungsi perawat pada kasus limfoma hodgkin adalah sebagai care giver atau pemberi asuhan keperawatan agar kasus imfoma hodgkin dapat diatasi dengan baik. Sembuh adalah tujuan dari terapi pada pasien limfoma hodgkin. Pasien himfoma hodgkin dapat disembuhkan dengan pendekatan terapi yang tepat sebesar 75%. Angka kesembuhan lebih tinggi mencapai sekitar 90% pada pasien usia muda dan masih dalam tahap awal penyakit (Maranatha, 2017). Akhir-akhir ini, angka harapan hidup penderita semakin meningkat bahkan sembuh berkat manajemen penyakit yang tepat. Fungsi dan peran perawat dalam menerapkan asuhan asuhan keperawatan yang tepat pada kasus limfoma hodgkin diharapkan dapat meningkatkan kualitas hidup pasien. Penulis tertarik untuk menyusun sebuah karya ilmiah yang berjudul “Aushan Keperawatan Pada Pasien dengan Diagnosa Medis Limfoma Hodgkin di Ruang A1 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya”

1.2 Rumusan Masalah

Bagaimana asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa media limfoma hodgkin di ruang A1 RSPAL Dr. Ramelan ?

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Mengkaji individu secara mendalam yang dihubungkan dengan penyakitnya melalui proses asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa media limfoma hodgkin di ruang A1 RSPAL Dr. Ramelan

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Melakukan pengkajian keperawatan pada pasien dengan diagnosa media limfoma hodgkin di ruang A1 RSPAL Dr. Ramelan
2. Menentukan diagnosa keperawatan pada pasien dengan diagnosa media limfoma hodgkin di ruang A1 RSPAL Dr. Ramelan
3. Menentukan rencana keperawatan pada pasien dengan diagnosa media limfoma hodgkin di ruang A1 RSPAL Dr. Ramelan
4. Melakukan implementasi keperawatan pada pasien dengan diagnosa media limfoma hodgkin di ruang A1 RSPAL Dr. Ramelan
5. Melakukan evaluasi keperawatan pada pasien dengan diagnosa media limfoma hodgkin di ruang A1 RSPAL Dr. Ramelan
6. Melakukan dokumentasi keperawatan pada pasien dengan diagnosa media limfoma hodgkin di ruang A1 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya

1.4 Manfaat

1.4.1 Secara Teoritis

Pemberian asuhan keperawatan secara cepat, tepat dan efisien akan menghasilkan keluaran klinis yang baik, menurunkan kejadian morbidity, disability dan mortalitas pada pasien limfoma hodgkin

1.4.2 Secara Praktis

1. Bagi institusi rumah sakit

Sebagai masukan untuk menyusun kebijakan atau pedoman pelaksanaan pasien dengan limfoma hodgkin

2. Bagi institusi pendidikan

Dapat digunakan sebagai pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi serta meningkatkan kualitas asuhan keperawatan pada pasien limfoma hodgkin

3. Bagi keluarga dan klien

Sebagai bahan penyuluhan kepada keluarga tentang deteksi dini penyakit limfoma hodgkin sehingga keluarga mampu menggunakan fasilitas kesehatan

4. Bagi penulis selanjutnya

Penulisan ini bisa dipergunakan sebagai perbandingan atau gambaran tentang asuhan keperawatan pasien dengan limfoma hodgkin sehingga mampu mengembangkan dengan ilmu pengetahuan dan teknologi yang baru

1.5 Metode Penulisan

1. Metoda

Studi kasus yaitu metoda yang memusatkan perhatian pada satu objek tertentu yang diangkat sebagai sebuah kasus untuk dikaji secara mendalam sehingga mampu membingkai realitas di balik fenomena

2. Teknik pengumpulan data

a. Wawancara

Data diambil atau diperoleh melalui percakapan baik dengan pasien, keluarga, maupun tim kesehatan lain

b. Observasi

Data yang diambil dari pengamatan secara langsung terhadap keadaan, reaksi, sikap, dan perilaku pasien yang diamati

c. Pemeriksaan

Pemeriksaan fisik dan laboratorium serta pemeriksaan penunjang lainnya yang dapat menegakkan diagnose dan penanganan selanjutnya

3. Sumber data

a. Data primer

Data yang diperoleh dari pasien

b. Data sekunder

Data yang diperoleh dari keluarga atau orang terdekat pasien, catatan medik perawat, hasil-hasil pemeriksaan dan tim kesehatan lain

c. Studi kepustakaan

Mempelajari buku sumber yang berhubungan dengan judul karya ilmiah akhir dan masalah yang di bahas

1.6 Sistematika Penulisan

Studi kasus secara keseluruhan dibagi menjadi 3 bagian, yaitu :

1. Bagian awal menurut halaman judul, pernyataan, persetujuan pembimbing, pengesahan, kata pengantar, daftar isi, daftar gambar, daftar lampiran dan daftar singkatan
2. Bagian inti meliputi 5 bab yang masing-masing bab terdiri dari sub-bab berikut ini:

Bab 1	Pendahuluan yang berisi latar belakang, rumusan masalah, tujuan, manfaat, metode penulisan dan sistematika penulisan
Bab 2	Tinjauan pustaka yang berisi konsep dasar penyakit, konsep asuhan keperawatan dan WOC
Bab 3	Tinjauan kasus yang berisi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan

Bab 4	Pembahasan yang berisi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan
Bab 5	Penutup yang berisi simpulan dan saran

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Bab ini membahas mengenai konsep dasar penyakit, konsep asuhan keperawatan dan kerangka masalah keperawatan/konsep mapp/WOC

2.1 Konsep Dasar Penyakit Limfoma Hodgkin

2.1.1 Definisi Limfoma Hodgkin

Limfoma hodgkin adalah mutasi sel B pada sistem limfatik, dengan hasil deteksi adanya sel abnormal *reed-stenberg* dalam sel kanker. Limfoma hodgkin mempunyai 5 jenis subtype dimana limfoma hodgkin adalah jenis yang paling bisa disembuhkan dan biasanya menyerang kelenjar getah bening yang terletak di leher dan kepala (Kemenkes RI, 2015)

2.1.2 Etiologi Limfoma Hodgkin

Etiologi limfoma hodgkin menurut Kemenkes RI (2015) sebagai berikut:

1. Usia

Sebagian besar limfoma hodgkin terjadi pada usia 15-30 tahun dan usia di atas 55 tahun

2. Faktor genetik

Orang yang memiliki anggota keluarga inti (ayah, ibu, saudara kandung) beresiko menderita jenis kanker yang sama

3. Pernah tertular virus Epstein-Barr atau EBV

Virus ini menyebabkan demam kelenjar yang beresiko untuk mengalami limfoma hodgkin

4. Sistem kekebalan tubuh yang lemah

Kekebalan tubuh yang lemah menjadi faktor resiko limfoma hodgkin misalkan pada seseorang yang menderita HIV (human immunodeficiency virus) atau menggunakan obat imunosupresan

5. Jenis kelamin

Limfoma hodgkin lebih banyak menyerang pria daripada wanita

6. Paparan kimia beracun

Paparan kimia beracun seperti peptisida, herbisida, pewarna rambut juga dapat menyebabkan limfoma hodgkin

2.1.3 Anatomi dan Fisiologi

Sistem limfatik adalah bagian penting sistem kekebalan tubuh yang memainkan peran kunci dalam pertahanan alamiah tubuh melawan infeksi dan kanker. Cairan limfatik adalah cairan putih mirip susu yang mengandung protein, lemak dan limfosit (sel darah putih) yang semuanya mengalir ke seluruh tubuh melalui pembuluh limfatik. Yang membentuk sistem limfatik dan cairan yang mengisi pembuluh ini disebut limfe. Komponen Sistem limfatik antara lain : pembuluh limfe, kelenjar limfe (nodus limfe), limpa, tymus, sumsum tulang

1. Anatomi fisiologi sistem limfatik

a. Pembuluh limfe

Pembuluh limfe merupakan jalinan halus kapiler yang sangat kecil atau sebagai rongga limfe di dalam jaringan berbagai organ dalam vili usus terdapat pembuluh limfe khusus yang disebut lakteal yang dijumpai dala vili usus. Fisiologi kelenjar limfe hampir sama dengan komposisi kimia plasma darah dan mengandung sejumlah besar limfosit yang

mengalir sepanjang pembuluh limfe untuk masuk ke dalam pembuluh darah. Pembuluh limfe yang mengalir di usus disebut lakteal karena bila lemak diabsorpsi dari usus sebagian besar lemak melewati pembuluh limfe. Sepanjang pergerakan limfe sebagian mengalami tarikan oleh tekanan negatif di dalam dada, sebagian lagi didorong oleh kontraksi otot. Fungsi pembuluh limfe mengembalikan cairan dan protein dari jaringan ke dalam sirkulasi darah, mengangkut limfosit dari kelenjar limfe ke sirkulasi darah, membawa lemak yang sudah dibuat emulsi dari usus ke sirkulasi darah. Susunan limfe yang melaksanakan ini ialah saluran lakteal, menyaring dan menghancurkan mikroorganisme, menghasilkan zat antibodi untuk melindungi terhadap kelanjutan infeksi.

b. Kelenjar limfe (nodus limfe)

Kelenjar ini berbentuk bulat lonjong dengan ukuran kira-kira 10 – 25 mm. Limfe disebut juga getah bening, merupakan cairan yang susunannya hampir sama dengan plasma darah dan cairan jaringan. Bedanya ialah dalam cairan limfe banyak mengandung sel darah limfosit, tidak terdapat karbon dioksida, dan mengandung sedikit oksigen. Cairan limfe yang berasal dari usus banyak mengandung zat lemak. Cairan limfe ini dibentuk atau berasal dari cairan jaringan melalui difusi atau filtrasi ke dalam kapiler – kapiler limfe dan seterusnya akan masuk ke dalam peredaran darah melalui vena. Fungsinya yaitu menyaring cairan limfe dari benda asing, pembentukan limfosit, membentuk antibodi, pembuangan bakteri, membantu reabsorpsi lemak.

c. Limpa

Limpa merupakan sebuah organ yang terletak di sebelah kiri abdomen di daerah hipogastrium kiri bawah iga ke-9,-10,-11. Limpa berdekatan pada fundus dan permukaan luarnya menyentuh diafragma. Jaringan struktur jaringan ikat di antara jaringan itu membentuk isi limpa/ pulpa yang terdiri dari jaringan limpa dan sejumlah besar sel – sel darah. Fungsi limpa sebagai gudang darah seperti hati, limpa banyak mengandung kapiler – kapiler darah, dengan demikian banyak darah yang mengalir dalam limpa, sebagai pabrik sel darah, limpa dapat memproduksi leukosit dan eritrosit terutama limfosit, sebagai tempat penghancur eritrosit, karena di dalam limpa terdapat jaringan retikulum endotel maka limpa tersebut dapat menghancurkan eritrosit sehingga hemoglobin dapat dipisahkan dari zat besinya, menghasilkan zat antibodi. Limpa menerima darah dari arteri lienalis dan keluar melalui vena lienalis pada vena porta. Darah dari limpa tidak langsung menuju jantung tetapi terlebih dahulu ke hati. Pembuluh darah masuk ke dan keluar melalui hilus yang berbeda di permukaan dalam. Pembuluh darah itu memperdarahi pulpa sehingga dan bercampur dengan unsur limpa.

d. Thymus

Kelejar timus terletak di dalam torax, kira – kira pada ketinggian bifurkasi trakea. Warnanya kemerah – merahan dan terdiri dari 2 lobus. Pada bayi baru lahir sangat kecil dan beratnya kira – kira 10 gram atau lebih sedikit; ukurannya bertambah pada masa remaja beratnya dari 30 – 40 gram dan kemudian mengkerut lagi. Fungsinya diperkirakan ada

sangkutnya dengan produksi antibody dan sebagai tempat berkembangnya sel darah putih.

e. Bone marrow / sumsum tulang

Sumsum tulang (Bahasa Inggris: bone marrow atau medulla ossea) adalah jaringan lunak yang ditemukan pada rongga interior tulang yang merupakan tempat produksi sebagian besar sel darah baru. Ada dua jenis sumsum tulang: sumsum merah (dikenal juga sebagai jaringan myeloid) dan sumsum kuning. Sel darah merah, keping darah, dan sebagian besar sel darah putih dihasilkan dari sumsum merah. Sumsum kuning menghasilkan sel darah putih dan warnanya ditimbulkan oleh sel-sel lemak yang banyak dikandungnya. Kedua tipe sumsum tulang tersebut mengandung banyak pembuluh dan kapiler darah. Sewaktu lahir, semua sumsum tulang adalah sumsum merah. Seiring dengan pertumbuhan, semakin banyak yang berubah menjadi sumsum kuning. Orang dewasa memiliki rata-rata 2,6 kg sumsum tulang yang sekitar setengahnya adalah sumsum merah. Sumsum merah ditemukan terutama pada tulang pipih seperti tulang pinggul, tulang dada, tengkorak, tulang rusuk, tulang punggung, tulang belikat, dan pada bagian lunak di ujung tulang panjang femur dan humerus. Sumsum kuning ditemukan pada rongga interior bagian tengah tulang panjang. Pada keadaan sewaktu tubuh kehilangan darah yang sangat banyak, sumsum kuning dapat diubah kembali menjadi sumsum merah untuk meningkatkan produksi sel darah.

2. Lokasi-lokasi nodus limfe.

Daerah khusus, tempat terdapat banyak jaringan limfatik adalah palatin (langit mulut) dan tonsil faringeal, kelenjar timus, agregat folikel limfatik di usus halus, apendiks dan limfa.

3. Fisiologi sistem limfatik

Fungsi Sistem limfatik sebagai berikut :

- a. Pembuluh limfatik mengumpulkan cairan berlebih atau cairan limfe dari jaringan sehingga memungkinkan aliran cairan segar selalu bersirkulasi dalam jaringan tubuh.
- b. Merupakan pembuluh untuk membawa kembali kelebihan protein didalam cairan jaringan ke dalam aliran darah.
- c. Nodus menyaring cairan limfe dari infeksi bakteri dan bahan-bahan berbahaya.
- d. Nodus memproduksi limfosit baru untuk sirkulasi
- e. Pembuluh limfatik pada organ abdomen membantu absorpsi nutrisi yang telah dicerna, terutama lemak.

4. Mekanisme Sirkulasi Limfatik.

Pembuluh limfatik bermuara kedalam vena-vena besar yang mendekati jantung dan disini terdapat tekanan negatif akibat gaya isap ketika jantung mengembang dan juga gaya isap torak pada gerakan inspirasi. Tekanan timbul pada pembuluh limfatik, seperti halnya pada vena, akibat kontraksi otot-otot, dan tekanan luar ini akan mendorong cairan limfe ke depan karena adanya katup yang mencegah aliran balik ke belakang. Juga terdapat tekanan ringan dari cairan jaringan akibat ada rembesan konstan cairan segar dari kapiler-kapiler darah. Apabila terdapat

hambatan pada aliran cairan limfe yang melalui sistem limfatik, terjadilah edema, yaitu pembengkakan jaringan akibat adanya kelebihan cairan yang terkumpul didalamnya. Edema juga bisa terjadi akibat obstruksi vena, karena vena juga berfungsi mengalirkan sebagian cairan jaringan (Hadi, 2012).

2.1.4 Patofisiologi Limfoma Hodgkin

Penyebab pasti dari limfoma hodgkin hingga saat ini masih belum jelas diketahui namun beberapa faktor, seperti paparan infeksi virus, faktor keluarga dan keadaan immunosupresi diduga memiliki keterkaitan dengan terjadinya limfoma hodgkin. Pada 70% atau sepertiga dari kasus limfoma hodgkin yang pernah dilaporkan di seluruh dunia menunjukkan adanya keterlibatan infeksi virus Epstein Barr (EBV) pada sel Reed-Sternberg. Ekspresi gen dari EBV di-duga memicu terjadinya transformasi dan pemrograman ulang dari sel-B limfosit menuju salah satu fenotif limfoma hodgkin. Pada saat terjadinya infeksi primer, EBV akan masuk dalam fase laten di dalam memori sel-B limfosit sehingga EBV mampu bertahan sepanjang masa hidup sel-B limfosit. EBV kemudian mengkode produk gen EBNA-1 dan LMP-1 yang diduga berperan dalam proses transformasi memori sel-B lim-fosit. Produk-produk gen ini bekerja pada jalur sinyal intraseluler di mana EBNA-1 bekerja secara langsung de-ngan memberikan umpan negatif pada ekspresi gen penekan tumor dan me-ningkatkan perkembangan tumor melalui umpan positif pada CCL22 yang kemudian mempromosikan aktivasi sel-B limfosit. Pada saat yang bersamaan, produk gen LMP-1 meniru sinyal yang dihasilkan oleh CD40 yang bekerja untuk mengaktifkan jalur sinyal NF-kB, p38, PI3K, AP1 dan JAK-STAT dalam mempromosikan kelangsungan hidup sel-B limfosit. Infeksi EBV juga diduga menjadi penyebab dari terjadinya mutasi genetik pada gen Ig yang

mengkode reseptor sel-B limfosit di mana EBV kemudian mengkode gen LMP-2 yang mampu memrogram ulang sel-B limfosit matur menuju salah satu fenotif limfoma hodgkin dan mencegah terjadinya proses apoptosis melalui aktivasi sinyal penyelamatan pada pusat germinal sel-B limfosit. Akibat dari adanya serangkaian proses tersebut di atas menyebabkan terjadinya ekspansi klonal yang tidak terkontrol dari sel-B limfosit yang kemudian akan mensekresikan berbagai sitokin, seperti IL-5 yang akan menarik dan mengakti-vasi eosinofil dan IL-13 yang dapat menstimulasi sel Reed-Sternberg lebih lanjut untuk mengekspresikan CD30 (Ki-1) dan CD15 (Leu-M1). CD30 merupakan pe-nanda aktivasi limfosit yang diekspresikan oleh sel-sel jaringan limfoid yang reaktif dan ganas, sedangkan CD15 merupakan penanda dari granulosit, mo-nosit dan sel-T limfosit yang teraktivasi yang dalam keadaan normal tidak diekspresikan oleh sel-B limfosit.^{5,9} Orang dengan riwayat keluarga pernah menderita limfoma hodgkin, terutama saudara kembar dan orang dengan gangguan sistem imun, seperti penderita HIV/AIDS juga memiliki resiko yang tinggi untuk menderita limfoma hodgkin (Maya, 2017)

2.1.5 Pemeriksaan Penunjang Limfoma Hodgkin

Pemeriksaan penunjang limfoma hodgkin menurut Kemenkes RI (2015) adalah sebagai berikut:

1. *Lymph node biopsy* (biopsi kelenjar getah bening) untuk mengetahui apakah pasien memiliki limfoma hodgkin, kemudian dokter akan melakukan tes lainnya
2. Tes darah untuk mengetahui jumlah sel darah merah, sel darah putih dan trombosit

3. Bone marrow test untuk mengetahui ada atau tidaknya limfoma hodgkin atau limfoma pada tulang belakang
4. Imaging (x-ray, CT-scan, MRI, tomografi) untuk mengetahui gambaran dada dan perut
5. Pungsi lumbal untuk memeriksa cairan otak /serebrospinal

2.1.6 Penatalaksanaan Limfoma Hodgkin

Penatalaksanaan limfoma hodgkin berbeda-beda sesuai dengan tipenya menurut (Maya, 2017) adalah sebagai berikut:

1. *Early-Stage Favorable.*

Penatalaksanaan limfoma hodgkin klasik *early-stage favorable* dilakukan dengan pemberian kemoterapi regimen ABVD (Adriamycin 25 mg/ m², IV, hari ke-1 dan 15; Bleomycin 10 mg/ m², IV, hari ke-1 dan 15; Vinblastine 6 mg/ m², IV, hari ke-1 dan 15; Dacarbazine 375 mg/ m², IV, hari ke-1 dan 15) dalam 2 siklus dan diikuti dengan pemberian radioterapi sebesar 20 Gy.^{4,8}

2. *Early-Stage Unfavorable.*

Penatalaksanaan limfoma hodgkin klasik *early-stage unfavorable* dilakukan dengan pemberian kemoterapi regimen ABVD (Adriamycin 25 mg/ m², IV, hari ke-1 dan 15; Bleomycin 10 mg/ m², IV, hari ke-1 dan 15; Vinblastine 6 mg/ m², IV, hari ke-1 dan 15; Dacarbazine 375 mg/ m², IV, hari ke-1 dan 15) dalam 4 siklus dan diikuti dengan pemberian radioterapi sebesar 30 Gy. Penatalaksanaan lainnya yang lebih intensif yaitu dengan pemberian kemoterapi regimen BEAC-OPP (Bleomycin 10 mg/ m², IV, hari ke-1 dan 8; Etoposide 200 mg/ m², IV, hari ke-1 sampai 3; Adriamycin 35 mg/ m², IV, hari ke-1; Cyclophosphamide 1.250 mg/ m², IV, hari ke-1; Oncovin 1,4 mg/ m², IV, hari ke-1 dan 8; Procarbazine 100 mg/ m²,

oral, hari ke-1 sampai 7; Prednisone 40 mg/ m², oral, hari ke-1 sampai 14) dengan dosis meningkat dalam 2 siklus serta diikuti dengan pemberian kemoterapi regimen ABVD dalam 2 siklus dan radioterapi sebesar 30 Gy.^{4,8}

3. *Advanced-Stage Disease.*

Penatalaksanaan limfoma hodgkin klasik advanced-stage disease dilakukan dengan pemberian kemoterapi regimen ABVD atau BEACOPP dalam 6 sampai 8 siklus dan diikuti dengan pemberian radioterapi jika ukuran limfoma > 1,5 cm setelah pemberian kemoterapi regimen ABVD atau > 2,5 cm setelah pemberian kemoterapi regimen BEA-COPP.

4. Limfoma hodgkin tipe nodular *lymphocyte predominant*.

Penatalaksanaan limfoma hodgkin tipe nodular *lymphocyte predominant* berbeda dengan penatalaksanaan limfoma hodgkin klasik oleh karena limfoma hodgkin tipe ini memiliki karakteristik biologis yang berbeda dengan limfoma hodgkin klasik oleh karena adanya CD20. Pada penderita dengan stadium IA tanpa adanya faktor resiko, dapat dilakukan pengangkatan kelenjar getah bening yang diikuti dengan *watchful waiting* atau pemberian radioterapi sedangkan pada penderita dengan stadium yang lebih lanjut, dapat dilakukan pemberian kemoterapi regimen ABVD yang dikombinasikan dengan Rituximab.

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan Limfoma Hodgkin

2.2.1 Pengkajian Keperawatan

1. Identitas klien

Meliputi nama, umur (biasanya menyerang pada usia 15-30 tahun dan di atas 55 tahun), jenis kelamin (beresiko pada laki-laki daripada perempuan), agama, bahasa yang dipakai sehari-hari, status perkawinan, alamat, kebangsaan, pekerjaan, pendidikan, tanggal dan jam MRS, diagnosa medis (Maya, 2017)

2. Keluhan utama

Biasanya pasien mengeluh tidak nyaman karena adanya benjolan (Ayu, 2013)

3. Riwayat penyakit sekarang

Pada umumnya pasien dengan limfoma didapat keluhan benjolan terasa nyeri bila ditelan, kadang-kadang disertai dengan kesulitan bernafas, gangguan penelanan, berkeringan di malam hari, pasien biasanya mengalami demam dan disertai dengan penurunan BB (Ayu, 2013)

4. Riwayat penyakit dahulu

Pada pasien dengan limfoma hodgkin diperoleh riwayat penyakit pembesaran seperti pada area leher, ketiak. Pasien dengan riwayat transplantasi ginjal atau jantung (Ayu, 2013)

5. Riwayat penyakit keluarga

Meliputi susunan anggota keluarga yang mempunyai riwayat penyakit yang sama dengan pasien, ada atau tidaknya riwayat penyakit menular, penyakit turunan seperti diabetes melitus, hipertensi dan lain-lain (Ayu, 2013)

6. Pemeriksaan fisik
 - a. Keadaan umum : pasien lemah, cemas, nyeri pada benjolan, berkeringan pada malam hari, dan menurunnya BB
 - b. Kulit, rambut, kuku : tidak ada perubahan
 - c. Kepala dan leher : terdapat benjolan pada leher yang terasa nyeri jika ditekan
 - d. Mata dan mulut : tidak ada masalah
 - e. Thorak dan abdomen : tidak ada perubahan dan masalah
 - f. Sistem respirasi : biasanya pasien mengeluh sulit untuk bernafas
 - g. Sistem gastrointestinal : biasanya pasien mengalami anorexia karena rasa sakit yang dirasakan saat menelan makanan, sehingga pasien sering mengalami penurunan BB
 - h. Sistem muskuloskeletal : tidak ada masalah
 - i. Sistem endokrin : terjadi pembesaran kelenjar limfe
 - j. Sistem persyarafan : biasanya pasien merasa cemas akan kondisinya dan penyakit yang sedang dideritanya (Ayu, 2013)

2.2.2 Diagnosa Keperawatan

1. Pola napas tidak efektif
 - a. Definisi : inspirasi dan/atau ekspirasi yang tidak memberikan ventilasi adekuat
 - b. Penyebab : depresi pusat pernapasan, hambatan upaya napas (mis. Nyeri saat bernapas, kelemahan otot pernapasan), deformitas dinding dada, deformitas tulang dada, gangguan neuromuskular, gangguan neurologis

(mis. Elektroensefalogram (EEG) positif, cedera kepala, gangguan kejang), imaturitas neurologis, penurunan energi, obesitas, posisi tubuh yang menghambat ekspansi paru, sindrom hipoventilasi, kerusakan invasi diafragma (kerusakan saraf C5 ke atas), cedera pada medula spinalis, efek agen farmakologis, kecemasan

c. Gejala dan tanda mayor

1) Subjektif : dispnea

2) Objektif : penggunaan otot bantu pernafasan, fase ekspirasi memanjang, pola napas abnormal (mis. Takipnea, bradipnea, hiperventilasi, kussmau, cheyne-stokes)

d. Gejala dan tanda minor

1) Subjektif : ortopnea

2) Objektif : pernapasan pursed-lip, pernapasan cuping hidung, diameter thoraks anterior-posterior meningkat, ventilasi semenit menurun, kapasitas vital menurun, tekanan ekspirasi menurun, tekanan inspirasi menurun, ekskursi dada berubah (SDKI, 2016)

2. Defisit nutrisi

a. Definisi : asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme

b. Penyebab : ketidakmampuan menelan makanan, ketidakmampuan mencerna makanan, ketidakmampuan mengabsorpsi nutrisi, peningkatan kebutuhan metabolisme, faktor ekonomi, faktor psikologis

c. Gejala dan tanda mayor objektif : berat badan menurun 10% di bawah rentang ideal

- d. Gejala dan tanda minor
 - 1) Subjektif : cepat kenyang setelah makan, kram/nyeri abdomen, nafsu makan menurun
 - 2) Objektif : bising usus hiperaktif, otot pengunyah lemah, otot menelan lemah, membran mukosa pucat, sariawan, serum albumin turun, rambut rontok berlebihan, diare (SDKI, 2016)
3. Gangguan pola tidur
 - a) Definisi : gangguan kualitas dan kuantitas waktu tidur akibat faktor eksternal
 - b) Penyebab : hambatan lingkungan, kurang kontrol tidur, kurang privasi, restraint fisik, ketiadaan teman tidur, tidak familiar dengan peralatan tidur
 - c) Gejala dan tanda mayor subjektif : mengeluh sulit tidur, mengeluh sering terjaga, mengeluh tidak puas tidur, mengeluh pola tidur berubah, mengeluh istirahat tidak cukup
 - d) Gejala dan tanda minor subjektif : mengeluh kemampuan beraktivitas menurun (SDKI, 2016)
4. Intoleransi aktivitas
 - a) Definisi : ketidakcukupan energi untuk melakukan aktivitas sehari-hari
 - b) Penyebab : ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen, tirah baring, kelemahan, imobilitas, gaya hidup monoton
 - c) Gejala dan tanda mayor : mengeluh lelah, frekuensi jantung meningkat >20% dari kondisi istirahat
 - d) Gejala dan tanda minor : dispnea saat/setelah aktivitas, merasa tidak nyaman setelah beraktivitas, merasa lemah, tekanan darah berubah >20%

dari kondisi istirahat, gambaran EKG menunjukkan aritmia, gambaran EKG menunjukkan iskemia, sianosis (SDKI, 2016)

5. Nausea

- a) Definisi : perasaan tidak nyaman pada bagian belakang tenggorok atau lambung yang dapat mengakibatkan muntah
- b) Penyebab : gangguan biokimiawi, gangguan pada esofagus, distensi lambung, gangguan pankreas, peregangan kapsu limpa, tumor terlokalisasi, peningkatan tekanan intrakranial, intraabdominal, intraorbital, mabuk perjalanan, kehamilan, aroma tidak sedap, rasa makanan atau minuman yang tidak enak, stimulus penglihatan tidak menyenangkan, faktor psikologis, efek agen farmakologis, efek toksin
- c) Gejala dan tanda mayor subjektif : mengeluh mual, merasa ingin muntah, tidak berminat makan
- d) Gejala dan tanda minor : merasa asam di mulut, sensasi panas/dingin, sering menelan, saliva meningkat, pucat, daforesis, takikardia, pupil dilatasi (SDKI, 2016)

6. Nyeri akut

- a) Definisi : pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan
- b) Penyebab : agen pencedera fisiologis, agen pencedera kimiawi, agen pencedera fisik

- c) Gejala dan tanda mayor
 - 1) Subjektif : mengeluh nyeri
 - 2) Objektif : tampak meringis, bersikap protektif, gelisah, frekuensi nadi meningkat, sulit tidur
- d) Gejala dan tanda minor objektif : tekanan darah meningkat, pola napas berubah, nafsu makan berubah, proses berpikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri, diaforesis (SDKI, 2016)

7. Hipertermia

- a) Definisi : suhu tubuh meningkat di atas rentang normal tubuh
- b) Penyebab : dehidrasi, terpapar lingkungan panas, proses penyakit, ketidaksesuaian pakaian dengan suhu lingkungan, peningkatan laju metabolisme, respon trauma, aktivitas berlebihan, penggunaan inkubator
- c) Gejala dan tanda mayor objektif : suhu tubuh diatas nilai normal
- d) Gejala dan tanda minor objektif : kulit merah, kejang, takikardia, takipnea, kulit terasa hangat (SDKI, 2016)

8. Resiko infeksi

- a) Definisi : beresiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik
- b) Faktor resiko : penyakit kronis, efek prosedur invasif, malnutrisi, peningkatan paparan organisme patogen lingkungan, ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer (gangguan peristaltik, kerusakan integritas pH, penurunan kerja siliaris, ketuban pecah lama, ketuban pecah sebelum waktunya, merokok, statis cairan tubuh), ketidakadekuatan pertahanan

tubuh sekunder (penurunan hemoglobin, imunosupresi, leukopenia, supresi respon inflamasi, vaksinasi tidak adekuat) (SDKI, 2016)

2.2.3 Perencanaan Keperawatan

1. Pola napas tidak efektif
 - a. Luaran keperawatan : setelah dilakukan intervensi keperawatan selama diharapkan pola napas membaik dengan kriteria hasil : ventilasi semenit meningkat, kapasitas vital meningkat, diameter thoraks anterior-posterior meningkat, tekanan ekspirasi meningkat, tekanan inspirasi meningkat, dispnea menurun, penggunaan otot bantu nafas menurun, pemanjangan fase ekspirasi menurun, ortopnea menurun, pernapasan pursed lip menurun, pernapasan cuping hidung menurun, frekuensi napas membaik, kedalaman napa membaik, ekskursi dada membaik (SLKI, 2018)
 - b. Observasi
 - 1) Monitor pola napas. Rasional : distress pernafasan dan perubahan pada tanda-tanda vital dapat terjadi sebagai akibat stress fisiologi dan nyeri atau dapat menunjukkan terjadinya syok sehubungan dengan perdarahan (Ayu, 2013; SIKI, 2018)
 - 2) Monitor bunyi napas. Rasional : bunyi napas menurun/tidak ada bila jalan napas obstruksi sekunder terhadap perdarahan, bekuan, atau kolaps jalan napas kecil (Ayu, 2013; SIKI, 2018)
 - 3) Monitor sputum. Rasional : mengetahui adanya produksi sekret (Ayu, 2013; SIKI, 2018)

c. Terapeutik

- 1) Pertahankan kepatenan jalan napas dengan headtill chin lift. Rasional : membebaskan jalan napas (Ayu, 2013; SIKI, 2018)
- 2) Posisikan semi fowler atau fowler. Rasional : merangsang fungsi pernapasan/ekspansi paru
- 3) Berikan minum hangat
- 4) Lakukan fisioterapi dada. Rasional : memberikan kelembapan udara pada membrane mukosa dan membantu pengenceran sekret (Ayu, 2013; SIKI, 2018)
- 5) Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik
- 6) Lakukan hiperoksigenasi sebelum penghisapan endotrakeal
- 7) Keluarkan sumbatan benda padat dengan forsep McGill
- 8) Berikan oksigen. Rasional : meningkatkan pengiriman oksigen ke paru untuk kebutuhan sirkulasi khususnya pada adanya penurunan/gangguan ventilasi (Ayu, 2013; SIKI, 2018)

d. Edukasi

- 1) Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari, jika tidak ada kontraindikasi
- 2) Ajarkan batuk efektif. Rasional : meningkatkan sekret ke jalan naas sehingga mudah untuk dikeluarkan (Ayu, 2013; SIKI, 2018)

e. Kolaborasi

- 1) Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu

2. Defisit nutrisi

a. Luaran keperawatan : setelah dilakukan intervensi keperawatan selama diharapkan status nutrisi membaik dengan kriteria hasil : porsi makanan yang dihabiskan meningkat, kekuatan otot penguyah meningkat, kekuatan otot menelan meningkat, serum albumin meningkat, verbalisasi keinginan untuk meningkatkan nutrisi meningkat, pengetahuan tentang pilihan makanan yang sehat meningkat, pengetahuan tentang pilihan minuman yang sehat meningkat, pengetahuan tentang standar asupan nutrisi yang tepat meningkat, penyiapan dan penyimpanan makanan yang aman meningkat, penyiapan dan penyimpanan minuman yang aman meningkat, sikap terhadap makanan/minuman dengan tujuan kesehatan meningkat, perasaan cepat kenyang menurun, nyeri abdomen menurun, sariawan menurun, rambut rontok menurun, diare menurun, berat badan membaik, indeks massa tubuh membaik, frekuensi makan membaik, nafsu makan membaik, bisisng usus membaik, tebal lipatan kulit trisep membaik, membran mukosa membaik (SLKI, 2018)

b. Observasi

- 1) Identifikasi status nutrisi
- 2) Identifikasi alergi dan toleransi makanan
- 3) Identifikasi makanan yang disukai
- 4) Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrient
- 5) Identifikasi penggunaan selang nasogastric
- 6) Monitor asupan makanan. Rasional : porsi makan yang tidak habis menunjukkan nafsu makan belum membaik (Ayu, 2013; SIKI, 2018)

- 7) Monitor berat badan
- 8) Monitor hasil pemeriksaan laboratorium

c. Terapeutik

- 1) Lakukan oral hygiene sebelum makan jika perlu
- 2) Fasilitasi menentukan pedoman diet
- 3) Sajikan makanan dengan menarik dan suhu yang sesuai
- 4) Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi
- 5) Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein
- 6) Berikan suplemen makanan jika perlu
- 7) Hentikan pemberian makanan melalui selang nasogastric jika asupan oral dapat ditoleransi

d. Edukasi

- 1) Anjurkan posisi duduk jika mampu
- 2) Ajarkan diet yang diprogramkan

e. Kolaborasi

- 1) Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan jika perlu
- 2) Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrient yang dibutuhkan jika perlu. Rasional : untuk menentukan diet yang diperoleh pasien (Ayu, 2013; SIKI, 2018)

3. Gangguan pola tidur

- a. Luaran keperawatan : setelah dilakukan intervensi selama diharapkan pola tidur membaik dengan kriteria hasil : keluhan sulit tidur menurun, keluhan sering terjaga menurun, keluhan tidak puas tidur menurun,

keluhan pola tidur berubah menurun, keluhan istirahat tidak cukup menurun, kemampuan beraktivitas meningkat (SLKI, 2018)

b. Observasi

- 1) Identifikasi pola aktivitas dan tidur. Rasional : mengetahui kemudahan dalam tidur (Ayu, 2013; SIKI, 2018)
- 2) Identifikasi faktor pengganggu tidur. Rasional : mengetahui penyebab aktual dari gangguan tidur (Ayu, 2013; SIKI, 2018)
- 3) Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur
- 4) Identifikasi obat tidur yang dikonsumsi

c. Terapeutik

- 1) Modifikasi lingkungan. Rasional : membantu pasien tidur dengan lebih baik (Ayu, 2013; SIKI, 2018)
- 2) Batasi waktu tidur siang
- 3) Fasilitasi menghilangkan stres sebelum tidur. Rasional : membantu relaksasi saat tidur (Ayu, 2013; SIKI, 2018)
- 4) Tetapkan jadwal tidur rutin. Rasional : mengawasi pasien untuk tidur sesuai kebutuhannya (Ayu, 2013; SIKI, 2018)
- 5) Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan. Rasional : tidur akan sulit dilakukan tanpa relaksasi (Ayu, 2013; SIKI, 2018)
- 6) Sesuaikan jadwal pemberian obat dan atau tindakan untuk menunjang siklus tidur. Rasional : beberapa pengobatan bisa mempengaruhi pola tidur pasien (Ayu, 2013; SIKI, 2018)

d. Edukasi

- 1) Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit

- 2) Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur
 - 3) Anjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur.
Rasional : berkemih pada malam hari aan mengganggu tidur (Ayu, 2013; SIKI, 2018)
 - 4) Anjurkan penggunaan obat tidur yang tidak mengandung supresor terhadap tidur. Rasional : pemberian obat sesuai jadwalnya (Ayu, 2013; SIKI, 2018)
 - 5) Ajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur
 - 6) Ajarkan relaksasi otot autogenik atau cara non farmakologi lainnya.
Rasional : untuk mengurangi ketegangan otot (Ayu, 2013; SIKI, 2018)
4. Intoleransi aktivitas
- a. Luaran keperawatan : setelah dilakukan intervensi keperawatan selama
diharapkan toleransi aktivitas meningkat dengan kriteria hasil : frekuensi nadi meningkat, saturasi oksigen meningkat, kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari meningkat, kecepatan berjalan meningkat, jarak berjalan meningkat, kekuatan tubuh bagian atas meningkat, kekuatan tubuh bagian bawah meningkat, toleransi dalam menaiki tangga meningkat, keluhan lelah menurun, dispnea saat aktivitas menurun, dispnea setelah aktivitas menurun, perasaan lemah menurun, aritmia saat aktivitas menurun, aritmia setelah aktivitas menurun, sianosis menurun, warna kulit membaik, tekanan darah membaik, frekuensi nafas membaik, EKG iskemia membaik (SLKI, 2018)

b. Observasi

- 1) Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan.
Rasional : memberikan kemampuan atau kebutuhan pasien dan memfasilitasi dalam pemilihan intervensi (Ayu, 2013; SIKI, 2018)
- 2) Monitor kelelahan fisik dan emosional. Rasional : memberikan kemampuan atau kebutuhan pasien dan memfasilitasi dalam pemilihan intervensi (Ayu, 2013; SIKI, 2018)
- 3) Monitor pola dan jam tidur. Rasional : mengetahui jumlah jam tidur dan kualitas tidur (Ayu, 2013; SIKI, 2018)
- 4) Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas.
Rasional : memberikan kemampuan atau kebutuhan pasien dan memfasilitasi dalam pemilihan intervensi (Ayu, 2013; SIKI, 2018)

c. Terapeutik

- 1) Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus. Rasional : mengurangi stres dan stimulasi berlebihan serta meningkatkan istirahat (Ayu, 2013; SIKI, 2018)
- 2) Lakukan latihan rentang gerak pasif dan aktif. Rasional : mengurangi ketegangan otot meningkatkan rasa rileks (Ayu, 2013; SIKI, 2018)
- 3) Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan. Rasional : menimalkan kelelahan dan menyeimbangkan suplai oksigen dan kebutuhan (Ayu, 2013; SIKI, 2018)

- 4) Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur jika tidak dapat berpindah atau berjalan. Rasional : pasien mungkin akan lebih mudah beraktivitas di atas tempat tidur (Ayu, 2013; SIKI, 2018)

d. Edukasi

- 1) Anjurkan tirah baring. Rasional : tirah baring akan memelihara tubuh selama fase akut untuk menurunkan kebutuhan metabolisme dan memelihara energi untuk penyembuhan (Ayu, 2013; SIKI, 2018)
- 2) Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap. Rasional : aktivitas secara bertahap dapat melatih pasien dalam beraktivitas dan mengurangi kelelahan (Ayu, 2013; SIKI, 2018)
- 3) Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang
- 4) Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan

e. Kolaborasi

- 1) Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan

5. Nausea

- a. Luarana keperawatan : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama diharapkan nafsu makan meningkat, keluhan mual menurun, perasaan ingin muntah menurun, perasaan asam di mulut menurun, sensasi panas menurun, sensasi dingin menurun, frekuensi menurun, diaforesis menurun, jumlah saliva menurun, pucat membaik, takikardia membaik, dilatasi pupil membaik (SLKI, 2018)

b. Observasi

- 1) Identifikasi pengalaman mual. Rasional : mengetahui faktor yang memungkinkan terjadinya mual (Ayu, 2013; SIKI, 2018)
- 2) Identifikasi isyarat non verbal ketidaknyamanan
- 3) Identifikasi dampak mual terhadap kualitas hidup. Rasional : mengetahui pengaruh mual terhadap kualitas hidup pasien (Ayu, 2013; SIKI, 2018)
- 4) Identifikasi faktor penyebab mual. Rasional : mengetahui faktor yang memungkinkan terjadinya mual (Ayu, 2013; SIKI, 2018)
- 5) Identifikasi antiemetik untuk mencegah mual
- 6) Monitor mual. Rasional : mengetahui tingkat mual yang dialami pasien (Ayu, 2013; SIKI, 2018)
- 7) Monitor asupan nutrisi dan kalori. Rasional : menjaga nutrisi tetap terpenuhi dan mencegah terjadinya mual dan muntah yang berlanjut (Ayu, 2013; SIKI, 2018)

c. Terapeutik

- 1) Kendalikan faktor lingkungan penyebab mual. Rasional : meminimalkan dampak yang mengakibatkan mual (Ayu, 2013; SIKI, 2018)
- 2) Kurangi atau hilangkan keadaan penyebab mual. Rasional : mempertahankan saturasi oksigen pada pasien agar tetap stabil (Ayu, 2013; SIKI, 2018)
- 3) Berikan makanan dalam jumlah kecil dan menarik. Rasional : menjaga nutrisi tetap terpenuhi dan mencegah terjadinya mual sehingga tidak terjadi muntah yang berlanjut

- 4) Berikan makanan dingin, cairan bening, tidak berbau dan tidak berwarna

d. Edukasi

- 1) Anjurkan istirahat dan tidur yang cukup. Rasional : membuat pasien jadi lebih baik dan melupakan mual (Ayu, 2013; SIKI, 2018)
- 2) Anjurkan sering membersihkan kebersihan mulut. Rasional : mengurangi bau mulut sehingga meningkatkan nafsu makan (Ayu, 2013; SIKI, 2018)
- 3) Anjurkan makanan tinggi karbohidrat. Rasional : menjaga nutrisi tetap terpenuhi (Ayu, 2013; SIKI, 2018)
- 4) Anjurkan penggunaan teknik non farmakologis untuk mengatasi mual. Rasional : membuat pasien menjadi rileks (Ayu, 2013; SIKI, 2018)

e. Kolaborasi

- 1) Kolaborasi pemberian antiemetik jika perlu. Rasional : analgetik dapat memblokir reseptor mual dan mengurangi rasa mual (Ayu, 2013; SIKI, 2018)

6. Nyeri akut

- a. Luaran keperawatan : setelah dilakukan intervensi keperawatan selama diharapkan tingkat menurun dengan kriteria hasil : kemampuan menuntaskan aktivitas menurun, keluhan nyeri menurun, meringis menurun, sikap protektif menurun, gelisah menurun, kesulitan tidur menurun, menarik diri menurun, berfokus pada diri sendiri menurun, diaforesis menurun, perasaan depresi menurun, perasaan takut mengalami

cedera berulang menurun, anoreksi menurun, perineum terasa tertekan menurun, uterus teraba membulat, ketegangan otot menurun, pupil dilatasi menurun, muntah menurun, mual menurun, frekuensi nadi membaik, pola napas membaik, tekanan darah membaik, proses berpikir membaik, fokus membaik, fungsi berkemih membaik, perilaku membaik, nafsu makan membaik, pola tidur membaik (SLKI, 2018)

b. Observasi

- 1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. Rasional : untuk menentukan tindak lanjut intervensi (Ayu, 2013; SIKI, 2018)
- 2) Identifikasi skala nyeri. Rasional : untuk menentukan tindak lanjut intervensi (Ayu, 2013; SIKI, 2018)
- 3) Identifikasi respon nyeri non verbal
- 4) Identifikasi respon yang memperberat dan memperingan nyeri
- 5) Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri
- 6) Identifikasi pengaruh nyeri terhadap kualitas hidup
- 7) Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan
- 8) Monitor efek samping penggunaan analgesik

c. Terapeutik

- 1) Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri.
Rasional : mengurangi ketegangan otot-otot sehingga mengurangi penekanan dari rasa nyeri (Ayu, 2013; SIKI, 2018)
- 2) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri
- 3) Fasilitasi istirahat dan tidur

4) Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri

d. Edukasi

1) Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri

2) Jelaskan strategi meredakan nyeri

3) Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri

4) Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat. Rasional :
menimbulkan penghilangan nyeri (Ayu, 2013; SIKI, 2018)

5) Ajarkan teknik non farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri

e. Kolaborasi

1) Kolaborasi pemberian analgetik. Rasional : menimbulkan
penghilangan nyeri (Ayu, 2013; SIKI, 2018)

7. Hipertermia

a. Luaran keperawatan : setelah dilakukan intervensi keperawatan selama
diharapkan termoregulasi membaik dengan kriteria hasil : menggigil
menurun, kulit merah menurun, kejang menurun, akrosianosis menurun,
konsumsi oksigen menurun, piloreksi menurun, vasokonstriksi perifer
menurun, kutis memorata menurun, pucat menurun, takikardia menurun,
takipnea menurun, bradikardia menurun, dasar kuku sianotik menurun,
hipoksia menurun, suhu tubuh membaik, suhu kulit membaik, kadar
glukosa darah membaik, pengisian kapiler membaik, ventilasi membaik,
tekanan darah membaik (SLKI, 2018)

b. Observasi

1) Identifikasi penyebab hipertermia

- 2) Monitor suhu tubuh. Rasional : mengetahui keadaan sehingga dapat mengambil tindakan yang tepat (Ayu, 2013; SIKI, 2018)
- 3) Monitor kadar elektrolit
- 4) Monitor haluaran urine
- 5) Monitor komplikasi akibat hipertermia

c. Terapeutik

- 1) Sediakan lingkungan yang dingin
- 2) Longgarkan atau lepaskan pakaian. Rasional : mencegah evaporasi sehingga cairan tubuh menjadi seimbang (Ayu, 2013; SIKI, 2018)
- 3) Basahi dan kipasi permukaan tubuh. Rasional : menurunkan suhu tubuh secara konduksi (Ayu, 2013; SIKI, 2018)
- 4) Berikan cairan oral. Rasional : membantu menjaga keseimbangan cairan dalam tubuh (Ayu, 2013; SIKI, 2018)
- 5) Ganti linen setiap hari atau lebih sering jika mengalami hiperhidrosis
- 6) Lakukan pendinginan eskternal. Rasional : menurunkan suhu tubuh secara konduksi (Ayu, 2013; SIKI, 2018)
- 7) Hindari pemberian antipiretik. Rasional : menghambat pelepasan panas oleh hipotalamus (Ayu, 2013; SIKI, 2018)
- 8) Berikan oksigen jika perlu

d. Edukasi

- 1) Anjurkan tirang baring

e. Kolaborasi

- 1) Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit

8. Resiko infeksi

- a. Luaran keperawatan : setelah dilakukan intervensi keperawatan selama ... diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil : kebersihan tangan meningkat, keberhasilan badan meningkat, nafsu makan meningkat, demam menurun, kemerahan menurun, nyeri menurun, bengkak menurun, vesikel menurun, cairan berbau busuk menurun, sputum berwarna hijau menurun, drainase purulen menurun, piuria menurun, periode malaise menurun, periode menggigil menurun, letargi menurun, gangguan kognitif menurun, kadar sel darah putih membaik, kultur darah membaik, kultur urin membaik, kultur sputum membaik, kultur area luka membaik, kultur feses membaik, kadar sel darah putih membaik (SLKI, 2018)
- b. Observasi
 - 1) Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik
- c. Terapeutik
 - 1) Batasi jumlah pengunjung
 - 2) Berikan perawatan kulit pada area edema
 - 3) Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien
 - 4) Pertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi
- d. Edukasi
 - 1) Jelaskan tanda dan gejala infeksi. Rasional : pasien mengetahui tanda dan gejala infeksi (Ayu, 2013; SIKI, 2018)
 - 2) Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar
 - 3) Ajarkan etika batuk

- 4) Ajarkan cara memeriksa luka atau luka operasi
 - 5) Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi
 - 6) Anjurkan meningkatkan asupan cairan
- e. Kolaborasi
- 1) Pemberian imunisasi jika perlu diharapkan dapat mempercepat proses kesembuhan pasien (Ayu, 2013; SIKI, 2018)

2.2.4 Pelaksanaan Keperawatan

1. Standar operasional prosedur range of motion

a. Pengertian ROM

Latihan di mana klien melakukan pergerakan sendi semaksimal mungkin tanpa menimbulkan nyeri. Individu normal menggerakkan setiap bagian sendi dalam melakukan aktivitas harian. Latihan rentang gerak sendi atau ROM merupakan salah satu intervensi keperawatan yang dilakukan untuk mengatasi masalah keperawatan “Gangguan Mobilitas Fisik” dimana klien mengalami ketidakmampuan atau keterbatasan dalam menggerakkan satu atau lebih bagian sendi

b. Jenis Latihan ROM

Jenis latihan ROM sebagai berikut:

1) Latihan aktif

Latihan yang dilakukan oleh klien sendiri. Hal ini dapat meningkatkan kemandirian dan kepercayaan diri klien.

2) Latihan aktif dengan pendampingan (*active-assisted*).

Latihan tetap dilakukan oleh klien secara mandiri dengan didampingi oleh perawat. Peran perawat dalam hal ini adalah memberikan dukungan dan atau bantuan untuk mencapai gerakan ROM yang diinginkan.

3) Latihan pasif.

Latihan ini dilakukan oleh perawat atau tenaga kesehatan lain. Peran perawat dalam hal ini dimulai dengan melakukan pengkajian untuk menentukan bagian sendi yang memerlukan latihan dan frekuensi latihan yang diperlukan

c. Tujuan ROM

Tujuan ROM sebagai berikut :

- 1) Mendeteksi adanya keterbatasan gerak
- 2) Mencegah kontraktur
- 3) Memenuhi kebutuhan aktivitas dan latihan
- 4) Mengurangi bahaya atau risiko dari dampak imobilisasi
- 5) Untuk mempertahankan mobilitas dan fleksibilitas fungsi sendi (mempertahankan tonus otot dan mobilitas sendi)
- 6) Untuk mengembalikan fungsi sendi yang mengalami kerusakan akibat penyakit, trauma atau kurangnya penggunaan sendi
- 7) Untuk evaluasi respons klien terhadap suatu program lainnya

2) Indikasi ROM

Indikasi ROM sebagai berikut :

- a. Pasien yang mempunyai keterbatasan gerak
- b. Pasien yang tidak mampu melakukan mobilisasi Karena suatu trauma

- c. Gangguan musculoskeletal dan neurologi
- d. Kelemahan otot
- e. Pasien dengan tirah baring lama
- f. Pasien diabetes melitus

3) Kontraindikasi ROM

Kontraindikasi ROM sebagai berikut :

- a. Klien dengan gangguan atau penyakit yang memerlukan energi untuk metabolisme atau berisiko meningkatkan kebutuhan energi, karena latihan ini pun memerlukan energi dan dapat meningkatkan metabolisme serta sirkulasi. Jenis gangguan dapat berupa penyakit jantung maupun respirasi.
- b. Klien dengan gangguan persendian seperti inflamasi dan gangguan muskuloskeletal seperti trauma atau injuri karena latihan ini dapat meningkatkan stres pada jaringan lunak persendian dan struktur tulang.

4) Hal-Hal yang Harus Diperhatikan

Hal-hal yang harus diperhatikan dalam melakukan ROM sebagai berikut :

- a. Latihan diterapkan pada sendi secara proporsional untuk menghindari peserta latihan mengalami ketegangan dan injuri otot serta kelelahan
- b. Posisi yang diberikan memungkinkan gerakan sendi secara leluasa
- c. Latihan dilakukan secara sistematis dan berulang
- d. Latihan ROM harus diulang sekitar 8 kali setiap tipe gerakan dan dikerjakan 1 kali sehari dengan durasi \pm 30 menit
- e. Tekankan pada peserta latihan bahwa gerakan sendi yang adekuat adalah gerakan sampai dengan mengalami tahanan bukan nyeri
- f. Tidak melakukan latihan pada sendi yang mengalami nyeri

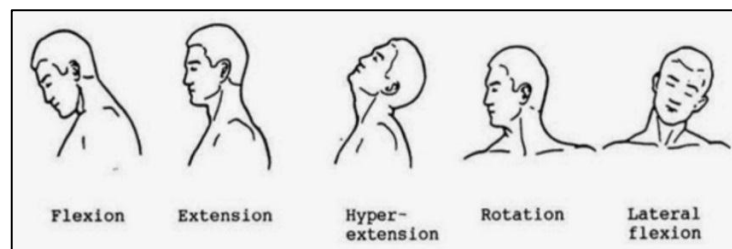
- g. Amati respons non verbal peserta latihan
- 1. Latihan harus segera dihentikan dan berikan kesempatan pada peserta latihan untuk beristirahat apabila terjadi spasme otot yang dimanifestasikan dengan kontraksi otot yang tiba-tiba dan terus menerus.

8. Prosedur pelaksanaan ROM

Prosedur pelaksanaan ROM sebagai berikut :

a. ROM pada leher, spina servikal

- 1) Tipe sendi : pivotal (putar)
- 2) Tipe gerakan :
 - a) Fleksi : menggerakkan dagu menempel ke dada
 - b) Ekstensi : mengembalikan kepala ke posisi tegak
 - c) Hiperekstensi : menekuk kepala ke belakang sejauh mungkin
 - d) Fleksi lateral : memiringkan kepala sejauh mungkin ke arah setiap bahu
 - e) Rotasi : memutar kepala sejauh mungkin dalam gerakan sirkular

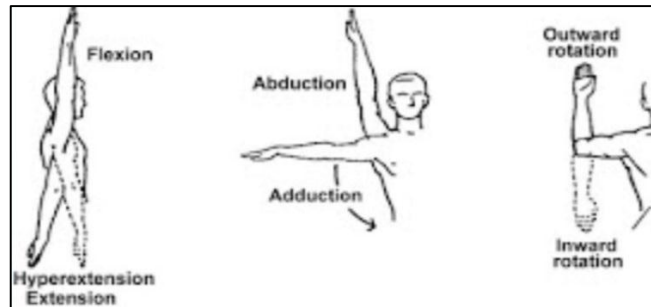


Gambar 2.1 ROM pada leher

b. ROM pada Bahu

- 1) Tipe sendi : sendi peluru (*ball and socket*)
- 2) Tipe gerakan :
 - a) Fleksi : mengangkat lengan dari posisi di samping kepala dengan arah ke depan lalu ke atas
 - b) Ekstensi : mengembalikan lengan ke posisi di samping tubuh
 - c) Hiperekstensi : menggerakkan lengan ke belakang tubuh, siku tetap lurus
 - d) Abduksi : menaikkan lengan ke posisi samping di atas kepala dengan telapak tangan jauh dari kepala
 - e) Adduksi anterior : menggerakkan lengan dari posisi di samping kepala, menurun, menyamping, dan menyilang di depan tubuh sejauh mungkin
 - f) Adduksi posterior : menggerakkan lengan dari posisi di sisi kepala menurun, menyamping, dan menyilang di belakang tubuh sejauh mungkin
 - g) Rotasi eksternal : merentangkan lengan ke samping setinggi bahu dan bengkokkan siku membentuk sudut siku-siku sehingga ujung jari mengarah ke bawah. Gerakkan lengan ke atas sehingga ujung jari mengarah ke atas
 - h) Rotasi internal : rentangkan lengan ke samping setinggi bahu, bengkokkan siku membentuk sudut siku-siku, ujung jari mengarah ke atas, gerakkan lengan ke depan lalu turun sehingga ujung jari ke bawah

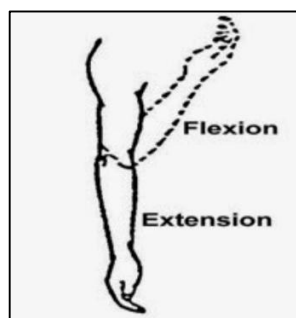
- i) Sirkumduksi : menggerakkan lengan dengan lingkaran penuh (sirkumduksi adalah kombinasi semua gerakan sendi)



Gambar 2.2 ROM pada bahu

c. ROM pada siku

- 1) Tipe sendi : sendi engsel (*hinge*)
- 2) Tipe gerakan :
 - a) Fleksi : menekuk siku sehingga lengan bawah bergerak ke depan sendi bahu dan tangan sejajar bahu
 - b) Ekstensi : menggerakkan lengan bagian bawah ke depan atau turun luruskan lengan
 - c) Hiperekstensi : menggerakkan lengan bagian bawah ke belakang sejauh mungkin dari posisi lurus

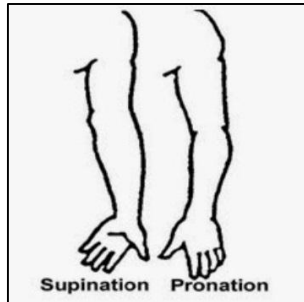


Gambar 2.3 ROM pada siku

d. ROM pada lengan bawah

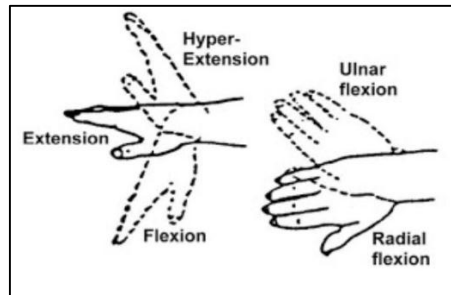
- 1) Tipe sendi : pivotal (putar)

- 2) Tipe gerakan :
- a) Supinasi : memutar lengan bawah dan tangan sehingga telapak tangan menghadap ke atas
 - b) Pronasi : memutar lengan bawah sehingga telapak tangan menghadap ke bawah



Gambar 2.4 ROM pada lengan bawah

- e. ROM pada pergelangan tangan
- 1) Tipe sendi : kondiloid
 - 2) Tipe gerakan :
 - a) Fleksi : menggerakkan telapak tangan ke sisi bagian dalam lengan bawah
 - b) Ekstensi : menggerakkan jari-jari sehingga jari-jari tangan dan lengan bawah berada pada arah yang sama
 - c) Hiperekstensi : bengkokkan pergelangan tangan ke arah belakang sejauh mungkin
 - d) Adduksi (fleksi ulnar) : menekuk pergelangan tangan miring (lateral) ke arah lima jari
 - e) Abduksi (fleksi radial) : menekuk pergelangan tangan miring (medial) ke ibu jari



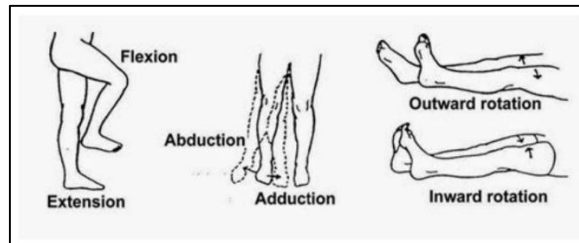
Gambar 2.5 ROM pada pergelangan tangan

- f. ROM pada jari-jari tangan
- 1) Tipe sendi : condyloid hinge
 - 2) Tipe gerakan :
 - a) Fleksi : membuat genggamannya
 - b) Ekstensi : meluruskan jari-jari tangan
 - c) Hiperekstensi : menggerakkan jari-jari tangan ke belakang sejauh mungkin
 - d) Abduksi : meregangkan jari-jari tangan yang satu dengan yang lain
 - e) Adduksi : merapatkan kembali jari-jari tangan
- g. ROM pada ibu jari
- 1) Tipe sendi : sendi pelana
 - 2) Tipe gerakan :
 - a) Fleksi : menggerakkan ibu jari menyilang permukaan telapak tangan
 - b) Ekstensi : menggerakkan ibu jari lurus menjauh dari tangan
 - c) Abduksi : menjauhkan ibu jari ke samping
 - d) Adduksi : menggerakkan ibu jari ke depan tangan
 - e) Oposisi : menyentuhkan ibu jari ke setiap jari-jari tangan pada tangan yang sama



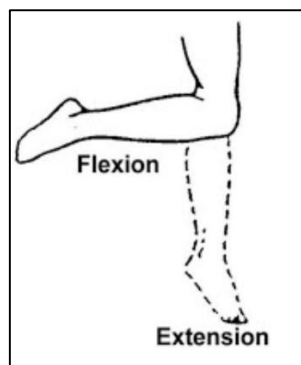
Gambar 2.6 ROM pada ibu jari

- h. ROM pada panggul
- 1) Tipe sendi : sendi panggul (*ball and socket*)
 - 2) Tipe gerakan :
 - a) Fleksi : menggerakkan salah satu kaki ke depan dan ke atas, posisi lutut dalam keadaan lurus atau ditekuk
 - b) Ekstensi : gerakkan salah satu kaki kembali ke posisi semula, dimana kedua kaki sejajar
 - c) Hiperekstensi : menggerakkan tungkai ke belakang tubuh
 - d) Abduksi : menggerakkan tungkai ke samping menjauhi tubuh
 - e) Adduksi : gerakkan salah satu kembali ke posisi abduksi dan melewati kaki yang satunya melewati depannya
 - f) Internal rotasi : memutar kaki dan tungkai ke arah tungkai lain
 - g) Eksternal rotasi : memutar kaki dan tungkai menjauhi tungkai lain
 - h) Sirkumduksi : menggerakkan tungkai melingkar



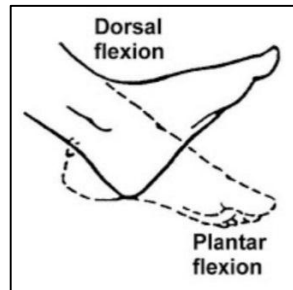
Gambar 2.7 ROM pada panggul

- i. ROM pada lutut
 - 1) Tipe sendi : *hinge*
 - 2) Tipe gerakan :
 - a) Fleksi : menggerakkan lutut menekuk ke belakang mendekati paha
 - b) Ekstensi : menggerakkan meluruskan kaki dari posisi fleksi



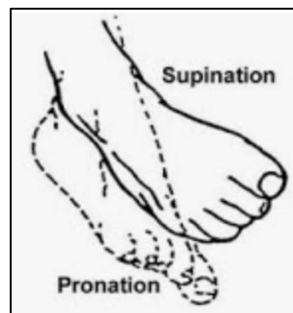
Gambar 2.8 ROM pada lutut

- j. ROM pada mata kaki
 - 1) Tipe sendi : *hinge*
 - 2) Tipe gerakan :
 - a) Dorsofleksi : menggerakkan kaki sehingga jari-jari kaki menekuk ke atas
 - b) Plantarfleksi : menggerakkan kaki sehingga jari-jari kaki menekuk ke bawah



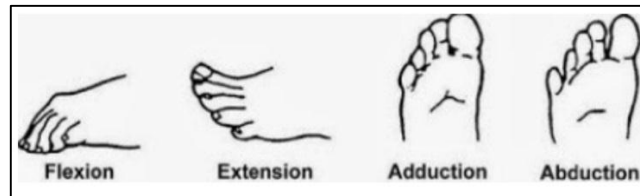
Gambar 2.9 ROM pada mata kaki

- k. ROM pada kaki :
- 1) Tipe sendi : gliding
 - 2) Tipe gerakan :
 - a) Inversi : memutar telapak kaki ke samping dalam (medial)
 - b) Eversi : memutar telapak kaki ke samping luar (lateral)



Gambar 2.10 ROM pada kaki

1. ROM pada jari-jari kaki
 - 1) Tipe sendi : kondiloid
 - 2) Tipe gerakan :
 - a) Fleksi : melengkungkan jari-jari kaki ke bawah
 - b) Ekstensi : meluruskan jari-jari kaki
 - c) Abduksi : meregangkan jari-jari kaki satu dengan yang lain
 - d) Adduksi : merapatkan kembali jari kaki secara bersama-sama



Gambar 2.11 ROM pada telapak kaki

(Hidayati, 2014)

2. Standar operasional prosedur tarik nafas dalam
 - a. Pengertian : metode efektif untuk mengurangi rasa nyeri pada pasien yang mengalami nyeri kronis
 - b. Tujuan : untuk mengurangi atau menghilangkan rasa nyeri
 - c. Indikasi : dilakukan untuk pasien yang mengalami nyeri kronis
 - d. Prosedur pelaksanaan :
 - 1) Membaca status pasien
 - 2) Mencuci tangan
 - 3) Menyiapkan alat
 - 4) Tahap orientasi
 - 5) Memberikan salam terapeutik
 - 6) Validasi kondisi pasien
 - 7) Menjaga privacy pasien
 - 8) Menjelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan kepada pasien dan keluarga
 - 9) Ciptakan lingkungan yang tenang
 - 10) Usahakan tetap rileks dan tenang
 - 11) Menarik nafas dalam dari hidung dan mengisi paru-paru dengan udara melalui hitungan 1,2,3

- 12) Perlahan-lahan udara dihembuskan melalui mulut sambil merasakan ekstrimitas atas dan bawah rileks
 - 13) Anjurkan bernafas dengan irama normal 3 kali
 - 14) Menarik nafas lagi melalui hidung dan menghembuskan melalui mulut secara perlahan-lahan
 - 15) Membiarkan telapak tangan dan kaki rileks
 - 16) Usahakan agar tetap konsentrasi
 - 17) Anjurkan untuk mengulangi prosedur hingga nyeri terasa berkurang
 - 18) Latihan dilakukan dalam 2 sesi yaitu pada pagi haripukul 09.00 dan siang hari pukul 13.00. setiap sesi latihan nafas dalam dilakuka sebanyak 3 kali
 - 19) Lakukan kontrak untuk kegistsn selanjutnya
 - 20) Akhiri kegiatan dengan baik
 - 21) Cuci tangan
 - 22) Dokumentasi
 - 23) Catat waktu pelaksanaan tindakan
 - 24) Catat respon pasien
 - 25) Paraf dan nama perawat juga (Hendro, 2019)
3. Standar operasional prosedur injeksi intravena
- a. Pengertian : injeksi intra vena adalah pemberian obat dengan cara memasukkan obat ke dalam pembuluh darah vena menggunak spuit
 - b. Tujuan : untuk memperoleh reaksi obat, menghindari terjadinya kerusakan jaringan, pengambilan sampel uji laboratorium

- c. Tempat injeksi : kepala (vena frontalis atau vena temporalis), leher (vena jugularis), lengan (vena basilika dan sefalika), tungkai (vena saphenous)
- d. Indikasi : membutuhkan obat agar cepat diabsorpsi oleh jantung, terus menerus muntah, tidak diperkenankan masuk apapun melalui oral, sesak nafas, typhoid, epilepsi
- e. Persiapan alat : bak instrumen, aquades, disposable spuit, kapas alkohol, obat yang dibutuhkan, tourniquet, bengkok, sarung tangan, pengalas
- f. Tahap kerja
 - 1) Lakukan tindakan dengan senyum salam sapa sopan santun
 - 2) Lakukan perkenalan diri
 - 3) Jelaskan maksud dan tujuan
 - 4) Jelaskan prosedur tindakan
 - 5) Buat informed consent
 - 6) Jaga privasi pasien
 - 7) Ciptakan lingkungan yang aman dan nyaman
 - 8) Cuci tangan 6 langkah, pakai sarung tangan
 - 9) Pasang perlak
 - 10) Isi spuit dengan obat yang telah ditentukan
 - 11) Tentukan lokasi injeksi dan lakukan desinfektan dengan alkohol swab
 - 12) Pasang tourniquet
 - 13) Beri tahu pasien jika akan disuntik
 - 14) Tarik permukaan kulit ke arah bawah, tusukkan jarum di atas vena dengan sudut 15 derajat, jika keluar darah lepas tourniquet dan masukkan obat perlahan

- 15) Cabut jarum spuit jika obat sudah masuk
- 16) Tekan bekas tusukan jarum dengan alkohol swab
- 17) Beri tahu pasien jika tindakan sudah selesai
- 18) Rapiakan pasien
- 19) Bereskan alat dan lepas sarung tangan
- 20) Cuci tangan

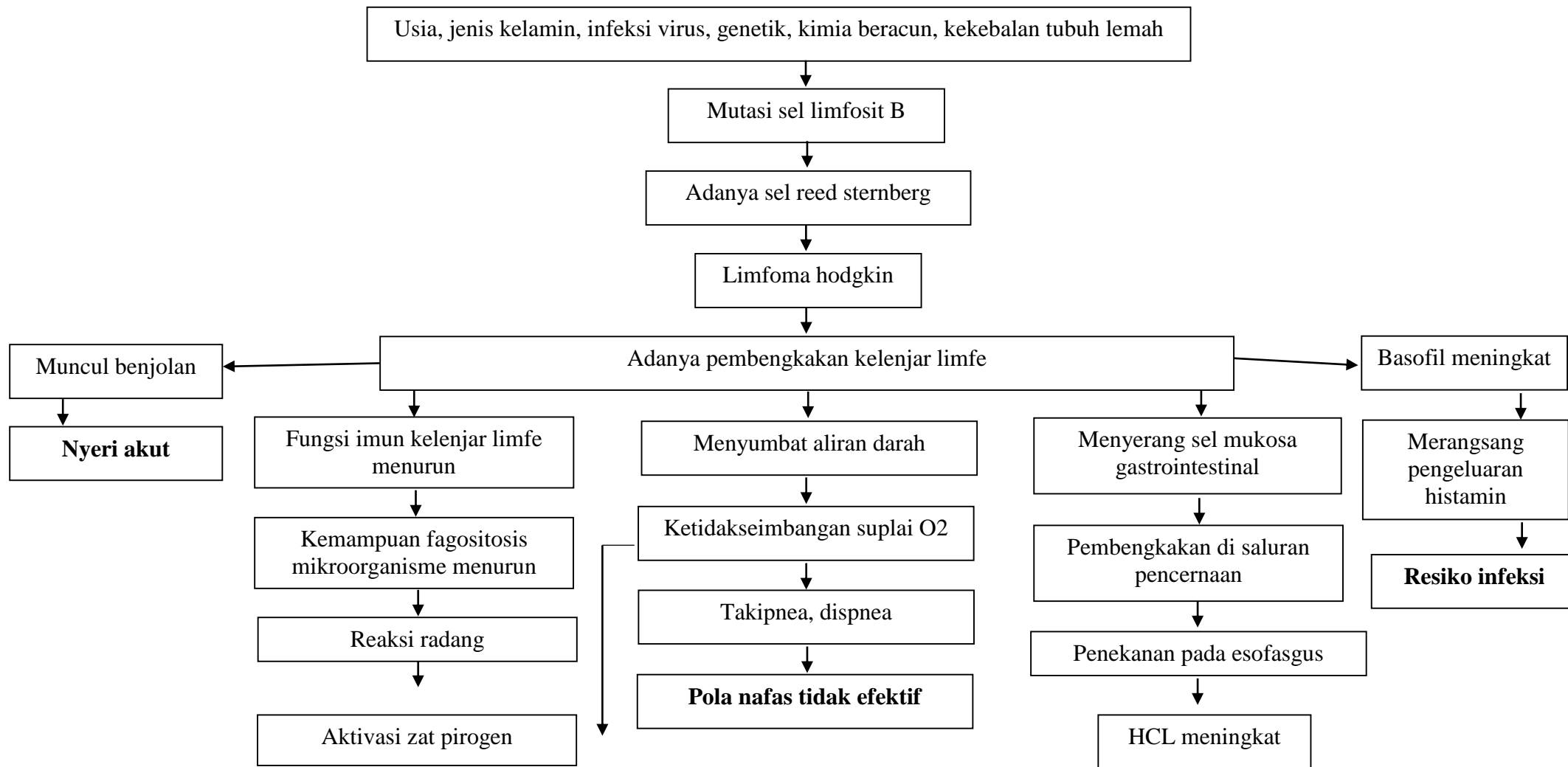
g. Evaluasi

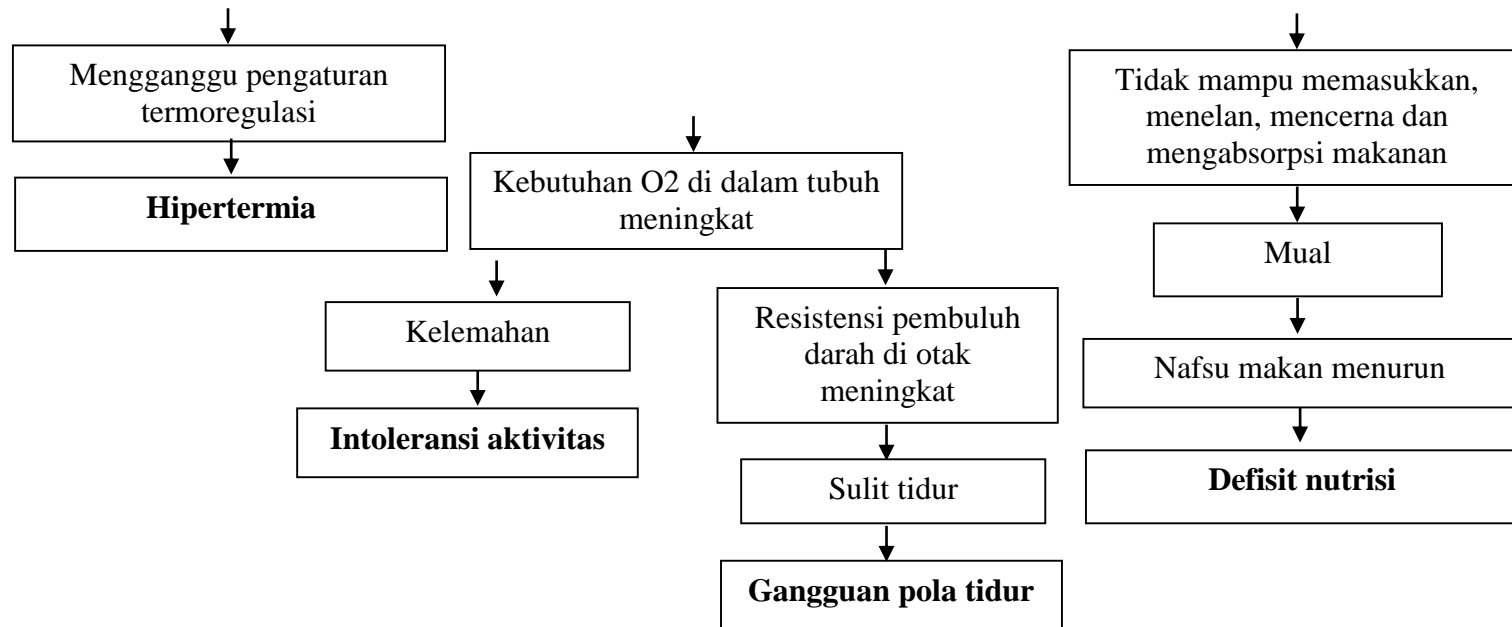
- 1) Dokumentasi tindakan
- 2) Dokumentasi hasil tindakan dan respon pasien (Syarif, 2020)

2.2.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah tindakan intelektual untuk melengkapi proses keperawatan yang menandakan keberhasilan dari diagnosa keperawatan, rencana keperawatan dan implementasi keperawatan. Tahap evaluasi yang memungkinkan perawat untuk memonitor yang terjadi selama tahap pengkajian, perencanaan, dan implementasi (Ayu, 2013)

2.3 Kerangka Masalah Keperawatan/Konsep mapp/WOC





(Ayu, 2013)

BAB 3

TINJAUAN KASUS

Bab ini akan disajikan hasil pelaksanaan asuhan keperawatan yang dimulai dari tahap pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi pada tanggal 23 November 2020 di ruang A1 RSPAL Surabaya

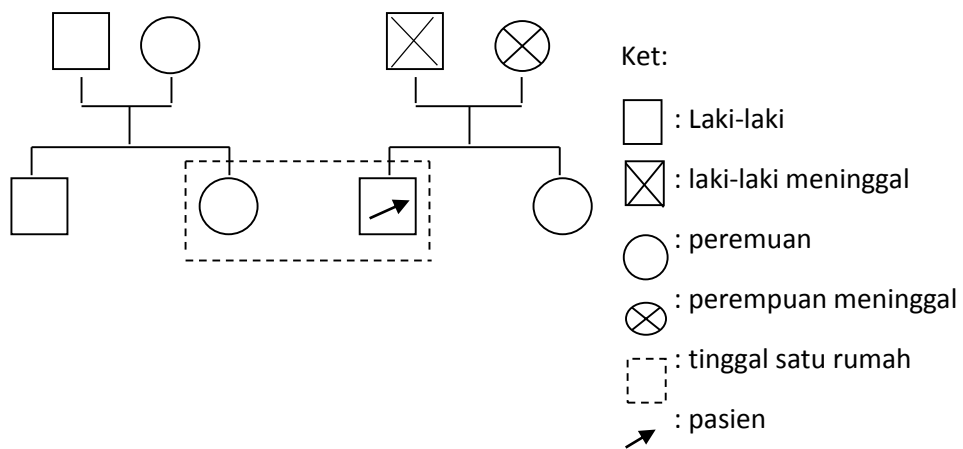
3.1 Pengkajian Keperawatan

1. Identitas dan riwayat penyakit

Pasien bernama Tn. M umur 28 tahun, jenis kelamin laki-laki, beragama islam, pendidikan SMA, bekerja sebagai karyawan BUMN, suku bangsa jawa, status perkawinan menikah, alamat probolinggo, penanggung biaya laki-laki. Dilakukan pengkajian pada tanggal 23 November 2020, pasien MRS tanggal 20 November 2020 jam 12.30 di ruang A1, nomor rekam medis 654xxx dan diagnosa medis limfoma hodgkin

Keluhan utama pasien adalah mual dengan riwayat penyakit sekarang yaitu pasien mengalami demam tinggi hingga sempat kejang, lalu keluarga langsung membawa px ke IGD RSPAL DR.Ramelan pada tanggal 21 November 2020 pukul 13.00, kemudian di IGD dilakukan pemasangan infuse, pengambilan darah, dan tes rapid, setelah dilakukan pemeriksaan dan tindakan px didiagnosa vomit+hiponatremi+riwayat limfoma Hodgkin dan kemudian diberikan terapi pz 3% dengan 500 ml/24 jam + pz 1500 ml/24 jam, setelah itu px dipindahkan di ruang A1 pada tanggal 21 november 2020 pukul 17.42 untuk rawat inap. Riwayat penyakit dahulu pasien adalah limfoma hodgkin post kemo yang ketiga. Pasien tidak mempunyai riwayat penyakit keluarga dan tidak mempunyai alergi pada obat-obatan ataupun makanan

2. Genogram



3. Pemeriksaan Fisik

Keadaan umum lemah dengan kesadaran composmentis. Tanda-tanda vital : tekanan darah 120/80 mmHg, nadi 113 x/menit, suhu 36,3°C, RR 20 x/menit.

- a. B1 breath/pernafasan : pasien tidak ada keluhan pada pernapasan, bentuk dada normal chest, RR: 20x/menit, pergerakan dada simetris, irama nafas regular, tidak menggunakan alat bantu napas, taktil fremitus pada kedua lapang paru seimbang, suara redup pada paru kiri, irama nafas regular, suara nafas vesikuler
- b. B2 blood/sirkulasi : tidak terjadi nyeri dada, tidak terjadi sianosis, tidak tampak adanya JVP, terjadi anemis, TD: 120/80 mmHg, N: 113x/menit, CRT : 4 detik, akral teraba hangat, auskultasi : irama jantung regular, suara jantung S1 S2 tunggal
- c. B3 brain/persarafan : kesadaran pasien compos mentis, GCS 4-5-6 (membuka mata spontan, orientasi penuh, respon motorik pasien baik),

NI (olfaktori) : pasien mampu membedakan antara bau makanan dan bau minyak kayu putih, N II (optikus) : pasien mampu melihat dengan baik, N III (okulomotorius) : pasien dapat membuka mata secara spontan, N IV (troklearis) : pasien dapat menggerakkan bola mata ke kiri dan ke kanan, N V (trigeminus) : pasien mampu mengunyah, N VI (abducen) : pasien mampu menggerakkan bola mata ke atas dan kebawah, N VII (facialis) : otot wajah pasien simetris, tidak ada masalah, N VIII (audiotorius) : pasien dapat mendengar dengan baik, N IX (glossofaringeus) : pasien tidak kesulitan menelan, N X (vagus) : pasien dapat menelan dengan baik, N XI (accesorius) : tidak terdapat atrofi otot, N XII (hypoglossus) : Pasien mampu membedakan rasa pahit dan manis, reflek fisiologi : bisep +/+, trisep +/+, reflek patologi: babinski -/-, kuku kuduk -/-

- d. B4 bladder/perkemihan : pasien mengatakan tidak ada keluhan, kebersihan bersih, klien tidak menggunakan kateter, warna urine kuning, tidak ada distensi kandung kemih, tidak terdapat nyeri tekan, intake output/ Balance cairan: intake MRS 2500cc/24 jam , output 2000cc/24 jam IWL : 450cc/24 jam
- e. B5 bowel/pencernaan : pasien mengatakan mual, keadaan mulut bersih dan lembab, mukosa bibir kering, tidak terpasang NGT, pasien mampu menelan dengan baik, bentuk abdomen datar dan simetris, tidak ada

- massa, porsi makan habis $\frac{1}{2}$ porsi, abdomen tidak terdapat nyeri tekan, hepar dan lien tidak teraba, suara abdomen tympani, auskultasi : bising usus 10x/menit, BB sebelum sakit 66 kg, BB saat sakit 45 kg, IMT: 15,57
- f. B6 bone/muskuloskeletal : ekstremitas simetris, tidak ada deformitas, tidak ada fraktur, pasien tampak lemah, kekuatan otot 4
- g. Sistem integumen : warna kulit sawo matang, akral teraba hangat, kulit kepala tidak berminyak, terdapat luka pada bagian dada pasien yang tertutup kassa
- h. Pola istirahat tidur : sebelum MRS kualitas tidur px baik jumlah tidur 7-8 jam/hari dari pukul 21.00- 04.00, gangguan tidur : saat MRS pasien mengatakan tidak bisa tidur, tidurnya tidak nyenyak dan sering terbangun
- i. Sistem penginderaan : mata simetris, konjungtiva pucat, pupil isokor, telinga simetris, bersih, tidak ada serumen, tidak ada lesi, fungsi pendengaran baik, tidak ada septum deviasi, tidak ada polip, penciuman baik, tidak ada pembengkakan, tidak terjadi perdarahab
- j. Sisitem endokrin : tidak ditemukan masalah pada tiroid, tidak ditemukan tanda-tanda diabetes mellitus, tidak ditemukan masalah terkait pertumbuhan, terkait hormon reproduksi : tidak ada masalah pada hormon reproduksi, terkait hormon adrenal : tidak ditemukan masalah pada hormone adrenal
- k. Sistem reproduksi/genetalia : pasien mengatakan tidak ada keluhan pada

area genitalia

l. Personal hygiene : mandi dua kali sehari dengan diseka, keramas tiga hari sekali, ganti pakaian sehari sekali, sikat gigi sehari sekali, memotong kuku satu minggu sekali

m. Psikososio-kultural : klien mengatakan ia ingin kembali beraktifitas dan bekerja, klien menyadari bahwa sekarang dalam kondisi sakit, klien mengatakan ia adalah seorang suami dan kepala keluarga, klien tidak merasa minder dengan penyakitnya, klien adalah seorang laki-laki yang berusia 28 tahun, klien menyadari bahwa sekarang dalam kondisi saat ini dan pasien merasa khawatir dengan kondisinya, orang paling dekat adalah istri, klien beragama islam dan tetap menjalankan sholat dan berdoa, klien sempat salah mengetahui penyakitnya dan mengalami syok saat mengetahui penyakitnya tegang, murung

4. Data penunjang dan terapi medis

Hasil laboratorium pada tanggal 23 November 2020 : Hb 9,9 g/dL (13.2 – 17.3), albumin 2,51mg/dL (3.40 – 4.80), natrium 120,4 mmol/L (135.0 – 147.0), kalium 3,64 mmol/L (3.00 – 5.00), klorida 93,1 mmol/L (95.0 – 105.0)

Hasil radiologi 24 November 2020 : titik A dengan kedalaman 4.00 cm dari permukaan kulit, titik B dengan kedalaman 4.08 cm dari permukaan kulit, titik C dengan kedalaman 4.12 cm dari permukaan kulit, titik D dengan kedalaman 4.10 cm dari permukaan kulit, estimasi jumlah cairan pleura volume 501.08 ml, kesan : effusi pleura kiri

Terapi medis yang didapatkan adalah infus Pz 3% dengan dosis 500 ml/24 jam rute IV untuk perbaikan kadar Na/k yang rendah, infus Pz dengan dosis 1500 ml/24 jam rute IV untuk menjaga keseimbangan elektrolit, injeksi lecogen 1 ampul rute SC untuk mengobati neutropenia, injeksi ondancetron 2x8 mg rute IV untuk mengatasi mual dan muntah, asam folat 1x1 mg rute oral untuk terapi anemia, airprazolam (malam) 1x1 mg oral untuk obat sedatif

5. Analisa data

Data / Faktor resiko	Etiologi	Masalah/Problem
DO : - Intake : 2500/24 jam - Output : 2000/24 jam - IWL : 450 - Balance cairan : +50 - Hb menurun 9,9 g/dl - Efusi pleura kiri : jumlah cairan 501.08	Gangguan mekanisme regulasi	Hipervolemia
DS : pasien mengatakan tidak nafsu makan DO : - Makan habis ½ porsi - BB menurun 45 kg - IMT : 15,57 - Membran mukosa pucat - Albumin menurun 2,51 mg/dl - Natrium menurun 120,4 mmol/L - Klorida menurun 93,1 mmol/L	Kurangnya asupan makanan	Defisit nutrisi
Faktor resiko : - Malnutrisi - Penurunan hemoglobin 9,9 g/dl		Resiko infeksi
DS : - Pasien mengatakan susah tidur karena suhu ruangan dingin - Sering terbangun - Jumlah tidur 4 jam	Hambatan lingkungan	Gangguan pola tidur
DS : Pasien mengatakan lemah dan lelah saat beraktivitas DO: - Pasien tampak lesu - Pasien tampak pucat - Hb : 9,9 g/dL	Kelemahan	Intoleransi aktivitas

<p>DS: Pasien mengatakan merasa mual dan tidak nafsu makan</p> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak pucat - Porsi makan habis ½ porsi - Pasien terlihat berkeringat berlebih 	Efek agen farmakologis	Nausea
<p>DS: pasien mengatakan khawatir dengan kondisinya</p> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien sulit tidur - Nadi : 113 x/menit - Tampak pucat - Tampak berkeringat berlebih 	Krisis situasional	Ansietas
<p>DS: pasien sering menanyakan tentang penyakitnya</p> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien terlihat tegang - Pasien salah menyebutkan penyakitnya - Pasien terlihat murung 	Kurang terpapar informasi	Defisit pengetahuan

6. Prioritas masalah

NO	MASALAH KEPERAWATAN	TANGGAL		PARAF (nama)
		ditemukan	teratasi	
1.	Hipervolemia b.d gangguan mekanisme regulasi	23 November 2020	27 November 2021	
2.	Defisit nutrisi b.d kurangnya asupan makanan	23 November 2020	27 November 2021	
3.	Resiko infeksi	23 November 2020	27 November 2021	

3.2 Diagnosa Keperawatan





1. Hipervolemia b.d gangguan mekanisme regulasi
2. Defisit nutrisi b.d kurangnya asupan makanan
3. Resiko infeksi






3.3 Perencanaan Keperawatan






No	Masalah Keperawatan	Tujuan	Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
1.	Hipervolemia b.d gangguan mekanisme regulasi	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan keseimbangan cairan meningkat	<ol style="list-style-type: none"> 1. Haluaran urin meningkat 2. Membran mukosa membaik 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi penyebab hipervolemia 2. Monitor intake dan output cairan 3. Monitor kecepatan infus secara ketat 4. Batasi asupan cairan 5. Tinggikan kepala tempat tidur 30-40° 6. Ajarkan cara mengukur dan mencatat asupan dan haluaran cairan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengetahui penyebab hipervolemia 2. Mengetahui intake dan output cairan 3. Mencegah kelebihan cairan secara cepat 4. Mengurangi kelebihan cairan 5. Membantu melancarkan pembuluh darah 6. Memandirika pasien dan keluarga
2.	Defisit nutrisi b.d kurangnya asupan makanan	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan status nutrisi membaik	<ol style="list-style-type: none"> 1. Porsi makan yang dihabiskan meningkat 2. Serum albumin meningkat 3. Nafsu makan membaik 4. Berat badan membaik 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi status nutrisi 2. Monitor asupan makanan 3. Monitor berat badan 4. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium 5. Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein 6. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrient yang dibutuhkan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengetahui status nutrisi 2. Mengetahui asupan makanan 3. Mengetahui berat badan 4. Mengetahui hasil pemeriksaan laboratorium 5. Meningkatkan status nutrisi pada pasien 6. Memberikan nutrisi yang tepat dan sesuai dengan kebutuhan pasien



3.	Resiko infeksi	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan tingkat infeksi menurun	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kadar sel darah putih membaik 2. Kebersihan tangan meningkat 3. Kebersihan badan meningkat 4. Nafsu makan meningkat 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik 2. Batasi jumlah pengunjung 3. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 4. Pertahankan teknik aseptik pada pasien 5. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar 6. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengetahui tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik 2. Mengurangi penularan bakteri 3. Membersihkan dan mencegah masuknya kuman dan bakteri ke dalam tubuh pasien 4. Mencegah terjadinya penyebaran infeksi 5. Meningkatkan pengetahuan mencuci tangan dengan benar 6. Mempertahankan status nutrisi dalam tubuh
----	----------------	---	---	---	---

3.4 Implementasi Keperawatan

No Dx	Hari/ Tgl Jam	Implementasi	Paraf	Hari/ Tgl Jam	No Dx	Evaluasi formatif SOAP / Catatan perkembangan	Paraf
1	23 November 2020	- Mengidentifikasi penyebab hipervolemia		23 November 2020	1	Dx : hipervolemia b.d gangguan mekanisme regulasi O:	
1,2	13.00	- Memonitor intake dan output cairan selama 24 jam		16.30		- Intake : 2500/24 jam - Output : 2000/24 jam	
1,2	13.05	- Memonitor kecepatan infus secara ketat setiap 8 jam				- IWL : 450 - Balance cairan : +50	
1	13.10	- membatasi asupan cairan selama 24 jam				- HB : 9.9 g/dl	
1	13.15	- Meninggikan kepala tempat tidur 30-40°				- Efusi pleura kiri : jumlah cairan 501.08	
1	13.20	- Mengajarkan cara mengukur dan mencatat asupan dan haluaran cairan				A: Masalah keperawatan belum teratasi P: Intervensi 2,3,4,5 dilanjutkan	
2,3	14.00	- Mengidentifikasi status nutrisi					
1,2,3	14.30	- Memonitor asupan makanan setiap 8 jam		17.00	2	Dx : defisit nutrisi b.d kurangnya asupan makanan	
2	14.45	- Memonitor berat badan setiap hari				S : Pasien mengatakan masih tidak nafsu makan	
1,2,3	14.55	- Memonitor hasil pemeriksaan laboratorium				O :	
2,3	15.00	- Memberikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein				- Makan habis ½ porsi - BB : 45 kg - IMT : 15.57	
2,3	15.10	- Mengkolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrient yang dibutuhkan				- Membran mukosa pucat - Albumin : 2.51 mg/dl	
3	15.15	- Memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik setiap 8 jam				- Natrium : 120.4 mmol/L - Klorida : 93.1 mmol/L	
3	15.20	- Membatasi jumlah pengunjung saat jam kunjung				A : Masalah keperawatan belum teratasi P : Intervensi 2,3,4,5 dilanjutkan	
3	15.30	- Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien					

3	15.40	- Mempertahankan teknik aseptik pada pasien		17.30	3	Dx : resiko infeksi Factor resiko malnutrisi dan penurunan HB 9.9 g/dl A : Masalah belum teratasi P : Intervensi 1,2,3,4 dilanjutkan	
3	15.50	- Mengajarkan cara mencuci tangan dengan benar					
2,3	16.00	- Menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi					
1,2,3	25 November 2020	- Memonitor intake dan output cairan selama 24 jam		25 November 2020	1	Dx : hipervolemia b.d gangguan mekanisme regulasi O: - Intake : 2500/24 jam - Output : 2030/24 jam - IWL : 450 - Balance cairan : +20 - HB : 10 g/dl - Efusi pleura kiri : jumlah cairan 350 A: Masalah keperawatan teratasi sebagian P: Intervensi 2,3,4,5 dilanjutkan	
1	16.05	- Memonitor kecepatan infus secara ketat setiap 8 jam		20.00			
1	16.15	- membatasi asupan cairan selama 24 jam					
1	17.00	- Meninggikan kepala tempat tidur 30-40°					
2,3	17.30	- Memonitor asupan makanan setiap 8 jam					
1,2,3	18.00	- Memonitor berat badan setiap hari					
1,2,3	18.30	- Memonitor hasil pemeriksaan laboratorium					
2,3	19.00	- Memberikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein					
3	1915	- Memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik setiap 8 jam		20.30	2	Dx : defisit nutrisi b.d kurangnya asupan makanan S : Pasien mengatakan mulai nafsu makan sedikit O : - Makan habis 3/4 porsi - BB : 47 kg - IMT : 17 - Membran sedikit pucat - Albumin : 2.51 mg/dl	
3	19.30	- Membatasi jumlah pengunjung saat jam kunjung					
1,2,3	19.40	- Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien					
1,2,3	19.50	- Mempertahankan teknik aseptik pada pasien					

						<ul style="list-style-type: none"> - Natrium : 120.4 mmol/L - Klorida : 93.1 mmol/L <p>A : Masalah keperawatan teratasi sebagian P : Intervensi 2,3,4,5 dilanjutkan</p>		
					21.00	3	<p>Dx : resiko infeksi Factor resiko malnutrisi dan penurunan HB 9.9 g/dl A : Masalah teratasi sebagian P : Intervensi 1,2,3,4 dilanjutkan</p>	
1,2,3	27 November 2020	- Memonitor intake dan output cairan selama 24 jam		27 November 2020	15.00	1	<p>Dx : hipervolemia b.d gangguan mekanisme regulasi O: - Intake : 2500/24 jam - Output : 2050/24 jam - IWL : 450 - Balance cairan : 0 - HB : 14 g/dl - Efusi pleura kiri : jumlah cairan 200</p> <p>A: Masalah keperawatan teratasi P: Intervensi dihentikan pasien pulang</p>	
1,2	12.30	- Memonitor kecepatan infus secara ketat setiap 8 jam						
1	12.45	- membatasi asupan cairan selama 24 jam						
1	13.00	- Meninggikan kepala tempat tidur 30-40°						
2,3	13.15	- Memonitor asupan makanan setiap 8 jam						
2,3	13.20	- Memonitor berat badan setiap hari						
1,2,3	13.30	- Memonitor hasil pemeriksaan laboratorium						
2,3	13.45	- Memberikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein						
3	14.00	- Memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik setiap 8 jam			15.30	2	<p>Dx : defisit nutrisi b.d kurangnya asupan makanan S : Pasien mengatakan nafsu makan baik O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Makan habis 1 porsi - BB : 50 kg - IMT : 18 	
3	14.15	- Membatasi jumlah pengunjung saat jam kunjung						
1,2,3	14.30	- Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien						
1,2,3	14.35	- Mempertahankan teknik aseptik pada pasien						

				16.00	3	<ul style="list-style-type: none"> - Membran mukosa tidak pucat - Albumin : 5 mg/dl - Natrium : 138 mmol/L - Klorida : 99 mmol/L <p>A : Masalah keperawatan teratasi P : Intervensi dihentikan pasien pulang</p>	
						<p>Dx : resiko infeksi Factor resiko malnutrisi sudah teratasi dan penurunan HB 14 g/dl</p> <p>A : Masalah keperawatan teratasi P : Intervensi dihentikan pasien pulang</p>	

3.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan dari implementasi keperawatan yang dilakukan selama 3x24 jam dapat mengatasi masalah keperawatan yang terjadi pada pasien dengan evaluasi sebagai berikut :

1. Dx : hipervolemia b.d gangguan mekanisme regulasi

O:

- Intake : 2500/24 jam
- Output : 2050/24 jam
- IWL : 450
- Balance cairan : 0
- HB : 14 g/dl
- Efusi pleura kiri : jumlah cairan 200

A: Masalah keperawatan teratasi

P: Intervensi dihentikan pasien pulang

2. Dx : defisit nutrisi b.d kurangnya asupan makanan

S: Pasien mengatakan nafsu makan baik

O:

- Makan habis 1 porsi
- BB : 50 kg
- IMT : 18
- Membran mukosa tidak pucat
- Albumin : 5 mg/dl
- Natrium : 138 mmol/L

- Klorida : 99 mmol/L

A: Masalah keperawatan teratasi

P: Intervensi dihentikan pasien pulang

3. Dx : resiko infeksi

Factor resiko malnutrisi sudah teratasi dan penurunan HB 14 g/dl

A: Masalah keperawatan teratasi

P: Intervensi dihentikan pasien pulang

BAB 4

PEMBAHASAN

Pada bab 4 akan dilakukan pembahasan mengenai asuhan keperawatan pada pasien Tn. M dengan limfoma hodgkin di ruang A1 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya yang dilaksanakan mulai tanggal 23 November 2020 sampai dengan 27 november 2020. Melalui pendekatan stud kasus untuk mendapatkan kesenjangan antara teori dan praktek dilapangan. Pembahasan terhadap proses asuhan keperawatan ini di mulai dari pengkajian, rumusan masalah, perencanaan asuhan keperawatan, pelaksanaan dan evaluasi.

6.1 Pengkajian

1. Identitas

Data yang didapatkan Tn.M berusia 28 tahun, berjenis kelamin laki-laki, suku jawa dan beralamat di Probolinggo. Limfoma Hodgkin merupakan neoplasma sel B dengan kejadian bervariasi secara signifikan berdasarkan usia, jenis kelamin, etnis, status ekonomi, dan lokasi geografis. Usia merupakan faktor risiko yang penting dalam perkembangan limfoma Hodgkin. Hasil penelitian Putri (2021) menjelaskan mayoritas kasus limfoma hodgkin terjadi pada kelompok usia 20-29 tahun, 40-49 tahun, dan >50 tahun dengan masing-masing memiliki proporsi jumlah yang sama (25,8%) sedangkan kasus limfoma paling sedikit terdapat pada kelompok usia <20 tahun. Penderita limfoma hodgkin biasanya lebih banyak terjadi pada laki-laki dibandingkan perempuan. Penelitian ini menemukan penderita limfoma hodgkin laki-laki (61,3%) lebih banyak dibandingkan perempuan (38,7%) dengan perbandingan 1,6:1

Faktor resiko usia dan jenis kelamin tidak dapat dirubah dan dihindari, tetapi hal tersebut dapat dikurangi dengan menjaga pola hidup sehat yang baik dan benar dengan makan makanan yang bergizi seimbang, berolahraga secara teratur, istirahat yang cukup dan mengurangi faktor resiko lainnya yang dapat dicegah agar kejadian limfoma hodgkin dapat dihindari

2. Keluhan dan riwayat penyakit

Keluhan utama, pasien mengeluh mual, sebelum dibawa ke IGD RSPAL pasien mengalami demam tinggi hingga sempat kejang hal ini sesuai dengan penelitian Pudjiastuti (2016) yang menyebutkan 30% kasus didapatkan gejala sistemik berupa demam yang hilang timbul, anoreksia, lemah, mual, keringat malam, penurunan berat badan, dan gatal. Sindrom nefrotik pada kasus ini merupakan sindrom paraneoplastik yang disebabkan oleh limfoma hodgkin, terbukti bahwa sindrom nefrotik menghilang seiring dengan pengobatan limfoma hodgkin. Mekanisme sentral pada chemoreceptor trigger zone adalah bagian otak yang terlibat dalam penginderaan obat-obatan, pengobatan dan hormon. Sebagai akibat dari koneksi ke pusat muntah, obat yang bekerja pada mediator kimia (neurotransmitter) disini akan memicu sensasi mual dan muntah. Neurotransmitter yang terlibat termasuk dopamin, histamin (reseptor H1), substansi P (reseptor NK-1), asetilkolin dan serotonin (5 reseptor HT3). Mekanisme perifer pada obat-obatan kemoterapi dapat menyebabkan iritasi pada lambung atau lapisan gastrointestinal yang menghasilkan pelepasan neurotransmitter. Hal ini dapat mengirim sinyal ke pusat muntah di otak. Pasien mungkin akan mengalami nyeri ulu hati atau mual

Mual pada pasien limfoma hodgkin yang menjalani kemoterapi tidak sama dengan mual pada pasien dengan penyakit lain. Mual pada pasien limfoma hodgkin

yang menjalani kemoterapi bisa disebabkan oleh obat-obatan atau serangkaian pengobatan pada saat kemoterapi. Mual mengacu pada perasaan tidak enak ingin muntah, bagi sebagian orang mungkin bisa lebih buruk. Beberapa pasien menggambarkan sebagai sakit perut, perasaan kembung, mulas. Pasien lain mungkin muntah sedikit karena tidak dapat makan.

Riwayat penyakit dahulu, pasien mengatakan menderita penyakit limfoma hodgkin post kemo yang ketiga. Selama ini pasien rutin menjalani terapi kemo untuk penatalaksanaan pada penyakitnya. Pemberian kemoterapi ABVD pada pasien limfoma hodgkin sebagai terapi lini pertama dengan hasil didapatkan perbaikan gejala klinis, radiologis dan kualitas hidup penderita dengan efek samping yang dapat ditolerir oleh penderita. ABVD telah diberikan sebanyak 3 kali dengan hasil keseluruhan partial remission yang ditandai dengan gambaran radiologis gambaran massa mediastinum anterior medius mengecil lebih dari setengah ukuran awal pada ulangan CT Scan toraks (Maranatha, 2017)

Gejala klinis yang timbul pada penderita limfoma hodgkin dapat diatasi dengan pengobatan dan penatalaksanaan yang tepat dan cepat sehingga gejala dapat berkurang dan berangsur membaik dan harapan hidup pada penderita limfoma hodgkin bisa meningkat

3. Pemeriksaan fisik

- a. B1 breath/pernafasan : pasien tidak ada keluhan pada pernapasan, bentuk dada normal chest, RR: 20x/menit, pergerakan dada simetris, irama nafas regular, tidak menggunakan alat bantu napas, taktil fremitus pada kedua lapang paru seimbang, suara redup pada paru kiri, irama nafas regular, suara nafas vesikuler. Tanda dan gejala yang ada pada limfoma hodgkin yaitu

gangguan pernafasan, pengumpulan cairan di sekitar paru-paru (efusi pleura dan penyumbatan pembuluh getah bening di dalam dada (Sastrosudarmo, 2015). Pasien dengan limfoma hodgkin tidak selalu menunjukkan gejala yang kompleks. Gejala yang muncul pada kasus limfoma hodgkin tergantung pada kondisi tubuh pasien dan tingkat keparahan dari penyakit limfoma hodgkin itu sendiri

- b. B2 blood/sirkulasi : tidak terjadi nyeri dada, tidak terjadi sianosis, tidak tampak adanya JVP, terjadi anemis, TD: 120/80 mmHg, N: 113x/menit, CRT : 4 detik, akral teraba hangat, auskultasi : irama jantung regular, suara jantung S1 S2 tunggal
- c. B3 brain/persarafan : kesadaran pasien compos mentis, GCS 4-5-6 (membuka mata spontan, orientasi penuh, respon motorik pasien baik), NI (olfaktori) : pasien mampu membedakan antara bau makanan dan bau minyak kayu putih, N II (optikus) : pasien mampu melihat dengan baik, N III (okulomotorius) : pasien dapat membuka mata secara spontan, N IV (troklearis) : pasien dapat menggerakkan bola mata ke kiri dan ke kanan, N V (trigeminus) : pasien mampu mengunyah, N VI (abducen) : pasien mampu menggerakkan bola mata keatas dan kebawah, N VII (facialis) : otot wajah pasien simetris, tidak ada masalah, N VIII (audiotorius) : pasien dapat mendengar dengan baik, N IX (glosofaringeus) : pasien tidak kesulitan menelan, N X (vagus) : pasien dapat menelan dengan baik, N XI (accessorius) : tidak terjadi atrofi otot, N XII (hypoglossus) : Pasien mampu membedakan rasa pahit dan manis, reflek fisiologi : bisep +/+, trisep +/+, reflek patologi: babinski -/-, kaku kuduk -/-

- d. B4 bladder/perkemihan : pasien mengatakan tidak ada keluhan, kebersihan bersih, klien tidak menggunakan kateter, warna urine kuning, tidak ada distensi kandung kemih, tidak terdapat nyeri tekan, intake output/ Balance cairan: intake MRS 2500cc/24 jam , output 2000cc/24 jam IWL : 450cc/24 jam. Sindrom nefrotik sekunder pada keganasan jaringan limfoid jarang terjadi, namun penyakit hodgkin merupakan keganasan jaringan limfoid tersering. Sindrom nefrotik merupakan komplikasi unik penyakit hodgkin; gejala sindrom nefrotik umumnya timbul bersamaan dengan gejala penyakit hodgkin, namun dapat merupakan tanda relaps subklinis dari penyakit hodgkin yang telah mengalami remisi sebelumnya (Pudjiastuti, 2016). Pasien tidak ditemukan masalah pada sistem perkemihan, hal ini dikarenakan sindrom nefrotik sekunder jarang terjadi pada kasus limfoma hodgkin
- e. B5 bowel/pencernaan : pasien mengatakan mual, keadaan mulut bersih dan lembab, mukosa bibir kering, tidak terpasang NGT, pasien mampu menelan dengan baik, bentuk abdomen datar dan simetris, tidak ada massa, porsi makan habis ½ porsi, abdomen tidak terdapat nyeri tekan, hepar dan lien tidak teraba, suara abdomen tympani, auskultasi : bising usus 10x/menit, BB sebelum sakit 66 kg, BB saat sakit 45 kg, IMT: 15,57. Gejala sistemik yang muncul pada penderita limfoma hodgkin menurut Pudjiastuti (2016) berupa anoreksia, lemah, mual, keringat malam, penurunan berat badan dan pucat. Gejala mual, anoreksia dan penurunan berat badan yang terjadi pada pasien merupakan gejala sistemik yang umumnya terjadi pada penderita limfoma

hodgkin

- f. B6 bone/muskuloskeletal : ekstremitas simetris, tidak ada deformitas, tidak ada fraktur, pasien tampak lemah, kekuatan otot 4444/4444.
- g. Sistem integumen : warna kulit sawo matang, akral teraba hangat, kulit kepala tidak berminyak, terdapat luka pada bagian dada pasien yang tertutup kassa. Lokasi terjadinya tumor paling banyak baik pada limfoma hodgkin maupun limfoma non-hodgkin adalah leher didapatkan bahwa leher merupakan lokasi terjadinya tumor tersering dengan presentase 54,1%, kemudian disusul lokasi tumor pada inguinal dan abdomen, sedangkan terkait tumor extranodal tidak dijelaskan dalam penelitian ini (Wibawa, 2021). Pasien ditemukan luka bekas kemoterapi pada bagian dada yang ditutupi kasa. Lokasi tersebut menjadi titik lokasi pertumbuhan limfoma hodgkin yang dialami oleh pasien
- h. Pola istirahat tidur : sebelum MRS kualitas tidur px baik jumlah tidur 7-8 jam/hari dari pukul 21.00- 04.00, gangguan tidur : saat MRS pasien mengatakan tidak bisa tidur, tidurnya tidak nyenyak dan sering terbangun

6.2 Diagnosa keperawatan

1. Hipervolemia b.d gangguan mekanisme regulasi

Pengkajian data yang didapatkan dari diagnosa keperawatan tersebut adalah intake 2500/24 jam, output 2000/24 jam, IWL 450, balance cairan +50, HB menurun 9,9 g/dl, efusi pleura kiri : jumlah cairan 501.08. Hipervolemia pada limfoma hodgkin terjadi karena adanya cairan hipotonis yang memasuki

membran alveoli sehingga menyebabkan ketidakseimbangan elektrolit dan terjadi kerusakan membran kapiler yang mengakibatkan edema pulmonal

2. Defisit nutrisi b.d kurangnya asupan makanan

Pengkajian data yang didapatkan dari diagnosa keperawatan tersebut adalah pasien mengatakan tidak nafsu makan, makan habis ½ porsi, BB menurun 45 kg, IMT 15,57, membran mukosa pucat, albumin menurun 2,51 mg/dl, natrium menurun 120,4 mmol/L, klorida menurun 93,1 mmol/L. Defisit nutrisi pada limfoma hodgkin terjadi karena adanya pembengkakan kelenjar limfe, kemudian menyerang sel mukosa gastrointestinal dan terjadi pembengkakan di saluran pencernaan sehingga menekan esofagus dan HCL meningkat yang menyebabkan tidak mampu memasukkan menelan mencerna dan mengabsorpsi makanan sehingga terjadi mual dan tidak nafsu makan

3. Resiko infeksi

Pengkajian data yang didapatkan dari diagnosa keperawatan tersebut adalah malnutrisi dan penurunan hemoglobin 9,9 g/dl

6.3 Perencanaan keperawatan

1. Hipervolemia b.d gangguan mekanisme regulasi

Perencanaan yang dapat disusun untuk mengatasi masalah keperawatan pada pasien adalah identifikasi penyebab hipervolemia untuk mengetahui penyebab hipervolemia, monitor intake dan output cairan untuk mengetahui intake dan output cairan, monitor kecepatan infus secara ketat untuk mencegah kelebihan cairan secara cepat, batasi asupan cairan untuk mengurangi kelebihan cairan, tingkatkan kepala tempat tidur 30-40° untuk membantu

melancarkan pembuluh darah, ajarkan cara mengukur asupan dan haluaran cairan untuk memandirikan pasien dan keluarga

2. Defisit nutrisi b.d kurangnya asupan makanan

Perencanaan yang dapat disusun untuk mengatasi masalah keperawatan pada pasien adalah identifikasi status nutrisi untuk mengetahui status nutrisi, monitor asupan makanan untuk mengetahui asupan makanan, monitor berat badan untuk mengetahui berat badan, monitor hasil pemeriksaan laboratorium untuk mengetahui hasil laboratorium, berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein untuk meningkatkan status nutrisi pada pasien, kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrient yang dibutuhkan untuk memberikan nutrisi yang tepat dan sesuai dengan kebutuhan pasien

3. Resiko infeksi

Perencanaan yang dapat disusun untuk mengatasi masalah keperawatan pada pasien adalah monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik untuk mengetahui tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik, batasi jumlah pengunjung untuk mengurangi penularan bakteri, cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien untuk membersihkan dan mencegah kuman masuk ke tubuh pasien, pertahankan teknik aseptik pada pasien untuk mencegah terjadinya penyebaran infeksi, ajarkan cara mencuci tangan dengan benar untuk meningkatkan pengetahuan cara mencuci tangan dengan benar, anjurkan meningkatkan asupan nutrisi untuk mempertahankan status nutrisi dalam tubuh

6.4 Implementasi keperawatan

Implementasi keperawatan yang dilakukan pada tanggal 23 November sampai dengan tanggal 27 November 2020 adalah Mengidentifikasi penyebab hipervolemia, memonitor intake dan output cairan selama 24 jam, memonitor kecepatan infus secara ketat setiap 8 jam, membatasi asupan cairan selama 24 jam, meninggikan kepala tempat tidur 30-40°, mengajarkan cara mengukur dan mencatat asupan dan haluaran cairan, mengidentifikasi status nutrisi, memonitor asupan makanan setiap 8 jam, memonitor berat badan setiap hari, memonitor hasil pemeriksaan laboratorium, memberikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein, mengkolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrient yang dibutuhkan, memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik setiap 8 jam, membatasi jumlah pengunjung saat jam kunjung, mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien, mempertahankan teknik aseptik pada pasien, mengajarkan cara mencuci tangan dengan benar, menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi

6.5 Evaluasi keperawatan

Evaluasi keperawatan dilakukan dengan SOAP (subjektif, objektif, anamnesis, planning). Diagnosa hipervolemia b.d gangguan mekanisme regulasi adalah intake : 2500/24 jam, output : 2050/24 jam, IWL : 450, balance cairan : 0, HB : 14 g/dl, efusi pleura kiri : jumlah cairan 200, masalah keperawatan teratasi, intervensi dihentikan pasien pulang. Diagnosa defisit nutrisi b.d kurangnya asupan makanan adalah pasien mengatakan nafsu makan baikakan habis 1 porsi, BB : 50 kg, IMT : 18, membran mukosa tidak pucat, albumin : 5 mg/dl, natrium : 138

mmol/L, klorida : 99 mmol/L, masalah keperawatan teratasi, intervensi dihentikan pasien pulang. Diagnosa resiko infeksi adalah faktor resiko malnutrisi sudah teratasi dan penurunan HB 14 g/dl, masalah keperawatan teratasi, intervensi dihentikan pasien pulang

BAB 5

PENUTUP

Setelah penulis melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa limfoma hodgkin di ruang A1 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya, maka penulis bisa menarik kesimpulan sekaligus saran yang bermanfaat dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan

6.1 Simpulan

1. Hasil pengkajian didapatkan intake 2500/24 jam, output 2000/24 jam, IWL 450, balance cairan +50, HB menurun 9,9 g/dl, efusi pleura kiri 501.08, tidak nafsu makan, makan habis ½ porsi, BB menurun 45, IMT 15,57, membran mukosa pucat, albumin menurun 2,51 mg/dl, natrium mneurun 120,4 mmol/L, klorida mneurun 93,1 mmol/L, malnutrisi
2. Diagnosa keperawatan yang muncul adalah hipervolemia b.d gangguan mekanisme regulasi, defisit nutrisi b.d kurangnya asupan makanan, resiko infeksi
3. Perencanaan keperawatan yang digunakan adalah perencanaan yang dapat disusun untuk mengatasi masalah keperawatan pada pasien adalah identifikasi penyebab hipervolemia, monitor intake dan output cairan, monitor kecepatan infus secara ketat, batasi asupan cairan, tingkatkan kepala tempat tidur 30-40°, ajarkan cara mengukur asupan dan haluaran cairan, identifikasi status nutrisi, monitor asupan makanan, monitor berat badan, monitor hasil pemeriksaan laboratorium, berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein, kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kaori dan jenis nutrient yang dibutuhkan, monitor tanda dan gejala

infeksi lokal dan sistemik, batasi jumlah pengunjung, cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien, pertahankan teknik aseptik pada pasien, ajarkan cara mencuci tangan dengan benar, anjurkan meningkatkan asupan nutrisi

4. Implementasi keperawatan yang dilakukan adalah Mengidentifikasi penyebab hipervolemia, memonitor intake dan output cairan selama 24 jam, memonitor kecepatan infus secara ketat setiap 8 jam, membatasi asupan cairan selama 24 jam, meninggikan kepala tempat tidur 30-40°, mengajarkan cara mengukur dan mencatat asupan dan haluaran cairan, mengidentifikasi status nutrisi, memonitor asupan makanan setiap 8 jam, memonitor berat badan setiap hari, memonitor hasil pemeriksaan laboratorium, memberikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein, mengkolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrient yang dibutuhkan, memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik setiap 8 jam, membatasi jumlah pengunjung saat jam kunjung, mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien, mempertahankan teknik aseptik pada pasien, mengajarkan cara mencuci tangan dengan benar, menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi
5. Evaluasi keperawatan dari intervensi sampai pelaksanaan implementasi sudah dilakukan dengan masalah keperawatan nausea b.d efek agen farmakologis, gangguan pola tidur b.d hambatan lingkungan, intoleransi aktivitas b.d kelemahan yang dialami pasien sudah teratasi karena tindakan keperawatan yang diberikan selama 3x24 jam. Diagnosa hipervolemia b.d gangguan mekanisme regulasi adalah intake : 2500/24 jam, output : 2050/24

jam, IWL : 450, balance cairan : 0, HB : 14 g/dl, efusi pleura kiri : jumlah cairan 200, masalah keperawatan teratasi, intervensi dihentikan pasien pulang. Diagnosa defisit nutrisi b.d kurangnya asupan makanan adalah pasien mengatakan nafsu makan baikakan habis 1 porsi, BB : 50 kg, IMT : 18, membran mukosa tidak pucat, albumin : 5 mg/dl, natrium : 138 mmol/L, klorida : 99 mmol/L, masalah keperawatan teratasi, intervensi dihentikan pasien pulang. Diagnosa resiko infeksi adalah faktor resiko malnutrisi sudah teratasi dan penurunan HB 14 g/dl, masalah keperawatan teratasi, intervensi dihentikan pasien pulang

6.2 Saran

Saran yang bisa penulisan berikan dalam penerapan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis limfoma hodgkin sebagai berikut:

1. Bagi institusi rumah sakit

Dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan yang profesional alangkah baiknya dilakukan seinar atau suatu pertemuan yang membahas tentang masalah kesehatan pada pasien

2. Bagi institusi pendidikan

Pendidikan dan pengetahuan perawat secara berkelanjutan perlu ditingkatkan baik secara formal da informal khususnya pengetahuan dalam bidang kesehatan

3. Bagi keluarga dan klien

Untuk mencapai hasil keperawatan yang diharapkan diperlukan hubungan yang baik dan keterlibatan pasien, keluarga dan tim kesehatan lainnya

4. Bagi penulis selanjutnya

Kembangkan dan tingkatkan pemahaman perawat terhadap konsep manusia secara komprehensif sehingga mampu menerapkan asuhan keperawatan dengan baik

DAFTAR PUSTAKA

- Ayu, L. (2013). *Asuhan Keperawatan pada Klien dengan Gangguan Sistem Endokrin pada Kasus Limfoma*.
- Hadi, W. (2012). *ASKEP LIMFOMA NON HODGKIN*. STIKES Bethesda Yakkum Yogyakarta.
- Hendro. (2019). *Penerapan Terapi Relaksasi Deep Breathing Exercise terhadap Intensitas Nyeri Pada Pasien Post Operasi Laparotomi Di RSUD Kota Kendari*. Fakultas Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kendari.
- Hidayati, R. (2014). *Praktik Laboratorium Keperawatan*. Erlangga.
- Kemenkes RI. (2015). *Data dan Kondisi Penyakit Limfoma di Indonesia*. InfoDatin.
- Maranatha, D. (2017). Problema Diagnostik dan Respons Kemoterapi pada Seorang Penderita Classical Limfoma Hodgkin Tipe Mixed Cellularity dengan Temporary Spontaneous Regression. *Jurnal Respirasi*, 3(1), 7–11.
- Maya, I. P. G. N. (2017). *Limfoma hodgkin* (Issue 1302006065). Universitas Udayana.
- Pudjiastuti, P. (2016). Sindrom Nefrotik Sekunder pada Anak Dengan Limfoma Hodkin. *Sari Pediatri*, 8(1), 37–42.
- Putri, N. V. (2021). Hubungan Kepadatan Tumor-Associated-Macrophages dan Tumor- Associated-Neutrophils dengan Karakteristik Klinikohistopatologi pada Pasien Limfoma Hodgkin. *Maj Patol Indonesia*, 25279106(2), 264–271.
- Sastrosudarmo, W. (2015). *Kanker The Silent Killer*. EGC.
- SDKI. (2016). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia*. Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- SIKI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia*. Dewan Pengurus Pusat

Persatuan Perawat Nasional Indoensia.

SLKI. (2018). *Standar Luaran Keperaawatan Indonesia*. Dewan Pengurus Pusat
Persatuan Perawat Nasional Indoensia.

Syarif, Y. (2020). *Standar Operasional Prosedur Injeksi Intra Vena*.

Wibawa, I. K. (2021). Karakteristik Pasien Limfoma Maligna di Rumah Sakit
Umum Pusat Sanglah Denpasar Bali tahun 2018. *Jurnal Medika Udayana*,
10(1), 47–53.

World Cancer Research Fund Fundamental. (2015). *Cancer Facts A Figures
Worldwide*.

Lampiran 1**CURICULUM VITAE**

Nama : Selvina Ramadhanty Utami

Tempat, Tanggal Lahir : Sumenep, 06 Januari 1998

Alamat : Pondok Mutiara Harum Blok O no 08, Desa
Kalimo'ok, Kecamatan Kalianget, Kabupaten
Sumenep

Riwayat Pendidikan :

1. TK Pertiwi Ganding (A) Lulus Tahun 2003
2. TK Al-Bashar Kalimo'ok (B) Lulus Tahun 2004
3. SDN Pabian IV Sumenep Lulus Tahun 2010
4. SMPN 1 Sumenep Lulus Tahun 2013
5. SMAN 1 Sumenep Lulus Tahun 2016

Lampiran 2

MOTTO DAN PERSEMBAHAN

MOTTO:

Wait or take ? believe your self

PERSEMBAHAN:

1. Terima kasih kepada Allah SWT atas limpahan rahmat dan hidayah-Nya, sehingga saya bisa menyelesaikan karya ilmiah akhir ini.
2. Terima kasih kepada kedua orang tua saya, Bapak Asnan dan Ibu Yulis Setianingsih yang selalu memberikan nasihat dan dukungan serta doa bagi saya untuk bisa menyelesaikan karya ilmiah akhir ini.
3. Terima kasih kepada Saudara-saudara saya, yaitu kakak Fitri, kakak Dewi, dan adik Jendra yang selalu memberikan dukungan dan kepeduliannya kepada saya dalam proses penyusunan karya ilmiah akhir ini.
4. Terima kasih kepada Alfi Novianto sebagai pasangan saya yang selalu menjadi *support system* yang selalu siap membantu kesulitan saya dalam proses penyusunan karya ilmiah akhir ini.
5. Terima kasih kepada teman-teman kelompok saya Intan, Avita, Agung dan Pandu yang selalu memberikan semangat satu sama lain