

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Limfoma merupakan istilah umum untuk berbagai tipe kanker darah yang muncul dalam system limfatik, yang menyebabkan pembesaran kelenjer getah bening. Limfoma disebabkan oleh limfosit B atau T, yaitu sel darah putih yang dalam keadaan normal atau sehat menjaga daya tahan tubuh kita untuk menangkal infeksi bakteri, jamur, parasite dan virus, menjadi abnormal dengan membelah lebih cepat dari sel biasa atau hidup lebih lama dari biasanya. Limfoma terbagi menjadi dua tipe yaitu Limfoma Hodgkin (LH) dan Limfoma Non Hodgkin (LNH). Sekitar 90 % penderita limfoma merupakan limfoma non Hodgkin, dan sisanya limfoma Hodgkin. beberapa tipe limfoma dapat disembuhkan, dan untuk jenis lainnya, banyak pasien yang mampu menjaga penyakit mereka di bawah control dan memiliki kualitas hidup yang baik dengan pengobatan medis yang baik (Depkes, 2014)

Limfoma Hodgkin (LH) terjadi karena mutasi sel B pada sitem limfatik, dengan hasil deteksi yaitu adanya sel atau *abnormal Reed-stenbeg* dalam sel kanker. Limfoma Non Hodgkin (LNH) adalah sekelompok keganasan primer limfosit yang dapat berasal dari limfosit B, limfosit T, dan sangat dan sangat jarang berasal dari NK (*natural killer*) yang berada dalam sitem limfe yang sangat heterogen. (WHO, 2014).

World Lymphoma Awareness Day (WLAD) atau Hari Peduli Kanker Limfoma Sedunia di peringati 15 September , Lymphoma Coalition (LC) adalah sebuah organisasi non-profit yang beranggotakan 63 pasien Limfoma yang berasal dari 44 Negara di dunia. Hari Peduli Limfoma sedunia pertama kali di Peringati pada Tahun 2004, namun di Indonesia sendiri baru mulai di Peringati sejak Tahun 2005. Tujuan peringatan WLAD adalah untuk meningkatkan kepedulian masyarakat terhadap Limfoma, baik Limfoma Hodgkin (LH) maupun Limfoma Non-Hodgkin (LNH), sehingga dengan mengetahui gejala dari penyakit tersebut diharapkan limfoma dapat ditangani lebih awal (Depkes RI.2015).

Jika dibandingkan dengan Penyakit Kanker lainnya , Jumlah kasus Limfoma sebenarnya masih tergolong rendah, namun demikian pada perkembangannya jumlah kasus ini limfoma terus meningkat dengan setiap tahunnya(Depkes RI.2015).

Sekitar satu juta orang di dunia menderita Limfoma, dan terdapat sekitar seribu orang didiagnosis menderita limfoma setiap harinya. Kepedulian masyarakat terhadap tanda dan gejala penyakit Limfoma masih sangat kurang, Jika kepedulian dan Pengetahuan masyarakat meningkat , maka dapat memberikan dukungan dan semangat lebih besar bagi para pasien dan keluarganya, sehingga mereka bisa mendapatkan penanganan segera dari dokter spesialis hematologi onkologi medik, serta mendapatkan informasi terbaru mengenai Limfoma (Depkes RI. 2015).

Kanker merupakan suatu pertumbuhan sel tubuh yang tidak normal, berkembang dengan cepat, menyebar dan tidak terkendali (Akmal, dkk., 2010: 187). Kanker adalah pertumbuhan sel-sel jaringan tubuh yang telah kehilangan pengendalian sehingga mengalami pertumbuhan yang tidak normal (Diananda, 2009: 3).

Kelenjer Getah bening terdapat beberapa tempat ditubuh kita. Kelenjer Getah Bening adalah bagian dari sistem pertahanan tubuh kita. Tubuh kita memiliki kurang dari 600 getah bening . Limfoma adalah penyakit keganasan yang berasal dari sistem limfatik yang bersifat padat meskipun kadang menyebar secara sistemik (Handayami,2012). Penyakit limfoma diklasifikasikan menjadi 2 golongan yaitu Penyakit Limfoma Hodgkin dan Limfoma Non Hodgkin.

Limfoma non hodgkin berkisar 63.190 kasus pada tahun 2007 di Amerika Serikat dan merupakan penyebab kematian utama pada kanker pada pria usia 20-39 tahun. Limfoma non hodgkin terus mengalami peningkatan sekitar 3,4% setiap tahunnya. *The American Cancer Society* memperkirakan terdapat 65.980 kasus baru setiap tahun dan 19.500 di antaranya meninggal dunia akibat limfoma non hodgkin 2009. Saat ini berada di peringkat ke lima dalam kematian kanker di Amerika Serikat. Kejadian tahunan limfoma non hodgkin pada 2000-2004 adalah 1,93 kasus per 100.000 orang, sekitar 66.120 kasus baru limfoma non hodgkin pada tahun 2008(*WHO*, 2014)

Limfoma non hodgkin menduduki peringkat ke 6 kanker terbanyak di Indonesia, bahkan Badan Komisi Hematologi Onkologi Medik Penyakit Dalam Indonesia (BAKORNAS HOMPEDIN) menyatakan limfoma lebih tinggi dari leukemia dan menduduki peringkat ke 3 kanker paling cepat setelah leukemia dan kanker paru. Berdasarkan Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) 2013, didapatkan penderita limfoma berdasarkan diagnosis diberikan dokter, limfoma di Indonesia pada tahun 2013 adalah sekitar 0,06 % atau diperkirakan sebanyak 14.905 orang. Di provinsi Riau penderita limfoma yaitu sekitar 0,07 % atau diperkirakan sebanyak 430 orang. Sedangkan provinsi jawa barat memiliki jumlah penderita terbanyak yaitu sebanyak 2.728 orang. Jumlah penderita limfoma cukup tinggi dan sehingga diwaspadai.(Depkes, 2014)

Berbagai permasalahan dapat timbul karena kasus ini yang mana permasalahan tersebut dapat menyangkut seluruh aspek kehidupan dari manusia baik secara fisik, psikis, sosial maupun spiritual, secara fisik dapat menimbulkan terganggunya pola nafas karena ada penekanan atau kesulitan dalam menelan makana sehingga mengakibatkan kurangnya asupan nutrisi.

Komplikasi yang paling sering dialami oleh penderita limfoma non-hodgkin. Melemahnya sistem kekebalan tubuh akan semakin parah selama penderita menjalani pengobatan . Jika sistem kekebalan tubuh melemah, maka tubuh akan semakin rentan terhadap berbagai infeksi dan meningkatkan risiko komplikasi yang lebih serius. Peran perawat

sebagai tenaga kesehatan berperan untuk mengatasi masalah yang dihadapi pasien dengan memberikan tindakan dan penyuluhan bagaimana mencegah dan mengatasi Limfoma non hodgkin

Upaya optimalisasi penatalaksanaan klien dengan limfoma non hodgkin dalam menangani masalah dirumah sakit antara lain melakukan asuhan keperawatan, standar Asuhan Keperawatan mencakup penerapan Intervensi Keperawatan. (Nanda-I, 2015-2017). Jika masalah pasien berkurang atau hilang maka intervensi dihentikan, anjurkan klien minum obat tepat waktu dan jika klien sudah pulang anjurkan klien konsultasi pada dokter sesuai dengan jadwal yang sudah di anjurkan.

Dari latar belakang di atas penulis tertarik mengambil masalah Asuhan Keperawatan Limfoma Non Hodgkin.

B. Rumusan Masalah

Bagaimana memberi “asuhan keperawatan pada pada Tn.M dengan limfoma non hodgkin pasca operasi di ruang ali bin abi thalib RSUD bangkinang”.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Memberikan Asuhan Keperawatan pada pada Tn.M dengan masalah limfoma non hodgkin pasca operasi di ruang Ali bin Abi Thalib RSUD Bangkinang.

2. Tujuan Khusus

- a) Melakukan Pengkajian pada Tn.M dengan masalah limfoma non hodgkin pasca operasi di ruang Ali bin Abi Thalib RSUD Bangkinang.
- b) Merumuskan Diagnosa Keperawatan pada klien pada Tn.M dengan masalah limfoma non hodgkin pasca operasi di ruang Ali bin Abi Thalib RSUD Bangkinang.
- c) Menyusun Rencana Keperawatan pada Tn.M dengan masalah limfoma non hodgkin pasca operasi di ruang Ali bin Abi Thalib RSUD Bangkinang.
- d) Melakukan Implementasi pada Tn.M dengan masalah limfoma non hodgkin pasca operasi di ruang Ali bin Abi Thalib RSUD Bangkinang.
- e) Melakukan Evaluasi pada Tn.M dengan masalah limfoma non hodgkin pasca operasi di ruang Ali bin Abi Thalib RSUD Bangkinang.

D. Manfaat Penelitian

1. Aspek Teoritis

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan suatu masukan dan menambah untuk teori sehingga dapat dijadikan sebagai sumber referensi dan meningkatkan ilmu pengetahuan dalam

mencari pemecahan permasalahan pada pada Tn.M dengan masalah limfoma non hodgkin.

2. Aspek Prastis

1) Bagi Klien dan Keluarga

Mendapatkan pengalaman serta dapat menerapkan apa yang telah dipelajari dalam penanganan kasus Limfoma non hodgkin yang dialami dengan kasus nyata dalam pelaksanaan keperawatan, seperti bagaimana cara mengatasi dengan masalah limfoma non hodgkin pasca operasi.

2) Bagi Perawat

Asuhan keperawatan ini menjadi informasi untuk menambah pengetahuan, keterampilan dalam meningkatkan pelayanan perawatan dengan masalah limfoma non hodgkin.

3) Bagi Peneliti Selanjutnya

Asuhan keperawatan ini dapat dijadikan dasar informasi dan pertimbangan penelitian selanjutnya untuk menambah pengetahuan tentang asuhan keperawatan dengan masalah limfoma non hodgkin.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

a. KONSEP DASAR LIMFOMA NON HODGKIN

1. Defenisi

Limfoma Non Hodgkin adalah sekelompok keganasan primer limfosit yang dapat berasal dari limfosit B, limfosit T, dan sangat dan sangat jarang berasal dari NK (*natural killer*) yang berada dalam sistem limfe yang sangat heterogen. (WHO, 2014)

Limfoma Non Hodgkin adalah salah satu keganasan yang di mulai ketika limfosit berdiferensiasi menjadi sel yang abnormal (Depkes RI, . 2015)

Limfoma Non hodgkin adalah suatu kelompok heterogenus B sel dan T sel neoplasma pertama timbul pada node dengan variasi klinis dan temuan biologis (Zahra, 2012).

Limfoma non- Hodgkin adalah suatu kelompok penyakit heterogen yang dapat didefinisikan sebagai keganasan jaringan limfoid selain penyakit Hodgkin. (Keperawatan Medikal Bedah Vol.2)

2. Anatomi

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 semua

nya mengalir mengalir keseluruh tubuh melalui pembuluh limfatik. (Syaifudin, 2015)

Yang membentuk sistem limfatik dan cairan yang mengisi Pembuluh ini disebut limfe Komponen sistem limfatik antara lain :

a. Pembuluh Limfe

Pembuluh limfe adalah jalinan halus kapiler yang sangat kecil atau sebagian rongga limfe di dalam jaringan berbagai organ dalam vili usus terdapat pembuluh limfe khusus yang di sebut lakteal yang di jumpai dalam vili usus.

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.(Tambayong, 2001)

b. Kelenjar limfe

Kelenjar ini berbentuk bulat lonjong dengan ukuran kira – kira 10-25 mm. Limfe disebut juga getah bening, getah bening merupakan cairan yang susunan isinya hampir sama dengan plasma darah dan cairan jaringan. Fungsinya yaitu menyaring cairan limfe dari benda asing, pembentukan limfosit membentuk antibodi, pembuangan bakteri, membant reasoprbsi lemak. (Evelyn, 2013)

c. Limpa

Limpa merupakan sebuah organ yang terletak di sebelah kiri abdomen di daerah hipogastrium kiri bawah iga. Limpa berdekatan dengan fundus dan permukaan luarnya menyentuh diafragma. Jaringan struktur jaringan ikat di antara jaringan itu membentuk isi limpa atau pulpa yang terdiri dari jaringan limfa 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 ke limpa, sebagai pabrik sel darah, limpa dapat memproduksi leukosit dan eritrosit karena di dalam limpa terdapat jaringan retikulum endotel maka limpa tersebut dapat menghancurkan eritrosit sehingga hemoglobin dapat di pisahkan dari zat besinya, menghasilkan zat antibodi.(Watson.R, 2002)

d. Thymus

Kelenjar timus terletak didalam torax, kira – kira pada ketinggian bifurkasi trakea. Warnanya kemerahan dan terdiri dari dua 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 mengerut lagi, fungsinya diperkirakan ada sangkutan dengan produksi antibody dan sebagai tempat berkembangnya sel darah putih. (Tambayong, 2001)

e. Susum tulang

Sumsum tulang adalah jaringan lunak yang ditemukan pada rongga interior yang merupakan tempat produksi sebagian besar sel darah baru. Ada dua jenis sumsum tulang, sumsum tulang merah dan sumsum tulang kuning. Sel darah merah, keping darah dan sebagian besar sel darah putih dihasilkan dari sumsum merah. Sumsum kuning menghasilkan sel darah putih dan warnanya di timbulkan oleh sel –sel lemak yang banyak dikandungnya. (Adam, 2012)

Fungsi sistem limfatik sebagai berikut :

- 1) Pembuluh limfatik Pengumpulan cairan berlebih atau cairan limfe dari jaringan sehingga memungkinkan aliran cairan segar selalu bersirkulasi dalam jaringan tubuh.
- 2) Merupakan pembuluh untuk membawa kembali kelebihan protein didalam cairan jaringan kedalam aliran darah.
- 3) Nodus menyaring cairan limfe dari infeksi bakteri dan bahan – bahan berbahaya.
- 4) Nodus memproduksi limfosit baru untuk sirkulasi.
- 5) Pembuluh limfatik pada organ abdomen membantu absorpsi nutrisi yang dicerna, terutama lemak.

Mekanisme sirkulasi limfatik pembuluh

Pembuluh limfatik bermuara kedalam vena–vena besar yang mendekati jantung dan disini terdapat tekanan negatif akibat gaya isap torak pada gerakan inspirasi. Tekanan timbul pada pembuluh limfatik, seperti halnya 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 aliran cairan limfe yang melalui sisem limfatik terjadilah edema. Yaitu pembengkakan jaringan akibat obstruksi vena, karena vena juga berfungsi mengalirkan sebagian cairan jaringan. (Adam. 2012)

3. Tanda dan Gejala

Gejala utama limfoma non-Hodgkin adalah pembengkakan tanpa nyeri di kelenjar getah bening, seperti di leher, ketiak, atau lipat paha. Namun, tidak semua pembengkakan kelenjar getah bening menunjukkan gejala kanker. Kelenjar getah bening juga dapat membengkak akibat respons terhadap infeksi yang dialami tubuh. (Doegoes)

Selain pembengkakan kelenjar getah bening, ada beberapa gejala lain limfoma non-Hodgkin yang perlu diwaspadai, antara lain:

- a. Penurunan berat badan.
- b. Berkeringat pada malam hari.
- c. Nyeri dada.
- d. Gangguan pernapasan.
- e. Perut terasa sakit atau membesar.
- f. Anemia.
- g. Kulit terasa gatal.
- h. Gangguan pencernaan.

4. Patofisiologi

Perubahan sel limfosit normal menjadi sel limfoma merupakan akibat terjadinya mutasi gen pada salah satu gen pada salah satu sel limfosit tua yang tengah berada dalam proses transformasi menjadi imunoblas. (Adam, 2012)

Beberapa perubahan yang terjadi pada limfosit tua antara lain :

- a. Ukurannya semakin besar
- b. Kromatin inti menjadi halus
- c. Nukleolinya terlihat
- d. Protein permukaan sel mengalami perubahan

Beberapa factor resiko yang diperkirakan dapat menyebabkan terjadinya limfoma Hodgkin dan non-Hodgkin seperti infeksi virus – virus seperti virus Epstein-Berg, Sitomegalovirus, HIV, HHV-6, defisiensi imun, bahan kimia mutasi spontan, radiasi awalnya menyerang sel limfosit yang ada di kelenjar getah bening sehingga sel–sel limfosit tersebut membelah secara abnormal atau terlalu cepat dan membentuk tumor atau benjolan. Tumor dapat mulai dikelenjar getah bening (nodal) atau diluar kelenjar getah bening (ekstra nodal). (Keperawatan Medikal Bedah Vol.2)

Proliferasi abnormal tumor tersebut dapat memberi kerusakan penekanan atau penyumbatan organ tubuh yang diserang. Apabila sel tersebut menyerang Kelenjar imfe maka akan terjadi Lymphadenophaty, Dampak dari proliferasi sel darah putih yang tidak terkendali, sel darah merah akan terdesak, jumlah sel eritrosit menurun dibawah normal yang

disebut anemia. Selain itu populasi limfoblast yang sangat tinggi juga akan menekan jumlah sel trombosit dibawah normal yang disebut trombositopenia. Bila kedua keadaan terjadi bersamaan, hal itu akan disebut bisitopenia yang menjadi salah satu tanda kanker darah. (Keperawatan Medikal Bedah Vol.2)

Gejala awal yang dapat dikenali adalah pembesaran kelenjar getah bening di suatu tempat (misalnya leher atau selangkangan) atau diseluruh tubuh. Kelenjar membesar secara perlahan dan biasanya tidak menyebabkan nyeri. Kadang pembesaran kelenjar getah bening di tonsil (amandel) menyebabkan gangguan menelan.

Pembesaran kelenjar getah bening jauh didalam dada atau perut bisa menekan berbagai organ dan menyebabkan: gangguan pernafasan, berkurangnya nafsu makan, sembelit berat, nyeri perut, pembengkakan tungkai. Jika limfoma menyebar ke dalam darah bisa terjadi leukimia. Limfoma non Hodgkin lebih mungkin menyebar ke sumsum tulang, saluran pencernaan dan kulit. Pada anak – anak, gejala awalnya adalah masuknya sel – sel limfoma ke dalam sumsum tulang, darah, kulit, usus, otak, dan tulang belakang, bukan pembesaran kelenjar getah bening. Masuknya sel limfoma ini menyebabkan anemia, ruam kulit dan gejala neurologis (misalnya delirium, penurunan kesadaran). (Keperawatan Medikal Bedah Vol.2)

Secara kasat mata penderita tampak pucat, badan seringkali hangat dan merasa lemah tidak berdaya, selera makan hilang, berat badan menurun

disertai pembengkakan seluruh kelenjar getah bening : leher, ketiak, lipat paha, dll. (Keperawatan Medikal Bedah Vol.2)

Apabila terdapat hambatan aliran cairan limfe yang melalui sisem limfatik terjadilah edema. Yaitu pembengkakan jaringan akibat obstruksi vena, karena vena juga berfungsi mengalirkan sebagian cairan jaringan. (Adam, 2012)

5. Etiologi

Belum ditemukan penyebab yang pasti, namun terdapat beberapa faktor risiko yang mempengaruhi terjadinya penyakit ini yaitu :

- a. Umur : sebagian besar Limfoma Non-Hodkin ditemukan pada orang dengan usia 60 tahun atau lebih. Namun pada beberapa tipe ditemukan juga meyerang orang yang berusia muda.
- b. Gender: sebagian besar risiko terjadinya Limfoma Non-Hodkin umumnya terjadi pada laki-laki daripada perempuan. Namun pada beberapa tipe lebih banyak terjadi pada wanita dan tidak diketahui penyebabnya.
- c. Ras : di AS orang Amerika kulit putih lebih rentan terkena Limfoma Non-Hodkin dari pada orang amerika kulit hitam, maupun orang Amerika keturunan Asia.
- d. Paparan Zat Kimia : beberapa penelitian mengatakan bahwa bahan kimia seperti benzena dan insektisida berhubungan dalam meningkatkan risiko terkena Limfoma Non-Hodkin.

- Beberapa juga mengatakan obat - obatan yang digunakan untuk terapi kanker juga dapat meningkatkan risiko terkena Limfoma Non-Hodkin beberapa tahun kemudian.
- e. Paparan Radiasi : Orang yang dapat bertahan hidup pada daerah yang pernah mengalami ledakan bom nuklir memiliki risiko lebih tinggi untuk terkena kanker, salah satunya Limfoma Non-Hodkin. Orang yang menjalani pengobatan menggunakan radiasi, juga dapat meningkatkan risiko terkena Limfoma Non-Hodkin di kemudian hari.
 - f. Sistem imun yang lemah : Seseorang dengan sistem imun yang lemah dapat meningkatkan risiko terkena Limfoma Non-Hodkin. Selain itu seseorang yang terinfeksi virus HIV juga berisiko terkena Limfoma Non-Hodkin.
 - g. Penyakit Autoimun : penyakit auto imun adalah suatu penyakit dimana sistem imun menyerang jaringan/sel tubuh maupun sel asing yang masuk. Contoh penyakit Autoimun adalah Reumatic Arthritis dan Systemic Lupus Erythematosus dapat meningkat risiko terkena Limfoma Non-Hodkin.
 - h. Infeksi virus : infeksi virus yang menyerang DNA maupun Limfosit dapat mengubah DNA dan Limfosit menjadi sel - sel kanker. Virus tersebut diantaranya Epstein-Barr Virus (EBV) dan HTLV-1 virus. (Irwan,2009)

6. Perbedaan LH dan LNH

Perbedaan lainnya adalah Pada pengamatan mikroskopik akan ditemukan *Reed stenberg cell* pada limphoma hodgkin sedang pada limphoma non-hodgkin tidak ditemukan.

Sel - sel Reed-Sternberg sendiri merupakan sel - sel ganas yang khas dalam menyusup reaktif sel yang terdiri dari proporsi variabel limfosit, histiocytes, eosinofil, dan sel - sel plasma. Karakteristik klasik Reed-Sternberg sel termasuk ukuran besar (20–50 mikrometer), berlimpah, amphophilic, alus rinci/homogen sitoplasma : dua gambar cermin inti (burung hantu mata) masing - masing dengan nucleolus eosinophilic dan membran nuklir tebal (chromatin didistribusikan di pinggir sel). (IDAI, 2012)

Untuk penyebaran nodal pada limfoma Hodgkin adalah contiguous Secara harfiah arti bahasa inggrisny *contiguous* berarti berdekatan. Ini berarti Limphoma hodgkin ke-*khas*-annya menyebar menurut rantai jaringan spesifik terdekat misal: penyebaran limfo nodus colli, axilla, ataupun parasternal. Sedang Limphoma Non-Hodgkin penyebarannya *non-contiguous* yang berarti penyebarannya tak mengikuti pola tertentu. (IDAI, 2012)

7. KLASIFIKASI LIMFOMA NON-HODGKIN

Ada 2 klasifikasi besar penyakit ini yaitu :

a. Limfoma non Hodgkin agresif.

Limfoma non Hodgkin agresif kadangkala dikenal sebagai limfoma non Hodgkin tumbuh cepat atau level tinggi. Karena sesuai dengan namanya, limfoma non Hodgkin agresif ini tumbuh dengan cepat. Meskipun nama ‘agresif’ kedengarannya sangat menakutkan, limfoma ini sering memberikan respon sangat baik terhadap pengobatan. Meskipun pasien yang penyakitnya tidak berespon baik terhadap standar pengobatan lini pertama, sering berhasil baik dengan kemoterapi dan transplantasi sel induk. Pada kenyataannya, limfoma non Hodgkin agresif lebih mungkin mengalami kesembuhan total daripada limfoma non Hodgkin indolen. (Herlman, 2015)

b. Limfoma non Hodgkin indolen.

Limfoma non Hodgkin indolen kadang - kadang dikenal sebagai limfoma non Hodgkin tumbuh lambat atau level rendah. Sesuai dengan namanya, limfoma non Hodgkin indolen tumbuh hanya sangat lambat. Secara tipikal pada awalnya tidak menimbulkan gejala, dan mereka sering tetap tidak terdeteksi untuk beberapa saat. Tentunya, mereka sering ditemukan secara kebetulan, seperti ketika pasien mengunjungi dokter untuk sebab lainnya. Dalam hal ini, dokter mungkin menemukan pembesaran kelenjar getah bening pada pemeriksaan fisik rutin. Kadangkala suatu pemeriksaan seperti

pemeriksaan darah, atau suatu sinar-X, dada, mungkin menunjukkan sesuatu yang abnormal, kemudian diperiksa lebih lanjut dan ditemukan terjadi akibat limfoma non Hodgkin. Gejala yang paling sering adalah pembesaran kelenjar getah bening, yang kelihatan sebagai benjolan, biasanya di leher, ketiak dan lipat paha. Pada saat diagnosis pasien juga mungkin mempunyai gejala lain dari limfoma non Hodgkin. Karena limfoma non Hodgkin indolen tumbuh lambat dan sering tanpa menyebabkan stadium banyak diantaranya sudah dalam stadium lanjut saat pertama terdiagnosis. (Herlman, 2015)

8. TAHAPAN PENYAKIT

Penyebaran Limfoma dapat dikelompokkan dalam 4 stadium. Stadium I dan II sering dikelompokkan bersama sebagai stadium awal penyakit, sementara stadium III dan IV dikelompokkan bersama sebagai stadium lanjut. (IDAI, 2012)

- a. Stadium I : Penyebaran Limfoma hanya terdapat pada satu kelompok yaitu kelenjar getah bening.
- b. Stadium II : Penyebaran Limfoma menyerang dua atau lebih kelompok kelenjar getah bening, tetapi hanya pada satu sisi diafragma, serta pada seluruh dada atau perut.
- c. Stadium III : Penyebaran Limfoma menyerang dua atau lebih kelompok kelenjar getah bening, serta pada dada dan perut.

- d. Stadium IV : Penyebaran Limfoma selain pada kelenjar getah bening setidaknya pada satu organ lain juga seperti sumsum tulang, hati, paru-paru, atau otak.

Penentuan stadium merupakan salah satu pola penting dalam manajemen LNH yang bertujuan untuk mengetahui status penyakit dan memilih pengobatan yang relevan serta memudahkan evaluasi hasil terapi. (IDAI, 2012)

klasifikasi menurut Arnn Arberr (1971) sebagai berikut:

Tabel 1.2 Tabel Tahapan Penyakit

STADIUM	INTERPRETASI
Stadium I	Terserang satu kelenjar limfe pada daerah tertentu atau ekstra limfatik
Stadium II	Terserang lebih dari satu kelenjar limfe di daerah di atas diafragma dengan atau tanpa ekstra limfatik
Stadium III	Terserang kelenjar limfe diatas dan di bawah diafragma atau disertai limfoma ekstra limfatik, limpa atau keduanya.
Stadium IV	Tersebar menyeluruh pada organ ekstra limfatik dengan atau tanpa melibatkan kelenjar limfe.

9. PEMERIKSAAN DIAGNOSTIC.

- a. Pemeriksaan biopsy kelenjar atau massa tumor untuk mengetahui subtype LNH, bila perlu sitologi jarum halus (FN HB) ditempat lain yang dicurigai.
- b. Ct-Scan atau USG abdomen, untuk mengetahui adanya pembesaran kelenjar getah bening pada aorta abdominal atau

KGB lainnya, massa tumor abdomen, dan metastase ke bagian intraabdominal.

- c. Pencitraan toraks (PA dan lateral) untuk mengetahui pembesaran kelenjar media stinum, bila perlu CT scan toraks.
- d. Pemeriksaan THT untuk melihat keterlibatan cincin waldeyer terlibat dilanjutkan dengan tindakan gastroskopi
- e. Jika diperlukan pemeriksaan bone scan atau bone survey untuk melihat keterlibatan tulang.(IDAI. 2012)

i. PENATALAKSANAAN

Terapi ditentukan berdasarkan tipe dan stadium penyakit, usia, dan status kesehatan secara umum. Terapinya yaitu :

- a. Kemoterapi terutama diberikan untuk limfoma jenis derajat keganasan sedang - tinggi dan pada stadium lanjut.
- b. Radiasi. Radiasi dosis tinggi bertujuan untuk membunuh sel kanker dan mengecilkan ukuran tumor. Terapi radiasi umumnya diberikan untuk limfoma derajat rendah dengan stadium awal. Namun kadang-kadang dikombinasikan dengan kemoterapi pada limfoma dengan derajat keganasan sedang atau untuk terapi tempat tertentu, seperti di otak.
- c. Transplantasi sel induk. Terutama jika akan diberikan kemoterapi dosis tinggi, yaitu pada kasus kambuh. Terapi ini umumnya digunakan untuk limfoma derajat sedang-tinggi yang kambuh setelah terapi awal pernah berhasil

- d. Observasi. Jika limfoma bersifat lambat dalam pertumbuhan, maka dokter mungkin akan memutuskan untuk observasi saja. Limfoma yang tumbuh lambat dengan gejala yang ringan mungkin tidak memerlukan terapi selama satu tahun atau lebih.
- e. Radioimunoterapi. Merupakan terapi terkini untuk limfoma non-Hodgkin. Obat yang telah mendapat pengakuan dari FDA untuk radioimunoterapi adalah ibritumomab dan tositumomab. Terapi ini menggunakan antibody monoclonal bersamaan dengan isotop radioaktif. Antibodi tersebut akan menempel pada sel kanker dan radiasi akan menghancurkan sel kanker.(IDAI. 2012)

11. KOMPLIKASI

Penderita limfoma non hodgkin yang telah melalui proses pengobatan atau bahkan telah dinyatakan sembuh, tetap memiliki risiko mengalami komplikasi. Beberapa jenis komplikasi yang mungkin terjadi, antara lain:

- a. Sistem kekebalan tubuh melemah. Jenis komplikasi yang paling sering dialami oleh penderita limfoma non-hodgkin. Melemahnya sistem kekebalan tubuh akan semakin parah selama penderita menjalani pengobatan . Jika sistem kekebalan tubuh melemah, maka tubuh akan semakin rentan terhadap berbagai infeksi dan meningkatkan risiko komplikasi yang lebih serius.

- b. Risiko kemandulan meningkat. Prosedur kemoterapi dan radioterapi dapat memicu meningkatnya risiko kemandulan, baik yang bersifat sementara atau permanen.
- c. Risiko munculnya kanker lain meningkat. Kemoterapi dan radioterapi tidak hanya dapat membunuh sel kanker, namun juga membunuh sel-sel sehat, sehingga risiko munculnya kanker di kemudian hari semakin meningkat.
- d. Risiko munculnya gangguan kesehatan lain meningkat. Pengobatan limfoma non-Hodgkin juga dapat meningkatkan risiko gangguan kesehatan lain, seperti:
 - 1) Katarak.
 - 2) Diabetes.
 - 3) Penyakit tiroid.
 - 4) Penyakit jantung.
 - 5) Penyakit paru-paru.
 - 6) Penyakit ginjal.

12. PENCEGAHAN

Tidak ada cara yang diketahui untuk mencegah limfoma. Sebuah rekomendasi tandar adalah untuk menghindari faktor risiko untuk penyakit ini. Namun, beberapa faktor risiko untuk limfoma tidak diketahui, dan karena itu tidak mungkin untuk menghindari. Infeksi virus seperti HIV, EBV, dan hepatitis merupakan faktor risiko yang dapat dihindari dengan sering mencuci tangan, mempraktekkan seks yang aman, dan dengan

tidak berbagi jarum, pisau cukur, sikat gigi, dan barang-barang pribadi yang serupa yang mungkin terkontaminasi dengan darah yang terinfeksi atau cairan .

Para ahli di Amerika menemukan salah satu kemungkinan penyebab kanker limfoma adalah adanya intake tinggi lemak-lemak trans, yang sudah terbukti juga meningkatkan risiko penyakit jantung. Dalam penelitian terhadap 88.410 perempuan, yang paling banyak makan lemak trans (sekitar 5,7 gram/hari) mempunyai risiko 2 kali lebih tinggi terserang limfoma dibanding mereka yang makan paling sedikit (sekitar 2,4 gram/hari). Lemak trans itu yang bagaimana? Lemak trans banyak digunakan dalam biskuit misalnya cracker, cake, pie, dan cookies siap beli. Untuk lebih aman, setiap kali ingin membeli biskuit yang siap beli, lebih baik baca bahan kandungan terlebih dahulu. Hindari produk yang didalamnya mengandung 'Partially Hydrogenated Oil' yang merupakan sumber lemak trans.

Tidak ada pedoman untuk mencegah limfoma Non Hodgkin karena penyebabnya tidak diketahui. Super lutein merupakan herbal anti kanker no 1 yang direkomendasikan oleh 6600 dokter di dunia. Kemampuannya sebagai herbal antikanker tidak dapat dipungkiri lagi. Kandungan lycopene, beta caroten dan alpha carotene merupakan karotenoid yang berfungsi sebagai antioksidan yang sangat baik untuk regenerasi sel-sel yang telah mati dan menghambat radikal bebas dalam tubuh.

karotenoid tersebut juga mampu menghambat dan membunuh mutasi sel-sel kanker ini.(Wartolah, 2009)

B. Post Operasi

A. Defenisi Post Operasi

Post operasi adalah masa setelah di lakukan pembedahan yang dimulai saat pasien dipindahkan keruangan pemulihan dan berakhir sampai evaluasi pulang (Uliyah & Hidayat, 2009). Tahap pasca operasi di mulai dari pemindahan pasien di ruangan bedah ke unit pasca operasi dan berakhir saat pasien pulang.

B. Jenis - jenis Operasi

a. menurut fungsinya dan tujuannya

1. Diagnostik: biopsi, laparotomi, eksplorasi
2. Kuratif: tumor, appendiktomi
3. Reparatif: memperbaiki luka multiple
4. Rekonstruktif: mamoplasti, perbaikan wajah
5. Paliatif: menghilangkan nyeri
6. Transplantasi: menanamkan organ untuk menggantikan organ atau struktur tubuh yang malfungsi

b. Menurut Luas atau Tingkat Resiko

1. Mayor

Operasi yang melibatkan organ tubuh secara luas dan mempunyai tingkat resiko yang tinggi terhadap kelangsungan hidup klien.

2. Minor

Operasi sebagian kecil dari tubuh yang mempunyai resiko komplikasi lebih kecil dibandingkan dengan operasi mayor.

C. Komplikasi

Menurut baradero (2009) komplikasi post operasi yang akan muncul antara lain yaitu hipotensi dan Hipertensi . Hipotensi didefenisikan sebagai tekanan darah systole kurang dari 70 mmHg atau lebih dari 25% dari nilai sebelumnya. Hipotensi ini diakibatkan oleh hipovolemia yang diakibatkan oleh pendarahan atau overdosis obat anestetika. Hipertensi disebabkan oleh analgesik dan hiposis yang tidak adekuat, batuk, penyakit hipertensi yang tidak diterapi, dan ventilasi yang tidak adekuat.

Sedangkan menurut majid (2011) komplikasi post operasi adalah pendarahan dengan manifestasi klinis yaitu gelisah, gundah, terus bergerak, marasa haus , kulit dingin, basah, pucat, dan konjungtiva pucat dan pasien melemah.

D. KONSEP DASAR PENGKAJIAN

1. Pengertian Asuhan Keperawatan

Asuhan Keperawatan adalah Suatu proses atau rangkaian kegiatan pada praktek keperawatan yang langsung diberikan kepada klien pada berbagai tatanan pelayanan kesehatan. Pelaksanaan askep dilakukan berdasarkan kaidah-kaidah keperawatan sebagai suatu profesi yang didasarkan ilmu dan kiat keperawatan yang bersifat humanistic, dan berdasarkan kebutuhan

objektif pasien untuk mengatasi masalah yang dihadapi pasien serta dilandasi kode etik dan etika keperawatan dalam lingkup wewenang serta tanggung jawab keperawatan

Asuhan keperawatan dilaksanakan dalam bentuk proses keperawatan yang meliputi tahap:

- 1) pengkajian
- 2) diagnosa keperawatan
- 3) perencanaan (intervensi)
- 4) pelaksanaan (implementasi)
- 5) evaluasi (formatif/proses dan sumatif)

Proses keperawatan sebagai salah satu pendekatan utama dalam pemberian asuhan keperawatan, pada dasarnya suatu proses pengambilan keputusan dan penyelesaian masalah (Nursalam, 2001:6)

1) PENGKAJIAN

Pengkajian adalah upaya pengumpulan data secara lengkap dan sistematis untuk dikaji dan dianalisis sehingga masalah kesehatan dan keperawatan yang dihadapi pasien baik fisik, mental, sosial, maupun spiritual dapat ditentukan. Tahap ini mencakup tiga kegiatan yaitu pengumpulan data, Analisa Data dan penentuan masalah kesehatan serta keperawatan. ANA (*American Nurse Association*) (Handayaningsih, 2007)

Berdasarkan klasifikasi Doenges dkk. (2000) riwayat keperawatan yang perlu dikaji adalah:

a. Aktivitas/istirahat:

Gejala:

- 1) Kelelahan, kelemahan atau malaise umum
- 2) Kehilangan produktivitas dan penurunan toleransi aktivitas
- 3) Kebutuhan tidur dan istirahat lebih banyak

Tanda:

- 1) Penurunan kekuatan, bahu merosot, jalan lamban, dan tanda-tanda lain yang menunjukkan kelelahan.

b. Sirkulasi:

Gejala:

- 1) Palpitasi, nyeri dada

Tanda:

- 1) Takikardia, disritmia
- 2) Sianosis wajah akibat obstruksi drainase vena karena pembesaran kelenjar limfe (jarang terjadi)
- 3) Ikterus sclera atau umum akibat kerusakan hati dan obstruksi duktus empedu (tanda lanjut)
- 4) Pucat (anemia), diaforesis, keringat malam.

c. Integritas ego:

Gejala:

- 1) Gejala-gejala stress yang berhubungan dengan ancaman kehilangan pekerjaan, perubahan peran

dalam keluarga, prosedur diagnostik dan terapi serta masalah finansial (biaya pemeriksaan dan pengobatan, kehilangan pekerjaan)

Tanda:

- 1) Perilaku menarik diri, marah, pasif-agresif

d. Eliminasi:

Gejala:

- 1) Perubahan karakteristik urine atau feses
- 2) Riwayat obstruksi usus, sindrom malabsorpsi (infiltrasi kelj.limfe retroperitoneal)

Tanda:

- 1) Nyeri tekan kuadran kanan atas, hepatomegali
- 2) Nyeri tekan kuadran kiri atas, splenomegali
- 3) Penurunan haluaran urine, warna lebih gelap/pekat, anuria (obstruksi uretral, gagal ginjal)
- 4) Disfungsi usus dan kandung kemih (kompresi spinal cord pada gejala lanjut)
- 5) Makanan dan cairan:

e. Neurosensori:

Gejala:

- 1) Nyeri saraf (neuralgia) yang menunjukkan terjadinya kompresi akar saraf oleh pembesaran kelenjar limfe pada brakial, lumbar dan pleksus sakral
- 2) Kelemahan otot, parestesia.

Tanda:

- 1) Status mental letargi, menarik diri, kurang minat atau perhatian terhadap keadaan sekitar.
- 2) Paraplegia (kompresi batang spinal, ketelibatan diskus intervertebralis, kompresi suplai darah terhadap batang spinal)

f. Nyeri dan Kenyamanan:

Gejala:

- 1) Nyeri/nyeri tekan pada nodus yang terkena misalnya pada sekitar mediastinum, nyeri dada, nyeri punggung (kompresi vertebral), nyeri tulang (keterlibatan tulang limfomatus)

Tanda:

- 1) Fokus pada diri sendiri, perilaku hati-hati.

g. Pernapasan:

Gejala:

- 1) Dispnea pada saat aktivitas atau istirahat, nyeri dada.

Tanda:

- 1) Dipnea, takipnea
- 2) Batuk nonproduktif
- 3) Tanda-tanda distres pernapasan (frekuensi dan kedalaman pernapasan meningkat, penggunaan otot bantu pernapasan, stridor, sianosis)
- 4) Parau (paralisis laringeal akibat tekanan pembesaran kelenjar Limfe terhadap saraf laringeal)

h. Keamanan:

Gejala:

- 1) Riwayat infeksi (sering terjadi) karena abnormalitas system imun seperti infeksi herpes sistemik, TB, toksoplasmosis atau infeksi bakterial.
- 2) Riwayat ulkus/perforasi/perdarahan gaster.
- 3) Demam Pel Ebstein (peningkatan suhu malam hari sampai beberapa minggu), diikuti demam menetap dan keringat malam tanpa menggigil.
- 4) Integritas kulit: kemerahan, pruritus umum, vitiligo (hipopigmentasi).

Tanda:

- 1) Demam (suhu tubuh $> 380C$) menetap dengan etiologi yang tidak dapat dijelaskan, tanpa gejala infeksi
- 2) Kelenjar limfe asimetris, tak nyeri, membengkak atau membesar terutama kelenja limfe servikal (kiri $>$ kanan), nodus aksila dan mediastinum
- 3) Pembesaran tonsil
- 4) Pruritus umum
- 5) Sebagian area kehilangan melanin (vitiligo)

i. Seksualitas:

Gejala:

- 1) Masalah fertilitas, kehamilan dan penurunan libido akibat efek terapi.

j. Penyuluhan/pembelajaran:

Gejala:

- 1) Pengetahuan tentang factor risiko dalam keluarga.
- 2) Pengetahuan tentang faktor risiko lingkungan (pemajanan agen karsinogenik kimiawi)

2) DIAGNOSA KEPERAWATAN

Diagnosa Keperawatan adalah suatu pernyataan yang menjelaskan respon manusia (status kesehatan atau resiko perubahan pola) dari individu atau kelompok dimana perawat secara akuntabilitas dapat mengidentifikasi dan memberikan intervensi secara pasti untuk menjaga status kesehatan

menurunkan, membatasi, mencegah dan merubah. ANA (*American Nurse Association*) (Handayaningsih,2007)

a. Pre operasi

- 1) Bersihan Jalan napas tidak efektif yang berhubungan dengan peningkatan secret pada jalan napas sekunder dan obstruksi trakeobronkhial akibat pembesaran kelenjar limfe servikal, mediastinum.
- 2) Nyeri akut yang berhubungan dengan kompresi saraf perifer, pembesaran kelenjar limfe, efek sekunder pemberian agen antileukimia, peningkatan produksi asam laktat jaringan local.
- 3) Intoleransi aktivitas yang berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolic (proses keganasan) dan perubahan kimiawi tubuh sebagai efek kemoterapi.
- 4) Koping individu atau keluarga tidak efektif yang berhubungan dengan prognosispen yakit, gambaran diri yang salah, perubahan peran.
- 5) Cemas berhubungan dengan kurangnya pengetahuan tentang prosedur pembedahan

b. Post operasi

- 1) Nyeri akut berhubungan dengan luka post operasi
- 2) Kecemasan individu dan keluarga yang berhubungan dengan prognosis sakit.

- 3) Resiko terjadinya infeksi berhubungan dengan insisi pembedahan
- 4) Gangguan citra tubuh berhubungan dengan pembedahan (Nanda NIC NOC, 2012)

3) INTERVENSI KEPERAWATAN

Semua tindakan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien beralih dari status kesehatan saat ini kestatus kesehatan yang diuraikan dalam hasil yang diharapkan.

Merupakan pedoman tertulis untuk perawatan klien. Rencana perawatan terorganisasi sehingga setiap perawat dapat dengan cepat mengidentifikasi tindakan perawatan yang diberikan. Rencana asuhan perawatan dari satu perawat keperawat lainnya. sebagai hasil, berkualitas tinggi dan konsisten (Asmadi, 2008)

a. Pre Operasi

1) **Diagnosa** : Bersihan Jalan napas tidak efektif yang berhubungan

dengan peningkatan secret pada jalan napas sekunder dan obstruksi trakeobronkial akibat pembesaran kelenjar limfe servikal, mediastinum

Tujuan : Dalam waktu 1x24 jam jalan napas klien kembali efektif

Criteria : secara subjektif pernyataan sesak berkurang , RR 26-24 kali/menit, tidak ada penggunaan otot aksesori, tidak terdengar bunyi napas tambahan.

Intervensi :

- 1) Kaji/awasi frekuensi pernapasan, kedalaman, irama, adanya dispnea, penggunaan otot bantu pernapasan dan gangguan ekspansi dada.
- 2) Bantu perubahan posisi secara periodic
- 3) Ajarkan teknik napas dalam (bibir, diafragma, abdomen)
- 4) Kaji/awasi warna kulit, perhatikan adanya tanda pucat/sianosis
- 5) Kaji respon pernapasan terhadap aktivitas
- 6) Observasi distensi vena leher, nyeri kepala, pusing, edema preorbital, dispnea, stridor

Rasional :

- 1) Perubahan seperti takipnea, dispnea, penggunaan otot aksesori dapat mengindikasikan berlanjutnya keterlibatan kelenjar limfe mediastinal yang membutuhkan intervensi lebih lanjut
- 2) Meningkatkan aerasi semua segmen paru dan membantu mobilisasi sekresi
- 3) Proliferasi sel darah putih dapat menurunkan kapasitas pembawa oksigen darah dan menimbulkan hipoksemia
- 4) Penurunan oksigenasi seluler menurunkan toleransi aktivitas, istirahat menurunkan kebutuhan oksigen serta mencegah kelelahan dan dispnea.

5) Klien LNH dengan sindrom vena cava superior dan obstruksi jalan napas menunjukkan kedaruratan onkologis

2. Diagnosa : Nyeri akut yang berhubungan dengan kompresi saraf perifer, pembesaran kelenjar limfe, efek sekunder pemberian agen antileukimia, peningkatan produksi asam laktat jaringan local.

Tujuan : Dalam waktu 3x24 jam terdapat penurunan respon nyeri

Criteria : Secara subjektif klien menyatakan penurunan rasa nyeri, secara objektif didapatkan tanda-tanda vital dalam batas normal, wajah rileks, tidak terjadi penurunan perfusi perifer.

Intervensi :

- 1) Catat karakteristik nyeri, lokasi, intensitas, serta lama dan penyebarannya
- 2) Lakukan manajemen nyeri keperawatan: Atur posisi fisiologis
- 3) Istirahatkan klien
- 4) Manajemen lingkungan: lingkungan tenang dan batasi pengunjung
- 5) Ajarkan teknik relaksasi pernapasan dalam
- 6) Ajarkan teknik distraksi pada saat nyeri
- 7) Lakukan manajemen sentuhan

- 8) Kolaborasi pemberian terapi, Analgetik
- 9) Kemoterapi

Rasional :

- 1) Variasi penampilan dan perilaku klien karena nyeri terjadi sebagai temuan pengkajian
- 2) Posisi fisiologis akan meningkatkan asupan O₂ ke jaringan yang mengalami nyeri sekunder dari iskemia
- 3) Istirahat akan menurunkan kebutuhan O₂ jaringan perifer, sehingga akan menurunkan kebutuhan oksigen jaringan
- 4) Lingkungan tenang akan menurunkan stimulus nyeri eksternal dan pembatasan pengunjung akan membantu meningkatkan kondisi O₂ ruangan yang akan berkurang apabila banyak pengunjung yang berada diruangan
- 5) Meningkatkan asupan O₂ sehingga akan menurunkan nyeri sekunder dari iskemia jaringan
- 6) Distraksi (pengalihan perhatian) dapat menurunkan stimulus internal dengan mekanisme peningkatan produksi endorvin dan enkefalin yang dapat memblok reseptor nyeri untuk tidak dikirimkan ke korteks serebri sehingga menurunkan persepsi nyeri
- 7) Manajemen sentuhan pada saat nyeri berupa sentuhan dukungan psikologis dapat membantu menurunkan nyeri. Masase ringan dapat meningkatkan aliran darah dan dengan

otomatis membantu suplai darah dan oksigen ke area nyeri dan menurunkan sensasi nyeri

- 8) Digunakan untuk mengurangi nyeri sehubungan dengan hematoma otot yang besar dan perdarahan sendi Analgetika oral non opioid diberikan menghindari ketergantungan terhadap narkotika pada nyeri kronis.
- 9) Pemberian disesuaikan dengan derajat penyakit

ii. Diagnosa : Koping individu atau keluarga tidak efektif yang berhubungan dengan prognosis penyakit, gambaran diri yang salah, perubahan peran

Tujuan : Dalam waktu 1x24 jam klien atau keluarga mampu mengembangkan koping yang positif

Criteria : klien kooperatif pada setiap intervensi keperawatan, mampu menyatakan atau mengkomunikasikan dengan orang terdekat tentang situasi dan perubahan yang sedang terjadi, mampu menyatakan penerimaan diri terhadap situasi, mengakui dan menggabungkan perubahan kedalam konsep diri dengan cara yang akurat tanpa harga diri yang negative.

Intervensi :

- 1) Kaji perubahan dari gangguan persepsi dan hubungan dengan derajat ketidakmampuan
- 2) Identifikasi arti kehilangan atau disfungsi pada klien

- 3) Anjurkan klien untuk mengekspresikan perasaan termasuk permusuhan dan kemarahan
- 4) Catat ketika klien menyatakan terpengaruh seperti sekarat atau mengingkari dan menyatakan inilah kematian
- 5) Berikan informasi status kesehatan pada klien dan keluarga
- 6) Dukung mekanisme koping efektif
- 7) Hindari factor peningkatan stress emosional
- 8) Bantu dan anjurkan perawatan yang baik dan memperbaiki kebiasaan
- 9) Anjurkan orang terdekat untuk mengizinkan klien melakukan sebanyak-banyaknya hal-hal untuk dirinya
- 10) Dukung perilaku atau usaha seperti peningkatan minat dan partisipasi dalam aktivitas rehabilitasi
- 11) Dukung penggunaan alat-alat yang dapat mengadaptasikan klien, tongkat, alat bantu jalan, tas panjang untuk kateter.
- 12) Monitor gangguan tidur peningkatan kesulitan konsentrasi, lethargi, dan rendah diri.
- 13) Kolaborasi: rujuk pada ahli neuro psikologi dan konseling bila ada indikasi

Rasional :

- 1) Menentukan bantuan individual dalam menyusun rencana perawatan atau pemilihan intervensi.
- 2) Beberapa klien dapat menerima dan mengatur perubahan fungsi secara efektif dengan sedikit penyesuaian diri. Sedangkan yang lain mempunyai kesulitan membandingkan mengenal dan mengatur kekurangan.
- 3) Menunjukkan penerimaan, membantu klien untuk mengenal dan mulai menyesuaikan dengan perasaan tersebut.
- 4) Mendukung penolakan terhadap bagian tubuh atau perasaan negative terhadap gambaran tubuh dan kemampuan yang menunjukkan kebutuhan dan intervensi serta dukungan emosional.
- 5) Klien dengan hemophilia sering memerlukan bantuan dalam menghadapi kondisi kronis, keterbatasan ruang kehidupan, dan kenyataan bahwa kondisi tersebut merupakan penyakit yang akan diturunkan kegenerasi berikutnya.
- 6) Sejak masa kanak-kanak, klien dibantu untuk menerima dirinya sendiri dan penyakitnya serta mengidentifikasi aspek positif dari kehidupan mereka. Mereka harus didorong untuk merasa berarti dan tetap mandiri dengan

mencegah trauma yang dapat menyebabkan episode perdarahan akut dan mengganggu kegiatan normal.

- 7) Perawat harus mengetahui pengaruh stress tersebut secara professional dan personal serta menggali semua sumber dukungan untuk mereka sendiri, begitu juga untuk klien dan keluarganya.
- 8) Membantu meningkatkan perasaan harga diri dan mengontrol lebih dari satu area kehidupan
- 9) Menghidupkan kembali perasaan kemandirian dan membantu perkembangan harga diri serta mempengaruhi proses rehabilitasi.
- 10) Klien dapat beradaptasi terhadap perubahan dan pengertian tentang peran individu dimasa mendatang.
- 11) Meningkatkan kemandirian untuk membantu pemenuhan kebutuhan fisik dan menunjukkan posisi untuk lebih aktif dalam kegiatan sosial.
- 12) Dapat mengindikasikan terjadinya depresi umumnya terjadi sebagai pengaruh dari stroke dimana memerlukan intervensi dan evaluasi lebih lanjut.
- 13) Dapat memfasilitasi perubahan peran yang penting untuk perkembangan perasaan.

iii. Diagnosa : Kecemasan individu dan keluarga yang berhubungan dengan prognosis sakit.

Tujuan : Dalam waktu 1x24 jam kecemasan klien berkurang

Criteria : klien menyatakan kecemasan berkurang, mengenal perasaannya, dan mengidentifikasi penyebab atau factor yang mempengaruhinya, kooperatif terhadap tindakan, wajah rileks.

Intervensi :

- 1) Kaji tanda verbal dan non verbal kecemasan, damping klien dan lakukan tindakan bila menunjukkan perilaku merusak
- 2) Hindari konfrontasi
- 3) Mulai melakukan tindakan untuk mengurangi kecemasan. Beri lingkungan yang tenang dan suasana penuh istirahat.
- 4) Tingkatkan control sensasi klien
- 5) Orientasikan klien terhadap prosedurrutin dan aktivitas yang diharapkan
- 6) Beri kesempatan kepada klien untuk mengungkapkan ansietasnya.
- 7) Berikan privasi untuk klien dan orang terdekat.
- 8) Kolaborasi: berikan anticemas sesuai indikasi contohnya diazepam.

Rasional :

- 1) Reaksi verbal/nonverbal dapat menunjukkan rasa agitasi, marah dan gelisah

- 2) Konfrontasi dapat meningkatkan rasa marah, menurunkan kerja sama, dan mungkin memperlambat penyembuhan.
- 3) Mengurangi rangsangan eksternal yang tidak perlu.
- 4) Control sensasi klien (dan dalam menurunkan ketakutan) dengan cara memberikan informasi tentang keadaan klien, menekankan pada penghargaan terhadap sumber-sumber coping (pertahankan diri) yang positif, serta membantu latihan relaksasi dan teknik-teknik pengalihan dan memberikan respons balik yang positif.
- 5) Orientasi dapat menurunkan kecemasan
- 6) Dapat menghilangkan ketegangan terhadap kekhawatiran yang tidak dapat diekspresikan.
- 7) Memberi waktu untuk mengekspresikan perasaan, menghilangkan cemas dan perilaku adaptasi. Adanya keluarga dan teman-teman yang dipilih klien melayani aktivitas dan pengalihan (misalnya: membaca) akan menurunkan perasaan terisolasi.
- 8) Meningkatkan relaksasi dan menurunkan kecemasan.

b. Post Operasi

1) Diagnosa : Nyeri akut berhubungan dengan luka post operasi

Tujuan : Dalam waktu 3x24 jam terdapat penurunan respon nyeri

Criteria : Secara subjektif klien menyatakan penurunan rasa nyeri, secara objektif didapatkan tanda-tanda vital dalam batas normal, wajah rileks, tidak terjadi penurunan perfusi perifer.

Intervensi :

- 1) Catat karakteristik nyeri, lokasi, intensitas, serta lama dan penyebarannya
- 2) Lakukan manajemen nyeri keperawatan: Atur posisi fisiologis
- 3) Istirahatkan klien
- 4) Manajemen lingkungan: lingkungan tenang dan batasi pengunjung
- 5) Ajarkan teknik relaksasi pernapasan dalam
- 6) Ajarkan teknik distraksi pada saat nyeri
- 7) Lakukan manajemen sentuhan
- 8) Kolaborasi pemberian terapi, Analgetik
- 9) Kemoterapi

Rasional :

- 1) Variasi penampilan dan perilaku klien karena nyeri terjadi sebagai temuan pengkajian
- 2) Posisi fisiologis akan meningkatkan asupan O₂ ke jaringan yang mengalami nyeri sekunder dari iskemia

- 3) Istirahat akan menurunkan kebutuhan O_2 jaringan perifer, sehingga akan menurunkan kebutuhan oksigen jaringan
- 4) Lingkungan tenang akan menurunkan stimulus nyeri eksternal dan pembatasan pengunjung akan membantu meningkatkan kondisi O_2 ruangan yang akan berkurang apabila banyak pengunjung yang berada diruangan
- 5) Meningkatkan asupan O_2 sehingga akan menurunkan nyeri sekunder dari iskemia jaringan
- 6) Distraksi (pengalihan perhatian) dapat menurunkan stimulus internal dengan mekanisme peningkatan produksi endorvin dan enkefalin yang dapat memblok reseptor nyeri untuk tidak dikirimkan ke korteks serebri sehingga menurunkan persepsi nyeri
- 7) Manajemen sentuhan pada saat nyeri berupa sentuhan dukungan psikologis dapat membantu menurunkan nyeri. Masase ringan dapat meningkatkan aliran darah dan dengan otomatis membantu suplai darah dan oksigen ke area nyeri dan menurunkan sensasi nyeri
- 8) Digunakan untuk mengurangi nyeri sehubungan dengan hematoma otot yang besar dan perdarahan sendi Analgetika oral non oploid diberikan menghindari ketergantungan terhadap narkotika pada nyeri kronis.
- 9) Pemberian disesuaikan dengan derajat penyakit.

2) Diagnosa : Resiko terjadinya infeksi berhubungan dengan insisi pembedahan

Tujuan : Dalam waktu 3x24 jam tidak terjadi infeksi

Criteria : kien dan keluarga mampu mengidentifikasi factor risiko yang dapat dikurangi serta menyebutkan tanda dan gejala dini infeksi.

Intervensi :

- 1) Monitor TTV
- 2) Kaji dan catat factor yang meningkatkan risiko infeksi
 - a) Lakukan tindakan untuk mencegah pemajanan pada sumber yang diketahui atau potensial terhadap infeksi.
 - b) Pertahankan isolasi protektif sesuai kebijakan institusional
 - c) Pertahankan teknik mencuci tangan dengan cermat
 - d) Beri hygiene yang baik
- 3) Batasi pengunjung yang sedang demam, flu, atau infeksi
- 4) Berikan hygiene parianal 2 kali sehari setiap BAB
- 5) Batasi bunga segar dan sayur segar
- 6) Gunakan protocol perawatan mulut
- 7) Laporkan bila ada perubahan tanda vital
- 8) Jelaskan alasan kewaspadaan dan pantangan
- 9) Yakinkan klien dan keluarganya bahwa peningkatan kerentanan pada infeksi hanya sementara

- 10) Minimalkan prosedur invasive
- 11) Kolaborasi pemberian antibiotika
- 12) Pantau laboratorium sel darah putih

Rasional :

- 1) Adanya infeksi akan bermanifestasi pada perubahan TTV. Demam atau hipotermia mungkin mengindikasikan munculnya infeksi pada klien granulositopenik.
- 2) Menjadi data dasar dan meminimalkan risiko infeksi
- 3) Kewaspadaan meminimalkan pemajanan klien terhadap bakteri, virus, dan pathogen jamur, baik eksogen ,aupun endogen
- 4) Perubahan tanda-tanda vital merupakan tanda terjadinya sepsis, terutama bila terjadi peningkatan suhu tubuh
- 5) Pengertian klien dapat memperbaiki kepatuhan dan mengurangi factor risiko
- 6) Granulositopenia dapat menetap 6-12 minggu. Pengertian tentang sifat sementaragranulositopenia dapat membantu mencegah kecemasan klien dan keluarganya
- 7) Prosedur tertentu dapat menyebabkan trauma jaringan, meningkatkan kerentanan infeksi
- 8) Menurunkan kehadiran organisme endogen
- 9) Mengonfirmasikan keterlibatan sel darah putih terhadap infeksi.

3) Diagnosa : Kecemasan individu dan keluarga yang berhubungan dengan prognosis sakit.

Tujuan : Dalam waktu 1x24 jam kecemasan klien berkurang

Criteria : klien menyatakan kecemasan berkurang, mengenal perasaannya, dan mengidentifikasi penyebab atau factor yang mempengaruhinya, kooperatif terhadap tindakan, wajah rileks.

Intervensi :

- 1) Kaji tanda verbal dan non verbal kecemasan, damping klien dan lakukan tindakan bila menunjukkan perilaku merusak
- 2) Hindari konfrontasi
- 3) Mulai melakukan tindakan untuk mengurangi kecemasan. Beri lingkungan yang tenang dan suasana penuh istirahat.
- 4) Tingkatkan control sensasi klien
- 5) Orientasikan klien terhadap prosedurrutin dan aktivitas yang diharapkan
- 6) Beri kesempatan kepada klien untuk mengungkapkan ansietasnya.
- 7) Berikan privasi untuk klien dan orang terdekat.
- 8) Kolaborasi: berikan anticemas sesuai indikasi contohnya diazepam.

Rasional :

- 1) Reaksi verbal/nonverbal dapat menunjukkan rasa agitasi, marah dan gelisah
- 2) Konfrontasi dapat meningkatkan rasa marah, menurunkan kerja sama, dan mungkin memperlambat menyebabkan.
- 3) Mengurangi rangsangan eksternal yang tidak perlu.
- 4) Control sensasi klien (dan dalam menurunkan ketakutan) dengan cara memberikan informasi tentang keadaan klien, menekankan pada penghargaan terhadap sumber-sumber coping (pertahankan diri) yang positif, serta membantu latihan relaksasi dan teknik-teknik pengalihan dan memberikan respons balik yang positif.
- 5) Orientasi dapat menurunkan kecemasan
- 6) Dapat menghilangkan ketegangan terhadap kekhawatiran yang tidak dapat diekspresikan.
- 7) Memberi waktu untuk mengekspresikan perasaan, menghilangkan cemas dan perilaku adaptasi. Adanya keluarga dan teman-teman yang dipilih klien melayani aktivitas dan pengalihan (misalnya: membaca) akan menurunkan perasaan terisolasi.
- 8) Meningkatkan relaksasi dan menurunkan kecemasan.

4) DIAGNOSA : Gangguan citra tubuh berhubungan dengan pembedahan

TUJUAN : Body image

CRITERIA : Body image positif mampu mengidentifikasi pertahankan interaksi sosial

INTERVENSI :

- 1) Kaji secara verbal dan non verbal respons klien terhadap tubuhnya
- 2) Monitor frekuensi mengkritik dirinya
- 3) Jelaskan tentang pengobatan, perawatan, kemajuan dan prognosis penyakit
- 4) Dorong klien mengungkapkan perasaannya
- 5) Identifikasi arti pengurangan melalui pemakaian alat bantu

RASIONAL :

- 1) Untuk mengetahui seberapa besar klien mampu menerima keadaan dirinya
- 2) Untuk meningkatkan percaya diri dan semangat klien
- 3) Untuk mengetahui keadaan pribadi klien
- 4) Agar klien tahu seberapa besar kekuatan pribadinya
- 5) Agar klien percaya diri dan bisa melakukan aktivitas

4) Implementasi keperawatan

Merupakan inisiatif dari rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang spesifik. Tahap pelaksanaan dimulai dimulai setelah rencana tindakan disusun dan ditunjukkan pada nursing orders untuk membantu klien mencapai tujuan yang diharapkan. Oleh karena itu rencana tindakan yang spesifik dilaksanakan untuk memodifikasi faktor-faktor yang mempengaruhi masalah kesehatan klien. (Asmadi, 2008)

Pelaksanaan tindakan keperawatan pada pasien dengan limfoma non hodgkin dilaksanakan sesuai dengan rencana yang telah dibuat.

5) Evaluasi

Perencanaan evaluasi memuat criteria keberhasilan proses dan keberhasilan tindakan keperawatan. Keberhasilan proses dapat dilihat dengan jalan membandingkan antara proses dengan pedoman/rencana proses tersebut. Sedangkan keberhasilan tindakan dapat dilihat dengan membandingkan antara tingkat kemandirian pasien dalam kehidupan sehari-hari dan tingkat kemajuan kesehatan pasien dengan tujuan yang telah di rumuskan sebelumnya. (Asmadi, 2008)

Setelah dilakukan pelaksanaan tindakan keperawatan hasil yang diharapkan adalah :

1. Suhu badan dalam batas normal (36 – 37,5°c)
2. Nyeri berkurang
3. kebutuhan nutrisi t erpenuhi
4. Aktivitas dapat ditingkatkan atau ADL pasien terpenuhi
5. Pasien tidak cemas atau berkurang

BAB III

METODE LAPORAN STUDI KASUS

A. Pendekatan Desain Studi Kasus

Desain penelitian yang digunakan adalah studi kasus. Studi kasus yang menjadi pokok bahasan penelitian ini adalah digunakan untuk mengeksplorasi masalah asuhan keperawatan pada klien Limfoma dengan keluhan nyeri pasca operasi.

B. Tempat dan Waktu Studi Kasus

1. Lokasi

Pada studi kasus ini lokasi studi dilaksanakan di RSUD bangkinang lantai tiga di ruang Ali Bin Abi Thalib RSUD Bangkinang.

2. Waktu

Pada studi kasus ini dilaksanakan pada tanggal 23 April 2019. dimulai sejak pasien pertama masuk sampai pasien pulang atau pasien yang dikelola atau dirawat minimal 3 hari. Jika sebelum tiga hari pasien sudah pulang maka perlu penggantian pasien lain yang diagnosa yang sama.

C. Subjek Studi Kasus

Subjek Studi Kasus adalah pasien dan keluarga. Subyek yang digunakan adalah 1 klien (1 kasus). Subyek yang digunakan dalam penelitian ini adalah lansia dengan masalah keperawatan dan diagnosa medis yaitu klien limfoma non hodgkin

D. Fokus Studi

Fokus studi yang dimaksud untuk menghasilkan validitas data studi kasus yang tinggi. Disamping integritas peneliti (karena peneliti menjadi instrumen pertama), uji kabsahan data dilakukan dengan :

1. Memperpanjang waktu pengamatan/tindakan sampai kegiatan studi kasus berakhir dan memperoleh validitas tinggi. Dalam studi kasus ini waktu yang ditentukan adalah 2 hari akan tetapi apabila belum tercapai validitas data yang diinginkan maka waktu yang akan diperlukan dalam studi kasus adalah 3 hari.
2. Sumber informasi tambahan menggunakan triangulasi dari tiga sumber yaitu : klien, keluarga dan perawat.

E. Defenisi Operasional Fokus Studi

Untuk menghindari kesalahan dalam mamahami judul kasus, maka kasus ini sangat perlu pemberian penjelasan/defenisi yang dibuat oleh peneliti tentang focus studi yang dirumuskan secara operasional dalam kasus ini sebagai berikut :

1. Asuhan keperawatan adalah suatu metode yang sistemik dan terorganisasi dalam memberikan asuhan keperawatan, yang difokuskan pada reaksi dan respons untuk individu pada kelompok atau perorangan terhadap gangguan kesehatan yang dialami , baik aktual maupun potensial.

2. Limfoma Non hodgkin adalah suatu kelompok heterogenus B sel dan T sel neoplasma pertama timbul pada node dengan variasi klinis dan temuan biologis (Zahra,2012).
3. Post operasi adalah masa setelah di lakukan pembedahan yang dimulai saat pasien dipindahkan keruangan pemulihan dan berakhir sampai evaluasi pulang (Uliyah & Hidayat, 2009).

F. Metode Pengumpulan Data

Pengumpulan data adalah suatu proses pendekatan kepada subyek dan proses pengumpulan karakteristik subyek yang diperlukan dalam suatu penelitian (Nursalam, 2011). Dalam studi kasus ini menggunakan studi pengumpulan data dalam penelitian deskriptif, yaitu :

1. Wawancara

Wawancara berisi tentang identitas klien, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang-dahulu keluarga dll. Dalam mencari informasi, penelitian penelitian melakukan 2 jenis wawancara, yaitu autoanamesa (wawancara yang dilakukan dengan subyek atau klien) dan aloanamnesa (wawancara dengan keluarga klien).

2. Observasi dan Pemeriksaan fisik

Observasi merupakan hasil perbuatan jiwa secara aktif dan penuh perhatian untuk menyadari adanya ransangan . pengamatan dapat dilakukan dengan seluruh alat indra, tidak terbatas hanya pada apa yang dilihat (Saryono, 2019). Beberapa informasi yang diperoleh dari hasil observasi adalah ruang (tempat), pelaku, kegiatan, objek,

perbuatan, kejadian atau peristiwa, waktu dan perasaan. Alasan peneliti melakukan observasi adalah untuk menyajikan gambaran realistik perilaku atau kejadian, untuk menjawab pertanyaan, untuk membantu mengerti perilaku manusia dan evaluasi yaitu melakukan pengukuran terhadap aspek tertentu melakukan umpan balik terhadap pengukuran tertentu.

3. Observasi ini menggunakan observasi partisipasi, partisipasi adalah metode pengumpulan data yang digunakan untuk menghimpun data studi kasus melalui pengamatan. Pemeriksaan pada studi kasus ini dengan pendekatan komunikasi terapeutik pada klien.

4. Studi Dokumentasi

Studi dokumentasi adalah kegiatan mencari data atau variabel dari sumber berupa catatan, transkrip, buku, surat kabar, majalah, prasasti, notulen rapat, agenda, dan sebagainya. Yang diamati dalam studi dokumentasi adalah benda mati (Saryono, 2013). Dalam studi kasus ini menggunakan studi dokumentasi berupa catatan hasil dari pemeriksaan diagnostik dan data lain yang relevan.

G. Analisa dan Penyajian Data

Analisa data dilakukan sejak peneliti dilapangan, sewaktu pengumpulan data sampai dengan semua data terkumpul. Analisa data dilakukan dengan cara mengemukakan fakta, selanjutnya membandingkan dengan teori yang ada dan selanjutnya membandingkan teori yang ada dan selanjutnya dituangkan dalam opini pembahasan. Teknik analisa data

digunakan dengan cara menarasikan jawaban-jawaban yang diperoleh dari interpretasi yang dilakukan untuk menjawab rumusan masalah. Teknik analisis yang digunakan dengan cara observasi oleh peneliti dan studi dokumentasi yang menghasilkan data untuk selanjutnya diinterpretasikan dan dibandingkan teori yang ada sebagai bahan untuk memberikan rekomendasi dalam intervensi tersebut.

Langkah-langkah analisis data pada studi kasus :

1. Pengumpulan data

Data dikumpulkan dari hasil WOD (wawancara, observasi, dokumentasi) hasil studi ditempat pengambilan studi kasus. Hasil ditulis dalam bentuk catatan, kemudian disalin bentuk transkrip (catatan terstruktur).

2. Mereduksi data

Data hasil wawancara seluruh data yang diperoleh dari lapangan yang telah dicatat kembali dalam bentuk transkrip dan di kelompokkan menjadi data subjektif dan objektif, dianalisis berdasarkan hasil pemeriksaan diagnostik kemudian dibandingkan dengan nilai normal.

3. Penyajian data

Penyajian dapat dilakukan dengan tabel, gambar, bagan, maupun teks naratif. Kerahasiaan dari klien dijamin dengan jalan mengaburkan identitas dari klien.

4. Kesimpulan

Dari data yang disajikan, kemudian data dibahas dan dibandingkan dengan hasil-hasil terdahulu dan secara teoritis dengan perilaku kesehatan. penarikan kesimpulan dilakukan dengan metode induksi . data yang dikumpulkan terkait dengan data pengkajian, diagnosis, perencanaan, tindakan dan evaluasi.

H. Etika Penelitian

Dicantumkan etika yang mendasari penyusunan studi kasus , teori dari :

1. *Informed consent* (persetujuan menjadi klien)

Memberikan bentuk persetujuan antara dan responden studi kasus dengan memberikan lembar persetujuan. *Tujuan informed consent* adalah agar subjek mengerti maksud tujuan studi kasus.

2. *Anonimity* (tanpa nama)

Masalah etika studi kasus merupakan masalah yang memberikan jalinan dalam penggunaan subjek studi kasus dengan cara memberikan atau menempatkan nama responden dan hanya menulis kode lembar pengumpulan data atau hasil studi kasus yang disajikan.

3. *Confidentiality* (kerahasiaan)

Semua informasi yang telah dikumpulkan dijamin kerahasiaan oleh peneliti kasus

