

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN POST LIMFADENEKTOMI
DENGAN NYERI AKUT DI RUANG MELATI 4
RSUD DR. SOEKARDJO TASIKMALAYA**

KARYA TULIS ILMIAH

Diajukan sebagai salah satu syarat mendapatkan gelar Ahli
Madya Keperawatan (A.Md.Kep) Pada Prodi DIII Keperawatan
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Bhakti Kencana Bandung

Oleh

ALVIARIE ABDILLAH

AKX.16.136



**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
STIKES BHAKTI KENCANA BANDUNG**

2019

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Alviarie Abdillah

Nim : AKX. 16. 136

Institusi : Diploma III Keperawatan STIKes Bhakti Kencana Bandung

Judul KTI : Asuhan Keperawatan Pada Klien Post Limfadenektomi dengan Nyeri Akut di Ruang Melati 4 RSUD Dr. Soekardjo Tasikmalaya.

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Karya Tulis Ilmiah yang saya tulis ini adalah benar-benar merupakan hasil karya sendiri dan bukan dari pengambilan alihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai tulisan atau pikiran saya, kecuali secara tertulis diacu dalam naskah ini dan disebutkan dalam daftar pustaka. Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan Karya Tulis Ilmiah hasil plagiat/jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut

Bandung, 12 April 2019



Alviarie Abdillah

AKX. 16. 136

**LEMBAR PENGESAHAN
KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN POST LIFADENEKTOMI
DENGAN NYERI AKUT DI RUANG MELATI 4
RSUD DR. SOEKARDJO TASIKMALAYA**

OLEH

**ALVIARIE ABDILLAH
AKX. 16.136**

Telah berhasil dipertahankan dan diuji dihadapan Panitia Penguji dan diterima sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan pada Program Studi Diploma III Keperawatan STIKes Bhakti Kencana Bandung Pada Tanggal 21 Mei 2019

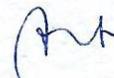
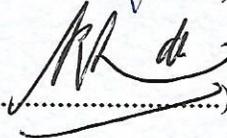
PANITIA PENGUJI

Ketua : Rachwan Herawan, M. Kes.
(Pembimbing Utama)

(.....)

Anggota :

1. Tuti Suprapti, S. Kp., M. Kep.
(Penguji I)
2. Lia Nurlianawati, S.Kep., Ners., M.Kep
(Penguji II)
3. Rizki Muliani, S. Kep, Ners, MM.
(Pembimbing Pendamping)

(.....)
(.....)
(.....)

Mengetahui
STIKes Bhakti Kencana Bandung
Ketua,



Rd. Siti Jundiah, S.Kp., M.Kep
NIK : 10107064

**LEMBAR PERSETUJUAN
KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN POST LIMFADENEKTOMI
DENGAN NYERI AKUT DI RUANG MELATI 4 RSUD
DR. SOEKARDJO TASIKMALAYA**

ALVIARIE ABDILLAH

AKX.16.136

Karya tulis ilmiah ini telah di setujui oleh Panitia Penguji

Tanggal, 26 Mei 2019

Menyetujui

Pembimbing Utama



Drs. Rachwan H, Bsc.M.Kes

NIK: 10115175

Pembimbing Pendamping

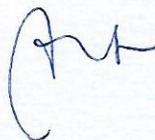


Rizki Muliani, S.Kep.,Ners.,MM

NIK: 10108089

Mengetahui

Ketua Prodi DIII Keperawatan



Tuti Suprapti, S.Kp.,M.Kep

NIK: 1011603

ABSTRAK

Latar Belakang: Limfadenopati adalah penyakit pada kelenjar getah bening (KGB), biasanya ditandai dengan pembengkakan. Jika limfadenopati tidak ditanganin dengan serius dapat mengganggu aktivitas sehari-hari dan menimbulkan nyeri sehingga diperlukan penanganan medis, salah satunya dengan pembedahan. *Limfadenektomi* yaitu prosedur pembedahan di mana kelenjar getah bening diangkat dan sampel jaringan diperiksa di bawah mikroskop untuk tanda-tanda kanker. Setiap tindakan pembedahan akan timbul masalah nyeri akibat prosedur pembedahan. Luka ini akan merangsang terjadinya respon nyeri. Penanganan non farmakologi yang dapat dilakukan adalah dengan melakukan terapi Relaksasi Nafas dalam. **Metode:** Studi kasus yaitu untuk mengeksplorasi suatu masalah / fenomena dengan batasan terperinci, memiliki pengambilan data yang mendalam dan menyertakan berbagai sumber informasi. Studi kasus ini dilakukan pada dua orang pasien *post op* Limfadenektomi dengan masalah keperawatan Nyeri akut. **Hasil:** Setelah dilakukan asuhan keperawatan dengan memberikan intervensi keperawatan, masalah keperawatan Nyeri akut pada kasus satu dapat teratasi dalam waktu 3 hari dan pada kasus kedua masalah keperawatan Nyeri akut dapat teratasi dalam waktu 2 hari. **Diskusi:** pasien dengan masalah keperawatan Nyeri akut tidak selalu memiliki respon yang sama pada setiap pasien *post op* limfadenektomi hal ini dipengaruhi oleh status kesehatan klien dan kondisi kesehatan sebelumnya. Skala nyeri sebelum dilakukan tindakan relaksasi nafas dalam yaitu 4 setelah dilakukan menjadi 1 (0-10), sehingga Relaksasi nafas dalam dapat menurunkan intensitas nyeri terutama pada klien *post op* limfadenektomi dan saran bagi rumah sakit untuk mencoba melaksanakan terapi Relaksasi Nafas dalam.

Kata kunci : Asuhan keperawatan, Nyeri akut, *post operasi* limfadenektomi

Daftar Pustaka : 10 buku (2006-2018), 4 jurnal (2008-2018), 4 website

ABSTRACT

Background: *Lymphadenopathy is a disease of the lymph nodes, usually characterized by swelling. If lymphadenopathy is not handled seriously it can interfere with daily activities and cause pain so medical treatment is needed, one of them is surgery. Lymphadenectomy is a surgical procedure in which the lymph nodes are removed and a tissue sample is examined under a microscope for signs of cancer. Any surgical procedure will cause pain problems due to a surgical procedure. This wound will stimulate a painful response. Non-pharmacological treatment that can be done is by doing Deep Breath Relaxation therapy. Method:* Case studies are to explore a problem / phenomenon with detailed limitations, have in-depth data collection and include various sources of information. This case study was conducted in two *post op* patients lymphadenectomy with acute pain nursing problems. **Results:** After nursing care by providing nursing intervention, nursing problems Acute pain in case one can be resolved within 3 days and in the second case nursing problems Acute pain can be resolved within 2 days. **Discussion:** patients with nursing problems Acute pain does not always have the same response in each *post lymphadenectomy* patient this is influenced by the client's health status and previous health conditions. The scale of pain before deep breath relaxation was carried out 4 after being done to 1 (0-10), so deep breath relaxation could reduce pain intensity especially in *post op lymphadenectomy* clients and advice for the hospital to try to carry out deep breath relaxation therapy.

Keywords : Nursing care, acute pain, *post lymphadenectomy* surgery

Bibliography : 10 books (2006-2018), 4 journals (2008-2018), 4 websites

KATA PENGANTAR

Segala puji bagi Allah SWT yang telah memberikan Karunia-Nya dengan karunia dan limpahan rahmatNya yang besar sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ini dengan baik dan tepat pada waktunya. Serta sholawat dan salam tercurah kepada Nabi Muhammad SAW.

Karya tulis ini berjudul **“Asuhan Keperawatan Pada Klien Post Operasi Limfadenektomi atas indikasi Limfadenopati dengan Nyeri Akut di Ruangannya Melati 4 Lantai IV RSUD Dr. Soekardjo Tasikmalaya”**. Disusun Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Mencapai Gelar Ahli Madya Keperawatan STIKes Bhakti Kencana Bandung.

Penulis menyadari sepenuhnya bahwa karya tulis ini masih terdapat beberapa kekurangan, hal ini tidak lepas dari terbatasnya pengetahuan dan wawasan yang penulis miliki. Oleh karena itu penulis sangat mengharapkan adanya kritik dan saran yang konstruktif untuk perbaikan di masa yang akan datang, karena manusia yang mau maju adalah orang yang mau menerima kritikan.

Dalam penyusunan karya tulis ini, penulis banyak mendapatkan bantuan dan bimbingan baik moril maupun materi dari berbagai pihak. Pada kesempatan ini sebagai ucapan rasa syukur penulis ingin menyampaikan rasa terima kasih yang sangat mendalam kepada :

1. H. Mulyana, S.H, M.Pd, M.H.Kes, selaku Ketua Yayasan Adhi Guna Kencana Bandung.

2. Rd. Siti Jundiah, S.Kep., M.Kep selaku Ketua STIKes Bhakti Kencana Bandung.
3. Tuti Suprapti, S.Kep., M.Kep., selaku Ketua Program Studi Diploma III Keperawatan STIKes Bhakti Kencana Bandung.
4. H. Rachwan Herawan., M. Kes. selaku Pembimbing Utama yang telah membimbing dan memotivasi selama penulis menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
5. Rizki Muliani., S. Kep., Ners., MM., selaku Pembimbing Pendamping yang telah membimbing dan memotivasi selama penulis menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
6. Direktur RSUD dr. Soekardjo Tasikmalaya Bapak dr. H. Wasisto Hidayat, M.Kes., yang telah memfasilitasi penulis untuk melakukan ujian praktek.
7. Kepala ruangan Melati 4 Lantai IV RSUD dr. Soekardjo Tasikmalaya, yang telah memberikan kemudahan serta arahan kepada penulis dalam melaksanakan ujian praktek lapangan di ruang bedah Melati 4 Lantai IV RSUD dr. Soekardjo Tasikmalaya.
8. Roni Husnara S.Kep., Ners selaku Clinical Instruktur yang telah memberikan bimbingan serta motivasi kepada penulis dalam melakukan ujian praktek lapangan di ruang Melati 4 Lantai IV RSUD dr. Soekardjo Tasikmalaya.
9. Seluruh Staff Dosen dan Karyawan Program Studi D-III Keperawatan Konsentrasi Anestesi dan Gawat Darurat Medik yang telah memberikan ilmu dan keterampilan selama penulis menuntut ilmu di STIKes Bhakti Kencana Bandung.

10. Ayahandaku, Tukijo., Amd. An dan Ibundaku terkasih Holide Edib Hanoum., S. Pd., terima kasih atas segala do'a restu dan motivasinya yang selalu menjadi penuntun demi keberhasilan anakmu.
11. Terima kasih untuk mu kakakku dan adikku Ray Sultan Arizona., S. Kep., Ners., Raza Andromeda Halim, dan seluruh keluargaku yang telah memberikan dorongan dan semangat serta dengan tulus selalu mendoakan dan mengharapkan keberhasilan penulis.
12. Teruntuk kekasihku Elka Meilani terimakasih atas motivasi, doa dan semangatnya yang selalu menemani.
13. Kepada teman terdekatku Teguh P, Artha J K, Fazrul K L, Yudi K, Tauhid Butolo, Deni Z, Andreas Y P K, Rahmad W, Ahmad N, Rahmad F dan teman-teman Anestesi angkatan XII terima kasih atas bantuan dan dukungannya sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ini serta kepada Mey L, Kusuma J, yang berkerja sama dalam penyelesaian penyusunan karya tulis ilmiah ini.

Semoga amal kebaikan yang telah diberikan kepada penulis mendapat pahala dari Allah SWT. Demikian Karya Tulis ini penulis buat, semoga bermanfaat bagi dunia keperawatan.

Bandung, 12 April 2019

Alviarie Abdillah

DAFTAR ISI

Halaman judul	i
Lembar Pernyataan	ii
Lembar Persetujuan	iii
Lembar Pengesahan	iv
Abstrak	v
Kata Pengantar	vi
Daftar Isi	ix
Daftar Tabel	xiii
Daftar Bagan	xiv
Daftra Lampiran	xv
Daftar Singkatan	xvi
Daftar Gambar	xvii

BAB I PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Tujuan Penulisan	4
1.3.1 Tujuan Umum	4

1.3.2 Tujuan Khusus	5
1.4 Manfaat Penulisan	6
1.4.1 Manfaat Teoritis	6
1.4.2 Manfaat Praktis	6

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Penyakit	8
2.1.1 Definisi Sistem Limfatik	8
2.1.2 Antomi dan fisiologi	9
2.1.2.1 Fungsi Limfatik	9
2.1.2.2 Anatomi Limfatik	9
2.1.3 Limfadenopati	14
2.1.3.1 Definisi	14
2.1.3.2 Manifestasi Klinis	15
2.1.3.3 Etiologi dan Faktor Predisposisi	16
2.1.3.4 Patofisiologi	18
2.1.3.5 Klasifikasi	22
2.1.3.6 Pemeriksaan Penunjang	23
2.1.3.7 Komplikasi	25
2.1.3.8 Penatalaksanaan Medis	26
2.2 Konsep Nyeri Akut	27
2.2.1 Definisi Nyeri Akut	27
2.2.2 Sifat Nyeri	27
2.2.3 Klasifikasi Nyeri	27

2.2.4	Batasan Karakteristik Nyeri	28
2.2.5	Penanganan Nyeri	28
2.2.6	Pengkajian Skala Nyeri	30
2.3	Konsep Asuhan Keperawatan	32
2.3.1	Pengkajian	32
2.3.1.1	Pengumpulan data	32
2.3.2	Diagnosa Keperawatan	43
2.3.3	Intervensi dan Rasional	44
2.3.4	Implementasi	50
2.3.5	Evaluasi	51

BAB III METODE PENELITIAN

3.1	Desain Penelitian	55
3.2	Batasan Istilah	55
3.3	Subyek Penelitian	55
3.4	Lokasi dan Waktu Penelitian	55
3.5	Pengumpulan Data	56
3.6	Uji Keabsahan Data	57
3.7	Analisa Data	58
3.8	Etik Penelitian	60

BAB IV HASIL DAN BAHASAN

4.1	Hasil	63
4.1.1	Gambaran Lokasi Pengambilan Data	63

4.1.2	Asuhan Keperawatan	64
4.1.2.1	Pengkajian	64
4.1.2.2	Diagnosa Keperawatan	75
4.1.2.3	Intervensi	79
4.1.2.4	Implementasi Keperawatan	82
4.1.2.5	Evaluasi	86
4.2	Pembahasan	87
4.2.1	Pengkajian Keperawatan	87
4.2.2	Diagnosa Keperawatan	90
4.2.3	Perencanaan Keperawatan	91
4.2.4	Implementasi Keperawatan	96
4.2.5	Evaluasi Keperawatan	97

BAB V KESIMPULAN DAN SARAN

5.1	Kesimpulan	99
5.1.1	Pengkajian	99
5.1.2	Diagnosa	100
5.1.3	Intervensi	100
5.1.4	Implementasi	101
5.1.5	Evaluasi	101

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Etiologi (Oehadian, 2013).....	16
Tabel 2.2 Klasifikasi Limfadenopati (Oehadian 2013).....	22
Tabel 2.3 Intervensi Keperawatan (NANDA 2018-2020, NIC NOC).....	44
Tabel 4.1 Pengkajian.....	64
Tabel 4.2 Riwayat Penyakit	65
Tabel 4.3 Perubahan aktivitas sehari-hari	66
Tabel 4.4 Pemeriksaan fisik	67
Tabel 4.5 Pemeriksaan psikologi	71
Tabel 4.6 Pemeriksaan diagnostik.....	72
Tabel 4.7 Rencana pengobatan	73
Tabel 4.8 Analisa data.....	73
Tabel 4.9 Diagnosa keperawatan	75
Tabel 4.10 Intervensi.....	79
Tabel 4.11 Implementasi keperawatan.....	82
Tabel 4.12 Evaluasi.....	86

DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1 Pathway Limfadenopati (Setyorini, 2014).....	21
--	----

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran I Lembar Bimbingan
- Lampiran II Informed Consent
- Lampiran III Lembar Observasi
- Lampiran IV Jurnal Penelitian
- Lampiran V Daftar Riwayat Hidup

DAFTAR SINGKATAN

BB	: Berat Badan
b.d	: Berhubungan Dengan
Cm	: Centimeter
CMV	: Cyto Megalo Virus
DC	: Dower Cateter
Kg	: Kilo Gram
KGB	: Kelenjar Getah Bening
POD	: Post Op Day
TB	: Tinggi Badan

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Kelenjar Limfe (Pearce, 2016).....	11
---	----

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Limfadenopati adalah penyakit pada kelenjar getah bening (KGB), biasanya ditandai dengan pembengkakan (Dorland, 2011). Dalam tubuh manusia terdapat hampir 600 KGB tetapi hanya KGB di submandibular, aksila dan inguinal yang sering teraba pada manusia yang sehat. Istilah *limfadenopati* sering didefinisikan sebagai kelainan dari KGB dalam bentuk ukuran, jumlah maupun konsistensinya yang disebabkan adanya penambahan sel-sel pertahanan tubuh yang berasal dari KGB itu sendiri, adanya infiltrasi sel-sel peradangan (*neutrofil*) atau adanya infiltrasi sel-sel ganas (Suradhipa, 2013). Jika limfadenopati tidak ditangani dengan serius dapat mengganggu aktivitas sehari-hari dan menimbulkan nyeri.

Pengobatan *limfadenopati* didasarkan kepada penyebabnya. Banyak kasus dari limfadenopati sembuh dengan sendirinya dan tidak membutuhkan pengobatan apapun selain observasi. Kegagalan untuk mengecil setelah 4-6 minggu dapat menjadi indikasi untuk dilaksanakan biopsi kelenjar getah bening. Biopsi dilakukan terutama bila terdapat tanda dan gejala yang mengarahkan kepada keganasan. Kelenjar getah bening yang menetap atau bertambah besar walaupun dengan pengobatan yang adekuat mengindikasikan diagnosis yang belum tepat. *Antibiotik* perlu diberikan apabila terjadi *limfadenitis supuratif* yang biasa disebabkan oleh *Staphylococcus. Aureus* dan *Streptococcus pyogenes*

(*group A*). Pemberian *antibiotik* dalam 10-14 hari dan organisme ini akan memberikan respon positif dalam 72 jam. Kegagalan terapi menuntut untuk dipertimbangkan kembali diagnosis dan penanganannya. Pembedahan mungkin diperlukan bila dijumpai adanya abses dan evaluasi dengan menggunakan USG diperlukan untuk menangani pasien ini (Suradhipa, 2013).

Limfadenektomi adalah prosedur pembedahan di mana kelenjar getah bening diangkat dan sampel jaringan diperiksa di bawah mikroskop untuk tanda-tanda kanker. Untuk *limfadenektomi regional*, beberapa kelenjar getah bening di daerah tumor diangkat; untuk *limfadenektomi radikal*, sebagian besar atau semua kelenjar getah bening di daerah tumor diangkat. Disebut juga diseksi kelenjar getah bening (*NCI Dictionary of Cancer Terms, 2015*).

Tindakan pembedahan yang dilakukan mengakibatkan timbulnya luka pada bagian tubuh pasien sehingga menyebabkan rasa nyeri, Keluhan yang muncul pada pasien post operasi *Limfadenektomi* yaitu Nyeri akut, Nyeri adalah respons subjektif terhadap stresor fisik dan psikologis. Semua individu mengalami nyeri di beberapa tempat selama kehidupan mereka (*American Academy of Pain Managemen, 2009; Center for Disease Control and Prevention [CDC],2006*).

Nyeri post operasi termasuk ke dalam kategori nyeri akut dengan karakteristik memiliki awitan yang cepat, mendadak dan berlangsung dalam waktu yang singkat. Karakteristik tersebut terjadi karena diskontinuitas jaringan

oleh penggunaan alat dalam tindakan pembedahan (Potter & Perry, 2009; Rosenquit & Rosenberg, 2003; Smeltzer & Bare, 2002).

Pentingnya peran perawat dalam setiap tindakan baik pada masa sebelum, selama maupun setelah tindakan pembedahan. Perawat perlu melakukan observasi tingkat nyeri *post* operasi untuk menentukan skala nyeri. Cara yang dapat dilakukan perawat dalam membantu meredakan nyeri yaitu dengan cara pendekatan farmakologis dapat dilakukan dengan pemberian obat-obatan, sedangkan secara non-farmakologis melalui relaksasi, distraksi dan mobilisasi dini (Sujatmiko, 2014).

Di Indonesia sendiri sampai 30 September 2010 menurut Kementerian Kesehatan Republik Indonesia secara kumulatif jumlah kasus *Limfadenopati* 778 kasus. Berdasarkan data BPS 2009 jumlah penduduk Indonesia 230.632.700 jiwa. Dengan positif rate rata – rata *Limfadenopati* 30 September 2010 sekitar 0,0337%.

Berdasarkan data dari rekam medik RSUD dr. Soekardjo Tasikmalaya periode April 2018 – Januari 2019 di dapatkan 10 besar penyakit di ruang Melati 4 RSUD dr. Soekardjo Tasikmalaya. Urutan pertama adalah *Hernia Inguinalis*, *Soft Tissue Tumor*, *Fibroadenoma Mamae*, *Kista ateroma*, *Appendiksitis*, *Benigna Prostat Hiperplasia*, *Fraktur Humerus*, *Colellitiasis*, urutan terakhir *Peritonitis* dan *SNNT*.

Berdasarkan data dari catatan *Medical Record* RSUD dr. Soekardjo Periode April 2018 sampai dengan Januari 2019 didapatkan hasil bahwa pasien

dengan *limfadenopati* tidak termasuk ke dalam 10 penyakit terbesar dengan jumlah pasien sebanyak 5 orang dengan persentase 0,20%. Perawat mempunyai peran dalam melakukan asuhan keperawatan kepada pasien *limfadenopati* yang meliputi peran *promotif, preventif, kuratif* dan *rehabilitatif*. (Sumber: *Medical Record* RSUD dr Soekardjo Periode Januari-Desember 2018)

Berdasarkan data-data tersebut penulis tertarik untuk melaksanakan Asuhan Keperawatan secara komprehensif dengan menggunakan proses keperawatan dalam karya tulis dengan **“Asuhan Keperawatan pada Klien *Post Limfadenektomi* dengan Nyeri Akut di Ruang Melati 4 RSUD dr. Soekardjo Tasikmalaya.”**

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas maka yang menjadi perumusan masalah adalah “Bagaimanakah asuhan keperawatan pada klien *post limfadenektomi* dengan nyeri akut di ruang Melati 4 RSUD dr. Soekardjo Tasikmalaya?”.

1.3 Tujuan Penulisan

1.3.1 Tujuan Umum

Memperoleh pengalaman dan mampu melaksanakan asuhan keperawatan secara komprehensif baik biologi, psikologi, sosial dan spiritual dengan pendekatan proses keperawatan pada klien *post limfadenektomi* dengan nyeri akut di ruang Melati 4 RSUD dr. Soekardjo Tasikmalaya.

1.3.2 Tujuan Khusus

Tujuan khusus dari penulisan Karya Tulis Ilmiah ini adalah penulis dapat melakukan asuhan keperawatan yang meliputi :

- a. Melakukan pengkajian pada klien *post limfadenektomi* dengan nyeri akut di ruang Melati 4 RSUD dr. Soekardjo Tasikmalaya.
- b. Merumuskan diagnosa keperawatan pada klien *post limfadenektomi* dengan nyeri akut di ruang Melati 4 RSUD dr. Soekardjo Tasikmalaya.
- c. Membuat rencana asuhan keperawatan pada klien *post limfadenektomi* dengan nyeri akut di ruang Melati 4 RSUD dr. Soekardjo Tasikmalaya.
- d. Mampu melaksanakan tindakan keperawatan sesuai dengan perencanaan yang telah ditentukan pada klien *post limfadenektomi* dengan nyeri akut di ruang Melati 4 RSUD dr. Soekardjo Tasikmalaya.
- e. Mengevaluasi hasil keperawatan yang telah dilaksanakan pada klien *post limfadenektomi* dengan nyeri akut di ruang Melati 4 RSUD dr. Soekardjo Tasikmalaya.
- f. Mendokumentasikan asuhan keperawatan yang telah dilaksanakan pada klien *post limfadenektomi* dengan nyeri akut di ruang Melati 4 RSUD dr. Soekardjo Tasikmalaya.

1.4 Manfaat Penulisan

1.4.1 Manfaat Teoritis

Penulisan ini diharapkan dapat menjadi acuan dalam ilmu keperawatan dalam melaksanakan Asuhan Keperawatan pada klien *post limfadenektomi* dengan nyeri akut.

1.4.2 Manfaat Praktis

Penulisan ini diharapkan dapat bermanfaat bagi :

a. Bagi Penulis

Dapat menambah pengetahuan tentang penyakit limfadenopati dan dapat memberikan asuhan keperawatan pada klien *post limfadenektomi* dengan masalah keperawatan nyeri akut.

b. Bagi Institusi Pendidikan

Penulisan ini diharapkan dapat menambah jumlah karya ilmiah yang dihasilkan oleh mahasiswa dan juga sebagai salah satu sumber acuan tentang Asuhan Keperawatan pada klien *post limfadenektomi* dengan masalah keperawatan nyeri akut.

c. Bagi Rumah Sakit

Penulisan ini diharapkan dapat menambah pengetahuan bagi perawat tentang pemberian Asuhan Keperawatan pada klien *post limfadenektomi* dengan masalah keperawatan nyeri akut.

d. Bagi Klien

Penulisan ini diharapkan dapat menambah pengetahuan bagi klien tentang penyakit *Limfadenopati* dan mengetahui sedikit tentang Asuhan Kepewatan *post limfadenektomi* yang diberikan.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Penyakit

2.1.1 Definisi Sistem Limfatik

Sistem Limfatik berhubungan erat dengan sistem sirkulasi darah, yang terdiri atas sistem limfatik dan kelenjar limfe adalah bagian unik dari sistem sirkulasi. Sistem limfatik mengembalikan plasma dan protein plasma yang disaring kapiler dari jaringan interstisial ke aliran darah. Cairan ini disebut *limfe*. Sistem limfatik terdiri atas kapiler tertutup yang mengarah ke venula limfatik besar dan vena limfatik. Pembuluh ini berisi otot polos dan katup satu arah yang membantu memindahkan cairan menuju jantung. Pembuluh limfatik mempunyai selubung yang sama seperti arteri dan vena, pulsasi arteri dan kontraksi otot rangka menekan pembuluh limfatik untuk membantu mempertahankan aliran limfe. Ketika limfe bergerak melewati system limfatik, limfe disaring melewati ribuan kelompok kelenjar limfe berbentuk kacang disepanjang pembuluh. Dalam kelenjar ini, fagosit memindahkan benda asing dari limfe, mencegah benda asing tersebut masuk ke dalam aliran darah (LeMone et al. 2016).

2.1.2 Anatomi dan Fisiologi Sistem Limfatik

2.1.2.1 Fungsi Sistem Limfatik

Fungsi dari sistem limfe ini adalah :

- a. Mengembalikan cairan dan protein dari jaringan ke dalam sirkulasi darah.
- b. Mengangkat limfosit dari kelenjar limfe ke sirkulasi darah.
- c. Membawa lemak yang sudah dibuat emulsi dari usus ke sirkulasi darah. Saluran limfe yang melaksanakan fungsi ini adalah saluran lakteal.
- d. Kelenjar limfe menyaring dan menghancurkan mikroorganisme untuk menghindari penyebaran organisme itu dari tempat masuknya ke dalam jaringan, ke bagian lain tubuh.
- e. Apabila ada infeksi, kelenjar limfe menghasilkan zat anti (antibodi) untuk melindungi tubuh terhadap kelanjutan infeksi (Pearce, 2016).

2.1.2.2 Anatomi Limfatik

Definisi jaringan limfatik (atau yang sering disebut jaringan limfoid) adalah jaringan penyambung retikuler yang diinfiltrasi oleh limfosit. Jaringan limfoid ini terdistribusi luas di seluruh tubuh baik sebagai organ limfoid ataupun sebagai kumpulan limfosit difus dan padat. Organ limfoid sendiri merupakan massa atau sekumpulan jaringan limfoid yang dikelilingi oleh kapsul jaringan penyambung atau dilapisi oleh epitelium (Wardhani, 2011).

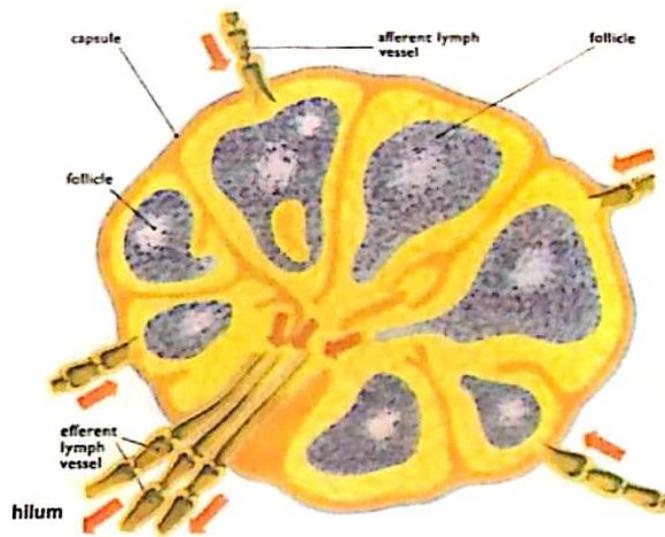
Secara garis besar sistem limfatik tubuh dapat dibagi atas sistem konduksi, jaringan limfoid dan organ limfoid (gambar 2.2). Sistem konduksi mentransportasi limfe dan terdiri atas pembuluh - pembuluh tubuler yaitu pembuluh limfe, kelenjar limfe atau nodus limfe, saluran limfe, jaringan limfoid dan organ limfoid. Hampir semua jaringan tubuh memiliki pembuluh atau saluran limfe yang mengalirkan cairan dari ruang interstisial. (Pearce, 2016).

a. Pembuluh limfe

Semakin ke dalam ukuran pembuluh limfe makin besar dan berlokasi dekat dengan vena. Seperti vena, pembuluh limfe memiliki katup yang mencegah terjadinya aliran balik. Protein yang dipindahkan dari ruang interstisial tidak dapat direabsorpsi dengan cara lain. Protein dapat memasuki kapiler limfe tanpa hambatan karena struktur khusus pada kapiler limfe tersebut, di mana pada ujung kapiler hanya tersusun atas selapis sel-sel endotel dengan susunan pola saling bertumpang sedemikian rupa seperti atap sehingga tepi yang menutup tersebut bebas membuka ke dalam membentuk katup kecil yang membuka ke dalam kapiler (gambar 2.1). Otot polos di dinding pembuluh limfe menyebabkan kontraksi beraturan guna membantu pengaliran limfe menuju ke duktus torasikus.

b. Kelenjar limfe atau nodus limfe

Kelenjar limfe atau nodus limfe berbentuk kecil lonjong atau seperti kacang dan terdapat di sepanjang pembuluh limfe. Kerjanya sebagai penyaring dan dijumpai di tempat – tempat terbentuknya limfosit. Kelompok – kelompok utama terdapat di dalam leher, aksila, toraks, abdomen dan lipat paha.



Gambar 2.1 Kelenjar limfe (Pearce, 2016)

c. Saluran limfe

Struktur pembuluh limfe serupa vena kecil, tetapi memiliki lebih banyak katup sehingga pembuluh limfe tampaknya seperti rangkaian merjan. Pembuluh limfe yang terkecil atau kapiler limfe lebih besar dari pada kapiler darah dan terdiri atas selapis endothelium. Pembuluh limfe bermula sebagai jalinan halus kapiler yang sangat kecil atau sebagai rongga – rongga limfe di dalam jaringan berbagai organ. Sejenis pembuluh limfe khusus

disebut lakteal (kilus) dijumpai dalam vili usus kecil. Terdapat dua batang saluran limfe yang utama yaitu ductus torasikus dan batang saluran kanan (Pearce, 2016) :

Duktus toraksikus bermula sebagai *reseptakulum kili* atau *sisternakili* di depan vertebra lumbalis. Kemudian berjalan ke atas melalui abdomen dan torak menyimpang ke sebelah kiri columna vertebralis, kemudian bersatu dengan vena – vena besar di sebelah bawah kiri leher dan menuangkan isinya ke dalam vena – vena itu.

Ductus toraksikus mengumpulkan limfe dari semua bagian tubuh, kecuali dari bagian yang menyalurkan limfena ke ductus limfe kanan (batang saluran kanan).

Ductus limfe kanan ialah saluran yang jauh lebih kecil dan mengumpulkan limfe dari sebelah kanan kepala dan leher, lengan kanan dan dada sebelah kanan dan menuangkan isinya ke dalam vena yang berada di sebelah bawah kanan leher.

Pada waktu infeksi, pembuluh limfe dan kelenjar dapat meradang. Pembengkakan kelenjar yang sakit tampak ketiak atau lipat paha jika sebuah jari tangan atau jari kaki terkena infeksi.

d. Jaringan limfoid

Jaringan limfoid terdiri atas nodus dan nodulus limfoid yang mempunyai ukuran dan lokasi bervariasi. Ukuran nodus biasanya lebih besar, panjangnya berkisar 10 - 20 mm dan

mempunyai kapsul; sedangkan nodulus panjangnya antara sepersekian milimeter sampai beberapa milimeter dan tidak mempunyai kapsul. Dalam tubuh manusia terdapat ratusan nodus limfoid ini (kelenjar limfe atau kelenjar getah bening) yang tersebar dengan ukuran antara sebesar kepala peniti hingga biji kacang. Meskipun ukuran kelenjar-kelenjar ini dapat membesar atau mengecil sepanjang umur manusia, tiap kelenjar yang rusak atau hancur tidak akan beregenerasi. Jaringan limfoid berfungsi sebagai sistem kekebalan tubuh yang bertugas untuk menyerang infeksi dan menyaring cairan limfe (atau cairan getah bening).

e. Organ limfoid

Menurut tahapan perkembangan dan maturasi limfosit yang terlibat di dalamnya, organ limfoid terbagi atas:

- 1) Organ limfoid primer atau sentral, yaitu kelenjar timus dan bursa fabricius atau sejenisnya seperti sumsum tulang. Membantu menghasilkan limfosit virgin dari immature progenitor cells yang diperlukan untuk pematangan, diferensiasi dan proliferasi sel T dan sel B sehingga menjadi limfosit yang dapat mengenal antigen.
- 2) Organ limfoid sekunder atau perifer, yang mempunyai fungsi untuk menciptakan lingkungan yang memfokuskan limfosit untuk mengenali antigen, menangkap dan mengumpulkan antigen dengan efektif,

proliferasi dan diferensiasi limfosit yang disensitisas. oleh antigen spesifik serta merupakan tempat utama produksi antibodi. Organ limfoid sekunder yang utama adalah sistem imun kulit atau *skin associated lymphoid tissue (SALT)*, *mucosal associated lymphoid tissue (MALT)*, *gut associated lymphoid tissue (GALT)*, kelenjar limfe, dan lien.

Seluruh organ limfoid memiliki pembuluh limfe eferen tetapi hanya nodus limfatikus yang memiliki pembuluh limfe aferen. Nodul limfoid dikelilingi oleh kapsul fibrosa di mana terdapat proyeksi jaringan penyambung dari kapsul ke dalam nodus limfoid menembus korteks dan bercabang hingga ke medula yang disebut trabekula yang memisahkan korteks nodus limfoid menjadi kompartemen - kompartemen yang inkomplit yang disebut folikel limfoid. Nodulus limfoid tersusun atas massa padat dari limfosit dan makrofag yang dipisah oleh ruang-ruang yang disebut sinus limfoid. Di bagian tengah terdapat massa ireguler medula. Pembuluh eferen meninggalkan nodus dari regio yang disebut hilum.

2.1.3 Limfadenopati

2.1.3.1 Definisi

Limfadenopati merupakan pembesaran Kelenjar Getah Bening (KGB) dengan ukuran lebih dari 1 cm. Berdasarkan lokasinya

limfadenopati terbagi menjadi limfadenopati generalisata dan limfadenopati lokalisata (Oehadian, 2013). Sebuah penelitian oleh Bazemore tahun 2002 dalam (Oehadian, 2013) limfadenopati adalah abnormalitas ukuran atau karakter kelenjar getah bening. Terabanya kelenjar getah bening supraklavikula, iliak atau poplitea dengan ukuran berapa pun dan terabanya kelenjar epitroklear dengan ukuran lebih besar dari 5 mm yang merupakan keadaan abnormal. Berdasarkan kedua definisi tersebut penulis menyimpulkan bahwa Limfadenopati merupakan suatu keadaan dimana KGB mengalami pembesaran dengan ukuran lebih dari 1 cm dan terabanya kelenjar epitroklear dengan ukuran lebih besar dari 5 mm yang merupakan keadaan abnormal.

2.1.3.2 Manifestasi Klinis

Manifestasi klinis yang sering terjadi pada penderita Limfadenopati seperti demam yang berkepanjangan dengan suhu lebih dari 38,0°C, sering keringat malam, kehilangan Berat Badan (BB) lebih dari 10% dalam 6 bulan, timbul benjolan di daerah Sub Mandibular, ketiak dan lipat paha. Gejala pada Limfadenopati atau pembesaran KGB seperti klien mungkin mengalami gejala Infeksi Saluran Pernapasan Atas (ISPA), merasa agak lembut kelenjar di bawah kulit di sekitar telinga, di bawah dagu, di bagian atas dari leher, ada beberapa yang mengalami infeksi kulit, infeksi (mononucleosis atau “mono” HIV, dan jamur atau parasite infeksi)

dan gangguan kekebalan tubuh seperti lupus atau rheumatoid arthritis (Oktarizal, 2019).

2.1.3.3 Etiologi dan Faktor Predisposisi

Banyak keadaan yang dapat menimbulkan limfadenopati. Keadaan – keadaan tersebut dapat diingat dengan mnemonik MIAMI : *malignancies* (keganasan), *infections* (infeksi), *autoimmune disorders* (kelainan autoimun), *miscellaneous and unusual conditions* (lain – lain dan kondisi tak lazim) dan *iatrogenic causes* (sebab – sebab iatrogenic).

Tabel 2.1 Etiologi (Oehadian, 2013)

Penyebab	Karakteristik	Diagnostik
a. Keganasan		
1) Limfoma	Demam, keringat malam, penurunan BB, asimptomatik.	Biopsi kelenjar.
2) Leukemia	Memar, splenomegaly.	Pemeriksaan hematologi, aspirasi sumsum tulang.
3) Neoplasma kulit	Lesi kulit karakteristik.	Biopsi lesi.
4) Sarcoma Kaposi	Lesi kulit karakteristik.	Biopsi lesi.
5) Metastasis	Bervariasi tergantung tumor primer.	Biopsi.
b. Infeksi		
1) Bruselois	Demam, menggigil, malaise.	Kultur darah, serologi.

2) <i>Cat – scratch disease</i>	Demam, menggigil atau asimtomatik.	Diagnosis klinis, biops.
3) CMV	Hepatitis, pneumonitis, asimtomatik, <i>influenza-like illness</i> .	Antibodi CMV, PCR.
4) HIV, infeksi primer	Nyeri, promiskuitas seksual.	HIV RNA.
5) Limfogranuloma venereum	Demam, malaise, splenomegali.	Diagnosis klinis, titer MIF.
6) Mononukleosis	Demam, eksudat orofaringeal.	Pemeriksaan hematologi, Monospot, serologi EBV.
7) Faringitis	Ruam karakteristik, demam.	Kultur tenggorokkan.
8) Rubela	Demam, keringat malam, hemoptysis, riwayat kontak.	Serologi.
9) Tuberkulosis	Demam, ulkus pada tempat gigitan.	PPD, kultur sputum, foto thoraks.
10) Tularemia	Demam, konstipasi, diare, sakit kepala, nyeri perut, <i>rose spot</i> .	Kultur darah, serologi.
11) Demam tifoid	Ruam, ulkus tanpa nyeri.	Kultur darah, kultur sumsum tulang.
12) Sifilis	Demam, mual, diare, ikterus.	<i>Rapid plasma reagin</i> .
13) Hepatitis virus	Artritis, nefritis, anemia, ruam, penurunan BB.	Serologi hepatitis, uji fungsi hati.
c. Autoimun		
1) Lupus eritematosus sistemik	Artitis simetris, kaku pada pagi hari, demam.	Klinis, ANA, DNA, LED, hematologi.
2) Artritis reumatoid	Perubahan kulit, kelemahan otot proksimal.	Klinis, radiologi, faktor reumatoid,

3) Dermatomiositis	Kerato konjungtivitis, gangguan ginjal, vasculitis.	LED, hematologi. EMG, kreatinin kinase serum, biopsi otot.
4) Sindrom Sjogren	Demam, konjungtivitis, <i>strawberry tongue.</i>	Uji Schimmer, biopsi bibir, LED, hematologi.
d. Lain – lain/ kondisi tak lazim	Kriteria klinis.	
1) Penyakit Kawasaki	Perubahan kulit, dyspnea, adenopati hilar.	ACE serum, foto toraks, biopsi paru/ kelenjar hilus.
2) Sarcoidosis	Demam, urtikaria, <i>fatigue.</i>	
e. Iatrogenik		
1) Serum sickness	Limfadenopati asimptomatik.	Klinis, kadar komplemen. Penghentian obat.
2) Obat		

2.1.3.4 Patofisiologi

Sebuah penelitian oleh Price tahun (2006) Sistem limfatik berperan pada reaksi peradangan sejajar dengan sistem vaskular darah. Biasanya ada penembusan lambat cairan interstisial kedalam saluran limfe jaringan, dan limfe yang terbentuk dibawa kesentral dalam badan dan akhirnya bergabung kembali kearah vena. Bila daerah terkena radang, biasanya terjadi kenaikan yang menyolok pada aliran limfe dari daerah itu. Telah diketahui bahwa dalam perjalanan peradangan akut, lapisan pembatas pembuluh limfe yang terkecil agak meregang, sama seperti yang terjadi pada venula,

dengan demikian memungkinkan lebih banyak bahan interstisial yang masuk kedalam pembuluh limfe. Bagaimanapun juga, selama peradangan akut tidak hanya aliran limfe yang bertambah, tetapi kandungan protein dan sel dari cairan limfe juga bertambah dengan cara yang sama.

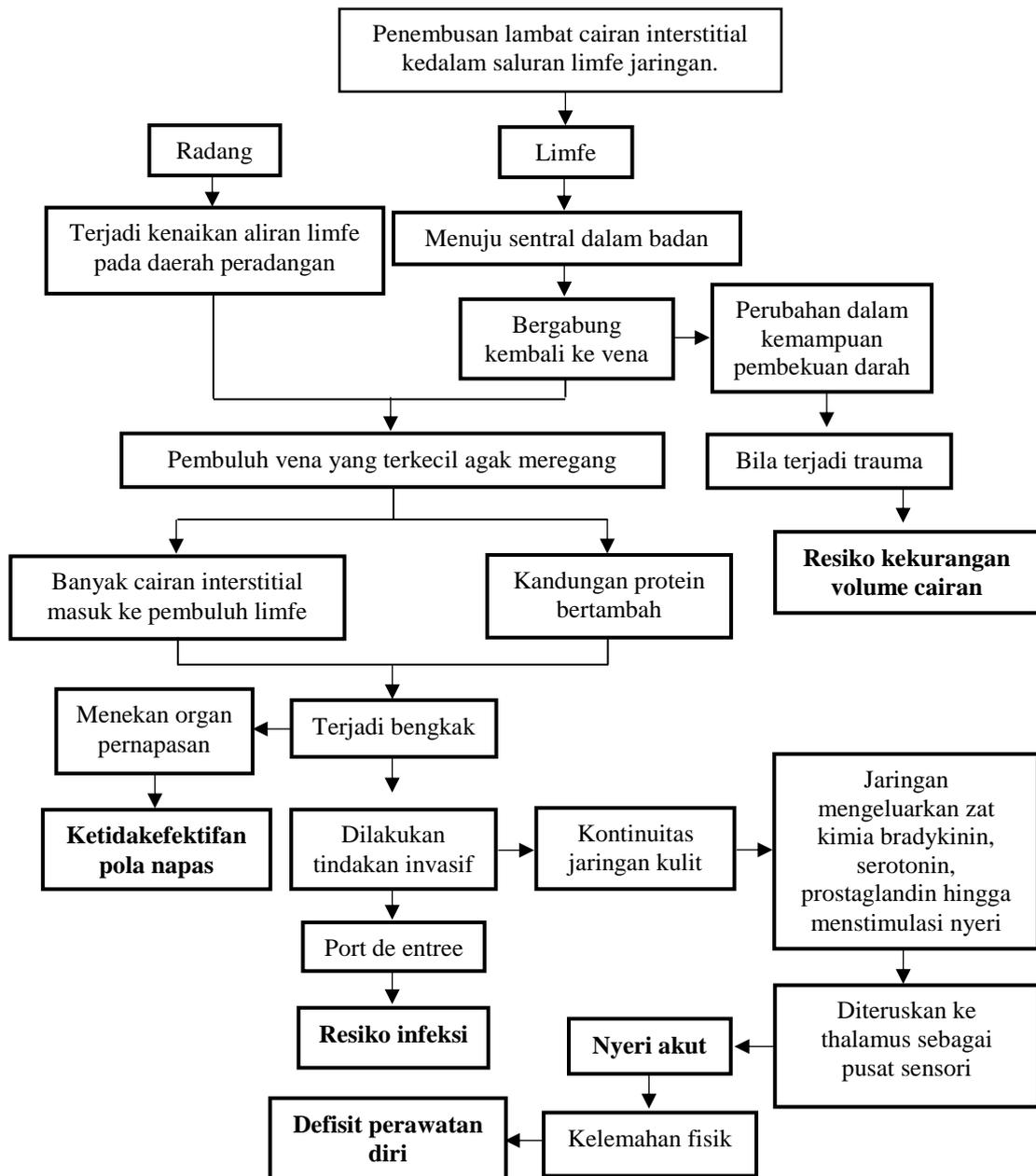
Sebaliknya, bertambahnya aliran bahan-bahan melalui pembuluh limfe menguntungkan karena cenderung mengurangi pembengkakan jaringan yang meradang dengan mengosongkan sebagian dari eksudat. Sebaliknya, agen-agen yang dapat menimbulkan cedera dapat dibawa oleh pembuluh limfe dari tempat peradangan primer ketempat yang jauh dalam tubuh. Dengan cara ini, misalnya, agen-agen yang menular dapat menyebar. Penyebaran sering dibatasi oleh penyaringan yang dilakukan oleh kelenjar limfe regional yang dilalui oleh cairan limfe yang bergerak menuju kedalam tubuh, tetapi agen atau bahan yang terbawa oleh cairan limfe mungkin masih dapat melewati kelenjar dan akhirnya mencapai aliran darah.

Sebuah penelitian oleh Harrison tahun (2012) Riwayat penyakit dan pemeriksaan fisis dapat menghasilkan petunjuk tentang kemungkinan diagnosis ini dan evaluasi lebih lanjut secara langsung (misalnya hitung darah lengkap, biakan darah, foto rontgen, serologi, uji kulit). Jika adenopati sistemik tetap terjadi tanpa penyebab yang jelas tanpa diketahui, biopsi kelenjar limfe dianjurkan.

Biopsi kelenjar jika diputuskan tindakan biopsi, idealnya dilakukan pada kelenjar yang paling besar, paling dicurigai dan paling mudah diakses dengan pertimbangan nilai diagnostiknya. KGB inguinal mempunyai nilai diagnostik paling rendah. KGB supraklavikular mempunyai nilai diagnostik paling tinggi. Adanya gambaran arsitektur kelenjar pada biopsi merupakan hal yang penting untuk diagnostik yang tepat, terutama untuk membedakan limfoma dengan hiperplasia reaktif yang jinak (Oehadian, 2013).

Sebuah penelitian oleh Oswari tahun 2000 (dikutip dalam Astria Dian Setyorini 2014) Anestesi umum menyebabkan mati rasa karena obat ini masuk ke jaringan otak dengan tekanan setempat yang tinggi. Pada awal pembiusan ukuran pupil masih biasa, reflek pupil masih kuat, pernafasan tidak teratur, nadi tidak teratur, sedangkan tekanan darah tidak berubah, seperti biasa.

Bagan 2.1 Pathway Limfadenopati (Setyorini, 2014)



2.1.3.5 Klasifikasi

Tabel 2.2 Klasifikasi Limfadenopati (Oehadian 2013)

Kelompok KGB	Keterangan
Level I	
a. Sublevel I A (submental)	KGB dalam batas segitiga antara m. digastricus bagian anterior dan tulang hyoid. Kelompok ini mempunyai risiko metastasis keganasan dari mulut, anterior lidah, anterior mandibula, bibir bawah.
b. Sublevel I B (submandibular)	KGB dalam batas m. digastric bagian anterior, m. stilohioid dan mandibula. Kelompok ini mempunyai risiko metastasis keganasan dari kavum oral, kavum nasal anterior, jaringan lunak wajah dan glandula submandibularis.
Level II (jugular atas)	
	KGB di antara vena jugularis interna 1/3 atas, nervus asesorius spinalis mulai dari basis kranii sampai bagian inferior tulang hyoid. Kelompok ini mempunyai risiko untuk metastasis keganasan dari kavum oral, kavum nasi, nasofaring, orofaring, hipofaring, laring dan kelenjar parotis.
a. Sublevel II A	Terletak di bagian anterior nervus asesorius spinalis.
b. Sublevel II B	Terletak di bagian anterior nervus asesorius spinalis.
Level III (jugular tengah)	
	KGB di antara vena jugularis interna 1/3 tengah, mulai bagian inferior tulang hyoid sampai bagian inferior kartilago krikoida. Kelompok ini mempunyai risiko untuk metastasis keganasan dari kavum oral, nasofaring, orofaring, hipofaring dan laring.
Level IV (jugular bawah)	
	KGB di antara vena jugularis interna 1/3 bawah, mulai bagian inferior kartilago krikoida sampai klavikula. Kelompok ini mempunyai risiko untuk metastasis keganasan dari hipofaring tiroid, esofagus bagian servikal dan laring.
Level V (posterior triangle group)	KGB di sekitar nervus asesoris pertengahan bawah dan arteri servikal transversa.

a. Sublevel V A	Kelompok ini mempunyai risiko metastasis keganasan dari nasofaring, orofaring dan struktur kulit pada posterior kepala dan leher.
b. Sublevel V B	Di atas batas inferior arkus krikoides anterior, termasuk kelenjar asesoris spinal. Di bawah batas inferior arkus krikoides anterior, termasuk kelenjar supraklavikula (kecuali nodus Virchow di level IV).
Level VI (anterior triangle group)	KGB diantara tulang hyoid dan takik suprasternal (<i>suprasternal notch</i>). Kelompok ini mempunyai risiko untuk metastasis keganasan dari tiroid, laring bagian glottis dan subglottis, apeks sinus piriformis dan esophagus bagian servikal.

2.1.3.6 Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang diantaranya yaitu :

- a. Biopsi eksisi merupakan *gold standar* dari pemeriksaan limfadenopati namun tidak semua pusat layanan kesehatan dapat melakukan prosedur ini karena keterbatasan sarana dan tenaga medis. Disamping itu, metode biopsi eksisi ini tergolong invasif dan mahal.
- b. Biopsi aspirasi jarum halus merupakan penunjang yang cukup baik dalam menggantikan jika pusat pelayanan kesehatan memiliki keterbatasan sarana dan tenaga medis. Meskipun biopsi aspirasi jarum halus adalah diagnosis pertama yang mapan alat untuk evaluasi kelenjar getah bening, hanya biopsi inti atau biopsi eksisi akan cukup untuk diagnosis formal limfoma ketika teknik analitik lebih lanjut tidak tersedia, seperti imunohistokimia, aliran *cytometry* dan noda khusus.

- c. Pemeriksaan laboratorium limfadenopati terutama dilihat dari riwayat dan pemeriksaan fisik berdasarkan ukuran dan karakteristik lain dari nodul dan pemeriksaan klinis keseluruhan klien. Ketika pemeriksaan laboratorium ditunjukkan, itu harus didorong oleh pemeriksaan klinis. Pemeriksaan laboratorium dari limfadenopati diantaranya adalah *complete blood cell count (CBC) with differential, erythrocyte sedimentation rate (ESR), lactate dehydrogenase (LDH), specific serologies based on exposures and symptoms [B. henselae, Epstein–Barr virus (EBV), HIV], tuberculin skin testing (TST)*.
- d. Pemeriksaan radiologi diantaranya yaitu ultrasonografi bisa berguna untuk diagnosis dan monitor klien dengan limfadenopati, terutama jika mereka memiliki kanker tiroid atau riwayat terapi radiasi saat muda. Tetapi harus dipikirkan bahwa meski di klien kanker pembesaran kelenjar getah bening jinak lebih sering dibandingkan yang ganas. Bentuk dari nodul limfa jinak biasanya berbentuk oval tipis sedangkan ganas berbentuk bulat dan kenyal. Perbedaan di ukuran atau homogenitas tidak menjadi indikator patologi yang bisa diandalkan.
- e. *Magnetic Resonance Imaging (MRI)* sebelum meluasnya penggunaan gadolinium dan teknik supresi lemak, MRI sering tidak lebih spesifik dibandingkan *Computerized Tomography (CT)* dalam karakterisasi nodul limfa servikal metastasis karena

rendahnya kemampuan untuk menunjukkan nodul yang bertambah secara heterogen, tanda metastasis nodul yang sangat akurat dalam pengaturan SCC leher. Namun, teknologi scan MRI meningkat, peningkatan gadolinium, dan rangkaian supresi lemak telah memungkinkan akurasi yang sebanding. Juga, deteksi MRI dari invasi arteri karotis oleh penyebaran ekstrakapsular tumor dari nodul sering kali lebih unggul daripada CECT.

- f. Pemeriksaan CT nodul limfa dilakukan bersamaan selama pemeriksaan CT terhadap sebagian besar tumor suprahyoid dan infrahyoid atau peradangan. Kualitas penilaian nodul limfa sangat tergantung pada keberhasilan mencapai konsentrasi kontras yang tinggi dalam struktur arteri dan vena leher. Jika tidak, nodul dan pembuluh mungkin tampak sangat mirip (Rasyid et al. 2018).

2.1.3.7 Komplikasi

Limfadenopati dapat menimbulkan komplikasi yang serius jika limfadenopati terdapat pada mediastinal, hal ini dapat menyebabkan vena cava superior syndrome dengan obstruksi dari aliran darah, bronchi atau obstruksi trachea. Bila limfadenopati pada abdominal (perut) dapat menyebabkan konstipasi dan obstruksi intestinal yang dapat mengancam kesehatan. Limfadenopati yang disebabkan oleh keganasan dapat mengganggu metabolisme tubuh

yang menyebabkan nephropathy, hyperkalemia, hypercalcemia, hypocalcemia dan gagal ginjal (Oktarizal, 2019).

2.1.3.8 Penatalaksanaan Medis

Penatalaksanaan limfadenopati berdasarkan pada penyebab masing-masing limfadenopati tersebut. Tatalaksana atau pengobatan awal yang dilakukan pada Limfadenopati biasanya adalah diberikan antibiotik dengan durasi 1-2 minggu serta diobservasi. Beberapa antibiotik ditargetkan untuk bakteri seperti *Staphylococcus aureus* dan Streptococci group A. Antibiotik yang disarankan untuk limfadenopati adalah cephalosporins, amoxicillin/clavulanate (Augmentin), orclindamycin. Obat kortikosteroid sebaiknya dihindari terlebih dahulu pada beberapa saat karena pengobatan dengan kortikosteroid dapat menunda diagnosis histologik dari leukemia atau limfoma (Rasyid et al. 2018).

Pembedahan dilakukan untuk mendiagnosa atau mengobati suatu penyakit, cedera atau cacat, serta mengobati kondisi yang sulit atau tidak mungkin disembuhkan hanya dengan obat-obatan sederhana (Potter dan Perry 2006).

Untuk limfadenopati sendiri nama pembedahannya yaitu limfadenektomi, *Limfadenektomi* adalah prosedur pembedahan di mana kelenjar getah bening diangkat dan sampel jaringan diperiksa di bawah mikroskop untuk tanda-tanda kanker. Untuk *limfadenektomi regional*, beberapa kelenjar getah bening di daerah

tumor diangkat; untuk *limfadenektomi radikal*, sebagian besar atau semua kelenjar getah bening di daerah tumor diangkat. Disebut juga diseksi kelenjar getah bening. (*NCI Dictionary of Cancer Terms, 2015*).

2.2 Konsep Nyeri Akut

2.2.1 Definisi Nyeri Akut

Nyeri didefinisikan sebagai salah satu keadaan yang mempengaruhi seseorang dan ekstensinya di ketahui bila seseorang pernah mengalaminya. Nyeri sangat mengganggu dan menyulitkan banyak orang. Nyeri terjadi bersama proses penyakit, pemeriksaan diagnostic dan proses pengobatannya (Andarmayo, 2013).

2.2.2 Sifat Nyeri

Nyeri bersifat subjektif dan individual. Nyeri adalah segala sesuatu tentang yang dikatakan seseorang tentang nyeri tersebut dan terjadi kapan saja seseorang mengatakan nyeri. Ada 4 atribut pasti untuk pengalaman nyeri antara lain : nyeri bersifat individual, tidak menyenangkan, merupakan kekuatan yang mendominasi dan bersifat tidak berkesudahan (Andarmayo, 2013).

2.2.3 Klasifikasi Nyeri

Menurut Andarmayo (2013) nyeri diklasifikasikan sebagai berikut :

a. Nyeri Akut

Nyeri akut adalah pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan yang timbul akibat kerusakan jaringan yang aktual

atau potensial atau di gambarkan dalam hal kerusakan sedemikian rupa.

b. Nyeri Kronis

Nyeri kronis adalah nyeri konstan atau intermiten yang menetap sepanjang suatu periode waktu. Nyeri ini berlangsung diluar waktu penyembuhan yang diperkirakan dan sering tidak dapat dikaitkan dengan penyebab atau cedera spesifik.

2.2.4 Batasan Karakteristik Nyeri

Menurut NANDA (2018) karakteristik nyeri sebagai berikut :

- a. Perubahan selera makan
- b. Perubahan tekanan darah
- c. Perubahan frekuensi jantung
- d. Perubahan frekuensi pernafasan
- e. Mengekspresikan perilaku (misalnya gelisah, merengek, menangis)
- f. Melaporkan nyeri secara verbal
- g. Gangguan tidur

2.2.5 Penanganan Nyeri

a. Relaksasi Nafas Dalam

Relaksasi adalah suatu tindakan untuk “membebaskan” mental dan fisik dari ketegangan dan stress, sehingga dapat meningkatkan toleransi terhadap nyeri. Menurut Yusliana et al (2015) teknik

relaksasi terbagi menjadi 4 macam, yaitu relaksasi otot, pernafasan, meditasi, dan relaksasi perilaku.

Relaksasi Nafas Dalam merupakan pengembangan dari teknik pernafasan. Teknik relaksasi nafas dalam merupakan suatu bentuk asuhan keperawatan, yang dalam hal ini perawat mengajarkan kepada klien bagaimana cara melakukan napas dalam, napas lambat (menahan inspirasi secara maksimal) dan bagaimana menghembuskan napas secara perlahan, Selain dapat menurunkan intensitas nyeri, teknik relaksasi napas dalam juga dapat meningkatkan ventilasi paru dan meningkatkan oksigenasi darah (Smeltzer & Bare, 2002).

b. Tujuan Teknik Relaksasi Nafas Dalam

Smeltzer & Bare (2002) menyatakan bahwa tujuan teknik relaksasi napas dalam adalah untuk meningkatkan ventilasi alveoli, memelihara pertukaran gas, mencegah atelektasi paru, meningkatkan efisiensi batuk, mengurangi stress baik stress fisik maupun emosional yaitu menurunkan intensitas nyeri dan menurunkan kecemasan.

c. Prosedur Teknik Relaksasi Nafas Dalam

Berikut merupakan sop teknik relaksasi nafas dalam menurut Priharjo (2003) :

1. Ciptakan lingkungan yang tenang.
2. Usahakan tetap rileks dan tenang.

3. Menarik nafas dalam dari hidung dan mengisi paru-paru dengan udara melalui hitungan 1,2,3.
4. Perlahan-lahan udara dihembuskan melalui mulut sambil merasakan ekstrimitas atas dan bawah rileks.
5. Anjurkan bernafas dengan irama normal 3 kali.
6. Menarik nafas lagi melalui hidung dan menghembuskan melalui mulut secara perlahan-lahan.
7. Membiarkan telapak tangan dan kaki rileks.
8. Usahakan agar tetap konsentrasi / mata sambil terpejam.
9. Pada saat konsentrasi pusatkan pada daerah yang nyeri.
10. Anjurkan untuk mengulangi prosedur hingga nyeri terasa berkurang.
11. Ulangi sampai 15 kali, dengan selingi istirahat singkat setiap 5 kali.
12. Bila nyeri menjadi hebat, seseorang dapat bernafas secara dangkal dan cepat

2.2.6 Pengkajian Skala Nyeri

Pengkajian nyeri menurut Potter & Perry (2014) yaitu :

a. Numeric Rating Scale

Lebih digunakan sebagai pengganti alat pengganti dan pendeskripsi kata. Dalam hal ini klien menilai nyeri dengan menggunakan skala 0-10. Skala penting efektif digunakan saat mengkaji intensitas nyeri sebelum dan setelah intervensi terapeutik.

- 0 : Tidak nyeri
- 1-3 : Nyeri ringan : Secara objektif klien dapat berkomunikasi dengan baik
- 4-6 : Nyeri sedang : Secara objektif klien mendesis, menyeringai, dapat menunjukkan lokasi nyeri, dapat mendeskripsikannya, dapat mengikuti perintah dengan baik
- 7-9 : Nyeri berat : Secara objektif terkadang klien tidak dapat mengikuti perintah, tapi masih respon terhadap tindakan, dapat menunjukkan lokasi nyeri, tidak dapat mendeskripsikannya, tidak dapat diatasi dengan alih posisi nafas panjang dan distraksi
- 10 :Nyeri sangat berat : klien sudah tidak mampulagi berkomunikasi, memukul.

b. Skala analog visual

Merupakan suatu garis lurus yang mewakili intensitas nyeri yang terus menerus dan memiliki alat pendeskripsi verbal pada setia ujungnya. Skala ini memberikan klien kebebasan penuh mengidentifikasi keparahan nyeri. Salah satunya alat ukurnya adalah skala wajah yang dibuat oleh Wong DL, Baker.

2.3 Konsep Asuhan Keperawatan

2.3.1 Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap pertama dari proses keperawatan yang mencakup pengumpulan data, penyusunan, validasi dan pencatatan data. Pengkajian dibagi dalam pengumpulan data dan pengorganisasian data. Pengkajian dilakukan sebelum penetapan diagnosa keperawatan. Pengkajian merupakan proses yang kontiyu dilakukan dalam setiap tahap proses keperawatan. Pengkajian dilakukan untuk menentukan hasil strategi keperawatan yng telah dilakukan dan mengevaluasi pencapaian tujuan (Sumijatun, 2010).

2.3.1.1 Pengumpulan data

a. Identitas klien

Meliputi nama, usia, jenis kelamin, pendidikan, status perkawinan, suku/bangsa, agama, tanggal masuk rumah sakit, tanggal pengkajian, nomor medrec, diagnosis medis dan alamat.

b. Identitas penanggung jawab

Meliputi nama, umur, jenis kelamin, agama, hubungan dengan klien dan alamat.

c. Riwayat Kesehatan

1) Riwayat Kesehatan sekarang

a) Keluhan Utama Saat Masuk RS

Menjelaskan mengenai keluhan utama yang pertama kali klien rasakan seperti nyeri tekan, demam, kelelahan

atau berkeringat malam hari. Dituliskan juga penanganan yang pernah dilakukan dan penanganan pertama yang diberikan saat masuk rumah sakit.

b) Keluhan Utama Saat dikaji

Keluhan utama yang bisa ditemukan pada klien dengan *post* operasi *limfadenektomi* adalah nyeri pada luka *post* operasi dan tidak dapat bebas digerakkan (Sugiani, 2015).

Nyeri luka *post* operasi merupakan keluhan yang sering ditemukan pada klien dengan limfadenektomi. Perawat harus lebih jauh mengkaji tentang karakteristik nyeri luka *post* operasi limfadenektomi. Rasa nyeri yang dirasakan bisa sama ataupun berbeda dari satu klien ke klien lain, bergantung pada ambang nyeri dan toleransi nyeri masing masing klien (Sugiani, 2015).

Keluhan utama dapat dikaji dengan cara PQRST :

- (1) *Provoking Incident* : Kelemahan fisik terjadi setelah melakukan aktivitas ringan sampai berat, sesuai derajat gangguan pada luka *post* operasi.
- (2) *Quality of Pain* : Seperti apa keluhan kelemahan dalam melakukan aktivitas yang dirasakan atau digambarkan klien. Biasanya setiap beraktivitas

klien merasakan nyeri luka *post* operasi seperti disayat – sayat.

(3) *Region : radiation, relief* : Apakah kelemahan fisik bersifat lokal atau memengaruhi keseluruhan sistem otot rangka dan apakah disertai ketidakmampuan dalam melakukan pergerakan. Pada *post* operasi *limfadenopati* penyebaran nyeri di rasakan hanya di area sekitar luka *post* operasi.

(4) *Severity (Scale) of Pain* : Kaji rentang kemampuan klien dalam melakukan aktivitas sehari – hari. Biasanya kemampuan klien dalam beraktivitas menurun sesuai derajat gangguan perfusi yang dialami.

(5) *Time* : Sifat mula timbulnya (onset), keluhan kelemahan beraktivitas biasanya timbul perlahan. Lama timbulnya (durasi) kelemahan saat beraktivitas biasanya setiap saat, baik istirahat maupun saat beraktivitas.

2) Riwayat Kesehatan Dahulu

Pengkajian riwayat penyakit dahulu yang mendukung dengan mengkaji apakah sebelumnya klien pernah menderita infeksi saluran pernapasan atas, faringitis, penyakit

periodontal, konjungtivitis, limfadenitis, tinea, gigitan serangga, imunisasi yang tidak lengkap dan dermatitis. Tanyakan mengenai obat – obat yang biasa diminum oleh klien pada masa lalu yang masih relevan (Ariawati, 2019)

3) Riwayat Kesehatan Keluarga

Perawat menanyakan tentang penyakit yang pernah dialami oleh keluarga, serta bila ada anggota keluarga yang meninggal, maka penyebab kematian juga ditanyakan (Ariawati, 2019).

d. Pola aktivitas sehari-hari

1) Pola Nutrisi

Hal yang perlu dikaji dalam nutrisi antara lain : jenis makanan dan minuman, porsi yang dihabiskan, keluhan mual dan muntah, lokasi nyeri, nafsu makan. perawat juga harus memperhatikan adanya perubahan pola makan sebelum dan saat sakit, penurunan turgor kulit, berkeringat, dan penurunan berat badan.

2) Pola Eliminasi

Pada klien dengan *post* limfadenektomi biasanya cenderung mengalami peningkatan reabsorpsi natrium di tubulus distal sehingga terjadi retensi urine.

3) Pola istirahat

Pada klien dengan *post limfadenopati* cenderung mengalami penurunan kualitas tidur dikarenakan adanya gejala konstitusional seperti berkeringat malam hari.

4) Personal Hygiene

Kebersihan pada klien dengan *post limfadenopati* biasanya masih terjaga kebersihannya terkecuali jika sudah mengalami keganasan atau infeksi yang non spesifik seperti tuberculosis, limfoma dan penyakit vascular kolagen.

5) Aktivitas

Pada klien dengan *post limfadenopati* biasanya tidak terbatas.

e. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik pada klien *post limfadenektomi* dapat dilakukan secara persistem berdasarkan hasil observasi keadaan umum, pemeriksaan persistem meliputi : Sistem Pernafasan, Sistem Kardiovaskular, Sistem Persyarafan, Sistem Urinaria, Sistem Pencernaan, Sistem Muskuloskeletal, Sistem Integumen, Sistem Endokrin, Sistem Limfatik, Sistem Pendengaran, Sistem Pengelihatian dan Pengkajian Sistem Psikososial. Biasanya pemeriksaan berfokus menyeluruh pada sistem Limfatik (Ariawati, 2019).

1) Keadaan Umum

Pada pemeriksaan keadaan umum klien *post limfadenektomi* biasanya didapatkan kesadaran yang baik atau compos mentis. Tanda-tanda vital normal : TD : 120/80 mmHg, N :80-100 x/menit, R : 16-20 x/menit, S : 36,5-37,0°C. (Ariawati, 2019).

2) Tanda-tanda Vital

Nadi dan Tekanan darah biasanya menurun normal. Biasanya didapatkan respirasi klien dyspnea/sesak. Suhu meningkat karena adanya demam. (Ariawati, 2019).

3) Pemeriksaan Fisik Persistem :

a) Sistem Pernafasan

Pengkajian yang didapat dengan adanya tanda *post limfadenektomi* adalah dispnea, batuk dan pilek. (Ariawati, 2019).

b) Sistem Kardiovaskuler

Pada sistem ini tekanan darah dan nadi dan nadi cenderung normal tetapi dapat mengalami peningkatan apabila ada merasakan nyeri. (Ariawati, 2019).

c) Sistem Pencernaan

Pada klien biasanya ditemukan penurunan berat badan tanpa sebab yang jelas, radang amandel, infeksi tenggorokkan dan infeksi gigi. (Ariawati, 2019).

d) Sistem Genitourinaria

Dalam sistem ini intake dan output masih dalam batas normal, *post limfadenektomi* generalisata ukuran biasanya <1,5 cm pada inguinal (Ariawati, 2019).

e) Sistem Endokrin

Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid (Ketut Ariawati, 2019).

f) Sistem Limfatik

Pada *post limfadenektomi* pada umumnya teraba pada pembesaran kelenjar getah bening (KGB) dengan ukuran lebih besar dari 1 cm² (Ariawati, 2019).

g) Sistem Persyarafan

Pada umumnya pada sistem persyarafan tidak terdapat kelainan keadaan umum baik dan keadaan Composmentis (Glasslow Coma Scale 15). Pada 12 nervus tidak terjadi kelainan yang signifikan. (Ariawati, 2019) :

(1) Tes Fungsi Cerebral

Kesadaran kompos mentis, orientasi klien terhadap waktu, tempat dan orang baik.

(2) Tes fungsi kranial

(a) Nervus Olfaktorius (N1)

Nervus Olfaktorius merupakan saraf sensoris yang fungsinya mencium bau (penciuman/pembauan). Kerusakan saraf ini menyebabkan hilangnya penciuman atau berkurangnya penciuman.

(b) Nervus Optikus (N2)

Nervus optikus adalah penangkap rangsang cahaya yang merupakan sel batang dan kerucut di retina. Impuls alat kemudian dihantarkan melalui serabut saraf yang membentuk nervus optikus.

(c) Nervus Okulomotorius, Trochlearis, Abdusen (N 3,4,6)

Fungsi nervus 3,4, dan 6 saling berkaitan dan diperiksa bersama-sama. Fungsinya adalah menggerakkan otot mata ekstraokuler dan mengangkat kelopak mata. Serabut otonom nervus 3 mengatur otot pupil.

(d) Nervus Trigeminus (N5)

Terdiri dari 2 bagian yaitu bagian sensor motoric (porsio mayor) dan bagian motoric

(porsio minor). Bagian motoric mengurus otot mengunyah.

(e) Nervus Facialis (N7)

Nervus facialis merupakan saraf motoric yang menginervasi otot-otot ekspresi wajah. Juga membawa serabut parasimpatis ke kelenjar ludah dan lakrimaris. Termasuk sensasi pengecapan 2/3 bagian anterior lidah.

(f) Nervus auditorius (N8)

Sifatnya sensorik, mensyarafi alat pendengaran yang membawa rangsangan dari telinga, saraf ini memiliki 2 buah kumpulan serabut saraf, yaitu rumah keong (koklea) disebut akar tengah adalah saraf untuk mendengar dan pintu halaman (vetibulum) adalah untuk syaraf keseimbangan.

(g) Nervus Glasifaringeus (N9)

Sifatnya majemuk (sensorik+motoric), yang mensyarafi faring, tonsil dan lidah.

(h) Nervus Vagus (N10)

Kemampuan menelan kurang baik dan kesulitan membuka mulut.

(i) Nervus Assesorius (N11)

Menginervasi sterno cleidomastoideus dan trapezimus menyebabkan gerakan menoleh (rotasi) pada kepala.

(j) Nervus Hipoglosus (N12)\

Saraf ini mengandung somato sensorik yang menginservasi otot intrinsic dan ekstrinsik lidah.

h) Sistem Integumen

Pada sistem ini suhu tubuh mengalami peningkatan karena terjadi infeksi, selalu berkeringat dimalam hari karena adanya peningkatan suhu adanya perubahan pada kelembaban turgor kulit (Ariawati, 2019).

i) Sistem Muskuloskeletal

Badan yang terasa lemah tetapi tidak ada gangguan pada pergerakan dan rentang gerak umumnya tidak terbatas (Ariawati, 2019).

j) Sistem Penglihatan

Tidak terdapat kelainan pada sistem penglihatan (Ariawati, 2019).

k) Sistem Wicara dan THT

Tidak ada kelainan pada sistem wicara dan THT

(Ariawati, 2019).

f. Pemeriksaan Psikologi

1) Data Psikologi

Data psikologis yang dikaji meliputi status emosi klien, kecemasan, pola koping, gaya komunikasi dan konsep diri (Ketut Ariawati, 2019).

2) Data Sosial

Dikaji hubungan klien dengan keluarga, klien dengan petugas kesehatan tempat klien dirawat dan hubungan klien dengan sesama klien di ruangan tempat klien dirawat (Ariawati, 2019).

3) Data Spiritual

Pengkajian spiritual klien meliputi beberapa dimensi yang memungkinkan perawat untuk memperoleh persepsi yang jelas mengenai status emosi, kognitif dan perilaku klien. Perawat mengumpulkan pemeriksaan awal pada klien tentang kapasitas fisik dan intelektualnya saat ini (Muttaqin, 2009).

g. Pemeriksaan Diagnostik

1) Hb / Ht : untuk mengkaji sel darah yang lengkap.

- 2) Leukosit : untuk melihat apakah adanya kemungkinan infeksi atau tidak.
- 3) Analisa Gas Darah : menilai keseimbangan asam basa baik metabolik maupun respiratorik.
- 4) Tes fungsi ginjal dan hati (BUN, Kreatinin) : menilai efek yang terjadi terhadap fungsi hati atau ginjal.
- 5) CT – Scan : menilai CT nodul limfa terhadap sebagian peradangan.
- 6) Tiroid : menilai aktifitas tiroid.
- 7) EKG : menilai hipertrofi atrium, ventrikel, iskemia, infark dan distritmia.

h. Terapi

Terapi merupakan data obat yang dikonsumsi atau diberikan kepada klien.

2.3.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah menganalisis data subjektif dan objektif untuk membuat diagnosa keperawatan. Diagnosa keperawatan melibatkan proses berfikir kompleks tentang data yang dikumpulkan dari klien, keluarga, rekam medik dan pelayanan kesehatan yang lain (Bararah & Jaurah, 2013).

Diagnosa keperawatan yang muncul pada klien dengan *Post Operasi Limfadenopati* (NANDA, 2018-2020) :

1. Nyeri akut berhubungan dengan kontinuitas jaringan kulit.

2. Ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan nyeri.
3. Resiko ketidakseimbangan volume cairan berhubungan dengan trauma/pembedahan.
4. Resiko infeksi berhubungan dengan trauma jaringan akibat prosedur invasif atau tindakan operasi.
5. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan fisik.

2.3.3 Intervensi dan Rasional Keperawatan

Rencana tindakan keperawatan merupakan serangkaian tindakan yang dapat mencapai tujuan khusus. Perencanaan keperawatan meliputi perumusan tujuan, tindakan dan penelitian rangkaian asuhan keperawatan klien dapat diatasi (Bararah & Jauhar, 2013).

Adapun rencana keperawatan yang pada diagnosa *post limfadenektomi* yaitu (NANDA 2018-2020, NIC NOC, 2016) :

Tabel 2.3 Intervensi Keperawatan (NANDA 2018-2020, NIC NOC)

No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
1.	Nyeri akut berhubungan dengan kontinuitas jaringan kulit.	<p>NOC</p> <p>Dalam waktu 3 x 24 jam nyeri akut dapat teratasi dengan kriteria hasil :</p> <p>a. Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan teknik non farmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan).</p> <p>b. Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan</p>	<p>NIC</p> <p>Manajemen nyeri</p> <p>1. Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor predisposisi.</p> <p>2. Observasi tanda-tanda vital</p>	<p>1. Untuk mengetahui skala nyeri</p> <p>2. Untuk mengetahui peningkatan vital sign</p>

menggunakan manajemen nyeri.	3. Observasi reaksi non verbal dari ketidaknyamanan.	3. Untuk mengetahui faktor ketidaknyamanan
c. Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi dan tanda nyeri)	4. Gunakan teknik komunikasi teraapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri klien.	4. Untuk mengetahui pengalama nyeri
d. Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang.	5. Kaji kultur yang mempengaruhi respon nyeri.	5. Untuk mengetahui penyebab nyeri
	6. Evaluasi pengalaman nyeri masa lampau.	6. Mengetahui pengalaman nyeri di masa lampau
	7. Bantu klien untuk mencari dan menemukan dukungan.	7. Untuk memberikan dalam penanganan nyeri
	8. Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan.	8. Membantu mengontrol lingkungan sekitar pasien
	9. Kurangi faktor presipitasi nyeri.	9. Membantu mengurangi faktor presipitasi nyeri.
	10. Pilih dan lakukan penanganan nyeri.	10. Lakukan relaksasi nafas dalam
	11. Kaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi.	11. Memngetahui tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi
	12. Ajarkan tentang teknik non farmakologi.	12. Mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam
	13. Berikan analgetik untuk mengurangi nyeri.	13. Memberikan analgetik untuk mengurangi nyeri
	14. Evaluasi keefektifan kontrol nyeri.	14. Mengevaluasi keefektifan kontrol nyeri
	15. Tingkatkan istirahat.	

-
- | | |
|--|--|
| 16. Kolaborasi dengan dokter jika ada keluhan dan tindakan nyeri tidak berhasil. | 15. Membantu meningkatkan istirahat |
| 17. Monitor penerimaan klien tentang manajemen nyeri. | 16. Berkolaborasi dengan dokter jika ada keluhan |
| | 17. Memonitor penerimaan klien tentang nyeri |
-

- | | | | |
|--|---|--|---|
| 2. Ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan nyeri. | <p>Dalam waktu 3 x 24 jam ketidakefektifan pola napas dapat teratasi dengan kriteria hasil :</p> <p>a. Mendemonstrasikan batuk efektif dan suara napas yang bersih, tidak ada sianosis dan dyspnea.</p> <p>b. Menunjukkan jalan napas yang paten.</p> <p>c. Tanda-tanda vital dalam rentang normal.</p> | <p>Manajemen jalan napas</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Buka jalan napas gunakan teknik chin lift atau jaw thrust bila perlu. 2. Posisikan klien untuk memaksimalkan ventilasi. 3. Identifikasi klien perlunya pemasangan alat jalan napas buatan. 4. Pasang mayo bila perlu. 5. Lakukan fisioterapi dada bila perlu. 6. Keluarkan secret dengan batuk atau suction. 7. Auskultasi suara napas, catat adanya suara napas tambahan. 8. Lakukan suction pada mayo. 9. Berikan bronkodilator bila perlu. 10. Atur intake untuk cairan mengoptimalkan keseimbangan. 11. Monitor respirasi dan status O₂. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Membantu membebaskan jalan nafas 2. Membantu memposisikan klien untuk keperluan jalan nafas 3. Membantu pemasangan alat jalan nafas 4. Memasang mayo bila diperlukan 5. Membantu melakukan fisioterapi dada 6. Membantu mengeluarkan secret 7. Mendengarkan suara nafas 8. Melakukan suction pada mayo 9. Memberikan bronkodilator 10. Mengatur intake cairan |
|--|---|--|---|
-

			12. Oxygen therapy.	11. Memonitor respirasi dan status O ₂ 12. Memberikan terapi oksigen
3.	Resiko ketidakseimbangan volume cairan berhubungan dengan trauma/pembedahan.	Dalam waktu 3 x 24 jam resiko kekurangan volume cairan dapat teratasi dengan kriteria hasil : a. Mempertahankan urine output sesuai dengan usia dan BB, BJ urine normal, HT normal. b. Tekanan darah, nadi, suhu tubuh dalam batas normal. c. Tidak ada tanda-tanda dehidrasi. d. Elastisitas turgor kulit baik, membrane mukosa lembab, tidak ada rasa haus yang berlebihan.	Manajemen cairan 1. Timbang popok/pembalut jika diperlukan. 2. Pertahankan catatan intake dan output yang akurat. 3. Monitor status hidrasi. 4. Monitor vital sign. 5. Monitor masukan makanan/ cairan dan hitung intake kalori harian. 6. Kolaborasi pemberian cairan IV. 7. Monitor status nutrisi. 8. Berikan cairan IV pada suhu ruangan. 9. Dorong masukan oral. 10. Berikan penggantian nesogatrik sesuai output. 11. Dorong keluarga untuk membantu klien makan. 12. Tawarkan snack (jus buah, buah segar).	1. Untuk mengetahui output klien 2. Untuk mengontrol intake dan output secara optimal 3. Mengetahui status hidrasi 4. Mengetahui TTV 5. Mengetahui intake kalori perhari 6. Mengontrol cairan tubuh 7. Menjaga status nutrisi 8. Cairan IV harus netral 9. Membantu memberikan makan dan minum 10. Membantu memberikan nesogatrik sesuai output 11. Memberitahu keluarga untuk membantu klien makan 12. Untuk makanan lebih bervariasi
4.	Resiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasife	Dalam waktu 3 x 24 jam resiko infeksi dapat teratasi dengan kriteria hasil :	Kontrol infeksi 1. Bersihkan lingkungan setelah dipakai klien lain.	1. Membantu membersihkan lingkungan

atau tindakan operasi.	<p>a. Klien bebas dari tanda dan gejala infeksi.</p> <p>b. Mendeskripsikan proses penularan penyakit, faktor yang mempengaruhi penularan serta penatalaksanaannya.</p> <p>c. Menunjukkan kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi.</p> <p>d. Jumlah leukosit dalam batas normal.</p> <p>e. Menunjukkan perilaku hidup sehat.</p>	<p>2. Pertahankan teknik isolasi.</p> <p>3. Batasi pengunjung bila perlu.</p> <p>4. Instruksikan pada pengunjung untuk mencuci tangan saat berkunjung dan setelah berkunjung meninggalkan klien.</p> <p>5. Gunakan sabun antimikroba untuk cuci tangan.</p> <p>6. Cuci tangan setiap sebelum dan sesudah tindakan keperawatan.</p> <p>7. Gunakan baju, sarung tangan sebagai pelindung.</p> <p>8. Pertahankan lingkungan aseptik selama pemasangan alat.</p> <p>9. Ganti letak IV perifer dan line central dan dressing sesuai dengan petunjuk umum.</p> <p>10. Tingkatkan intake nutrisi.</p> <p>11. Berikan terapi antibiotik bila perlu.</p>	<p>setelah dipakai klien lain</p> <p>2. Mempertahankan teknik isolasi</p> <p>3. Membatasi pengunjung untuk kenyamanan klien</p> <p>4. Agar proses penyembuhan cepat</p> <p>5. Agar tidak menambah penyakit bagi klien</p> <p>6. Untuk keperluan persolan hygiene</p> <p>7. Untuk kesembuhan klien lebih cepat</p> <p>8. Agar terhindar dari infeksi</p> <p>9. Agar terhindar dari infeksi</p> <p>10. Agar nutrisi terpenuhi</p> <p>11. Untuk proses penyembuhan lebih cepat</p>
------------------------	--	---	---

Bantuan perawatan diri : Mandi/kebersihan

5. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan fisik.	<p>Dalam waktu 2 x 24 jam defisit perawatan diri dapat teratasi dengan kriteria hasil :</p> <p>a. Perawatan diri otonomi : tindakan</p>	<p>1. Pertimbangkan budaya klien ketika mempromosikan</p>	<p>1. Agar klien tidak merasa tersinggung</p>
---	---	---	---

pribadi mempertahankan otonomi untuk eliminasi.	aktivitas perawatan diri.	
b. Perawatan diri : aktivitas kehidupan sehari-hari mampu untuk melakukan aktivitas perawatan fisik dan pribadi secara mandiri atau dengan alat bantu.	2. Pertimbangkan usia klien ketika mempromosikan aktivitas perawatan diri.	2. Agar terciptanya hubungan saling percaya
c. Perawatan diri mandi : mampu untuk membersihkan tubuh sendiri secara mandiri dengan atau tanpa alat bantu.	3. Menentukan jumlah dan jenis bantuan yang dibutuhkan.	3. Agar bantuan bisa diterima oleh kondisi klien
d. Perawatan diri hygiene : mampu untuk mempertahankan kebersihan dan penampilan yang rapi secara mandiri dengan atau tanpa alat bantu.	4. Tempat handuk, sabun, deodorant, alat pencukur dan aksesoris lainnya yang dibutuhkan disamping tempat tidur atau dikamar mandi.	4. Agar memudahkan klien menjangkau yang ia inginkan
e. Perawatan diri hygiene oral : mampu untuk merawat mulut dan gigi secara mandiri dengan atau tanpa alat bantu.	5. Menyediakan lingkungan yang terapeutik dengan memastikan hangat, santai, pengalaman pribadi dan personal.	5. Menciptakan kenyamanan bagi klien
f. Mampu mempertahankan mobilitas yang diperlukan untuk ke kamar mandi dan menyediakan perlengkapan mandi.	6. Memfasilitasi gigi klien menyikat, sesuai.	6. Agar kebersihan gigi dan mulut klien terjaga
g. Membersihkan dan mengeringkan tubuh.	7. Memfasilitasi diri mandi klien, sesuai.	7. Agar kebersihan pada tubuh klien terjaga
h. Mengungkapkan secara verbal kepuasan tentang kebersihan tubuh dan hygiene oral.	8. Memantau pembersihan kuku, menurut kemampuan perawatan diri klien.	8. Agar klien selalu merasakan nyaman
	9. Memantau integritas kulit klien.	9. Agar klien selalu merasa nyaman
	10. Menjaga kebersihan ritual.	10. Untuk menciptakan kenyamanan
	11. Memfasilitasi pemeliharaan rutin yang biasa klien tidur, isyarat sebelum tidur/ alat peraga dan benda-benda asing.	11. Agar tidur klien lebih nyenyak dan nyaman
	12. Medorong orang tua/ keluarga	12. Memotivasi kepada keluarga dan klien sendiri

partisipasi dalam kebiasaan tidur biasa.	13. Tetap melakukan tindakan yang terbaik untuk klien
13. Memberikan bantuan sampai klien sepenuhnya dapat mengasumsikan perawatan diri.	

2.3.4 Implementasi

Implementasi adalah pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan. Focus dari intervensi keperawatan antara lain adalah :

- a. Mempertahankan daya tahan tubuh
- b. Mencegah komplikasi
- c. Menemukan perubahan sistem tubuh
- d. Menetapkan klien dengan lingkungan
- e. Implementasi pesan dokter (Setiadi, 2012)

Ada tahapan-tahapan tindakan keperawatan dalam tindakan keperawatan yakni sebagai berikut :

- a. Persiapan

Persiapan ini meliputi kegiatan-kegiatan :

- 1) *Riview* antisipasi tindakan keperawatan.
- 2) Menganalisis pengetahuan dan keterampilan yang diperlukan .
- 3) Mengetahui yang mungkin timbul.
- 4) Mempersiapkan peralatan yang diperlukan.
- 5) Mempersiapkan lingkungan yang kondusif.
- 6) Mengidentifikasi aspek-aspek hukum dan etik.

Tindakan keperawatan dibedakan berdasarkan kewenangan dan tanggung jawab perawat secara professional antara lain :

a. Independen

Suatu kegiatan yang dilaksanakan oleh perawat tanpa petunjuk dan perintah dokter atau tenaga kesehatan lainnya.

b. Interdependen

Yaitu suatu kegiatan yang memerlukan suatu kerja sama dengan tenaga kesehatan lainnya, misalnya tenaga sosial, ahli gizi, fisioterapi dan dokter.

c. Dependen

Yaitu pelaksanaan rencana tindakan medis (Setiadi, 2012).

2.3.5 Evaluasi

Evaluasi adalah tindakan intelektual untuk melengkapi proses keperawatan yang menandakan keberhasilan dari Diagnosa keperawatan, rencana intervensi dan implementasi.

Untuk memudahkan perawat mengevaluasi atau memantau perkembangan klien, digunakan SOAP/SOAPIER. Penggunaan tersebut tergantung dari kebijakan setempat. Pengertian SOAPIER sebagai berikut (Setiadi, 2012) :

a. Evaluasi Formatif

1) S : Data Subjektif

Adalah perkembangan keadaan yang didasarkan pada apa yang didasarkan, dikeluhkan, dikemukakan klien.

2) O: Data Objektif

Perkembangan yang bisa diamati yang dilakukan oleh perawat atau tim kesehatan lainnya.

3) A : Analisis

Penelitian dari dua jenis data (baik subjektif maupun objektif) apakah perkembangan kearah perbaikan atau kemunduran.

4) P : *Planning*

Rencana penanganan klien yang didasarkan oleh hasil analisis diatas yang berisi melanjutkan perencanaan sebelumnya apabila keadaan atau masalah belum teratasi.

b. Evaluasi Sumatif

Evaluasi jenis ini dikerjakan dengan cara membandingkan antara tujuan yang akan dicapai. Bila terdapat kesenjangan diantara keduanya, mungkin semua tahap dalam proses keperawatan perlu ditinjau kembali, agar di dapat data-data, masalah atau rencana yang perlu dimodifikasi.

1) S : Data Subjektif

Adalah perkembangan keadaan yang didasarkan pada apa yang didasarkan, dikeluhkan, dikemukakan klien.

2) O : Data Objektif

Perkembangan yang bisa diamati yang dilakukan oleh perawat atau tim kesehatan lainnya.

3) A : Analisis

Penelitian dari dua jenis data (baik subjektif maupun objektif) apakah perkembangan kearah perbaikan atau kemunduran.

4) P : *Planning*

Rencana penanganan klien yang didasarkan oleh hasil analisis diatas yang berisi melanjutkan perencanaan sebelumnya apabila keadaan atau masalah belum teratasi.

5) I : Implementasi

Tindakan yang dilakukan berdasarkan rencana

6) E : Evaluasi

Yaitu penilaian tentang sejauh mana rencana tindakan dari evaluasi telah dilaksanakan dan sejauh masalah klien teratasi.

7) R : *Reasiment*

Bila hasil evaluasi menunjukkan masalah belum teratasi, pengkajian ulang perlu dilakukan kembali melalui proses pengumpulan data subjektif dan proses analisisnya.