

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Nn. T DENGAN GANGGUAN
SISTEM PENCERNAAN : HEPATITIS B DI RUANG MAWAR
RUMAH SAKIT DAERAH TUGUREJO
SEMARANG**

Karya Tulis Ilmiah



Disusun Oleh :

Haris Fadli
NIM : 89.331.2861

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG
SEMARANG
2010**

HALAMAN PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah ini telah disetujui untuk dipertahankan dihadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Prodi D-III Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Unissula Semarang pada :

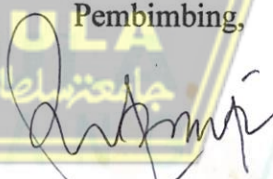
Hari : Kamis

Tanggal : 3 Juni 2010



Semarang, 3 Juni 2010

Pembimbing,


(Ns. Retno Setyawati, M.Kep.,Sp.KMB)

NIK : 210996002

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah ini telah dipertahankan dihadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Prodi D-III Keperawatan FIK Unissula Semarang pada hari Jum'at tanggal 04 Juni 2010 dan telah diperbaiki sesuai dengan masukan Tim Penguji.

Semarang, 04 Juni 2010

Tim Penguji,


Penguji I,



(Ns. Retno Setyawati, M.Kep.,Sp.KMB.)

NIK : 210996002

Penguji II,



(Ns. Muh. Abdurrouf, S.Kep.)

NIK : 210902011

Penguji III,



(Ns. Suyanto, S.Kep.)

NIK : 210909018

MOTTO

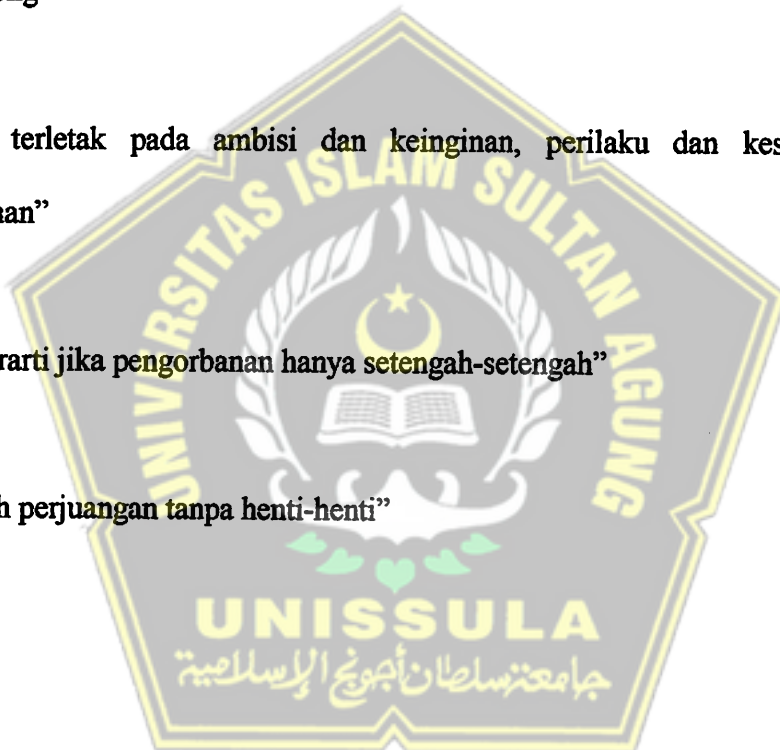
“Tanpa keberanian inpien dan cita-cita tidak bermakna”

“Perjuangan tanpa pengorbanan adalah omong kosong, perjuangan tanpa doa adalah sombong”

“Perjuangan terletak pada ambisi dan keinginan, perilaku dan kesabaran ditentukan iman”

“Tak akan berarti jika pengorbanan hanya setengah-setengah”

”Hidup adalah perjuangan tanpa henti-henti”



KATA PENGANTAR

Alhamdulillah, puji syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah yang berjudul “ASUHAN KEPERAWATAN PADA Nn.T DENGAN HEPATITIS B DI RUANG MAWAR RUMAH SAKIT DAERAH TUGUREJO SEMARANG”.

Penulis menyadari bahwa Karya Tulis Ilmiah ini tersusun berkat bimbingan, pengarahan dan dukungan dari berbagai pihak, untuk itu pada kesempatan ini, penulis menyampaikan ucapan terima kasih kepada :

1. Prof. Dr. Laode M. Kamaluddin, M.Sc, M.Eng, selaku Rektor Universitas Islam Sultan Agung Semarang
2. Iwan Ardian, SKM , selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang yang telah banyak memberikan kesempatan dan memberi bantuan serta dukungan pada semua Mahasiswa.
3. Endang Setyawati, SKM, selaku Kaprodi DIII Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
4. Ns. Retno Setyawati, M.Kep, Sp.KMB, selaku pembimbing yang telah berkenan meluangkan waktu untuk memberikan motivasi, bimbingan dan pengarahan kepada penulis dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini.
5. Rumah Sakit Daerah Tugurejo Semarang, yang telah mengizinkan penulis untuk mengambil studi kasus dan dapat mengaplikasikan ilmu yang telah

penulis peroleh di Kampus, sehingga penulis dapat mengambil studi kasus untuk Karya Tulis Ilmiah ini.

6. Bapak Ibu tercinta yang dengan segala kasih sayang dan pengorbanannya yang selalu memberikan do'a, dukungan baik materiil maupun moril kepada penulis dan selalu mengharapkan keberhasilan penulis.
7. Seluruh keluarga di rumah, serta adek-adekku yang senantiasa mendo'akan dan memberi support pada penulis.
8. Teman – temanku seperjuangan angkatan 2007, serta teman-teman kontrakan genuk sari serta teman – temanku dari fakultas lain yang mendukung dalam penulisan.
9. Semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.

Semoga Allah SWT memberikan pahala yang sesuai kepada pihak di atas. Dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini penulis menyadari masih banyak kekurangan baik isi maupun tulisan. Demi kesempurnaan Karya Tulis Ilmiah ini penulis mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun dari semua pihak. Semoga Karya Tulis Ilmiah ini dapat berguna bagi penulis dan pembaca.

Semarang, Mei 2010

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERSETUJUAN.....	ii
HALAMAN PENGESAHAN PENGUJI.....	iii
HALAMAN MOTTO.....	iv
KATA PENGANTAR	v
DAFTAR ISI.....	vii
DAFTAR LAMPIRAN.....	viii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Tujuan Penulisan.....	3
1. Tujuan Umum.....	3
2. Tujuan Khusus.....	3
C. Manfaat Penulisan.....	4
BAB II KONSEP DASAR.....	5
A. KONSEP DASAR PENYAKIT.....	5
1. Pengertian.....	5
2. Etiologi.....	6
3. Patofisiologi.....	8
4. Pathways.....	11
5. Manifestasi Klinis.....	12
6. Pemeriksaan Diagnostik.....	14

7. Komplikasi	15
8. Penatalaksanaan	16
B. Konsep dasar keperawatan	17
1. Pengkajian Keperawatan.....	17
2. Fokus Intervensi	19
BAB III RESUME KEPERAWATAN	
A. Pengkajian Keperawatan.....	27
B. Analisa Data	33
C. Diagnosa Keperawatan, Intervensi Keperawatan, Implementasi dan Evaluasi.....	34
BAB IV PEMBAHASAN	38
A. Pengkajian.....	38
B. Diagnosa Keperawatan, Intervensi Keperawatan, Implementasi dan Evaluasi	38
BAB V PENUTUP.....	47
A. Kesimpulan.....	47
B. Saran.....	48

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Lembar Kesiediaan Membimbing

Lampiran 2. Lembar Surat Keterangan Konsultasi

Lampiran 3. Lembar Konsultasi KTI

Lampiran 4. Keperawatan Asli



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Hepatitis B adalah infeksi virus dari hati yang disebabkan oleh virus Hepatitis B (HBV). Ada lima bentuk hepatitis virus akut yang secara klinis bisa dibedakan dari satu sama lain. Penyakit ini tidak berhubungan satu sama lain kecuali dengan kenyataan bahwa semua jenis dapat menyebabkan kerusakan hati. Hal ini penting, untuk tidak membingungkan hepatitis B dengan hepatitis virus lainnya. Masing-masing memiliki modus penularan yang berbeda dan faktor risiko yang terkait. Hepatitis A, misalnya, ditularkan melalui jalur fekal-oral, sedangkan hepatitis B sering ditularkan melalui hubungan seksual atau penyalahgunaan obat intravena. HBV adalah ancaman yang perlu diketahui petugas kesehatan.

Setiap tahun di Amerika Serikat, sebanyak 12.000 pekerja perawatan kesehatan diperkirakan kontak Hepatitis B dari pasien mereka. Hepatitis B merupakan masalah kesehatan dunia, khususnya pada Negara yang sedang berkembang. Diperkirakan 1/3 populasi dunia telah terinfeksi virus hepatitis B (HBV), serta menyebabkan 250.000 kematian per tahun. Berkisar 350 juta orang hidup sebagai pembawa, dan hanya 2% yang terinfeksi secara langsung (Pyrsoopoulos & Reddy, 2009).

Tingkat prevalensi hepatitis B di Indonesia sangat bervariasi berkisar dari 2,5% di Banjarmasin sampai 25,61% di Kupang, sehingga termasuk dalam kelompok Negara dengan endemisitas sedang sampai tinggi. Di Negara-negara Asia diperkirakan bahwa penyebaran perinatal dari ibu pengidap hepatitis merupakan jawaban atas prevalensi infeksi virus hepatitis B yang tinggi. Sejak tahun 1982, vaksin efektif dari hepatitis B tersedia dan adanya kampanye penurunan dampak penyakit ini dimasa depan.

Hampir semua bayi yang dilahirkan dari ibu dengan HBeAG positif, akan terkena infeksi pada bulan kedua dan ketiga kehidupannya. Adanya HBeAG pada ibu sangat berperan penting untuk penularan. Walaupun ibu mengandung HBsAG positif namun jika HBeAG dalam darah negatif, maka daya tularnya menjadi rendah. Data di Indonesia telah dilaporkan oleh Suparyatmo (1993), bahwa dari hasil pemantauan pada 66 ibu hamil mengidap hepatitis B, bayi yang mendapat penularan secara vertikal adalah sebanyak 2 bayi (45,9%) (Sudoyo, Bambang, & Idrus, *et.al*, 2006).

Daerah endemik penyakit ini adalah (Kutub, Afrika, Cina, Asia Selatan dan Amazon). Bentuk penularan yang paling sering adalah secara perinatal dari ibu terinfeksi pada bayinya. Di Negara berkembang dengan prevalensi penyakit lebih rendah, rute utama penularan adalah seksual dan parenteral. Di amerika serikat, populasi resiko tinggi meliputi laki-laki homoseksual, pengguna obat intravena, petugas perawatan kesehatan dan mereka yang mendapat tranfusi darah (Smeltzer & Bare, 2001).

Berdasarkan bukti dari beberapa studi yang dilakukan, penyakit Hepatitis B termasuk salah satu penyakit yang perlu mendapatkan perhatian khusus. Perawat sebagai bagian dari tenaga kesehatan dalam hal ini memiliki banyak kesempatan untuk melakukan intervensi terhadap pasien, peran perawat yang dijalankan diantaranya sebagai pelaksana dan pendidik. Peran perawat yang dilakukan secara optimal dapat menunjukkan hasil asuhan keperawatan kepada klien untuk memenuhi kebutuhan dasar dan meningkatkan kesehatan fisik, spiritual, psikologis yang optimal sehingga resiko penularan maupun komplikasi yang mungkin terjadi dari penyakit hepatitis B dapat diminimalkan.

B. Tujuan Penulis

1. Tujuan Umum

Mahasiswa mampu memahami konsep dasar penyakit dan memberikan gambaran tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan hepatitis B.

2. Tujuan Khusus

- a. Memahami serta menjelaskan konsep dasar penyakit hepatitis B.
- b. Memahami dan mengidentifikasi proses pengkajian terhadap pasien dengan hepatitis B yaitu Nn. T.
- c. Menginterpretasikan data dengan merumuskan diagnosa keperawatan pada pasien Nn. T.
- d. Memahami tentang penyusunan intervensi dan tindakan keperawatan pada pasien Nn. T.
- e. Mengevaluasi tingkat keberhasilan dari tindakan keperawatan pada pasien Nn. T.

C. Manfaat Penulisan

Karya tulis ilmiah ini diharapkan dapat memberikan manfaat bagi :

1. Penulis

Meningkatkan pengetahuan dan keterampilan penulis dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan hepatitis B. Dapat digunakan sebagai acuan untuk mengembangkan asuhan keperawatan yang lainnya.

2. Institusi pendidikan

Dapat dijadikan tolak ukur untuk mengetahui sejauh mana mahasiswa mampu melaksanakan asuhan dan digunakan untuk perbaikan kualitas dalam penyusunan keperawatan khususnya pada pasien dengan hepatitis B.

3. Lahan Praktik

Dapat dijadikan sebagai masukan dalam rangka meningkatkan pengetahuan dan mutu pelayanan keperawatan.

4. Masyarakat

Untuk meningkatkan pengetahuan masyarakat dalam melakukan penatalaksanaan penyakit hepatitis B.

BAB II

Konsep Dasar Penyakit

A. Konsep dasar

1. Pengertian

Hepatitis adalah suatu peradangan pada hati yang terjadi karena toxin, seperti kimia atau obat atau agen penyakit infeksi (Yuliani & Suriadi, 2006).

Hepatitis adalah penyakit radang hati yang disebabkan oleh virus hepatitis (Widoyono, 2005).

Hepatitis adalah suatu penyakit yang ditandai oleh peradangan pada hati/liver yang diakibatkan oleh berbagai faktor yang khas dan banyak dikenal sebagai penyakit kuning, terjadi pada kuku, mata, kulit (Misnadiarly, 2007).

Hepatitis adalah istilah umum yang berarti radang hati. Hati bisa mengalami peradangan sebagai akibat infeksi, gangguan sistem kekebalan, atau paparan alkohol, obat tertentu atau racun (Pyrsoopoulos & Reddy, 2009).

Berdasarkan pengertian tersebut dapat disimpulkan bahwa hepatitis adalah peradangan/infeksi sistemik pada hati/liver yang disebabkan oleh toxin, seperti kimia atau obat, virus hepatitis, serta agen penyakit infeksi lain, yang dikenal sebagai penyakit kuning, terjadi pada kuku, mata, kulit.

2. Etiologi

HBV dapat menyebabkan 1) hepatitis akut dengan pemulihan dan hilangnya virus, 2) hepatitis kronis non progresif, 3) penyakit kronis progresif yang berakhir dengan sirosis, 4) hepatitis fulminan dengan nekrosis hati massif, dan 5) keadaan pembawa asimtomatik, dengan atau tanpa penyakit subklinis progresif. dan dapat juga terjadinya karsinoma hepatoselular.

Virus hepatitis B (HBV) merupakan virus DNA berselubung ganda berukuran 42 nm yang memiliki lapisan permukaan dan bagian inti. HBV merupakan virus yang dapat bertahan pada suhu dan kelembaban yang ekstrim. HBV dapat menetap di darah selama stadium akhir dari masa inkubasi yang lama (4 hingga 26 minggu) dan selama aktif pada hepatitis akut dan kronis.

Cara utama penularan HBV adalah melalui parenteral dan menembus membrane mukosa, terutama melalui hubungan seksual. HBsAg telah ditemukan pada hampir semua cairan tubuh orang yang terinfeksi darah, semen, saliva, air mata, asites, air susu ibu, urine, dan bahkan feses. Setidaknya bagian cairan tubuh ini terutama darah, semen dan saliva telah terbukti bersifat infeksius.

Terdapat hepatitis yang disebabkan oleh alkohol disebut hepatitis alkoholik yang akan terjadi peradangan jika minum alkohol sehingga tubuh memberikan respon: penambahan suplai darah ke organ yang terkena, organ membengkak dan memerah, peningkatan agen kekebalan

tubuh seperti sel darah putih dengan senjata kimianya, rasa nyeri. Faktor-faktor yang menyebabkan hepatitis alkoholik 1) jenis kelamin: wanita lebih berisiko daripada pria, 2) sejarah konsumsi alkohol: makin lama makin sering dan makin banyak, jelas risikonya makin banyak, 3) meminum alkohol tanpa makanan, 4) meminum berlebihan sekaligus, 5) meminum berbagai jenis minuman sekaligus.

Hepatitis dapat disebabkan karena obat-obatan yang dapat mengakibatkan hati gagal menjalankan fungsinya dan terjadi peradangan. Ada tiga jenis hepatitis karena obat: 1) *Toxic* (racun): kerusakan liver karena komplikasi obat tertentu, 2) *Metabolic Idiosyncrasy* (metabolisme khas): pasien satu berbeda metabolismenya dengan pasien lain yang menyebabkan efek samping karena obat tertentu, jika mengkonsumsi alkohol dapat memperparah, 3) *Immunologic Idiosyncrasy* (daya kebal khas) yang menganggap obat yang masuk didalam tubuh sebagai benda asing sehingga mendorong kekebalan tubuhnya bereaksi yang mengakibatkan kerusakan liver karena diserang sendiri oleh antibodinya sendiri (Misnadiarly, 2007).

Walaupun infeksi HBV jarang terjadi pada populasi orang dewasa, kelompok tertentu dan orang yang memiliki cara hidup tertentu berisiko tinggi, kelompok ini mencakup:

1. Imigran dari daerah endemis HBV.
2. Pengguna obat intravena yang sering bertukar jarum dan alat suntik.
3. Pelaku hubungan seksual dengan banyak orang atau dengan orang terinfeksi.

4. Pria homoseksual yang secara seksual aktif.
5. Pasien rumah sakit jiwa.
6. Narapidana pria.
7. Pasien hemodialisis dan penderita hemotilia yang menerima produk tertentu dari plasma.
8. Kontak serumah dengan penderita HBV.
9. Pekerja sosial dibidang kesehatan terutama yang banyak kontak dengan darah (Price & Wilson, 2005).

3. Patofisiologi

Hepatitis adalah inflamasi dan cedera pada hepar yang disebabkan oleh virus, obat-obatan dan alkohol. Gagal hepatis sekunder akibat hepatitis virus juga lebih umum pada lansia yang sulit diatasi.

Hepatitis B (HBV) seringkali diakibatkan oleh tranfusi darah atau jarum terkontaminasi virus tetapi juga dapat ditularkan melalui plasenta atau hubungan kelamin. Rute fekal oral secara relatif tidak penting. HBV adalah virus DNA yang ada pada semua cairan tubuh orang terinfeksi. Pembawa yang sehat akan menularkan penyakit meskipun mereka tidak menunjukkan bukti infeksi pada diri sendiri. Serum pada individu yang secara kronis positif terhadap HBsAg dan sering antigen lain seperti anti-HBc. Individu yang mempunyai defisiensi imun, untuk beberapa alasan lebih mungkin menjadi pembawa daripada individu lain.

Hepatitis menetap kronis adalah infeksi kecil yang mungkin tidak merusak fungsi hepar dengan tepat. Gejala tidak spesifik berupa anoreksia

dan malaise mungkin tidak terlihat dengan beberapa variabel ikterik dan hematomegali. Hepatitis aktif kronis berlanjut sangat cepat sampai kerusakan hepar progresif, menimbulkan sirosis, gagal hepatic dan kematian. Hepatitis fulminan adalah bentuk infeksi HBV yang berkembang sangat cepat dari awitan sampai gagal hepar fulminan dan kematian dalam 2-3 minggu (Ester, 2002).

HBV dapat masuk ke aliran darah dengan inokulasi langsung, melalui membran mukosa atau merusak kulit untuk mencapai hati sehingga terjadi replikasi memerlukan inkubasi 6 minggu sampai 6 bulan sebelum penjamu mengalami gejala. Beberapa infeksi tidak terlihat mengalami gejala, tingkat kerusakan hati, dan hubungannya dengan demam yang diikuti ruam, kekuningan, artritis nyeri perut, dan mual. Pada kasus ini dapat terjadi kegagalan hati diikuti dengan ensefalopati. Mortalitas dikaitkan dengan keparahan mendekati 50%.

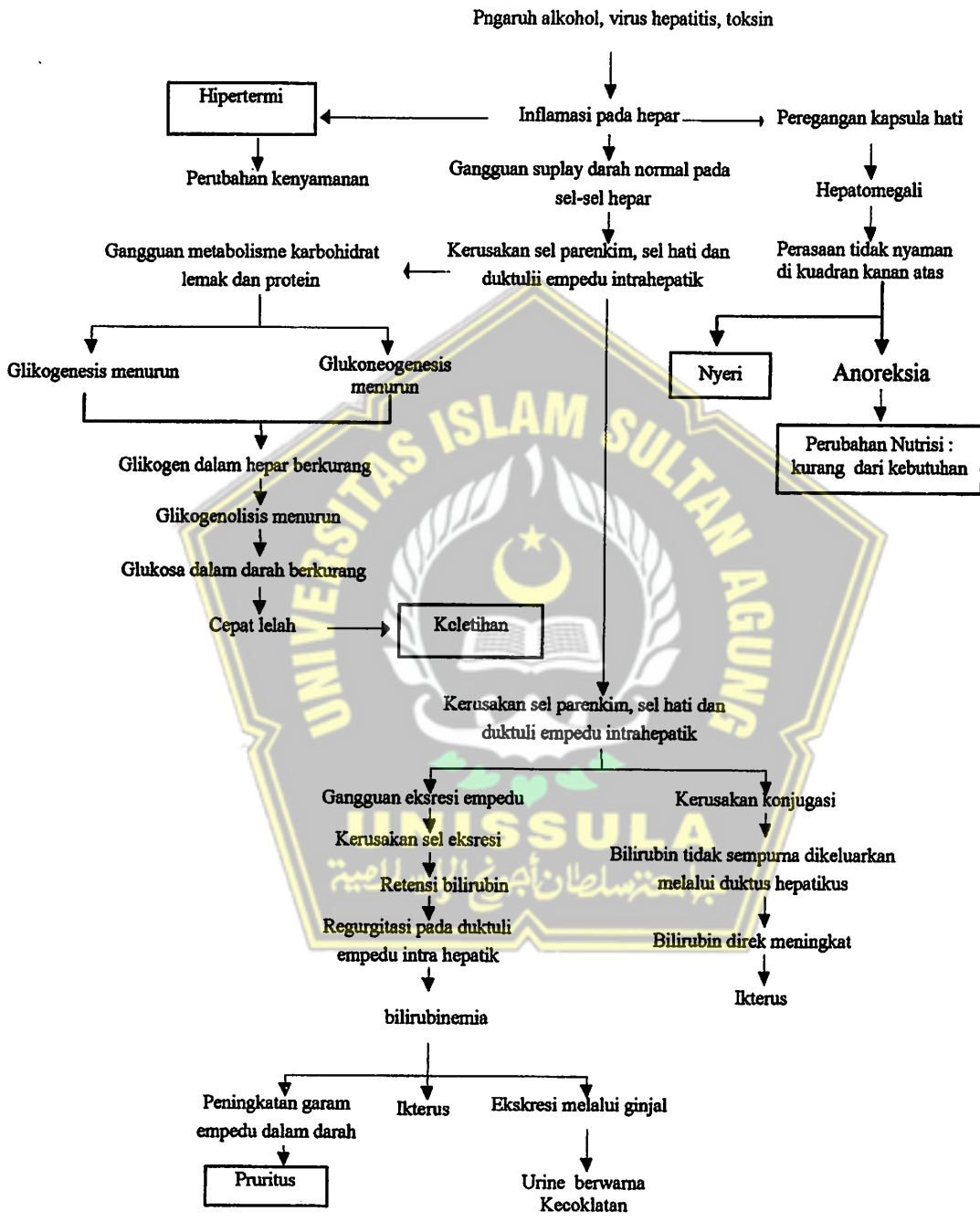
Infeksi primer atau tidak primer tampak secara klinis, sembuh sendiri dalam 1 sampai 2 minggu untuk kebanyakan pasien. Kurang dari 10% kasus ,infeksi dapat menetap selama beberapa dekade. HBV dipertimbangkan sebagai infeksi kronik pada saat pasien mengalami infeksi sisa pada akhir 6 bulan. Komplikasi berhubungan dengan hepatitis kronik dapat menjadi parah dengan kanker hati, sirosis, dan asites terjadi dalam beberapa tahun sampai dengan puluhan tahun setelah infeksi awal (Smeltzer & Bare, 2001).

Hepatitis virus menyebabkan inflamasi yang menyebar ke jaringan-jaringan hepar melalui infiltrasi. Inflamasi, degenerasi, dan regenerasi dapat terjadi serentak. Inflamasi yang disertai pembengkakan dapat menekan cabang vena porta. Transaminase serum akan meningkat dan protrombin memanjang.

Kebanyakan pasien dapat sembuh termasuk kembalinya fungsi yang normal dari hepar, tetapi ada beberapa juga yang dapat mengancam nyawa pasien. Hal ini dapat terjadi jika hepatitis menjadi: a) hepatitis virus fulminan yang secara tiba-tiba hepar mengalami degenerasi dan atrofi berat yang mengakibatkan kegagalan hepar, b) hepatitis virus sub akut terjadi ketika degenerasi pada hepar juga berat namun perlahan, c) nekrosis hepatik submasif atau masif.

Pada nekrosis hepatik submasif, hanya sebagian dari lobus mengalami nekrosis, sedangkan pada yang masif seluruh lobusnya mengalami nekrosis. Keduanya dapat mengakibatkan sirosis atau hepatitis kronis (Baradero, [et al]., 2008).

4. Pathways



Sumber : Arifin, 2008. www.rusari.com diperoleh tanggal 25uli 2009

5. Manifestasi Klinik

Gambaran klinis hepatitis B kronik sangat bervariasi. Pada banyak kasus tidak didapatkan keluhan maupun gejala dan pemeriksaan tes faal hati hasilnya normal. Pada sebagian lagi didapatkan hematomegali atau tanda-tanda penyakit hati kronis lainnya, misalnya *eritema palmaris* dan *spider nevi*, serta pada pemeriksaan laboratorium sering didapatkan kenaikan konsentrasi ALT walaupun hal itu tidak selalu didapatkan. Pada umumnya didapatkan konsentrasi bilirubin yang normal. Konsentrasi albumin serum umumnya masih normal kecuali pada kasus-kasus yang parah.

Secara sederhana manifestasi klinis hepatitis B kronik dapat dikelompokkan menjadi 2 yaitu:

- a. Hepatitis B kronik yang masih aktif (hepatitis B kronik aktif). HBsAg positif dengan DNA HBV lebih dari 10^5 kopi/ml didapatkan kenaikan ALT yang menetap atau intermiten. Pada pasien sering didapatkan tanda-tanda penyakit hati kronik. Pada biopsi hati didapatkan gambaran peradangan yang aktif. Menurut status HBeAg pasien dikelompokkan menjadi hepatitis B kronik HBeAg positif dan hepatitis B kronik HBeAg negatif.
- b. *Carrier* HBV inaktif (*inaktif HBV Carrier State*). Pada kelompok ini HBsAg positif dengan titer DNA HBV yang rendah yaitu kurang dari 10^5 kopi/ml. Pasien menunjukkan konsentrasi ALT normal dan tidak didapatkan keluhan. Pada pemeriksaan histologik terdapat kelainan

jaringan yang minimal. Sering sulit membedakan Hepatitis B Kronik HBe negatif dengan pasien *Carrier* HBV inaktif karena pemeriksaan DNA kuantitatif masih jarang dilakukan secara rutin. Dengan demikian perlu dilakukan pemeriksaan ALT berulang kali untuk waktu yang cukup lama.

Pemeriksaan biopsi untuk pasien Hepatitis B Kronik sangat penting terutama untuk pasien dengan HBeAg positif dengan konsentrasi ALT 2 x nilai normal tertinggi atau lebih. Biopsi hati diperlukan untuk menegakkan diagnosis pasti dan untuk meramalkan prognosis serta kemungkinan keberhasilan terapi (respon histologik). Sejak lama diketahui bahwa pasien Hepatitis B Kronik dengan peradangan hati yang aktif mempunyai resiko tinggi untuk mengalami progresi, tetapi gambaran histologik yang aktif juga dapat meramalkan respon yang baik terhadap terapi imunomodulator atau antivirus (Sudoyo, A. W, Bambang S & Idrus A, [et al], 2006).

Menurut Mansjoer, Triyanti, Savitri et al. (2001) manifestasi klinis pasien dengan Hepatitis B di bagi menjadi beberapa stadium yaitu :

a. Stadium praikterik

Berlangsung selama 4-7 hari. Pasien mengeluh sakit kepala, anoreksia, mual, muntah, demam, nyeri pada otot, dan nyeri di perut kanan atas. Urin menjadi lebih coklat.

b. Stadium ikterik

Berlangsung selama 3-6 minggu. Ikterus mula-mula terlihat pada sklera, kemudian pada kulit seluruh tubuh. Keluhan-keluhan

berkurang, tetapi pasien masih lemah, anoreksia dan muntah. Tinja mungkin berwarna kelabu atau kuning muda. Hati membesar dan nyeri tekan.

c. Stadium pasca ikterik

Ikterus mereda, warna urin dan tinja menjadi normal lagi.

6. Pemeriksaan Diagnostik

- a. Tes fungsi hati: abnormal (4-10 kali normal) merupakan batasan untuk membedakan hepatitis virus dari non-virus.
- b. AST (SGOT)/ALT(SGPT): awalnya meningkat, dapat meningkat 1-2 minggu sebelum ikterik kemudian tampak menurun.
- c. Darah lengkap: SDM menurun sehubungan penurunan hidup SDM dengan gangguan hati atau mengakibatkan perdarahan.
- d. Leucopenia: trombosikopenia mungkin ada (splenomegali).
- e. Difensiasi darah lengkap: leukositosis, monositosis, limfosit atipikal, dan sel plasma.
- f. Alkali fosfatase: agak meningkat kecuali ada kolestasis berat.
- g. Feses: warna tanah liat, steatorea (penurunan fungsi hati).
- h. Albumin serum: menurun.
- i. Gula darah: hiperglikemia transien/hipoglikemia (gangguan fungsi hati).
- j. Anti-HAV IgM: positif pada tipe A
- k. HbsAG: dapat positif (tipe B), merupakan diagnostic sebelum terjadi gejala klinik.

- l. Masa protrombin: mungkin memanjang (disfungsi hati).
- m. Bilirubin serum: diatas 2.5 mg/100 ml (bila diatas 200 mg/ml, prognosis buruk mungkin berhubungan dengan peningkatan nekrosis seluler).
- n. Tes ekskresi BAP: kadar darah meningkat.
- o. Biopsi hati: menunjukkan diagnosis dan luasnya nekrosis.
- p. Skan hati: membantu dalam memperkirakan beratnya kerusakan parenkim.
- q. Urinalisa: peninggian kadar bilirubin; protein/hematuria dapat terjadi (Doenges, M. E., 2000).

7. Komplikasi

Tidak setiap penderita hepatitis virus mengalami perjalanan penyakit yang lengkap. Sejumlah kecil pasien (kurang dari 1%) memperlihatkan kemunduran klinis yang cepat setelah awitan ikterus akibat hepatitis fulminan dan hati masif. Hepatitis fulminan ditandai dengan gejala dan tanda gagal hati akut penciutan hati, kadar bilirubin serum meningkat cepat, pemanjangan waktu protombin yang sangat nyata, dan koma hepaticum. Prognosis adalah kematian pada 60 hingga 80% pasien ini.

Komplikasi tersering adalah perjalanan klinis sekitar 2-8 bulan yang disebut hepatitis kronis persisten, terjadi berkisar 5-10% pasien.

Setelah hepatitis virus akut sejumlah kecil pasien mengalami hepatitis agresif atau kronis aktif bila terjadi kerusakan hati seperti digerogeti (*piece meal*) dan terjadi serosis. Kematian biasanya terjadi

dalam 5 tahun pada lebih dari separuh pasien akibat gagal hati atau komplikasi serosis. Obat yang turut berperan dalam patogenesis kelainan ini termasuk alfa-metildopa (aldomet), isoniazid, sulfonamide, dan aspirin.

Yang terakhir komplikasi lanjut hepatitis yang cukup bermakna adalah berkembangnya karsinoma hepatoselular primer. Faktor penyebab utama yang terkait dalam patogenesis adalah infeksi HBV kronis dan sirosis terkait (Price & Wilson, 2005).

8. Penatalaksanaan

a. Penatalaksanaan keperawatan

Terdiri dari istirahat, diet, dan pengobatan medikamentosa.

1) Istirahat.

Pada periode akut dan keadaan lemah diharuskan cukup istirahat. Istilah mutlak tidak terbukti dapat mempercepat penyembuhan. Kecualian diberikan kepada mereka dengan umur tua dan keadaan umum yang baik.

2) Diet.

Jika pasien mual, tidak nafsu makan atau muntah-muntah, sebaiknya diberikan infus. Jika sudah tidak mual lagi, diberikan makanan yang cukup kalori (30 sampai dengan 35 kalori/kg berat badan) dengan protein cukup (1 g/kg berat badan). Pemberian lemak sebenarnya tidak perlu dibatasi. Dulu ada kecenderungan untuk membatasi lemak, karena disamakan dengan penyakit kandung. Dapat diberikan diet hati II sampai dengan III.

b. Penatalaksanaan medis

- 1) Kortikosteroid tidak diberikan bila untuk mempercepat penurunan bilirubin darah. Kortikosteroid dapat digunakan pada kolestasis yang berkepanjangan, dimana transaminase serum sudah kembali normal tetapi bilirubin masih tinggi. Pada keadaan ini dapat diberikan prednison 3X10 mg selama 7 hari kemudian dilakukan *tapering off*.
- 2) Berikan obat-obat yang bersifat melindungi hati.
- 3) Antibiotik tidak jelas kegunaannya.
- 4) Jangan diberikan antiemetik. Jika perlu sekali dapat diberikan golongan fenotiazin.
- 5) Vitamin K diberikan pada kasus dengan kecenderungan perdarahan. Bila pasien dalam keadaan prekoma atau koma, penanganan seperti pada koma hepatic (Mansjoer, Triyanti, Savinti, et al, 2001).

B. Konsep Dasar Keperawatan

1. Pengkajian Keperawatan

a. Aktivitas/ istirahat

Gejala: Kelemahan, kelelahan, malaise umum.

b. Sirkulasi

Tanda: Bradikardi (hiperbilirubinemia berat), ikterik pada sklera kulit, membran mukosa.

c. Eliminasi

Gejala: Urine gelap diare feses warna tanah liat, adanya/berulangnya hemodialisa.

d. Makanan dan Cairan

Gejala: Anoreksia (hilang nafsu makan), berat badan menurun / meningkat (edema), mual dan muntah.

Tanda: Asites.

e. Neurosensori

Tanda: Peka terhadap rangsang, cenderung tidur, letargi, asteriksis.

f. Nyeri / Kenyamanan

Gejala: Kram abdomen, nyeri tekan pada kuadran kanan atas. Mialgia, Atralgia, sakit kepala. Gatal (pruritus).

Tanda: Otot tegang / gelisah.

g. Pernafasan

Gejala: Tidak minat / enggan merokok (perokok).

h. Keamanan

Gejala: Adanya tranfusi darah / produk darah.

Tanda: Demam, urtikaria, lesi makulopapuler, eritema tak beraturan, eksaserbasi jerawat, angioma jaringan-jaringan, eritema palmar, ginekomastia (kadang-kadang ada pada hepatitis alkoholik), splenomegali pembesaran nodus servikal posterior.

i. Seksualitas

Gejala: Pola hidup / perilaku meningkat resiko terpajan (contoh homoseksual aktif / biseksual pada wanita).

j. Penyuluhan / pembelajaran

Gejala:

- 1) Riwayat diketahui / mungkin terpajan pada virus, bakteri atau toksin (makanan terkontaminasi, air, jarum, alat bedah atau darah); pembawa (simtomatik atau asimtomatik); adanya prosedur bedah dengan anastesia haloten; terpajan pada kimia toksik (contoh karbon tetraklorida, vinilklorida); obat resep (contoh sulfonamide, fenotiazid, isoniazid).
- 2) Perjalanan / imigran dari Cina, Afrika, Asia tenggara, Timur Tengah (hepatitis B [HB] endemic di area ini).
- 3) Obat jalaran (IV) atau penggunaan alkohol.
- 4) Diabetes, GJK, atau penyakit ginjal.
- 5) Adanya infeksi seperti flu pada pernafasan atas (Doenges, M. E., 2000).

2. Fokus Intervensi

- a. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan penurunan aktivitas dikarenakan nyeri pada hati, depresi, penurunan kekuatan otot.

Intervensi:

- 1) Tingkatkan tirah baring / duduk, berikan lingkungan tenang, batasi pengunjung

Rasional: meningkatkan istirahat dan ketenangan.

- 2) Ubah posisi dengan sering

Rasional: menurunkan resiko kerusakan jaringan

3) Tingkatkan aktivitas sesuai toleransi, bantu melakukan aktivitas

Rasional: tirah baring yang lama dapat menurunkan kemampuan ini dapat mengganggu keterbatasan aktivitas pada waktu istirahat.

4) Awasi terulangnya anoreksia dan nyeri tekan pembesaran hati

Rasional: klien merasa nyaman, menunjukkan kurangnya resolusi / eksaserbasi penyakit, memerlukan istirahat lanjut, mengganti program terapi.

5) Berikan antidote atau bantu dalam prosedur sesuai indikasi (contoh lavase, katarsis, hiperventilasi) tergantung pada pemajanan.

Rasional: membuang agen penyebab pada hepatitis toksik dapat membatasi derajat kerusakan jaringan.

6) Berikan obat sesuai indikasi

Rasional: membantu dalam manajemen kebutuhan tidur.

7) Awasi kadar enzim hati

Rasional: membantu menentukan kadar aktivitas tepat, sebagai peningkatan prematur pada potensial resiko berulang.

b. Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan, perasaan tidak nyaman di kuadran kanan atas, gangguan absorpsi dan metabolisme pencernaan makanan, kegagalan masukan untuk memenuhi kebutuhan metabolik karena anoreksia, mual dan muntah.

Intervensi:

1) Awasi pemasukan diet / jumlah kalori, tawarkan makan sedikit tapi sering dan tawarkan pagi paling besar.

Rasional: makan banyak sulit untuk mengatur bila pasien anoreksia, anoreksia paling buruk selama siang hari, membuat masukan yang sulit pada sore hari.

- 2) Pertahankan hygiene mulut yang baik sebelum makan dan sesudah makan

Rasional: akumulasi partikel makanan di mulut dapat menambah bau dan rasa tak sedap yang menurunkan nafsu makan.

- 3) Anjurkan makan pada posisi duduk tegak

Rasional: menurunkan rasa penuh pada abdomen dan dapat meningkatkan pemasukan.

- 4) Berikan diit tinggi kalori, rendah lemak

Rasional: glukosa dalam karbohidrat cukup efektif untuk pemenuhan energi, sedangkan lemak sulit untuk di serap / di metabolisme sehingga akan membebani hepar.

- c. Resiko tinggi kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan berlebih karena muntah dan diare, perpindahan area ketiga (asites).

Intervensi:

- 1) Awasi masukan dan haluaran (muntah dan diare), bandingkan dengan berat badan harian.

Rasional: memberikan informasi tentang kebutuhan penggantian / efek terapi.

- 2) Kaji tanda vital, nadi perifer, pengisian kapiler, turgor kulit dan membran mukosa.

Rasional: indikator volume sirkulasi / perfusi.

- 3) Periksa asites atau pembentukan edema.

Rasional: menurunkan kemungkinan perdarahan kedalam jaringan.

- 4) Observasi tanda perdarahan, contoh hematuria / melena, ekimosis, perdarahan terus-menerus dari gusi / bekas injeksi.

Rasional: kadar protrombin menurun dan waktu koagulasi memanjang bila absorpsi vitamin K terganggu pada traktus GI dan sintesis protrombin menurun karena mempengaruhi hati.

- d. Gangguan rasa nyaman (nyeri) berhubungan dengan pembengkakan hepar yang mengalami inflamasi hati dan bendungan vena porta.

Intervensi:

- 1) Kolaborasi dengan individu untuk menentukan metode yang dapat digunakan untuk intensitas nyeri

Rasional: nyeri yang berhubungan dengan hepatitis sangat tidak nyaman, oleh karena terdapat peregangan secara kapsula hati, melalui pendekatan kepada individu yang mengalami perubahan kenyamanan nyeri diharapkan lebih efektif mengurangi nyeri.

- 2) Tunjukkan pada klien penerimaan tentang respon klien terhadap nyeri, akui adanya nyeri, dengarkan dengan penuh perhatian ungkapan klien tentang nyerinya

Rasional: klienlah yang harus mencoba meyakinkan pemberi pelayanan kesehatan bahwa ia mengalami nyeri

- 3) Berikan informasi akurat dan jelaskan penyebab nyeri, tunjukkan berapa lama nyeri akan berakhir, bila diketahui

Rasional: klien yang disiapkan untuk mengalami nyeri melalui penjelasan nyeri yang sesungguhnya akan dirasakan (cenderung

lebih tenang dibanding klien yang penjelasan kurang / tidak terdapat penjelasan).

- 4) Bahas dengan dokter penggunaan analgetik yang tak mengandung efek hepatotoksi

Rasional: kemungkinan nyeri sudah tak bisa dibatasi dengan teknik untuk mengurangi nyeri.

- e. Hipertermi berhubungan dengan invasi agent dalam sirkulasi darah sekunder terhadap inflamasi hepar.

Intervensi:

- 1) Monitor tanda vital : suhu badan

Rasional: sebagai indikator untuk mengetahui status hipertermi

- 2) Ajarkan klien pentingnya mempertahankan cairan yang adekuat (sedikitnya 2000 l/hari) untuk mencegah dehidrasi, misalnya sari buah 2, 5-3 liter/hari.

Rasional: dalam kondisi demam terjadi peningkatan evaporasi yang memicu timbulnya dehidrasi.

- 3) Berikan kompres hangat pada lipatan ketiak dan femur

Rasional: menghambat pusat simpatis di hipotalamus sehingga terjadi vasodilatasi kulit dengan merangsang kelenjar keringat untuk mengurangi panas tubuh melalui penguapan.

- 4) Anjurkan klien untuk memakai pakaian yang menyerap keringat

Rasional: kondisi kulit yang mengalami lembab memicu timbulnya pertumbuhan jamur. Juga akan mengurangi kenyamanan klien, mencegah timbulnya ruam kulit.

- f. Keletihan berhubungan dengan proses inflamasi kronis sekunder terhadap hepatitis

Intervensi:

- 1) Jelaskan sebab-sebab keletihan individu

Rasional: dengan penjelasan sebab-sebab keletihan maka keadaan klien cenderung lebih tenang.

- 2) Menyarankan klien untuk tirah baring

Rasional : tirah baring akan meminimalkan energi yang dikeluarkan sehingga metabolisme dapat digunakan untuk penyembuhan penyakit.

- 3) Bantu individu untuk mengidentifikasi kekuatan-kekuatan, kemampuan-kemampuan dan minat-minat

Rasional: memungkinkan klien dapat memprioritaskan kegiatan-kegiatan yang sangat penting dan meminimalkan pengeluaran energi untuk kegiatan yang kurang penting.

- 4) Analisa bersama-sama tingkat keletihan selama 24 jam meliputi waktu puncak energi, waktu kelelahan, aktivitas yang berhubungan dengan keletihan.

Rasional: keletihan dapat segera diminimalkan dengan mengurangi kegiatan yang dapat menimbulkan keletihan.

- 5) Bantu untuk belajar tentang keterampilan coping yang efektif (bersikap asertif, teknik relaksasi).

Rasional: untuk mengurangi keletihan baik fisik maupun psikologis.

- g. Resiko tinggi kerusakan integritas kulit dan jaringan berhubungan dengan pruritus sekunder terhadap akumulasi pigmen bilirubin dalam garam empedu.

Intervensi:

- 1) Jaringan kulit utuh, penurunan pruritus: pertahankan kebersihan tanpa menyebabkan kulit kering, sering mandi dengan menggunakan air dingin dan sabun ringan (kadtril, lanolin), keringkan kulit, jaringan digosok.

Rasional: kekeringan meningkatkan sensitifitas kulit dengan merangsang ujung syaraf.

- 2) Cegah penghangatan yang berlebihan dengan pertahankan suhu ruangan dingin dan kelembaban rendah, hindari pakaian terlalu tebal.

Rasional: penghangatan yang berlebih menambah pruritus dengan meningkatkan sensitivitas melalui vasodilatasi.

- 3) Anjurkan tidak menggaruk, instruksikan klien untuk memberikan tekanan kuat pada area pruritus untuk tujuan menggaruk.

Rasional: penggantian merangsang pelepasan histamin, menghasilkan lebih banyak pruritus.

- 4) Pertahankan kelembaban ruangan pada 30%-40% dan dingin

Rasional: pendinginan akan menurunkan vasodilatasi dan kelembaban kekeringan.

- h. Resiko tinggi terhadap transmisi infeksi berhubungan dengan sifat menular dari agent virus.

Intervensi:

- 1) Gunakan kewaspadaan umum terhadap substansi tubuh yang tepat untuk menangani semua cairan tubuh: Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan semua klien atau spesimen, Gunakan sarung tangan untuk kontak dengan darah dan cairan tubuh, Tempatkan spuit yang telah digunakan dengan segera pada wadah yang tepat, jangan menutup kembali atau memanipulasi jarum dengan cara apapun.

Rasional: pencegahan tersebut dapat memutuskan metode transmisi virus hepatitis.

- 2) Gunakan teknik pembuangan sampah infeksius, linen dan cairan tubuh dengan tepat untuk membersihkan peralatan-peralatan dan permukaan yang terkontaminasi.

Rasional: teknik ini membantu melindungi orang lain dari kontak dengan materi infeksius dan mencegah transmisi penyakit.

- 3) Jelaskan pentingnya mencuci tangan dengan sering pada klien, keluarga dan pengunjung lain dan petugas pelayanan kesehatan.

Rasional: mencuci tangan menghilangkan organisme yang merusak rantai transmisi infeksi.

- 4) Rujuk ke petugas pengontrol infeksi untuk evaluasi departemen kesehatan yang tepat

Rasional: rujukan tersebut perlu untuk mengidentifikasi sumber pemajanan dan kemungkinan orang lain terinfeksi.

BAB III

RESUME KEPERAWATAN

Bab ini menyajikan resume dari asuhan keperawatan yang dilakukan penulis selama 2 hari, yaitu dari tanggal 18 - 20 Agustus 2009 di ruang Mawar Rumah Sakit Daerah Tugurejo Semarang, yang berisi antara lain:

A. Pengkajian Keperawatan

1. Identitas

Pasien bernama Nn. T, berusia 20 tahun, jenis kelamin perempuan, beragama Islam, pendidikan SMA, suku/bangsa Jawa/Indonesia, alamat Muktiharjo pada tanggal 13 Agustus 2009 dengan No RM1103088. Adapun identitas penanggung jawab pasien yaitu bernama Tn. M, umur 52 tahun, jenis kelamin laki-laki, agama Islam, pekerjaan swasta, suku/bangsa Jawa/Indonesia, alamat Muktiharjo, hubungan dengan pasien adalah anak kandung.

2. Riwayat penyakit sekarang

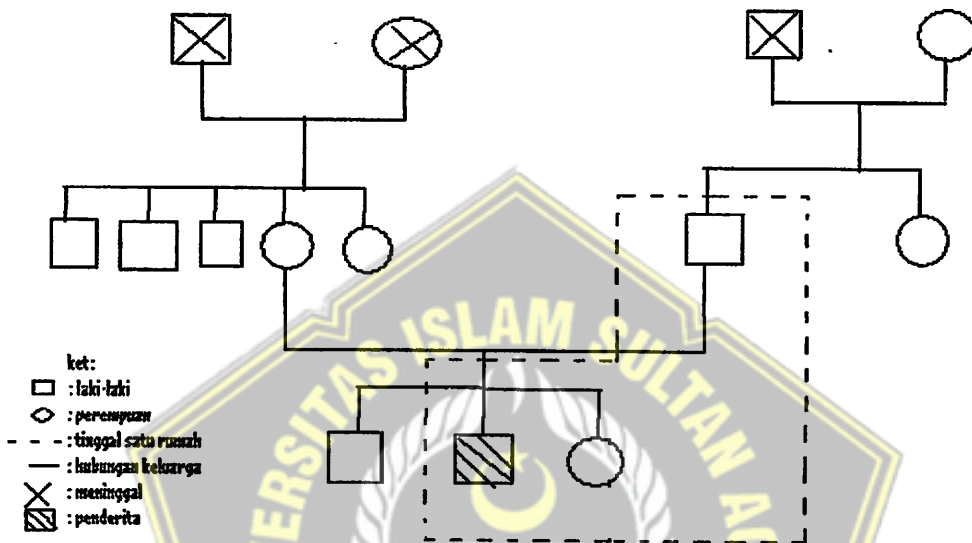
Pasien datang UGD rumah sakit Daerah Tugurejo dengan mual sejak kurang lebih 7 hari, muntah bila makan, dan panas pada 37,8°C. Kemudian, pasien dirawat di Ruang Mawar untuk diberikan perawatan lebih lanjut. Pasien masuk RS pada tanggal 13 Agustus 2009, jam 20.30 WIB.

3. Riwayat penyakit yang lalu

Pasien mengatakan pernah dirawat di RS dengan typhoid beberapa bulan yang lalu. Pasien dibawa ke Rumah Sakit karena mual dan muntah-

muntah. Pasien mengatakan tidak memiliki alergi dengan obat-obatan, makanan, ataupun cuaca. Pasien mengatakan melakukan imunisasi BCG, POLIO, CAMPAK, hepatitis pada saat masih kecil.

4. Genogram



Pasien mengatakan dalam keluarga tidak ada yang pernah menderita penyakit seperti yang dialami pasien yaitu penyakit hepatitis.

5. Data biologis

a. Pola pernafasan

Pola pernafasan pasien mengatakan tidak sesak nafas, pasien bernafas lewat hidung dengan normal dan tidak tampak pernafasan cuping hidung. Bila pasien beraktivitas terlalu berat frekuensi pernafasan pasien juga mengalami peningkatan. Pasien tidak menderita batuk dan tidak terdapat sputum. RR klien 24x/mnt

b. Kebutuhan nutrisi

Objektif: BB sebelum sakit 60 kg, BB selama sakit 58 kg, HGB: 14,5 g/dl , HCT: 39,6 % , GDS : 94 mg/dl, pasien mengalami

mual muntah bibir kering, nasi tim yang disediakan tidak dihabiskan, porsi hanya dimakan $\frac{1}{2}$ porsi. Subjektif: pasien mengatakan tidak nafsu makan, pasien mengatakan BB sebelum sakit 60 kg dan selama sakit 58 kg. pasien mengatakan sebelum sakit minum 5-8 gls/hr, dan selama sakit 4-7 gls/hr.

c. **Kebutuhan eliminasi**

Pasien adalah BAB: sebelum sakit pasien mengatakan BAB 1 kali sehari, warna kuning, konsistensi lembek, bau khas feses. Selama sakit pasien mengatakan tidak bisa BAB belum BAB sama sekali, teraba massa diperut. BAK: sebelum sakit pasien mengatakan BAK 4-6 kali sehari, warna kuning kecoklatan, bau khas urine. Selama sakit pasien mengatakan BAK 4-6 kali sehari, warna kuning, bau seperti obat, pasien mengatakan BAK lancar.

d. **Kebutuhan istirahat tidur**

Sebelum sakit pasien mengatakan beristirahat / tidur 6-8 jam sehari, tidur siang 1-2 jam. Pasien tidur tanpa pengantar tidur. Selama sakit pasien mengatakan beristirahat / tidur 5-7 jam sehari, tidur siang 1-2 jam sehari. Pasien tidur tanpa pengantar tidur. Pasien mengatakan tidak mempunyai masalah dengan istirahatnya.

e. **Kebutuhan aktivitas dan latihan**

Sebelum sakit pasien mengatakan dapat melakukan semua aktivitasnya secara mandiri. Selama sakit pasien mengatakan aktivitasnya sedikit dibantu oleh keluarganya terutama saat ke kamar mandi, namun pasien lebih banyak melakukan aktivitasnya selama sakit secara mandiri.

6. Kebutuhan psikososial

Pola pikir dan persepsi pasien mengatakan tidak menggunakan alat pengindraan apapun. Pasien berpersepsi bahwa mual dan muntah yang pasien alami hanyalah masuk angin biasa.

a. Persepsi pasien terhadap penyakitnya

Pasien mengatakan penyakit yang dideritanya merupakan ujian dari Allah SWT, untuk lebih meningkatkan keimanannya, pasien dan keluarga memiliki keyakinan bahwa ujian dari Allah SWT berupa sakit adalah tanda kasih sayang dari Allah SWT, dan Allah SWT tidak akan menguji hambanya diluar kemampuannya. Harapan pasien dan keluarganya adalah penyakit yang diderita pasien bisa diobati dan dapat segera sembuh.

b. Suasana hati, air muka, sikap

Secara emosional pasien sedang sedih tapi pasien selalu menunjukkan dengan senyuman agar keluarga pasien tidak mengkhawatirkan keadaan pasien. Karakteristik sifat pasien adalah orang yang ramah, bersahabat, namun agak pemalu dan sedikit berbicara pasien bisa diajak komunikasi.

c. Hubungan / komunikasi / sosial

Bicara pasien jelas dan mudah dipahami, hubungan sosial dengan orang lain baik.

d. Kebutuhan sexual

Hubungan kasih sayang dan perhatian dari keluarga kepada pasien sangatlah besar. Dengan bukti, ayah serta kakak adiknya selalu

melindungi disamping keluarga juga berperan aktif dalam menunjang pengobatan pasien.

e. **Pertahanan koping pasien**

Pribadi yang mudah bergaul dan gampang diajak komunikasi, pasien juga selalu menunjukkan ketenangan seakan-akan tidak ada masalah yang dihadapi. Jika pasien mengalami permasalahan, pasien lebih mengutarakan permasalahannya untuk dicari solusinya bersama keluarganya.

7. Data spiritual sumber kekuatan pasien

Kehendak dari yang kuasa dan dukungan maupun semangat dari keluarga terdekat yang sangat menyayanginya. Pasien mengutarakan bahwa Allah SWT, agama Islam dan keyakinan itu sangat penting bagi pasien. Sebelum sakit, pasien dapat melakukan rutinitas beribadahnya. Selama sakit, pasien selalu berdoa meminta kesembuhan kepada Allah SWT.

8. Pemeriksaan fisik

Kesadaran: composmenthis, GCS: 15, penampilan: pasien lemah, agak pucat, Ttv: 110/90 mmHg, 84x/mnt, 24x/mnt, 37,6°C, kepala: mesoseval, warna rambut hitam, kebersihan rambut terjaga, mata: simetris, konjungtiva tidak anemis, sklera ikterik, pandangan tidak kabur, Hidung: tidak ada pembesaran polip, lubang hidung simetris, tidak ada sekret. Mulut dan faring: tidak ada stomatitis, gigi pasien tidak ada karies, mukosa bibir lembab. Telinga: simetris, tidak menggunakan alat

Bantu pendengaran, tidak terdapat infeksi yang ditandai dengan serumen. Ekstremitas: tangan kiri pasien terpasang infuse KAEN 3B, ekstremitas bawah baik. Dada: Jantung: inspeksi: ictus cordis tak tampak, Palpasi: ictus cordis teraba pada ICS 5, Perkusi: pekak, Auskultasi: terdengar suara jantung S1 dan S2, tak ada bunyi tambahan. Paru-paru: inspeksi: ekspansi paru kanan dan kiri simetris, Palpasi: tidak ada nyeri tekan, Perkusi: sonor, Auskultasi: vesikuler. Abdomen: inspeksi: simetris, Auskultasi: peristaltic usus 4x/mnt, Perkusi: tympani, Palpasi: terdapat nyeri tekan dikuadran kanan atas.

9. Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan lab 13 Agustus 2009 yang didapatkan WBC: $9.2 \times 10^3/\text{mm}^3$ (4.3-11.4), Lymph % 25.5 % (20.0-40.0), Mid % 5.7 % (3.0-9.0), Gram % 6.8.8 % (50.0-70.0), HGB 14.5 g/dl (12.0-16.0), RBC 14.5 g/dl (4.40-5.50), HCT 39.6 % (37.0-48.0), MCV 85.0 fl (82.0-92.0), MCH 31.0 pq (27.0-31.0), MCHC 36.6 q/dl (32.0-71.0), RDW-CV 12.7 % (11.5-14.5), RDW-SD 38.0 fl (35.0-56.0), PLT $297 \times 10^3/\text{ul}$ (150-450), MPV 6.9 fl (7.0-11.0), PDV 14 g (15.0-17.0), PCT 0.204 % (0.108-0.282). Golongan darah pasien: O, LED: ½ jam 2mm, 1 jam 3mm. Pemeriksaan imunologi: Salmonella typhi IgM positif (+4), Neg kurang dari 2, Borderline 3, Pos lebih dari 4. Pemeriksaan urin: Phisis warna: kuning keruh, Keasaman: 6.0, Protein: positif/+1, Reduksi: negatif/-, Sediment: Epithel: 4-6, Leukosit: 2-4, Eritrosit: 1-3, Kristal: neg/-, Silinder: neg/-, Bakteri: positif 4-6, HbsAg strip positif (+).

10. Therapy

Tanggal 18/8/09

Infus kaen 3B 30 tetes per menit, Lansoprazol 1X1 tablet, Imreq 1X1 tablet, Zegase 1X1 tablet, Dexyclav 500 3X1 tablet, Ondancentron 4mg 3X1 ampul, Dulcolak 1x1.

B. Analisa Data

Hasil pengkajian pada tanggal 18 Agustus 2009 didapatkan data sebagai berikut: Pertama, data subjektif: pasien mengatakan badannya terasa panas dingin. Data obyektifnya TTV: 110/90 mmhg, N: 84 x/menit, RR: 24 x/menit, S: 37,6°C maka penulis mengangkat masalah hipertermi dengan etiologi invasi agen dalam sirkulasi darah sekunder terdapat inflamasi hepar.

Kedua, data subyektif pasien mengatakan tidak nafsu makan, pasien mengatakan berat badan sebelum sakit 60 kg, selama sakit 58 kg. Data obyektif BB badan sebelum sakit 60 kg, selama sakit 58 kg, HGB: 14,5 g/dl, HCT: 39,6 %, GDS: 94 mg/dl, pasien mengalami mual, muntah, bibir kering, nasi tim yang disediakan tidak habis, hanya dimakan setengah porsi maka terdapat masalah perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh dan etiologinya mual dan muntah.

Ketiga, data subyektif klien mengatakan tidak bisa BAB / belum dapat BAB sama sekali, data obyektifnya adalah peristaltik usus 4x/menit, maka terdapat masalah konstipasi dan etiologinya kekurangan serat dalam tubuh.

C. Diagnosa keperawatan, Intervensi keperawatan, Implementasi dan Evaluasi.

Diagnosa pertama hipertermi berhubungan dengan invasi agent dalam sirkulasi darah sekunder terdapat inflamasi hepar ditandai dengan data subjektif: pasien mengatakan badannya terasa panas dingin. Data obyektifnya TTV: 110/90 mmHg, N: 84 x/menit, RR: 24 x/menit, S: 37,6°C maka terdapat masalah hipertermi dengan etiologi invasi agent dalam sirkulasi darah sekunder terdapat inflamasi hepar.

Intervensi dilakukan pada hari Selasa, tanggal 18/08/2009 jam 09.10 suhu tubuh menurun setelah di lakukan tindakan keperawatan selama 2x 24 jam dengan kriteria hasil data subyektif pasien mengatakan badannya tidak panas dingin lagi, data obyektif tanda-tanda vital dalam batas normal, tekanan darah: 120/80 mmhg, nadi: 84 x/menit, respirasi 24 x/menit, suhu 36°C, dengan intervensi pantau tanda-tanda vital, berikan minum air putih yang banyak, berikan kompres hangat, anjurkan pasien untuk menggunakan pakaian yang mudah menguap.

Implementasi yang telah dilakukan oleh penulis pada hari Selasa, tanggal 18/08/2009 jam 11.03, pada diagnosa pertama implementasi yang dilakukan menganjurkan minum air putih yang banyak respon subyektif pasien bersedia minum air putih respon obyektif pasien tampak minum, melakukan TTV respon subyektif pasien bersedia respon obyektif TTV: 110/90 mmHg, N: 84 x/menit, RR: 24 x/menit, S: 37,6°C, memberikan kompres hangat respon subyektif pasien mengerti penjelasan dilakukan

kompres hangat respon obyektif pasien kooperatif, menganjurkan pasien untuk memakai pakaian yang mudah menyerap keringat respon subyektif pasien bersedia mengikuti respon obyektif pasien memakai pakaian yang mudah menyerap keringat.

Evaluasi dilakukan pada hari Rabu, tanggal 19/08/2009 jam 15.00, pada diagnosa pertama hipertermi berhubungan dengan invasi agent dalam sirkulasi darah sekunder terdapat inflamasi hepar ditemukan evaluasi Objektif: pasien mengatakan tidak panas dingin, Tekanan darah: 120/70 mmHg, Nadi: 84 x/menit, Respirasi: 24 x/menit, Temperatur: 36,7°C, Analisa: masalah teratasi, Planing: pertahankan intervensi yaitu: perbaikan suhu tubuh, tidak dehidrasi dan panas turun atau kembali normal.

Diagnosa kedua perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan mual dan muntah ditandai dengan data fokusnya adalah pasien mengatakan tidak nafsu makan, pasien mengatakan berat badan sebelum sakit 60 kg, selama sakit 58 kg, sebagai data subyektifnya sedangkan data obyektifnya adalah BB badan sebelum sakit 60 kg, selama sakit 58 kg, HGB: 14,5 g/dl, HCT: 39,6 %, GDS: 94 mg/dl, pasien mengalami mual, muntah, bibir kering, nasi tim yang disediakan tidak habis, hanya dimakan setengah porsi, maka terdapat masalah perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh dan etiologinya mual dan muntah.

Intervensi yang dilakukan pada hari Selasa, tanggal 18/08/2009 jam 08.30 dengan tujuan gangguan pemenuhan yang teratasi setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x 24 jam dengan kriteria hasil data subyektif

pasien mengatakan nafsu makan meningkat data obyektifnya menunjukkan berat badan yang stabil, laboratorium dalam batas normal, pasien tidak mengalami mual muntah, bibir lembab, nasi tim yang disediakan habis, dengan intervensi anjurkan makan dengan sedikit tapi sering, kolaborasi dengan tim gizi, jelaskan pentingnya nutrisi yang adekuat.

Implementasi dilakukan pada hari Selasa, tanggal 18/08/2009 jam 13.00, pada diagnosa kedua implementasi yang dianjurkan menganjurkan makan dengan porsi sedikit tapi sering dengan respon pasien data subyektif pasien mengatakan bersedia data obyektifnya pasien makan sedikit-sedikit dan habis, menganjurkan makan makanan yang tinggi serat data subyektif pasien mengatakan mengerti data obyektif pasien makan buah-buahan, menjelaskan pentingnya nutrisi yang adekuat data subyektif klien mengatakan mengerti data obyektif pasien mengerti.

Evaluasi dilakukan pada hari Rabu, tanggal 19/08/2009 jam 15.15, pada diagnosa kedua perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan mual dan muntah ditemukan evaluasi subyektif: pasien mengatakan nafsu makan baik, evaluasi obyektif: pasien tidak mual muntah, nasi tim yang diberikan habis, Analisa: masalah teratasi, Planing: pertahankan intervensi yaitu peningkatan berat badan mencapai tujuan dengan nilai laboratorium normal dan bebas dari tanda-tanda mal nutrisi, mual muntah hilang.

Diagnosa ketiga konstipasi berhubungan dengan kekurangan serat dalam tubuh ditandai dengan data subyektif adalah pasien mengatakan tidak bisa BAB / belum dapat BAB sama sekali, data obyektif adalah peristaltik

usus 4x/menit, sehingga muncul masalah konstipasi dan etiologinya kekurangan serat dalam tubuh.

Intervensi dilakukan dengan tujuan BAB pasien lancar setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam dengan kriteria hasil data subyektif pasien mengatakan BAB lancar / sudah dapat BAB data obyektif peristaltik usus dalam batas normal 5 sampai dengan 35xper menit, intervensi yang dilakukan berikan minuman air putih hangat, anjurkan mengkonsumsi makanan yang tinggi serat, kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat pencahar.

Implementasi dilakukan pada hari Selasa, tanggal 18/08/2009 jam 13.00, pada diagnosa konstipasi berhubungan dengan kekurangan serat dalam tubuh ditandai dengan, implementasi yang dianjurkan memberikan minum air putih hangat data subyektif pasien bersedia minum air putih hangat data obyektif pasien tampak minum air putih hangat, menganjurkan mengkonsumsi makanan yang tinggi serat data subyektif pasien bersedia makan makanan yang tinggi serat data obyektif pasien terlihat makan makanan yang mengandung serat, kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat pencahar data subyektif pasien mengatakan bersedia data obyektif pasien mau diberikan obat pencahar (dulcolax).

Evaluasi dilakukan pada hari Rabu, tanggal 19/08/2009 jam 15.20, pada diagnosa konstipasi berhubungan dengan kekurangan serat dalam tubuh ditandai dengan, dengan evaluasi data subyektif pasien mengatakan sudah dapat BAB, data obyektif peristaltik usus pasien dalam batas normal 14x /menit, analisa masalah teratasi, planning pertahankan intervensi.

BAB IV

PEMBAHASAN

Bab ini akan dibahas mengenai asuhan keperawatan pada Nn. T dengan Hepatitis B Di Ruang Mawar Rumah Sakit Umum Daerah Tugurejo Semarang. Dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan yang terdiri dari pengkajian, diagnosa, implementasi dan evaluasi yang dilakukan pada tanggal 18 Agustus 2009.

A. Pengkajian

Saat melakukan pengkajian, penulis menyadari masih terdapat beberapa data yang belum terkaji lebih mendalam diantaranya adalah: pada saat pasien mengalami mual muntah, bibir kering, penulis belum mengkaji masalah yang berhubungan seperti pasien menghitung masukan dan haluaran cairan pasien sehingga tidak dapat dijadikan sebagai acuan untuk menegakkan diagnosa kekurangan volume cairan.

Penulis dalam melakukan pemeriksaan fisik abdomen tertulis bahwa pada perkusi didapatkan suara tympani tanpa menjelaskan area kuadran yang diperiksa. Seharusnya hasil perkusi yang didapatkan pada area kuadran kanan atas tepatnya di area hepar yaitu bunyi pekak.

B. Diagnosa Keperawatan, Intervensi, Implementasi, dan Evaluasi Keperawatan

Berdasarkan hasil pengkajian, diagnosa keperawatan yang dirumuskan oleh penulis adalah:

1. Diagnosa pertama hipertermi berhubungan dengan invasi agent dalam sirkulasi darah sekunder terdapat inflamasi hepar ditandai dengan badan pasien terasa panas dingin.
2. Diagnosa kedua perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan mual dan muntah.
3. Diagnosa ketiga konstipasi berhubungan dengan kekurangan serat dalam tubuh ditandai dengan pasien tidak dapat BAB, peristaltik usus 4x/menit.

Selanjutnya penjelasan tentang rencana keperawatan yang dilakukan, sesuai diagnosa keperawatan yang muncul adalah:

1. Diagnosa pertama hipertermi berhubungan dengan invasi agent dalam sirkulasi darah sekunder terdapat inflamasi hepar ditandai dengan badan pasien terasa panas dingin.

Menurut Carpenito (2006) hipertermi adalah keadaan ketika seorang individu mengalami atau beresiko untuk mengalami kenaikan suhu tubuh terus menerus lebih tinggi dari, $37,8^{\circ}\text{C}$ per oral atau $38,8^{\circ}\text{C}$ per rektal karena faktor eksternal.

Batasan karakteristik mayor harus terdapat suhu lebih tinggi dari $37,8^{\circ}\text{C}$ per oral atau $38,8^{\circ}\text{C}$ per rektal, kulit hangat, takikardia, minor mungkin terdapat kulit kemerahan, peningkatan kedalaman pernafasan, nyeri dan sakit yang spesifik atau umum (misalnya sakit kepala), malaise, keletihan, kelemahan, menggigil / merinding, perasaan hangat / dingin, kehilangan nafsu makan, berkeeringat.

Diagnosa hipertermi berhubungan dengan dengan invasi agent dalam sirkulasi darah sekunder terdapat inflamasi hepar ditandai dengan data subjektif: pasien mengatakan badannya terasa panas dingin. Data obyektifnya TTV: 110/90 mmHg, N: 84 x/menit, RR: 24 x/menit, S: 37,6° C. Diagnosa hipertermi kurang tepat karena ditemukan suhu tubuh kurang dari 37,8° C, data tersebut kurang tepat untuk mendukung diagnosa hipertermi karena tidak sesuai dengan definisi serta batasan karakteristik menurut Carpenito (2006). Diagnosa yang lebih tepat adalah Risiko Ketidakseimbangan Suhu Tubuh, menurut Carpenito pengertiannya adalah keadaan ketika seorang individu berisiko gagal mempertahankan suhu tubuh dalam batasan normal 36-37,5° C, penulis menyadari telah melakukan kesalahan dan kurang teliti dalam membuat kesimpulan diagnosa tersebut.

Diagnosa risiko ketidakseimbangan suhu tubuh diangkat sebaiknya sebagai prioritas kedua karena menurut Hirarki Maslow risiko ketidak seimbangan suhu tubuh merupakan kebutuhan yang harus dipenuhi setelah perubahan nutrisi dan apabila tidak segera ditangani akan berpengaruh pada kebutuhan fisiologis pasien.

Untuk mengatasi diagnosa risiko ketidakseimbangan suhu tubuh berhubungan dengan dengan invasi agent dalam sirkulasi darah sekunder terdapat inflamasi hepar ditandai dengan badan pasien terasa panas dingin yang dilakukan intervensi dengan tujuan setelah di lakukan tindakan keperawatan pasien akan mengalami perbaikan suhu tubuh mencapai batasan normal 36-37,5° C dengan kriteria hasil pasien

mengatakan badannya tidak panas lagi, TTV dalam batas normal yaitu TTV: 120/80 mmHg, N: 84 x/menit, S: 36° C, respirasi 24x permenit, dengan intervensi pantau tanda-tanda vital sehingga tidak terjadi peningkatan suhu tubuh, anjurkan minum 2 liter/hari, berikan kompres hangat, anjurkan memakai pakaian yang mudah menyerap keringat sesuai indikasi, rasionalnya sebagai indikator untuk mengetahui status risiko ketidakseimbangan suhu tubuh, dalam kondisi demam terjadi peningkatan evaporasi yang memicu timbulnya dehidrasi, menghambat pusat simpatis di hipotalamus sehingga terjadi vasodilatasi kulit dengan merangsang kelenjar keringat untuk mengurangi panas tubuh melalui penguapan, kondisi kulit yang lembab memicu timbulnya jamur. Juga akan mengurangi kenyamanan pasien, mencegah ruam kulit.

Dalam implementasi keperawatan untuk mengatasi diagnosa keperawatan risiko ketidakseimbangan suhu tubuh berhubungan dengan dengan invasi agent dalam sirkulasi darah sekunder terdapat inflamasi hepar ditandai dengan penulis tidak mengalami hambatan. Risiko ketidakseimbangan suhu tubu dapat diatasi dengan menganjurkan minum air putih yang banyak, memberikan kompres hangat, menganjurkan pasien untuk memakai pakaian yang mudah menyerap keringat.

Didalam evaluasi akhir masalah risiko ketidakseimbangan suhu tubuh berhubungan dengan dengan invasi agent dalam sirkulasi darah sekunder terdapat inflamasi hepar dapat teratasi sesuai dengan kriteria hasil yang penulis tetapkan, meskipun demikian penulis merencanakan untuk tetap melakukan pengawasan terhadap pasien karena kemungkinan terjadinya kenaikan suhu tubuh.

2. Diagnosa kedua perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan mual dan muntah.

Menurut Carpentino (2006) perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh adalah kondisi ini dialami oleh individu yang tidak mengalami puasa atau berisiko mengalami penurunan berat badan yang berhubungan dengan tidak cukupnya masukan atau metabolisme nutrisi untuk kebutuhan metabolisme.

Batasan karakteristik mayor harus terdapat seseorang yang mengalami puasa dilaporkan atau mempunyai ketidak cukupan masukan makanan, kurang dari yang dianjurkan sehari-hari (RDA) atau tanpa terjadinya penurunan berat badan, kebutuhan metabolik aktual atau potensial pada kelebihan masukan terhadap penurunan berat badan. Minor mungkin terdapat berat badan 10%-20% dibawah normal dan tinggi tubuh dibawah ideal, lipatan kulit trisep, lingkaran lengan tengah, dan lingkaran otot pertengahan lengan kurang 60% dari ukuran standar, kelemahan dan nyeri tekan otot, mudah tersinggung dan bingung, penurunan albumin serum, penurunan tranferin atau kapasitas pengikat zat besi.

Masalah perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan mual dan muntah ditandai dengan data subyektif pasien mengatakan tidak nafsu makan, pasien mengatakan berat badan sebelum sakit 60 kg, selama sakit 58 kg, sedangkan data obyektifnya adalah BB badan sebelum sakit 60 kg, selama sakit 58 kg, HGB: 14,5 g/dl, HCT: 39,6 %, GDS: 94 mg/dl, pasien mengalami mual, muntah,

bibir kering, nasi tim yang disediakan tidak habis, hanya dimakan setengah porsi, maka terdapat masalah perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh dan etiologinya mual dan muntah, data ini yaitu nafsu makan pasien turun dan berat badannya juga turun 2 kilogram sehingga sudah tepat sebagai diagnosa perubahan nutrisi kurang kebutuhan tubuh karena didapatkan data batasan karakteristik mayor yaitu ketidakcukupan masukan kurang dari yang dianjurkan sehari-hari yang potensial pada kelebihan masukan terhadap penurunan berat badan.

Dalam menentukan etiologi penulis salah menuliskan karena seharusnya etiologi mual muntah harus ditulis penurunan berat badan selama sakit yaitu 2 kilogram, sedangkan mual dan muntah merupakan etiologi pada diagnosa kekurangan volume cairan yang tidak diambil penulis sebagai diagnosa.

Menurut Hirarki Maslow perubahan nutrisi dari kebutuhan tubuh adalah kebutuhan yang harus dipenuhi terlebih dahulu dibandingkan dengan risiko ketidakseimbangan suhu tubuh karena bila nutrisi dalam tubuh terpenuhi maka risiko ketidakseimbangan suhu tubuh dapat diminimalisir.

Untuk mengatasi perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan mual muntah yang dilakukan intervensi dengan tujuan gangguan pemenuhan kebutuhan nutrisi dapat teratasi dengan kriteria hasil nafsu makan pasien meningkat, menunjukkan peningkatan berat badan mencapai tujuan dengan nilai laboratorium normal dan bebas dari tanda-tanda mal nutrisi sesuai indikasi, rasionalnya keletihan

berlanjut menurunkan keinginan untuk makan, adanya pembesaran hepar dapat menekan saluran gastro intestinal, akumulasi partikel makanan di mulut dapat menambah bau dan rasa tak sedap yang menurunkan nafsu makan, menurunkan rasa penuh pada abdomen dan dapat meningkatkan pemasukan, glukosa dalam karbohidrat cukup efektif untuk pemenuhan energi, sedangkan lemak sulit untuk diserap / dimetabolisme sehingga akan membebani hepar.

Dalam implementasi keperawatan untuk mengatasi diagnosa keperawatan perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan mual muntah dapat dilakukan penulis dan tidak ada hambatan, dengan implementasi menganjurkan makan dengan porsi sedikit tapi sering, menganjurkan makan makanan yang tinggi serat, menjelaskan pentingnya nutrisi yang adekuat.

Didalam evaluasi perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan mual muntah masalah dapat teratasi dengan baik sesuai kriteria hasil yang penulis lakukan, tapi masih harus dilakukan pengawasan lebih lanjut yaitu dengan mempertahankan intervensi agar peningkatan berat badan mencapai tujuan dengan nilai laboratorium normal dan bebas dari tanda-tanda mal nutrisi, mual muntah hilang.

3. Diagnosa ketiga konstipasi berhubungan dengan kekurangan serat dalam tubuh ditandai dengan pasien tidak dapat BAB, peristaltik usus 4x/menit.

Menurut Carpenito (2006) konstipasi adalah suatu keadaan dimana individu mengalami atau berisiko tinggi mengalami stasis usus besar sehingga menimbulkan eliminasi jarang atau keras.

Batasan karakteristik mayor harus terdapat bentuk feses keras dan defekasi kurang dari tiga kali seminggu, minor mungkin terdapat penurunan bising usus, keluhan rektal penuh, keluhan tekanan pada rektum, mengejan dan nyeri waktu defekasi, impaksi dapat teraba, penasaran pengosongan tak adekuat.

Diagnosa ke tiga ini kurang tepat untuk menetapkan masalah keperawatan karena data ini tidak ada dikonsep dasar teori. Didapatkan data subyektif: masalah pada pasien tidak dapat BAB, data obyektif: peristaltik usus 4x permenit.

Tujuan BAB pasien lancar setelah dilakukan tindakan keperawatan dengan kriteria hasil pasien mengatakan BAB lancar / sudah dapat BAB, peristaltik usus dalam batas normal 5 sampai dengan 35x permenit, intervensinya berikan minuman air putih hangat, anjurkan mengkonsumsi makanan yang tinggi serat, kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat pencahar.

Dalam implementasi keperawatan untuk mengatasi diagnosa keperawatan konstipasi berhubungan dengan kekurangan serat dalam tubuh ditandai jika tidak ada hambatan untuk melakukan implementasi, implementasi yang dilakukan adalah anjurkan minum air putih hangat, menganjurkan mengkonsumsi makanan yang tinggi serat, kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat pencahar.

Didalam evaluasi akhir konstipasi berhubungan dengan kekurangan serat dalam tubuh ditandai dengan pasien tidak dapat BAB,

peristaltik usus 4x/menit masalah dapat teratasi dengan baik dengan data subyektif pasien sudah dapat BAB dengan baik, obyektif peristaltik usus dalam batas normal 14 x/menit sehingga harus dilakukan pengawasan untuk mempertahankan intervensi.

Berdasarkan hasil pengkajian penulis mendapatkan data pasien mengalami mual muntah, bibir kering. Sesuai data tersebut penulis seharusnya mengangkat diagnosa keperawatan kekurangan volume cairan berhubungan dengan mual / muntah.



BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Berdasarkan pembahasan yang penulis lakukan mengenai “ASUHAN KEPERAWATAN PADA Nn.T DENGAN SISTEM PENCERNAAN DENGAN HEPATITIS B”, maka penulis mengambil kesimpulan sebagai berikut:

Hepatitis adalah suatu penyakit infeksi yang disebabkan oleh virus hepatitis, alkoholik dan toksin obat yang menyerang hati dan menyebabkan peradangan hati akut atau menahun. Etiologi hepatitis virus, alkoholik, toksin obat-obatan, hepatitis B disebabkan oleh infeksi hepatitis B melalui parenteral dan menembus membrane mukosa terutama melalui hubungan seksual, pertukaran cairan tubuh atau kontak dengan darah dari orang yang terinfeksi hepatitis. Hepatitis alkoholik faktor penyebabnya adalah peminum alkohol dengan jenis kelamin: wanita lebih berisiko daripada pria, sejarah konsumsi alkohol: makin lama makin sering dan makin banyak, jelas risikonya makin banyak, meminum alkohol tanpa makanan, meminum berlebihan sekaligus, meminum berbagai jenis minuman sekaligus. Hepatitis karena toksin obat-obatan yang dapat mengakibatkan hati gagal menjalankan fungsinya dan terjadi peradangan, faktor penyebab Toxic (racun): kerusakan liver karena komplikasi obat tertentu, *Metabolic Idiosyncrasi* (metabolisme khas): pasien satu berbeda metabolismenya dengan pasien lain yang menyebabkan efek

samping karena obat tertentu, jika mengonsumsi alkohol dapat memperparah, *Immunologic Idiosyncrasi* (daya kebal khas) yang menganggap obat yang masuk didalam tubuh sebagai benda asing sehingga mendorong kekebalan tubuhnya bereaksi yang mengakibatkan kerusakan liver karena diserang sendiri oleh antibodinya sendiri.

Berdasarkan pengkajian pada Nn.T penulis mengangkat diagnosa keperawatan yaitu: hipertermi berhubungan dengan invasi agent dalam sirkulasi darah sekunder terdapat inflamasi hepar, perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan mual dan muntah, konstipasi berhubungan dengan kekurangan serat dalam tubuh. Terkait dengan diagnosa, tidak semua diagnosa muncul sesuai konsep teori di pengkajian Nn.T.

Intervensi dan implementasi yang dilakukan pada ketiga diagnosa ditetapkan selama 2 hari dan dapat berjalan lancar, karena keluarga pasien yang mendukung dan pasien yang kooperatif dapat diajak kerjasama. Evaluasi akhir didapatkan hasil yaitu 3 diagnosa masalah teratasi sehingga untuk mempertahankan kondisi pasien masih harus dilakukan pengawasan yang optimal.

B. Saran

Berdasarkan kesimpulan di atas, maka penulis memberikan saran sebagai berikut:

1. Bagi perawat hendaknya mendokumentasikan asuhan keperawatan yang diberikan secara lengkap dan jelas sehingga dapat memberikan informasi yang jelas bagi tim kesehatan

2. Bagi pasien dapat mengerti sehingga dapat meningkatkan derajat kesehatannya maupun bagi anggota keluarga lainnya.

3. Bagi institusi pendidikan

Meningkatkan kualitas pendidikan dengan memberikan teori ilmu keperawatan khususnya Hepatitis B secara detail dan mengajarkan asuhan keperawatan pada pasien yang terkena Hepatitis B dengan baik..

4. Bagi masyarakat

Diharapkan masyarakat dapat meningkatkan pengetahuan tentang penyakit Hepatitis B sehingga masyarakat dapat mencegah terjangkitnya HBV dan mengetahui perawatan pada pasien dengan Hepatitis B secara benar.



DAFTAR PUSTAKA

- Baradero, M., [et al]. 2008. *Klien gangguan hati: seri asuhan keperawatan*. editor: Monica Ester. Jakarta: EGC.
- Carpenito-Moyet, L. J., 2006. *Buku saku diagnosa keperawatan*. (alih bahasa, yasmin Asih). edisi kesepuluh. Jakarta: EGC.
- Doenges, M. E., 2000. *Rencana Asuhan Keperawatan: Pedoman untuk Perencanaan dan Pendokumentasian Perawatan Pasien*. Edisi ketiga. Jakarta: EGC.
- Ester, Monica, 2001. *Keperawatan Medikal Bedah: Pendekatan Gastrointestinal*. Jakarta: EGC.
- Manjoer, Arif, Kuspuji Triyant, Rakhmi Savint [et al], 2000. *Kapita selekta kedokteran*. Edisi ketiga, Jilid pertama. Jakarta: Media Aesculapius.
- Misnadiarly, 2007. *Mengenal, menanggulangi, mencegah dan mengobati penyakit hati (liver)*. Edisi pertama. Jakarta: Pusaka obor populer.
- Price, Sylvia Anderson and Loraine Mc Carty Wilson, 2005. *Patofisiologi: Konsep Klinis Proses-Proses Penyakit*. (alih bahasa, Brahm U, Pedit, et al. Editor: Huriawati Hartanto... [et al]. Edisi keenam. Jakarta: EGC.
- Pyrsoopoulos, Nikolas & K Rajender Reddy. (19 Juni 2009). *eMedicine Specialis Gastroenterology: liver*. [http:// e Medicine Medscape. Com/ Gastroenterologi](http://eMedicine Medscape. Com/Gastroenterologi). Diunduh pada tanggal 24 mei 2010.
- Smeltzer, S. & Brenda, G. B., 2001. *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunner & Suddart*. (alih bahasa, Agung Waluyo...[et al]). Editor: Monica Ester. Edisi kedelapan. Jakarta: EGC.
- Sudoyo, A. W, Bambang S & Idrus A, et al, 2006. *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam*. Edisi keempat jilid satu. Jakarta: FKUI.
- Suriadi, & Rita Yuliani, 2006. *Asuhan keperawatan pada anak*. Edisi kedua. Jakarta: percetakan penebar swadaya.
- Widoyono, 2005. *Penyakit tropis: epidemiologi, penularan, pencegahan & pemberantasannya*. Editor: Amalia safitri & Rina Astikawati. Jakarta: Erlangga.