

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. N DENGAN HEPATITIS B
DI RUANG CEMPAKA II RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
KUDUS**

Karya Tulis Ilmiah



Disusun Oleh :

Nur Sadtyawan
NIM 893312894

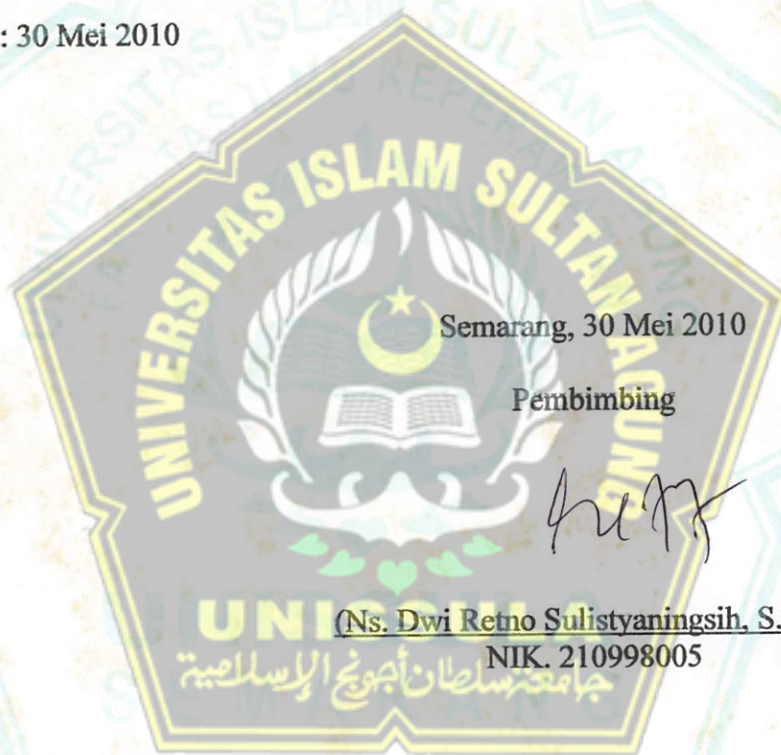
**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG
SEMARANG
2010**

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 : Minggu

Tanggal : 30 Mei 2010



HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah ini telah dipertahankan dihadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Prodi D-III Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Unissula Semarang pada hari Kamis Tanggal 03 Juni 2010 dan telah diperbaiki sesuai dengan masukan Tim Penguji.

Semarang, 3 Juni 2010

Tim Penguji,

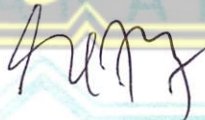
Penguji I



(Ns. Furaida Khasanah, S.Kep)

NIK : 210910022

Penguji II



(Ns. Dwi Retno Sulistyaningsih, S.Kep)

NIK : 210998005

Penguji III



(Ahmad Cholid, S.Kep)

NIK : 0304686

MOTTO

Ingatlah selalu Allah akan senantiasa menolong hamba-Nya yang membutuhkan.

Sejarah bukan hanya rangkaian cerita, ada banyak pelajaran, kebanggan dan harta didalamnya.

Cara terbaik untuk keluar dari suatu persoalan adalah memecahkannya.

Kalau hari ini kita menjadi penonton bersabarlah menjadi pemain esok hari.

Ceroboh dan tidak bisa menahan emosi adalah sikap yang bisa berakibat fatal.

Harapan kosong itu lebih menyakitkan daripada kenyataan yang pahit sekalipun.

Setiap pekerjaan dapat diselesaikan dengan mudah bila dikerjakan tanpa keengganan.

Jangan tunda sampai besok apa yang bisa engkau kerjakan hari ini. Kegagalan hanya terjadi bila kita menyerah (Lessing)

KATA PENGANTAR

Alhamdulillah, puji syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan hidayat-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah yang berjudul “ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. N DENGAN HEPATITIS B DI RUANG CEMPAKA II RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KUDUS”.

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 :

- a. Prof. Dr LaodeM Kamaludin, M.Sc, M. Eng, selaku Rektor Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
- b. Bapak 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.
- c. Ibu Wahyu Endang Setyowatim, SKM, selaku Ketua Prodi D-III Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
- d. Lahan Praktek tempat diambilnya studi kasus Hepatitis B.
- e. Ibu Ns. Dwi Retno.S, Skep. Selaku pembimbing yang telah berkenan meluangkan waktu untuk memberikan motivasi, bimbingan dan pengarahan kepada penulis dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini.
- f. Ayah, ibu, dan kakak-kakakku yang tercinta yang memberikan dukungan baik materiil maupun moril kepada penulis.
- g. Istriku tercinta, anak-anakku dan mertuaku yang selalu memberikan dukungan.

h. Sobat-sobatku dari FIK Unissula, dan teman-teman di RT 4 yang telah memberi support selama penyusunan Karya Tulis Ilmiah.

i. 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 2009

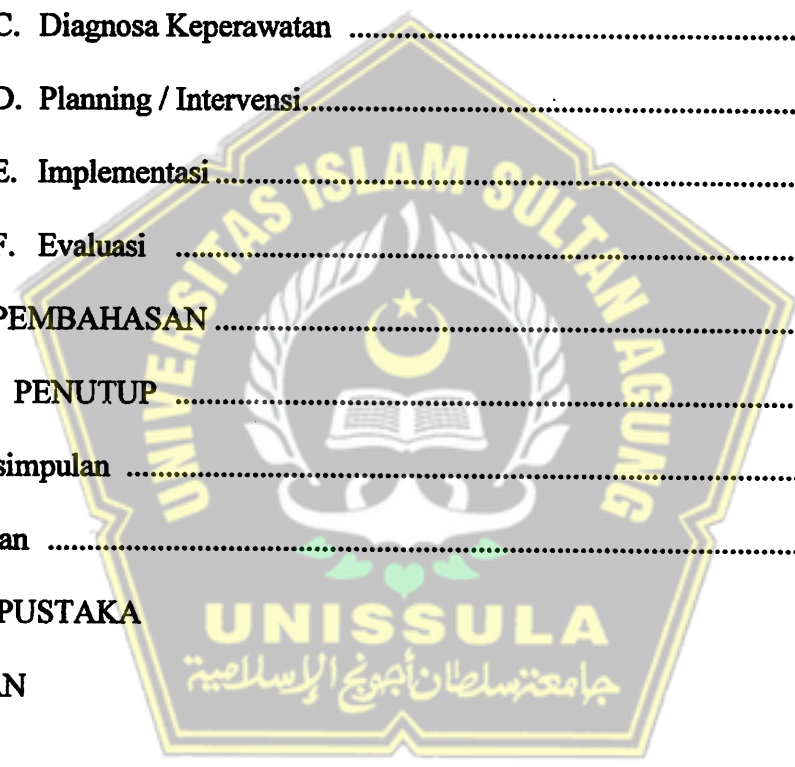
Penulis



DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PERSETUJUAN.....	ii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iii
MOTTO.....	iv
KATA PENGANTAR	v
DAFTAR ISI.....	vii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar belakang masalah	1
B. Tujuan penulisan.....	3
C. Manfaat penulisan	3
BAB II KONSEP DASAR	5
A. Konsep Dasar Penyakit	5
1. Pengertian	5
2. Etiologi.....	5
3. Patofisiologi.....	7
4. Manifestasi Klinik dan Pemeriksaan Penunjang.....	10
5. Pathway	12
6. Pemeriksaan Diagnostik	13
7. Komplikasi	14
8. Penatalaksanaan	15

B. Konsep Dasar Keperawatan	16
1. Pengkajian Keperawatan	17
2. Fokus Intervensi.....	19
BAB III RESUME KEPERAWATAN	34
A. Pengkajian	34
B. Analisa Data	38
C. Diagnosa Keperawatan	39
D. Planning / Intervensi.....	39
E. Implementasi	40
F. Evaluasi	42
BAB IV PEMBAHASAN	43
BAB V PENUTUP	53
A. Kesimpulan	53
B. Saran	54
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar belakang masalah

Infeksi virus hepatitis B merupakan salah satu penyakit menular yang tergolong berbahaya di dunia, penyakit ini disebabkan oleh hepatitis B Virus (HBV) yang menyerang hati dan menyebabkan peradangan hati akut atau menahun dan juga penyakit ini dapat menjadi kronis dan akhirnya menjadi kanker hati. Jika dibandingkan dengan virus AIDS (HIV), Virus hepatitis B ternyata seratus kali lebih ganas (*infectious*), dan sepuluh kali lebih banyak (sering) menularkan, dan efek yang timbulkannya tidak saja dapat menyebabkan hepatitis akut, akan tetapi juga dapat menimbulkan penyakit hati kronik, sirosis hati, dan hepatoma, disamping menimbulkan keadaan pengidap tanpa gejala (<http://www.totalkehatananda.com/hepatitis.html>. diunduh tgl 25-04-2010).

Hepatitis virus akut merupakan suatu masalah kesehatan masyarakat yang penting tidak hanya di Amerika Serikat tetapi juga di seluruh dunia. *The Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) memperkirakan setiap tahun terjadi sekitar 300.000 infeksi virus hepatitis B di Amerika Serikat. Walaupun mortalitas penyakit hepatitis rendah, faktor morbiditas yang meluas dan ekonomi yang kurang memiliki kaitan dengan infeksi ini. Hepatitis virus akut adalah penyakit infeksi yang penyebarannya luas, walaupun efek utamanya pada hati (Price, Sylfia. A, 2006 : 485).

Angka penderita hepatitis B di Indonesia saat ini mencapai 12 juta jiwa, 500.000 diantaranya merupakan penderita aktif. Adapun hepatitis C berkisar 5 juta jiwa, dengan 200.000 pengidap aktif. Unikny lagi, sebagian besar penyandang hepatitis berada di Jakarta (<http://www.suara media.com/gaya-hidup/kesehatan/14968-kenali-bahaya-hepatitis-sejak-dini.html>. diunduh tgl 25-04-2010).

Infeksi HBV merupakan penyebab utama hepatitis akut, hepatitis kronis, sirosis, dan kanker hati di seluruh dunia (Price, Sylfia. A, 2005 : 489).

Sirosis hepatis adalah penyakit progresif kronis yang dikarakteristikan oleh inflamasi menyebar dan fibrosis dari hepar (Ester, Monica, 2002: 103).

Fakta yang diperoleh dari data di atas dapat menjadi bukti bahwa penyakit hepatitis B ini termasuk salah satu penyakit yang perlu mendapatkan perhatian lebih dan harus segera diatasi. Perawat dalam hal ini merupakan bagian dari tim kesehatan yang memiliki banyak kesempatan untuk melakukan intervensi, sehingga fungsi dan peran perawat dapat menjadi maksimal dalam memberikan asuhan keperawatan kepada klien untuk memenuhi kebutuhan dasar dan meningkatkan kesehatan fisik, spiritual, psikologis dan mengaplikasikan fungsi perawat sebagai pemberi penyuluhan kesehatan terhadap penderita dan keluarga dengan harapan dapat meminimalisir resiko penularan maupun komplikasi yang mungkin terjadi dari penyakit Hepatitis B.

Berdasarkan keterangan di atas maka penulis tertarik untuk membahas asuhan keperawatan pada klien dengan hepatitis B beserta permasalahan yang timbul pada klien tersebut dengan membandingkan antara konsep teoritis beserta asuhan keperawatan teoritis dengan kondisi nyata yang terjadi di lapangan.

B. Tujuan penulisan

1. Tujuan umum:

Mahasiswa mampu memahami konsep tentang hepatitis dan melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan hepatitis B.

2. Tujuan khusus

- a. Mengetahui etiologi, patofisiologi, manifestasi klinis, pathways, pemeriksaan diagnostik dan komplikasi.
- b. Mengetahui asuhan keperawatan klien hepatitis B yang meliputi pengkajian, diagnosa, dan fokus intervensi.
- c. Memberikan asuhan keperawatan kepada klien Tn. N yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi, dan evaluasi.

C. Manfaat penulisan

Karya Tulis Ilmiah ini dibuat penulis diharapkan dapat bermanfaat bagi pihak- pihak yang terkait, antara lain :

1. Bagi penulis sendiri dapat memberikan pengetahuan dan pengalaman dalam memberikan pelayanan asuhan keperawatan pada pasien dengan hepatitis B.

2. Bagi institusi pendidikan sebagai tambahan bacaan di perpustakaan, pengetahuan bagi pembaca.
3. Bagi pihak RSUD Kudus di Ruang Cempaka II agar sebagai pengetahuan untuk memberikan pelayanan optimal tentang menangani pasien dengan hepatitis B.
4. Bagi masyarakat umum atau pihak pembaca agar dapat mengetahui pengertian penyakit hepatitis sehingga dapat melakukan tindakan perawatan.



BAB II

KONSEP DASAR

A. Konsep dasar penyakit

1. Pengertian

Hepatitis virus akut merupakan infeksi sistemik yang dominan menyerang hati (Sudoyo, Aru W, dkk., 2007:427).

Hepatitis virus merupakan infeksi sistemik oleh virus disertai nekrosis dan inflamasi pada sel-sel hati yang menghasilkan kumpulan perubahan klinis, biokimia serta seluler yang khas (Smeltzer & Bare, 2002 : 1169).

Hepatitis adalah suatu peradangan pada hati yang terjadi karena toxin, seperti kimia atau obat atau agen penyakit infeksi (Rita Yuliani, 2006: 112).

Dari beberapa pengertian diatas dapat disimpulkan hepatitis adalah infeksi sistemik yang dominan menyerang hati disertai nekrosis dan inflamasi pada sel-sel hati yang menghasilkan perubahan klinis, biokimia yang terjadi karena toxin, seperti kimia, obat atau agen penyebab infeksi.

2. Etiologi

Hepatitis B disebabkan oleh hepatitis B Virus (HBV). Hepatitis B Virus (HBV) merupakan virus DNA berselubung ganda berukuran 42

mm yang memiliki lapisan permukaan dan bagian inti. HBV adalah antigen permukaan yang positif kira-kira dua minggu sebelum timbulnya gejala klinis dan biasanya menghilang pada masa kovalensensi ini tetapi dapat pula bertahan empat sampai enam minggu. HBV memiliki cincin sirkular dalam partikel pusat (HBcAg) yang dikelilingi suatu lapisan protein permukaan (HBsAg). Virus ini juga mengandung antigen "e" (HBeAg).

Penanda yang muncul biasanya adalah antibodi terhadap antigen "inti" (anti-HBc). Antigen itu sendiri (HBcAg) yang tidak terdeteksi secara rutin dalam serum penderita infeksi HBV karena terletak di dalam kulit luar HBsAg. Antibodi anti HBc dapat terdeteksi segera setelah timbul gambaran klinis hepatitis dan menetap seterusnya, antibodi ini merupakan penanda kekebalan yang paling jelas yang paling sering di dapat dari virus HBV. Antibodi anti-HBc selanjutnya dapat dipilah lagi menjadi fragmen IgM dan IgG. IgM anti-HBc terlihat pada awal infeksi dan bertahan lebih dari enam bulan. Antibodi ini merupakan penanda yang dapat di percaya untuk mendeteksi infeksi baru atau infeksi yang telah lewat.

Cara utama penularan HBV adalah melalui parenteral dan menembus membran mukosa, terutama melalui hubungan seksual. Masa inkubasi rata-rata adalah sekitar 60 hingga 90 hari. HbsAg telah ditemukan pada hampir semua cairan tubuh orang yang terinfeksi darah, semen, saliva, air mata, asites, air susu ibu, dan feses. Setidaknya

sebagian cairan tubuh ini (terutama darah, semen, dan saliva) telah terbukti bersifat infeksius.

Infeksi HBV ini dapat menyerang semua golongan usia atau kelompok-kelompok tertentu dan orang-orang yang memiliki cara hidup tertentu yang beresiko tinggi untuk terinfeksi virus HBV, kelompok ini mencakup:

- a. Imigran dari daerah endemis HBV.
- b. Pengguna obat IV yang sering bertukar jarum dan alat suntik
- c. Pelaku hubungan seksual dengan banyak orang atau orang yang terinfeksi.
- d. Pria homoseksual : resiko infeksi horizontal karena seringnya melakukan hubungan seks mengakibatkan penularan HBV melalui selaput lendir.
- e. Pasien hemodialisis dan penderita *hemophilia* yang menerima produk tertentu dari plasma.
- f. Kontak serumah dengan carier HBV

Bayi baru lahir dari ibu yang terinfeksi, dan dapat terinfeksi pada saat atau segera setelah lahir (Price, Sylfia. A, 2005 : 488).

3. Patofisiologi

Inflamasi dan cedera pada hepar ini adalah reaksi hepar terhadap berbagai kondisi, terutama virus, obat-obatan, dan alkohol. Hepatitis B (HBV), seringkali akibat dari tranfusi darah atau terkontaminasi virus, tetapi juga dapat ditularkan melalui plasenta dan hubungan kelamin. Rute

fekal-oral secara relative tidak penting. HBV adalah virus DNA yang ada pada semua cairan tubuh orang terinfeksi. Diperkirakan ada 200 juta pembawa (*carrier*) di seluruh dunia. Pembawa yang sehat dapat menularkan penyakit meskipun mereka tidak menunjukkan bukti infeksi pada diri mereka sendiri. Serum pada individu yang secara kronis positif terhadap HBsAg dan sering antigen lain seperti anti-HBc. Individu yang mengalami defisiensi imun, untuk beberapa alasan lebih mungkin menjadi pembawa daripada individu lain. Anak-anak yang mendapat virus selama kelahiran selalu menjadi pembawa.

Hepatitis menetap kronis adalah infeksi kecil yang mungkin tidak merusak fungsi hepar dengan tepat. Gejala tidak spesifik berupa anoreksia dan malaise mungkin tidak berlanjut dengan cepat sampai kerusakan hepar progresif, menimbulkan sirosis, gagal hepatic, kematian. Hepatitis fulminan adalah bentuk infeksi HBV berkembang sangat cepat dari awitan sampai gagal hepar fulminan dan kematian dalam 2-3 minggu (Ester, Monica, 2002 : 93).

Virus harus dapat masuk ke aliran darah dengan inokulasi langsung, melalui membran mukosa atau merusak kulit untuk mencapai hati. Di hati, replikasi perlu inkubasi 6 minggu sampai 6 bulan sebelum pejamu mengalami gejala, tingkat kerusakan hati, dan hubungannya dengan demam yang diikuti ruam, kekuningan, arthritis, nyeri perut, dan mual. Pada kasus yang ekstrim, dapat terjadi kegagalan hati dengan ensefalopati. Mortalitas dikaitkan dengan keparahan mendekati 50% (Smeltzer, Suzanne C, 2002 : 2433).

Mekanisme potofisiologi ikterik empat mekanisme umum yang menyebabkan hiperbilirubinemia dan ikterus:

- a. Pembentukan bilirubin yang berlebihan.
- b. Gangguan pengambilan bilirubin tak terkonjugasi oleh hati.
- c. Gangguan konjugasi bilirubin.
- d. Penurunan ekresi bilirubin terkonjugasi dalam empedu akibat faktor intrahepatik dan ekstrahepatik yang bersifat fungsional atau disebabkan oleh obstruksi mekanis.

Banyak penderita disfungsi hati mengalami edema yang menyeluruh akibat hipoalbuminemia yang terjadi akibat penurunan produksi serum albumin oleh hati. Produksi faktor-faktor pembekuan darah oleh hati juga menurun sehingga terjadi peningkatan frekuensi hematom, epistaksis, perdarahan dari luka dan sebagaimana dijelaskan diatas, perdarahan gastrointestinal.

Defisiensi vitamin. Penurunan produksi beberapa faktor pembekuan secara parsial dapat disebabkan oleh berkurangnya penyerapan vitamin K dari traktus gastrointestinal. Keadaan ini mungkin disebabkan oleh ketidakmampuan sel-sel hati untuk menggunakan vitamin K dalam proses pembuatan protombin. Penyerapan vitamin larut lemak lainnya (vitamin A, D, dan E) disamping lemak dari makanan juga dapat terganggu karena penurunan sekresi garam-garam empedu kedalam usus (Smeltzer, Suzanne C, 2002 :1169).

4. Manifestasi klinik dan pemeriksaan penunjang

Menurut Mansjoer (2001 : 513), 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

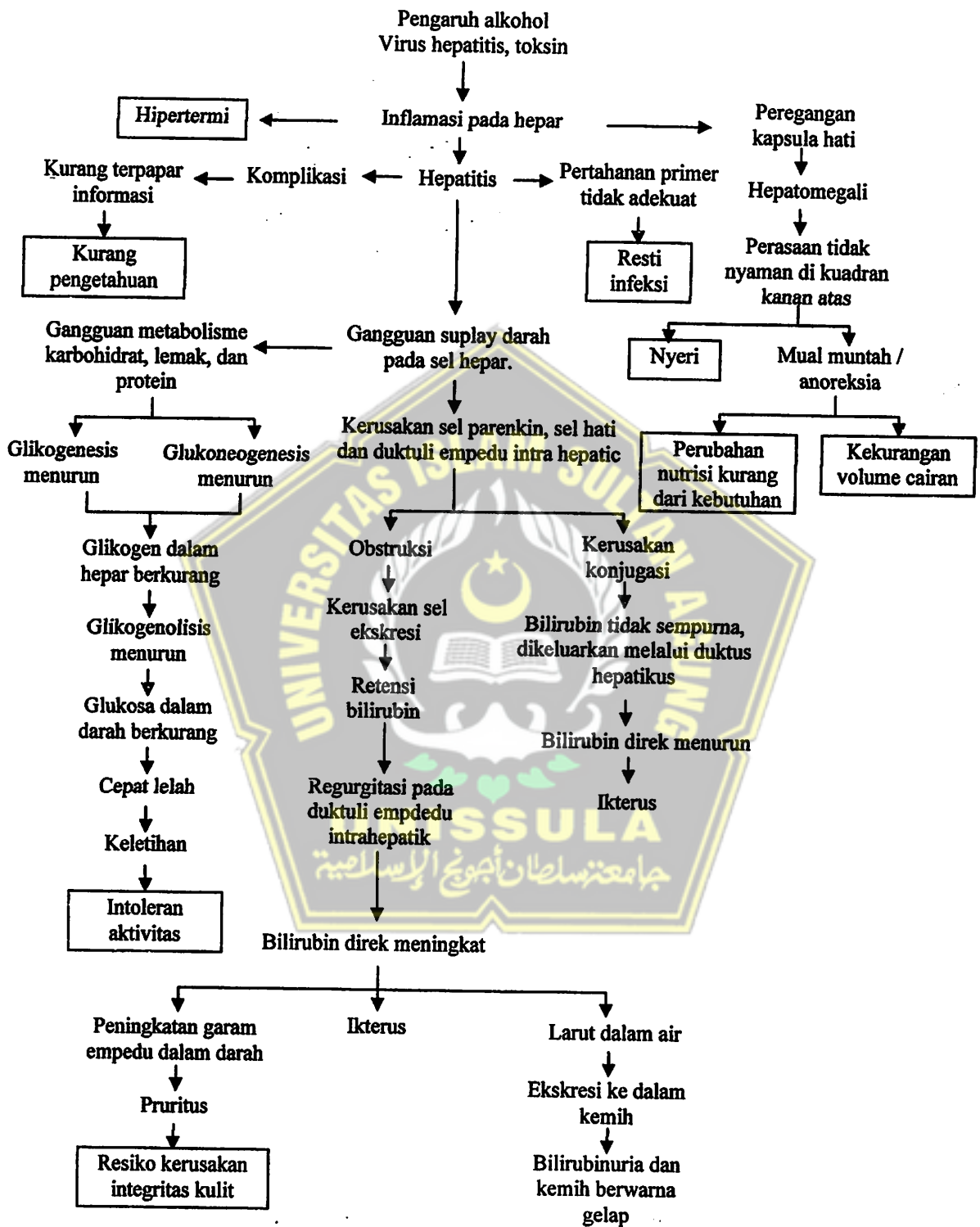
Ikterus mereda, warna urin dan tinja menjadi normal lagi. Penyembuhan pada anak-anak lebih cepat dari orang dewasa, yaitu pada akhir bulan kedua, karena penyebab yang biasanya berbeda.

Gejala dan tanda hepatitis B dapat samar dan bervariasi. Panas dan gejala pada pernafasan jarang dijumpai. Pasien hepatitis B dapat mengalami penurunan selera makan, dispepsia, nyeri abdomen, pegal-pegal yang menyeluruh, tidak enak badan dan lemah. Gejala ikterus dapat terlihat atau kadang-kadang tidak tampak. Apabila terjadi ikterus, gejala ini akan disertai dengan tinja

yang cerah dan urin yang berwarna gelap. Hati penderita hepatitis B mungkin terasa nyeri ketika ditekan dan membesar hingga panjangnya mencapai 12-14 cm. Limpa membesar dan sebagian kecil pasien dapat diraba kelenjar limfe servikal posterior juga dapat membesar (Smeltzer, Suzanne C, 2002 : 1173).



5. Pathways



6. Pemeriksaan diagnostik

Menurut (Doengoes, 2000 : 535), ada beberapa pemeriksaan laboratorium yang dapat dilakukan untuk menegakkan diagnosa hepatitis dan akibat lanjut dari proses penyakit. Riwayat klinis dan pemeriksaan fisik mendetail akan mengarah pada hepatitis yaitu :

- a. Tes fungsi darah: abnormal (4-10 kali dari normal). Catatan: merupakan batasan nilai untuk membedakan hepatitis virus dari non-virus.
- b. AST (SGOT)/(SGPT): awalnya meningkat. Dapat meningkat 1-2 minggu sebelum ikterik kemudian tampak menurun.
- c. Darah lengkap : sel darah merah (SDM) menurun sehubungan dengan penurunan hidup SDM (gangguan enzim hati) atau mengakibatkan perdarahan.
- d. Leukopenia : trombositopenia mungkin ada.
- e. Alkali fosfate : agak meningkat (kecuali ada kolestasis berat).
- f. Feses : warna pucat, steatorea (penurunan fungsi hati).
- g. Albumin serum : menurun.
- h. Gula darah : hiperglikemia transien/ hipoglikemia (gangguan fungsi hati).
- i. Anti HAV IgM: positif tipe A.
- j. HbsAG: dapat positif (tipe B) atau negative (tipe A).
- k. Masa protombin: mungkin memanjang (disfungsi hati).
- l. Bilirubin serum : di atas 2,5 mg/100 ml (bila di atas 200 mg/ml, prognosis buruk mungkin berhubungan dengan peningkatan nekrosis seluler).

- m. Tes ekskresi BSP: kadar darah meningkat.
- n. Biopsi hati : menunjukkan diagnosis dan luasnya nekrosis.
- o. Scan hati : membantu dalam perkiraan beratnya kerusakan parenkim.
- p. Urinalisa : peninggian kadar bilirubin; protein / hematuria dapat terjadi.

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 (Price, Sylfia.A, 2006 : 491)

Sirosis adalah penyakit hati kronis yang dicirikan dengan distorsi arsitektur hati yang normal oleh lembar-lembar jaringan ikat dan nodul-nodul regenerasi sel hati, yang tidak berkaitan dengan vaskulatur normal. Nodul-nodul regenerasi ini dapat berukuran kecil (*mikronodular*) atau besar (*makronodular*). Sirosis dapat mengganggu sirkulasi darah intrahepatik, dan pada kasus yang sangat lanjut, menyebabkan kegagalan fungsi hati secara bertahap (Price, Sylfia. A, 2005 : 493).

8. Penatalaksanaan:

a. Medis:

1) Istirahat

Pada periode akut dan dalam keadaan lemah, pasien Hepatitis B diharuskan untuk istirahat yang cukup karena pada kondisi-kondisi tertentu klien akan merasakan kelelahan. Istirahat mutlak tidak terbukti dapat mempercepat penyembuhan, akan tetapi istirahat dapat membantu memperkecil kemungkinan gangguan fungsi hati yang lebih serius.

2) Diet

Jika pasien mual, tidak nafsu makan atau muntah-muntah, sebaiknya diberikan infuse. Jika tidak mual lagi, diberikan makanan yang cukup kalori (30-35 kalori/kg BB) dengan protein cukup (1 g/Kg BB). Pemberian lemak sebenarnya tidak perlu dibatasi. Dahulu ada kecenderungan untuk membatasi lemak, karena disamakan dengan penyakit kandung empedu.

3) Medikamentosa

Penatalaksanaan medikamentosa terhadap pasien Hepatitis adalah sebagai berikut :

- a) *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 3 x 10 mg selama 7 hari kemudian dilakukan *tapering off*.

- b) Berikan obat-obat yang bersifat melindungi hati.
- c) Antibiotik tidak jelas kegunaannya.
- d) Jangan diberikan antiemetic jika perlu sekali dapat diberikan golongan fenotiazin.
- e) Vitamin K diberikan pada kasus dengan kecenderungan perdarahan. Bila pasien dalam keadaan prekoma atau koma, penanganan seperti pada koma hepatic. (Mansjoer, 2001: 514).

b. Keperawatan

- 1) Pengkajian.
- 2) Diagnose keperawatan.
- 3) Perencanaan.
- 4) Implementasi.
- 5) Perencanaan pulang (Rita Yuliani, 2006: 125).

B. Konsep dasar keperawatan, meliputi:

Dalam melaksanakan asuhan keperawatan pada klien dengan masalah Hepatitis, penulis menggunakan pendekatan proses keperawatan teoritis. Teori dan konsep diimplementasikan secara terpadu dalam tahapan-tahapan yang terintegrasi dan terorganisir yang meliputi pengkajian, diagnosa

keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi (Doengoes, 2000 : 534).

1. Pengkajian keperawatan

a. Aktivitas/istirahat

Gejala : kelemahan, kelelahan, malaise umum.

b. Sirkulasi

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

c. Eliminasi

Gejala : urine gelap, diare/konstipasi, feses warna tanah liat, adanya atau berulangnya hemodialisa

d. Makanan/cairan

Gejala : hilang nafsu makan (anoreksia), penurunan berat badan atau meningkat (edema), mual/muntah.

Tanda : asites

e. Neurosensori

Tanda : peka rangsang, cenderung tidur, letargi, asteriksis

f. Nyeri/Kenyamanan

Gejala : kram abdomen, nyeri tekan pada kuadran kanan atas, mialgia, artralgia, sakit kepala, gatal pruritus.

Tanda : otot tegang, gelisah

g. Pernafasan

Gejala : tidak minat / enggan merokok (perokok)

h. Keamanan

Gejala : adanya transfusi darah / produk darah.

Tanda : demam, urtikaria, lesi makulopapular, eritema tak beraturan, eksaserbasi jerawat, angioma jaring-jaring, eritema palmar, ginekomastia (kadang-kadang ada pada hepatitis alkoholik), splenomegali, pembesaran pada servikal posterior.

i. Seksualitas

Gejala : pola hidup / perilaku meningkatkan resiko terpajan (contoh homoseksual aktif / biseksual pada wanita)

j. Penyuluhan/pembelajaran

Gejala : riwayat diketahui / mungkin terpajan pada virus, bakteri atau toksik (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*, *viniklorida*), obat resep (contoh sulfonamide, fenotiazid, isoniazid).

Perjalanan / imigran dari Cina, Afrika, Asia Tenggara, Timur Tengah (hepatitis B (HB) endemic di area ini).

Obat jalaran (IV) atau penggunaan alkohol.

Diabetes, GGK (Gagal Ginjal Kronik) atau penyakit ginjal.

Adanya infeksi seperti flu pada pernafasan atas.

k. Pertimbangan rencana pemulangan

DRG menunjukkan rata-rata lama waktu rawat : 6,7 hari. Mungkin perlu bantuan dalam tugas pemeliharaan dan pengaturan rumah.

1. **Prioritas keperawatan**

- 1) Menurunkan kebutuhan terhadap hati dengan meningkatkan kesehatan fisik.
- 2) Mencegah komplikasi.
- 3) Meningkatkan konsep diri, penerimaan situasi.
- 4) Memberikan informasi mengenai proses penyakit, prognosis, dan kebutuhan pengobatan.

m. **Tujuan pemulangan**

- 1) Memenuhi kebutuhan dasar perawatan diri.
- 2) Komplikasi tercegah / minimal.
- 3) Menerima kenyataan situasi yang ada.
- 4) Proses penyakit, dan program terapi dipahami.

2. **Fokus intervensi**

Menurut Doengoes (2000), diagnosa keperawatan pada klien dengan gangguan sistem pencernaan (Hepatitis) adalah sebagai berikut :

a. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan umum, penurunan kekuatan / ketahanan nyeri, keterbatasan aktivitas.

1) Kemungkinan dibuktikan oleh data-data sebagai berikut :

- a) Laporan kelemahan; ketidaknyamanan kerja.
- b) Penurunan kekuatan otot.
- c) Menolak untuk bergerak

2) Hasil yang diharapkan / Kriteria evaluasi-pasien akan :

- a) Menyatakan pemahaman situasi / faktor resiko dan program pengobatan individu.

- b) Menunjukkan tehnik / perilaku yang menampilkan kembali melakukan aktivitas.
- c) Melaporkan kemampuan peningkatan toleransi aktivitas.
- 3) Tindakan / Intervensi :
- a) Mandiri
- (1) Tingkatkan tirah baring / duduk. Berikan lingkungan tenang; batasi pengunjung sesuai keperluan.
- R/ meningkatkan istirahat dan ketenangan. Menyediakan energi yang digunakan untuk penyembuhan. Aktivitas dan posisi duduk tegak diyakini menurunkan aliran darah ke kaki, yang mencegah sirkulasi optimal keseluruhan.
- (2) Ubah posisi dengan sering. Berikan perawatan kulit yang baik.
- R/ meningkatkan fungsi hati pernafasan dan meminimalkan tekanan pada area tertentu untuk menurunkan resiko kerusakan jaringan.
- (3) Lakukan tugas dengan cepat dan sesuai toleransi.
- R/ memungkinkan periode tambahan istirahat tanpa gangguan.
- (4) Tingkatkan aktivitas sesuai toleransi, bantu melakukan latihan rentang gerak sendi pasif / aktif.
- R/ tirah baring lama dapat menurunkan kemampuan. Ini dapat terjadi karena keterbatasan aktivitas yang mengganggu periode istirahat.

(5) Dorong penggunaan tehnik manajemen stress, contoh relaksasi progresif, visualisasi, bimbingan imajenasi. Berikan aktivitas hiburan yang tepat, contoh menonton TV, mendengar radio atau membaca.

R/ meningkatkan relaksasi dan penghematan energi, memusatkan kembali perhatian, dan dapat meningkatkan koping.

(6) Awasi terulangnya anoreksia dan nyeri tekan pembesaran hati.

R/ menunjukkan kurangnya resolusi/ eksaserbasi penyakit, memerlukan istirahat lanjut, mengganti program terapi.

b) Kolaborasi

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

R/ membuang agen penyebab pada hepatitis toksik dapat membatasi derajat kerusakan jaringan.

(2) Berikan obat sesuai indikasi : sedative, agen antiansietas, contoh diazepam (Valium): lorazepam (Ativan).

R/ membantu dalam manajemen istirahat tidur.

(3) Awasi kadar enzim hati.

R/ membantu menentukan kadar aktivitas tepat, sebagai peningkatan prematur pada potensial risiko berulang.

b. Nutrisi, perubahan : kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kegagalan masukan untuk memenuhi kebutuhan metabolik : anoreksia, mual muntah, gangguan absorpsi, metabolisme pencernaan makanan : penurunan peristaltik (refleks *viseral*), empedu tertahan, perpindahan kebutuhan kalori / status hipermetabolik.

1) Kemungkinan dibuktikan oleh data-data sebagai berikut :

- a) Enggan makan / kurang minat terhadap makanan.
- b) Gangguan sensasi pengecap.
- c) Nyeri abdomen / kram.
- d) Penurunan berat badan / tonus otot buruk.

2) Hasil yang diharapkan / Kriteria evaluasi, pasien akan :

- a) Menunjukkan perilaku perubahan pola hidup untuk meningkatkan / mempertahankan berat badan yang sesuai.
- b) Menunjukkan peningkatan berat badan mencapai tujuan dengan nilai laboratorium normal dan bebas tanda malnutrisi.

3) Tindakan Intervensi :

a) Mandiri

(1) Awasi pemasukan diet / jumlah kalori. Berikan makanan sedikit dalam frekuensi sering dan tawarkan makan pagi paling besar.

R/ makanan banyak sulit untuk mengatur bila pasien anoreksia. Anoreksia juga paling buruk selama siang hari, membuat masukan makanan yang sulit pada sore hari.

(2) Berikan perawatan mulut sebelum makan.

R/ menghirangkan rasa tak enak dapat meningkatkan nafsu makan.

(3) Anjurkan makan pada posisi duduk tegak.

R/ menurunkan rasa penuh pada abdomen dan dapat meningkatkan pemasukan.

(4) Dorong pemasukan sari jeruk, minuman karbonat dan permen berat sepanjang hari.

R/ bahan ini merupakan ekstra kalori dan dapat lebih mudah dicerna/ toleran bila makanan lain tidak.

b) Kolaborasi

(1) Konsul pada ahli diet, dukungan tim nutrisi untuk memberikan diet sesuai kebutuhan pasien, dengan masukan lemak dan protein sesuai toleransi.

R/ berguna dalam membuat program diet untuk memenuhi kebutuhan individu.

(2) Awasi glukosa darah.

R/ hiperglikemia/ hipoglikemia dapat terjadi, memerlukan perubahan diet/ pemberian insulin.

(3) Berikan obat sesuai indikasi.

(4) Berikan tambahan makanan / nutrisi dukungan total bila dibutuhkan.

R/ mungkin perlu untuk memenuhi kebutuhan kalori bila tanda kekurangan terjadi/ gejala memanjang.

c. Kekurangan volume cairan, resiko tinggi terhadap

1) Faktor resiko :

- a) Kehilangan berlebihan melalui muntah dan diare, perpindahan area ketiga (asites).
- b) Gangguan proses pembekuan.

2) Kemungkinan dibuktikan oleh data-data sebagai berikut :

Tidak dapat diterapkan; adanya tanda-tanda dan gejala-gejala membuat diagnosa aktual.

3) Hasil yang diharapkan / Kriteria evaluasi, pasien akan :

Mempertahankan hidrasi adekuat dibuktikan oleh tanda vital stabil, turgor kulit baik, pengisian kapiler, nadi perifer kuat, dan haluaran urin individu sesuai.

4) Tindakan intervensi :

a) Mandiri

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

R/ memberikan informasi tentang kebutuhan penggantian/ efek terapi.

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

R/ indikator volume sikulasi/ perfusi.

- (3) Periksa asites atau pembekuan edema. Ukur lingkar abdomen sesuai indikasi.

R/ menurunkan kemungkinan perdarahan kedalam jaringan.

(4) Biarkan pasien menggunakan lap katun / spon dan pembersih mulut untuk sikat gigi.

R/ menghindari trauma dan perdarahan gusi.

(5) Observasi tanda perdarahan, contoh hemturia, / melena, ekimosis, perdarahan terus menerus dari gusi / bekas injeksi.

R/ kadar protombin menurun dan waktu koagulasi memanjang bila absorpsi vitamin K terganggu pada traktus GI dan sintesis protombin menurun karena mempengaruhi hati.

b) Kolaborasi

(1) Awasi nilai laboratorium.

R/ menunjukkan hidrasi dan mengidentifikasi retensi natrium/kadar protein yang dapat menimbulkan pembentukan edema.

(2) Berikan cairan IV (biasanya glukosa), elektrolit : protein hidrosilat, Vitamin K, antasida atau reseptor H2 antagonis, obat-obat anti diare (difennoksilat dan antripin (Lomoti). Plasma beku segar (Fresh Frozen Plasma/FFP).

R/ memberikan cairan dan penggantian elektrolit.

d. Infeksi, risiko tinggi terhadap

1) Faktor risiko meliputi:

a) Pertahanan primer tidak adekuat (contoh leukopenia, penekanan respon inflamasi) dan depresi imun.

- b) Malnutrisi.
 - c) Kurang pengetahuan untuk menghindari pemajanan pada patogen.
- 2) Kemungkinan dibuktikan oleh data-data sebagai berikut:
- a) Tidak dapat diharapkan, adanya tanda-tanda dan gejala-gejala membuat diagnosa aktual.
- 3) Hasil yang diharapkan/ kriteria evaluasi, pasien akan:
- a) Menyatakan pemahaman penyebab individu/ faktor resiko.
 - b) Menunjukkan tehnik, melakukan perubahan pola hidup untuk menghindari infeksi ulang/ transmisi ke orang lain.
- 4) Tindakan intervensi:
- a) Mandiri
 - (1) Lakukan tehnik isolasi untuk infeksi enterik dan pernafasan sesuai kebijakan rumah sakit, termasuk cuci tangan efektif.
R/ mencegah transmisi penyakit virus ke orang lain.
Melalui cuci tangan efektif dalam mencegah transmisi virus.
 - (2) Awasi/ batasi pengunjung sesuai indikasi.
R/ pasien terpajan terhadap proses infeksi (khususnya respiratorius) potensial risiko komplikasi sekunder.
 - (3) Jelaskan prosedur isolasi pada pasien/ orang terdekat.

R/ pemahaman alasan untuk perlindungan diri mereka sendiri dan orang lain dapat mengurangi perasaan isolasi dan stigma, isolasi dapat berakhir 2-3 minggu dari timbulnya penyakit, tergantung pada tipe/ lamanya gejala.

b) Kolaborasi

Berikan obat sesuai indikasi:

(1) Obat anti virus, vidaralun (Vira-A), asiklovir (Zovirakm).

R/ berguna untuk pengobatan hepatitis kronik.

(2) Anti biotik tepat untuk agen pencegahan atau proses sekunder.

R/ pengobatan hepatitis bakterial, atau untuk mencegah/ membatasi infeksi sekunder.

e. Integritas kulit/ jaringan, kerusakan, risiko tinggi terhadap berhubungan dengan zat kimia, akumulasi garam empedu dalam jaringan.

1) Kemungkinan dibuktikan oleh data-data sebagai berikut :

a) Tidak dapat diterapkan, adanya tanda-tanda dan gejala-gejala membuat diagnosa aktual.

2) Hasil yang diharapkan / Kriteria evaluasi, pasien akan :

a) Menunjukkan jaringan/ kulit utuh, bebas ekskoriasi.

b) Melaporkan tak ada/ penurunan pruritus/ lecet.

3) Tindakan Intervensi :

a) Mandiri

(1) Gunakan air mandi dingin dan soda kue atau mandi kanji. Hindari sabun alkali. Berikan minyak kalamini sesuai indikasi.

R/ mencegah kulit kering berlebihan. Memberikan penghilang gatal.

(2) Anjurkan menggunakan buku-buku jari untuk menggaruk bila tidak terkontrol. Pertahankan kuku jari terpotong pendek pada pasien koma atau selama jam tidur. Anjurkan melepas pakaian ketat, berikan seprei katun lembut.

R/ menurunkan potensial cedera kulit.

(3) Berikan masase pada waktu tidur.

R/ Bermanfaat dalam meningkatkan tidur dengan menurunkan iritasi kulit.

(4) Hindari komentar tentang penampilan pasien.

R/ Meminimalkan stres psikologis sehubungan dengan perubahan kulit.

b) Kolaborasi

Berikan obat sesuai indikasi:

(1) Antihistamin, contoh metdilazin (Tacaryl), difenhidramin (Benadryl).

R/ menghilangkan gatal. Gunakan terus menerus pada hepatitis berat.

(2) Antilipemik, contoh kolestramin (Questran).

R/ mungkin digunakan untuk asam empedu pada usus dan mencegah absorpsinya. Efek samping mual, konstipasi.

f. Kurang pengetahuan (kebutuhan belajar) tentang kondisi, prognosis, dan kebutuhan pengobatan berhubungan dengan kurang terpajan / mengingat; salah interpretasi informasi.

1) Kemungkinan dibuktikan oleh data-data sebagai berikut :

- a) Pertanyaan; pertanyaan yang salah konsepsi.
- b) Meminta informasi.
- c) Tidak akurat mengikuti instruksi.

2) Hasil yang diharapkan / Kriteria evaluasi, pasien akan :

- a) Menyatakan pemahaman proses penyakit dan pengobatan.
- b) Mengidentifikasi hubungan tanda / gejala penyakit dan hubungan gejala dengan faktor penyebab.
- c) Melakukan perilaku dan berpartisipasi dalam pengobatan.

3) Tindakan Intervensi : جامعنا سلطان أبو جوح الإسلام

- a) Kaji tingkat pemahaman proses penyakit, harapan / prognosis, kemungkinan pilihan pengobatan.

R/ Mengidentifikasi area kekurangan pengetahuan/ salah informasi dan memberikan kesempatan untuk memberikan informasi tambahan sesuai keperluan.

- b) Berikan informasi khusus tentang pencegahan / pengeluaran penyakit, contoh kontak yang memerlukan gama globulin,

masalah pribadi tidak perlu dibagi; tekankan cuci tangan dengan sanitasi pakaian, cuci piring, dan fasilitas kamar mandi jika enzim hati masih tinggi. Hindari kontak intim, seperti ciuman, kontak seksual dan terpajan pada infeksi, khususnya infeksi saluran kemih (ISK).

R/ Kebutuhan/ rekomendasi akan bervariasi karena tipe hepatitis (agen penyebab) dan situasi individu.

- c) Rencanakan memulai aktivitas sesuai toleransi dengan periode istirahat adekuat. Diskusikan pembatasan mengangkat berat, latihan keras / olah raga.

R/ Ini perlu untuk menunggu sampai bilirubin serum kembali normal untuk memenuhi aktivitas (memerlukan waktu 2 bulan), tetapi aktivitas keras perlu dibatasi sampai hati kembali ke ukuran normal.

- d) Bantu pasien mengidentifikasi aktivitas pengalih.

R/ Aktivitas yang dapat dinikmati akan membantu pasien menghindari pemusatan pada penyembuhan panjang.

- e) Dorong kesinambungan diet seimbang.

R/ Meningkatkan kesehatan umum dan meningkatkan proses penyembuhan/ regeverasi jaringan.

- f) Identifikasi cara untuk mempertahankan fungsi usus biasanya. Contoh masukan cairan adekuat / diet serat, aktivitas / latihan sedang sesuai toleransi.

R/ Penurunan tingkat aktivitas, perubahan pada pemasukan makanan/ cairan dan mobilitas usus dapat mengakibatkan konstipasi.

- g) Diskusikan efek samping dan bahaya minum obat yang dijual bebas / diresepkan (contoh asetaminofen, aspirin, sulfonamide, beberapa anestetik) dan perlunya melaporkan ke pemberi perawatan tentang diagnosa.

R/ beberapa obat merupakan toksik untuk hati, banyak obat lain dimetabolisme oleh hati dan harus dihindari pada penyakit hati berat karena menyebabkan efek kumulatif toksik/ hepatitis kronis.

- h) Diskusikan pembatasan donatur darah.

R/ Mencegah penyebaran penyakit infeksi.

- i) Tekankan pentingnya mengevaluasi pemeriksaan fisik dan evaluasi laboratorium.

R/ Proses penyakit dapat memakan waktu berbulan-bulan untuk membaik. bila gejala ada lebih lama dari 6 bulan, biopsi hati diperlukan adanya hepatitis kronis.

- j) Kaji ulang perlunya menghindari alkohol selama 6-12 bulan minimum atau lebih lama sesuai toleransi.

R/ Meningkatkan iritasi hepatic dan mempengaruhi pemulihan.

g. Gangguan rasa nyaman nyeri berhubungan dengan pembekakan hepar yang mengalami inflamasi hati dan bendungan vena porta.

1) Hasil yang diharapkan:

Individu akan mengungkapkan kepuasan setelah pemberian tindakan pereda nyeri yang ditandai dengan:

Menunjukkan tanda-tanda nyeri fisik dan perilaku dalam nyeri (tidak meringis kesakitan, menangis intensitas dan lokasinya)

2) Tindakan Intervensi :

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

R/ nyeri yang berhubungan dengan hepatitis sangat tidak nyaman, oleh karena terdapat peregangannya secara kapsula hati, melalui pendekatan kepada individu yang mengalami perubahan kenyamanan nyeri diharapkan mengurangi nyeri.

b) Tunjukkan pada klien penerimaan tentang respon klien terhadap nyeri:

(1) Akui adanya nyeri.

(2) Dengarkan dengan penuh perhatian ungkapkan klien tentang nyerinya.

R/ klienlah yang harus mencoba meyakinkan pemberian pelayanan kesehatan bahwa ia mengalami nyerinya.

c) Berikan informasi akurat dan

(1) Jelaskan penyebab nyeri

(2) Tunjukkan berapa lama nyeri akan berakhir, bila diketahui

R/ klien yang disiapkan untuk mengalami nyeri melalui penjelasan nyeri yang sesungguhnya akan dirasakan (cenderung lebih tenang dibandingkan klien yang penjelasannya kurang/tidak terdapat penjelasan)

- d) Bahas dengan dokter penggunaan analgetik yang tak mengandung efek hepatotoksik.

R/ kemungkinan nyeri sudah tidak bisa dibatasi dengan tehnik untuk mengurangi nyeri.



BAB III

RESUME KEPERAWATAN

A. Pengkajian

Nama Nur Sadtyawan NIM 893312894 Ruangan Cempaka II Tanggal pengkajian 24 Februari 2009.

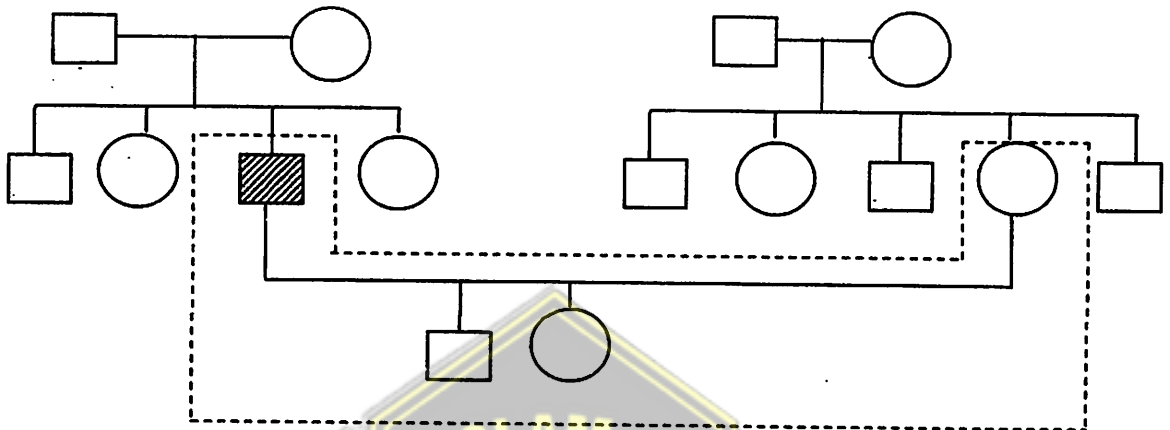
Identitas klien nama Tn N, umur 31 tahun, jenis kelamin laki-laki, suku / kebangsaan warga Negara Indonesia, agama Islam pekerjaan swasta, pendidikan SLTA, alamat Dersalam Kudus, penanggung jawab Ny Z (istri), No. Reg 562004, tanggal masuk 17 Feb 2009, diagnosa hepatitis B.

Riwayat keperawatan riwayat penyakit sekarang keluhan utama klien mengatakan nyeri pada perut kanan atas, P: pembekakan hepar, Q: nyeri seperti diiris-iris, R: perut kanan atas, S: skala 5 (skala 0-10), T: saat beraktivitas, klien tampak meringis kesakitan. Alasan masuk rumah sakit: klien mengatakan nyeri perut 2 hari perih, BAK seperti teh. Terapi atau operasi yang pernah dilakukan klien mengatakan tidak pernah operasi.

Riwayat sebelum sakit penyakit yang pernah diderita : klien mengatakan tidak ada alergi, klien mengatakan tidak alergi pada obat tertentu.

Riwayat kesehatan keluarga riwayat penyakit dalam keluarga : klien mengatakan dalam keluarganya tidak ada yang mempunyai penyakit yang sama dengannya.

Genogram



Keterangan :

□ = laki-laki

○ = perempuan

▨ = klien

----- = tinggal serumah

Anamneses, observasi, pemeriksaan diagnostik, keadaan umum :
lemas. Tanda – tanda vital S = 36,4 C (axilla), N = 36,4 x/menit (teratur), TD = 110/90 mmHg lengan kanan, berbaring, RR = 24 x/menit.

Body system B1 (breating/pernafasan). Hidung: bentuk simetris, bersih tidak ada secret. Anamnesa tidak ada keluhan, Inspeksi bentuk dada simetris, tidak ada pernafasan cuping hidung, tidak memakai alat bantu pernafasan. Perkusi: senor, Palpasi: dada simetris, auskultasi: tidak ada suara nafas tambahan.

B2 (Blood/kardiovaskuler) inspeksi: iktus cordis tak tampak, palpasi teraba di ICS 5-6, perkusi: pekak, auskultasi: normal tidak ada galop.

B3 (Brain/persyarafan) kesadaran compasmentis, GCS E4, V6, M5 skor GCS 15, ada reflek patolog, sclera ikterik, pupil simetris, konjungtiva ikterik, pendengaran kanan, kiri normal, penciuman normal, tidak ada gangguan, pengecapan bisa merasakan manis, asin, pahit, asam, penglihatan kanan dan kiri baik perabaan tidak ada nyeri tekan.

B4 (Bladder / perkemihan – eliminasi uri). Sebelum sakit produksi urine 8x/ menit, warna: kuning muda, tidak ada keluhan, selama sakit, produksi urine: 8x/ menit , warna seperti teh, dan tidak ada keluhan, tidak terpasang kateter.

B5 (bowel / pencernaan – eliminasi alvi) sebelum sakit BB : 73 kg, TB : 167 cm. Selama sakit BB : 70 kg, TB : 167 cm. Mulut bersih, tidak ada peradangan, tidak ada kesulitan menelan. Abdomen : Inspeksi: datar, palpasi: terdapat nyeri tekan pada perut kanan atas, perkusi: tympani, Auskultasi: bising usus 10 x/menit (5-35 x/menit). Rectum tidak ada keluhan. Sebelum sakit BAB 1-2 x/hari, konsistensi lunak. Diet sebelum sakit klien mengatakan makan 3 x/hari dengan komposisi, nasi sayur kuah bening/ santan, lauk minum 8 gelas perhari. Selama sakit klien mengatakan makan 3x sehari sesuai menu RS komposisi nasi, sayur habis, tahu setengah, tempe, susu habis . Klien mengatakan mual saat makan, klien tampak tidak menghabiskan makanan.

B6 (bone / tulang otot integumen) simetris tidak ada kelainan, kulit warna hitam, akral hangat, turgor baik, tidak ada keluhan.

Sistem endokrin tidak ada terapi hormone, riwayat pertumbuhan dan perkembangan fisik normal.

Sistem reproduksi, laki-laki bentuk normal, bersih, tidak ada kelainan.

Psikososial

Sosial / interaksi: dukungan keluarga baik kelompok , teman, masyarakat : aktif reaksi saat interaksi kooperatif.

Spiritual Konsep: tentang penguasaan kehidupan: Allah, sumber kekuatan: Allah, ritual agama yang bermakna: sholat, sarana: lewat ibadah, tidak ada upaya kesehatan yang bertentangan, klien percaya sakitnya adalah ujian dan Allah akan menolong.

Pemeriksaan penunjang

Laborat tanggal 24 Februari 2009, WBC: $9,9 \times 10^3/\text{mm}^3$ (3,5-10,0), HGB: 11,0 g/dl (11,0 – 16,5), PLT: $325 \times 10^3/\text{mm}^3$ (17,0 – 48,0), %LYM: 29,7 % (4,0 – 10,0) %MON: 6,1 % (43,0 – 76,0), %GRA: 64,2 % (70 - 150), GDS: 92 mg/dl (11,0 – 5,5,0), Ureum: 15,7 mg/dl (0,6 – 1,36), Creatinin: 0,8 mg/dl (s/d 200), Cholesterol: 189 mg/dl (40, - 165), Trygliserin: 256mg/dl (6,2 – 8,0), Protein total: 6,4 gr/dl (3,8 – 5,6), Albumin: 3,7 gr/dl (1,5 – 3,0), Globulin: 2,7 mg/dl (< 49), GGT: 46:2 a/l (0,1 – 1,2), Bilirubin tot: 5,60 mg/dl (0,0 – 0,2), Direx: 4,70 mg/dl (0,0 – 1,0), Indirex: 0,90 mg/dl (0,0 – 1,0), Calsium: 1,82 mol/l (2,02 – 2, 06), Kalium: 4,4 mmo/dl (3,6 – 1,05), Clorida: 100 mmol/l (7,5 – 108). Lab

tanggal 24 Februari 2009, HbsAG: positif/ reaktif, SGOT: 182U/L <37, SGPT: 196 U/L <41, hasil pemeriksaan rontgen Hepar: membesar, permukaan tak rata, densitas heterogen tampak massa hiperokolik, batas tegar multiple.

Therapy Infuse D5 20 tetes/menit, Cefotaxim 2 x 1 gram lewat IV, Curcuma 3 x 1 tablet, Ranitidine 2 x 1 ampul lewat IV, Ketrobat 3 x 1 ampul lewat IV.

B. Analisa Data

Dari hasil pengkajian tanggal 24 Februari 2009 jam 08:30 WIB di Ruang Cempaka II RSUD Kudus, ditemukan empat masalah keperawatan yang pertama nyeri berhubungan dengan pembekakan hepar ditandai dengan data subyektif klien mengatakan nyeri pada perut kanan atas, P: pembekakan hepar, Q: nyeri seperti diiris-iris, R: perut kanan atas, S: skala 5 (skala 0-10), T: saat beraktivitas, data obyektif klien tampak meringis kesakitan

Masalah keperawatan yang kedua perubahan nutrisi berhubungan dengan anoreksia mual, muntah ditandai dengan data subyektif klien mengatakan mual saat makan, data obyektif klien tampak tidak menghabiskan makanan

Masalah keperawatan yang ketiga gangguan istirahat tidur berhubungan dengan akumulasi pigmen bilirubin dan garam empedu ditandai dengan data subyektif klien mengatakan saat tidur dan istirahat tidak nyaman, data obyektif klien tampak gelisah, klien tampak lemas.

Masalah keperawatan yang keempat yaitu keletihan dikarenakan kelemahan sekunder akibat pengurangan energi metabolic oleh hepar ditandai dengan data subyektif klien mengatakan lemah dan lesu, data obyektif klien tampak lesu, klien terlihat kalo bicara tidak semangat.

C. Diagnosa Keperawatan

1. Diagnosa pertama nyeri berhubungan dengan pembengkakan hepar.
2. Diagnosa kedua perubahan nutrisi berhubungan dengan anoreksia mual, muntah.
3. Diagnosa kedua gangguan istirahat tidur berhubungan dengan akumulasi pigmen bilirubin dan garam empedu.
4. Diagnosa ketiga keletihan berhubungan dengan kelemahan sekunder akibat pengurangan energi metabolisme oleh hepar.

D. Planning / Intervensi

Diagnosa pertama nyeri berhubungan dengan pembengkakan hepar. Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x24 jam tujuan nyeri terkontrol dengan kriteria hasil klien mengatakan nyeri berkurang, skala nyeri turun 4, klien tampak tenang, ekspresi wajah rileks. Planning kaji intensitas karakteristik, lokasi dan skala nyeri, ajarkan tehnik distraksi dan relaksasi, kaji TTV, ciptakan lingkungan tenang dan nyaman, kolaborasi dengan tim medis untuk pemberian antibiotik.

Diagnosa kedua perubahan nutrisi berhubungan dengan anoreksia mual, muntah. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam

dengan criteria hasil makan habis satu porsi. Planning berikan makanan sedikit tapi sering, berikan dorongan individu untuk makan dengan orang.

Diagnosa yang ketiga gangguan istirahat tidur berhubungan dengan akumulasi pigmen bilirubin dan garam empedu. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam keadaan pasien sudah mulai membaik dengan criteria hasil keadaan umum klien membaik, mengetahui tanda-tanda vital, agar pasien nyaman. Planning kaji keadaan umum klien, memonitor ttv, berikan lingkungan yang nyaman.

Diagnosa yang keempat kelelahan berhubungan dengan kelemahan sekunder akibat pengurangan energi metabolik oleh hepar. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam keadaan pasien sudah membaik dengan criteria hasil memperlihatkan penurunan gejala aktivitas, memperlihatkan kemajuan, respon individu klien yang membaik. Planning kaji intoleransi aktivitas klien, periksa keadaan umum klien, kaji respon individu klien.

E. Implementasi

Pelaksanaan implementasi pada diagnosa yang pertama tanggal 24 Februari 2009 jam 14.00 mengkaji intensitas karakteristik, lokasi dan skala nyeri data subyektif klien mengatakan nyeri berkurang dari 5 jadi 4, data obyektif klien tampak masih memegang perutnya, mengajarkan tehnik distraksi dan relaksasi data subyektif klien mengatakan mau diajarkan, data obyektif klien tampak mencoba tehnik yang diajarkan, mengkaji TTV data

subyektif klien menanyakan hasil, data obyektif tekanan darah 110/90 mmHg, nadi 88 x/menit, suhu 35,8°C , menciptakan lingkungan tenang dan nyaman data subyektif klien mengatakan nyaman, data obyektif klien tampak mau istirahat.

Pelaksanaan implementasi pada diagnosa yang kedua tanggal 24 Februari 2009 jam 15.00 memberikan makanan porsi kecil tapi sering data subyektif klien mau memakan habis, data obyektif satu porsi habis, memberikan dorongan individu untuk makan dengan orang lain data subyektif klien mengatakan makan sama istrinya terasa nyaman, data obyektif klien tampak disuapi istrinya.

Pelaksanaan implementasi pada diagnosa yang ketiga tanggal 24 Februari 2009 jam 16.00 mengkaji keadaan umum klien data obyektif klien mengatakan sudah bisa duduk, data obyektif klien tampak ceria, memonitor TTV data subyektif klien menanyakan hasil data obyektif tekanan darah 110/90 mmHg, nadi 88 x/menit, suhu 35,8°C, memberikan lingkungan yang nyaman data subyektif klien mengatakan sudah nyaman, data obyektif klien tampak senang

Pelaksanaan implementasi pada diagnosa yang keempat tanggal 24 Februari 2009 jam 17.00 periksa keadaan umum klien data subyektif klien mengatakan sudah tidak lemah lagi, data obyektif klien tampak bersemangat, melaporkan penurunan aktivitas klien data subyektif klien mengatakan iya, data obyektif klien tampak tersenyum, respon individu klien data subyektif klien mengatakan sudah bisa duduk, data obyektif klien tampak bersemangat.

F. Evaluasi

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 hari penulis melakukan evaluasi akhir dengan diagnosa yang pertama nyeri berhubungan dengan pembengkakan hepar. S: klien mengatakan nyeri berkurang dari 5 jadi 4, O: klien tampak masih memegang perutnya, A: masalah belum teratasi, P: lanjutkan intervensi kaji skala nyeri, ajarkan tehnik distraksi relaksasi, monitor TTV.

Evaluasi yang kedua dengan diagnosa perubahan nutrisi berhubungan dengan anoreksia mual muntah. S: klien mengatakan satu porsi habis, O: porsi makan habis setengah, A: masalah belum teratasi, P: lanjutkan intervensi.

Evaluasi yang ketiga gangguan istirahat tidur berhubungan dengan akumulasi pigmen bilirubin dan garam empedu S: klien mengatakan sudah nyaman, O: klien tampak senang, A: masalah teratasi, P: pertahankan intervensi.

Evaluasi yang keempat dengan diagnosa keletihan berhubungan dengan kelemahan sekunder akibat pengurangan energi metabolisme oleh hepar. S: klien mengatakan sudah tidak lemah dan lemas, O: klien tampak masih lemas, A: masalah teratasi sebagian, P: lanjutkan intervensi.

BAB IV

PEMBAHASAN

Pada bab ini penulis akan membahas asuhan keperawatan pada klien Tn. N dengan pendekatan proses keperawatan. Proses keperawatan adalah serangkaian tindakan untuk mengidentifikasi masalah kesehatan individu atau kelompok baik yang aktual maupun potensial, kemudian merencanakan tindakan untuk menyelesaikan, mengurangi, atau mencegah terjadinya masalah baru dan melaksanakan tindakan atau menugaskan orang lain untuk melaksanakan tindakan keperawatan serta mengevaluasi keberhasilan dari tindakan yang dikerjakan (Rohman, Nikmatur dan Saiful Wahid, 2009: 19).

Adapun tahapan proses keperawatan meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi, evaluasi.

Sebelum penulis membahas untuk masing-masing diagnosa terlebih dahulu penulis akan membahas data – data yang ada di pengkajian.

Riwayat penyakit sekarang seharusnya penulis lebih mengkaji tentang awal mula klien merasakan sakit sehingga dibawa ke rumah sakit.

Riwayat kesehatan keluarga riwayat penyakit dalam keluarga : klien mengatakan dalam keluarga klien tidak ada yang mempunyai penyakit yang sama dengannya, seharusnya penulis lebih mengkaji tentang apakah dalam keluarga ada yang mempunyai penyakit keturunan atau penyakit menular seperti Aids, TB, dan hepatitis.

B2 (Blood/kardiovaskuler) inspeksi: iktus cordis tak tampak, palpasi teraba di ICS 5-6 seharusnya pada pemeriksaan fisik palpasi penulis menuliskan ictuscordis teraba ICS 5 di linea mid klavikula sinistra, perkusi: pekak, auskultasi: normal tidak ada gallop seharusnya pada pemeriksaan fisik auskultasi penulis manuliskan S1 dan S2 reguler tidak ada suara tambahan.

B3 (Brain/persyarafan) kesadaran composmentis, GCS E4, V5, M6 skor GCS 15, ada reflek patologi seharusnya penulis menuliskan tidak ada reflek patologi seperti babinski, caddock. Sclera ikterik, pupil simetris, pada konjungtiva ikterik seharusnya penulis menuliskan konjungtiva anemis, perabaan tidak ada nyeri tekan maksud penulis adalah klien masih mampu untuk merasakan panas, dingin dan nyeri.

B4 (Bladder / perkemihan – eliminasi uri). Sebelum sakit produksi urine 8x/ menit seharusnya penulis dalam menuliskan produksi urin 1500 cc/24 jam frekuensi 3-4x/ hari, warna: kuning muda, tidak ada keluhan, selama sakit, produksi urine: 8x/ menit seharusnya penulis dalam menuliskan produksi urin 1500 cc/24 jam frekuensi 3-4x/ hari , warna seperti teh, dan tidak ada keluhan, tidak terpasang kateter.

Diet sebelum sakit klien mengatakan makan 3 x/hari dengan komposisi, nasi sayur kuah bening/ santan, lauk minum 8 gelas perhari seharusnya penulis lebih mengkaji ukuran gelas yang dipergunakan sehingga akan mempermudah dalam penghitungan jumlah cairan yang dikonsumsi klien. Selama sakit klien mengatakan makan 3x sehari sesuai menu RS komposisi nasi, sayur habis, tahu

setengah, tempe, susu habis. Klien mengatakan mual saat makan, klien tampak tidak menghabiskan makanan.

B6 (bone / tulang otot integumen) simetris tidak ada kelainan, kulit warna hitam pada klien hepatitis menurut Smeltzer, Suzanne C, 2002 : 1173, stadium ikterik berlangsung selama 3-6 minggu. Ikterus mula-mula terlihat pada sklera, kemudian pada kulit seluruh tubuh, seharusnya penulis menulis kulit ikterik, akral hangat, turgor baik, tidak ada keluhan.

Sistem reproduksi laki-laki bentuk normal, bersih, tidak ada kelainan seharusnya penulis menjelaskan yang dimaksud dengan genitalia normal.

Berikut penulis akan membahas masing-masing diagnosa keperawatan pada klien Tn, N dengan hepatitis B.

1. Nyeri berhubungan dengan pembekakan hepar.

Nyeri akut keadaan ketika individu mengalami dan melaporkan adanya sensasi tidak nyaman atau ketidaknyamanan yang parah, berlangsung selama satu detik sampai kurang dari 6 bulan (Carpenito, 2009 hal 209).

Penulis menegakkan diagnosa nyeri berhubungan dengan pembengkakan hepar karena pada waktu pengkajian mendapatkan tanda-tanda sebagai berikut data subjektif klien mengatakan nyeri pada perut kanan atas, P: pembekakan hepar, Q: nyeri seperti diiris-iris, R: perut kanan atas, S: skala nyeri 5 (skala 0-10), T: saat beraktivitas, data obyektif klien tampak meringis kesakitan.

Diagnosa tersebut diprioritaskan sebagai prioritas pertama karena menurut Hierarki Maslow nyeri merupakan kebutuhan fisiologi yang harus-

segera diatasi, apabila tidak diatasi akan menimbulkan peningkatan nadi, respiratori serta dapat mengganggu seorang dalam memenuhi kebutuhan dan dapat memperberat penyakitnya.

Dalam rencana asuhan keperawatan untuk diagnosa nyeri berhubungan dengan pembekakan hepar penulis menetapkan tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam dengan kriteria hasil klien mengatakan nyeri berkurang, skala nyeri turun 3, klien tampak tenang, ekspresi wajah rileks. Intervensi yang penulis rencanakan adalah kaji intensitas karakteristik, lokasi dan skala nyeri, ajarkan tehnik distraksi dan relaksasi, kaji TTV, ciptakan lingkungan tenang dan nyaman, kolaborasi dengan tim medis untuk pemberian antibiotik

Implementasi yang dilakukan penulis yaitu mengkaji intensitas karakteristik, lokasi dan skala nyeri data subyektif klien mengatakan nyeri berkurang dari 5 jadi 4, data obyektif klien tampak masih memegang perutnya, mengajarkan tehnik distraksi dan relaksasi data subyektif klien mengatakan mau diajarkan, data obyektif klien tampak mencoba tehnik yang, mengkaji TTV data subyektif klien menanyakan hasil, data obyektif tekanan darah 110/90 mmHg, nadi 88 x/menit, suhu 35,8°C , menciptakan lingkungan tenang dan nyaman data subyektif klien mengatakan nyaman, data obyektif klien tampak mau istirahat. Penulis tidak ada hambatan dalam melakukan implementasi karena dalam melakukan tindakan klien kooperatif. Seperti halnya dalam perencanaan, dalam pelaksanaan tindakan penulis juga perlu

menambahkan tindakan lain seperti yang telah direncanakan dalam perencanaan tindakan.

Evaluasi yang penulis lakukan untuk diagnosa yang pertama S: klien mengatakan nyeri berkurang dari 5 jadi 4, O: klien tampak masih memegang perutnya, A: masalah belum teratasi, P: lanjutkan intervensi kaji skala nyeri, ajarkan tehnik distraksi relaksasi, monitor TTV. Serta penulis mendelegasikan kepada perawat diruangan untuk melanjutkan asuhan keperawatan.

2. Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan anoreksia, mual/ muntah.

Pada diagnosa pertama penulis menuliskan perubahan nutrisi berhubungan dengan anoreksia, mual/ muntah, penulisan diagnosa tersebut kurang tepat seharusnya perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan anoreksia, mual/ muntah.

Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh suatu keadaan dimana individu yang tidak puasa mengalami atau yang berisiko mengalami penurunan berat badan yang berhubungan dengan masukan yang tak adekuat atau metabolisme nutrient yang tidak adekuat untuk kebutuhan metabolic (Carpenito, Linda Juall, 2001: 259).

Penulis menegakkan diagnosa perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh karena pada waktu pengkajian mendapatkan tanda-tanda sebagai berikut data subjektif klien mengatakan mual saat makan, data obyektif klien tampak tidak menghabiskan makanan. Dalam data obyektif

penulis seharusnya menambahkan A, B, C, D yaitu antropometri, biokimia, clinical sign dan diet. Penulis sudah mengkaji Antropometri. sebelum sakit BB: 73 kg, TB : 167 cm, selama sakit BB : 70 kg, TB : 167 cm. Biokimia HGB 11,0 g/dl (11,0 – 16,5), SGOT 82U/L <37, SGPT 196 U/L <41 . Diet selama sakit klien mengatakan makan 3x sehari sesuai menu RS komposisi nasi, sayur habis, tahu setengah, tempe, susu habis. Klien mengatakan mual saat makan, klien tampak tidak menghabiskan makanan, tapi belum mendokumentasikan dalam data obyektif. Dan penulis belum mengkaji tentang clinical sign yaitu mukosa bibir, kondisi rambut. Antropometri, biokimia, clinical sign dan diet merupakan indikasi terpenuhinya kebutuhan nutrisi.

Diagnosa tersebut diprioritaskan sebagai prioritas kedua karena menurut Hierarki Maslow nutrisi termasuk kebutuhan fisiologi dan jika tidak terpenuhi akan beresiko untuk sakit atau mungkin tidak sehat (Potter, Patricia A, 2005:613). Nutrisi merupakan proses pemasukan dan pengolahan zat makanan oleh tubuh yang bertujuan menghasilkan energi dan digunakan dalam aktivitas tubuh. Nutrien merupakan elemen penting untuk proses dan fungsi tubuh. Enam kategori zat makanan adalah air, karbohidrat, protein, lemak, vitamin, dan mineral. Kebutuhan energi dipenuhi dengan metabolisme karbohidrat, protein dan lemak. Air adalah komponen tubuh yang vital dan bertindak sebagai penghancur zat makanan. Vitamin dan mineral tidak menyediakan energi, tetapi penting untuk proses metabolisme dan keseimbangan asam-basa. Peranan nutrisi membantu mempercepat

penyembuhan penyakit jadi jika tidak terpenuhi kebutuhan nutrisinya penyembuhan penyakit akan terhambat.

Dalam rencana asuhan keperawatan untuk diagnosa perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan anoreksia, mual/ muntah penulis menetapkan tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam dengan kriteria hasil makan habis satu porsi, dalam menuliskan kriteria hasil penulis kurang tepat seharusnya penulis memperhatikan criteria SMART yaitu *specific, measurable, achievable, realistic, time*. Untuk penetapan tujuan seharusnya klien menuliskan secara lengkap yaitu setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 24 jam kebutuhan nutrisi terpenuhi, sedangkan untuk kriteria hasil yang ditetapkan pada pasien tersebut seharusnya data subyektif klien mengatakan tidak mual lagi saat makan, data obyektif klien makan habis satu porsi, mukosa bibir lembab. Intervensi yang penulis rencanakan adalah berikan makanan sedikit tapi sering, berikan dorongan individu untuk makan dengan orang lain. Seharusnya penulis menambahkan dengan intervensi yang lain yaitu menurut Doengoes (2000) intervensi yang berhubungan dengan perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan antara lain: awasi pemasukan diit rasional makanan banyak akan sulit jika pasien anoreksia, berikan perawatan mulut sebelum makan rasional menghilangkan rasa tak enak dapat meningkatkan nafsu makan, anjurkan makan pada posisi tegak rasional menurunkan rasa penuh pada abdomen dan dapat meningkatkan pemasukan, dorong makanan sedikit tapi sering dan tawarkan makan pagi paling besar rasional anoreksia juga paling buruk pada siang hari, membuat masukan makanan yang sulit pada sore hari.

Implementasi yang dilakukan penulis yaitu memberikan makanan sedikit tapi sering subyektif klien mau memakan habis, obyektif satu porsi habis, memberikan dorongan individu untuk makan dengan orang lain subyektif klien mengatakan makan sama istrinya terasa nyaman, obyektif klien tampak disuapi istrinya. Penulis tidak ada hambatan dalam melakukan implementasi karena dalam melakukan tindakan klien kooperatif. Seperti halnya dalam perencanaan, dalam pelaksanaan tindakan penulis juga perlu menambahkan tindakan lain seperti yang telah direncanakan dalam perencanaan tindakan.

Evaluasi yang penulis lakukan untuk diagnosa yang kedua didapat data subyektif klien mengatakan makan satu porsi habis, akan tetapi setelah penulis validasi data obyektif porsi makan hanya dimakan $\frac{1}{2}$ porsi, analisa datanya masalah belum teratasi, sehingga planning perlu ditekankan pada klien untuk menghabiskan makan sesuai dengan menu dari RS, menganjurkan makanan lain sesuai dengan diet yang diberikan. Dalam melakukan evaluasi seharusnya penulis sesuai dengan kriteria hasil yang direncanakan seharusnya penulis menanyakan apakah masih mual saat makan, makanan habis berapa porsi, mukosa bibir kering/ lembab, berdasarkan data subyektif dan obyektif dilakukan analisa masalah belum teratasi planning lanjutan intervensi. Serta penulis mendelegasikan kepada perawat di ruangan untuk melanjutkan asuhan keperawatan.

3. Gangguan istirahat tidur berhubungan dengan akumulasi pigmen bilirubin dan garam empedu.

Penulis menegakkan diagnosa gangguan istirahat tidur berhubungan dengan akumulasi pigmen bilirubin dan garam empedu ditandai dengan data subyektif klien mengatakan saat tidur dan istirahat tidak nyaman, data obyektif klien tampak gelisah, klien tampak lemas. Seharusnya diagnosa tersebut tidak perlu diangkat karena tidak sesuai dengan data pada pengkajian. Diagnosa tersebut dapat diangkat jika menurut Carpenito Lynda Juall, 2001: 430. Batasan karakteristik mayor kesukaran untuk tertidur atau tetap tidur, minor keletihan waktu bangun atau sepanjang hari, tidur sejenak sepanjang hari, agitasi, perubahan suasana hati. Seharusnya penulis tidak perlu mengangkat diagnosa tersebut karena data-data kurang mengarah untuk diagnose gangguan tidur karena pada pengkajian kebutuhan tidur penulis tidak mendapatkan data seperti yang ada pada data subyektif klien mengatakan saat tidur dan istirahat tidak nyaman, data obyektif klien tampak gelisah, klien tampak lemas.

4. Keletihan berhubungan dengan kelemahan sekunder akibat pengurangan energy metabolic oleh hepar.

Penulis menegakkan diagnosa keletihan dikarenakan kelemahan sekunder akibat pengurangan energi metabolic oleh hepar ditandai dengan data subyektif klien mengatakan lemah dan lesu, data obyektif klien tampak lesu, klien terlihat kalau bicara tidak semangat. Diagnosa tersebut dapat diangkat jika menurut Carpenito Lynda Juall, 2009: 430. Batasan

karakteristik mayor (80%-100%), ungkapan verbal tentang kurangnya energi yang berlebihan dan tidak kunjung hilang, ketidakmampuan mempertahankan rutinitas yang biasa dilakukan, ungkapan verbal mengenai distress. Minor (50%-79%), kebutuhan yang dirasakan untuk memperoleh tambahan energi guna menyelesaikan tugas rutin, meningkatkan keluhan fisik, emosi labil atau iritabel, terhambatnya kemampuan berkomunikasi, menurunnya performa, letargi atau tidak bergairah, adanya gangguan tidur, kurangnya perhatian terhadap lingkungan sekitar/ introspeksi, menurunnya libido, rentan mendapat kecelakaan, depresi. Seharusnya penulis tidak perlu mengangkat diagnosa tersebut karena data-data kurang mengarah untuk menegakkan diagnosa keletihan karena penulis tidak mendapatkan data di pengkajian tingkat ketergantungan seperti data obyektif klien mengatakan lemah dan lesu, data obyektif klien tampak lesu, klien terlihat kalau bicara tidak semangat.



BAB V

PENUTUP

Setelah penulis melakukan asuhan keperawatan Tn. N dengan Hepatitis B di Ruang di Ruang Cempaka II RSUD Kudus, maka penulis menarik kesimpulan dan saran sebagai berikut:

A. Kesimpulan

1. Hepatitis adalah infeksi sistemik yang dominan menyerang hati disertai nekrosis dan inflamasi pada sel-sel hati yang menghasilkan perubahan klinis, biokimia yang terjadi karena toxin, seperti kimia, obat atau agen penyebab infeksi dan dapat mengakibatkan berbagai komplikasi.
2. Pada klien dengan hepatitis B pada pengkajian keperawatannya meliputi aktivitas/ istirahat, sirkulasi eliminasi, makanan/ cairan, neuro sensori nyeri/kenyamanan, pernafasan, keamanan, sesualitas, penyuluhan/ pembelajaran, pertimbangan rencana pemulangan, prioritas keperawatn, tujuan pemulangan. Fokus intervensi adalah melaporkan kemampuan peningkatan toleransi aktivitas, memenuhi kebutuhan nutrisi, memenuhi kebutuhan cairan, menyatakan pemahaman penyebab individu/ faktor resiko dan pengobatan, nyeri berkurang.
3. Fokus tindakan keperawatan pada Tn. N difokuskan pada pemenuhan kebutuhan nutrisinya

B. Saran

1. Bagi penulis

Diharapkan dapat meningkatkan pengetahuan dan keterampilannya dalam melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan hepatitis B.

2. Bagi lahan praktek

Lahan praktek diharapkan dapat meningkatkan pelayanan kesehatan khususnya pada pasien dengan hepatitis B dan dapat memberikan bimbingan yang lebih maksimal pada mahasiswa.

3. Bagi institusi pendidikan

Institusi diharapkan dapat meningkatkan pengetahuan dan keterampilan mahasiswa terutama dalam melakukan pemeriksaan pasien dengan hepatitis B, baik di dalam laboratorium maupun lahan praktek.

4. Bagi masyarakat

Bagi masyarakat diharapkan meningkatkan pengetahuan tentang hepatitis B sehingga dapat melakukan tindakan pencegahan terhadap penularan serta mampu merawat apabila ada anggota keluarga yang menderita hepatitis B.

DAFTAR PUSTAKA

Carpenito Lynda Jual, 2009, *Diagnosa keperawatan: aplikasi pada praktik klinis (alih bahasa)*. Edisi 9. Jakarta: EGC.

Doengoes, Marilyn 2000. *Rencana Asuhan Keperawatan*. (Alih bahasa). Edisi 3. Jakarta: EGC.

Ester, Monica. 2002. *Keperawatan Medikal Bedah: Pendekatan Sistem Gastrointestinal*. Jakarta: EGC.

Mansjoer, Arif. 2001. *Kapita Selekta Kedokteran*. edisi III, Jilid II. Jakarta : Medical Aesculpius. FKUI, Jakarta.

Potter, Patricia A, 2005. *Buku Ajar Fundamental Keperawatan Konsep, Proses, dan Praktik*. Edisi 4 volume 1. Jakarta: EGC.

Price, Sylvia Anderson, 2006. *Patofisiologi Konsep Klinis Proses-proses Penyakit*. Edisi 6 volume 1. Jakarta: EGC.

Rohmah, Nikmaur dan Saiful Wahid, 2009. *Proses Keperawatan Teori dan Aplikasi*. Ar-Ruzz Media, Jogjakarta.

Smeltzer, Suzanna C, 2002. *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah*, Edisi 8, volume 2. Jakarta: EGC.

_____, 2002. *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah*, Edisi 8, volume 3. Jakarta: EGC.

Sudoyo, Aru W, dkk, 2007. *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam*, FKUI, Jakarta.

Suriadi, Rita yuliani, 2006. *Asuhan Keperawatan Pada Anak*. CV. Sagung Seto, Jakarta.

<http://www.suaramedia.com/gaya-hidup/kesehatan/14968-kenali-bahayahepatitis-sejak-dini.html>, diunduh tgl 25-04-2010.

<http://www.totalkesehatananda.com/hepatitis.html>, diunduh tanggal 25-04-2010.