

BAB 3

TINJAUAN KASUS

Asuhan keperawatan pada Tn. D Dengan Hepatitis B yang dilaksanakan pada tanggal 02-04 Juli 2013 di ruang rawat inap Rumah Sakit Bhakti Rahayu Surabaya.

3.1 Pengkajian Keperawatan (tanggal 02 Juli 2013 pukul 07.00 WIB)

3.1.1 Pengumpulan Data

Ruangan	: Agung No : 5
No. Register	: 10.11.68
Tanggal MRS	: 01 Juli 2013 pukul 21.49

1. Identitas Pasien

Tn D, umur 25 tahun, suku jawa, bangsa ndonesia status kawin, agama islam, pendidikan terakhir SMK, pekerjaan swasta, alamat Jl. Rungkut Tegah No 6.

2. Keluhan Utama :

Pasien mengatakan muntah.

3. Riwayat Kesehatan/Penyakit Sekarang :

Klien mengatakan panas, pusing kurang lebih 2 minggu yang lalu, sebelumnya pasien telah berobat ke jamkesmas, diberi obat penurun panas dan pusing, tapi tidak ada perubahan, tanggal 01 juli 2013 jam 21.49 pasien masuk Rumah melalui

POLI rumah sakit Bhakti Rahayu, dengan keluhan badan panas, nyeri perut sebelah kanan atas, mual, muntah, dan disarankan untuk opname.

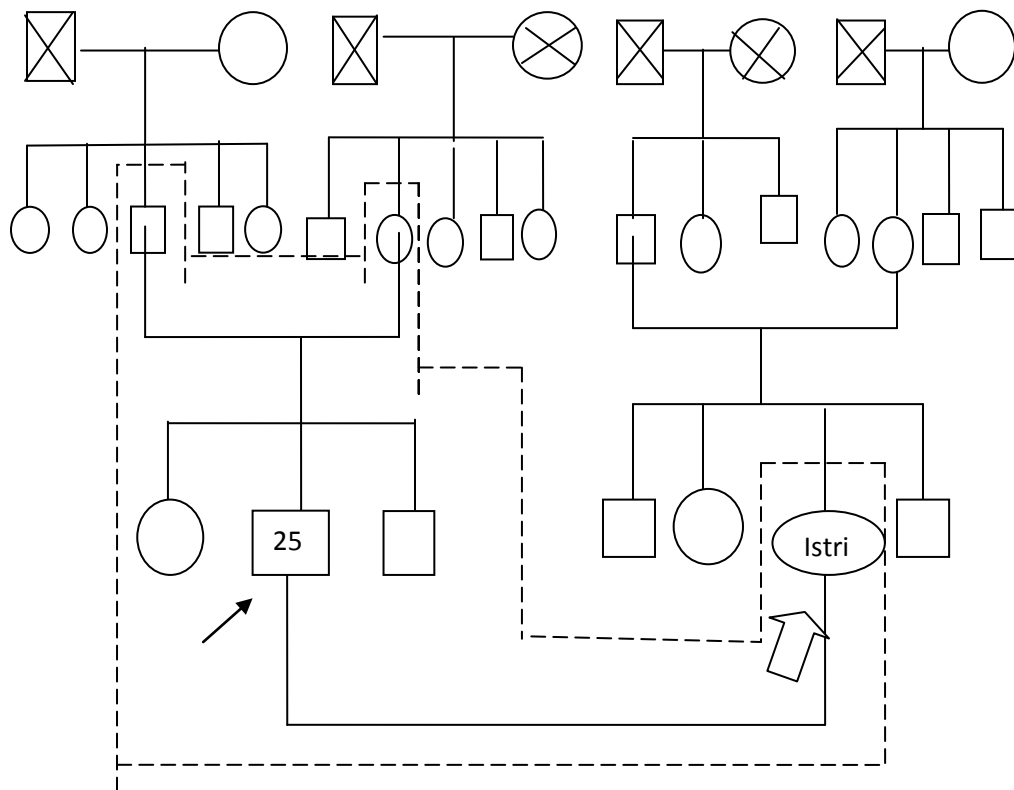
4. Riwayat Kesehatan/Penyakit Dahulu:

Klien mengatakan tidak mempunyai riwayat penyakit seperti hipertensi, diabetes militus, TCB. Klien juga mengatakan bahwa klien sebelumnya tidak pernah mempunyai riwayat sakit seperti ini.

5. Riwayat Kesehatan/Penyakit Keluarga:

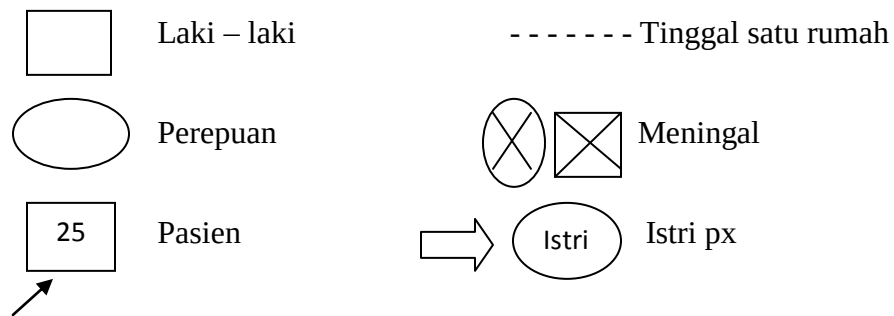
Klien mengatakan bahwa dari keluarga klien tidak ada yang menderita penyakit hipertensi, diabetes militus, TBC, hepatitis B.

6. Genogram:



3.1 Genogram (Bacaan susunan keluarga pasien hepatitis B).

Keterangan :



7. Pola – Pola Fungsi Kesehatan

1) Pola Persepsi dan Tata Laksana Hidup Sehat

- Sebelum masuk rumah sakit : Klien mengatakan mengerti tentang hidup sehat, makan makanan yang bergizi, menjaga kesehatan diri dan lingkungannya, mandi 3x kali sehari, gosok gigi 2x sehari.
- Masuk rumah sakit : Klien tetap menjaga kebersihan dirinya dan lingkungannya, pasien di seka 2x sehari, gosok gigi 3x sehari.

2) Pola Nutrisi dan Metabolisme

- Sebelum masuk rumah sakit : Klien mengatakan selama di rumah, makan 4 kali sehari secara teratur porsi sedang dengan nasi, sayur, lauk pauk dan, minum air putih $\pm$ 6-7 gelas kecil/hari, tidak minum jamu-jamuan, Berat badab 60 kg.

b. Masuk rumah sakit : Klien mengatakan selama di rumah sakit nafsu makanya menurun, minum air putih $\pm$ 4-5 gelas kecil/hari. Makan 3x sehari, makanan yang di sediakan tidak dihabiskan, habis 3-4 sendok/porsi, Berat badan klien menurun, BB 52 kg, Mendapatkan diit TKTP (Tinggi Kalori Tinggi Protein).

3) Pola Aktivitas

- a. Sebelum masuk rumah sakit : Klien mengatakan selama di rumah dapat melakukan aktivitas sebagai pekerja swasta dan klien mengatakan menyempatkan waktu untuk berolahraga.
- b. Masuk rumah sakit : Klien mengatakan selama di rumah sakit hanya tiduran saja karena merasa lesu, lemah dan pusing, (BAB, BAK, mandi, makan / minum), Bedrest total.

4) Pola Eliminasi

- a. Sebelum masuk rumah sakit.
- BAB : Klien mengatakan selama di rumah buang air besar 1 kali sehari dengan konsistensi lembek, warna coklat dan tidak ada keluhan saat buang air besar, baunya khas.
- BAK: Klien mengatakan selama di rumah buang air kecil 4-5 kali dengan frekuensi sering, warna kuning jernih, pancaran lancar dan tidak ada keluhan saat buang air kecil, baunya khas.
- b. Masuk rumah sakit.

BAB : Klien mengatakan selama di rumah sakit buang air besar 1 kali sehari dengan konsistensi lembek warna pucat, dan tidak ada keluhan saat buang air besar, baunya khas.

BAK : Klien mengatakan selama di rumah sakit buang air kecil dengan frekuensi sedikit 3-4 kali, warna kuning pekat seperti air teh, pancaran lancar dan tidak ada keluhan saat buang air kecil.

5) Pola Tidur dan Istirahat

- a. Sebelum masuk rumah sakit : Klien mengatakan selama di rumah tidur siang $\pm 1,5$ jam dari jam 12.00 – 13.30 dan tidur malam ± 7 jam dari jam 22.00 – 05.00.
- b. masuk rumah sakit : Klien mengatakan di rumah sakit tidak bisa tidur malam karena adanya rasa nyeri pada perut sebelah kanan atas, dan pasien sering terbangun saat tidur, siang ± 1 jam/hari dari jam 13.00 – 14.00 dan tidur malam ± 5 jam/hari dari jam 23.30 – 03.30.

6) Pola Sensori dan Kognitif

Sensori :

- a. Klien mengatakan tidak mengalami gangguan penglihatan, pendengaran, penciuman dan perabaan.
- b. Klien mengatakan nyeri perut sebelah kanan atas, nyeri yang dirasakan kaya ditusuk-tusuk kadang datang dan kadang hilang lagi, skala nyeri 4 (0 - 10).

Kognitif : Klien mengatakan mengerti tentang penyakitnya dan klien merasa takut karena proses infeksi.

7) Pola Persepsi dan Konsep diri

Gambaran diri : Klien merasa percaya diri dengan kondisi tubuh yang dimilikinya

Harga diri : Klien merasa dihargai oleh orang lain, dan klien tidak menarik diri dari lingkungannya.

Ideal diri : Klien ingin cepat sembuh dari penyakitnya

Peran : Klien mengatakan perannya sebagai suami tidak maximal karena harus dirawat di rumah sakit.

Identitas diri : Klien berjenis kelamin laki – laki berumur 25 tahun, pekerjaan sehari-hari adalah sebagai pekerja swasta.

8) Pola Hubungan dan Peran

Klien mengatakan hubungan dengan istri dan keluarganya berjalan dengan harmonis (terbukti bahwa klien selalu didampingi istri dan keluarga). Klien dan keluarga kooperatif dengan semua tindakan keperawatan.

9) Pola Reproduksi dan Seksual

a. Sebelum masuk rumah sakit : Klien mengatakan selama di rumah melakukan hubungan seksual tanpa ada keluhan.

b. Klien mengatakan selama di Rumah Sakit tidak melakukan hubungan seksual.

10) Pola Penanggulangan Stres

Klien mengatakan apabila ada masalah selalu membicarakan dengan orang terdekatnya yaitu istrinya.

11) Pola Tata nilai dan Kepercayaan

Klien mengatakan beragama islam. Selama klien di rumah sakit tetap menjalankan ibadahnya dengan cara berdoa.

3.1.2 Pemeriksaan fisik

1. Status kesehatan umum

Kesadaran	: Kompos mentis
Suara bicara	: Jelas
Pernafasan	: Frekuensi : 20 x/menit
Suhu tubuh	: 37 ° C
Nadi	: 81 x/menit
Tekanan Darah	: 110/70 mmHg
GCS	: 4-5-6
BB	: 52 kg
TB	: 163 cm

2. Kepala

Bentuk kepala simetris tidak ada benjolan, rambut bersih, berwarna hitam, ada nyeri tekan pada kepala,

3. Muka

Bentuk muka simetris, wajah tampak gelisah dan sering menyeringai menahan sakit, dan tidak ada odema pada wajah, wajah pucat.

4. Leher

Tidak ada pembesaran kelenjar thyroid dan nadi carotis teraba.

5. Mata

Bentuk mata simetris, konjungtiva anemis, sklera warna kuning, merah dan tidak terdapat benjolan pada palpebra.

6. Telinga

Bentuk telinga simetris, telinga bersih dan tidak terdapat serumen.

7. Hidung

Bentuk hidung simetris, tidak terdapat sekret, lubang hidung bersih, tidak terdapat pernafasan cuping hidung, tidak terdapat polip dan tidak terdapat epistaksis.

8. Mulut dan faring

Bentuk bibir simetris, mukosa bibir lembab, tidak terdapat gigi berlubang, dan tidak terdapat stomatitis.

9. Dada

Inspeksi :

Bentuk simetris, tidak ada benjolan, dan tidak ada suara nafas tambahan (wheezing dan ronchi).

Palpasi :

Tidak ada nyeri tekan.

Perkusi :

Suara jantung redup, tidak ada pembesaran di daerah redup.

Auskultasi :

Suara jantung 1 dan 2, ICS 2-3, dan 4-5, bunyi tunggal tidak ada, dan tidak ada suara nafas tambahan (wheezing dan ronchi).

10. Abdomen

Inspeksi :

Bentuk abdomen simetris, tidak didapatkan benjolan.

Palpasi :

Perut teraba keras, dan nyeri tekan pada perut bagian atas kanan pada kwadrat atau region.

Perkusi :

Perut kembung.

Auskultasi :

Suara bising usus 10x/menit.

11. Genetalia dan Anus

Tidak ada kelainan pada genetalia dan anus, tidak ada benjolan, tidak ada hemoroid.

12. Integumen

Warna kulit kuning, terpasang infus PZ 500 cc 16 tetes per menit , tidak didapatkan sianosis, akral hangat dan CRT < 2 detik.

13. Ekstremitas dan Neurologis

- Ekstremitas atas bawah normal.
- Tangan kanan terpasang infus.

3.1.3 Pemeriksaan Penunjang

1. Pemeriksaan laboratorium

Hasil pemeriksaan tanggal 02 Juli 2013

- a. Hemoglobin : 13,7 gram% (nilai normal 13,5 – 18,0 gram%)
- b. Leukosit : 5.000 gram% (4.000 – 11.000/cmm3)
- c. Laju Endap Darah : – (< 15)
- d. Eritrosit :
- e. Trombosit : 258.000 (150.000 – 450.000/cmm3)
- f. PCV :
- g. SGOT : 2130 (pulpo), (10 – 37)
- h. SGPT : 2058 (pulpo), (9 – 42)
- i. HBSAg :
- j. Bil direk : 4 – 22 (<0. 25 mg/dl)
- k. Bil total : 5 – 94 (< 1.10 mg/dl)

2. Terapi

- a) Cextriaxone 2x11 gr
- b) Protofe 3x1 supp

- c) OMZ 2x1 ampul
- d) Ranitidine 2x1 ampul
- e) Ondan centron 3x1 ampul
- f) Antrain 3x1 ampul
- g) Carnna 3x1
- h) Infus PZ 500 cc 16 tetes per menit
- i) Diit TKTP

3.1.4 Analisa Sintesa

Dari data yang telah dikumpulkan dapat dilakukan pengelompokan data sebagai berikut :

1. Kelompok data pertama (tanggal 02 Juli 2013)

1) Data subyektif

Klien mengatakan nafsu makannya menurun, kembung, mual, muntah.

2) Data obyektif

- a. Makanan yang disediakan tidak dihabiskan, (habis 3-4 sendok/porsi).
- b. Berat badan menurun 8 kg, (sebelum masuk rumah sakit 60 kg).
- c. Muntah 2x/hari
- d. Perkusi hipertimpani

3) Masalah

Gangguan pemenuhan nutrisi (kurang dari kebutuhan tubuh).

4) Kemungkinan penyebab

Nafsu makan yang menurun.

2. Kelompok data kedua (tanggal 02 Juli 2013)

1) Data subyektif

Klien mengatakan nyeri perut kanan atas

2) Data obyektif

a. Wajah tampak menyeringai (kesakitan).

b. Skala nyeri 4

c. Postur tubuh tegang

3) Masalah.

Nyeri

4) Kemungkinan penyebab

Pembekakan hepar

3. Kelompok data ketiga (tanggal 02 Juli 2013)

1) Data subyektif

Klien mengatakan kurang tidur dan sering terbangun saat tidur.

2) Data obyektif

a. Mata cowong

b. Pasien sering menguap

c. Sklera merah

3) Masalah

Gangguan pola tidur

4) Kemungkinan penyebab

Nyeri

3.2 Diagnosa Keperawatan

Untuk menentukan diagnose keperawatan maka penulis mengacu pada urutan sebagai berikut yaitu yang mengancam jiwa, menggagu fungsi organ, menggagu kesehatan, dengan tetap mendahulukan, kejadian yang lebih awal terjadi sehingga urutan diagnose keperawatan sesuai prioritas sebagai berikut:

- a. Gangguan pemenuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan nafsu makan menurun ditandai dengan makanan yang disediakan tidak dihabiskan, berat badan menurun, perkusi hipertimpani, BB 52 kg.
- b. Gangguan rasa nyaman (nyeri) berhubungan dengan pembengkakan hepar yang mengalami inflamasi hati dan bendungan vena porta ditandai dengan wajah tanpa menyeringai, skala nyeri 4 (sedang), palpasi pada regio.
- c. Gangguan pola tidur berhubungan nyeri perut kanan atas ditandai dengan ungkapan pasien sering terbangun saat tidur, sklera merah, pasien menguap, mata sayu.

3.3 Perencanaan Keperawatan

Setelah diagnosa keperawatan di susun sesuai prioritas masalah maka penulis menyusun perencanaan yang dilaksanakan tanggal 02 juli 2013.

1. Gangguan pemenuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan nafsu makan yang menurun ditandai dengan makanan yang disediakan tidak dihabiskan, berat badan menurun, perkusi hipertimpani, BB 52 kg.

1) Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan dalam waktu 3x24 jam diharapkan kebutuhan nutrisi dalam tubuh terpenuhi.

2) Kriteria hasil :

- a. Pasien dapat mengungkapkan pentingnya makanan bagi tubuh.
- b. Pasien tidak mual dan muntah
- c. Nafsu makan meningkat
- d. Makanan yang disajikan dihabiskan lebih banyak
- e. Perkusi timpani.
- f. Berat badan meningkat (naik)

3) Rencana Tindakan

- 1. Berikan makanan dengan porsi kecil tapi sering dalam keadaan hangat.
- 2. Lakukan oral hygiene
- 3. Catat intake dan output secara akurat.
- 4. Lakukan penimbangan berat badan
- 5. Jelaskan manfaat makanan pada pasien.
- 6. Kolaborasi dengan ahli gizi dengan pemberian kalori 3000 dan protein 100-125 perhari.

4) Rasional

1. Untuk merangsang timbulnya nafsu makan dan mengurangi rasa mual serta mencegah muntah.
 2. Membantu perawatan yang tepat dan mencegah dehidrasi.
 3. Untuk mengetahui pemenuhan nutrisi klien.
 4. Untuk mengetahui perkembangan berat badan klien
 5. Meningkatkan pengetahuan pasien tentang pentingnya nutrisi dan membantu meningkatkan nafsu makan klien.
 6. Untuk meningkatkan protein dan karbohidrat dan mempercepat penyembuhan klien.
2. Diagnosa keperawatan : gangguan rasa nyaman (nyeri) berhubungan dengan pembekakan hepar yang mengalami inflamasi hati dan bendungan vena porta.
- 1) Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan dalam waktu 2x24 jam diharapkan nyeri berkurang/hilang (Terkontrol).
 - 2) Kriteria hasil
 - a. Pasien tidak mengatakan nyeri
 - b. Pasien tidak menyeringai
 - c. Nyeri berkurang
 - d. Skala nyeri 0
 - 3) Rencana Tindakan
 - a. Melakukan pengkajian lokasi nyeri, skala nyeri

- b. Ajarkan klien untuk melakukan tehnik manajemen mengurangi nyeri dengan cara teknik relaksasi dan distraksi saat terjadi nyeri
- c. Melakukan observasi tanda – tanda vital (TTV)
- d. Tunjukkan pada klien penerimaan tentang respon klien terhadap nyeri, (akui adanya nyeri, degarkan dengan penuh perhatian ungkapan klien tentang nyeri).
- e. Kalaborasi dengan dokter dan tim medis lainnya dalam pemberian analgesik dan antibiotik.

4) Rasional

- 1. Untuk menentukan rencana tindakan selajutnya
 - 2. Dengan tehnik relaksasi akan mengurangi ketegangan otot-otot sehingga nyeri yang dialami akan berkurang dan dengan tehnik distraksi maka perhatian klien terhadap nyeri yang dirasakan pun berkurang.
 - 3. Untuk mengetahui perkembangan klien
 - 4. Klien yang disiapkan untuk mengalami nyeri melalui penjelasan nyeri yang sudah sesungguhnya akan dirasakan.
 - 5. Untuk membantu dalam menghilangkan nyeri dan antibiotic untuk mencengah dan mengatasi infeksi
3. Gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri perut kanan atas ditandai dengan ungkapan klien bahwa klien susah tidur dan sering terbangun saat tidur, gelisa.
- 1) Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan dalam waktu 2x24 jam diharapkan kebutuhan istirahat dan tidur terpenuhi.

2) Kriteria hasil : Pasien dan keluarga mengerti pentingnya istirahat bagi tubuh.

3) Rencana tindakan

1. Berikan penjelasan kepada pasien dan keluarga pentingnya istirahat.
2. Berikan lingkungan yang bersih dan nyaman buat klien
3. Bantu klien mendapatkan posisi tidur yang nyaman dan aman

4) Rasional

1. Dengan penjelasan diharapkan pasien dan keluarga mengerti bahwa dengan istirahat yang cukup, dapat membantu penyembuhan.
2. Lingkungan yang bersih dan nyaman dapat meningkatkan pola tidur klien.
3. Dengan posisi tidur yang nyaman dan aman pasien dapat tidur dengan tenang.

3.4 Pelaksanaan Keperawatan

Setelah rencana keperawatan disusun, selanjutnya penulis melaksanakan tindakan yang telah dituliskan pada perencanaan. Pelaksanaan dimulai tanggal 02 juli 2013.

1. Gangguan pemenuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan nafsu makan yang menurun.

Tanggal 02 juli 2013

1) Pukul 07.15 WIB

Menganjurkan pada pasien untuk oral hygiene.

Respon : Klien mau melakukan oral hygiene

2) Pukul 08.30 WIB

Memberikan makanan dengan porsi kecil tapi sering dalam keadaan hangat.

Respon : Klien mengatakan makan 3-4 sendok dan minum sebanyak 4-5 gelas kecil.

3) Pukul 10.00 WIB

Catat intake dan makan secara akurat

Respon :

4) Pukul 12.30 WIB

Menjelaskan manfaat makanan pada pasien

Respon : Klien mengerti manfaat nutrisi bagi tubuh.

5) Pukul 13.15 WIB

Lakukan penimbangan berat badan

Respon : berat badan 52 kg

6) Pukul 15.45 WIB

Kolaborasi dengan ahli gizi dengan pemberian kalori 3000 dan protein 100-125 perhari.

Tanggal 03 Juli 2013

1) Pukul 09.30 WIB

Jelaskan manfaat makanan pada pasien.

Respon : Pasien kooperatif

2) Pukul 11.30 WIB

Memberikan diit dengan porsi kecil tapi sering dalam keadaan hangat

Respon : Klien menghabiskan setenga porsi makanannya

3) Pukul 12.00 WIB

Melakukan observasi intake dan output

Respon : Intake cairan 1500cc - output cairan 13250 cc. Balance cairan 175 cc.

4) Pukul 14.00 WIB

Melakukan penimbangan berat badan klien.

Respon : berat badat klien 52 kg.

Tanggal 04 Juli 2013

1) Pukul 10.30 WIB

Memberikan diit dengan porsi kecil tapi sering dalam keadaan hangat

Respon : Klien menghabiskan 1 porsi makanannya

2) Pukul 11.00 WIB

Melakukan penimbangan berat badan klien.

Respon : berat badat klien 54 kg.

3) Pukul 12.30 WIB

Pasien KRS , follow up 1 minggu lagi

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

Tanggal 02 Juli 2013

1) Pukul 09.00 WIB

Menganjurkan klien untuk melakukan teknik manajemen nyeri (relaksasi).

Respon : Klien hanya melakukan teknik relaksasi saat terjadi nyeri dengan cara tarik nafas panjang selama 5 detik kemudian dihembuskan perlahan-lahan melalui mulut

2) Pukul 09.50 WIB

Tunjukkan pada klien penerimaan tentang respon klien terhadap nyeri, (akui adanya nyeri, degarkan dengan penuh perhatian ungkapan klien tentang nyeri)

Respon : Skala nyeri 4 (sedang)

3) Pukul 10.30 WIB

Kalaborasi dengan dokter dan tim medis lainnya dalam pemberian analgesik dan antibiotik.

Respon : Tim medis kooperatif

4) Pukul 13.30 WIB

Menganjurkan klien untuk melakukan tehnik distraksi

Respon : Klien kooperatif

Tanggal 03 Juli 2013

1) Pukul 10.30 WIB

Memberikan injeksi analgesik dan antibiotik.

Respon : Pasien kooperatif

2) Pukul 12.15 WIB

Memberikan penjelasan tentang penyebab terjadinya nyeri

Respon : Pasien dan keluarga kooperatif dan mengerti tentang penyebab terjadinya nyeri.

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

Respon : pasien kooperatif

3. Gangguan pola tidur berhubungan dengan dan nyeri perut kanan atas ditandai dengan ungkapan klien bahwa klien susah tidur dan sering terbangun saat tidur.

Tanggal 02 Juli 2013

1) Pukul 09.00 WIB

Memberikan penjelasan kepada pasien dan keluarga pentingnya istirahat.

Respon : Klien dan keluarga kooperatif

2) Pukul 09.30 WIB

Bantu klien mendapatkan posisi tidur yang nyaman dan aman

Respon : Klien kooperatif

3) Pukul 11.00 WIB

Berikan lingkungan yang bersih dan nyaman buat klien.

Respon : Klien dan keluarga kooperatif.

Tanggal 03 Juli 2013

1) Pukul 10.00 WIB

Memberikan rasa aman dan nyaman pada pasien

Respon : Klien kooperatif

2) Pukul 12.15 WIB

Memberikan lingkungan yang bersih dan nyaman buat klien.

Respon : Klien dan keluarga kooperatif.

3.5 Evaluasi Keperawatan

3.5.1 Catatan Perkembangan

Penulis menguraikan evaluasi dalam bentuk catatan perkembangan yang dimulai tanggal 02 Juli 2013.

1. Gangguan pemenuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan nafsu makan yang menurun.

Tanggal 02 Juli 2013 pukul 10.00 WIB

Subyektif : Klien mengatakan nafsu makannya menurun, perut kembung, mual, dan muntah.

Obyektif : Makanan yang disediakan tidak dihabiskan, (habis 3-4 sendok/porsi),
Berat badan menurun 8 kg, (sebelum masuk rumah sakit 60 kg),
Muntah 2x/hari, perkusi hipertimpani.

Assesment : Masalah belum teratasi

Planning : Rencana tindakan dilanjutkan.

Tanggal 03 Juli 2013 Pukul 12.00 WIB

- Subyektif : Klien mengatakan nafsu makannya membaik.
- Obyektif : Makanan yang disediakan habis setenga dari 1 porsi, Berat badan menurun 8 kg, (sebelum masuk rumah sakit 60 kg), mual (+), muntah (-), perkusi timpani.
- Assesment : Masalah sebagian teratasi
- Planning : Rencana tindakan dilanjutkan.

Tanggal 04 Juli 2013 pukul 11.00 WIB

- Subyektif : Klien mengatakan nafsu makannya meningkat
- Obyektif : Makanan yang disediakan 1 porsi dihabiskan, Berat badan meningkat 2 kg, mual (-), muntah (-), palpasi pada
- Assesment : Masalah teratasi
- Planning : Pasien KRS, follow up control kembali 1 minggu lagi, rencana dihitung buat discad planning (rencana KRS).

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

Tanggal 02 Juli 2013 pukul 08.00 WIB

- Subyektif : Klien mengatakan nyeri perut kanan atas.
- Obyektif : Wajah tampak menyeringai kesakitan, skala nyeri 4.
postur tubuh tegang, region.
- Assesment : Masalah belum teratasi
- Planning : Rencana tindakan dilanjutkan.

Tanggal 03 Juli 2013 pukul 11.00 WIB

Subyektif : Klien mengatakan nyeri perut kanan atas berkurang (terkontrol),
dan klien mengatakan mengerti sebab-sebab nyeri yang
dialaminya

Obyektif : Wajah tampak sedikit tenang, klien dapat melakukan teknik
manajemen mengurangi nyeri dengan cara teknik relaksasi,
postur tubuh rileks, skala nyeri 0.

Assesment : Masalah teratasi

Planning : Rencana tindakan dihentikan

3. Gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri perut kanan atas ditandai dengan
ungkapan klien bahwa klien susah tidur dan sering terbangun saat tidur.

Tanggal 02 Juli 2013 pukul 08.00 WIB

Subyektif : Klien mengatakan kurang tidur dan sering terbangun saat tidur

Obyektif : Klien sering menguap, mata cowong, sklera merah.

Assesment : Masalah belum teratasi

Planning : Rencana tindakan dilanjutkan

Tanggal 03 Juli 2013 pukul 12.30 WIB

Subyektif : Klien mengatakan kebutuhan istirahat tidurnya terpenuhi dan tidak
terbangun saat tidur.

Obyektif : Klien dan keluarga mengerti pentingnya istirahat bagi tubuh, sklera
merah (-), pasien tidak menguap,

Assesment : Masalah teratasi

Planning : Rencana tindakan hentikan

3.5.2 Evaluasi

Evaluasi ini merupakan hasil akhir pada Tn. D dengan Hepatitis yang didapatkan sebagai berikut :

1. Gangguan pemenuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan nafsu makan yang menurun ditandai dengan klien mengatakan nafsu makannya menurun, perut kembung, mual, dan muntah Makanan yang disediakan tidak dihabiskan, (habis 3-4 sendok/porsi), Berat badan menurun 8 kg, (sebelum masuk rumah sakit 60 kg), Muntah 2x/hari, Perkusi hipertimpani. Tujuan tercapai **tanggal 04 Juli 2013 pukul 11.00 WIB**. Klien mengatakan nafsu makannya meningkat, makanan yang disediakan 1 porsi dihabiskan, Berat badan meningkat 2 kg, mual (-), muntah (-), perkusi timpani.
2. Diagnosa keperawatan : gangguan rasa nyaman (nyeri) berhubungan dengan pembekakan hepar yang mengalami inflamasi hati dan bendungan vena porta, ditandai dengan klien mengatakan nyeri perut kanan pada bagian atas, nyeri terasa kadang datang dan kadang hilang, postur tubuh tampak tegang wajah tampak menyeringai kesakitan, palpasi pada region, skala nyeri 4 (sedang). Tujuan tercapai **tanggal 03 Juli 2013 pukul 11.00 WIB**. Klien mengatakan sudah mengerti tentang sebab-sebab nyeri yang dialaminya, wajah tampak sedikit tenang, postur tubuh rileks, skala nyeri 0, klien dapat melakukan manajemen nyeri dengan cara teknik relaksasi saat nyeri datang.

3. Gangguan pola tidur berhubungan dengan nyeri perut kanan atas ditandai dengan ungkapan klien bahwa klien susah tidur dan sering terbangun saat tidur, ditandai dengan klien mengatakan kebutuhan istirahat tidak tidurx terpenuhi dan klien sering terbangun saat tidur, klien sering menguap, sklera merah. Tujuan tercapai **tanggal 03 Juli 2013 pukul 12.30 WIB**. Klien mengatakan kebutuhan istirahat tidurx terpenuhi dan tidak terbangun saat tidur, wajah tampak sedikit tenang, pasien tidak menguap, sklera merah (-), klien dan keluarga mengerti pentingnya istirahat bagi tubuh.