

BAB 3

TINJAUAN KASUS

Untuk lebih memahami asuhan keperawatan pada pasien Hepatitis B dalam hal ini penulis mengambil salah satu pasien dengan kasus Hepatitis B di ruang Shofa - marwah RS SITI KHODIJAH Sepanjang Sidoarjo. Dimana dalam kasus ini penulis memberikan asuhan keperawatan secara intensif dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan.

3.1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian: Pada tanggal 30 Juni 2015 jam 10.00 WIB

3.1.1. Pengumpulan data

1. Identitas

Nama pasien adalah Tn. FT. Ia berjenis kelamin laki - laki. Usianya 29 tahun. Bersuku Bangsa Jawa. Pekerjaan sebagai Wiraswasta. Pendidikan terakhirnya adalah SMU. Alamat rumah : Kesamben, Jombang. Di ruang Shofa-Marwah, No. Register 487XXX, Tanggal MRS 24 Juni 2015 jam 15.30 WIB, dengan diagnosa medis Hepatitis B.

2. Keluhan Utama

Pasien mengatakan nyeri perut kanan atas

3. Riwayat Penyakit Sekarang

Pasien mengatakan panas selama 3 hari mulai tanggal 21 Juni 2015 bahkan sampai menggigil, mual dan muntah disertai seluruh badan lemes. Pada tanggal 24 Juni 2015 pasien dibawa ke Puskesmas terdekat. Kemudian pasien dirujuk ke UGD RS. Siti Khodijah Sepanjang Sidoarjo pada tanggal 24 Juni

2015 pukul 15.00 WIB. Di UGD pasien dipasang infus RL 500 cc dan mendapatkan terapi injeksi Antrain 2 ml, Ceftriaxone 1 gram dan Ranitidine 2ml. Lalu pasien disarankan untuk opname di ruang Shofa-Marwah. Pada saat pengkajian pasien mengeluh nyeri perut kanan atas skala nyeri 4 (0-10), nyeri seperti ditusuk benda tajam dan meningkat pada malam hari sehingga pasien sering terbangun pada saat tidur.

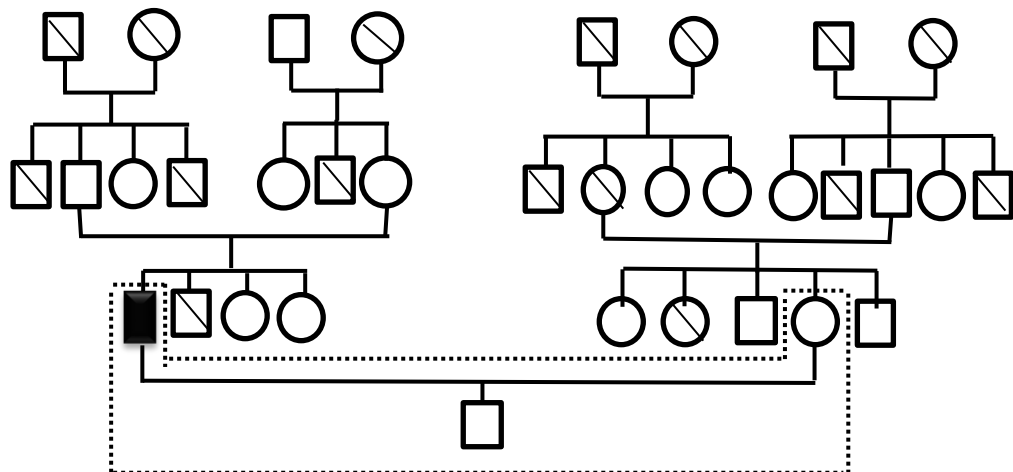
4. Riwayat Penyakit Dahulu

Pasien mengatakan pasien tidak mempunyai riwayat penyakit seperti diabetes melitus, hipertensi, dan TBC. Pasien juga mengatakan bahwa sebelumnya tidak pernah mengalami riwayat penyakit seperti ini.

5. Riwayat Penyakit Keluarga

Pasien mengatakan ada anggota keluarganya yang pernah mengalami penyakit kuning seperti ini sekitar 6 bulan yang lalu, pasien menjenguknya saat di rawat di Rumah Sakit Jombang.

Genogram :



Gambar 3.1 Genogram

Keterangan :

□ : Laki-Laki

- : Perempuan
- : Pasien
- : Tinggal 1 rumah
- \\ : Meninggal

6. Pola Fungsi Kesehatan

1) Pola Persepsi dan Tata Laksana Hidup Sehat

Pasien mengatakan sebelum masuk rumah sakit, mandi 3x sehari, sikat gigi 2x sehari dan mencuci rambut 3 hari 1x. Dan selama di rumah sakit Pasien mengatakan di seka 2x sehari dibantu istrinya, dan gosok gigi pasien 1x sehari dan selama dirawat di rumah sakit pasien belum mencuci rambutnya.

2) Pola Nutrisi dan Metabolisme

Pasien mengatakan sebelum masuk rumah sakit makan 3x sehari, dengan jenis makanan yang di makan yaitu : nasi, sayur, lauk, dan buah kadang-kadang. Pasien tidak mempunyai alergi makanan, pasien biasa minum air putih kurang lebih 1500 cc/hari. Selama masuk rumah sakit makan 3x sehari dengan diit TKTP, hanya menghabiskan 3-4 sendok dengan dibantu istrinya, nafsu makan menurun, minum air putih \pm 1 liter/hari, pasien masih mual dan muntah setiap mau makan.

3) Pola Eliminasi

a. Eliminasi Alvi

Pasien mengatakan sebelum masuk rumah sakit buang air besar tiap pagi berwarna kuning, tidak ada kesulitan untuk buang air besar, konsistensi lembek. Selama di rumah sakit buang air besar 1 kali

dengan konsistensi lembek warna pucat, dan tidak ada keluhan saat buang air besar, baunya khas.

b. Eliminasi Uri

Pasien mengatakan sebelum masuk rumah sakit biasanya buang air kecil 4-5 x dalam sehari, warna kuning jernih, dan berbau khas. Selama di rumah sakit pasien buang air kecil dengan frekuensi 3-4 kali sehari, warna seperti teh pekat, pancaran lancar dan tidak ada keluhan saat buang air kecil. Pasien tidak terpasang kateter dan BAK ke kamar mandi dengan dibantu oleh istrinya.

4) Pola Istirahat dan Tidur

Pasien mengatakan sebelum masuk rumah sakit pasien biasa tidur malam \pm 8 jam. Selama di rumah sakit pasien mengatakan susah tidur karena adanya rasa nyeri pada perut bagian kanan atas, dan pasien sering terbangun saat tidur, siang pasien tidur sekitar 1 jam sehari dan malam pasien tidur kurang lebih 4 jam karena sering terbangun.

5) Pola Aktivitas dan Latihan

Pasien mengatakan sebelum masuk rumah sakit pasien mampu memenuhi kebutuhan sehari-hari dengan mandiri karena tidak ada keterbatasan aktivitas maupun fisik misalnya duduk, berjalan, makan, mandi dan lain-lain. Selama di rumah sakit pasien mengatakan hanya tiduran saja karena merasa lesu, lemah dan agak sedikit pusing.

6) Pola Persepsi dan Konsep Diri

a. Harga Diri : Pasien mengatakan merasa dihargai oleh lingkungannya dan pasien tidak menarik diri dari lingkungannya.

- b. Ideal Diri : Pasien mengatakan penyakitnya ini pasti akan sembuh.
- c. Identitas Diri : Pasien mengatakan bahwa dirinya berumur 53 tahun dan berjenis kelamin laki-laki dan bekerja sebagai buruh pabrik roti di Surabaya.
- d. Peran : Pasien berperan sebagai suami dan ayah dari satu orang anaknya.
- e. Gambaran Diri : Pasien mengatakan bahwa penyakit yang dideritanya adalah cobaan dari Allah SWT.

7) Pola Sensori dan Kognitif

1. Sensori :

- a. Pasien mengatakan tidak mengalami gangguan penglihatan, pendengaran, peraba, serta penciuman.
- b. Pasien mengatakan nyeri perut bagian kanan atas, nyeri yang dirasakan seperti ditusuk benda tajam tapi rasa sakitnya itu hilang muncul dan sering terjadi pada malam hari saat tidur dengan skala nyeri 4 (0-10).

- ##### 2. Kognitif : Pasien mengetahui tentang penyakit yang dideritanya ini bisa menular dan khawatir bisa menularkan ke anggota keluarga lainnya.

8) Pola Reproduksi dan Seksual

Pasien mengatakan bahwa dirinya sebelum masuk rumah sakit melakukan hubungan seksual dengan istrinya tanpa ada keluhan. Selama di rumah sakit pasien tidak melakukan hubungan seksual karena pasien mengerti penyakitnya bisa menular.

9) Pola Hubungan dan Peran

Pasien mengatakan hubungan dengan anggota keluarga lainnya sangat baik dan harmonis. Pasien dan keluarga juga kooperatif dengan semua tindakan keperawatan yang akan dilakukan.

10) Pola Penanggulangan Stress

Pasien mengatakan saat di rumah jika ada masalah selalu di bicarakan dengan orang terdekatnya yaitu istrinya.

11) Pola Tata Nilai dan Kepercayaan

Pasien mengatakan beragama islam, shalat 5 waktu. Selama di rumah sakit pasien melakukan shalat dengan berbaring.

3.1.2. Pemeriksaan Fisik

Keadaan umum lemah, kesadaran kompos metis (GCS 4-5-6), pemeriksaan tanda vital diperoleh suhu : 36,8° C nadi 86 kali permenit, tekanan darah 110/70 mmHg, pernafasan 20 kali permenit. Dengan berat badan 56 kilogram dan tinggi badan 170 cm.

1. Kepala

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

2. Muka

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

3. Leher

Tidak ada pembesaran kelenjar thyroid dan nadi karotis teraba.

4. Mata

Bentuk mata simetris, konjungtiva anemis, sklera warna kuning, dan tidak ada benjolan pada palbebra.

5. Telinga

Bentuk telinga simetris, telinga bersih dan tidak terdapat serumen.

6. Hidung

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

7. Mulut dan Faring

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

8. Dada (Thorak)

Inspeksi : Bentuk dada tampak simetris, tidak ada lesi, frekuensi nafas normal 20 kali permenit, tidak ada kesulitan bernafas, tidak menggunakan otot bantu nafas.

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan dan tidak ada benjolan

Perkusi : Terdapat suara sonor pada lapang paru terdapat suara redup pada suara redup jantung.

Auskultasi : Suara jantung 1 dan 2, ICS 2-3 dan 4-5, tidak ada suara tambahan gallop murmur dan tidak ada suara nafas tambahan (wheezing dan ronchi)

9. Abdomen

Inspeksi : Perut tampak bersih, tidak didapatkan benjolan, tidak ascites, tidak terdapat jaringan parut.

Palpasi : Perut teraba keras dan nyeri tekan dengan skala 4 (0-10) pada perut bagian kanan atas pada kuadran atau region, terjadi pembesaran pada hepar.

Perkusi : Suara terdengar thympani pada lambung dan terdengar redup pada hepar.

Auskultasi : Terdengar bising usus normal 10-14 kali permenit

10. Genetelia dan anus

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

11. Integumen

Warna kulit kuning, terpasang infus RL 500 CC 21 tetes permenit, tidak didapatkan sianosis, akral hangat dan CRT <2 detik.

12. Ekstermitas dan Neurologis

- Ekstremitas atas dan ekstremitas bawah berfungsi dengan baik
- Tangan kanan terpasang infus.

3.1.3. Pemeriksaan Penunjang

1. Pemeriksaan Laboratorium

Hasil pemeriksaan pada tanggal 30 Juni 2015

- a. Hemoglobin : 15,5 gr/dl (Normal : 13,4 – 17,7 gr/dl)

- b. Leokosit : 12.000/mm³ (Normal : 4.000–10.000/mm³)

Terjadi peningkatan leokosit karena adanya inflamasi pada hepar, dan fungsi dari sel darah putih sendiri adalah sebagai bagian sistem kekebalan tubuh untuk melawan bakteri atau virus yang ada dalam tubuh kita.

- c. LED : 3 mm/jam (Normal : 0 – 15 mm/jam)

- d. Eritrosit : 5,5 juta/mm³ (Normal : 5-6 juta/mm³)

- e. Trombosit : 135.000 (N : 150.000-400.000/cmm³)

Trombositopenia disebabkan oleh kerusakan trombosit dalam peredaran darah, hal ini akan menyebabkan penurunan proses pembekuan darah.

- f. PCV : 49% (Normal : 40 – 52 %)

- g. SGOT : 1771 (Normal : 5 – 37 U/L)

- h. SGPT : 1603 (Normal : 5 – 41 U/L)

SGOT/SGPT merupakan enzim-enzim intra seluler yang terutama berada di organ jantung dan organ hati. Terlepas dari jaringan yang rusak, pada kasus meningkat karena terjadi kerusakan pada sel hati.

- i. Bill Direct : 6,38 (Normal : < 0,25 MG/DL)

- j. Bill Total : 9,78 (Normal : 0,1 – 1,2 MG/DL)

Pada hasil pemeriksaan billirubin direct maupun billirubin total terjadi peningkatan dikarenakan terjadi nekrosis seluler

- k. HBSAg : Positif (Normal : Negatif)

- l. Anti HAV : Negatif (Normal : Negatif)

Hal ini membuktikan bahwa virus hepatitis yang ada pada tubuh pasien adalah Virus Hepatitis B (VHB)

- m. Albumin : 3,6 g/dl (Normal : 4-5,2 g/dl)

Hal ini disebabkan karena sebagian besar protein serum disintesis oleh hati dan karena itu kadarnya menurun.

2. Terapi

- a. Inj. Ceftriaxone 2 x 1 gram
- b. Inj. Ranitidine 2 x 2 mg
- c. Inj. Antrain 3 x 1 mg
- d. Inj. Ondan Centron 2 x 4 mg
- e. P.O UDCA 3 x 250 mg
- f. P.O Sanfuliq 3 x 250 mg
- g. Infus RL 500 CC 21 tetes permenit
- h. Diit TKTP 2100 kkal

3.1.4. Analisa Sintesa

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

1. Kelompok data pertama (tanggal 30 Juni 2015)

1). Data Subyektif

Pasien mengatakan nyeri perut kanan atas seperti ditusuk benda tajam dan meningkat pada malam hari dengan skala nyeri 4 (0-10).

2). Data Obyektif

- Adanya inflamasi pada hepar (leukosit 12.000 /mm³, nilai normal : 4.000-10.000/mm³)
- Wajah tampak menyeringai menahan kesakitan
- Postur tubuh tegang
- Tangan pasien memegang daerah yang sakit (perut sebelah kanan atas)
- Pemeriksaan tanda vital diperoleh suhu : 36,8° C, nadi 86 kali permenit, tekanan darah 110/70 mmHg, pernafasan 20 kali permenit.

3). Masalah

Nyeri akut

4). Kemungkinan Penyebab

Pembengkakan Hepar

2. Kelompok data kedua (tanggal 30 Juni 2015)

1). Data Subyektif

Pasien mengatakan nafsu makannya menurun, mual dan muntah setiap mau makan.

2). Data Obyektif

- Anthropometri : Berat badan menurun 9 kilogram selama kurang lebih 2 minggu (sebelum masuk rumah sakit 65 kilogram sekarang menjadi 56 kilogram, tinggi badan : 170 cm)
- Biokimia : Pemeriksaan albumin didapatkan 3,6 g/dl (N : 4-5,2 g/dl) dan hemoglobin 15,5 g/dl (N : 13,4-17,7 g/dl)

- Tanda klinis : Nafsu makan menurun, makanan yang disediakan tidak dihabiskan, hanya menghabiskan 3 – 4 sendok dan muntah setiap mau makan, pasien tampak lesu dan lemah.
- Diit : Tinggi Kalori Tinggi Protein (TKTP) 2100 kkal, pasien hanya menghabiskan 3-4 sendok makan.
- Pemeriksaan tanda vital diperoleh suhu : 36,8° C, nadi 86 kali permenit, tekanan darah 110/70 mmHg, pernafasan 20 kali permenit.

3). Masalah

Ketidakeimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh

4). Kemungkinan Penyebab

Nafsu makan menurun

3. Kelompok data ketiga (tanggal 30 Juni 2015)

1). Data Subyektif

Pasien mengatakan kurang tidur dan sering terbangun disaat tidur malam hari. Kurang lebih pasien hanya tertidur 4-5 jam/24 jam

2). Data Obyektif

- Mata tampak sayu
- Pasien tampak sering menguap
- Pemeriksaan tanda vital diperoleh suhu : 36,8° C, nadi 86 kali permenit, tekanan darah 110/70 mmHg, pernafasan 20 kali permenit.

3). Masalah

Gangguan kebutuhan tidur

4). Kemungkinan Penyebab

Nyeri

4. Kelompok data keempat (tanggal 30 Juni 2015)

1) Data Subyektif

Pasien mengatakan tidak mengetahui cara penularan penyakit yang dideritanya saat ini.

2) Data Obyektif

- Pasien tidak bisa menjawab pertanyaan dengan benar
- Pasien tidak mengetahui sepenuhnya penyakit yang dideritanya
- Pemeriksaan tanda vital diperoleh suhu : 36,8° C, nadi 86 kali permenit, tekanan darah 110/70 mmHg, pernafasan 20 kali permenit.

3) Masalah

Kurang pengetahuan tentang penyakit

4) Kemungkinan Penyebab

Kurangnya informasi

3.2. Diagnosa Keperawatan

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

- a. Nyeri akut berhubungan dengan pembengkakan hepar yang mengalami inflamasi hati dan bendungan vena porta ditandai dengan wajah tampak menyeringai menahan rasa sakit, skala nyeri 4 (0 – 10).
- b. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan perasaan tidak nyaman di kuadran kanan atas ditandai dengan

makanan yang disediakan tidak dihabiskan, berat badan menurun, BB 56 kilogram.

- c. Gangguan kebutuhan istirahat dan tidur berhubungan dengan nyeri perut kanan atas ditandai dengan ungkapan pasien sering terbangun saat tidur malam, pasien menguap dan mata sayu.
- d. Kurang pengetahuan tentang penyakit berhubungan dengan kurangnya sumber informasi.

3.3. Perencanaan Keperawatan

Setelah diagnosa keperawatan di susun sesuai prioritas masalah maka penulis menyusun perencanaan yang dilaksanakan tanggal 30 Juni 2015.

1. Diagnosa Keperawatan : Nyeri akut berhubungan dengan pembengkakan hepar yang mengalami inflamasi hati dan bendungan vena porta ditandai dengan wajah tampak menyeringai menahan rasa sakit, skala nyeri 4 (0 – 10).
 1. Tujuan : Setelah dilakukan keperawatan dalam waktu 2 x 24 jam, diharapkan nyeri berkurang atau hilang (terkontrol).
 2. Kriteria Hasil (NOC) :
 - a. Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan tehnik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan).
 - b. Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri.
 - c. Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi, dan tanda nyeri).
 - d. Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang.

3. Rencana Tindakan (NIC) :

- a. Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi
- b. Observasi tanda – tanda vital (suhu, tekanan darah, nadi dan pernafasan)
- c. Ajarkan pasien untuk melakukan teknik manajemen mengurangi nyeri dengan cara teknik relaksasi (tarik nafas dalam) dan distraksi (mengobrol) saat terjadi nyeri.
- d. Beri posisi yang nyaman pada pasien dengan miring ke kanan
- e. Tunjukkan pada pasien penerimaan tentang respon pasien terhadap nyeri (akui adanya nyeri, dengarkan dengan penuh perhatian ungkapan pasien tentang nyeri).
- f. Berikan informasi yang akurat dan jelaskan penyebab nyeri.
- g. Kolaborasi dengan dokter dan tim medis lainnya dalam pemberian analgesik dan antibiotik.

4. Rasional

- a. Dalam mengkaji karakteristik nyeri, kita dapat mengetahui lokasi, frekuensi, durasi dan intensitas nyeri sehingga dapat diberikan pengobatan yang efektif.
- b. Perubahan TTV dapat menunjukkan perubahan kondisi pasien
- c. Dengan teknik relaksasi nafas dalam akan mengurangi ketegangan otot-otot sehingga nyeri yang dialami akan berkurang dan dengan teknik distraksi mengobrol dengan anggota keluarga maka perhatian pasien terhadap nyeri yang dirasakan pun berkurang.

- d. Posisi yang nyaman dengan memiringkan badan ke kanan dapat mengurangi nyeri.
 - e. Pasien yang disiapkan untuk menghadapi nyeri melalui penjelasan nyeri yang sudah sesungguhnya dirasakan
 - f. Pasien disiapkan untuk mengalami nyeri melalui penjelasan nyeri yang sesungguhnya dirasakan.
 - g. Analgetik membantu dalam menghilangkan nyeri dan antibiotik untuk mencegah dan mengatasi infeksi.
2. Diagnosa Keperawatan : Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan perasaan tidak nyaman di kuadran kanan atas ditandai dengan makanan yang disediakan tidak dihabiskan, berat badan menurun, BB 56 kilogram
1. Tujuan : Setelah dilakukan keperawatan dalam waktu 3x24 jam, diharapkan kebutuhan nutrisi dalam tubuh terpenuhi.
2. Kriteria Hasil (NOC) :
- a. Adanya peningkatan berat badan
 - b. Nafsu makan meningkat
 - c. Pasien tidak mual dan muntah
 - d. Makanan yang disajikan habis
3. Rencana Tindakan (NIC) :
- a. Kaji adanya alergi makanan
 - b. Awasi pemasukan diet atau jumlah kalori
 - c. Berikan makanan porsi kecil atau sedikit tapi sering dalam keadaan masih hangat

- d. Berikan perawatan mulut sebelum makan
- e. Dorong pemasukan sari jeruk
- f. Lakukan penimbangan berat badan.
- g. Berikan informasi tentang kebutuhan nutrisi.
- h. Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian antasida dan antiemetik.

4. Rasional

- a. Untuk menentukan bahwa pasien tidak memiliki riwayat alergi makanan
 - b. Untuk merangsang timbulnya nafsu makan dan mengurangi mual serta mencegah muntah
 - c. Membantu perawatan yang tepat dan mencegah dehidrasi
 - d. Untuk mengetahui pemenuhan nutrisi pada pasien
 - e. Untuk mengetahui perkembangan berat badan pada pasien
 - f. Meningkatkan pengetahuan pada pasien tentang pentingnya nutrisi dan membantu meningkatkan nafsu makan pasien
 - g. Pasien dan keluarga pasien agar lebih menegerti lagi bahwa pentingnya kebutuhan nutrisi pada tubuh.
 - h. Dapat menurunkan mual dan iritasi / resiko pendarahan pada gaster.
3. Diagnosa Keperawatan : gangguan kebutuhan istirahat dan tidur berhubungan dengan nyeri perut kanan atas ditandai dengan ungkapan pasien sering terbangun saat tidur malam, pasien menguap dan mata sayu.
1. Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan dalam waktu 2x24 jam diharapkan kebutuhan istirahat dan tidur pasien terpenuhi.

2. Kriteria Hasil (NOC) :
 - a. Kualitas tidur pasien membaik
 - b. Pasien dan keluarga mengerti pentingnya istirahat bagi tubuh
3. Rencana tindakan (NIC) :
 - a. Berikan penjelasan kepada pasien dan keluarga pentingnya istirahat.
 - b. Berikan lingkungan yang nyaman
 - c. Bantu pasien mendapatkan posisi tidur yang nyaman
4. Rasional
 - a. Dengan penjelasan diharapkan pasien dan keluarga mengerti bahwa dengan istirahat yang cukup dapat membantu penyembuhan
 - b. Lingkungan yang bersih dan nyaman dapat meningkatkan pola tidur pasien
 - c. Dengan posisi tidur yang nyaman dan aman pasien dapat tidur dengan tenang.
4. Diagnosa Keperawatan : Kurang pengetahuan tentang penyakit berhubungan dengan kurangnya sumber informasi ditandai dengan pasien tidak bisa menjawab pertanyaan yang diberikan.
 1. Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 x 24 jam pasien dan keluarga pasien mengerti akan proses penyakitnya, program perawatan dan terapi yang diberikan.
 2. Kriteria Hasil (NOC) :
 - c. Pasien dan keluarga menyatakan pemahaman tentang proses penyakit, program perawatan dan terapi yang diberikan

- d. Pasien dan keluarga mampu melaksanakan prosedur yang dijelaskan secara benar.
- e. Pasien dan keluarga mampu menjelaskan kembali apa yang dijelaskan perawat atau tim kesehatan lainnya.

3. Intervensi (NIC) :

- a. Berikan penilaian tentang tingkat pengetahuan pasien tentang proses penyakit yang spesifik.
- b. Jelaskan patofisiologi dari penyakit dan bagaimana hal ini berhubungan anatomi dan fisiologi dengan cara yang tepat.
- c. Gambarkan tanda dan gejala yang biasa muncul pada penyakit, dengan cara yang tepat.
- d. Identifikasi kemungkinan penyebab, dengan cara yang tepat.
- e. Intruksikan pasien mengenal tanda dan gejala untuk melaporkan pada pemberi perawatan kesehatan, dengan cara yang tepat.

4. Rasional :

- a. Dengan menggunakan sistem penilaian tentang tingkat pengetahuan pasien maka akan meningkatkan tingkat derajat pengetahuan kesehatan yang lebih baik.
- b. Keluarga mengetahui patofisiologi dari penyakitnya.
- c. Dengan dilakukanya health education pasien dan keluarga akan lebih memahami kondisi penyakit.
- d. Pasien dan keluarga mengetahui akan penyakitnya.
- e. Dengan pemberian informasi yang cukup pasien dan keluarga mampu mengenal tanda dan gejala awal penyakitnya.

3.4. Pelaksanaan Tindakan Keperawatan

Setelah rencana tindakan disusun, selanjutnya penulis melaksanakan tindakan keperawatan yang telah dituliskan pada perencanaann. Pelaksanaan dimulai tanggal 30 Juni 2015.

1. Nyeri akut berhubungan dengan pembengkakan hepar yang mengalami inflamasi hati dan bendungan vena porta.

Tanggal 30 Juni 2015

- 1) Pukul 07.10 WIB

Mengkaji nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi.

Respon : Pasien tampak menyeringai dan memegang perut kanan atas dengan skala nyeri 4 (0-10)

- 2) Pukul 07.25 WIB

Mengajarkan pasien untuk melakukan teknik manajemen nyeri (relaksasi) nafas dalam

Respon : Pasien dapat melakukan teknik relaksasi nafas dalam dengan menarik nafas dalam dan menahannya selama 5 detik lalu menghembuskan pelan – pelan melalui mulut.

- 3) Pukul 08.35 WIB

Menunjukkan pada pasien penerimaan tentang respon pasien terhadap nyeri (akui adanya nyeri, dengarkan dengan penuh perhatian ungkapan pasien tentang nyeri).

Respon : pasien tampak menyeringai menahan sakit.

4) Pukul 10.45 WIB

Kolaborasi dengan dokter dan tim medis lainnya dalam pemberian analgesik dan antibiotik

Respon : Pasien meminum obat sesuai advis yang diberikan dokter

5) Pukul 11.30 WIB

Melakukan observasi tanda-tanda vital (suhu : 36,5° C, tekanan darah : 110/70 mmHg, nadi : 90 kali permenit dan pernafasan : 20 kali permenit).

Respon : Pasien kooperatif bersedia untuk diperiksa

6) Pukul 11.45 WIB

Memberi posisi yang nyaman pada pasien

Rasional : pasien berterima kasih

Tanggal 01 Juli 2015

1) Pukul 08.00 WIB

Kolaborasi dengan dokter dengan memberikan injeksi analgesik dan antibiotik

Respon : Pasien kooperatif

2) Pukul 11.30 WIB

Memberi penjelasan tentang penyebab terjadinya nyeri

Respon : Pasien dan keluarga mengerti dan memahami penjelasan yang diberikan

3) Pukul 13.40 WIB

Melakukan observasi tanda – tanda vital (suhu : 37,2° C, tekanan darah : 110/70 mmHg, nadi : 86 kali permenit dan pernafasan : 22 kali permenit)

Respon : Pasien kooperatif

2. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan perasaan tidak nyaman di kuadran kanan atas.

Tanggal 30 Juni 2015

- 1) Pukul 07.05 WIB

Mengkaji adanya alergi makanan

Respon : pasien mengatakan tidak memiliki riwayat alergi

- 2) Pukul 08.05 WIB

Menganjurkan pasien untuk melakukan oral hygiene

Respon : Pasien mau melakukan oral hygiene

- 3) Pukul 09.10 WIB

Memberikan makanan porsi kecil atau sedikit tapi sering dalam keadaan masih hangat

Respon : Pasien hanya menghabiskan 3-4 sendok makan.

- 4) Pukul 10.15 WIB

Menganjurkan pasien mengkonsumsi sari jeruk

Respon : pasien mau mengikuti anjuran yang diberikan dengan mengkonsumsi sari jeruk.

- 5) Pukul 10.50 WIB

Mencatat pemasukan diet dan jumlah kalori

Respon : Pasien kooperatif

6) Pukul 11.20 WIB

Menjelaskan manfaat nutrisi pada pasien

Respon : Pasien dan keluarga mengerti akan pentingnya makanan bagi tubuh

7) Pukul 11.55 WIB

Melakukan penimbangan berat badan

Respon : berat badan 56 kilogram

8) Pukul 12.00 WIB

Berkolaborasi dengan dokter dalam pemberian antasida dan antiemetik

Tanggal 01 Juli 2015

1) Pukul 08.05 WIB

Menjelaskan manfaat pentingnya nutrisi pada pasien dan keluarga pasien

Respon : Pasien dan keluarga pasien mengerti dan memahami pentingnya makanan bagi tubuh

2) Pukul 11.00 WIB

memberikan makanan porsi kecil atau sedikit tapi sering dalam keadaan masih hangat

Respon : Pasien bisa menghabiskan $\frac{1}{2}$ porsi makannya

3) Pukul 12.15 WIB

Mencatat pemasukan diet atau jumlah kalori

Respon : pasien kooperatif

4) Pukul 14.00 WIB

Melakukan penimbangan berat badan

Respon : Pasien kooperatif, BB : 56 kilogram

Tanggal 02 Juli 2015

1) Pukul 19.00 WIB

Melakukan penimbangan berat badan pasien

Respon : Berat badan 57 kilogram

2) Pukul 20.30 WIB

Berkolaborasi dengan dokter dalam pemberian antiemetik

Respon : pasien kooperatif

3. Gangguan kebutuhan istirahat dan tidur berhubungan dengan nyeri perut kanan atas.

Tanggal 30 Juni 2015

1) Pukul 11.45 WIB

Memberikan penjelasan kepada pasien dan keluarga pentingnya istirahat dan tidur

Respon : Pasien dan keluarga kooperatif

2) Pukul 12.15 WIB

Membantu pasien mendapatkan posisi tidur yang nyaman dengan merapikan tempat tidur pasien

Respon : Pasien kooperatif dan berterima kasih

3) Pukul 12.20 WIB

Memberikan lingkungan yang nyaman dengan mengkondisikan lingkungan

Respon : pasien berterima kasih

Tanggal 01 Juli 2015

1) Pukul 12.00 WIB

Memberikan rasa aman dan nyaman kepada pasien dengan mengkondusifkan lingkungan sekitar

Respon : Pasien kooperatif dan berterima kasih

2) Pukul 12.10 WIB

Memberikan lingkungan yang bersih dan nyaman dengan merapikan tempat tidur pasien

Respon : Pasien kooperatif dan berterima kasih

4. Kurang pengetahuan tentang penyakit berhubungan dengan kurangnya sumber informasi.

Tanggal 30 Juni 2015

7) Pukul 11.10 WIB

Memberikan penilaian tentang tingkat pengetahuan pasien tentang proses penyakit yang spesifik.

Respon : Pasien tidak begitu banyak mengetahui tentang penyakitnya.

8) Pukul 12.05 WIB

Menjelaskan patofisiologi dari penyakit dan bagaimana hal ini berhubungan anatomi dan fisiologi dengan cara yang tepat.

Respon : pasien mendengarkan dengan baik.

9) Pukul 13.15 WIB

Menggambarkan tanda dan gejala yang biasa muncul pada penyakit, dengan cara yang tepat.

Respon : pasien tampak bisa memahami

Tanggal 01 Juli 2015

1) Pukul 12.08 WIB

Mengidentifikasi kemungkinan penyebab, dengan cara yang tepat.

Respon : pasien tidak mau bertanya, cenderung malu hanya diam.

2) Pukul 12.35 WIB

Menginstruksikan pada pasien agar mengenal tanda dan gejala untuk melaporkan pada pemberi perawatan kesehatan, dengan cara yang tepat.

Respon : pasien kooperatif dan bisa memahami

3) Pukul 13.00 WIB

Menilai kembali pengetahuan pasien tentang proses penyakitnya.

Respon : pasien mampu menjelaskan kembali apa yang sudah dijelaskan.

3.5. Evaluasi Keperawatan**3.5.1. Catatan Perkembangan**

Penulis menguraikan evaluasi dalam bentuk catatan perkembangan yang dimulai tanggal 30 Juni 2015.

1. Nyeri akut berhubungan dengan pembengkakan hepar yang mengalami inflamasi hati dan bendungan vena porta.

Tanggal 30 Juni 2015 pukul 13.00 WIB

Subyektif : Pasien mengatakan nyeri di perut kanan bagian atas

Obyektif : Wajah pasien tampak menyeringai menahan kesakitan, postur tubuh tegang, tangan pasien memegang daerah yang sakit (perut sebelah kanan atas), skala nyeri 4 (0 – 10).

Assesment : Masalah belum teratasi

Planning : Rencana tindakan keperawatan dipertahankan

Tanggal 01 Juli 2015 14.00 WIB

Subyektif : Pasien mengatakan nyeri di perut kanan bagian atas sudah mulai hilang.

Obyektif : Wajah pasien sudah tidak tampak menyeringai menahan kesakitan lagi, skala nyeri 2 (0 – 10).

Assesment : Masalah teratasi

Planning : Rencana tindakan keperawatan dipertahankan

2. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan perasaan tidak nyaman di kuadran kanan atas.

Tanggal 30 Juni 2015 pukul 13.00 WIB

Subyektif : Pasien mengatakan nafsu makannya menurun, setiap mau makan merasa mual disertai muntah

Obyektif : Makanan yang disediakan rumah sakit tidak dihabiskan, pasien hanya menghabiskan 3-4 sendok makan saja, pasien muntah setiap makan, berat badan pasien saat ini 56 kilogram dan berat badan sebelum sakit 65 kilogram. Berat badan pasien mengalami penurunan sekitar 9 kilogram sejak pasien sakit.

Assesment : Masalah belum teratasi

Planning : Rencana tindakan keperawatan dipertahankan

Tanggal 01 Juli 2015 pukul 14.00 WIB

Subyektif : Pasien mengatakan nafsu makannya membaik

Obyektif : Pasien mampu menghabiskan ½ porsi makannya dari makanan yang disediakan rumah sakit, berat badan saat ini 56 kilogram.

Assesment : Masalah teratasi sebagian

Planning : Rencana tindakan keperawatan dipertahankan

Tanggal 02 Juli 2015 pukul 21.00 WIB

Subyektif : Pasien mengatakan nafsu makannya membaik

Obyektif : Pasien mampu menghabiskan $\frac{3}{4}$ porsi makan dari makanan yang disediakan oleh rumah sakit. Berat badan pasien bertambah 1 kilogram, berat badan pasien saat ini 57 kilogram. Pasien masih merasa mual setiap mau makan tapi tidak muntah lagi.

Assesment : Masalah teratasi sebagian

Planning : Rencana tindakan keperawatan dipertahankan.

3. Gangguan kebutuhan istirahat dan tidur berhubungan dengan nyeri perut kanan atas.

Tanggal 30 Juni 2015 pukul 14.00 WIB

Subyektif : Pasien mengatakan susah untuk bisa tidur malam hari dikarenakan sering terbangun karena nyeri pada perutnya

Obyektif : Pasien tampak sering menguap, mata pasien cowong tampak kurang istirahat dan tidur, mata pasien sayu.

Assesment : Masalah belum teratasi

Planning : Rencana tindakan keperawatan dipertahankan

Tanggal 01 Juli 2015 pukul 14.00 WIB

Subyektif : Pasien mengatakan sudah bisa tidur nyenyak dan nyaman karena nyerinya sudah mulai mereda.

Obyektif : Pasien tidak tampak menguap lagi

Assesment : Masalah teratasi

Planning : Rencana tindakan keperawatan dipertahankan.

4. Kurang pengetahuan tentang penyakit berhubungan dengan kurangnya sumber informasi.

Tanggal 30 Juni 2015 pukul 14.05 WIB

Subyektif : Pasien mengatakan sudah sedikit memahami proses dari penyakitnya.

Obyektif : Pasien mampu menjelaskan kembali penjelasan yang sudah diberikan

Assasment : Masalah teratasi sebagian

Planning : Rencana tindakan dilanjutkan.

Tanggal 01 Juli 2015 pukul 14.15 WIB

Subyektif : Pasien mengatakan sudah mengerti proses penyakit yang dideritanya

Obyektif : Pasien mampu memaparkan kembali penjelasan yang sudah diberikan

Assasment : Masalah teratasi

Planning : Rencana tindakan keperawatan dipertahankan.