



Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN TN. A DENGAN
HEPATITIS A DI RUANGAN PENYAKIT DALAM 1301
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KOJA
JAKARTA UTARA**

DEWI ALFRIDA

2011087

**PRODI DIPOLMA TIGA KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN RS HUSADA
JAKARTA, 2023**



Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN TN. A DENGAN
HEPATITIS A DI RUANG PENYAKIT DALAM 1301
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KOJA
JAKARTA UTARA**

Laporan Tugas Akhir

**Diajukan sebagai persyaratan dalam menyelesaikan
Pendidikan Diploma Tiga Keperawatan**

DEWI ALFRIDA

2011087

**PRODI DIPLOMA TIGA KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN RS HUSADA**

Jakarta, 2023

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

**Laporan Tugas Akhir ini adalah hasil karya sendiri,
dan semua sumber baik yang dikuti maupun dirujuk
telah saya nyatakan benar.**

Nama : Dewi Alfrida

Nim : 2011087

Tanda tangan :

Tanggal :

LEMBAR PENGESAHAN

**Asuhan Keperawatan Pada Pasien Tn. A Dengan
Hepatitis A Di Ruang Penyakit Dalam 1301
Rumah Sakit Umum Daerah Koja
Jakarta Utara**

Pembimbing

(Enni Juliani, M.Kep)

Penguji I

Penguji II

(Ns. Ulfa Nur Rohmah, M.Kep)

(Ns. Hotmarina Purba, S.Kep)

Menyetujui

Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada

(Ellynia, S.E., M.M)

Ketua

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kepada Tuhan Yesus Kristus, karena atas berkat dan kasih karunia-Nya, penulis dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini. Penulisan Tugas Akhir ini dilakukan dalam rangka memenuhi persyaratan untuk menyelesaikan pendidikan Diploma Tiga Keperawatan di STIKes RS Husada. Saya menyadari bahwa, tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak, dari masa perkuliahan sampai pada penyusunan Laporan Tugas Akhir ini, sangatlah sulit bagisaya untuk menyelesaikan tugas akhir ini. Oleh karena itu, saya mengucapkan terima kasih kepada:

1. Ellynia, SE.,M.M selaku Direktur Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada;
2. Enni Juliani, M.Kep selaku dosen pembimbing yang telah menyediakan waktu,tenaga, dan pikiran untuk mengarahkan penulis dalam penyusunan Karya TulisIlmiah ini;
3. Ns. Ulfa Nur Rohmah, M.Kep selaku penguji I yang telah memberikan kritik untuk kemajuan karya ilmiah ini;
4. Ns. Hotmarina Purba, S.Kep selaku penguji II yang telah memberikan kritik untuk kemajuan karya ilmiah ini;
5. Ns. Yarwin Yari, M.Biomed selaku wali kelas yang selalu mengingatkan untuk menyelasikan kuliah tepat waktu dan menyeleasikan tugas dengan segera mungkin;
6. Seluruh staf dosen dan tenaga pendidikan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husadayang telah membimbing dan membantu dalam kelancaran studi;
7. Pihak RSUD Koja Jakarta Utara yang telah banyak membantu dalam usaha memperoleh data yang saya perlukan;
8. Tn. A dan keluarga yang menerima kedatangan penulis dengan kooperatif selama memberikan asuhan keperawatan dari awal sampai akhir serta banyak membantu dalam usaha memperoleh data yang saya perlukan;
9. Orang tua ku yang tersayang Bapak Tanan Sirampun, Bapak Jimmi Tang'do dan Mamak Rida Pakabu yang selalu mendoakan, memberikan dukungan secara materi maupun moral, dan memberikan motivasi. Saat saya hampir pasrah dengan keadaan, orang tua saya selalu memberikan motivasi dan mendorong saya untuk terus maju serta tidak menyerah dengan keadaaan. Satu hal yang saya ingat pesan dari mamak “Tidak ada orang yang sukses tanpa melewati proses, nikmati prosesnya, andalkan Tuhan dalam segala hal, dan kamu akan melihat hasilnya jika kamu bertahan didalam proses

itu, karena emas yang murni dihasilkan dari dapur perapian yang menyala-nyala, hidup pun seperti itu” dan satu ayat Alkitab yang diberikan orang tua untuk menjadi pegangan saya dalam menjalani pendidikan ini yaitu di dalam Amsal 23:18 “Karena masa depan sungguh ada, dan harapan mu tidak akan hilang”. Ayat inilah yang memotivasi saya untuk terus berjuang dari awal semester hingga akhir semester selama berkuliah di STIKes RS Husada dan mampu menyelesaikan Tugas Laporan Akhir ini;

10. Kedua abang saya Bihar Pakabu, Jendri Pakabu dan adik-adik saya Rinto Pakabu, Birna Pakabu, Andre Pakabu, Riki Pakabu, Aldi Pakabu, Meymei Pakabu, Kesya Pakabu yang selalu menyemangati, memberikan dukungan dan meluangkan waktu untuk menghibur saya di saat sedih dalam mengerjakan tugas kuliah serta selalu bersedia untuk di repotkan;
11. Kedua kakak sepupu saya Nurmil Lomo, Naslin Lomo dan mama tua Lina Bala yang selalu mengingatkan saya untuk selalu menuntut ilmu dengan tekun, memberikan perhatian dengan penuh kasih sayang, dan selalu bersedia untuk direpotkan, serta selalu memotivasi saya supaya selalu semangat;
12. Sahabat-sahabat ku Dwi Fitriyani, Lewinda Octa Uly Simbolon T, Tasya Asti Amalia Jasman yang selalu membantu, mendukung, dan memberikan semangat dalam segala hal hingga bisa menyelesaikan Tugas Laporan Akhir ini;
13. Idola ku BTS (Kim Tae Hyung) dan Komik-komik kesukaan ku yang selalu saya tonton kontennya dan baca untuk rekreasi dan untuk melepas penat;
14. Seluruh teman-teman kelas 3c yang sudah menemani selama tiga tahun melewati suka duka bersama dan terus memberikan motivasi satu sama lain;
15. Teman-teman seperjuangan bimbingan KTI Alsefia Fadiyani, Ayu Ratna Nurhalifah, Caroline Angellyca, Dea Aditya Paramita, yang selalu menyemangati satu sama lain;
16. Kakak dan adik mentorku Sinar Justina Sakoikoi, Arni Dwi Isdiyani, Meliyana;
Akhir kata, Saya berharap akan kasih dan karunia Tuhan Yesus yang berkenan membalas semua kebaikan pihak yang telah membantu. Semoga Karya Tulis Ilmiah ini bisa membawa manfaat bagi pengembangan ilmu.

Penulis

(Dewi Alfrida)

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
PERNYATAAN ORISINALITAS	ii
HALAMAN PENGESAHAN	iii
KATA PENGANTAR	iv
DAFTAR ISI.....	vii
BAB I : PENDAHULUAN	
A. Latar belakang	1
B. Tujuan penulis	4
1. Tujuan Umum	4
2. Tujuan Khusus.....	5
C. Ruang Lingkup.....	5
D. Metode Penelitian	5
E. Sistematika Penulisan	6
BAB II : TINJAUAN TEORI	
A. Pengertian	7
B. Patofisiologi (etiologi, proses, manifestasi klinis, komplikasi)	8
C. Penatalaksanaan	14
1. Terapi	14
2. Tindakan medis	15
D. Pengkajian Keperawatan.....	17
E. Diagnosa Keperawatan	22
F. Perencanaan Keperawatan	23
G. Pelaksanaan Keperawatan.....	29
H. Evaluasi Keperawatan.....	31
BAB III : TINJAUAN KASUS	
A. Pengkajian.....	33
B. Diagnosa	46
C. Perencanaan, Pelaksanaan, Evaluasi.....	46
BAB IV : PEMBAHASAN	
A. Pengkajian.....	59
B. Diagnosa	64
C. Perencanaan	68
D. Pelaksanaan.....	70
E. Evaluasi.....	73
BAB V : PENUTUP	
A. Kesimpulan	75
B. Saran	77
DAFTAR PUSTAKA	79

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 : *Pathway* Penyakit Hepatitis A

Lampiran 2 : Laporan Pendahuluan Obat

Lampiran 3 : Lembar Konsultasi

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Hepatitis dapat diartikan sebagai suatu kondisi dimana terjadi peradangan pada hati. Menurut *National Library of Medicine* (NIH), hepatitis adalah disebabkan akibat infeksi virus, obat-obatan, toksin, gangguan metabolisme atau kelainan pada sistem antibodi. Virus adalah penyebab hepatitis yang paling umum, dan ada beberapa jenis hepatitis, termasuk A, B, C, D, dan E. Ada kemungkinan jenis hepatitis baru dapat muncul di masa mendatang. Hepatitis A dan E sering dianggap sebagai penyakit yang menyebabkan Kejadian Luar Biasa (KLB). Hepatitis A biasanya menular melalui *fecal-oral* serta berhubungan dengan pola hidup bersih dan sehat (Darsin & Sesunan, 2019).

Menurut *World Health Organization* (WHO), diperkirakan bahwa populasi dunia akan mengalami infeksi oleh virus Hepatitis A, B, C, D, dan E. Hepatitis A terjadi sekitar 1,4 juta kasus per tahun secara global dan umumnya bersifat akut dan dapat disembuhkan dengan baik jika kondisi kekebalan tubuh dan stamina pasien baik. Sebaliknya, Hepatitis B, C, dan D ditularkan secara parenteral dan dapat menjadi penyakit kronis, menyebabkan *Cirrhosis* Hepatis dan meningkatkan risiko terkena Kanker Hati. Hepatitis A sering menyebabkan wabah penyakit, termasuk di beberapa tempat di Indonesia. Virus hepatitis B telah menginfeksi sekitar 2 miliar orang di seluruh dunia, dengan sekitar 240 juta orang menderita Hepatitis B kronis. Hepatitis C diperkirakan menginfeksi sekitar 170 juta orang di seluruh dunia. Penyakit Hepatitis menyebabkan 1,5 juta kematian setiap tahun secara global. Indonesia, sebagai negara tropis dengan populasi keempat terbesar di dunia,

memiliki jumlah penderita Hepatitis B terbesar kedua setelah Myanmar dan merupakan anggota WHO SEAR (South East Asian Region). Berdasarkan hasil riset Kesehatan Dasar (Riskesdas), studi, dan uji darah donor oleh Palang Merah Indonesia (PMI), diperkirakan bahwa sekitar 10 dari 100 penduduk Indonesia telah terinfeksi Hepatitis B atau C. Saat ini diperkirakan terdapat sekitar 28 juta penduduk Indonesia yang terinfeksi Hepatitis B dan C. Dari jumlah tersebut, sekitar 14 juta orang berisiko mengalami penyakit kronis, dan sekitar 1,4 juta orang dengan penyakit kronis tersebut berpotensi mengalami Kanker Hati. Meskipun hepatitis dapat terjadi di seluruh dunia, negara-negara di Asia Timur dan Tenggara, Afrika, serta Amerika Latin dan Karibia diidentifikasi sebagai negara-negara dengan beban hepatitis yang tinggi (Rahman et al., 2021).

Hasil Riskesdas, Prevalensi total Hepatitis di Indonesia secara keseluruhan adalah 0,39%, yang berarti sekitar 2.916.172 orang di Indonesia menderita penyakit hepatitis. Ditemukan bahwa kelompok usia 40-54 tahun menduduki peringkat pertama (0,46%). Prevalensi Hepatitis pada laki-laki (0,4%) lebih tinggi dibandingkan dengan perempuan (0,39%), dan prevalensinya juga lebih tinggi di daerah perkotaan (0,4%) dibandingkan dengan daerah pedesaan (0,38%). Prevalensi kasus Hepatitis terbanyak tercatat di provinsi Papua (0,66%), diikuti oleh provinsi Sulawesi Tengah (0,62%), dan posisi ketiga ditempati oleh provinsi Sulawesi Barat (0,57%). Sedangkan Provinsi DKI Jakarta memiliki prevalensi hepatitis sebesar (1,3%), yang lebih rendah dibandingkan kedua provinsi lainnya (Riskesdas, 2018). Berdasarkan data statistik yang diperoleh dari data rekam medis RSUD Koja Jakarta Utara periode Januari 2022 – Januari 2023 diketahui bahwa jumlah pasien rawat inap menderita penyakit Hepatitis A adalah 0,11% dari seluruh pasien 29,938 yang dirawat di RSUD Koja periode tersebut.

Masalah yang dihadapi Indonesia terkait tingginya prevalensi hepatitis dapat memberikan dampak buruk bagi kesehatan masyarakat secara keseluruhan, termasuk pada produktivitas, harapan hidup, dan aspek sosial dan ekonomi lainnya, dan kematian. Oleh karena itu, penanganan penyakit hepatitis menjadi prioritas global yang telah ditetapkan dalam Resolusi *World Health Assembly* (WHA) ke-63 di *Geneva*. Kerja sama antar negara sangat penting untuk mencapai tujuan tersebut. Selain tindakan pencegahan yang dilakukan masyarakat juga meningkatkan kewaspadaan dengan melakukan serangkaian tindakan pencegahan seperti mencuci tangan dengan sabun, memasak makanan dan minuman sampai matang, menggunakan alat makan yang bersih, menghindari kontak dengan orang yang sakit, memakai masker, menjaga jarak dan menghindari kerumunan. Masyarakat juga disarankan untuk tetap waspada terhadap gejala hepatitis akut seperti gangguan gastrointestinal seperti sakit perut, mual, muntah, dan diare. Gejala tersebut dapat berlanjut dengan air kencing berwarna pekat seperti teh, BAB putih pucat, kulit dan mata kuning, bahkan sampai penurunan kesadaran. Saat ini, prioritas global adalah untuk mengeliminasi infeksi hepatitis B, C, dan D yang dapat menyebabkan hepatitis kronis dan kematian. Meskipun ada pedoman dan alat untuk mendiagnosis, mengobati, dan mencegah hepatitis virus kronis, layanan ini masih sulit diakses oleh masyarakat karena hanya tersedia di rumah sakit pusat/khusus (In, 2021).

Merawat pasien hepatitis A peran perawat sangatlah penting dalam merawat pasien hepatitis, karena perawat memberikan asuhan keperawatan yang meliputi aspek promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Perawat dapat melakukan upaya promotif dalam penanganan hepatitis dengan kampanye sosialisasi tentang penyakit ini, meningkatkan sanitasi dan kebersihan lingkungan, memperbaiki akses air bersih dan sanitasi yang memadai, mendorong pola makan sehat dan olahraga rutin, serta memberikan vaksinasi

hepatitis A kepada individu yang berisiko tinggi. Untuk upaya preventif, perawat dapat membantu dalam menghindari perilaku berisiko seperti penggunaan jarum suntik yang sama, seks bebas, dan konsumsi alkohol yang berlebihan. Perawat juga berperan dalam menjaga kebersihan lingkungan dan sanitasi yang baik, menjaga kebersihan pribadi, dan memberikan vaksinasi hepatitis A dan B guna mencegah infeksi virus hepatitis (Anggraeni & Khayati, 2018).

Upaya kuratif yang dilakukan perawat adalah dapat membantu pasien hepatitis melalui pemberian obat antivirus, terapi nutrisi, dan pengobatan simptomatik guna mengatasi gejala penyakit. Dalam kasus yang parah, perawat juga dapat mendukung proses transplantasi hati sebagai tindakan medis terakhir. Dalam upaya rehabilitatif, perawat memberikan perawatan medis jangka panjang, terapi nutrisi, rehabilitasi fisik, dan konseling psikologis untuk membantu pasien menghadapi stres dan masalah mental yang mungkin timbul akibat hepatitis. Selain itu, perawat juga mendorong pasien untuk mengadopsi gaya hidup yang lebih sehat dan menghindari perilaku berisiko yang dapat memperburuk kondisi kesehatan mereka (Naully & Nursidika, 2019).

Berdasarkan pembahasan dari latar belakang diatas, maka penulis tertarik untuk mengetahui asuhan keperawatan secara langsung bagi pasien Hepatitis A. Dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan, maka diharapkan dapat memberikan dampak yang baik bagi kualitas hidup pasien secara menyeluruh.

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Diperolehnya pengalaman nyata dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan Hepatitis A.

2. Tujuan Khusus

- a. Mampu melakukan pengkajian pada pasien dengan Hepatitis A
- b. Mampu menentukan diagnosa keperawatan pada pasien dengan Hepatitis A
- c. Mampu merencanakan perencanaan asuhan keperawatan pada pasien dengan Hepatitis A
- d. Mampu melaksanakan tindakan keperawatan sesuai dengan perencanaan yang telah direncanakan
- e. Mampu melakukan evaluasi dari implementasi yang telah dilaksanakan
- f. Mampu mengidentifikasi kesenjangan antara teori dan praktik secara langsung dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien Hepatitis A
- g. Mampu mengidentifikasi faktor-faktor pendukung, penghambat serta mencari solusi atau alternatif pemecah masalah
- h. Mampu mendokumentasikan proses asuhan keperawatan pada pasien Hepatitis A

3. Ruang Lingkup

Dalam menyusun Karya Tulis Ilmiah ini penulis hanya membahas satu kasus saja yaitu “Asuhan Keperawatan Pada Tn. A dengan Hepatitis A di Ruang Penyakit Dalam 1301 Rumah Sakit Umum Daerah Koja Jakarta Utara” selama 3x24 jam dari tanggal 13 Maret sampai 15 Maret 2023.

4. Metode Penulisan

Dalam menyusun Karya Tulis Ilmiah ini penulis menggunakan metode deskriptif dan studi kepustakaan. Dalam metode deskriptif pendekatan yang digunakan adalah studi kasus dimana penulis dalam mengelola kasus menggunakan beberapa teknik data keperawatan antara lain, studi kepustakaan yaitu dengan mencari, membaca, dan mempelajari buku-buku dan jurnal yang berhubungan dengan penyakit hepatitis A,

Studi dokumentasi yaitu dengan cara mengumpulkan data melalui rekam medis dan catatan-catatan yang berhubungan dengan penyakit Hepatitis A. Wawancara langsung dengan pasien Hepatitis A, keluarga pasien, dan perawat yang berada di Ruang Penyakit Dalam.

Penulis juga melakukan observasi partisipasi aktif yaitu dengan melakukan pengamatan serta turut serta dalam memberikan asuhan keperawatan langsung pada pasien yang mengalami penyakit Hepatitis A dengan melakukan pemeriksaan fisik yang meliputi inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi.

5. Sistematika Penulisan

Sistematika penulisan Karya Tulis Ilmiah ini terdiri dari 5 (lima) BAB yang terdiri dari : Bab I merupakan pendahuluan yang terdiri atas latar belakang, tujuan penulisan, ruang lingkup, metode penulisan, dan sistematika penulisan. Bab II adalah tinjauan teori yang terdiri dari pengertian, patofisiologi, etiologi, manifestasi klinik, komplikasi, penatalaksanaan (terapi dan tindakan medis yang bertujuan untuk pengobatan), pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, dan evaluasi keperawatan. Bab III merupakan tinjauan kasus asuhan keperawatan pada pasien Hepatitis A di Ruang Penyakit Dalam, Rumah Sakit Umum Daerah Koja yang terdiri atas pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, dan evaluasi keperawatan. Bab IV merupakan pembahasan antara kasus yang ditemukan dan literatur yang ada meliputi pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, dan evaluasi keperawatan. Bab V merupakan penutup yang terdiri dari kesimpulan dan saran.

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Pengertian

Hepatitis A adalah suatu kondisi kesehatan yang mengenai organ hati dan diakibatkan oleh virus hepatitis A (HAV). Penyebarannya terjadi melalui makanan atau air yang terkontaminasi dengan tinja atau kotoran individu yang terinfeksi (Randazzo & Sánchez, 2020).

Hepatitis virus A adalah jenis virus yang tidak dilapisi oleh selubung (*nonenveloped*) dan memiliki ketahanan terhadap eter. Virus ini termasuk dalam kelompok virus RNA, tepatnya genus *Hepatitisvirus* yang berasal dari famili *Picornavirus*. Masa inkubasi virus ini dapat berlangsung hingga 4 minggu. Beberapa keluhan yang muncul meliputi demam, hilangnya nafsu makan, diare, mual, perasaan tidak nyaman di perut, urine berwarna gelap, dan ikterus. Pada pasien dewasa, biasanya terdapat lebih banyak keluhan dan gejala dibandingkan dengan anak-anak. Meskipun demikian, keluhan dan gejala hepatitis virus A tidak dapat dibedakan secara klinis dari gejala hepatitis virus akut lainnya (Rustam, 2019).

Hepatitis dapat diartikan sebagai suatu kondisi dimana terjadi peradangan pada hati. Menurut *National Library of Medicine* (NLH), hepatitis adalah disebabkan akibat infeksi virus, obat-obatan, toksin, gangguan metabolisme atau kelainan pada sistem antibodi. Virus adalah penyebab hepatitis yang paling umum, dan ada beberapa jenis hepatitis, termasuk A, B, C, D, dan E. Ada kemungkinan jenis hepatitis baru dapat muncul di masa mendatang. Hepatitis A dan E sering dianggap sebagai penyakit yang menyebabkan

Kejadian Luar Biasa (KLB). Hepatitis biasanya menular melalui *fecal-oral* serta berhubungan dengan pola hidup bersih dan sehat (Darsin & Sesunan, 2019).

B. Patofisiologi

1. Etiologi

Hepatitis A disebabkan oleh virus hepatitis A yang termasuk ke dalam keluarga *Picornaviridae* (Picornavirus) dan memiliki genom RNA. Virus ini berbentuk bulat dengan diameter sekitar 27-32 nm dan menyebar melalui makanan dan air yang terkontaminasi oleh tinja orang yang terinfeksi atau melalui kontak langsung dengan orang yang terinfeksi. Setelah virus masuk ke dalam tubuh, ia akan menginfeksi hati dan menyebabkan peradangan pada organ tersebut. Virus hepatitis A berkembang biak dalam hati selama beberapa minggu, kemudian dilepaskan ke dalam darah dan diekskresikan melalui tinja (Duzenli, 2022).

Infeksi hepatitis A juga dikenal sebagai hepatitis infeksius, menyebar melalui jalur fekal-oral, melalui makanan, air, dan kerang yang terkontaminasi, serta melalui kontak langsung dengan individu yang terinfeksi. Infeksi HAV lebih umum terjadi di negara-negara dengan kurangnya sanitasi, kepadatan penduduk yang tinggi, dan akses terbatas terhadap air bersih. Beberapa faktor risiko meliputi kurangnya kebersihan pribadi, seperti tidak mencuci tangan setelah buang air atau sebelum makan, serta tinggal atau bekerja di lingkungan yang terinfeksi HAV. Sangat penting untuk menjaga praktik sanitasi yang baik, seperti mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir, mengonsumsi makanan yang dimasak dengan sempurna, dan menghindari kontak langsung dengan tinja atau benda yang terkontaminasi, vaksinasi juga merupakan langkah utama dalam pencegahan hepatitis A. Faktor risiko lainnya meliputi kontak dengan anggota keluarga dekat atau hubungan seksual dengan pasangan yang

terinfeksi. Virus dapat ditemukan dalam feses orang yang terinfeksi hingga 2 minggu sebelum timbulnya gejala, setelah terjadi penyakit kuning (jaundis), jumlah virus dalam feses dan risiko penyebaran penyakit akan mengalami penurunan yang signifikan, meskipun hepatitis A seringkali muncul dengan gejala yang tiba-tiba, penyakit ini bersifat ringan dan cenderung sembuh dengan sendirinya, gejala-gejalanya dapat berlangsung selama periode maksimal 2 bulan (Priscilla, 2017).

Periode inkubasi hepatitis A umumnya berkisar antara 2 hingga 6 minggu, dengan rata-rata sekitar 4 minggu. Virus biasanya terdeteksi dalam serum dalam jangka waktu singkat, dan pada saat timbulnya ikterus (warna kulit dan mata yang kuning), pasien cenderung tidak lagi menularkan infeksi. Meskipun seseorang sudah memiliki kekebalan terhadap hepatitis A, mereka masih dapat terkena jenis hepatitis yang lain. Kebanyakan kasus hepatitis A pulih dengan baik tanpa komplikasi, dan jarang terjadi nekrosis hati akut atau bentuk hepatitis yang parah (*fulminant*). Tidak ada keadaan pembawa (*carrier*) untuk hepatitis A, dan tidak ada kasus hepatitis A yang berlanjut menjadi kronis (Burnner & Suddarth, 2017).

2. Proses Penyakit

HAV yang menyebar melalui transmisi *fecal-oral*, artinya virus ini ditemukan di dalam kotoran manusia dan menyebar melalui makanan atau minuman yang terkontaminasi oleh kotoran. Setelah masuk ke dalam tubuh, virus HAV berkembang biak di dalam orofaring dan saluran pencernaan sebelum kemudian ditransportasikan ke hati. Hati merupakan situs primer replikasi virus, di mana virus HAV dilepaskan ke dalam empedu dan kemudian dikirim ke usus dan feses. Selama infeksi, viremia singkat terjadi sebelum virus HAV muncul dalam feses dan hati. Pada individu yang

terinfeksi virus HAV, konsentrasi virus terbesar terjadi dua minggu sebelum gejala kuning muncul dan menurun setelah gejala kuning menjadi jelas (Lemon, 2018).

Pada periode inkubasi infeksi HAV, virus bereplikasi dalam sel hati (hepatosit). Namun, kerusakan sel hati dan gejala klinis yang terjadi pada infeksi HAV hanya terjadi jika terdapat respons imun. Ini berarti, jika sistem kekebalan tubuh tidak memberikan respons yang cukup kuat terhadap infeksi HAV, maka kerusakan sel hati tidak terjadi dan individu yang terinfeksi mungkin tidak merasakan gejala. Oleh karena itu, kerusakan sel hati yang terjadi pada infeksi hepatitis A tidak disebabkan secara langsung oleh efek *sitolitik* dari virus HAV, namun dipengaruhi oleh respons imun yang terjadi pada tubuh (Pintó et al., 2021).

Banyak bukti menunjukkan bahwa respons imun seluler memiliki peran yang sangat penting dalam patogenesis penyakit ini. Sel-sel hati mengalami kerusakan karena adanya aktivasi sistem imun, terutama oleh Limfosit-T *antigen-specific*. Selain itu, sel CD8+ *virus-specific* juga berperan dalam menghilangkan virus dan sitokin seperti *gamma-interferon*, *interleukin-1-alpha* (IL-1- α), interleukin-6 (IL-6), dan *tumor necrosis factor* (TNF) juga berkontribusi dalam proses ini. Ketika seseorang terinfeksi hepatitis A, sistem imun tubuh akan merespons dengan membentuk sel-sel imun yang spesifik untuk melawan virus. Sel-sel imun ini akan menyerang virus dan juga sel-sel hati yang terinfeksi. Sel-sel hati yang rusak ini akan mengeluarkan lebih banyak interferon ke dalam darah sebagai respons terhadap infeksi. Interferon ini akan membantu melawan virus dan juga memperkuat sistem imun tubuh. Secara keseluruhan, respons imun *seluler* adalah mekanisme yang paling berperan dalam patogenesis hepatitis A. Proses ini melibatkan pengaktifan Limfosit-T yang khusus terhadap *antigen-specific*, sel CD8+ yang khusus terhadap virus, dan produksi sitokin

seperti *gamma-interferon*, *interleukin-1-alpha* (IL-1- α), *interleukin-6* (IL-6), dan *tumor necrosis factor* (TNF). Meningkatnya kadar interferon dalam darah juga merupakan indikasi dari respons imun yang kuat dalam melawan virus hepatitis A (Pintó et al., 2021).

Immunopatogenesis Hepatitis A menunjukkan pola gejala klinis yang khas sesuai dengan penyakitnya. Terdapat hubungan terbalik antara usia dan tingkat keparahan penyakit, yang mungkin disebabkan oleh sistem imun yang belum sepenuhnya matang pada individu yang lebih muda. Hal ini dapat mengakibatkan respons imun yang lebih ringan dan gejala yang lebih ringan pula. Setelah gejala klinis muncul, antibodi IgM dan IgG anti-HAV dapat terdeteksi. Pada hepatitis A akut, IgM anti-HAV dapat terdeteksi sekitar 3 minggu setelah terpapar virus, dan kadar IgM anti-HAV akan terus meningkat selama 4-6 minggu sebelum akhirnya menurun dan tidak terdeteksi dalam waktu 6 bulan setelah infeksi. IgA dan IgG anti-HAV dapat terdeteksi beberapa hari setelah timbulnya gejala. Antibodi IgG akan tetap ada selama bertahun-tahun setelah infeksi dan memberikan kekebalan seumur hidup. Selama proses penyembuhan, terjadi regenerasi sel-sel hati yang mengalami kerusakan. Biasanya, jaringan hepatosit yang rusak akan pulih dalam waktu 8-12 minggu (Lemon, 2018).

Diagnosis hepatitis virus A akut dapat ditegakkan dengan hasil pemeriksaan yang menunjukkan reaktif (positif) terhadap IgM anti-HAV. Selama masa akut ketika tingkat serum aminotransferase meningkat, antibodi terhadap HAV (IgM anti-HAV) dapat terdeteksi. Respons antibodi IgM ini biasanya tetap ada selama sekitar 3 bulan, dan dalam beberapa kasus jarang, bisa berlangsung hingga 6-12 bulan. Ketika pasien memasuki masa konvalesen, antibodi IgG anti-HAV menjadi lebih dominan. Oleh karena itu, diagnosis hepatitis A biasanya dilakukan selama fase akut dengan

pemeriksaan IgM anti-HAV. Setelah fase akut, antibodi IgG anti-HAV masih bisa terdeteksi secara terpisah, dan pasien dengan antibodi tersebut menjadi kebal terhadap infeksi lebih lanjut (tidak terjadi reinfeksi). Kehadiran immunoglobulin G (IgG) anti-HAV berkaitan erat dengan imunitas seumur hidup terhadap virus tersebut. Jadi, jika pada pasien dengan gejala hepatitis akut terdapat hasil pemeriksaan yang menunjukkan adanya IgG anti-HAV, maka penyakit akut tersebut bukan disebabkan oleh virus hepatitis A (Rustam, 2019).

3. Manifestasi Klinik

Deskripsi manifestasi klinis dari hepatitis virus memiliki variasi yang signifikan, mulai dari infeksi tanpa gejala yang disertai dengan ikterus hingga gejala yang parah seperti hepatitis *fulminant* yang dapat menyebabkan kematian dalam waktu beberapa hari saja. Gejala akut hepatitis dibagi menjadi empat tahap, yaitu fase inkubasi, fase prodromal atau pra-ikterik, fase ikterus, dan fase konvalesen atau fase penyembuhan. Fase inkubasi adalah periode antara virus masuk ke dalam tubuh dan munculnya gejala atau ikterus. Durasi fase ini bervariasi tergantung pada jenis virus hepatitis yang menyerang, dosis virus yang masuk, dan cara penularannya. Semakin besar dosis virus yang masuk, maka semakin singkat durasi fase inkubasi. Pada hepatitis A, jangka waktu inkubasi hepatitis A berkisar antara 14 hingga 50 hari, dengan rata-rata sekitar 28-30 hari. Setelah fase inkubasi, muncul fase Prodromal atau pra ikterik. Fase ini adalah periode antara munculnya keluhan-keluhan awal hingga timbulnya gejala ikterus. Keluhan pada fase ini bisa berupa malaise umum, nyeri otot, nyeri sendi, mudah lelah, gejala saluran napas atas, dan anoreksia. Nausea, muntah, dan anoreksia bisa terjadi karena perubahan penghidu dan rasa kecap. Biasanya, demam ringan juga terjadi pada hepatitis A akut. Nyeri abdomen umumnya ringan dan terlokalisasi di

kuadran kanan atas atau epigastrium, namun jarang menyebabkan kolesistitis (Guanabara et al., 2022).

Fase selanjutnya adalah fase ikterus, di mana timbulnya ikterus terjadi sekitar 5-10 hari setelah munculnya gejala, meskipun pada beberapa kasus, fase ini mungkin tidak terdeteksi. Setelah ikterus muncul, gejala prodromal jarang memburuk, sebaliknya biasanya terjadi perbaikan klinis yang signifikan. Fase terakhir adalah fase penyembuhan atau konvalesen, di mana ikterus dan keluhan lainnya mulai memudar, namun hepatomegali (pembesaran hati) dan kelainan fungsi hati masih dapat terjadi. Pasien akan merasakan kesehatan yang lebih baik dan nafsu makan yang kembali pada fase ini. Biasanya, kondisi akut akan membaik dalam waktu 2-3 minggu. Pada hepatitis A, perbaikan klinis dapat terjadi beberapa minggu setelah fase konvalesen dimulai (Murtaqib, 2019).

4. Komplikasi

Komplikasi hepatitis A meliputi beberapa kondisi yang mungkin terjadi setelah terinfeksi virus hepatitis A. Salah satu komplikasi yang langka namun serius adalah hepatitis *fulminant*, yaitu kegagalan hati akut yang dapat terjadi pada pasien dengan hepatitis A. Beberapa komplikasi lainnya meliputi:

- a. Autoimun hepatitis adalah kondisi di mana sistem kekebalan tubuh menyerang sel-sel hati. Dalam kondisi ini, sistem kekebalan tubuh yang seharusnya melindungi tubuh dari infeksi malah salah mengenali sel-sel hati sebagai ancaman dan menyerangnya. Akibatnya, terjadi peradangan dan kerusakan pada hati.
- b. Kolestatik hepatitis adalah salah satu jenis hepatitis yang ditandai dengan terhambatnya aliran empedu dari hati. Pada kondisi ini, terjadi gangguan dalam proses pengeluaran empedu yang dihasilkan oleh hati. Akibatnya, empedu

menumpuk di dalam hati dan dapat menyebabkan peradangan serta kerusakan pada organ tersebut.

- c. Hepatitis relaps adalah kondisi di mana beberapa individu yang sebelumnya telah sembuh dari infeksi hepatitis A mengalami kekambuhan penyakit tersebut. Setelah masa pemulihan awal, gejala hepatitis A dapat muncul kembali atau memburuk, meskipun pasien sebelumnya telah pulih sepenuhnya. Ini berarti bahwa meskipun awalnya sembuh, sistem kekebalan tubuh tidak sepenuhnya menghilangkan virus hepatitis A, dan kemudian virus tersebut dapat aktif kembali, menyebabkan gejala dan peradangan hati yang kembali muncul.
- d. Sindroma pasca hepatitis (sindroma kelelahan kronis) adalah suatu kondisi di mana seseorang mengalami kelelahan yang berkepanjangan dan gejala lainnya selama berbulan-bulan setelah mereka sembuh dari hepatitis A. Kondisi ini mungkin terjadi karena virus hepatitis A atau peradangan yang terjadi selama infeksi masih ada dalam tubuh. Gejala yang umum terkait dengan sindroma pasca hepatitis meliputi kelelahan yang berat, kelemahan, gangguan tidur, gangguan kognitif, serta masalah emosional dan psikologis (Lemon, 2018).

C. Penatalaksanaan

1. Terapi

Penanganan hepatitis A virus pada umumnya melibatkan perawatan dukungan, yang terdiri dari beristirahat di tempat tidur hingga kuning (ikterus) hilang, mengonsumsi makanan tinggi kalori, menghindari pengobatan yang berpotensi merusak hati, dan membatasi konsumsi alkohol. Kebanyakan kasus hepatitis A virus tidak memerlukan rawat inap. Namun, rawat inap disarankan untuk pasien yang sedang menjalani terapi immunosupresif, menggunakan obat yang berpotensi merusak

hati, muntah berlebihan tanpa asupan cairan yang cukup, memiliki penyakit hati kronis atau kondisi medis serius lainnya, dan pasien yang menunjukkan gejala hepatitis fulminan melalui pemeriksaan fisik dan penunjang. Hepatitis *fulminant* adalah komplikasi yang sangat serius dari hepatitis A, ditandai dengan timbulnya *encephalopathy* (gangguan fungsi otak) dalam waktu delapan minggu sejak timbulnya gejala. Pasien dengan gagal hati *fulminant* harus dirujuk ke rumah sakit untuk pertimbangan transplantasi hati, karena transplantasi hati adalah satu-satunya pengobatan yang efektif untuk kondisi ini. Dalam kasus-kasus yang lebih ringan, pasien dapat diobati secara ambulatori dengan perawatan suportif seperti istirahat di tempat tidur, diet seimbang, dan menghindari penggunaan obat-obatan yang berpotensi merusak hati atau penggunaan alkohol. Namun, pasien yang dirawat inap akan menerima perawatan yang lebih intensif dan terapi yang disesuaikan dengan kondisi mereka (Darni & Rahmah, 2019).

- a. Istirahat dan nutrisi yang cukup: Pasien disarankan untuk mengambil waktu istirahat yang cukup dan memperhatikan pola makan yang sehat dan bergizi. Makanan yang direkomendasikan adalah rendah lemak dan tinggi karbohidrat dan protein, untuk membantu tubuh melawan infeksi virus dan mempercepat pemulihan dari gejala yang timbul.
- b. Obat pereda gejala: Beberapa obat, seperti parasetamol, dapat diberikan untuk mengurangi gejala seperti sakit kepala, sakit tubuh, dan demam yang sering terjadi pada infeksi hepatitis A. Namun, penting untuk menggunakan obat sesuai dosis dan anjuran dokter untuk menghindari efek samping yang tidak diinginkan.
- c. Pengganti cairan: Virus hepatitis A dapat menyebabkan dehidrasi, sehingga pasien disarankan untuk minum banyak cairan seperti air putih, jus buah-buahan, atau

minuman elektrolit untuk mencegah kekurangan cairan dan menjaga tubuh terhidrasi.

- d. Pencegahan infeksi: Pasien harus diisolasi untuk mencegah penyebaran virus hepatitis A ke orang lain. Dokter mungkin juga memberikan vaksin hepatitis A dan imunoglobulin untuk mencegah infeksi pada orang yang terpapar virus. Tindakan ini bertujuan untuk mencegah penyebaran virus ke orang lain dan membantu pasien dalam mempercepat pemulihan dari infeksi.
- e. Pengawasan fungsi hati: Pasien dengan infeksi hepatitis A harus dipantau secara teratur untuk memastikan fungsi hati tetap normal. Jika terdapat tanda-tanda komplikasi seperti sirosis atau gagal hati, pasien mungkin perlu menjalani transplantasi hati. Pencegahan dan pengobatan dini sangat penting dalam menangani infeksi hepatitis A dan mencegah terjadinya kerusakan yang lebih parah pada hati.
- f. Terapi simptomatik: Beberapa pasien dengan hepatitis A dapat mengalami gejala yang lebih parah seperti mual dan muntah yang berlebihan. Pada kasus-kasus seperti ini, dokter dapat memberikan terapi simptomatik seperti antiemetik, untuk mengurangi mual dan muntah.
- g. Pengobatan komplikasi: Pada kasus-kasus yang lebih parah seperti sirosis atau gagal hati, pasien mungkin memerlukan pengobatan yang lebih intensif seperti transplantasi hati. Namun, kasus-kasus seperti ini relatif jarang terjadi pada hepatitis A (Darni & Rahmah, 2019).

D. Pengkajian Keperawatan

Menurut Manurung (2018) Pengkajian keperawatan merupakan tahap yang paling awal dari perawatan adalah langkah yang sistematis karena dalam upaya mengumpulkan data, kita perlu mengambil data dari berbagai sumber yang berbeda agar dapat mengevaluasi dan mengidentifikasi kondisi kesehatan pasien. Data yang dikumpulkan juga harus mencakup aspek yang holistik, termasuk bio-psiko-sosial-spiritual. Proses pengkajian terdiri dari dua tahap, yaitu pengumpulan data dan analisis data. Pengumpulan data dan analisis data melibatkan:

1. Identitas pasien

seperti nama, usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, alamat, agama, pekerjaan, suku bangsa, serta tanggal dan waktu pasien masuk rumah sakit. Selain itu, juga mencakup nomor rekam medis pasien dan diagnosa medis yang ditegakkan.

2. Keluhan utama

Pasien sering datang dengan gejala berikut: demam, sakit kepala, rasa sakit di daerah perut sebelah kanan atas, mual, muntah, kuning pada kulit dan mata, kelemahan, kelelahan, dan kehilangan nafsu makan.

3. Riwayat penyakit sekarang

Umumnya pasien datang dengan keluhan kelelahan, kelemahan otot, hilang nafsu makan (anoreksia), mual, perut kembung, ketidaknyamanan perut, sensasi perut yang membesar, perdarahan gusi, gangguan buang air kecil (inkontinensia urin), gangguan buang air besar (konstipasi atau diare), serta kesulitan bernapas.

4. Riwayat penyakit dahulu

Pasien yang mengalami gangguan hati memiliki sejarah penggunaan alkohol dalam jangka waktu yang lama, riwayat hepatitis kronis sebelumnya, riwayat gagal jantung, riwayat penggunaan obat-obatan, serta kebiasaan merokok.

5. Riwayat penyakit keluarga

Hepatitis adalah suatu penyakit yang dapat menyebar dari satu individu ke individu lainnya, sehingga jika ada anggota keluarga yang terinfeksi hepatitis, hal itu dapat menjadi faktor risiko bagi anggota keluarga yang lain.

6. Riwayat psikososial

Hepatitis adalah suatu kondisi di mana terjadi peradangan pada hati. Kondisi ini dapat berdampak pada tingkat kecemasan, ketidakmampuan, serta kehilangan peran dalam keluarga dan masyarakat.

7. Pemeriksaan fisik

a. Menyertakan evaluasi kondisi umum pasien, tingkat kesadaran, tanda-tanda vital (termasuk peningkatan tekanan darah pada pasien hepatitis dengan riwayat hipertensi), suhu tubuh, denyut nadi, laju pernapasan, serta pengukuran antropometri seperti tinggi badan dan berat badan sebelum masuk rumah sakit (SMRS) dan setelah masuk rumah sakit (MRS).

b. Pernapasan (B1 : *Breath*)

Termasuk dalam pemeriksaan adalah penilaian bentuk dada, gerakan dada, penggunaan otot bantu pernapasan tambahan, irama napas, pola napas, suara napas, adanya suara tambahan saat bernapas, keberadaan sesak napas, batuk, dahak, dan tanda sianosis (perubahan warna kulit menjadi kebiruan).

c. Kardiovaskuler (B2 : *Blood*)

Termasuk dalam pemeriksaan adalah palpasi ictus cordis (apakah teraba atau tidak), penilaian irama jantung apakah normal (lub-dup) atau terdapat suara tambahan (S3 dan S4), adanya bunyi jantung tambahan, pengukuran waktu terapi resinkronisasi jantung (Cardiac Resynchronization Therapy/CRT) (biasanya <2 detik), penilaian suhu ekstremitas (apakah dingin atau hangat), deteksi adanya edema, evaluasi adanya hepatomegali (pembesaran hati), serta penilaian adanya tanda-tanda perdarahan.

d. Persyarafan (B3 : *Brain*)

Termasuk dalam pemeriksaan adalah evaluasi Glasgow Coma Scale (GCS) dengan hasil E: 4, V: 5, M: 6, pemeriksaan refleks fisiologis seperti biceps, trisepts, patella, pemeriksaan refleks patologis seperti kaku kuduk, tes Brudzinski I, tes Brudzinski II, tes Kernig, evaluasi keadaan 12 pasang saraf kranial, penilaian adanya nyeri kepala atau kelemahan otot (paralisis), pemeriksaan fungsi penciuman termasuk penilaian bentuk hidung, septum hidung, adanya polip, evaluasi wajah dan penglihatan termasuk mata, pupil, refleks, konjungtiva apakah anemis atau tidak, adanya gangguan penglihatan atau tidak, penilaian pendengaran termasuk simetri telinga, tidak ada kelainan, kebersihan telinga, dan tidak ada penggunaan alat bantu, serta pemeriksaan lidah termasuk kebersihan lidah, simetri uvula tanpa radang, palatum tidak pucat, tidak ada kesulitan menelan, dan tidak ada gangguan bahasa.

e. Perkemihan (B4 : *Blader*)

Termasuk dalam pemeriksaan adalah evaluasi kebersihan area genital, evaluasi ekskresi (pembuangan limbah tubuh), penilaian tidak adanya distensi (pembesaran)

kandung kemih, tidak adanya nyeri tekan, mencatat frekuensi eliminasi urin sebelum masuk rumah sakit (SMRS) dan setelah masuk rumah sakit (MRS), mengamati jumlah dan warna urin, serta memastikan tidak adanya penggunaan kateter urine pada pasien.

f. Pencernaan (B5 : *Bowel*)

Termasuk dalam pemeriksaan adalah evaluasi kebersihan mulut pasien, keadaan kelembaban membrane mukosa mulut, kondisi gigi apakah ada yang tanggal, penilaian tidak adanya radang pada faring, mencatat jenis diet sebelum masuk rumah sakit (SMRS) dan setelah masuk rumah sakit (MRS), pengecekan adanya nasogastric tube (NGT) yang terpasang, menilai porsi makan, frekuensi minum dan frekuensi makan, pemeriksaan abdomen termasuk penilaian bentuk perut, kelainan pada abdomen, pemeriksaan hepar (hati), lien (limpa), serta penilaian nyeri abdomen, pemeriksaan rektum dan anus untuk memastikan tidak ada hemoroid, evaluasi eliminasi tinja sebelum masuk rumah sakit (SMRS) dan setelah masuk rumah sakit (MRS), mencatat frekuensi, warna, dan konsistensi tinja.

g. Muskuloskeletal dan integument (B6 : *Bone*)

Termasuk dalam pemeriksaan adalah evaluasi rambut dan kulit kepala, memastikan tidak adanya infeksi scabies, penilaian warna kulit apakah pucat, penilaian kebersihan kuku, pengecekan turgor kulit apakah menurun, evaluasi Rentang Gerak Sendi (Range of Motion/ROM), penilaian kekuatan otot, memastikan tidak ada deformitas (perubahan bentuk tubuh) atau fraktur (patah tulang).

h. Endokrin

Termasuk dalam pemeriksaan adalah penilaian tidak adanya pembesaran kelenjar getah bening (KGB), pengecekan apakah pasien mengalami hiperglikemia (tingkat

gula darah tinggi), memastikan tidak ada hipoglikemia (tingkat gula darah rendah), serta konfirmasi bahwa pasien tidak menderita diabetes mellitus.

i. Kemampuan perawatan diri

Termasuk dalam evaluasi adalah kemampuan pasien dalam mandi, berpakaian, melakukan kegiatan toileting/eliminasi, mobilitas di tempat tidur, penggunaan alat bantu jika diperlukan, kemampuan berjalan, naik tangga, berbelanja, dan melakukan perpindahan tubuh.

8. Pemeriksaan Diagnostik

a. Hemoglobin menunjukkan hasil yang rendah

b. Leukosit biasanya menunjukkan jumlah peningkatan

c. Trombosit biasanya menunjukkan jumlah peningkatan

d. Kolesterol seringkali menunjukkan kadar yang rendah

e. SGOT dan SGPT menunjukkan hasil yang meningkat

f. Albumin menunjukkan kadar yang rendah

g. Pemeriksaan CHE (kolinesterase): sangat penting dalam mengevaluasi kondisi sel hati. Saat terjadi kerusakan pada sel hati, kadar CHE dapat menurun, dan saat kondisi membaik, kadar CHE biasanya kembali meningkat menuju nilai normal.

h. Pemeriksaan ultrasonografi (USG)

i. Uji fungsi hati: Tes ini mencakup beberapa parameter, seperti fosfatase alkali serum, aspartat aminotransferase (AST), transaminase glutamat oksaloasetat serum (SGOT), alanin aminotransferase (ALT), transaminase glutamat piruvat serum (SGPT), GGT, kolinesterase serum dan bilirubin, masa protrombin, gas darah arteri, serta biopsy.

- j. CT (computed tomography) scan dapat digunakan untuk membantu dalam mengevaluasi kondisi kesehatan hati (Manurung, 2018).

E. Diagnosa Keperawatan

Menurut Tim Pokja DPP PPNI (2017) diagnosis keperawatan merupakan suatu proses evaluasi klinis yang melibatkan identifikasi tanggapan klien terhadap masalah kesehatan atau situasi kehidupan, baik yang sedang terjadi maupun yang berpotensi terjadi. Tujuan dari diagnosis keperawatan adalah untuk mengidentifikasi respons individu, keluarga, dan masyarakat terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan. Hal ini dilakukan untuk memilih intervensi keperawatan yang tepat sehingga tujuan asuhan keperawatan dapat tercapai dengan efektif (PPNI, 2017).

Menurut Tim Pokja SIKI DPP PPNI (2018), Tim Pokja SLKI DPP PPNI (2017), diagnosa keperawatan yang sering muncul pada pasien hepatitis meliputi:

1. Nyeri akut berhubungan dengan pembengkakan hepar ditandai dengan nyeri tekan kuadran kanan atas
2. Defisit nutrisi berhubungan dengan gangguan metabolik ditandai dengan mual, muntah dan anoreksia
3. Hipertermia berhubungan dengan system imun ditandai dengan suhu tubuh diatas normal
4. Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi, kelebihan asupan cairan, kelebihan asupan natrium, tekanan osmotik
5. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan imobilitas, ketidakseimbangan antara suplai oksigen dan kebutuhan oksigen
6. Resiko konstipasi yang berhubungan dengan berkurangnya peristaltik usus akibat tirah baring.

F. Perencanaan Keperawatan

Menurut Tim Pokja SIKI DPP PPNI tahun (2018), intervensi keperawatan dapat diartikan sebagai segala tindakan atau pengobatan yang dilakukan oleh perawat, yang didasarkan pada pengetahuan dan evaluasi klinis guna mencapai hasil yang diinginkan. Sementara itu, tindakan keperawatan merujuk pada perilaku atau aktivitas tertentu yang dilakukan oleh perawat dalam menerapkan intervensi keperawatan tersebut (PPNI, 2018).

Menurut Tim Pokja SIKI DPP PPNI (2018) dan Doenges (2019) perencanaan keperawatan untuk pasien hepatitis meliputi:

1. Nyeri akut berhubungan dengan pembengkakan hepar ditandai dengan nyeri tekan kuadran kanan atas

Defenisi: Pengalaman sensorik atau emosional yang terkait dengan kerusakan fisik atau fungsional yang sebenarnya, bisa terjadi tiba-tiba atau perlahan, dan memiliki tingkat keparahan yang bervariasi dari ringan hingga berat, dengan durasi kurang dari 3 bulan.

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam maka tingkat nyeri (tidak meringis kesakitan, tidak kesulitan tidur, tanda-tanda vital dalam rentang normal) menurun

Kriteria hasil: nyeri hilang, tanda-tanda vital dalam batas normal (Tekan darah= 120/80 mmHg, frekuensi nada= 60-100 x/menit, frekuensi pernapasan= 16-20 x/menit, suhu= 36-36,5°C)

Intervensi:

1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri

Rasional: Untuk mengetahui lokasi nyeri dan skala nyeri yang muncul saat nyeri

2) Identifikasi skala nyeri

Rasional: Untuk mengetahui seberapa parah rasa nyeri yang dialami oleh pasien

3) Identifikasi nyeri non verbal

Rasional: Untuk mengetahui mimik wajah yang diperlihatkan pasien saat nyeri muncul

4) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri

Rasional: Untuk mengetahui apa saja yang memperburuk dan memperingan nyerinya

2. Defisit nutrisi berhubungan dengan gangguan metabolik ditandai dengan mual, muntah dan anoreksia

Defenisi: Asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme

Tujuan: Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam maka status nutrisi (mual berkurang, nafsu makan membaik, frekuensi makan membaik, porsi makan habis, dan mual berkurang) membaik

Kriteria hasil: Pasien tidak tampak lemah, tidak ada penurunan berat badan, konjungtiva merah muda, mukosa bibir lembab, berat badan membaik dengan tidak adanya penurunan berat badan lebih dari 10%, indeks massa tubuh (IMT) membaik dalam rentang 18,5-24,9, Frekuensi makan 3x sehari, nafsu makan membaik pasien menghabiskan 1 porsi makanya, bising usus normal 5-30 kali permenit dan membran mukosa membaik

Intervensi:

1) Identifikasi status nutrisi

Rasional: Untuk membantu mengetahui tanda dan gejala defisit nutrisi

2) Identifikasi alergi dan intoleransi makanan

Rasional: Untuk memberikan makanan yang tepat supaya tidak menimbulkan alergi

3) Monitor asupan makanan

Rasional: Untuk mengetahui input pasien

4) Berikan makanan tinggi kalori rendah lemak

Rasional: Agar nutrisi terpenuhi

5) Ajarkan diet yang diprogramkan

Rasional: Agar pasien bisa makan tanpa ada keluhan

6) Kolaborasi dengan ahli gizi dalam pemberian nutrisi

Rasional: Ahli gizi menentukan makanan yang boleh dan yang tidak boleh dikonsumsi pasien.

3. Hipertermia berhubungan dengan system imun ditandai dengan suhu tubuh diatas normal

Definisi: Suhu tubuh meningkat di atas rentang normal tubuh

Tujuan: Setelah Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam maka termoregulasi membaik

Kriteria Hasil: Menggigil menurun dan Suhu tubuh membaik

Intervensi:

1) Identifikasi penyebab hypertermi

Rasional: Supaya pasien mengetahui penyebab peningkatan suhu tubuh

2) Monitor suhu tubuh

Rasional: Memantau peningkatan atau penurunan suhu

3) Berikan cairan oral

Rasional: Agar pasien terhindar dari dehidrasi

4) Anjurkan kompres air hangat

Rasional: Agar keluarga mampu merawat pasien secara mandiri di rumah.

4. Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi, kelebihan asupan cairan, kelebihan asupan natrium, tekanan osmotik menurun

Defenisi: Peningkatan jumlah cairan di dalam pembuluh darah, ruang antar sel, dan/atau di dalam sel itu sendiri.

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan dapat mengurangi retensi cairan dalam area ekstrasvaskuler

Kriteria hasil: Pitting edema berkurang, intake dan output seimbang, tanda-tanda vital dalam batas normal (TD= 120/80 mmHg, N= 60-100 x/menit, RR= 16-20 x/menit, S= 36-36,5°C)

Intervensi:

1) Melakukan evaluasi terhadap pembengkakan yang meninggalkan jejak tekanan (pitting edema)

Rasional: Untuk mengidentifikasi tanda-tanda kelebihan cairan pada pasien.

2) Melakukan pengukuran lingkar abdomen untuk mengevaluasi keberadaan asites pada pasien.

Rasional: Untuk mendeteksi tanda-tanda kelebihan cairan dalam rongga perut.

3) Melakukan pencatatan masukan dan keluaran cairan pasien selama 24 jam (misalnya setiap jam 6 pagi).

Rasional: Untuk memantau keseimbangan cairan pasien dan mengidentifikasi perubahan yang mungkin terjadi.

4) Mengamati tanda-tanda vital pasien secara teratur.

Rasional: Untuk memonitor perubahan tanda-tanda vital yang dapat mengindikasikan komplikasi akibat kelebihan volume cairan.

5) Berkolaborasi dalam pemberian terapi diuretik (seperti furosemide).

Rasional: Untuk membantu mengurangi retensi garam dan air dalam tubuh pasien.

5. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan imobilitas, ketidakseimbangan antara suplai oksigen dan kebutuhan oksigen

Defenisi: Ketidakcukupan energi untuk melakukan aktivitas sehari hari

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan intoleransi aktivitas dapat meningkatkan

Kriteria hasil: Pasien bebas dari kelemahan, mampu melakukan aktivitas secara mandiri, tanda-tanda vital dalam batas normal (TD= 120/80 mmHg, N= 60-100 x/menit, RR= 16-20 x/menit, S= 36-36,5°C)

Intervensi:

1) Membantu pasien dalam mengenali kemampuan dan batasan aktivitasnya.

Rasional: Untuk mengevaluasi tingkat kemampuan fungsional pasien.

2) Memberikan dukungan dalam memperoleh alat bantu aktivitas seperti kursi roda sesuai kebutuhan pasien.

Rasional: Untuk memfasilitasi pasien dalam menjalankan aktivitas sehari-hari.

3) Mengamati respons pasien terhadap setiap aktivitas yang dilakukan.

Rasional: Untuk memantau dan mengevaluasi dampak aktivitas terhadap kondisi dan kesejahteraan pasien.

- 4) Melakukan pemantauan terhadap tanda-tanda vital pasien. Rasional: Untuk menilai respons fisiologis pasien terhadap aktivitas yang dilakukan dan memantau perubahan yang mungkin terjadi.

6. Resiko konstipasi yang berhubungan dengan berkurangnya peristaltik usus akibat tirah baring

Definisi: Berisiko mengalami penurunan frekuensi normal defekasi disertai kesulitan dan pengeluaran feses tidak lengkap

Tujuan: Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam maka eliminasi fekal (proses defekasi normal yang disertai dengan pengeluaran feses mudah dan konsistensi serta frekuensi dan bentuk feses (normal) membaik (PPNI, 2019)

Kriteria hasil: Kontrol pengeluaran feses meningkat, keluhan defekasi lama dan sulit, mengejan saat defekasi, distensi abdomen, nyeri abdomen, kram abdomen menurun. Konsistensi feses, frekuensi defekasi dan peristaltik usus membaik (PPNI, 2019).

Intervensi:

- 1) Identifikasi faktor risiko konstipasi

Rasional: Untuk mengetahui adanya risiko konstipasi pada pasien

- 2) Monitor tanda dan gejala konstipasi (misal, defekasi kurang 2 kali seminggu, defekasi lama/sulit, feses keras, peristaltik menurun)

Rasional: Untuk mengetahui tanda dan gejala konstipasi.

- 3) Jadwalkan rutinitas BAB

Rasional: Untuk membiasakan hipotalamus memberikan sinyal BAB secara teratur

- 4) Lakukan masase abdomen

Rasional: Untuk meningkatkan peristaltik usus

5) Jelaskan penyebab dan risiko konstipasi

Rasional: Untuk memberikan gambaran tentang penyebab dan risiko konstipasi

6) Anjurkan minum air putih sesuai kebutuhan (1500-2000 ml/hari)

Rasional: Air putih diperlukan untuk memperlunak feses dan memenuhi kebutuhan cairan.

7) Anjurkan mengonsumsi makanan berserat

Rasional: Makanan yang berserat digunakan untuk memperlunak feses agar mudah untuk dikeluarkan

8) Anjurkan meningkatkan aktivitas fisik

Rasional: Aktivitas fisik berguna untuk meningkatkan peristaltik usus

9) Kolaborasi dengan ahli gizi, jika perlu

Rasional: Untuk memberikan terapi diet yang sesuai.

G. Pelaksanaan Keperawatan

Menurut Safitri (2019) Implementasi keperawatan merupakan serangkaian kegiatan yang dilaksanakan oleh perawat guna membantu klien dalam mengatasi masalah kesehatan dan meningkatkan kesehatannya sesuai dengan kriteria hasil yang diharapkan. Pelaksanaan implementasi ini didasarkan pada rencana tindakan yang telah disusun sebelumnya dan ditujukan pada nursing orders untuk membantu klien mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Dengan demikian, perawat melaksanakan rencana tindakan yang spesifik dengan mengubah faktor-faktor yang mempengaruhi masalah kesehatan klien.

Secara umum, ada tiga kategori utama dari implementasi keperawatan yang dapat diidentifikasi antara lain:

- a. *Cognitive implementations* adalah jenis implementasi keperawatan yang mencakup tindakan memberikan pengajaran atau edukasi kepada klien, mengaitkan pengetahuan klien dengan kegiatan sehari-hari, merancang strategi untuk klien dengan masalah komunikasi, memberikan umpan balik, memonitor tim perawatan, mengamati penampilan klien dan keluarga, serta menciptakan lingkungan yang sesuai dengan kebutuhan klien dan lain-lain.
- b. *Interpersonal implementations* adalah jenis implementasi keperawatan yang termasuk dalamnya adalah mengoordinasikan kegiatan, meningkatkan kualitas pelayanan, membangun komunikasi terapeutik, merencanakan jadwal pribadi, mengungkapkan emosi, memberikan dukungan spiritual, menjadi advokat klien, menjadi contoh yang baik, dan lain sebagainya.
- c. *Technical implementations* adalah jenis implementasi keperawatan yang mencakup tindakan kebersihan kulit, melakukan aktivitas rutin perawatan, mendeteksi perubahan dari data dasar klien, mengorganisir respons klien yang abnormal, melakukan tindakan keperawatan mandiri, berkolaborasi, merujuk, dan lain-lain.

Dalam pelaksanaannya, ada tiga jenis implementasi keperawatan yang dapat dilakukan, yaitu:

- a. *Independent implementations* adalah tindakan yang dilakukan oleh perawat sendiri untuk membantu klien mengatasi masalah kesehatannya yang sesuai dengan kebutuhan individu. Contohnya adalah membantu dalam kegiatan *daily living* (ADL), memberikan perawatan diri, menyesuaikan posisi tidur, menciptakan lingkungan terapeutik, memberikan motivasi, pemenuhan kebutuhan psikososial-spiritual,

merawat alat invasive yang digunakan oleh klien, melakukan dokumentasi, dan sebagainya.

- b. *Interdependen/ Collaborative implementations* adalah tindakan keperawatan yang dilakukan atas dasar kerja sama antara perawat dan tim kesehatan lainnya, seperti dokter. Contohnya adalah memberikan obat oral, injeksi, infus, pemasangan kateter urin, nasogastric tube (NGT), dan sebagainya. Dalam tindakan kerja sama ini, tanggung jawab dokter adalah jenis, dosis, dan efek samping obat, sedangkan tanggung jawab perawat adalah memeriksa jenis dan dosis obat yang diberikan, memastikan ketepatan jadwal, cara, dosis pemberian, serta memantau respon klien setelah pemberian obat.
- c. *Dependent implementations* adalah tindakan keperawatan yang dilakukan atas dasar rujukan dari profesi lain, seperti ahli gizi, fisioterapi, psikolog, dan sebagainya. Contohnya adalah pemberian nutrisi sesuai dengan diet yang diresepkan oleh ahli gizi, melakukan latihan fisik (mobilisasi fisik) sesuai dengan anjuran dari bagian fisioterapi (safitri, 2019).

H. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah suatu bentuk penilaian yang mencakup penilaian terhadap hasil dan proses. Evaluasi hasil dilakukan untuk menilai sejauh mana keberhasilan yang telah dicapai sebagai hasil dari tindakan yang dilakukan. Sementara itu, evaluasi proses dilakukan untuk mengevaluasi adanya kesalahan atau kekurangan pada setiap tahapan proses, dari pengkajian, diagnosa, perencanaan, tindakan, dan evaluasi itu sendiri. Evaluasi dilakukan dengan membandingkan hasil tindakan keperawatan yang telah dilakukan dengan tujuan yang telah ditetapkan sebelumnya, dan juga menilai efektivitas

proses keperawatan dari tahap pengkajian, perencanaan, dan pelaksanaan dengan kriteria yang telah ditetapkan sebelumnya dalam perencanaan.

Terdapat dua jenis evaluasi keperawatan:

1. Evaluasi formatif

Evaluasi formatif adalah jenis evaluasi yang dilakukan selama tindakan keperawatan sedang berlangsung. Tujuannya adalah untuk mengamati dan menganalisis respon pasien terhadap tindakan keperawatan, dan hasilnya didokumentasikan. Evaluasi formatif biasanya terdiri dari empat komponen yang dikenal dengan istilah SOAP, yaitu S (Subjektif) yang berisi keluhan pasien, O (Obyektif) yang berisi hasil pemeriksaan, A (Analisis data) yang berisi perbandingan data dengan teori, dan P (Perencanaan) yang berisi rencana keperawatan lebih lanjut untuk pasien.

2. Evaluasi sumatif adalah jenis evaluasi akhir yang dilakukan setelah tindakan keperawatan selesai dilakukan. Tujuannya adalah untuk menyimpulkan hasil analisis dan observasi yang sesuai dengan tujuan yang telah ditetapkan sebelumnya. Evaluasi sumatif dapat dilakukan dengan menggunakan beberapa metode seperti wawancara pada akhir layanan, menanyakan respon pasien dan keluarga terhadap tindakan keperawatan, dan mengadakan pertemuan pada akhir layanan (Kurniati, 2019).

BAB III

TINJAUAN KASUS

Dalam bab ini penulis akan menguraikan mengenai hasil “Asuhan Keperawatan Pada Tn. A dengan Hepatitis A di Ruang Penyakit Dalam 1301 Rumah Sakit Umum Daerah Koja Jakarta Utara” yang dilakukan selama 3x24 jam dari tanggal 13 Maret sampai 15 Maret 2023.

A. Pengkajian Keperawatan

1. Identitas Pasien

Berdasarkan hasil pengkajian yang diperoleh dari data antara lain, pasien bernama Tn. A dengan usia 41 tahun, jenis kelamin laki-laki, beragama Islam, status menikah, pendidikan tamat SMA, bahasa yang digunakan Bahasa Indonesia, suku Betawi, pekerjaan buruh, alamat Jl. Fort timur No. 26 RT 001/02, sumber biaya BPJS PBI, sumber informasi berasal dari keluarga pasien, pasien masuk pada tanggal 12 Maret 2023 di ruang Penyakit Dalam kamar 1301 dengan nomor register 00534233 dengan diagnosa medis Hepatitis A.

2. Resume

Pasien dibawa ke rumah sakit Koja oleh keluarganya pada tanggal 12 Maret 2023 pada pukul 01.30 WIB. Pasien tinggal bersama istri dan juga anak-anaknya, menurut keterangan istri pasien menemukan pasien dalam keadaan terbaring lemah ditempat tidur dan pasien mengatakan nyeri perut, keluarga pasien mengatakan dari tanggal 09-13 maret pasien belum BAB, pasien mengatakan saat pengeluaran fesesnya

lama dan sulit, pasien mengatakan mengejan saat defekasi, pasien mengeluh perutnya kembung, keluarga tidak mengetahui tentang penyakit pasien, keluarga merasa khawatir dengan kondisi pasien saat ini, pasien mengatakan ingin segera sembuh dan berkumpul dengan keluarganya setelah menjalani perawatan dan tidak ingin dirawat di rumah sakit lagi, pasien tampak lemah, pasien tampak meringis saat perutnya dipalpasi, tekanan darah 113/78 mmHg, frekuensi pernapasan 20 x/menit, frekuensi nadi 80 x/menit, suhu 36,1°C, pasien tampak hanya bisa baring, bising usus 6x/menit, dan saat diperkusi perut pasien terdengar kembung, terdapat distensi abdomen, intake 2.200 ml (infus 1.000+am 1.200 ml), output 2.420 ml (urine 1.400 ml + iwl 1.020 ml) jadi balance cairan -220 ml, keluarga pasien tampak gelisah, keluarga pasien nampak tegang, pasien nampak sulit tidur.

Masalah keperawatan yang muncul berdasarkan masalah diatas adalah nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (Inflamasi), defisit nutrisi berhubungan dengan mual dan muntah, konstipasi berhubungan dengan ketidakcukupan asupan serat, ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi. Tindakan keperawatan mandiri yang telah dilakukan yaitu memonitor TTV, Mengkaji keadaan umum, mengkaji skala nyeri pasien, membantu ADL pasien, memantau tanda-tanda dan gejala konstipasi, mengukur saturasi oksigen, menggunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan. Sedangkan tindakan kolaborasi yang sudah dilakukan untuk masalah diatas yaitu memasang dan mempertahankan cairan infus 1 kolf asering/24 jam. Memberikan terapi sesuai program Paracetamol 3x500mg, Lactulax 1x10ml, Urdahex 3x1mg, Stronger Neo Minophagen C (SNMC) 1x2mg, Omeprazole 2x1mg. Evaluasi secara umum pasien masih tampak sakit sedang dan masih mengalami penurunan Nyeri.

3. Riwayat Keperawatan

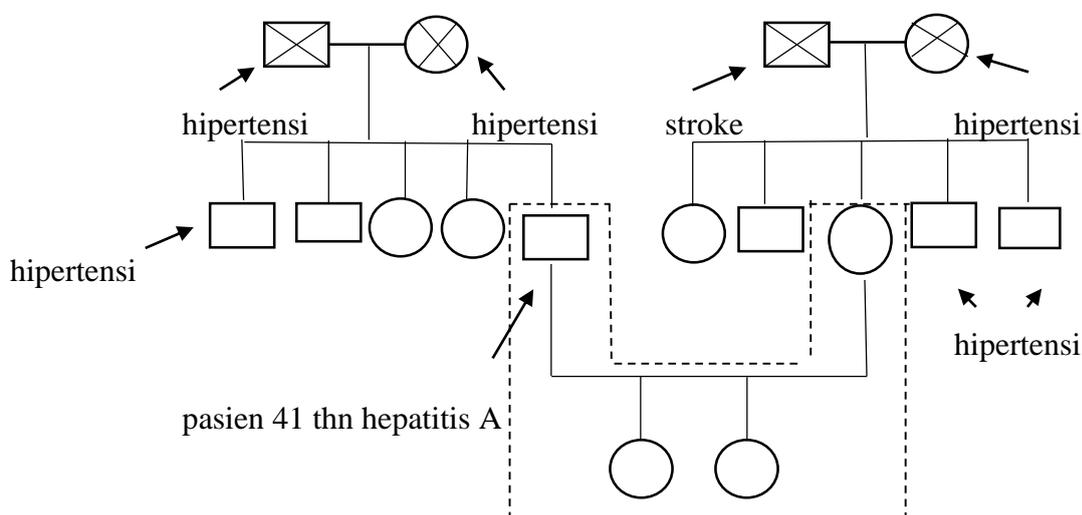
a. Riwayat Kesehatan Sekarang

Keluhan utama pasien saat ini adalah nyeri abdomen sebelah kanan, mual, muntah, dan nafsu makan berkurang, timbulnya mendadak, lamanya tidak tentu, upaya untuk mengatasinya pasien langsung mencari pertolongan ke tenaga kesehatan.

b. Riwayat Kesehatan Masa Lalu

Pasien mempunyai riwayat hipertensi sejak 6 tahun yang lalu namun keluhan nyeri kepala dan nyeri tengkuk yang dirasakan juga tidak terlalu mengganggu pasien sehingga pasien tidak pergi ke fasilitas kesehatan untuk memeriksa keadaannya, pasien tidak memiliki riwayat kecelakaan, tidak mempunyai riwayat alergi obat, makanan, binatang dan lingkungan. Riwayat pemakaian obat tidak ada dan pasien tidak pernah dirawat di rumah sakit.

c. Riwayat Kesehatan Keluarga



Keterangan :

-  : Laki-laki meninggal
-  : Perempuan meninggal
-  : Laki-laki
-  : Perempuan
-  : Penunjuk keterangan
- : Tinggal satu rumah

Pasien merupakan seorang anak dari 5 bersaudara, pasien sudah menikah, ayah dan ibu pasien sudah meninggal, dan pasien tinggal bersama dengan istri dan anak-anaknya.

d. Penyakit yang pernah di derita oleh keluarga yang menjadi faktor risiko

Keluarga mengatakan ayah, ibu pasien dan saudara pertama memiliki riwayat hipertensi.

e. Riwayat Psikologis dan Spritual

Orang terdekat pasien adalah istrinya dan anak-anaknya, pola komunikasi dengan keluarga dua arah dan pengambilan keputusan diambil oleh istri dan pasien, serta pasien tidak pernah mengikuti kegiatan kemasyarakatan. Dampak penyakit terhadap keluarga cemas dengan kondisi pasien. Pasien mengatakan bahwa masalah yang mempengaruhi pasien adalah pasien hanya baring dan tidak mampu untuk bekerja untuk sementara. Mekanisme koping terhadap stress yang dilakukan oleh pasien adalah tidur, main hp sambil duduk minum kopi. Pasien mengatakan ingin segera sembuh dan berkumpul dengan keluarganya setelah menjalani perawatan dan tidak ingin dirawat di Rumah Sakit lagi. Perubahan yang dirasakan pasien sejak jatuh sakit adalah pasien merasa lemas, tidak nafsu makan, nyeri abdomen dan nyeri ulu hati. Tidak ada nilai-nilai yang bertentangan dengan kesehatan, aktivitas agama

atau kepercayaan yang dilakukan pasien tampak tidak ada, lingkungan rumah pasien padat penduduk, kurangnya ketersediaan air bersih dan pasien juga jarang keluar rumah karena sibuk bekerja.

f. Pola Kebiasaan

1) Pola Nutrisi

Sebelum sakit: Pasien makan 1x sehari, nafsu makan berkurang, pasien mampu menghabiskan 1 porsi makanan tapi hanya sekali makan sehari, makanan yang tidak disukai pasien tidak ada, tidak ada makanan yang membuat alergi, tidak ada makanan pantangan, tidak ada diit makanan, pasien tidak menggunakan obat-obatan sebelum makan dan pasien tidak menggunakan alat bantu makan seperti *Naso Gastric Tube* (NGT).

Di rumah sakit: Pasien makan 3x sehari, nafsu makan kurang, pasien hanya mampu menghabiskan 4 sendok dari 1 porsi makanan, makanan yang tidak disukai pasien tidak ada, tidak ada makanan yang membuat alergi, tidak ada makanan pantangan, tidak ada diit makanan, pasien tidak menggunakan obat-obatan sebelum makan dan pasien tidak menggunakan alat bantu makan seperti *Naso Gastric Tube* (NGT).

2) Pola Eliminasi

Sebelum sakit: Buang air kecil (BAK) 4x/hari, warna kuning keruh, tidak ada keluhan saat BAK dan pasien tidak menggunakan alat bantu. Pasien juga buang air besar (BAB) 1x/hari, biasanya pada waktu pagi dan malam dan terkadang sore, warna kuning kecoklatan, konsistensi padat namun lunak, tidak ada keluhan saat BAB dan pasien tidak menggunakan laxatif.

Sesudah sakit: Buang air kecil (BAK) 5x/hari, warna kuning keruh, tidak ada keluhan saat BAK dan pasien tidak menggunakan alat bantu. Keluarga mengatakan dari tanggal 9-13 Maret pasien belum BAB. Pasien belum buang air besar (BAB) selama 4 hari sebelum masuk RS dan setelah dirawat, pasien mendapat terapi farmakologi Lactulac 10ml perhari pada tanggal 13 Maret 2023.

3) Pola Personal *Hygiene*

Sebelum sakit: Pasien mandi 1x/hari jika berangkat kerja dan jika pulang kerja tidak mandi lagi dengan menggunakan sabun, pasien gosok gigi 1x/hari dan pasien mencuci rambut 2x/minggu dengan menggunakan shampoo.

Di rumah sakit: Pasien dibantu dalam melakukan *personal hygiene* seperti mandi dan gosok gigi, selama 2 hari dirawat pasien belum dikeramas.

4) Pola Istirahat

Sebelum sakit: Pasien tidur siang selama 3-4 jam/hari dan tidur malam selama 5 jam/hari dan kebiasaan sebelum tidur adalah main hp.

Di rumah sakit: Pasien tidur siang tidak menentu dan tidur malam 7-8 jam dan kebiasaan sebelum tidur main hp.

5) Pola Aktivitas

Sebelum sakit: Pasien melakukan pekerjaannya pada waktu pagi, siang dan terkadang malam hari, pasien terkadang berolahraga dan tidak memiliki keluhan dalam beraktivitas.

Di rumah sakit: Pasien terkadang tirah baring, terkadang juga duduk karena lemas dan aktivitas pasien dilakukan sendiri serta terkadang harus dibantu.

6) Kebiasaan yang Mempengaruhi Kesehatan

Sebelum sakit: Pasien merokok 1-2 bungkus perhari, pasien terkadang mengkonsumsi alkohol dan minuman stamina serta tidak ada ketergantungan terhadap obat-obatan terlarang.

Di rumah sakit: Pasien tidak merokok, pasien tidak mengkonsumsi alkohol dan tidak ada ketergantungan terhadap obat-obatan terlarang.

4. Pengkajian Fisik

a. Pemeriksaan Umum

Pasien memiliki berat badan 68 Kg sesudah sakit dan 76 Kg sebelum sakit, tinggi badan pasien 170 cm, tekanan darah 113/78 mmHg, frekuensi nadi 80x/menit, frekuensi napas 20x/menit dan suhu tubuh 36,1°C. Keadaan umum pasien sakit sedang dan tidak ada pembesaran kelenjar getah bening.

b. Sistem Penglihatan

Mata tampak simetris, kelopak mata normal, konjungtiva anemis, kornea normal tidak tampak keruh/berkabut, sklera ikterik, pupil isokor, tidak ada kelainan pada otot-otot mata, fungsi penglihatan baik, tidak ada tanda-tanda radang, pasien tidak menggunakan kaca mata, tidak menggunakan lensa kontak, dan reaksi terhadap cahaya baik.

c. Sistem Pendengaran

Daun telinga tampak normal, terdapat serumen yang berwarna kuning, konsistensi cair dan tidak berbau, kondisi telinga tengah normal, tidak ada cairan yang keluar dari telinga, perasaan penuh ditelinga tidak ada, dan tidak terdapat tinitus, fungsi pendengaran pasien baik yang dibuktikan dengan pada saat pasien dibisikkan, pasien mampu merespon dengan anggukan dan mengucapkan ulang kalimat yang

dibisikan, dan pasien tidak menggunakan alat bantu dengar. Pasien mampu melakukan keseimbangan gerak antar tangan dan hidung. Hal ini dibuktikan pada saat pemeriksaan, pada saat diinstruksikan pasien mampu menyentuh hidung dan jari perawat secara bergantian dan salah satu mata pasien ditutup dengan menggunakan tangan yang yang mampu digerakan.

d. Sistem Wicara

Sistem wicara pasien normal, saat diajak berbicara terdengar jelas namun suara kecil karna kondisinya yang masih lemah.

e. Sistem Pernapasan

Pasien tidak ada sesak napas dan tidak menggunakan otot bantu pernapasan. Napas tidak berbau keton, frekuensi napas 20x per menit dengan pernapasan yang cukup tertaur, jenis napas spontan, kedalaman napas dalam, suara napas vesikuler, tidak ada nyeri untuk bernapas dan pasien tidak menggunakan alat bantu pernapasan.

f. Sistem Kardiovaskuler

1) Sirkulasi prifer Nadi 80x permenit dengan irama denyut nadi normal, tekanan darah 113/78 mmHg, tidak terdapat distensi vena jugularis, temperature kulit hangat warna kulit pucat, pengisian kapiler <2 detik, dan tidak terdapat edema.

2) Sirkulasi Jantung

Kecepatan denyut apical 80x/menit, dengan irama teratur dan tidak ada kelainan bunyi jantung serta tidak terdapat sakit dada.

g. Sistem Hematologi

Pasien tampak pucat dan tidak ada perdarahan.

h. Sistem Syaraf Pusat

Pasien hanya mengeluh pusing saja dan tidak mengeluh sakit kepala, tingkat kesadaran pasien, *Glasgow coma scale* (GDS) (E4M6V5), tidak ada tanda-tanda tekanan intra kranial (TIK).

i. Sistem Pencernaan

Keadaan mulut pasien tidak terdapat karies pada gigi, pasien tidak menggunakan gigi palsu, tidak ada stomatitis, lidah pasien terlihat bersih, pengeluaran saliva normal saat pengkajian terdapat muntah, pasien ada nyeri perut bagian bawah disebelah kanan, skala nyeri 7, bising usus pasien 20 x/menit, pasien tidak mengalami diare namun pasien belum BAB sudah 4 hari, hepar teraba dan abdomen pasien terdengar kembung.

j. Sistem Endokrin

Tidak terjadi pembesaran kelenjar tiroid, napas pasien tidak berbau keton, dan tidak terdapat ganggren.

k. Sistem Urogenital

Balance cairan pada pasien per 24 jam pada tanggal 13 Maret 2023 pada pukul 10.00 WIB dengan intake 2.200 ml (infus 1.000+am 1.200 ml), output 2.420 ml (urine 1.400 ml + iwl 1.020 ml) jadi balance cairan -220 ml, urine tampak berwarna kuning kental, pasien tidak mengalami distensi pada kandung kemih.

l. Sistem Integumen

Turgor kulit pasien tampak baik dengan temperatur hangat, warna kulit tampak pucat dengan keadaan kulit baik, tidak terdapat kelainan pada kulit dan pasien

terpasang infus di tangan kanan yaitu Asering 1 kolf serta rambut dalam keadaan berminyak dan teksturnya baik.

m. Sistem Muskuloskeletal

Pasien tidak ada kesulitan dalam pergerakan, pasien tidak merasa sakit pertulangan, tidak ada fraktur dan tidak ada kelainan pada bentuk tulang sendi dan tulang belakang, keadaan tenus otot baik. kekuatan otot:

5555	555
5555	5555

5. Data Tambahan

Keluarga mengatakan sering mendengar orang yang terkena hepatitis namun keluarga tidak mengetahui pengertian, penyebab, tanda dan gejala, dan komplikasi hepatitis.

6. Data Penunjang

Tanggal 13 maret 2023

Hasil Laboratorium : Bilirubin Total *18.78 mg/dL (<1.4), Bilirubin Durek *12.41 mg/dL (<0.3), Bilirubin indirek *6.37 mg/dL (<0.75), SGOT (AST) *41 u/L (<40), SGPT (ALT) *267 u/L (<41), Anti HAV IgM Kuantitatif Reaktif.

Tanggal 13 maret 2023

Kesan USG (ultrasonografi): Hepatomegali dan GB *wall thickening*, mendukung hepatitis akut.

7. Penatalaksanaan

Terapi Oral: Paracetamol 3x500mg (oral) Pukul 06.00 WIB, 12.00 WIB, dan 20.00 WIB; Urdahex 3x1mg 9oral) pukul 06.00 WIB, 12.00 WIB, dan 20.00 WIB; Lactulax 1x 10ml pukul 17.00 WIB.

Terapi Injeksi: Stronger Neo Minophagen C (SNMC) 1x2mg (drip NS 100) 12.00 WIB; Omeprazole 2x1mg (IV) pukul 12.00 WIB, dan 20.00 WIB.

8. Data Fokus

Tanggal 13 Maret 2023

Data Subyektif:

Pasien mengatakan nyeri perut, nyeri seperti ditusuk-tusuk, diperut sebelah kanan, skala nyeri 7, saat beraktivitas, pasien mengatakan apabila makan merasakan mual dan muntah, keluarga pasien mengatakan dari tanggal 09-13 Maret pasien belum BAB, 2 hari di rawat pasien belum BAB, pasien mengatakan saat pengeluaran fesesnya lama dan sulit, pasien mengejan saat defekasi, pasien mengeluh perutnya kembung, keluarga tidak mengetahui tentang penyakit pasien, keluarga merasa khawatir dengan kondisi pasien saat ini, pasien mengatakan ingin segera sembuh dan berkumpul dengan keluarganya setelah menjalani perawatan dan tidak ingin dirawat di Rumah Sakit lagi.

Data Objektif:

Keadaan umum pasien sakit sedang, pasien tampak lemah, pasien tampak meringis saat perutnya dipalpasi, tekanan darah 113/78 mmHg, frekuensi pernapasan 20 x/menit, frekuensi nadi 80 x/menit, suhu 36,1°C, pasien tampak lemas dan pucat, ikterik, nafsu makan berkurang (habis 4sendok/1 porsi), pasien tampak hanya bisa baring, bising usus 6x/menit, dan saat diperkusi perut pasien terdengar kembung, hepar teraba, terdapat distensi abdomen, intake 2.200 ml (infus 1.000+am 1.200 ml), output 2.420 ml (urine 1.400 ml + iwl 1.020 ml) jadi balance cairan -220 ml, keluarga pasien tampak gelisah, keluarga pasien nampak tegang, pasien tampak sulit tidur.

9. Analisa Data

No.	Data	Masalah	Etiologi
1.	<p>Subjektif: Pasien mengatakan nyeri perut, nyeri seperti ditusuk-tusuk, diperut sebelah kanan, skala nyeri 7, saat beraktivitas.</p> <p>Objektif: Pasien tampak lemah, pasien tampak meringis saat perutnya dipalpasi, tekanan darah 113/78 mmHg, frekuensi pernapasan 20x/menit, frekuensi nadi 80x/menit, suhu 36,1°C.</p>	Nyeri akut	Agen pencedera fisiologis (Inflamasi)
2.	<p>Subjektif: Pasien mengatakan apabila makan merasakan mual dan muntah</p> <p>Objektif: Pasien tampak lemas dan pucat, nafsu makan berkurang (habis 4sendok/1 porsi)</p>	Defisit nutrisi	Mual dan muntah
3.	<p>Subjektif: Keluarga pasien mengatakan dari tanggal 09-13 Maret pasien belum BAB, 2 hari di rawat pasien belum BAB, pasien mengatakan saat pengeluaran</p>	Konstipasi	Ketidak cukupan asupan serat

	<p>fesesnya lama dan sulit, pasien mengejan saat defekasi, pasien mengeluh perutnya kembung</p> <p>Objektif: Pasien tampak hanya bisa baring, bising usus 6x/menit, dansaat diperkusi perut pasien terdengar kembung, terdapat distensi abdomen, intake 2.200 ml (infus 1.000+am 1.200 ml), output 2.420 ml (urine 1.400 ml + iwl 1.020 ml) jadi balance cairan -220 ml.</p>		
4.	<p>Subjektif: Keluarga tidak mengetahui tentang penyakit pasien, Keluarga Merasa khawatir dengan kondisi pasien saat ini, Pasien mengatakan ingin segera sembuh dan berkumpul dengan keluarganya setelah menjalani perawatan dan tidak ingin dirawat di Rumah Sakit lagi</p> <p>Objektif: Keluarga pasien tampak gelisah, keluarga pasien nampak tegang, pasien tampak sulit tidur.</p>	Ansietas	Kurang terpapar informasi

B. Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan analisa data diatas maka dirumuskan diagnosa keperawatan sesuai prioritas, yaitu:

1. Nyeri akut berhubungan dengan Agen pencedera fisiologis (Inflamasi)
2. Defisit nutrisi berhubungan dengan Mual dan muntah
3. Konstipasi berhubungan dengan Ketidak cukupan asupan serat
4. Ansietas berhubungan dengan Kurang terpapar informasi

C. Perencanaan, Penatalaksanaan, Evaluasi Keperawatan

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis ditandai dengan

Subjektif: pasien mengatakan nyeri perut, nyeri seperti ditusuk-tusuk, diperut sebelah kanan, skala nyeri 7, saat beraktivitas

Objektif: Pasien tampak lemah, pasien tampak meringis saat perutnya dipalpasi, tekanan darah 113/78 mmHg, frekuensi pernapasan 20x/menit, frekuensi nadi 80x/menit, suhu 36,1°C.

Tujuan: Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam maka tingkat nyeri menurun

Kriteria Hasil: Nyeri pasien berkurang (skala nyeri 4-5), pasien tidak meringis kesakitan, pasien tidak kesulitan tidur, sikap protektif dan gelisah menurun. Tanda-tanda vital dalam rentang normal : tekanan darah 113/78 mmHg, frekuensi nadi 80x/menit, frekuensi napas 20x/menit dan suhu tubuh 36,1°C.

Rencana tindakan

- a. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan identitas nyeri
- b. Identifikasi respon nyeri nonverbal
- c. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri

- d. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri
- e. Fasilitasi istirahat dan tidur
- f. Pemberian analgetik Omeprazole 2x1mg (IV) pukul 12.00 WIB, dan 20.00 WIB

Pelaksanaan Tanggal 13 Maret 2023

Pukul 06.00 WIB mengidentifikasi tanda-tanda vital pasien, tekanan darah: 113/78 mmHg, frekuensi pernapasan 20 x/menit, frekuensi nadi 80 x/menit, suhu 36,1°C; Pukul 08.15 mengidentifikasi lokasi, durasi hasil setelah dipalpasi lokasi nyeri pasien di bagian perut bawah sebelah kanan skala nyeri 7/10; Pukul 08.20 WIB mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, jika pasien berdiri nyeri timbul dan saat tidur nyerinya berkurang; Pukul 11.40 WIB mengidentifikasi tanda-tanda vital pasien, tekanan darah: 120/90 mmHg, frekuensi pernapasan 20 x/menit, frekuensi nadi 98 x/menit, suhu 36,5°C; Pukul 12.00 WIB memberikan terapi omeprazole 1 mg; Pukul 14.00 WIB mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri “teknik relaksasi napas dalam” diajarkan, pasien mengerti cara mengurangi rasa nyeri dengan teknik relaksasi napas dalam, pasien nyaman dengan posisi duduk saat melakukan teknik relaksasi napas dalam; Pukul 16.00 WIB menganjurkan pasien untuk istirahat; Pukul 17.15 WIB mengidentifikasi tanda-tanda vital, tekanan darah: 120/100 mmHg, frekuensi pernapasan 20 x/menit, frekuensi nadi 98 x/menit, suhu 36,5°C; Pukul 20.00 WIB memberikan terapi Omeprazole 1 mg, (pemeriksaan tanda-tanda vital selanjutnya dilakukan setiap 8 jam pershift).

Pelaksanaan 14 Maret 2023

Pukul 07.30 WIB mengidentifikasi tanda-tanda vital pasien, tekanan darah: 100/60 mmHg, frekuensi pernapasan: 20 x/menit, frekuensi nadi: 98 x/menit, suhu: 36,5°C; Pukul 08.30 WIB mengidentifikasi durasi nyeri hasil setelah dipalpasi lokasi nyeri pasien mengatakan skala nyeri 5/10; Pukul 10.15 WIB mengidentifikasi teknik relaksasi napas dalam yang diberikan kepada pasien, pasien mengatakan melakukan teknik relaksasi saat nyeri timbul tiba-tiba; Pukul 11.40 WIB mengidentifikasi tanda-tanda vital pasien, tekanan darah: 90/60 mmHg, frekuensi pernapasan: 20 x/menit, frekuensi nadi: 98 x/menit, suhu: 35,5°C; Pukul 12.00 WIB memberikan terapi omeprazole 1 mg; Pukul 16.00 WIB menganjurkan pasien untuk istirahat; Pukul 17.15 WIB mengidentifikasi tanda-tanda vital, tekanan darah: 120/90 mmHg, frekuensi pernapasan: 20 x/menit, frekuensi nadi: 98 x/menit, suhu: 35,5°C; Pukul 20.00 WIB memberikan terapi omeprazole 1 mg; Pukul 21.40 WIB menganjurkan pasien untuk istirahat (tanda-tanda vital selanjutnya dilakukan setiap 8 jam atau pershift)

Pelaksanaan 15 Maret 2023

Pukul 07.00 WIB mengidentifikasi tanda-tanda vital pasien, tekanan darah: 110/60 mmHg frekuensi pernapasan 20 x/menit, frekuensi nadi 98 x/menit, suhu 35,5°C; Pukul 08.15 mengidentifikasi durasi nyeri hasil setelah dipalpasi lokasi nyeri pasien mengatakan skala nyeri 4/10; Pukul 10.30 mengidentifikasi teknik relaksasi napas dalam yang diberikan kepada pasien, pasien mengatakan melakukan teknik relaksasi saat nyeri timbul tiba-tiba; Pukul 11.25 WIB mengidentifikasi tanda-tanda vital pasien, tekanan darah: 130/90 mmHg, frekuensi pernapasan 20 x/menit, frekuensi nadi 98 x/menit, suhu 36,5°C; Pukul 12.00 WIB memberikan terapi omeprazole 1 mg; Pukul 16.00 WIB menganjurkan pasien untuk istirahat, pukul 17.00 WIB mengidentifikasi tanda-tanda vital,

tekanan darah: 130/100 mmHg, frekuensi pernapasan: 20 x/menit, frekuensi nadi: 98 x/menit, suhu: 35,5°C; Pukul 20.00 WIB memberikan terapi omeprazole 1 mg; Pukul 22.30 WIB menganjurkan pasien untuk istirahat (tanda-tanda vital selanjutnya dilakukan pershift).

Evaluasi 15 Maret 2023 pukul 20.00 WIB

Subjektif: Pasien mengatakan nyeri nya lumayan berkurang setelah melakukan teknik relaksasi napas dalam skala nyeri 4/10 dan tidurnya nyenyak.

Objektif: Pasien tampak lebih baik, keluhan nyeri berkurang

Analisa: Tujuan belum teratasi

Perencanaan: Tindakan keperawatan dilanjutkan diruangan penyakit dalam untuk point a, b, c, d, e, f

2. Defisit nutrisi berhubungan dengan Mual dan muntah ditandai dengan

Subjektif: Pasien mengatakan apabila makan merasakan mual dan muntah

Objektif: Pasien tampak pucat dan lemas, nafsu makan berkurang (habis 4 sendok/1 porsi)

Tujuan: Setelah dilakukan intervensi selama 3x24 jam maka diharapkan ketidak asupan nutrisi membaik.

Kriteria hasil: Frekuensi makan membaik sehari tiga kali, berat badan membaik ditandai dengan tidak adanya penurunan berat badan, indeks massa tubuh membaik rentang 18,5-24,9.

Rencana tindakan

- a. Identifikasi status nutrisi
- b. Identifikasi alergi dan intoleransi makanan
- c. Identifikasi makanan yang disukai
- d. Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrien
- e. Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastrik
- f. Monitor asupan makanan, monitor berat badan tiap 3 hari
- g. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium
- h. Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang hangat
- i. Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi
- j. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan
- k. Berikan terapi farmakologi Omeprazole 2x1mg (IV) pukul 12.00 WIB, dan 20.00 WIB.

Pelaksanaan 13 Maret 2023

Pukul 06.10 WIB, mengidentifikasi makanan yang disukai, keluarga mengatakan pasien menyukai makanan yang berkuah; Pukul 06.30 WIB mengidentifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrien, pasien mendapat terapidiet cair; Pukul 12.00 WIB memberikan terapi farmakologis Omeprazole 1 mg (IV), pasien sudah diberikan obat dan tidak terdapat tanda-tanda alergi; Pukul 14.05 WIB mengidentifikasi status nutrisi, berat badan: 68 kg, tinggi badan: 170 cm. $IMT = \frac{68kg}{1,70 \times 1,70} = 23,5$ (normal); Pukul 14.30 WIB, mengidentifikasi alergi dan intoleransi makanan, keluarga mengatakan pasien tidak memiliki alergi dan intoleransi makanan; Pukul 14.50 WIB memonitor asupan makanan

monitor berat badan, pasien belum boleh mengonsumsi makanan, BB: 68 kg; Pukul 15.00 WIB memonitor hasil pemeriksaan laboratorium, Bilirubin Total *18.78 mg/dL (<1.4), Bilirubin Direk *12.41 mg/dL (<0.3), Bilirubin indirek *6.37 mg/dL (<0.75), SGOT (AST) *41 u/L (<40), SGPT (ALT) *267 u/L (<41)); Pukul 20.00 WIB memberikan terapi farmakologis Omeprazole 1 mg (IV), pasien tampak kooperatif saat dilakukan pemberian obat.

Pelaksanaan 14 Maret 2023

Pukul 06.10 WIB memonitor ttv pasien, tekanan darah: 120/90 mmHg, frekuensi nadi: 98x/menit, frekuensi napas: 20x/menit, Suhu: 36,6°C; ; Pukul 12.05 WIB memberikan terapi farmakologis Omeprazole 1 mg (IV), pasien sudah diberikan obat dan tidak terdapat tanda-tanda alergi; Pukul 15.10 WIB memberikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi, pasien belum mendapat makanan padat dan hanya boleh makan bubur; Pukul 14.50 WIB memonitor hasil laboratorium, hasil laboratorium terakhir pada tanggal 14 Maret 2023 belum ada hasil lab terbaru; Pukul 15.20 WIB mengajarkan diet yang di programkan keluarga mengatakan paham dan akan mengikuti anjuran dari rumah sakit; Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrisi yang dibutuhkan, pasien masih mendapat diet susu; Pukul 20.00 WIB memberikan terapi farmakologis Omeprazole 1 mg (IV), pasien tampak kooperatif saat dilakukan pemberian terapi.

Pelaksanaan 15 Maret 2023

Pukul 06.10 WIB memonitor ttv pasien, tekanan darah: 120/90 mmHg, frekuensi nadi: 98x/menit, frekuensi napas: 20x/menit, Suhu: 36,6°C; ; Pukul 12.05 WIB memberikan terapi farmakologis Omeprazole 1 mg (IV), pasien sudah diberikan obat dan tidak terdapat tanda-tanda alergi; Pukul 14.20 mengidentifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrien, pasien mendapat terapi diet berupa makanan lunak yaitu bubur; Pukul 14.40 WIB Memonitor asupan makanan, pasien sudah mengkonsumsi 1 porsi bubur; pada pukul 08.00 WIB dan 12.00 WIB; Pukul 14.50 WIB memonitor hasil laboratorium, hasil laboratorium terakhir pada tanggal 21 Maret 2022 belum ada hasil lab terbaru; Pukul 15.00 WIB menyajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai, pasien mendapat diet makana lunak berupa bubur dengan suhu yang hangat; Pukul 15.10 WIB memberikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi, pasien mengatakan minum jus apel kurang lebih satu gelas; Pukul 15.20 WIB mengajarkan diet yang di programkan keluarga mengatakan paham dan akan mengikuti anjuran dari rumah sakit; Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan, pasien masih mendapat terapi diet makanan lunak tinggi kalori tinggi protein; Pukul 20.00 WIB memberikan terapi farmakologis Omeprazole 1 mg (IV), pasien tampak kooperatif saat dilakukan diberikan terapi.

Evaluasi 15 Maret 2023 pukul 20.00 WIB

Subjektif: Pasien mengatakan nafsu makan sudah mulai membaik, keluarga mengatakan pasien menghabiskan satu porsi makanannya, pasien mangatakan akan mengikuti anjuran dari rumah sakit.

Objektif: Pasien tampak mengikuti anjuran diet, kulit pasien tampak baik, tidak terjadi kerontokan rambut yang abnormal, berat badan: 68 kg, tinggi badan: 170 cm. IMT $68\text{kg}/1,70 \times 1,70 = 23,5$ (normal), nafsu makan pasien tampak meningkat, bising usus 12x/menit.

Analisa: Tujuan teratasi

Perencanaan: Intervensi dihentikan

3. Konstipasi berhubungan dengan Ketidak cukupan asupan serat ditandai dengan

Subjektif: Keluarga pasien mengatakan dari tanggal 09-13 Maret pasien belum BAB, 2 hari di rawat pasien belum BAB, pasien mengatakan saat pengeluaran fesesnya lama dan sulit, pasien mengejan saat defekasi, pasien mengeluh perutnya kembung

Objektif: Pasien tampak hanya bisa baring, bising usus 6x/menit, dan saat diperkusi perut pasien terdengar kembung, terdapat distensi abdomen, intake 2.200 ml (infus 1.000+am 1.200 ml), output 2.420 ml (urine 1.400 ml + iwl 1.020 ml) jadi balance cairan -220 ml.

Tujuan: Setelah dilakukan intervensi selama 3x24 jam maka eliminasi fekal membaik

Kriteria hasil: Keluhan defekasi lama menurun, distensi abdomen menurun, frekuensi defekasi membaik minimal 2 kali dalam seminggu, peristaltik usus membaik 5-34 kali permenit.

Rencana tindakan

- a. Identifikasi masalah usus dengan periksa peristaltik usus
- b. Monitor buang air besar setiap 8 jam
- c. Monitor tanda-tanda dan gejala konstipasi BAB kurang dari 2 kali dalam seminggu, perut tampak kembung, harus mengejan saat BAB, tinja
- d. terlihat kering, keras atau menggumpal, peristaltik usus menurun, setiap 8 jam

- e. Berikan air hangat satu gelas setelah makan
- f. Anjurkan meningkatkan aktifitas fisik, sesuai toleransi, miring kanan dan kiri dan duduk di tempat tidur
- g. Anjurkan pasien mengkonsumsi makanan yang mengandung tinggi serat, buah-buahan dan sayuran tinggi serat
- h. Anjurkan mengurangi asupan makanan yang meningkatkan pembentukan gas.
- i. Kolaborasi pemberian pencahar (lactulax 1x 10ml) pukul 17.00 WIB

Pelaksanaan: 13 Maret 2023

Pukul 15.20 WIB memonitor buang air besar, pasien belum buang air besar sampai hari ini; Pukul 15.30 WIB memonitor tanda- tanda dan gejala konstipasi, peristaltik usus pasien 12x/menit, perut pasien tampak kembung, pukul 15.40 WIB kolaborasi pemberian pencahar lactulac 1x10 ml, pasien direncanakan mendapat lactulac 1x10 ml pada tanggal 14 Maret 2023 Pukul 17.00 WIB

Pelaksanaan 14 Maret 2023

Pukul 15.55 WIB memonitor buang air besar, pasien belum buang air besar; Pukul 16.00 WIB memonitor tanda-tanda dan gejala konstipasi, peristaltik usus pasien 12x/menit, perut pasien tampak kembung, selama satu minggu dirawat pasien belum BAB; Pukul 16.10 WIB memberikan air hangat setelah makan, pasien tampak minum 1 gelas air hangat; Pukul 16.15 WIB menganjurkan meningkatkan aktifitas fisik, sesuai toleransi, pasien tampak melakukan mobilisasi dibantu keluarga. Pukul 16.30 WIB menganjurkan pasien mengkonsumsi makanan yang mengandung tinggi serat, pasien tampak hanya mengkonsumsi makanan dari rumah sakit; Pukul 16.40 WIB menganjurkan mengurangi asupan makanan yang meningkatkan pembentukan gas, pasien mengatakan tidak berani

makan aneh-aneh selain makanan dari rumah sakit; Pukul 16.50 WIB menganjurkan meningkatkan asupan cairan, pasien mengatakan sudah minum kurang lebih 5 gelas; Pukul 17.00 kolaborasi pemberian pencahar lactulac 10 ml, pasien minum obat dengan kooperatif.

Pelaksanaan 15 Maret 2023

Pukul 15.30 WIB memonitor buang air besar, pasien pup dengan konsistensi padat berwarna kuning kecoklatan pekat jumlahnya kurang lebih 100 cc; Pukul 15.45 WIB mengidentifikasi masalah usus, perut pasien tampak baik, sudah tidak kembung; 16.00 WIB memonitor tanda-tanda dan gejala konstipasi, peristaltik usus pasien 12x/menit, perut pasien masih tampak kembung; Pukul 16.10 WIB memberikan air hangat setelah makan, pasien tampak minum 1 gelas air hangat; 16.15 WIB menganjurkan meningkatkan aktifitas fisik, sesuai toleransi, pasien tampak melakukan mobilisasi duduk ditempat tidur, miring kiri dan kanan; Pukul 16.30 WIB menganjurkan pasien mengkonsumsi makanan yang mengandung tinggi serat, pasien tampak hanya mengkonsumsi makanan dari rumah sakit dan minum jus apel kurang lebih satu gelas; Pukul 16.40 WIB menganjurkan mengurangi asupan makanan yang meningkatkan pembentukan gas, pasien mengatakan tidak berani makan aneh-aneh selain makanan dari rumah sakit; Pukul 16.50 WIB menganjurkan meningkatkan asupan cairan, pasien mengatakan sudah minum kurang lebih 5 gelas; Pukul 17.00 WIB kolaborasi pemberian pencahar Lactulac 10 ml, pasien tampak kooperatif saat diberikan terapi.

Evaluasi 15 Maret 2023 Pukul 21.00 WIB

Subjektif: Pasien mengatakan perutnya sudah terasa lebih nyaman karena sudah tidak begah lagi, pasien mengatakan sudah mengikuti anjuran dari perawat

Objektif: Peristaltik usus pasien 9x/menit, perut pasien sudah tidak kembung, pasien sudah BAB, karakteristik feses padat berwarna kuning kecoklatan, kurang lebih 100ml.

Analisa: Tujuan belum teratasi

Perencanaan: Intervensi dilanjutkan pada poin c, d, j

4. Ansietas berhubungan dengan Kurang terpapar informasi Ditandai dengan

Subjektif: Keluarga tidak mengetahui tentang penyakit pasien, keluarga merasa khawatir dengan kondisi pasien saat ini, Pasien mengatakan ingin segera sembuh dan berkumpul dengan keluarganya setelah menjalani perawatan dan tidak ingin dirawat di Rumah Sakit lagi

Objektif: keluarga pasien tampak gelisah, keluarga pasien tampak tegang, pasien nampak sulit tidur.

Tujuan: Ansietas dapat teratasi setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam.

Kriteria hasil: Ansietas menurun, tanda-tanda vital dalam batas normal tekanan darah: 113/78 mmHg; frekuensi napas: 20x/menit; suhu: 36,1°C; frekuensi nadi: 80x/menit.

Rencana tindakan

- a. Monitor tanda ansietas
- b. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan
- c. Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan
- d. Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami

e. secara factual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis

Pelaksanaan 13 Maret 2023

Pukul 08.55 WIB memonitoring tanda-tanda vital pasien, tekanan darah: 113/78 mmHg, nadi: 80x/menit, frekuensi napas: 20x/menit, suhu: 36,1°C; Pukul 09.10 WIB memonitor tanda ansietas, keluarga pasien mengatakan cemas dengan kondisi pasien; Pukul 09.15 WIB memberikan motivasi kepada pasien dan keluarga untuk mengurangi ansietasnya, menjelaskan kepada pasien dan keluarga terkait penyakit yang diderita; Pukul 09.25 WIB memberikan edukasi mengenai penyakit pasien serta tindakan medis yang akan dilakukan pada pasien serta hal-hal yang perlu diperhatikan sebelum prosedur medis dilakukan.

Pelaksanaan 14 Maret 20223

Pukul 08.55 WIB memonitoring tanda-tanda vital pasien, tekanan darah: 120/10 mmHg, nadi: 98x/menit, frekuensi napas: 20x/menit; Pukul 09.10 WIB memonitor tanda ansietas, keluarga pasien mengatakan cemas dengan kondisi pasien. Pukul 09.25 WIB memberikan edukasi mengenai penyakit pasien serta tindakan medis yang akan dilakukan pada pasien serta hal-hal yang perlu diperhatikan sebelum prosedur medis dilakukan.

Pelaksanaan 15 Maret 2023

Pukul 08.55 WIB memonitoring tanda-tanda vital pasien, tekanan darah: 110/60 mmHg, nadi: 98x/menit, frekuensi napas: 20x/menit; Pukul 09.10 WIB memonitor tanda ansietas, keluarga pasien mengatakan cemas dengan kondisi pasien; Pukul 09.25 WIB memberikan edukasi mengenai penyakit pasien serta tindakan medis yang akan dilakukan pada pasien serta hal-hal yang perlu diperhatikan sebelum prosedur medis dilakukan.

Evaluasi 15 Maret 2023 pukul 15.00 WIB

Subjektif: keluarga pasien mengatakan cemas dengan kondisi pasien

Objektif: Tekanan darah: 113/87 mmHg, nadi: 98x/menit, frekuensi napas pasien 20x/menit

Analisa: Tujuan belum teratasi

Perencanaan: Intervensi dilanjutkan oleh perawat ruangan penyakit dalam sesuai point a, b, c, d.

BAB IV PEMBAHASAN

Dalam bab ini penulis akan membahas kesenjangan antara teori di BAB sebelumnya dengan pasien nyata pada saat memberikan “Asuhan Keperawatan Pada Tn. A dengan Hepatitis A di Ruang Penyakit Dalam 1301 Rumah Sakit Umum Daerah Koja Jakarta Utara” dari tanggal 13 Maret sampai 15 Maret 2023. Pembahasan disesuaikan dengan tahapan proses keperawatan mulai dari pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan dan evaluasi keperawatan.

A. Pengkajian Keperawatan

Penyebab Hepatitis A pada pasien adalah karena lingkungan rumah yang padat penduduk, kurangnya ketersediaan air bersih dan kurang menjaga kebersihan diri, dari hasil lab bilirubin total tinggi 18.78 mg/dL (<1.4), bilirubin direk tinggi 12.41 mg/dL (<0.3), bilirubin indirek tinggi 6.37 mg/dL (<0.75), SGOT (AST) sedikit tinggi 41 u/L (<40), SGPT (ALT) tinggi 267 u/L (<41), Anti HAV IgM kuantitatif reaktif, hepar teraba dan pasien memiliki kebiasaan merokok 1-2 bungkus perhari sebelum sakit serta pasien terkadang mengkonsumsi alkohol, dan hal ini sudah sesuai dengan yang dikemukakan Priscilla (2017) bahwa penyebab Hepatitis A adalah kepadatan penduduk yang tinggi, dan akses terbatas terhadap air bersih. Beberapa faktor risiko meliputi kurangnya kebersihan pribadi, seperti tidak mencuci tangan setelah buang air atau sebelum makan, serta tinggal atau bekerja di lingkungan yang terinfeksi HAV. Pada

pengkajian selanjutnya penulis akan membahas kesenjangan antara teori dengan pasien meliputi manifestasi klinis, pemeriksaan diagnostik, dan penatalaksanaan.

Menurut Guanabara et al (2022) dan Murtaqib (2019) manifestasi klinis dari hepatitis virus memiliki variasi yang signifikan, gejala hepatitis A dibagi menjadi empat tahap yaitu fase inkubasi, fase prodromal (pra-ikterik), fase ikterus, dan fase konvalesen (penyembuhan). Sebaliknya penulis menemukan sebagian manifestasi klinis fase inkubasi, fase prodromal (pra-ikterik) dan fase ikterus pada pasien. Menurut Guanabara et al (2022) dan Murtaqib (2019) fase inkubasi adalah periode antara virus masuk ke dalam tubuh dan munculnya gejala atau ikterus. Difase prodromal (pra-ikterik) fase ini adalah periode antara munculnya keluhan-keluhan awal hingga timbulnya gejala ikterus, keluhan pada fase ini bisa berupa muntah, dan anoreksia bisa terjadi karena perubahan penghidu dan rasa kecap, nyeri abdomen umumnya ringan dan terlokalisasi di kuadran kanan atas atau epigastrium. Fase selanjutnya adalah fase ikterus, di mana munculnya ikterus terjadi setelah 5-10 hari, tetapi dapat juga muncul bersamaan dengan munculnya gejala.

Fase inkubasi, fase prodromal (pra-ikterik) dan fase ikterus ditemukan pada pasien hal ini dibuktikan dengan saat dilakukan anamnesa kondisi lingkungan rumah pasien padat penduduk, kurangnya ketersediaan air bersih dan kurang menjaga kebersihan diri dimana pasien mandi 1x/hari jika berangkat kerja dan jika pulang kerja tidak mandi lagi, biasanya pada pagi dengan menggunakan sabun, pasien gosok gigi 1x/hari dan pasien mencuci rambut 2x/minggu dengan menggunakan shampoo, keluhan pasien nyeri abdomen sebelah kanan, mual, muntah, dan nafsu makan berkurang, BAK 5x/hari, warna kuning keruh, tidak ada keluhan saat BAK dan pasien tidak menggunakan alat bantu, keluarga mengatakan dari tanggal 9-13 Maret pasien belum

BAB sebelum masuk RS dan setelah dirawat dan saat dilakukan pemeriksaan sistem penglihatan sklera ikterik.

Hal ini pada pasien tidak ditemukan fase konvalesen (penyembuhan). Menurut Guanabara et al (2022) dan Murtaqib (2019) fase konvalesen (penyembuhan) di mana ikterus dan keluhan lainnya mulai hilang, tetapi hepatomegali dan abnormalitas fungsi hati masih ada, perasaan yang lebih sehat dan kembalinya nafsu makan akan dirasakan pada fase ini. Pada hepatitis A, perbaikan klinis bisa terjadi dalam beberapa minggu setelah fase konvalesen dimulai. Namun fase konvalesen (penyembuhan) tidak ditemukan pada pasien hal ini dibuktikan dengan saat dilakukan pemeriksaan sebelum sakit pasien makan 1x sehari, nafsu makan berkurang, pasien mampu menghabiskan 1 porsi makanan tapi hanya sekali makan sehari dan dirumah sakit Pasien makan 3x sehari, nafsu makan kurang, pasien hanya mampu menghabiskan 4 sendok dari 1 porsi makanan.

Manurung (2018) menyebutkan terdapat 2 pemeriksaan radiologi yaitu *Computerized Tomography Scanning* (CT-Scan) dan *ultrasonografi* (USG). Terdapat 4 pemeriksaan laboratorium yaitu pemeriksaan darah lengkap, pemeriksaan *koloneterase* (CHE), tes kimia klinik dan tes serologi. Sementara itu pemeriksaan penunjang pada pasien hanya dilakukan pemeriksaan radiologi (USG) dan pemeriksaan laboratorium (pemeriksaan darah lengkap, tes kimia klinik dan tes serologi). Pemeriksaan lainnya tidak dilakukan karena dari hasil pemeriksaan radiologi (USG) dan pemeriksaan laboratorium (pemeriksaan darah lengkap, tes kimia klinik dan tes serologi) sudah memberikan gambaran yang cukup untuk membantu menegakkan diagnosa medis pada pasien.

Kesan USG dan pemeriksaan darah saat ini membantu menegakkan diagnosa penyakit yaitu dengan kesan USG: hepatomegali dan GB *wall thickening*, mendukung hepatitis akut. Dari hasil lab bilirubin total tinggi 18.78 mg/dL (<1.4), bilirubin direk tinggi 12.41 mg/dL (<0.3), bilirubin indirek tinggi 6.37 mg/dL (<0.75), SGOT (AST) sedikit tinggi 41 u/L (<40), SGPT (ALT) tinggi 267 u/L (<41), Anti HAV IgM kuantitatif reaktif.

Menurut Darni & Rahmah (2019) penatalaksanaan yang dapat diberikan pada pasien hepatitis A adalah istirahat dan nutrisi yang cukup, obat pereda gejala, pengganti cairan, pencegahan infeksi, pengawasan fungsi hati, pengobatan komplikasi dan terapi simptomatik. Pengobatan komplikasi pada kasus-kasus yang lebih parah seperti sirosis atau gagal hati, pasien mungkin memerlukan pengobatan yang lebih intensif seperti transplantasi hati. Namun pada pasien tidak memiliki riwayat sirosis hal ini dibuktikan saat pemeriksaan tes serologi anti HAV IgM kuantitatif reaktif.

Penatalaksanaan medis lainnya yang dikemukakan menurut Darni & Rahmah (2019) namun pada pasien tidak diberikan yaitu terapi simptomatik seperti antiemetik untuk mengurangi mual dan muntah. Namun pada pasien tidak diberikan obati antiemetik dikarenakan pasien hanya muntah sekali saat dirumah dibuktikan saat pengkajian pasien menjawab sudah tidak ada rasa mual dan muntah.

Selanjutnya, terdapat sebuah terapi farmakologis yang tidak dikemukakan oleh Darni & Rahmah (2019), namun diberikan pada pasien. Terapi tersebut melibatkan penggunaan medikasi Stronger Neo Minophagen C (SNMC) sebanyak 1x2mg dan Urdahex sebanyak 3x1mg. Pemberian medikasi stronger neo minophagen dan urdahex pada pasien tersebut disebabkan adanya kondisi hepatomegali, yang sesuai dengan cara

kerja obat tersebut, yaitu memperbaiki gangguan fungsi hati, menekan sintesis dan sekresi hati, serta menghambat absorpsi kolesterol.

Penatalaksanaan medis lainnya yang tidak dilakukan pada pasien yaitu pencegahan infeksi (isolasi) karena tidak ada indikasi untuk dilakukan isolasi untuk mencegah penyebaran virus hepatitis A ke orang lain. Hal ini biasa dilakukan pada orang mengalami hepatitis B. Namun dokter akan memberikan vaksin hepatitis A dan imunoglobulin untuk mencegah infeksi pada orang yang terpapar virus, tindakan ini bertujuan untuk mencegah penyebaran virus ke orang lain dan membantu pasien dalam mempercepat pemulihan dari infeksi (Darsin & Sesunan, 2019).

Faktor pendukung dalam melakukan pengkajian adalah keluarga pasien kooperatif dalam menjawab pertanyaan yang diberikan, kerja sama yang baik dengan perawat ruangan dan kepala ruangan yang membimbing dari awal hingga akhir proses pengkajian.

Faktor penghambat dalam melakukan pengkajian pada hari pertama adalah pasien mengalami kelemahan dikarena nyeri pada perutnya dan saat diajak berbicara terdengar jelas namun suara kecil sehingga mempersulit penulis untuk memahami apa yang diucapkan pasien.

Solusinya yang pertama penulis berkonsultasi dengan kepala ruangan sehingga dibantu untuk melengkapi data pasien, penulis meminta izin kepala ruangan untuk dipinjamkan rekam medis pasien, namun penulis mendapatkan hambatan lagi saat membaca rekam medis pasien yaitu pendokumentasian catatan perkembangan pasien yang tertulis direkam medis ditulis kurang jelas sehingga penulis sulit untuk memahaminya.

Solusi yang kedua adalah penulis harus mengidentifikasi kembali dengan perawat ruangan tentang kejelasan data pasien yang ada direkam medis. Hambatan lainnya saat ditahap pengkajian adalah kesulitan mendapatkan hasil laboratorium karena hampir semua pasien di RSUD Koja tidak ada bukti cetak tertulis hasil laboratorium direkam medis dan hanya terdapat dikomputer data pasien. Menurut informasi dari kepala perawat ruangan bahwa pada saat ini hasil laboratorium tidak dicantumkan di rekam medis dan hanya terdapat dikomputer. Sebagai solusinya penulis melakukan konsultasi dan meminta ijin dengan kepala ruangan agar diijinkan membuka komputer dan memfoto hasil laboratorium pasien.

B. Diagnosa Keperawatan

Menurut Tim Pokja SIKI DPP PPNI (2018) dan Tim Pokja SLKI DPP PPNI (2017) ada enam diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien hepatitis A yaitu, nyeri akut berhubungan dengan pembengkakan hepar ditandai dengan nyeri tekan kuadran kanan atas, defisit nutrisi berhubungan dengan gangguan metabolik ditandai dengan mual, muntah dan anoreksia, hipertermia berhubungan dengan system imun ditandai dengan suhu tubuh diatas normal, hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi, kelebihan asupan cairan, kelebihan asupan natrium, tekanan osmotik, intoleransi aktivitas berhubungan dengan imobilitas, ketidakseimbangan antara suplai oksigen dan kebutuhan oksigen, resiko konstipasi yang berhubungan dengan berkurangnya peristaltik usus akibat tirah baring.

Terdapat dua diagnosa yang ditemukan pada pasien sesuai dengan yang dikemukakan Menurut Tim Pokja SIKI DPP PPNI (2018) dan Tim Pokja SLKI DPP PPNI (2017) yaitu, nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (Inflamasi), defisit nutrisi berhubungan dengan mual dan muntah.

Sebaliknya ada beberapa diagnosa yang dikemukakan menurut Tim Pokja SIKI DPP PPNI (2018) dan Tim Pokja SLKI DPP PPNI (2017) namun tidak ditemukan pada pasien yaitu, hipertermia berhubungan dengan system imun ditandai dengan suhu tubuh diatas normal, hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi, kelebihan asupan cairan, kelebihan asupan natrium, tekanan osmotik, intoleransi aktivitas berhubungan dengan imobilitas, ketidakseimbangan antara suplai oksigen dan kebutuhan oksigen, resiko konstipasi yang berhubungan dengan berkurangnya peristaltik usus akibat tirah baring.

Diagnosa yang dikemukakan Menurut Tim Pokja SIKI DPP PPNI (2018) dan Tim Pokja SLKI DPP PPNI (2017) namun tidak ditemukan pada pasien yaitu hipertermia berhubungan dengan system imun ditandai dengan suhu tubuh diatas normal terjadi akibat infeksi atau peradangan, sistem kekebalan tubuh dapat mengubah titik set suhu tubuh normal di pusat pengatur suhu di hipotalamus, sehingga menyebabkan kenaikan suhu tubuh secara menyeluruh. Tidak munculnya diagnosa ini karena pasien memahami kondisi tubuhnya ketika demam. Hal ini dibuktikan dengan suhu tubuh pasien 36,1°C dan turgor kulit tampak baik dengan temperatur hangat.

Diagnosa yang dikemukakan Menurut Tim Pokja SIKI DPP PPNI (2018) dan Tim Pokja SLKI DPP PPNI (2017) namun tidak ditemukan pada pasien yaitu hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi, kelebihan asupan cairan, kelebihan asupan natrium, tekanan osmotik. Tidak munculnya diagnosa ini karena pada pasien tidak terjadi kelebihan cairan diperut dan tidak ada edema. Hal ini dibuktikan saat pengkajian riwayat masa lalu pasien tidak memiliki gangguan fungsi ginjal dan balance cairan pada pasien per 24 jam pada tanggal 13 Maret 2023 pada pukul

10.00 WIB dengan intake 2.200 ml (infus 1.000+am 1.200 ml), output 2.420 ml (urine 1.400 ml + iwl 1.020 ml) jadi balance cairan -220 ml.

Diagnosa selanjutnya yang dikemukakan Menurut Tim Pokja SIKI DPP PPNI (2018) dan Tim Pokja SLKI DPP PPNI (2017) namun tidak ditemukan pada pasien yaitu intoleransi aktivitas berhubungan dengan imobilitas, ketidakseimbangan antara suplai oksigen dan kebutuhan oksigen. Tidak munculnya diagnosa ini karena pasien melakukan aktivitas sehari-hari dengan perlahan-lahan dan terkadang dibantu keluarga dan perawat. Hal ini dibuktikan dengan pasien tidak ada sesak napas dan tidak menggunakan otot bantu pernapasan, frekuensi napas 20x per menit dengan pernapasan yang cukup teratur.

Namun terdapat dua diagnosa yang ditemukan pada pasien namun tidak dikemukakan menurut Tim Pokja SIKI DPP PPNI (2018) dan Tim Pokja SLKI DPP PPNI (2017) yaitu, konstipasi berhubungan dengan ketidak cukupan asupan serat, ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi.

Diagnosa yang dikemukakan Menurut Tim Pokja SIKI DPP PPNI (2018) dan Tim Pokja SLKI DPP PPNI (2017) namun terdapat perbedaan yaitu resiko konstipasi yang berhubungan dengan berkurangnya peristaltik usus akibat tirah baring sedangkan yang terjadi pada pasien yaitu konstipasi berhubungan dengan ketidak cukupan asupan serat. Munculnya diagnosa ini karena pasien kurang memahami makanan yang mengandung tinggi serat serta jarang minum air putih. Hal ini dibuktikan saat pengkajian keluarga pasien mengatakan dari tanggal 09-13 Maret pasien belum BAB, 2 hari di rawat pasien belum BAB, pasien mengatakan saat pengeluaran fesesnya lama dan sulit, pasien mengejan saat defekasi, pasien mengeluh perutnya kembung.

Diagnosa selanjutnya yang ditemukan pada pasien namun tidak dikemukakan Menurut Tim Pokja SIKI DPP PPNI (2018) dan Tim Pokja SLKI DPP PPNI (2017) yaitu ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi, faktor pencetus munculnya ansietas karena kurangnya pemahaman keluarga tentang pengertian hepatitis A, penyebab hepatitis A, tanda gejala hepatitis A dan komplikasi penyakit hepatitis A. Hal ini dibuktikan keluarga masih banyak bertanya tentang penyakit yang diderita oleh pasien, keluarga merasa khawatir dengan kondisi pasien saat ini, keluarga tampak gelisah dan keluarga pasien tampak tegang. Ini didukung oleh pandangan Sigmund Freud yang menyatakan bahwa kecemasan adalah hasil dari ketidakmampuan untuk menyelesaikan konflik yang tidak disadari. Kecemasan dapat memiliki penyebab internal dan eksternal. Penyebab internal berasal dari dalam diri individu, seperti ancaman terhadap integritas fisik seperti cacat fisik yang akan terjadi atau penurunan kemampuan untuk menjalani kehidupan sehari-hari. Ancaman terhadap sistem diri dapat membahayakan identitas, harga diri, dan fungsi sosial individu. Kecemasan dapat diekspresikan secara langsung melalui perubahan fisiologis dan perilaku, serta secara tidak langsung melalui gejala atau mekanisme koping yang muncul dalam upaya untuk mengatasi kecemasan. Intensitas perilaku akan meningkat seiring dengan meningkatnya tingkat kecemasan (Zaini, 2019).

Faktor pendukung dalam melakukan perumusan diagnosa keperawatan yaitu tersedianya banyak referensi seperti *text book* maupun jurnal online yang banyak tentang asuhan keperawatan pada pasien Hepatitis A, banyaknya sumber yang tersedia sempat membuat penulis kebingungan dalam menentukan acuan, alternatif yang penulis lakukan adalah dengan melakukan analisa dan diskusi dengan pembimbing ditemukanlah acuan yang cocok untuk digunakan. Hambatan yang dialami penulis saat

melakukan perumusan diagnosa adalah adanya masalah keperawatan namun saat dilakukan perumusan data yang diperoleh kurang dari 80% untuk memenuhi kriteria diangkatnya sebuah diagnosa. Alternatif yang dilakukan oleh penulis agar tetap dapat menyelesaikan masalah keperawatan namun tidak harus mengangkat diagnosa adalah dengan melakukan beberapa modifikasi dalam perencanaan untuk mengatasi masalah keperawatan yang muncul.

C. Perencanaan Keperawatan

Penulis menyusun rencana tindakan keperawatan berdasarkan prioritas masalah dalam terori dengan pasien yang sudah disesuaikan dengan waktu praktik yaitu 3x24 jam. Untuk kriteria hasil disusun secara spesifikasi, mampu diukur, dapat tercapai rasionalnya dan memiliki batas waktu yang telah diharapkan tercapai.

Menurut Tim Pokja SIKI DPP PPNI tahun (2018) dan Tim Pokja SLKI DPP PPNI (2019) dalam perencanaan keperawatan pada pasien hepatitis A dengan diagnosa keperawatan nyeri akut tidak terdapat rencana berikan teknik nonfarmakologis dan pemberian analgetik pada pasien. Namun penulis melakukan modifikasi pada perencanaan di diagnosa keperawatan nyeri akut berhubungan dengan nyeri perut, nyeri seperti ditusuk-tusuk, diperut sebelah kanan, skala nyeri 7 dan saat beraktivitas, dengan memasukkan rencana berikan teknik nonfarmakologis dan pemberian analgetik pada pasien karena pasien mengalami nyeri perut, nyeri seperti ditusuk-tusuk, diperut sebelah kanan, skala nyeri 7 dan saat beraktivitas akibat nyeri dan tidak diberikan teknik relaksasi napas dalam. Istirahat dan nutrisi yang cukup disarankan untuk mengambil waktu istirahat yang cukup dan memperhatikan pola makan yang sehat dan bergizi. Makanan yang direkomendasikan adalah rendah lemak dan tinggi karbohidrat dan

protein, untuk membantu tubuh melawan infeksi virus dan mempercepat pemulihan dari gejala yang timbul (Darsin & Sesunan, 2019).

Perencanaan keperawatan yang terdapat pada diagnosa defisit nutrisi berhubungan dengan mual dan muntah sesuai dengan apa yang dikemukakan oleh Tim Pokja SIKI DPP PPNI tahun (2018) dan Tim Pokja SLKI DPP PPNI (2019) terdapat perencanaan yang dimodifikasi yaitu berikan makanan tinggi serat, sajikan makanan secara menarik dan suhu yang hangat, berikan terapi farmakologi. Hal ini dikarenakan pada hari pengkajian pasien mual dan sulit BAB. Hal ini dilakukan karena pencernaan merupakan salah satu indikator adanya gangguan nutrisi. Penulis juga menambahkan perencanaan untuk mengatasi diagnosa ansietas tentang memberikan edukasi tentang pengertian hepatitis A, penyebab, tanda gejala, komplikasi penyakit hepatitis A. Edukasi ini diberikan dengan tujuan agar keluarga memperoleh pemahaman dasar mengenai pengetahuan tentang hepatitis A sehingga tidak terjadi lagi perilaku kecemasan yang menyimpang manajemen hepatitis A pada pasien.

Dalam melakukan penyusunan perencanaan keperawatan penulis menemukan hambatan dalam memberikan rencana asuhan yang sesuai dengan kondisi pasien karena dalam literatur yang digunakan terdapat beberapa rencana yang berbeda sehingga penulis harus melakukan modifikasi. Sebagai solusi penulis melakukan analisa ulang dan menambah literatur bacaan dalam memodifikasi rencana Rencana tindakan yang akan dilakukan. Rencana tindakan keperawatan terdapat diteori bersumber dari buku Tim Pokja SIKI DPP PPNI (2018) dan Tim Pokja SLKI DPP PPNI (2019) serta program medis yang diberikan berupa obat-obatan dan fisioterapi, yang diperoleh dari meminjam di perpustakaan kampus dan perpustakaan nasional.

D. Pelaksanaan Keperawatan

Pada tahap ini, penulis melaksanakan tindakan keperawatan sesuai dengan rencana yang telah disusun, dan seluruh tindakan keperawatan didokumentasikan secara lengkap selama periode 3x24 jam. Dalam pelaksanaannya penulis mengalami beberapa kendala namun sudah ditemukan alternatif dan solusi dengan bantuan kepala ruangan dan perawat ruangan.

Faktor pendukung dalam melakukan tindakan keperawatan yaitu pasien dan keluarga sangat kooperatif saat dilakukan tindakan dan mampu bekerja sama dengan baik dengan penulis serta kepercayaan yang diberikan oleh kepala perawat ruangan kepada penulis dalam melakukan tindakan keperawatan.

Pada diagnosa keperawatan konstipasi berhubungan dengan ketidak cukupan asupan serat, penulis mengalami penundaan dalam melaksanakan intervensi anjurkan pasien mengkonsumsi makanan yang mengandung tinggi serat, buah-buahan dan sayuran tinggi serat ajarkan penulis menunda pelaksanaan anjuran makanan yang tinggi serat dikarenakan pasien sedang istirahat (tidur), sebagai solusi setelah pasien bangun penulis akan mengajarkan pada keluarga cara memilih makanan yang tinggi serat agar dapat melakukannya secara mandiri saat di rumah sakit dan di rumah.

Hal ini didukung oleh hasil penelitian (Bardosono et al., 2020) mengenai asupan serat meningkatkan frekuensi defekasi pada pasien yang mengalami konstipasi. Selain itu, asupan serat dalam jumlah adekuat akan melunakkan konsistensi feses, memperbesar volume feses, sehingga feses dapat lancar dikeluarkan.

Hambatan lainnya yang dialami penulis adalah pada saat akan memberikan terapi farmakologis pada diagnosa keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis yaitu pemberian obat Paracetamol 3x500mg (oral) Pukul 06.00

WIB, 12.00 WIB, dan 20.00 WIB; Urdahex 3x1mg (oral) pukul 06.00 WIB, 12.00 WIB, dan 20.00 WIB; Stronger Neo Minophagen C (SNMC) 1x2mg (drip NS 100) 12.00 WIB, jadwal pemberian terkadang terlambat atau terlalu cepat dari jadwal yang diberikan dikarenakan lamanya waktu yang diperlukan saat akan melakukan pengoplosan obat seluruh pasien, perawat ruangan memiliki kebiasaan mengoplos obat seluruh pasien terlebih dahulu baru diberikan ke pasien secara bersamaan hal ini yang menyebabkan pemberian obat tidak tepat waktu, serta lamanya pihak farmasi dalam mengantarkan obat ke ruangan atau terkadang pengambilan obat dilakukan oleh keluarga pasien yang sering terlambat datang kembali ke ruangan dengan berbagai alasan. Solusi yang diberikan penulis agar pemberian obat tepat waktu adalah meminta kepada perawat ruangan untuk mengkonfirmasi pada pihak farmasi agar mengantarkan obat tepat waktu, karena pihak farmasi tidak juga mengantar obat maka penulis secara mandiri akan mengambil obat tersebut dan segera melakukan pengoplosan obat untuk pasien kelolaan secara mandiri maksimal 1 jam sebelum diberikan pada pasien.

Hambatan lain yang dialami penulis adalah saat akan melakukan tindakan pemberian obat injeksi intravena pada diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis dan defisit nutrisi berhubungan dengan mual dan muntah adalah kurang tersedianya peralatan berupa bak injeksi dan perlak di ruangan sehingga terkadang penulis pada saat akan memberikan terapi injeksi tidak menggunakan bak injeksi dan perlak tapi digantikan dengan keranjang kecil sebagai pengganti bak injeksi. Namun hal tersebut tidak sesuai dengan *standard operating procedure* (SOP).

Menurut (Lestari, 2016) pengertian dari pemberian obat injeksi merupakan memasukan sejumlah obat kedalam vena dengan tujuan tertentu dengan menggunakan spuit. Dimana standar operasional peralatan yang harus disediakan alat meliputi, obat

sesuai order, aquadest jika dibutuhkan, spuit sesuai dibutuhkan, tornikuet, alkohol swab, bengkok atau tempat sampah medis, pengalas, sarung tangan tidak steril, septic box, baki/nampan atau trolley (Lestari, 2016). Pada hambatan ini penulis belum menemukan alternatif, meskipun di ruangan tersedia keranjang kecil yang sering digunakan oleh perawat ruangan sebagai pengganti bak injeksi namun hal tersebut belum sepadan untuk dijadikan alternatif memperhatikan tingkat kebersihan dari peralatan yang digunakan serta kesesuaian dengan SOP. Sebagai solusi penulis akan menyediakan alat steril sendiri yang diperoleh atau dipinjam dari laboratorium kampus agar dapat memenuhi standar kebersihan dan menjaga kesesuaian dengan SOP yang telah ditetapkan.

E. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi yang dilakukan penulis, dilakukan sesuai dengan teori meliputi evaluasi proses dan evaluasi hasil. Evaluasi proses dilakukan pada saat setelah dilakukan tindakan yaitu respon pasien setelah dilakukan tindakan, sedangkan evaluasi hasil lebih mengacu pada tujuan dan kriteria hasil yang telah disusun.

Dari empat diagnosa yang muncul pada pasien, terdapat satu diagnosa sudah teratasi adalah defisit nutrisi berhubungan dengan mual dan muntah, hal ini dibuktikan dengan pasien mengatakan nafsu makan sudah mulai membaik, keluarga mengatakan pasien menghabiskan satu porsi makanannya, pasien mengatakan akan mengikuti anjuran dari rumah sakit. Pasien tampak mengikuti anjuran diet, kulit pasien tampak baik, tidak terjadi kerontokan rambut yang abnormal, berat badan: 68 kg, tinggi badan: 170 cm. $IMT = \frac{68kg}{1,70 \times 1,70} = 23,5$ (normal), nafsu makan pasien tampak meningkat, bising usus 12x/menit.

Pada pasien terdapat tiga diagnosa keperawatan yang tertasi sebagian, yang pertama adalah diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis

teratasi sebagian, dikarenakan terdapat medikasi yang akan dilanjutkan kembali adalah pemberian omeprazole 2x1mg, dan menurut keterangan dokter pasien masih perlu dilakukan observasi lanjutan. Hal ini dibuktikan pasien mengatakan nyeri nya lumayan berkurang setelah melakukan teknik relaksasi napas dalam skala nyeri 4/10 dan tidurnya nyenyak. Pasien tampak lebih baik, keluhan nyeri berkurang.

Diagnosa kedua yang teratasi sebagian adalah konstipasi berhubungan dengan ketidak cukupan asupan serat dikarenakan pasien masih mengalami konstipasi, pasien juga perlu dilakukan observasi lanjutan dalam pemberian pencahar (lactulac 1x10ml). hal ini dibuktikan Pasien mengatakan perutnya sudah terasa lebih nyaman karena sudah tidak begah lagi, pasien mengatakan sudah mengikuti anjuran dari perawat. Peristaltik usus pasien 9x/menit, perut pasien sudah tidak kembung, pasien sudah BAB, karakteristik feses padat berwarna kuning kecoklatan, kurang lebih 100ml.

Diagnosa ketiga yang tertasi sebagian adalah ansietas berhubungan dengan Kurang terpapar informasi dikarenakan keluarga pasien cemas. Hal ini dibuktikan keluarga pasien mengatakan masih cemas dengan kondisi pasien dan tekanan darah: 113/87 mmHg, nadi: 98x/menit, frekuensi napas pasien 20x/menit.

Faktor pendukung dalam melakukan evaluasi adalah tujuan dan kriteria hasil yang tersusun dan pasien kooperatif saat dilakukan tindakan keperawatan. Dalam melakukan pendokumentasian tindakan ditulis dengan lebih rapi agar tidak menimbulkan kekeliruan pada saat dibaca dan dapat dimengerti oleh tenaga kesehatan lainnya. Faktor penghambat yaitu menurut keterangan perawat yang bertugas belum ada pemeriksaan penunjang (pemeriksaan laboratorium) terbaru sebagai hasil terbaru dari keadaan pasien saat ini yang dijadikan acuan untuk menentukan apakah tindakan keperawatan yang dilakukan berhasil atau tidak. Solusinya penulis melakukan

konsultasi dengan kepala ruangan sehingga didapatkan keterangan bahwa pasien seharusnya dilakukan pemeriksaan penunjang lanjutan namun terhambat biaya administrasi dari BPJS.

BAB V PENUTUP

Pada bab ini penulis melakukan “Asuhan Keperawatan Pada Tn. A dengan Hepatitis A di Ruang Penyakit Dalam 1301 Rumah Sakit Umum Daerah Koja Jakarta Utara”. Maka penulis bisa menarik kesimpulan dan memberikan saran untuk meningkatkan mutu dan pelayanan kesehatan pada pasien Hepatitis A.

A. Kesimpulan

Penyebab Hepatitis A pada pasien adalah karena lingkungan rumah yang padat penduduk, kurangnya ketersediaan air bersih dan kurang menjaga kebersihan diri dan tingginya kadar bilirubin total, bilirubin direk, bilirubin indirek, tingginya SGPT(ALT), serta SGOT (AST) sedikit tinggi dan anti HAV IgM kuantitatif reaktif serta terkadang mengkonsumsi alkohol sehingga sel-sel hati tidak dapat meregenerasi yang menjadi rusak dan menyebabkan peradangan hati. Pada pengkajian keperawatan, manifestasi klinis, pemeriksaan penunjang dan juga penatalaksanaan penulis menemukan beberapa kesenjangan yang ditemukan pada pasien dengan sumber literatur yang diperoleh penulis. Pengkajian pada pasien berjalan cukup lancar, hambatan yang dialami saat pengkajian dapat dicari solusinya sehingga data yang dibutuhkan bisa terkumpul.

Penulis menemukan empat diagnosa pada kasus, dimana dua diagnosa sudah sesuai dengan yang dikemukakan oleh Tim Pokja SIKI DPP PPNI (2018) dan Tim Pokja SLKI DPP PPNI (2017) yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (Inflamasi) dan defisit nutrisi berhubungan dengan mual dan muntah.

Terdapat dua diagnosa yang tidak dikemukakan oleh Tim Pokja SIKI DPP PPNI (2018) dan Tim Pokja SLKI DPP PPNI (2017) namun muncul dikasus yaitu konstipasi berhubungan dengan ketidak cukupan asupan serat dan ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi. Selain itu terdapat diagnosa yang dikemukakan oleh Tim Pokja SIKI DPP PPNI (2018) dan Tim Pokja SLKI DPP PPNI (2017) namun tidak muncul pada pasien adalah hipertermia berhubungan dengan system imun ditandai dengan suhu tubuh diatas normal, hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi, kelebihan asupan cairan, kelebihan asupan natrium, tekanan osmotik, intoleransi aktivitas berhubungan dengan imobilitas, ketidakseimbangan antara suplai oksigen dan kebutuhan oksigen dan resiko konstipasi yang berhubungan dengan berkurangnya peristaltik usus akibat tirah baring.

Perencanaan keperawatan disusun menyesuaikan dengan teori, dan berdasarkan prioritas masalah. Beberapa intervensi dimodifikasi disesuaikan dengan kondisi pasien. Dalam menetapkan batas waktu penulis menyesuaikannya berdasarkan jam dinas yaitu selama tiga hari. Referensi yang cukup banyak membantu kelancaran dalam menyusun intervensi, hambatan yang dialami penulis saat menyusun intervensi dapat ditemukan solusinya sehingga penulis dapat memberika intervensi sesuai dengan kebutuhan pasien.

Pada tahap pelaksanaan keperawatan, tindakan dilakukan sesuai dengan rencana keperawatan yang telah disusun dan pelaksanaannya juga berjalan dengan baik, namun ada beberapa yang mengalami hambatan, namun sudah didapatkan solusinya.

Pada tahap evaluasi tiga diagnosa keperawatan tercapai sebagian yaitu, nyeri akut, kostipasi dan ansietas. Satu diagnosa sudah teratasi yaitu diagnosa defisit nutrisi.

B. Saran

Dalam usaha untuk meningkatkan kualitas asuhan keperawatan kepada pasien dengan hepatitis A, penulis memberikan saran yang bermanfaat untuk semua pihak, antara lain:

1. Bagi perawat di ruangan

Diharapkan bahwa semua tenaga medis mengikuti prosedur yang telah ditetapkan dalam Standar Operasional Prosedur (SOP) saat melakukan pemberian obat melalui injeksi. Dengan mematuhi SOP tersebut, diharapkan tercipta lingkungan yang aman, prosedur yang efektif, ketersediaan alat steril dan pelayanan berkualitas tinggi bagi pasien. Ini melibatkan pemahaman yang baik tentang jenis obat yang diberikan, dosis yang tepat, teknik penyuntikan yang benar, serta pengawasan terhadap kemungkinan reaksi atau efek samping. Dengan melaksanakan SOP dengan baik, tenaga medis dapat mengurangi risiko kesalahan dan memastikan pasien mendapatkan perawatan yang optimal dan aman.

Diharapkan bahwa semua tenaga medis harus mengandalkan sistem komputer rumah sakit dan dokumentasi manual yang terpisah untuk memperoleh informasi yang lengkap tentang hasil laboratorium pasien. Hal ini membutuhkan kerjasama dan komunikasi yang baik antara tim medis dan petugas laboratorium untuk memastikan bahwa hasil laboratorium yang diperlukan tersedia dan terdokumentasi dengan benar dalam rekam medis pasien.

Diharapkan bahwa semua tenaga medis melakukan pendokumentasian dengan rapi dan jelas agar dapat dibaca dengan mudah oleh tenaga kesehatan

lain yang membutuhkan informasi tersebut, untuk keamanan pasien dan kelancaran asuhan keperawatan.

2. Bagi Institusi

Disarankan untuk memperhatikan ulang jadwal dinas mahasiswa agar tidak tumpang tindih dengan waktu pembuatan karya tulis ilmiah. Hal ini penting karena pembuatan karya tulis ilmiah membutuhkan waktu dan dedikasi yang cukup, sehingga mahasiswa perlu memiliki waktu yang cukup luang untuk melaksanakan tugas tersebut.

3. Bagi penulis

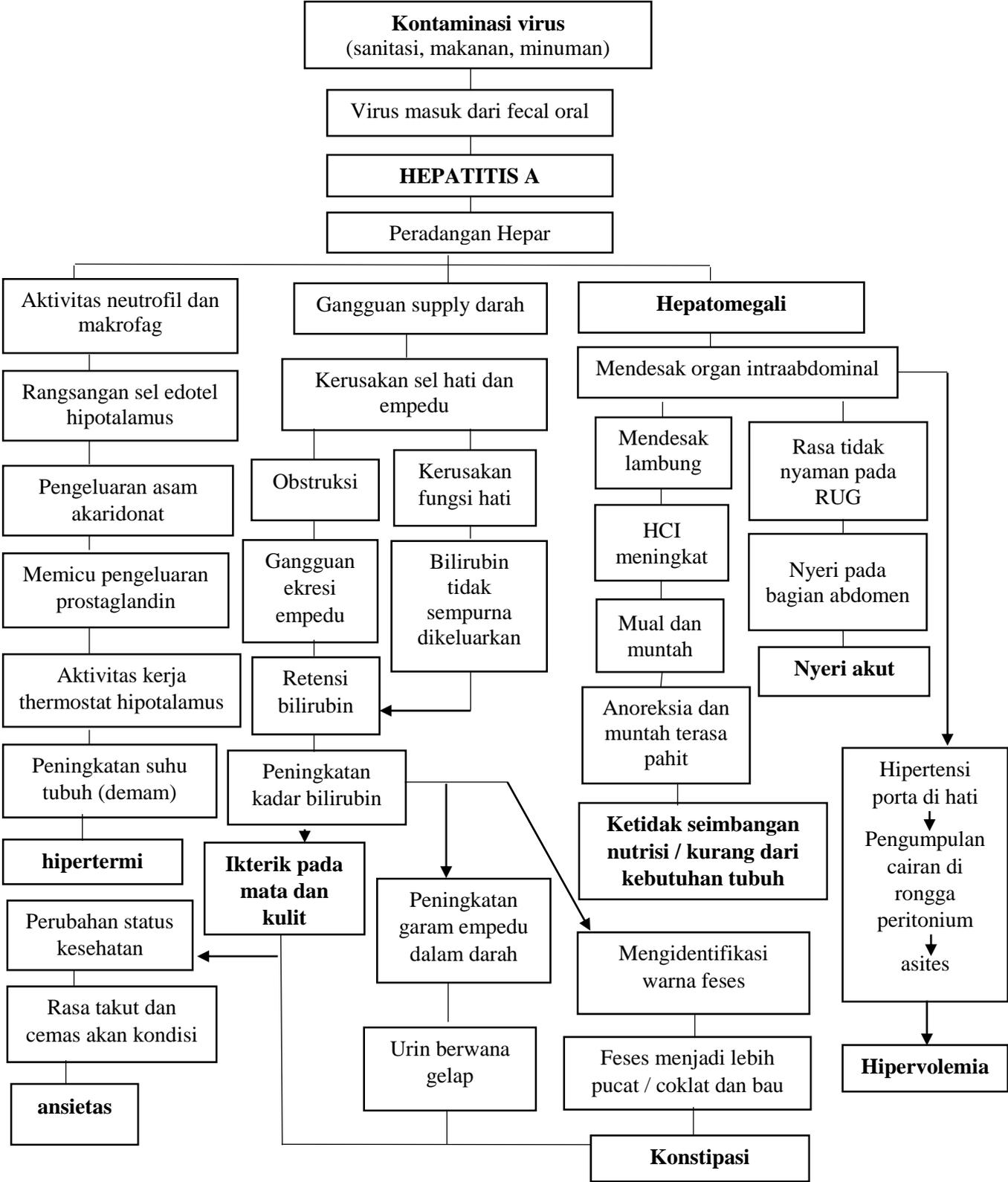
Penulis perlu mengembangkan pengetahuannya dalam bidang kesehatan, terutama dalam bidang keperawatan bagi pasien hepatitis A. Hal ini dapat dilakukan dengan berbagai cara, seperti membaca buku, mengakses literatur dari jurnal atau artikel, dan memperbarui informasi terbaru tentang hepatitis A sesuai dengan perkembangan Ilmu Pengetahuan dan Teknologi (IPTEK). Penulis juga perlu meningkatkan kemampuan berpikir kritis agar dapat memodifikasi perencanaan keperawatan sesuai dengan kebutuhan pasien, dengan membandingkan berbagai literatur yang ada dan menghubungkannya dengan kondisi pasien.

DAFTAR PUSTAKA

- Anggraeni, M. Y. R., & Khayati, N. N. (2018). Kamis (Kader Andalan Mengedukasi Individu Hepatitis) Sebagai Upaya Promotif Dan Preventif Penyakit Hepatitis Di Desa Waru Rw 01 Dan Rw 02 Kecamatan Mranggen Kabupaten Demak. *Prosiding Seminar Nasional Publikasi Hasil-Hasil Penelitian Dan Pengabdian Masyarakat, September*.
- Bardosono, S., Surjadi Handoko, I., Audy Alexander, R., Sunardi, D., & Devina, A. (2020). Asupan Serat Pangan dan Hubungannya dengan Keluhan Konstipasi pada Kelompok Dewasa Muda di Indonesia. *Cermin Dunia Kedokteran*. <https://doi.org/10.55175/cdk.v47i12.1247>
- Burnner & Suddarth. (2017). *Keperawatan medikal bedah*.
- Darni, Z., & Rahmah, S. (2019). Pelaksanaan Pengukuran Tanda-Tanda Vital Pada Pasien Sirosis Hepatis Untuk Mencegah Hipertensi Portal. *JIKO (Jurnal Ilmiah Keperawatan Orthopedi)*, 3(2),. <https://doi.org/10.46749/jiko.v3i2.29>
- Darsin, D., & Sesunan, M. F. (2019). Perancangan Sistem Pendiagnosa Penyakit Hepatitis Dengan Metode Case Based Reasoning (Cbr). *Jurnal Sistem Informasi Dan Sains Teknologi*, 1(2), 1–7. <https://doi.org/10.31326/sistek.v1i2.471>
- Duzenli, T. (2022). Seroprevalence of Hepatitis A virus according to age groups in Northern Anatolia of Turkey. *Akademik Gastroenteroloji Dergisi*, <https://doi.org/10.17941/agd.1055281>
- Guanabara, E., Ltda, K., Guanabara, E., & Ltda, K. (2022). *Penyakit hepatitis A*.
- In, C. D. (2021). Gambaran Epidemiologi Hepatitis A Berdasarkan Data Kejadian Luar Biasa dan Data Kasus di Kabupaten Bogor Tahun 2019. *Jurnal Epidemiologi Kesehatan Indonesia*. <https://doi.org/10.7454/epidkes.v5i2.4095>
- Kurniati, D. (2019). No Title. *Implementasi Dan Evaluasi Keperawatan*.
- Lemon, S. (2018). Type A viral hepatitis: A summary and update on the molecular virology, epidemiology, pathogenesis and prevention. In *Journal of Hepatology* (Vol. 68, Issue 1, pp. 167–184). <https://doi.org/10.1016/j.jhep.2017.08.034>
- Lestari, S. (2016). farmakologi dalam keperawatan. In *1st edn. Edited by D.A. Suhardi, N.L. Saputri, and R. Mawardi. Jakarta Selatan: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia*.
- Manurung, N. (2018). *Pengkajian Keperawatan pada pasien hepatitis A : Aplikasi pada Praktik Klinik. Jakarta: EGC*.
- Murtaqib, K. (2019). *Keperawatan medikal bedah : asuhan keperawatan gangguan pencernaan*.
- Naully, P. G., & Nursidika, P. (2019). Edukasi Kesehatan sebagai Upaya Preventif Penyakit Hepatitis B dan C pada Warga Binaan Pemasarakatan. *Aksiologi*:

- Jurnal Pengabdian Kepada Masyarakat*, <https://doi.org/10.30651/aks.v4i1.2164>
- Pintó, R. M., Pérez-Rodríguez, F. J., Costafreda, M. I., Chavarria-Miró, G., Guix, S., Ribes, E., & Bosch, A. (2021). Pathogenicity and virulence of hepatitis A virus. *Virulence*, *12*(1), 1174–1185. <https://doi.org/10.1080/21505594.2021.1910442>
- PPNI. (2017). *Standar Diagnosa Keperawatan Indonesian Definisi dan Indikator Indonesia*. 1st edn. Jakarta Selatan: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia Definisi dan Tindakan Keperawatan*. 1st edn. Jakarta Selatan: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- PPNI. (2019). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan*. 1st edn. Jakarta Selatan: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- Priscilla, L. & K. M. B. (2017). *Keperawatan medikal bedah: gangguan gastrointestinal*.
- Rahman, T., Nuzula, F., & Prayitno, S. H. (2021). Hubungan Tingkat Pengetahuan dan Cara Pencegahan Tentang Penyakit Hepatitis A. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Rustida*, *8*(2), 92–102. <https://doi.org/10.55500/jikr.v8i2.137>
- Randazzo, W., & Sánchez, G. (2020). Hepatitis A infections from food. *Journal of Applied Microbiology*. <https://doi.org/10.1111/jam.14727>
- Rustam Effendi-YS. (2019). *Penatalaksanaan klinis kelaian gastrointestinal*.
- safitri, R. (2019). *Implementasi Keperawatan Sebagai Wujud Dari Perencanaan Keperawatan Guna Meningkatkan Status Kesehatan Klien*, Zaini, M.
- Zaini, M. (2019). *Asuhan Keperawatan Jiwa Masalah Psikososial di Pelayanan Klinis dan Komunitas*. 1st edn. Yogyakarta: Cv Budi Utama.

Pathway Hepatitis A



Sumber : Ulis Salsabila, 2021 & Modifikasi Alfrida, 2023

Laporan Pendahuluan Obat

A. Lactulax

Lactulax adalah obat yang berguna dalam mengatasi konstipasi kronis dan ensefalopati portal-sistemik, termasuk keadaan pre-koma hepatic dan koma hepatic.

Indikasi obat:

Indikasi lactulax untuk mengatasi konstipasi kronis serta mengobati ensefalopati portal-sistemik, termasuk kondisi pre-koma hepatic dan koma hepatic.

Kontra Indikasi obat:

Penderita yang hipersensitif terhadap komponen obat, galaktosemia, dan obstruksi usus

Efek Samping:

Penggunaan obat ini dalam jangka panjang dapat menimbulkan efek samping seperti ketidaknyamanan pada perut dan lambung, diare, kram perut, kehausan, kembung, mual, muntah, dehidrasi, dan kekurangan kalium (hipokalemia).

B. Omeprazole

Omeprazole adalah obat golongan penghambat pompa proton yang merupakan turunan benzimidazole. Obat ini memiliki manfaat dalam mengurangi produksi asam lambung di saluran pencernaan. Omeprazole digunakan sebagai pilihan terapi utama untuk mengatasi kondisi hipersekresi asam lambung yang sering terjadi pada ulkus peptikum dan ulkus duodenum. Selain itu, omeprazole juga digunakan sebagai bagian dari terapi kombinasi untuk membasmi infeksi *helicobacter pylori*.

Indikasi obat:

Indikasi omeprazole di antaranya untuk ulkus lambung dan duodenum.

Kontraindikasi :

Omeprazole tidak boleh digunakan jika terjadi reaksi alergi terhadap obat tersebut. Penggunaan omeprazole pada neonatus tidak dianjurkan karena manfaat dan keamanannya belum diketahui dengan pasti. Oleh karena itu, baik omeprazole maupun penghambat pompa proton lainnya sebaiknya tidak diberikan kepada neonatus.

Efek samping:

Mual, muntah, diare, sakit kepala, pusing, nyeri abdomen, serta perasaan kembung, sakit punggung, lemas, bercak kemerahan pada kulit, kolitis akibat infeksi *clostridium difficile*, hypomagnesemia, dan nefritis interstitial akut.

C. Paracetamol

Obat paracetamol tablet adalah formulasi paracetamol dalam bentuk tablet yang mengandung bahan aktif paracetamol. Paracetamol merupakan obat yang memiliki dua efek utama, yaitu sebagai analgesik (meredakan nyeri) dan antipiretik (menurunkan demam).

Indikasi obat :

Paracetamol digunakan untuk mengurangi nyeri ringan hingga sedang, termasuk sakit kepala, sakit gigi, nyeri otot dan sendi, serta nyeri menstruasi. Selain itu, paracetamol juga digunakan untuk mengurangi demam yang terkait dengan kondisi seperti pilek, flu, atau infeksi lainnya.

Kontraindikasi obat :

Paracetamol sebaiknya dihindari oleh individu yang memiliki hipersensitivitas atau alergi terhadapnya. Selain itu, penggunaan paracetamol sebaiknya dihindari oleh

mereka yang mengalami gangguan fungsi hati yang parah atau sedang mengalami penyakit hati aktif. Juga, bagi mereka yang memiliki penyakit ginjal yang parah, penggunaan paracetamol sebaiknya dihindari.

Efek samping :

Penggunaan dosis yang tidak tepat pada paracetamol dapat menyebabkan efek samping seperti mual, sakit perut, hilangnya nafsu makan, sakit kepala, urine yang lebih pekat atau berwarna gelap, serta perubahan kulit atau mata menjadi kuning. Selain itu, reaksi alergi seperti ruam kulit, gatal-gatal, atau pembengkakan pada wajah, bibir, lidah, atau tenggorokan juga mungkin terjadi.

D. Urdahex

Urdahex adalah sebuah obat yang mengandung asam ursodeoksikolat. Fungsinya adalah untuk membantu mengatasi masalah batu empedu, dan juga dapat digunakan sebagai pengobatan untuk gangguan hepatobilier (gangguan hati dan empedu).

Indikasi obat :

Indikasi pemberian obat ini adalah digunakan untuk melarutkan batu empedu kolesterol, mengobati sirosis bilier primer (penyakit autoimun yang merusak saluran empedu), dan mencegah pembentukan batu empedu pada pasien dengan penurunan berat badan yang cepat

Kontraindikasi obat :

Kontraindikasi urdahex adalah saluran empedu yang meradang secara akut, penyumbatan saluran empedu, sering mengalami kolik saluran empedu, gangguan kontraksi kantung empedu, kantung empedu yang tidak berfungsi, peradangan usus besar, kolestasis ekstrahepatik dan intrahepatik, ileus reseksi dan stoma, usus bengkak

dan meradang, serta borok pada usus dan lambung dapat terjadi pada pasien dengan gangguan hati berat atau kronis.

Efek Samping :

Selama penggunaan Urdahex, ada kemungkinan muncul efek samping seperti diare, ruam kulit, peningkatan keringat, keringat dingin, kerontokan rambut, nyeri perut, pusing, kelelahan, perasaan sedih (depresi), gangguan tidur, nyeri pada sendi, nyeri otot, nyeri punggung, dan kecemasan.

E. Stronger noe minophagen C (SNMC)

SNMC adalah obat yang digunakan untuk merawat atau mencegah kerusakan pada hati, terutama pada pasien yang menderita hepatitis virus, sirosis hati, dan masalah hati lainnya.

Indikasi obat :

Indikasi pemberian SNMC adalah pengobatan hepatitis virus, pencegahan dan pengurangan perkembangan sirosis hati, SNMC juga dapat digunakan untuk mengobati masalah hati lainnya, seperti hepatitis alkoholik atau non-alkoholik.

Kontraindikasi obat :

Kontraindikasi SNMC meliputi hipersensitivitas atau alergi, hipokalemia (kadar kalium yang rendah dalam darah), hipertensi yang tidak terkontrol.

Efek samping :

Efek samping SNMC yang mungkin terjadi meliputi: Gangguan pada saluran pencernaan: Mual, muntah, diare, dan gangguan pencernaan, perubahan pada tes fungsi hati: SNMC dapat mempengaruhi hasil tes fungsi hati, termasuk peningkatan enzim hati, gangguan pada keseimbangan elektrolit: SNMC dapat menyebabkan

perubahan pada kadar elektrolit, seperti hipokalemia, reaksi alergi: Beberapa individu dapat mengalami reaksi alergi, seperti ruam kulit, gatal-gatal, atau pembengkakan.

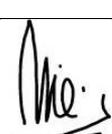
LEMBAR KONSULTASI

Nama Pembimbing : Enni Juliani, M.Kep

Nama Mahasiswa : Dewi Alfrida

Judul : Asuhan Keperawatan Pada Tn. A dengan Hepatitis A di Ruangannya Penyakit Dalam 1301 Rumah Sakit Umum Daerah Koja Jakarta Utara

No	Tanggal	Konsultasi (saran/perbaikan)	Tanda tangan
1.	9 Maret 2023	Pengambilan kasus dan pengarahan mengenai asuhan keperawatan	
2.	20 Maret 2023	Konsultasi Bab I: Perbaiki jarak margin, spasi, cara penulisan, penggunaan kalimat parafrase, cari jumlah penderita hepatitis, perbaiki penulisan sitasi, perbaiki penggunaan kalimat, tambahkan footnote.	
3.	27 Maret 2023	Acc Bab I	
4.	10 April 2023	Bab II: Di awal dirapihkan bab ke bawah, paragraf harus 1 tab dan konsisten, tambahkan 4-5 buku cetak (medikal bedah), 1 paragraf bisa 2-3 sitasi, perhatikan harus sesuai PPNI, menurut WHO, indonesia, jakarta dan RS koja.	
5.	17 April 2023	Bab II Perbaiki isi menggunakan SDKI, SLKI, SIKI	

6.	24 April 2023	Bab III Di awal dirapihkan bab ke bawah, nama sitasi diperbaiki dan untuk waktu pemberian obat harus ditulis langsung 1 mg.	
7.	2 Mei 2023	Acc bab II	
8.	10 Mei 2023	Acc bab III	
9.	17 Mei 2023	Bab IV diagnosa di lengkapi sesuai dengan prioritas dan perencanaan agar dibuat lebih detail	
10.	23 Mei 2023	Bab V kesimpulan dan saran perbaiki, setelah revisi bab IV saran berasal dari pembahasan	
11.	24 Mei 2023	Bab IV Perbaiki semua masukan analisa dan pembahasan	
12.	29 Mei 2023	Bab V Lengkapi semuanya dari cover sampai daftar pustaka dan lampiran	
13.	2 Juni 2023	Acc Bab IV	
14.	5 Juni 2023	Acc Bab V	
15	07 Juni 2023	Prepare untuk sidang	