KARYA TULIS ILMIAH

ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN.”M” DENGAN TUMOR HATI DI RUANG PERAWATAN ST.BERNADETH II.B RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR

DISUSUN OLEH:

FIRSTY ADELIA LANTANG

E1514401018

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS

PROGRAM DIII KEPERAWATAN

MAKASSAR

2018

LEMBAR PERSETUJUAN

KARYA TULIS ILMIAH

Karya Tulis Ilmiah dengan judul **"ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN TN."M" DENGAN TUMOR HATI DI RUANG PERAWATAN BERNADETH II.B RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR"** telah disetujui oleh Dosen Pembimbing untuk diuji dan dipertanggungjawabkan di depan penguji.

Diajukan Oleh:

Nama Mahasiswa : Firsty Adelia Lantang

NIM : E1514401018

Disetujui Oleh:

Pembimbing I	Pembimbing II
(Asrijal Bakri,Ns.,M.Kes)	(Wirmando.,S.Kep.,Ns)
NIDN. 0918087701	

Menyetujui

Wakil Ketua Bidang Akademik

(Henny Pongantung.,Ns.,MSN)

NIDN. 0912106501

LEMBAR PENGESAHAN

PROGRAM DIII KEPERAWATAN

STIK STELLA MARIS

Karya Tulis ini dengan judul **"ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN TN."M" DENGAN TUMOR HATI DI RUANG PERAWATAN BERNADETH II.B RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR"** telah dipertanggungjawabkan dan telah diujikan di hadapan Tim Penguji yang dilaksanakan pada:

Hari/Tanggal	: Selasa, 12 Juni 2018
Pukul	: 12.30 – 13.15
Tempat	: Kampus STIK Stella Maris Makassar

Tim Penguji:

1. Rosmina Situngkir,Ns.,M.kes (.....)
2. Rosdewi,SKp.MSN (.....)
3. Asrijal Bakri,Ns.,M.Kes (.....)

Mengetahui

Ketua STIK Stella Maris Makassar

(Siprianus Abdu.,S.Si.,Ns.,M.Kes)

NIDN. 0928027101

RIWAYAT HIDUP

I. Identitas Pribadi

Nama	: Firsty Adelia Lantang
Tempat/Tanggal Lahir	: Palopo, 26 Januari 1998
Jenis Kelamin	: Perempuan
Agama	: Kristen Protestan
Alamat	: Permata Regency Sudiang blok Q3

II. Identitas Orang Tua

Ayah/Ibu	: Fery Lantang/Siskawaty
Agama	: Kristen Protestan
Pekerjaan	: Wiraswasta/IRT
Alamat	: Toraja

III. Pendidikan Yang Telah Ditempuh

SD Kristen Makale 2	: 2003-2009
SMPN 1 Makale	: 2009-2012
SMA ANGKASA	: 2012-2015
STIK Stella Maris	: 2015-2018

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kepada Tuhan Yang Maha Esa atas berkat rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini dengan judul " ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. "M" DENGAN TUMOR HATI DI RUANG BERNADETH IIB STELLA MARIS MAKASSAR ".

Penulisan Karya Tulis Ilmiah ini merupakan salah satu syarat dalam menyelesaikan pendidikan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris Makassar Program DIII Keperawatan. Penulis menyadari, dalam menyelesaikan penulis banyak mendapat bantuan baik berubah moril, maupun material sehingga dengan segala ketulusan dan kerendahan hati, penulis menyampaikan terima kasih yang sedalam-dalamnya kepada :

1. Siprianus Abdu.S.Si,Ns,M.Kes selaku ketua STIK Stella Maris Makassar
   Terima kasih atas bimbingan, petunjuk, ilmu yang diberikan kepada saya selama menuntut ilmu di STIK Stella Maris Makassar.
2. Dr. Thomas Soeharto MMR, selalu direktur Rumah Sakit Stella Maris Makassar yang telah memberikan izin untuk melaksanakan praktek klinik keperawatan di ruang perawatan Bernadeth II.B
3. Mery Solon Ns.,M.Kes selaku ketua program studi DIII Keperawatan STIK Stella Maris
4. Asrijal Bakri, Ns., M. Kes selaku dosen pembimbing I dan Wirmando , S. Kep,Ns selaku dosen pembimbing II yang dengan penuh kesabaran serta pengertian dalam membimbing, mengarahkan, dan membantu dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini
5. Kepala bagian, klinik Institusi (CI) dan para pegawai di ruang perawatan Bernadeth I Rumah Sakit Stella Maris Makassar yang telah membantu penulis dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini.
6. Bapak dan Ibu dosen pengajar beserta staff yang telah mendidik dan membekali penulis dalam pengetahuan, keterampilan dan pengalaman yang dengan sabar serta bijaksana, selama penulis mengikuti proses pendidikan di STIK Stella Maris.
7. Tn "M" dan keluarga yang telah bersedia bekerja sama dengan penulis dalam pelaksanaan Askep hingga penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.

8. Teristimewa saya ucapkan banyak terima kasih kepada kedua orang tua saya untuk Doa, motivasi, dukungan dan kerja kerasnya selama ini dan juga semua keluarga yang telah memberi dukungan.

Penulis menyadari Karya Tulis ini tidak luput dari kekurangan. Oleh karena itu penulis sangat mengharapkan saran dan kritik yang sifatnya membangun dari semua pihak untuk menyempurnakan Karya Tulis Ilmiah ini. Semoga karya ini dapat bermanfaat bagi pembaca, khususnya mahasiswa/i STIK Stella Maris dalam memberikan Asuhan Keperawatan pada pasien dengan tumor hati.

Makassar, Mei 2017

Penulis

Firsty Adelia

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Anatomi Hati…… 6

Gambar 2.2 Patoflowdiagram…….. 20

Gambar 3.1 Genogram…… 24

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Pemeriksaan Laboratorium..... 38
Tabel 3.2 Analisa Data..... 41
Tabel 3.3 Diagnosa Keperawatan..... 45
Tabel 3.4 Rencana Keperawatan..... 46
Tabel 3.5 Pelaksanaan Keperawatan..... 51
Tabel 3.6 Evaluasi Keperawatan..... 73

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL **Hal**

HALAMAN LEMBAR PERSETUJUAN

HALAMAN LEMBAR PENGESAHAN

RIWAYAT HIDUP

KATA PENGANTAR……... i

DAFTAR GAMBAR…….. iii

DAFTAR TABEL…….. vi

DAFTAR ISI…… v

BAB I PENDAHULUAN…… 1

A. Latar Belakang……. 1

B. Tujuan Penulisan……. 2

C. Manfaat Penulisan……... 3

D. Metode Penulisan…… 4

E. Sistematika Penulisan……. 5

BAB II TINJAUAN TEORITIS…… **6**

A. Konsep Dasar Medis……... 6

1. Pengertian……..... 6

2. Anatomi dan fisiologi…… 6

3. Etiologi…… 9

4. Patofisiologi……... 10

5. Manifestasi Klinis…….. 10

6. Pemeriksaan Diagnostik…….. 11

7. Penatalaksanaan Medik…….. 12

8. Komplikasi…….. 13

B. Konsep Dasar Keperawatan…….. 14

1. Pengkajian……. 14

2. Diagnosa Keperawatan…….. 14

3. Perencanaan Keperawatan…… 15

4. *Discharge Planning*…….. 18

C. Patoflowdiagram…….. 20

BAB III PENGAMATAN KASUS……... 21

A. Pengkajian…… 22

B. Analisa Data……. 41

C. Diagnosa Keperawatan…….. 45

D. Rencana Keperawatan……. 46

E. Pelaksanaan Keperawatan…… 51

F. Evaluasi Keperawatan…… 73

G. Daftar obat…… 81

BAB IV PEMBAHASAN……. 86

A. Pengkajian……... 86

B. Diagnosa keperawatan……... 87

C. Rencana keperawatan…… 89

D. Implementasi keperawatan…… 90

E. Evaluasi……. 91

BAB V PENUTUP……..……. 93

A. Simpulan…… 93

B. Saran……. 94

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

Berdasarkan data Medikal Record (MRO) Rumah Sakit Stella Maris Makassar tercatat jumlah penderita Tumor hati pada tahun 2015 sebanyak 345 pasien dengan pravelensi terbesar ditemukan pada umur 45 – 64 tahun sebanyak 136 (39,4%) dan 21 pasien meninggal. Pada tahun 2016 penderita Tumor hati sebanyak 401 pasien dengan pravelensi terbesar ditemukan pada umur 54 – 60 tahun sebanyak 154 (38,4 %) dan 15 pasien meninggal. Pada tahun 2017 penderita Tumor hati sebanyak 443 pasien dengan pravelensi terbesar ditemukan pada umur 45 – 64 tahun sebanyak 195 (44 %) dan 32 pasien meninggal.

Dengan melihat masih adanya angka kematian pada kasus tumor hati yang disebabkan oleh keterlambatan dalam penanganan, maka dibutuhkan peran dan fungsi perawat dalam melakukan asuhan keperawatan dengan benar meliputi promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif yang dilakukan secara komprehensif dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan. Hal ini membuat penulis tertarik untuk mengangkat kasus tumor hati.

A. Tujuan Penulisan

1. Tujuan umum

   Memperoleh pengalaman nyata tentang pelaksanaan asuhan keperawatan pada Tumor Hati diruang perawatan Bernadeth IIB.

   Tujuan Khusus :

   a. Melakukan pengkajian pada pasien dengan Tumor Hati
   b. Merumuskan diagnosa keperawatan pada pasien dengan Tumor Hati
   c. Menyusun perencanaan pada pasien dengan Tumor Hati
   d. Melaksanakan intervensi pada pasien dengan Tumor Hati

e. Membuat evaluasi dan pendokumentasian askep pada pasien dengan Tumor Hati.

B. Manfaat Penulisan

Dalam menyusun Karya Tulis Ilmiah ini, diharapkan dapat memberikan manfaat sebagai berikut:

1. Bagi instalasi Rumah Sakit

   Karya tulis ini dapat menjadi bahan masukan untuk tenaga keperawatan khususnya pada bagian keperawatan dalam mengambil langkah-langkah kebijakan dalam rangka upaya untuk meningkatkan pengetahuan dalam pemberian asuhan keperawatan pada pasien Tumor Hati.

2. Bagi pendidikan

   Merupakan sumber informasi bagi instansi dalam meningkatkan mutu pendidikan dan pelayanan di masa yang akan datang.

3. Bagi perawat

   Di harapakan dapat memberikan asuhan keperawatan yang efisien dan efektif pada kasus Tumor Hati sehingga komplikasi yang muncul dapat dicegah sedini mungkin.

4. Bagi penulis

   Meningkatkan pengetahuan dan keterampilan bagi penulis khususnya dalam memberikan asuhan keperawatan pada kasus Tumor Hati.

C. Metode Penulisan

Dalam asuhan keperawatan digunakan metode yang didasarkan pada data-data objektif dan relevan dengan teori-teori yang dijadikan dasar dalam pemecahan masalah untuk memperoleh data-data yang dilaporkan, penulis menggunakan metode:

1. Studi Kepustakaan

   Dalam metode ini penulis menggunakan buku-buku, internet dan catatan perkuliahan yang ada hubungannya dengan karya tulis ini.

2. Studi Kasus

   Untuk studi kasus meliputi pengkajian, analisa data, diagnosa, perencanaan dan evaluasi keperawatan untuk mendapatkan informasi digunakan teknik:

   a. Wawancara

      Penulis menggunakan wawancara dengan pasien dan keluarga melalui pertanyaan langsung.

   b. Penulis

      Mengadakan pengamatan/mengevaluasi langsung reaksi/respon emosi, riwayat penyakit, tindakan dan pemeriksaan penunjang

   c. Diskusi

      Mengadakan diskusi sekaligus konsultasi dengan pembimbing karya tulis, pembimbing klinik di ruang perawatan serta teman-teman mahasiswa.

   d. Internet

      Dengan membaca situs yang ada kaitannya dengan penulisan karya tulis ilmiah ini

D. Sistematika penulisan

Penulis karya ilmiah ini secara sistematis dalam beberapa BAB yaitu: Bab I Pendahuluan, pada bab ini diuraikan latar belakang, tujuan penulisan, metode penulisan dan sistematika penulisan. Bab II Tinjauan teoritis yang diuraiakan dala 2 bagian yaitu: konsep dasar medik yang men cakup defenisi, etiologi, patofisiologi, manifestasi klinik, test diagnostic, penatalaksanaan medik dan komplikasi dan

pada bagian kedua yaitu: konsep asuhan keperawatan yang meliputi: pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan pulang (discharge planning). Bab III Pengamatan kasus, pada bab ini di uraikan tentang pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, implemantasi keperawatan dan evaluasi keperawatan. Bab IV Pembahasan kasus pada bab ini akan di uraiakan tentang analisa kasus yang membahas perbandingan antara konsep teori yang ditemukan dengan kenyataan yang terdapat di dalam uraian tinjauan kasus dan untuk megetahui kesenjangan antara teori dan praktik keperawatan selama pengamatan kasus. Bab V Simpulan dan saran. Pada bab ini akan dikemukakan beberapa kesimpulan yang diambil dari pelaksanan asuhan keperawatan dan saran-saran yang dapat diajukan sebagai masukan untuk peningkatan ilmu pengetahuan keperawatan.

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Sekitar 83% kasus tumor hati di dunia terjadi di negara-negara yang masih berkembang. Penyebab tingginya kasus tumor hati di negara-negara yang masih berkembang adalah tingginya kasus hepatitis B dan C di negara-negara tersebut, termasuk di Indonesia. Sedangkan di negara-negara yang sudah maju seperti negara-negara di Eropa, penyebab utama tumor hati adalah konsumsi alkohol yang tinggi dan obesitas yang meningkat.

Di Indonesia, diperkirakan terdapat sekitar 18.000 kasus baru tumor hati setiap tahunnya, berdasarkan data pada tahun 2012. Angka ini diperkirakan akan meningkat seiring dengan bertambahnya jumlah penderita hepatitis B dan C yang saat ini mencapai 30 juta jiwa (Ahyar Nur, 2015).

Secara umum tumor hati dibagi menjadi 2, yaitu tumor hati primer dan tumor hati sekunder. Tumor hati yang paling umum ditemukan 90% adalah sekunder (metastasis) misalnya dari payudara,bronkus,atau saluran pencernaan. Sedangkan tumor hati primer kurang umum ditemukan,tumor hati primer dibagi menjadi 2, yaitu jinak dan ganas.Kasus tumor hati sebagian besar ditemukan pada wanita,kasus ini sering terjadi pada rentang umur 15-45 tahun, sampai sekarang belum ada penelitian, yang paling sering ditemukan adalah tumor hati sekunder, dimana tumor berasal dari organ lain yang bermetastase, pada laki-laki sering ditemukan berasal dari lambung, paru-paru, dan kolon. Sedangkan pada perempuan sering ditemukan berasal dari payudara, rahim, lambung, dan kolon.

BAB II

TINJAUAN TEORITIS

A. Konsep Dasar Medis

1. Pengertian

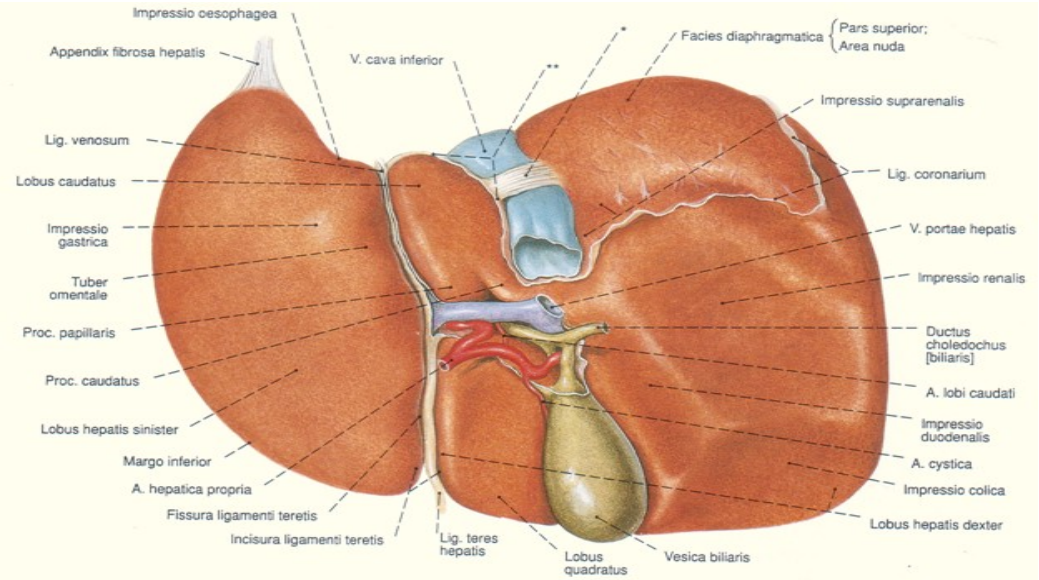
Tumor merupakan suatu sel yang tumbuh namun tidak normal, dan pertumbuhannya tidak terkendali. Ada dua jenis tumor yaitu tumor ganas dan tumor jinak.

Tumor hati adalah tumor ganas primer pada hati yang berasal dari sel parenkim atau epitel saluran empedu atau metastase dari tumor jaringan lainnya.

Berdasarkan pengertian di atas, tumor hati metastasis berasal dari sel-sel ganas ada organ-organ lain dibawa ke dalam hati melalui sirkulasi portal. Sel-sel ganas secara langsung berinfiltrasi secara langsung ada vesika falea, mesenterium, peritonium, dan diagframa.

2. Anatomi dan Fisiologi

Gambar 2.1 Anatomi hati



Hati merupakan kelenjar terbesar di dalam tubuh yang terletak di bagian teratas rongga abdomen dan disebelah kanan bawah diafragma. Secara luas hati dilindungi oleh rongga iga.

Hati terbagi dalam dua lobus (bagian utama) dimana lobus kanan (hepatic dextra lobe) berukuran lebih besar dari lobus kiri (hepatic sinistra lobe). Dua lobus tersebut dibagi lagi menjadi empat lobus, yaitu lobus kanan (dextra lobe), lobus kiri (sinistra lobe), lobus kaudatus (caudate lobe) dan lobus kuadratus (quadrate lobe).

Permukaan pada hati pada bagian atas berbentuk cembung dan terletak dibawah diafragma , permukaan bagian bawah tidak rata dan memperlihatkan lekukan (fisura transverses). Permukaannya dilintasi oleh berbagai pembuluh darah yang masuk dan keluar hati. Fisura longitudinal memisahkan bagian kanan dan kiri di permukaan bawah, sedangkan logamen faisformis (falciform ligament) memisahkan permukaan hati.

Setiap lobus terdiri atas lobulus. Lobulus berbentuk polyhedral (segi banyak) dan terdiri atas sel-sel hati berbentuk kubus yang diebut hepatosit (hepatocytes) serta cabang-cabang pembuluh darah yang diikat bersama oleh jaringan konektif hati. Peredaran darah hati ada dua macam yaitu yang memperdarahi hati (arteri hepatika) dan yang keluar dari hati (vena hepatika)

a. Pembuluh darah pada hati

Pada hati terdapat empat saluran, yaitu tiga pembuluh darah utama yang memperdarahi seluruh hati (arteri hepatika, vena porta hepatika dan vena hepatika) serta saluran empedu. Arteri hepatika kelar dari aorta dan memberikan seperlima darahnya kepada hati, darah ini mempunyai kejenuhan 95-100%.

Vena porta hepatika terbentuk dari vena lienalis dan vena mesentrika superior (superior mesenteric vein), mengantarkan seperlima darahnya ke hati, darah ini mempunyai kejenuhan oksigen 75% sebab beberapa oksigen telah diambil oleh limpa dan usus. Darah dalam vena porta hepatika

membawa nutrisi ke hati. Vena hepatika mengembalikan darah dari hati ke vena kava inferior (inferior venae cava). Di dalam vena hepatika terdapat katup. Saluran empedu terbentuk dari peyatuan kapiler-kapiler empedu yang mengumpulkan empedu dari sel hati.

b. Struktur mikro hati

Sel hati merupakan sel yang mempunyai banyak segi (polyhedral) dan berinti. Protoplasma sel berisi sejumlah besar enzim. Massa sel ini berbentuk lobus hepatika yang berbentuk heksagonal kasar, kira-kira berdiameter satu milimeter dan satu dari yang lain terpisah oleh jaringan ikat yang memuat cabang-cabang pembuluh darah yang memperdarahi hati.

c. Pembuluh limfe hati

Hati menghasilkan sekitar sepertiga sampai sepatuh cairan limfe pada porta hepatika. Pembuluh limfe meninggalkan hati dan masuk ke sejumlah kelenjar limfe dalam porta hepatika. Pembuluh eferen berlajalan ke nodus lumfatik seliac (celiac lymoh node). Beberapa pembuluh berjalan ke nodus limpfatik seliak. Beberapa pembuluh berjalan dari area nodus hati melalui diafragma menuju ke nodus limfatik mediastinalis posterior.

d. Persyarafan hati

Saraf yang mempersyarafi hati berasaldari parasimpatis yang melewati plekus seliak. Trunkus vagalis anterior (anterior vagal trunk) mempercabangkan banyak cabanf (ramus) hepatis yang berjalan langsung ke hati.

Secara fisiologi, hepar/hati berfungsi sebagai berikut:

a. Mengubah zat makanan yang diabsorbsi dari usus
b. Mengubah zat buagan dan bahan racun
c. Glikonik melalui rangsangan kerja enzim sehingga sel hati menghasilkan glikogen yang disintesis dari glukosa, selanjutnya disimpan sel hati dalam bentuk glikogen kemudian diubah kembalimenjadi glukosa oleh kerja enzim apabila kadar glukosa darah di bawah batas normal. Karena

fungsi ini hati berperan dalam pengaturan kadar gula darah dimana fungsi ini utamanya dikendalikan hormon-hormon pancreas yaitu insulin dan glucagon.

d. Metabolisme asam amino. Hati mengubah asam amino yang berlebihan menjadi lemak dan glukosa yang kemudian disimpan untuk cadangan.
e. Memproduksi hemoglobin yang merupakan bahan dasar dari empedu.
f. Mengubah amoonia menjadi urea. Amonia adalah produk sisa metabolisme protein yang sangat berbahaya. Proses ini disebut deaminasi, yang selanjutnya urea akan diekskresi melalui urine.
g. Metabolime lemak. Hati berperan dalam regulasi kadar trigiseridam asam lemak, dan kolesterol dalam darah. Apabila kadar lemak-lemak tersebut di dalam darah menurun, maka hati akan melepaskan cadangan lemaknya.

3. Etiologi

Belum diketahui penyebab penyakit ini secara pasti, tapi dari kajian epidemiologi dan biologi molekuler di Indonesia sudah terbukti bahwa penyakit ini berhubungan erat dengan sirosis hati, hepatitis virus B aktif ataupun hepatitis B carrier, dan hepatitis virus C dan semua mereka ini termasuk ke dalam kelompok orang-orang yang berisiko tinggi untuk mendapatkan tumor dan kanker hati ini. Penyebab tumor hati juga karena bahan-bahan hepatokarsinogenik seperti:

a. Aflatoksin
b. Alkohol
c. Penggunaan steroid anabolic
d. Penggunaan androgen yang berlebihan
e. Penimbunan zat besi yang berlebihan dalam hati (Hemochromatosis)

4. Patofisiologi

Neoplasma pada hati dapat maligna atau benigna. Tumor benigna terdiri dari sekelompok pembuluh darah (hemangioma). Tumor maligna pada hati dapat primer dan karsinoma metastasis. Hepatik primer timbul dari hati itu sendiri. Penyakit hati seperti hepatitis B dan sirosis hati dapat menjadi faktor predisposisi untuk Tumor hati. Tumor hati metastasis berasal dari sel-sel ganas pada organ-organ lain dibawa ke dalam hati melalui sirkulasi portal. Sel-sel ganas secara langsung berinfiltrasi secara langsung pada vesika falea, masenterium, peritonium, dan diagfragma.

Tumor hati yang paling sering adalah metastase tumor ganas dari tempat lain. Matastase ke hati dapat terdeteksi pada lebih dari 50 % kematian akibat kanker. Hal ini benar, khususnya untuk keganasan pada saluran pencernaan, tetapi banyak tumor lain juga memperlihatkan kecenderungan untuk bermestatase ke hati, misalnya kanker payudara, paru-paru, uterus, dan pankreas.

Tumor metastasis dari tempat primer lain ditemukan dalam hati pada sekitar separuh dari seluruh kasus kanker stadium lanjut. Tumor maligna pada akhirnya cenderung mencapai hati melalui system portal atau saluran limfatik, atau melalui perluasan langsung dari tumor abdominal. Lebih lanjut, hati merupakan tempat ideal bagi kelangsungan hidup sel-sel maligna ini.

5. Manifestasi Klinis

a. Keluhan sakit perut atau rasa penuh ataupun ada rasa bengkak di perut kanan atas
b. Nafsu makan berkurang.
c. Berat badan menurun, dan rasa lemas.
d. Keluhan lain terjadinya perut membesar karena ascites (penimbunan

cairan dalam rongga perut), mual muntah, susah tidur, BAB berwarna kehitaman, demam, kulit ikterik, nyeri otot.

e. Hepatomegali

6. Pemeriksaan Diagnostik

a. Pemeriksaan darah menunjukkan laju endap darah meningkat karena inflamasi pada hepar

b. Radiologi

Tumor hati ini bisa dijumpai di dalam hati berupa benjolan berbentuk kebulatan (nodule) satu buah,dua buah atau lebih atau bisa sangat banyak dan diffuse (merata) pada seluruh hati atau berkelompok di dalam hati kanan atau kiri membentuk benjolan besar yang bisa berkapsul.

c. Biopsi jaringan liver.

Biopsi aspirasi dengan jarum halus (fine needle aspiration biopsy) terutama ditujukan untuk menilai apakah suatu lesi yang ditemukan pada pemeriksaan radiologi imaging dan laboratorium AFP itu benar pasti suatu tumor hati atau kanker hati.

d. Ultrasonografi

Dengan USG hitam putih (grey scale) yang sederhana (conventional) hati yang normal tampak warna ke-abuan dan texture merata (homogen). Bila ada tumor langsung dapat terlihat jelas berupa benjolan (nodule) berwarna kehitaman, atau berwarna kehitaman campur keputihan dan jumlahnya bervariasi pada tiap pasien bisa satu, dua atau lebih atau banyak sekali dan merata pada seluruh hati, ataukah satu nodule yang besar dan berkapsul atau tidak berkapsul.

e. CT-Scan

Di samping USG diperlukan CT scan sebagai pelengkap yang dapat menilai seluruh segmen hati dalam satu potongan gambar.

f. PET (Positron Emission Tomography)

Positron Emission Tomography (PET) yang merupakan alat pendiagnosis kanker menggunakan glukosa radioaktif yang dikenal sebagai flourine18 atau Fluorodeoxyglucose (FGD) yang mampu mendiagnosa kanker dengan cepat dan dalam stadium dini. Caranya, pasien disuntik dengan glukosa radioaktif untuk mendiagnosis sel-sel kanker di dalam tubuh. Cairan glukosa ini akan bermetabolisme di dalam tubuh dan memunculkan respons terhadap sel-sel yang terkena kanker. PET dapat menetapkan tingkat atau stadium kanker hati sehingga tindakan lanjut penanganan kanker ini serta pengobatannya menjadi lebih mudah. Di samping itu juga dapat melihat metastase (penyebaran).

7. Penatalaksanaan Medis

a. Kemoterapi

kemoterapi bertujuan meracuni sel-sel kanker agar tak mampu lagi tumbuh berkembang biak.

Pemberian Kemoterapi dilakukan oleh dokter spesialis penyakit dalam bahagian onkologi (medical oncologist) ini secara intra venous (disuntikkan melalui pmbuluh darah vena) yaitu epirubucin/dexorubicin 80 mg digabung dengan mitomycine C 10 mg. Dengan cara pengobatan seperti ini usia harapan hidup penderita per lima tahun 90% dan per 10 tahun 80%.

b. TindakanNon-bedah Hati

Tindakan non-bedah merupakan pilihan untuk pasien yang datang pada stadium lanjut.. Termasuk dalam tindakan non-bedah ini adalah:

1) Embolisasi Arteri Hepatika (Trans Arterial Embolisasi = TAE)
2) Infus Sitostatika Intra-arterial
3) Injeksi Etanol Perkutan (Percutaneus Etanol Injeksi = PEI)

c. Tindakan Transplantasi Hati

Transplantasi hati adalah tindakan pemasangan organ hati dari orang lain ke dalam tubuh seseorang. Bila kanker hati ini ditemukan pada pasien yang sudah ada sirosis hati dan ditemukan kerusakan hati yang berkelanjutan atau sudah hampir seluruh hati terkena kanker atau sudah ada sel-sel kanker yang masuk ke vena porta (thrombus vena porta) maka tidak ada jalan terapi yang lebih baik lagi dari transplantasi hati.

8. Komplikasi

Komplikasi yang sering terjadi pada tumor hati adalah kanker hati, sirosis hepatis, ascites, perdarahan saluran cerna bagian atas, ensefalopati hepatika, dan sindrom hepatorenal.

B. Konsep Dasar Keperawatan

Proses keperawatan terdiri dari lima tahap yang sequensial yang berhubungan dengan : pengkajian, diagnosis, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi dan dokumentasi

1. Pengkajian
   a. Data subjektif :
      1) Keluhan : anoreksia, mual, muntah dan nyeri abdomen
      2) Kulit, selaput lendir, sclera : kekuning-kuningan, gatal, urin berwarna kuning tua dan berbuih.
      3) Kebiasaan: merokok, minum alkohol, obat-obat terlarang dan sebagainya.
      4) Seksualitas: impoten, libido menurun, menstruasi menghilang.
   b. Data objektif :
      1) Tanda-tanda vital : tekanan darah menunjukkan tekanan darah ortostatik
      2) Kulit dan sclera : ikterik, petekie, hematoma, luka bekas garukan, spider angioma, eritema palmar, dilatasi pembuluh darah bagian atas dan bawah tubuh, edema, ginekomastia.
      3) Abdomen : gerakan peristaltik (auskultasi), distensi abdomen, nyeri tekan, pembesaran hepar dan limpa, asites, dilatasi vena pada abdomen
      4) Neuromuskular : pengecilan otot-otot, koordinasi berkurang, treor, perubahan orientasi

2. Diagnosa Keperawatan

   Diagnosa keperawatan yang muncul untuk pasien tumoor hati meliputi :

   a. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan anoreksia, mual, gangguan absorbsi, metabolisme vitamin di hati.

b. Nyeri akut berhubungan dengan tegangnya dinding perut (asites)
c. intoleransi aktifitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai O2 dengan kebutuhan
d. Risiko terjadinya gangguan integritas kulit berhubungan dengan edema dan asites.

3. Rencana Keperawatan

a. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan anoreksia, mual, gangguan absorbsi, metabolisme vitamin di hati.

Hasil yang diharapkan : berat badan stabil, dan kebutuhan nutrisi dapat terpenuhi kembali.

Intervensi :

1) Timbang berat badan setiap hari atau sesuai indikasi
R/ Mengkaji pemasukan makanan yang adekuat.
2) Tentukan program diet dan pola makan pasien sesuai dengan kadar gula yang dimiliki.
R/ Menyesuaikan antara kebutuhan kalori dan kemampuan sel untuk mengambil glukosa.
3) Libatkan keluarga pasien dalam memantau waktu makan jumlah nutrisi
R/ Meningkatkan partisipasi keluarga dan mengontrol masukkan nutrisi sesuai dengan kemampuan untuk menarik glukosa dalam sel.
4) Berikan porsi makan sedikit tapi sering
R/ Memaksimalkan masukan nutrisi dan menurunkan iritasi lambung
5) Identifikasi makanan yang disukai dan tidak disukai

R/ Membantu dalam mengidentifikasi pertimbangan keinginan individu serta dapat memperbaiki masukan diet.

b. Nyeri berhubungan dengan tegangnya dinding perut (asites)

Hasil yang diharapkan : nyeri dapat berkurang.

Intervensi :

1) Lakukan pengkajian nyeri yang komprehensif meliputi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas atau keparahan nyeri dan faktor-faktor yang memperkuat nyeri.

   R/ Untuk mengidentifikasi faktor-faktor yang memperkuat nyeri.

2) Ajarkan pasien cara menggunakan teknik relaksasi non farmakologis.

   R/ Mengalihkan perhatian untuk mengurangi nyeri, dan mengompres hangat bila nyeri timbul.

3) Ajarkan pasien untuk melakukan manajemen nyeri

   R/ pasien mampu melakukan manajemen nyeri secara mandiri ketika nyeri terasa.

4) Kaji tingkat nyeri atau kontrol nyeri.

   R/ Untuk mengontrol nyeri

c. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai O2 dengan kebutuhan

Hasil yang diharapkan : dapat melakukan aktivitas sesuai kebutuhan.

Intervensi :

1) Anjurkan klien untuk melakukan apa saja bila mungkin, misalnnya mandi, bangun dari kursi atau tempat tidur, berjalan.

   R/ Meningkatkan kekuatan / stamina dan memampukan pasein menjadi lebih aktif tanpa kelelahan yang berarti.

2) Pantau refleks fisiologi terhadap aktivitas misalnya tekanan darah, frekuensi jantung dan pernapasan.
   R/ Toleransi sangat tergantung pada tahap proses penyakit, status nutrisi dan keseimbangan cairan.
3) Berikan lingkungan tenang dan periode istirahat tanpa gangguan.
   R/ Berikan lingkungan tenang dan periode istirahat tanpa gangguan.
4) Anjurkan keluarga klien untuk melatakkan kebutuhan klien dekat dari jangkauan klien.
   R/ Melatih kemandirian dalam beraktivitas.

d. Risiko terjadinya gangguan integritas kulit berhubungan dengan edema dan asites.
   Hasil yang diharapkan : Berpartisipasi dalam teknik untuk mencegah komplikasi / meningkatkan penyembuhan.
   Intervensi :
   1) Kaji kulit terhadap efek samping terapi kanker, perhatikan kerusakan atau perlambatan penyembuhan.
      R/ Efek kemerahan atau reaksi radiasi dapat terjadi dalam area radiasi.
   2) Mandikan dengan air hangat dan sabun.
      R/ Mempertahankan kebersihan tanpa mengiritasi kulit.
   3) Balikkan atau ubah posisi pasien dengan sering
      R/ Untuk meningkatkan sirkulasi dan mencegah tekanan pada kulit.
   4) Anjurkan pasien untuk menghindari krim kulit apapun, salep, dan bedak kecuali ada indikasi.
      R/ Dapat meningkatkan iritasi.

4. Implementasi Keperawatan

Secara umum, pasien dengan tumor hati tampak sakit berat dan memerlukan perawatan intensif. Ada juga yang tidak memperlihatkan masalah berat akut serta memerlukan dukungan, penyuluhan dan konseling. Perawat harus dapat memprioritaskan kebutuhan tumor hati.

5. Evaluasi Keperawatan

a. Toleransi terhadap makanan dan porsi sedikit tapi sering.
b. Kulit tidak lecet.
c. Tidak terjadi perdarahan, tidak ditemukan darah dalam feses.
d. Pasien tampak mengantuk, tetapi orientasi terhadap orang, waktu dan tempat masih baik.

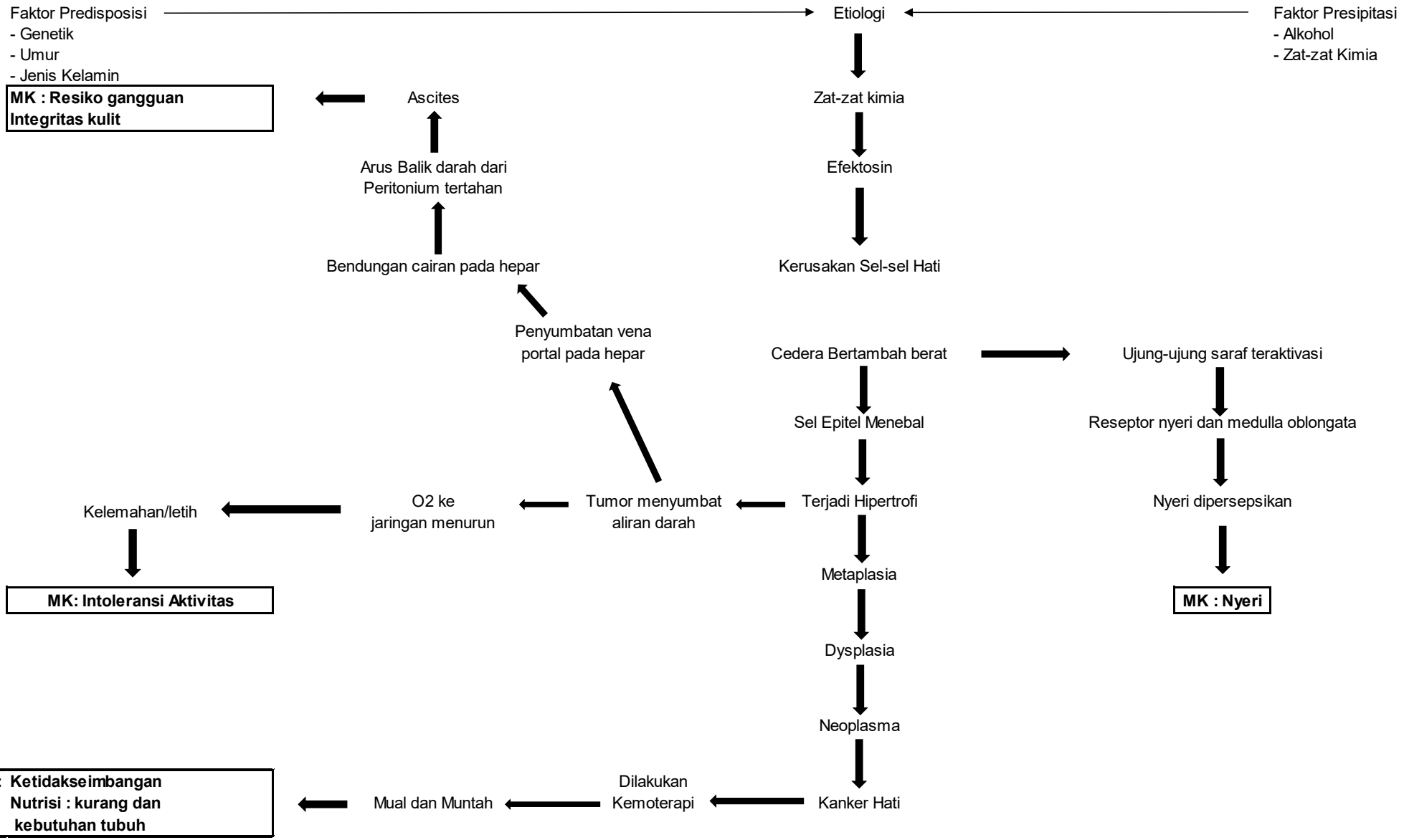
6. Perencanaan Pulang (Discharged Planning)

Hal yang perlu dirancang disampaikan dan diajarkan pada pasien dan keluarga mengenai perawatan dan pengobatan lanjut dari pasien dirumah atau rawat jalan antara lain :

a. Memberi penjelasan tentang tindakan pencegahan kerusakan lebih lanjut pada hati dengan menghindari minuman keras seperti alkohol serta obat-obatan yang tidak diresepkan oleh dokter.
b. Menganjurkan kepada pasien untuk dalam beberapa hari ini tetap istirahat yang cukup dan kurangi aktivitas yang berat.
c. Menganjurkan kepada pasien untuk rutin minum obat yang telah diresepkan dokter
d. Berikan informasi makanan tinggi protein, tinggi karbohidrat, vitamin, mineral kecuali jika terdapat tanda-tanda edema yang memerlukan makanan yang rendah garam atau protein.
e. Ajarkan tentang tanda dan gejala yang harus di waspadai dan segera di laporkan ke dokter.

1) Perdarahan gusi, kulit, urine dan kotoran (BAB)
2) Ukuran lingkarang abdomen bertambah
3) Berat badan bertambah
4) Edema kedua tungkai bertambah

PATOFLOWDIAGRAM



BAB III

TINJAUAN KASUS

Pasien Tn.”M” masuk Rumah Sakit pada tanggal 13 April 2018 di ruang St. Bernadeth IIB dengan diagnosa medik Tumor Hati. Pasien mengeluh sesak dialami sejak 2 bulan yang lalu disertai perut semakin membesar (ascites) serta terasa nyeri, akhirnya pasien memutuskan periksa ke rumah sakit di Poso lalu dirujuk ke Rumah Sakit Stella Maris Makassar.

Saat pengkajian tanggal 18 April 2018, penulis mendapatkan pasien dalam keadaan sesak dengan penggunaan otot bantu napas dan tampak irama pernapasan cepat. Pasien tampak batuk berlendir berwarna kuning, tampak terpasang O2 nasal kanul dengan 4 liter, terdengar suara napas tambahan ronchi. Pasien juga mengeluh nyeri pada perut dan tampak ascites. Terpasang inful Nacl 0,9% dan Clinimix 16 tetes permenit. Pada pemeriksaan tanda-tanda vital didapatkan TD: 130/90 mmHg, suhu 36,5 °C, pernapasan 28x/menit, nadi 82x/menit. Pemeriksaan laboratorium didapatkan HBG 12,8 mg/dl, HCT 39.90%, pemeriksaan USG didapatkan hepatomegaly disertai nodul metastasis pada lobus kanan dan kiri. Pemeriksaan faal hemostasis didapatkan D-dimer 1.3 µg/ml. Pemeriksaan hispatologi didapatkan tumor pedis D, operasi suatu: Malignant tumor, Undifferantiated high-grade pleomorphic sarcoma. Terapi pengobatan yang diberikan ondancentron 8mg / 8 jam , omeprazole 40mg / 12 jam , Ceftriaxone 1gr / 24 jam , Paracetamol 3x500ml / 6 jam dan metilprednisolon 125mg / 24 jam

Berdasarkan pengkajian diatas maka penulis mengangkat 3 diagnosa keperawatan yaitu :Ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan mukus berlebihan, nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis, dan ketidakseimbangan nutrisi: kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurang asupan makanan.

A. Pengkajian

Nama Mahasiswa Yang Mengkaji: Firsty Adelia L	NIM: E1514401018

Unit : Bernadeth II B Autoanamnese : ✓

Kamar : 715 Alloananmnese : ✓

Tgl masuk RS : 13 April 2018

Tgl pengkajian : 18 April 2018

1. IDENTITAS

a. Pasien

Nama initial : Tn.M

Umur : 78 tahun

Jenis kelamin : laki-laki

Status perkawinan : menikah

Jumlah anak : 3

Agama/suku : Islam / Poso

Warga Negara : WNI

Bahasa yang digunakan : Bahasa Indonesia

Pendidikan : SMA

Pekerjaan : Petani

Alamat rumah : Jln. Inspeksi Kanal Tello

b. Penanggung Jawab :

Nama : Ny L

Umur : 46 tahun

Alamat : Jln. Inspeksi Kanal Tello

Hubungan dengan pasien : Anak

2. DATA MEDIK

Diagnosa medik

Saat masuk : DVT + Tumor Pedis Dextra Metastase ke Paru dan Hepar

Saat pengkajian : Tumor Hati

3. KEADAAN UMUM

a. Keadaan Sakit :

Pasien tampak sakit berat.

Alasan : Pasien tampak terbaring lemah diatas tempat tidur dengan posisi terlentang, tampak terpasang infus NaCl 0,9% dan Clinimix 16 tetes permenit ditangan sebelah kanan, tampak pasien sesak, tampak pasien menggunakan O2 nasal kanul dengan 4 liter. Tampak pasien ascites.

b. Tanda – Tanda Vital

1) Kesadaran: Compos mentis

Skala koma glaslow

a) Respon motorik :6

b) Respon bicara :5

c) Respon membuka mata: :4

Jumlah :15

Kesimpulan : Pasien tidak koma

2) Tekanan darah : 120/80 mmHg

MAP : 93,3 mmHg

Kesimpulan : Perfusi ginjal memadai

3) Suhu : 36,5 °C di ☐ Oral ☑ Axilla ☐ Rectal

4) Pernapasan :28 x/menit

Irama: ☑ teratur ☐ Kusmaul ☐ Cheynes-stokesa

Jenis : ☑ dada ☐ Perut

5) Nadi :85 x/menit

Irama: ☑ teratur ☐ tachikardi ☐ Bradichardi

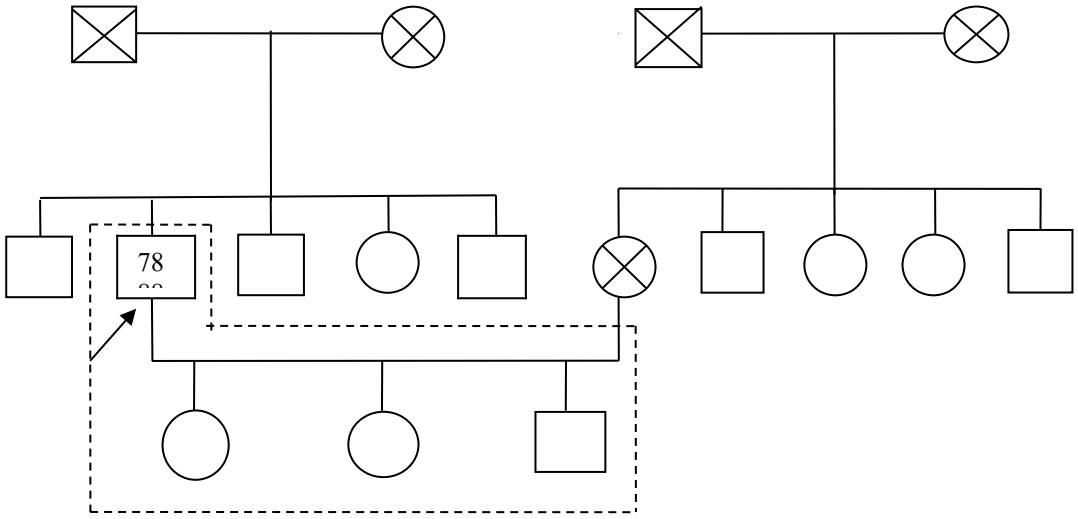
☑ Kuat ☐ Lemah

c. Pengukuran

1. Lingkar lengan atas : 24 cm
2. Tinggi badan :173 cm
3. Berat badan :48 kg
4. IMT :16 kg/m²

Kesimpulan :Tubuh kurang pangan

d. Genogram



Keterangan :

: Pria Normal

: Wanita Normal

: Meninggal

: Umur Pasien

: Tinggal serumah

: Pasien

4. PENGKAJIAN POLA KESEHATAN

a. POLA PERSEPSI KESEHATAN DAN PEMELIHARAAN KESEHATAN

1. Keadaan sebelum sakit:

   Keluarga pasien mengatakan sehat itu penting, keluarga pasien mengatakan pasien adalah perokok dan menghabiskan 1 bungkus rokok setiap hari. Keluarga mengatakan pasien juga sering minum minuman alkohol. Keluarga pasien mengatakan pasien jarang berolahraga dan jarang memeriksakan kesehatannya ke puskesmas atau ke rumah sakit.

2. Riwayat penyakit saat ini:

1) Keluhan utama :

   Sesak

b) Riwayat keluhan utama:

   Keluarga pasien mengetahui pasien tumor pada kaki sejak 3 tahun yang lalu dan telah menjalani operasi 2x yaitu pada tahun 2015 dan 2 bulan yang lalu. Keluarga mengatakan pasien sejak 2 bulan yang lalu mulai mengeluh sesak, batuk berlendir, dan perut semakin membesar serta terasa nyeri. Keluarga mengatakan pasien sudah periksa ke rumah sakit lalu di rujuk ke Rumah Sakit Stella Maris Makassar. Pada saat pengkajian pasien mengeluh sangat sesak dan memberat jika tidur terlentang disertai batuk berlendir berwarna kuning dan nyeri pada perut. Tampak pasien sesak dengan penggunaan otot bantu napas, tampak pasien ascites, tampak edema pada kaki sebelah kanan.

3. Riwayat penyakit yang pernah dialami:

   Keluarga pasien mengatakan pasien pernah mengalami penyakit prostat dan dirawat di RS. Wahidin tahun 2002.

4. Riwayat kesehatan keluarga:

   Keluarga pasien mengatakan tidak ada riwayat penyakit keturunan dalam keluarga.

5. Pemeriksaan fisik:

   a) Kebersihan rambut : Bersih
   b) Kulit kepala : Bersih
   c) Kebersihan kulit : Bersih
   d) Higiene rongga mulut : Kotor
   e) Kebersihan genitalia : Bersih
   f) Kebersihan anus : Bersih

B . POLA NUTRISI DAN METABOLIK

1) Keadaan sebelum sakit:

   Keluarga pasien mengatakan makan 3x sehari dan mampu menghabiskan 1 porsi makanan setiap kali makan. Pasien mengatakan makan nasi, sayur, ikan, tempe, tahu, kadang-kadang makan daging. Pasien mengatakan minum air putih ±5-6 gelas perhari (1100cc)/ hari. Pasien mengatakan tidak ada makanan atau minuman kesukaan.

2) Keadaan sejak sakit:

   Keluarga pasien mengatakan pasien makan 2x sehari dan hanya mampu menghabiskan ± 2 sendok makan setiap kali makan dan pasien hanya makan makanan yang disediakan oleh rumah sakit. Keluarga juga mengatakan nafsu makan pasien berkurang sejak sakit dan sering merasa mual muntah jika makan. Keluarga pasien mengatakan pasien hanya minum air putih ±1 botol air (660cc)/hari. Keluarga pasien mengatakan sejak sakit pasien mengalami penurunan berat badan 7kg

dalam 2 bulan.

3) Observasi:

Tampak pasien menghabiskan 2-3 sendok dari makanannya dengan menu makanan yang disiapkan oleh rumah sakit. Tampak pasien minum ± 1botol perhari (660cc), tampak pasien kurus, tampak mukosa bibir kering, tampak kulit kering.

4) Pemeriksaan fisik:

a) Keadaan rambut : Tampak beruban
b) Hidrasi kulit : Kembali dalam 3 detik
c) Palpebra/conjungtiva : Tidak edema/Tampak anemik
d) Sclera : Tampak ikterik
e) Hidung :Tampak septum berada di tengah
f) Rongga mulut : Tampak kotor
Gusi : Tidak ada peradangan
Gigi palsu : Tidak ada gigi palsu
g) Gigi : Tampak tidak utuh
h) Kemampuan mengunyah keras: pasien tidak mampu mengunyah keras
i) Lidah : Tampak kotor
j) Pharing : Tidak ada peradangan
k) Kelenjar getah bening : Tidak ada pembesaran
l) Kelenjar parotis : Tidak ada pembesaran
m) Abdomen :
- Inspeksi : Tampak asites
- Auskultasi : 16× permenit
- Palpasi : nyeri tekan pada kuadran kanan atas
- Perkusi: ☑ asites ☐ positif ☐ negatif

n) Kulit
   - Edema : ☐ positif ☑ negatif
   - Ikterik : ☐ positif ☑ negatif
   - Tanda – tanda radang : Tidak ada

o) Lesi: Tampak tidak ada lesi

C. POLA ELIMINASI

1) Keadaan sebelum sakit :

   Pasien mengatakan BAB 4× dalam seminggu dengan konsistensi lunak berwarna kuning kecoklatan. Pasien mengatakan BAK ±8 kali dalam sehari berwarna kuning dengan jumlah urine ±150cc setiap kali BAK, (1200cc) per 24 jam.

2) Keadaan sejak sakit :

   Pasien mengatakan sejak sakit BAB 2× dalam seminggu dengan konsistensi lunak berwarna kuning kecoklatan. Pasien mengatakan BAK 6× perhari berwarna kuning. Pasien mengatakan jumlah urine ±150cc setiap kali BAK (900cc) per 24 jam.

3) Observasi:

   Tampak pasien memakai pampers, tampak pasien BAB dengan konsistensi lunak dan berwarna kuning kecoklatan.

4) Pemeriksaan fisik :
   a) peristaltik usus : 16× permenit
   b) palpasi kandung kemih : ☐ penuh ☑ kosong.
   c) nyeri ketuk ginjal : ☐ positif. ☑ Negatif.
   d) anus:
      - peradangan : Tidak ada
      - Hemoroid : Tidak ada

D. POLA AKTIVITAS DAN LATIHAN

1) Keadaan sebelum sakit:

   Keluarga pasien mengatakan pasien bekerja sebagai seorang petani dan sehari-hari bekerja di kebun. Keluarga pasien mengatakan pasien tidak pernah melakukan kegiatan olahraga dan hanya menonton TV diwaktu senggang

2) Keadaan sejak sakit :

   Keluarga pasien mengatakan sejak sakit pasien sering mengeluh sesak dan nyeri pada perut. Keluarga pasien mengatakan sejak sakit pasien sudah tidak mampu melakukan aktivitas seperti biasanya dan hanya mampu berbaring di tempat tidur karena pasien susah untuk duduk karena sesak yang dirasakan.

3) Observasi:

   Tampak pasien hanya berbaring lemah di tempat tidur. Tampak kebutuhan pasien dibantu oleh keluarga.

   a) Akitivitas harian :
      - Makan : 2
      - Mandi : 2
      - Pakaian : 2
      - Kerapihan : 2
      - Buang air besar : 2
      - Buang air kecil : 2
      - Mobilisasi ditempat tidur: 2

   0. mandiri
   1. bantuan dengan alat
   2. bantuan orang
   3. bantuan alat dan orang
   4. bantuan penuh

   b) Postur tubuh : Tidak dikaji
   c) Gaya jalan : Tidak dikaji
   d) Anggota gerak yang cacat : Tidak ada
   e) Fiksasi : Tidak ada
   f) Tracheostomi : Tidak ada

4) Pemeriksaan fisik

a) JVP : 5-2 cmH2O

Kesimpulan : pemompaan ventrikel memadai

b) Perfusi perifer pembuluh kuku : ≤3 detik

c) Thorax dan pernapasan

- Inspeksi :

  Bentuk thorax : Tampak simetris

  Sianosis : Tidak ada

  Stridor : Tidak ada

- Perkusi : sonor ☐ redup ☑ pekak.

  Batas paru hepar teraba pada ICS 4 linea sternalis sinistra

- Auskultasi :

  Suara napas : Terdengar vesicular

  Suara ucapan : Sama kuat kedua lapang dada

  Suara tambahan: Terdengar ronchi pada kedua lapang paru

d) Jantung

- Inspeksi

  Ictus cordis : Tidak tampak

- Palpasi

  Ictus cordis : Teraba pada ICS 5 mid clavicularis sinistra

- Perkusi

  Batas atas jantung : ICS 2

  Batas kanan jantung : Linea sternalis dekstra

  Batas kiri jantung : Linea mid clavicularis sinistra

- Auskultasi :

  Bunyi jantung II A : Tunggal, di ICS 2 linea sternalis dextra

  Bunyi jantung II P : Tunggal, di ICS 2 linea sternalis sinistra

  Bunyi jantung I T : Tunggal, di ICS 4 linea sternalis sinistra

  Bunyi jantung I M : Tunggal, di ICS 5 linea midclavicularis

  Bunyi jantung II irama gallop : Tidak terdengar

  Murmur : Tidak terdengar

  HR : 83×/menit

  Bruit : Aorta : Tidak ada

  A. Renalis : Tidak terdengar

  A. Femoralis : Tidak terdengar

e) Lengan dan tungkai

- Atrofi otot : ☐ positif ☑ negatif
- Rentang gerak : Tampak rentang gerak normal

  Kaku sendi : Tidak ada kaku sendi
- Uji kekuatan otot :

	kanan	Kiri
Tangan	5	5
Kaki	5	5

  Babinski, kiri : ☐ positif ☑ negatif

  Kanan : ☐ positif ☑ negatif
- Clubbing jari-jari : Tidak terdapat clubbing jari-jari
- Varises tungkai : Tidak tampak varises tungkai
- Pitting Edema : +2

f) Columna vertebralis

- Palpasi : Tidak terdapat nyeri tekan

E. POLA TIDUR DAN ISTIRAHAT

1) Keadaan sebelum sakit :

Keluarga pasien mengatakan tidur malam 8jam perhari, keluarga pasien mengatakan pasien jarang tidur siang karena pasien sehari-hari bekerja di kebun, pasien mengatakan selalu merasa segar setiap bangun, pasien mengatakan suka tidur dalam keadaan gelap, pasien mengatakan tidak ada keluhan dalam tidur dan istirahat

2) Keadaan sejak sakit :

Keluarga pasien mengatakan sejak sakit pasien hanya tidur± 2 jam perhari. Keluarga pasien mengatakan pasien susah tidur dan sudah 2hari tidak tidur dimalam hari karena pasien mengeluh sesak dan merasakan nyeri di perut. Keluarga pasien mengatakan pasien hanya tidur siang sekitar ±2jam perhari.

3) Observasi:

Tampak pasien tidur siang ± 2jam.

Ekspresi wajah mengantuk	:	☑ positif	☐ negatif
Banyak menguap	:	☐ positif	☑ negatif
Palpebra inferior berwarna gelap	:	☐ positif	☑ negatif

F. POLA PERSEPSI KOGNITIF

1) Keadaan sebelum sakit :

Keluarga pasien mengatakan pasien menggunakan alat bantu penglihatan, pasien mengatakan mudah untuk mempelajari sesuatu, pasien mengatakan tidak memiliki gangguan pengecapan, penciuman, dan perabaan.

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan pandangan sudah mulai kabur. Pasien juga mengatakan nyeri pada daerah perut dan

rasanya seperti tertusuk-tusuk, keluarga pasien mengatakan nyeri muncul ketika beristirahat terutama pada malam hari, pasien mengatakan nyeri yang dirasakan skala 7(0-10) dan terjadi hilang timbul. Pasien mengatakan nyeri berlangsung kira-kira ±30menit.

3) Observasi :

Tampak ekspresi wajah pasien meringis saat nyeri muncul. Tampak pasien memegang perutnya. Tampak perut asites.

4) Pemeriksaan fisik :

a) Penglihatan

- Cornea : Tampak bersih
- Pupil : Tampak isokor kiri dan kanan
- Lensa mata : Tampak jernih
- Tekanan Intra Okuler (TIO) : Teraba antara kiri dan kanan

b) Pendengaran

- Pina : Simetris kiri dan kanan
- Kanalis : Tampak bersih
- Membran timpani : Tampak timpani memantulkan cahaya

G. POLA PERSEPSI DAN KONSEP DIRI

1) Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan tidak ada yang menonjol pada dirinya, pasien mengatakan dirinya biasa-biasa saja, pasien mengatakan kadang merasa stres bila menghadapi masalah. Keluarga pasien mengatakan bahwa pasien sangat dihormati oleh keluarga serta anak-anaknya.

2) Keadaan sejak sakit :

Keluarga pasien mengatakan selama sakit pasien tidak bisa berbuat apa-apa lagi akibat kondisinya yang sangat lemah. Keluarga pasien mengatakan pasien dan keluarga hanya berharap dirinya cepat sembuh.

3) Observasi :

Tampak pasien gelisah, tampak pasien terbaring lemah di atas tempat tidur

a) Kontak mata : Tampak kontak mata kurang, pasien selalu melihat ke arah lain
b) Rentang perhatian : Tampak perhatian kurang, pasien selalu memperhatikan lingkungan sekitar
c) Suara dan cara bicara : Kurang jelas
d) Postur tubuh : Tampak bungkuk

4) Pemeriksaan fisik

a) Kelainan bawaan yang nyata : Tidak ada
b) Bentuk/postur tubuh : Tampak tegak
c) Kulit : Tampak tidak ada lesi

H. POLA PERAN DAN HUBUNGAN DENGAN SESAMA

1) Keadaan sebelum sakit :

Keluarga pasien mengatakan pasien berperan sebagai kepala keluarga dalam rumah tangganya, keluarga pasien mengatakan pasien sering bergaul di tetangganya.

2) Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan sejak sakit tidak ada gangguan dalam perannya sebagai ayah dan kepala keluarga dalam rumah tangganya, pasien mengatakan hubungan

dengan tetangganya baik.

3) Observasi :

Tampak keluarga dan tetangga datang menjenguk pasien

I. POLA REPRODUKSI DAN SEKSUALITAS

1) Keadaan sebelum sakit :

Keluarga pasien mengatakan pasien tidak ada masalah dengan pola reproduksi dan seksualitas.

2) Keadaan sejak sakit :

Keluarga pasien mengatakan pasien tidak ada masalah pada pola reproduksi dan seksualitasnya sama seperti sebelum sakit.

3) Observasi :

Tampak tidak ada perilaku yang menyimpang.

4) Pemeriksaan fisik :

Tidak ada masalah yang ditemukan

J. POLA MEKANISME KOPING DAN TOLERANSI TERHADAP STRESS

1. Keadaan sebelum sakit :

Pasien mengatakan jika ia tidak didengarkan anaknya ia biasa marah. Pasien mengatakan biasa memarahi anaknya. Pasien mengatakan jika ada masalah ia biasa berdiskusi dengan istrinya.

2. Keadaan sejak sakit :

Pasien mengatakan bisa menyesuaikan diri dengan lingkungan rumah sakit dan situasi yang baru.

3.Observasi :

Tampak pasien tidak berjalan mondar-mandir, tidak meremas-remas dan tidak menggigit bibrnya.

K. POLA SISTEM NILAI DAN KEPERCAYAAN

1) Keadaan sebelum sakit :

   Keluarga pasien mengatakan pasien beragama kristen, keluarga pasien mengatakan sebelum sakit pasien rajin beribadah ke gereja. Keluarga pasien mengatakan pasien sering mengikuti kegiatan gereja.

2) Keadaan sejak sakit :

   Pasien mengatakan sejak sakit jarang ke gereja, keluarga pasien mengatakan pasien sudah jarang mengikuti kegiatan agama lagi.

3) Observasi :

   Tampak tidak ada Alkitab di samping pasien

5. UJI SARAF KRANIAL

A. N I : Olfactorius

Pasien mampu mencium bau minyak kayu putih

B. N II : Optikus

Pasien mampu membaca kartu identitas perawat dalam jarak ± 30-40 cm

C. N III, IV, VI : okulomotorius, trochlearis, abduscens

Pasien mampu mengerakan mata ke seluruh arah (keatas, kebawah, kesamping kiri dan kanan).

D. N V : trigeminus

Sensorik : pasien mampu merasakan sentuhan kapas pada wajah bagian dahi, pipi, dan rahang bawah.

Motorik : pasien mampu mengunyah keras.

E. N VII : fascialis

Sensorik : pasien mampu merasakan manis gula pasir.

Motorik : pasien mampu mengangkat alis.

F. N VIII

Vestibularis : tidak dikaji karena pasien merasa lemas dan sakit pada perut.

Akustikus : pasien mampu mendengar gesekan jari tangan perawat pada kedua telinga.

G. N IX : glossopharyngeus

Tampak letak uvula berada ditegah.

H. N X : vagus

Pasien mampu menelan.

I. N XI : accessorius

Pasien mampu mengangat bahu kiri dan kanan.

J. N XII : hypoglossus

Pasien mampu menjulurkan lidah keluar dengan posisi lurus, pasien mampu mendorong pipi kiri dan kanan dari arah dalam

6. PEMERIKSAAN PENUNJANG

Nama / Umur : Tn.M / 78 tahun

Ruang / Kamar : Bernadeth II B / 715

a. Laboratorium

Jenis/ tes pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan	Satuan
WBC	11.9	4.8 – 10.8	10^3/uL
HGB	12.8	14 – 18	g/dL
HCT	39.90	42 – 52	%
MCH	26.3.	27 – 31	pg
RDW-CV	17.1	11.5 – 14.5	%
NEUT#	13.3	1.5 – 7	10^3/uL
LED 1Jam	85	0 – 20	mm/h
LED 2 Jam	108	0 – 20	mm/h

b. Pemeriksaan USG abdomen .

Kesan:

1) Hepatomegaly disertai nodul metastasis pada lobus kanan dan kiri.
2) Ascites
3) Organ abdomen lain echo normal

c. Pemeriksaan hispatologi

Kesan :

1) Tumor pedis D, operasi suatu : Malignant tumor, dd
2) Undifferantiated high-grade pleomorphic sarcoma

d. Pemeriksaan kimia darah

Jenis pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan	Satuan

KIMIA DARAH

ELEKTROLIT

Elektrolit Natrium,Kalium, Chlorida

NATRIUM	139	136-145	mmol/L
KALIUM	3 *	3.4 – 4.5	mmol/L
CHLORIDA	97 *	100 – 108	mmol/L

e. Pemeriksaan USG Doppler :

KESAN :

Sesuai DVT pada daerah dorsum pedis dextra sampai cruris dextra 1/3 proksimal.

f.Pemeriksaan Hematologi

Jenis pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan	Satuan

HEMATOLOGI

FAAL HEMOSTASIS

D-dimer	1.3	<0.5	µg/ml

7. TERAPI OBAT

a. Ondancentron 8mg/8 jam/IV
b. Omeprazole 40mg/12 jam/IV
c. Cefriaxone 1gr/24 jam/IV
d. Metilprednisolon 125mg/24 jam/IV
e. Paracetamol 3 x 500ml/Oral
f. Clinimix 500ml/24 jam/IV,

A. ANALISA DATA

Nama / Umur : Tn.M / 78 tahun

Ruang / Kamar : Bernadeth II B / 715

No	Data	Penyebab	Masalah
1	DS : - Keluarga pasien mengatakan pasien mengeluh nyeri pada perutnya - Keluarga pasien mengatakan pasien nyeri muncul pada saat beraktivitas dan beristirahat. - Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan seperti ditusuk-tusuk dengan skala 7(0-10), dirasakan hilang timbul dan berlangsung selama ±30menit. DO: - Tampak pasien meringis sambil memegang perutnya - TD : 130/90 mmgh - N : 86x/ menit - Hasil USG:hepatomegaly	Agen cedera Biologis	Nyeri akut

	disertai nodul metastasis pada lobus kanan dan kiri.		
2.	DS: - Keluarga pasien mengatakan pasien mengeluh sesak disertai batuk berlendir berwarna kuning. DO: - Tampak pasien sesak - Tampak pasien batuk berlendir - Tampak terdengar suara ronchi pada kedua lapang paru. - P : 28x/menit - Tampak penggunan otot bantu napas - Tampak pasien ascites	Mukus berlebihan	Ketidakefektifan bersihan jalan napas
3	DS: - Keluarga pasien mengatakan pasien hanya mampu menghabiskan ±2 sendok makan setiap kali makan. - Keluarga pasien mengatakan nafsu makan	Kurang asupan makanan	Ketidakseimbangan nutrisi:Kurang dari kebutuhan tubuh

	pasien berkurang. - Keluarga pasien mengatakan setiap makan pasien merasa mual dan muntah. - Keluarga pasien mengatakan pasien mengalami penurunan berat badan sekitar ±7kg. DO: - Tampak pasien menghabiskan 1/4 sendok dari makanannya. - Rongga mulut tampak kotor - Tampak pasien kurus - IMT:16 - Tampak pasien anemis - Hb: 12,8		

B. DIAGNOSA KEPERAWATAN

Nama / Umur : Tn.M / 78 tahun

Ruang / Kamar : Bernadeth II B / 715

No	Diagnosa Keperawatan
I	Ketidakefektifan bersihan jalan nafas b/d mukus berlebihan
II	Nyeri Akut b/d Agen cedera biologis
III	Ketidakseimbangan nutrisi: kurang dari kebutuhan tubuh b/d kurang asupan makanan

C. Intervensi Keperawatan

Nama/ Umur : Tn. “M” / 78 tahun

Ruang / Kamar : Bernadeth II B

No	Diagnosa Keperawatan	Nursing Outcomes Clasification (NOC)/ Hasil yang diharapkan	Nursing Intervention Clasification (NIC) Rencana, Tindakan mandiri, Observasi, Penyuluhan . Kolaborasi
1.	Ketidakefektifan bersihan jalan nafas b/d mukus berlebihan	Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3×24 jam diharapkan pasien mampu mempertahankan kepatenan jalan napas dengan kriteria hasil: Status Pernapasan: Kepatenan jalan napas 1. Kemampuan untuk mengeluarkan sekret dipertahankan pada skala 2 ditingkatkan ke skala 4 2. Frekuensi pernapasan dipertahankan pada skala 2 ditingkatkan ke skala 4	1.Manajemen jalan napas Aktivitas perawat: a. Posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi b. Motivasi pasien untuk bernapas pelan,dalam dan batuk. c. Ajarkan bagaimana agar bisa melakukan batuk efektif. d. Monitor status

		3. Irama Pernapasan dipertahankan pada skala 2 ditingkatkan ke skala 4 Keterangan : a. Deviasi berat dari kisaran normal b. Deviasi cukup berat dari kisaran normal c. Deviasi sedang berat dari kisaran normal d. Deviasi ringan dari kisaran normal e. Tidak ada deviasi dari kisaran normal	pernapasan dan oksigenasi,sebagaimana mestinya. e. Auskultasi suara napas,catat area yang ventilasinya menurun atau tidak ada dan adanya suara tambahan f. Kelola nebulizer ultrasonik, sebagaimana mestinya 1. Terapi Oksigen a. Berikan oksigen tambahan seperti yang diperintahkan.
2.	Nyeri akut b/d agen cedera biologis	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3×24 jam diharapakan pasien mampu mengontrol nyeri dengan kriteria hasil:	1. Monitor Tanda-tanda vital a. Monitor TD,N,S,P 2. Pemberian analgetik a. Berikan analgetik

		Kontrol nyeri 1. Pasien mampu mengenali kapan nyeri terjadi dipertahankan pada skala 2 ditingkatkan ke skala 4 2. Pasien mampu menggunakan tindakan pengurangan(nyeri) tanpa analgetik dipertahankan pada skala 2 ditingkatkan ke skala 4 keterangan : a. Tidak pernah menunjukkan b. Jarang menunjukkan c. Kadang-kadang menunjukkan d. Sering menunjukkan e. Secara konsisten menunjukkan	3. Manajemen nyeri a. Lakukan pengkajian Komprehensif b. Berikan teknik distraksi c. Kompres hangat bila nyeri timbul. 4. Terapi relaksasi a. Ciptakan lingkungan yang tenang b. Dorong klien untuk mengambil posisi yang nyaman c. Tunjukkan dan praktikan teknik relaksasi
3.	Ketidakseimbangan nutrisi:Kurang dari kebutuhan tubuh b/d kurang asupan makanan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3×24 jam diharapkan pasien mampu memenuhi status nutrisi dengan kriteria hasil:	1. Manajemen Nutrisi Aktivitas Perawat: a. Ciptakan lingkungan yang optimal pada saat

		Status Nutrisi: Asupan makanan dan cairan 1. Asupan makanan secara oral dipertahankan pada skala 2 ditingkatkan ke skala 3 2. Asupan cairan secara oral dipertahankan pada skala 2 ditingkatkan ke skala 3 Keterangan: a. Tidak adekuat b. Sedikit adekuat c. Cukup adekuat d. Sebagian adekuat e. 5. Sepenuhnya adekuat	mengkomsumsi makan (bersih, berventilasi, santai, bebas dari bau yang menyengat) b. Beri obat-obatan sebelum makan jika diperlukan (mis.penghilang rasa sakit) c. Anjurkan keluarga untuk membawa makanan favorite pasien d. Lakukan perawatan mulut e. Atur diet yang diperlukan f. Pastikan makanan yang disajikan dengan cara yang menarik g. Anjurkan makan porsi sedikit tapi sering 1. Konseling Nutrisi

			a. Kaji asupan makanan dan kebiasaan makan pasien. b. Monitor adanya mual muntah c. Identifikasi perubahan nafsu makan dan aktivitas akhir-akhir.

Implementasi Keperawataan

Nama/ Umur : Tn. “M” / 78 tahun

Ruang / Kamar : Bernadeth II B/ 715

Tanggal	DP	Waktu	Pelaksanaan	Perawat
19/04/2018	II	07.15	Mendorong pasien untuk mengambil posisi yang nyaman H/: - Tampak pasien berbaring nyaman dengan posisi miring kanan.	Firsty
	II	07.30	Menunjukkan dan mempraktikkan teknik relaksasi pada pasien H/ : Tampak pasien mengerti dengan instruksi perawat.	Firsty
	III	08.00	Mengkolaborasikan pemberian obat. H/ : - Ondancentron 8mg/IV	Perawat Nata, Firsty
	II	09.10	Memberikan teknik distraksi H/ : - Mengajak pasien bercerita mengenai keluarga - Tampak pasien tidak focus pada nyerinya	Firsty

	I	09.15	Memberikan oksigen tambahan. H/ : - Tampak terpasang O2 nasal kanul dengan 4 liter.	Firsty
	II	10.00	Memonitor tanda-tanda vital H/ : - TD: 150/90 mmHg - N: 85x/menit - S:36,3ºC - P:28x/menit	Firsty
	III	11.15	Mengkaji asupan makanan dan kebiasaan makan pasien H/ : - Keluarga mengatakan nafsu makan pasien masih berkurang - Keluarga mengatakan pasien hanya mampu menghabiskan ±3 sendok makan	Firsty
	III	11.45	Memonitor adanya mual muntah. H/ : - Keluarga mengatakan pasien mual muntah setiap kali makan	Firsty

	II, III	12.00	Mengkolaborasikan pemberian obat H/ : - Omeprazole 40mg/IV - Paracetamol 500mg/oral	Perawat Nata, Firsty
	I	12.32	Memposisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi H/ : - Tampak pasien terbaring ditempat tidur dengan posisi semi fowler.	Firsty
	I	13.15	Menginstruksikan bagaimana agar bisa melakukan teknik batuk efektif H/ : - Tampak pasien mengikuti instruksi perawat dengan menarik nafas dalam dan batuk.	Firsty
	III	14.00	Menganjurkan keluarga membawa makanan favorite pasien sementara berada di rumah sakit H/ : - Tampak keluarga pasien mengerti dengan instruksi perawat	Devi

	II	15.45	Memonitor tanda-tanda vital H/ - TD:140/80 mmHg - N:86x/menit - S:36,5 ºC - P: 24x/menit	Devi
	II, III	16.00	Mengkolaborasikan pemberian obat H/ : - Ondancentron 8mg/IV - Metilprednisolon 125mg/IV	Perawat Wardah, Devi
	I	17.50	Memonitor kemampuan batuk efektif pasien H/ : - Tampak pasien belum dapat melakukan batuk efektif dengan benar karena pasien merasa sesak	Devi
	II	18.00	Mengkolaborasikan pemberian obat H/ : - Paracetamol 500mg/oral	Perawat Wardah, Devi
	I	19.50	Memonitor aliran oksigen H/ :	Deriani

			- Tampak pasien menggunakan oksigen nasal kanul dengan 4liter	
	I	20.31	Memonitor status pernapasan dan oksigenasi H/ : - Tampak pasien sesak - Tampak P:26x/menit - Tampak terpasang O2 nasal kanul dengan 4liter.	Ester
	II	21.55	Memonitor tanda-tanda vital H/ : - TD:130/90 mmHg - N: 85x/menit - S:36,5 ºC - P:26x/menit	Selmi
	III	22.00	Mengkolaborasikan pemberian obat H/ : - Clinimix 500ml/IV	Perawat Novi, Ester
	III	24.00	Mengkolaborasikan pemberian obat H/ : - Ondansentron 8mg/I - Omeprazole 40mg/IV	Perawat Novi, Ester

20/05/2015	II	05.50	Memonitor tanda-tanda vital H/ : - TD:130/80 mmHg - N: 85x/menit - S:36,5 ºC - P:25x/menit	Selmi
	I	06.00	Mengkolaborasikan pemberian obat H/ : Ceftriaxone 1gr/IV	Perawat Novi, Selmi
	II	06.30	Melakukan pengkajian komprehensif H/ : - Pasien mengatakan nyeri dirasakan ketika beristirahat - Pasien mengatakan nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk - Pasien mengatakan nyeri dirasakan di perut - Pasien mengatakan skala nyeri 6 - Pasien mengatakan nyeri hilang timbul - Tampak pasien meringis Tampak pasien memegang perutnya	Firsty

			- Tampak perut pasien ascites - Tampak kaki sebelah kanan dibalut verban	
	I	06.35	Mengauskultasi suara napas H/ : - Terdengar suara ronchi pada kedua lapang paru	Firsty
	I	06.40	Memonitor status pernapasan dan oksigenasi pasien H/ : - Pasien mengeluh sesak - Tampak terpasang O2 nasal kanul dengan 4liter - P:28x/menit - Pasien mengatakan masih batuk berlendir - Pasien mengatakan lendirnya berwarna kuning. - Tampak pasien batuk berlendir	Firsty
	I	06.45	Memonitor kemampuan batuk efektif pasien H/ : - Tampak pasien belum mampu melakukan batuk efektif dengan benar karena pasien tampak sesak.	Firsty

	III	06.50	Mengkaji asupan makanan dan kebiasaan makan pasien H/ : - Keluarga pasien mengatakan nafsu makan pasien berkurang - Keluarga pasien mengatakan pasien hanya mampu menghabiskan ±3 sendok makan setiap makan. - Tampak pasien hanya menghabiskan ±1/4 porsi makanan - Tampak pasien hanya minum ±1botol air/660cc	Firsty
	III	06.58	Memonitor adanya mual muntah H/ - Keluarga mengatakan nafsu makan pasien berkurang karena merasa mual dan muntah setiap makan - Tampak pasien lemas - Tampak mukosa bibir kering - Tampak kulit kering	Firsty
	II	07.00	Mengkolaborasikan pemberian obat H/	Perawat Selvi, Firsty

			Paracetamol 500mg/oral	
20/04/2018	III	08.00	Mengkolaborasikan pemberian obat H/ : Ondancentron 8mg/IV	Perawat Selvi, Firsty
	II	08.24	Menciptakan lingkungan yang tenang H/ - Tampak suasana kamar pasien tenang - Tampak pasien tidur nyenyak	Firsty
	II	10.00	Memonitor tanda-tanda vital H/ - TD:150/90 mmHg - N: 86x/menit - S:36,5 ºC - P:26x/menit	Firsty
	I	10.45	Memonitor oksigen H/ Tampak pasien terpasang O2 nasal kanul dengan 4liter	Firsty
	I	11.15	Memposisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi H/ Tampak pasien berbaring	Firsty

			dengan posisi miring kanan	
	II, III	12.00	Mengkolaborasikan pemberian obat H/ - Omeprazole 40mg/IV - Paracetamol 500mg/oral	Firsty
	III	13.12	Mengkaji asupan makanan dan kebiasaan makan pasien H/ - Keluarga mengatakan nafsu makan pasien masih berkurang - Keluarga mengatakan pasien malas makan karena merasa ingin muntah - Keluarga mengatakan pasien hanya menghabiskan ±2sendok makan saja.	Serly
	II	14.00	Memonitor tanda-tanda vital H/ - TD:150/90 mmHg - N: 86x/menit - S:36,5 ºC - P:26x/menit	Serly
	I	15.25	Memonitor kemampuan batuk efektif pasien H/	Serly

			Tampak pasien melakukan batuk efektif dengan menarik nafas dalam dan menghembuskan lewat mulut.	
	II	15.45	Mengompres hangat bila nyeri timbul H/ Tampak pasien mengerti dengan instruksi perawat	Nuni
	II, III	16.00	Mengkolaborasikan pemberian obat H/ - Ondansentron 8mg/IV - Metilprednisol 125mg/IV	Perawat Riska Nuni
	I	16.10	Memonitor tanda-tanda vital H/ - TD:140/90 mmHg - N: 82x/menit - S:36,2 ºC - P:24x/menit	Nuni
	II	18.00	Mengkolaborasikan pemberian obat H/ : Paracetamol 500mg/oral	Perawat wahyu, Nuni

	III	18.20	Mengidentifikasi perubahan nafsu makan H/ - Pasien mengatakan nafsu makan masih berkurang	Nuni
	III	18.25	Memonitor adanya mual muntah H/ - Keluarga mengatakan pasien sulit untuk makan karena masih merasa mual dan muntah	Ester
	I	20.40	Memonitor aliran oksigen H/ : - Tampak pasien menggunakan O2 nasal kanul dengan 4liter	Frans
	II	21.55	Memonitor tanda-tanda vital H/ - TD:140/90 mmHg - N: 85x/menit - S:36,5 ºC - P:26x/menit	Ester
	III	22.00	Mengkolaborasikan pemberian obat H/ :	Perawat wahyu, Ester

21/04/2018	I	22.30	Clinimix 500ml/IV Memonitor status pernapasan dan oksigenasi H/ - Tampak pasien sesak - P:26x/menit - Tampak pasien terpasang O2 nasal kanul dengan 4liter	Firsty
	III	24.00	Mengkolaborasikan pemberian obat H/ : - Ondansentron 8mg/IV - Omeprazole 40mg/IV	Firsty
	I	05.55	Memonitor tanda-tanda vital H/ : - TD:150/90 mmHg - N: 85x/menit - S:36,5 ºC - P:24x/menit	Deriani
	I	06.00	Mengkolaborasikan pemberian obat H/ : Ceftriaxone 1gr/IV	Perawat Nata, Deriani
	II	06.30	Melakukan pengkajian	Firsty

			komprehensif H/ : - Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan mulai berkurang - Pasien mengatakan nyeri dirasakan ketika beristirahat - Pasien mengatakan nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk - Pasien mengatakan nyeri dirasakan diperut - Pasien mengatakan skala nyeri 5 - Pasien mengatakan nyeri hilang timbul - Tampak pasien meringis - Tampak perut pasien ascites	
	I	06.35	Mengauskultasi suara napas H/ : - Tedengar suara ronchi pada kedua lapang paru	Firsty
	I	06.40	Memonitor status pernapasan dan oksigenasi pasien H/ : - Pasien mengeluh sesak - Tampak terpasang O2 nasal kanul dengan 3liter - P:26x/menit	Firsty
	I	06.45		Firsty

	III	06.48	Memonitor kemampuan batuk efektif pasien H/ : - Pasien mengatakan masih batuk berlendir Pasien mengatakan lendirnya berwarna kuning - Tampak pasien belum mampu melakukan batuk efektif dengan baik karena pasien tampak sesak - Tampak pasien batuk berlendir Mengkaji asupan makanan dan kebiasaan makan pasien H/ : - Keluarga pasien mengatakan nafsu makan pasien masih berkurang - Keluarga pasien mengatakan pasien hanya mampu menghabiskan ±4 sendok makan setiap makan. - Keluarga mengatakan pasien merasa ingin muntah ketika makan. - Tampak pasien hanya menghabiskan ±1/4 porsi	Firsty

			makanan - Tampak pasien hanya minum ±1botol air/660cc	
	II	07.00	- Tampak mukosa bibir kering Mengkolaborasikan pemberian obat H/ :	Perawat Novi, Firsty
21/04/2018	I	08.00	Paracetamol 500mg/oral Mengkolaborasikan pemberian obat H/ :	Perawat Novi, Firsty
	II	09.15	Ondancentron 8mg/IV Memotiviasi pasien untuk bernapas pelan,dalam dan batuk H/ :	Firsty
	II	09.25	- Tampak pasien mengikuti instruksi perawat Mendorong pasien untuk mengambil posisi yang nyaman H/ :	Firsty
	III	10.00	- Tampak pasien berbaring dengan posisi miring kanan Memonitor tanda-tanda vital H/ TD:130/80 mmHg	Firsty

	III	10.15	N: 85x/menit S:36,2ºC P:24x/menit Mengkaji asupan makanan dan kebiasaan makan pasien H/ : - Keluarga mengatakan pasien sudah menghabiskan setengah porsi makanan atau sekitar ±7sendok makan.	Firsty
	III	11.00	Memonitor adanya mual muntah H/ : - Pasien mengatakan mualnya mulai sedkit berkurang	Devi
	II, III	12.00	Mengkolaborasikan pemberian obat H/ : - Omeprazole 20mg/IV - Paracetamol 500mg/oral	Perawat Hendra, Devi
	I	12.40	Memposisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi H/ : - Tampak pasien berbaring dengan posisi semifowler	Devi
	II	13.00	Memonitor status pernapasan dan	Serly

			oksigenasi H/ : - Pasien mengatakan sesaknya mulai berkurang	
	II	13.29	- P:24x/menit	Devi
			Menunjukkan teknik relaksasi pada pasien H/ : - Tampak pasien melakukan teknik relaksasi dengan menarik napas dalam kemudian	
	II	15.40	menghembuskan lewat mulut	Perawat Hendra,
			Memonitor tanda-tanda vital H/ : - TD:130/80 mmHg - N: 85x/menit - S:36,2ºC	Devi
	II, III	16.00	- P:24x/menit	Perawat Hendra,
			Mengkolaborasikan pemberian obat H/ : - Ondansentron 8mg/IV	Devi
	II	18.00	- Metilprednisol 125mg/IV	Firsty
			Mengkolaborasikan pemberian obat	

			H/ :	
	I	19.25	Paracetamol 500mg/oral	Selmi
			Mengauskultasi suara napas H/ : - Terdengar suara ronchi pada kedua lapang paru	
	I	20.18	- Tampak pasien batuk berlendir	Selmi
			Memonitor kemampuan batuk efektif pasien H/ : - Tampak pasien melakukan batuk efektif dengan bernapas pelan, dalam, dan batuk	
	III	20.45		Selmi
			Memonitor adanya mual muntah H/ : - Pasien mengatakan mualnya sudah sedikit berkurang	
	II	21.40		Ester
			Memonitor tanda-tanda vital H/ : - TD:140/80 mmHg - N: 86x/menit - S:36,5ºC - P:24x/menit	
	III	22.00		Perawat Nata, Deriani
			Mengkolaborasikan pemberian	

			obat	
	III	24.00	H/ - Clinimix 500ml/IV Mengkolaborasikan pemberian obat H/ : - Ondansentron 8mg/IV	Perawat Nata, Deriani
22/05/2018	I	05.49	- Omeprazole 40mg/IV Memonitor tanda-tanda vital H/ : - TD:130/80 mmHg - N: 85x/menit - S:36,5 ºC	Deriani
	I	06.00	- P:25x/menit Mengkolaborasikan pemberian obat H/ :	Perawat Nata, Deriani
	II	06.30	- Ceftriaxone 1gr/IV Melakukan pengkajian komprehensif H/ : - Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan mulai berkurang - Pasien mengatakan nyeri dirasakan ketika beristirahat - Pasien mengatakan nyeri	Firsty

			dirasakan seperti ditusuk-tusuk - Pasien mengatakan nyeri dirasakan diperut - Pasien mengatakan skala nyeri 4 - Pasien mengatakan nyeri hilang timbul - Tampak pasien meringis	
	I	06.35	- Tampak perut pasien ascites Mengauskultasi suara napas H/ :	Firsty
	I	06.40	Terdengar suara ronchi pada kedua lapang paru Memonitor status pernapasan dan oksigenasi pasien H/ :	Firsty
	I	06.45	P:22x/menit Memonitor kemampuan batuk efektif pasien H/ - Pasien mengatakan batuk berlendir mulai berkurang - Pasien mengatakan sudah mampu melakukan batuk efektif - Pasien mengatakan sesaknya sedikit berkurang	Firsty

22/04/2018	III	07.00	- Tampak pasien melakukan batuk efektif Mengkaji asupan makanan dan kebiasaan makan pasien H/ : - Keluarga pasien mengatakan nafsu makan sedikit membaik Keluarga pasien mengatakan pasien sudah mampu menghabiskan setengah porsi makanan atau ±7 sendok makan . - tampak pasien mampu menghabiskan setengah porsi makanan atau ±7 sendok makan Tampak pasien hanya minum ±1/2botol air atau ±1000cc - Tampak mukosa bibir kering - Tampak kulit kering	Firsty

Evaluasi Keperawatan

Nama/ Umur : Tn. “M” / 78 tahun

Ruang / Kamar : Bernadeth II B/ 715

Tanggal	Evaluasi Keperawatan	Paraf
20/04/2018	DP I : Ketidakefektifan bersihan jalan napas b/d mukus berlebihan DS: – Pasien mengatakan pasien masih batuk berlendir – Pasien mengatakan lendirnya berwarna kuning – Pasien mengeluh sesak DO: – Terdengar suara ronchi pada kedua lapang paru – Tampak terpasang O2 nasal kanul dengan 4liter – Tampak pasien batuk berlendir – Tampak pasien belum mampu melakukan batuk efektif karena pasien tampak sesak – P:26x/menit A: Bersihan jalan napas belum paten P: Lanjutkan intervensi ke perawat ruangan 1. Manajemen jalan napas 2. Monitor pernapasan 3. Terapi oksigen	Firsty

	DP II : Nyeri akut b/d agen cedera biologis DS: – Pasien mengatakan nyeri dirasakan ketika beristirahat – Pasien mengatakan nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk – Pasien mengatakan nyeri dirasakan di perut – Pasien mengatakan skala nyeri 6 – Pasien mengatakan nyeri hilang timbul DO : – Tampak pasien meringis – Tampak pasien memegang perutnya – Tampak perut pasien asictes A : Nyeri belum terkontrol P: Lanjutkan intervensi ke perawat ruangan 1. Pemberian analgetik 2. Terapi relaksasi 3. Manajemen nyeri 4. Monitor TTV DP III: Ketidakeimbangan nutrisi: kurang dari kebutuhan tubuh b/d kurang asupan makanan. DS: – Keluarga mengatakan nafsu makan pasien berkurang – Keluarga mengatakan pasien hanya	Firsty Firsty

	mampu menghabiskan ±3sendok makan setiap makan – Keluarga mengatakan nafsu makan pasien berkurang karena merasa mual dan muntah setiap makan DO: – Tampak pasien hanya menghabiskan ±1/4 porsi makanan – Tampak pasien hanya minum ±1botol air/660cc – Tampak pasien lemas – Tampak mukosa bibir kering – Tampak kulit kering A: Status nutrisi belum terpenuhi P: Lanjutkan intervensi ke perawat ruangan 1.Manajemen nutrisi 2.Monitor nutrisi 3.Konseling nutrisi	
21/04/2018	DP I : Ketidakefektifan bersihan jalan napas b/d mukus berlebihan DS: – Pasien mengatakan pasien masih batuk berlendir – Pasien mengatakan lendirnya berwarna – Pasien mengeluh sesak DO: - – Terdengar suara ronchi pada kedua lapang paru	Firsty

	– Tampak terpasang O2 nasal kanul dengan 3liter – Tampak pasien batuk berlendir – Tampak pasien belum mampu melakukan batuk efektif dengan baik karena pasien tampak sesak. – P:26x/menit A: Bersihan jalan napas belum paten P: Lanjutkan intervensi ke perawat ruangan 1.Manajemen jalan napas 2.Monitor pernapasan 3.Terapi oksigen DP II: Nyeri akut b/d agen cedera biologis DS: – Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan mulai berkurang – Pasien mengatakan nyeri dirasakan ketika beristirahat – Pasien mengatakan nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk – Pasien mengatakan nyeri dirasakan di perut – Pasien mengatakan skala nyeri 5 – Pasien mengatakan nyeri hilang timbul O: – Tampak pasien meringis – Tampak perut pasien asictes	Firsty

	A : Nyeri belum terkontrol P: Lanjutkan intervensi ke perawat ruangan 1.Pemberian analgetik 2.Terapi relaksasi 3.Manajemen nyeri 4.Monitor TTV DP III: Ketidakseimbangan nutrisi: kurang dari kebutuhan tubuh b/d kurang asupan makanan DS: – Keluarga pasien mengatakan nafsu makan pasien masih berkurang – Keluarga pasien mengatakan pasien hanya mampu menghabiskan ±4 sendok makan setiap makan. – Keluarga mengatakan pasien merasa ingin muntah ketika makan. DO: – Tampak pasien hanya menghabiskan ±1/4 porsi makanan – Tampak pasien hanya minum ±1botol air/660cc – Tampak mukosa bibir kering A: Status nutrisi belum terpenuhi P: Lanjutkan intervensi ke perawat ruangan 1.Manajemen nutrisi 2.Monitor nutrisi	Firsty

22/04/2018	3.Konseling nutrisi DP I: Ketidakefektifan bersihan jalan napas b/d mukus berlebihan DS: – Pasien mengatakan batuk berlendir mulai berkurang – Pasien mengatakan sudah mamp melakukan batuk efektif – Pasien mengatakan sesaknya sedikit berkurang DO: – Terdengar suara ronchi pada kedua lapang paru. – P:22x/menit – Tampak pasien melakukan batuk efektif A: Bersihan jalan napas mulai paten P: Lanjutkan intervensi kepada perawat 1.Manajemen jalan napas 2.Monitor pernapasan 3.Terapi oksigen DP II: Nyeri akut b/d agen cedera biologis DS: – Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan mulai berkurang – Pasien mengatakan nyeri dirasakan ketika beristirahat – Pasien mengatakan nyeri dirasakan	Firsty Firsty

	seperti ditusuk-tusuk – Pasien mengatakan nyeri dirasakan di perut – Pasien mengatakan skala nyeri 4 – Pasien mengatakan nyeri hilang timbul DO: – Tampak pasien meringis – Tampak perut pasien asictes A: Nyeri belum terkontrol P: Lanjutkan intervensi ke perawat ruangan 1. Pemberian analgetik 2. Terapi relaksasi 3. Manajemen nyeri 4. Monitor TTV DP III: Ketidakseimbangan nutrisi: kurang dari kebutuhan tubuh b/d kurang asupan makanan. DS : – Keluarga pasien mengatakan nafsu makan sedikit membaik – Keluarga pasien mengatakan pasien sudah mampu menghabiskan setengah porsi makanan atau ±7 sendok makan . DO: – Tampak pasien mampu menghabiskan setengah porsi makanan atau ±7 sendok makan. – Tampak pasien hanya minum ±1/2botol	Firsty

	air atau ±1000cc – Tampak mukosa bibir kering – Tampak kulit kering A: Status makanan sedikit terpenuhi P: Lanjutkan intervensi kepada perawat 1.Manajemen nutrisi 2.Monitor nutrisi 3.Konseling nutrisi	

DAFTAR OBAT YANG DIBERIKAN PADA PASIEN

1. Omeprazole

   a. Klasifikasi / golongan obat : Anti sekresi

   b. Dosis umum : 40mg

   c. Dosis untuk pasien : 40mg

   d. Cara pemberian obat : Iv

   e. Mekanisme kerja dan fungsi obat : Omeprazole merupakan basa lemah dan diubah dalam bentuk aktif pada suasana asam di sel pariental, dengan menghambat H+/K+/ ATpase (pompa proton) sehingga dapat mengurangi produksi asam lambung dan bekerja dengan mengontrol produksi asam lambung secara reversible.

   f. Alasan pemberian obat : Merupakan terapi pilihan untuk kondisi berikut yang tidak dapat menerima pengobatan peroral : refluks esofagus, ulkus duodenal, ulkus gaster.

   g. Kontra indikasi : Dengan pasien yang hipersensitif dengan obat ini

   h. Efek samping obat : Alergi, insomnia diare, sakit kepala

2. Ondancentron

   a. Klasifikasi / golongan obat : Antiemetik

   b. Dosis umum : 4 mg/ 2 ml

   c. Dosis untuk pasien : 8mg/8 jam/IV

   d. Cara pemberian obat : Injeksi/ IV

e. Mekanisme kerja dan fungsi obat : Ondancentron bekerja sebagai antagonis selektif dan bersifat kompetitif pada reseptor 5HT3, dengan cara menghambat aktivitas aferen-aferen vagai sehingga menekan terjadi rekleksi muntah.

f. Alasan pemberian obat : Untuk menangani mual muntah pasien

g. Kontra indikasi : Narfos jangan diberikan penderita yang hipersensitif atau alergi terhadap ondancentron

h. Efek samping obat : Sakit kepala, sensasi kemerahan atau hangat pada kepala dan epigastrium

3. Ceftriaxone

a. Klasifikasi / golongan obat : Antibiotik

b. Dosis umum : 1 gr/24 jam

c. Dosis untuk pasien : 1 gr/24 jam

d. Cara pemberian obat : Injeksi/ IV

e. Mekanisme kerja dan fungsi obat : Pemberian IV ceftriaxone secara beridifusi ke dalam cairan jaringan, dimana biar diberikan sesuai dosis yang dianjurkan konsentrasi bakterisidal menetap selama 24 jam waktu paruh eliminasi rata-rata dalam plasma 8 jam.

f. Alasan pemberian obat : Diindikasikan untuk pengobatan penderita dengan sepsis, infeksi abdominal, infeksi tulang, infeksi sendi, jaringan lunak, kulit dan luka-luka.

g. Kontra indikasi : Penderita dengan hipersensitivitas terhadap antibiotic golongan sefalosporin pada penderita dengan alergi penisilin.

h. Efek samping obat : Gangguan pencernaan, mual dan muntah, gatal-gatal dan bengkak, sakit kepala dan pusing.

4. Paracetamol

a. Klasifikasi / golongan obat : Analgetik honopoid, antipiretik

b. Dosis umum : 500- 1000 mg

c. Dosis untuk pasien :3x500 mg/oral

d. Cara pemberian obat : Oral

e. Mekanisme kerja dan fungsi obat : Menghambat sintesis prostaglandin yang berperan sebagai mediator dan demam.

f. Alasan pemberian obat : Mengurangi nyeri pasien

g. Kontra indikasi : Produk yang mengandung alcohol, aspartan, hipersensitivitas, penderita sakit ginjal dan hati

h. Efek samping obat : Kerusakan hati, nekrosis hepatic (overdosis), ruam, urtikaria

5. Metilprednisolon

a. Klasifikasi / golongan obat : Kortikosteroid

b. Dosis umum : 125 mg

c. Dosis untuk pasien :125mg/ 24 jam

d. Cara pemberian obat : Injeksi/ IV

e. Mekanisme kerja dan fungsi obat : Digunakan untuk mengurangi peradangan serta gejalanya, seperti pembengkakan, nyeri, atau ruam.

f. Alasan pemberian obat : Mengurangi nyeri pasien, dan mengurangi reaksi peradangan seperti pembengkakan pada pasien.

g. Kontra indikasi : Memiliki alergi atau hipersensitifitas terhadap komponen obat, memiliki penyakit infeksi jamur sistemik, baru saja menerima vaksinasi dengan vaksin hidup.

h. Efek samping obat : Mual dan muntah, nyeri ulu hati, sakit perut, gangguan pencernaan, lemas dan lelah, sulit tidur, kecemasan dan depresi.

6. Clinimix

a. Klasifikasi / golongan obat : Kortikosteroid

b. Dosis umum : 500 ml

c. Dosis untuk pasien :500 ml/ 24 jam

d. Cara pemberian obat : Infusion

e. Mekanisme kerja dan fungsi obat : Digunakan untuk meningkatkan kondisi pasien dengan menghasilkan efek radikal, menghasilkan efek anti inflamasi. Clinimix juga digunakan untuk perbaikan penyakit dengan gejala peradangan, anoreksia, penyakit kulit, ketahanan fisik dan kekuatan.

f. Alasan pemberian obat : Mencegah peradangan pada pasien dan mengatasi anoreksia pada pasien.

g. Kontra indikasi : Memiliki alergi atau hipersensitifitas terhadap komponen obat, kerusakan hati, serangan jantung akut, hamil, reaksi alergi.

h. Efek samping obat : Diare, sakit perut, kembung, alergi, tekanan darah rendah, dan asma.

Dari tinjauan teoritis pada pasien dengan tumor hati dapat ditemukan data-data sebagai berikut : anoreksia, mual muntah dan nyeri abdomen, sesak, sclera ikterik, anemis dan urine berwarna kuning tua, bab berwarna kehitaman, terdapat kebiasaan merokok, minum alkohol, edema, nyeri tekan, pembesaran hati dan ascites.

Berdasarkan data di atas, maka dapat dijelaskan beberapa hal :

1. Pada kasus, pasien mengalami batuk berlendir, karena pasien juga mengalami tumor yang bermetastase ke paru-paru, sehingga di paru-paru muncul sel yang abnormal yang menghambat kinerja dan fungsi paru.
2. Pada kasus, pasien mengalami penurunan Hb, karena tumor ganas juga dapat menyebabkan penurunan Hb. Penurunan Hb pada sel darah merah melalui mekanisme replikasi dari sel kanker itu sendiri termasuk efek dari zat aktif yang dilepaskan.
3. Pada kasus terjadi peningkatan sel darah putih karena, sel darah putih merupakan komponen darah yang berperan memerangi infeksi yang disebabkan oleh virus dan bakteri, sehingga sel darah putih yang meningkat pada pasien terjadi karena sel darah putih berupaya mengendalikan infeksi dan peradangan yang terjadi pada hati, termasuk perlawanan terhadap proses proliferasi sel kanker.

B. Diagnosa Keperawatan

Dari tinjauan teoritis ada 4 diagnosa keperawatan yang muncul pada tumor hati yaitu :

1. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan anoreksia, mual, gangguan absorbsi, metabolisme vitamin di hati.
2. Nyeri berhubungan dengan tegangnya dinding perut (asites)

3. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai O2 dengan kebutuhan
4. Risiko terjadinya gangguan integritas kulit berhubungan dengan edema dan asites.

Dari kasus yang ada penulis hanya mengangkat 3 diagnosa keperawatan sesuai denga kondisi pasien, yaitu :

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis. Diagnosa ini didukung oleh data dari pasien yang mengatakan nyeri pada perut yang muncul pada saat beraktivitas dan beristirahat. Dari hasil pengkajian pasien juga mengatakan nyeri skala 7. Penulis mengangkat diagnosa nyeri akut karena pasien mengatakan merasakan nyeri pada perut sejak ±2 bulan yang lalu.
2. Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan mukus berlebihan. Diagnosa ini didukung oleh adanya data dari pasien yang mengatakan batuk berlendir disertai sesak dan terdengar ronchi pada kedua lapang paru.
3. Ketidakseimbangan nutrisi: kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurang asupan makanan. Diagnosa ini didukung oleh adanya data dari pasien yang mengatakan nafsu makan pasien berkurang dan hanya mampu menghabiskan ±2 sendok makan setiap kali makan, pasien juga mengatakan mengalami penurunan berat badan sekitar ±7 kg. Dari hasil pengkajian juga tampak pasien kurus, IMT : 16.

Bila dibandingkan dengan diagnosa keperawatan yang ada pada teori, ada 3 diagnosa keperawatan yang tidak ditemukan pada kasus nyata yaitu :

1. Penulis tidak mengangkat diangnosa intoleransi aktivitas karena tidak ditemukan adanya keletihan yang terjadi adalah mobilitas pasien terhambat karena adanya ascites dan bengkak pada kaki

sebelah kanan sehingga penulis tidak mengangkat diagnosa intoleransi aktivitas.

5. Penulis juga tidak mengangkat diagnosa risiko terjadinya gangguan integritas kulit dan, karena tampak tidak ada tanda-tanda iritasi, tampak pasien tidak mengeluh dengan kulitnya atau adanya gatal, tampak juga kuku pasien tidak panjang dan tidak menggaruk.

C. Perencanaan Keperawatan

Setelah proses pengkajian dan perumusan diagnosa keperawatan selanjutnya penulis menetapkan suatu perencanaan untuk mengatasi masalah keperawatan yang timbul.

1. .Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis

   Intervensi : lakukan pengkajian nyeri komprehensif, berikan teknik distraksi, berikan kompres hangat, ciptakan lingkungan yang tenang, tunjukkan dan praktikkan teknik reaksasi, berikan analgetik.

2. .Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan mukus berlebihan.

   Intervensi : posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi, motivasi pasien untuk bernapas pelan, dalam dan batuk. Intruksikan bagaimana agar bisa melakukan batuk efektif, monitor status pernapasan dan oksigenasi, auskultasi suara napas, berikan oksigen tambahan seperti yang diperintahkan

3. Ketidakseimbangan nutrisi: kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurang asupan makanan.

   Intervensi : ciptakan lingkungan yang optimal pada saat mengkomsumsi makanan, anjurkan keuarga untuk membawa makanan favorite pasien, anjurkan makan porsi sedikit tapi

sering, lakukan perawatan mulut, atur diet yang diperlukan, pastikan makanan yang disajikan dengan cara yang menarik, kaji asupan makanan dan kebiasaan makan pasien.

D. Pelaksanaan Keperawatan

Pelaksanaan keperawatan mengacu pada perencanaan yang telah dibuat untuk memperhatikan tanda dan gejala yang ingin diatasi sehingga dapat tercapai. Pada tahap ini penulis melaksanakan seluruh rencana tindakan keperawatan yang telah disusun sebelumnya selama 3 hari. Sebelum melakukan tindakan sebaiknya terlebih dulu menjelaskan tentang tindakan apa yang akan dilakukan dan mengharapkan kerja sama yang baik antara pasien dan keluarga pasien untuk mempermudah hasil yang di harapkan.

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis Implementasi yang dilakukan pada diagnosa ini adalah mendorong pasien mengambil posisi yang nyaman, menunjukkan dan mempraktikkan teknik relaksasi pada pasien, melakukan pengkajian komprehensif, dan melakukan kompres hangat.
2. Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan mukus berlebihan. Implementasi yang dilakukan pada diagnosa ini adalah mengauskultasi suara napas, memposisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi, memotivasi pasien untuk bernapas pelan, dalam, dan batuk, mengintruksikan bagaimana agar bisa melakukan batuk efektif, memberikan oksigen tambahan

3. Ketidakseimbangan nutrisi: kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurang asupan makanan. Implementasi yang dilakukan pada diagnosa ini adalah menciptakan lingkungan yang optimal pada saat mengkomsumsi makanan, menganjurkan keuarga untuk membawa makanan favorite pasien, menganjurkan makan porsi sedikit tapi sering, melakukan perawatan mulut, mengatur diet yang diperlukan, memastikan makanan yang disajikan dengan cara yang menarik, mengkaji asupan makanan dan kebiasaan makan pasien.

5. Evaluasi Keperawatan

Tahap evaluasi adalah langkah akhir dari proses keperawatan yang menajadi penentu apakah hasil yang diharapkan dapat tercapai atau tidak. Dari hasil evaluasi yang dilaksanakan penulis selama 3 hari yaitu tanggal 19-20 April 2018, di dapat hasil sebagai berikut :

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologisdengan analisa evaluasi terakhir, pasien mengatakan nyerinya mykau berkurang dan mampu mengontrol nyeri dengan teknik relaksasi, pasien mengatakan nyeri yang dirasakan skala 4 namun bisa dikontrol, selain itu tampak wajah wajah pasien lebih segar dan tampak pasien mampu melakukan teknik relaksasi. Dapat disimpulkan bahwa nyeri pasien sudah terkontrol, tetapi disarankan untuk tetap dilanjutkan sesuai kebutuhan pasien.
2. Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan mukus berlebihan dengan analisa evaluasi hari terakhir, pasien mengatakan batuk berlendir mulai berkurang, sudah mampu melakukan batuk efektif dan sesaknya mulai berkurang, selain

tampak terdengar suara ronchi pada kedua lapang paru. Dapat disimpulkan bahwa ketidakefektifan jalan nafas belum sepenuhnya paten sehingga penulis menyarankan untuk melanjutkan intervensi 1-3

3. Ketidakseimbangan nutrisi: kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurang asupan makanan dengan analisa evaluasi hari terakhir, pasien mengatakan nafsu makan pasien mulai membaik dan sudah mampu menghabiskan setengah porsi makanan atau ±7 sendok makan. Dapat disimpulkan bahwa ketidakseimbangan nutrisi mulai terpenuhi dengan asupan makanan, tetapi disarankan untuk tetap dilanjutkan sesuai kebutuhan pasien.

BAB IV

PEMBAHASAN KASUS

Bab ini membahas ada tidaknya kesenjangan yang terjadi antara konsep teori dengan kesenjangan kasus nyata yang diperoleh dari pelaksanaan asuhan keperawatan pada Tn. “M” dengan tumor hati di ruang perawatan Bernadeth IIB Rumah Sakit Stella Maris Makassar, selama 3 hari berturut-turut mulai dari tanggal 19-21 April 2018. Penulis membahas dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan.

A. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dalam proses keperawatan dalam proses keperawatan dan merupakan proses yang sistematis dalam mengumpulkan data dari berbagai sumber yaitu pasien, keluarga, perawat ruangan, dan hasil pengamatan langsung dari pasien.

Pada pengamatan kasus diperoleh data bahwa tampak pasien ikterik pada mata, anemis pada konjungtiva, warna urine kuning pekat, dan BAB berwarna kehitaman, tampak asites, dan tampak edema pada kaki sebelah kanan. Hasil pemeriksaan TTV TD: 130/90 mmHg, N:82x/menit, S: 36,5°C, P:28x/menit, selain itu data yang diperoleh pasien sejak 2 bulan yang lalu mulai mengeluh sesak, batuk berlendir, dan perut semakin membesar serta terasa nyeri. Keluarga mengatakan pasien sudah periksa ke rumah sakit lalu di rujuk ke Rumah Sakit Stella Maris Makassar.

Pemeriksaan tes diagnostik yang dilakukan pasien adalah pemeriksaan laboratorium dengan hasil HGB : 12, 8 g/dL, WBC : 11,9 10^3/uL, pemeriksaan hispatologi dengan hasil : tumor pedis D, operasi, suatu: malignant tumor, undifferentia high-grade pleomorhic sarcoma, pemeriksaan USG dengan hasil : hepatomegaly disertai nodul metastasis pada lobus kiri dan kanan, ascites.

BAB V

SIMPULAN DAN SARAN

A. Simpulan

Berdasarkan teori dan asuhan keperawatan pada Tn.”M” dengan Tumor Hati di ruang perawatan Bernadeth II.B Rumah Sakit Stella Maris Makassar, maka penulis dapat menarik kesimpulan sebagai berikut:

1. Tumor hati merupakan tumor ganas primer pada hati yang berasal dari sel parenkim atau epitel saluran empedu atau metastase dari tumor jaringan lainnya
2. Metode penyelesaian yang digunakan dalam menyelesaikan masalah yang timbul adalah melalui pendekatan proses keperawatan yang terdiri dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi dan dokumentasi.
3. Berdasarkan hasil pengkajian yang di dapatkan dari Tn.”M” didapatkan 3 diagnosa keperawatan yaitu :
   a. Nyeri akut b/d agen cedera biologis
   b. Ketidakefektifan bersihan jalan napas b/d mukus berlebihan
   c. Ketidakseimbangan nutrisi: kurang dari kebutuhan tubuh b/d kurang asupan makanan
4. Dalam penanganan pasien Tumor Hati sebaiknya di rawat dengan prinsip penanganan adalah bedrest dan pengobatan.
5. Rencana tindakan yang disusun, penulis telah melaksanakan semuanya. Hal ini dikarenakan dalam pelaksanaan keperawatan penulis melibatkan / bekerja sama dengan pasien, keluarga pasien, sesama perawat dan tim kesehatan lainnya.
6. Setelah 3 hari mengimplementasikan rencana keperawatan yang ada, maka hasil dari ke-3 diagnosa keperawatan pada kasus Tn.”M”

nyeri akut dapat terkontrol, ketidakefektifan bersihan jalan napas mulai paten, dan asupan makanan mulai terpenuhi.

B. Saran

Dengan melihat kenyataan yang ada dalam uraian di atas, maka penulis mengajuka beberapa saran dengan harapan dapat menjadi bahan pertimbangan dalam meningkatkan kualitas asuhan keperawatan dan derajat kesehatan masyarakat antara lain :

1. Rumah Sakit

   Perlunya peyediaan ruangan khusus bagi penderita tumor hati atau kanker hati untuk mencegah infeksi nasokomial sehingga dalam pelaksanaan keperawatan pada penderita Tumor Hati dapat terlaksana dengan baik dan kebutuhan pasien dapat terpenuhi.

2. Institusi

   Hendaknya pihak institusi dapat memperbanyak jumlah buku referensi terkait dengan Tumor Hati.

3. Pasien dan keluarga

   Diharapkan bagi pasien dan keluarga untuk selalu menjaga kebersihan diri dan lingkungan serta mengurangi kebiasaan-kebiasaan yang dapat memicu timbulnya penyakit, termasuk mencegah penyebarannya.

4. Penulis

   Diharapkan mampu meningkatkan pengetahuan dan keterampilan dalam melaksanakan asuhan keperawatan yang bermutu bagi pasien Tumor Hati.

DAFTAR PUSTAKA

Baradero, Mary .2008. Klien Gangguan Hati. Jakarta: EGC

Dosen keperawatan medikal bedah Indonesia. 2017. *Rencana asuhan keperawatan medikal bedah diagnosis NANDA-I 2015-2017, intervensi NIC hasil NOC*. Jakarta: EGC

Gloria M, Bulechek, H. K. 2013. *Nursing Interventions Classification*. Singapore: CV Mocomedia

MRO. Rumah Sakit Stella Maris Makassar. 2017. Data Statistik Rumah Sakit Stella Maris Makassar

Sue Moorhead, M. J. 2013. Nursing Outocomes Classification. Singapore: CV Mocomedia

Smeltze, Susan C. 2014. Keperawatan Medikal-Bedah edisi 12. Bandung: EGC

http://www.alodokter.com/jenis-jenis-tumor-hati-dan-tindakan-penanganan-yang-tepat diakses tanggal 20 April 2018

http://www.asuhankeperawatans.blogspot.com/asuhan-keperawatan-hepatoma-tumor-hati.html diakses tanggal 20 April 2018

http://dokumen.tips/documents/lp-tumor-hati.html diakses tanggal 20 April 2018

http://penyakittumor.com/penyakit-tumor-hati/ diakses tanggal 20 April 2018

http://medikus.com/methylprednisolone diakses tanggal 20 April 2018

http://medikus.com/obat/omeprazole diakses tanggal 20 April 2018

https://www.scribd.com/document/46157194/Lp-Tumor-Hati diakses tanggal 20 April 2018