

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN BAPAK H YANG
MENGALAMI ABSES HEPAR POST OP HARI KE- 7 DI RUANG
FLAMBOYAN RUMAH SAKIT UMUM DAERAH ABDUL WAHAB
SJAHRANIE SAMARINDA**

KARYA TULIS ILMIAH



OLEH

RAPIKA

13.113082.1.0787

**PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MUHAMMADIYAH
SAMARINDA
2016**

BAB 1

PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Hati merupakan salah satu organ vital tubuh. Fungsi utama hati terutama bertanggung jawab terhadap metabolisme glukosa dan lemak, sintesis protein (albumin, globulin, dan faktor koagulan), ekskresi bilirubin, metabolisme obat dan hormon dan detoksifikasi (Ziser, 2001). Sebagai pusat metabolisme di tubuh, hati rentan terpapar zat kimia yang bersifat toksik sehingga menimbulkan kerusakan. Penyebab penyakit hati bervariasi, sebagian besar disebabkan oleh virus HAV, HBV, HCV, HDV dan HEV yang menular secara fekal-oral, parenteral, seksual, seksual, perinatal dan sebagainya. Penyebab lain dari penyakit hati adalah akibat efek toksik dari obat-obatan, alkohol, racun, jamur dan lain-lain. Prevalensi penyakit hati di Indonesia belum diketahui karena geografi yang sangat luas. Menurut WHO, pada tahun 2003 prevalensi penyakit hati kronik di Indonesia antara 1,- 2,4 %. Jumlah tersebut sama dengan prevalensi di Australia dan Amerika Serikat (Depkes RI, 2007).

Abses Hati Adalah berbentuk infeksi pada hati yang disebabkan oleh karena infeksi bakteri, parasit, jamur maupun nekrosis steril yang bersumber dari sistem gastrointestinal yang ditandai dengan adanya proses supurasi dengan pembentukan pus yang terdiri dari jaringan nekrotik. Abses hati terbagi menjadi dua secara umum, yaitu Abses Hati Amebik (AHA) dan Abses hati Piogenik (AHP) (Sudoyo, 2006).

Di seluruh Dunia Penyakit gangguan hati salah satu nya sirosis hati dan Abses Hati menempati urutan ketujuh penyebab kematian (Stuadi, 2003). Sementara Negara maju, Gangguan penyakit Hati penyebab kematian terbesar ketiga pada pasien yang berusia 45- 46 tahun (setelah penyakit kardovaskuler dan kanker). Angka kejadian gangguan penyakit Hati dari hasil otopsi sekitar 2,4% di Negara Barat, sedangkan di Amerika perkiraan 360 per 100.000 penduduk menimbulkan sekitar 35.000 kematian pertahun (Nurdjanah, 2009).

Dinegara-Negara yang sedang berkembang, AHA didapatkan secara endemik dan jauh lebih sering dibandingkan AHP. AHP tersebar diseluruh dunia, dan terbanyak didaerah tropis dengan kondisi hygiene sanitasi yang kurang. Secara epidemiologi didapatkan 8- 15 per 100.000 kasus AHP yang memerlukan perawatan di RS dan beberapa kepustakaan barat, didapatkan prevalensi autopsi bervariasi antara 0,29- 1,47% sedangkan prevalensi di RS antara 0,008- 0,016%. AHP lebih sering terjadi pada pria dibandingkan perempuan, dengan rentang usia berkisar lebih dari 40 tahun, dengan insiden puncak pada decade ke- 6 (Waieleng, 2006).

Kejadian di Indonesia menunjukkan bahwa pria lebih banyak dari wanita (2,4-5:) sitohang, 2010). Walaupun ada resmi nasional tentang gangguan penyakit hati di Indonesia, namun dari beberapa laporan rumah sakit umum pemerintah di Indonesia secara keseluruhan prevalensi penyakit hati adalah 3,5% dari seluruh pasien yang dirawat dibangsal penyakit dalam atau rata- rata 47,4% dari seluruh pasien penyakit hati yang dirawat di bangsal. Di

medan dalam kurun waktu 4 tahun dijumpai pasien gangguan penyakit hati seperti sirosis dan abses hati sebanyak 819 (4%) dari seluruh pasien di bagian dalam (Nurdjannah, 2009).

Jumlah pasien keseluruhan 165 hasil dari tanggal 1- 30 mei 2016, diantaranya penyakit 10 besar, termasuk Abses Hepar Sebanyak 3 Kasus dalam satu bulan terakhir terhitung dari awal bulan mei sampai akhir bulan mei 2016. Di Ruang Flamboyan RSUD. Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

Berdasarkan uraian diatas dan angka kejadian yang terjadi pada kasus tersebut serta pentingnya peran perawat dalam penanganan maka penulis tertarik untuk menyusun karya tulis ilmiah dengan judul “asuhan keperawatan pada pasien bapak H yang mengalami Abses Hepar di Ruang Flamboyan RSUD. Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

B. Rumusan Masalah

Berikut merupakan rumusan masalah yang dapat diambil “Bagaimana Pelaksanaan asuhan Keperawatan pada Pasien Bapak H yang mengalami Abses Hepar di Ruang Flamboyan RSUD. Abdul Wahab Sjahranie Samarinda?”

C. Tujuan

Adapun tujuan penulisan karya ilmiah ini, Yaitu:

1. Tujuan Umum

Untuk memperoleh gambaran nyata pelaksanaan asuhan keperawatan pada Pasien Bapak H yang mengalami Abses Hepar di Ruang Flamboyan RSUD. Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

2. Tujuan khusus

Untuk memperoleh pengalaman nyata dalam proses pelaksanaan asuhan keperawatan pada Pasien Bapak H yang mengalami Abses Hepar di Ruang Flamboyan RSUD. Abdul Wahab Sjahranie Samarinda dan menganalisis kesenjangan antara teori dan kasus, khususnya dalam hal proses keperawatan yang terdiri dari:

- a. Pengkajian
- b. Diagnosa keperawatan
- c. Perencanaan tindakan keperawatan
- d. Pelaksanaan tindakan keperawatan
- e. Evaluasi
- f. Dokumentasi

D. metode penulisan

Dalam penulisan karya tulis ilmiah ini, penulis menggunakan metode deskriptif, dimana penulis memberikan gambaran secara keseluruhan yang disertai analisa data permasalahan yang timbul selama pelaksanaan keperawatan.

Adapun metode pengumpulan data yang digunakan adalah :

1. Observasi

Observasi merupakan metode pengumpulan data melalui pengamatan visual dengan menggunakan panca indra. Mencatat hasil observasi secara khusus tentang apa yang dilihat, didengar, dirasa, dicium dan dikecap akan lebih akurat dibandingkan mencatat interpretasi seseorang tentang hal tersebut.

2. Wawancara

Wawancara atau interview merupakan metode pengumpulan data secara langsung antara perawat pasien. Data wawancara adalah semua ungkapan pasien, tenaga kesehatan, atau orang lain yang berkepentingan termasuk keluarga, teman, dan orang terdekat pasien.

3. Pemeriksaan fisik

Melakukan pemeriksaan fisik dengan tehnik inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi. Inspeksi yaitu pemeriksaan dengan melakukan observasi pada keadaan umum, auskultasi yaitu melakukan pemeriksaan dengan menggunakan alat stetoskop, perkusi yaitu melakukan pengetukan dan palpasi yaitu dengan melakukan perabaan. Pemeriksaan ini dilakukan secara keseluruhan dari kepala sampai ujung kaki,

4. Studi dokumentasi

Data yang diambil dari status pasien yang ada diruangan baik itu berupa catatan perawat ataupun instruksi dokter.

5. Studi kepustakaan

Studi kepustakaan digunakan untuk mengumpulkan data teori yang berhubungan dengan isi karya tulis ilmiah tersebut, terdiri dari buku- buku, jurnal, internet dan sumber-sumber lain

E. Sistematika penulisan

Makalah ilmiah ini terdiri dari lima bab, yang tersusun secara sistematis dengan urutan sebagai berikut :

1. Bab pertama merupakan pendahuluan yang tersusun atas latar belakang masalah, tujuan, metode penulisan dan sistematika penulisan
2. Bab kedua merupakan landasan teori yang meliputi konsep dasar penyakit dan asuhan keperawatan yang teoritis.
3. Bab ketiga merupakan laporan khusus yang menguraikan tentang pelaksanaan asuhan keperawatan pada Pasien Bapak H yang mengalami Abses Hepar di Ruang Flamboyan RSUD. Abdul Wahab Sjahranie Samarinda yang terdiri dari pengkajian, diagnosa keperawatan, rencana tindakan, pelaksanaan hingga evaluasi akhir.
4. Bab keempat merupakan pembahasan yang menguraikan tentang asuhan keperawatan pada Pasien Bapak H yang mengalami Abses Hepar dalam praktek nyata dihubungkan dengan konsep- konsep asuhan keperawatan pada pasien dengan abses hepar secara teoritis
5. Bab kelima merupakan penutup yang berisikan kesimpulan dan saran.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

Pada bab ini akan dikemukakan tentang dasar teoritis dari konsep dasar penyakit Abses Hepar yang meliputi pengertian, etiologi, patofisiologi, tanda dan gejala, pemeriksaan penunjang, penatalaksanaan dan komplikasi serta dasar teoritis dari proses keperawatan, perencanaan, tindakan keperawatan, evaluasi dan dokumentasi.

A. Abses Hepar

1. Pengertian Abses Hepar

Abses Hati Merupakan suatu gangguan pada hati yang disebabkan oleh karena infeksi bakteri, parasit, jamur maupun nekrosis steril yang bersumber dari sistem gastrointestinal yang ditandai dengan adanya proses supurasi dengan pembentukan pus yang terdiri dari jaringan nekrotik sel- sel inflamasi atau sel darah didalam parenkim hati (Sudoyo, 2006).

Abses hati adalah bentuk infeksi pada hati yang disebabkan karena infeksi bakteri, parasit, jamur maupun nekrosis steril yang bersumber dari sistem gastrointestinal yang ditandai dengan adanya proses supurasi dengan pembentukan pus di dalam parenkim hati. Dan sering timbul sebagai komplikasi dari peradangan akut saluran empedu (Anggunweb, 2010).

Pada umumnya abses hati dibagi dua yaitu abses hati amebik (AHA) dan abses hati pyogenik (AHP). AHA merupakan komplikasi amebiasis ekstraintestinal yang sering dijumpai di daerah tropik/ subtropik, termasuk

Indonesia. Abses hepar pyogenik (AHP) dikenal juga sebagai hepatic abscess, bacterial liver abscess, bacterial abscess of the liver, bacterial hepatic abscess (Anggunweb, 2010).

2. Anatomi Dan Fisiologi Hepar

Hati adalah kelenjar terbesar dalam tubuh berat rata-rata sekitar 1.500 gr. 2% berat badan orang dewasa normal. Hati merupakan organ lunak yang lentur dan tercetak oleh struktur sekitar. Hati memiliki permukaan superior yang cembung dan terletak dibawah kubah merupakan atap dari ginjal, lambung, pancreas dan usus. Hati memiliki dua lobus yaitu kiri dan kanan. Setiap lobus hati terbagi menjadi struktur-struktur yang disebut lobulus, yang merupakan unit mikroskopi dan fungsional organ. Hati manusia memiliki maksimal 100.000 lobulus. Diantara lempengan sel hati terdapat kapiler-kapiler yang disebut sebagai sinusoid. Sinusoid dibatasi oleh sel fagositik dan sel kupffer, sel kupffer fungsinya adalah menelan bakteri dan benda asing lain dalam darah (Price, 2006).

Hati dibagi Empat lobus:

- 1) Lobus sinistra, terletak sebelah kiri dari bidang median.
- 2) Lobus dekstra, disebelah kanan dari bidang median
- 3) Lobus kaudatus, sebelah bawah bagian ekor
- 4) Lobus kuadratus, dibelakang berbatas dengan pers pilorika, ventrikula, dan duodenum superior.

Permukaan hati dibedakan atas:

- a. Fascies superior. Permukaan yang menghadap keatas dan kedepan berbentuk cembung terletak dibawah diafragma.
- b. Fascies interior. Permukaan yang menghadap kebawah dan ke belakang, permukaannya tidak rata dan memperlihatkan lekukan (fisura transversus).
- c. Fascies posterior. Permukaan bagian belakang terlihat beberapa alur berbentuk garis melintang yang disebut dengan porta hepatic.
- d. Fascies inferior lobus sinistra hepatis. Berhubungan dengan esofagus dekat lobus kaudatus dan berhubungan dengan permukaan depan gaster, membentuk impression yang sesuai dengan kurvatura mayor terletak didepan omentum.
- e. Fascies inferior lobus dekstra: berbatas dengan ginjal dan glandula suprarenalis kanan atas, fleksura koli dekstra kanan bawah.
- f. Fascies superior. Bagian anterior (bagian depan) diliputi oleh peritoneum berbatas dengan diafragma dan diliputi oleh peritonium, bagian medial terbatas dengan dinding dengan perut.
- g. Fascies posterior (bagian Belakang) tidak ditutupi peritonium, berhubungan dengan diafragma, terdapat sebuah lekuk sebelah kanan kava inferior diatas infresio renalis disebut infresio suprarenalis.

Pembuluh darah dan persyarafan

Pembuluh darah hati berasal dari arteri seliaka kanan membentuk lipatan peritoneum didepan vena porta, bercabang menjadi arteri hepatica

propia, berjalan kedalam ligamentum hepatoduodenal bersama dengan vena portae dan duktus kholodukus, bercabang menjadi arteri gastrika menuju kurvatura minor gaster dan beranastomosis dengan arteri gastrika sinistra. Kemudian arteri hepatica propria, bercabang menjadi A. hepatica desktra bercabang masuk kandung empedu arteri sistika dan A. hepatica sinistra masuk kedalam hati. Aliran pembuluh balik hepar dikumpulkan dalam vena hepatica yang keluar dari permukaan belakang disebelah kranal hepar bermuara ke vena kava inferior.

Persyarafan hati berasal dari saraf simpatis dan saraf parasimpatis yang melewati koliakus. Trunkus vagus anterior mempunyai cabang yang banyak, berjalang langsung ke hati

Saluran hati meliputi:

- 1) Duktus hepatikus dekstra dan sinistra, keluar dari hati pada porta hepatis, bersatu membentuk duktus hepatikus komunis. Panjangnya kira-kira 4 cm, berjalan turun pada tepi omentum minus. Tapi kanannya bersatu dengan duktus koleduktus.
- 2) Duktus koleduktus. Panjangnya sekitar 8 cm. bagian pertama berjalan dari tepi kanan omentum minus, didepan tepi kanan vena portae sebelah kiki kanan arteri hepatika. Bagian kedua berjalan kebelakang bagian pertama duodenum, sebelah kanan A. gastroduodenalis. Bagian ketiga terletak dalam alur permukaan posterior kaput pankreas. Di sini duktus koleduktus bersatu dengan duktus pankreatikus mayor,

bermuara pada ampulla kecil dinding duodenum melalui suatu papilla kecil yang disebut papila Vateri.

Fisiologi Hati

Menurut Guyton & Hall (2008), hati mempunyai beberapa fungsi yaitu:

a) Metabolisme karbohidrat

Fungsi hati dalam metabolisme karbohidrat adalah menyimpan glikogen dalam jumlah besar, mengkonversi galaktosa dan fruktosa menjadi glukosa, glukoneogenesis, dan membentuk banyak senyawa kimia yang penting dari hasil perantara metabolisme karbohidrat.

b) Metabolisme lemak

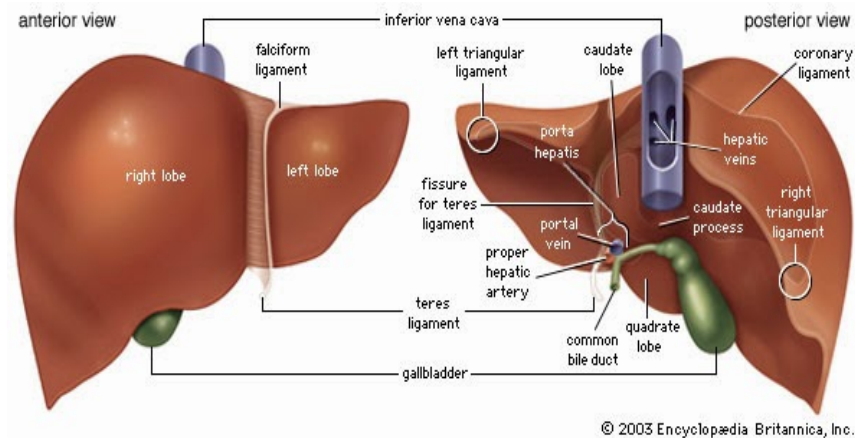
Fungsi hati yang berkaitan dengan metabolisme lemak, antara lain: mengoksidasi asam lemak untuk menyuplai energi bagi fungsi tubuh yang lain, membentuk sebagian besar kolesterol, fosfolipid dan lipoprotein, membentuk lemak dari protein dan karbohidrat.

c) Metabolisme protein

Fungsi hati dalam metabolisme protein adalah deaminasi asam amino, pembentukan ureum untuk mengeluarkan amonia dari cairan tubuh, pembentukan protein plasma, dan interkonversi beragam asam amino dan membentuk senyawa lain dari asam amino.

d) Lain- lain Fungsi hati yang lain diantaranya hati merupakan tempat penyimpanan vitamin, hati sebagai tempat menyimpan besi dalam bentuk feritin, hati membentuk zat- zat yang digunakan untuk

koagulasi darah dalam jumlah banyak dan hati mengeluarkan atau mengekskresikan obat-obatan, hormon dan zat lain.



Gambar 2.1 Anatomi Hati

3. Etiologi

Abses hati dibagi atas dua secara umum, yaitu abses hati amoeba dan abses hati pyogenik.

a. Abses Hati Amoeba

Didapat kan beberapa spesies amoeba yang dapat hidup sebagai parasit non pathogen dalam mulut dan usus, tapi hanya *enteramoeba histolytica* yang dapat mnyebabkan penyakit. Hanya sebagian individu yang terinfeksi *enteramoeba histolytica* yang member gejala invasif, sehingga diduga ada dua jenis E.histolytica yaitu starin patogen dan non pathogen. Bervariasinya virulensi strain ini berbeda berbeda berdasarkan kemampuannya menimbulkan lesi pada hepar (Sudoyo, 2006).

Histolytica didalam feses dapat ditemukan dalam dua bentuk vegetative atau trophozoit dan bentuk kista yang bisa bertahan hidup diluar

tubuh manusia. Kista dewasa berukuran 10-20 mikron, resisten terhadap suasana kering dan asam. Bentuk trophozoit akan mati dalam suasana kering dan asam. Trophozoit besar sangat aktif bergerak, mampu memangsa eritrosit, mengandung protease yaitu hialuronidase dan mukopolisakaridase yang mampu mengakibatkan destruksi jaringan.

b. Abses Hati piogenik

Infeksi terutama disebabkan oleh kuman gram negative dan penyebab terbanyak adalah *E.Coli* selain itu, penyebabnya juga adalah *streptococcus faecalis*, *proteus vulgaris*, dan *salmonella typhi*. Dapat pula bakteri anaerob seperti *bakteroides*, *aerobakteria*, *aktinomesis*, dan *streptococcus anaerob*. Untuk penepatannya perlu dilakukan biakan darah, pus, empedu, dan swab secara anaerob maupun aerob (Sudoyo, 2006).

4. Patofisiologi

a. Amoebiasis Hepar

Amoebiasis Hati penyebab utamanya adalah *entamoeba histolytica*. Hanya sebagian kecil individu yang terinfeksi *E.Histolytica* yang member gejala amoebiasis invasive, sehingga ada dugaan ada dua jenis *E.histolytica* yaitu strain pathogen dan non pathogen. Bervariasinya virulensi berbagai strain *E.histolytica* ini berbeda berdasarkan kemampuannya menimbulkan lesi pada hati. Patogenesis amoebiasis hati belum dapat diketahui secara pasti. Ada beberapa mekanisme yang telah dikemukakan antara lain; faktor virulensi yang menghasilkan toksin, ketidakseimbangan nutrisi, faktor resistensi

parasit, imunodepresi pejamu, berubah-ubahnya antigen permukaan dan penurunan imunitas cell- Mediated (sudoyo, 2006).

parasit dengan lingkungan saluran cerna terutama pada flora bakteri.

Mekanisme terjadinya amebiasis hati:

- a) Penempelan E.Hystolitica pada mucus usus
- b) Pengerusakan sawar intestinal.
- c) Lisis sel epitel intestinal serta sel radang. Terjadinya supresi respon imun cell-mediated yang disebabkan kanenzim atau toksin parasit, juga dapat karena penyakit tuberculosis, malnutrisi, keganasan. Dll

Penyebaran ameba kehati.penyebaran ameba dari usus kehati sebagian besar melalui vena porta. Terjadi fokus akumulasi neutrofil periportal yang disertai nekrosis dan infiltrasi granulomatosa .lesi membesar, bersatu dengan granuloma diganti dengan jaringan nekrotik. Bagian nekroti ini dikelilingi kapsul tipis seperti jaringan fibrosa.

b. Abses Hati Piagenik

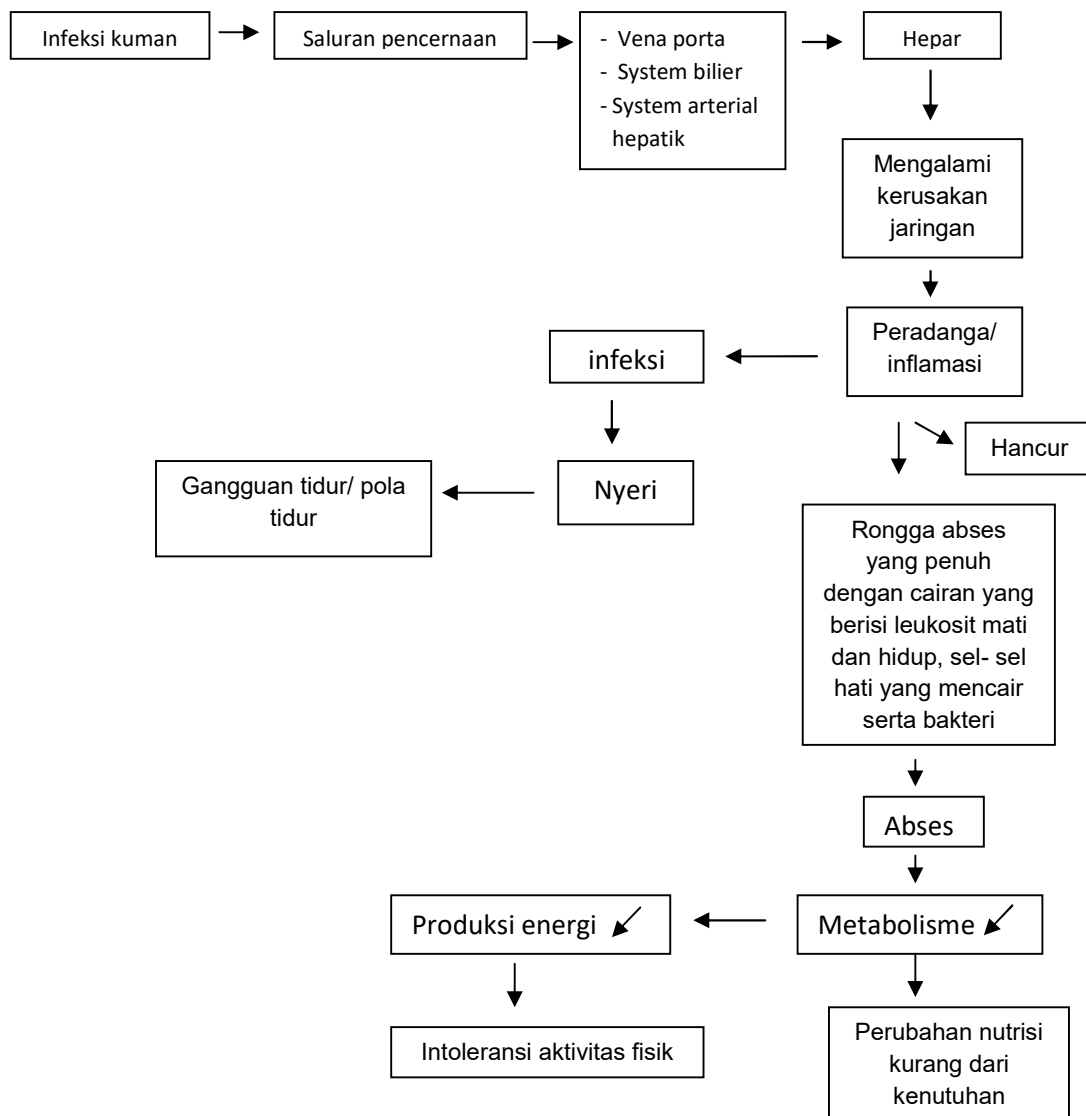
Abses Hati piagenik dapat terjadi melalui infeksi yang berasal dari:

- 1) Vena porta yaitu terinfeksi pelvis atau gastrointestinal, bisa menyebabkan pielflebitis porta atau emboli septic
- 2) Saluran empedu merupakan sumber infeksi tersering. Kolangitis septic dapat menyebabkan penyumbatan saluran empedu seperti juga batu

empedu, kanker, striktura saluran empedu ataupun anomaly saluran empedu kongenital.

- 3) Infeksi langsung seperti luka penetrasi. Focus septik berdekatan seperti abses perinefrik, kecelakaan lalu lintas.
- 4) Septisemia atau bakterimia akibat infeksi ditempat lain.
- 5) Kriptogenik tanpa factor predisposisi yang jelas, terutama pada
- 6) organ lanjut usia. (Sudoyo, 2006).

Pathways



Gambar 2.1 skema patofisiologi

(Bagan pengaruh abses hepar terhadap kebutuhan manusia, Brunner & Suddarth, 2000)

5. Tanda dan Gejala

Manifestasi klinis AHP biasanya lebih berat dari pada abses hati amebik dicurigai adanya AHP apabila ditemukan sindrom klinis klasik berupa nyeri spontan perut kanan atas yang ditandai dengan jalan membungkuk kedepan dengan kedua tangan diletakkan diatasnya. Demam atau panas tinggi merupakan keluhan paling utama, keluhan lain yaitu nyeri pada kuadran kanan atas abdomen. Dan disertai dengan keadaan syok. Setelah pemakaian antibiotic yang adekuat, gejala manifestasi klinis AHP adalah malaise, demam yang tidak terlalu tinggi dan nyeri tumpul pada abdomen yang menghebat dengan adanya pergerakan. Apabila abses hati piogenik letaknya dekat dengan diafragma maka akan terjadi iritasi diafragma sehingga terjadi nyeri bahu sebelah kanan, batuk ataupun terjadi atelektasis. Gejala lainnya adalah rasa mual dan muntah, berkurangnya napsu makan, terjadi penurunan berat badan yang unintentional, kelemahan badan, ikterus, buang air besar berwarna seperti kapur dan buang air kecil berwarna gelap. (Sudoyo, 2006).

Pemeriksaan fisis yang didapatkan febris yang summer-sumer hingga demam panas tinggi, pada palpasi terdapat hepatomegali serta perkusi terdapat nyeri tekan hepar yang diperberat dengan adanya pergerakan abdomen, splenomegali didapatkan apabila AHP telah menjadi kronik. Selain itu, bisa didapatkan asites, ikterus, serta tanda-tanda hipertensi portal. (Sudoyo, 2006).

6. Pemeriksaan penunjang

Pada pemeriksaan laboratorium didapatkan leukositosis yang tinggi dengan pergeseran kekiri, anemia. Peningkatan laju endap darah, peningkatan alkalin fosfatase. Peningkatan enzim transaminase dan serum bilirubin. Berkurangnya kadar albumin serum dan waktu protrombin memanjang menunjukkan bahwa terdapat kegagalan fungsi hati yang disebabkan AHP. Tes serologi digunakan untuk menyingkirkan diagnosis differensial. Kultur darah yang memperlihatkan bacterial penyebab menjadi standar emas untuk menegakkan diagnosis secara mikrobiologik.

Pada pemeriksaan penunjang yang lain, seperti pada pemeriksaan foto thoraks dan foto polos abdomen ditemukan diafragma kanan meninggi, efusi pleural, atelektasis basiler, empiema atau abses paru. Pada foto thoraks PA, sudut kardiofrenikus tertutup, pada posisi lateral sudut kardiofrenikus anterior tertutup. Dibawah diafragma, terlihat bayangan udara atau air fluid level. Abses lobus kiri akan mendesak kurvatura minor. Secara angiografik, abses merupakan daerah avaskular. Pemeriksaan penunjang lainnya yaitu abdominal dan biopsy hati, kesemuanya saling menunjang sehingga memiliki nilai diagnostic semakin tinggi. Abdominal CT-Scan memiliki sensitivitas 95-100% dan dapat mendeteksi luasnya lesi hingga kurang dari 1 cm. ultrasound abdomen memiliki sensitivitas 80-90%. *ultrasound- guided aspirate for culture and special stains*, dengan kultur hasil aspirasi terpimpin dengan ultrasound didapatkan positif 90% kasus, sedangkan gallium dan technetium radionuclide scanning memiliki sensitivitas 50-90%. (Sudoyo, 2006).

7. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan AHP secara konvensional adalah dengan drainase terbuka secara operasi dan antibiotic spectrum luas oleh karena bakteri penyebab abses terdapat didalam cairan abses yang sulit dijangkau dengan antibiotika tunggal tanpa aspirasi cairan abses. Penatalaksanaan saat ini adalah dengan menggunakan drainase perkutaneus abses intraabdominal dengan tutunan abdomen ultrasound atau tomografi komputer, komplikasi yang bisa terjadi adalah perdarahan, perforasi organ intraabdominal, infeksi ataupun terjadi kesalahan dalam penempatan kateter untuk drainase, kadang-kadang pada AHP multiple diperlukan reaksi hati. Penatalaksanaan dengan menggunakan antibiotika, pada terapi awal digunakan penisilin. Selanjutnya, dikombinasikan antara ampisilin, aminoglikosida atau sefalosporin generasi III dan klindamisin atau metronidazol. Jika dalam waktu 48-72 jam, belum ada perbaikan klinis dan laboratoris, maka antibiotika yang digunakan diganti dengan antibiotika yang sesuai dengan hasil kultur sensitivitas aspirat abses hati. Pengobatan secara parenteral dapat dirubah menjadi oral setelah pengobatan parenteral selama 10-14 hari, dan kemudian dilanjutkan kembali hingga 6 minggu kemudian (Sudoyo, 2006).

8. Komplikasi

Saat diagnosis ditegakkan, menggambarkan keadaan penyakit yang berat, seperti septikaemia/bakterimia dengan mortalitas 85% ruptur Abses hati disertai peritonitis generalisata dengan mortalitas 6-7%, kelainan pleuropulmonal, gagal hati, perdarahan dalam rongga abses, hemobilia, empiema, fistula hepatobronkial, ruptur kedalam perikard atau retroperitoneum. Sesudah

mendapatkan terapi, sering terjadi diatesis hemoragik, infeksi luka, abses rekuren, perdarahan sekunder dan terjadi rekurensi atau reaktivasi abses (Sudoyo, 2006).

B. Konsep Asuhan Keperawatan

Proses keperawatan adalah metode pengorganisian yang sistematis dalam melakukan asuhan keperawatan pada individu, kelompok dan masyarakat yang berfokus pada identifikasi dan pemecahan masalah dari respon pasien terhadap penyakitnya (Wartonah, 2006). Dalam proses keperawatan ada lima tahap, tahap-tahap dalam proses keperawatan tersebut adalah sebagai berikut:

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan langkah awal dari proses keperawatan. Tujuan pengkajian adalah memberikan suatu gambaran yang terus-menerus mengenai kesehatan pasien. Tahap pengkajian dari proses keperawatan merupakan proses dinamis yang terorganisasi yang meliputi tiga aktivitas dasar yaitu: pertama. Mengumpulkan data secara sistematis. Kedua, memilah dan mengatur data yang dikumpulkan. Ketiga, mendokumentasikan data dalam format yang dapat dibuka kembali (Asmadi, 2008).

Dalam melakukan pengkajian diperlukan keahlian-keahlian (*skill*) seperti wawancara, pemeriksaan fisik, dan observasi. Hasil pengumpulan data kemudian diklasifikasikan dalam data subjektif dan objektif. Data subjektif merupakan ungkapan atau persepsi yang dikemukakan oleh pasien. Data objektif merupakan data yang didapatkan dari hasil observasi, pengukuran dan pemeriksaan fisik.

Ada beberapa cara pengelompokan data, yaitu berdasarkan system tubuh, berdasarkan kebutuhan dasar (Maslow), berdasarkan teori keperawatan, berdasarkan pola kesehatan fungsional. Pengumpulan data bisa digunakan dengan menggunakan metode observasi, wawancara, pemeriksaan fisik, dokumentasi dari catatan medis, status pasien, dan hasil pemeriksaan penunjang seperti laboratorium dan radiologi.

Pemeriksaan fisik adalah fisik adalah pengumpulan data melalui inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi. Inspeksi didefinisikan sebagai kegiatan melihat atau memperhatikan secara seksama status kesehatan pasien seperti inspeksi kesimetrisan pergerakan dinding dada, penggunaan otot bantu napas, inspeksi adanya lesi pada kulit dan sebagainya. Palpasi adalah jenis pemeriksaan dengan cara meraba atau merasakan kulit pasien. Auskultasi adalah cara pemeriksaan fisik dengan menggunakan stetoskop yang memungkinkan pemeriksa mendengar bunyi yang keluar dari rongga tubuh pasien. Perkusi adalah pemeriksaan fisik dengan cara mengetuk secara pelan jari tengah menggunakan jari lain untuk menentukan posisi, ukuran dan konsistensi struktur suatu organ tubuh (Asmadi, 2008).

a. Data dasar pengkajian pasien

1) Aktivitas/istirahat

Gejala : kelemahan, kelelahan, malaise secara umum.

2) Sirkulasi

Tanda : bradikardi (hiperbilirubinemia berat)

Ikterik pada kulit, sclera dan membrane mukosa

3) Eliminasi

Gejala : urine gelap, diare, konstipasi, feses berwarna tanah liat dan adanya berulangnya hemodialisa

4) Makanan/cairan

Gejala : anoreksia, penurunan berat badan atau meningkat karena edema, mual dan muntah

Tanda : Asites

5) Neurosensori

Tanda : peka rangsang, cenderung tidur, latergi dan astereksis

6) Nyeri/ketidaknyamanan

Gejala : kram abdomen, nyeri tekan pada kuadran kanan atas, mialgia, atralgia sakit kepala, dan gatal (pruritis)

Tanda : otot tegang dan gelisah.

7) Pernapasan

Gejala : tidak minat/ enggan merokok (bagi perokok)

8) Keamanan

Gejala : adanya transfuse darah

Tanda : demam, urtikaria, lesi makulopapolar, eritema tak beraturan, ekseserbasi jerawat, anioma jarring- jarring, eritema palmar, ginekomasti, splenomegali, dan pembesaran nodus servikal posterior.

9) Seksualitas

Gejala : resiko terpajan (homoseksual aktif dan biseksual pada wanita)

10) Penyuluhan dan pembelajaran

Gejala : riwayat diketahui mungkin terpajan virus, bakteri, atau toksin, adanya prosedur bedah, terpajan kimia toksik, perjalanan ke wilayah endemic, obat jalanan, penggunaan alcohol, diabetes dan penyakit ginjal. Adanya infeksi flu pada pernapasan atas, pertimbangan : DRG menunjukkan rata-rata selama dirawat: 6 hari rencana pemulangan; mungkin memerlukan bantuan dalam tugas pemeliharaan dan pengaturan rumah.

11) Pemeriksaan diagnostic

Tes fungsi hati : abnormal (4-10 kali dari normal)

AST (SGOT/SGPT) : awalnya meningkat, meningkat 1- 2 minggu sebelum ikterik kemudian tampak turun.

Darah lengkap : gangguan enzim hati akan mengakibatkan perdarahan

Alkali fosfatase : agak meningkat

Feses : berwarna tanah liat

Albumin serum : menurun

Gula darah : hiperglikemia transient/ hipoglikemia (gangguan fungsi hati)

HBsAg : dapat positif dan Negatif

Billirubin serum : diatas 2.5 mg/ 100 ml (bila diatas 200 mg/ml, prognosis buruk

Tes ekskresi BSP : kadar darah meningkat

Biopsi hati	: menunjukkan diagnosis dan nekrosis hati
Scan hati	: mengetahui beratnya kerusakan
Urinalisa	: peningkatan kadar bilirubin, protein hematuria dapat terjadi.

2. Diagnosa keperawatan

Menurut (Gaffar, 2010) diagnose keperawatan adalah pernyataan yang menjelaskan status atau masalah kesehatan actual potensial. Tujuannya adalah mengidentifikasi: pertama, adanya masalah actual berdasarkan respon pasien terhadap masalah atau penyakit. Kedua, factor- factor yang berkonstirbusi atau penyebab adanya masalah. Ketiga, kemampuan pasien mencegah atau menghilangkan masalah.

Setelah melakukan pengkajian, penulis menentukan atau menetapkan diagnosa keperawatan sesuai dengan data yang ditemukan pada saat pengkajian. Diagnosa keperawatan pada abses hati merujuk pada intervensi penyakit dalam sesuai Nanda (2015) adalah;

- 1) Resiko gangguan fungsi hati berhubungan dengan medikasi hepatotoksik
- 2) Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengandiet tidak adekuat; ketidakmampuan untuk memproses/ mencerna makanan.
- 3) Perubahan volume cairan; kelebihan berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi cairan
- 4) Resiko tinggi terhadap kerusakan integritas kulit berhubungan dengan gangguan sirkulasi/ status metabolik, akumulasi garam empedu pada kulit.

- 5) Resiko tinggi terhadap pola pernapasan tak efektif berhubungan dengan pengumpulan cairan intra abdomen (asites), penurunan ekspansi paru, akumulasi secret. Penurunan energi, kelemahan.
- 6) Gangguan harga diri/citra tubuh berhubungan dengan perubahan biofisika/gangguan penampilan fisik, prognosis yang meragukan, perubahan peran fungsi, pribadi rentan, perilaku merusak diri.
- 7) Kurang pengetahuan keluarga tentang penyakit, prognosis dan kebutuhan pengobatan berhubungan dengan kurangnya informasi

3. Perencanaan

Sebagai langkah selanjutnya data proses keperawatan adalah perencanaan, yaitu penentuan apa yang ingin dilakukan untuk membantu pasien .untuk memenuhi kebutuhan kesehatan dan mengatasi masalah keperawatan, langkah- langkah perencanaannya adalah :

1) Menurut prioritas urutan diagnose keperawatan

Diagnosa keperawatan diurutkan dengan prioritas tinggi, sedang, dan rendah.Masalah dengan prioritas tinggi mencerminkan situasi yang mengancam hidup (misalnya bersihan jalan napas).Masalah dengan prioritas sedang berhubungan dengan situasi yang tidak gawat dan situasi yang tidak mengancam hidup pasien (misalnya personal hygiene).masalah dengan prioritas rendah berhubungan secara langsung dengan keadaan sakit atau prognosis yang spesifik (misalnya masalah keuangan).

2) Merumuskan tujuan dan kriteria hasil

kriteria hasil adalah intervensi keperawatan dan respon- respon pasien yang dapat dicapai, diinginkan oleh pasien atau pemberi asuhan dan dapat dicapai dalam periode yang telah ditentukan (doengoes, Dkk: 2003). Tujuan yang ditetapkan harus sesuai dengan SMART, yaitu *spesifik* (khusus), *messengerable* (dapat diukur), *acceptable* (dapat diterima), *reality* (nyata), dan *time* (terdapat kriteria waktu). Criteria hasil merupakan tujuan kearah mana perawatan kesehatan diarahkan dan merupakan dasar untuk memberikan asuhan keperawatan, komponen pernyataan kriteria hasil :

subjek menunjukkan siapa yang mencapai criteria hasil, kata kerja yang diukur, menunjukkan tindakan, tingkah laku dan respon dari pasien yang dapat dilihat, didengar, atau diraba, hasil, menunjukkan respon fisiologis, psikologis, dan gaya hidup yang diharapkan dari pasien terhadap intervensi, kriteria, mengukur, kemajuan pasien dalam mencapai hasil dan menunjukkan tingkatan kecakapan yang diperlukan untuk menyelesaikan hasil akhir. Target waktu, menunjukkan periode waktu tertentu yang diinginkan untuk mencapai kriteria hasil, dengan adanya batasan waktu akan membatu perawat dalam mengevaluasi tahap dalam memastikan apakah kriteria hasil dapat dicapai dalam periode waktu tertentu.

Dari diagnosa keperawatan yang telah disusun, maka rencana tindakan keperawatan yang telah disusun, maka rencana tindakan keperawatan yang dapat disusun adalah:

- a. Resiko gangguan fungsi hati berhubungan dengan medikasi hepatotoksik

NOC : Risk control Drug Use

Kriteria Hasil:

- 1) Pengetahuan: pengobatan
- 2) Menunjukkan kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi
- 3) Menunjukkan perilaku hidup sehat

Keterangan:

1. Tidak adekuat
2. Sedikit adekuat
3. Cukup adekuat
4. Sebagian besar adekuat
5. Sepenuhnya adekuat

NIC: teaching; disease process

- 1) Beritahukan pengetahuan tentang proses penyakit
- 2) Kaji kondisi pasien tentang keadaannya
- 3) Identifikasi kemungkinan penyebab
- 4) Identifikasi perubahan kondisi fisik

b. Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b/d diet tidak adekuat, ketidakmampuan untuk memproses mencerna makanan, anoreksia, mual/muntah, tidak mau makan mudah kenyang (asites), fungsi usus normal.

NOC : Status gizi; kecukupan gizi

Kriteria Hasil :

- 1) Berat badan meningkat
- 2) Tanda- tanda malnutrisi tidak ada
- 3) Nilai laboratorium normal

Keterangan :

1. Tidak adekuat
2. Sedikit adekuat
3. Cukup adekuat
4. Sebagian besar adekuat
5. Sepenuhnya adekuat

NIC : monitor Gizi

- 1) Kaji adanya alergi makanan
- 2) Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan pasien
- 3) Monitor adanya penurunan bb
- 4) Monitor turgor kulit
- 5) Monitor intake nutrisi
- 6) Timbangberat badan setiap hari
- 7) Dorong pasien untuk makan semua makanan
- 8) Berikan makan sedikit tapi sering
- 9) Berikan makanan halus, hindari makanan kasar sesuai indikasi

c. Kelebihan Volume cairan/b/d gangguan mekanisme regulasi, kelebihan natrium/ masukan cairan.

NOC : Keseimbangan cairan

Kriteria Hasil :

- 1) Output dan input seimbang
- 2) Berat badan normal

- 3) Tanda vital dalam rentang normal
- 4) Tidak ada edema

Keterangan :

1. Tidak adekuat
2. Sedikit adekuat
3. Cukup adekuat
4. Sebagian besar adekuat
5. Sepenuhnya adekuat

NIC : monitor cairan

- 1) Ukur masukan dan haluaran
- 2) Ukur lingkar abdomen
- 3) Awasi albumin serum dan elektrolit
- 4) Dorong untuk tirah baring bila ada asites
- 5) Berikan perawatan mulut sering; kadang- kadang beri es batu
- 6) Batasin natrium dan cairan sesuai indikasi
- 7) Kolaborasi dalam pemberian albumin bebas garam/ plasma ekspander sesuai indikasi
- 8) Kolaborasi dalam pemberian obat sesuai indikasi. Contoh diuretik.

d. Resiko kerusakan integritas kulit b/d gangguan sirkulasi/ status metabolik, akumulasi garam empedu pada kulit, turgor kulit buruk, penonjolan tulang, adanya edema, asites

NOC : status nutrisi

kriteria hasil :

- 1) Tidak adanya hasil pada kulit
- 2) Tidak ada area kemerahan diatas penonjolan tulang.

Keterangan :

1. Sangat terganggu
2. Banyak terganggu
3. Cukup terganggu
4. Sedikit terganggu
5. Tidak terganggu

NIC : manajemen tekanan

- 1) Lihat permukaan kulit/ titik tekanan secara rutin.
- 2) Ubah posisi pada jadwal teratur
- 3) Tinggikan ekstremitas bawah
- 4) Pertahankan sprei kering dan bebas lipatan
- 5) Gunting kuku jari hingga pendek: sarung tangan bila di indikasikan

e. Pola napas tidak efektif/d pengumpulan cairan intra abdomen (asites), penurunan ekspansi paru, akumulasi sekret, penurunan energi, kelemahan.

NOC : status pernapasan; ventilasi

kriteria hasil :

- 1) Tanda-tanda vital dalam batas normal
- 2) Tanda-tanda kesulitan bernapas tidak ditemukan

Keterangan :

1. Sangat terganggu
2. Banyak terganggu
3. Cukup terganggu
4. Sedikit terganggu
5. Tidak terganggu

NIC : status pernapasan; kepatenan jalan napas

- 1) Awasi frekuensi, kedalaman dan upaya pernapasan
- 2) Auskultasi bunyi napas, catat krekels, mengi dan ronkhi
- 3) Pertahankan kepala tempat tidur, tinggi, posisi miring.
- 4) Ubah posisi dengan sering; dorong napas dalam, latihan dan batuk
- 5) Kolaborasi ; memberikan tambahan O₂ sesuai indikasi

f. Resiko cedera (hemoragi) b/d profil darah abnormal

NOC : perilaku keselamatan; cedera fisik

Kriteria Hasil :

- 1) Tanda-tanda vital dalam batas normal
- 2) Kesadaran composmentis
- 3) Tanda- tanda perdarahan tidak ditemukan

Keterangan :

1. Tidak pernah menunjukkan
2. Jarang menunjukkan
3. Kadang- kadang menunjukkan
4. Sering menunjukkan

5. Secara konsisten menunjukkan

NIC : manajemen keselamatan lingkungan

- 1) Kaji adanya tanda- tanda dan gejala- gejala perdaraha GI
- 2) Awasi nadi, tekanan darah
- 3) Catat tingkat kesadaran
- 4) Dorong menggunakan sikat gigi halus
- 5) Gunakan jarum kecil untuk injeksi. Tekan lebih lama pada bekas suntikan.

g. Gangguan harga diri/ citra tubuh b/d perubahan biofisika/ gangguan penampilan fisik, prognosis yang meragukan, perubahan peran fungsi, pribadi rentan, perilaku merusak diri.

NOC : penampilan fisik

Kriteria Hasil:

- 1) Ekspresi wajah tenang/ rileks
- 2) Tanda- tanda vital dalam batas normal

Keterangan :

1. Sangat terganggu
2. Banyak terganggu
3. Cukup terganggu
4. Sedikit terganggu
5. Tidak terganggu

NIC : perbaikan Koping

- 1) Diskusikan situasi/ dorong pasien; berikan perawatan takut/ masalah
 - 2) Dukung dan dorong pasien; berikan perawatan dengan positif, perilaku bersahabat
 - 3) Dorong keluarga/ orang terdekat untuk berpartisipasi pada perawatan
 - 4) Rujuk ke pelayanan pendukung, contoh konsekor, sumber psikatrik.
- h. Kurang pengetahuan tentang kondisi, prognosis, dan kebutuhan pengobatan b/d kurang terpajan/ mengingat, kesalahan interpretasi, ketidakbiasaan terhadap sumber-sumber informasi.

NOC : Pengetahuan; proses penyakit

kriteria Hasil :

- 1) Ekspresi wajah pasien tenang/ rileks
- 2) Melakukan perubahan pola hidup dan berpartisipasi dalam perawatan.

Keterangan :

1. Tidak ada pengetahuan
2. Pengetahuan terbatas
3. pengetahuan sedang
4. pengetahuan banyak
5. pengetahuan sangat banyak

NIC : fasilitas pengajaran; individu

- 1) Kaji ulang proses penyakit/ prognosis dan harapan yang akan datang.
- 2) Berikan informasi tentang pentingnya menghindari alcohol

- 3) Informasikan pasien tentang efek gangguan karena obat pada abses dan pentingnya penggunaan obat hanya yang diresepkan
- 4) Tekankan pentingnya nutrisi yang baik. Anjurkan menghindari bawang dan keju.
- 5) Anjurkan pembatasan natrium dan garam
- 6) Tingkatkan aktivitas hiburan yang dapat dinikmati pasien

4. pelaksanaan

Tindakan keperawatan (implementasi) adalah perskripsi untuk perilaku yang diharapkan dari pasien atau tindakan yang harus dilakukan oleh perawat sesuai dengan apa yang direncanakan (Doengoes, dkk: 2010) dalam melaksanakan tindakan keperawatan pada pasien dengan abses hati, perawat harus lebih dulu menjelaskan pada pasien dan keluarga apa yang akan dilakukan dan tujuan dari tindakan yang dilakukan.

5. Evaluasi

Evaluasi adalah Hasil yang didapatkan dengan menyebutkan item- item atau perilaku yang dapat diamati dan dipantau untuk menentukan apakah hasilnya sudah tercapai atau belum dalam jangka waktu yang telah ditentukan (NANDA 2015) Evaluasi asuhan keperawatan sebagai tahap akhir dari proses keperawatan yang bertujuan untuk hasil akhir dan seluruh tindakan keperawatan yang telah keperawatan. Evaluasi ini bersifat sumatif. Yaitu evaluasi yang dilakukan sekaligus pada akhir dari semua tindakan keperawatan yang telah dilakukan dan disebut juga

evaluasi pencapaian jangka panjang. Ada tiga alternative dalam menafsirkan hasil evaluasi, yaitu:

a. Masalah teratasi apabila pasien atau keluarga menunjukkan perubahan tingkah laku dan perkembangan kesehatan sesuai dengan kriteria pencapaian telah ditetapkan

b. Masalah teratasi sebagian

Masalah teratasi sebagian apabila pasien atau keluarga menunjukkan perubahan dan perkembangan kesehatan hanya sebagian dari kriteria pencapaian tujuan yang telah ditetapkan.

c. Masalah belum teratasi

Masalah belum teratasi apabila pasien atau keluarga sama sekali tidak menunjukkan perilaku dan perkembangan kesehatan atau bahkan menimbulkan masalah yang baru.

Hasil yang diharapkan dari tindakan keperawatan yang dilakukan pada pasien dengan abses hati adalah kebutuhannya nutrisi terpenuhi sesuai dengan kebutuhan tubuh, volume cairan stabil, integritas kulit dapat dipertahankan, perdarahan tidak terjadi, tingkat mental/ orientasi kenyataan dapat dipertahankan, pasien dapat memahami akan perubahan dan menerima diri pada situasi yang ada, pasien dapat memahami proses penyakit.

BAB III TINJAUAN KASUS

A. Pengkajian	42
B. Diagnosa keperawatan.....	59
C. Rencana Asuhan Keperawatan.....	59
D. Pelaksanaan.....	63
E. Evaluasi.....	68

BAB IV PEMBAHASAN

A. Pengkajian	74
B. Diagnosa keperawatan.....	77
C. Rencana Asuhan Keperawatan.....	80
D. Pelaksanaan.....	87
E. Evaluasi.....	88
F. Dokumentasi keperawatan.....	89

**SILAHKAN KUNJUNGI PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH
KALIMANTAN TIMUR**

BAB V

PENUTUP

Berdasarkan uraian pada bab I, II, III dan IV dan berbagai macam hal yang mengenai asuhan keperawatan pada pasien bapak H serta dengan pelaksanaan asuhan keperawatan yang telah diberikan maka penulis membuat beberapa kesimpulan dan saran sebagai berikut :

A. kesimpulan

1. Dari hasil pengkajian yang dilakukan pada pasien bapak H didapat keluhan yang sebagian besar sesuai dengan teori antara nyeri hebat di sekitaran perut ,batuk, wajah klien meringis, kurang napsu makan karena merasakan mual, batuk berdahak muncul setelah operasi, dan mengalami gangguan tidur. Keadaan umum sedang, kesadaran *compos mentis*, GCS 15 (E4, V5, M6) Badan kurus. Pada pemeriksaan tanda- tanda vital didapatkan TD; 130/90 N; 89x/menit dan suhu 35.3, pernapasan 19x/menit. Pada pengukuran antropometri didapatkan berat badan selama dirumah adalah 60 kg dan berat badan saat ini adalah 55 kg tinggi badan 160 cm. klien lesu dan tidak bersemangat.
2. Diagnosa keperawatan pada pasien yang dikelola ditemukan lima diagnosa antara lain:
 - a. Resiko gangguan fungsi hati berhubungan dengan medikasi hepatotoksik
 - b. Nyeri akut berhubungan dengan Agen cedera biologis
 - c. Ketidakseimbangan Nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan Intake yang tidak adekuat

- d. Gangguan pola tidur berhubungan dengan Situasional
 - e. Defisit perawatan diri berhubungan dengan Nyeri
 - f. Hambatan religiositas berhubungan dengan penyakit sakit
3. Pada perencanaan keperawatan, intervensi dalam teori tidak dapat semua dimasukkan pada intervensi kasus nyata. Rencana tindakan yang disusun terdapat penambahan maupun pengurangan dari rencana tindakan yang ada pada teori, hal ini disebabkan karena penulis menyesuaikan dengan kondisi pasien pada saat melakukan asuhan keperawatan.
 4. Pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien bapak H dengan abses hepar ini dari rencana tindakan keperawatan yang telah dibuat, hampir semua intervensi dapat dilaksanakan seluruhnya karena didukung oleh kondisi klien dan keluarga yang sangat kooperatif dengan tindakan yang dilakukan perawat, diantaranya respon pasien dan keluarga yang sangat baik, bersikap terbuka serta kooperatif, mudah menerima masukan dan saran, berpartisipasi aktif dalam tindakan keperawatan serta memiliki keinginan yang kuat untuk sembuh. Pada evaluasi akhir dari lima diagnosa yang diangkat oleh penulis pada tanggal 13 juni 2016, ada dua diagnosa yang dapat teratasi yaitu nyeri akut b/d agen cedera biologis, gangguan pola tidur b/d nyeri Ada tiga diagnosa keperawatan yang dapat teratasi sebagian yaitu ; nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b/d intake yang tidak adekuat dan defisit perawatan diri b/d nyeri.
 5. Dokumentasi, semua tindakan keperawatan dapat di dokumentasikan dengan baik, baik dalam bentuk catatan keperawatan pada status klien maupun dalam asuhan keperawatan yang penulis miliki.

B. Saran- saran

Adapun saran- saran yang dapat penulis berikan untuk perbaikan dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan adalah sebagai berikut:

1. Bagi klien dan klien

Untuk dapat merawat pasien dengan memperhatikan pola makan dengan diit yang telah dianjurkan dan keluarga diharapkan untuk mampu merawat pemeliharaan kesehatan lingkungan baik rohani maupun jasmani.

2. Bagi rumah sakit

Untuk dapat meningkatkan pelayanan keperawatan kepada klien dengan tepat dan sesuai dengan prosedur serta untuk ahli gizi yang ada dirumah sakit untuk membuat makanan yang sesuai dengan diit penyakit yang ada.

3. Bagi institusi pendidikan

Kepada pihak institusi pendidikan hendaknya menyediakan waktu yang lebih banyak agar penyusunan Karya Tulis Ilmiah dapat memberikan hasil yang lebih sempurna dan dapat bermanfaat bagi rekan- rekan mahasiswa stikes muhammadiyah samarinda kedepannya.Selain itu hendaknya Meningkatkan sarana dan prasarana pendidikan seperti buku- buku perpustakaan dan dapat menambahkan literature keperawatan terbaru khususnya pada konsep asuhan keperawatan Abses hati.

DAFTAR PUSTAKA

Baradero, dkk. 2008 klien gangguan hati: seri asuhan keperawatan, jakarta; EGC

Murphy sl, xu j, kochanek kd. Deaths: final data for 2010. Natl vital stat rep. 2013 may 8;61(4):90.

Doengoes marilyn e, et all (2010). Nursing care planning, ed. 8. Jakarta: EGC

Price, s.a & wilson. L.m (2006) patofisiologi; konsep klinis proses- proses penyakit. Ed. 6. Jakarta; egc

Smeltzer. C, & bare (2008). Keperawatan medical- bedah jakarta EGC

Data rekam medik rumah sakit abdul wahab sjahranie 2016

Nursalam. (2011). Proses dan dokumentasi keperawatan, ed.2 jakarta salemba medika