

KARYA TULIS ILMIAH

“ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. M.F DENGAN GANGGUAN KEBUTUHAN DASAR AMAN DAN NYAMAN DI RUANGAN KOMODO RSUD. PROF. DR. W. Z. JOHANNES KUPANG”

Karya Tulis Ilmiah Ini Disusun Sebagai Salah Satu Persyaratan Untuk Menyelesaikan Program Pendidikan Diploma III Keperawatan Pada Program Studi D-III keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang



PATRIANUS JESUA NENOMETA
NIM: PO.5303201181225

PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
JURUSAN KEPERAWATAN POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES
KUPANG BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
2019

KARYA TULIS ILMIAH

“ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. M.F DENGAN GANGGUAN KEBUTUHAN DASAR AMAN DAN NYAMAN DI RUANGAN KOMODO RSUD. PROF. DR. W. Z. JOHANNES KUPANG”

Karya Tulis Ilmiah ini disusun sebagai salah satu persyaratan untuk menyelesaikan studi pada Program Studi Diploma III Keperawatan dan mendapatkan gelar Ahli Madya Keperawatan melalui Program Rekognisi Pembelajaran Lampau (RPL)



**PATRIANUS JESUA NENOMETA
NIM: PO.5303201181225**

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN JURUSAN KEPERAWATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG BADAN PENGEMBANGAN
DAN PEMBERDAYAAN SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
2019**

Saya yang bertandatangan dibawah ini:

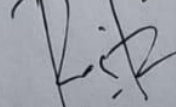
Nama : Patrianus Jesua Nenometa
Nim : PO.5303201181225
Program Studi : D III Keperawatan
Institusi : Jurusan Keperawatan Poltekkes
Kemenkes Kupang

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Karya Tulis Ilmia yang saya tulis ini adalah benar-benar merupakan hasil karya sendiri dan bukan merupakan pengambilalihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai hasil tulisan atau pikiran saya sendiri.

Apabila di kemudian hari terbukti atau dibuktikan Karya Tulis Ilmiah ini hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Kupang, 22 Juli 2019

Pembuat Pernyataan

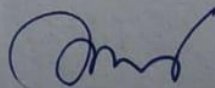


Patrianus Jesua nenometa

NIM. PO.5303201181225

Mengetahui:

Pembimbing



Maria Agustina making, S. Kep, Ns, M.Kep

NUPN. 0814088802



Scanned with
CamScanner

LEMBAR PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah oleh Patrianus Jesua Nenometa NIM: PO.5303201181225 dengan judul "Asuhan Keperawatan Pada Tn.M.F Dengan Gangguan kebutuhan dasar aman dan nyaman diruang Komodo RSUD. PROF. DR. W.Z JOHANNES KUPANG"

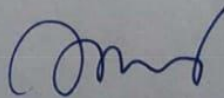
Telah disetujui oleh pembimbing untuk di seminarkan didepan Dewan Penguji Prodi D-III pada tanggal, 22 Juli 2019.

Disusun oleh :

Patrianus Jesua Nenometa

NIM.PO.5303201181225

Pembimbing



Maria Agustina Making. S. Kep, Ns, M. Kep

NUPN. 0814088802

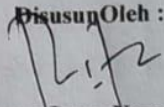


Scanned with
CamScanner

**LEMBAR PENGESAHAN
KARYA TULIS ILMIAH**

ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN.M.F DENGAN GANGGUAN
KEBUTUHAN DASAR AMAN DAN NYAMAN DIRUANG KOMODO RSUD
PROF.DR.W.Z.JOHANES KUPANG

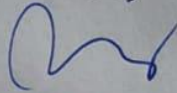
Disusun Oleh :


Patrianus Jesua Nenometa
NIM: PO.5303201181225

Telah Diuji Pada Tanggal, 22 Juli 2019

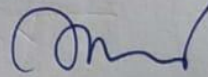
DewanPenguji

Penguji I



Ns. Emiliana Erningwati Akoit, S.Kep,M.Kep
Nip. 198106302005012001

Penguji II



Maria Agustina Making,S.Kep,Ns, M.Kep
NUPN. 0814088802

Mengesahkan

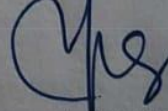
Ketua Jurusan Keperawatan



Dr. Florentianus Tat,S.KP.,M.Kes
NIP.:196911281993031005

Mengetahui

Ketua Prodi D-III Keperawatan



Margaretha Teli, S.Kep,Ns.,MSc-PH
NIP :197707272000032002

BIODATA PENULIS

Nama : Patrianus Jesua Nenometa
Tempat Tanggal Lahir : SoE,19 Februari 1986
Jenis Kelamin : Laki-Laki
Alamat : Oekefan,Kel.Oekefan,Kec.Kota SoE
,Kabupaten Timor Tengah Selatan
Riwayat Pendidikan : 1.Tamat SDI Nule,Tahun 1998
2.Tamat SMP Negeri 1 SoE Tahun 2000
3.Tamat SPK Waikabubak Tahun 2003
4.Pada Tahun 2018 Kulia di Program Studi RPL
Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes
Kupang.

MOTTO

**“JAWABAN SEBUAH KEBERHASILAN
ADALAH
TERUS BELAJAR DAN TAK KENAL PUTUS ASA”**

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa atas segala berkat dan rahmatnya sehinggalah penulis dapat menyelesaikan penyusunan tugas akhir dengan judul Asuhan Keperawatan Tn.M.F dengan Gangguan kebutuhan dasar aman dan nyaman di Ruang Komodo RSUD Prof.Dr.W.Z Johannes Kupang. Penyusunan Laporan Karya Tulis Ilmiah ini dalam rangka memenuhi persyaratan untuk menyelesaikan Pendidikan D-III Keperawatan di Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang.

Penulis menyadari bahwa dalam menyelesaikan Laporan Karya Tulis Ilmiah ini banyak mendapat dukungan dan bantuan dari beberapa pihak yang dengan caranya masing-masing menolong penulis demi keberhasilan studi penulis. Oleh karena itu pada kesempatan ini penulis menyampaikan ucapan terimakasih yang takterhingga Kepada :

1. Ibu Maria Agustina making S.Kep.Ns, M.Kep. sebagai pembimbing dan penguji II yang telah banyak memberi bimbingan ,masukan serta memberikan dorongan semangat,sehingga penulis dapat menyelesaikanUjian Akhir Program.
2. Ibu Ns.Emilia Erningwati Akoit, S.Kep, M.Kep. selaku penguji I atas segala masukan dan petunjuknya sehingga penulis dapat menyelesaikan Ujian Akhir Program.
3. Ibu Falentina S. Amina, S.Kep, Ns selaku Pembimbing Klinik/CI di Ruang Komodo RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang yang telah membantu dan membimbing penulis dalam proses pelaksanaan Studi Kasus ini.
4. Ibu R.H. Kristina, SKM, M.Kes.selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk mengikuti Ujian Akhir Program.
5. Bapak Dr.Florentianus Tat, SKp.,M.Kes, selaku Ketua Jurusan Keperawatan Kupang yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk mengikuti Ujian Akhir Program.
6. Ibu Margaretha Teli, S.Kep,Ns.,Mc.,Msc-PH Selaku Ketua Prodi D-III Keperawatan Kupang dan juga telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk mengikuti Ujian Akhir Program.

7. Ibu Eisabeth Herwanti, SKp.,M.Kes Selaku dosen pembimbing akademik, yang selama ini sudah membimbing saya selama berada di kampus.
8. Seluruh staf Ruang Komodo yang telah membantu penulis selama mengikuti Ujian Akhir Program di Rumah Sakit dan dalam proses penyelesaian Laporan Karya Tulis Ilmiah ini.
9. Para Dosen Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kupang yang telah membimbing penulis selama mengikuti pendidikan baik di kampus maupun di lahan praktek.
10. Kedua Orang Tua Dan Kedua Mertua saya, Istriku tercinta Hana K.B Sakan Spd, anakku Julian Jhon Neymar Nenometa tersayang yang telah mendukung penulis sampai penulis menyelesaikan studi D III keperawatan
11. Rekan-Rekan Seperjuangan UAP, Ruangan Komodo yang telah memberikan Sumbangsihnya tanpa pamrih. Trima Kasih takterhinga buat semuanya.
12. Semua Pihak yang tidak dapat Penulis Sebutkan satu persatu, yang telah berjasa terhadap penulis, sehingga penulis dapat menyelesaikan Laporan Karya Tulis Ilmiah ini.

Penulis menyadari bahwa Laporan Karya Tulis Ilmiah ini masih jauh dari sempurna. Untuk itu kritik dan saran dari semua pihak untuk penyempurnaan Laporan Karya Tulis Ilmiah ini sangat diharapkan agar lebih bermanfaat bagi yang berkepentingan.

Kupang, 22 Juli 2019

Penulis

ABSTRAK

Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang Jurusan D-III Keperawatan Karya Tulis Ilmiah

Nama: Patrianus Jesua Nenometa
NIM : PO.530320118225

Kebutuhan rasa aman dan nyaman adalah terbebasnya dari rasa yang tidak menyenangkan dan jika masalah tidak ditangani akan menyebabkan permasalahan seperti nyeri dan mengganggu aktivitas dan kenyamanan seseorang. Nyeri bisa diakibatkan karena peningkatan retensi pembuluh darah yang mengakibatkan nyeri. Upaya untuk menangani nyeri bisa dilakukan tindakan akupseur yang dapat melancarkan peredaran darah dan mudah dilakukan. Salah satu penyakit yang menyebabkan ketidaknyamanan adalah sirosis hepatis.

Tujuan penulisan adalah mahasiswa mampu menerapkan asuhan keperawatan yang diberikan pada Tn.M.F dengan gangguan kebutuhan dasar aman dan nyaman di ruang komodo RSUD.Prof. Dr. W.Z. Johannes Kupang.

Hasil pengkajian yang dilakukan pada tanggal 15-17 Juli 2019 menunjukkan bahwa, pasien mengatakan bahwa ia merasa sesak napas, nyeri, lemah dan belum bisa beraktivitas seperti biasanya. Diagnosa keperawatan yang ditegakkan diantaranya: 1). ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan hiperventilasi sekunder terhadap adanya asites; 2). Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis (infeksi) dan 3). Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan fisik. Intervensi yang dilakukan untuk mengatasi ketidakefektifan pola nafas adalah: manajemen pernapasan, status pernapasan. Intervensi untuk mengatasi masalah nyeri: manajemen nyeri, control nyeri, tingkat kenyamanan. Intervensi keperawatan untuk mengatasi masalah intoleransi aktifitas adalah manajemen energi, toleransi aktivitas dan bantuan perawatan diri ADLs. Implementasi dilakukan sesuai dengan intervensi yang telah ditetapkan. Evaluasi dilakukan sesuai respon klien terhadap tindakan yang dilakukan yaitu pasien masih merasa pusing, pasien tampak lemah, RR : 22 x/menit, belum bisa beraktivitas dengan baik. Dapat disimpulkan bahwa masalah keperawatan teratasi sebagian dan implementasi dilanjutkan oleh perawat ruangan. Perawat perlu mengetahui asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan pemenuhan kebutuhan aman nyaman menggunakan pendekatan proses keperawatan sehingga terwujud kualitas pelayanan keperawatan yang optimal.

Kata Kunci :Asuhan Keperawatan pasien dengan gangguan kebutuhan dasar aman dan nyaman.

DAFTAR ISI

Halaman Judul	
Halaman Judul	i
Biodata Penulis	ii
Pernyataan Keaslian Penulisan	iii
Lembar Persetujuan	iv
Lembar Pengesahan	v
Kata Pengantar	vi
Abstrak	viii
Daftar Isi	ix
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Tujuan penulisan	2
1.3 Manfaat penulisan	3
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	4
2.1 Konsep Dasar teori	4
2.1.1 Pengertian sirosis hepatis	4
2.1.2 Etiologi sirosis hepatis	4
2.1.3 Patofisiologi sirosis hepatis	5
2.1.4 Klasifikasi sirosis hepatis	7
2.1.5 Manifestasi klinis sirosis hepatis	7
2.1.6 Komplikasi sirosis hepatis	8
2.1.7 Penatalaksanaan sirosis hepatis	9
2.1.8 Pemeriksaan penunjang sirosis hepatis	10
2.2 Konsep Asuhan Keperawatan	11
2.2.1 Pengkajian	11
2.2.2 Diagnosa keperawatan	12
2.2.3 Intervensi keperawatan	13
2.2.4 Implementasi keperawatan	18
2.2.5 Evaluasi keperawatan	18
BAB 3 HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN	19
3.1 Hasil Studi Kasus	19
3.1.1 Pengkajian	19
3.1.2 Diagnosa keperawatan	21
3.1.3 Intervensi keperawatan	22
3.1.4 Implementasi keperawatan	24
3.1.5 Evaluasi keperawatan	28
3.2 Pembahasan	29

3.2.1	Pengkajian	30
3.2.2	Diagnosa keperawatan	31
3.2.3	Intervensi keperawatan	32
3.2.4	Implementasi keperawatan	33
3.2.5	Evaluasi keperawatan	34
3.3	Keterbatasan Studi Kasus	35
BAB 4	PENUTUP	36
4.1	Kesimpulan	36
4.2	Saran	39
	DAFTAR PUSTAKA	41
	LAMPIRAN	41

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 LatarBelakang

Nyeri merupakan salah satu kebutuhan dasar aman dan nyaman yang harus dipenuhi oleh setiap manusia. Nyeri adalah suatu perasaan yang tidak menyenangkan dan disebabkan oleh stimulus spesifik, seperti mekanik, termal, kimia atau elektrik pada ujung-ujung syaraf . Salah satu penyakit yang dapat menimbulkan nyeri atau ketidaknyamanan adalah sirosis hepatis.

Sirosis adalah penyakit hati kronis yang dicirikan dengan distorsi arsitektur hati yang normal olehlembar-lembar jaringan ikat dan nodul-nodul regenerasi hati, yang tidak berkaitan dengan vaskulatur normal. Nodul-nodul regenerasi ini dapat berukuran kecil (mikronodular) atau besar (makronodular). Sirosis dapat mengganggu darah intrahepatik, dan pada kasus yang sangat lanjut menyebabkan kegagalan fungsihati secara bertahap (Price & Wilson, 2009).

Di Indonesia penyakit ini sangat meningkat sejak Perang Dunai II, sehingga sirosis menjadi salah satu penyebab kematian yang paling menonjol. Peningkatan ini sebagian disebabkan oleh insidensi hepatitis virus yang meningkat, namun yang lebih bermakna agaknya adalah karena asupan alcohol yang sangat meningkat. Alkoholisme merupakan satu-satunya penyebab terpenting sirosis. Sirosis akibat alcohol merupakan penyebab kematian nomor 9 pada tahun 1998 di Amerika Serikat dengan jumlah hingga 28.000 kematian (National Institute On Alcohol Abuse and Alcoholism, 1989) dalam (Price & Wilson, 2009), rata rata orang dengan sirosis punya masalah nyeri

Berdasarkan dari data organisasi kesehatan dunia atau World Health Organization (WHO) 2010, penyakit sirosis hepatis menempati urutan

kelima tertinggi penyakit kronis yang ada di dunia dan lebih dari 600.000 ribu kasus baru didiagnosis secara global setiap tahun.

Menurut hasil Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) tahun 2018 bahwa jumlah orang yang didiagnosis Hepatis di fasilitas pelayanan kesehatan berdasarkan gejala-gejala yang ada, menunjukkan peningkatan dua kali lipat apabila dibandingkan dengan data tahun 2007 dan 2013. Di Indonesia data prevalensi sirosis hati belum ada, hanya laporan-laporan dari beberapa pusat pendidikan saja. Di RS Dr. Sardjito Yogyakarta jumlah pasien sirosis hati berkisar 4,1% dari pasien yang dirawat di Bagian Penyakit Dalam dalam kurun waktu 1 tahun 2004 (tidak dipublikasi) (Nurdjanah, 2009).

Pada tahun 2007 Nusa Tenggara Timur (4,3%) merupakan propinsi urutan pertamam dari lima propinsi dengan prevalensi penyakit sirosis hepatis tertinggi. Berdasarkan data Sub Bagian Register RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang di ruang Komodo penderita dengan kasus sirosis hepatis sejak periode Februari 2019 sampai dengan 30 Juni 2019 di peroleh data 5 orang penderita sirosis hepatis. Penderita 5 orang tersebut semuanya berjenis kelamin laki-laki (Register Medis Ruangan Komodo, RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang, 2019).

Berdasarkan latar belakang diatas penulis sangat tertarik untuk melaksanakan asuhan keperawatan dengan judul “Asuhan Keperawatan Tn. M. F dengan gangguan kebutuhan dasar aman dan nyaman di Ruang Komodo RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang. Komplikasi pada kesehatan, pembesaran hati, obstruksi portal dan asites, varises gastrointestinal, edema, rupture pembuluh darah, perdarahan, gagal hati yang kronis karena terjadi penurunan fungsi di organ hati secara drastic, terserang infeksi, kanke rhati, kolestasis, dan penyakit ginjal, defisiensi vitamin dan anemia, kemunduran mental (Brunner & Suddart, 2002).

Peran perawat disini adalah melakukan asuhan keperawatan secara mandiri dan kolaborasi untuk meminimalkan kemungkinan perdarahan gastrointestinal, pemberian suplemen vitamin dan nutrisi, pemberian

preparat diuretic, meminimalkan perubahan cairan serta elektrolit, asupan protein dan kalori yang adekuat. (Brunner & Suddart, 2002). Berdasarkan beberapa uraian di atas maka penulis tertarik untuk melakukan studi kasus pada Tn.M.F dengan gangguan pemenuhan kebutuhan dasar aman dan nyaman.

1.2 Tujuan Penulisan

1.2.1 Tujuan Umum

Menerapkan Asuhan Keperawatan Pada Pasien Tn. M.F dengan gangguan pemenuhan kebutuhan dasar aman dan nyaman.

1.2.2 Tujuan khusus

1. Melakukan pengkajian pada Tn.M.F yang menderita gangguan pemenuhan kebutuhan dasar aman dan nyaman baik melalui wawancara, observasi, dan pemeriksaan fisik.
2. Merumuskan diagnose keperawatan pada Tn.M.F dengan gangguan pemenuhan kebutuhan dasar aman dan nyaman
3. Membuat rencana tindakan keperawatan pada Tn.M.F dengan gangguan pemenuhan kebutuhan dasar aman dan nyaman
4. Melaksanakan implementasi keperawatan pada Tn.M.F dengan gangguan pemenuhan kebutuhan dasar aman dan nyaman
5. Mengevaluasi tindakan keperawatan pada Tn.M.F dengan gangguan pemenuhan kebutuhan dasar aman dan nyaman

1.3 Manfaat Penulisan

1.3.1 Manfaat Teori

Dapat dijadikan referensi sebagai pengembangan ilmu keperawatan khususnya pada pasien dengan gangguan kebutuhan dasar aman dan nyaman.

1.3.2 Manfaat Praktis

1. Bagi Mahasiswa

Menambah wawasan dalam memberikan Asuhan Keperawatan pada pasien dengan gangguan pemenuhan kebutuhan dasar aman dan nyaman

2. Bagi Institusi Pendidikan

Hasil studi kasus ini dapat digunakan sebagai bahan acuan bagi pengembangan keilmuan khususnya Asuhan Keperawatan pada pasien dengan gangguan pemenuhan kebutuhan dasar aman dan nyaman

3. Bagi RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang

Sebagai bahan masukan dan evaluasi yang diperoleh dalam pelaksanaan praktek keperawatan yang tepat khususnya dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan pemenuhan kebutuhan dasar aman dan nyaman.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Aman Nyaman

2.1.1. Pengertian

Kenyamanan/rasa nyaman adalah suatu keadaan telah terpenuhinya kebutuhan dasar manusia yaitu kebutuhan akan ketentraman (suatu kepuasan yang meningkatkan kebutuhan akan ketentraman (suatu kepuasan yang meningkatkan penampilan sehari-hari). Ketidaknyamanan adalah keadaan keti penampilan sehari-hari). Ketidaknyamanan adalah keadaan ketika individu ka individu mengalami sensasi yang tidak menyenangkan dalam berespon terhadap mengalami sensasi yang tidak menyenangkan dalam berespon terhadap suatu rangsangan.

Aman adalah keadaan bebas dari cedera fisik dan psikologis. Pemenuhan Aman adalah keadaan bebas dari cedera fisik dan psikologis. Pemenuhan kebutuhan keamanan dilakukan untuk menjaga tubuh bebas dari kebutuhan keamanan dilakukan untuk menjaga tubuh bebas dari kecelakaan baik pasien, perawat atau petugas lainnya yang bekerja untuk kecelakaan baik pasien, perawat atau petugas lainnya yang bekerja untuk pemenuhan kebutuhan tersebut (Potter & Perry, 2006).

2.1.2. Faktor Yang Mempengaruhi Kebutuhan Aman Nyaman

a. Emosi

Kecemasan, depresi dan marah akan mudah terjadi dan mempengaruhi
Kecemasan, depresi dan marah akan mudah terjadi dan mempengaruhi
keamanan dan kenyamanan

- b. Status mobilisasi
Keterbatasan aktivitas, paralisis, kelemahan otot dan kesadaran menurun memudahkan terjadinya resiko injury
- c. Gangguan persepsi sensory
Mempengaruhi adaptasi terhadap rangsangan yang berbahaya seperti gangguan penciuman dan penglihatan
- d. Keadaan imunitas
Gangguan ini akan menimbulkan daya tahan tubuh kurang sehingga mudah terserang penyakit
- e. Tingkat kesadaran
Pada pasien koma, respon akan menurun terhadap rangsangan
- f. Gangguan tingkat pengetahuan
Kesadaran akan terjadi gangguan keselamatan dan keamanan dapat diprediksi sebelumnya.
(Potter & Perry, 2006).

2.1.3. Konsep Teori Sirosis Hepatis

2.2.1. Pengertian Sirosis Hepatis

Sirosis adalah penyakit hati kronis yang dicirikan dengan distorsi arsitektur hati yang normal oleh lembar-lembar jaringan ikat dan nodul-nodul regenerasi sel hati, yang tidak berkaitan dengan vaskulatur normal. Nodul-nodul regenerasi ini dapat berukuran kecil (mikronodular) atau besar (makronodular) (Price & Wilson, 2009). Bagian hati yang terutama terlibat dalam sirosis terdiri atas ruang portal, dan periportal tempat kanalikulus biliaris dari masing-masing lobules hati bergabung untuk membentuk saluran empedu dalam hati. (Brunner & Suddart, 2002).

2.2.2. Etiologi Sirosis Hepatis

Meskipun etiologi berbagai bentuk sirosis masih kurang dimengerti, terdapat tiga pola khas yang ditemukan pada kebanyakan kasus antara lain :

a. Sirosis Laennec

Merupakan suatu pola khas sirosis akibat penyalahgunaan alkohol kronis yang mencapai sekitar 75% atau lebih dari kasus sirosis.

b. Sirosis Pasca nekrotik

Biasanya terjadi setelah nekrosis berbercak pada jaringan hati.

c. Sirosis Bilier

Kerusakan sel hati yang dimulai di sekitar duktus biliaris akan menimbulkan pola sirosis. Pola ini merupakan penyebab 2% kematian akibat sirosis. (Price&Wilson, 2009).

(Black& Hawks,2014) berpendapat, penyebab sirosis belum teridentifikasi jelas, meskipun hubungan antara sirosis dengan minum alkohol berlebihan telah ditetapkan dengan baik. Negara-negara dengan insiden sirosis tertinggi memiliki konsumsi alkohol per kapita terbesar. Kecenderungan keluarga dengan predisposisi genetik, juga hipersensivitas terhadap alkohol, tampak pada sirosis alkoholik.

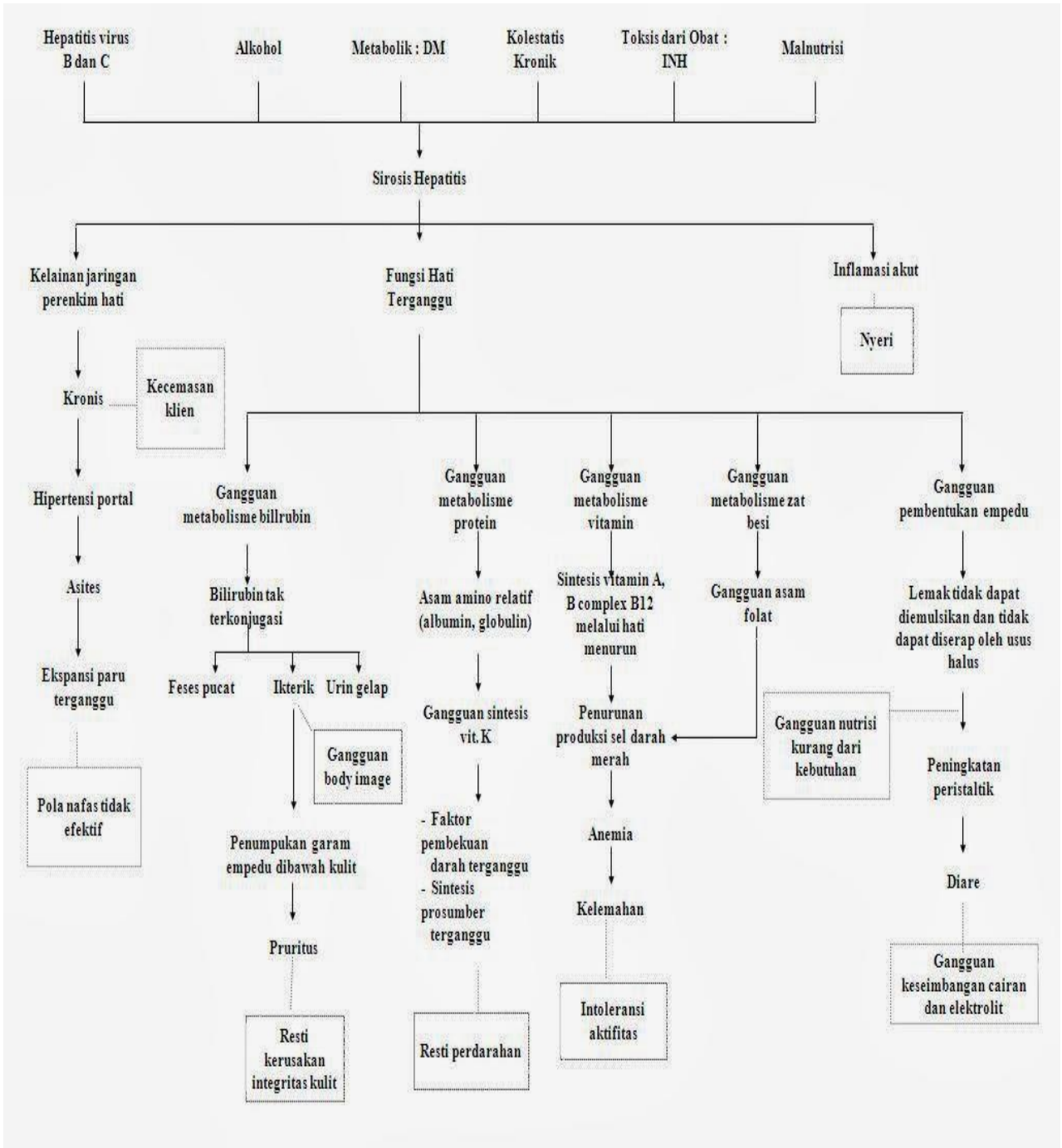
2.2.3. Patofisiologi Sirosis Hepatis

Sirosis adalah tahap akhir pada banyak tipe cedera hati. Sirosis hati biasanya memiliki konsistensi noduler, dengan berkas fibrosis (jaringan parut) dan daerah kecil jaringan regenerasi. Terdapat kerusakan luas hepatosit. Perubahan bentuk hati mengubah aliran system vascular dan limfatik serta jalur duktus empedu. Periode eksaserbasi ditandai dengan statis empedu, endapan jaundis(Black & Hawks, 2014).Hipertensi vena poerta berkembang pada sirosis berat.

Vena porta menerima darah dari usus dan limpa. Jadi peningkatan didalam tekanan vena porta menyebabkan:

1. Aliran balik meningkat pada tekanan resistan dan pelebaran vena esofagus, umbilicus, dan vena rektus superior, yang mengakibatkan perdarahan varises.
2. Asites (akibat pergeseran hidrostastik atau osmotik mengarah pada akumulasi cairan didalam peritoneum)
3. Bersihan sampah metabolic protein tidak tuntas dengan akibat meningkatnya ammonia, selanjutnya mengarah kepada ensefalopati hepaticum.
4. Kelanjutan proses sebagai akibat penyebab tidak diketahui atau penyalahgunaan alkohol biasanya mengakibatkan kematian dari ensefalopati hepaticum, infeksi bakteri (gram negative), peritonitis (bakteri), hepatoma (tumor hati), atau komplikasi hipertensi porta (Black & Hawks, 2014).

Pathway Sirosis Hepatis :



Pathway : Gambar (Black & Hawks, 2014)

2.2.4. Klasifikasi Sirosis Hepatis

Ada tiga tipe sirosis hepatis atau pembentukan parut dalam hati antara lain :

1. *Sirosis Portal Laennec* (Alkoholik, Nutrisional).
Dimana jaringan parut secara khas mengelilingi daerah portal. Sirosis ini paling sering disebabkan oleh alkoholisme kronis dan merupakan tipe sirosis yang paling sering ditemukan di Negara Barat
2. *Sirosis Pascanekrotik*
Dimana terdapat pita jaringan parut yang lebar sebagai akibat lanjut dari hepatitis virus akut yang terjadi sebelumnya.
3. *Sirosis Bilier*
Dimana pembentukan jaringan parut terjadi dalam hati di sekitar saluran empedu. Tipe ini biasanya terjadi akibat obstruksi biliar yang kronis dan infeksi (kolangitis): insidennya lebih rendah dari pada insiden sirosis Laennec dan pasca nekrotik.
4. *Sirosis biliaris* primer terjadi kerusakan progresif pada duktus biliaris intrahepatik. Terutama (90%) mengenai wanita antara 40-60 tahun, dan keluhan utamanya berupa tanda-tanda koleastatis: pruritus, ikterus, disertai tinja pucat, urin gelap, dan steatorea, pigmentasi, dan xantelasma. (Brunner & Suddart, 2002).

2.2.5. Manifestasi Klinis Sirosis Hepatis

1. Keluhan pasien
Biasanya pasien mengeluh pruritis, urin berwarna gelap, ukuran lingkaran pinggang meningkat, turunnya selera makan dan turunnya berat badan, ikterus (kuning pada kulit dan mata) muncul belakangan.

2. Tanda Klasik:

Tanda klasik yang sering dijumpai antara lain : telapak tangan merah, pelebaran pembuluh darah, ginekomastia bukan tanda yang spesifik, peningkatan waktu yang protombin adalah tanda yang lebih khas, ensefalopi hepatis dengan hepatis fulminan akut dapat terjadi dalam waktu singkat dan pasien akan merasa mengantuk, delirium, kejang, dan koma dalam waktu 24 jam, onset ensefalopi hepatis dengan gagal hati kronik lebih lambat dan lemah (Setiati, Siti. 2014).

2.2.6. Komplikasi Sirosis Hepatis

Komplikasi sirosis hepatis yang utama adalah hipertensi portal, asites, peritonitis bakterial spontan, pendarahan varises esophagus, sindroma hepatorenal, ensefalopati hepaticum, dan kanker hati.

1. Hipertensi Portal

Adalah peningkatan hepatic venous pressure gradient (HVPG) lebih 5 mmHg. Hipertensi portal merupakan suatu sindroma klinis yang sering terjadi. Bila gradient tekanan portal (perbedaan tekanan antara vena portal dan vena cava inferior) diatas 10-20 mmHg, komplikasi hipertensi portal dapat terjadi.

2. Asites

Penyebab asites yang paling banyak pada sirosis hepatis adalah hipertensi portal, disamping adanya hipo albuminemia (penurunan fungsi sintesis pada hati) dan disfungsi ginjal yang akan mengakibatkan akumulasi cairan dalam peritonium.

3. Varises Gastroesofagus

Varises gastroesofagus merupakan kolateral portosistemik yang paling penting. Pecahnya varises esophagus (VE) mengakibatkan perdarahan varises yang berakibat fatal.

Varises ini terdapat sekitar 50% penderita sirosis hepatis dan berhubungan dengan derajat keparahan sirosis hepatis.

4. Peritonitis Bakterial Spontan

Peritonitis bakterial spontan (SBP) merupakan komplikasi berat dan sering terjadi pada asites yang ditandai dengan infeksi spontan cairan asites tanpa adanya fokus infeksi intraabdominal.

5. Ensefalopati Hepatikum

Sekitar 28% penderita sirosis hepatis dapat mengalami komplikasi ensefalopati hepaticum (EH). Mekanisme terjadinya ensefalopati hepaticum adalah akibat hiperamonia, terjadi penurunan hepatic uptake sebagai akibat dari intra hepatic portal-systemic shunts dan/atau penurunan sintesis urea dan glutamik.

6. Sindrom Hepatorenal

Merupakan gangguan fungsi ginjal tanpa kelainan organik ginjal, yang ditemukan pada sirosis hepatis lanjut. Sindrom ini sering dijumpai pada penderita sirosis hepatis dengan asites refrakter.

Sindroma Hepatorenal tipe 1 ditandai dengan gangguan progresif fungsi ginjal dan penurunan klirens kreatinin secara bermakna dalam 1-2 minggu. Tipe 2 ditandai dengan penurunan filtrasi glomerulus dengan peningkatan serum kreatinin. Tipe 2 ini lebih baik prognosinya daripada tipe 1 (Nurdjanah, dikutip oleh Siti, 2014).

2.2.7. Penatalaksanaan Sirosis Hepatis

Penatalaksanaan pasien sirosis biasanya didasarkan pada gejala yang ada. Sebagai contoh :

1. Antasida diberikan untuk mengurangi distress lambung dan meminimalkan kemungkinan perdarahan gastrointestinal
2. Vitamin dan suplemen nutrisi akan meningkatkan proses kesembuhan pada sel-sel hati yang rusak dan memperbaiki status gizi pasien
3. Pemberian preparat diuretic yang mempertahankan kalium (spironolakton) mungkin diperlukan untuk mengurangi asites jika gejala ini terdapat dan meminimalkan perubahan cairan serta elektrolit yang umumnya terjadi pada penggunaan jenis diuretic lainnya.
4. Asupan protein dan kalori yang adekuat merupakan bagian yang esensial dalam penanganan sirosis bersama-sama upaya untuk menghindari penggunaan alcohol selanjutnya.

Meskipun proses fibrosis pada hati yang sirotik tidak dapat di putar balik perkembangan keadaan ini masih dapat dihentikan atau diperlambat dengan tindakan tersebut. Beberapa penelitian pendahuluan menunjukkan bahwa cholcicine, yang merupakan preparat anti inflamasi untuk mengobati gejala gout, dapat memperpanjang kelangsungan hidup penderita sirosis ringan hingga sedang. (Price & Wilson, 2009).

2.2.8. Pemeriksaan penunjang Sirosis Hepatis

Pemeriksaan penunjang menurut (Price & Wilson, 2012) :

1. Radiologis

- a. Foto polos abdomen.

Tujuannya : untuk dapat memperlihatkan densitas klasifikasi pada hati , kandung empedu, cabang saluran-saluran empedu dan pancreas juga dapat memperlihatkan adanya hepatomegalimegali atau asites nyata.

- b. Ultrasonografi (USG)

Metode yang disukai untuk mendeteksi hepatomegali atau kistik didalam hati.

c. CT Scan

Pencitraan beresolusi tinggi pada hati, kandung empedu, pancreas, dan limpa; menunjukkan adanya batu, massa padat, kista, abses dan kelainan struktur: sering dipaki dengan bahan kontras

d. Magnetik Resonance Imaging (MRI) (Pengambilan gambar organ)

Pemakaian sama dengan CT scan tetapi memiliki kepekaan lebih tinggi, juga dapat mendeteksi aliran darah dan sumbatan pembuluh darah; non invasive.

2. Laboratorium

a. Ekskresi hati dan empedu : Mengukur kemampuan hati untuk mengonjugasi dan mengekskresi pigmen empedu, antara lain

b. Bilirubin serum direk (Terkonjugasi)

Meningkat apabila terjadi gangguan ekskresi bilirubin terkonjugasi (Nilai normalnya 0,1-0,3 mg/dl).

c. Bilirubin serum indirek (Tidak terkonjugasi)

Meningkat pada keadaan hemolitik dan sindrom Gilbert (Nilai normalnya 0,2-0,7 mg/dl).

d. Bilirubin serum total

Bilirubin serum direk dan total meningkat pada penyakit hepatoseluler (Nilai normalnya 0,3-1,0 mg/dl).

e. Metabolisme Protein

1) Protein serum total : sebagian besar protein serum dan protein pembekuan disintesis oleh hati sehingga kadarnya menurun pada berbagai gangguan hati. (Nilai normalnya 6-8 gr/dl)

2) Albumin serum (Nilai normalnya : 3,2-5,5 gr/dl)

Globulin serum (Nilai normalnya : 2,0-3,5 gr/dl)

3) Massa Protrombin (Nilai normalnya : 11-15 detik)

Meningkat pada penurunan sintesis protrombin akibat kerusakan sel hati atau berkurangnya absorpsi vitamin K pada obstruksi empedu. Vitamin K penting untuk sintesis protrombin

f. Prothrombin time (PT) memanjang (akibat kerusakan sintesis protrombin dan faktor pembekuan)

g. Biopsihepar dapat memastikan diagnosis bila pemeriksaan serum dan pemeriksaan radiologis tak dapat menyimpulkan

2.2.9. Konsep Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Sirosis hepatitis

a. Pengkajian

Pengkajian keperawatan menurut Brunner & Suddart, 2002 yaitu berfokus pada awitan gejala dan factor-faktor pencetus khususnya penyalahgunaan alkohol dalam waktu yang lama. Selain itu yang harus dikaji antara lain :

1. Identitas klien

2. Riwayat kesehatan :

a. Riwayat Kesehatan Sekarang

Biasanya klien datang dengan mengeluh lemah/letih, otot lemah, anoreksia(susah makan), nausea, kembung, pasien merasa perut terasa tidak enak berat badan menurun, mengeluh perut semakin membesar, perdarahan pada gusi, gangguan BAK (inkontinensia urin), gangguan BAB (konstipasi/ diare), juga sesak nafas

b. Riwayat Kesehatan Dahulu

1) Apakah ada riwayat konsumsi alkohol?

2) Apakah ada riwayat penyakit hepatitis kronis sebelumnya?

3) Apakah ada riwayat gagal jantung kiri/kanan?

4) Riwayat pemakaian obat-obatan, merokok, pirampisin

c. Riwayat Kesehatan Masa Kecil

Tanyakan apakah ada anggota keluarga yang menderita hepatitis/sirosis hepatitis?

3. Pemeriksaan fisik

Kaji adanya lateragi, asites, dispnea, kaji adanya pembesaran pada hepar (hepatomegali), apakah ada edema pada seluruh tubuh, kaji adanya kulit kering dan ikterik, apakah ada perdarahan pada gusi

4. Eritema palmaris, pruritus
5. Tremor
6. Cavut medusa
7. Varises esophagus, hemel
8. Atropi testis, ginekomastia

b. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa Keperawatan Berdasarkan NANDA 2015

1. Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera fisik
2. Ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake yang tidak adekuat sekunder terhadap anorexia.
3. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelelahan dan penurunan berat badan.
4. Risiko kerusakan integritas kulit berhubungan dengan imobilitas sekunder terhadap kelemahan
5. Ketidak efektifan pola napas berhubungan dengan penurunan ekspansi paru
6. Kelebihan volume cairan
7. Gangguan citra tubuh berhubungan dengan peran tubuh
8. Ketidakmampuan koping keluarga
9. Risiko ketidakseimbangan elektrolit
10. Risiko perdarahan

11. Risiko gangguan fungsi

c. Intervensi Keperawatan

Intervensi Keperawatan (Berdasarkan NOC & NIC, 2013)

Intervensi keperawatan berikut ini lebih ditujukan pada diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien antara lain :

Diagnosa 1 :Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera fisik.

NOC :Pain Level, pain control, comfort level **Kriteria Hasil** :

- 1) Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan teknik non farmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan).
- 2) Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri.
- 3) Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi dan tanda nyeri).
- 4) Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang.
- 5) Tanda vital dalam rentang normal.

NIC :Pain Management :

- 1) Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi.
- 2) Observasi reaksi nonverbal dari ketidak nyamanan.
- 3) Gunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien.
- 4) Kaji kultur yang mempengaruhi respon nyeri.
- 5) Evaluasi pengalaman nyeri masa lampau.
- 6) Evaluasi bersama pasien dan tim kesehatan lain tentang
- 7) Bantu pasien dan keluarga untuk mencari dan menemukan dukungan.
- 8) Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan.

- 9) Kurangi faktor presipitasi nyeri. Pilih dan lakukan penanganan nyeri (farmakologi, non farmakologi dan inter personal).
- 10) Kaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi.
- 11) Ajarkan tentang teknik non farmakologi.
- 12) Berikan analgetik untuk mengurangi nyeri. Evaluasi keefektifan kontrol nyeri Tingkatkan istirahat.

Analgesic Administration :

- 1) Tentukan lokasi, karakteristik, kualitas, dan derajat nyeri sebelum pemberian obat.
- 2) Cek instruksi dokter tentang jenis obat, dosis, dan frekuensi.
- 3) Cek riwayat alergi.
- 4) Pilih analgesik yang diperlukan atau kombinasi dari analgesik ketika pemberian lebih dari satu.
- 5) Tentukan pilihan analgesik tergantung tipe dan beratnya nyeri.
- 6) Tentukan analgesik pilihan, rute pemberian, dan dosis optimal.
- 7) Pilih rute pemberian secara IV, IM untuk pengobatan nyeri secara teratur.
- 8) Monitor vital sign sebelum dan sesudah pemberian analgesik pertama kali.
- 9) Berikan analgesik tepat waktu terutama saat nyeri hebat.
- 10) Evaluasi efektivitas analgesik, tanda dan gejala (efek samping)

Diagnosa 2 : Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake yang tidak adekuat sekunder terhadap anorexia.

NOC : Nutritional Status : Food and Fluid Intake (Status Nutrisi : Intake Makanan dan Cairan.

Outcome/Kriteria Hasil :

- 1) Adanya peningkatan berat badan sesuai dengan tujuan.

- 2) Berat badan ideal sesuai dengan tinggi badan.
- 3) Mampu mengidentifikasi kebutuhan nutrisi.
- 4) Tidak ada tanda tanda malnutrisi.
- 5) Tidak terjadi penurunan berat badan yang berarti.

NIC : Nutrient Terapy (Terapi Nutrisi) :

- 1)Kaji status nutrisi klien..
- 2) Jaga kebersihan mulut, ajarkan oral hygiene pada klien/keluarga.
- 3) Kolaborasi pemberian nutrisi secara parenteral.
- 4) Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrisi yang dibutuhkan untuk memenuhi kebutuhan nutrisi setelah klien selesai diindikasikan untuk puasa.

Body Weigh Management/Manajemen Berat Badan :

- 1)Timbang berat badan klien secara teratur.
- 2) Diskusikan dengan keluarga klien hal-hal yang menyebabkan penurunan berat badan.
- 3) Pantau hasil laboratorium, seperti kadar serum albumin, dan elektrolit.

Vomiting Management (Manajemen Mual):

- 1)Dukung pasien untuk mempelajari strategi untuk manajemen mual.
- 2) Kaji frekuensi mual, durasi, tingkat keparahan, factor frekuensi, presipitasi yang menyebabkan mual.
- 3) Kontrol lingkungan sekitar yang menyebabkan mual.
- 4) Ajarkan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi mual (relaksasi, guide imagery, distraksi).

Diagnosa 3 : Intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelelahan dan penurunan berat badan.

- NOC :**
- 1)Energy conservation.
 - 2) Self Care : ADLs

Kriteria Hasil :

- 1) Berpartisipasi dalam aktivitas fisik tanpa disertai peningkatan tekanan darah, nadi dan RR.
- 2) Mampu melakukan aktivitas sehari hari (ADLs) secara mandiri.

NIC :

Energy Management :

- 1) Observasi adanya pembatasan klien dalam melakukan aktivitas.
- 2) Dorong pasien untuk mengungkapkan perasaan terhadap keterbatasan.
- 3) Kaji adanya factor yang menyebabkan kelelahan.
- 4) Monitor nutrisi dan sumber energi yang adekuat.
- 5) Monitor pasien akan adanya kelelahan fisik dan emosi secara berlebihan.
- 6) Monitor respon kardivaskuler terhadap aktivitas.
- 7) Monitor pola tidur dan lamanya tidur/istirahat pasien.

Activity Therapy :

- 1) Kolaborasikan dengan Tenaga Rehabilitasi Medik dalam merencanakan program terapi yang tepat.
- 2) Bantu klien untuk mengidentifikasi aktivitas yang mampu dilakukan.
- 3) Bantu untuk memilih aktivitas konsisten yang sesuai dengan kemampuan fisik, psikologi dan social.
- 3) Bantu untuk mengidentifikasi dan mendapatkan sumber yang diperlukan untuk aktivitas yang diinginkan.
- 5) Bantu untuk mendapatkan alat bantuan aktivitas seperti kursi roda, kruk.
- 6) Bantu untu mengidentifikasi aktivitas yang disukai.
- 7) Bantu klien untuk membuat jadwal latihan diwaktu luang.
- 8) Bantu pasien/keluarga untuk mengidentifikasi kekurangan dalam beraktivitas.
- 9) Sediakan penguatan positif bagi yang aktif beraktivitas.
- 10) Bantu pasien untuk mengembangkan motivasi diri dan penguatan.
- 11) Monitor respon fisik, emoi, social dan spiritual

Diagnosa 4 : Risiko tinggi kerusakan integritas kulit berhubungan dengan imobilitas sekunder terhadap kelemahan.

NOC :Tissue Integrity : Skin and Mucous Membranes (Integritas jaringan : kulit dan membrane mukosa).

Kriteria Hasil :

- 1) Integritas kulit yang baik bisa dipertahankan (sensasi, elastisitas, temperatur, hidrasi, pigmentasi).
- 2) Tidak ada luka/lesi pada kulit.
- 3) Perfusi jaringan baik.
- 4) Menunjukkan pemahaman dalam proses perbaikan kulit dan mencegah terjadinya sedera berulang.
- 5) Mampu melindungi kulit dan mempertahankan kelembaban kulit dan perawatan alami

- 1) Anjurkan pasien untuk menggunakan pakaian yang longgar.
- 2) Hindari kerutan pada tempat tidur.
- 3) Jaga kebersihan kulit agar tetap bersih dan kering.
- 4) Mobilisasi pasien (ubah posisi pasien) setiap dua jam sekali.
- 5) Monitor kulit akan adanya kemerahan.
- 6) Oleskan lotion atau minyak/baby oil pada daerah yang tertekan.
- 7) Monitor aktivitas dan mobilisasi pasien.
- 8) Monitor status nutrisi pasien.
- 9) Memandikan pasien dengan sabun dan air hangat

Diagnosa 5 : Ketidak efektifan pola napas berhubungan dengan penurunan ekspansi paru.

NOC : Respiratory status : Ventilation, Respiratory status : Airway patency, Vital sign Status.

Kriteria Hasil :

1) Mendemonstrasikan batuk efektif dan suara nafas yang bersih, tidak ada sianosis dan dyspneu (mampu mengeluarkan sputum, mampu bernafas dengan mudah, tidak ada pursed lips).

2) Menunjukkan jalan nafas yang paten (klien tidak merasa tercekik, irama nafas, frekuensi pernafasan dalam rentang normal, tidak ada suara nafas abnormal).

3) Tanda Tanda vital dalam rentang normal (tekanan darah, nadi, pernafasan).

1) Buka jalan nafas, gunakan teknik chin lift atau jaw thrust bila perlu.

2) Posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi.

3) Identifikasi pasien perlunya pemasangan alat jalan nafas buatan.

4) Lakukan fisioterapi dada jika perlu.

5) Keluarkan sekret dengan batuk atau suction.

6) Auskultasi suara nafas, catat adanya suara tambahan.

7) Berikan bronkodilator bila perlu.

8) Berikan pelembab udara Kassa basah NaCl Lembab.

1) Bersihkan mulut, hidung dan secret trakea.

2) Pertahankan jalan nafas yang paten.

3) Atur peralatan oksigenasi.

4) Monitor aliran oksigen.

5) Pertahankan posisi pasien.

6) Monitor adanya kecemasan pasien terhadap oksigenasi.

Diagnosa 6 : Kelebihan volume cairan.

NOC :1) Electrolit and acid base balance.

2) Fluid balance.

3) Hydration.

Kriteria Hasil:

- 1) Terbebas dari edema, efusi, anaskara.
 - 2) Bunyi nafas bersih, tidak ada dyspneu/ortopneu.
 - 3) Terbebas dari distensi vena jugularis, reflek hepatojugular (+).
 - 4) Memelihara tekanan vena sentral, tekanan kapiler paru, output jantung dan vital sign dalam batas normal.
 - 5) Terbebas dari kelelahan, kecemasan atau kebingungan.
 - 6) Menjelaskan indikator kelebihan cairan.
-
- 1) Pertahankan catatan intake dan output yang akurat.
 - 2) Pasang urin kateter jika diperlukan.
 - 3) Monitor hasil IAb yang sesuai dengan retensi cairan (BUN , Hmt , osmolalitas urin).
 - 4) Monitor status hemodinamik termasuk CVP, MAP, PAP, dan PCWP.
 - 5) Monitor vital sign.
 - 6) Monitor indikasi retensi / kelebihan cairan (cracles, CVP , edema, distensi vena leher, asites).
 - 7) Kaji lokasi dan luas edema.
 - 8) Monitor masukan makanan / cairan dan hitung intake kalori harian.
 - 9) Monitor status nutrisi.
 - 10) Berikan diuretik sesuai intruksi.
 - 11) Batasi masukan cairan pada keadaan hiponatremi dilusi dengan serum Na < 130 mEq/l.
 - 12) Kolaborasi dokter jika tanda cairan berlebih muncul memburuk.
-
- 1) Tentukan riwayat jumlah dan tipe intake cairan dan eliminasi.
 - 2) Tentukan kemungkinan faktor resiko dari ketidak seimbangan cairan (Hipertermia, terapi diuretik, kelainan renal, gagal jantung, diaporesis,

disfungsi hati, dll).

- 3) Monitor berat badan.
- 4) Monitor serum dan elektrolit urine.
- 5) Monitor serum dan osmolalitas urine.
- 6) Monitor tekanan darah orthostatik dan perubahan irama jantung.
- 7) Monitor adanya distensi leher, rinchi, eodem perifer dan penambahan BB.
- 8) Monitor tanda dan gejala dari odema.
- 9) Beri obat yang dapat meningkatkan output urin.

Diagnosa 7 : Risiko perdarahan.

NOC :Kontrol risiko dan keamanan.

NIC :

- 1) Monitor dengan ketat risiko perdarahan pada pasien.
- 2) Monitor tanda dan gejala pendarahan menetap (contohnya cek semua sekresi darah yang terlihat jelas maupun tersembunyi).
- 3) Pertahankan agar pasien tetap tirah baring jika terjadi perdarahan aktif.
- 4) Lindungi pasien dari trauma yang dapat menyebabkan perdarahan.
- 5) Anjurkan pada orang tua untuk memberikan anak makanan yang banyak mengandung vitamin K.
- 6) Instruksikan kepada orang tua untuk memonitor tanda-tandan perdarahan dan mengambil tindakan yang tepat jika terjadi perdarahan.

d. Implementasi Keperawatan

Implementasi adalah pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan. Implementasi keperawatan respiratory distress syndrome sesuai dengan intervensi yang telah dibuat sebelumnya. (Brunner & Suddart. 2002)

e. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah perbandingan yang sistemik atau terencana tentang kesehatan pasien dengan tujuan yang telah ditetapkan, dilakukan dengan cara berkesinambungan, dengan melibatkan pasien, keluarga dan tenaga kesehatan lainnya. (Brunner & Suddart. 2002) Evaluasi yang diharapkan antara lain :

1. Nyeri terkontrol
2. Keseimbangan nutrisi terpenuhi
3. Toleransi terhadap aktivitas terpenuhi
4. Risiko infeksi tidak terjadi

(Brunner & Suddart. 2002).

BAB 3

HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

3.1. Hasil Studi Kasus

3.1.1. Pengkajian

1. Identitas Pasien

Pengkajian dilakukan pada tanggal 15 Juli 2019 di ruang Komodo RSUD Prof. Dr. W.Z. Johannes Kupang dengan data-data sebagai berikut, nama : Tn.M.F., tanggal lahir : 04 Mei 1985, umur :34tahun,jenis kelamin :laki-laki, diagnosa medis : Sirosis Hepatis ,nomor RM :40.70.46, pendidikan terakhir : SMA, Alamat :Manutapen, tgl MRS : 09 Juli 2019, tgl pengkajian : 15Juli 2019, pekerjaan :Swasta.

2. Identitas Penanggungjawab

Nama: Ny.S. T., Jenis kelamin: perempuan,alamat : Manutapen,pekerjaan: Swasta, hubungan dengan klien: Istri.

3. Riwayat Kesehatan

a. Keluhan utama

Nyeri dan sesak napas

b. Riwayat kesehatan sebelum sakit

Pasien mengatakan tidak pernah mengalami sakit yang lain.

c. Riwayat penyakit sekarang

1) Keluhan saat masuk rumah sakit

Sesak napas

2) Keluhan saat dikaji

Pasien mengatakan sesak napas, Pasien mengatakan perutnya semakin membesar, sakit pada perut kanan seperti terstusuk-tusuk, ada luka pada kaki kiri, ada benjolan di selangkangan kiri dan dibawah pusar

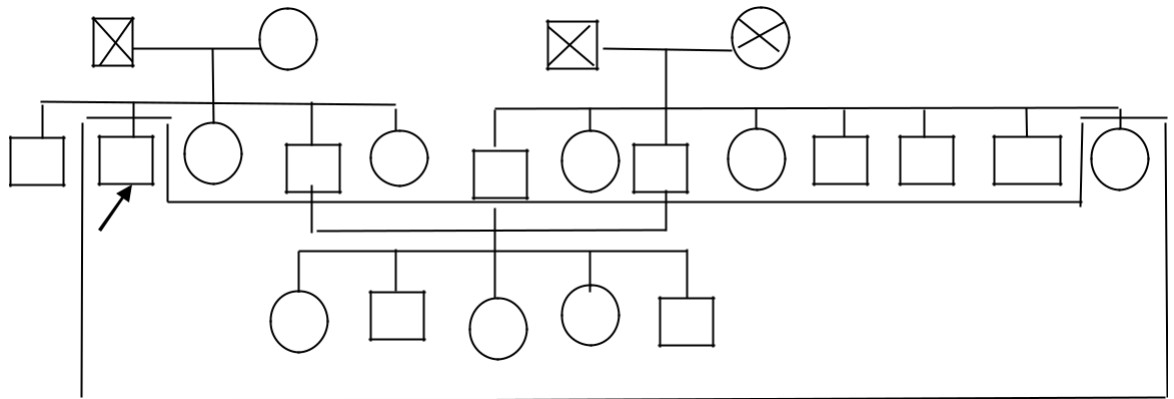
d. Riwayat penyakit sebelumnya






Pasien mengatakan sebelumnya tidak pernah mengalami sakit yang sama atau penyakit lainnya. Pasien tidak mempunyai riwayat operasi dan riwayat alergi.

e. Riwayat kesehatan keluarga

Pasien mengatakan di dalam keluarga tidak ada yang menderita penyakit kuning seperti yang dialaminya sekarang, maupun penyakit yang lainnya.

Genogram Keluarga:



Keterangan:  Laki-laki meninggal: Pasien 
: Perempuan meninggal  : Tinggal Serumah
: Laki-laki hidup  : Perempuan hidup 

1. Pemeriksaan Fisik

Hasil pemeriksaan fisik yang dilakukan yaitu dilakukan secara inspeksi : tingkat kesadaran compos mentis, GCS 15 (E4 V5 M6), tampak sesak, adanya tarikan dinding dada dan abdomen membesar. Auskultasi : tidak ada suara napas tambahan, bising usus baik (30 kali/menit), Palpasi : adanya nyeri tekan, dan dinding abdomen mengeras. Perkusi : perut membesar,

adanya asites (+). Pola makan teratur, nafsu makan baik, pasien mengatakan porsi yang disajikan dihabiskan tetapi sedikit demi sedikit. Tanda-tanda vital TD: 110/70 mmHg, N: 94 kali/menit, RR: 24 kali/menit dan S: 36,5°C. Ukuran lingkar perut 103 cm, Berat badan 50 kg, tinggi badan 160 cm, IMT : 19,5 dan status gizi baik.

2. Pemeriksaan Penunjang

a. Pemeriksaan darah

Dilakukan pada tanggal 25 Mei 2019 antara lain :

- 1) HB : 4,6 g/dl (Nilai normalnya 12,0-16,0 g/dl).
- 2) Jumlah eritrosit: 1,70 L (Nilai normalnya 4.20-5,40 L).
- 3) Hematokrit 13,6 L % (Nilai normalnya 37-47 L).
- 4) Jumlah trombosit : 36 10^3 /ul (Nilai normalnya 150-400 10^3 /ul).
- 5) Jumlah limfosit : 0,53 L (Nilai normalnya 1,00-3,70L).
- 6) Jumlah Lekosit 7,17 % (Nilai normalnya 4,50-13,50 %).
- 7) Albumin

b. Radiologi :

USG : Jantung : Katub normal, sistol-diastol

normal 3. Terapi

Di ruangan Komodo Tn. M. F mendapatkan terapi infus Nacl 0,9% 28 tetes/menit, ketorolak injeksi 3 x 30 mg (per 8 jam), Ranitidin injeksi 2 x 200 mg per 12 jam.

3.1.2. Diagnosa Keperawatan Berdasarkan NANDA 2015.

Dari hasil pengkajian diagnosa keperawatan yang diambil berdasarkan NANDA 2015 adalah :

1. Ketidak efektifan pola napas berhubungan dengan hiperventilasi sekunder terhadap adanya asites yang ditandai dengan pasien mengatakan sesak napas, tampak pasien sesak napas, RR 24 x/mnt, tampak adanya tarikan dinding dada, dan klien tampak lemah, asites (+)

2. Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera biologis (infeksi) yang ditandai pasien mengatakan perutnya semakin membesar, sakit pada perut kanan seperti terstusuk-tusuk, wajah pasien tampak meringis saat dilakukan palpasi, skala nyeri 4 dan tampak abdomen membesar (asites), lingkaran perut 103 cm
3. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan fisik yang ditandai dengan pasien mengatakan lelah setelah beraktivitas ke kamar mandi, tampak lemas setelah beraktivitas, tampak ada luka di kaki kiri, tampak sebagian besar ADLs dibantu keluarga dan perawat, TTV : TD : 110/70 mmHg, Nadi : 94 kali/menit, Suhu : 36,5 °C.

3.1.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi atau rencana keperawatan adalah sebagai suatu dokumen tulisan yang berisi tentang cara menyelesaikan masalah, tujuan, intervensi (NOC & NIC 2013). Perencanaan tindakan keperawatan pada kasus ini didasarkan pada tujuan intervensi pada :

Diagnosa keperawatan pertama : Ketidak efektifan pola napas berhubungan dengan hiperventilasi sekunder terhadap adanya asites. **Goal :** Pasien akan mempertahankan pola napas yang efektif selama dalam perawatan.

Obyektif : Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x

24 jam diharapkan pola napas pasien efektif dengan kriteria hasil : frekwensi pernapasan dalam batas normal (16-20 x/menit), irama pernapasan teratur, tidak ada penggunaan otot bantu napas, tidak ada suara napas tambahan dan retraksi dinding dada, tidak ada dispnoe saat istirahat dan latihan. **Intervensi:** fisiologis kompleks (lanjutan): manajemen pernapasan : manajemen ventilasi mekanik yaitu membantu pasien yang mendapatkan pernapasan dengan alat bantu tanpa insersi trachea. **Aktivitas-Aktivitas :** 1) Kaji status pernapasan. 2) Posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi. 3) Identifikasi pasien perlunya pemasangan alat jalan nafas buatan. 4) Auskultasi suara nafas, catat adanya suara tambahan.

5) Berikan bronkodilator bila perlu. 6) Berikan pelembab udara Kassa basah NaCl Lembab. 7) Monitor respirasi dan status O₂. 8) Atur peralatan oksigenasi. 9) Monitor aliran oksigen. 10) Pertahankan posisi pasien. 11) Monitor adanya kecemasan pasien terhadap oksigenasi

Diagnosa keperawatan kedua : Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera biologis (infeksi). **Goal :** pasien akan bebas dari nyeri selama dalam perawatan. **Obyektif :** setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan nyeri dapat terkontrol. **NOC :** Pengetahuan tentang kesehatan dan perilaku.: Perilaku sehat.: Kontrol nyeri yaitu tindakan pribadi untuk mengontrol nyeri, meningkat dari 2 (jarang menunjukkan) menjadi 4 (sering menunjukkan). **Indikator/Outcome :** Mengenali kapan nyeri terjadi, menggambarkan faktor penyebab, menggunakan tindakan penanganan nyeri tanpa analgesik, menggunakan analgesik yang telah direkomendasikan, melaporkan nyeri yang terkontrol, melaporkan perubahan terhadap gejala nyeri kepada profesional kesehatan. **NIC :** fisiologis dasar: peningkatan kenyamanan fisik : Manajemen nyeri, yaitu pengurangan atau reduksi nyeri sampai pada tingkat kenyamanan yang dapat diterima oleh pasien. **Aktivitas-aktivitas :** 1) Lakukan pengkajian nyeri kompre hensif yang meliputi : karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas (beratnya) nyeri dan factor pencetus. 2) Observasi tanda-tanda vital. 2) Observasi adanya petunjuk non verbal mengenai ketidaknyamanan. 3) Berikan informasi mengenai nyeri, misalnya penyebab nyeri, berapa lama nyeri akan dirasakan, dan antisipasinya. 4) Ajarkan tentang penggunaan teknik non farmakologi untuk pengurangan nyeri. 5) Anjurkan pasien dan keluarga untuk menghindari hal-hal yang dapat menyebabkan nyeri. 6) Kolaborasi pemberian therapy analgetik

Diagnosa keperawatan ketiga : Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan fisik. **Goal :** Pasien akan meningkatkan toleransi terhadap aktivitas selama dalam perawatan. **Obyektif :** Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan pasien toleransi dalam

beraktivitas dengan kriteria hasil: fungsi kesehatan, pemeliharaan kesehatan: toleransi terhadap aktivitas, yaitu : respon fisiologis terhadap pergerakan yang memerlukan energy dalam aktivitas sehari-hari, meningkat dari 2 (banyak terganggu) menjadi 4 (sedikit terganggu). **Indikator/Outcome** : saturasi oksigen ketika beraktivitas: frekuensi nadi ketika beraktivitas : frekuensi pernapasan ketika beraktivitas : kemudahan bernapas ketika beraktivitas : tekanan darah sistolik ketika beraktivitas,: tekanan darah diastolik ketika beraktivitas: kekuatan tubuh bagian bawah. **NIC** : fisiologis dasar : manajemen aktivitas dan latihan: manajemen energi, yaitu pengaturan energi yang digunakan untuk menangani atau mencegah kelelahan dan mengoptimalkan fungsi. **Aktivitas-aktivitas** :1) Kaji status fisiologis pasien yang menyebabkan kelelahan. 2) Anjurkan pasien mengungkapkan perasaan secara verbal mengenai keterbatasan yang dialami. 3) Gunakan instrumen yang valid untuk mengukur kelelahan. 4) Pilih intervensi untuk mengurangi kelelahan baik secara farmakologis maupun non farmakologis dengan tepat. 5) Tentukan jenis dan banyaknya aktivitas yang dibutuhkan untuk menjaga kesehatan. 6) Monitor intake/asupan nutrisi untuk mengetahui sumber energi yang adekuat. 7) Monitor/catat waktu dan lama istirahat/tidur pasien. 8) Bantu pasien identifikasi pilihan aktivitas-aktivitas yang akan dilakukan.

3.1.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi adalah pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan. Implementasi keperawatan respiratory distress syndrome sesuai dengan intervensi yang telah dibuat sebelumnya. (Ngastiyah, 2005).

Hari pertama dilakukan pada tanggal 15 Juli 2019 yaitu :**Diagnosa keperawatan 1** : Ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan hiperventilasi dan adanya asites.**Implementasi** :1) Jam 08.00, mengkaji status pernapasan. 2) Jam 08.30, mengatur posisi fowler untuk memaksimalkan ventilasi. 3) Jam 09.00, mengauskultasi suara nafas, catat

adanya suara tambahan. 4) Jam 09.05, memberikan pelembab udara kassa basah NaCl Lembab. 5) Jam 09.10, memonitor respirasi dan saturasi O₂. 6) Jam 09.15, mengatur peralatan oksigenasi. 7) Jam 09.30, memonitor aliran oksigen. 8) Jam 09.40, mempertahankan posisi pasien. Jam 09.45, memonitor adanya kecemasan pasien terhadap pemasangan oksigen nasal canula.

Diagnosa keperawatan² :Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera biologis (infeksi).**Implementasi** :1) Jam 09.25, Melakukan pengkajian nyeri komprehensif yang meliputi : **P** : Pada saat ditekan dan tertekuk. **Q** : Nyeri dirasakan tertusuk-tusuk. **R** : Nyeri dirasakan pada perut bagian kanan. **S** : Skala nyeri 4 (Dengan menggunakan angka 0-10). **T** : Nyeri dirasakan sewaktu-waktu2) Jam 09.25, mengobservasi tanda-tanda vital.3) Jam 09.40, mengobservasi adanya petunjuk non verbal mengenai ketidaknyamanan yaitu : sering memegang daerah perut kanan. 4) Jam 09.50, memberikan informasi kepada pasien mengenai nyeri, yaitu penyebab nyeri karena adanya infeksi pada hati yang dapat menyebabkan sakit.5) Jam 10.05, mengajarkan pasien tentang penggunaan teknik non farmakologi untuk pengurangan nyeri yaitu dengan latihan teknik napas dalam. 6) Jam 10.10, menganjurkan pasien dan keluarga untuk menghindari hal-hal yang menyebabkan nyeri misalnya jangan menekan daerah perut dan hati-hati dalam melakukan aktivitas fisik.7) Jam 12.00, melayani terapi ketorolak 30 mg/iv.

Diagnosa keperawatan³ :Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan fisik.**Implementasi** :1) Jam 10.20, mengkaji status fisiologis pasien yang menyebabkan kelelahan.2) Jam 10.25, menganjurkan pasien mengungkapkan perasaan secara verbal mengenai keterbatasan yang dialami. 3) Jam 10.30, menggunakan instrumen yang valid untuk mengukur kelelahan.4) Jam 10.35, memilih intervensi untuk mengurangi kelelahan baik secara farmakologis maupun non farmakologis dengan tepat. 5) Jam 10.40, menentukan jenis dan banyaknya aktivitas yang dibutuhkan untuk menjaga kesehatan. 6) Jam

10.50, memonitor intake/asupan nutrisi untuk mengetahui sumber energi yang adekuat.

7) Jam 11.00, memonitor/catat waktu dan lama istirahat/tidur pasien.

8) Jam 11.05, membantu pasien identifikasi pilihan aktivitas-aktivitas yang akan dilakukan

Hari kedua dilakukan pada tanggal 16 Juli 2019 yaitu :**Diagnosa keperawatan 1** : Ketidakefektifan pola napas berhubungan denganhiperventilasi dan adanya asites.**Implementasi** :1) Jam 08.00, mengkaji status pernapasan. 2) Jam 08.30, mengatur posisi fowler untuk memaksimalkan ventilasi. 3) Jam 08.40, mengidentifikasi pasien perlunya pemasangan oksigen, 4) Jam 90.00, mengauskultasi suara nafas, catat adanya suara tambahan. 5) Jam 09.05, memberikan pelembab udara Kassa basah NaCl Lembab. 6) Jam 09.10, memonitor respirasi dan saturasi O2. 7) Jam 08.00, mengatur peralatan oksigenasi. 8) Jam 09.15, memonitor aliran oksigen. 9) Jam 08.00, mempertahankan posisi pasien. 10) Jam 09.20, memonitor adanya kecemasan pasien terhadap pemasangan oksigen nasal kanula.

Diagnosa keperawatan2 : Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera biologis (infeksi).. **Implementasi** :1) Jam 09.25, Melakukan pengkajian nyeri komprehensif yang meliputi : **P** : Pada saat ditekan dan tertekuk. **Q** : Nyeri dirasakan tertusuk-tusuk. **R** : Nyeri dirasakan pada perut bagian kanan. **S** : Skala nyeri 4 (Dengan menggunakan angka 0-10). **T** : Nyeri dirasakan sewaktu-waktu. 2) Jam 09.25, mengobservasi tanda-tanda vital. 3) Jam 09.40, mengobservasi adanya petunjuk non verbal mengenai ketidaknya manan yaitu : sering memegang daerah tumit kaki bagian kiri dan kanan. 4) Jam 09.50, memberikan informasi kepada pasien mengenai nyeri, yaitu penyebab nyeri karena adanya infeksi pada hati yang dapat menyebabkan sakit.5) Jam 10.05, mengajarkan pasien tentang penggunaan teknik non farmakologi untuk pengurangan nyeri yaitu dengan latihan teknik napas dalam. 6) Jam 10.10, menganjurkan pasien dan keluarga untuk menghindari hal-hal yang menyebabkan nyeri

misalnya jangan menekan daerah perut dan hati-hati dalam melakukan aktivitas fisik.

Diagnosa ketiga: Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan fisik. **Implementasi :** 1) Jam 10.20, mengkaji status fisiologis pasien yang menyebabkan kelelahan sesuai dengan konteks usia dan perkembangan. 2) Jam 10.25, menganjurkan pasien menganjurkan perasaan secara verbal mengenai keterbatasan yang dialami. 3) Jam 10.30, menggunakan instrumen yang valid untuk mengukur kelelahan. 4) Jam 10.35, memilih intervensi untuk mengurangi kelelahan baik secara farmakologis maupun non farmakologis dengan tepat. 5) Jam 10.40, menentukan jenis dan banyaknya aktivitas yang dibutuhkan untuk menjaga kesehatan. 6) Jam 10.50, memonitor intake/asupan nutrisi untuk mengetahui sumber energi yang adekuat. 7) Jam 11.00, memonitor/catat waktu dan lama istirahat/tidur pasien. 8) Jam 11.05, membantu pasien identifikasi pilihan aktivitas-aktivitas yang akan dilakukan.

Hari ketiga dilakukan pada tanggal 17 Juli 2019 yaitu : **Diagnosa keperawatan 1** : Ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan hiperventilasi sekunder terhadap adanya asites. **Implementasi :** 1) Jam 08.00, mengkaji status pernapasan. 2) Jam 08.30, mengatur posisi pasien untuk memaksimalkan ventilasi. 3) Jam 08.40, mengidentifikasi pasien dalam pemasangan oksigen. 4) Jam 09.00, mengauskultasi suara nafas, catat adanya suara tambahan. 5) Jam 09.05, memberikan pelembab udara dengan minum air hangat. 6) Jam 09.10, memonitor respirasi dan status O₂. 7) Jam 08.00, mengatur peralatan oksigenasi. 8) Jam 09.15, memonitor aliran oksigen. 9) Jam 08.00, mempertahankan posisi pasien. 10) Jam 09.20, memonitor adanya kecemasan pasien terhadap pemas.

Diagnosa keperawatan 2: Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera biologis (infeksi). **Implementasi :** 1) Jam 09.25, Melakukan pengkajian nyeri komprehensif yang meliputi : **P:** Pada saat ditekan dan tertekuk. **Q:** Nyeri dirasakan tertusuk-tusuk. **R:** Nyeri dirasakan pada perut bagian kanan. **S:** Skala nyeri berkurang dari 4 menjadi 2 (Dengan

menggunakan angka 0-10). **T:** Nyeri dirasakan sewaktu-waktu.2) Jam 09.25, mengoservasi tanda-tanda vital,
3) Jam 09.40, memberikan informasi kepada pasien mengenai nyeri, yaitu penyebab nyeri karena adanya infeksi pada hati yang dapat menyebabkan sakit.4) Jam 10.05, mengajarkan pasien tentang penggunaan teknik non farmakologi untuk pengurangan nyeri yaitu dengan latihan teknik napas dalam. 5) Jam 10.10, menganjurkan pasien dan keluarga untuk menghindari hal-hal yang menyebabkan nyeri misalnya jangan menekan daerah perut dan hati-hati dalam melakukan aktivitas fisik.

Diagnosa keperawatan 3:Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan fisik. **Implementasi:**1) Jam 10.20, mengkaji status fisiologis pasien yang menyebabkan kelelahan sesuai dengan konteks usia dan perkembangan. 2) Jam 10.25, menganjurkan pasien menganjurkan perasaan secara verbal mengenai keterbatasan yang dialami. 3) Jam 10.30, menggunakan instrumen yang valid untuk mengukur kelelahan. 4) Jam 10.35, memilih intervensi untuk mengurangi kelelahan baik secara farmakologis maupun non farmakologis dengan tepat. 5) Jam 10.40, menentukan jenis dan banyaknya aktivitas yang dibutuhkan untuk menjaga kesehatan. 6) Jam 10.50, memonitor intake/asupan nutrisi untuk mengetahui sumber energi yang adekuat. 7) Jam 11.00, memonitor/catat waktu dan lama istirahat/tidur pasien. 8) Jam 11.05, membantu pasien identifikasi pilihan aktivitas-aktivitas yang akan dilakukan.9) Jam 12.00, melayani terapi ketorolak 30 mg/iv.

3.1.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah proses yang berkelanjutan untuk menilai efek dari tindakan keperawatan klien (Ngastiyah, 2005). Evaluasi dilakukan terus menerus pada respon klien terhadap tindakan yang dilakukan.

Evaluasi hari pertama tanggal 15 Juli 2019. **Diagnosa keperawatan1** : Ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan hiperventilasi sekunder terhadap adanya asites **Jam 13.00, S** : Pasien

mengatakan sesak napas. **O** : tampak pasien sesak napas, RR 24 x/mnt, tampak adanya tarikan dinding dada, klien tampak lemah. **A** : Masalah belum teratasi. **P** : Intervensi nomor 1-10 dilanjutkan

Diagnosa keperawatan2 : Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera biologis (infeksi).**Jam 13.15,S** : pasien mengatakan perutnya semakin membesar, sakit pada perut kanan seperti terstusuk-tusuk. **O**: wajah pasien tampak meringis saat dilakukan palpasi, skala nyeri 4, tampak abdomen membesar (asites). **A** : Masalah belum teratasi. **P** : Intervensi nomor 1, 4-9 dilanjutkan.

Diagnosa keperawatan 3: Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan fisik. **Jam 13.30, S** : Pasien mengatakan lelah setelah beraktivitas ke kamar mandi. **O** : pasien tampak lemas setelah beraktivitas, tampak ada luka di kaki kiri, tampak sebagian besar ADLs dibantu keluarga dan perawat, tampak terdapat benjolan dan mengeras saat diraba,TTV : TD : 110/70 mmHg, Nadi : 94 kali/menit, Suhu : 36,5 °C.**A**: Masalah belum teratasi. **P** : Intervensi nomor 1-8 dilanjutkan.

Evaluasi hari kedua tanggal 16 Juli 2019 **Diagnosa keperawatan1** : Ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan hiperventilasi sekunder terhadap adanya asites. **Jam 13.00, S** : Pasien mengatakan sesak napas berkurang. **O** : tampak pasien sesak napas, RR 22 x/mnt, tampak adanya tarikan dinding dada, klien tampak lemah,lingkar perut 98 cm. **A** : Masalah belum teratasi. **P** : Intervensi nomor 1-10 dilanjutkan

Diagnosa keperawatan2 : Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera biologis (infeksi).**Jam 13.15, S**: pasien mengatakan perutnya semakin membesar, sakit pada perut kanan seperti terstusuk-tusuk. **O**: wajah pasien tampak meringis saat dilakukan palpasi, skala nyeri berkurang dari 4 menjadi 2, tampak abdomen membesar (asites). **A**: Masalah belum teratasi. **P**: Intervensi nomor 1, 4-9 dilanjutkan.

Diagnosa keperawatan 3 Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan.**Jam 13.30,S** : Pasien mengatakan lelah setelah

beraktivitas ke kamar mandi. **O** : pasien tampak lemas setelah beraktivitas, tampak ada luka di kaki kiri, tampak sebagian besar ADLs dibantu keluarga dan perawat, tampak terdapat benjolan dan mengeras saat diraba, TTV : TD : 110/70 mmHg, Nadi : 94 kali/menit, Suhu : 36,5 °C. **A** : Masalah belum teratasi. **P** : Intervensi nomor 1-8 dilanjutkan.

Evaluasi hari ketiga tanggal 17 Juli 2019 **Diagnosa keperawatan1** : Ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan hiperventilasi sekunder terhadap adanya asites. **Jam 13.00, S** : Pasien mengatakan sesak napas berkurang. **O** : tampak pasien sesak napas, RR 20 x/mnt, tampak adanya tarikan dinding dada, klien tampak lemah, lingkaran perut 98 cm. **A** : Masalah belum teratasi. **P** : Intervensi nomor 1-10 dilanjutkan

Diagnosa keperawatan2 : Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera biologis (infeksi). **Jam 13.15, S** : pasien mengatakan perutnya semakin membesar, sakit pada perut kanan seperti terstusuk-tusuk. **O** : wajah pasien tampak meringis saat dilakukan palpasi, skala nyeri 4, tampak abdomen membesar (asites). **A** : Masalah belum teratasi. **P** : Intervensi nomor 1, 4-9 dilanjutkan.

Diagnosa keperawatan 3 Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan. **Jam 13.30, S** : pasien mengatakan ada luka pada kaki kiri, pasien mengatakan saat ini ada benjolan di selangkangan kiri dan dibawah pusar. **O** : tampak ada luka di kaki kiri, tampak ada benjolan di selangkangan kiri dan umbilicus, benjolan tampak mengeras saat diraba. **A** : Masalah belum teratasi. **P** : Intervensi nomor 1-8 dihentikan

3.2.Pembahasan

Pada bagian ini akan dibahas adanya kesenjangan antara teori dan proses asuhan keperawatan yang telah dilakukan pada tanggal 15 Juli 2019 sampai dengan 17 Juli 2019 di ruangan Komodo RSUD Prof.DR. W.Z. Johannes Kupang. Pembahasan yang dimaksud adalah meliputi pengkajian

keperawatan, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan.

3.2.1 Pengkajian

Pengkajian keperawatan menurut Brunner & Suddart, 2002 yaitu berfokus pada awitan gejala dan factor-faktor pencetus khususnya penyalahgunaan alkohol dalam waktu yang lama. Pengkajian yang lengkap dan sistematis sesuai dengan fakta atau kondisi yang ada pada klien sangat penting untuk merumuskan suatu diagnosa keperawatan dan dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan respon individu. Secara teori pengkajian yang ditemukan pada pasien dengan sirosis hepatis adalah mengeluh lemah/letih, otot lemah, anoreksia(susah makan), nausea, kembung, pasien merasa perut terasa tidak enak berat badan menurun, mengeluh perut semakin membesar, perdarahan pada gusi, gangguan BAK (inkontinensia urin), gangguan BAB (konstipasi/ diare), juga sesak nafas.

Berdasarkan hasil pengkajian yang di dapatkan adalah Tn. M. F yaitu pada saat dilakukan pemeriksaan fisik pada tanggal 15 Juli 2019 pada Tn.M.F.yaitu : Pasien mengatakan sesak napas, perutnya semakin membesar, sakit pada perut kanan seperti terstusuk-tusuk, ada luka pada kaki kiri, ada benjolan di selangkangan kiri dan dibawah pusar, secara inspeksi : tingkat kesadaran compos mentis, GCS 15 (E4 V5 M6), tampak sesak, adanya tarikan dinding dada dan abdomen membesar. Auskultasi : tidak ada suara napas tambahan, bising usus baik (30 kali/menit), Palpasi : pernapasan dangkal, nadi sedikit meningkat, adanya nyeri tekan, dan dinding abdomen mengeras. Perkusi : perut kembung. Pola makan teratur, napsu makan baik, pasien mengatakan porsi yang disajikan dihabiskan tetapi sedikit demi sedikit. Tanda-tanda vital TD: 110/70 mmHg, N: 94 kali/menit, RR: 24 kali/menit dan S: 36,5^OC. Berat badan 50 kg, tinggi badan 160 cm, IMT : 19,5 dan status gizi baik.

Hasil pemeriksaan laboratorium pada kasus Tn.M.F., meliputi : HB4,6 g/dl (Nilai normalnya 12,0-16,0 g/dl), jumlah eritrosit: 1,70 L (Nilai normalnya 4.20-5,40 L), hematokrit 13,6 L % (Nilai normalnya 37-47 L), jumlah trombosit : $36 \cdot 10^3/\text{ul}$ (Nilai normalnya $150-400 \cdot 10^3/\text{ul}$), jumlah limfosit : 0,53 L (Nilai normalnya 1,00-3,70L).jumlah Lekosit 7,17 % (Nilai normalnya 4,50-13,50 %), radiologi : USG : Jantung : Katub normal, sistol-diastol normal. Sebagian besar tanda dan gejala yang ada pada kasus sesuai dengan teori pada kondisi terjadi sirosis hepatis fungsi hati menurun. Kerusakan sel hati yang dimulai di sekitar duktus biliaris akan menimbulkan pola sirosis. Pola ini merupakan penyebab 2% kematian akibat sirosis (Price & Wilson, 2009). Sirosis hati biasanya memiliki konsistensi noduler, dengan berkas fibrosis (jaringan parut) dan daerah kecil jaringan regenerasi. Terdapat kerusakan luas hepatosit. Perubahan bentuk hati mengubah aliran system vascular dan limfatik serta jalur duktus empedu. Periode eksaserbasi ditandai dengan statis empedu, endapan jaundis (Black & Hawks, 2014). Hipertensi vena poerta berkembang pada sirosis berat. Vena porta menerima darah dari usus dan limpa. Jadi peningkatan didalam tekanan vena porta menyebabkan: aliran balik meningkat pada tekanan resistan dan pelebaran vena esofagus, umbilicus, dan vena rektus superior, yang mengakibatkan perdarahan varises, asites (akibat pergeseran hidrostastik atau osmotic mengarah pada akumulasi cairan didalam peritoneum), bersihan sampah metabolic protein tidak tuntas dengan akibat meningkatnya ammonia, selanjutnya mengarah kepada ensefalopati hepaticum.

3.2.2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan memungkinkan perawat untuk menganalisis dan mensintesis data yang telah di kelompokkan, selain itu juga digunakan untuk mengidentifikasi masalah, faktor penyebab masalah, dan kemampuan klien untuk dapat mencegah atau memecahkan masalah (Andra & Mariza. 2008).

NANDA (2015-2017) menjelaskan bahwa diagnosa keperawatan yang muncul pada kasus sirosis hati adalah : 1) nyeri akut, 2) ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh, 3) intoleransi aktifitas, 4) risiko kerusakan integritas kulit, 5) ketidakefektifan pola napas, 6) kelebihan volume cairan, 7) gangguan citra tubuh, 8) ketidakmampuan coping keluarga, 9) risiko ketidakseimbangan elektrolit, 10) risiko perdarahan, 11) risiko gangguan fungsi neuromuskular.

Pada kasus Tn.M.F, diagnosa keperawatan yang ditegakkan ada 3 yaitu : 1) ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan hiperventilasi sekunder terhadap adanya asites yang ditandai dengan pasien mengatakan sesak napas, tampak pasien sesak napas, RR 24 x/mnt, tampak adanya tarikan dinding dada, dan klien tampak lemah, 2) nyeri akut berhubungan dengan agens cedera biologis (infeksi) yang ditandai dengan pasien mengatakan perutnya semakin membesar, sakit pada perut kanan seperti tertusuk-tusuk, wajah pasien tampak meringis saat dilakukan palpasi, skala nyeri 4 dan tampak abdomen membesar (asites), 3) intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan, yang ditandai pasien mengatakan lelah setelah beraktivitas ke kamar mandi, tampak lemas setelah beraktivitas, tampak ada luka di kaki kiri, tampak sebagian besar ADLs dibantu keluarga dan perawat tampak terdapat benjolan dan mengeras saat diraba, TTV : TD : 110/70 mmHg, nadi:94 kali/menit, Suhu : 36,5 °C. Terdapat beberapadiagnosa keperawatan yang tidak ditegakan yaitu 1) ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh, 2) risiko kerusakan integritas kulit, 3) kelebihan volume cairan, 4) gangguan citra tubuh, 5) ketidakmampuan coping keluarga, 6) risiko ketidakseimbangan elektrolit, 7) risiko perdarahan, 8) risiko gangguan fungsi neuromuskular. Alasan penulis tidak menegaskan beberapa diagnosakeperawatan diatas karena pada saat dilakukan pengkajian tidak ditemukan data yang berkaitan atau menunjang untuk penegakkan diagnosa keperawatan tersebut. Pasien tidak mengalami gangguan citra

tubuh, karena dari hasil pengkajian tidak ditemukan keluhan subyektif yang menggambarkan bahwa pasien merasa malu terhadap kondisi dirinya. Selain itu untuk diagnosa keperawatan ketidakmampuan koping keluarga juga tidak ditegaskan karena saat dilakukan pengkajian keluarga sangat berperan aktif dalam perawatan pasien dan tidak ada tanda-tanda mekanisme koping yang maladaptif. Terkait dengan masalah ketidakseimbangan nutrisi, pasien dapat menghabiskan porsi makan sesuai diet dan status gizi baik dari penilaian indikator status nutrisi.

3.2.3 Intervensi Keperawatan

Berdasarkan NOC & NIC 2013, perencanaan keperawatan merupakan tahap ketiga dalam proses keperawatan. Diharapkan perawat mampu memprioritaskan masalah, merumuskan tujuan/hasil yang diharapkan, memilih intervensi yang paling tepat, dan menulis dan mendokumentasikan rencana keperawatan. Prioritas pertama di artikan bahwa masalah ini perlu mendapat perhatian, karena dapat mempengaruhi status kesehatan pasien secara umum dan memperlambat penyelesaian masalah yang lain. menjaga kesehatan.

Terdapat intervensi-intervensi keperawatan yang tidak dilakukan dalam asuhan keperawatan yaitu untuk masalah ketidakefektifan pola nafas diantaranya: berikan bronkodilator bila perlu. Intervensi ini tidak dimasukkan dalam perencanaan karena sesak nafas yang dialami oleh pasien bukan karena adanya penyempitan saluran nafas yang menyebabkan sesak tetapi karena adanya asites. Selanjutnya intervensi untuk mengatasi masalah intoleransi aktifitas yang tidak ditentukan yaitu gunakan instrumen yang valid untuk mengukur kelelahan, pilih intervensi untuk mengurangi kelelahan secara farmakologis. Alasan penulis tidak melakukan beberapa intervensi keperawatan tersebut karena tidak ada advise dokter terkait pengobatan untuk mengatasi kelelahan dan disesuaikan dengan kondisi dan kebutuhan pasien.

3.2.4 Implementasi Keperawatan

Pelaksanaan adalah realisasi rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan, kegiatan dalam pelaksanaan juga meliputi pengumpulan data berkelanjutan, mengobservasi respon klien selama dan sesudah pelaksanaan tindakan, serta menilai data yang baru (Andra & Mariza. 2008).

Terdapat implemetasi yang tidak dilakukan dalam asuhan keperawatan yaitu 1) Memberikan bronkodilator bila perlu, 2) menggunakan instrumen yang valid untuk mengukur kelelahan, 3) Memilih intervensi untuk mengurangi kelelahan secara farmakologis dengan tepat Alasan penulis tidak melakukan beberapa implementasi keperawatan tersebut karena disesuaikan dengan kondisi dan kebutuhan pasien.

3.2.5 Evaluasi Keperawatan

Menurut Andra & Mariza (2008) evaluasi keperawatan adalah penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien (hasil yang diamati) dengan kriteria yang dibuat pada tahap perencanaan mengenai masalah keperawatan ketidakefektifan pola napas, nyeri akut dan intoleransi aktivitas. Evaluasi yang diharapkan sebagian sesuai dengan teori antara lain pola napas efektif dan nyeri berkurang. Sedangkan yang tidak sesuai dengan teori yaitu intoleransi terhadap aktivitas dimana tanda dan gejala tidak berubah selama dalam perawatan.

Setelah dilakukan evaluasi selama 3 hari dari tanggal 15-17 Juli 2019, pasien masih merasa lemah dan belum bisa beraktivitas secara normal. Hal ini disebabkan karena fungsi hati yang belum tuntas penanganannya.

3.3. Keterbatasan Studi Kasus

Studi kasus ini hanya dilakukan pada 1 pasien saja tanpa harus membandingkan dengan klien yang lain dengan kasus yang sama, karena hanya 1 kasus sirosis hepatitis yang dirawat di ruangan Komodo RSUD

Prof.Dr.W.Z. Johannes Kupang, kondisi ini menyebabkan penulis tidak dapat menggambarkan dan membandingkan masalah keperawatan pasien dengan gangguan kebutuhan dasar aman dan nyaman yang diambil sebagai studi kasus dengan pasien lainnya, serta kurang efektifnya waktu studi kasus.

BAB 4

PENUTUP

4.1 Kesimpulan

4.1.1 Pengkajian

Hasil pengkajian pada kasus Tn. M. F., dengan gangguan kebutuhan dasar aman dan nyaman sebagai berikut :pasien mengatakan sesak napas, pasien mengatakan perutnya semakin membesar, sakit pada perut kanan seperti terstusuk-tusuk, pasien mengatakan lelah setelah beraktivitas ke kamar mandi, tampak pasien sesak napas, RR 24 x/mnt, tampak adanya tarikan dinding dada, dan klien tampak lemah, wajah pasien tampak meringis saat dilakukan palpasi, skala nyeri 4 dan tampak abdomen membesar (asites), tampak lemas setelah beraktivitas, tampak ada luka di kaki kiri, tampak sebagian besar ADLs dibantu keluarga dan perawat tampak terdapat benjolan dan mengeras saat diraba, TTV : TD : 110/70 mmHg, Nadi : 94 kali/menit, Suhu : 36,5 °C.

4.1.2 Diagnosa keperawatan yang ditegakan yaitu ketidak efektifan pola napas berhubungan dengan hiperventilasi sekunder terhadap adanya asites, nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis (infeksi) dan intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan fisik.

4.1.3 Intervensi yang di tetapkan yaitu :

Intervensi keperawatan pada diagnosa keperawatan1 :1)Kaji status pernapasan. 2) Posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi. 3) Identifikasi pasien perlunya pemasangan alat jalan nafas buatan. 4) Auskultasi suara nafas, catat adanya suara tambahan. 5) Berikan bronkodilator bila perlu. 6) Berikan pelembab udara Kassa basah NaCl Lembab. 7) Monitor respirasi dan status O2. 8) Atur peralatan oksigenasi.

9) Monitor aliran oksigen. 10) Pertahankan posisi pasien. 11) Monitor adanya kecemasan pasien terhadap oksigenasi

Intervensi keperawatan pada diagnosa keperawatan 2 :1)

Lakukan pengkajian nyeri kompre hensif yang meliputi : karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas (beratnya) nyeri dan factor pencetus.

2) Observasi tanda-tanda vital. 3) Observasi adanya petunjuk non verbal mengenai ketidaknyamanan. 4) Berikan informasi mengenai nyeri, misalnya penyebab nyeri, berapa lama nyeri akan dirasakan, dan antisipasinya. 5) Ajarkan tentang penggunaan teknik non farmakologi untuk pengurangan nyeri. 6) Anjurkan pasien dan keluarga untuk menghindari hal-hal yang dapat menyebabkan nyeri. 7) Kolaborasi pemberian terapy analgetik

Intervensi keperawatan pada diagnosa keperawatan3:1)

Kaji status fisiologis pasien yang menyebabkan kelelahan sesuai dengan konteks usia dan perkembangan. 2) Anjurkan pasien menganjurkan perasaan secara verbal mengenai keterbatasan yang dialami. 3) Gunakan instrumen yang valid untuk mengukur kelelahan. 4) Pilih intervensi untuk mengurangi kelelahan baik secara farmakologis maupun non farmakologis dengan tepat. 5) Tentukan jenis dan banyaknya aktivitas yang dibutuhkan untuk menjaga kesehatan. 6) Monitor intake/asupan nutrisi untuk mengetahui sumber energi yang adekuat. 7) Monitor/catat waktu dan lama istirahat/tidur pasien. 8) Bantu pasien identifikasi pilihan aktivitas-aktivitas yang akan dilakukan

4.1.4

Pada implementasi keperawatan tindakan yang dilakukan yaitu

Implementasi pada Tn.M.F dengan gangguan pemenuhan

kebutuhan aman nyaman dilakukan sesuai intervensi yang ditetapkan yaitu,diagnosa pertama; Evaluasi pola napas, status penapasan, diagnosakedua : Manajemen Nyeri, control nyeri, tingkat kenyamanan, diagnosa ketiga :Manajemen energy, toleransi aktivitas dan bantuan perawatan diri (ADL).

4.1.5. Evaluasi yang dilakukan dengan menggunakan metode *subjektif,Objektif, Assesment* dan *Planning* (SOAP).Setelah dilakukan evaluasi selama 3 hari dari tanggal 15-17Juli 2019, hasil yang didapatkan Tn M. F.,antara lain pasien masih merasa pusing, dan belum bias beraktivitas dengan baik. Implementasi selanjutnya dilakukan oleh perawat ruangan untuk mengatasi masalah keperawatan yang belum teratasi sepenuhnya.

4.2 Saran

4.2.1. Bagi institusi pelayanan kesehatan

Diharapkan institusi pelayanan kesehatan dapat meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan sesuai Standar Operasional Prosedur (SOP).

4.2.2. Bagi Perawat Ruangan

Diharapkan tenaga kesehatan menyadari pentingnya penerapan asuhan keperawatan yang konsisten dan sesuai teori dalam memberikan asuhan keperawatan kepada pasien, sehingga pasien akan mendapatkan pelayanan yang holistik dan komprehensif.

4.2.3. Bagi Institusi Pendidikan

Pendidikan Diharapkan agar dapat meningkatkan mutu pelayanan pendidikan yang berkualitas dan profesional, sehingga terlahirlah perawat-perawat yang profesional dalam memberikan asuhan keperawatan.

DAFTAR PUSTAKA

- Andra & Mariza. 2008. *Keperawatan Medikal Bedah*. Nuha Medika, Yogyakarta
- Black & Hawks. 2014. *Keperawatan Medikal Bedah. Edisi 8, Jilid 3*. Singaparna: Jakarta
- Baradero. 2008. *Seri Asuhan Keperawatan: Klien Gangguan Hati*. EGC: Jakarta
- Brunner & Suddart. 2002. *Keperawatan Medikal Bedah*. Edisi 8. Jakarta: EGC
- Gloria M. Bulechek, at. All. 2015. *Nurshing Interventions Classfication (NIC) Edisi Keenam*.
- Mubarak & Chayaning. 2008. *Buku Ajar Kebutuhan Dasar Manusia*. EGC: Jakarta
- Price & Wilson. 2009. *Patofisiologi Konsep Klinis Proses-Proses penyakit*. Vol. 1 Jakarta : EGC
- Setiati, Siti. 2014. *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam Interna Publishing*. Jakarta
- Sudoyo, W. Aru. 2006. *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam, FKUI*. Jakarta Wijaya,
- Sue Moorhoed, at all. 2015. *Nurshing Outcomes Classfication (NIC) Edisi Keenam*.
- T. Heather Herdman, S. Kamitsuru. 2015. *Diagnosis Keperawatan. Defenisi dan Klasifikasi (NANDA). Edisi 10*. Penerbit Buku Kedokteran EGC.

LAMPIRAN



Nama Mahasiswa : Patrianus Jesua Nenometa
NIM : PO.5303201181225

Format Pengkajian Dewasa

Nama Pasien : Tn. M. F
Ruang/Kamar : Komodo/D1
Diagnosa Medis : Sirosis Hepatis
No. Medical Record : 49.70.46
Tanggal Pengkajian : 15 Juli 2019 Jam : 09.00 Wita
Masuk Rumah Sakit : 09 Juli 2019 Jam : 09.00 Wita

Identitas Pasien

Nama Pasien : Tn. M. F Jenis Kelamin : Laki-
Laki
Umur/Tanggal Lahir : 34 Tahun/04 Mei 2019 Status :
Perkawinan : Kawin
Agama : Kristen Protestan Suku Bangsa :
Timor
Pendidikan Terakhir : SMA Pekerjaan :
Swasta
Alamat : Manutapen

Identitas Penanggung

Nama : Ny. S. T Pekerjaan : Swasta
Jenis Kelamin : Perempuan Hubungan dengan : Istri
klien
Alamat : Manutapen

Riwayat Kesehatan

1. Keluhan Utama : Nyeri, Dan Sesak Napas
 - Kapan sakit : Sejak Satu Minggu yang lalu sebelum masuk Rumah
 - Lokasi : dada
2. Riwayat Keluhan Utama
 - Mulai timbulnya keluhan Sakit : Sejak satu minggu yang lalu sebelum masuk Rumah
 - Sifat keluhan : Hilang timbul tidak menetap
 - Lokasi : Dada
 - Keluhan lain yang menyerta : -
 - Faktor pencetus yang menimbulkan serangan : Merokok,Alkohol
 - Apakah keluhan bertambah/berkurang pada saat-saat tertentu (saat-saat mana)

Keluhan bertambah saat beraktivitas

- Upaya yang dilakukan untuk mengatasi masalah kesehatan : Berobat ke Rumah Sakit

3. Riwayat Penyakit Sebelumnya

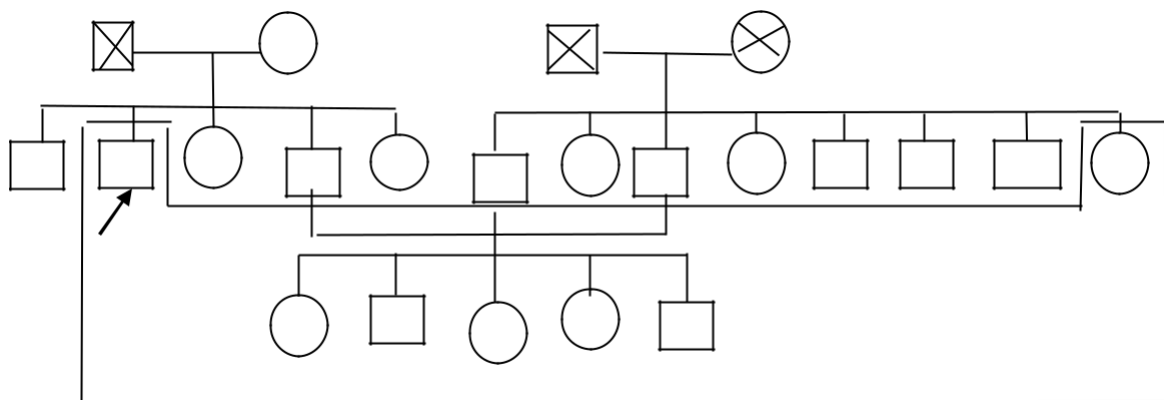
- Riwayat penyakit yang pernah diderita
 - Ya , Sebutkan,
Cara Mengatasi :
 - Tidak
- Riwayat Alergi
 - Ya , Jenis, Waktu,
Cara Mengatasi :
 - Tidak
- Riwayat Operasi
 - Ya , Jenis, Waktu
 - Tidak

4. Kebiasaan

- Merokok
 - Ya ,Jumlah: Satu Bungkus per hari waktu, Setiap hari/sebelum sakit
 - Tidak
- Minum alkohol
 - Ya , Jumlah: Empat botol per hari waktu, Setiap hari/ sebelum sakit
 - Tidak
- Minum kopi : Lamanya :
 - Ya , Jumlah: Enam gelas per hari waktu, Setiap hari/sebelum sakit
 - Tidak
- Minum obat-obatan
 - Ya, Jenis, Jumlah:,
waktu
 - Tidak

Riwayat Keluarga/ Genogram (diagram tiga generasi) :
Analisa keadaan kesehatan keluarga dan faktor resiko.

Genogram Keluarga:



Keterangan : : Laki-laki meninggal ↗ : Pasien
 ⊗ : Perempuan meninggal — : Tinggal Serumah
 □ : Laki-laki hidup ○ : Perempuan hidup

Pemeriksaan Fisik

1. Tanda – Tanda Vital

- Tekanan darah : 110/70MmHg - Nadi : 94x/ Menit
- Pernapasan: 24x/Menit - Suhu badan : 36

2. Kepala dan leher

- Kepala :
- Sakit kepala : Tidak Pusing : Ya, Pusing
 ya **tidak**
- Bentuk , ukuran dan posisi:
 normalabnormal, jelaskan :
- Lesi : ada, Jelaskan : **tidak ada**
- Masa : ada, Jelaskan : **tidak ada**
- Observasi Wajah : **simetris** asimetri, Jelaskan

- Penglihatan :
- Konjungtiva : Pucat
- Sklera : Putih Kuning
- Pakai kaca mata : Ya, Jelaskan : **tidak**
- Penglihatan kabur : Ya, Jelaskan : **tidak**
- Nyeri : -
- Peradangan : -
- Operasi : -
 - Jenis : -
 - Waktu : -
 - Tempat : -
- Pendengaran
 - Gangguan pendengaran : Ya, Jelaskan : **tidak**
 - Nyeri : Ya, Jelaskan : **tidak**
 - Peradangan : Ya, Jelaskan : **tidak**

- Hidung
 - Alergi Rhinnitus : Ya, Jelaskan : **tidak**
 - Riwayat Polip : Ya, Jelaskan : **tidak**
 - Sinusitis : Ya, Jelaskan : **tidak**
 - Epistaksis : Ya, Jelaskan : **tidak**

- Tenggorokan dan mulut

- Keadaan gigi :
- Caries : Ya, Jelaskan : tidak
- Memakai gigi palsu : Ya, Jelaskan : tidak
- Gangguan bicara : Ya, Jelaskan : tidak
- Gangguan menelan : Ya, Jelaskan : tidak
- Pembesaran kelenjar leher : Ya, Jelaskan : tidak

3. Sistem Kardiovaskuler

- Nyeri Dada : Ya, Jelaskan : Nyeri saat sesak tidak
- Inspeksi :
 - Kesadaran/ GCS : Composmentis (CM) E4 / V5 / M6
 - Bentuk dada : abnormal , Jelaskan : normal
 - Bibir : sianosis normal
 - Kuku : sianosis normal
 - Capillary Refill : Abnormal normal
 - Tangan : Edema normal
 - Kaki : Edema normal
 - Sendi : Edema normal
- Ictus cordis/Apical Pulse: Teraba tidak teraba
- Vena jugularis : Teraba tidak teraba
- Perkusi : pembesaran jantung :
- Auskultasi :
 - BJ I : Abnormal normal
 - BJ II : Abnormal normal
- Murmur :

4. Sistem Respirasi

- Keluhan : Sesak Nafas
- Inspeksi :
 - Jejas : Ya, Jelaskan : tidak
 - Bentuk Dada : Abnormal, Jelaskan : Normal
 - Jenis Pernapasan : Abnormal, (Dispnea, Kussmaul,) tidak
 - Irama Napas : teratur tidak teratur
 - Retraksi otot pernapasan : Ya tidak
 - Penggunaan alat bantu pernapasan : Ya, Jelaskan : O2 tidak
- Perkusi : Cairan : Ya tidak
 - Udara : Ya tidak
 - Massa : Ya tidak
- Auskultasi :
 - Inspirasi : Normal Abnormal
 - Ekspirasi : Normal Abnormal
 - Ronchi : Ya tidak
 - Wheezing : Ya tidak
 - Krepitasi : Ya tidak
 - Rales : Ya tidak
- Clubbing Finger : Normal Abnormal

5. Sistem Pencernaan

- a. Keluhan : Nyeri dibagian Abdomen bagian atas

- b. Inspeksi :
- Turgor kulit : Abnormal, Jelaskan : Normal
 - Keadaan bibir : lembab **kering**
 - Keadaan rongga mulut
Warna Mukosa : Pucat
 - Luka/ perdarahan : Ya, Jelaskan tidak
 - Tanda-tanda radang : Ya, Jelaskan tidak
 - Keadaan gusi : Abnormal, Jelaskan normal
 - Keadaan abdomen
Warna kulit : Sawomatang
 - Luka : Ya, Jelaskan tidak
 - Pembesaran : **Abnormal**, Jelaskan Hepatomegali normal
 - Keadaan rektal
Luka : Ya, Jelaskan tidak
 - Perdarahan : Ya, Jelaskan tidak
 - Hemmoroid : Ya, Jelaskan tidak
 - Lecet/ tumor/ bengkak : Ya, Jelaskan..... tidak
- c. Auskultasi :
- Bising usus/Peristaltik : 10x/menit
- d. Perkusi : Cairan : Abnormal, Jelaskan normal
- Udara : Abnormal, Jelaskan normal
- Massa : Abnormal, Jelaskan normal
- e. Palpasi :
- Tonus otot: Abnormal, Jelaskan normal
- Nyeri : Abnormal, Jelaskan normal
- Massa : Abnormal, Jelaskan normal

6. Sistem Persyarafan

- a. Keluhan : Tidak Ada
- b. Tingkat kesadaran: Composmentis GCS (E/M/V): E4 /M5/ V6
- c. Pupil : **Isokor** anisokor
- d. Kejang : Abnormal, Jelaskan normal
- e. Jenis kelumpuhan : Ya, Jelaskan tidak
- f. Parasthesia : Ya, Jelaskan tidak
- g. Koordinasi gerak : Abnormal, Jelaskan normal
- h. Cranial Nerves : Abnormal, Jelaskan normal
- i. Reflexes : Abnormal, Jelaskan normal

7. Sistem Musculoskeletal

- a. Keluhan : Tidak ada
- b. Kelainan Ekstremitas : ada, Jelaskan..... tidak ada
- c. Nyeri otot : ada **tidak ada**
- d. Nyeri Sendi : ada **tidak ada**
- e. Refleksi sendi : abnormal, Jelaskan normal
- f. kekuatan otot :

12. Pola Kegiatan Sehari-hari (ADL)

A. Nutrisi

1. Kebiasaan :

- Pola makan : Baik
- Frekuensi makan : Tiga kali sehari
- Nafsu makan : Baik
- Makanan pantangan : Tidak ada
- Makanan yang disukai : Nasi dan sayur sayuran
- Banyaknya minuman dalam sehari : 1000 cc
- Jenis minuman dan makanan yang tidak disukai : Jagung
- BB : 50 kg TB : 160 cm
- Kenaikan/Penurunan BB:19,5.kg.

2. Perubahan selama sakit :

B. Eliminasi

1. Buang air kecil (BAK)

a. Kebiasaan

Frekuensi dalam sehari : Tiga kali sehari Warna : Kuning jernih
Bau : Khas Jumlah/ hari : 250 cc

b. Perubahan selama sakit : Tidak ada keluhan

2. Buang air besar (BAB)

a. Kebiasaan : Frekuensi dalam sehari : Tiga Kali sehari

Warna : agak hitam Bau : Khas
Konsistensi :

b. Perubahan selama sakit : Tidak ada perubahan selama sakit

C. Olah raga dan Aktivitas

- Kegiatan olah raga yang disukai : Tidak ada
- Apakah olah raga dilaksanakan secara teratur : Tidak

D. Istirahat dan tidur

- Tidur malam jam : 20.00
Bangun jam : 05.00
- Tidur siang jam : 13.00
Bangun jam : 14.00
- Apakah mudah terbangun : Tidak
- Apa yang dapat menolong untuk tidur nyaman : Mendengar Musik

Pola Interaksi Sosial

c. Pemeriksaan urine:

No	Jenis Pemeriksaan	Nilai Normal	Hasil Pemeriksaan				
			Tanggal				

Diagnostik Test

1. Foto Rontgen

a. Foto gigi dan mulut :

.....

b. Foto oesophagus, lambung, dan usus halus :

.....

c. Cholescystogram :

.....

d. Foto colon :

.....

2. Pemeriksaan-pemeriksaan khusus

Ultrasonographi :

.....

Biopsy :

.....
.....
.....
.....

Colonoscopy :

.....
.....
.....
.....

DII : Radiologi : USG : Jantung : Kutub normal, sistol-diastol Normal

Penatalaksanaan/pengobatan
(pembedahan, obat-obatan, dan lain-lain)

- Pembedahan
.....
.....
.....
.....
- Obat :
 - Infus NAACL 0,9% 28 tetes per menit
 - Ketorolak injeksi 3 x 30 mg (per delapan jam)
 - Ranitidin injeksi 2 x 200mg (per dua belas jam)
- Lain-lain
.....
.....
.....
.....

A. DIAGNOSA KEPERAWATAN BERDASARKAN NANDA (2015-2017)

1. Analisa Data

DATA –DATA PENUNJANG	ETIOLOGI	PROBLEM
DS : Pasien mengatakan sesak napas DO: 1. Tampak pasien sesak napas 2. RR 24 x/mnt 3. Tampak adanya tarikan dinding dada 4. Klien tampak lemah	Ekspansi paru terganggu	Ketidakefektifan pola napas
DS : 1. Pasien mengatakan perutnya semakin membesar 2. Pasien mengatakan sakit pada perut kanan seperti terstusuk-tusuk DO: 1. Wajah pasien tampak meringis saat dilakukan palpasi 2. Skala nyeri 4 3. Tampak abdomen membesar (asites)	Agens cedera biologis (infeksi)	Nyeri akut
DS : 1. Pasien mengatakan lelah setelah beraktivitas ke kamar mandi DO: 1. Pasien tampak lemas setelah beraktivitas 2. Tampak ada luka di kaki kiri 3. Tampak sebagian besar ADLs dibantu keluarga dan perawat 4. Tampak terdapat benjolan dan mengeras saat diraba 5. TTV : TD : 110/70 mmHg, Nadi : 94 kali/menit, Suhu : 36,5 °C.	Imobilitas	Intoleransi aktivitas

2. Prioritas Diagnosa Terpilih

- a. Ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan nyeri yang ditandai dengan pasien mengatakan sesak napas, tampak pasien sesak napas, RR 24 x/mnt, tampak adanya tarikan dinding dada, dan klien tampak lemah
- b. Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera biologis (infeksi) yang ditandai pasien mengatakan perutnya semakin membesar, sakit pada perut kanan seperti terstusuk-tusuk, wajah pasien tampak meringis saat dilakukan palpasi, skala nyeri 4 dan tampak abdomen membesar (asites)

- c. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan imobilitas yang ditandai pasien mengatakan lelah setelah beraktivitas ke kamar mandi, tampak lemas setelah beraktivitas, tampak ada luka di kaki kiri, tampak sebagian besar ADLs dibantu keluarga dan perawat tampak terdapat benjolan dan mengeras saat diraba, TTV : TD : 110/70 mmHg, Nadi : 94 kali/menit, Suhu : 36,5 °C.

B. INTERVENSI KEPERAWATAN BERDASARKAN NOC & NIC EDISI KE-5

DIAGNOSA KEPERAWATAN	TUJUAN & KRITERIA HASIL (NOC)	INTERVENSI KEPERAWATAN (NIC)
Ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan nyeri	<p>Goal : Pasien akan mempertahankan pola napas yang efektif selama dalam perawatan.</p> <p>Obyektif : Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam pola napas pasien efektif</p> <p>Domain 2 : Kesehatan Fisiologis</p> <p>Kelas E : Jantung Paru Kode 0403 : status Pernapasan : ventilasi yaitu keluar masuknya udara dari dan ke dalam paru, meningkat dari 3 (deviasi sedang dari kisaran normal) menjadi 5 (Tidak ada deviasi dari kisaran normal)</p> <p>Indikator/Outcome : 040301 : Frekuensi pernapasan 040302 : Irama pernapasan 040303 : Kedalaman inspirasi 040309 : Penggunaan otot napas 040310 : Suara napas tambahan 040311 : Retraksi dinding dada</p>	<p>Domain 2 : Fisiologis Kompleks (Lanjutan)</p> <p>Kelas K : Manajemen Pernapasan</p> <p>Kode 3300 : Manajemen ventilasi mekanik yaitu membantu pasien yang mendapatkan pernapasan dengan alat bantu tanpa insersi trachea</p> <p>Aktivitas-Aktivitas :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji status pernapasan 2. Posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi 3. Identifikasi pasien perlunya pemasangan alat jalan nafas buatan 4. Auskultasi suara nafas, catat adanya suara tambahan 5. Berikan bronkodilator bila perlu 6. Berikan pelembab udara Kassa basah NaCl Lembab 7. Monitor respirasi dan status O₂ 8. Atur peralatan oksigenasi 9. Monitor aliran oksigen 10. Pertahankan posisi pasien 11. Monitor adanya kecemasan pasien terhadap oksigenasi

	<p>040313 : Dispnoe saat istirahat 040314 : Dispnoe saat latihan</p>	
<p>Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera biologis (infeksi)</p>	<p>Goal : Pasien akan mempertahankan rasa nyaman nyeri selama dalam perawatan.</p> <p>Obyektif : Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan nyeri terkontrol</p> <p>Domain 4 : Pengetahuan tentang kesehatan dan perilaku Kelas Q : Perilaku sehat</p> <p>Kode 1605 : Kontrol nyeri yaitu tindakan pribadi untuk mengontrol nyeri, meningkat dari 2 (jarang menunjukkan) menjadi 4 (sering menunjukkan)</p> <p>Indikator/Outcome : 160502 : Mengenali kapan nyeri Terjadi 160501 : Menggambarkan faktor penyebab 160504 : Menggunakan tindakan penanganan nyeri tanpa analgesik 160505 : Menggunakan analgesik yang telah direkomendasikan 160511 : Melaporkan nyeri yang terkontrol 160513 : Melaporkan perubahan terhadap gejala nyeri kepada professional kesehatan</p>	<p>Domain 1 : Fisiologis Dasar</p> <p>Kelas E : Peningkatan kenyamanan Fisik</p> <p>Kode 1400 : Manajemen nyeri, yaitu pengurangan atau reduksi nyeri sampai pada tingkat kenyamanan yang dapat diterima oleh pasien</p> <p>Aktivitas-aktivitas :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan pengkajian nyeri komprehensif yang meliputi : karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas (beratnya) nyeri dan factor pencetus 2. Observasi tanda-tanda vital 3. Observasi adanya petunjuk non verbal mengenai ketidaknyamanan 4. Berikan informasi mengenai nyeri, misalnya penyebab nyeri, berapa lama nyeri akan dirasakan, dan antisipasinya. 5. Ajarkan tentang penggunaan teknik non farmakologi untuk pengurangan nyeri 6. Anjurkan pasien dan keluarga untuk menghindari hal-hal yang dapat menyebabkan nyeri 7. Kolaborasi pemberian therapy analgetik

<p>Intoleransi aktivitas berhubungan dengan imobilitas</p>	<p>Goal : Pasien akan meningkatkan toleransi terhadap aktivitas selama dalam perawatan.</p> <p>Obyektif : Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan pasien meningkat dalam beraktivitas</p> <p>Domain 1 : Fungsi Kesehatan</p> <p>Kelas A : Pemeliharaan Kesehatan</p> <p>Kode 0005 : Toleransi terhadap aktivitas, yaitu : respon fisiologis terhadap pergerakan yang memerlukan energy dalam aktivitas sehari-hari Meningkat dari 2 (banyak terganggu) menjadi 4 (sedikit terganggu).</p> <p>Indikator/Outcome : 000501 : Saturasi oksigen ketika beraktivitas 000502 : Frekuensi nadi ketika beraktivitas 000503 : Frekuensi pernapasan ketika beraktivitas 000508 : Kemudahan bernapas ketika beraktivitas 000504 : Tekanan drh sistolik ketika beraktivitas 000505 : Tekanan drh diastolik ketika beraktivitas 000517 : Kekuatan tubuh Bagian bawah</p>	<p>NIC : Domain 1 : Fisiologis dasar Kelas L : Manajemen aktivitas dan latihan</p> <p>Kode 3550 : Manajemen energi, yaitu Pengaturan energi yang digunakan untuk menangani atau mencegah kelelahan dan mengoptimalkan fungsi</p> <p>Aktivitas-aktivitas :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji status fisiologis pasien yang menyebabkan kelelahan sesuai dengan konteks usia dan perkembangan 2. Anjurkan pasien menganjurkan perasaan secara verbal mengenai keterbatasan yang dialami 3. Gunakan instrumen yang valid untuk mengukur kelelahan 4. Pilih intervensi untuk mengurangi kelelahan baik secara farmakologis maupun non farmakologis dengan tepat 5. Tentukan jenis dan banyaknya aktivitas yang dibutuhkan untuk menjaga kesehatan 6. Monitor intake/asupan nutrisi untuk mengetahui sumber energi yang adekuat 7. Monitor/catat waktu dan lama istirahat/tidur pasien 8. Bantu pasien identifikasi pilihan aktivitas-aktivitas yang akan dilakukan

C. IMPLEMENTASI DAN EVALUASI KEPERAWATAN DENGAN MENGGUNAKAN SOAP

HARI PERTAMA (1)

NO. DX. KEP.	HARI/ TGL/ JAM	PELAKSANAAN KEPERAWATAN	EVALUASI KEPERAWATAN (SOAPIE)
1	Senin, 15 Juli 2019 08.00 08.30 08.40 08.50 09.00 09.05 09.10 09.15 09.20	1. Mengkaji status pernapasan 2. Mengatur posisi pasien untuk memaksimalkan ventilasi 3. Mengidentifikasi pasien perlunya pemasangan alat jalan nafas buatan 4. Mengauskultasi suara nafas, catat adanya suara tambahan 5. Memberikan pelembab udara Kassa basah NaCl Lembab 6. Memonitor respirasi dan status O ₂ 7. Mengatur peralatan oksigenasi 8. Memonitor aliran oksigen 9. Mempertahankan posisi pasien 10. Memonitor adanya kecemasan pasien terhadap oksigenasi	13.00 S : Pasien mengatakan sesak napas O : 1. Tampak pasien sesak napas 2. RR 24 x/mnt 3. Tampak adanya tarikan dinding dada 4. Klien tampak lemah A : Masalah belum teratasi P : Intervensi nomor 1-10 dilanjutkan
2	09.25 09.40 09.50 10.00	1. Melakukan pengkajian nyeri komprehensif yang meliputi : P : Pada saat ditekan dan tertekuk Q : Nyeri dirasakan tertusuk-tusuk R : Nyeri dirasakan pada perut bagian kanan S : Skala nyeri 4 (Dengan menggunakan angka 0-10) T : Nyeri dirasakan sewaktu-waktu 2. Mengoservasi tanda-tanda vital 3. Mengobservasi adanya petunjuk non verbal mengenai ketidaknya manan yaitu : sering memegang daerah tumit kaki bagian kiri dan kanan 4. Memberikan informasi kepada orang tua pasien mengenai nyeri, yaitu penyebab nyeri karena adanya radang pada hati yang dapat menyebabkan sakit.	Jam 13.10 S : 1. Pasien mengatakan perutnya semakin membesar 2. Pasien mengatakan sakit pada perut kanan seperti tertusuk-tusuk O : 1. Wajah pasien tampak meringis saat dilakukan palpasi 2. Skala nyeri 4 3. Tampak abdomen membesar (asites) A : Masalah belum teratasi P : Intervensi nomor 1-6 dilanjutkan

	10.05	5. Mengajarkan pasien tentang penggunaan teknik non farmakologi untuk pengurangan nyeri yaitu dengan latihan teknik napas dalam	
	10.10	6. Menganjurkan pasien dan keluarga untuk menghindari hal-hal yang menyebabkan nyeri misalnya jangan menekan daerah perut dan hati-hati dalam melakukan aktivitas fisik	
3	10.20	1. Mengkaji status fisiologis pasien yang menyebabkan kelelahan sesuai dengan konteks usia dan perkembangan	<p>Jam 13.15</p> <p>S :Pasien mengatakan lelah setelah beraktivitas ke kamar mandi</p> <p>O:</p> <p>1. Pasien tampak lemas setelah beraktivitas</p> <p>2. Tampak ada luka di kaki kiri</p> <p>3. Tampak sebagian besar ADLs dibantu keluarga dan perawat</p> <p>4. Tampak terdapat benjolan dan mengeras saat diraba</p> <p>5. TTV : TD : 110/70 mmHg, Nadi : 94 kali/menit, Suhu : 36,5 °C.</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi nomor 1-8 dilanjutkan</p>
	10.25	2. Menganjurkan pasien menganjurkan perasaan secara verbal mengenai keterbatasan yang dialami	
	10.30	3. Menggunakan instrumen yang valid untuk mengukur kelelahan	
	10.35	4. Memilih intervensi untuk mengurangi kelelahan baik secara farmakologis maupun non farmakologis dengan tepat	
	10.40	5. Menentukan jenis dan banyaknya aktivitas yang dibutuhkan untuk menjaga kesehatan	
	10.50	6. Memonitor intake/asupan nutrisi untuk mengetahui sumber energi yang adekuat	
	11.00	7. Memonitor/catat waktu dan lama istirahat/tidur pasien	
	11.05	8. Membantu pasien identifikasi pilihan aktivitas-aktivitas yang akan dilakukan	

D. CATATAN PERKEMBANGAN DENGAN MENGGUNAKAN SOAPIE
Hari Kedua (2)

NO. DX. KEP.	HARI/TGL JAM	CATATAN PERKEMBANGAN (SOAPIE)
1	Selasa, 16 Juli 2019 08.00 08.15 08.20 08.25 08.30 08.40 08.50 09.00 09.05 09.10 09.15 13.00	S : Pasien mengatakan sesak napas O: <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak pasien sesak napas 2. RR 24 x/mnt 3. Tampak adanya tarikan dinding dada 4. Klien tampak lemah A : Masalah belum teratasi P : Intervensi nomor 1-10 dilanjutkan I : <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengkaji status pernapasan 2. Mengatur posisi pasien untuk memaksimalkan ventilasi 3. Mengidentifikasi pasien perlunya pemasangan alat jalan nafas buatan 4. Mengauskultasi suara nafas, catat adanya suara tambahan 5. Memberikan pelembab udara Kassa basah NaCl Lembab 6. Memonitor respirasi dan status O2 7. mengatur peralatan oksigenasi 8. Memonitor aliran oksigen 9. Mempertahankan posisi pasien 10. Memonitor adanya kecemasan pasien terhadap oksigenasi E : <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan sesak napas berkurang 2. Tampak pasien sesak napas pasien berkurang 3. RR 20 x/mnt 4. Tampak tidak adanya tarikan dinding dada 5. Klien tampak masih lemah
2	09.30	S : <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan perutnya semakin membesar 2. Pasien mengatakan sakit pada perut kanan berkurang O: <ol style="list-style-type: none"> 1. Wajah pasien tampak meringis saat dilakukan palpasi 2. Skala nyeri 2 3. Tampak abdomen membesar (asites) A : Masalah belum teratasi P : Intervensi nomor 1-6 dilanjutkan

	<p>09.40</p> <p>09.50</p> <p>10.00</p> <p>10.10</p> <p>10.20</p> <p>13.15</p>	<p>I :</p> <p>1. Melakukan pengkajian nyeri komprehensif yang meliputi :</p> <p>P : Pada saat ditekan dan tertekuk</p> <p>Q : Nyeri dirasakan tertusuk</p> <p>R : Nyeri dirasakan pada perut bagian kanan</p> <p>S : Skala nyeri 3 (Dengan menggunakan angka 0-10)</p> <p>T : Nyeri dirasakan sewaktu-waktu</p> <p>1. Mengobservasi tanda-tanda vital</p> <p>2. Mengobservasi adanya petunjuk non verbal mengenai ketidaknyamanan yaitu : sering memegang daerah tumit kaki bagian kiri dan kanan</p> <p>3. Memberikan informasi kepada pasien mengenai nyeri, yaitu penyebab nyeri karena adanya radang pada hati yang dapat menyebabkan sakit.</p> <p>4. Mengajarkan pasien tentang penggunaan teknik non farmakologi untuk pengurangan nyeri yaitu dengan latihan teknik napas dalam</p> <p>5. Menganjurkan pasien dan keluarga untuk menghindari hal-hal yang menyebabkan nyeri misalnya jangan menekan daerah perut dan hati-hati dalam melakukan aktivitas fisik</p> <p>E :</p> <p>1. Pasien mengatakan perutnya semakin membesar</p> <p>2. Pasien mengatakan sakit pada perut kanan berkurang</p> <p>3. Wajah pasien tampak meringis saat dilakukan palpasi</p> <p>4. Skala nyeri 2</p> <p>5. Tampak abdomen membesar (asites)</p>
3	<p>10.45</p> <p>11.00</p> <p>11.05</p> <p>11.10</p>	<p>S :Pasien mengatakan lelah setelah beraktivitas ke kamar mandi</p> <p>O:</p> <p>1. Pasien tampak lemas setelah beraktivitas</p> <p>2. Tampak ada luka di kaki kiri</p> <p>3. Tampak sebagian besar ADLs dibantu keluarga dan perawat</p> <p>4. Tampak terdapat benjolan dan mengeras saat diraba</p> <p>5. TTV : TD : 110/70 mmHg, Nadi : 94 kali/menit, Suhu : 36,5 °C.</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi nomor 1-8 dilanjutkan</p> <p>I :</p> <p>1. Kaji status fisiologis pasien yang menyebabkan kelelahan sesuai dengan konteks usia dan perkembangan</p> <p>2. Anjurkan pasien menganjurkan perasaan secara verbal mengenai keterbatasan yang dialami</p> <p>3. Gunakan instrumen yang valid untuk mengukur kelelahan</p> <p>4. Pilih intervensi untuk mengurangi kelelahan baik secara farmakologis maupun non farmakologis dengan tepat</p>

	11.15 11.20 11.25 11.30 11.45	5. Tentukan jenis dan banyaknya aktivitas yang dibutuhkan untuk menjaga kesehatan 6. Monitor intake/asupan nutrisi untuk mengetahui sumber energi yang adekuat 7. Monitor/catat waktu dan lama istirahat/tidur pasien 8. Bantu pasien identifikasi pilihan aktivitas-aktivitas yang akan dilakukan
	13.30	<p>E :</p> <p>S : Pasien mengatakan lelah setelah beraktivitas ke kamar mandi</p> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien tampak lemas setelah beraktivitas 2. Tampak ada luka di kaki kiri 3. Tampak sebagian besar ADLs dibantu keluarga dan perawat 4. Tampak terdapat benjolan dan mengeras saat diraba 5. TTV : TD : 110/70 mmHg, Nadi : 94 kali/menit, Suhu : 36,5 °C.

E. CATATAN PERKEMBANGAN DENGAN MENGGUNAKAN SOAPIE

Hari Ketiga (3)

NO. DX. KEP.	HARI/TGL JAM	CATATAN PERKEMBANGAN (SOAPIE)
1	Rabu, 16 Juli 2019 08.00	<p>S : Pasien mengatakan sesak napas berkurang</p> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak pasien sesak napas pasien berkurang 2. RR 20 x/mnt 3. Tampak tidak adanya tarikan dinding dada 4. Klien tampak masih lemah <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi nomor 1-10 dilanjutkan</p> <p>I :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengkaji status pernapasan 2. Mengatur posisi pasien untuk memaksimalkan ventilasi 3. Mengidentifikasi pasien perlunya pemasangan alat jalan nafas buatan 4. Mengauskultasi suara nafas, catat adanya suara tambahan 5. Memberikan pelembab udara Kassa basah NaCl Lembab 6. Memonitor respirasi dan status O₂ 7. Mengatur peralatan oksigenasi 8. Memonitor aliran oksigen

		<p>9. Mempertahankan posisi pasien</p> <p>10. Memonitor adanya kecemasan pasien terhadap oksigenasi</p> <p>E :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan sesak napas berkurang 2. Tampak pasien sesak napas pasien berkurang 3. RR 20 x/mnt 4. Tampak tidak adanya tarikan dinding dada 5. Klien tampak masih lemah
2	09.30	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan perutnya semakin membesar 2. Pasien mengatakan sakit pada perut kanan berkurang <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Wajah pasien tampak meringis saat dilakukan palpasi 2. Skala nyeri 2 3. Tampak abdomen membesar (asites) <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi nomor 1-6 dilanjutkan</p> <p>I :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan pengkajian nyeri komprehensif yang meliputi : <ul style="list-style-type: none"> P : Pada saat ditekan dan tertekuk Q : Nyeri dirasakan tertusuk R : Nyeri dirasakan pada perut bagian kanan S : Skala nyeri 3 (Dengan menggunakan angka 0-10) T : Nyeri dirasakan sewaktu-waktu 2. Mengobservasi tanda-tanda vital 3. Mengobservasi adanya petunjuk non verbal mengenai ketidaknyamanan yaitu : sering memegang daerah tumit kaki bagian kiri dan kanan 4. Memberikan informasi kepada pasien mengenai nyeri, yaitu penyebab nyeri karena adanya radang pada hati yang dapat menyebabkan sakit. 5. Mengajarkan pasien tentang penggunaan teknik non farmakologi untuk pengurangan nyeri yaitu dengan latihan teknik napas dalam 6. Menganjurkan pasien dan keluarga untuk menghindari hal-hal yang menyebabkan nyeri misalnya jangan menekan daerah perut dan hati-hati dalam melakukan aktivitas fisik <p>E :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan perutnya semakin membesar 2. Pasien mengatakan sakit pada perut kanan berkurang 3. Wajah pasien tampak meringis saat dilakukan palpasi 4. Skala nyeri 2 5. Tampak abdomen membesar (asites)

3	10.45	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan ada luka pada kaki kiri 2. Pasien mengatakan saat ini ada benjolan di selangkangan kiri dan dibawah pusar <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak ada luka di kaki kiri 2. Tampak ada benjolan di selangkangan kiri dan umbilicus 3. Benjolan tampak mengeras saat diraba <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi nomor 1-9 dihentikan</p> <p>I :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji status fisiologis pasien yang menyebabkan kelelahan sesuai dengan konteks usia dan perkembangan 2. Anjurkan pasien menganjurkan perasaan secara verbal mengenai keterbatasan yang dialami 3. Gunakan instrumen yang valid untuk mengukur kelelahan 4. Pilih intervensi untuk mengurangi kelelahan baik secara farmakologis maupun non farmakologis dengan tepat 5. Tentukan jenis dan banyaknya aktivitas yang dibutuhkan untuk menjaga kesehatan 6. Monitor intake/asupan nutrisi untuk mengetahui sumber energi yang adekuat 7. Monitor/catat waktu dan lama istirahat/tidur pasien 8. Bantu pasien identifikasi pilihan aktivitas-aktivitas yang akan dilakukan <p>E :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan lelah setelah beraktivitas ke kamar mandi 2. Pasien tampak lemas setelah beraktivitas 3. Tampak ada luka di kaki kiri 4. Tampak sebagian besar ADLs dibantu keluarga dan perawat 5. Tampak terdapat benjolan dan mengeras saat diraba 6. TTV : TD : 110/70 mmHg, Nadi : 94 kali/menit, Suhu : 36,5 °C.
---	-------	--