

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN M.N. DENGAN SIROSIS HEPATIS DI
RUANGAN KELIMUTU RSUD. PROF.DR.W.Z.JOHANNES KUPANG**



NAMA : KARTIKA PUTRI ELODEA

NIM : PO.530320115071

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
JURUSAN KEPERAWATAN
PRODI D III KEPERAWATAN**

2018

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN M.N. DENGAN SIROSIS HEPATIS DI
RUANGAN KELIMUTU 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**



NAMA : KARTIKA PUTRI ELODEA

NIM : PO.530320115071

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
JURUSAN KEPERAWATAN
PRODI D III KEPERAWATAN**

2018

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

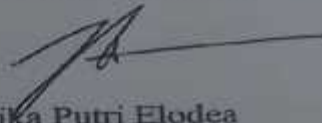
Nama : Kartika Putri Elodea
NIM : PO.530320115071
Program Studi : DIII Keperawatan
Institusi : Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Laporan Karya Tulis Ilmiah yang saya tulis ini adalah benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri dan bukan merupakan pengambil alihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya aku sebagai hasil tulisan atau pikiran saya sendiri.

Apabila di kemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan Studi Kasus ini hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Kupang, 02 Juli 2018

Pembuat Pernyataan



Kartika Putri Elodea
NIM : PO.530320115071

Mengetahui

Pembimbing



Elisabeth Herwanti SKp., M.Kes
NIP. 19580901 198502 2 001

LEMBAR PERSETUJUAN

Laporan Karya Tulis Ilmiah oleh Kartika Putri Elodea NIM: PO.530320115071
dengan judul "ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN MLN. DENGAN
SIROSIS HEPATIS DI RUANGAN KELIMUTU RSUD.
PROF.DR.W.Z.JOHANNES KUPANG"

Disusun oleh



Kartika Putri Elodea
NIM : PO.530320115071

Telah diperiksa dan disetujui untuk diujikan.

Pembimbing



Elisabeth Herwanti SKp., M.Kes
NIP. 19580901 198502 2 001

LEMBAR PENGESAHAN

Laporan Studi Kasus oleh Kartika Putri Elodea dengan judul Asuhan Keperawatan Pada Tn M.N. Dengan Sirosis Hepatis Di Ruang Kelimutu RSUD. Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang telah dipertahankan di depan dewan penguji pada tanggal 02 Juli 2018

Dewan Penguji

Penguji I

Ns. Kori Limbong, S.Kep., M.Kep
NIP. 19780202 200212 2 001

Penguji II

Elisabeth Herwanti, SKp., M.Kes
NIP. 19580901 198502 2 001

Mengesahkan

Ketua Jurusan Keperawatan



Margaretha U.W. SKp., MHSc
NIP. 19860217 198603 2 001

Mengetahui

Ketua Program Studi

Margaretha Teli, S.Kep., Ns., MSc
NIP. 19770727 200003 2 002

KATA PENGANTAR

Segala puji syukur penulis haturkan ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa atas berkat dan anugerahNya sehingga penulis dapat menyelesaikan penyusunan laporan tugas akhir dengan judul Asuhan Keperawatan Pada Tn M.N. Dengan Sirosis Hepatis Di Ruang Kelimutu RSUD. Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang. Penyusunan dan laporan ini dibuat dalam rangka memenuhi persyaratan untuk menyelesaikan pendidikan DIII Keperawatan di Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang.

Penulis sadar bahwa dalam menyelesaikan laporan ini banyak mendapat dukungan baik secara moril maupun material dari berbagai pihak yang dengan caranya masing-masing membantu penulis demi keberhasilan penulisan laporan ini. Oleh karena itu penulis pada kesempatan ini mengucapkan terima kasih yang tak terhingga kepada:

1. Elisabeth Herwanti SKp.,M.Kes sebagai pembimbing dan penguji II yang telah banyak memberi arahan, masukan, bimbingan serta memberikan dukungan atau motivasi sehingga penulis dapat menyelesaikan ujian akhir program ini.
2. Ns. Kori Limbong.,S.Kep.,M.Kep selaku penguji I atas segala masukan dan petunjuk sehingga pada akhirnya ujian akhir program ini dapat diselesaikan.
3. R.H Kristina, SKM.,M.Kes selaku direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk mengikuti ujian akhir program.
4. M.Margaretha U. W. SKp.,MHSc selaku Ketua Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kupang yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk mengikuti ujian akhir program.
5. Adrianus Pa.,S.Kep.,Ns selaku Kepala Rungan Kelimutu dan penguji II di lahan praktek serta seluruh staf Ruang Kelimutu yang telah membantu penulis selama mengikuti ujian akhir program di rumah sakit dan dalam proses penyelesaian laporan studi kasus ini.
6. Para dosen dan seluruh civitas Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kupang yang telah membekali penulis dengan sejumlah keterampilan dan pengetahuan selama mengikuti pendidikan baik di kampus maupun di lahan praktek.
7. Bapak Yunus Elodea, S.Pd.,M.Pd dan Mama Mujiyati,S.Pd tercinta sebagai orang tua yang telah mendukung dan memotivasi sampai penulis menyelesaikan pendidikan DIII.

8. Adik Dewi, Fita, dan Ovan yang memberi semangat kepada penulis sehingga penulis bersemangat menyelesaikan pendidikan DIII.
9. Sahabat-sahabat yang terbaik Nikita, Thesy, Yuni, Puspa, Intan, Kak Reny, dan saya sayangi Yarmen Funay yang selalu memberi dukungan doa dan motivasi dalam menyelesaikan pendidikan DIII.
10. Rekan-rekan seperjuangan yang saling mendukung selama menyelesaikan pendidikan DIII.
11. Semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu persatu yang telah berjasa bagi penulis dalam menyelesaikan ujian akhir program ini.

Penulis menyadari bahwa laporan studi kasus ini masih jauh dari kesempurnaan, oleh karena itu kritik dan saran dari semua pihak masih dibutuhkan penulis demi penyempurnaan. Laporan studi kasus ini diharapkan dapat bermanfaat bagi pembaca dan semua yang berkepentingan.

Kupang, Juli 2018

Penulis

ABSTRAK

Kartika Putri Elodea, PO.530320115071, Asuhan Keperawatan Pada Tn M.N. Dengan Sirosis Hepatis Di Ruangan Kelimutu RSUD. Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang.

Sirosis hati merupakan tahap akhir proses difus fibrosis hati progresif yang ditandai oleh distorsi arsitektur hati dan pembentukan nodul regenerative. Data WHO (2011) menunjukkan sekitar 738.000 pasien dunia meninggal akibat Sirosis Hepatis. Menurut hasil Riskesdas tahun 2013 bahwa jumlah orang yang di diagnosis sirosis hepatitis di fasilitas pelayan kesehatan berdasarkan gejala-gejala yang ada, menunjukkan peningkatan 2 kali lipat apabila dibandingkan dari data tahun 2007 dan 2013. Propinsi Nusa Tenggara Timur pada tahun 2013 dengan prevalensi tertinggi. Berdasarkan hasil penelitian yang dihimpun Riskesdas didapat data yang dapat diamati karakteristik prevalensi sirosis hepatitis tertinggi terdapat pada kelompok umur 45-54 dan 65-74 tahun. (Hildan,2017). Masalah Sirosis Hepatis dianggap penting karena menurut Data Register RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang, jumlah pasien yang dirawat di ruangan Kelimutu pada tahun 2014 hingga 2017 adalah 3.009 orang dengan kasus Sirosis Hepatis berjumlah 28 orang dengan usia diatas 40 tahun.

Tujuan penulisan adalah penerapan asuhan keperawatan pada pasien, melakukan pengkajian keperawatan, merumuskan diagnosa keperawatan, mampu menyusun rencana keperawatan, menyusun rencana keperawatan, melakukan pelaksanaan pada pasien serta mampu melakukan evaluasi implementasi pada pasien sirosis hepatitis. Penulisan ini berupa studi kasus menggunakan pendekatan proses keperawatan terhadap 1 orang laki-laki yang terkena sirosis hati di rumah sakit.

Kata Kunci : *Asuhan Keperawatan, Sirosis Hati*

DAFTAR ISI

	Halaman
Halaman Sampul	i
Halaman Sampul Dalam dan Prasyarat Gelar	ii
Persyaratan Keaslian Penulisan	iii
Lembar persetujuan	iv
Lembar Pengesahan	v
Kata Pengantar	vi
Abstrak	viii
Daftar Isi	ix
Daftar Gambar	xi
Daftar Lampiran	xii
BAB. I PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Tujuan Studi Kasus	2
1.3. Manfaat Studi Kasus	3
BAB. II TINJAUAN PUSTAKA	4
2.1 Konsep Teori	4
2.1.1 Pegertian	4
2.1.2 Penyebab	4
2.1.3 Pathway	6
2.1.4 Tanda dan Gejala	7
2.1.5 Studi Diagnostik	8
2.1.6 Pengobatan	9
2.2 Konsep Asuhan Keperawatan	10
2.2.1 Pengkajian	10
2.2.2 Diagnosa	12
2.2.3 Perencanaan	13
2.2.4 Pelaksanaan	28
2.2.5 Evaluasi	28
BAB. III HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN	29

3.1 Hasil Studi Kasus	29
3.2 Pembahasan	38
3.3 Keterbatasan Studi kasus	43
BAB. IV KESIMPULAN DAN SARAN	44
4.1 Kesimpulan	44
4.2 Saran	45
DAFTAR PUSTAKA	46
LAMPIRAN	

Daftar Gambar

Gambar 1. Pathway Sirosis Hepatis

Daftar Lampiran

Lampiran 1 Format Pengkajian

Lampiran 2 Bukti Proses Bimbingan

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang Masalah

Sirosis hati merupakan tahap akhir proses difus fibrosis hati progresif yang ditandai oleh distorsi arsitektur hati dan pembentukan nodul regenerative (Setiati, 2015). Sirosis merupakan komplikasi penyakit hati yang ditandai dengan hilangnya sel-sel hati dan pembentukan jaringan ikat dalam hati yang ireversibel dan penyebab utama sirosis hati adalah virus hepatitis B dan C, selain itu konsumsi alkohol dan autoimun juga mempengaruhi terjadinya sirosis hati. (Emiliana, 2013). Penyakit sirosis heptis ditandai dengan berbagai yang sangat bervariasi dari tanpa gejala sampai pada yang berat. Kadang-kadang dapat ditemukan keadaan dengan kelainan hati sangat berat tetapi gejala yang dikeluhkan sangat sedikit. Semua bentuk sirosis mungkin tidak tampak secara klinis. Jika timbul, gejala sirosis bersifat nonspesifik seperti anoreksia, penurunan berat badan, tubuh lemah, dan pada penyakit tahap lanjut debilitas yang nyata. Dapat timbul gejala hati yang baru mulai atau telah nyata, biasanya dipicu oleh timbulnya beban metabolik pada hati, misalnya infeksi sistemik atau perdarahan saluran cerna. Mekanisme akhir yang menyebabkan kematian pada sebagian besar pasien dengan sirosis adalah gagal hati progresif, komplikasi yang terkait dengan hipertensi portal, atau timbulnya karsinoma hepatoselular. (Vinay, 2007)

Data WHO (2011) menunjukkan sekitar 738.000 pasien dunia meninggal akibat Sirosis Hepatis. Menurut hasil Riskesdas tahun 2013 bahwa jumlah orang yang di diagnosis sirosis hepatis di fasilitas pelayanan kesehatan berdasarkan gejala-gejala yang ada, menunjukkan peningkatan 2 kali lipat apabila dibandingkan dari data tahun 2007 dan 2013. Pada tahun 2007, lima provinsi dengan prevalensi sirosis hepatis tertinggi adalah Nusa Tenggara Timur, Sulawesi Tengah, Aceh, Gorontalo, dan Papua Barat, sedangkan tahun 2013 lima provinsi dengan prevalensi tertinggi yaitu Nusa Tenggara Timur, Papua, Sulawesi Selatan, Sulawesi Tengah, dan Maluku Utara. Berdasarkan hasil penelitian yang dihimpun Riskesdas didapat data yang dapat diamati karakteristik prevalensi sirosis hepatis tertinggi

terdapat pada kelompok umur 45-54 dan 65-74 tahun. (Hildan,2017). Menurut Data Register RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang, jumlah pasien yang dirawat di ruangan Kelimutu dari tahun 2014 hingga 2017 adalah 3.009 orang dengan jumlah laki-laki lebih banyak dari pada perempuan. Untuk kasus pasien dengan Sirosis Hepatis berjumlah 28 orang dengan usia diatas 40 tahun.

Pengobatan untuk sirosis hepatis pada umumnya tidak dapat disembuhkan namun pengobatan dapat dilakukan untuk mencegah kerusakan hati lebih lanjut, mengobati komplikasi sirosis, mencegah kanker hati atau deteksi sedini mungkin dan transplantasi hati. (Emilia,2013). Dampak dari penyakit sirosis hepatis yang tidak diobati dapat terjadi komplikasi seperti kongesif splenomegali, perdarahan varises, kegagalan hepatoseluler (koma hepatic), hepatoma/ hepatocellular carcinoma (Setiati, 2015).

Sehubungan dengan tingginya angka penderita sirosis hepatis dan pentingnya melakukan perawatan pasien maka peran perawat adalah memberikan pengetahuan bagi pasien tentang kebutuhan cairan, membantu pasien dan keluarga untuk mengawasi atau memantau cairan yang masuk dan yang keluar supaya dapat memenuhi keseimbangan cairan.

1.2. Tujuan Studi Kasus

1.2.1 Tujuan Umum

Adapun tujuan umum adalah penerapan asuhan keperawatan pada pasien dengan Sirosis Hepatis di ruang Kelimutu, RSUD Prof. Dr. W.Z, Johanes Kupang.

1.2.2 Tujuan Khusus

Penulis memperoleh pengalaman nyata dalam hal :

1. Melakukan pengkajian keperawatan pada pasien sirosis hepatis,
2. Merumuskan diagnosa keperawatan pada pasien sirosis hepatis,
3. Mampu menyusun rencana keperawatan pada pasien sirosis hepatis,
4. Mampu melakukan pelaksanaan pada pasien sirosis hepatis,
5. Mampu melakukan evaluasi implementasi pada pasien sirosis hepatis.

1.3. Manfaat Studi kasus

1. Bagi masyarakat dapat digunakan untuk menambah wawasan tentang pengertian, penyebab, dan cara mencegah penyakit sirosis hepatis
2. Bagi pengembangan ilmu dan teknologi keperawatan yakni dapat menjadi referensi bagi pengembangan ilmu dan teknologi keperawatan khususnya bagi Asuhan Keperawatan pada pasien dengan Sirosis Hepatis
3. Bagi penulis yakni meningkatkan pengetahuan serta sikap dalam menjalankan Asuhan Keperawatan pada pasien dengan Sirosis Hepatis

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Teori

2.1.1 Pengertian

Sirosis hepatitis adalah penyakit progresif yang dikarakteristikan oleh penyebaran inflasi dan fibrosis pada hepar. Jaringan peut menggantikan sel-sel parenkim hepar normal sebagai upaya hepar untuk meregenerasi sel-sel nekrotik. Karena darah tidak dapat mengalir dengan bebas melalui hepar sirotik, ia kembali ke vena-vena splanknik (vena portal, vena pilorik, vena koronaria, vena esophagus, dan vena mesenterik) akhirnya menuebabkan pembesaran, hemostatisvaskular, dan hipoksia organ yang disuplai oleh pembuluh-pembuluh ini. Lebih daripada itu, hepar yang rusak tidak dapat melakukan fungsi metabolic normalnya seperti melabolisme protein, lemak, dan karbohidrat, sintesis empedu, penyimpanan vitamin dan sintesis faktor pembekuan (Barbara, 1998:541). Sirosis hati merupakan tahap akhir proses difus fibrosis hati progresif yang ditandai oleh distorsi arsitektur hati dan pembentukan nodul regeneratif. (Setiati, 2015).

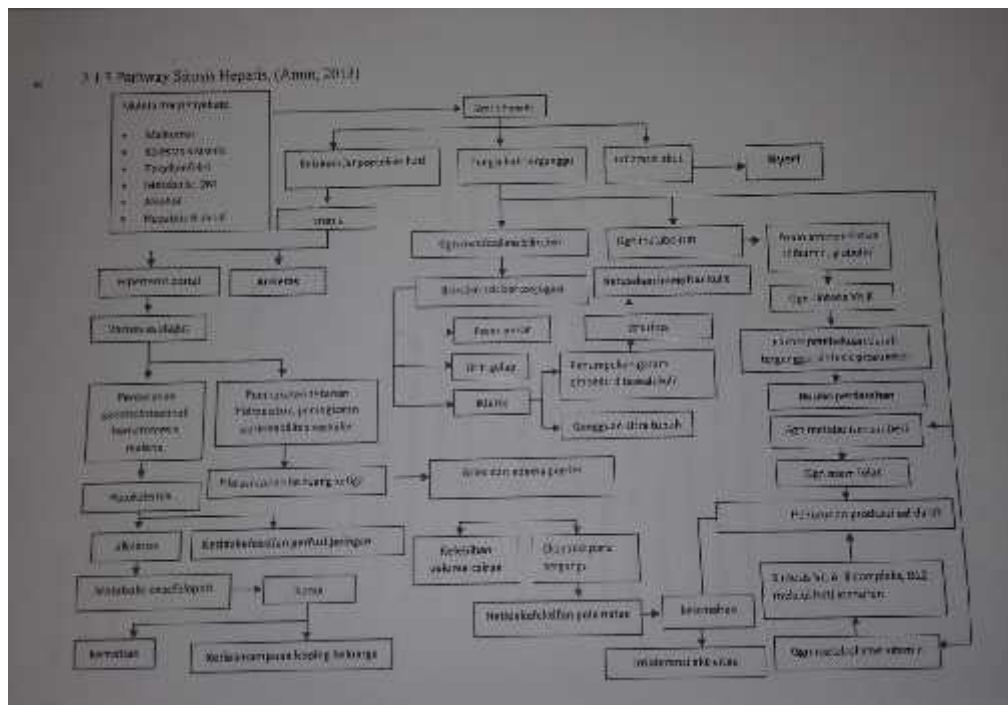
2.1.2 Penyebab

Ada 3 sirosis hepatitis menurut Amin (2013) yaitu:

- a. Sirosis Laennec (disebut juga sirosis alkoholik, portal, sirosis gizi dimana jaringan parut secara khas mengelilingi daerah portal. Sering disebabkan oleh alkoholis kronis.
- b. Sirosis pasca nekrotik, dimana terdapat pita jaringan parut yang lebar sebagai akibat lanjut dari hepatitis virus yang terjadi sebelumnya
- c. Sirosis bilier, dimana pembentukan jaringan parut terjadi dalam hati sekitar saluran empedu. Terjadi akibat obstruksi bilier yang kronis dari infeksi.

Menurut Setiati (2015) ada 15 penyebab sirosis hepatis antara lain:

- a. Penyakit hati (alcoholic liver disease/ ALD)
- b. Hepatitis C kronik
- c. Hepatitis B kronik dengan/atau tanpa hepatitis D
- d. Steatohepatitis non alkoholik (NASH), hepatitis tipe ini dikaitkan dengan DM, malnutrisi protein, obesitas, penyakit arteri koroner pemakainya obat kortikosteroid
- e. Sirosis bilier primer
- f. Kolangitis sklerosing primer
- g. Hepatitis autoimun
- h. Hemakromatosis herediter
- i. Penyakit Wilson
- j. Defisiensi alpha 1-antitrypsin
- k. Sirosis kardiak
- l. Galaktosemia
- m. Fibrosis kistik
- n. Hepatotoksik akibat obat atau toksin
- o. Infeksi parasit tertentu (schistosomiasis)



2.1.4 Tanda dan Gejala

Menurut NANDA,2013

1. Keluhan pasien:

- a. Pruritus
- b. Urin berwarna gelap
- c. Ukuran lingkaran pinggang meningkat
- d. Turunnya selera makan dan turunnya berat badan
- e. Ikterus

2. Tanda klasik:

- a. Telapak tangan merah
- b. Pelebaran pembuluh darah
- c. Ginekomastia bukan tanda yang spesifik
- d. Peningkatan waktu protombin adalah tanda yang lebih khas
- e. Ensefalopati hepatitis dengan hepatitis fulminan akut dapat terjadi
- f. Onset ensefalopati hepatitis dengan gagal hati kronik lebih lambat dan lemah.

Menurut Arif,2011 tanda dan gejala yang muncul:

- a. Hipertensi portal: varises esophagus (hematemesis, melena), asites, edema, splenomegali, kaput medusa, gangguan hematologi (anemia, leucopenia, trombositopenia)
- b. Penurunan fungsi hati, cepat letih, mudah mengalami perdarahan, hipoalbuminemia
- c. Asites dan edema perifer
- d. Gangguan gastrointestinal: mual muntah anoreksia
- e. Integumen: gatal, petekie, eritema palmaris, spider nevi
- f. Hepatic ensefalopati: nyeri kepala, penurunan kesadaran, alkalosis (peningkatan frekuensi pernapasan)
- g. Kolelitiasis.

Menurut Setiati (2015):

- a. Spider angioma atau spider nevi
- b. Palmar erytema
- c. Perubahan kuku (*Muehrche's lines, terry'ss nails, clubbing*)
- d. Osteoartropi Hipertrofi
- e. Kontraktur Dupuytres
- f. Ginekomastia
- g. Hipogonadisme
- h. Ukuran hati: besar, normal, mengecil
- i. Splenomegali
- j. Asites
- k. Caput medusa
- l. Murmur Cruveihier-Baugarten (bising daerah epigastrium)
- m. *Fetor hepaticus*
- n. Ikterus

2.1.5 Studi Diagnostik

Menurut Setiati (2015) pemeriksaan laboratorium yang spesifik untuk sirosis hepatis adalah

1. Aminotransferase: ALT dan AST normal atau sedikit meningkat
2. Alkali fosfatase/ALP: sedikit meningkat
3. Gamma-glutamil transferase/GT: kolerasi dengan ALP, spesifik khas akibat alkohol sangat meningkat
4. Bilirubin: meningkat saat sirosis hepatis lanjut prediksi penting mortalitas
5. Albumin: menurun saat sirosis hepatis lanjut
6. Globulin: meningkat terutama IgG
7. Waktu prothrombin: meningkat/ penurunan produksi faktor V/VII dari hati
8. Natrium darah: menurun akibat peningkatan ADH dan aldosteron
9. Trombosit: menurun (hipersplenism)
10. Leukosit dan neutrofil: menurun (hipersplenism)
11. Anemia: makrositik, normositik, dan mikrositik.

Menurut Arif (2011) pemeriksaan diagnostic terdiri atas:

1. Pemeriksaan Darah

- 1) Biasanya dijumpai anemia, leukopeni, trombositopeni, dan waktu protrombin memanjang
- 2) Tes faal hati. Untuk memeriksa apakah hati berfungsi normal. Temuan laboratorium bisa normal dan sirosis
- 3) USG. Untuk mencari tanda-tanda sirosis dalam atau pada permukaan hati

2. CT-Scan. Diperlukan untuk mengidentifikasi adanya kondisi komplikasi sirosis hepatis dampak dari peningkatan tekanan vena portal, seperti varises esophagus

3. Paracentesis

- 1) Paracentesis asites adalah penting dalam menentukan apakah asites disebabkan oleh hipertensi portal atau proses lain.
- 2) Studi ini juga digunakan untuk menyingkirkan infeksi dan keganasan

4. Biopsi hati. Untuk mengidentifikasi fibrosis dan jaringan parut. Biopsi merupakan tes diagnosis yang paling dipercaya dalam menegakkan diagnosis sirosis hepatis

2.1.6 Pengobatan

Menurut Setiati (2009) pengobatan Sirosis Dekompensata

Asites: awalnya dengan pemberian spironolakton dengan dosis 100-200 mg sekali sehari. Bilamana pemberian sipronolakton tidak adekuat bisa dikombinasi dengan furosemid dengan dosis 20-40 mg/hari

Varises esophagus: sebelum atau sesudah berdarah bisa diberikan obat penyekat beta (propranolol). Peritonitis bacterial spontan, diberikan antibiotika seperti sefotaksim intravena, amoksilin, atau aminoglikosida.

Sindrom hepatorenal: mengatasi perubabhan sirkulasi darah di hati, mengatur keseimbangan garam dan air.

Transplantasi hati: terapi definitive pada pasien sirosis dekompensata.

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan

2.2.1 Pengkajian

Menurut Amin (2013) didapatkan data dari keluhan pasien berupa:

1. Pruritus
2. Urin berwarna gelap
3. Ukuran lingkaran pinggang meningkat
4. Turunnya selera makan dan turunnya berat badan
5. Ikterus (kuning pada kulit dan mata) muncul belakangan

Tanda klasik:

1. Telapak tangan merah
2. Pelebaran pembuluh darah
3. Peningkatan waktu protrombin adalah tanda yang lebih khas
4. Esnefalopati hepatitis dengan hepatitis fulminan akut dapat terjadi dalam waktu singkat dan pasien akan merasa mengantuk, delirium, kejang, dan koma dalam waktu 24 jam.
5. Onset ensefalopati hepatitis dengan gagal hati kronik lebih lambat dan lemah.

Sedangkan menurut Barbara (1998)

1. Riwayat atau adanya faktor-faktor resiko :
 - a. Alkoholisme
 - b. Hepatitis viral
 - c. Obstruksi kronis dari duktus koledokus dan infeksi(kolangitis)
 - d. Gagal jantung kanan berat kronis berkenaan dengan korpulmonal
2. Pemeriksaan fisik berdasarkan survey umum (apendiks F) dapat menunjukkan:
 - 1) Temuan awal :
 - a. Gangguan GI mual, muntah, anoreksia, flatulens, dyspepsia, muntah, perubahan kebiasaan usus (disebabkan oleh perubahan metabolisme nutrient)
 - b. Nyeri abdomen kuadran kanan atas (disebabkan oleh pembesaran hepar)

- c. Pembesaran, hepar dapat diraba(pada tahap lanjut penyakit, peningkatan pembentukan jaringan parut yang menyebabkan kontraksi jaringan hepar karena mengisutkan hepar)
- d. Demam ringan (disebabkan oleh penurunan produksi antibodi)

2) Temuan lanjut:

- a. Asites: dimanifestasikan dengan penambahan berat badan dan distensi abdomen disertai dengan penampilan dehidrasi pada kasus berat(kulit dan membrane mukosa kering, kehilangan massa otot, kelemahan, haluaran urinnnya rendah)
- b. Hipertensi portal: dibuktikan dengan perdarahan GI dari varises esophagus
- c. Sindrom hepatorenal dimanifestasikan dengan gagal ginjal progresif (peningaktan BUN dan kreatinin serum, penurunan haluaran urine)
- d. Ketidakseimbangan endokrin dimanifestasikan dengan hipogonadisme, spider angioma, eritema palmar.
- e. Ensefalopati hepatic dimanifestasikan dengan perubahan neuropsikiatrik seperti apatis, hiperefleksia, gangguan tidur, kacau mental, mengantuk, hepaticus fetor, asteriksis, disorientasi, dan akhirnya koma dan kematian

3) Temuan tambahan:

- a. Kelelahan
- b. Kecenderungan perdarahan
- c. Ikterik (akibat kerusakan metabolisme bilirubin)

3. Pemeriksaan Diagnostik

1) Pemeriksaan fungsi hepar abnormal :

- a. Peningkatan bilirubin serum (disebabkan oleh kerusakan metabolisme bilirubin)
- b. Peningkatan kadar ammonia darah (akibat dari kerusakan metabolisme protein)
- c. Peningkatan alkalin fosfat serum, ALT/SGPT, dan AST/SGOT (akibat dari destruksi jaringan hepar)

- d. Prothrombin Time memanjang (akibat dari kerusakan sintesis protrombin dan faktor pembekuan)
- 2) Biopsi hepar
- 3) Ultrasonografi, skan CT, atau MRI
- 4) Elektrolit serum menunjukkan hipokalemia, alkalosis dan hiponatremia (disebabkan oleh peningkatan sekresi aldosteron pada respons terhadap kekurangan volume cairan ekstraselular sekunder terhadap asites).
- 5) Jumlah Darah Lengkap menunjukkan penurunan sel darah merah, hemoglobin, hematokrit, trombosit dan sel darah putih.
- 6) Urinalisis menunjukan bilirubinuria
4. Kaji pemahaman pasien tentang kondisi, tindakan, dan pemeriksaan diagnostic.
5. Kaji perasaan pasien tentang kondisi dan dampak pada gaya hidup.

2.2.2 Diagnosa Keperawatan

Menurut Arif (2011)

1. Risiko tinggi injuri b.d anemia, trombositopenia, leucopenia, gangguan mekanisme pembekuan darah, hepatic ensefalopati
2. Actual/ resiko pola napas tidak efektif b.d ekspansi menurun
3. Intoleransi aktivitas b.d cepat lelah, kelemahan fisik umum sekunder dari perubahan metabolisme sistematis
4. Actual/risiko ketidakseimbangan cairan dan elektrolit b.d terapi diuretic, muntah, hipokalemia, penurunan intake cairan oral.
5. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b.d intake makanan yang kurang adekuat.
6. Pemenuhan informasi b.d ketidakadekuatan informasi penatalaksanaan perawatan dan pengobatan, rencana perawatan rumah.
7. Actual/ risiko gangguan integritas integumen b.d gatal-gatal, spider nevi, respons ikterus, peningkatan kadar bilirubin pada sistem vascular integument
8. Kecemasan pasien dan keluarga b.d prognosis penyakit, rencana pembedahan, krisis situasi fase terminal penyakit
9. Koping individu/ keluarga tidak efektif b.d fase terminal penyakit

Menurut Amin (2013)

Masalah yang lazim muncul yakni:

1. Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer
2. Nyeri

2.2.3 Rencana Keperawatan

Arif (2011)

1. Risiko tinggi injuri b.d anemia, trombositopenia, leucopenia, gangguan mekanisme pembekuan darah, hepatic ensefalopati, penurunan kesadaran, perdarahan, gastrointestinal

Tujuan : dalam waktu 2 x 24 jam pasca – intervensi pasien tidak mengalami injury.

Kriteria hasil:

- a. TTV dalam batas normal
- b. Kondisi perdarahan hematemesis dan melena dapat terkontrol
- c. Pasien tidak mengalami cedera fisik akibat penurunan kesadaran
- d. Pemeriksaan darah terjadi peningkatan sel darah merah dan trombosit
- e. Pemeriksaan elektrolit dan analisis gas darah dalam batas normal

Intervensi :

1. Kaji faktor resiko injury pada pasien sirosis hepatis

Rasional : faktor risiko injury pada pasien sirosis bervariasi. Kondisi anemia akan meningkatkan gangguan dalam pengikatan oksigen ke jaringan. Trombositopenia meningkatkan risiko perdarahan gastrointestinal, sementara leukositopenia menyebabkan penurunan imunitas. Hepatik ensefalopati akan meningkatkan kondisi alkalosis. Penurunan kesadaran akan meningkatkan risiko cedera fisik, seperti terjatuh dan kerusakan integritas jaringan integumen. Perdarahan gastrointestinal dapat menyebabkan gangguan metabolik dan kardiorespirasi yang berat.

2. Kaji status neurologis dan laporkan apabila terdapat perubahan status neurologis.

Rasional : pengkajian status neurologis dilakukan pada setiap pergantian shift jaga. Setiap adanya perubahan status neurologis merupakan salah satu tanda terjadi komplikasi bedah. Penurunan responsifitas, perubahan pupil, gangguan

atau kelemahan yang bersifat satu sisi (unilateral), ketidakmampuan dalam control nyeri atau perubahan neurologis lainnya perlu dilaporkan para tim medis untuk mendapatkan intervensi selanjutnya.

3. Monitor kondisi feses dan muntahan dari warna adanya perdarahan
Rasional : deteksi awal untuk memonitor adanya perdarahan gastrointestinal
4. Lakukan pemenuhan hidrasi secara intravena.
Rasional : intervensi pemeliharaan dengan pemberian cairan dextrose 10% akan membantu memelihara keadekuatan sirkulasi dari volume darah sebagai proteksi pada organ vital dan mencegah kondisi hipovolemia.
5. Waspadai adanya perubahan status kesadaran, gelisah, dan ukur TTV secara periodic.
Rasional: dapat menunjukkan tanda-tanda dini terjadinya perdarahan gastrointestinal dan shok hipovolemik
6. Observasi manifestasi hemoragi.
Rasional: tanda-tanda petekie, ekimosis, perdarahan gusi, dan spider nevi dapat menunjukkan perubahan pada mekanisme pembekuan darah.
7. Jaga agar pasien dapat tenang dan membatasi aktivitasnya.
Rasional: meminimalkan resiko perdarahan dari akibat maneuver yang menyebabkan vasokonstriksi pembuluh darah.
8. Dokumentasikan kondisi muntahan, TTV, dan tingkat kesadaran lalu lapor dokter bila didapatkan adanya perubahan yang signifikan.
Rasional: intervensi penting untuk menunjukkan risiko dari injuri yang lebih parah.
9. Kolaborasi untuk pemberian vitamin K
Rasional: pada pasien sirosis hepatis, fungsi hati untuk metabolisme lemak akan terganggu, akibatnya akan terjadi defisiensi vitamin k yang akan cenderung menyebabkan perdarahan pada pasien. Pemberian biasanya diresepkan oleh dokter dan perawat memberikan sesuai dengan pesanan
10. Dampingi pasien apabila pasien mengalami perdarahan terus menerus.

Rasional: selain memberikan dukungan psikologis pada pasien, perawat juga menjaga kondisi aspirasi hematemesis ke jalan napas yang bisa menyebabkan kondisi sufokasi atau bekuan darah yang menyumbat jalan napas.

11. Pindahkan pasien ke ruang intensif apabila perdarahan bersifat massif.

Rasional: untuk memudahkan dalam melakukan monitoring status kardiorespirasi dan intervensi ke daruratan.

12. Kolaborasi untuk transfusi sel darah merah dan trombosit.

Rasional: pada kondisi klinik sirosis hepatitis dengan perdarahan hematemesis serta melena kronis terjadi penurunan hemoglobin dan sel darah merah secara signifikan, serta trombosit. Pemberian transfusi sel darah merah dan trombosit untuk memaksimalkan kondisi volume darah akibat dari kondisi hematemesis melena kronik.

13. Kolaborasi untuk intervensi medis pemasangan balon esophagus.

Rasional: pemberian balon esophagus merupakan intervensi untuk menurunkan perdarahan dari varises esophagus (lihat kembali intervensi pada asuhan keperawatan varises esophagus pada materi sebelumnya).

14. Monitor kondisi pasien secara periodik

Rasional: deteksi awal untuk memonitor adanya perubahan kesadaran yang signifikan.

15. Pasang pagar penghalang tempat tidur.

Rasional: pasien sirosis harus dilindungi terhadap kemungkinan terjatuh dan cedera lainnya.

16. Lakukan pencegahan cedera pada area yang rentan.

Rasional: intervensi untuk mencegah cedera pada penonjolan tulang yang akan meningkatkan risiko dekubitus.

17. Monitor adanya thrombosis vena profunda.

Rasional: respons thrombosis vena profunda secara patofisiologi dimulai dengan inflamasi ringan sampai berat dari vena.

18. Berikan terapi sesuai pesanan

Rasional: terapi dapat mencakup penggunaan laktulosa, serta antibiotik saluran cerna yang tidak dapat diserap untuk menurunkan kadar ammonia, modifikasi

obat-obat yang digunakan untuk meniadakan obat yang dapat memicu atau memperburuk ensefalopati hepatic dan tirah baring untuk meminimalkan pengeluaran energi.

19. Lakukan tirah baring pada pasien

Rasional: penderita penyakit hati yang aktif memerlukan istirahat dan berbagai tindakanpendukung lainnya yang memberikan kesempatan kepada hati untuk membangun kembali kemampuan fungsionalnya.

20. Beri posisi duduk dan oksigen 3l/menit

Rasional: posisi pasien di tempat idur perlu diatur untuk mencapai status pernapasan yang efisien dan maksimal.

2. Aktual/ risiko pola napas tidak efektif b.d ekspansi menurun (sekunder asites), hiperanemia, ensefalopati hepatic

Tujuan : dalam waktu 1 x 24 jam tidak terjadi perubahan pola napas

Kriteria hasil:

- a. Pasien tidak sesak napas
- b. RR dalam batas normal 16-20 x/menit
- c. Pemeriksaan gas arteri PH $7,40 \pm 0,005$, HCO₃ 24 ± 2 mEq/L, dan PaCO₂ 40 mmHg

Intervensi :

1. Kaji faktor penyebab pola napas tidak efektif

Rasional: mengidentifikasi untuk mengatasi penyebab dasar dari alkalosis.

2. Monitor TTV

Rasional: perubahan TTV akan memberikan dampak pada risiko alkalosis yang bertambah berat dan berindikasi pada intervensi untuk secepatnya melakukan koreksi alkalosis.

3. Istirahatkan pasien dengan posisi fowler.

Rasional: posisi fowler akan meningkatkan ekspansi paru optimal. Istirahat akan mengurangi kerja jantung, meningkatkan tenaga cadangan jantung, dan menurunkan tekanan darah

4. Ukur intake dan output

Rasional: penurunan curah jantung mengakibatkan gangguan perfusi ginjal, retensi natrium/air, dan penurunan urine output

5. Manajemen lingkungan tenang dan batasi pengunjung.

Rasional: lingkungan tenang akan menurunkan stimulus nyeri eksternal dan pembatasan pengunjung akan membantu meningkatkan kondisi oksigen ruangan yang akan berkurang apabila banyak pengunjung yang ada di ruangan.

6. Beri oksigen 3l/menit

Rasional: terapi pemeliharaan untuk kebutuhan oksigenasi.

7. Pantau data laboratorium analisis gas darah berkelanjutan.

Rasional: tujuan intervensi keperawatan pada alkalosis adalah menurunkan PH sistemik dampak ke batas yang aman dan menanggulangi sebab-sebab alkalosis yang mendasarinya. Dengan monitoring perubahan dari analisis gas darah berguna untuk menghindari komplikasi yang tidak diharapkan

8. Evakuasi cairan peritoneal

Rasional: evakuasi cairan peritoneal atau asites dapat membantu perkembangan paru lebih optimal dan menurunkan sesak napas.

3. Intoleransi aktivitas b.d cepat lelah, kelemahan fisik umum sekunder dari perubahan metabolisme sistematis

Tujuan: dalam waktu 3x24 jam perawatan diri pasien optimal sesuai tingkat toleransi individu.

Kriteria evaluasi:

- a. Kebutuhan sehari-hari pasien dapat terpenuhi
- b. Pasien mampu mengidentifikasi faktor-faktor yang menurunkan intoleransi aktivitas
- c. Pasien mampu mengidentifikasi metode untuk menurunkan intoleransi aktivitas
- d. Tidak terjadi komplikasi sekunder, seperti peningkatan frekuensi penapasan dan kelelahan berat setelah 3 menit pasien melakukan aktivitas.

Intervensi :

1. Kaji perubahan pada sistem saraf pusat, dan status kardiorespirasi,

Rasional: identifikasi terhadap kondisi penurunan tingkat kesadaran, khususnya pada pasien sirosis hepatic dengan ensefalopati

2. Pantau respons individu terhadap aktivitas.

Rasional : beberapa pasien sirosis hepatitis lebih banyak berhubungan dengan kondisi penurunan fungsi hati dengan manifestasi anemia, cepat lelah, kondisi ini dipertimbangkan dalam memenuhi aktivitas manusia sehari-hari

3. Tingkatkan aktivitas secara bertahap.

Rasional : intervensi ini memudahkan pemulihan pada pasien sirosis hepatitis, pascaevakuasi cairan asites dan pasien yang mempunyai toleransi yang membaik.

4. Ajarkan pasien metode penghematan energi untuk aktivitas.

Rasional : metode penghematan energy dapat mengurangi kebutuhan metabolisme pada pasien sirosis hepatitis

5. Berikan bantuan sesuai tingkat toleransi (makan, minum, mandi, berpakaian dan eliminasi)

Rasional : teknik penghematan energi menurunkan penggunaan energi

6. Bantu aktivitas sehari-hari-pasien.

Rasional : walaupun pasien mengalami intervensi tirah baling aktivitas sehari-hari, seperti makan sendiri dan menggunakan pakaian dapat dilakukan seperti biasa di tempat tidur.

4. Actual/risiko ketidakseimbangan cairan dan elektrolit b.d terapi diuretic, muntah, hipokalemia, penurunan intake cairan oral.

Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam terjadi balans cairan

Kriteria evaluasi:

- a. Menunjukkan volume cairan stabil dengan keseimbangan pemasukan dan pengeluaran.
- b. Berat badan stabil
- c. Tanda vital dalam rentang normal dan tidak ada edema

Intervensi:

1. Kaji status cairan dengan menimbang BB perhari, keseimbangan masukan dan haluaran, turgor kulit, tanda-tanda vital. Batasi masukan cairan

Rasional: pembatasan cairan akan menentukan BB ideal, haluaran urin, dan respon terhadap terapi

2. Jelaskan pada pasien dan keluarga tentang pembatasan cairan

Rasional: pemahaman meningkatkan kerjasama pasien dan keluarga dalam pembatasan cairan

3. Anjurkan pasien/ ajari pasien untuk mencatat penggunaan cairan terutama pemasukan dan haluaran

Untuk mengetahui keseimbangan input dan output.

5. Dorong untuk tirah baring bila ada asites

Rasional: dapat meningkatkan posisi rekumben untuk diuresis

6. Pantau albumin serum dan elektrolit

Rasional: penurunan albumin serum mempengaruhi tekanan osmotik koloid plasma, mengakibatkan edema.

5. Ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b.d intake makanan yang kurang adekuat

Tujuan : dalam waktu 3X24 jam, pasien akan mempertahankan kebutuhan nutrisi yang adekuat.

Kriteria evaluasi :

- a. Membuat pilihan diet untuk memenuhi kebutuhan nutrisi dalam situasi individu
- b. Menunjukkan peningkatan berat badan

Intervensi :

1. Kaji status nutrisi pasien, turgor kulit, berat badan, dan derajat penurunan berat badan, integritas mukosa oral, kemampuan menelan, riwayat muntah, dan diare

Rasional : Memvalidasi dan menetapkan derajat masalah untuk menetapkan pilihan intervensi yang tepat

2. Kaji pengetahuan pasien tentang intake nutrisi

Rasional : Tingkat pengetahuan dipengaruhi oleh kondisi sosial ekonomi pasien. Dengan mengetahui tingkat pengetahuan tersebut, perawat dapat lebih terarah dalam memberikan pendidikan yang sesuai dengan pengobatan pasien secara efisien dan efektif.

3. Pertahankan kebersihan mulut
Rasional : akumulasi partikel makanan di mulut dapat menambah bau dan rasa tidak sedap yang menurunkan nafsu makan
4. Anjurkan makan 3 kali sehari
Rasional : oleh karena sedikit bukti yang mendukung teori bahwa diet saring (blender) lebih menguntungkan daripada makanan biasa maka pasien telah dianjurkan untuk makan apa saja yang disukainya
5. Beri diet sesuai kondisi klinik
Rasional : pada sirosis (tanda-tanda yang menonjol atau ensefalopati hipertensi portal)- diet natrium rendah (1,5 g perhari), tinggi kalori protein
6. Batasi makanan dan cairan yang tinggi lemak
Rasional : kerusakan aliran empedu mengakibatkan malabsorpsi lemak
7. Berikan makanan dengan perlahan pada lingkungan yang tenang
Rasional : pasien dapat berkonsentrasi pada mekanisme makan tanpa adanya distraksi/gangguan dari luar dengan makan secara perlahan, kondisi sesak pasien dapat berkurang akibat banyaknya intake yang mengisi rongga abdominal dan diperparah oleh adanya asites dapat meningkatkan keluhan sesak.
8. Kolaborasi dengan ahli diet untuk menetapkan komposisi dan jenis diet yang tepat
Rasional : merencanakan diet dengan kandungan nutrisi yang adekuat untuk memenuhi peningkatan kebutuhan energi dan kalori sehubungan dengan perubahan metabolik pasien
9. Monitor perkembangan berat badan
Rasional : penimbangan berat badan dilakukan sebagai evaluasi terhadap intervensi yang diberikan. Evaluasi penimbangan berat badan harus disesuaikan dengan output cairan, termasuk cairan dari parasintesis. Hal ini untuk menghindari interpretasi yang salah disebabkan banyaknya penurunan berat badan pascaevakuasi cairan.
6. Pemenuhan informasi b.d ketidakadekuatan informasi penatalaksanaan perawatan dan pengobatan, rencana perawatan rumah
Tujuan: dalam waktu 1x24 jam informasi kesehatan terpenuhi.

Kriteria evaluasi:

- a. Pasien mampu menjelaskan kembali pendidikan kesehatan yang diberikan
- b. Pasien termotivasi untuk melaksanakan penjelasan yang telah diberikan

Intervensi :

1. Kaji tingkat pengetahuan pasien tentang kondisi penyakit dan rencana perawatan rumah
Rasional : tingkat pengetahuan dipengaruhi oleh kondisi sosial ekonomi pasien. Perawat menggunakan pendekatan yang sesuai dengan kondisi individu pasien. Dengan mengetahui tingkat pengetahuan tersebut perawat dapat lebih terarah dalam memberikan pendidikan yang sesuai dengan pengetahuan pasien secara efisien dan efektif
2. Cari sumber yang meningkatkan penerimaan informasi
Rasional : keluarga terdekat dengan pasien perlu dilibatkan dalam pemenuhan informasi untuk menurunkan resiko misinterpretasi terhadap informasi yang diberikan
3. Anjurkan untuk melakukan praktek aman dalam aktifitas seksual
Rasional : menurunkan epidemiologi transmisi terutama apabila pasien memiliki riwayat hepatitis B dan hepatitis C HBV
4. Anjurkan untuk melakukan cek darah rutin pada pasien yang mengalami sirosis hepatitis dengan riwayat hepatitis B dan hepatitis C
Rasional : pasien harus dipantau dengan tes darah untuk menetapkan perbaikan biokimia. Pemeriksaan kadar aminotransferase dilakukan rutin maksimal setiap tahun pada pasien pasca-vase akut.
Pasien sirosis harus diperiksa setiap 3-6 bulan dengan fetoprotein dan USG perut untuk pengawasan munculnya HCC.
5. Anjurkan untuk istirahat setelah pulang
Rasional : pascaintervensi parasintesis, biasanya kondisi pasien mebaik tetapi klinik pasien dapat berubah pada waktu yang tidak ditentukan. Untuk itu setelah pulang pasien diberitahu untuk melakukan istirahat dengan aktivitas rutin minimal atau aktivitas rutin dapat dilakukan sesuai tingkat toleransi individu
6. Ajarkan pasien untuk menjaga intake cairan oral

Rasional : minum banyak cairan bening untuk mencegah dehidrasi

7. Beritahu untuk menghindari obat yang bersifat hepatotoksik

Rasional : hindari obat-obatan dan zat-zat yang dapat menyebabkan kerusakan pada hati seperti asetaminofen atau paracetamol dan preoparat yang mengandung asetaminofen

8. Hindari minum beralkohol

Rasional : alkohol akan masuk ke intestinal dan harus dimetabolisme di hati sehingga memperberat fungsi hati, serta akan meningkatkan kondisi nekrosis hati yang bertambah berat

9. Beritahu pasien dan keluarga apabila didapatkan perubahan klinik untuk segera memeriksakan diri

Rasional : intervensi penting untuk mencegah resiko kerusakan hati yang lebih parah

7. Aktual/risiko gangguan integritas integumen b.d spider nevi, pruritus, respon ikterus peningkatan kadar bilirubin pada sistem vaskuler integument.

Tujuan: dalam waktu 3x24 jam tidak terjadi keruskan integritas kulit

Kriteria evaluasi: kulit tidak kering, pruritus berkurang, spider nevi berkurang, peteki pada kulit berkurang.

Intervensi:

1. Kaji terhadap kekeringan kulit, pruritus, spider nevi dan infeksi

Rasional: perubahan mungkin disebabkan oleh penurunan aktivitas kelenjar kerignat atau pengumpulan bilirubin pada vaskuler integument

2. Kaji terhadap adanya peteki dan purpura

Rasional: perdarahan yang abnormal sering dihubungkan dengan penurunan jumlah dan fungsi platelet akibat hepatitis.

3. Monitor area yang mudah dijangkau pasien untuk menggaruk

Rasional: area-area ini sangat mudah terjadi injuri

4. Anjurkan untuk pasien melakukan distraksi pada saat respon gatal

Rasional: intervensi untuk menurunkan respon gatal

5. Gunting kuku dan pertahankan kuku terpotong pendek dan bersih

Rasional: menghindari iritasi integumen akibat bekas garukan dari kuku pasien yang panjang

8. Kecemasan pasien dan keluarga b.d prognosis penyakit, rencana pembedahan, krisis situasi fase terminal penyakit.

Tujuan: secara subyektif pasien dan keluarga melaporkan rasa cemas berkurang

Kriteria evaluasi:

- a. Pasien akan melaporkan penurunan ansietas atau ketakutan
- b. Pasien dapat mendemonstrasikan ketrampilan pemecahan masalahnya dan perubahan coping yang digunakan sesuai situasi yang dihadapi
- c. Pasien dapat mencatat penurunan kecemasan atau ketakutan dibawah standar
- d. Pasien dapat rileks dan tidur atau istirahat dengan baik
- e. Mengungkapkan perasaannya mengenai menjelang ajal
- f. Mengidentifikasi 2 aktivitas yang meningkatkan kontrol dan pengetahuan diri

Intervensi:

1. Monitor respon fisik, seperti kelemahan, perubahan tanda vital, gerakan yang berulang, catat kesesuaian respon verbal dan nonverbal selama komunikasi
Rasional: digunakan dalam mengevaluasi derajat/ tingkat kesadaran/ konsentrasi, khususnya ketika melakukan komunikasi verbal
2. Anjurkan pasien dan keluarga untuk mengungkapkan dan mengekspresikan rasa takutnya
Rasional: memberikan kesempatan untuk berkonsentrasi, kejelasan dari rasa takut, dan mengurangi cemas yang berlebihan
3. Catat reaksi dari pasien/ keluarga. Berikan kesempatan untuk mendiskusikan perasaannya/ konsentrasinya, dan harapan masa depan.
Rasional: anggota keluarga dengan responnya pada apa yang terjadi dan kecemasannya dapat disampaikan kepada pasien
4. Beri lingkungan yang tenang dan suasana penuh istirahat
Rasional: mengurangi rangsangan eksternal yang tidak perlu
5. Tingkatkan kontrol sensasi pasien
Rasional: kontrol sesuai sensasi pasien (dan dalam menurunkan ketakutan) dengan cara memberikan informasi tentang keadaan pasien menekankan pada

penghargaan terhadap sumber-sumber coping (pertahanan diri) yang positif, membantu bagian relaksasi dan teknik-teknik pengalihan, serta memberikan respon baik yang positif.

6. Orientasikan pasien terhadap prosedur rutin dan aktivitas yang diharapkan
Rasional: orientasi dapat menurunkan kecemasan
7. Berikan kesempatan kepada pasien untuk mengungkapkan ansietas
Rasional: dapat menghilangkan ketegangan terhadap kekhawatiran yang tidak diekspresikan
8. Berikan privasi untuk pasien dan orang terdekat
Rasional: adanya keluarga dan teman-teman yang dipilih pasien melayani aktivitas dan pengalihan (misal membaca) akan menurunkan perasaan terisolasi
9. Lakukan intervensi penurunan kecemasan menjelang ajal pada pasien fase terminal.
Rasional: intervensi ini dapat membantu pasien dan keluarga dalam menghadapi krisis situasi yang terkontrol.
9. Coping individu/ keluarga tidak efektif b.d kondisi sakit, fase terminal penyakit
Tujuan: dalam waktu 1 jam pasien mampu mengembangkan coping yang positif
Kriteria evaluasi:
 - a. Pasien kooperatif pada setiap intervensi keperawatan
 - b. Mampu menyatakan atau mengomunikasikan dengan orang terdekat tentang situasi dan perubahannya yang sedang terjadi
 - c. Mampu menyatakan penerimaan diri terhadap situasi
 - d. Mengakui dan menggabungkan perubahan ke dalam konsep diri dengan cara akurat tanpa harga diri yang negatif.

Intervensi:

 1. Kaji perubahan dari gangguan persepsi dan hubungan dengan derajat ketidakmampuan
Rasional: menentukan bantuan individual dalam menyusun rencana perawatan atau pemilihan intervensi
 2. Identifikasi arti dari kehilangan atau disfungsi pada pasien

Rasional: beberapa pasien dapat menerima dan mengatur perubahan fungsi secara efektif dengan sedikit penyesuaian diri, sedangkan yang lain mempunyai kesulitan mengenal dan mengatur kekurangan.

3. Anjurkan pasien untuk mengekspresikan perasaan

Rasional: menunjukkan penerimaan, membantu pasien untuk mengenal, dan mulai menyesuaikan dengan perasaan tersebut

4. Catat ketika pasien menyatakan terpengaruh seperti sekarat atau mengingkari dan menyatakan inilah kematian

Rasional: mendukung penolakan terhadap bagian tubuh atau perasaan negative terhadap gambaran tubuh dan kemampuan yang menunjukkan kebutuhan dan intervensi serta dukungan emosional.

5. Pernyataan pengakuan terhadap penolakan tubuh, meningkatkan kembali fakta kejadian tentang realitas bahwa masih dapat menggunakan sisi yang sakit dan belajar mengontrol sisi yang sehat.

Rasional: membantu pasien untuk melihat bahwa perawat menerima kedua bagian sebagai bagian dari seluruh tubuh.

6. Bantu dan anjurkan perawatan yang baik dan memperbaiki kebiasaan

Rasional: membantu meningkatkan perasaan harga diri dan membantu perkembangan harga diri dan mengontrol lebih dari satu area kehidupan.

7. Anjurkan orang yang terdekat untuk mengizinkan pasien melakukan sebanyak-banyaknya hal-hal untuk dirinya.

Rasional: menghidupkan kembali perasaan kemandirian dan membantu perkembangan harga diri, serta mempengaruhi proses rehabilitasi

8. Dukung perilaku atau usaha seperti peningkatan minat atau partisipasi dalam aktivitas rehabilitasi

Rasional: pasien dapat beradaptasi rubahan dan pengertian tentang peran individu masa mendatang.

9. Dukungan penggunaan alat-alat yang dapat beradaptasi pasien, tongkat, alat bantu jalan, dan tas panjang untuk kateter

Rasional: meningkatkan kemandirian untuk membantu pemenuhan kebutuhan fisik dan menunjukkan posisi untuk lebih aktif dalam kegiatan sosial

10. Monitor gangguan tidur peningkatan kesulitan konsentrasi, letargi, dan withdrawl.

Rasional: dapat mengindikasikan terjadinya depresi. Umumnya terjadi sebagai pengaruh dari stoke dimana keadaan ini memerlukan intervensi dan evaluasi lebih lanjut

11. Kolaborasi rujuk pada ahli neuropsikologi dan konseling bila ada indikasi

Rasional: dapat memfasilitasi perubahan peran yang penting untuk perkembangan perasaan

Menurut Amin (2013)

1. Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer.

NOC: Circulation status, Tissue Perfusion: cerebral

Kriteria Hasil:

Mendemonstrasikan status sirkulasi yang ditandai dengan:

- a. Tekanan systole dan dyastol dalam rentang yang diaharapkan
- b. Tidak ada ortostatik hipertensi
- c. Tidak ada tanda-tanda peningkatan tekanan intracranial (tidak lebih dari 15mmHg)

Mendemonstrasikan kemampuan kognitif yang ditandai dengan:

1. Berkomunikasi dengan jelas dan sesuai dengan kemampuan
2. Menunjukkan perhatian, konsentrasi, dan orientasi
3. Memproses informasi
4. Membuat keputusan dengan benar

Menunjukkan fungsi sensori motori cranial yang utuh: tingkat kesadaran membaik, tidak ada gerakan involunter

NIC: Peripheral Sensation Management (Manjemen Sensasi Perifer)

1. Monitor adanya daerah tertentu yang hanya peka terhadap panas/dingin/tajam/tumpul
2. Monitor adanya parestese
3. Instruksikan keluarga untuk mengobservasi kulit jika ada lesi atau laserasi
4. Gunakan sarung tangan untuk proteksi

5. Batasi gerakan pada kepala, leher dan punggung
6. Monitor kemampuan BAB
7. Kolaborasi pemberian analgetik
8. Monitor adanya tromboplebitis
9. Diskusikan mengenai penyebab perubahan sensasi

2. Nyeri akut

NOC:

- a. Pain level
- b. Pain control
- c. Comfort level

Kriteria hasil:

1. Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan teknik nonfarmakologi, 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.

NIC

Pain manajemen

1. Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi
2. Observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan
3. Gunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien
4. Kaji kultur yang mempengaruhi respon nyeri
5. Bantu pasien dan keluarga untuk mencari dan menentukan dukungan
6. Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan
7. Pilih dan lakukan penanganan nyeri (farmakologi, non farmakologi, dan inter personal)
8. Kaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi

9. Ajarkan teknik nonfarmakologi
10. Berikan analgetik untuk mengurangi nyeri
11. Tingkatkan istirahat

2.2.4 Pelaksanaan

Pelaksanaan dilakukan sesuai yang telah direncanakan

2.2.5 Evaluasi

Arif (2011) hal yang diharapkan setelah dilakukan keperawatan adalah sebagai berikut:

1. Pola napas kembali efektif
2. Aktivitas pasien dapat optimal sesuai tingkat toleransi
3. Tidak terjadi ketidakseimbangan cairan dan elektrolit
4. Intake nutrisi adekuat
5. Informasi kesehatan terpenuhi sesuai kondisi individu
6. Tidak terjadi gangguan integritas jaringan integument
7. Tidak mengalami cedera fisik selama dalam perawatan
8. Penurunan tingkat kesadaran
9. Koping individu dan keluarga efektif

Amin (2013) hal yang diharapkan adalah

1. Perfusi jaringan perifer dapat efektif
2. Tidak terjadi nyeri akut

BAB III

HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

3.1 Hasil Studi Kasus

3.1.1 Gambaran Kasus

Pada tanggal 24-06-2018 mulai dilakukan pengkajian kasus di Ruang Kelimutu C4 RSUD. Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang. Pasien berinisial Tn. M.N berusia 54 tahun, berdomisili di Labat. Pendidikan terakhir SMA, sudah menikah dan memiliki 4 orang anak, beragama Kristen, bekerja sebagai petani. Pasien masuk rumah sakit pada tanggal 18-06-2018 dengan diagnose medis Sirosis Hepatis. Sumber informasi didapat dari pasien sendiri, keluarga, catatan medic, dan catatan perawatan. Pengkajian dilaksanakan setelah enam hari perawatan. Pasien sudah menderita sirosis hepatitis sejak tiga bulan yang lalu.

3.1.2 Riwayat Kesehatan

Saat dikaji pasien mengatakan terasa nyeri di bagian perut, karena akibat dari kerusakan hati. Nyeri terasa seperti tertikam dan menyebar sampai ke seluruh area perut, dengan skala 6 (sedang), dan nyeri hilang timbul biasanya muncul pada pagi dan malam hari. Pasien mengatakan sebelumnya tidak pernah mengalami sakit berat, hanya sakit perut, demam, batuk pilek, dan nyeri uluhati. Pasien tidak pernah berobat ke fasilitas kesehatan karena tidak memiliki kartu jaminan kesehatan. Pasien juga mengatakan tidak memiliki riwayat alergi. Pasien mengatakan kadang-kadang mengkonsumsi kopi, dan juga memiliki kebiasaan minum alkohol kurang lebih 10x dalam sebulan.

Pada pengkajian fisik didapatkan data berupa tanda-tanda vital: Tekanan Darah 110/80 mmHg, Nadi: 82x/menit, Pernapasan: 22x/menit, Suhu tubuh: 36,5°C. Selain itu saat pemeriksaan ditemukan: konjungtiva tampak anemis, wajah tampak pucat, CRT > 3 detik, tampak adanya asites, edema pada kaki dengan pitting udem derajat 1. Banyaknya minum dalam sehari dibatasi yaitu kurang lebih 250 cc (1 gelas aqua).

BAK kurang lebih 10x dalam sehari dengan warna kuning kecoklatan. Dari data laboratorium, pada pemeriksaan darah didapatkan Hemoglobin 8,8g/dL (normalnya 13,0-18,0 g/dL), jumlah eritrosit: $2,65 \times 10^6/\mu\text{l}$ (normalnya 4,50-6,20 $10^6/\mu\text{l}$), hematokrit: 2,68% (normalnya 40,0-54,0%), MCV: 101 fL (normalnya 81,0-96,0 fL), RDW-CV: 16,3 % (normalnya 11,0-16,0%), RDW-SD: 59,3 fL (normalnya 37-54 fL), Albumin: 1,1 mg/L (normalnya 3,5-5,2 mg/L), SGPT: 69 U/L (normalnya < 41 U/L), SGOT: 154 U/L (normalnya < 35 U/L), Klorida darah: 119 mmol/L (normalnya 96-111 mmol/L), Calcium ion: 0,830 mmol/L (normalnya 1,120-1,320 mmol/L). HBsAg Rapid Test: non reaktif (non reaktif), PT/ waktu protrombin: 17,4 detik (normalnya 10,8-14,4), bilirubin total: 8,20 mg/dL (normalnya 0,1-1,2 mg/dL), bilirubin direk: 4,20 mg/dL (normalnya < 0,2 mg/dL), bilirubin indirek: 4,00 mg/dL (normalnya 0,00-0,70mg/dL). Dari pemeriksaan khusus didapatkan hasil Ultrasonographi: Cirrhosis Hepatitis + Asites. Pengobatan yang diberikan untuk pasien adalah Furosemid 6 ampul dalam Nacl 0,9% 500cc/24 jam; spironolakton 1x100mg, Drip albumin 20% 100cc, Vip albumin 3x1 per oral, propranolol 1x100 mg per oral, ranitidin 2 ampul/IV.

3.1.3 Diagnosa Keperawatan

1. Analisa Data

Setelah dilakukan pengkajian pada pasien maka didapatkan masalah pertama adalah kelebihan volume cairan berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi. Masalah dan penyebab tersebut diangkat berdasarkan data subyektif yaitu: pasien mengatakan perutnya membesar dan terasa penuh. Data obyektif: tampak adanya asites, adanya edema di kaki, pitting udem derajat 1, albumin: 1,1 %, USG: menunjukkan adanya Asites.

Masalah kedua yaitu ketidakefektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan penurunan darah arteri yang didapat dari data subyektif: pasien mengatakan ia merasa badannya lemas, dan data obyektif: keadaan umum tampak lemah, konjungtiva tampak anemis, CRT > 3detik, wajah tampak pucat, Nadi: 82x/menit, hemoglobin: 8,8 mg/dL.

Masalah ketiga yaitu nyeri akut berhubungan dengan kerusakan hati. Masalah tersebut didapatkan berdasarkan data subyektif: pasien mengatakan nyeri di bagian perut, data obyektif: P: nyeri muncul karena kerusakan hati, Q: nyeri terasa seperti tertikam, R: nyeri menyebar sampai ke seluruh area perut, S: skala 6 (sedang), T: nyeri hilang timbul biasanya muncul pada pagi dan malam hari, wajah tampak meringis, hasil USG: sirosis hepatis.

2. Perumusan Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan analisa data yang telah dibuat maka dapat dirumuskan diagnosa keperawatan 1. Kelebihan volume cairan berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi. 2. Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan penurunan aliran darah arteri. 3. Nyeri Akut berhubungan dengan agen cedera biologis.

3.1.4 Intervensi

Diagnosa Keperawatan 1: kelebihan volume cairan berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi. Domain II: kesehatan fisiologis, kelas G: cairan dan elektrolit. Luaran: keseimbangan cairan di dalam ruang intraselular dan ekstraseluler tubuh dapat ditingkatkan dari 2 (banyak terganggu) menjadi 4 (sedikit terganggu). Outcome: 1. Keseimbangan intake dan output dalam 24 jam, 2. Berat badan stabil, 3. Turgor kulit baik. Intervensi: Batasi cairan yang sesuai (takaran 1 gelas aqua kurang lebih 250 cc dalam 24 jam), pantau asupan dan haluaran dalam 24 jam, timbang berat badan setiap hari sebelum makan, berikan cairan sesuai instruksi (per oral 1 gelas aqua kurang lebih 250 cc dan via parenteral 500 dalam 48 jam), monitor pitting udem, ukur lingkar perut setiap giliran jaga, bantu pasien membuat balans cairan yang masuk dan yang keluar.

Diagnosa kedua ketidakefektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan penurunan aliran darah arteri. Domain II: kesehatan fisiologis, kelas E: jantung paru. Luaran: kecukupan aliran darah melalui pembuluh darah di ujung kaki dan tangan untuk mempertahankan fungsi jaringan dapat meningkat dari 2 (cukup berat) menjadi 4 (ringan). Outcome: muka pucat, kelemahan otot, edema perifer. Intervensi: monitor sensasi tumpul atau tajam dan panas. Monitor warna, suhu konjungtiva, dan tekstur

kulit, kolaborasi pemberian obat-obatan penambah darah, meninggikan bagian kepala tempat tidur setinggi 30°, pantau tanda-tanda vital, kolaborasi terkait pemberian makanan.

Diagnosa keperawatan 3: Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis. Domain IV: pengetahuan tentang kesehatan & perilaku, kelas: Q: perilaku sehat. Luaran: tindakan pribadi untuk mengontrol nyeri dapat ditingkatkan dari 2 (jarang ditunjukkan) menjadi 4 (sering ditunjukkan). Outcome: dapat menggunakan tindakan pengurangan nyeri tanpa analgetik, dan melaporkan nyeri yang terkontrol. Intervensi: lakukan pengkajian nyeri yang komprehensif, ajarkan penggunaan teknik non farmakologis (relaksasi, terapi musik, akupressur, aplikasi panas/dingin dan masase), dukung istirahat/tidur yang adekuat untuk menurunkan nyeri, bantu pasien untuk mendapatkan posisi yang nyaman, kolaborasi pemberian analgetik.

3.1.5 Implementasi

Tanggal 25 Juni 2018: Diagnosa keperawatan 1: kelebihan volume cairan berhubungan gangguan mekanisme regulasi. Jam 08.15: menganjurkan pasien untuk membatasi asupan cairan, takaran 1 gelas aqua kurang lebih 250 cc. jam 08.20: membantu pasien untuk membuat balans cairan untuk memonitor jumlah cairan yang masuk dan keluar. Jam 08.25: mengkaji derajat pitting udem : derajat 1. Jam 10.00 Mengukur lingkar perut pasien: 105 cm. Jam 10.15: menimbang berat badan pasien: 65kg. 10.30: memberikan injeksi Cefotaxim 1 ampul (5cc)/IV

Diagnosa keperawatan 2: ketidakefektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan penurunan aliran darah arteri. Jam 08.05: membantu pasien untuk mendapatkan posisi yang nyaman dengan posisi semi fowler. Jam 10.30: mengukur tanda-tanda vital pasien, Tekanan darah: 110/80 mmHg, Nadi: 82x/menit, Suhu: 36,5°C, Pernapasan 22x/menit. Jam 11.15: menganjurkan pasien untuk makan makanan yang mengandung tinggi zat besi seperti sayur-sayuran yang banyak mengandung zat besi misalnya bayam, kemudian kacang-kacangan misalnya kacang hijau.

Diagnosa keperawatan 3: Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis. Jam 08.00: melakukan pengkajian nyeri, pasien mengatakan terasa nyeri di bagian perut

dengan skala 7 (berat). Jam 08.05: membantu pasien untuk mengatur posisi yang nyaman agar dapat mengurangi nyeri. Jam 08.10: mengajarkan pasien teknik relaksasi, pasien dapat melakukan latihan napas dalam dengan baik. 11.00: memberikan injeksi Ranitidin 1 ampul per IV.

Tanggal 26-06-2018

Diagnosa keperawatan 1: kelebihan volume cairan berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi. Jam 09.20: melakukan pengukuran input-output selama 24 jam, cairan yang masuk adalah air putih 350cc, infuse yang masuk 100cc, kacang hijau 23cc, kuah sayur 50cc, injeksi cefotaxim 5cc, injeksi ranitidine 2cc. cairan yang keluar adalah urin 1500cc, IWL ($15 \times \text{BB} / 24$) = $15 \times 65 / 24 = 40,6 \times 24$ jam = 974,4. Sehingga Input: 530cc, output: 1.474cc, jumlah input – output: -1,944. Jam 11.00: mengganti cairan infus yang baru: Asering 500cc/48 jam, 3 tetes/menit. Jam 11.15: melakukan pengukuran berat badan dengan hasil 65kg, mengukur lingkar perut: 105cm.

Diagnosa keperawatan 2: ketidakefektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan penurunan aliran darah arteri. Jam 09.10: membantu pasien untuk mendapatkan posisi yang tepat agar pasien merasa nyaman yaitu dengan memberikan posisi semi fowler. Jam 10.30: mengukur tanda-tanda vital, tekanan darah: 110/70mmHg, nadi: 80x/menit, pernapasan: 20x/menit, suhu: 36,5°C. Jam 11.25: mengajak dan memotivasi keluarga untuk menyediakan sayuran atau kacang hijau sebagai penambah darah agar pasien dapat mengkonsumsi makanan yang mengandung zat besi tersebut. Jam 11.30: mengkaji CRT pada pasien: > 3 detik.

Diagnosa keperawatan 3: nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis. Jam 09.00: melakukan pengkajian nyeri pada pasien, pasien mengatakan nyerinya sudah lebih baik dari pada kemarin, skala nyeri 6 (sedang). 09.10: menciptakan suasana dan kondisi yang membuat pasien merasa nyaman dengan menaikkan kepala tempat tidur yaitu setinggi 45°. Jam 09.15: mengajak pasien untuk bercerita tentang kehidupannya, tentang isteri dan anak-anaknya sebagai tindakan untuk pengalihan nyeri. Jam 11.10: memberikan analgetik untuk pasien yaitu injeksi ranitidin 1ampul/IV.

Tanggal 27-06-2018

Diagnosa keperawatan 1: kelebihan volume cairan berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi. Jam 09.00: Memonitor sisa cairan infus: yang telah masuk dalam tubuh pasien 100cc, dan cairan lain yang masuk adalah air putih 300cc, kuah sayur 85cc, kacang hijau 58cc, injeksi cefotaxim 5cc, injeksi ranitidine 2cc, jus buah 100 cc, dan cairan yang keluar adalah urin 2000cc, IWL 974,4cc. Input: 650, output: 2,974cc, total input-output: -2.350cc. Total input-output = $650 - 2,974 = -2,324$. Jam 09.05: melakukan pengukuran berat badan pasien: berat badan masih tetap sama yaitu 65kg. Jam 09.15: mengukur lingkar perut pasien: lingkar perut pasien belum ada penurunan yaitu masih tetap 105cm. Jam 11.00: menganjurkan kembali pasien untuk minum sesuai dengan instruksi dengan takaran 1 gelas aqua kurang lebih 250cc.

Diagnosa keperawatan 2: ketidakefektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan penurunan aliran darah arteri. Jam 08.05: merapikan lingkungan pasien dan menempatkan pasien pada posisi yang nyaman baginya yaitu dengan posisi semi fowler. Jam 10.30: memotivasi pasien untuk terus mengkonsumsi sayuran dan kacang hijau dan menjelaskan tujuan dari kandungan makanan tersebut. Jam 10.45: mengukur tanda-tanda vital, tekanan darah: 100/80mmHg, nadi: 78x/menit, pernapasan: 22x/menit, suhu 36,5°C.

Diagnosa keperawatan 3: nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis. Jam 08.00: melakukan pengkajian nyeri, saat ditanya tentang perkembangan nyerinya, pasien mengatakan sudah lebih baik lagi dari kemarin, dan skala nyeri: 5 (sedang). Jam 08.10: memberikan informasi pada pasien dan keluarga, apabila pasien merasa nyeri, bisa melakukan latihan napas dalam secara mandiri atau dengan bantuan keluarga. 10.00: memberikan obat penurun rasa nyeri yaitu injeksi ranitidin 1ampul/IV. Jam 10.15: mengatur posisi kepala tempat tidur pasien setinggi 45° sehingga pasien merasa nyaman.

Tanggal 28-06-2018

Diagnosa keperawatan 1: kelebihan volume cairan berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi. Jam 08.20: menimbang berat badan pasien untuk mengetahui perkembangannya: Berat badan pasien mengalami penurunan yaitu 64kg. Jam 08.25: mengukur lingkar perut pasien: belum ada perubahan dari kemarin yaitu masih 105cm.

Jam 08.30: mengajak serta memotivasi pasien dan keluarga untuk membatasi asupan cairan dengan minum sesuai dengan instruksi yang diberikan yaitu dengan takaran 1 gelas aqua kurang lebih 250cc. Jam 10.35 melakukan balans cairan dengan cairan yang masuk: infus 100 cc, air putih 400cc, kuah sayur 50cc, buah-buahan 43cc, injeksi cefotaxim 5cc, injeksi ranitidin 2cc. sehingga input: 600, output: 3.474cc, total input-output: -2.874cc.

Diagnosa keperawatan 2: ketidakefektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan penurunan aliran darah arteri. Jam 08.15: mengkaji keadaan umum pasien dan mengkaji konjungtiva mata pasien, yaitu masih tampak anemis. Jam 08.30: memotivasi pasien untuk menghabiskan porsi makanan yang telah disediakan agar mendapatkan tambahan zat besi untuk meningkatkan hemoglobin. Jam 10.30: melakukan pengukuran tanda-tanda vital, tekanan darah: 110/80mmHg, nadi: 80x/menit, pernapasan: 20x/menit, suhu: 36,5°C.

Diagnosa keperawatan 3: Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis. Jam 08.00: menanyakan pada pasien apakah nyerinya sudah berkurang atau belum, dan pasien mengatakan bahwa nyeri masih tetap ada tapi sudah tidak terlalu parah, yaitu skala nyeri 4 (sedang). Jam 08.05: membantu pasien untuk mengatur posisi yang nyaman sehingga dapat mengurangi nyeri, yaitu dengan posisi semi fowler. Jam 08.10: melihat pasien dalam melakukan latihan napas dalam secara mandiri, dan pasien dapat melakukannya. Jam 10.00: memberikan analgetik yaitu injeksi ranitidin 1ampul/IV.

3.1.5 Evaluasi

Tanggal 25-06-2018

Diagnosa keperawatan 1: kelebihan volume cairan berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi . S: pasien mengatakan perutnya membesar dan terasa penuh. O: tampak adanya asites, adanya edema di kaki, pitting udem derajat 1, hasil USG : Asites, hasil pemeriksaan darah Albumin : 1,1%, lingkar perut: 105cm, berat badan: 65kg. A:Masalah belum teratasi, P: intervensi 1-7 dilanjutkan.

Diagnosa keperawatan 2: ketidakefektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan penurunan aliran darah arteri. S: pasien mengatakan badannya badannya masih terasa

lemas. O: keadaan umum pasien nampak lemah, konjungtiva anemis, CRT > 3 detik, wajah tampak pucat, Hemoglobin: 8,8 mg/dL, Tanda-tanda vital: tekanan darah 110/80mmHg, Nadi: 82x/menit, Suhu: 36,5°C, Pernapasan 22x/menit. A: Masalah belum teratasi. P: intervensi 1-6 dilanjutkan.

Diagnosa keperawatan 3: nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis. S: pasien mengatakan terasa nyeri di bagian perut. O: didapatkan P: nyeri muncul karena kerusakan hati, Q: nyeri terasa seperti tertikam, R: nyeri menyebar sampai ke seluruh area perut, S: skala 7 (berat), T: nyeri hilang timbul biasanya muncul pada pagi dan malam hari, wajah tampak meringis, hasil USG: sirosis hepatis. A: masalah belum teratasi. P: intervensi intervensi 1-5 dilanjutkan.

Tanggal 26-06-2018

Diagnosa keperawatan 1: kelebihan volume cairan berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi. S: Pasien mengatakan perut masih terasa penuh dan masih membuncit. O: Asites masih nampak, adanya edema di kaki, pitting udem + 1, berat badan 105kg, lingkaran perut 65cm, hasil USG : Asites, hasil pemeriksaan darah Albumin : 1,1%. Input: 530cc output: 2.474cc, IWL: 40,6 cc. total input – output = - 1,944. A: masalah belum teratasi. P: intervensi 1-7 dilanjutkan.

Diagnosa keperawatan 2: ketidakefektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan penurunan aliran darah arteri. S: pasien mengatakan badannya masih terasa lemas. O: keadaan umum pasien masih nampak lemah, konjungtiva anemis, CRT > 3 detik, wajah tampak pucat, Hemoglobin: 8,8 mg/dL, Tanda-tanda vital: tekanan darah 110/70mmHg, Nadi: 80x/menit, Suhu: 36,5°C, Pernapasan 20x/menit. A: Masalah belum teratasi. P: intervensi 1-6 dilanjutkan.

Diagnosa keperawatan 3: nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis. S: pasien mengatakan masih terasa nyeri di bagian perut. O: didapatkan data P: nyeri muncul karena kerusakan hati, Q: nyeri terasa seperti tertikam, R: nyeri menyebar sampai ke seluruh area perut, S: skala 6 (sedang), T: nyeri hilang timbul biasanya

muncul pada pagi dan malam hari, wajah tampak meringis, hasil USG: sirosis hepatis.
A: masalah belum teratasi. P: intervensi intervensi 1-5 dilanjutkan.

Tanggal 27-06-2018

Diagnosa Keperawatan 1: kelebihan volume cairan berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi. S: pasien mengatakan perutnya masih membesar tetapi sudah tidak terlalu kencang atau penuh. O: Asites masih nampak, adanya edema di kaki, pitting udem + 1, berat badan 105kg, lingkar perut 65cm, hasil USG : Asites, hasil pemeriksaan darah Albumin : 1,1%. Input: 650cc output: 2.974cc, total input – output = - 2,974cc. A: masalah belum teratasi. P: intervensi 1-7 dilanjutkan.

Diagnosa keperawatan 2: ketidakefektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan penurunan aliran darah arteri. S: pasien mengatakan badannya masih lemas. O: keadaan umum masih lemah, konjungtiva anemis, CRT >3 detik, wajah tampak pucat, Hemoglobin: 8,8mg/dL, albumin 1,1%, tanda-tanda vital, tekanan darah: 100/70mmHg, nadi 78x/menit, pernapasan 22x/menit. A: masalah belum teratasi. P: lanjutkan intervensi 1-6

Diagnosa keperawatan 3: nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis. S: pasien mengatakan masih terasa nyeri di bagian perut. O: didapatkan data P: nyeri muncul karena kerusakan hati, Q: nyeri terasa seperti tertikam, R: nyeri menyebar sampai ke seluruh area perut, S: skala 5 (sedang), T: nyeri hilang timbul biasanya muncul pada pagi dan malam hari, wajah tampak meringis, hasil USG: sirosis hepatis.
A: masalah belum teratasi. P: intervensi intervensi 1-5 dilanjutkan.

Tanggal 28-06-2018

Diagnosa keperawatan 1: kelebihan volume cairan berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi. S: pasien mengatakan perutnya masih membesar tetapi sudah tidak terlalu kencang. O: Asites masih nampak, adanya edema di kaki, pitting udem + 1, berat badan 105kg, lingkar perut 65cm, hasil USG : Asites, hasil pemeriksaan darah Albumin : 1,1%. Input: 600cc output: 3.474cc, total input – output = - 2,874cc. A: masalah belum teratasi. P: intervensi 1-7 dilanjutkan.

Diagnosa keperawatan 2: ketidakefektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan penurunan aliran darah arteri. S: pasien mengatakan badannya masih lemas tetapi sudah sedikit lebih kuat. O: keadaan umum tampak lemah, konjungtiva anemis, CRT >3 detik, wajah tampak pucat, Hemoglobin: 8,8mg/dL, albumin 1,1%, tanda-tanda vital, tekanan darah: 110/80mmHg, nadi 80x/menit, pernapasan 20x/menit. A: masalah belum teratasi. P: lanjutkan intervensi 1-6

Diagnosa keperawatan 3: nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis. S: pasien mengatakan nyeri sudah berkurang. O: didapatkan data P: nyeri muncul karena kerusakan hati, Q: nyeri terasa seperti tertikam, R: nyeri menyebar sampai ke seluruh area perut, S: skala 4 (sedang), T: nyeri hilang timbul biasanya muncul pada pagi dan malam hari, wajah tampak meringis, hasil USG: sirosis hepatis. A: masalah belum teratasi. P: intervensi intervensi 1-5 dilanjutkan.

3.2 Pembahasan

Dalam pembahasan akan dilihat kesenjangan antara teori proses keperawatan mulai dari pengkajian, diagnose, intervensi, implementasi, dan evaluasi, dengan kasus pada Tn. M.N dengan diagnose medik Sirosis Hepatis di ruang Kelimutu RSUD. Prof. Dr. W. Z Johannes Kupang.

3.2.1 Pengkajian

Menurut Setiati (2015) Sirosis hati merupakan tahap akhir proses difus fibrosis hati progresif yang ditandai oleh distorsi arsitektur hati dan pembentukan nodul regeneratif, yang disebabkan oleh penyakit hati (alcoholic liver disease/ ALD), Hepatitis C kronik, Hepatitis B kronik dengan/atau tanpa hepatitis D, Steatohepatitis non alkoholik (NASH, malnutrisi protein, obesitas, penyakit arteri koroner, pemakaian obat kortikosteroid, Sirosis bilier primer, kolangitis sklerosing primer, Hepatitis autoimun, Hemakromatosis herediter, Penyakit Wilson, Defisiensi alpha 1-antitrypsin, Sirosis kardiak, Galaktosemia, Fibrosis kistik, Hepatotoksik akibat obat atau toksin, Infeksi parasit tertentu (schistosomiasis), sehingga gejala yang muncul adalah spider angioma atau spider nevi, palmar erytema, perubahan kuku (*Muehrche's lines, terry's nails, clubbing*), osteoartropi hipertrofi, kontraktur Dupuytres, ginekomastia, hipogonadisme, ukuran hati: besar, normal, mengecil, splenomegali, asites, caput

medusa, ikterus. Saat melakukan pengkajian pada Tn. M.N mengatakan bahwa ia memiliki riwayat minum alkohol kurang lebih 10x dalam 1 bulan. Selain itu ditemukan adanya asites, hasil laboratorium menunjukkan laboratorium, pada pemeriksaan darah didapatkan Hemoglobin 8,8g/dL (normalnya 13,0-18,0 g/dL), jumlah eritrosit: $2,65 \times 10^6/\text{ul}$ (normalnya $4,50-6,20 \times 10^6/\text{ul}$), hematokrit: 2,68% (normalnya 40,0-54,0%), MCV: 101 fL (normalnya 81,0-96,0 fL), RDW-CV: 16,3 % (normalnya 11,0-16,0%), RDW-SD: 59,3 fL (normalnya 37-54 fL), Albumin: 1,1 mg/L (normalnya 3,5-5,2 mg/L), SGPT: 69 U/L (normalnya < 41 U/L), SGOT: 154 U/L (normalnya < 35 U/L), Klorida darah: 119 mmol/L (normalnya 96-111 mmol/L), Calcium ion: 0,830 mmol/L (normalnya 1,120-1,320 mmol/L). HBsAg Rapid Test: non reaktif (non reaktif), PT/ waktu protrombin: 17,4 detik (normalnya 10,8-14,4), bilirubin total: 8,20 mg/dL (normalnya 0,1-1,2 mg/dL), bilirubin direk: 4,20 mg/dL (normalnya < 0,2 mg/dL), bilirubin indirek: 4,00 mg/dL (normalnya 0,00-0,70mg/dL). Hal ini dapat disimpulkan bahwa hasil pengkajian pada pasien Tn.M.N dapat mendukung teori tersebut.

3.2.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah tahap selanjutnya dari pengkajian dalam proses keperawatan. Dalam tahap ini diganosa dapat ditegakkan berdasarkan analisa data terhadap masalah dan penyebab yang ada. Diagnosa keperawatan menurut Arif (2011) adalah: 1) Risiko tinggi injuri b.d anemia, trombositopenia, leucopenia, gangguan mekanisme pembekuan darah, hepatic ensefalopati, 2) Actual/ resiko pola napas tidak efektif b.d ekspansi menurun, 3) Intoleransi aktivitas b.d cepat lelah, kelemahan fisik umum sekunder dari perubahan metabolisme sistematis, 4) Actual/risiko ketidakseimbangan cairan dan elektrolit b.d terapi diuretic, muntah, hipokalemia, penurunan intake cairan oral, 5) Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b.d intake makanan yang kurang adekuat, 6) Pemenuhan informasi b.d ketidakadekuatan informasi penatalaksanaan perawatan dan pengobatan, rencana perawatan rumah, 7) Actual/ resiko gangguan integritas integumen b.d gatal-gatal, spider nevi, respons ikterus, peningkatan kadar bilirubin pada sistem vascular integument, 8) Kecemasan pasien dan keluarga b.d prognosis penyakit, rencana pembedahan, krisis situasi fase terminal penyakit, 9) Koping individu/ keluarga tidak

efektif b.d fase terminal penyakit. Sedangkan ada diagnosa tambahan menurut Amin (2013) yakni: 1) ketidakefektifan perfusi jaringan perifer 2) Nyeri.

Berdasarkan hasil pengkajian pada Tn.M.N tanggal 24-06-2018 pukul 15.00 didapatkan 3 masalah keperawatan yakni: 1. Kelebihan volume cairan berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi. 2. Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan penurunan aliran darah arteri. 3. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis. Ketiga diagnosa tersebut ditegakkan berdasarkan data subyektif dan obyektif pada analisa data. Masalah keperawatan yang tidak diambil adalah intoleransi aktivitas karena pasien selalu dibantu oleh keluarga, pasien tampak bersih, gigi tampak bersih, tidak bau badan. Kemudian masalah ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh karena pasien selalu menghabiskan porsi makanan yang telah disediakan, tidak mual dan muntah, tidak anoreksia. Masalah pola napas tidak diangkat karena pasien tidak mengeluh sesak napas dan hitungan pernapasannya normal

Diagnosa keperawatan kelebihan volume cairan berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi diangkat atas dasar data subyektif: pasien mengatakan perutnya membesar dan terasa penuh. Data obyektif: tampak adanya asites, tampak adanya edema di kaki, pitting udem derajat 1, hasil USG: Asites, hasil pemeriksaan darah: Albumin 1,1%. Dengan kondisi pasien ini dapat mendukung teori dari Arif (2011).

Diagnosa keperawatan ketidakefektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan penurunan aliran darah arteri, didukung oleh data subyektif: pasien mengatakan bahwa badannya terasa lemas. Data obyektif: keadaan umum pasien tampak lemah, konjungtiva anemis, wajah tampak pucat, CRT > 3 detik, nadi: 82x/menit, Hemoglobin: 8,8 mg/Dl. Berdasarkan kondisi pasien dapat mendukung teori dari Amin (2013).

Diagnosa keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis didukung dengan data subyektif: pasien mengatakan nyeri di bagian perut. Data obyektif: P: nyeri muncul karena kerusakan hati, Q: nyeri terasa seperti tertikam, R: nyeri menyebar sampai ke seluruh area perut, S: skala 6 (sedang), T: nyeri hilang timbul biasanya muncul pada pagi dan malam hari, wajah tampak meringis, hasil

USG: sirosis hepatis. Dari data-data tersebut dapat mendukung pernyataan dari Amin (2013).

3.2.3 Intervensi

Dalam rencana keperawatan terdiri dari tujuan dan kriteria hasil, menurut Arif,(2011). Diagnosa keperawatan kelebihan volume cairan dapat diatasi dengan intervensi sebagai berikut: 1. Kaji status cairan dengan menimbang BB perhari, keseimbangan masukan dan haluaran, turgor kulit, tanda-tanda vital. 2. Batasi masukan cairan. 3. Jelaskan pada pasien dan keluarga tentang pembatasan cairan. 4. Anjurkan pasien/ ajari pasien untuk mencatat penggunaan cairan terutama pemasukan dan haluaran 5. Dorong untuk tirah baring bila ada asites. Pada Tn. M.N tidak dilakukan pemantauan albumin serum dan elektrolit karena pasien telah dilakukan pemeriksaan laboratorium sejak awal masuk rumah sakit.

Diagnosa keperawatan ketidakefektifan perfusi jaringan perifer dapat diatasi dengan menggunakan NIC dan NOC menurut Amin (2013) dengan intervensi sebagai berikut: 1. Monitor adanya daerah tertentu yang hanya peka terhadap panas/dingin/tajam/tumpul 2. Monitor adanya parestese/ tekanan systole dan dyastol. 3. Instruksikan keluarga untuk mengobservasi kulit jika ada lesi atau laserasi 4. Gunakan sarung tangan untuk proteksi. 5. Batasi gerakan pada kepala, leher dan punggung. 6. Monitor kemampuan BAB. 7. Kolaborasi pemberian analgetik. Pada Tn.M.N yang tidak dilakukan adalah monitor adanya tromboplebitis, karena pada pengkajian tidak terdapat pembengkakan pada vena pada leher, tangan, dan kaki.

Diagnosa Keperawatan nyeri akut dapat diatasi dengan menggunakan NIC dan NOC menurut Amin (2013) dengan intervensi sebagai berikut: 1. Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi. 2. Observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan 3. Gunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien. 4. Bantu pasien dan keluarga untuk mencari dan menentukan dukungan. Pilih dan lakukan penanganan nyeri (farmakologi, non farmakologi, dan inter personal). 5. Kaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi. 6. Ajarkan teknik nonfarmakologi. 7.

Berikan analgetik untuk mengurangi nyeri. 8. Tingkatkan istirahat. Pada Tn.M.N tidak dilakukan intervensi kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan karena dirawat di ruang perawatan yang memiliki banyak pasien sehingga tidak dapat dikontrol, dan juga tidak dapat melakukan pengajian kultur yang mempengaruhi respon nyeri karena tidak ada tindakan kultur yang diinstruksikan.

3.2.4 Implementasi

Implementasi merupakan tahap keempat dalam asuhan keperawatan yang dilakukan untuk melaksanakan intervensi yang dibuat sesuai kondisi yang ada sehingga masalah dapat teratasi.

Diagnosa ketidakseimbangan volume cairan telah dilaksanakan tindakan perawatan dari tanggal 25-28 Juni 2018 : melakukan pengkajian untuk mengukur input-output selama 24 jam, menggantikan cairan infuse yang baru: Asering 500cc/48 jam, 3 tetes/menit, melakukan pengukuran berat badan, mengukur lingkar perut, menganjurkan pasien untuk membatasi asupan cairan yang sesuai dengan instruksi yaitu dengan takaran 1 gelas aqua kurang lebih 250cc. Implementasi yang telah dilakukan mendukung intervensi dari Arif(2011)

Untuk diagnosa ketidakefektifan perusi jaringan perifer tindakan perawatan dari tanggal 25-28 Juni 2018: menganjurkan pasien untuk mengkonsumsi makanan yang mengandung zat besi seperti sayur bayam dan kacang-kacangan, melakukan pengukuran tanda-tanda vital, tekanan darah: 110/80mmHg, nadi: 80x/menit, pernapasan: 20x/menit, suhu: 36,5°C, membantu pasien mendapatkan posisi yang nyaman. Implementasi yang telah dilakukan mendukung intervensi dari Amin(2013)

Untuk diagnose nyeri akut tindakan perawatan dari tanggal 25-28 Juni 2018: melakukan pengkajian terhadap nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi, membantu pasien mengatur posisi yang nyaman untuk pasien dengan posisi semi fowler, menganjurkan pasien untuk melakukan latihan napas dalam, memberikan injeksi ranitidin 1ampul/IV. Implementasi yang telah dilakukan mendukung intervensi dari Amin (2013).

3.2.5 Evaluasi

Evaluasi adalah tahap terakhir dalam proses keperawatan setelah melakukan pengkajian, perumusan diagnose keperawatan, intervensi , dan implementasi keperawatan. Evaluasi pada Tn.M.N sesuai dengan kriteria hasilnya dan dilaksanakan berdasarkan pernyataan dari Arif (2011) dan Amin (2013).

Pada diagnosa kelebihan volume cairan berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi tidak dapat mencapai kriteria hasil dikarenakan masih adanya asites, berat badan belum berkurang, edema masih tampak, keseimbangan masukan dan pengeluaran belum dapat diatasi. Evaluasi ini belum mendukung teori dari Arif (2011)

Diagnosa keperawatan kedua: ketidakefektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan penurunan aliran darah arteri tidak dapat mencapai criteria hasil, karena belum ada kenaikan Hb, pasien masih tampak pucat, konjungtiva anemis, CRT > 3 detik. Berdasarkan evaluasi yang telah dilakukan, belum mendukung teori dari Amin (2013)

Diagnosa keperawatan ketiga: nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis belum dapat teratasi karena skala nyeri pada hari terakhir adalah 4 (sedaang). Dari evaluasi yang telah dilakukan, belum mendukung teori dari Amin (2013)

3.3 Keterbatasan Studi Kasus

Dalam pelaksanaan tindakan perawatan hanya dilakukan pagi hari sehingga tidak dapat melihat dan melakukan perawatan selama 24 jam, kemudian waktu perawatan sangat singkat yaitu hanya 4 hari sehingga tidak dapat melakukan asuhan keperawatan secara maksimal dan tidak mengetahui perkembangan pasien selanjutnya.

BAB IV

KESIMPULAN DAN SARAN

4.1 Kesimpulan

Kesimpulan yang diambil dari hasil di atas pada pasien sirosis hati di ruang kelimutu RSUD Prof. W.Z. Johannes Kupang adalah

1. Pada tanggal 24-06-2018 dilakukan pengkajian kasus di ruangan kelimutu, pasien berinisial Tn. M.N pasien mengatakan terasa nyeri di bagian perut, karena akibat dari kerusakan hati. Nyeri terasa seperti tertikam dan menyebar sampai ke seluruh area perut, dengan skala 6 (sedang), dan nyeri hilang timbul biasanya muncul pada pagi dan malam hari.
2. Diagnosa keperawatan yang diberikan pada Tn. M.N, berdasarkan hasil pengkajian didapatkan masalah pertama adalah kelebihan volume cairan berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi, masalah kedua yaitu ketidakefektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan penurunan darah arteri, dan masalah ketiga yaitu nyeri akut berhubungan dengan kerusakan hati.
3. Rencana yang dilakukan pada Tn. M.N pada diagnose pertama adalah menganjurkan pasien untuk membatasi asupan cairan, membantu pasien untuk membuat balans cairan dengan jumlah cairan yang masuk dan keluar, mengkaji derajat pitting udem, mengukur lingkar perut pasien, dan menimbang berat badan pasien, diagnosa ke-2 yakni membantu pasien untuk mendapatkan posisi yang nyaman, mengukur tanda-tanda vital pasien: tekanan darah, nadi, suhu, pernapasan, dan menganjurkan pasien untuk makan makanan yang mengandung tinggi zat besi. Diagnosa ke-3 melakukan pengkajian nyeri, membantu pasien untuk mengatur posisi yang nyaman agar dapat mengurangi nyeri, mengajarkan pasien teknik relaksasi, pasien dapat melakukan latihan napas dalam dengan baik, dan memberikan analgetik
4. Pelaksanaan asuhan keperawatan pada Tn. M.N selama 4 hari sesuai dengan rencana tindakan serta diagnosis yang diambil. Tindakan yang diambil sesuai dengan teori.
5. Evaluasi diharapkan mengacu pada diagnosa dan rencana tindakan yaitu keseimbangan cairan pasien dapat terpenuhi, perfusi jaringan perifer dapat efektif, tidak terjadi nyeri

4.2 Saran

4.2.1 Bagi Perawat Ruangan

Diharapkan untuk selalu melakukan perawatan secara professional, dengan mengawasi asupan baik dari oral maupun parenteral, dan haluaran melalui urin dan IWL, sehingga keseimbangan cairan pasien dapat terpenuhi.

4.2.2 Bagi Rumah Sakit

Disarankan agar pihak rumah sakit dapat memperhatikan kebersihan ruangan agar pasien yang berada dalam ruangan merasa nyaman, dan segar. Selain itu, memperhatikan alat-alat atau instrument untuk perawatan agar pasien dapat menggunakan fasilitas rumah sakit dengan baik terutama kebersihan toilet, dan juga memperhatikan jam agar pasien juga mendapatkan waktu untuk istirahat.

4.2.3 Bagi Institusi Pendidikan

Dengan karya ilmiah ini diharapkan dapat meningkatkan keefektifan dalam belajar, pengetahuan, kemampuan dan keterampilan mahasiswa dalam mengaplikasikan studi yang didapatkan, serta untuk melengkapi sumber-sumber buku perpustakaan sebagai bahan informasi dan referensi dalam mendukung pembuatan karya ilmiah bagi mahasiswa semester akhir.

DAFTAR PUSTAKA

- Amin Nurarif. 2013. *Aplikasi Asuhan Keperawatan berdasarkan Diagnosa Medis & NANDA Edisi Revisi Jilid 2*. MediAction: Yogyakarta
- Barbara Engram. 1998. *Rencana Asuhan Keperawatan Medical Bedah Volume 3*. EGC: Jakarta
- Emilia W. 2013 *Sirosis hepatitis Child Pugh Class C dengan Komplikasi Asites Grade III dan Hiponatremia.pdf*.<http://www.google.co.id/search?q=Jurnal+Sirosis+Hepatis>. [diakses pada 29/06/2018 20.00 WITA]
- Hildan Awaludin. 2017. *Asuhan Keperawatan pada Pasien R dengan Sirosis Hepatis di Ruang Teratai RSUD Banyumas.pdf* <http://repository.ump.ac.id/3910/2/HILDAN%2520AWALUDIN> [diakses tanggal 29/06/2018 20.00 WITA]
- Muttaqin Arif. 2011. *Gangguan Gastrointestinal Asuhan Keperawatan Medikal Bedah*. Salemba Medika: Jakarta
- Setiati Siti. 2015. *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam Edisi 6 Jilid II*. InternaPublishing: Jakarta
- Setiati Siti. 2009. *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam Edisi 4 Jilid I*. InternaPublishing: Jakarta
- Vinay Kumar. 2007. *Buku Ajar Patologi Robbins Vol 2 Edisi 7*. EGC: Kupang

Lampiran 1



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
Direktorat: Jln. Piet A. Tallo Liliba - Kupang, Telp.: (0380) 8800256;
Fax (0380) 8800256; Email: poltekkeskupang@yahoo.com



Nama Mahasiswa : Kartika Putri Elodea
NIM : PO. 530320115071

Format Pengkajian Dewasa

Nama Pasien : Tn M.N
Ruang/Kamar : Kelimutu/C4
Diagnosa Medis : Sirosis Hepatis
No. Medical Record : 493281
Tanggal Pengkajian : 24-06-2018 Jam : 15.00
Masuk Rumah Sakit : 18-06-2018 Jam : 13.00

Identitas Pasien

Nama Pasien : Tn M.N Jenis Kelamin : Laki-laki
Umur/Tanggal Lahir : 54 tahun/ 23-03-1964 Status Perkawinan : Kawin
Agama : Kristen Protestan Suku Bangsa : Rote
Pendidikan Terakhir : SMA Pekerjaan : Petani
Alamat : Labat

Identitas Penanggung

Nama : ny. F.N Pekerjaan : IRT
Jenis Kelamin : perempuan Hubungan dengan klien : isteri
Alamat : Labat

Riwayat Kesehatan

1. Keluhan Utama

-) Kapan : keluhan muncul biasanya saat pagi dan malam hari
-) Lokasi: dia rea perut

2. Riwayat Keluhan Utama

-) Mulai timbulnya keluhan: klien mengatakan perutnya membesar dan terasa nyeri sejak 3 bulan yang lalu
-) Sifat keluhan :klien mengatakan perutnay terasa penuh dan seperti tertikam
-) Lokasi : di area perut
-) Keluhan lain yang menyertai : pasien mengatakan bahwa ia susah untuk tidur dan lemas
-) Faktor pencetus yang menimbulkan serangan : kebiasaan minum alkohol yang banyak
-) Apakah keluhan bertambah/berkurang pada saat-saat tertentu (saat-saat mana)
Pasien mengatakan keluhannya berkurang saat posisi tidurnya setengah duduk dan keluhan bertambah saat tidur terlentang
-) Upaya yang dilakukan untuk mengatasi masalah kesehatan klien melakukan napas dalam

3. Riwayat Penyakit Sebelumnya

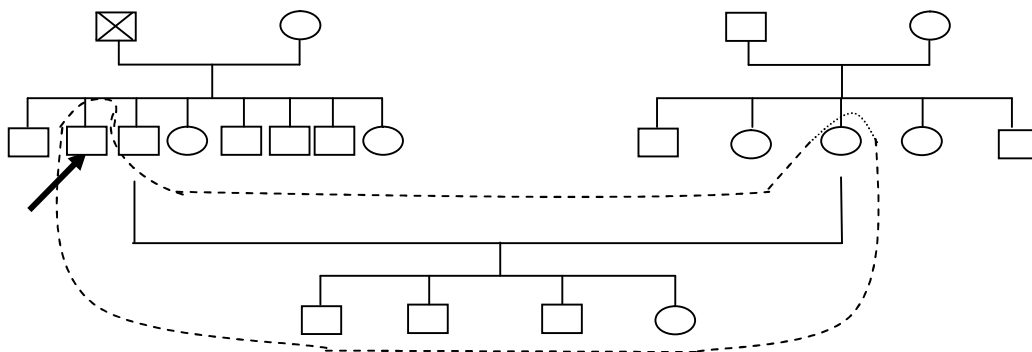
-) Riwayat penyakit yang pernah diderita : tidak ada
-) Riwayat Alergi tidak ada
-) Riwayat Operasi : tidak pernah

4. Kebiasaan

-) Merokok
 - ☒ Ya: Jumlah: 1 bungkus , waktu 1 hari
-) Minum alkohol
 - ☒ Ya: Jumlah: 10 kali, waktu sebulan
-) Minum kopi :
 - ☒ Ya: Jumlah: 2 gelas, waktu 1 hari
-) Minum obat-obatan
 - Ya
 - ☒ Tidak

Riwayat Keluarga / Genogram (diagram tiga generasi) :

Analisa keadaan kesehatan keluarga dan faktor resiko.



Keterangan :

= Laki-laki

= Perempuan

= laki-laki meninggal

→ = Pasien

----- = Tinggal serumah

Pemeriksaan Fisik

1. Tanda – Tanda Vital

- Tekanan darah : 110/80mmHg - Nadi : 82x/menit
- Pernapasan : 22x/menit - Suhu badan : 36,5°C

2. Kepala dan leher

-) Kepala :
 - Sakit kepala :
 - ^ ya ✗ tidak
 - Bentuk , ukuran dan posisi:
 - ✗ normal ^ abnormal, jelaskan :
 - Lesi : ^ ada, ✗ tidak ada
 - Masa : ^ ada, ✗ tidak ada
 - Observasi Wajah : ✗ simetris ^ asimetri,

-) Penglihatan :
 - Konjungtiva: anemis
 - Sklera: ikterik
 - Pakai kaca mata : ^ Ya ✗ tidak
 - Penglihatan kabur : ✗ Ya, ^ tidak
 - Nyeri : tidak ada
 - Peradangan : tidak ada
 - Operasi : tidak pernah

-) Pendengaran
 - Gangguan pendengaran : ^ Ya ✗ tidak
 - Nyeri : ^ Ya ✗ tidak
 - Peradangan : ^ Ya ✗ tidak

-) Hidung
 - Alergi Rhinitis : ^ Ya ✗ tidak
 - Riwayat Polip : ^ Ya, ✗ tidak
 - Sinusitis : ^ Ya, ✗ tidak
 - Epistaksis : ^ Ya, ✗ tidak

-) Tenggorokan dan mulut
 - Keadaan gigi : tampak bersih
 - Caries : ✗ Ya, ^ tidak
 - Memakai gigi palsu : ^ Ya, ✗ tidak
 - Gangguan bicara : ^ Ya, ✗ tidak
 - Gangguan menelan : ^ Ya, ✗ tidak
 - Pembesaran kelenjar leher : ^ Ya, ✗ tidak

3. Sistem Kardiovaskuler

- Nyeri Dada : ^ Ya, ✗ tidak
- Inspeksi :

- Kesadaran/ GCS : composmentis
Bentuk dada : ^ abnormal , ✗ 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 : Normal
 - Auskultasi : BJ I : ^ Abnormal ✗ normal
BJ II : ^ Abnormal ✗ normal
- Murmur : tidak ada

4. Sistem Respirasi

- Keluhan : tidak ada
 - Inspeksi :
 - Jejas : ^ Ya, ✗ tidak
 - Bentuk Dada : ^ Abnormal, ✗ Normal
 - Jenis Pernapasan : ^ Abnormal, ✗ tidak
 - Irama Napas : ✗ teratur ^ tidak teratur
 - Retraksi otot pernapasan: ^ Ya ✗ tidak
 - Penggunaan alat bantu pernapasan : ^ Ya, ✗ 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

- Keluhan : klien mengatakan yeri di bagian perut
- Inspeksi :
 - Turgor kulit : ^ Abnormal, ✗ Normal
 - Keadaan bibir : ✗ lembab ^ kering
 - Keadaan rongga mulut
Warna Mukosa : merah muda
Luka/ perdarahan : ^ Ya, ✗ tidak
Tanda-tanda radang : ^ Ya, ✗ tidak
Keadaan gusi : ^ Abnormal, ✗ normal
 - Keadaan abdomen

Warna kulit : cokelat

Luka : \wedge Ya, \surd tidak

Pembesaran : \surd Abnormal, adanya asites \wedge normal

- Keadaan rektal

Luka : \wedge Ya, \surd tidak

Perdarahan : \wedge Ya, \surd tidak

Hemmoroid : \wedge Ya, \surd tidak

Lecet/ tumor/ bengkak : \wedge Ya, \surd tidak

c. Auskultasi :

Bising usus/Peristaltik : 5x/menit

d. Perkusi : Cairan : \surd Abnormal, adanya asites \wedge normal

Udara : \wedge Abnormal, \surd normal

Massa : \wedge Abnormal, \surd normal

e. Palpasi :

Tonus otot: \wedge Abnormal, \surd normal

Nyeri : \wedge Abnormal, \surd normal

Massa : \wedge Abnormal, \surd normal

6. Sistem Persyarafan

a. Keluhan : tidak ada

b. Tingkat kesadaran:composmentis, GCS (E/M/V): 15

c. Pupil : \surd Isokor \wedge anisokor

d. Kejang : \wedge Abnormal, \surd normal

e. Jenis kelumpuhan : \wedge Ya, \surd tidak

f. Parasthesia : \wedge Ya, \surd tidak

g. Koordinasi gerak : \wedge Abnormal, \surd normal

h. Cranial Nerves : \wedge Abnormal, \surd normal

i. Reflexes : \wedge Abnormal, \surd normal

7. Sistem Musculoskeletal

a. Keluhan : tidak ada

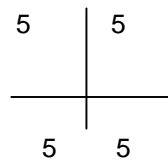
b. Kelainan Ekstremitas : \wedge ada, \surd tidak ada

c. Nyeri otot : \wedge ada, \surd tidak ada

d. Nyeri Sendi : \wedge ada, \surd tidak ada

e. Refleksi sendi : \wedge abnormal, \surd normal

f. kekuatan otot : \wedge Atropi \wedge hiperthropi \surd normal



8. Sistem Integumentari

- a. Rash : ada, tidak ada
- b. Lesi : ada, tidak ada
- c. Turgor : baik Warna : coklat
- d. Kelembaban : Abnormal, normal
- e. Petechie : ada, Tidak ada
- f. Lain lain: tidak ada

9. Sistem Perkemihan

- a. Gangguan kencing menetes inkontinensia retensi
 gross hematuri disuria poliuri
 oliguri anuri
- b. Alat bantu (kateter, dll) ya tidak
- c. Kandung kencing : membesar ya tidak
nyeri tekan ya tidak
- d. Produksi urine : kurang lebih 1500cc
- e. Intake cairan : oral :250cc/hr parenteral : 500cc
- f. Bentuk alat kelamin : Normal Tidak normal,
- g. Uretra : Normal Hipospadia/Epispadia
Lain-lain : tidak ada

10. Sistem Endokrin

- a. Keluhan : tidak ada
- b. Pembesaran Kelenjar : ada, tidak ada
- c. Lain – lain : tidak ada

11. Sistem Reproduksi

- a. Keluhan : tidak ada
- b. Wanita : Siklus menstruasi : -
 -) Keadaan payudara : Abnormal, normal
 -) Riwayat Persalinan:-
 -) Abortus:-
 -) Pengeluaran pervagina: Abnormal, normal
 -) Lain-lain:-
- c. Pria : Pembesaran prostat : ada tidak ada
- d. Lain-lain: tidak ada

12. Pola Kegiatan Sehari-hari (ADL)

A. Nutrisi

- 1. Kebiasaan :
 - Pola makan : teratur
 - Frekuensi makan : 3x sehari
 - Nafsu makan : baik

- Makanan pantangan : tidak ada
- Makanan yang disukai : sayuran
- Banyaknya minuman dalam sehari 250cc atau 1 gelas aqua
- Jenis minuman dan makanan yang tidak disukai : tidak ada
- BB : 50 kg TB : cm
- Kenaikan BB: 65 kg, dalam waktu: 3 bulan

2. Perubahan selama sakit : kenaikan bb karena perut membesar

B. Eliminasi

1. Buang air kecil (BAK)

a. Kebiasaan

Frekuensi dalam sehari : > 10x Warna : kuning kecoklatan

Bau : khas, Jumlah/ hari : kurang lebih 1500cc

b. Perubahan selama sakit : BAK lebih banyak namun keluar sedikit-sedikit

2. Buang air besar (BAB)

a. Kebiasaan : baik, Frekuensi dalam sehari : 1x

Warna : kekuningan , Bau : khas

Konsistensi : encer

b. Perubahan selama sakit : susah BAB

C. Olah raga dan Aktivitas

- Kegiatan olah raga yang disukai : tinju
- Apakah olah raga dilaksanakan secara teratur : tidak

D. Istirahat dan tidur

- Tidur malam jam : 23.00
Bangun jam : 04.00
- Tidur siang jam : 14.00
Bangun jam : 15.00
- Apakah mudah terbangun : ya
- Apa yang dapat menolong untuk tidur nyaman : dengan posisi setengah duduk

Pola Interaksi Sosial

1. Siapa orang yang penting/ terdekat : istri
2. Organisasi sosial yang diikuti : tidak ada
3. Keadaan rumah dan lingkungan : baik
Status rumah
Cukup / tidak
Bising / tidak
Banjir / tidak
4. Jika mempunyai masalah apakah dibicarakan dengan orang lain yang dipercayai/ terdekat :
Ya
5. Bagaimana anda mengatasi suatu masalah dalam keluarga : dengan berdiskusi mencari solusi
6. Bagaimana interaksi dalam keluarga : baik

Kegiatan Keagamaan/ Spiritual

1. Ketaatan menjalankan ibadah : ya
2. Keterlibatan dalam organisasi keagamaan : tidak ada

Keadaan Psikologis Selama Sakit

1. Persepsi klien terhadap penyakit yang diderita : klien berharap ia cepat sembuh dari penyakitnya
2. Persepsi klien terhadap keadaan kesehatannya klien tidak mengetahui penyebab yang mempengaruhi penyakitnya
3. Pola interaksi dengan tenaga kesehatan dan lingkungannya : baik

Data Laboratorium & Diagnostik

a. Pemeriksaan Darah

No	Jenis Pemeriksaan	Nilai Normal	Hasil Pemeriksaan					
			Tanggal					
			18-06-18					
1	Hemoglobin	13,0-18,0	8,8					
2	Jumlah eritrosit	4,50-6,20	2,65					
3	Hematokrit	40,0-54,0	2,68					
4	MCV	81,0-96,0	111					
5	RDW-CV	11,0-16,0	16,3					
6	RDW-SD	37-54	59,3					
7	Albumin	3,5-5,2	1,1					
8	SGPT	> 41	69					
9	SGOT	> 35	154					
10	Klorida darah	96-111	119					
11	Kalsium ion	1120-1320	0,830					

b. Pemeriksaan faeces:

Diagnostik Test

1. Foto Rontgen
 - a. Foto gigi dan mulut : tidak ada

- b. Foto oesophagus, lambung, dan usus halus : tidak ada
- c. Cholescystogram : tidak ada
- d. Foto colon : tidak ada

2. Pemeriksaan-pemeriksaan khusus

- Ultrasonographi : Sirosis Hepatis + asites
- Biopsy : tidak ada
- Colonoscopy : tidak ada
- DII : tidak ada

Penatalaksanaan/pengobatan

(pembedahan, obat-obatan, dan lain-lain)

-) Pembedahan : tidak ada
-) Obat - obatan
 - 1. Fursemid 6 amp dalam Nacl 0,9% 500cc/ 24 jam
 - 2. Spironolakton 1x100mg
 - 3. Drip albumin 20% 100cc
 - 4. Vip albumin 3x1 p.o
 - 5. Propranolol 1x100mg p.o
 - 6. Ranitidin 2 ampul IV
-) Lain-lain : tidak ada



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG



Direktorat: Jln. Piet A. Tallo Liliba - Kupang, Telp.: (0380) 8800256;
Fax (0380) 8800256; Email: poltekkeskupang@yahoo.com

LEMBAR KONSULTASI
BIMBINGAN STUDI KASUS

NAMA MAHASISWA : Kartika Putri Elodea
NIM : PO.530320115071
NAMA PEMBIMBING : Elisabeth Herwanti, SKp., M.Kes

NO	TANGGAL	REKOMENDASI PEMBIMBING	PARAF PEMBIMBING
1	25-06-2018	Mencari buku sumber dan melengkapi pengkajian	
2	26-06-2018	Konsultasi konsep dasar penyakit	
3	27-06-2018	Membuat Bab I dan Bab II	
4	28-06-2018	Memperbaiki hasil Bab I dan Bab II	
5	30-06-2018	Menambahkan nilai normal pada hasil laboratorium	
6	30-06-2018	Mengatur cara penulisan dengan perataan margin	
7	30-06-2018	Memperbaiki isi dan mengganti kata kunci pada bagian abstrak	
8	30-06-2018	Memperbaiki cara penulisan daftar pustaka	
9	01-07-2018	Mengembangkan implementasi dari hari pertama hingga hari akhir	
10	01-07-2018	Menambahkan pada bagian saran bagi Rumah Sakit	
11	01-07-2018	Menambahkan peran perawat pada latar belakang	
12	01-07-2018	Melengkapi nama dan NIP dari penguji	